



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ_ΝΕΑ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**



ΦΟΙΤΗΤΕΣ

Κάτσης Παναγιώτης, Μπράνης Παναγιώτης

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Κωνσταντή Ζωή

ΙΩΑΝΝΙΝΑ -2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	σελ.5
Εισαγωγή.....	σελ.6

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.Ιστορική αναδρομή.....	σελ.9
Νευρώσεις-Ψυχώσεις.....	σελ.11
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	σελ.21
2.Τύποι κατάθλιψης.....	σελ.21
2.1.Διπολική διαταραχή τύπου.....	σελ.21
2.2.Διπολική διαταραχή τύπου.....	σελ.22
2.3.Μείζον καταθλιπτική διαταραχή.....	σελ.24
2.4.Επιλόχεια κατάθλιψη.....	σελ.26
2.5.Δυσθυμία.....	σελ.28
2.6.Ψυχωτική κατάθλιψη.....	σελ.29
2.7.Κυκλοθυμική διαταραχή.....	σελ.31
2.8.Εποχιακή κατάθλιψη.....	σελ.31
3. Αιτιολογία.....	σελ.32
3.1.Γενετικοί παράγοντες.....	σελ.33
3.2.Νευροχημικοί παράγοντες.....	σελ.33
3.3.Νευροενδοκρινολογικοί παράγοντες.....	σελ.33
3.4.Προσωπικότητα-σωματότυπος.....	σελ.34
3.5.Οικογενειακοί παράγοντες.....	σελ.34
3.6.Ψυχοπαιστικά γεγονότα.....	σελ.34
3.7.Προδιαθεσικές καταστάσεις.....	σελ.35
3.8.Σωματικά νοσήματα.....	σελ.35
4.Κλινική εικόνα.....	σελ.36
5.Διαγνωστικά κριτήρια κατάθλιψης.....	σελ.38
6.Επιδημιολογία.....	σελ.39
7.Θεραπεία.....	σελ.40

7.1.Φαρμακευτική θεραπεία.....σελ.40	σελ.40
Παρενέργειες αντικαταθλιπτικών.....σελ.42	σελ.42
7.2.Ψυχοθεραπεία.....σελ.44	σελ.44
7.3.Εναλλακτικές μορφές θεραπείας.....σελ.46	σελ.46

<u>8.Η κατάθλιψη ως προς το φύλο και την ηλικία.....σελ.47</u>	σελ.47
8.1.Παιδική, βρεφική και εφηβική κατάθλιψη.....σελ.47	σελ.47
8.2.Γυναίκες και κατάθλιψη.....σελ.50	σελ.50
8.3.Άνδρες και κατάθλιψη.....σελ.51	σελ.51
8.4.Ηλικιωμένοι και κατάθλιψη.....σελ.53	σελ.53

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διάγνωση της κατάθλιψης στην κοινότητα.....σελ.56	σελ.56
2.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση ασθενή με κατάθλιψη.....σελ.58	σελ.58
3.Νοσηλευτική φροντίδα καταθλιπτικού ατόμου με τάση αυτοκτονίας.....σελ.60	σελ.60
4.Νοσηλευτική παρέμβαση σε γυναίκα με επιλόχεια κατάθλιψη.....σελ.62	σελ.62

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

Έρευνα.....σελ.73	σελ.73
Βιβλιογραφία.....σελ.86	σελ.86

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αναφέρεται στην κατάθλιψη και τις επιπτώσεις που έχει. Γίνεται αναφορά στις αιτίες, τα συμπτώματα, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Αναφέρονται οι τύποι της κατάθλιψης και τα συμπτώματα αυτών, αναφέρονται οι επιπτώσεις της κατάθλιψης ανάλογα με το φύλο και την ηλικία, η αντιμετώπιση και η πρόληψη σύμφωνα με κάποια κριτήρια που πρέπει να τηρούνται. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει και ο νοσηλευτής, ο οποίος θα πρέπει να ανταποκρίνεται επάξια απέναντι στους ασθενείς του. Οι νοσηλευτικές φροντίδες (πράξεις) που αναφέρονται σε επόμενο κεφάλαιο είναι ένα στοιχείο της επαγγελματικής του κατάρτισης και θα πρέπει να εξαντλεί όλες του τις δυνάμεις στα επιτρεπτά πλαίσια με σκοπό την φροντίδα του ασθενή και την προαγωγή υγείας. Ακόμα και σήμερα γνωρίζουμε ότι η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα συχνότερα ιατρικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, επιπέδου γνώσεων κ.α. Αυτό φαίνεται και στα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε διάφορους φορείς από ειδικά σε θέματα ψυχολογίας άτομα. Στόχος λοιπόν της πτυχιακής αυτής είναι η μελέτη όλων των αιτιών που προκαλούν την κατάθλιψη, τα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα που συμβάλλουν στην αντιμετώπισή της καθώς και επιλογή της κατάλληλης νοσηλευτικής παρέμβασης και φροντίδας του ασθενούς με κατάθλιψη.

Λέξεις ευρητηρίου: κατάθλιψη, κλινική εικόνα, θεραπεία, ρόλος του νοσηλευτή, άντρες, γυναίκες, παιδιά, ηλικιωμένοι.

Εισαγωγή

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλον τον κόσμο νοσούν από αυτή. Αποτελεί ένα από τα συχνότερα ιατρικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΠΟΥ (1998), το έτος 2020 θα αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου και αναπηρίας.

Η σημασία της κατάθλιψης δεν έγκειται μόνο στο μεγάλο αριθμό ανθρώπων που υποφέρουν. Πρέπει να συνεκτιμηθεί ο μεγάλος κίνδυνος αυτοκαταστροφής που απορρέει από αυτή, οι επιπτώσεις στην οικογένεια, στην εργασία, οικονομικές επιπτώσεις κλπ. Αποτελεί ένα από τα τρία συχνότερα προβλήματα στον εργασιακό χώρο. Πρέπει να τονιστεί η συμβολή της πάθησης αυτής στην εγκατάσταση και διατήρηση διαφόρων εξαρτησιακών (αλκοολισμός, κατάχρηση ουσιών), ο βαθμός συμμετοχής της στην πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων και οι πολλές φορές καταστροφικές της επιπτώσεις στην οικογένεια και ιδιαίτερα στα παιδιά του πάσχοντος.

Ωστόσο οι βιωματικές επιπτώσεις κατάθλιψης για το ίδιο άτομο που υποφέρει είναι αυτές που έχουν μεγαλύτερη σημασία. Συχνά το άτομο αυτό βλέπει το θάνατο ως λύτρωση. Έτσι η κατάθλιψη οδηγεί συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη πάθηση σε αυτοκτονία.

Ένα χαρακτηριστικό της κατάθλιψης που έχει τεράστια κλινική σημασία είναι η πολυμορφία της, δηλαδή η ιδιότητά της να εκφράζεται κλινικά όχι με το χαρακτηριστικό της σύμπτωμα της έντονης και παρατεταμένης θλίψης, αλλά με ποικίλους τρόπους. Γι αυτό λέγεται ότι η κατάθλιψη είναι πρωτεύική νόσος.

Θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι ο όρος <<κατάθλιψη>> χρησιμοποιείτε για να δηλώσει τόσο το σύμπτωμα κατάθλιψη όσο και τη διαταραχή ή νόσο κατάθλιψη. Θα πρέπει επίσης να σημειώσουμε ότι άλλο είναι η θλίψη και άλλο η κατάθλιψη. Θλίψη είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα. Βιώνεται από όλους μας και εκλύεται κάτω από ορισμένες ψυχοτραυματικές συνθήκες. Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η απώλεια αγαθών η διακοπή μιας στενής φιλίας η διάψευση μιας σημαντικής προσδοκίας, η απόρριψη από σημαντικά για μας πρόσωπα, η επαγγελματική ή κοινωνική υποβάθμιση είναι φυσικό να προκαλούν θλίψη. Παθολογικό θα ήταν αν, κάτω από τις συνθήκες αυτές, δεν βιώνονταν θλίψη, όπως π.χ. συμβαίνει σε καταστάσεις που συνοδεύονται από έλλειψη ή απώλεια της ικανότητας συναισθηματικού κραδασμού(απάθεια), π.χ. σε ορισμένες μορφές σχιζοφρένειας, σε διαταραχές προσωπικότητας και σε ανοϊκές καταστάσεις.

Μια συναφής διευκρίνιση αφορά στο γεγονός ότι, σε βιωματικό επίπεδο, η θλίψη και η κατάθλιψη αποτελούν ποιοτικά παρεμφερείς συναισθηματικές εμπειρίες. Απ αυτήν την

ομοιότητα απορρέει η εσφαλμένη αντίληψη ότι οφείλονται στις ίδιες αιτίες και ότι, επομένως υπακούουν στους ίδιους θεραπευτικούς χειρισμούς. Γνωρίζουμε όμως σήμερα πολύ καλά ότι η κατάθλιψη μπορεί να εκφράζεται με ψυχολογικά συμπτώματα, είναι όμως κατά βάση μια βιολογική διαταραχή που ανταποκρίνεται κυρίως σε βιολογικά μέσα θεραπείας. Γι αυτό και οι διαβεβαιώσεις προς τον καταθλιπτικό ασθενή ότι <<δεν έχει τίποτα>>, ότι <<θα το ξεπεράσει μόνος του>>, καθώς και οι προτροπές να <<το ρίξει έξω>>, αντί να βελτιώσουν την κατάστασή του, την επιδεινώνουν (γιατί τον εισάγουν σε μια συνθήκη σύγκρισης με άλλους συνανθρώπους του που είναι σε θέση να απολαύσουν τη ζωή, ενώ ο ίδιος, λόγω της κατάθλιψής του, είναι ανίκανος για κάτι τέτοιο) (Χριστοδούλου, 2000).

A' ΜΕΡΟΣ

1. Ιστορική αναδρομή

Περιπτώσεις που αντιστοιχούν στη σημερινή νοσολογική έννοια των συναισθηματικών διαταραχών έχουν περιγραφεί από τον Ιπποκράτη και τον Αρεταίο, αναφέρονται στα ομηρικά έπη (πχ Βελερεφόντης), στο Αρχαίο Ελληνικό Δραματολόγιο (<<Αίας>> του Σοφοκλή) και στη Βίβλο (πχ Βασιλεύς Σαούλ, Άννα).

Γάλλοι ψυχίατροι (Falret, Bellarger) χρησιμοποιούσαν μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα τον όρο <<κυκλική ψύχωση>>. Στις αρχές του 20ου αιώνα, ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin ξεχώρισε από τη σχιζοφρένεια μια ομάδα ψυχικών νοσημάτων που είχαν :

- . <<φασική πορεία>> (δηλαδή διαλείπουσα πορεία με παρεμβολή διαστήματος ψυχικής υγείας- νορθοθυμίας)

- .εναλλαγή φάσεων ευφορικού συναισθήματος (που ονομάστηκαν φάσεις μανίας) και καταθλιπτικού συναισθήματος(που ονομάστηκαν φάσεις μελαγχολίας).

- . καλή πρόγνωση (μια που, σε αντιδιαστολή προς τη σχιζοφρένεια, η προσωπικότητα του πάσχοντος με την πάροδο του χρόνου δεν αποδιοργανώνεται).

Στην ομάδα αυτή ψυχικών νοσημάτων ο Kraepelin έδωσε την ονομασία <<μανιοκαταθλιπτική ψύχωση>>, που, αν και δεν αναφέρεται ως τέτοια στα νέα ταξινομικά συστήματα, έχει ωστόσο επικρατήσει στην καθημερινή ψυχιατρική ορολογία (Χριστοδούλου, 2000).

Το 1970 υπήρχαν στον κόσμο εκατό εκατομμύρια άνθρωποι με κατάθλιψη. 30 χρόνια μετά, είναι ίσως ένα δισεκατομμύριο. Σύμφωνα με πολλές αναφορές από επίσημους οργανισμούς, η κατάθλιψη αποτελεί σήμερα, την τέταρτη αιτία αναπηρίας παγκόσμια και θα ανεβεί στη δεύτερη θέση στα επόμενα 25 χρόνια. Θα καταλάβει επίσης την πρώτη θέση στις αναπτυσσόμενες χώρες όπως σήμερα διαγιγνώσκεται ελάχιστα. Στη Γαλλία ο αριθμός των ασθενών με κατάθλιψη που βρίσκονται σε θεραπεία έχει αυξηθεί κατά ένα εκατομμύριο τα τελευταία δέκα χρόνια (1980-1990), με την αναλογία γυναικών-αντρών να παραμένει 3 προς 1. Το ποσοστό αυτό αντιπροσωπεύει μια αύξηση 60%. Σε μια μεγαλύτερη περίοδο, μεταξύ 1970 και 1996 ο αριθμός των ανθρώπων που μπορεί να θεωρηθεί ότι έπασχαν από κατάθλιψη, είτε βρισκόταν σε θεραπεία είτε όχι, είχε επταπλασιαστεί στη Γαλλία. Μεταξύ 1980 και 1989 ο αριθμός των ιατρικών επισκέψεων που κατέληγαν σε συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών στις ΗΠΑ έφτασαν από 2,5 εκατομμύρια στα 4,7 εκατομμύρια (Pignarre, 2007).

Πολλά ιστορικά πρόσωπα, όπως ο Αβραάμ Λίνκολν, η βασίλισσα Βικτώρια και ο Ουίστον Τσώρτσιλ, έπασχαν από κατάθλιψη ο τελευταίος τη αποκαλούσε το <<μαύρο σκυλί του>>. Το ίδιο ισχύει και για πολλούς συγγραφείς και ηθοποιούς. Ο κωμικός

Spike Milligan έγραψε ένα βιβλίο για την κατάθλιψη του, το <<κατάθλιψη και πώς να την αντιμετωπίσετε>> (McKenzie, 2008).

Οι στατιστικές, με όποιο τρόπο κι αν τις μελετήσουν, αφήνουν να διαφανεί το εξής φαινόμενο: μια σημαντική αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που μπορεί να θεωρηθεί με τον έναν ή τον άλλον τρόπο ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. η κατάθλιψη θα αποτελέσει μέσα στα επόμενα χρόνια ένα από τα δυο μεγάλα προβλήματα της δημόσιας υγείας, ίσως και το πρώτο, πριν από τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Ο αριθμός των ανθρώπων που πάσχουν από κατάθλιψη, είτε βρίσκονται σε θεραπεία είτε όχι, προκαλεί κατάπληξη στους επιδημιολόγους, οι οποίοι σπάνια βλέπουν τους αριθμούς να καλπάζουν με τέτοια ταχύτητα. Καμία άλλη παθολογία δεν γνωρίζει μια τέτοια ανάπτυξη. Όλοι αυτοί οι αριθμοί προκαλούν ίλιγγο (Pignarre, 2007).

Έχει παρατηρηθεί μια αύξηση της συχνότητας της κατάθλιψης στη διάρκεια των τελευταίων 40 ετών, που μπορεί να οφείλεται στον τρόπο μ τον οποίο ζούμε σήμερα. Για πολλά άτομα, ο κόσμος γίνεται όλο και περισσότερο στρεσογόνος. Το στρες μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη. Η αύξηση των διαζυγίων και της εγκληματικότητας, η παράταση του ωραρίου εργασίας για ορισμένους και η ανεργία για άλλους αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που δυσκολεύουν τη ζωή όσων προσβάλλονται από τη νόσο.

Ο τόπος κατοικίας μας μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο, επίσης, στον κίνδυνο να νοσήσουμε από κατάθλιψη. Μια μελέτη έδειξε ότι τα άτομα που ζουν στο κέντρο της πόλης έχουν διπλάσιες πιθανότητες να νοσήσουν από κατάθλιψη σε σχέση με εκείνα που ζουν στην ύπαιθρο. Αν και έχει αποδειχθεί δύσκολη η ακριβής αιτιολόγηση αυτού του ευρήματος, είναι σαφές ότι το περιβάλλον μας είναι σημαντικό αναφορικά με τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης.

Τα καλά νέα είναι ότι, ανεξάρτητα από το αίτιο της κατάθλιψης, αυτή μπορεί να θεραπευτεί και μάλιστα αποτελεσματικά. Τα περισσότερα άτομα που έχουν κατάθλιψη και κάνουν θεραπεία, βελτιώνονται (McKenzie, 2008).

Σήμερα βρισκόμαστε μπροστά σε μια αληθινή επιδημία κατάθλιψης την οποία παρακολουθούμε αδύναμοι. Πώς αυτό είναι δυνατόν τη στιγμή που κανείς δεν υποστηρίζει μια βάσιμη υπόθεση σχετικά με κάποιον ιό ή κάποιο μικρόβιο; Η κατάθλιψη θα ήταν παρόλα αυτά ένα μεταδοτικό νόσημα; Τότε όμως πώς μπορεί να μεταδοθεί; Πώς η κατάθλιψη μπόρεσε να αναδυθεί από το σύνολο των ψυχικών διαταραχών και να επιβληθεί σαν να ήταν η πρώτη διαταραχή ανάμεσά τους; (Pignarre 2007).

ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ-ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Πρόκειται για παλαιές έννοιες που χρησιμοποιούνται ακόμη κατά κόρον στον καθημερινό λόγο για να εκφράσουν γενικά ψυχικό πρόβλημα. Είναι αμφίβολο όμως πόσο γνωρίζει ο κόσμος τι σημαίνουν και τι διαφορές έχουν. Αποτελούν δύο ευρείες κατηγορίες που περιλαμβάνουν η κάθε μία ένα πλήθος από ψυχικές διαταραχές με κοινά και μη χαρακτηριστικά. Τα παρακάτω στοχεύουν στο να δώσουν μια καλή ιδέα πάνω στο θέμα, χωρίς φυσικά να μπορούν να αντικαταστήσουν τη δια ζώσης διάγνωση από ψυχίατρο όταν αυτό είναι απαραίτητο.

Συνήθως οι ψυχώσεις είναι πιο βαριές και χρόνιες καταστάσεις, όχι όμως πάντα. Δηλαδή μπορεί να συμβεί μια πολύ βαριά νευρώση με χρόνια πορεία, αλλά και μια ψύχωση με σχετικά καλή πρόγνωση.

Οι νευρώσεις γενικά έχουν ένα λογικοφανές στοιχείο ως επί το πλείστον, αντίθετα μια ψύχωση μπορεί να έχει πολύ παράξενα και ακατανόητα συμπτώματα π.χ. παραληρητικές ιδέες και αντιληπτικά βιώματα. Παράλληλα, από τη φάση της εκδήλωσης μιας ψύχωσης και για απροσδιόριστο διάστημα που εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες, το άτομο μπορεί να μην είναι πια αυτό που ήταν. Αντίθετα στις νευρώσεις το άτομο διατηρεί προϋπάρχοντα χαρακτηριστικά.

Οι νευρώσεις έχουν ένα σχετικά καλύτερο βαθμό ευαισθησίας, ενώ είναι πολύ πιθανό ο ψυχωτικός ασθενής να μην αναγνωρίζει ότι έχει πρόβλημα. Αυτό παίζει ρόλο και όσον αφορά την αναζήτηση βοήθειας. Συνήθως λοιπόν περισσότεροι νευρωτικοί θα αναζητήσουν βοήθεια από μόνοι τους. Όχι ότι αποκλείεται αυτό σε μια ψύχωση, αλλά συναντάται συχνότερα το φαινόμενο να κινητοποιούνται συγγενείς ή φίλοι ώστε να βοηθήσουν τον ασθενή.

Ο ψυχισμός, η αίσθηση της ταυτότητας και η προσωπικότητα πάσχουν πολύ πιο σοβαρά στην ψύχωση απ' ό τι στη νευρώση. Επιπλέον κινητοποιούνται διαφορετικοί μηχανισμοί άμυνας.

Στις νευρώσεις βοηθά σημαντικά η ψυχοθεραπεία και η φυσική αγωγή. Στις ψυχώσεις η βασική αντιμετώπιση γίνεται με φάρμακα. Βέβαια τόσο στην ψυχοφαρμακολογία όσο και στην ψυχοθεραπεία υπάρχουν συνεχείς εξελίξεις και ανευρίσκονται νέοι

τρόποι με στόχο την πιο ολοκληρωμένη βοήθεια του ασθενή, είτε πρόκειται για νευρωτικό, είτε για ψυχωτικό.

Στις νευρώσεις το άγχος είναι σχεδόν πανταχού παρών. Στις ψυχώσεις υπάρχει μεν ενίοτε, αλλά είναι διαφορετικής ποιότητας.

Τι είναι ψύχωση;

Ο όρος ψύχωση χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ιατρική κατάσταση που επηρεάζει τον εγκέφαλο, έτσι ώστε υπάρχει απώλεια επαφής με την πραγματικότητα.

Όταν κάποιος ασθενεί κατ' αυτό τον τρόπο, αυτό ονομάζεται ψυχωσικό επεισόδιο. Η ψύχωση έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανιστεί στους νέους ενηλίκους και είναι αρκετά κοινή ασθένεια. Περίπου 3 από κάθε 100 ανθρώπους θα βιώσουν ένα ψυχωσικό επεισόδιο, που καθιστά την ψύχωση πιο κοινή από το διαβήτη. Οι περισσότεροι άνθρωποι επανέρχονται πλήρως μετά από μία τέτοια εμπειρία. Η ψύχωση μπορεί να προκύψει στον καθένα και όπως οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, μπορεί να αντιμετωπιστεί.

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Η ψύχωση μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στη διάθεση και στη σκέψη καθώς επίσης και σε αφύσικες ιδέες, κάνοντας δύσκολη την κατανόηση του πως αισθάνεται το πρόσωπο που αντιμετωπίζει ένα τέτοιο πρόβλημα .

Προκειμένου να προσπαθήσει κανείς να καταλάβει την εμπειρία της ψύχωσης, είναι χρήσιμο να ομαδοποιηθούν μερικά από τα χαρακτηριστικότερα συμπτώματα.

Αποδιοργανωμένη σκέψη

Οι καθημερινές απλές σκέψεις γίνονται συγκεχυμένες ή δεν συνδέονται σωστά. Οι προτάσεις είναι ασαφείς ή δεν έχουν νόημα. Ένα πρόσωπο μπορεί να έχει δυσκολία στο να συγκεντρωθεί μετά από μια συνομιλία ή μετά από μια προσπάθεια να φέρει στην μνήμη του κάποια πράγματα. Οι σκέψεις φαίνονται σαν να επιταχύνονται ή να επιβραδύνουν.

Παραισθήσεις

Στην ψύχωση, το πρόσωπο βλέπει, ακούει, αισθάνεται, μυρίζει ή γεύεται πράγματα που δεν υπάρχουν πραγματικά . Παραδείγματος χάριν, μπορούν να ακούσουν φωνές ή να δουν πράγματα που δεν υπάρχουν. Κάποια πράγματα μπορούν να μυρίζουν ή να έχουν γεύση άσχημη ή ακόμα και δηλητηριώδη.

Ψεύτικες πεποιθήσεις (Παραισθήσεις-αυταπάτες)

Είναι συνηθισμένο για ένα πρόσωπο που βιώνει ένα ψυχωσικό επεισόδιο να έχει διατηρεί ψεύτικες πεποιθήσεις, γνωστές ως παραισθήσεις. Το πρόσωπο είναι τόσο πεπεισμένο για την παραίσθησή του που ακόμη και το λογικότερο επιχείρημα δεν μπορεί να το κάνει να αλλάξει γνώμη. Παραδείγματος χάριν, κάποιος μπορεί να πειστεί ότι η αστυνομία τον παρακολουθεί επειδή τα αυτοκίνητα σταθμεύουν έξω από το σπίτι του .

Αλλοιωμένα-αλλαγμένα συναισθήματα

Τα συναισθήματα των ψυχωσικών ανθρώπων μπορούν να αλλάξουν χωρίς κανέναν προφανή λόγο. Μπορούν να αισθανθούν περίεργα και να αποκοπούν από τον κόσμο, δίνοντας την εντύπωση ότι όλα κινούνται σε αργή κίνηση. Οι αλλαγές στην διάθεση είναι συνήθεις, έτσι μπορούν να αισθανθούν κατ' ασυνήθιστο τρόπο διεγερμένοι ή θλιμμένοι. Τα συναισθήματα μπορούν να είναι αμβλυμμένα - οι άνθρωποι μπορούν να αισθανθούν λιγότερο απ' ό,τι συνήθιζαν, ή εκφράζουν λιγότερα συναισθήματα σε όσους βρίσκονται γύρω τους.

Αλλαγμένη συμπεριφορά

Οι άνθρωποι με ψύχωση συμπεριφέρονται διαφορετικά από ό,τι συνήθως. Μπορεί να είναι εξαιρετικά δραστήριοι, ή να βρίσκονται σε λήθαργο - μένοντας καθισμένοι όλη την ημέρα. Μπορούν να γελάσουν σε ακατάλληλη στιγμή- ανάρμοστα, άπρεπα, ή να θυμώσουν χωρίς προφανή αιτία.

Οι αλλαγές στην συμπεριφορά συνδέονται συχνά με τα συμπτώματα που περιγράφονται ανωτέρω. Παραδείγματος χάριν, ένα πρόσωπο μπορεί να καλέσει την αστυνομία ή να είναι τόσο φοβισμένο ώστε να μην μπορεί να κοιμηθεί εξαιτίας όσων

πιστεύει ότι έχει δει ή έχει ακούσει. Κάποιος μπορεί να σταματήσει να τρώει εάν πιστεύει ότι η τροφή του δηλητηριάζεται. Κάποιος που θεωρεί είναι ο Ιησούς Χριστός μπορεί να περάσει όλη την ημέρα να κηρύττοντας στους δρόμους. Τα συμπτώματα ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο και μπορούν να αλλάξουν με το πέρασμα του χρόνου.

Τι είναι το πρώτο επεισόδιο της ψύχωσης ;

Το πρώτο επεισόδιο της ψύχωσης αναφέρεται απλά στη πρώτη φορά που κάποιος βιώνει ψυχωτικά συμπτώματα. Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν το πρώτο επεισόδιο μιας ψύχωσης δεν μπορούν να καταλάβουν τι τους συμβαίνει. Τα συμπτώματα είναι ιδιαίτερα ενοχλητικά και άγνωστα, αφήνοντας το πρόσωπο μπερδεμένο σε σύγχυση και απόγνωση. Εάν δεν έχουν καμία πραγματική αντικειμενική ένδειξη πληροφόρησης για την ασθένεια, η απόγνωση τους αυξάνεται συχνά από τους αρνητικούς μύθους και τα στερεότυπα. Ένα ψυχωσικό επεισόδιο εμφανίζεται σε τρεις φάσεις. Η διάρκεια κάθε φάσης ποικίλλει από το πρόσωπο στο πρόσωπο.

Φάση 1: Πρόδρομος

Τα πρώτα σημάδια είναι ασαφή και εντοπίζονται μετά βίας. Μπορούν να υπάρξουν αλλαγές στον τρόπο που οι άνθρωποι περιγράφουν τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τα αντιληπτικά τους ερεθίσματα τις αντιλήψεις τους.

Φάση 2: Οξεία

Βιώνονται τα σαφή ψυχωσικά συμπτώματα, όπως η αποδιοργανωμένη σκέψη, οι παραισθήσεις, ή οι ψευδαισθήσεις.

Φάση 3: Αποκατάστασης

Η ψύχωση είναι θεραπεύσιμη και οι περισσότεροι άνθρωποι ανακτούν. Ο τρόπος της αποκατάστασης ποικίλλει από το πρόσωπο στο πρόσωπο.

Οι άνθρωποι επανέρχονται μετά από το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο. Πολλοί δεν βιώνουν ποτέ ένα άλλο ψυχωσικό επεισόδιο.

Ποιοι είναι οι τύποι ψυχώσεων;

Όταν κάποιος έχει ψύχωση, συνήθως δίνεται διάγνωση μιας συγκεκριμένης ψυχωτικής ασθένειας δίνεται συνήθως. Η διάγνωση σημαίνει τον αναγνώριση μιας ασθένειας από τα συμπτώματα. Έτσι η διάγνωση εξαρτάται πάντα από ό,τι έφερε στην επιφάνεια την ασθένεια και από το πόσο καιρό διαρκούν τα συμπτώματα.

Σε κάποιον που βιώνει για πρώτη φορά την ψύχωση, μπορεί να είναι δύσκολο να γίνει μια ακριβής διάγνωση, επειδή πολλοί από τους παράγοντες που κρύβονται κάτω από την ασθένεια μπορούν να παραμείνουν ασαφείς. Εντούτοις, είναι χρήσιμο να γίνουν κατανοητοί μερικοί από τους διαγνωστικούς όρους που μπορεί να ακούσετε.

Ψύχωση προκαλούμενη από ουσίες

Η χρησιμοποίηση ή η διακοπή της χρήσης κάποιων ουσιών συμπεριλαμβανομένου και του οινόπνευματος μπορεί να προκαλέσει ψυχωτικά συμπτώματα. Μερικές φορές αυτά τα συμπτώματα θα εξαφανιστούν γρήγορα καθώς η επίδραση της ουσίας εξασθενεί. Σε κάποιες περιπτώσεις, η ασθένεια μπορεί να διαρκέσει περισσότερο, αλλά να πυροδοτηθεί ξεκινήσει με μια ψύχωση προκαλούμενη από ουσίες..

Οργανική ψύχωση Ψύχωση προκαλούμενη από ιατρική κατάσταση

Τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν εξ αιτίας ενός τραυματισμού στο κεφάλι ή μιας φυσικής ασθένειας που διαταράσσει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, όπως η εγκεφαλίτιδα, το AIDS ή ένας όγκος. Συνήθως υπάρχουν και άλλα συμπτώματα παρόντα, όπως τα προβλήματα μνήμης ή η σύγχυση.

Βραχεία αντιδραστική ψύχωση

Τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορούν να προκύψουν ξαφνικά σε αντίδραση σε σημαντική πίεση στη ζωή κάποιου, όπως ένας θάνατος στη οικογένεια ή άλλη σημαντική αλλαγή των περιστάσεων. Τα συμπτώματα μπορούν να είναι σοβαρά, αλλά η αποκατάσταση επαναφορά γίνεται γρήγορα σε μερικές μόνο ημέρες.

Σχιζοφρένια

Η σχιζοφρένια αναφέρεται σε μια ασθένεια στην οποία οι αλλαγές στη συμπεριφορά ή τα συμπτώματα είναι παρόντα για μια περίοδο τουλάχιστον έξι μηνών. Και πάλι, τα συμπτώματα, η δριμύτητα και η διάρκεια της ασθένειας ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Αντίθετα με παλαιότερες απόψεις, η σχιζοφρένια είναι μια αρκετά κοινή ασθένεια, και πολλοί άνθρωποι με σχιζοφρένια ζουν ευτυχισμένες και ολοκληρωμένες ζωές.

Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή

Αυτή η διάγνωση δίνεται συνήθως όταν τα συμπτώματα διαρκέσουν για λιγότερο από έξι μήνες.

Διπολική διαταραχή (μανιακή κατάθλιψη)

Η διπολική αναταραχή είναι μια «διαταραχή διάθεσης». Η ψύχωση εμφανίζεται ως τμήμα μιας γενικότερης διαταραχής στη διάθεση, η οποία χαρακτηρίζεται από τις ακραίες εξάρσεις (μανία) και τα χαμηλότατα σημεία διαθεσης (κατάθλιψη). Τα ψυχωτικά συμπτώματα τείνουν να ταιριάζουν με την διάθεση του προσώπου. Εάν είναι κατ' ασυνήθιστο τρόπο συγκινημένοι ή ευτυχείς, μπορούν να θεωρήσουν ότι είναι ξεχωριστοί έχουν ξεχωριστές ικανότητες και ότι μπορούν να εκτελέσουν καταπληκτικούς άθλους. Εάν είναι θλιμμένοι, μπορούν να ακούσουν φωνές να τους προτρέπουν να διαπράξουν αυτοκτονία.

Μείζων κατάθλιψη

Επίσης μια "διαταραχή διάθεσης". Είναι μια βαριά κλινική κατάθλιψη μαζί με ψυχωτικά συμπτώματα αλλά χωρίς περιόδους μανίας ή εξάρσεις που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ασθένειας.

Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή

Αυτή η διάγνωση δίνεται όταν η κλινική εικόνα δεν είναι "χαρακτηριστική" είτε μιας διαταραχής διάθεσης είτε της σχιζοφρένιας, αλλά το πρόσωπο έχει τα ταυτόχρονα ή διαδοχικά συμπτώματα και των δύο ασθενειών.

Τι είναι αυτό που προκαλεί την ψύχωση; Έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες ως προς αυτό που προκαλεί την ψύχωση, χρειάζεται όμως να γίνουν πολλές επιπλέον έρευνες.

Οι ενδείξεις αυτή τη στιγμή είναι ότι η ψύχωση προκαλείται από έναν ανεπαρκώς κατανοητό συνδυασμό βιολογικών παραγόντων, οι οποίοι δημιουργούν μια ευπάθεια στην ψύχωση κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή της πρόωρης ενήλικης ζωής. Τα συμπτώματα μπορούν να προκύψουν σε αντίδραση στην πίεση άγχος ή την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, ή μπορεί να είναι βιολογικά προδιαγεγραμμένο να προκύψουν σε ένα ορισμένο στάδιο ανάπτυξης ανεξάρτητα από την εμπειρία ζωής. Μερικοί παράγοντες μπορούν να είναι περισσότερο ή λιγότερο σημαντικοί σε ένα άτομο σε σχέση με κάποιο άλλο.

Στο πρώτο επεισόδιο της ψύχωσης, η αιτία είναι ιδιαίτερα ασαφής. Επομένως, είναι απαραίτητο για το πρόσωπο να έχει μια πλήρη ιατρική εξέταση -συμπεριλαμβανομένης της νευρολογικής εξέτασης- για να καταστήσει την διάγνωση όσο το δυνατόν σαφέστερη.

Η ψύχωση έχει πολλές μορφές. Η πορεία και η έκβαση ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Όσο νωρίτερα αναγνωρίζεται η ψύχωση και η αρχίζει η θεραπεία, τόσο καλύτερη είναι η προοπτική βελτίωσης.

Κατηγορίες ψυχώσεων

Στις ψυχώσεις κατατάσσονται η σχιζοφρένεια, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η παραληρητική διαταραχή, κάποιες βραχείες ή δευτεροπαθείς ψυχωτικές διαταραχές και ένα σεβαστό ποσοστό των περιπτώσεων διπολικής διαταραχής.

Αν και τα παραπάνω ισχύουν ως επί το πλείστον, δε σημαίνει ότι είναι και απόλυτος κανόνας. Αυτό πολύ απλά συμβαίνει γιατί ο εγκέφαλος αποτελείται από δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους σχηματίζοντας «μυριάδες» συνάψεις. Σε ένα τόσο σύνθετο όργανο λοιπόν η κατηγοριοποίηση έχει μόνο πρακτικό ρόλο, ώστε να μπορούν οι άνθρωποι να αντιλαμβάνονται τα πράγματα. Ο ανθρώπινος ψυχισμός μπορεί να συνδυάζει απροσδιόριστο αριθμό εκδηλώσεων.

Τι είναι νεύρωση;

Με τον όρο νεύρωση εννοείται εκείνη η διαταραχή συμπεριφοράς σύμφωνα με την οποία το άτομο αδυνατεί ενίοτε να αντιμετωπίσει άγχος και τις ενδοψυχικές συγκρούσεις του. Κεντρική θέση στην ψυχοπαθολογία των νευρώσεων κατέχουν οι ενοχές και το Υπερεγώ του ατόμου. Τον ασθενή βασανίζουν νοητικές συγκρούσεις μεταξύ του εγώ (περιλαμβάνεται ο ηθικός κώδικας τους ασθενούς) και ασυνείδητων ιδεών. Ο όρος εισήχθη για πρώτη φορά το 1789 από τον ιατρό William Cullen. Η πρώτη συστηματική έρευνα πάνω στις νευρώσεις έγινε από τους Σίγκμουντ Φρόυντ και Καρλ Γιουνγκ στις αρχές του εικοστού αιώνα. Το άτομο που υπόκειται σε συμπτώματα νεύρωσης παρουσιάζει συνήθως φοβία, ψυχαναγκασμό και αγχωτικά επεισόδια.

Οι νευρώσεις, συνιστούν μία από τις τρεις μεγάλες κατηγορίες διαταραχών, όπως τις προσδιορίζει η ψυχαναλυτική θεωρία. Οι άλλες δύο μεγάλες κατηγορίες είναι οι ψυχώσεις και οι διαταραχές προσωπικότητας ή συμπεριφοράς. Στις νευρώσεις, υπάγονται παραδοσιακά, και οι ψυχοσωματικές διαταραχές, ΑΝ και δομικά οι πιο σοβαρές από αυτές φαίνονται πως συγγενεύουν περισσότερο με τις οριακές διαταραχές.

Το άτομο που πάσχει από κάποια νεύρωση, έχει επίγνωση της κατάστασής του, ξέρει ότι είναι άρρωστο και συνήθως ζητάει βοήθεια. Όσο άσχημα κι αν αισθάνεται δεν χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα, με την οποία εξακολουθεί να προσαρμόζεται λίγο-πολύ ομαλά, έτσι που να μην γίνεται συνήθως αντιληπτό, ότι υποφέρει, πολλές φορές ούτε και από το ίδιο το οικογενειακό του περιβάλλον.

Όλα αυτά, συνήθως, δεδομένου ότι μία νεύρωση μπορεί να ξεφύγει από τον έλεγχο του ατόμου και να του δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα προσαρμογής, αλλά σπάνια μπορεί να του δημιουργήσει απόλυτη ρήξη με την πραγματικότητα.

Το άγχος στον νευρωτικό άνθρωπο

Ένα κοινό χαρακτηριστικό των νευρώσεων, ίσως το πιο βασικό, είναι το άγχος. Το άγχος είναι η ανησυχία που αισθανόμαστε όταν κάτι δεν πάει καλά, ή μάλλον, όταν φανταζόμαστε ότι μπορεί να συμβεί κάτι που δεν μας συμφέρει. Το συναίσθημα του άγχους αναφέρεται σε κάποιον κίνδυνο, πραγματικό ή φανταστικό, που δεν είναι εύκολο να αντιμετωπιστεί, γιατί είναι ασαφής ή άγνωστος, κρυφός. Αντίθετα όταν ο

κίνδυνος είναι φανερός και συγκεκριμένος, αισθανόμαστε απλώς φόβο, μικρό ή μεγάλο, ανάλογα με το μέγεθος του κινδύνου, και όχι ανησυχία ή άγχος.

Το άγχος σε ένα νευρωτικό άτομο, οφείλεται σε μία εσωτερική διαμάχη, κρυφές επιθυμίες ή ανάγκες που έρχονται σε σύγκρουση με τη συνείδησή του. Και επειδή ακριβώς παραμένουν κρυφές, και από αυτόν τον ίδιο, του προκαλούν αμηχανία και φόβο δυσανάλογο προς εκείνον που θα ένιωθε αν ο κίνδυνος ήταν εξωτερικός.

Το άγχος αντιπροσωπεύει φόβους της παιδικής ηλικίας, που βγαίνουν τώρα στην επιφάνεια χωρίς συνείδηση των εμπειριών που τις προκάλεσαν. Με άλλα λόγια, πρόκειται για μία διαμάχη που γίνεται μέσα στο ασύνειδο και για αυτό δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά.

Με απλά λόγια, το άγχος του νευρωτικού ατόμου έχει την προέλευσή του, σε μία παιδική νεύρωση, που δεν ξεπεράστηκε, αλλά απωθήθηκε στο ασύνειδο.

Το άγχος, όπως και ο φόβος, συνοδεύεται από σωματικές διαταραχές, από τις οποίες χαρακτηριστικές είναι η ταχυπαλμία, η ταχυκαρδία, η εφίδρωση, το τρέμουλο, η συχνουρία ή η έντονη επιθυμία για ούρηση, βάρος στο στήθος, πόνοι στο στομάχι κλπ.

Ωστόσο, σε ορισμένες νευρώσεις το άγχος υπάρχει σε μία λανθάνουσα κατάσταση, έχοντας καλυφθεί, μερικά ή ολικά, από κάποιο νευρωτικό σύμπτωμα. Αυτό υποστηρίζεται από την ψυχαναλυτική θεωρία, κατά την οποία τα συμπτώματα, νευρωτικά ή ψυχωτικά, αντιπροσωπεύουν μία αμυντική προσπάθεια του οργανισμού εναντίον του άγχους. Η αμυντική αυτή προσπάθεια περιγράφεται ως μία βασική λειτουργία του εγώ και χρησιμοποιεί διάφορους μηχανισμούς, άλλους περισσότερο και άλλους λιγότερο αποτελεσματικούς.

Το νευρωτικό σύμπτωμα είναι ένας έκτακτος, συμβιβαστικός σχηματισμός, που από τη μία μεριά επιτρέπει κάποια ικανοποίηση στην προβληματική επιθυμία που προκαλεί το άγχος, και από την άλλη μεριά την απαγορεύει.

Το σύμπτωμα ως αμυντικός μηχανισμός στον οποίο καταφεύγει το εγώ όταν οι άλλοι, οι ομαλοί, αποδειχθούν ανεπαρκείς, σπάνια απαλλάσσει τον άνθρωπο από το άγχος.

Και όταν τα καταφέρνει, όπως συμβαίνει στην υστερία, το σύμπτωμα του προκαλεί περισσότερα προβλήματα από το άγχος.

Επίσης, ένα ακόμα βασικό χαρακτηριστικό των νευρώσεων είναι ότι αποτελούν λειτουργικές διαταραχές, δηλαδή δεν οφείλονται σε οργανική αιτία. Άλλωστε ο όρος νευρώση δεν έχει σχέση με βλάβη ή αδυναμία του νευρικού συστήματος.

Βέβαια, υπάρχουν διάφορα είδη νευρώσεων, και διακρίνονται από τα συμπτώματα που κυριαρχούν στην καθεμία. Επιστημονικές έρευνες δείχνουν, ότι οι νευρωτικές διαταραχές είναι πολύ συχνές στην εποχή μας. Αλλά καθώς η μεθοδολογία τους διαφέρει, οι περισσότερες απ' αυτές τις έρευνες δίνουν διαφορετικούς αριθμούς. Ωστόσο όλες συμφωνούν, ότι η συχνότητα των νευρώσεων είναι σημαντικά μεγαλύτερη στο γυναικείο φύλο.

Κατηγορίες νευρώσεων

Σε γενικές γραμμές στις νευρώσεις κατατάσσονται οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη με κάποιες εξαιρέσεις, η δυσθυμία, η κυκλοθυμία, κάποιες διαταραχές προσωπικότητας κυρίως του δεύτερου και τρίτου φάσματος, η πλειοψηφία των διαταραχών διατροφής, οι αποσυνδεδετικές διαταραχές και οι διαταραχές σωματικών συμπτωμάτων π.χ. η υστερία.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Στην καθημερινή ζωή με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε μια κατάσταση θλίψης και μελαγχολίας, αυτό συνήθως είναι παροδικό και μάλλον οφείλεται σε κάτι σχετικά ασήμαντο και επουσιώδες. Η κατάθλιψη διαφέρει από την Κλινική Κατάθλιψη η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που διαρκούν πάνω από δύο εβδομάδες και είναι τόσο σοβαρά ώστε να επεμβαίνουν στην καθημερινότητα ενός ατόμου.

Στην ψυχιατρική ο όρος κατάθλιψη μπορεί επίσης να έχει αυτή τη σημασία αλλά συνήθως αναφέρεται σε μία ψυχική ασθένεια και ειδικά όταν δεν έχει φτάσει σε επίπεδο υψηλής σοβαρότητας ώστε να χορηγηθεί αυτή η διάγνωση. Η κατάθλιψη αποτελεί το τέταρτο στάδιο του μοντέλου της Κιούμπλερ-Ρος για την αποδοχή του θανάτου.

Όταν κάποιος έχει κατάθλιψη συνήθως περιγράφει τον εαυτό του ως λυπημένο, απεγνωσμένο, αποθαρρυσμένο και απογοητευμένο.

2. Τύποι κατάθλιψης

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στους τύπους της κατάθλιψης, στη συμπτωματολογία των διαφόρων τύπων της νόσου, στην αιτιολογία των τύπων κατάθλιψης καθώς και σε ορισμένες προτάσεις θεραπείας.

2.1 Διπολική διαταραχή τύπου 1

Η διπολική διαταραχή τύπου 1 είναι γνωστή και ως μανιοκαταθλιπτική διαταραχή και θεωρείται μια πολύ σοβαρή ψυχική ασθένεια η οποία μπορεί να προκαλέσει σοβαρές αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου (Sheila L. Videbeck 2010). Η διπολική διαταραχή συνήθως εμφανίζεται στο τέλος της εφηβικής ηλικίας ενός ατόμου, το μεγαλύτερο ποσοστό την εμφανίζει σε ηλικία κάτω των 25 ετών. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να εμφανίσουν διπολική διαταραχή τύπου 1 κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας και άλλοι πάλι μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα πολύ αργότερα στη ζωή τους και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Οι περισσότεροι άνθρωποι επιστρέφουν στη φυσιολογική λειτουργικότητα τους κατά τη διάρκεια ύφεσης της διαταραχής αλλά ένα ποσοστό 20 με 30 % εξακολουθούν να έχουν κάποια συμπτώματα και κάποιοι άλλοι ίσως έχουν περιόδους υποτροπής.

Τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν κάποιο μανιακό επεισόδιο μέχρι και σήμερα δεν έχουν γίνει γνωστά. Έρευνες δείχνουν πως συμβαίνουν κάποιες αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ασθένεια οφείλεται και στην κληρονομικότητα δηλαδή όταν κάποιος γονιός η άμεσος συγγενής πάσχει από μανιοκατάθλιψη υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης της ασθένειας. Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι για την εμφάνιση διπολικής διαταραχής τύπου 1 δεν είναι υπεύθυνοι μόνο ένα γονίδιο αλλά μια ομάδα γονιδίων τα οποία σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες που έχουν σχέση με το άτομο και με την οικογένεια του συμβάλλουν στην ανάπτυξη διπολικής διαταραχής. Οι περισσότεροι άνθρωποι που υποφέρουν από διπολική διαταραχή παρουσιάζουν και κάποια επεισόδια κατάθλιψης (Pignarre, 2001).

Κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου ο άνθρωπος μπορεί να εμφανίσει αυξημένη διάθεση η οποία συνοδεύεται από μια έντονη δραστηριότητα, ένα αίσθημα ευφορίας, αισιοδοξίας, έχει μειωμένη ανάγκη για ύπνο αφού μετά από 3 ώρες ύπνου μπορεί να νιώθει ξεκούραστος. Παρατηρείται επίσης υπερσεξουαλικότητα, κατάχρηση ουσιών, ανησυχία, υπερδιέγερση και εκνευρισμός. Ακόμη μπορεί να εμφανίσει απώλεια ενδιαφέροντος για κάτι που παλιότερα απολάμβανε, έχει γρήγορη σκέψη, γρήγορο λόγο και ενώ μπορεί να νιώθει πιεσμένος να συνεχίσει να μιλεί, διάσπαση προσοχής και αδυναμία συγκέντρωσης. Η επιθετική συμπεριφορά και το αίσθημα καταναλωτισμού να ξοδεύει άσκοπα όλα του τα χρήματα αποτελούν και αυτά συμπτώματα. Η κατάσταση μπορεί να γίνει ακόμα πιο επικίνδυνη και σοβαρή όταν το άτομο αυτό εμφανίσει παραληρητικές ιδέες η ψευδαισθήσεις και χάνει την επαφή του από την πραγματικότητα.

Επομένως ένα επεισόδιο μανίας μπορεί να διαρκέσει από λίγες ημέρες έως αρκετά χρόνια. Τα συμπτώματα όμως μπορεί να εξακολουθούν να υπάρχουν για μερικές εβδομάδες μέχρι κάποιους μήνες. Τέλος, μπορεί αμέσως μετά από ένα μανιακό επεισόδιο να εμφανιστεί και κατάθλιψη (Mc Kenzie, 2008).

2.2 Διπολική διαταραχή τύπου 2

Η υπομανία αποτελεί μια πιο ήπια μορφή μανίας που δεν είναι τόσο ανησυχητική ώστε να δημιουργήσει δυσκολία στην λειτουργικότητα του ατόμου ή να προκαλέσει εισαγωγή στο νοσοκομείο. Το υπομανιακό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από μια συγκεκριμένη περίοδο ανεβασμένης διάθεσης που έχει διάρκεια για τουλάχιστον 4 μέρες και η συμπεριφορά του ασθενούς είναι τελείως διαφορετική από την συνηθισμένη του συμπεριφορά, αλλά τα ίδια τα άτομα δεν θα δεχτούν αυτή την διαφορά στον τρόπο ζωής του. Τα άτομα όμως που απαρτίζουν το στενό περιβάλλον

του ασθενή μπορούν να καταλάβουν αυτές τις αλλαγές στη συμπεριφορά και στη διάθεση. Επίσης στην υπομανία δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά ψύχωσης. Γενικότερα θεωρείται πως η υπομανία δεν αποτελεί μια αυτοτελή διαταραχή αλλά ένα μέρος της διπολικής διαταραχής 2 (Χριστοδούλου, 2002).

Τα συμπτώματα εμφανίζονται όταν το άτομο μπει στην δεκαετία των 30 αν και δεν είναι απαραίτητο αυτό διότι μπορεί να τα εμφανίσει σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Στην συνέχεια έρχεται μια περίοδος στενοχώριας και απογοήτευσης.

Την περίοδο κατά την οποία το άτομο πάσχει από τη διαταραχή εμφανίζει 3 με 4 από τα συμπτώματα που θα αναφερθούν πιο κάτω:

- . Υψηλή αυτοεκτίμηση και μεγαλειώδεις ιδέες
- . Το άτομο δεν αισθάνεται καθόλου την ανάγκη για ύπνο
- . Αύξηση της ομιλητικότητας του καθώς και ανάγκη να συνεχίσει να μιλάει
- . Θεωρεί πως οι σκέψεις του "τρέχουν"
- . Δεν μπορεί να συγκεντρώσει την προσοχή του
- . Αύξηση των προσωπικών του στόχων(κοινωνικών επαγγελματικών σεξουαλικών)
- . Το άτομο συμμετέχει σε πολύ ευχάριστες δραστηριότητες που δυστυχώς έχουν πολύ άσχημα αποτελέσματα όπως η υπερβολική κατανάλωση προδιδόντων άσκοπη επαγγελματική επένδυση κ.α.

Η υπομανία μπορεί να συνδέεται με μια ανεξήγητη αλλαγή στην συνηθισμένη συμπεριφορά του ατόμου. Πολλές φορές όμως το άτομο παρουσιάζει διαφορές οι οποίες οφείλονται στη διαταραχή χωρίς να μπορεί να γίνουν αντιληπτές στο περιβάλλον του.

Συνήθως η πάθηση δεν είναι τόσο σοβαρή ώστε να δυσλειτουργεί στον επαγγελματικό τομέα ή στην κοινωνικότητα του καθώς και να δημιουργήσει την ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο. Τέλος τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής δεν οφείλονται σε επιδράσεις ουσιών ούτε σε κακή σωματική κατάσταση.

Η θεραπεία της διπολικής διαταραχής γίνεται με φαρμακευτική αγωγή από κάποιον ψυχίατρο και λαμβάνεται καθόλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου ακόμα και σε περιόδους ύφεσης της πάθησης διότι οποιαδήποτε διακοπή της φαρμακευτικής θεραπείας μπορεί να προκαλέσει υποτροπή. Σκοπός της θεραπείας είναι η μείωση των συμπτωμάτων του ασθενή, αλλά και η πρόληψη των υποτροπών. Υπάρχουν φάρμακα τα οποία σταματούν τις αλλαγές και τις διακυμάνσεις της διάθεσης, τα λεγόμενα σταθεροποιητικά φάρμακα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να γίνει συνδυασμός φαρμάκων, να προστεθούν για κάποιο μικρό χρονικό διάστημα και αλλά φάρμακα ώστε να προληφθεί κάποια έξαρση της νόσου παρά τη χρήση των σταθεροποιητικών φαρμάκων.

Το φάρμακο που δίνεται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι το λίθιο. Υπάρχουν όμως και άλλες κατηγορίες φαρμάκων όπως είναι τα αντιεπιληπτικά, τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιψυκτικά και τα αγχολυτικά. Πιθανές αλλαγές φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να κριθούν αναγκαίες από το ψυχίατρο κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Επομένως εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή σημαντικό ρόλο παίζει και η στήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον. Η ψυχοθεραπεία έχει αποδειχτεί εξαιρετικά χρήσιμη σε επεισόδια μανιοκατάθλιψης. Στόχος της είναι η σωστή εκπαίδευση και πληροφόρηση τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους. Έτσι τα άτομα μαθαίνουν περισσότερα για την ασθένεια, μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τις εξάρσεις και τις υφέσεις της νόσου προκειμένου να αναζητήσουν έμμεσα ιατρική βοήθεια, μαθαίνει η οικογένεια να αναγνωρίζει τις τυχόν αλλαγές διάθεσης του ατόμου τους. Επίσης μαθαίνουν τη δράση των φαρμάκων τη χρησιμότητα τους, το σωστό τρόπο λήψης. Τέλος η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με μανιοκατάθλιψη τόσο στη σκέψη τους όσο και στη συμπεριφορά τους ώστε να έχουν μια φυσιολογική και αξιόλογη ζωή (Μαδιανός, 2000).

2.3 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι γνωστή και ως μονοπολική κατάθλιψη, κλινική κατάθλιψη, μείζων κατάθλιψη ή απλά ως κατάθλιψη και αποτελεί μια από τις σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης. Σε αυτή τη μορφή το άτομο διαταράσσεται από έντονη θλίψη, απογοήτευση και μελαγχολία. Διαφέρει από την κοινή κατάθλιψη και από το απλό αίσθημα της θλίψης. Εμφανίζεται κυρίως σε ηλικίες 20- 40. Είναι συχνότερο στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Ωστόσο μπορεί εμφανιστεί παγκοσμίως ανεξάρτητου φυλής, μόρφωσης ή οικονομικής κατάστασης. Συνήθως αποτελείται από ένα μόνο επεισόδιο αλλά μπορεί να κάνει και υποτροπή σε διάφορα στάδια της ζωής του ατόμου.

Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αμέσως αλλά με την πάροδο του χρόνου, αναπτύσσονται μέσα σε λίγες μέρες και μπορεί να διαρκέσουν έως και κάποιες εβδομάδες. Ορισμένα άτομα μιλώντας για τον εαυτό τους δε θεωρούν ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Αυτό που νιώθουν όμως είναι θλίψη, απογοήτευση, απελπισία, ακεφιά και απόγνωση. Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα αυτά παραπονιούνται ότι έχουν σωματικά ενοχλήματα όπως είναι πονοκέφαλος, έντονο και χρόνιο πόνο σε κάποιο μέρος του σώματος τους, κόπωση, ενώ κάποιοι άλλοι νιώθουν θυμό, νεύρα και

ξεσπάνε με άσχημο τρόπο σε πράγματα που δεν έχουν σημασία. Επίσης ενώ παλιότερα ασχολιόντουσαν με διαφορές ευχάριστες δραστηριότητες όπως(κάποιο άθλημα, φιλικές και κοινωνικές σχέσεις) πλέον και αυτές δε τους ικανοποιούν. Αυτή τη μείωση του ενδιαφέροντος την έχουν σχεδόν καθόλη τη διάρκεια της ημέρας και είναι γνωστή και ως ανηδονία. Ακόμη παρατηρείται και αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες του ατόμου με αποτέλεσμα τη μείωση του βάρους και την ανορεξία η οποία μπορεί να προκαλέσει πρόβλημα στο κύκλο της γυναίκας. Επίσης σε ήπιας μορφής κατάθλιψη έχει εμφανιστεί αυξημένη όρεξη και αύξηση βάρους. Μπορεί να έχουν τάσεις αυτοκτονίας και να κάνουν αυτοκτονικές σκέψεις. Έχουν μειωμένο λόγο, μειωμένη ομιλία, μειωμένη συγκέντρωση και αφοσίωση. Εμφανίζει και προβλήματα ύπνου αφού τις περισσότερες ώρες νιώθει αϋπνία. Δυο τύποι αϋπνίας εμφανίζονται συχνά σε ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο. Η μέση αϋπνία στην οποία το άτομο ξυπνά κατά τη διάρκεια της νύχτας όμως δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί και η τελική αϋπνία στην οποία το άτομο προσπαθεί να κοιμηθεί προς το τέλος της νύχτας όμως και πάλι εμφανίζει προβλήματα ύπνου. Τέλος μπορεί να εμφανίσει και υπερυπνία όταν το άτομο κοιμάται για μεγάλο χρονικό διάστημα και κατά τη διάρκεια της νύχτας αλλά και της ημέρας (Gabbard, 2006).

Τα αίτια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής κατατάσσονται σε:

Α)Γενετικούς παράγοντες: Έρευνες έχουν δείξει πως η κατάθλιψη είναι κληρονομική δηλαδή εάν κάποιος γονιός της οικογενείας έπασχε από κατάθλιψη υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να τη κληρονομήσει και το παιδί. Επίσης από γενιά σε γενιά η κληρονομικότητα αυτή σταδιακά μειώνεται μέχρι που εξαλείφεται.

Β)Νευρολογικούς παράγοντες: Ορισμένες χημικές ουσίες όπως η σπερμοτοξίνη, η νορεπινεφρίνη, η ντοπαμίνη και η προλακτίνη σχετίζονται με το συναίσθημα τη διάθεση και τη μνήμη. Γι' αυτό πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να αλλάξουν τα επίπεδα ορισμένων νευροδιαβιβαστών δηλαδή των παραπάνω χημικών ουσιών που μεταβιβάζουν την νευρική διέγερση από τον έναν νευρώνα στον άλλον

Γ)Ιατρικές παθήσεις: Διαφορές ιατρικές παθήσεις μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη και να είναι η άμεση όπως μια πάθηση του θυρεοειδούς αδένα που επηρεάζει τις ορμόνες ή έμμεση όπως ρευματοειδής αρθρίτιδα που προκαλεί πόνο και αναπηρία και μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Επίσης η ηπατίτιδα , η λοιμώδης μονοκυρηνώση, πάρκινσον μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη.

Δ)Διαβητολογικούς παράγοντες: Η μείωση βάρους έχει αποδειχτεί ότι μπορεί να

προκαλέσει κατάθλιψη και αυτό από την έλλειψη Ω-μεγα 3. Επίσης κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει και η έλλειψη μαγνησίου.

Ε) Ποιότητα ύπνου: Η ποιότητα του ύπνου παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης. Ειδικά όταν ο ύπνος δε διαρκεί πολλές ώρες και διακόπτεται κατά τη διάρκεια της νύχτας και στη συνέχεια υπάρχει δυσκολία συνέχισης ύπνου. Τέλος μπορεί να έχουν και πολύ έντονα συναισθηματικά όνειρα.

Στ) Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: Όταν κάποια άτομα έχουν βιώσει στο παρελθόν την απώλεια ενός αγαπημένου τους προσώπου ή ακόμα έχουν βιώσει το διαζύγιο των γονιών του.

Τέλος ο αλκοολισμός, η κατάχρηση ουσιών, τα πρώτα στάδια άνοιας ,αγχώδεις διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο σε κατάθλιψη.

Η θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης γίνεται κυρίως :

Με φάρμακα: όπως είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης τα όποια λαμβάνονται τακτικά και δίνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Με ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Η θεραπεία αυτή συνήθως χρησιμοποιείται σε βαριά μορφής κατάθλιψης ειδικά όταν το άτομο έχει ψύχωση, τάσεις αυτοκτονίας, αρνείται να φάει η και να πει ακόμα. Η δράση είναι άμεση και μπορεί να τον θεραπεύει αμέσως σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά που απαιτούν περισσότερο χρόνο. Γίνονται 6-10 συνεδρίες και συχνότητα 3-4 φορές την εβδομάδα. Τέλος μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Ψυχοθεραπεία. Διάφορα είδη ψυχοθεραπείας όπως η γνωστική, η ομαδική και η ομαδική μπορούν να βοηθήσουν στη θεραπεία της κατάθλιψης. Η θεραπεία γίνεται ακόμα πιο αποτελεσματική όταν γίνεται συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής (Φιλιπποπούλου, 1980).

2.4 Επιλόχεια κατάθλιψη

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια σοβαρή μορφή κατάθλιψη η οποία έχει σοβαρό αντίκτυπο τόσο στην ίδια την μητέρα όσο και στην οικογένεια της. Σχεδόν το 70% των γυναικών βιώνουν διαταραχές διάθεσης τις πρώτες 10 ημέρες μετά τη γέννηση του παιδιού. Οι έντονες ορμονικές αλλαγές πριν κατά τη διάρκεια και μετά το τοκετό μπορούν να προκαλέσουν χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο και να

προκαλέσουν κατάθλιψη. Επίσης η κατάθλιψη είναι δυο φορές συχνότερη από ότι στους άντρες. Εάν η κατάθλιψη δε θεραπευτεί άμεσα θα υπάρξουν σοβαρές συνέπειες στο μέλλον και ίσως ξαναεμφανιστεί σε μια δεύτερη εγκυμοσύνη. Η έναρξη της επιλόχειας κατάθλιψης συμβαίνει μέσα στο διάστημα τεσσάρων εβδομάδων από τη γέννηση του παιδιού και μπορεί να διαρκέσει και ένα χρόνο. Επίσης η γυναίκα στη επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να μη θέλει να αποδεχτεί το μωρό της, να μη θέλει να το αγκαλιάσει, να το ταΐσει να το νιώθει σαν απειλή. Το 73 % των γυναικών που παρουσιάζουν επιλόχεια κατάθλιψη είναι πρωτότοκες ενώ το 23% είναι πολύτοκες.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι:

- . Θλίψη
- . Ανησυχία σχετικά με την ασφάλεια του βρέφους
- . Παραληρητικές ιδέες σχετικά με το βρέφος
- . Ψευδαισθήσεις οι οποίες τη κάνουν να βλέπει το μωρό σαν απειλή και θέλει να το σκοτώσει ή να το τραυματίσει
- . Αϋπνία
- . Έντονη κόπωση
- . Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
- . Μείωση ενδιαφέροντος για καθημερινά πράγματα
- . Σύγχυση

Τα αίτια της επιλόχειας κατάθλιψης είναι:

Ορμόνες. Οι ορμόνες μετά την εγκυμοσύνη αλλάζουν και μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Έτσι λοιπόν αυξάνονται τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Μετά το πρώτο 24ωρο υπάρχει μείωση αυτών των δυο ορμονών και επανέρχονται στα φυσιολογικά τους επίπεδα.

Παθήσεις του θυρεοειδούς. Ο θυρεοειδής αδένας ελέγχεται από ορμόνες οι οποίες όταν μειωθούν μετά την εγκυμοσύνη μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη. Τα μειωμένα επίπεδα ορμονών μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές διάθεσης όπως θυμό, κόπωση, αδυναμία συγκέντρωσης, αύξηση βάρους, αϋπνία κ.α. Τέλος μια απλή εξέταση αίματος μπορεί να δείξει αν η κατάθλιψη οφείλεται σε διαταραχή ορμονών του θυρεοειδούς ή όχι.

Ύπνος. Ανήσυχος ύπνος, μικρής διάρκειας και διακεκομμένος ύπνος εμποδίζουν μια νέα μητέρα να χαρεί όπως θα ήθελε τη μητρότητα.

Φοβικά συναισθήματα. Φόβος απώλειας του μητρικού ρόλου, φόβος απώλειας του γυναικείου ρόλου πριν και μετά το τοκετό.

Η γυναίκα μπορεί να νιώθει πόνο του περινέου και του κόλπου τα όποια μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα στη σεξουαλική επαφή. Επίσης ο χρόνος ανάρρωσης είναι μεγαλύτερος όταν υπάρχει καισαρική τομή σε αντίθεση με έναν φυσιολογικό τοκετό. Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης γίνεται με:

Ορμόνες. Η ορμονική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην απότομη πτώση των οιστρογόνων και στη συνέχεια να μειωθούν και τα συμπτώματα που νιώθει η γυναίκα. **Αντικαταθλιπτικά.** Το πρόβλημα εδώ είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και θηλασμού. Αν η γυναίκα λαμβάνει κάποιο φάρμακο αυτό θα έχει ως συνέπεια να περάσει μέσω του θηλασμού και στο μητρικό γάλα άρα να επιβαρυνθεί και το βρέφος. Ωστόσο ορισμένα αντικαταθλιπτικά μπορούν να δοθούν κατά τη διάρκεια του θηλασμού με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων παρενεργειών για το βρέφος. **Ψυχοθεραπεία.** Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει μια γυναίκα να ξεπεράσει τη κατάθλιψη όμως ακόμα καλύτερο θα ήταν ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και της ψυχοθεραπείας. Η γυναίκα εκφράζει τις ανησυχίες της στο ειδικό υγείας και αυτός με τη σειρά του προσπαθεί να δώσει συμβουλές ώστε να μειωθούν οι αρνητικές σκέψεις, τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθει να λυθούν τα προβλήματα της μέσα από τις συνεδρίες. Τέλος σημαντικό ρόλο παίζει η οικογένεια η οποία με τη στήριξη της θα παρέχει μεγάλη βοήθεια στη νεαρή μητέρα (Μαδιανός, 2006).

2.5 Δυσθυμία

Η δυσθυμία διαταραχή αποτελεί μια ήπιας μορφή κατάθλιψη η οποία μπορεί να είναι και χρόνια κατάσταση. Χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση σχεδόν καθόλη τη διάρκεια της ημέρας και μπορεί να διαρκέσει δυο χρόνια. Προσβάλλει περισσότερο τις γυναίκες μέχρι και 3 φορές περισσότερο από ότι στους άντρες.

Επίσης εμφανίζεται στο γενικό πληθυσμό σε ποσοστό 5-6%. Η δυσθυμία διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί στη παιδική ηλικία, στην εφηβεία η ακόμα στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Σχεδόν πάντα όταν κάποιος έχει δυσθυμική διαταραχή σε διάστημα ενός χρόνου εμφανίζει και μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Τα αίτια για τη δυσθυμία δεν έχουν ερευνηθεί πλήρως. Συνήθως βιοχημικοί, περιβαλλοντικοί, γενετικοί, είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση δυσθυμικής διαταραχής. Ακόμη ένα διαζύγιο, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ψυχολογική βία, κακοποίηση, διαταραγμένες σχέσεις με την οικογένεια και με το κοινωνικό του περίγυρο αποτελούν αιτία για την εμφάνιση δυσθυμικής διαταραχής. Όλα τα παραπάνω εξαρτώνται και από το χαρακτήρα του καθένα και το πώς αντιλαμβάνεται το κόσμο και τη ζωή γύρω του. Οι αρνητικές σκέψεις είναι αυτές που καθορίζουν τα

συναισθήματα. Έτσι ένα καταθλιπτικό άτομο έχει τη τάση να τα βλέπει όλα αρνητικά και να υποτιμάει τα θετικά που συμβαίνουν δημιουργώντας έτσι ένα περιβάλλον απογοήτευσης, μελαγχολίας και απελπισίας (Bennett, 2006).

Για να γίνει σωστή διάγνωση πρέπει ο ασθενής να έχει δυο ή παραπάνω από τα παρακάτω συμπτώματα.:

- . Μειωμένη όρεξη ή αυξημένη όρεξη
- . Δυσκολία συγκέντρωσης και δυσκολία λήψης απόφασης
- . Μειωμένη αυτοεκτίμηση
- . Αϋπνία ή υπερόνια
- . Χαμηλή ενεργητικότητα ή κόπωση

Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν στο άτομο έντονη δυσφορία, μελαγχολία, απαισιοδοξία γίνονται απαθείς, ληθαργικοί, μελαγχολικοί, κλείνονται στον εαυτό τους. Επίσης βασανίζονται από αρνητικές σκέψεις και γεγονότα κατηγορούν τον εαυτό τους σε οτιδήποτε συμβαίνει. Μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι έχουν κάποια ασθένεια η όποια είναι κολλητική και ότι θα μολύνει και τους γύρω τους. Ακόμη παραπονιέται για διάφορους σωματικούς πόνους κ ενοχλήματα όπως πονοκέφαλος η πόνος σε κάποιο μέρος του σώματος τους.

Η θεραπεία μπορεί να είναι είτε φαρμακευτική είτε ψυχοθεραπευτική η και ακόμα συνδυασμός και των δύο. Η φαρμακευτική θεραπεία γίνεται με αντικαταθλιπτικά χάπια όπως αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης η με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης αν και η τελευταία έχει αρκετές παρενέργειες. Η ψυχοθεραπεία και οι συνεδρίες με τον ειδικό βοηθάνε το άτομο να ελαττώσει τις αρνητικές σκέψεις και να δει τη ζωή από μια θετική πλευρά. Ωστόσο δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο είδος που συνιστάται για να αντιμετωπισθεί η ψυχοθεραπεία αφού όλοι οι τύποι μπορούν να βοηθήσουν ο καθένας με τη δίκη του μέθοδο και τρόπο (Χριστοδούλου, 2002).

2.6 Ψυχωτική κατάθλιψη

Η ψυχωτική κατάθλιψη θεωρείται μια από τις πιο επικίνδυνες μορφές κατάθλιψης. Η ψυχωτική κατάθλιψη είναι χρόνια και κυκλική κατάσταση. Ένα άτομο μπορεί να έχει ήπια επεισόδια κατάθλιψης με στιγμές ακραίας ψύχωσης. Ορισμένα άτομα με μείζονα κατάθλιψη μπορεί να εμφανίσουν αργότερα και ψυχωτική κατάθλιψη. Τέλος η αυτοκτονία, το έντονο στρες, η κατάχρηση ουσιών μπορεί να προκαλέσει ένα επεισόδιο ψύχωσης.

Τα συμπτώματα της ψυχωτικής κατάθλιψης μπορεί να παρουσιάσουν:

- . Επιθετικότητα

- . Απογοήτευση
- . Ψυχική αναστάτωση
- . Συναισθήματα παθολογικής ενοχής
- . Συναισθήματα απόγνωσης
- . Απελπισία
- . Αποφυγή συναναστροφής με άλλους ανθρώπους
- . Αυτοκαταστροφικές σκέψεις.
- . Αυτοκτονικές τάσεις
- . Αλλαγμένη συμπεριφορά

Εκτός από τα παραπάνω συμπτώματα εμφανίζονται και ψευδαισθήσεις στις οποίες ο ασθενής ακούει φωνές χωρίς να υπάρχουν άνθρωποι στο χώρο που βρίσκεται. Επομένως οι ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, γευστικές ή απτικές. Το άκουσμα φωνών μπορεί να είναι φιλικό, εχθρικό, ή απειλητικό. Επίσης έχει αισθήματα ενοχής για καταστάσεις του παρελθόντος και γιατί πιστεύει πως θα πρέπει να πεθάνει. Ακόμη ένα σοβαρό σύμπτωμα είναι και οι παραληρητικές ιδέες. Είναι λοιπόν λανθασμένες πεποιθήσεις τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους γύρω του οι οποίες εμφανίζονται ακόμα και απουσία αποδείξεων. Εδώ το άτομο πιστεύει πως κάποιος τον παρακολουθεί τον κατασκοπεύει ή προσπαθεί να τον βασανίσουν.

Η θεραπεία της ψυχωτικής διαταραχής γίνεται με φαρμακευτική αγωγή και με ψυχοθεραπεία. Υπεύθυνα φάρμακα για την αντιμετώπιση της είναι τα αντιψυχωσικά. Τα αντιψυχωσικά μειώνουν σε σημαντικό βαθμό τις παραληρητικές ιδέες και τις ψευδαισθήσεις. Παλιότερα αντιψυχωσικά είναι η αλοπεριδόλη, θειοριδαζίνη που είναι γνωστά ως τυπικά αντιψυχωσικά. Οι παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων είναι αρκετές και είναι: η ξηροστομία, θολή όραση, δυσκοιλιότητα, υπνηλία, ζάλη, δυσκαμψία, τρόμος, ανησυχία και στυτική λειτουργία. Υπάρχουν ακόμη και τα άτυπα αντιψυχωσικά όπως είναι η ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, παλιπεριδόνη κ.α. Οι παρενέργειες των τελευταίων φαρμάκων είναι η αύξηση του σωματικού βάρους, εμφάνιση διαβήτη και υψηλά επίπεδα χοληστερίνης. Η ψυχοθεραπεία με τη σειρά της μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή αρνητικής σκέψης. Η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο η οποία με τη στήριξη της μπορεί να βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό το αγαπημένο τους πρόσωπο που πάσχει από ψυχωτική κατάθλιψη. Ωστόσο η ατομική, η ομαδική και η οικογενειακή ψυχοθεραπεία αποτελούν τις κατάλληλες θεραπείες. Τέλος αν δε μπορεί να βοηθήσει η ψυχοθεραπεία ούτε και τα φάρμακα καλό θα ήταν ο ασθενής να εισάχθει σε κάποιο νοσοκομείο ώστε η παρακολούθηση από ειδικούς να είναι πιο

εντατική και να προληφθούν τυχόν ατυχήματα τόσο στον ίδιο του τον εαυτό όσο και στους γύρω του (Kring, 2007).

2.7 Κυκλοθυμική διαταραχή

Κυκλοθυμία είναι μια κατάσταση στην οποία περίοδοι κατάθλιψης εναλλάσσονται από περιόδους υπερβολικής ευθυμίας. Αρχικά θεωρήθηκε πως αποτελεί διαταραχή της διάθεσης αλλά σήμερα συγκαταλέγεται στις διπολικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για ανθρώπους που την μια εμφανίζονται γεμάτοι ζωντάνια και ενέργεια και την άλλη καταθλιπτικοί και απαισιόδοξοι.

Τα συμπτώματα δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε η πάθηση να κατατάσσεται στην μείζονα κατάθλιψη με μανιακά επεισόδια. Μερικές φορές οι ασθενείς δεν παραδέχονται την πάθηση τους και προσπαθούν να δικαιολογήσουν τα συμπτώματα κατάθλιψης που παρουσιάζουν με διάφορους τρόπους.

Ο ασθενής διακατέχεται από πολλές περιόδους υπομανίας και κατάθλιψης για ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών χωρίς όμως να συγκαταλέγεται στην κατηγορία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Μέσα στο διάστημα αυτό το άτομο βάλλεται συνεχώς από τα συμπτώματα. Επιπλέον τα δυο χρόνια αυτά ο ασθενής δεν παρουσιάζει κάποιο μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο. Επίσης τα συμπτώματα δεν συγχέονται με σχιζοφρένεια ή κάποια σχιζοφρενική διαταραχή καθώς και δεν προέρχονται από χρήση κάποιας ουσίας (ναρκωτικά, φάρμακα ή παθολογικών αιτιών (υπερθυρεοειδισμός). Τέλος τα συμπτώματα δημιουργούν άγχος και μείωση της κοινωνικότητας του. Για την αντιμετώπιση της κυκλοθυμικής διαταραχής είναι απαραίτητη και η ψυχοθεραπεία και η φαρμακοθεραπεία. Σε πολλές περιπτώσεις όμως η ψυχοθεραπεία μπορεί από μόνη της να οδηγήσει στην εξάλειψη του προβλήματος. Η θεραπεία που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από τη βαρύτητα της διαταραχής καθώς και τις ιδιαιτερότητες του ασθενούς (Pignarre, 2001).

2.8 Εποχιακή κατάθλιψη

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα που μας βοηθούν να κατανοήσουμε πως οι καιρικές συνθήκες επηρεάζουν την ψυχολογία του ανθρώπου. Γενικότερα την άνοιξη και το φθινόπωρο παρατηρείται αυξημένη ενέργεια και μεγαλύτερη διάθεση στον άνθρωπο, το χειμώνα η διάθεση είναι πιο περιορισμένη, θα μπορούσαμε να την χαρακτηρίσουμε ως καταθλιπτική και το άτομο συνήθως έχει την τάση να απομονώνεται συχνά. Ακόμα παρατηρούμαι πως αν οι καιρικές συνθήκες δεν είναι καλές για μεγάλο χρονικό διάστημα δηλαδή επικρατεί συννεφιά και βροχόπτωση, υπάρχει επιδείνωση των συμπτωμάτων. Τότε βλέπουμε πως το άτομο γίνεται λιγότερο

παραγωγικό διότι υπάρχει ανάγκη για παραμονή στο σπίτι, επιθυμία για ύπνο, μικρότερη απόδοση στον τομέα εργασίας του. Αντίθετα τις θερμές ημέρες του καλοκαιριού παρατηρείται έντονος εκνευρισμός και δυσφορία που καμία φορά οδηγεί και σε επιθετικότητα. Συμπερασματικά καταλήγουμε πως κάθε εποχή επιδρά με τον δικό της τρόπο στην ψυχολογική κατάσταση των ατόμων (Χριστοδούλου, 2000). Υπάρχουν ενδείξεις πως η μειωμένη εμφάνιση του Ήλιου λειτουργεί αποσυντονιστικά και είναι πολύ πιθανό να επηρεάζει συγκεκριμένα ορμονικά επίπεδα του οργανισμού. Μπορούμε εύκολα να παρατηρήσουμε τα συμπτώματα της εποχιακής κατάθλιψης. Συνήθως τα άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα στον ύπνο με αποτέλεσμα είτε να κοιμούνται για πολλές ώρες είτε να έχουν διαταραγμένο ύπνο. Ακόμα παρουσιάζουν ατονία με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν τις υποχρεώσεις που έχουν στην καθημερινότητα τους. Επίσης διακατέχονται από υπερφαγία.

3. Αιτιολογία

Η αιτιολογία των καταθλιπτικών διαταραχών είναι πολυπαραγοντική. Οι σημαντικότεροι παράγοντες είναι:

- . Γενετικοί παράγοντες
- . Νευροχημικοί παράγοντες
- .Νευροενδοκρινολογικοί παράγοντες
- .Προσωπικότητα-Σωματότυπος
- .Οικογενειακοί παράγοντες
- .Ψυχοπιεστικά γεγονότα
- .Προδιαθεσικές καταστάσεις
- .Σωματικά νοσήματα
- .Ψυχολογικοί παράγοντες

3.1 Γενετικοί παράγοντες

Μελέτες οικογενειών. Με τις μελέτες αυτές διερευνάται κατά πόσο η νόσος έχει οικογενή χαρακτήρα και υπολογίζεται ο κίνδυνος νόσησης. Για το γενικό πληθυσμό ο κίνδυνος νόσησης είναι περίπου 1% για τη διπολική διαταραχή και 5% για την μονοπολική διαταραχή, στους πρώτου βαθμού συγγενείς των πασχόντων από διπολική διαταραχή ο κίνδυνος νόσησης είναι περίπου 8% για διπολική και 12% για μονοπολική διαταραχή. Στους πρώτου βαθμού συγγενείς των πασχόντων από μονοπολική διαταραχή ο κίνδυνος νόσησης είναι περίπου 2% για διπολική διαταραχή και 14% για μονοπολική διαταραχή.

Μελέτες διδύμων. Από τις μελέτες αυτές προκύπτει ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι αδελφοί έχουν βαθμό συμφωνίας για τη διπολική συναισθηματική διαταραχή περίπου 70%, ενώ οι διζυγωτικοί δίδυμοι αδελφοί έχουν βαθμό συμφωνίας περίπου 18%. Για την μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή, ο βαθμός συμφωνίας είναι 54% στους μονοζυγωτικούς δίδυμους και 24% στους διζυγωτικούς δίδυμους. Με άλλα λόγια αν το ένα μέλος των διδύμων πάσχει από κατάθλιψη, οι πιθανότητες να πάσχει από κατάθλιψη και το άλλο είναι πολύ μεγαλύτερες αν οι δίδυμοι είναι μονοζυγωτικοί.

Μελέτες υιοθεσίας. Από τις μελέτες αυτές προέκυψε ότι η υιοθετημένοι με βιολογικούς γονείς πάσχοντες από συναισθηματική διαταραχή εκδηλώνουν την ίδια διαταραχή σε πολύ μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με υιοθετημένους των οποίων οι βιολογικοί γονείς ήταν υγιείς.

3.2 Νευροχημικοί παράγοντες

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τουλάχιστον οι πιο βαριές καταθλίψεις, συνοδεύονται από βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου, δεν γνωρίζουμε όμως με βεβαιότητα αν, και σε θετική περίπτωση ποιες, από τις διαταραχές αυτές σχετίζονται αιτιοπαθογενετικά με την κατάθλιψη. Η έρευνα έχει επικεντρωθεί σε τρεις νευροδιαβιβαστικές ουσίες: σεροτονίνη, νοραδρεναλίνη, ντοπαμίνη.

3.3 Νευροενδοκρινολογικοί παράγοντες

Η σχέση ορμονών και κατάθλιψης έχει επισημανθεί εδώ και πολλά χρόνια. Οι ενδείξεις για συμμετοχή ορμονικών παραγόντων στην παθογένεση της κατάθλιψης προκύπτουν από :

- . Πολλές ορμονικές διαταραχές συνοδεύονται από κατάθλιψη με συχνότητα μεγαλύτερη από την αναμενόμενη (πχ. Νόσος του Addison).
 - . Οι ενδοκρινικές ανωμαλίες που παρατηρούνται στην κατάθλιψη υποδηλώνουν ότι πιθανώς υπάρχει κάποια διαταραχή των υποθαλαμικών κέντρων, που μέσω της υπόφυσης ρυθμίζουν τη λειτουργία του ενδοκρινικού συστήματος.
 - . Οι ορμόνες παίζουν ρυθμιστικό ρόλο στη δραστηριότητα των μονοαμινεργικών νευροδιαβιβαστών και συνεπώς μπορεί να συμμετέχουν στη διαταραχή της νευροδιαβίβασης που παρατηρείται στην κατάθλιψη.
 - . Συχνά ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν προεμμηνωρρυσιακώς κατά την εμμηνόπαυση και κατά τη λοχεία συνοδεύονται από κατάθλιψη.
- Υποθαλαμο-υπόφυσιο-πινεφριδιακός άξονας. Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις για συμμετοχή του άξονα στην κατάθλιψη. Περίπου το 50% των αντικαταθλιπτικών ασθενών παρατηρείται αύξηση κορτιζόλης. Για να εκτιμηθεί αν σε έναν καταθλιπτικό ασθενή υπάρχει διαταραχή του άξονα αυτού διενεργείται η δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόλη (DST test).

3.4 Προσωπικότητα σωματότυπος

Οι άνθρωποι που νοσούν από συναισθηματική διαταραχή είχαν πριν νοσήσουν κυκλοθυμικές τάσεις τις συναισθηματικές διαταραχές συνδέονται επίσης η καταθλιπτική προσωπικότητα και η ιδεοψυχαναγκαστική προσωπικότητα. (τελειοθηρία συνέπεια, τσιγκουνιά, σχολαστικότητα Οι άνθρωποι που νοσούν από συναισθηματική διαταραχή είχαν πριν νοσήσουν κυκλοθυμικές τάσεις. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα γι αυτούς που νοσούν από διπολική συναισθηματική διαταραχή. Με). Να σημειωθεί ότι η προσωπικότητα δεν παίζει καθοριστικό ρόλο.

3.5 Οικογενειακοί παράγοντες

Η γονεϊκή στέρηση στην πρώτη δεκαετία της ζωής έχει βρεθεί να προδιαθέτει σε κατάθλιψη ιδιαίτερα αν η δυσαρμονία είναι αποτέλεσμα δυσαρμονίας ή χωρισμού των γονέων.

3.6 Ψυχοπιεστικά γεγονότα

Η ισχυρότερη συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τα στρεσογόνα γεγονότα αφορά αυτά που χαρακτηρίζονται ως απειλητικά ή ανεπιθύμητα.

3.7 Προδιαθεσικές καταστάσεις

Από μελέτες που έγιναν στο επισημάνθηκαν παράγοντες όπως

Η φροντίδα μικρών παιδιών

Η έλλειψη απασχόλησης έξω από το σπίτι

Η έλλειψη ενός προσώπου εμπιστοσύνης

Η αποστέρηση από τη μητέρα πριν τα 11

Και τέλος η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, η έλλειψη υποστηρικτικού κοινωνικού συστήματος, ενδοψυχικοί παράγοντες.

3.8 Σωματικά νοσήματα

Ένα σοβαρό σωματικό νόσημα είναι φυσικό να συμβάλλει στην κατάθλιψη, δρώντας ως μη ειδικός στρεσογόνος παράγοντας. Υπάρχουν όμως ορισμένα νοσήματα που σχετίζονται πιο στενά με την κατάθλιψη. Ανάμεσα σ αυτά είναι:

.καρκίνος της κεφαλής του παγκρέατος

.ορισμένες ιογενείς λοιμώξεις

.η νόσος του Cushing

.η νόσος του Parkinsonξηση βάρους. Επιπλέον πέφτουν σε κατάθλιψη, αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα διότι διακατέχονται από εκνευρισμό και θέλουν να μείνουν μόνοι τους. Επίσης έχουν πολύ άγχος και μειωμένη σεξουαλική επαφή. Τέλος αξίζει να σημειωθεί πως τα συμπτώματα αυτά υποχωρούν κατά τη διάρκεια της άνοιξης και στις αρχές του καλοκαιριού και παρατηρούνται συνήθως σε άτομα ηλικίας 18-30 πιο συνηθισμένα όμως στις γυναίκες.

Ο χειμώνας μπορεί να προκαλεί σε πολλούς ανθρώπους πτώση στη ψυχολογία τους αλλά δεν είναι απαραίτητο πως τους αποδιοργανώνει ή τους κάνει να υποφέρουν. Στα άτομα όμως που παρατηρούνται πολύ έντονα τα συμπτώματα χρειάζεται ψυχιατρική ή ψυχολογική θεραπεία ή μπορεί να απαιτείται και συνδυασμός και των δυο (Mc Kenzie, 2008).

4. Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης δεν είναι ίδια σε όλους τους καταθλιπτικούς. Άλλοι ασθενείς είναι λυπημένοι και τα βάζουν με τον εαυτό τους, άλλοι παραπονούνται για σωματικά ενοχλήματα, όπως οσφυαλγία και πονοκέφαλο, ενώ άλλοι μπορεί να εκφράζουν ιδέες που χαρακτηρίζουν συνήθως παρανοειδείς καταστάσεις, όπως ότι κάποιος τους παρακολουθούν, τους σχολιάζουν και θέλουν το κακό τους (Χριστοδούλου, 2000).

Τα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν βαθιά θλίψη και ανικανότητα του ατόμου να βιώσει ευχαρίστηση. Οι περισσότεροι από μας βιώνουμε θλίψη κατά τη διάρκεια της ζωής μας και οι περισσότεροι λέμε κάποια στιγμή ότι έχουμε κατάθλιψη. Οι περισσότερες από αυτές τις εμπειρίες δεν έχουν αρκετή ένταση και διάρκεια, ώστε να δικαιολογείται η διάγνωση. Ο συγγραφέας William Styron (1992) έγραψε για την κατάθλιψή του: <<όπως κάθε άλλος άνθρωπος, πάντοτε είχα στιγμές στις οποίες ένιωθα βαθιά θλίψη, αλλά αυτό ήταν ένα εντελώς καινούργιο βίωμα: μια απελπιστική, αμετάβλητη παράλυση του πνεύματος, η οποία ξεπερνούσε οτιδήποτε είχα ποτέ γνωρίσει ή φανταστεί ότι μπορεί να υπάρξει>>.

Όταν οι άνθρωποι εμφανίζουν καταθλιπτική διαταραχή, μπορεί να κατηγορούν συνεχώς τον εαυτό τους. Είναι επίσης συνηθισμένα και τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως είναι η κόπωση και η χαμηλή ενεργητικότητα, καθώς και οι σωματικές ενοχλήσεις και οι πόνοι. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι τόσο έντονα, που το άτομο πείθετε ότι μάλλον υποφέρει από σοβαρό ιατρικό πρόβλημα, παρά το γεγονός ότι τα συμπτώματα δεν έχουν εμφανή σωματική αιτία (Kring, 2007).

Ο καταθλιπτικός έχει πεσμένα χαρακτηριστικά προσώπου, άτονο και ικετευτικό βλέμμα που κατευθύνεται προς τα κάτω, κυρτωμένη ράχη και ώμους, παραμελημένη αμφίεση και μειωμένη κινητικότητα. Φαίνεται κουρασμένος και δίνει την εντύπωση ότι η ηλικία του είναι μεγαλύτερη από την πραγματική. Οι παλιοί γιατροί περιγράφουν το <<μελαγχολικό ωμέγα>> (δηλαδή πεσμένες γωνίες του στόματος και κάθετη ρυτίδωση στο μεσόφρυδο). Τόσο η λεκτική όσο και η εξωλεκτική επικοινωνία (π.χ. οι χειρονομίες και οι μορφασμοί) είναι μειωμένες. Έχει παρατηρηθεί ότι και η συχνότητα που ανοίγουν και κλείνουν τα βλέφαρα είναι και αυτή μειωμένη.

Όταν συνυπάρχει άγχος, η εικόνα αυτή αλλάζει και αντί για μειωμένη κινητικότητα ο άρρωστος έχει ψυχοκινητική ανησυχία, βηματίζει πάνω-κάτω, τρώει τα νύχια του, τραβάει τα μαλλιά του, δεν μπορεί να σταθεί σε ένα μέρος, αγωνία (Χριστοδούλου 2000).

Οι καταθλιπτικοί επίσης μπορεί να νιώθουν ότι η γεύση του φαγητού είναι μονότονη ή ότι έχουν χάσει την όρεξή τους ή αντίθετα μπορεί να έχει αυξηθεί η όρεξή τους. Το σεξουαλικό ενδιαφέρον εξαφανίζεται. Κάποιοι μπορεί να αισθάνονται τα άκρα τους βαριά.

Πέρα από αυτά τα γνωστικά και σωματικά συμπτώματα, μπορεί να εξαφανιστεί η ικανότητα να παίρνει κανείς πρωτοβουλίες. Η απόσταση από τους άλλους είναι συχνή. Πολλοί προτιμούν να κάθονται μόνοι τους και να παραμένουν σιωπηλοί. Όταν κανείς αποθαρρυνθεί και απελπιστεί τελείως, τότε εμφανίζονται συχνά σκέψεις αυτοκτονίας (Kring, 2007).

5. Διαγνωστικά κριτήρια κατάθλιψης

1. Καταθλιπτικό συναίσθημα
2. Μείωση του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης από ασχολίες που προηγουμένως ευχαριστούσαν τον ασθενή.
3. Μείωση της όρεξης (απώλεια βάρους μεγαλύτερη του 5%)σε ένα μήνα η αντίθετα αύξηση της όρεξης (και του βάρους μεγαλύτερη του 5% σε ένα μήνα)
4. Αϋπνία η αντίθετα υπερυπνία
5. Ψυχοκινητική ανησυχία η ψυχοκινητική επιβράδυνση
6. Κόπωση η απώλεια ενεργητικότητας
7. Συναισθήματα απαξίας η ενοχής
8. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και σκέψης, αναποφασιστικότητα
9. Αυτοκαταστροφικός ιδεασμός

Πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5 κατά την ίδια 15ήμερη χρονική περίοδο. Μέσα στα 5 αυτά συμπτώματα πρέπει να περιλαμβάνεται τουλάχιστον το υπ αριθμό 1 η το υπ αριθμό 2.

Επιπροσθέτως τα παραπάνω συμπτώματα θα πρέπει να προκαλούν σημαντική δυσφορία η διαταραχή στη λειτουργικότητα του ασθενούς

Να μην οφείλονται στη δράση ουσιών φαρμάκων η νόσου

Να μην οφείλονται σε πένθος (Χριστοδούλου, 2000).

6. Επιδημιολογία

Περίπου ένας στους 10 ανθρώπους νοσεί σε κάποια περίοδο της ζωής του από καταθλιπτική διαταραχή. Ωστόσο, μόνο 10-25% των πασχόντων υποβάλλονται σε θεραπεία. Η μελέτη της επιδημιολογίας της κατάθλιψης έχει εγγενείς δυσκολίες, που προκύπτουν από την πολυμορφία και την ετερογένεια των καταθλιπτικών συνδρόμων, από την ύπαρξη μορφών κατάθλιψης που εκφράζονται με σωματικά συμπτώματα και υποδύονται σωματικά νοσήματα (λανθάνουσες καταθλίψεις) και από το γεγονός ότι, στον τομέα των επιδημιολογικών ερευνών, υπάρχει μεγάλη ετερογένεια και συνακόλουθη σύγχυση, δηλαδή άλλες επιδημιολογικές μελέτες αφορούν τη διαταραχή κατάθλιψη και άλλες το σύμπτωμα κατάθλιψη.

Η ετήσια επίπτωση του συνόλου των συναισθηματικών διαταραχών είναι περίπου 1,5%. Η επικράτηση της κατάθλιψης κυμαίνεται από 2% μέχρι 6%. Είναι περίπου διπλάσια στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Αντίθετα στη διπολική διαταραχή υπάρχει ίση εκπροσώπηση των δυο φύλων. Η επικράτηση της μανίας είναι μικρότερη. Κυμαίνεται από 0,4% μέχρι 0,8%. Η επικράτηση της δυσθυμίας είναι περίπου 3-4%. Η επικράτηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κυμαίνεται από 9-20%. Στον Ελληνικό χώρο το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 17-27% (Μαδιανός, 2006).

Συμπερασματικά, η επιδημιολογική μελέτη των συναισθηματικών διαταραχών αποκαλύπτει ότι συμπτώματα κατάθλιψης αλλά και κλινική κατάθλιψη παρουσιάζονται σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Τα δεδομένα αυτά σε συνδυασμό με:

- . την απροθυμία του καταθλιπτικού ασθενούς να ζητήσει βοήθεια
- . τις εγγενείς δυσκολίες διάγνωσης πολλών μορφών κατάθλιψης
- . την υπό διάγνωση της κατάθλιψης στη χώρα μας από τους γενικούς γιατρούς προσδιορίζουν το μέγεθος της ευθύνης μας απέναντι στους δυνητικά αυτοκαταστροφικούς συνανθρώπους μας που πάσχουν από κατάθλιψη (Χριστοδούλου, 2000).

7. Θεραπεία

Η θεραπεία της κατάθλιψης αποβλέπει σε τρεις στόχους:

- . προστασία του ασθενούς από το ενδεχόμενο αυτοκαταστροφής
- . καταπολέμηση της φάσης κατάθλιψης (βραχυπρόθεσμη αντιμετώπιση)
- . αποτροπή προσεχών φάσεων (μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση)

Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι πρέπει να υπάρχουν:

- . μια συγκεκριμένη, μακράς πνοής θεραπευτική στρατηγική
- . πολυδιάστατη αντιμετώπιση (βιολογική, ψυχολογική και ψυχοκοινωνική).

7.1 Φαρμακευτική θεραπεία

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

.τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (όπως ιμιπραμίνη, αμιτριπτυλίνη, χλωριμιπραμίνη)

Είναι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνότερα στην κατάθλιψη και ιδιαίτερα στη μείζονα κατάθλιψη. Περίπου 60-80% των καταθλιπτικών ασθενών ανταποκρίνονται στη θεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

.Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) (όπως φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, σιταλοπράμη, παροξετίνη)

Έχουν παρόμοιες ενδείξεις με αυτές των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα. Πλεονεκτούν γιατί έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Είναι πιο ακριβά φάρμακα από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και η παράμετρος αυτή έχει σημασία όταν πρόκειται να ληφθούν αποφάσεις για μακροχρόνια χρήση.

.Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRI) (όπως η βενλαφαξίνη)

Έχουν συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα με τα προηγούμενα και ευρύτερο φάσμα δράσης, γιατί, εκτός από την αναστολή επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, ασκούν παρόμοια δράση και στη νοραδρεναλίνη.

.Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO) (όπως τρανυλκυπρομίνη, φαινελζίνη, νιαλαμίδη)

Είναι λιγότερο αποτελεσματικά από τα τρικυκλικά, τα SSRI και τα SNRI και παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών, μερικές από τις οποίες είναι δυνητικά επικίνδυνες, όπως πχ οι υπερτασικές κρίσεις όταν συγχορηγούνται με ορισμένες τροφές ή φάρμακα.

Χορηγούνται στις περιπτώσεις όπου τα άλλα αντικαταθλιπτικά δεν είναι αποτελεσματικά ή αντενδείκνυται, καθώς και σε περιπτώσεις <<λανθανουσών>> ή <<άτυπων>> καταθλίψεων, ιδίως όταν κυριαρχούν άγχος, φοβίες και ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα.

Στη χώρα μας δεν κυκλοφορούν τα φάρμακα αυτά αλλά μια βελτιωμένη μορφή αναστολέα της ΜΑΟ, η μοκλοβεμίδη, που είναι ασφαλέστερο και ίσως πιο αποτελεσματικό φάρμακο από τους κλασικούς αναστολείς.

Αγχολυτικά και κατευναστικά (όπως βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά κλπ)

Τα φάρμακα αυτά είναι καλό να μην χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη παρά μόνο συμπτωματικά και περιστασιακά και αυτό για 2 βασικούς λόγους:

.πολλά από αυτά μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη

.πολλά από αυτά έχουν εξαρτησιογόνο δράση

Το άγχος και η αϋπνία είναι συμπτώματα της κατάθλιψης και υποχωρούν συνήθως με την αντιμετώπισή της.

Υπνική αποστέρηση

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η στέρηση ύπνου μπορεί να έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα σε 2/3 των καταθλιπτικών ασθενών. Υπάρχουν διάφορες τεχνικές αυτής της μεθόδου. Οι κυριότερες είναι:

.ολική υπνική αποστέρηση (στέρηση ύπνου επί 36 ώρες 2 φορές την εβδομάδα)

.μερική υπνική αποστέρηση (ο ασθενής κοιμάται νωρίς, πχ στις 9 μ.μ και ξυπνάει μετά από 4 ώρες, έτσι ώστε, παράλληλα με την υπνική αποστέρηση, να υπάρχει και πρωιμότερη επέλευση του ύπνου, που έχει και αυτή θεραπευτική δράση).

Η υπνική αποστέρηση είναι αποτελεσματική στην μείζονα κατάθλιψη και όχι στη δυσθυμία και χρησιμοποιείται είτε για να συνεπικουρήσει κάποια φαρμακευτική θεραπεία είτε στο αρχικό στάδιο μιας φαρμακευτικής θεραπείας (αφού τα φάρμακα δεν είναι δραστικά στο αρχικό αυτό στάδιο παρά μόνο μετά την πάροδο 1-3 εβδομάδων από την έναρξη της χορήγησής τους).

Παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Καθώς τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα κατηγοριοποιούνται σε ομάδες, οι παρενέργειες τους σαφώς δεν είναι κοινές και για αυτό το λόγο θα αναφερθούν στο πλαίσιο της κατηγορίας στην οποία εντάσσονται (Φιλιπποπούλου, 1980).

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) : Οι συνηθέστερες παρενέργειες που έχουν σημειωθεί είναι ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, θολή όραση, προβλήματα της ουροδόχου κύστης, ζάλη, υπνηλία, αύξηση του καρδιακού ρυθμού, εφίδρωση, δερματικά εξανθήματα, σεξουαλική δυσλειτουργία, απώλεια ή αύξηση βάρους. Συνήθως οι ανεπιθύμητες παρενέργειες μετριάζονται μετά την παρέλευση 7-10 ημερών. Η υπερβολική δόση ενός τρικυκλικού φαρμάκου είναι σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρα. Απαιτείται άμεση ιατρική παρέμβαση. Τα συμπτώματα της υπερβολικής δόσης εμφανίζονται μια ώρα συνήθως μετά την κατάποση και περιλαμβάνουν διεσταλμένες κόρες, υπερθερμία, σπασμούς, καταπληξία, απώλεια συνείδησης και αναπνευστική ανεπάρκεια.

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) : Οι συχνότερες παρενέργειες είναι γαστρεντερικές όπως ναυτία, διάρροια, δυσπεψία, κοιλιακό άλγος, ανορεξία και νευρολογικές διαταραχές όπως αϋπνία ή υπερυπνηλία, μυϊκή δυσκαμψία, διέγερση, εφίδρωση, αύξηση των αντανακλαστικών και σπασμοί. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί σεξουαλική δυσλειτουργία και αυτοκτονικός ιδεασμός (το άτομο καταλαμβάνεται από έντονες σκέψεις θανάτου) (Bennett, 2006).

Λιγότερο συχνά μπορούν επίσης να εμφανιστούν πυρετός, σύγχυση, κοιλιακή αιμορραγία, προβλήματα στύσης, υπέρταση ή υπόταση και βίαιη συμπεριφορά. Η κατάχρηση των SSRIs ή ο συνδυασμός τους με άλλα φάρμακα που επιδρούν στη σεροτονίνη μπορεί να προκαλέσει το επικίνδυνο τοξικό σύνδρομο σεροτονίνης που χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό, καρδιακή αρρυθμία, νεφρικά προβλήματα και απώλεια των αισθήσεων.

Αναστολείς μονοαμινοοξειδάσης (MAO) : Οι ασθενείς στους οποίους χορηγούνται αντικαταθλιπτικά αυτής της κατηγορίας πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στην κατανάλωση τροφίμων που περιέχουν το αμινοξύ τυραμίνη καθώς αυξάνουν σημαντικά την αρτηριακή πίεση. Σε μια τέτοια περίπτωση παρατηρούνται δυσκαμψία του αυχένα, σοβαρή κεφαλαλγία, πόνοι στο στήθος, ταχυκαρδία, ναυτία και εμετοί ακόμη και εγκεφαλικό επεισόδιο. Τροφές επομένως που πρέπει να αποφεύγονται είναι το ψάρι, η σοκολάτα, τρόφιμα που έχουν υποστεί ζύμωση, όπως επεξεργασμένα κρέατα, σάλτσα σόγιας, τυρί, τουρσί. Άλλα συμπτώματα που προκαλούνται από τους αναστολείς της μονοοξειδάσης είναι διαταραχές στον ύπνο, αύξηση της σωματικού βάρους, ναυτία, ξηροστομία, ζάλη και αισθήματα τρόμου και ανησυχίας (Μαδιανός, 2006).

Σταθεροποιητές διάθεσης: Τα αντικαταθλιπτικά αυτής της κατηγορίας συνοδεύονται συχνά από συμπτώματα όπως ζάλη, γαστρεντερικές διαταραχές, αϋπνία ή υπερυπνηλία και αγχώδεις διαταραχές.

Το λίθιο συγκεκριμένα μπορεί να προκαλέσει δίψα,, ναυτία ,εμετούς, συχνουρία, τρεμούλα, ξηροδερμία, διαταραχές στην ομιλία και απώλεια αισθήσεων. Αν προκληθεί αφυδάτωση μπορεί να γίνει τοξικό με επιβλαβείς συνέπειες στα νεφρά .Σε μια τέτοια περίπτωση μπορεί επίσης να εμφανιστεί βρογχοκήλη, επιληπτική κρίση ακόμη και καρδιακή ανακοπή για αυτό και ο ασθενής χρήζει άμεσης ιατρικής παρέμβασης.

Αντικαταθλιπτικά φαινοθυλαμίνης: τα αντικαταθλιπτικά αυτά αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης και γι' αυτό το λόγο τα συμπτώματα τους είναι ιδιαίτερα σοβαρά σε περίπτωση συνδυασμού τους με άλλα φάρμακα. Ειδικά η χορήγηση βενλαφαξίνης δεν πρέπει να ξεκινήσει μέχρι να παρέρθουν τουλάχιστον 14 μέρες μετά τη διακοπή της θεραπείας με έναν μη αναστρέψιμο αναστολέα της ομάδας MAO και πρέπει να διακόπτεται για τουλάχιστον 7 ημέρες μετά τη θεραπεία με MAO .Στις συχνές παρενέργειες τους ανήκουν η ναυτία, ζάλη, ξηροστομία, εφίδρωση, διαταραχές στον ύπνο, νευρικότητα, κινητικές διαταραχές. Στη περίπτωση της βενλαφαξίνης εκτός από τα προαναφερθέντα υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης επεισοδίων σχετιζομένων με αυτοκτονία καθώς επίσης και ο κίνδυνος εμφάνισης υπονατριαιμίας και του συνδρόμου απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (Kring, 2007).

7.2 Ψυχοθεραπεία

Ατομική ψυχοθεραπεία

Χρησιμοποιείται κυρίως σε ήπιες και χρόνιες μορφές κατάθλιψης. Βασίζεται σε ψυχοδυναμικές αρχές (δίνει έμφαση στο ρόλο των προηγούμενων εμπειριών και των μη συνειδητών κινήτρων στον προσδιορισμό της συμπεριφοράς). Η βραχεία, ψυχοδυναμικής έμπνευσης ψυχοθεραπεία, που δεν διαρκεί περισσότερο από 20 συνεδρίες, έχει βραχυπρόθεσμους στόχους, δηλαδή υποστήριξη του ασθενούς, παρέμβαση σε περίοδο κρίσης και υποβοήθηση του ασθενούς στον τομέα της απόκτησης δεξιοτήτων επικοινωνίας με τους άλλους.

Η μακρά, ψυχοδυναμικής έμπνευσης ψυχοθεραπεία (ψυχανάλυση), που διαρκεί μήνες η και χρόνια, έχει πιο φιλόδοξους στόχους, αποβλέποντας στην αποκάλυψη και επίλυση καταστάσεων εσωτερικής διαπάλης, που πολλές φορές ανάγονται σε βιώματα παιδικής ηλικίας. Οι καταστάσεις αυτές, μέσα στις οποίες οι ψυχοδυναμικοί προσανατολισμού ψυχίατροι περιλαμβάνουν και την κατάθλιψη, προκαλούν χρόνιες ψυχολογικές δυσλειτουργίες, που η μακρά ψυχοθεραπεία καλείται να επιλύσει.

Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία

Πρόκειται για μια μορφή ψυχοθεραπείας που απευθύνεται ειδικά σε ασθενείς με κατάθλιψη (Klerman & Weissman 1984). Διαρκεί 12-16 συνεδρίες, δεν επικεντρώνεται στο χθες, όπως οι προηγούμενες ψυχοθεραπείες, αλλά στο σήμερα και έχει στόχο ψυχοεκπαιδευτικό, αποβλέπει δηλαδή στο να δώσει στον ασθενή την απαραίτητη πληροφόρηση για την πάθησή του και να τον βοηθήσει να διαμορφώσει τις στρατηγικές που απαιτούνται για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του. Η ψυχοθεραπεία αυτή προσφέρεται κυρίως για ήπιες μορφές κατάθλιψης.

Ομαδική ψυχοθεραπεία

Συμβάλλει στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων σε ένα αμοιβαίως υποστηρικτικό περιβάλλον, ένα περιβάλλον δηλαδή όπου ο ασθενής βοηθάει τον άλλο να ξεπεράσει τις δυσκολίες του. Η ομαδική ψυχοθεραπεία δίνει την δυνατότητα διερεύνησης και βελτίωσης των τρόπων που επικοινωνεί ο ασθενής με τους άλλους.

Γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία

Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση, που διατυπώθηκε από τον Beck, αποβλέπει στην τροποποίηση των αρνητικών <<γνωσιών>> του ασθενούς για τον εαυτό του (πχ <<είμαι ανίκανος>>) και για τους άλλους (<< όλοι με σιχαίνονται>>) και την αντικατάσταση των <<γνωσιών>> αυτών με άλλες που εκφράζουν μια πιο θετική αντίληψη.

Σύμφωνα με την γνωσιακή θεωρία, η κατάθλιψη οφείλεται στις αρνητικές <<γνωσίες>> και επομένως η θεραπεία συνίσταται στη θετικοποίηση των <<γνωσιών>> αυτών.

Υπάρχουν πολλοί που υποστηρίζουν ότι οι αρνητικές γνωσίες είναι μάλλον το αποτέλεσμα παρά η αιτία της κατάθλιψης, ενώ άλλοι εκφράζουν την άποψη η οποία θεραπευτική αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης δεν οφείλεται στην τροποποίηση των γνωσιών αλλά στην καλή συναισθηματική σχέση γιατρού – αρρώστου. Όπως και να έχουν τα πράγματα, η θεραπευτική αυτή μέθοδος έχει αξιόλογα αποτελέσματα.

Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Αποβλέπουν στον περιορισμό των περιβαλλοντικών στρεσογόνων παραγόντων που συμβάλλουν στην γένεση, επιδείνωση, συντήρηση, υποτροπή ή νέα νόσηση της κατάθλιψης. Ορισμένοι από τους ψυχοκοινωνικούς αυτούς παράγοντες είναι αντιμετωπίσιμοι (πχ οικογενειακές διαμάχες, όπου εφαρμόζεται θεραπεία οικογένειας), άλλοι όμως, όπως αυτοί που σχετίζονται με μεγαλοκοινωνικά μεγέθη (φτώχεια, ανεργία κλπ.), είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν, γιατί απαιτούν ευρύτερου φάσματος προσεγγίσεις, που δεν έχουν άμεση αλλά εφαπτόμενη σχέση με την ψυχιατρική.

Συνδυασμοί θεραπειών

Τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης επιτυγχάνονται όταν συνδυάζονται οι βιολογικές με τις ψυχοθεραπευτικές και τις ψυχοκοινωνικές μεθόδους. Οι πρώτες μέθοδοι επηρεάζουν κυρίως τις βιολογικές παραμέτρους τις κατάθλιψης, οι δεύτερες κυρίως τη λειτουργικότητα που είναι συναρτημένη με την προσωπικότητα του πάσχοντος και οι τρίτες την κοινωνική λειτουργικότητα (Χριστοδούλου, 2000).

7.3 Εναλλακτικές μορφές θεραπείας

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η κύρια ένδειξη της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι η βαριά κατάθλιψη. Πρόκειται για μια ταχείας δράσης, αποτελεσματική και αρκετά ασφαλή θεραπευτική μέθοδο.

Συνίσταται στη διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο του ασθενούς κάτω από συνθήκες γενικής αναισθησίας και μυοχάλασης. Είναι μέθοδος εκλογής σε περιπτώσεις βαριάς κατάθλιψης, ιδιαίτερα όταν υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενούς και απαιτείται γρήγορο αποτέλεσμα. Επίσης, η παραληρητική κατάθλιψη ανταποκρίνεται περισσότερο στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία παρά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Συνήθως απαιτούνται 8-10 θεραπευτικές συνεδρίες για να ολοκληρωθεί μια πλήρης σειρά ηλεκτροσπασμοθεραπειών.

Αν και η αποτελεσματικότητα της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι αναμφισβήτητη, δεν χρησιμοποιείται τόσο συχνά. Αυτό οφείλετε στον στιγματισμό της μεθόδου αυτής για ποικίλους λόγους, ένας από τους οποίους είναι η σύγχυση που υπάρχει ανάμεσα στη θεραπευτική μέθοδο και στα <<ηλεκτροσόκ>> που χρησιμοποιούνται σε αυταρχικά καθεστώτα για βασανισμό. Με άλλα λόγια, η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται όχι για επιστημονικούς λόγους, αλλά για λόγους που σχετίζονται με την παραπληροφόρηση του κοινού. Αντιψυχωτικά (νευροληπτικά) φάρμακα (όπως χλωροπρομαζίνη, αλοπεριδόλη, τριφθοριοπεραζίνη, ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη). Χορηγούνται στις περιπτώσεις όπου η κατάθλιψη συνοδεύεται από ψυχωσικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα που αναμένεται να υποχωρήσουν με τα φάρμακα αυτά είναι κυρίως οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις και το άγχος. Για την καταπολέμηση του άγχους μπορεί να χορηγηθούν μικρές δόσεις αλειφατικών φαινοθειαζίνων (πχ λεβομεπρομαζίνης).

Φωτοθεραπεία

Εφαρμόζεται στις καταθλίψεις που έχουν εποχιακή κατανομή και συμβαίνουν κατά το τέλος του φθινοπώρου και την αρχή του χειμώνα. Οι ασθενείς εκτίθενται σε ισχυρό φως με κατάλληλους λαμπτήρες και οι περισσότεροι ανταποκρίνονται θετικά στη θεραπεία. Έχει υποστηριχτεί ότι η αντικαταθλιπτική δράση της φωτοθεραπείας οφείλεται σε αναστολή της έκκρισης μελατονίνης, η άποψη όμως αυτή κατά τα τελευταία χρόνια έχει χάσει έδαφος.

8. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στην παιδική, εφηβική κατάθλιψη καθώς στις γυναίκες και στους άνδρες με καταθλιπτική διαταραχή και πως αυτή επηρεάζει τη καθημερινή ζωή και τη λειτουργία του κάθε ανθρώπου σε όλα τα στάδια της ζωής του. Τέλος αναφέρονται τα αίτια, τα συμπτώματα, οι αιτιολογικοί παράγοντες και οι τρόποι θεραπειάς για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

8.1 Παιδική, βρεφική και εφηβική κατάθλιψη

Η παιδική και η εφηβική κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή με κίνδυνο χρονιάς κατάστασης η οποία μπορεί να επηρεάσει τόσο τη ζωή του παιδιού όσο και τη ζωή των γονιών. Παιδική και εφηβική κατάθλιψη είναι δύσκολο να διαγνωστεί από ειδικούς ψυχικής υγείας διότι το παιδί δε μπορεί να εκφράσει με λόγια αυτό που βιώνει γι' αυτό εκφράζουν συνήθως τη κατάθλιψη με σωματικά ενοχλήματα. Έχουν πόνους στη κοιλιακή χώρα, πονοκέφαλους αποφυγή πρόσληψης τροφής, αϋπνία. Το παιδί μπορεί να αλλάξει συμπεριφορά να γίνει επιθετικό, νευρικό, απομονωμένο. Η παιδική και εφηβική κατάθλιψη θεωρείται χρόνια πάθηση που μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στη λειτουργικότητα του παιδιού. Μπορεί όμως εύκολα να «κρυφτεί» διότι τα παιδιά δε παραπονιούνται ούτε μπορούν να εκφράσουν λεκτικά τι τους βασανίζει (Gabbard, 2006).

Η κλινική εικόνα της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης παρουσιάζει αρκετές διαφορές σε σχέση με τους ενήλικες.

Εδώ το παιδί και ο έφηβος είναι θλιμμένοι, δυστυχημένοι

Έλλειψη ενδιαφέροντος και απώλεια ευχαρίστησης

Αλλαγή συμπεριφοράς, μείωση σχολικού ενδιαφέροντος και μαθησιακού ενδιαφέροντος, απομόνωση από τα παιδιά της ηλικίας. Το παιδί κουράζεται εύκολα και μπορεί να μην έχει όρεξη για παιχνίδι με τους φίλους του, μπορεί ακόμη να δυσκολεύεται να πραγματοποιήσει καθήκοντα που θα του έχει δώσει να κάνει η δασκάλα. Στη σχολική ηλικία μπορεί να εκφράσουν ιδέες αυτοκτονίας χωρίς όμως να γίνουν απόπειρες. Στους εφήβους το ποσοστό αυτοκτονίας αυξάνεται σημαντικά και σε διπλάσιο βαθμό τα παιδιά είναι οργισμένα, νευριάζουν δεν υπακούουν ούτε τους γονείς ούτε τη δασκάλα. Η κυκλοθυμική διαταραχή είναι πολύ συχνή και εμφανίζεται έντονα σε παιδιά σχολικής ηλικίας με εναλλαγές της συμπεριφοράς από λύπη σε χαρά και αντίστροφα.

Διαταραχές ύπνου

Στους εφήβους συχνά συμπεριλαμβάνεται η χρήση ναρκωτικών ουσιών και οίνοπνεύματος.

Διαταραχές διατροφής και φοβίες σε ορισμένα φαγητά

Άγχος αποχωρισμού γονιών

Απροθυμία έφηβου να πάει στο σχολείο βρίσκοντας συνεχώς δικαιολογίες. Αυτό ονομάζεται σχολική φοβία στην όποια ο έφηβος προσποιείται ότι πηγαίνει σχολείο αλλά φεύγει και περνάει άλλου τις ώρες του και αυτό συμβαίνει διότι οι έφηβοι νιώθουν μοναξιά, αποξένωση και πως δε μπορούν να γίνουν αποδεκτοί από τους σχολικούς φίλους. Σαν αποτέλεσμα θα έχει ορισμένοι από αυτούς να εγκαταλείψουν οριστικά το σχολείο και να θα αναπτύσσουν στοιχειά εγκληματικότητας και παραβατικότητας.

Έρευνες που έγιναν μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο από τον R.Spitz σε ορφανοτροφεία έδειξαν ότι και τα βρέφη μπορούν να βιώσουν αγχωτικές καταστάσεις και να έχουν αισθήματα λύπης και αποχωρισμού. Η κλινική εικόνα περιέγραψε ένα βρέφος 6-8 μηνών το όποιο χωρίζεται από τη μητέρα του η όποια εμφανίζεται με γενική απάθεια, αδιαφορία προς το περιβάλλον ανορεξία και αϋπνία. Εύκολα μπορεί να αποκατασταθεί αυτή η καταστεί εάν στον 3-5 μήνα μετά τον αποχωρισμό βρεθεί μητρικό υποκατάστατο. Μπορούν εύκολα να εξαλείφουν αυτά τα συμπτώματα. Πλέον η βρεφική κατάθλιψη εκδηλώνεται με αδυναμία διάθεσης όπως να φάει να ακούσει να μυρίσει και η κατάσταση αυτή ονομάζεται «κρύα» κατάθλιψη η «σύνδρομο του άδειου» που εκφράζει την αδιαφορία του βρέφους για τον εαυτό του και την οικογένεια του (Bennett, 2006).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

A) Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες: Είναι πιο εύκολο τα παιδιά και οι έφηβοι να αναπτύξουν καταθλιπτική διαταραχή όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό. Όταν υπάρχει ένδειξη για απόπειρα απόπειρας το ποσοστό μεγαλώνει στα παιδιά και στους εφήβους όταν οι γονείς έχουν κατάθλιψη σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς γονείς. Επομένως μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν τα παιδιά όταν νοσούν και οι δυο γονείς.

B) Οικογενειακοί παράγοντες και ατομικοί παράγοντες. Όταν οι γονείς διαπληκτίζονται μπροστά στο παιδί, όταν ο πατέρας κτυπάει τη μητέρα μπροστά στο παιδί και το αντίθετο, σε καθημερινή βάση υπάρχει ένταση και άγχος μέσα στο σπίτι, όταν κακοποιείται ένα παιδί η έφηβος από τους γονείς του και σωματικά και ψυχικά

είναι πιο εύκολο να εμφανίσει κατάθλιψη. Ακόμη ένα διαζύγιο, ένας θάνατος ενός σημαντικού προσώπου της οικογενείας, έλλειψη υποστήριξης από τους γονείς προς το παιδί, εμπαιγμός άλλων παιδιών προς το παιδί, δυσκολία απόκτησης φίλων αποτελούν αίτιες κατάθλιψης. Στους εφήβους αποτελεί σημαντικό αίτιο και η ερωτική απογοήτευση αλλαγή σχολείου και η σχολική αποτυχία.

Γ) Γνωστική προσέγγιση. Εδώ τα παιδιά εμφανίζονται μίζερα, καταθλιπτικά, παρουσιάζουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και έντονη απογοήτευση. Νιώθουν τελείως αβοήθητα και ότι δεν υπάρχει στήριξη από πουθενά. Δυσκολεύονται επίσης στη δημιουργία νέων φίλων. Τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν έναν αρνητικό τρόπο να ερμηνεύουν τα πράγματα που τους συμβαίνουν. Για παράδειγμα μια κακή σχολική βαθμολογία η απόρριψη από τους συμμαθητές τους τους γεμίζει με άγχος. Μια μελέτη που έγινε πάνω στο αν τα παιδιά με όλον αυτόν τον αρνητισμό που έχουν είναι αποτέλεσμα στοιχείο του χαρακτήρα τους η αποτελεί κάποιο επεισόδιο κατάθλιψης συμπέρασμα έδειξε πως ακόμη και μετά το τέλος του καταθλιπτικού επεισοδίου τα συγκεκριμένα παιδιά συνέχιζαν να έχουν την ίδια στάση με κίνδυνο εμφάνισης νέων καταθλιπτικών επεισοδίων.

Η θεραπεία περιλαμβάνει την ψυχοθεραπευτική μέθοδο. Συνήθως η ψυχοθεραπεία είναι γνωστικού, συμπεριφορισμού, ατομικού και οικογενειακού χαρακτήρα αφού ειδικός ψυχικής υγείας συζητάει πρώτα με τους γονείς, να ανακαλύψουν αυτοί πρώτα τα δικά τους καταθλιπτικά συμπτώματα και στη συνέχεια αφού βοηθηθούν θα είναι έτοιμοι να υποστηρίξουν και τα παιδιά τους. Ο ψυχοθεραπευτής μαθαίνει στο παιδί και τον έφηβο πώς να αποκτάει αυτοπεποίθηση, πώς να βρει νέους τρόπους να επικοινωνεί με τους φίλους και το πώς να κάνει νέες παρέες και φίλους. Επίσης μέσα από τις συνεδρίες το παιδί να μαθαίνει να διαχειρίζεται το άγχος του και τον θυμό του. Το σχολείο σε συνεργασία με τους γονείς θα μπορούσε να βοηθήσει προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι συνθήκες που προκαλούν σύγχυση, απάθεια, απομόνωση, καταστάσεις δηλαδή που βιώνουν πολλά παιδιά. Η φαρμακευτική αγωγή στα παιδιά δε συνίσταται παρά μόνο σε βαριές μορφές κατάθλιψης. Στους εφήβους η νεότερη γενιά αντικαταθλιπτικών όπως οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης μπορεί να βοηθήσει σε αντίθεση με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά όπως ήταν τα τρικυκλικά που προκαλούν πολλές παρενέργειες. Τέλος ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας θα βοηθήσει τόσο τα παιδιά όσο και τους εφήβους για την εξάλειψη της νόσου και τη καλύτερη δυνατή μετάβαση στην ενήλικη ζωή και αντίστοιχα στην εφηβική ζωή (Φιλιππούλου, 1980).

8.2 Γυναίκες και κατάθλιψη

Όπως είναι γνωστό η κατάθλιψη δε κάνει διακρίσεις ανάμεσα σε φύλλο, εθνικότητα ή κοινωνική τάξη. Έτσι λοιπόν και οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη λόγω του διπλού τους ρόλου που έχουν στη σύγχρονη εποχή. Μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης αντιστοιχεί στις γυναίκες από ότι στους άντρες 20% έναντι 10%. Μια στις οχτώ γυναίκες θα εμφανίσει κατάθλιψη σε κάποιο στάδιο της ζωής της. Εμφανίζεται συνήθως σε ηλικίες 24-44, γυναίκες οι οποίες είναι σε φάση αναπαραγωγής. Κορίτσια 14-18 ετών εμφανίζουν και αυτά κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα συνομήλικα αγόρια. Το 20-25% των γυναικών εμφανίζουν προεμμηνόρροιακό σύνδρομο, το 10-15% των νέων μητέρων παθαίνει επιλόχεια κατάθλιψη που συμβαίνει στο πρώτο χρόνο από τη γέννηση του παιδιού.

Τα αίτια και οι παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση κατάθλιψης στις γυναίκες είναι γενετικής, ορμονικής-χημικής, περιβαλλοντικής, ψυχολογικής και κοινωνικής φύσεως.

Εάν κάποια γυναίκα έχει ατομικό και οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει τη νόσο. Εάν υπάρχει απώλεια γονέα ή θάνατος σημαντικού προσώπου είτε στη παιδική είτε στην ενήλικη ζωή.

Αν υπάρχει σεξουαλική κακοποίηση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας.

Διατροφικές συνήθειες αποτελούν αιτία κυρίως κατά την εφηβική ηλικία αφού ολοένα και περισσότερο ακούγονται περιστατικά ανορεξίας και βουλιμίας.

Χημικές ουσίες του εγκεφάλου και ορμόνες φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας σε καταθλιπτικές διαταραχές. Έρευνες έχουν δείξει πως ο εγκέφαλος σε μαγνητική τομογραφία είναι διαφορετικός σε άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν κατάθλιψη. Όταν τμήματα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνα για τη ρύθμιση της διάθεσης, της σκέψης, του ύπνου και της συμπεριφοράς φαίνεται να μη λειτουργούν κανονικά. Αλλά αυτές οι εικόνες δεν αποκαλύπτουν γιατί η κατάθλιψη έχει εμφανιστεί αφού και οι ορμόνες επηρεάζουν τη διάθεση μια γυναίκας. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί πριν ωστόσο, κατά τη διάρκεια και μετά τη γέννηση του παιδιού η όποια είναι γνωστή ως επιλόχεια κατάθλιψη. Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σοβαρή κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης και τέσσερις φορές περισσότερο μετά την εμμηνόπαυση αντίθετα με πριν την έναρξη της. Μια στις τρεις γυναίκες υποφέρει επίσης από κάποια μορφή κατάχρησης ή εξάρτησης από ουσίες ναρκωτικών.

Τα συμπτώματα που ταλαιπωρούν τις γυναίκες είναι τα εξής:

- . Αισθήματα ενοχής
- . Αισθήματα θλίψης

- . Αισθήματα απογοήτευσης
- . Απώλεια ενδιαφέροντος για πράγματα τα όποια στο παρελθόν την ικανοποιούσαν
- . Τάση για αυτοκτονία
- . Διατροφικές αλλαγές (ανορεξία- βουλιμία)
- . Διαταραχές ύπνου
- . Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
- . Έντονη κόπωση
- . Δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων
- . Διάφοροι σωματικοί πόνοι οι όποιοι δε υποχωρούν παρά τις πολλαπλές επισκέψεις σε διάφορους γιατρούς
- . Υπερβολική ανησυχία και υπερβολικό κλάμα (Μαδιανός, 2000).

8.3 Άνδρες και κατάθλιψη

Η κατάθλιψη θεωρείται γυναικείο πρόβλημα. Έρευνες δείχνουν ότι το ποσοστό νόσησης των ανδρών σιγά σιγά αρχίζει να αγγίζει το ποσοστό των γυναικών χωρίς όμως να το ξεπερνά. Όμως είναι λιγότερο πιθανό να ζητήσουν ιατρική βοήθεια σε σχέση με τις γυναίκες. Κάποιοι μελετητές υποστηρίζουν πως η κατάθλιψη αυξάνεται πολύ σε άτομα μέσης ηλικίας ποσοστό που αγγίζει το 40% σε σχέση με τις γυναίκες που φτάνει το 25%. Στους άντρες δεν είναι εύκολο να διαγνωστεί η κατάθλιψη και αυτό γιατί η κατάληψη εμφανίζεται συνήθως σε άντρες ηλικίας 40-60 ετών ενώ στις γυναίκες μπορεί να εμφανιστεί και από την εφηβική ηλικία. Η κατάθλιψη σαν ασθένεια μπορεί να έχει διαφορές μορφές πολλές φορές συγκαλυμμένες εμφανίζοντας συμπτώματα ψυχικά και σωματικά με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί από ειδικούς ψυχικής υγείας. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η κατάθλιψη τη σύγχρονη εποχή θεραπεύεται αρκεί να αναγνωρισθεί εγκαίρως. Τέλος υπολογίζεται ότι 7% των ανδρών προσβάλλονται από κατάθλιψη ετησίως. Τα κυριότερα συμπτώματα στους άντρες είναι:

- . Έντονα συναισθήματα λύπης και θύμου
- . Απώλεια ενδιαφέροντος
- . Έντονη κούραση
- . Δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων
- . Διαταραχές ύπνου
- . Διαταραχές διατροφής
- . Αρνητικές σκέψεις (αυτοκτονία, σκέφτονται τον θάνατο)
- . Επιθετικότητα
- . Μείωση ορμονών (τεστοστερόνη)

. Κατάχρηση ουσιών και αλκοολισμού

Ωστόσο οι άντρες δε μιλάνε εύκολα για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, δε θέλουν να παραδεχτούν πως νιώθουν αδύναμοι, ευάλωτοι και προσπαθούν να κρύψουν το πρόβλημα που τους απασχολεί. Πιστεύουν επίσης πως αν ζητήσουν βοήθεια ότι χάνεται ο αντρισμός τους. Συνήθως δίνουν σημασία περισσότερο στη δουλειά τους παρά στην οικογένεια του γεγονός που κάνει τη κατάσταση ακόμα χειρότερη και μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τον χωρισμό ενός ζευγαριού. Πολλές φορές βρίσκουν διέξοδο στο ποτό. Είναι γνωστό πως οι γυναίκες μετά τη γέννηση του παιδιού τους σε αναλογία 1 προς 10 μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη. Πλέον μπορούν και οι άντρες να εμφανίζουν κατάθλιψη λόγω αυτού του γεγονότος. Ο αριθμός θανάτων λόγω αυτοκτονιών είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τις γυναίκες. Τα αίτια της κατάθλιψης στους άντρες είναι:

. Μείωση ορμονικής παραγωγής (τεστοστερόνης) από τους όρχεις (υπογοναδισμός)

. Απώλεια εργασίας

. Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία

. Θάνατος η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου

. Γέννηση του παιδιού του θεωρείται πρωτόγνωρη εμπειρία και ξαφνικά ο άντρας έχει να αναλάβει περισσότερες ευθύνες από ότι πριν.

. Χωρισμός και διαζύγιο

Προβλήματα επικοινωνίας με το κοινωνικό του περιβάλλον (δυσλειτουργικές σχέσεις)

Ως γνωστόν οι γυναίκες και οι άντρες που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή έχουν την ίδια θεραπευτική αντιμετώπιση που περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή γίνεται με αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα όποια θα μειώσουν αισθητά τις αρνητικές σκέψεις, τα αρνητικά συναισθήματα και τις διαταραχές συμπεριφοράς. Για να πάρει κάποια γυναίκα θεραπεία για υποκατάσταση ορμονών θα πρέπει να γίνουν συζητήσεις με τον θεράποντα ιατρό, να γίνουν μια σειρά από διάφορες εξετάσεις (μαστογραφία). Επίσης όσο αφορά τους άντρες και εδώ μπορεί να γίνει μια θεραπεία με χορήγηση τεστοστερόνης εφόσον υπάρχει το πρόβλημα του υπογοναδισμού. Δε θα πρέπει να κάνουν αυτή τη θεραπεία γυναίκες που καπνίζουν. Τέλος η ατομική, ομαδική, οικογενειακή και η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία θα βοηθήσει τη γυναίκα να βρει μέσα από τις συνεδρίες άλλους τρόπους αντιμετώπισης των πραγμάτων που τις προβλημάτιζαν (Kring, 2007).

8.4 Ηλικιωμένοι και κατάθλιψη

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους θεωρείται αρκετά συχνό φαινόμενο διότι τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι πιο ευαίσθητοι σε ψυχικές ασθένειες από ότι οι νέοι άνθρωποι. Έρευνες δείχνουν πως οι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αυτοκτονήσουν από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα. Ακόμη οι περισσότεροι από αυτούς δεν αναζητούν ιατρική και ψυχιατρική βοήθεια. Εμφανίζεται συνήθως μετά την ηλικία των 60 ετών και είναι γνωστή ως κατάθλιψη τρίτης ηλικίας. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη θεωρείται φυσιολογική εξέλιξη όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος λόγω των διαφόρων αλλαγών που συμβαίνουν στη ζωή του. Απτήν άλλη πλευρά όμως ορισμένοι υποστηρίζουν πως δε είναι απαραίτητο να εμφανίσουν κατάθλιψη και πως κάποιοι ακόμα και σε μεγάλη ηλικία έχουν διάθεση για ζωή και το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων προσαρμόζεται εύκολα στις μεταβολές που συμβαίνουν όταν φτάνει στη Τρίτη ηλικία. Τα αίτια λοιπόν κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας είναι τα εξής:

- . Το αίσθημα αδυναμίας και ο φόβος του θανάτου καθώς μεγαλώνουν αποτελεί τη πιο σοβαρή αίτια για την εμφάνιση της κατάθλιψης.
- . Απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου
- . Η μοναξιά σε αυτή την ηλικία είναι συχνό φαινόμενο
- . Η παραμέληση και η ψυχολογική υποστήριξη από την οικογένεια του καθώς πολλές είναι οι περιπτώσεις στις οποίες τα πόδια πηγαίνουν τους γονείς σε γηροκομεία και δε τους επισκέπτονται ποτέ.
- . Η έλλειψη ανεξαρτησίας αφού σε αυτή την ηλικία μόνιμος χρειάζεται κάποιος να τον βοηθάει
- . Διαφορές ιατρικές παθήσεις και χρόνιοι πόνοι είναι πολύ συχνό σε ηλικιωμένα άτομα όπως καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικά, κατάγματα, πάρκινσον κα
- . Η γεροντική άνοια αρχικού σταδίου μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη
- . Η χρόνια κατανάλωση πολλών φαρμάκων προκαλεί κατάθλιψη λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών
- . Οικονομικά προβλήματα

Τα συμπτώματα των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν:

- . Επίμονο δυσφορία συναίσθημα
- . Έλλειψη ενδιαφέροντος
- . Χρόνιοι πόνοι
- . Χρόνια προβλήματα δυσκοιλιότητας
- . Διαταραχές ύπνου. Ξυπνάνε κατά τη διάρκεια της νύχτας και δυσκολεύονται να κοιμηθούν ξανά και κοιμούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας

- . Αυτοκτονικές σκέψεις
- . Απώλεια όρεξης και ως συνέπεια απώλεια βάρους
- . Κοινωνική απομόνωση
- . Χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοολισμού
- . Απογοήτευση, θλίψη

Η θεραπεία των ατόμων τρίτης ηλικίας βοηθούν ακόμη περισσότερο όταν υπάρχει οικογενειακή υποστήριξη. Η οικογένεια θα πρέπει να βρίσκεται συνεχώς διπλά στον ασθενή να τον φροντίζει, να του κάνει παριανά του δίνει την ώρα που πρέπει και τη δόση που πρέπει τη φαρμακευτική αγωγή. Η θεραπεία αναμνήσεων και ανασκόπησης της ζωής βοηθού τα άτομα που έχουν μειωμένη αυτοπεποίθηση, θλίψη και αισθήματα απελπισίας. Σκοπός της θεραπείας είναι να ανατρέξουν σε γεγονότα του παρελθόντος με φωτογραφικά άλμπουμ, μέσα από συζητήσεις, βίντεο και ημερολόγια ώστε να νιώσουν ευχαρίστηση και ζωντάνια. Ακόμα μια θεραπεία ονομάζεται προσανατολισμός στη πραγματικότητα. Αυτή βοηθού ηλικιωμένα άτομα να θυμηθούν που βρίσκονται, γιατί βρίσκονται εκεί και να αναγνωρίσουν οικεία πρόσωπα. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αποτελεί μια αξιόπιστη μέθοδος θεραπείας για τους ηλικιωμένους και ειδικά σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη και σε ασθενείς που έχουν ψυχωτικά συμπτώματα. Επίσης θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον εαυτό τους με το ενασχοληθούν με τα ζώα και με τα λουλούδια φροντίδα αυτή θα περιλαμβάνει αγάπη, φροντίδα, χαλάρωση και διασκέδαση. Ωστόσο αυτή η θεραπεία είναι σκόπιμη αφού υπάρχουν ζώα ειδικά γιάντες τις περιπτώσεις τα όποια εκπαιδεύονται ώστε να είναι ήρεμα και μη απειλητικά για τους ηλικιωμένους. Επίσης η ψυχοθεραπεία και αυτή με τη σειρά της μπορεί να βοηθήσει τα άτομα τρίτης ηλικίας που έχουν κατάθλιψη να νιώσουν καλύτερα. Τέλος η φαρμακευτική αγωγή με διάφορα αντικαταθλιπτικά (αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης και επαναπρόσληψη της σεροτονίνης θεωρείται ασφαλής θεραπεία) και σωτήριο μέσο για τους ηλικιωμένους. Ωστόσο θα πρέπει να γίνει και εκπαίδευση στους ηλικιωμένους πως να τηρούν το ωράριο και τη σωστή δοσολογία για τη χορήγηση φαρμάκων (Pignarre, 2001).

ΜΕΡΟΣ Β'

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διάγνωση της κατάθλιψης στην κοινότητα

Οι προκλήσεις για την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα αφθονούν. Ο στιγματισμός και η ένδεια συμβάλλουν σε μια δυσπιστία όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας (Cristofalo et al., 2009). Η έλλειψη κατανόησης από τα προσβεβλημένα άτομα και τις οικογένειές τους, η έλλειψη ολοκληρωμένων υπηρεσιών για την ψυχική και σωματική υγεία, η νοσηρότητα των ψυχικών νοσημάτων και της κατάχρησης ουσιών και τα συμπτώματα της ασθένειας που αποκλείουν την αποτελεσματική αξιολόγηση των διαθέσιμων υπηρεσιών από τους πελάτες, δημιουργούν επιπρόσθετες επιπλοκές. Οι επιχορηγήσεις δεν επαρκούν να καλύψουν τις ανάγκες των ψυχικά άρρωστων ατόμων και τα δημόσια ταμεία όπως η Medicaid είναι διαθέσιμα μόνο όταν τα άτομα είναι ανίκανα για μεγάλη χρονική περίοδο.

Παρά τις πολλαπλές προκλήσεις, ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας μπορεί να είναι άκρως ικανοποιητικός. Ίσως η πιο κρίσιμη επίδραση ενός νοσηλευτή στην κοινότητα είναι η καθιέρωση διαπροσωπικών σχέσεων με τους πελάτες. Η καθιέρωση υποστηρικτικών σχέσεων αποτελεί το πρώτο βήμα στο ρόλο των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας ως εκπαιδευτών για την προαγωγή ψυχικής και σωματικής υγείας (Adams, 2008). Η σπουδαιότητα των σχέσεων έχει επίσης επισημανθεί ως μέσο βοήθειας των αστέγων με ψυχικά νοσήματα να ξεφύγουν από αυτή την κατάσταση.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές πρέπει να θεωρούν την ψυχική υγεία και την ψυχική νόσο δυναμικές διαδικασίες. Η ψυχική νόσος και η ψυχική υγεία πρέπει να εκτιμώνται στο πλαίσιο του κοινωνικού περιβάλλοντος που περιλαμβάνει την οικογένεια, την κοινότητα, τους ομότιμους και το φυσικό και πολιτιστικό περιβάλλον. Καθώς οι παράγοντες σε αυτούς τους τομείς μεταβάλλονται, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων ψυχικής υγείας και τα επακόλουθά της αλλάζουν, επιδέχονται ανάλογες μεταβολές. Αυτή η δυναμική ενισχύει τη σημασία της συνεχούς αξιολόγησης των αναγκών του πελάτη.

Τέλος ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να παρέχει περίθαλψη στα πλαίσια του πολιτισμού και των πεποιθήσεων του ασθενή. Συνεπώς, απαιτείται αξιολόγηση από τον ίδιο καθώς και συνεχής απόκτηση γνώσης και δεξιοτήτων. Η ικανότητα παροχής περίθαλψης μέσα στο πολιτισμικό πλαίσιο ενισχύεται από τη συμμετοχή του πελάτη στη σχεδίαση και στην πρόσβαση φροντίδας με θετική έκβαση.

Οι ρόλοι των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας είναι πολυδιάστατοι (π.χ. εκπαιδευτής και ακτιβιστής ή επαγγελματίας και συντονιστής). Ο εκπαιδευτής και ο ακτιβιστής βελτιώνει την ευαισθητοποίηση του κοινού για αποτελεσματικές θεραπείες και τους υπάρχοντες κοινοτικούς πόρους. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας ως εκπαιδευτές και ακτιβιστές καταρρίπτουν τους μύθους, παρέχουν σωστές πληροφορίες για την ψυχική νόσο και επηρεάζουν την πολιτική και τη νομοθεσία υποστηρίζοντας τα άτομα με ψυχική ασθένεια (π.χ. κατάθλιψη).

Ως επαγγελματίας και συντονιστής, ο νοσηλευτής δουλεύει άμεσα με άτομα, ομάδες και οικογένειες. Παράλληλα, παρεμβαίνει για να βοηθήσει τους καταναλωτές στον έλεγχο και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου, ενώ επίσης βοηθά τον καταναλωτή να ανταπεξέρχεται στην αναζήτηση των κατακερματισμένων φορέων του διαδικτύου καθώς και των υπόλοιπων φορέων υπηρεσιών. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας όχι μόνο λαμβάνουν δράση για την επίλυση ενός άμεσου προβλήματος αλλά επίσης σχεδιάζουν και παρεμβαίνουν για να εξασφαλίσουν την ασφάλεια, τη συνέχεια και την ποιότητα της περίθαλψης των καταναλωτών. Επιπλέον, οι ρόλοι του επαγγελματία και του συντονιστή απαιτούν δεξιότητες για την πρόβλεψη και την εκτίμηση των δράσεων άλλων παροχών αλλά και για την επικοινωνία με τους καταναλωτές, με τις οικογένειες, με τις υπηρεσίες αποκατάστασης και την κυβέρνηση ή με κοινωνικούς φορείς.

Στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής υγείας, οι ατομικές-οικογενειακές, και σε κοινοτικό επίπεδο, κρίσεις αντιμετωπίζονται, προλαμβάνονται και ελλείπει αυτών, περιορίζονται. Για παράδειγμα, ως επαγγελματίες και συντονιστές, οι νοσηλευτές ίσως μεριμνούν ώστε οι ασθενείς να λαμβάνουν τακτικά τα φάρμακα και να μοιράζονται τις εμπειρίες τους σχετικά με την αλληλεπίδραση με έναν ψυχίατρο, ο οποίος διαχειρίζεται τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και ενισχύει τις στρατηγικές αντιμετώπισής των. Μια τέτοια ενεργητική στάση ίσως βοηθήσει στην πρόληψη προβλημάτων που οδηγούν στην διακοπή της φαρμακευτικής θεραπείας και στις συνέπειες μιας τέτοιας πράξης. Στους ρόλους του επαγγελματία και του συντονιστή, οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας εργάζονται προς την κατεύθυνση που ταιριάζει στους καταναλωτές και στις οικογένειες με πολιτιστικά κατάλληλους και ευαίσθητους φορείς προκειμένου να επιτύχουν την καλύτερη εφαρμογή (Nies, McEwen, 2011).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση ασθενή με κατάθλιψη

Η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου στο νοσοκομείο έχει σκοπό να προλάβει την αυτοκτονία και να τον βοηθήσει να ξαναβρεί τη ζωτικότητα του και την αγάπη για ζωή, να αισθανθεί ότι έχει αξία και ικανότητες και μπορεί να τα βγάλει πέρα στη ζωή.

Ειδικότερα η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου έχει ως εξής:

- εκτίμηση της δυνατότητας για αυτοκτονία με την παρατήρηση της συμπεριφοράς του αρρώστου: απειλές για αυτοκτονία, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης αυτοκτονίας. Οι 8 στους 10 αρρώστους που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν το κάνουν. Όποιος έχει σκεφτεί το σχέδιο είναι πιο πιθανό να το εκτελέσει. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος τον 1^ο μήνα της νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο (όταν ο άρρωστος έχει ιδέες αυτοκτονίας και ενεργητικότητα, για να την πραγματοποιήσει π.χ όταν αρχίζει να αισθάνεται καλύτερα).
- στενή παρακολούθηση του αρρώστου, απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος.
- χορήγηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και με εξασφάλιση της συμμόρφωσης του αρρώστου για τη λήψη τους
- ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειάς του να ρωτήσουν ό,τι θέλουν για τη φαρμακοθεραπεία, την πιθανή ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ή άλλες θεραπείες. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να διορθώσουν τη διάθεση του ασθενούς σε 3 ή περισσότερες εβδομάδες. Εν τω μεταξύ μπορεί να χρειασθούν άλλες μορφές θεραπείας για την προστασία του αυτοκτονικού αρρώστου, όπως είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ηλεκτροσόκ).
- παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει για την επαρκή διατροφή του, την ατομική του υγιεινή και την καλή εμφάνισή του με σκοπό να βελτιωθεί το αίσθημα της αξιοπρέπειας και της αυτοεκτίμησης.

- βεβαίωση προς τον ασθενή ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και ότι οι νοσηλευτές θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή.
- συχνές και σύντομες συναντήσεις (5-10 λεπτά) με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συναντήσεις αυτές προαναγγέλλονται στον άρρωστο για την ώρα και τη διάρκειά τους. Ο νοσηλευτής είναι συνεπής στην ώρα και τη διάρκεια της επίσκεψης και παραμένει κοντά στον ασθενή ακόμα και όταν αυτός δεν μιλά. Όταν ο άρρωστος δεν είναι έτοιμος να μιλήσει, οι απευθείας ερωτήσεις μπορεί να του αυξήσουν το άγχος, ενώ η αναφορά σε αντικείμενα που βρίσκονται στο περιβάλλον τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.
- διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Όταν ο νοσηλευτής δείχνει στον ασθενή κατανόηση για τα αισθήματά του, μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο στην ελάττωση της μοναξιάς και της απομόνωσης και στη διευκόλυνση της παραπέρα εξωτερίκευσης πιο οδυνηρών συναισθημάτων, πράγμα που θα συντελέσει στη θεραπεία του
- αποδοχή εκδηλώσεων θυμού από τον ασθενή, που δεν θα πρέπει ο νοσηλευτής να τις θεωρήσει σαν προσωπική επίθεση, και ενθάρρυνση για λεκτική εξωτερίκευση του θυμού του, αυτό θα βοηθήσει τον ασθενή να μην οδηγηθεί στο να εκδηλώσει το θυμό με κατάλληλους τρόπους
- σταδιακή ένταξη του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες. Υποστήριξη και επιδοκιμασία των προσπαθειών του
- διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες αρνητικές εκτιμήσεις για τις ικανότητές του και τον εαυτό του
- συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του πριν την έξοδό του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις εντάσεις και τον τρόπο να τις αντιμετωπίζουν (Ρούπα, 2011).

Νοσηλευτική φροντίδα καταθλιπτικού ατόμου με τάση αυτοκτονίας

Το πρόβλημα της αυτοκτονίας είναι παγκόσμιο και απασχολεί όλες τις επιστήμες που έχουν σχέση με τον άνθρωπο και την ανθρώπινη κοινωνία.

Οι απόπειρες αυτοκτονίας συνδέονται στενά με διάφορες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Η πιο συνηθισμένη είναι η κατάθλιψη.

Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος, για να μπορεί να διακρίνει τις αλλαγές διάθεσης του αρρώστου και να του παρέχει ιδιαίτερη φροντίδα.

Οι άρρωστοι παρουσιάζουν τα πρώτα συμπτώματα αυτοκτονίας συζητώντας για το θάνατο ή κρύβοντας διάφορα αντικείμενα με τα οποία σχεδιάζουν να κάνουν την απόπειρα, π.χ φάρμακα ή ένα κομμάτι γυαλί. Υπάρχουν όμως και άλλοι που κρύβουν τις σκέψεις τους και προσπαθούν να ξεγελάσουν έχοντας χαρούμενο παρουσιαστικό, ιδίως αν προηγουμένως είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Συνήθως η διάθεση αυτών των αρρώστων βελτιώνεται δραματικά όταν αποφασίσουν οριστικά την αυτοκτονία.

Ο νοσηλευτής λοιπόν πρέπει να ενημερώσει όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, όταν αντιληφθεί άρρωστο με τάσεις αυτοκτονίας, με σκοπό την πρόληψη της αυτοκτονίας.

Αναλυτικότερα:

- ➔ στενή παρακολούθηση του ασθενούς (σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου να είναι συνεχής ή κάθε 15λεπτά)
- ➔ έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε μαζί του ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας, ώστε να μην του φέρνει επικίνδυνα είδη
- ➔ προσεκτική παρατήρηση και φροντίδα κατά την χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να βεβαιώνεται ο νοσηλευτής, ότι ο ασθενής τα πήρε και δεν τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας
- ➔ παρακολούθηση του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί βοηθητικούς χώρους, αφού προηγουμένως έχει ενημερωθεί γι' αυτό, γιατί έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους
- ➔ αιφνιδιαστικές επισκέψεις των νοσηλευτών στους θαλάμους των αρρώστων, ιδιαίτερα σε ώρες που το προσωπικό είναι λιγότερο
- ➔ συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά κ.ά.
- ➔ πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων. Η εξήγηση αυτή πρέπει να δίνεται από τον νοσηλευτή και τον γιατρό και να καταγράφεται στο ατομικό ιστορικό του αρρώστου

- ενθάρρυνση να εξωτερικεύσει ο ασθενής τα συναισθήματα και τις σκέψεις του και να συζητήσει για εναλλακτικές λύσεις στο πρόβλημά του, γιατί έχει ανάγκη από συναισθηματική συμπαράσταση και κατανόηση ώστε να διατηρείται οικοδομική σχέση μεταξύ νοσηλεύτη και αρρώστου
- ακόμη παροχή ευκαιριών να συμμετέχει σε δραστηριότητες που τον ευχαριστούν, για να εκτονώνεται η ψυχική του ενέργεια εποικοδομητικά και να νιώθει ότι έχει ικανότητες για την ζωή
- ψυχοθεραπεία του αρρώστου, για να αναπτύξει ρεαλιστική και θετική άποψη για τον εαυτό του, να μάθει να εκφράζει τις σκέψεις και τα αισθήματά του και να διατηρεί ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις. Η οικογένεια επίσης πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην θεραπεία

Η νοσηλευτική δεν ενδιαφέρεται μόνο για την πρόληψη και παρεμπόδιση της αυτοκτονίας αλλά επιδιώκει να ενισχύσει το άτομο ηθικά, ώστε να ξαναβρεί την ελπίδα και να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής (Ρούπα, 2011).

Νοσηλευτική παρέμβαση σε γυναίκα με επιλόχεια κατάθλιψη

Κατάθλιψη της λοχείας χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα

Η κατάθλιψη της λοχείας είναι μια σοβαρή διάχυτη λύπη με αστάθεια της συναισθηματικής διάθεσης και είναι πιο σοβαρή και επίμονη από τη μελαγχολία της λοχείας. Τα αισθήματα έντονου φόβου, θυμού, άγχους και αποθάρρυνσης που σχετίζονται μερικές εβδομάδες μετά την γέννηση του παιδιού δεν αποτελούν φυσιολογικά στοιχεία της <<μελαγχολίας>> της λοχείας. Τα συμπτώματα αυτά που εμφανίζονται στο 10 έως 15% περίπου των νέων μητέρων σπάνια αποδράμουν χωρίς εξωτερική βοήθεια. Το 50% περίπου των γυναικών αυτών δεν αναζητούν βοήθεια. Η επίπτωση της κατάθλιψης της λοχείας στις έφηβες μητέρες είναι κατά 50% περίπου υψηλότερη συγκριτικά με τις ενήλικες. Οι νέες ενήλικες μητέρες (νεότερες των 20 ετών) και οι έφηβες αναζητούν σπανιότερα βοήθεια και εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης συγκριτικά με τις μεγαλύτερες ηλικιακά μητέρες.

Τα συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης της λοχείας δεν διαφέρουν από εκείνα των διαταραχών εκτός της περιόδου της λοχείας, με εξαίρεση τις έμμονες ιδέες ενοχής της μητέρας και ανεπάρκειας που τροφοδοτούν τις ανησυχίες της για ανικανότητα και ανεπάρκεια όσον αφορά το γονεϊκό της ρόλο. Στην κατάθλιψη της λοχείας μπορεί να συνυπάρχει έντονη επιθυμία για ασυνήθιστες τροφές (κυρίως γλυκά επιδόρπια) και ποτά, με συνέπεια παθολογική όρεξη και αύξηση βάρους. Οι νέες μητέρες αναφέρουν έντονη επιθυμία για ύπνο, κοιμούνται βαριά αλλά αφυπνίζονται στιγμιαία, με κάθε θόρυβο που προκαλεί το νεογνό και δεν μπορούν να κοιμηθούν μετά τις σιτίσεις του. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης της λοχείας είναι η ευερεθιστότητα. Τα επεισόδια ευερεθιστότητας ξεσπούν σχεδόν χωρίς προφανή λόγο και είτε έχουν το χαρακτήρα βίαιων ξεσπασμάτων είτε καταλήγουν σε ανεξέλεγκτο κλάμα με λυγμούς. Πολλά από τα ξεσπάσματα αυτά έχουν ως στόχο αγαπημένα πρόσωπα (<<αυτός ποτέ δεν με βοηθάει>>) ή το νεογνό (<<κλαίει συνεχώς και μου έρχεται να το χτυπήσω>>). Οι γυναίκες με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια της λοχείας συνήθως εκδηλώνουν σοβαρό άγχος, προσβολές πανικού και αυθόρμητο κλάμα αρκετά μετά τη συνήθη διάρκεια της <<μελαγχολίας>> της λοχείας.

Πολλές γυναίκες αισθάνονται ιδιαίτερα ένοχες για τα καταθλιπτικά αισθήματα σε μια περίοδο που θα έπρεπε να είναι ευτυχισμένες. Πιθανόν να είναι απρόθυμες να συζητήσουν σχετικά με τα συμπτώματά τους ή τα αρνητικά τους αισθήματα για το παιδί. Κυρίαρχο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης της λοχείας είναι η απόρριψη του παιδιού, γεγονός που συνήθως οφείλεται σε παθολογική ζήλεια. Η μητέρα μπορεί να

διακατέχεται από την έμμονη ιδέα ότι το παιδί μπορεί να πάρει την θέση της στην αγάπη και την στοργή του συντρόφου της. Η στάση προς το νεογνό μπορεί να κυμαίνεται από αδιαφορία, ενόχληση λόγω των απαιτήσεων που απορρέουν από την φροντίδα του, έως και αισθήματα αυτομομφής λόγω στέρησης των μητρικών αισθημάτων. Η μητέρα πιθανόν να δείχνει αδέξια όσον αφορά τις αντιδράσεις της απέναντι στο παιδί της. Οι καταναγκαστικές ιδέες για πρόκληση βλάβης σε αυτό την τρομοκρατούν. Συνήθως δεν μοιράζεται τις σκέψεις αυτές με άλλους λόγω αμηχανίας, αλλά όταν το κάνει τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας τρομοκρατούνται.

Αντιμετώπιση. Η φυσιολογική πορεία έγκειται στη βαθμιαία βελτίωση μετά τους 6 μήνες από τον τοκετό. Η υποστηρικτική φροντίδα από μόνη της δεν είναι αποτελεσματική για την μείζονα κατάθλιψη της λοχείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτείται φαρμακευτική παρέμβαση. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν την χορήγηση αντικαταθλιπτικών, αγχολυτικών παραγόντων και ηλεκτροσόκ. Οι εναλλακτικές θεραπείες με βότανα, συμπληρώματα διατροφής, μασάζ, αρωματοθεραπεία και βελονισμό ενδέχεται να ωφελήσουν την γυναίκα. Η ψυχοθεραπεία εστιάζεται στους φόβους και τις ανησυχίες της μητέρας αναφορικά με τις νέες ευθύνες και τους ρόλους της, καθώς και στην παρακολούθηση για σκέψεις ανθρωποκτονίας και αυτοκτονίας. Για ορισμένες γυναίκες είναι απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2010).

Κατάθλιψη της λοχείας με ψυχωτικά συμπτώματα

Η ψύχωση της λοχείας είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται συχνά από κατάθλιψη, παραληρητικές ιδέες και σκέψεις της μητέρας σχετικές με πρόκληση βλάβης στο παιδί ή στον εαυτό της (Karlan & Sadock, 2005). Οι συναισθηματικές διαταραχές στην περίοδο της λοχείας με ψυχωτικά χαρακτηριστικά παρατηρούνται σε 1 ή 2 περιπτώσεις ανά 1.000 γεννήσεις και είναι συχνότερες στις πρωτοτόκες (Karlan & Sadock). Μόλις η γυναίκα εμφανίσει ένα επεισόδιο με ψυχωτικά συμπτώματα, υπάρχει 30% έως 50% πιθανότητα υποτροπής σε κάθε επόμενη γέννηση.

Τα συμπτώματα αρχίζουν συνήθως κάποιες μέρες μετά τον τοκετό, αν και ο μέσος χρόνος έναρξης είναι 2 ή 3 εβδομάδες και σχεδόν πάντοτε μέσα σε 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Χαρακτηριστικά, η γυναίκα αρχίζει να παραπονιέται για αίσθημα κόπωσης, αϋπνία και ανησυχία και μπορεί να εκδηλώνει επεισόδια αυθόρμητου κλάματος και συναισθηματικής αστάθειας. Επίσης, ότι δεν μπορεί να κινηθεί, να σταθεί όρθια ή να εργαστεί. Αργότερα πιθανόν να παρατηρηθούν καχυποψία, σύγχυση, ασάφεια λόγου,

παράλογοι ισχυρισμοί και έμμονες ιδέες σχετικά με την υγεία και την καλή κατάσταση του παιδιού. Παραισθήσεις μπορεί να εμφανισθούν στο 50% των γυναικών και ψευδαισθήσεις στο 25% περίπου των γυναικών. Επίσης μπορεί να παρουσιασθούν σε σοβαρές περιπτώσεις ακουστικές ψευδαισθήσεις που επιβάλλουν στη μητέρα να σκοτώσει το παιδί της. Όταν υπάρχουν παραισθήσεις, αυτές σχετίζονται συνήθως με το νεογνό. Η μητέρα πιθανόν να πιστεύει ότι το παιδί κατέχεται από το διάβολο και έχει ιδιαίτερες δυνάμεις ή ότι προορίζεται να έχει άσχημο πεπρωμένο. Η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί ως αδιαφορία για το παιδί ή ως αδυναμία για παροχή φροντίδας. Ορισμένες γυναίκες πιθανόν να επιμένουν ότι κάτι δεν πάει καλά με το παιδί ή να κατηγορούν τις μαίες και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ότι προκαλούν βλάβη ή δηλητηριάζουν το παιδί της (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2010).

Μια συγκεκριμένη πάθηση που περιλαμβάνεται στην καταθλιπτική ψύχωση είναι η διπολική διαταραχή (επίσημα μανιοκατάθλιψη). Σε αυτή τη διαταραχή προηγούνται ή έπονται επεισόδια μανίας που χαρακτηρίζονται από έξαρση, διαχυτική και ευερέθιστη ψυχική διάθεση. Στις κλινικές εκδηλώσεις του επεισοδίου μανίας περιλαμβάνονται τουλάχιστον 3 από τα ακόλουθα συμπτώματα τα οποία διαρκούν τουλάχιστον 1 εβδομάδα: αίσθημα μεγαλείου (πομπώδης διάθεση), μειωμένη ανάγκη για ύπνο, ψυχοκινητική διέγερση, ομιλία υπό πίεση, διαφυγή ιδεών, διαταραχή συγκέντρωσης και υπερβολική ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες χωρίς επίγνωση των αρνητικών συνεπειών. Λόγω υπερκινητικότητας, οι ασθενείς δεν αφιερώνουν χρόνο στο φαγητό και στον ύπνο, γεγονός που οδηγεί σε ανεπαρκή θρέψη, αφυδάτωση και στέρηση του ύπνου. Για όσο χρονικό διάστημα βρίσκονται σε κατάσταση μανίας, οι μητέρες αυτές πρέπει να επιτηρούνται συνεχώς όταν φροντίζουν το παιδί. Η φροντίδα του παιδιού τους μπορεί να απασχολεί τις μητέρες αυτές υπερβολικά (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2010).

Αντιμετώπιση. Η επίτευξη αίσιας έκβασης σχετίζεται με καλή προσαρμογή (πριν από την έναρξη της νόσου) και καλό οικογενειακό υποστηρικτικό δίκτυο. Επίσης οι συναισθηματικές διαταραχές είναι συνήθως επεισοδιακές, οι γυναίκες πιθανόν να παρουσιάσουν και άλλο επεισόδιο συμπτωμάτων 1 ή 2 έτη μετά τον τοκετό. Η ψύχωση της λοχείας συνιστά επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση και η μητέρα ενδέχεται να χρειαστεί νοσηλεία. Η θεραπεία εκλογής είναι τα αντιψυχωτικά φάρμακα και οι σταθεροποιητές της συναισθηματικής διάθεσης. Εάν η μητέρα θηλάζει, ορισμένοι ειδικοί συνιστούν προσοχή στην χορήγηση φαρμάκων. Η χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων και λιθίου πρέπει να αποφεύγεται στις μέρες που θηλάζουν. Ωστόσο, άλλοι

σταθεροποιητές της συναισθηματικής διάθεσης μπορεί να είναι συμβατοί με τον θηλασμό. Συνήθως είναι ωφέλιμο για την μητέρα να έρχεται σε επαφή με το παιδί της εάν το επιθυμεί, αλλά οι επισκέψεις πρέπει να επιτηρούνται στενά. Μετά την αποδρομή της οξείας ψύχωσης συνιστάται ψυχοθεραπεία (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2010).

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ: Κατάθλιψη της λοχείας

ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- ακούστε προσεκτικά και δείξτε ενδιαφέρον στη γυναίκα, καθώς μπορεί να μη σας ενημερώσει από μόνη της για την κατάθλιψή της.
- παρατηρήστε για σημεία κατάθλιψης.
- κάνετε κατάλληλα ερωτήματα για να προσδιορίσετε τα επίπεδα της διάθεσης, της όρεξης, του ύπνου, της ενέργειας και κόπωσης και την ικανότητα συγκέντρωσης της γυναίκας. Για παράδειγμα ρωτήστε: <<Τώρα που γεννήσατε, πώς αισθάνεστε;>>
- χρησιμοποιήστε ένα εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου για να εκτιμήσετε εάν τα συμπτώματα της κατάθλιψης έπονται της μελαγχολίας της λοχείας.
- Εάν εκτιμήσετε ότι η γυναίκα πάσχει από κατάθλιψη, ρωτήστε την εάν έχει σκεφθεί να βλάψει τον εαυτό της ή το παιδί της.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΙΑ

- Κίνδυνος αυτοκατευθυνόμενης (μητέρα) ή κατευθυνόμενης σε άλλους (παιδιά) βίας που σχετίζεται με κατάθλιψη της λοχείας
- Περιστασιακή χαμηλή αυτοεκτίμηση της μητέρας που σχετίζεται με εντάσεις που συνδέονται με τις αλλαγές των ρόλων
- Μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης των υποχρεώσεων της οικογένειας που σχετίζεται με τις αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας της μητέρας και του νεογνού
- Κίνδυνος διαταραχής της γονεϊκής λειτουργίας που σχετίζεται με ανικανότητα της μητέρας με κατάθλιψη να αναπτύξει σχέσεις προσκόλλησης με το νεογνό
- Κίνδυνος βλάβης του νεογνού που σχετίζεται με την κατάθλιψη της μητέρας (παραμέληση των αναγκών του παιδιού για υγιεινή, διατροφή και ασφάλεια) και την απέκκριση ψυχοτρόπων φαρμάκων στο μητρικό γάλα.

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μπορούν να αναπτυχθούν συγκεκριμένα κριτήρια που βασίζονται στα ακόλουθα γενικά αποτελέσματα:

- Η μητέρα δεν θα είναι πλέον καταθλιπτική
- Θα διατηρηθεί η φυσική καλή κατάσταση της μητέρας και του νεογνού
- Η οικογένεια θα αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις αντιξοότητες
- Τα μέλη της οικογένειας θα παρουσιάζουν συνεχή υγιή αύξηση και ανάπτυξη
- Το νεογνό θα ενταχθεί πλήρως στην οικογένεια

ΣΧΕΔΙΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Διδάξτε στη γυναίκα και την οικογένειά της τα σημεία και συμπτώματα της κατάθλιψης της λοχείας.
- Ενημερώστε τη γυναίκα και την οικογένειά της σχετικά με τις κοινοτικές υπηρεσίες για τις γυναίκες με κατάθλιψη της λοχείας, συμπεριλαμβανομένων των θεραπειών ψυχικής υγείας και των ομάδων υποστήριξης. Παραπέμψτε τη γυναίκα εφόσον είναι απαραίτητο.
- Εκπαιδεύστε τη γυναίκα σχετικά με τα ψυχοτρόπα φάρμακα, εφόσον συνταγογραφηθούν και για τους κινδύνους του θηλασμού.
- Ενημερώστε τη γυναίκα σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείες, εφόσον είναι απαραίτητο ή εφόσον η γυναίκα σας το ζητήσει.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η μαία επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με βάση την καλή φυσική κατάσταση της μητέρας και του νεογνού της, την ικανότητα της μητέρας και της οικογένειάς της να διαχειριστούν αποτελεσματικά την κατάσταση και του κάθε μέλους της οικογένειας να προσαρμόζεται σωστά στην παρουσία του νεογνού.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η μαία πρέπει να παρακολουθεί προσεκτικά τη νέα μητέρα για επεισόδια κλάματος και να διενεργεί περαιτέρω έλεγχο αν το κρίνει απαραίτητο. Η κατάθλιψη της λοχείας πρέπει να αναλύεται από τις μαίες για να προετοιμάζονται οι νέοι γονείς για πιθανά προβλήματα κατά την περίοδο της λοχείας. Η οικογένεια πρέπει να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα και να ξέρει πού πρέπει να απευθυνθεί για αναζήτηση βοήθειας. Τα έντυπα υλικά που εξηγούν τι πρέπει να κάνει η γυναίκα για να προλάβει

την εμφάνιση κατάθλιψης μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο πλαίσιο του σχεδιασμού της εξόδου.

Οι μητέρες συνήθως εξέρχονται από το νοσοκομείο πριν από την εκδήλωση <<μελαγχολίας>> ή κατάθλιψης. Εάν η μαία ανησυχεί για τη γυναίκα πρέπει να αναζητήσει σύμβουλο ψυχικής υγείας πριν η μητέρα αποχωρήσει από το νοσοκομείο. Οι οδηγίες ρουτίνας αναφορικά με την κατάθλιψη της λοχείας πρέπει να δίνονται σε οποιονδήποτε προσέρχεται να παραλάβει την ασθενή για το σπίτι (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2010).

Φροντίδα στο Σπίτι και την Κοινότητα

Οι επισκέψεις στο σπίτι από νοσηλευτές και ειδικούς σε θέματα υγείας κατά την περίοδο της λοχείας μπορούν να μειώσουν την επίπτωση ή τις επιπλοκές της κατάθλιψης της λοχείας. Μια σύντομη επίσκεψη στο σπίτι ή μια τηλεφωνική συνομιλία με την μητέρα τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα, μέχρι την πρώτη επίσκεψη της μητέρας στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό, μπορούν να σώσουν τη ζωή της ίδιας ή του νεογνού της. Ωστόσο, οι επισκέψεις στο σπίτι και οι τηλεφωνικές συνομιλίες πιθανόν να μην είναι εφικτές ή διαθέσιμες. Η επίβλεψη της γυναίκας με συναισθηματικές επιπλοκές μπορεί να αναχθεί σε κύριο μέλημα. Επειδή η κατάθλιψη μπορεί να παρεμποδίσει σε μεγάλο βαθμό τα καθήκοντα της μητέρας, η οικογένεια και οι φίλοι πρέπει να συμμετέχουν στη φροντίδα του νεογνού. Η επίβλεψη αυτή μπορεί να σχεδιασθεί με βάση τις συλλογικές προσπάθειες της μαίας και των μελών της οικογένειας. Είναι η περίοδος κατά την οποία η ευρύτερη οικογένεια και οι φίλοι θα προσδιορίσουν πώς μπορούν να βοηθήσουν και η μαία μπορεί να συνεργαστεί μαζί τους προκειμένου να εξασφαλισθεί η επαρκής επίβλεψη και αντίληψη της ψυχικής νόσου της γυναίκας.

Ο σύντροφος της γυναίκας που πάσχει από κατάθλιψη της λοχείας συχνά εμφανίζει σύγχυση, σοκ, άρνηση και θυμό και αισθάνεται απόρριψη και ενοχές. Τόσο η γυναίκα όσο και ο σύντροφός της έχουν την ανάγκη να εκφράσουν τις ανάγκες, τους φόβους, τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους σε ένα μη επικριτικό περιβάλλον. Η μαία ή ο νοσηλευτής πρέπει να συζητήσει με τη γυναίκα το γεγονός πως και ο σύντροφός της αισθάνεται έντονη ανησυχία. Οι άνδρες απομονώνονται ή είναι επικριτικοί όταν αισθάνονται έντονη ανησυχία για κάποιο σημαντικό άτομο. Πρέπει να δώσουν στον σύντροφο της γυναίκας την ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, να τον βοηθά στην αναζήτηση αισιόδοξων στρατηγικών αντιμετώπισης της κατάστασης και να τον ενθαρρύνει προκειμένου να εξασφαλίσει την ασφάλεια της γυναίκας και του νεογνού. Ακόμη και αν η μητέρα έχει σοβαρή κατάθλιψη, θα πρέπει

να αποφεύγεται η εισαγωγή της στο νοσοκομείο εάν υπάρχει δυνατότητα κινητοποίησης των υπηρεσιών που διασφαλίζουν την υγεία της γυναίκας και του νεογνού. Η μαία ή ο νοσηλευτής που ασχολείται με τη φροντίδα της γυναίκας πρέπει να κάνει συχνά τηλεφωνήματα ή επισκέψεις στο σπίτι για εκτίμηση και να δίνει συμβουλές. Οι κοινοτικές υπηρεσίες που μπορούν να φανούν χρήσιμες είναι αυτές που αφορούν την προσωρινή φροντίδα ή φροντίδα του παιδιού, όπως οι υπηρεσίες οικιακής βοήθειας, κοινωνικής πρόνοιας, πρόγραμμα δωρεάν γευμάτων στο σπίτι, τα κέντρα καθοδήγησης γονέων, τα προγράμματα ημερησίας εξόδου της μητέρας, οι ομάδες τηλεφωνικής υποστήριξης και άλλα υποστηρικτικά προγράμματα (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2010).

Παραπομπή. Οι γυναίκες με μέτρια έως βαριά κατάθλιψη της λοχείας πρέπει να παραπέμπονται σε ψυχοθεραπευτή, όπως η εξειδικευμένη νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας, για αξιολόγηση και θεραπεία, ώστε να αποφευχθούν οι επιδράσεις της κατάθλιψης της λοχείας στη γυναίκα και στις σχέσεις της με τον σύντροφό της, το νεογνό και τα άλλα παιδιά της (Lintner & Gray, 2006). Πιθανόν να απαιτείται εισαγωγή στο ψυχιατρείο. Η απόφαση αυτή λαμβάνεται όταν απειλείται η ασφάλεια της μητέρα ή των παιδιών.

Παροχή ασφάλειας. Όταν υπάρχει υποψία κατάθλιψης, η μαία ή η νοσηλεύτρια ρωτά την γυναίκα: <<Έχεις σκεφτεί να βλάψεις τον εαυτό σου;>>. Εάν υπάρχει υποψία παραληρητικών ιδεών σχετικά με το νεογνό/βρέφος ρωτά: <<Έχεις σκεφτεί να βλάψεις το μωρό σου;>>. Υπάρχουν 4 κριτήρια για την εκτίμηση της βαρύτητας ενός σχεδίου αυτοκτονίας: 1) η μέθοδος αυτοκτονίας, 2) η διαθεσιμότητα του παράγοντα, 3) η εξειδίκευση της μεθόδου και 4) το πόσο θανατηφόρα είναι αυτή. Έχει προσδιορίσει η γυναίκα τη μέθοδο; Είναι διαθέσιμη η συγκεκριμένη μέθοδος; Πόσο συγκεκριμένο είναι το σχέδιο; Εάν η μέθοδος είναι συγκεκριμένη και λεπτομερής και με εύκολη πρόσβαση, οι κίνδυνοι αυτοκτονίας αυξάνονται. Πόσο θανατηφόρα είναι η μέθοδος; Η πιο θανατηφόρα μέθοδος είναι ο πυροβολισμός και ακολουθεί ο απαγχονισμός. Η λιγότερο θανατηφόρα είναι διατομή των φλεβών. Η γυναίκα μπορεί επίσης να λάβει υπερβολική δόση φαρμάκων (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2010).

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ

Δραστηριότητες για Πρόληψη της Κατάθλιψης της Λοχείας

- Μοιραστείτε τις γνώσεις σας σχετικά με τις συναισθηματικές διαταραχές της λοχείας με το στενό οικογενειακό σας περιβάλλον και τους φίλους σας.
- Φροντίστε τον εαυτό σας, ακολουθώντας ισορροπημένη διαίτα, τακτική άσκηση και επαρκή ύπνο. Ζητήστε από κάποιον να φροντίζει το μωρό, έτσι ώστε να κοιμάστε καλά καθ' όλη τη διάρκεια της νύχτας.
- Μοιραστείτε τα αισθήματά σας με κάποιο δικό σας άτομο. Μην απομονώνεστε στο σπίτι.
- Μην υπερβαίνετε τον εαυτό σας ή τις δυνατότητές σας.
- Μην έχετε από τον εαυτό σας προσδοκίες που δεν είναι πραγματοποιήσιμες.
- Μην ντρέπεστε για τα συναισθηματικά σας προβλήματα μετά τον τοκετό-συμβαίνει περίπου στο 15% των γυναικών.

Νοσηλεία σε ψυχιατρείο

Οι γυναίκες με ψύχωση της λοχείας αποτελούν επείγουσες ψυχιατρικές περιπτώσεις και πρέπει να παραπέμπονται άμεσα σε ψυχίατρο ο οποίος έχει εμπειρία σε περιπτώσεις γυναικών με ψύχωση της λοχείας, μπορεί να χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή και άλλες μορφές θεραπείας και είναι σε θέση να εκτιμά την ανάγκη νοσηλείας στο νοσοκομείο.

Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, η εκ νέου παρουσίαση του νεογνού στη μητέρα πρέπει να γίνει βάση των δικών της ρυθμών. Διαμορφώνεται ένα πρόγραμμα αύξησης των ωρών φροντίδας του νεογνού από την μητέρα για αρκετές ημέρες, με αποκορύφωμα τη διανυκτέρευση του στο δωμάτιό της. Αυτό επιτρέπει στη μητέρα να βιώσει την ικανοποίηση των αναγκών του, αφήνοντάς το να κοιμηθεί, πράγμα δύσκολο για τις νέες μητέρες, ακόμη και κάτω από τις ιδανικότερες συνθήκες. Εκτιμάται η ετοιμότητα της μητέρας να αποχωρήσει από το νοσοκομείο και η ικανότητά της να φροντίζει το νεογνό. Οι αλληλεπιδράσεις της με αυτό επιτηρούνται προσεκτικά και καθοδηγούνται. Οι μαίες-νοσηλεύτριες παρακολουθούν τη μητέρα για σημεία ανάπτυξης δεσμού με το νεογνό (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2010).

Φαρμακευτική αγωγή

Η κατάθλιψη της λοχείας αντιμετωπίζεται συνήθως με αντικαταθλιπτικά. Εάν η γυναίκα δεν θηλάζει, μπορούν να χορηγούνται αντικαταθλιπτικά χωρίς ιδιαίτερες προφυλάξεις. Τα συχνότερα χορηγούμενα αντικαταθλιπτικά χωρίζονται συνήθως σε 4 κατηγορίες: 1) εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης(SSRIs), 2)

ετεροκυκλικά (συμπεριλαμβανομένων και των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών – TCAs), 3) αναστολείς της MAO και 4) άλλα αντικαταθλιπτικά που δεν ανήκουν στις παραπάνω κατηγορίες (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2010).

Φαρμακευτική αγωγή σε γυναίκες που θηλάζουν

Ένα μείζον κλινικό δίλημμα είναι η αντικαταθλιπτική θεραπεία γυναικών επιλόχειας κατάθλιψης οι οποίες επιθυμούν να θηλάσουν. Στο παρελθόν, οι γυναίκες ενθαρρύνονταν να διακόψουν το θηλασμό. Σήμερα, θεωρείται ότι παρά το γεγονός ότι όλα σχεδόν τα φάρμακα διαχέονται στο μητρικό γάλα, οι περιπτώσεις στις οποίες ο θηλασμός πρέπει να διακοπεί είναι πολύ λίγες (Pigarelli, Kraus & Potter, 2005). Στους παράγοντες που επηρεάζουν την ποσότητα του φαρμάκου που λαμβάνει το νεογνό από το μητρικό γάλα περιλαμβάνεται η ποσότητα του παραγόμενου γάλακτος, η σύσταση του γάλακτος (ώριμο ή πρωτόγαλα), η συγκέντρωση του φαρμάκου και ο βαθμός κένωσης του μαστού από το γάλα κατά τον προηγούμενο θηλασμό (Menon, 2008 Pigarelli et al.) Η απορρόφηση, ο μεταβολισμός και η απέκκριση των χορηγούμενων φαρμάκων διαφέρει σε κάθε νεογνό. Τα πρόωρα νεογνά ενδέχεται να μην έχουν ιδανική ηπατική λειτουργία και η νεφρική τους λειτουργία τελειοποιείται το 2^ο έως το 4^ο μήνα ζωής.

Συμπέρασμα. Όταν η θηλάζουσα μητέρα παρουσιάζει συναισθηματικές διαταραχές και πρέπει να λάβει ψυχοτρόπα φάρμακα, προτιμάται η παραπομπή της σε ψυχίατρο εξειδικευμένο στις ψυχώσεις τις λοχείας. Η γυναίκα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη των φαρμάκων για την ίδια και το βρέφος της. Η μαία-νοσηλεύτρια πρέπει να τονίσει την ανάγκη λήψης των αντικαταθλιπτικών σύμφωνα με τις οδηγίες. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά δεν ασκούν κάποια δράση για 2 περίπου εβδομάδες και συνήθως δεν επιτυγχάνουν τη θεραπευτική δράση μέχρι τις 4 έως 6 εβδομάδες, πολλές γυναίκες διακόπτουν την αγωγή με δική τους πρωτοβουλία. Η εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειας από τη νοσηλεύτρια, πρέπει να επικεντρωθεί στο πρόγραμμα λήψης των φαρμάκων σε συνδυασμό με το πρόγραμμα σίτισης του νεογνού/βρέφους και στη συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής μέχρι την επίτευξη των θεραπευτικών δράσεων των φαρμάκων αυτών.

Άλλες θεραπείες για την επιλόχεια κατάθλιψη

Στις θεραπείες της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνονται και οι συμπληρωματικές ή εναλλακτικές θεραπείες (π.χ. γιόγκα, μασάζ, τεχνικές χαλάρωσης), η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία. Οι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνες τους ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών αυτών θεραπειών για την επιβεβαίωση ότι η παρεχόμενη φροντίδα και

συμβουλευτική καθοδήγηση βασίζονται σε στοιχεία (Lintner & Gray, 2006-Weier & Beal, 2004).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη που δεν έχουν παρουσιάσει βελτιώσει μετά την λήψη αντικαταθλιπτικών. Η ψυχοθεραπεία είτε υπό την μορφή της ομαδικής θεραπείας είτε υπό την μορφή της ατομικής θεραπείας έχει επίσης χρησιμοποιηθεί με θετικά αποτελέσματα και μόνη της και σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τον προσδιορισμό των αποτελεσματικότερων τύπων επαγγελματικής υποστήριξης (Dennis & Hodnet, 2007).

Διαταραχές πανικού κατά την διάρκεια της Λοχείας

Το 3% έως το 5% περίπου των γυναικών εκδηλώνει διαταραχές πανικού ή ιδεοληπτικές διαταραχές κατά την περίοδο της λοχείας. Οι κρίσεις πανικού είναι συγκεκριμένες περιόδους κατά τις οποίες παρατηρείται αιφνίδια έναρξη αισθημάτων έντονου φόβου ή τρόμου. Κατά την διάρκεια των κρίσεων αυτών επικρατούν συμπτώματα όπως δύσπνοια, αίσθημα παλμών, πόνος στο στήθος, αίσθημα πνιγμού και ασφυξίας και φόβος απώλειας ελέγχου. Η γυναίκα διακατέχεται από ενοχλητικές σκέψεις σχετικές με πρόκληση φοβερού τραυματισμού στο παιδί, όπως μαχαίρωμα ή έγκαυμα, μερικές φορές από την ίδια. Σπάνια προκαλεί η ίδια κακό στο νεογνό/βρέφος. Οι μαιές-νοσηλεύτριες ακούγοντας απλώς τι έχει να τους πει η μητέρα θα αντιληφθούν τα συμπτώματα της διαταραχής πανικού. Συνήθως οι γυναίκες αυτές είναι τόσο ταραγμένες που θα μοιραστούν το πρόβλημά τους με οποιονδήποτε θελήσει να τις ακούσει. Συχνά η οικογένεια έχει προσπαθήσει να τους πει ότι αυτό που βιώνουν είναι φυσιολογικό, αλλά αυτές το αντιλαμβάνονται διαφορετικά.

ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αντιμετώπιση. Η θεραπεία συνήθως συνίσταται σε συνδυασμό φαρμάκων, εκπαίδευσης, ψυχοθεραπείας και γνωσιακών/συμπεριφορικών παρεμβάσεων, σε συνδυασμό με την προσπάθεια ανίχνευσης οποιωνδήποτε ιατρικών ή φυσιολογικών παραγόντων που συμβάλλουν στη εκδήλωση της διαταραχής. Τα αντικαταθλιπτικά όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) αποτελούν τη θεραπεία εκλογής (Kirkwood & Melton, 2005). Οι περισσότεροι αναστολείς έχουν εγκριθεί στις ΗΠΑ για την αντιμετώπιση των διαταραχών πανικού και των ιδεοληπτικών διαταραχών.

Ενέργειες από την μαία-νοσηλεύτρια

- Η εκπαίδευση αποτελεί παρέμβαση εξαιρετικής σημασίας. Οι νέες μητέρες πρέπει να έχουν προληπτική καθοδήγηση σχετικά με την πιθανότητα εμφάνισης κρίσεων πανικού κατά την διάρκεια της λοχείας. Η προετοιμασία για την εμφάνιση των κρίσεων μπορεί να μειώσει την απρόσμενη και τρομακτική τους φύση (Beck 1998-Driscoll, 2006)
- Οι γυναίκες μπορούν να καθησυχάζονται ότι είναι σύνηθες να νιώθουν ένα αίσθημα επικείμενου θανάτου ή απώλειας της λογικής κατά την διάρκεια των κρίσεων πανικού. Οι φόβοι αυτοί είναι προσωρινοί και εξαφανίζονται με την αποδρομή της κρίσης (Beck, 1998)
- Οι μαίες-νοσηλεύτριες μπορούν να βοηθήσουν τις γυναίκες στον προσδιορισμό των παραγόντων που πυροδοτούν τις διαταραχές πανικού, οι οποίοι είναι ιδιαίτεροι για κάθε γυναίκα. Η διατήρηση ημερολογίου μπορεί να βοηθήσει στον προσδιορισμό των εκλυτικών παραγόντων (Peeke, 2008)
- Η οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη είναι χρήσιμη. Η νέα μητέρα ενθαρρύνεται να αναλαμβάνει κάποιες συνήθεις δουλειές του σπιτιού, να ζητά και να δέχεται βοήθεια
- Οι ομάδες υποστήριξης επιτρέπουν στις γυναίκες αυτές να αισθάνονται ανακούφιση βλέποντας και άλλες γυναίκες με το ίδιο πρόβλημα.
- Οι αισθητηριακές παρεμβάσεις όπως η θεραπεία με μουσική και η αρωματοθεραπεία δεν είναι ενοχλητικές ούτε δαπανηρές
- Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις, όπως οι αναπνευστικές ασκήσεις και η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση μπορεί να αποδειχθούν πολύ χρήσιμες (Peeke, 2008)
- Οι γνωσιακές παρεμβάσεις όπως η θετική εκπαίδευση για να μιλά η γυναίκα με τον εαυτό της, ο επαναπροσδιορισμός και ο καθησυχασμός μπορούν να αποτρέψουν τις αρνητικές σκέψεις και ενέργειες της γυναίκας ακόμη και σε καταστάσεις που δεν μπορούν να μεταβληθούν (National Women's Health Resource Center, 2008)
- Η άσκηση πιθανόν να βοηθήσει ορισμένες γυναίκες και ιδιαίτερα όσες έχουν χαμηλά επίπεδα γ-(γάμμα) αμινοβουτυρικού οξέος (Peeke, 2008)

ΜΕΡΟΣ Γ΄

1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των νέων δεδομένων σχετικά με την αντιμετώπιση και την θεραπεία της κατάθλιψης.

2. Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στη ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν δημοσιευμένα άρθρα και μελέτες κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2016 έως και Ιούνιος 2016 και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Psychiatr Danub. 2016 Jun;21(3):301-5

[Depression: diagnosis, treatment and course]

[Article in German]

Stuppach C1.

Abstract

Depressions are very common mental diseases. The diagnosis is made by psychopathology criteria and the course of the disorder. There is a growing body to the knowledge about etiology and treatment of depression neuroimaging, neuroplasticity, CREB and BDNF are all modified by antidepressants treatment and/or psychotherapy. As differential diagnoses, depressive syndromes on the basis of organic diseases but also burn out syndromes may play a role, different therapeutic efforts are necessary. The treatment of depression consists of psychopharmacological and psychotherapeutic strategies, combinations of both are useful. Many psychopharmacological substances with differing mechanisms of action are available combinations of antidepressants with complementing mechanisms are possible. The course of depressions is mainly influenced by working therapies. Comorbid somatic diseases and their successful treatment are of relevance for the long term course.

Μετάφραση

ΤΙΤΛΟΣ: Κατάθλιψη: διάγνωση, θεραπεία και πορεία

Η κατάθλιψη είναι πολύ συνηθισμένη ψυχική ασθένεια. Η διάγνωση γίνεται με κριτήρια ψυχοπαθολογικά και την πορεία της διαταραχής. Υπάρχει μια αυξανόμενη γνώση σχετικά με την αιτιολογία και την θεραπεία της κατάθλιψης. Η εικόνα και η πλαστικότητα των νεύρων, CREB και BDNF τροποποιούνται όλα με αντικαταθλιπτική θεραπεία και/ή ψυχοθεραπεία. Διαφορική διάγνωση, καταθλιπτικά σύνδρομα βάσει των οργανικών ασθενειών, αλλά επίσης σύνδρομα εξουθένωσης παίζουν σημαντικό ρόλο. Απαραίτητες είναι και οι διαφορετικές θεραπευτικές προσπάθειες. Η θεραπεία της κατάθλιψης αποτελείται από ψυχοφαρμακολογικές και ψυχοθεραπευτικές στρατηγικές, οι συνδυασμοί και των 2 είναι χρήσιμες. Πολλές ψυχοφαρμακολογικές ουσίες με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης είναι διαθέσιμες-συνδυασμοί των αντικαταθλιπτικών με μηχανισμούς που συμπληρώνουν είναι δυνατοί. Η πορεία των καταθλίψεων επηρεάζεται κυρίως από εργοθεραπείες. Συννοσηρές σωματικές ασθένειες και η επιτυχή θεραπεία τους είναι σημαντικές για την μακροπρόθεσμη πορεία.

CNS Spectr 2016 Feb;14 (11 Suppl 10):3-6

Clinical management of major depressive disorder.

Mignon L1, Stahl SM.

Abstract

Individuals with major depressive disorder (MDD) have high rates of disability, morbidity and mortality, and are responsible for as many as one-fourth of all healthcare visits. Within primary care settings 5-10% of adults have MDD, but only one-third of those are diagnosed. Thus, despite the devastating decrease in the quality-of-life and productivity of patients, depression is often under-diagnosed and therefore inadequately treated. Most patients with depression who are adherent with their treatment plan still experience residual symptoms, and require long-term treatment. Adequately managing residual symptoms will hopefully lead to increased remission in these patients. This supplement focuses on the different types of residual symptoms that patients experience and suggests various treatment options.

Μετάφραση

ΤΙΤΛΟΣ: Κλινική διαχείριση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής

Τα άτομα με MDD έχουν υψηλά ποσοστά αναπηρίας, νοσηρότητα και θνησιμότητα, και αποτελούν το 1/4 του συνόλου των επισκέψεων υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 5-10% των ενηλίκων έχουν MDD, αλλά το 1/3 έχει διαγνωστεί. Έτσι, παρά την καταστροφική μείωση της ποιότητας ζωής και της παραγωγικότητας των ασθενών, συχνά δεν γίνεται διάγνωση της κατάθλιψης και γι' αυτό το λόγο η θεραπεία είναι ανεπαρκής. Οι περισσότεροι ασθενείς με κατάθλιψη που είναι προσκολλημένοι με το σχέδιο θεραπείας τους εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν υπολειμματικά συμπτώματα και απαιτούν μακροχρόνια θεραπεία. Η κατάλληλη διαχείριση των υπολειμματικών συμπτωμάτων ελπίζουμε ότι θα οδηγήσει σε αύξηση της ύφεσης σε αυτούς τους ασθενείς. Αυτή η βοήθεια εστιάζει σε διαφορετικούς τύπους εναπομεινάντων συμπτωμάτων που οι ασθενείς βιώνουν και προτείνει διάφορες θεραπευτικές επιλογές.

Rev Prat. 2016 Feb; 58(4):373-6

[Depression and personality disorders]

[Article in French]

Guelfi JD1.

Abstract

The association between depressive disorders and personality disorders is frequent. They need to be acknowledged in general practice for a better treatment (therapeutic alliance, compliance). 20-50% of psychiatric inpatients and 50-85% of outpatients with a major depressive episode also have an associated personality disorder, most frequently borderline, avoidant, dependent or obsessive. These associations, as well as the so-called depressive personality disorder, have many implications for other persistent mood disorders such as dysthymic disorders. This article discusses the therapeutic options for an optimal treatment of these disorders.

Μετάφραση

ΤΙΤΛΟΣ: Κατάθλιψη και διαταραχές προσωπικότητας

Η συσχέτιση μεταξύ των καταθλιπτικών διαταραχών και διαταραχών της προσωπικότητας είναι συχνή. Θα πρέπει να αναγνωριστεί στη γενική ιατρική για την καλύτερη θεραπεία (θεραπευτική συμμαχία, η συμμόρφωση). 20-50% των νοσηλευόμενων και 50-85% των εξωτερικών ασθενών με ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο έχει επίσης μια σχετική διαταραχή προσωπικότητας, πιο συχνά οριακά, αποφευκτική, εξαρτημένη ή ψυχαναγκαστική. Οι ενώσεις αυτές, καθώς και η λεγόμενη καταθλιπτική διαταραχή προσωπικότητας, έχει πολλές επιπτώσεις για άλλες επίμονες διαταραχές της διάθεσης, όπως δυσθυμίας. Αυτό το άρθρο περιγράφει τις θεραπευτικές επιλογές για μια βέλτιστη θεραπεία αυτών των διαταραχών.

J Clin Psychol. 2016 Mar; 67(6):539-49

Beliefs about the causes of depression and treatment preferences.

Khalsa SR1, McCarthy KS, Sharpless BA, Barrett MS, Barber JP.

Abstract

The relation between patient's beliefs about the causes of their depression, treatment preferences, and demographic variables was studied in a sample of 156 patients in a randomized controlled trial for depression (supportive-expressive psychotherapy vs. medication vs. placebo). No gender differences were found in beliefs or preferences. Racial differences were found for causes endorsed, but not preferences. Treatment experience predicted endorsement of characterological and biological causes. Psychotherapy experience predicted preference for medication. Finally, patients preferring psychotherapy endorsed childhood and complex causes more than those preferring medication, but the groups did not differ in other reasons endorsed. Implications of findings are discussed.

Μετάφραση

ΤΙΤΛΟΣ: Πεποιθήσεις σχετικά με τις αιτίες της κατάθλιψης και της θεραπείας των προτιμήσεων

Η σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων των ασθενών για τα αίτια της κατάθλιψής τους, τις προτιμήσεις της θεραπείας και των δημογραφικών μεταβλητών μελετήθηκε σ' ένα δείγμα 156 ασθενών σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη για την κατάθλιψη (υποστηρικτική ψυχοθεραπεία-εκφραστική εναντίον φάρμακα εναντίον εικονικού φαρμάκου). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των φύλων στις πεποιθήσεις ή στις προτιμήσεις. Φυλετικές διαφορές βρέθηκαν για τις αιτίες που εγκρίθηκαν, αλλά όχι τις προτιμήσεις.

Νοσηλειακή εμπειρία προβλέπεται για επικύρωση-έγκριση των χαρακτηριστικών και βιολογικών αιτιών. Η εμπειρία της ψυχοθεραπείας προβλέπει προτίμηση για φάρμακα. Τέλος, οι ασθενείς προτιμούν επικυρωμένη την ψυχοθεραπεία της παιδικής ηλικίας και τις σύνθετες αιτίες περισσότερο από εκείνων που προτιμούν τη φαρμακευτική αγωγή, αλλά οι ομάδες δεν διέφεραν με άλλους λόγους που εγκρίθηκαν. Οι συνέπειες των ευρημάτων συζητούνται περιοδικά.

Am Fam Psysician. 2016 May; 84(10):1149-54

Clinical vignettes in Geriatric Depression

Spoelhof GD1, Davis GL, Licari A.

Abstract

The diagnosis of depression in older patients is often complicated by comorbid conditions, such as cerebrovascular disease or dementia. Tools specific for this age group, such as the Geriatric Depression Scale or the Cornell Scale for Depression in Dementia, may assist in making the diagnosis. Treatment decisions should consider risks associated with medications, such as serotonin syndrome, hyponatremia, falls, fractures, and gastrointestinal bleeding. Older white men with depression are at high risk of suicide. Depression is common after stroke or myocardial infarction, and response to antidepressant treatment has been linked to vascular outcomes. Depression care management is an important adjunct to the use of antidepressant medications. Structured psychotherapy and exercise programs are useful treatments for select patients.

Μετάφραση

ΤΙΤΛΟΣ: Κλινικά συμπεράσματα στην γηριατρική κατάθλιψη

Η διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας συχνά περιπλέκεται από συννοσηρές συνθήκες, όπως εγκεφαλοαγγειακή ασθένεια ή άνοια. Εργαλεία ειδικά γι' αυτή την ηλικιακή ομάδα, όπως η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης ή η Cornell Κλίμακα για την Κατάθλιψη στην άνοια, μπορεί να βοηθήσει στο να καταστεί η διάγνωση. Οι αποφάσεις αγωγής θα πρέπει να εξετάσουν τους κινδύνους που συνδέονται με τα φάρμακα, όπως το σύνδρομο σεροτονίνης, υπονατριαιμία, πτώσεις, κατάγματα και γαστρεντερική αιμορραγία. Οι ηλικιωμένοι λευκοί άνδρες με κατάθλιψη

διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. Η κατάθλιψη είναι συνηθισμένη μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ή έμφραγμα μυοκαρδίου και η ανταπόκριση στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά έχει συνδεθεί με αγγειακά αποτελέσματα. Η διαχείριση της φροντίδας κατά την κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό συμπλήρωμα με τη χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Δομημένα προγράμματα ψυχοθεραπείας και άσκησης είναι χρήσιμες θεραπείες για επιλεγμένους ασθενείς.

4. Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε είναι λοιπόν ότι η κατάθλιψη ως την πιο συνηθισμένη ψυχική ασθένεια θα πρέπει να την αντιμετωπίζουμε με τα κριτήρια που αρμόζουν στην κάθε περίπτωση και όχι τα ίδια σε όλες τις περιπτώσεις. Μερικά από αυτά τα κριτήρια είναι η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία και/ή ψυχοθεραπεία. Όσον αφορά την πορεία της κατάθλιψης, είδαμε ότι εάν υπάρχουν συννοσηρές ασθένειες είναι μακροπρόθεσμη και απαιτείται αντιμετώπιση με εργοθεραπείες. Ένα άλλο συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι ένα ποσοστό 5-10% ατόμων με κατάθλιψη έχει κινητικό πρόβλημα με αποτέλεσμα να χρειάζονται μεγαλύτερη ανάγκη για βοήθεια. Θα πρέπει λοιπόν οι αρμόδιοι να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στα άτομα αυτά διότι δεν μπορούν από μόνα τους να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Φτάνουν σε σημείο να σκέφτονται ακόμα και την αυτοκτονία επειδή νιώθουν <<άχρηστοι και βάρος στην κοινωνία>>. Θεραπεία λοιπόν σε τέτοιες περιπτώσεις θα πρέπει να είναι μακροχρόνια με διάφορες φαρμακευτικές επιλογές και συμβουλές στο άτομο αλλά και στην οικογένειά του με σκοπό την πρόληψη ενός τέτοιου γεγονότος. Άλλο ένα ποσοστό 20-50% των νοσηλευόμενων και 50-85% των εξωτερικών ασθενών, δείχνει ότι αντιμετωπίζει και διαταραχές προσωπικότητας σε μεγάλο βαθμό με αποτέλεσμα να έχει επιπτώσεις στην καθημερινότητά του και να αντιμετωπίζει προβλήματα συμπεριφοράς. Ωστόσο όμως οι ασθενείς που έχουν να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη, βλέπουν διαφορετικά ο καθένας από την πλευρά του το πώς είναι η κατάθλιψη και οι αιτίες που την προκαλούν. Δεν υπάρχουν φυλετικές διαφορές στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και έτσι οι ασθενείς προτιμούν η θεραπεία να είναι ίση και ίδια για όλους. Ανεξάρτητα την ηλικία, η κατάθλιψη περιπλέκεται και από συννοσηρές ασθένειες όπως εγκεφαλικό, με αποτέλεσμα η φαρμακευτική θεραπεία να είναι λίγο επικίνδυνη για τυχόν παρενέργειες και άλλα συμπτώματα όπως γαστρεντερική αιμορραγία. Έτσι λοιπόν η κατάθλιψη δεν κοιτάει ούτε ηλικία ούτε φύλο και εμφανίζεται ανά πάσα στιγμή στην διάρκεια της ζωής του ατόμου και θα πρέπει να αντιμετωπιστεί όσο γίνεται πιο γρήγορα με φαρμακευτικές θεραπείες ή ψυχιατρικές συμβουλές από ειδικά σε τέτοια θέματα άτομα.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Μαδιανός, Γ.Μ.** 2000. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη
2. **Μαδιανός, Γ.Μ.** 2006. *ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
3. **Ρούπα, Δ.Ζ.** 2011. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*. Αθήνα: εκδόσεις ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ.
4. **Φιλιπποπούλου, Γ.Σ.,** 1980. *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
5. **Χριστοδούλου, Γ.Ν. και συν,** 2000. *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Βήτα
6. **Χριστοδούλου, Γ.Ν. και συν,** 2002. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ*. Αθήνα: εκδόσεις Βήτα.

ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

7. **Beck, C.** 1998. Postpartum onset of panic disorder. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(2), 131-135.
8. **Bennett, P.** 2006. *ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*. Αθήνα: εκδόσεις Πεδίο.
9. **Dennis, C., Hodnett, E.** 2007. *Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression*. In The Cochrane Database of Systematic Reviews.
10. **Driscoll, J.** 2006. Postpartum depression: *How nurses can identify and care for women grappling with this disorder*. *AWHONN Lifelines*, 10(5), 400-409.
11. **Gabbard, O.G.** 2006. *The psychodynamiki psychiatric clinical practice*. Μεταφρασμένο από αγγλικά από Θ. Υφαντής. Αθήνα: ιατρικές εκδόσεις Βήτα
12. **Kaplan, H., Sadock, B.** 2005. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
13. **Kirkwood, C., Melton, S.** 2005. *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
14. **Kring, M.A. et al.,** 2007. *Psychopathology*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Θ. Καραμπά. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
15. **Lintner, N., Gray, B.** 2006. *Childbearing and depression: What nurses need to know*. *AWHONN Lifelines*, 10(1), 50-57.
16. **Lowdermilk, L.D., Perry, E.S., Cashion, K.** 2010. *Maternity Nursing*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Λυκερίδου, Α. Δελτσιίδου. Αθήνα: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΑΓΟΣ.
17. **Mckenzie, K.** 2008. *Depression*. Μεταφρασμένο από αγγλικά από Α. Σταθόπουλος. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ Πασχαλίδης.
18. **Menon, S.** 2008. *Psychotropic medication during pregnancy and lactation*. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 277(1), 147-157.
19. **National Women's Health Resource Center.** 2008. *Women and anxiety disorders*. *National Women's Health Report*, 30(1), 1-7.

20. **Nies, A.M., McEwen, M.** 2011. *ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*. Αθήνα: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΑΓΟΣ.
21. **Peeke, P.** 2008. Anxiety: *Things you can do to beat it*. National Women's Health Report, 30(1), 8.
22. **Pigarelli, D., Kraus, C., Potter, B.** 2005. *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
23. **Pignarre, P.** 2001. *COMMENT LA DEPRESSION EST DEVENUE UNE EPIDERMIE*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Χ. Χατζηδημητρίου. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων Περιοδικών.
24. **Weier, K., Beal, M.** 2004. Complementary therapies and adjuncts in the treatment of postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(2), 96-104.

