



Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ :

ΟΛΥΜΠΙΑ ΞΥΣΤΡΑ ΑΜ 16837

ΤΑΤΙΑΝΑ ΣΤΑΜΑΤΙ ΑΜ 16976

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2018

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μας εργασία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτριά μας κυρία Μαίρη Γκούβα καθώς και όσους μας βοήθησαν να φτάσουμε ένα βήμα πιο κοντά στο στόχο μας!

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	5
Abstract	6
Εισαγωγή	7
Ιστορική Αναδρομή	10
Επιδημιολογία	12

Κεφάλαιο 1°

Η Κατάθλιψη

1.1 Ορισμός	16
1.2 Αίτια Κατάθλιψης	17
1.2.1 Γενετικοί	18
1.2.2 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες	20
1.3 Η φύση των συναισθηματικών διαταραχών – Γενικά χαρακτηριστικά.....	22
1.4 Ψυχονευροανοσολογία της κατάθλιψης	24
1.5 Συμπτώματα Κατάθλιψης	26
1.6 Ο άξονας υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων	27

Κεφάλαιο 2°

2.1 Τα είδη της Κατάθλιψης	29
2.1.1 Διπολική διαταραχή τύπου 1	29
2.1.2 Διπολική διαταραχή τύπου 2	30
2.1.3 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	30
2.1.4 Δυσθυμία	31
2.1.5 Επιλόχεια Κατάθλιψη	31
2.1.6 Κυκλοθυμική διαταραχή.....	32
2.2 Τα Συστήματα Ταξινόμησης	32
2.3 Κλινική Εικόνα	33

2.4 Διαφορική Διάγνωση	35
2.5 Πρόληψη	36

Κεφάλαιο 3°

Θεραπεία

1.1 Εισαγωγικά	40
1.2 Φαρμακολογικές θεραπείες για κατάθλιψη	41
1.3 Μη φαρμακολογικές θεραπείες για κατάθλιψη	42

Κεφάλαιο 4°

Ο ρόλος του Νοσηλευτή

4.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Εκτίμηση	49
4.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση.....	50
4.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην μη φαρμακευτική θεραπεία.....	53
4.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Φαρμακολογική Θεραπεία.....	55

Κεφάλαιο 5°

Ποιοτική Έρευνα

5.1 Ορισμός της Ποιοτικής Έρευνας.....	57
5.2 Μελέτη Περίπτωσης	60

Βιβλιογραφία	69
---------------------------	-----------

Περίληψη

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα πιο κοινά προβλήματα ψυχικής υγείας που ταλαιπωρεί εκατομμύρια κόσμο. Επηρεάζει βαθιά τα άτομα και τις οικογένειές τους και έχει τεράστιες επιπτώσεις στην κοινωνία. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), τα βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν καταθλιπτική διάθεση και απώλεια ενδιαφέροντος, με ελάχιστη διάρκεια δύο εβδομάδων. Πρόκειται για ένα φαινόμενο το οποίο έχει πάρει πλέον διαστάσεις προβλήματος δημόσιας υγείας. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα παγκοσμίως. Κάθε άτομο που αντιμετωπίζει αυτό το πρόβλημα παρουσιάζει μια σειρά συμπτωμάτων τα οποία είναι φανερά στο κοινωνικό του περιβάλλον. Η κατάθλιψη επηρεάζει τόσο την ψυχή όσο και το σώμα. Το άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη παρουσιάζει υπερβολική θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, ανήσυχος ύπνος, δυσκολία στη σκέψη, απώλεια στην συγκέντρωση. Πρόκειται για μια ψυχική ασθένεια με πολυδιάστατες επιδράσεις που απαιτεί άμεση διάγνωση και θεραπεία. Τα είδη της κατάθλιψης ποικίλλουν, όπως επίσης ποικίλουν και οι ηλικιακές ομάδες που πλήττονται. Ανεξαρτήτως της περίπτωσης, απαραίτητη είναι η πρώιμη διάγνωση και η παρέμβαση. Σημαντικό ρόλο στην συνολική διαδικασία, από την εκτίμηση της κατάστασης μέχρι και την θεραπεία του ασθενούς κατέχει ο νοσηλευτής. Σε πρώτη φάση λαμβάνοντας το ιστορικό του ασθενούς αλλά και το ιστορικό της οικογένειας πραγματοποιεί την εκτίμηση της κατάστασης αξιολογώντας το άτομο που έχει ανάγκη. Σε επόμενο στάδιο η θεραπεία πρέπει να ελέγχεται συνεχώς προκειμένου να καταγράφονται τα σημάδια βελτίωσης του ασθενούς. Η θεραπεία μπορεί να είναι είτε φαρμακευτική είτε όχι. Σημαντική είναι η συμβουλευτική υποστήριξη που παρέχει ο νοσηλευτής στον ασθενή με απώτερο στόχο την προσπάθεια να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του και να επανέλθει στους φυσιολογικούς του ρυθμούς.

Λέξεις Κλειδιά : Κατάθλιψη, Επιδημιολογία, Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις, Θεραπεία

ABSTRACT

Depression is one of the most common mental health problems that afflicts millions of people. It affects people and their families deeply and has a huge impact on society. According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), the main symptoms of depression include depressed mood and loss of interest, with a minimum of two weeks. This is a phenomenon that has now become a public health problem. The prevalence of depression is high in the world. Every person experiencing this problem has a number of symptoms that are evident in his social environment. Depression affects both the soul and the body. The person suffering from depression is overwhelmed, loss of interest in activities, restless sleep, difficulty in thinking, loss of concentration. It is a mental illness with multidimensional effects requiring immediate diagnosis and treatment. Types of depression vary, as well as the age groups affected. Irrespective of the case, early diagnosis and intervention are essential. An important role in the overall process, from the assessment of the condition to the treatment of the patient, belongs to the nurse. The role of the nurse in depression is valuable. In the first instance, taking the patient's history and family history, it evaluates the situation by evaluating the person in need. In the next step the treatment should be continuously checked to record the signs of patient improvement. Treatment can be either pharmaceutical or not. Important is the counseling support provided by the nurse to the patient with the ultimate goal of trying to improve his / her quality of life and return to normal rates

Keywords: Depression, Epidemiology, Nursing Interventions, Treatment

Εισαγωγή

Οι διαταραχές διάθεσης, οι οποίες είναι γνωστές στην διεθνή βιβλιογραφία, και ως συναισθηματικές διαταραχές, συνιστούν ομάδα διαταραχών, άμεσα συνδεδεμένων με την λεγόμενη διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Ο ανθρώπινος χαρακτήρας και η ανθρώπινη διάθεση έχουν άμεση σχέση. Το ίδιο και οι συναισθηματικές διαταραχές, με πιο διαδεδομένη την κατάθλιψη (Patel, 2017).

Οι ψυχολογικές διαταραχές έχουν σημαντικό αντίκτυπο στις γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαδικασίες, προκαλώντας μάλιστα σημαντική δυσφορία η οποία παρεμποδίζει την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου. Μάλιστα έχει αναφερθεί σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ώρες της Ευρώπης ότι ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή εκτιμάται ότι αγγίζει τα 164,8 εκατομμυρίων (American Psychiatric Association, 2013).

Η κατάθλιψη συνιστά πλέον ένα μείζον κοινωνικό φαινόμενο το οποίο τείνει να λάβει χαρακτηριστικά προβλήματος που εντάσσεται στην δημόσια υγεία. Η νόσος αυτή είναι τόσο ισχυρή που μπορεί να επηρεάσει κάθε άτομο, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Έτσι, όλο και περισσότεροι νέοι και έφηβοι της σύγχρονης κοινωνίας λαμβάνουν σχετική διάγνωση η οποία χρήζει άμεσης αντιμετώπισης (Sarokhani *et al.*, 2013).

Η ψυχική αυτή νόσος έχει ως κύριο γνώρισμα την τάση απομόνωσης και εσωτερίκευσης. Η απομάκρυνση από το κοινωνικό περιβάλλον είναι ένα από τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα. Το άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη παρουσιάζει υπερβολική θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, ανήσυχο ύπνο, δυσκολία στη σκέψη, απώλεια στην συγκέντρωση. Σύμφωνα μάλιστα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, παρατηρείται τεράστιος επιπολασμός. Τα ποσοστά του συνολικού πληθυσμού που υποφέρουν από κατάθλιψη αγγίζουν το 10%. (World Health Organization, 2012).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2012), η κατάθλιψη είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από επεισόδια στα οποία κυριαρχεί η καταθλιπτική διάθεση. Κάθε τέτοιο επεισόδιο χαρακτηρίζεται από μείωση της διάθεσης, μείωση της ενέργειας, και μείωση της δραστηριότητας. Η ικανότητα απόλαυσης, ενδιαφέροντος και συγκέντρωσης μειώνεται, ενώ η έντονη κόπωση μετά από ακόμη και ελάχιστη προσπάθεια είναι από τα πιο συχνά συναισθήματα. Ο ύπνος διαταράσσεται και η όρεξη για φαγητό μειώνεται. Η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθηση επίσης μειώνονται ενώ σε πολλές περιπτώσεις οι προαναφερόμενες καταστάσεις συνοδεύονται από σωματικές αντιδράσεις. Αν και τα καταθλιπτικά συναισθήματα είναι κοινά σε πολλές περιπτώσεις, ειδικά όταν έχει προηγηθεί κάποια άσχημη εμπειρία, η διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο όταν τα συμπτώματα κορυφώνονται και διατηρούνται σε αυτή την κατάσταση για τουλάχιστον δύο εβδομάδες (World Health Organization, 2012).

Το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (2011), υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη είναι η δεύτερη σημαντική αιτία αναπηρίας μέχρι το 2020 και είναι επίσης αποτελεί την τέταρτη αιτία αναπηρίας στην Αμερική (Naushad *et al.*, 2014).

Η διάγνωση απαιτείται να είναι έγκαιρη αλλά και ταυτόχρονα έγκυρη. Η έγκαιρη διάγνωση σε συνδυασμό με την πρώιμη και ορθή θεραπευτική παρέμβαση αποτελούν τις δυο βασικές προϋποθέσεις με σκοπό να αντιμετωπισθούν οι διαταραχές διάθεσης και να μειωθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις που προκαλούνται από αυτές. Η καλύτερη και ορθότερη κατανόηση των αιτιογενών παραγόντων των διαταραχών διάθεσης θα έχει ως αποτέλεσμα την ανακάλυψη αλλά και εισαγωγή των παραγόντων εκείνων που επιδρούν στη διαδικασία θεραπευτικής παρέμβασης, που σήμερα αποτελεί τη σημαντικότερη θεραπευτική εξέλιξη (American Psychiatric Association, 2013).

Η κατάθλιψη είναι ένα σύνδρομο που αποτελείται από πολλά και διαφορετικά συμπτώματα που τείνουν να εμφανίζονται μαζί, έχοντας όμως διαφορετική προέλευση. Η καταθλιπτική διάθεση ή η θλίψη είναι ένα από τα 6 βασικά συναισθήματα της ανθρώπινης βιολογικής φύσης. Είναι επίσης από τα

κυριότερα συμπτώματα που συνιστούν κριτήρια διάγνωσης για την κλινική κατάθλιψη σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών και συγκεκριμένα για την πέμπτη έκδοση (American Psychiatric Association, 2013).

Η έλλειψη ικανότητας να αισθάνεται κανείς ευχαρίστηση, να σκέφτεται θετικά, να έχει κοινωνική ζωή και να βιώνει την κάθε στιγμή μοναδικά αποτελούν μερικά από τα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης. Άλλα κοινά συμπτώματα της καταθλιπτικής διάθεσης είναι το ασταμάτητο και χωρίς αιτία αίσθημα του άγχους, η εσωτερική ανησυχία, ο πανικός και η επιθετική συμπεριφορά, καθώς και η απάθεια προς σοβαρές ή ασήμαντες καταστάσεις. Η πλήξη και οι αυτοκτονικές σκέψεις είναι επίσης συμπτώματα κατάθλιψης, που ακολουθούνται από αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικών τάσεων. Άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να είναι η μειωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή λήψη αποφάσεων, η παθητικότητα και η αναποτελεσματικότητα. Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να οδηγήσει σε διαταραγμένο ύπνο, όπως αϋπνία, διακοπή ή ρηχό ύπνο ή ακόμα και αγουροξύπνημα. Φυσικά συμπτώματα όπως σφίξιμο στο στήθος, η βραχνάδα της αναπνοής και της κούρασης συχνά συμβαίνουν σε καταθλιπτικές διαταραχές και μπορεί να είναι ο κυριότερος λόγος για τον οποίο τα άτομα αναζητούν υγειονομική περίθαλψη (Semioshkina and Voigt, 2016).

Η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά την ζωή του ατόμου κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης και της εξέλιξής του, καθώς και τη σχολική επίδοση, τις οικογενειακές σχέσεις και μπορεί αναμφισβήτητα να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Η αυτοκτονία είναι η έξοδος από ένα πρόβλημα που προκαλεί έντονο ψυχικό πόνο και πάντα συμβαίνει για κάποιο λόγο συνήθως ψυχολογικό. Η αυτοκτονία συνοδεύεται με το αίσθημα απελπισίας, ότι το άτομο είναι αβοήθητο ή της μη εκπλήρωσης αναγκών και με αμφιθυμικές συγκρούσεις μεταξύ επιβίωσης και ανυπόφορου άγχους. Έτσι είναι πολλή σημαντική η εύρεση των προστατευτικών παραγόντων για την εφηβική αυτοκτονία αλλά και των παραγόντων κινδύνου όπου η κατάθλιψη κατέχει υψηλή θέση όπως

και έχει διαπιστωθεί επανειλημμένα ότι είναι ένας από τους ισχυρότερους δείκτες πρόβλεψης αυτοκτονικού ιδεασμού (Brausch & Decker 2013).

Η διάγνωση της κατάθλιψης γίνεται με βάση τις παρατηρήσεις και τις πληροφορίες που αποκομίζει ο επαγγελματίας υγείας κατά το διάλογό του με τον ασθενή. Μπορεί επίσης να επιτευχθεί μέσα από την εφαρμογή κάποιας γνωστής κλίμακας με διεθνή διάγνωση όπως η Montgomery-Åsberg Κλίμακα κατάθλιψης (MADRS, Montgomery & Asberg, 1979), η Hamilton Κλίμακα κατάθλιψης (HAM-D, Bech κ.ά., 1981) ή Νοσοκομειακό Άγχος και κλίμακα κατάθλιψης (HAD, Zigmond & Snaith, 1983).

• **Ιστορική Αναδρομή**

Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια γνωστή ήδη από τα αρχαία ελληνικά χρόνια. Είναι κοινώς γνωστό ότι οι αρχαίοι Έλληνες χαρακτήριζαν ως μανιακούς και λυσσασμένους όσους ήταν ψυχικά ασθενείς. Ήδη από τον 4^ο αι. π.Χ ο Ιπποκράτης ο οποίος έθεσε τα θεμέλια της ιατρικής όπως την γνωρίζουμε σήμερα, υποστήριζε πως η αιτιολογική βάση της κατάθλιψης και των ψυχικών διαταραχών γενικότερα βρίσκονταν σε φυσιολογικά αίτια. Είχαν δηλαδή μια λογική εξήγηση και δεν ευθύνονταν στην “απόφαση” των θεών να τιμωρήσουν τους ανθρώπους. Μάλιστα, προχώρησε στην ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών οργανώνοντάς τες σε τρεις κατηγορίες, την Μελαγχολία, την Φρενίτιδα και την Μανία. Ο Ιπποκράτης συνέχισε να υποστηρίζει την πεποίθησή του αυτή και εξέφρασε την άποψη ότι ο εγκέφαλος για να λειτουργεί φυσιολογικά χρειάζεται να έχει μια ισορροπία ανάμεσα σε 4 χυμούς ή υγρά του σώματος τα οποία είναι η μαύρη χολή, το αίμα, το φλέγμα και η κίτρινη χολή. Η ανισορροπία μεταξύ των χυμών αυτών συνεπάγεται την διαταραχή. Εξασφαλίζοντας την ισορροπία αυτή εξασφαλίζεται και η ισορροπία και η υγεία του ψυχικού κόσμου (Horwitz, Wakefield and Lorenzo-Luaces, 2016).

Λόγο για τις ψυχικές ασθένειες έκαναν και οι φιλόσοφοι Πλάτωνας και Αριστοτέλης, αναφέροντας πως η μόνη θεραπεία ήταν η κάθαρση. Με την πάροδο των χρόνων, και φτάνοντας στον Μεσαίωνα, αντιπροσωπευτική θέση της εποχής εκείνης ήταν αυτή του Γαληνού, το 200μ.Χ περίπου. Ο Γαληνός διατείνεται πως η ψυχική υγεία έχει άμεση εξάρτηση από την αρμονία που κυριαρχεί ανάμεσα στο λογικό, το παράλογο και το ηδονιστικό τμήμα της ψυχής. Μερικούς αιώνες αργότερα η ανθρωπότητα άρχισε να ενστερνίζεται ξανά την άποψη ότι οι διαταραχές της ψυχής έχουν την αιτιολογική τους βάση σε υπερφυσικές αιτίες. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι κατά την περίοδο της Αναγέννησης οι επονομαζόμενοι μάγοι ήταν άτομα τα οποία υπέφεραν από τέτοιου είδους διαταραχές. Γι αυτό και η εκκλησία φρόντισε να τους αφανίσει (Horwitz, Wakefield and Lorenzo-Luaces, 2016).

Φτάνοντας στον 16^ο αιώνα, αρχίζει σιγά σιγά να συστηματοποιείται η ιδέα για την κατάθλιψη και όλες τις ψυχικές ασθένειες. Τότε είναι που ο Ολλανδο γερμανός Jehen Weyer να περιγράφει με τρόπο συστηματικό στα βιβλία του διάφορες ψυχικές ασθένειες, έχοντας ψυχιατρικά τεκμηριωμένες απαντήσεις. Για τους δύο επόμενους αιώνες στο προσκήνιο βρέθηκαν οι Paolo Zacchia (1584-1659) και Thomas Sydenham (1624-1689) οι οποίοι παρότρυναν την ιατρική κοινότητα της εποχής να αντιμετωπίζει με καλύτερες κλινικές μεθόδους τους ψυχικά ασθενείς. Ωστόσο ο Philippe Pinel κατά τον 18^ο αιώνα είναι αυτός που περιγράφει με τον πιο σαφή τρόπο τα συμπτώματα των ψυχικών ασθενειών προάγοντας την κατάταξη σε τέσσερις επίσημες κατηγορίες (Μελαγχολία, Μανία, Άνοια, Ιδιωτεία). Τον αμέσως επόμενο αιώνα η νοσηλευτική της ψυχικής υγείας αρχίζει να εισάγεται στην εκπαίδευση των φοιτητών μέσω του κατάλληλου προγράμματος προκειμένου να διδαχθούν οι φοιτητές σημαντικές αρχές του κλάδου αυτού. Ωστόσο η ραγδαία εξέλιξη όσον αφορά το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας και της καινοτομίας σχετικά με την κατάθλιψη και τις συναφείς αρρώστιες ξεκινά κατά την δεκαετία του 1950, όταν άρχισε η ευρεία χρήση των φαρμάκων που

είχαν κατασκευαστεί για την θεραπεία της κατάθλιψης (Horwitz, Wakefield and Lorenzo-Luaces, 2016).

- **Επιδημιολογία**

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία κακής υγείας και αναπηρίας παγκοσμίως και περισσότερα από 300 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν υποφέροντας από αυτή την διαταραχή. Σύμφωνα με έρευνα του European Health Interview Survey (EHIS 2014/2015), τα ποσοστά των Ευρωπαίων που διαγνώστηκαν με κατάθλιψη διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Χαρακτηριστικό είναι πως η Ιρλανδία παρουσίαζε το υψηλότερο ποσοστό το οποίο άγγιζε το 12.1% την ώρα που το ποσοστό στη Ρουμανία είναι χαμηλότερο από 1.5%. Στη Μάλτα το 5.4% ηλικίας 15 ετών και άνω ανέφερε ότι είχε βιώσει καταθλιπτικά συναισθήματα κάποια στιγμή στη ζωή του. το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 6.7% αν συμπεριληφθούν και τα άτομα τα οποία είχαν λάβει σχετική διάγνωση (World Health Organization, 2017).

Μια ηλικιακή ομάδα που παρουσιάζει ευαισθησία και αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσει καταθλιπτικά συμπτώματα και να λάβει σχετική διάγνωση είναι τα άτομα που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία. Σύμφωνα με την έρευνα EURODEP, στην οποία συμμετείχαν 9 ευρωπαϊκά κέντρα, στην Ισλανδία οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών που αντιμετώπιζαν αυτό το πρόβλημα άγγιζαν ποσοστό της τάξεως του 8,8%. Το ποσοστό του 23,6% αντιπροσώπευε για τον ίδιο σκοπό το Μόναχο με μέσο όρο 12,3%, ενώ γερμανική έρευνα που πραγματοποιήθηκε έχοντας ως δείγμα άτομα της ηλικιακής ομάδας 60-85 ετών έδειξε ότι το 28,7% παρουσίαζε κατάθλιψη (Glaesmer et al., 2011).

Σύμφωνα με στοιχεία που έφερε στην δημοσιότητα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) για το 2014, υποστηρίζεται ότι η κατάθλιψη αντιπροσωπεύει το 4,3% του παγκόσμιου πληθυσμού αποτελώντας μια από τις σοβαρότερες αναπηρίες στον κόσμο. Μάλιστα, αναφέρεται ότι οι γυναίκες

είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση του προβλήματος αυτού, ενώ την ίδια στιγμή γίνεται αναφορά σε ένα πρόβλημα που προκύπτει από την κατάθλιψη, την αυτοκτονία. Η αυτοκτονία είναι η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ εφήβων 15-19 ετών. Μόνο το 2012 υπήρχαν 804.000 αυτοκτονίες παγκοσμίως, που αντιπροσωπεύουν ποσοστό 11,4% ανά 100.000 (World Health Organization, 2014).

Τα επιδημιολογικά δεδομένα που λαμβάνονται από αντιπροσωπευτικές έρευνες της Κίνας συνολικά αναφέρουν αυτό οι ψυχιατρικές διαταραχές επηρεάζουν περίπου το ένα τρίτο του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι ψυχιατρικές διαταραχές, ιδίως η κατάθλιψη, από το σύνολο των ασθενών, επηρεάζουν το 7% των ανδρών και το 12% των γυναικών ετησίως. Αναφέρεται επίσης ότι το 25,6% των ανδρών και το 29,5% των γυναικών στην Ιαπωνία παρουσίαζαν γενικά συμπτώματα κατάθλιψης (World Health Organization, 2014).

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η διερεύνηση του ζητήματος της κατάθλιψης, η περιγραφή και τα είδη της, οι αιτίες της αλλά και η θεραπεία της. Επίσης στόχος είναι να αναδειχθούν ευρήματα της επιστημονικής κοινότητας τα οποία έχουν προκύψει την τελευταία δεκαετία.

Υλικό και Μέθοδος

Για την περάτωση της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, Science Direct και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Το υλικό της εργασίας αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν : Κατάθλιψη (depression), Είδη Κατάθλιψης (types of depression), Επιδημιολογία (prevalence), Θεραπεία της κατάθλιψης (Therapy/ Treatment of Depression).

Αποτελέσματα

Το πρόβλημα της κατάθλιψης ανήκοντας στα πλαίσια των ζητημάτων ψυχικής υγείας, έχει καταφέρει να επηρεάσει ένα μεγάλο ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού. Τα συμπτώματα ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Μπορεί να είναι είτε ήπια είτε πιο ακραία. Σε κάθε περίπτωση απαραίτητη είναι η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση προκειμένου να βελτιωθεί η κατάσταση. Κάθε στάδιο είναι ξεχωριστό. Τόσο η διάγνωση, όσο και η θεραπεία χρήζουν ιδιαίτερης προσέγγισης. Στην συνολική κατάσταση σημαντικός φαίνεται να

είναι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και δη των νοσηλευτών. Μέσα από την ανασκόπηση που πραγματοποιείται γίνεται ξεκάθαρος ο υποστηρικτικός ρόλος των νοσηλευτών προς τον ασθενή τους. Σίγουρα, κάθε ασθενής είναι μια ιδιαίτερη περίπτωση και έχει ανάγκη από διαφορετικές παρεμβάσεις. Χαρακτηριστικό είναι επίσης να αναφερθεί ότι με την πάροδο των χρόνων η τεχνολογική εξέλιξη έχει καταφέρει να σχεδιάσει νέες καινοτόμες λύσεις για να διευκολύνει την κατάσταση.

Κεφάλαιο 1^ο

Η Κατάθλιψη

1.1 Ορισμός

Η κατάθλιψη (μείζων καταθλιπτική διαταραχή) είναι μια αρκετά γνωστή και σοβαρή ιατρική ασθένεια που επηρεάζει αρνητικά τον τρόπο που αισθάνεται ένας άνθρωπος αλλά και τον τρόπο που σκέπτεται και πώς ενεργεί. Ωστόσο η κατάθλιψη είναι μια θεραπεύσιμη ασθένεια. Η κατάθλιψη προκαλεί θλίψη ή και απώλεια ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητες που ένα άτομο αισθανόταν ικανοποίηση παλαιότερα. Μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλα συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα και μπορεί να μειώσει την ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργήσει τόσο στο σπίτι όσο και στη δουλειά του (Sadock & Sadock, 2007).

Τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να είναι ήπια έως και σοβαρά. Ειδικότερα, ένα άτομο με κατάθλιψη μπορεί να αισθάνεται θλίψη, να έχει απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης για δραστηριότητες που κάποτε θεωρούσε σημαντικές, να έχει μειωμένη όρεξη για φαγητό και ως εκ τούτου να έχει απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους, ανάλογα την περίπτωση του ασθενούς. Επίσης, κάποιες φορές σε ένα καταθλιπτικό άτομο παρατηρούνται προβλήματα στον ύπνο. απώλεια ενέργειας ή αυξημένη κόπωση, αύξηση της άσκοπης σωματικής δραστηριότητας, για παράδειγμα, αυξημένα βήματα ή επιβράδυνση κινήσεων και ομιλίας. Οι πράξεις αυτές γίνονται αντιληπτές από τα άλλα άτομα και όχι από το άτομο με κατάθλιψη. Επίσης πολλές φορές ένα καταθλιπτικό άτομο αισθάνεται ενοχή, δυσκολεύεται να σκεφτεί, να συγκεντρωθεί ή και να λάβει αποφάσεις, και τέλος, ίσως έχει σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας (Ραγιά, 2001).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον δύο εβδομάδες ώστε να διαγνωστεί η κατάθλιψη. Επίσης, οι ιατρικές παθήσεις (π.χ. προβλήματα θυρεοειδούς, όγκος στον

εγκέφαλο ή ανεπάρκεια βιταμινών) μπορούν να ομοιάζουν με τα συμπτώματα κατάθλιψης, οπότε είναι σημαντικό να αποκλειστούν τα γενικά ιατρικά αίτια (Bergamaschi et al., 1992).

1.2 Αίτια Κατάθλιψης

Όσον αφορά τα αίτια της κατάθλιψης αυτά εξαρτώνται από την ομάδα στην οποία αναφερόμαστε. Αυτό σημαίνει ότι μια μητέρα που μόλις γέννησε για παράδειγμα και αντιμετωπίζει καταθλιπτικά συμπτώματα, αυτά έχουν διαφορετική αιτιολογική βάση από την περίπτωση κάποιου ατόμου το οποίο ανήκει στην Τρίτη ηλικία. Υποστηρίζεται ωστόσο ότι κάποιες αιτίες είναι αρκετά κοινές. Οι πιο συχνά εμφανιζόμενες είναι τα παιδικά τραύματα, η συναισθηματική και σωματική κακοποίηση, η έκθεση σε κάποιο στρεσογόνο περιβάλλον ή γεγονός ή ακόμα και η εμπειρία του θανάτου. Άτομα τα οποία ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες εμφανίζουν επίσης μεγαλύτερες πιθανότητες και αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν κατάθλιψη (Bhowmik et al., 2012).

Ερευνητές κάνουν επίσης λόγο για τα ψυχολογικά αίτια, υποστηρίζοντας πως τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση και εξάρτηση από τρίτα πρόσωπα είναι πολύ πιθανό να βιώσουν αυτό το συναίσθημα. Επιρρεπείς στην παρουσίαση κατάθλιψης είναι επίσης ασθενείς οι οποίοι βιώνουν με μια ασθένεια όπως ο καρκίνος, το Πάρκινσον ή οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια (Ghadirian, 2015).

Στην περίπτωση της κατάθλιψης μεταξύ των φοιτητών, η κυριότερη αιτία εμφάνισης του φαινομένου αυτού είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ένας περιορισμένος αριθμός μελετών έχει διερευνήσει την επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των σπουδαστών έχει αποδειχθεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση

συμπτωμάτων κατάθλιψης. Ειδικότερα, οι ερευνητές διατείνονται ότι παράγοντες που ανήκουν στο δημογραφικό προφίλ των φοιτητών όπως ο τόπος προέλευσης, το οικογενειακό και προσωπικό εισόδημα, η εκπαίδευση των γονέων καθώς και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, έχουν καθοριστικό ρόλο. Ενδεικτικά ως αναφερθεί ότι οι σπουδαστές που κατάγονταν από την ύπαιθρο ήταν πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με τους φοιτητές που προέρχονταν από μεγάλα αστικά κέντρα (Ghadirian, 2015).

Όσον αφορά τη χώρα μας, η κυριότερη αιτία εμφάνισης της κατάθλιψης είναι η οικονομική ύφεση. Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και η εργασιακή ανασφάλεια υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής, προκαλώντας σε πολλές περιπτώσεις, ψυχικές διαταραχές όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Ταυτόχρονα, αποθαρρύνουν τους Έλληνες να προσπαθήσουν στην αγορά εργασίας. Σε σχετικές μελέτες αποδείχθηκε στενή σχέση μεταξύ των ανεπιθύμητων ενεργειών της οικονομικής κρίσης και της ψυχικής υγείας των Ελλήνων φοιτητών, ενώ σημειώνονται περιπτώσεις που η κατάθλιψη προέκυψε μετά την διακοπή των σπουδών επειδή η οικογένεια δεν είχε τη δυνατότητα να ανταπεξέλθει οικονομικά όλες τις απαιτούμενες δαπάνες (Economou *et al.*, 2013).

1.2.1 Γενετικοί Παράγοντες

Η κατάθλιψη πολλές φορές φαίνεται να οφείλεται και σε γενετικούς παράγοντες. Τα γενετικά αίτια σίγουρα επηρεάζουν την εμφάνιση και την εξέλιξη της κατάθλιψης σε ένα άτομο, ενώ φαίνεται πως αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό, αυτό σημαίνει ότι είναι δυνητικά πιο επιρρεπής στην παρουσία κατάθλιψης, αλλά όχι ότι αυτό είναι και σίγουρο (Μπίμπου & Κιοσέογλου, 2001).

Οι συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή οι γονείς, τα αδέρφια και τα παιδιά, των ατόμων με μεγάλη κατάθλιψη έχει διαπιστωθεί ότι έχουν κατά δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερη παρουσία μείζονος κατάθλιψης από ό, τι τα άλλα άτομα. Άλλες μελέτες, οι οποίες εξετάζουν την κληρονομικότητα των διδύμων που έχουν το ίδιο χαρακτηριστικό, παρέχουν επίσης στοιχεία για μια γενετική σύνδεση. Τα ζεύγη των αδελφών που είναι ετεροζυγωτικά δίδυμα, φάνηκε να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης που ανέρχονταν σε 20%. Αντίστοιχα στα ζεύγη μονοζυγωτικών διδύμων, που σημαίνει ότι μοιράζονταν το ίδιο γενετικό υλικό, το ποσοστό επιρροής άγγιζε το 50% (Leyden-Rubenstein,1999).

Μέχρι στιγμής, καμία γενετική μελέτη δεν έχει εντοπίσει ποια συγκεκριμένα γονίδια σχετίζονται με την παρουσία μείζονος κατάθλιψης. Είναι πιθανό ότι η μείζων κατάθλιψη είναι μια γενετικά πολύπλοκη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει πολλαπλά γονίδια και πιθανώς πολλαπλούς τρόπους κληρονομικότητας. Ωστόσο, οι γενετικοί παράγοντες δεν είναι η μόνη πιθανή αιτία της κατάθλιψης. Άλλοι παράγοντες μπορεί να αφορούν τη χημεία εγκεφάλου. Ειδικότερα, τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη φαίνεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα και μειωμένη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών, οι οποίες είναι οι χημικές ουσίες στον εγκέφαλο που επηρεάζουν τη διάθεση και την ευημερία. Άλλη αιτία που οδηγεί στην κατάθλιψη μπορεί να είναι η διαφορετική δομή του εγκεφάλου. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με κατάθλιψη μπορεί να έχουν φυσικές διαφορές στο μυαλό τους. Ακόμη, οι ορμόνες της εγκυμοσύνης, οι θυρεοειδικές παθήσεις ή η εμμηνόπαυση, μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη, ιδιαίτερα σε άτομα που είναι ήδη ευαίσθητα. Ακόμη το αυξημένο άγχος οδηγεί σε κατάθλιψη. Μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν αυτό που ονομάζεται διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, και το γεγονός αυτό έχει αρκετά δύσκολες ψυχολογικές επιπτώσεις (Myint et al., 2007).

Οποιοσδήποτε από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να επιδεινωθεί από μια γενετική προδιάθεση για κατάθλιψη, αλλά αντίθετα, κάποιος που δεν έχει

γενετική προδιάθεση στην κατάθλιψη μπορεί να αναπτύξει τα συμπτώματα κατάθλιψης (Lazarus, 2000).

Όμως, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα αίτια της κατάθλιψης. Αντίθετα, είναι πιθανό η κατάθλιψη να είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού γενετικών, βιοχημικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων. Διάφορα ψυχικά τραύματα, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, μια δύσκολη σχέση ή οποιαδήποτε αγχωτική κατάσταση που ξεπερνά την ικανότητα αντιμετώπισης της, μπορεί να προκαλέσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο (Leonard & Myint, 2009).

Μπορεί να παρατηρηθεί μέσω της απεικόνισης του εγκεφάλου, όπως η μαγνητική τομογραφία, ότι ο εγκέφαλος των ατόμων με κατάθλιψη είναι διαφορετικός από εκείνους των ανθρώπων χωρίς κατάθλιψη. Τα μέρη του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνα για τη ρύθμιση της διάθεσης, της σκέψης, του ύπνου, της όρεξης και της συμπεριφοράς φαίνεται να λειτουργούν ανώμαλα. Επιπλέον, οι χημικές ουσίες που χρησιμοποιούν τα εγκεφαλικά κύτταρα για να επικοινωνούν, δηλαδή οι νευροδιαβιβαστές, μπορεί επίσης να επηρεαστούν. Ορισμένοι τύποι ατόμων με κατάθλιψη αφορούν την οικογένεια, γεγονός που υποδηλώνει ότι μπορεί να υπάρχει προδιάθεση, λόγω γενετικών παραγόντων (Leonard & Myint, 2009).

1.2.2 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Όπως και στο οικογενειακό περιβάλλον, η κοινωνικοποίηση αποτελεί τρόπο για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας. Η κατάθλιψη μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην κοινωνική ικανότητα των καταθλιπτικών ατόμων, επηρεάζοντας την κοινωνική τους λειτουργία και την ικανότητα να αντιδρούν και να αντιμετωπίζουν τις αγχωτικές καταστάσεις. Η κοινωνική λειτουργία των ανθρώπων με καταθλιπτικές διαταραχές μελετήθηκε από τους Gotlib και ο

Hammen (1992), οι οποίοι οδηγήθηκαν στη διαπίστωση πως τα άτομα με συμπτώματα της κατάθλιψης δοκιμάζονται σε κοινωνικές δραστηριότητες, σε στενές σχέσεις και στις οικογενειακές δραστηριότητες.

Ένα σημαντικό μέρος της ανάπτυξης των διαταραχών της διάθεσης σε ένα κοινωνικό περιβάλλον θα ήταν η αντιμετώπιση των καταστάσεων άγχους. Κανονικά, οι στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάθλιψης βοηθούν ένα άτομο να διαχειριστεί τα προβλήματά του και να μην καταβάλλεται από αυτά. Πολλές φορές, οι άνθρωποι μπορούν να γίνουν καταθλιπτικοί όταν δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως, τα παιδιά με παρουσία κατάθλιψης παρουσίασαν σε κάποιες έρευνες υψηλότερα επίπεδο απελπισίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και μειωμένων ικανοτήτων σε δεξιότητες εν συγκρίσει με παιδιά που δεν παρουσιάζον καταθλιπτική συμπεριφορά. Η αδυναμία των παιδιών με κατάθλιψη να αντιμετωπίσουν το άγχος, μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερες προσαρμοστικές τεχνικές αντιμετώπισης (Leonard & Myint, 2009).

Ένα καταθλιπτικό άτομο μπορεί να παρουσιάσει έλλειψη αυτοεκτίμησης, να γίνει πιο ευαίσθητο όσον αφορά τις απόψεις των άλλων και, να γίνει λιγότερο ενεργητικό. Αυτό σημαίνει ότι δεν θα επιθυμεί να βγει εκτός σπιτιού, ή να ασκηθεί. Επίσης, ένα άτομο με κατάθλιψη δεν επιθυμεί να συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες και να είναι μέλος μιας ομάδας, καθώς πολλές φορές παρουσιάζει χαμηλή αυτοεκτίμηση και έχει μειωμένη απόδοση. Μεταξύ των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που μπορεί να πυροδοτήσουν ή να προκαλέσουν την ανάπτυξη της μείζονος κατάθλιψης είναι το άγχος για τη ζωή. Έχει υπολογιστεί ότι το 75% των ασθενών με εμπειρία μείζονος κατάθλιψης, αγχώνονται για όσα συμβαίνουν στη ζωή τους πριν από την έναρξη της κατάθλιψής τους. Το διαπροσωπικό και ψυχοκοινωνικό άγχος επηρεάζουν τον εγκέφαλο και τις νευροφυσιολογικές δραστηριότητες και μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα κατάθλιψης. Εκτός του ψυχοκοινωνικού άγχους, οι γενετικές αδυναμίες συμβάλλουν επίσης στη νευροφυσιολογική αλλοίωση του εγκεφάλου, λειτουργία που οδηγεί σε κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης (Hyde et al., 2003).

1.3 Η φύση των συναισθηματικών διαταραχών – Γενικά χαρακτηριστικά

Κάθε τύπος διαταραχής έχει τα δικά της χαρακτηριστικά, αλλά πολλά από αυτά τα συμπτώματα σχετίζονται μεταξύ τους. Οι σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές ισοδυναμούν με συμπτώματα που έχουν συμβεί σε μεγάλες χρονικές περιόδους και σε τέτοιο βαθμό που εμποδίζει την κοινωνική και εκπαιδευτική απόδοση. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών, σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, περιλαμβάνουν ποικίλους τομείς. Παρόλο που δεν υπάρχουν ένας μοναδικός ορισμός για τις διαταραχές συμπεριφοράς, εντούτοις, υπάρχουν ορισμένοι όροι που μπορούν νομικά να αναφέρονται ως αξιόπιστοι. Υπάρχουν δηλαδή κάποιες υποομάδες που περιλαμβάνονται σε αυτές τις ταξινομήσεις. Αυτές είναι η Σχιζοφρένεια, ο Αυτισμός, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής, η Διαταραχή Υπερκινητικότητας και η διαταραχές κοινωνικών σχέσεων (Styron,1992).

Οι συναισθηματικές διαταραχές αφορούν την καταστροφική συμπεριφορά, τα προβλήματα προσοχής, δηλαδή τη μειωμένη προσοχή και συγκέντρωση. Ακόμη οι συναισθηματικές διαταραχές αφορούν τις τάσεις παθολογίας, δηλαδή έλλειψη προσοχής κ.α. Ακόμη, αφορούν την υπερκινητικότητα που κρατά τα άτομα που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές να μην μπορούν να βρίσκονται στο ίδιο σημείο για ώρα, ή να εστιάσουν την προσοχή τους κάπου ή να ακούν για ώρα το συνομιλητή τους. Η εμφάνιση των συναισθηματικών διαταραχών γίνεται ανιχνεύσιμη και στην κοινωνικοποιημένη επιθετικότητα η οποία συνήθως περιλαμβάνει την ενθάρρυνση ομάδων ανθρώπων εις βάρος κάποιων προσώπων που βρίσκονται στην εξουσία, ή αφορούν τη σχολική εγκληματικότητα κ.α. Επιπροσθέτως, οι συναισθηματικές διαταραχές σχετίζονται με την ψυχωτική συμπεριφορά. Ειδικότερα ένα με ασυνήθιστη συμπεριφορά μπορεί να παρουσιάζει ψυχική και συναισθηματική διαταραχή. Ακόμη το άτομο αυτό

μπορεί να ζει σε ένα κόσμο που έχει πλάσει με τη φαντασία του ή να έχει αναπτύξει τη δική του μορφή επικοινωνίας ή να έχει παραισθήσεις. Τέλος, ένα άτομο με συναισθηματικές διαταραχές πολλές φορές παρουσιάζει άγχος ή έχει τάσεις απόσυρσης και μπορεί να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη εμπιστοσύνης σε άλλους (Αλεξόπουλος, 2011).

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν διερευνώνται οι λόγοι πρόκλησης των συναισθηματικών διαταραχών. Οι οικογενειακές εντάσεις αποτελούν μια από τις πιο σημαντικές ανησυχίες. Τα διάφορα προβλήματα στην οικογένεια μπορούν να επηρεάσουν τις ενέργειες και τις αντιδράσεις των παιδιών. Οι δυσλειτουργικές καταστάσεις μπορούν να δημιουργήσουν σύγχυση σε ένα άτομο. Μεμονωμένοι ή συνδυασμένοι, νευρολογικοί, γενετικοί και βιοχημικοί παράγοντες μπορεί να εμπλέκονται σε συναισθηματικές ή συμπεριφορικές διαταραχές (Nunes et al., 2006).

Όσον αφορά τις συμπεριφορικές διαταραχές, μερικά από τα εξωτερικά συμπτώματα αυτών είναι ο αυτοτραυματισμός, η επιθετικότητα, οι συμπεριφορές εκφοβισμού, η ανάρμοστη στάση σε τυπικούς κανόνες, η αγνόηση, η κοινωνικά απαράδεκτη συμπεριφορά, όπως κλοπή ή καταστροφή περιουσίας. Ενώ, όσον αφορά τα προσωπικά συμπτώματα το άτομο με συμπεριφορικές διαταραχές κλαίει συχνά, έχει έντονο άγχος, αποσύρεται κοινωνικά, είναι διαρκώς ανήσυχο, έχει σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας. Τα άτομα με συμπεριφορικές διαταραχές είναι συνήθως ανεύθυνα και αποσύρονται από κάθε δραστηριότητα κοινωνική ή εκπαιδευτική (Leyden-Rubenstein, 1999).

Ενώ πολλοί άνθρωποι μπορεί να παρουσιάσουν οποιοδήποτε από τα συμπτώματα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, τα χαρακτηριστικά των συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών συνεπάγονται μακροχρόνια συμπτώματα. Η διάγνωση είναι συχνά δύσκολη, ειδικά όταν υπάρχουν πολλαπλές διαταραχές. Συνήθως, οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες που μελετούν τις περιπτώσεις αυτές είναι καθηγητές, σύμβουλοι, ψυχολόγοι, γιατροί, νευρολόγοι και άλλοι ειδικοί για την αντιμετώπιση των διαφόρων

χαρακτηριστικών που αφορούν τις συγκεκριμένες διαταραχές (Leyden-Rubenstein, 1999).

1.4 Ψυχονευροανοσολογία της κατάθλιψης

Η αιτιολογία της κατάθλιψης δεν μπορεί να γίνει πλήρως κατανοητή μέχρι και σήμερα, ωστόσο, ορισμένες μελέτες, όπως αυτές της ψυχονευροανοσολογίας είναι απαραίτητες για τη βελτίωση των σημερινών καταστάσεων. Οι μελέτες σχετικά με την κατάθλιψη σε διαφορετικές ομάδες ατόμων μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη εξατομικευμένων, συστημάτων και δυναμικών φαρμάκων. Τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερα στοιχεία αποκαλύπτουν την ισχυρή σύνδεση μεταξύ του στρες, της κατάθλιψης, και άλλων ψυχικών διαταραχών.

Ο τομέας της ψυχονευροανοσολογίας έχει ασχοληθεί με τον τρόπο αλληλεπίδρασης μεταξύ των νευρικών, ενδοκρινικών και ανοσοποιητικών συστημάτων. Ως εκ τούτου μπορεί να γίνουν αντιληπτές οι διάφορες αλληλεπιδράσεις μεταξύ του εγκεφάλου και του ανοσοποιητικού συστήματος, και κατ' αυτό τον τρόπο να γίνει κατανοητή η συμπεριφορά που μπορεί να επηρεάσει την υγεία ενός ατόμου αλλά και τις αντοχές που αυτό έχει. Ειδικότερα σε περιπτώσεις ατόμων με κατάθλιψη, η συμπεριφορά του ασθενούς μελετάται μέσω της ψυχονευροανοσολογικής προσέγγισης.

Τα σύνδρομα της κατάθλιψης είναι αρκετά διαδεδομένα και βάσει στατιστικών δεδομένων, το 20% περίπου των γυναικών και το 10% του ποσοστού των ανδρών παρουσιάζουν μείζονα καταθλιπτική συμπεριφορά για ένα αρκετά μεγάλο διάστημα. Μάλιστα, όσα άτομα παρατηρείται να έχουν χρόνιες ασθένειες, τα ποσοστά είναι πιο αυξημένα, αγγίζοντας το 8% για μείζονα καταθλιπτική συμπεριφορά και 15 μέχρι 37% για τις λοιπές διαταραχές που αφορούν την κατάθλιψη (Leonard & Myint, 2009).

Κάποιοι εκ των παραγόντων που σχετίζονται με τη χρόνια κατάθλιψη είναι κάποια χρόνια ασθένεια, ή το αυξημένο άγχος στην ζωή των ατόμων, ή κάποια απώλεια ενός αγαπημένου ή συγγενικού ατόμου. Επίσης μπορεί η χρόνια κατάθλιψη να οφείλεται σε μειωμένη υποστήριξη απ την κοινωνία στο καταθλιπτικό άτομο, ή η αντίληψη που έχει το ίδιο το άτομο για τον εαυτό του. (Irwin, 2002).

Είναι αποδεδειγμένο πως εάν υπάρχει ένταση σε κάποια φυσική ασθένεια, τότε πιθανότατα η κατάθλιψη να συνδέεται με χρόνιες ιατρικές ασθένειες (Irwin, 2002). Κάποιες καταστάσεις στρες μεταξύ των οποίων είναι και οι χρόνιες ασθένειες, μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχικές διαταραχές (Irwin, 2002). Παρόλα αυτά, υπάρχει δυνατότητα μεταβολής των ατομικών διαφορών όπως το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο ή η υποστήριξη από την κοινωνία, τότε μπορούν να αλλάξουν τα αποτελέσματα που αφορούν την αντίληψη που έχει το άτομο για τον εαυτό του, ή τα επίπεδα στρες να μπορούν να διαφοροποιηθούν με άμεσο ή με έμμεσο τρόπο (Irwin, 2002).

Βάσει μελετών, η επίδραση που έχει η κατάθλιψη όσον αφορά τη συναισθηματική ευφορία ή την καλή λειτουργία του σώματος, είναι ιδιαίτερα σημαντική. Όταν τα καταθλιπτικά επεισόδια βρίσκονται ακόμα σε πρώιμο στάδιο, τότε η βιολογική λειτουργικότητα ξεκινά να υφίσταται μεταβολές, και επηρεάζει την ψυχική υγεία και την υγεία του σώματος (Irwin,2002). Κάποιο δυσμενές γεγονός μπορεί να επηρεάσει την ευαισθησία που έχει ένα άτομο, να επηρεάσουν τη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος και να δημιουργήσει αρνητικά συναισθήματα που τελικά πολλές φορές οδηγούν σε καρδιακά επεισόδια (Irwin, 2002). Κάποιες μελέτες που ασχολήθηκαν με τα συγκεκριμένα γεγονότα, δείχνουν πως τελικά η αισιοδοξία ενός ατόμου και η υποστήριξή του απ την κοινωνία, μπορούν να οδηγήσουν σε θετική στάση του ατόμου για τη ζωή, ενώ σε ασθενείς με καρκίνο φάνηκε να δίνεται παράταση ζωής (Irwin, 2002). Οι σωματικές ασθένειες μπορούν επίσης να προκαλέσουν διάφορες ψυχολογικές αλλαγές. Έχει παρατηρηθεί για παράδειγμα πως, οι ασθενείς που παρουσίασαν σημάδια καρκίνου στο πάγκρεας έξι μήνες πριν, εμφανίζουν αργότερα συμπτώματα κατάθλιψης (Irwin, 2002). Κατά τον ίδιο

τρόπο, ασθενείς με AIDS εμφανίζουν αλλαγές στη διάθεσή και τη συμπεριφορά τους, στη μνήμη τους αλλά και τον τρόπο που επεξεργάζονται όλα όσα μαθαίνουν, πριν εμφανιστούν σε αυτούς τα συμπτώματα της συγκεκριμένης ασθένειας.

Το ψυχολογικό άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης πολλές φορές οδηγούν στην πρόωρη θνησιμότητα ή σε αυξημένα στάδια νοσηρότητας, κυρίως σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Κοντολογίς, η κατάθλιψη αν γίνει αντιληπτή ως ένας παράγοντας κινδύνου, τότε μπορεί να αποτελέσει δείκτη για το θάνατο ενός ατόμου. (Irwin, 2002). Έχει αποδειχθεί πως, όταν υπάρχει κίνδυνος θανάτου σε κάποιους ασθενείς που παρουσιάζουν καταθλιπτικές διαταραχές, αφορά ασθενείς που ως επί το πλείστον βρίσκονται σε ιδρύματα ή γηροκομεία (Irwin, 2002).

1.5 Συμπτώματα Κατάθλιψης

Υπάρχουν ορισμένες σωματικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές αλλαγές που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Το καταθλιπτικό άτομο υποφέρει από μείωση της διάθεσης, θλίψη, άγχος, μείωση της ενέργειας, μείωση της δραστηριότητας, απώλεια της όρεξης, απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους, αλλαγές στη λίμπιντο. Το ενδιαφέρον, η συγκέντρωση και τα κίνητρα μειώνονται, αλλά η ανικανότητα και η αναποφασιστικότητα αυξάνονται. Η κούραση μετά από ακόμη και ελάχιστη προσπάθεια είναι μεταξύ των πιο συχνών συμπτωμάτων. Ο ύπνος διαταράσσεται και η όρεξη μειώνεται. Η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθηση μειώνονται επίσης. Ορισμένες ιδέες περί ενοχής ή αστάθειας είναι συχνά παρούσες (Stoyanova, 2014).

Κάθε άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη έρχεται αντιμέτωπο με μια σειρά προβλημάτων συναισθηματικών, σωματικών αλλά και γνωστικών. Κοινό χαρακτηριστικό σε κάθε περίπτωση είναι η αδυναμία και η κακή

διάθεση, καθώς και το γεγονός ότι τίποτα δεν τους προσφέρει πλέον κίνητρα και ευχαρίστηση. Τα συναισθήματα απαισιοδοξίας είναι έκδηλα. Προτιμούν τη μοναξιά και έχουν έλλειψη ενέργειας. Αυτό τους προκαλεί την ανάγκη για αρκετές ώρες ύπνου αλλά και βραδύτητα στις κινήσεις και την ομιλία τους. Η συνολική κατάσταση επηρεάζει επίσης τη σκέψη τους και δημιουργεί εμπόδια στην λήψη αποφάσεων. Σε αυτό φταίει η αντίληψή τους ότι δεν έχουν το έλεγχο και δεν είναι σε θέση να ανατρέψουν την κατάσταση. Αισθάνονται ότι το μυαλό τους είναι μπερδεμένο και η ότι η σκέψη τους δεν τους βοηθά να επεξεργαστούν τις πληροφορίες. Μάλιστα, μερικοί από αυτούς οδηγούνται και σε αυτοκτονικές απόπειρες ή εκφράζουν κάποια σχετική σκέψη. (Suzuki *et al.*, 2015)

1.6 Ο άξονας υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων

Ο κάθε μηχανισμός, ο οποίος πυροδοτείται από κάποια ερεθίσματα που προκύπτουν από το άγχος, είναι προσαρμοστικός, γεγονός που διευκολύνει και αποσκοπεί στην αποκατάσταση ενός φυσιολογικού τρόπου λειτουργίας. Ως εκ τούτου υπάρχουν κάποιες βιοχημικές μεταβολές, αλλά και μεταβολές ορμονών. Το στρες είναι εκείνο που συμβάλλει στην ενεργοποίηση του νευροενδοκρινικού ή αλλιώς άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA άξονας) (Dinarello, 2000).

Τα ερεθίσματα που προκύπτουν από το στρες προχωρούν σε ενεργοποίηση του υποθαλάμου και εκείνος με τη σειρά του απελευθερώνει τη φλοιότροπο ορμόνη που δρα στην υπόφυση και συμβάλλει στην ενεργοποίηση της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH). Εκείνη μέσα από την κυκλοφορία του αίματος ενεργοποιεί τα γλυκοκορτικοειδή (GC) τα οποία προέρχονται από τα επινεφρίδια. Η σύνθεση νορεπινεφρίνης και επινεφρίνης μαζί με τα γλυκοκορτικοειδή είναι εκείνα που σχετίζονται με κάθε

αλλαγή που συμβαίνει στο ανθρώπινο σώμα σε καταστάσεις στρες, ώστε να υπάρξει άμυνα του οργανισμού (Poona et al., 2013).

Οι αλλαγές που υπάρχουν σε όλη αυτή τη διαδικασία έχουν άμεση σχέση με τον καρδιαγγειακό τόνο, τη συσσώρευση ενέργειας στο μυϊκό σύστημα, τη διέγερση στο ανοσοποιητικό σύστημα, την αναστολή στην φυσιολογία της αναπαραγωγής και στην όρεξη αλλά και στους ρυθμούς αιμάτωσης του εγκεφάλου. Τέλος, οι αλλαγές αυτές σχετίζονται με την αύξηση των νοητικών λειτουργιών. Τα γλυκοκορτικοειδή περνούν από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και έπειτα από τη διαδικασία αυτή δημιουργείται ανάσχεση στον άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων λόγω της αρνητικής παλίνδρομης ρύθμισης στην υπόφυση, τον υποθάλαμο, και τον ιππόκαμπο. Σε περιπτώσεις μείζονος κατάθλιψης έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει ανωμαλία στην αλληλουχία στρες και του άξονα HPA. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει φυσιολογική λειτουργία του μηχανισμού αρνητικής παλίνδρομης ρύθμισης και έτσι αυξάνονται τα επίπεδα γλυκοκορτικοειδών στον εγκέφαλο. (Flach, 1974).

Ο πλεονασμός των συγκεκριμένων ουσιών αφορά την κεντρική παθοφυσιολογία και σχετίζεται με την κατάθλιψη αλλά και τη μειωμένη ενεργότητα που υπάρχει στο δίκτυο που υπάρχει στους υποδοχείς των γλυκοκορτικοειδών. Αν λοιπόν συμβεί αυτό, τότε αυτομάτως στην κυκλοφορία του αίματος του εγκεφάλου μειώνεται η νευρογένεση στο ιππόκαμπο, συμπύσσονται οι δενδρίτες του ιππόκαμπου, νεκρώνονται οι νευρώνες του ιππόκαμπου από το μηχανισμό της απόπτωσης και οι νευρώνες γίνονται πιο ευάλωτοι στις ελεύθερες ρίζες του οξυγόνου και στο β- αμυλοειδές (Council of Europe, 1984).

Κεφάλαιο 2°

2.1 Τα είδη της Κατάθλιψης

2.1.1 Διπολική διαταραχή τύπου 1

Σχετικά με την διπολική διαταραχή είναι γνωστό ότι περιγράφεται πολύ συχνά στην διεθνή βιβλιογραφία και με τον όρο μανιοκαταθλιπτική διαταραχή, αποτελώντας μια από τις σοβαρότερες ψυχικές ασθένειες η οποία κάνει την πρώτη εμφάνισή της κατά κύριο λόγο μέχρι και την ηλικία των 25. Πολλές φορές η Διπολική Διαταραχή αυτού του είδους εμφανίζεται στην παιδική ηλικία έντονα για ένα διάστημα. Στην συνέχεια μπορεί είτε να κάνει αισθητή την εμφάνισή της μέσα από κάποια συμπτώματα, μπορεί όμως και να προκαλεί στον ασθενή μια σημαντική περίοδο υποτροπής (Grande *et al.*, 2015).

Το περίεργο στην κατάσταση αυτή είναι η διάρκεια του επεισοδίου, το οποίο μπορεί να διαρκέσει μόλις λίγες μέρες ή ακόμα και χρόνια. Τα συμπτώματα δεν ελαττώνονται εύκολα ενώ είναι πολύ πιθανό μετά το ξέσπασμα ενός μανιακού επεισοδίου, ο ασθενής να οδηγηθεί στην καθαρή κατάθλιψη (Phillips and Kupfer, 2013).

2.1.2 Διπολική διαταραχή τύπου 2

Η διπολική διαταραχή τύπου 2 είναι γνωστή και ως υπομανία. Πρόκειται στην ουσία για μια αρκετά πιο ήπια μορφή μανίας η οποία δεν είναι τόσο σοβαρή που να προκαλέσει δυσλειτουργίες στην λειτουργία του ατόμου. Συνήθως εμφανίζεται κατά την ηλικία των 30. Κάθε επεισόδιο υπομανίας έχει ως κύριο χαρακτηριστικό το γεγονός ότι προκαλεί τεράστιες αλλαγές στην γενική συμπεριφορά του ατόμου με σημαντικότερη διαφορά την έξαρση της διάθεσής του η οποία είναι ανεξήγητη (McCormick, Murray and Mcnew, 2015).

Γενικότερα η υπομανία δεν φέρει χαρακτηριστικά ψύχωσης. Παρόλο που υπάρχει αρκετή έρευνα γύρω από το ζήτημα αυτό, δεν πρόκειται για μια επικίνδυνη πάθηση. Σχετικά με την θεραπεία της διπολικής διαταραχής, μπορεί να επιτευχθεί μέσω της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής με σκοπό να μειωθούν τα συμπτώματα του ασθενή και να προληφθούν οι υποτροπές (McCormick, Murray and Mcnew, 2015).

2.1.3 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η περίπτωση αυτή είναι μια από τις σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης και κάνει την εμφάνισή της πολύ συχνά σε άτομα ηλικίας 20-40 ετών, χτυπώντας κατά κύριο λόγο τον γυναικείο πληθυσμό. Είναι γνωστή με τον όρο μονοπολική, ενώ συναντώνται αρκετά συχνά ορισμοί όπως κλινική κατάθλιψη, μείζων κατάθλιψη ή γενικότερα κατάθλιψη. Σε κάθε τέτοια περίπτωση κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των ασθενών είναι η θλίψη και η μελαγχολία, αλλά και η απογοήτευση και ο θυμός. Ωστόσο παρουσιάζει αρκετές διαφορές από την κοινή κατάθλιψη και από το απλό αίσθημα της θλίψης (Suzuki *et al.*, 2015).

Στις περισσότερες περιπτώσεις συνίσταται μονάχα από ένα επεισόδιο, αλλά είναι δυνατόν να οδηγηθεί το άτομο σε υποτροπή ανεξαρτήτως ηλικίας. Τα συμπτώματα δεν κάνουν την εμφάνισή τους απότομα. Αντιθέτως εμφανίζονται σταδιακά και μπορεί να έχουν διάρκεια μερικών εβδομάδων. Κοινό στοιχείο σε κάθε περίπτωση είναι ότι η πλειοψηφία των ασθενών δεν παραδέχεται ότι πάσχει από κατάθλιψη. Υποστηρίζει ότι αισθάνεται ατονία, μελαγχολία, θλίψη και απογοήτευση. Επίσης δεν απουσιάζουν συμπτώματα όπως ο πονοκέφαλος, η κόπωση και ο έντονος πόνος. Τα ξεσπάσματα είναι συχνά ενώ η μείωση του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες είναι χαρακτηριστική. Το άτομο με μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να

οδηγηθεί στην ανορεξία αφού σημειώνονται σημαντικές μεταβολές στις διατροφικές του συνήθειες. Οι αυτοκτονικές τάσεις δεν λείπουν. Το ίδιο και η αϋπνία, είτε είναι μέση είτε τελική. Στην πρώτη περίπτωση το άτομο ξυπνά κατά τη διάρκεια της νύχτας και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί εύκολα, ενώ στην δεύτερη περίπτωση το άτομο ναι μεν κάνει προσπάθειες να ξανακοιμηθεί αλλά δεν τα καταφέρνει. Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό σύμπτωμα είναι η υπερυπνία, κατά την οποία ο ασθενής αφιερώνει πολλές ώρες στον ύπνο τόσο τη νύχτα όσο και την ημέρα (Wu & Zhang, 2015).

2.1.4 Δυσθυμία

Μια πιο ήπια μορφή κατάθλιψης είναι η δυσθυμία. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν μπορεί να είναι χρόνια. Η διάρκειά της μπορεί να φτάσει ακόμα και τα 2 έτη, ενώ ο ασθενής παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα και καταθλιπτική διάθεση σε όλη τη διάρκεια της ημέρας. Η δυσθυμία παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στον γυναικείο πληθυσμό, ενώ στο γενικό πληθυσμό τα ποσοστά αγγίζουν το 5-6%. Η δυσθυμία αποτελεί προάγγελο της διαταραχής που σχετίζεται με τη μείζων κατάθλιψη. Αναφορικά με τα αίτια της δυσθυμίας σημειώνεται ότι βιοχημικοί, περιβαλλοντικοί αλλά και γενετικοί παράγοντες είναι αυτοί που την προκαλούν (Melrose, 2017).

2.1.5 Επιλόχεια Κατάθλιψη

Η επιλόχεια κατάθλιψη πλήττει περίπου το 10-20% των γυναικών και μπορεί να ξεκινήσει οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου που ακολουθεί τη γέννα. Τα συνήθη σημάδια που δείχνουν ότι μια μητέρα πάσχει από επιλόχεια κατάθλιψη είναι το μόνιμο συναίσθημα λύπης και κακής διάθεσης, έλλειψη χαράς και ανάγκης για συναναστροφή με τον έξω κόσμο καθώς και η έλλειψη ενέργειας αλλά και το αίσθημα κούρασης και ατονίας όλη

μέρα. Η μητέρα δυσκολεύεται να αναπτύξει δεσμούς με το νεογέννητο και προτιμά να αποσύρεται από την κοινωνική ζωή. Τέλος, σε κάποιες περιπτώσεις η μητέρα κάνει περίεργες σκέψεις, όπως για παράδειγμα να βλάψει τον εαυτό της ή το μωρό (Fitelson *et al.*, 2010).

2.1.6 Κυκλοθυμική διαταραχή

Σχετικά με την κυκλοθυμία αναφέρεται ότι αποτελεί μια κατάσταση όπου υπάρχει εναλλαγή μεταξύ των περιόδων κατάθλιψης και υπερβολικής ευθυμίας. Πριν από μερικά χρόνια οι ειδικοί υποστήριζαν ότι συνιστά μια διαταραχή διάθεσης. Ωστόσο η σύγχρονη επιστημονική κοινότητα την κατατάσσει στις διπολικές διαταραχές. Έτσι, οι κυκλοθυμικοί ασθενείς είναι άνθρωποι οι οποίοι εναλλάσσουν τα συναισθήματά τους ανάμεσα στην ενέργεια και την απαισιοδοξία. Ωστόσο δεν πρόκειται για μια σοβαρή κατάσταση με επικίνδυνα συμπτώματα (Fekadu, Shibeshi and Engidawork, 2017).

2.2 Τα Συστήματα Ταξινόμησης

Η διάγνωση απαιτείται να είναι έγκαιρη αλλά και ταυτόχρονα έγκυρη. Η έγκαιρη διάγνωση σε συνδυασμό με την πρώιμη και ορθή θεραπευτική παρέμβαση αποτελούν τις δυο βασικές προϋποθέσεις με σκοπό να αντιμετωπισθούν οι διαταραχές διάθεσης και να μειωθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις που προκαλούνται από αυτές. Η καλύτερη και ορθότερη κατανόηση των αιτιογενών παραγόντων των διαταραχών διάθεσης θα έχει ως αποτέλεσμα την ανακάλυψη αλλά και εισαγωγή των παραγόντων εκείνων που

επιδρούν στη διαδικασία θεραπευτικής παρέμβασης, που σήμερα αποτελεί τη σημαντικότερη θεραπευτική εξέλιξη (American Psychiatric Association, 2013).

Το DSM-5 μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση ψυχικών διαταραχών με το συνδυασμό ορισμένων από τους παλιούς άξονες I, II, και III, οι οποίοι είναι διαφορετικοί από τους άξονες που σχετίζονται με τους ψυχοκινητικούς παράγοντες. Οι ψυχικές διαταραχές ανιχνεύονται κυρίως στη δομή που έχει ο εγκέφαλος και στη γνωστική λειτουργία, τη συμπεριφορά και κάθε μορφής συναίσθημα. Τα κριτήρια μέσω των οποίων μπορεί να διαγνωστεί η κατάθλιψη σύμφωνα με το DSM – IV είναι γνωστά μέσα από το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Υπεύθυνος φορέας για την έκδοση του εγχειριδίου αυτού για την διάγνωση των ψυχικών διαταραχών και της ψυχικής υγείας γενικότερα τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά είναι η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (American Psychiatric Association APA). Το συγκεκριμένο εγχειρίδιο αναφέρει τις κύριες αιτίες των διαταραχών αυτών, συμβουλές για την θεραπεία και την πρόληψη, ενώ δεν λείπουν στατιστικές μελέτες που έχουν ως κύρια μεταβλητή το φύλο και την ηλικία. (Reynolds and Kamphaus, 2013)

2.3 Κλινική Εικόνα

Σχετικά με την κλινική εικόνα του ατόμου με κατάθλιψη είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κάθε τομέας επηρεάζεται σημαντικά αλλά σε διαφορετικό βαθμό. Εξωτερικά, ο ασθενής που υποφέρει από κατάθλιψη παρουσιάζει πεσμένα χαρακτηριστικά προσώπου, ενώ το βλέμμα του είναι άτονο και απαθές. Η κινητική του εικόνα είναι αδρανής και περπατά με δυσκολία. Ταυτόχρονα η ατομική φροντίδα του είναι παραμελημένη. Κάποιες συνήθειες όπως η νευρικότητα, ή η συνήθεια να τρώει τα νύχια του και να είναι συνεχώς

σε υπερένταση μαρτυρούν επίσης την κατάσταση (Akhondali, Dianat and Radan, 2015).

Οι διαταραχές σκέψεις όπως επίσης και η ψυχοκινητική δραστηριότητα είναι σημαντικό να αναφερθούν. Ο καταθλιπτικός ασθενής παρουσιάζει διαταραγμένη σκέψη η οποία επηρεάζεται από τα συναισθήματά του. Μάλιστα η κατάθλιψη επηρεάζει πολλές φορές την σκέψη και τις αποφάσεις του. Από τις διαταραχές του περιεχομένου δεν αποκλείονται παρερμηνείες και παραλυτικές ιδέες, όπως οι ιδέες ενοχής και αυτοϋποτίμησης. Η μείωση της ψυχοκινητικής δραστηριότητας είναι μειωμένη στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Χαρακτηριστικό είναι πως ο ασθενής βιώνει έντονη κούραση και αυτό φαίνεται στην ομιλία του αλλά και στις κινήσεις του (Akhondali, Dianat and Radan, 2015).

Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι η κυριότερη διαταραχή του ατόμου με κατάθλιψη. Είναι τόσο ισχυρό που προκαλεί γενικότερη βλάβη. Ο καταθλιπτικός ασθενής βιώνει συχνά συναισθήματα λύπης και απογοήτευσης ενώ νιώθει πως δεν υπάρχει λόγος για την συνέχιση της ζωής του. η μελαγχολία τον κατακλύζει περνά σε μια φάση ανηδονίας. Το ενδιαφέρον για κάθε δραστηριότητα είναι πλέον αμείωτο. Παρόλο που η εκδήλωση ευερέθιστης ή και μελαγχολικής διάθεσης δύναται να εμφανιστούν σε καθέναν από εμάς, τα συναισθήματα αυτά έχουν άμεση σχέση και είναι πολύ πιο έντονα με την κατάθλιψη. Γι αυτόν ακριβώς το λόγο είναι απαραίτητη η άμεση διάγνωση και η άμεση θεραπεία. Μιλώντας για την κλινική εικόνα, είναι σημαντικό να αναφερθεί και η σχέση του άγχους με την συνολική κατάσταση. Το άγχος έχει τις βάσεις του στο αίσθημα του ανεξήγητου φόβου για τον επικείμενο κίνδυνο. Μάλιστα, πολλές φορές ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα όπως είναι η ταχυκαρδία, η εφίδρωση και η ναυτία (Stoyanova, 2014)

Οι περισσότεροι άνθρωποι λοιπόν αισθάνονται λυπημένοι ή έχουν χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης σε κάποιο στάδιο της ζωής τους. Η κλινική κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από αίσθηση θλίψης κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας,

μερικές φορές ιδιαίτερα το πρωί, και απώλεια ενδιαφέροντος για φυσιολογικές δραστηριότητες και σχέσεις. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης παρουσιάζονται κάθε μέρα για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Επιπλέον, σύμφωνα με το DSM-5, μπορεί να υπάρχουν κι άλλα συμπτώματα που συνδέονται με την κατάθλιψη. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα, συναισθήματα αστάθειας ή ενοχής σχεδόν κάθε μέρα, μειωμένη συγκέντρωση ή αναποφασιστικότητα. Επιπλέον, όσον αφορά την κλινική εικόνα της κατάθλιψης, ο ασθενής μπορεί να έχει αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά, μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες κάθε μέρα. Επιπλέον, το άτομο με κατάθλιψη αισθάνεται έντονη ανησυχία ή επιβραδύνει κάθε του δραστηριότητα, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρούνται επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας. Τέλος, τα άτομα με κατάθλιψη συνήθως έχουν σημαντική απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους (αλλαγή πάνω από 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα).

2.4 Διαφορική Διάγνωση

Είναι σαφές πως οι δύο κυριότεροι τύποι κατάθλιψης με την μεγαλύτερη συχνότητα είναι η δυσθυμική διαταραχή και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Γενικότερα όμως η κατάθλιψη, εξαιτίας κυρίως της συμπτωματολογίας της πρέπει να εξετάζεται από τους ειδικούς όχι μονόπλευρα, αλλά από κάθε πλευρά. Πρέπει να πραγματοποιείται λοιπόν διαφορική διάγνωση, λαμβάνοντας υπ όψιν κυρίως μια σειρά από ψυχοσωματικές διαταραχές. Έτσι, στην διαφορική διάγνωση θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη περιπτώσεις νευρολογικών αιτιών, όπως η επιληψία, η άνοια και η νόσος του Parkinson, ενδοκρινικά αίτια όπως η λοχεία, τα αδρενεργικά ή ο

υπεραλδοστερονισμός, αλλά και διάφορες παθήσεις όπως για παράδειγμα ο καρκίνος και η αβιταμίνωση (Hirschfeld, 2014).

Η κατάθλιψη πολλές φορές συνοδεύεται και από άλλες καταθλιπτικές διαταραχές, από διαταραχές προσωπικότητας, από συναισθήματα πένθους, σχιζοφρένεια, ενώ πολλές φορές προκύπτει από την ανεπιθύμητη ενέργεια κάποιων φαρμάκων. Επιπλέον η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί έπειτα από σωματικές νόσους. Η μείζων κατάθλιψη έπειτα από κάποια απώλεια οδηγεί σε εκσεσημασμένη λειτουργική κόπωση, σε αίσθηση υπερβολικών ενοχών, σε ψυχική και κοινωνική επιβράδυνση, σε νοσηρή μελέτη όλων των γεγονότων που οδήγησαν στη συγκεκριμένη απώλεια, σε διαρκή αυτοκτονικό ιδεασμό ή σε ευχές για θάνατο, σε ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ το πένθος στα άτομα που πάσχουν από μείζων κατάθλιψη το πένθος φαίνεται να διαρκεί περισσότερο από το αναμενόμενο διάστημα (Hirschfeld, 2014).

Τέλος, υπάρχουν κάποια φάρμακα και ουσίες των οποίων η χρήση μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη όπως είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, η ιβουπροφαίνη, η ινδομεθακίνη, η προπρανολόλη, η διγοξίνη, οι Βενζοδιαζεπίνες η Κοκαΐνη, τα Κορτικοστεροειδή, η Αμπικιλλίνη, τα Αντιπαρκινσονικά, οι Τετρακυκλίνες, η Κλονιδίνη ή η Κάνναβη. Τα αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα, όπως επίσης και τα αντιβακτηριδιακά και αντιμυκητιασικά φάρμακα δεν πρέπει να παραλείπονται να εξεταστούν. Τέλος στην διαφορική διάγνωση αξιολογούνται επίσης οι λοιμώδεις νόσοι και οι φλεγμονώδεις παθήσεις όπως το σύνδρομο χρόνια κόπωσης, η πνευμονία, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η φυματίωση (Hirschfeld, 2014).

2.5 Πρόληψη

Η πρόληψη μιας ασθένειας είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία. Όσον αφορά την πρόληψη της κατάθλιψης, θα λέγαμε πως είναι ένα αρκετά

πολύπλοκο φαινόμενο καθώς δεν σχετίζεται με τις άλλες ανθρώπινες ασθένειες. Χρησιμοποιώντας επομένως τον όρο “πρόληψη”, εννοούμε την αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και τα αποτελέσματα που μπορεί να έχει στον ασθενή. Τα άτομα με κατάθλιψη θα πρέπει να γνωρίζουν ότι η επιστημονική βοήθεια και στήριξη είναι το σημαντικότερο μέσο για την αποφυγή των προβλημάτων υγείας που προκύπτουν από την κατάθλιψη (O’ Connor et al., 2003).

Η κατάθλιψη χωρίζεται ουσιαστικά σε τρεις βαθμούς πρόληψης, όπου στον τελευταίο βαθμό θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα από το ίδιο το άτομο που έχει θεραπευτεί από την κατάθλιψη ώστε να μην έχει ξανά στη ζωή του τέτοια πάθηση. Πολλές φορές τα καταθλιπτικά άτομα αναβάλλουν να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες καταστάσεις ή τους φόβους τους. Τόσο η συνεργασία με άλλα άτομα όσο και οι ειλικρινείς συζητήσεις του ατόμου με κατάθλιψη με τα άλλα μέλη της οικογένειας μπορούν να έχουν θετικά αποτελέσματα (Rowe, 1983).

Δεν υπάρχει σαφής μέθοδος πρόληψης της κατάθλιψης. Οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι δεν μπορεί να προληφθεί. Άλλοι δεν είναι σίγουροι για την άποψη αυτή. Τα περισσότερα γεγονότα που οδηγούν στην κατάθλιψη είναι εκείνα που οι ασθενείς δεν μπορούν να ελέγξουν, συμπεριλαμβανομένων των γονιδίων τους, των χημικών ουσιών στον εγκέφαλό τους και του περιβάλλοντος τους. Για πολλούς ανθρώπους, η κατάθλιψη ξεκινά μετά από μια μεγάλη αλλαγή ζωής ή ένα ψυχικό τραύμα. Μπορεί επίσης να συμβεί εάν υπάρχει κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας, όπως ο καρκίνος, ο διαβήτης ή η νόσος του Parkinson. Ένας ασθενής με κατάθλιψη μπορεί να μην είναι σε θέση να προστατεύσει πλήρως τον εαυτό του, ωστόσο μπορεί να αλλάξει τον τρόπο χειρισμού του στρες που προκαλείται σε αυτόν. Αν ένα άτομο πάσχει ήδη από κατάθλιψη, μπορεί να σταματήσει τη επιδείνωση της. Αν και οι γιατροί δεν γνωρίζουν ότι είναι δυνατόν να αποτραπεί εντελώς η κατάθλιψη, πιστεύουν πως μπορεί να αποφευχθεί μέσα από κάποιες μεθόδους κάποιο άλλο καταθλιπτικό επεισόδιο. Ορισμένοι

θεραπευτές χρησιμοποιούν μια προσέγγιση που ονομάζεται νοητική θεραπεία (MBCT) που αποτελεί προσέγγιση της ψυχοθεραπείας (Rowe, 1983).

Ακόμη, η πρόληψη της κατάθλιψης περιλαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή, τις αλλαγές στον τρόπο ζωής και τη διατροφή. Μερικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η πρόληψη με τις παραπάνω μεθόδους μπορούν να μειώσουν κατά 25% ή περισσότερο τα καταθλιπτικά επεισόδια αλλά χρειάζονται περαιτέρω έρευνες για αυτές τις προσεγγίσεις. Η ανίχνευση τρόπων διαχείρισης του άγχους και της βελτίωσης της αυτοεκτίμησης βοηθούν στην πρόληψη της κατάθλιψης. Το άγχος μπορεί να μειωθεί με κάποιες δραστηριότητες, με άθληση ή με κοινωνικές επαφές. Επιπλέον ο ύπνος, το φαγητό που είναι πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά αλλά και η επαφή με φίλους ή με οικογενειακά πρόσωπα μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη της κατάθλιψης. Ακόμη, ο ιατρικός έλεγχος είναι επίσης σημαντικός ώστε αν υπάρχει υποψία κατάθλιψης να μπορεί να αντιμετωπιστεί όσο το δυνατόν συντομότερα (Φώσκολος, 2011).

Σε άτομα που παρουσιάζουν ήδη κατάθλιψη είναι σημαντικό να ακολουθούνται τα σχέδια θεραπείας και είναι καλό να μην παραλείπονται οι συνεδρίες θεραπείας. Επίσης, η αποφυγή αλκοόλ και τα ναρκωτικών ουσιών συμβάλλει στην καλή ψυχική υγεία. Επιπροσθέτως, η δοκιμή τρόπων καταπολέμησης του άγχους, όπως είναι ο διαλογισμός βοηθούν στην προσπάθεια πρόληψης της κατάθλιψης. Επίσης, η ένταξη σε κάποια ομάδα υποστήριξης συμβάλλει θετικά ώστε ένα άτομο να μάθει καλύτερα τόσο τον εαυτό του όσο και τους άλλους. Είναι επίσης σημαντικό αν ένα άτομο επισκέπτεται ήδη κάποιο γιατρό λόγω της παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης, να κρατά σημειώσεις σε κάθε συνεδρία ώστε να μελετά στο σπίτι αν τα συμπτώματα επιδεινώθηκαν ή όχι. Ακόμη, είναι σημαντικό οι μεγάλες αποφάσεις για τη ζωή να μην λαμβάνονται από ένα άτομο όταν εκείνο βρίσκεται σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση. Τέλος, η συζήτηση με το θεραπευτή ή το γιατρό σχετικά με τη λήψη κάποιο φαρμάκου είναι επίσης σημαντική ώστε να αποφευχθεί κάποιο αρνητικό αποτέλεσμα σχετικά με τη θεραπεία (Rowe, 1983).

Ένα καταθλιπτικό άτομο γενικότερα, θα πρέπει να αμφισβητεί τις αρνητικές σκέψεις και να αναπτύσσει τις θετικές του σκέψεις. Κάθε προσπάθεια για αυτοβοήθεια που δεν μπορεί να λειτουργήσει, θα πρέπει σε συνεργασία με κάποιο ειδικό να αναλύεται και να γίνονται προσπάθειες αντιμετώπισης. Ως εκ τούτου η επικοινωνία με κάποιον θεραπευτή και με τα μέλη της οικογένειας είναι το πρώτο βήμα για μια θετικότερη στάση στη ζωή από ένα άτομο με προδιάθεση για κατάθλιψη ή για ένα άτομο που ήδη πάσχει από κατάθλιψη.

Κεφάλαιο 3^ο

Θεραπεία

3.1 Εισαγωγικά

Όπως καθίσταται σαφές από την μέχρι τώρα βιβλιογραφική ανασκόπηση, η κατάθλιψη αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα για την κοινωνία, όχι μόνο όσον αφορά τα εμπόδια των προσβεβλημένων ατόμων και των οικογενειών τους, αλλά και των κοινωνικών δαπανών. Περισσότερο από το 50% των ατόμων με κατάθλιψη αναπτύσσουν μια επαναλαμβανόμενη ή χρόνια διαταραχή μετά από ένα πρώτο επεισόδιο και είναι πιθανό να περάσουν περισσότερο από το 20% της διάρκειας ζωής τους σε καταθλιπτική κατάσταση. Η κατάθλιψη και η συννοσηρότητά της προκαλούν σημαντική απώλεια ποιότητας ζωής και οδηγούν επίσης σε σημαντικές πρόσθετες βλάβες (π.χ. αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, άνοια και πρόωρου θανάτου). Όταν λαμβάνεται υπόψη το οικονομικό κόστος για την κοινωνία, η κατάθλιψη κατατάσσεται στην τρίτη θέση μεταξύ των διαταραχών που ευθύνονται για την παγκόσμια επιβάρυνση των ασθενειών και θα καταταχθεί πρώτη στις χώρες υψηλού εισοδήματος μέχρι το 2030 (Mathers & Loncar, 2006).

Ως εκ τούτου, η ανάπτυξη αποτελεσματικών μέσων θεραπείας και πρόληψης της κατάθλιψης θα πρέπει να αποτελεί υψηλή προτεραιότητα για την κοινωνία. Η θεραπεία μπορεί να έχει διάφορες μορφές. Μπορεί να είναι είτε φαρμακολογική είτε μη φαρμακολογική. Η για παράδειγμα που ανήκει στις μη φαρμακολογικές θεραπείες, είναι μια μακροχρόνια θεραπεία στην οποία κεντρικό ρόλο έχει η σχέση μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενούς. Ο θεραπευτής επιτρέπει στον ασθενή να διερευνά το παρελθόν και τον τρόπο με τον οποίο προκάλεσε την κατάθλιψη, ενώ η συμβουλευτική στοχεύει στην παροχή βοήθειας στον ασθενή με την επίλυση προβλημάτων σχετικά με την

οικογένεια και την υπόλοιπη ζωή του. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις λοιπόν περιλαμβάνουν είτε την χορήγηση φαρμάκων και την παρακολούθηση των θεραπευτικών και παρενεργειών του φαρμάκου και την παροχή σχέσης νοσηλευτή -ασθενούς που κάνει τον ασθενή να αναπτύξει δεξιότητες σχετικά με το πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι εμπειρίες μια δύναμη, είτε μη φαρμακευτικές θεραπείες. Για την μη φαρμακολογική θεραπεία είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να είναι εξοπλισμένοι με θεωρητικές και πρακτικές προσεγγίσεις για να κάνουν τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς ουσιαστική και επικεντρωμένη στην περίθαλψη των ασθενών (Barker, 2009.) όπως και να χει, απαραίτητες είναι δεξιότητες όπως η ενσυναίσθηση και η συναισθηματική νοημοσύνη, οι οποίες βοηθούν σημαντικά την προσπάθεια και των δύο πλευρών να επέλθει η βελτίωση.

3.2 Φαρμακολογικές θεραπείες για κατάθλιψη

Υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές εναλλακτικές για την κατάθλιψη, μεταξύ των οποίων οι φαρμακολογικές θεραπείες οι οποίες είναι αποτελεσματικές και επομένως γίνονται όλο και πιο συχνές. Οι νεώτεροι παράγοντες όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) και οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης της σεροτονίνης (SNRIs) φαίνεται γενικά να είναι πιο αποτελεσματικοί από ότι για παράδειγμα τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης. Υπάρχουν επίσης κάποιες ενδείξεις ότι η εσιταλοπράμη και η σερτραλίνη (δύο SSRIs) έχουν καλύτερη αποδοχή, οδηγώντας σε σημαντικά λιγότερες διακοπές από άλλες αντικαταθλιπτικές ουσίες (Cipriani et al., 2009). Είναι γνωστό ότι η διατήρηση των ασθενών σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα μετά την ανάκτηση μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής και μπορεί να θεωρηθεί ως συνήθης

πρακτική η διατήρηση των ασθενών με διάφορες μορφές κατάθλιψης στη φαρμακοθεραπεία επ'αόριστον (APA, 2010).

Είναι σημαντικό ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχει μακροχρόνιες επιδράσεις μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Η αποτελεσματικότητα του αντικαταθλιπτικού φαρμάκου και η ευρεία χρήση του στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να αμφισβητηθεί. Σε μια μετα-ανάλυση σε επίπεδο ασθενούς, οι Fournier et al. (2010) διαπίστωσαν ότι η διαφορική αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο ποικίλει ως συνάρτηση της αρχικής σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Για ασθενείς με ήπια έως μέτρια κατάθλιψη, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο

3.3 Μη φαρμακολογικές θεραπείες για κατάθλιψη

Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι εξαιρετικά διαδεδομένες λοιπόν και συνδέονται με σημαντική απώλεια της ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, υψηλά επίπεδα χρήσης υπηρεσιών, σημαντικό οικονομικό κόστος και σημαντική επιβάρυνση της δημόσιας υγείας. Αποτελεσματικές θεραπείες είναι διαθέσιμες για αυτές τις διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων διάφορων τύπων ψυχοθεραπείας και των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Bandelow et al., 2012).

Παρόλο που η ψυχοθεραπεία και τα αντικαταθλιπτικά είναι εξίσου αποτελεσματικά για τις περισσότερες ανησυχίες και καταθλιπτικές διαταραχές υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι οι συνδυασμένες θεραπείες μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές από κάθε μια από αυτές τις αγωγές μόνο. Ταυτόχρονα, ωστόσο, ένα αυξανόμενο ποσοστό ασθενών με ψυχικές

διαταραχές κατά την τελευταία δεκαετία έχει λάβει ψυχοτρόπα φάρμακα χωρίς ψυχοθεραπεία (Maat et al., 2007).

Σημαντική είναι η αναφορά στην σχετική έρευνα των Cuijpers et al. (2014) οι οποίοι πραγματοποίησαν μια μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων δοκιμών στις οποίες τα αποτελέσματα της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά φάρμακα συγκρίθηκαν με τις επιδράσεις της συνδυασμένης φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας σε ενήλικες με διαγνωσμένη καταθλιπτική ή αγχωτική διαταραχή. Συνολικά, 52 μελέτες (με 3.623 ασθενείς) πληρούσαν κριτήρια συμπερίληψης, 32 για καταθλιπτικές διαταραχές και 21 για διαταραχές άγχους (μία στις καταθλιπτικές και σε ανησυχητικές διαταραχές). Η συνολική διαφορά μεταξύ της φαρμακοθεραπείας και της συνδυασμένης θεραπείας ήταν Hedges 'g = 0,43 (95% CI: 0,31-0,56), γεγονός που υποδηλώνει μέτρια μεγάλη επίδραση και κλινικά σημαντική διαφορά υπέρ της συνδυασμένης θεραπείας, που αντιστοιχεί σε αριθμό που απαιτείται για θεραπεία (NNT) του 4.20. Υπήρχαν επαρκή στοιχεία ότι η συνδυασμένη θεραπεία είναι ανώτερη για μείζονα κατάθλιψη, διαταραχή πανικού και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD). Οι επιδράσεις της συνδυασμένης θεραπείας σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο ήταν περίπου διπλάσιες από εκείνες της φαρμακοθεραπείας σε σύγκριση με μόνο το εικονικό φάρμακο, υπογραμμίζοντας το κλινικό πλεονέκτημα της συνδυασμένης θεραπείας. Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι η φαρμακοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, και τα δύο συμβάλλοντας εξίσου περίπου στις επιπτώσεις της συνδυασμένης θεραπείας. Οι ερευνητές λοιπόν καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η συνδυασμένη θεραπεία φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική από τη θεραπεία με αντικαταθλιπτικό φάρμακο μόνο σε μείζονα κατάθλιψη, διαταραχή πανικού και κάθε άλλη σχετική περίπτωση. Αυτές οι επιδράσεις παραμένουν ισχυρές και σημαντικές μέχρι δύο χρόνια μετά τη θεραπεία. Τονίζουν λοιπόν ότι η μονοθεραπεία με ψυχοτρόπα φάρμακα μπορεί να μην αποτελεί τη βέλτιστη μέριμνα για κοινές ψυχικές διαταραχές.

Αρκετές ψυχολογικές θεραπείες για κατάθλιψη υπάρχουν. Μια μεγάλη μετα-ανάλυση διερεύνησε τη συγκριτική αποτελεσματικότητα επτά ψυχοθεραπειών που εξετάστηκαν σε σύγκριση με άλλες ψυχοθεραπείες σε τουλάχιστον πέντε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Οι επτά θεραπείες που εξετάστηκαν ήταν γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η μη κατευθυντική υποστηρικτική θεραπεία, η θεραπεία ενεργοποίησης συμπεριφοράς, η ψυχοδυναμική θεραπεία, η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων. Λίγες διαφορές μεταξύ διαφορετικών ψυχολογικών θεραπειών βρέθηκαν, με την εξαίρεση ότι η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT) μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική από άλλες ψυχοθεραπείες και η μη κατευθυντική υποστηρικτική θεραπεία μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματική (Cuijpers, van Straten, Andersson et al., 2008).

Η γνωστική θεραπεία συμπεριφοράς (CBT) είναι ένας όρος ομπρέλα που ενσωματώνει πολλά διαφορετικά παραδείγματα θεραπείας. Γενικά, η CBT μπορεί να λεχθεί ότι βασίζεται σε δύο θεωρητικά πλαίσια, τη συμπεριφορική θεραπεία και τη γνωστική θεραπεία. Η θεραπεία συμπεριφοράς βασίζεται στη φιλοσοφία του ριζοσπαστικού συμπεριφορισμού (Skinner, 1953, 1974) και στην πειραματική ανάλυση της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Ferster & Skinner, 1957, Skinner, 1953). Η πρώτη εφαρμογή της θεραπείας συμπεριφοράς για την κατάθλιψη βασίστηκε στο σποραδικό έγγραφο «Μια λειτουργική ανάλυση της κατάθλιψης» του Charles Ferster (1973). Η θεραπεία συμπεριφοράς (BT) για την κατάθλιψη καλείται γενικά η ενεργοποίηση της συμπεριφοράς και περιλαμβάνει την πρόωρη εργασία του Peter Lewinsohn (Lewinsohn, Biglan, & Zeiss, 1976) και το σύγχρονο έργο των Jacobson, Martell και συναδέλφων (Martell, Addis, & Jacobson, 2001, Martell Dimidjian & Herman-Dunn, 2010). Η γνωστική θεραπεία (CT) αναπτύχθηκε από τον Aaron Beck και η αίτηση για κατάθλιψη περιγράφηκε στο βιβλίο του «Γνωστική Θεραπεία Κατάθλιψης» (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Το CBT είναι ένας συνδυασμός CT και BT και συνήθως περιλαμβάνει παρεμβάσεις θεραπείας και από τις δύο. Η αποτελεσματικότητα

της CBT για την κατάθλιψη είναι καλά εδραιωμένη, όπως αποδεικνύεται από το συνολικό μέγεθος του Cohen's d στην περιοχή από 0,61 έως 0,92 (μέτρια έως μεγάλη) για διάφορες εφαρμογές CBT (Cuijpers et al., 2009).

Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι η επίδραση της CBT για την κατάθλιψη είναι μικρότερη σε σύγκριση με τις συνθήκες του εικονικού φαρμάκου. Όταν η CBT συγκρίνεται με άλλες εναλλακτικές ψυχολογικής θεραπείας για την κατάθλιψη, δεν υπάρχουν στοιχεία για ανώτερη αποτελεσματικότητα. Σε σύγκριση με το αντικαταθλιπτικό φάρμακο, δεν υπάρχουν ενδείξεις διαφορικής αποτελεσματικότητας. Εντούτοις, ο συνδυασμός της CBT και της φαρμακοθεραπείας είναι αποτελεσματικότερος από τη φαρμακοθεραπεία μόνη της. (Cuijpers et al., 2013).

Όπως αποδεικνύεται από την πρόσφατη μετα-ανάλυση για την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας, ένα μεγάλο μέρος των εμπειρικών μελετών ψυχοθεραπείας βασίζονται στην Γνωστική Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Winston et al., 2004).

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι μια άλλη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που έχει εξέχουσα θέση λόγω της ευρείας χρήσης της. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι μια πολύ ετερογενής κατηγορία θεραπειών. Θεωρητικά, το υποκείμενο μοντέλο της ψυχοπαθολογίας περιλαμβάνει μια σειρά διαφορετικών ψυχαναλυτικών θεωριών όπως η ψυχολογία του εγώ, η ψυχολογία των αντικειμενικών σχέσεων, η θεωρία της προσκόλλησης και η αυτοψυχολογία (Summers & Barber, 2010).

Διαφορετικές ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες μπορεί να είναι σχεδόν οποιοδήποτε μήκους, που κυμαίνονται από μία μόνο ή λίγες συνεδρίες, με σταθερή διάρκεια, όπως 12, 16 ή 24 συνεδρίες και μέχρι 2-3 φορές την εβδομάδα για αρκετά χρόνια. Η δραστηριότητα του θεραπευτή ποικίλλει από πολύ δραστήρια σε σημαντικά λιγότερο ενεργή στην κλασική ψυχική ανάλυση του Φρόιντ. Οι παρεμβάσεις κυμαίνονται από υποστηρικτικές (π.χ. για να καταπραΰνουν την αγωνία και να παρέχουν στήριξη) έως και σε εξαιρετικά

διερευνητικές (π.χ. παρέχοντας μια ερμηνεία που αφορά την επιθετικότητα στη σχέση θεραπευτή-ασθενή). Ενώ η σχέση μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς τείνει να είναι σημαντική στις δυναμικές θεραπείες, διάφορα μοντέλα διαφέρουν στον τρόπο χρήσης της σχέσης. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την επίλυση των ρήξεων των συμμαχιών ή την ενεργή διερεύνηση των συναισθημάτων που κινητοποιούνται προς το θεραπευτή. Κεντρική στην ψυχοδυναμική θεωρία είναι η έννοια των ασυνείδητων συγκρούσεων στην ψυχική ζωή (Summers & Barber, 2010).

Μεγάλα τμήματα της ανθυγιεινής (και υγιούς) ψυχικής ζωής μπορούν να θεωρηθούν ότι συνίστανται σε αντιφατικές επιθυμίες, κινήσεις, φόβους, σκέψεις, συναισθήματα, καθώς και προσπάθειες επίλυσης τέτοιων συγκρούσεων. Η παθολογία θεωρείται ότι οφείλεται σε δυσπροσαρμοστικές προσπάθειες αντιμετώπισης των συγκρούσεων (Summers & Barber, 2010). Ένα πρόβλημα όπως η κατάθλιψη μπορεί να γίνει αντιληπτό ως κακής προσαρμογής προσπάθειες αντιμετώπισης με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, μια σύγκρουση που περιλαμβάνει επιθετικότητα και αγάπη σε στενές σχέσεις θα μπορούσε να οδηγήσει σε αυτοκατευθυνόμενη επιθετικότητα αντί για βεβαιότητα, με το θυμό να κατευθύνεται προς τον εαυτό που ενδεχομένως λειτουργεί για να αποφύγει την εγκατάλειψη. Η ουσία της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι είναι μια διερεύνηση των ενδοψυχικών συγκρούσεων και των ιστορικών τους βάσεων προκειμένου να καταλάβουν πώς επηρεάζουν τις σημερινές σχέσεις, συμπεριλαμβανομένου ενός με τον θεραπευτή. Επιπλέον, οι ψυχοδυναμικές θεραπείες περιλαμβάνουν τον εντοπισμό επαναλαμβανόμενων προτύπων που προκύπτουν από συγκρούσεις. Η σχέση θεραπευτή-ασθενής αποτελεί ένα ασφαλές μέρος για μια συνεργατική προσπάθεια να κατανοήσουμε αυτές τις ασυνείδητες συγκρούσεις και τα πρότυπα (Summers & Barber, 2010). Η εστίαση στις συγκρούσεις και η επίλυσή τους και η χρήση της μεταβίβασης για να επιτευχθεί αυτό μπορεί να είναι αυτό που διακρίνει τις ψυχοδυναμικές θεραπείες περισσότερο από άλλες θεραπείες.

Σε μια μετα-ανάλυση του 2010 από τους Driessen et al.(2010) διερευνώντας την αποτελεσματικότητα της βραχυχρόνιας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας για την κατάθλιψη, οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ψυχοδυναμική θεραπεία ήταν πιο αποτελεσματική από τις συνθήκες ελέγχου. Οι ερευνητές βρήκαν επίσης στοιχεία ότι η δυναμική θεραπεία είναι ισοδύναμη με άλλες ψυχοθεραπείες κατά την παρακολούθηση, αλλά σημαντικά λιγότερο αποτελεσματική στην οξεία φάση. Οι μεταγενέστερες αναλύσεις αποδίδουν αυτή τη διαφορά στην ένταξη της ψυχοδυναμικής θεραπείας σε μορφή ομάδας (Abbass & Driessen, 2010). Ως εκ τούτου, για την ατομική θεραπεία, δεν βρέθηκαν ενδείξεις για διαφορεική αποτελεσματικότητα μεταξύ ψυχοδυναμικής θεραπείας και άλλων ψυχοθεραπειών στη θεραπεία της κατάθλιψης.

Σχετική είναι και η αναφορά στην έρευνα των Sampiao et al. (2015) οι οποίοι είχαν σκοπό να συνοψίσουν τις τρέχουσες γνώσεις σχετικά με τις νοσηλευτικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε ενήλικες με κατάθλιψη. Πριν αναφερθεί κάτι περαιτέρω, ας πούμε ότι στην Πορτογαλία, η παροχή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων θεωρείται αρμοδιότητα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Ωστόσο, η βιβλιογραφία δεν είναι απολύτως σαφής όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ της «ψυχοθεραπείας» και των «ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων» και των ειδικών χαρακτηριστικών που καθορίζουν μια νοσηλευτική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Πραγματοποιήθηκε λοιπόν μια αναλυτική ανασκόπηση στα MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, τη συλλογή Web of Science, Psychology and Behavioral Sciences και τις βάσεις δεδομένων MedicLatina για την περίοδο 2003-2013. Συνολικά αναγνωρίστηκαν 151 επιλέξιμα άρθρα. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις βασίζονται συχνά στη λογική «Γνωστική-Συμπεριφορική». Η συνηθισμένη διάρκεια αυτών των παρεμβάσεων αυτών κυμαίνεται μεταξύ 5-16 εβδομάδων, σε συνολικά 5-12 συνεδρίες 45-60 λεπτών. Οι μηχανισμοί αλλαγής είναι ετερογενείς, αλλά η θεραπευτική σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς φαίνεται να είναι ο σημαντικότερος θετικός προγνωστικός παράγοντας των νοσηλευτικών

ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων. Η αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων έχει αποδειχθεί ευρέως σε πολλές μελέτες. Ωστόσο, είναι εμφανής η ανάγκη περαιτέρω μελετών για την απόδειξη της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Είναι απαραίτητο λοιπόν να υπάρξει καλύτερη κατανόηση των νοσηλευτικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, που να εξηγεί τα εννοιολογικά όριά της, να βελτιώσει τις γνώσεις νοσηλευτικής νοσηλείας και να δημιουργήσει κατάλληλα μοντέλα ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης στη νοσηλευτική. Τα ευρήματα αυτής της ανασκόπησης μπορούν να δημιουργήσουν συνείδηση για ορισμένες αδυναμίες της νοσηλευτικής γνώσης σχετικά με την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση και για την ανάγκη παραγωγής γνώσεων, να καλλιεργήσουν τη νοσηλευτική πειθαρχία στον τομέα της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης με ακόμα πιο θεωρητική και πρακτική υποστήριξη

Κεφάλαιο 4^ο

Ο Ρόλος του Νοσηλευτή

4.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Εκτίμηση

Τα πρώτο στάδιο την νοσηλευτικής διεργασίας είναι η εκτίμηση που κάνει ο νοσηλευτής σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς. Σε πρώτη φάση, πραγματοποιείται συλλογή των στοιχείων εκείνων τα οποία κρίνεται ότι είναι σημαντικά για την ατομική κατάσταση του ασθενούς τους. αφού συμπληρωθούν οι ερωτήσεις για το ιστορικό του ασθενούς και καταγραφεί το ιστορικό του περιβάλλον, γίνεται καταγραφή των ατομικών συμπτωμάτων που οδήγησαν στην διάγνωση. Στο τρίτο στάδιο πραγματοποιείται εκτίμηση της κατάστασης για πιθανή αυτοκτονία και γενικότερα μη φυσιολογικές συμπεριφορές. Τέλος, ο νοσηλευτής έχει υποχρέωση να εκτιμήσει την επικρατούσα κατάσταση στο οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και να εξετάσει τις γνώσεις των συγγενικών προσώπων σχετικά με την κατάσταση (Aanaebere and Delilly, 2012)

Η έρευνα των Park et al. (2015) είχε διάρκεια δύο μήνες σχεδόν. Ξεκίνησε τον Απρίλιο του 2012 και τελείωσε τον Ιούνιο της ίδιας χρονιάς. Το δείγμα αποτέλεσαν 851 άτομα που υπάγονταν στο νοσηλευτικό προσωπικό. Στόχος ήταν να εξεταστούν οι στάσεις και οι γνώσεις των νοσηλευτών απέναντι στην κατάθλιψη. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν ένα ερωτηματολόγιο αυτοελέγχου. Μεταξύ των σημαντικότερων ερωτήσεων ήταν αυτές που αφορούσαν τη γνώση για το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, διάφορα εργαλεία αξιολόγησης, καθώς και γενικότερες γνώσεις για την κλινική πορεία της νόσου και τις ανάγκες του ασθενούς. Τέλος, σημαντικές ήταν και οι ερωτήσεις σχετικά με το ρόλο του νοσηλευτή όσον αφορά την υποστήριξη και την παροχή συμβουλευτικής φροντίδας προς τους ασθενείς. Τα ευρήματα έδειξαν ότι το 78,9% δήλωσε ότι οι γνώσεις του για τις ψυχικές διαταραχές ξεπερνούσε το μέσο όρο, ενώ το 82,1% του

δείγματος πίστευε το ίδιο για την κατάθλιψη. Πάραυτα, μονάχα ένα ποσοστό της τάξεως του 3,1% δήλωνε ότι είναι σε θέση να εντοπίσει βασικά συμπτώματα άμεσα συνδεδεμένα με την κατάθλιψη. Αξιοσημείωτο επίσης, αλλά σίγουρα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι το 91,1% του δείγματος δήλωσε ότι δεν είχε χρησιμοποιήσει ποτέ κάποιο από τα διαδεδομένα εργαλεία μέτρησης της κατάθλιψης, γεγονός που υποδηλώνει την έλλειψη της κατάρτισης του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το θέμα αυτό (Park *et al.*, 2015).

Αφού αναλυθούν τα επίπεδα άγχους του ασθενούς, ο βαθμός αυτοελέγχου και γενικότερα τα συμπτώματα και η διάθεσή του, πραγματοποιείται έλεγχος σχετικά με τον καθορισμό της επικινδυνότητας που παρουσιάζει ο ασθενής να διαπράξει κάποια πράξη που θα τον βλάψει. Σε επόμενο στάδιο πραγματοποιείται η εφαρμογή της εξατομικευμένης νοσηλευτικής διάγνωσης τόσο για τους ασθενείς όσο και για την οικογένειά τους και στη συνέχεια πραγματοποιείται ιεράρχηση μερικών στοιχείων όπως το άγχος, η λύπη, οι διατροφικές διαταραχές και οι διαταραχές ύπνου, η ελλειμματική γνώση και τα επίπεδα αυτοεκτίμησης, καθώς και καταστάσεις όπως η κοινωνική απομόνωση, τα σεξουαλικά προβλήματα και γενικότερα η δυνατότητα για αυτόνομη διαβίωση (Park *et al.*, 2015).

4.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση

Για να σχεδιαστεί μια επιτυχής παρέμβαση ο νοσηλευτής έχει χρέος να συμπεριφέρεται άψογα προς τον ασθενή του, δείχνοντάς του συμπόνια και υποστηρίζοντάς τον. Σε κάθε τέτοια περίπτωση απαραίτητη είναι η ενσυναίσθηση, η ικανότητα του επαγγελματία υγείας δηλαδή να δείχνει το ανθρώπινο πρόσωπό του στον ασθενή του. για να είναι επιτυχής η συνολική διαδικασία και να επιτευχθούν οι στόχοι του εξατομικευμένου πλάνου, ο

νοσηλευτής πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς του. αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την σωστή αντιμετώπιση. Αφού λοιπόν εξασφαλίσει την επαρκή σίτιση του ασθενούς του και την καθημερινή του ατομική φροντίδα ο νοσηλευτής προχωρά στο δεύτερο στάδιο που σχετίζεται με την εφαρμογή μέτρων που αφορούν την προστασία του ασθενούς και συνεπώς την πρόληψη των αυτοκτονικών τάσεων. Σημαντικό είναι ο νοσηλευτής να παροτρύνει τον ασθενή του να συμμετέχει σε δραστηριότητες κοινωνικού αλλά και αθλητικού χαρακτήρα οι οποίες θα τον βοηθήσουν να βελτιώσει τα επίπεδα ύπνου του (Bauchat, Seropian and Jeffries, 2016).

Σε επόμενο στάδιο, χρέος του νοσηλευτή είναι να ενδυναμώσει τον συναισθηματικό κόσμο του ασθενούς του. βοηθώντας τον να αναγνωρίσει τα συναισθήματα που τον έχουν κυριεύσει αλλά και να ξεφύγει από τις άσχημες σκέψεις, τον ενθαρρύνει να θέτει εύκολους και προσιτούς στόχους, προκειμένου να τα καταφέρει. Για να είναι αποτελεσματική η διαδικασία της νοσηλευτικής παρέμβασης, ο νοσηλευτής πρέπει να αλληλεπιδρά αρκετά συχνά με τον ασθενή του, αναπτύσσοντας μια σχέση. Χαρακτηριστικό είναι πως η πορεία κάθε τέτοιου ασθενούς μπορεί να διευκολυνθεί αν ο νοσηλευτής που τον παρακολουθεί καταφέρει να τον βοηθήσει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους. μιλώντας για το συναίσθημα και την κατάσταση που βιώνει, κάθε ασθενής αισθάνεται καλύτερα με την πάροδο του χρόνου. Σημαντική κρίνεται η διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής προκειμένου να ισορροπηθεί η κατάσταση του ασθενούς. Μάλιστα στην περίπτωση του ασθενούς με παραισθήσεις κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή ενισχυτικών τεχνικών. Επανερχόμενοι στην φαρμακευτική αγωγή, κρίνεται σημαντικό να αναφερθεί ότι αυτή πρέπει να εφαρμόζεται βάσει της λογικής. Σε κάθε περίπτωση ο ασθενής πρέπει να ελέγχεται και να καταγράφονται οι καθημερινές του διακυμάνσεις (Möller, et al., 2011).

Ο κυριότερος ρόλος του νοσηλευτή είναι η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Μιλώντας στον ασθενή για την κατάστασή του, και εξηγώντας του το γενικότερο υπόβαθρο της κατάστασης, την αιτιολογική βάση της ασθένειάς του καθώς και τον τρόπο για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων,

είναι δυνατόν ενισχυθεί σημαντικά η κατάστασή του προς το καλύτερο και να τον βοηθήσει ο επαγγελματίας υγείας στην ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο (Segre *et al.*, 2010).

Οι Wu and Zhang (2017) προσπάθησαν να αξιολογήσουν την επίδραση της υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής ως παράγοντα βελτίωσης του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών με οξεία εγκεφαλικό επεισόδιο σε εξέταση μαγνητικού συντονισμού (MRI). Το δείγμα τους αποτέλεσαν 120 ασθενείς που είχαν λάβει διάγνωση σχετική με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Πριν αναφερθεί κάτι περαιτέρω σημαντικό είναι να τονιστεί ότι σε κάθε τέτοια περίπτωση ασθενούς η ανεπιθύμητη ψυχολογική διάθεση αποτελεί το πιο ανησυχητικό και συνάμα το πιο αρνητικό στοιχείο για το άτομο με εγκεφαλικό επεισόδιο. Η απεικονιστική μέθοδος MRI έχει ως κύρια χαρακτηριστικά την εξαιρετικά υψηλή ανάλυση του μαλακού ιστού, την χωρική και χρονική ανάλυση, τις πολλαπλές αλληλουχίες και τεχνικές μετεπεξεργασίας, την μη εισβολή και μη ακτινοβολία κ.λπ.. όλη αυτή η κατάσταση προκαλεί ιδιαίτερο άγχος στους ασθενείς δημιουργώντας τους αρνητικά συναισθήματα τα οποία μπορεί να καταλήξουν ακόμα και σε κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν την σημασία της νοσηλευτικής παρέμβασης, και δη της νοσηλευτικής φροντίδας η οποία είναι υψηλής ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα αποδείχθηκε η ισχύ της ποιότητας που προσφέρεται μέσα από την περίθαλψη ως ένας παράγοντας που μπορεί να προάγει την βελτίωση της ανησυχίας και της κατάθλιψης στους ασθενείς αυτούς (Wu & Zhang, 2017).

Στην έρευνά τους οι Reynolds *et al.* (2015) έδωσαν έμφαση στην χρήση των νέων τεχνολογιών ηλεκτρονικής ψυχικής υγείας και στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις οι οποίες γίνονται από απόσταση. Μέσα από το άρθρο αυτό αναδεικνύονται λοιπόν τα οφέλη της εξ αποστάσεως παρακολούθησης των ασθενών, αλλά και η ανάγκη για επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας πάνω σε θέματα που σχετίζονται με την τεχνολογία. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τέτοιου είδους προγράμματα μπορούν να μειώσουν το χρόνο που απαιτείται από τον πλευρά του νοσηλευτή για την φροντίδα του κάθε ασθενούς, παρέχοντας την βέλτιστη ποιότητα. Οι νοσηλευτές, ειδικά στα

πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, έχουν τη δυνατότητα για βασικές παρεμβάσεις όπως η παρακολούθηση, η συναισθηματική υποστήριξη και η ενθάρρυνση για αυτόνομη διαβίωση, αξιολογώντας τους ασθενείς τους ανα τακτά χρονικά διαστήματα (Reynolds, Bennett, & Bennett, 2015).

4.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην μη φαρμακευτική θεραπεία

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν αναπόσπαστο ρόλο στη μη φαρμακολογική θεραπεία της κατάθλιψης. Χτίζουν την εμπιστοσύνη με τους ασθενείς στη διαδικασία φροντίδας και προσφέρουν μια ολιστική φροντίδα λαμβάνοντας υπόψη τη δύναμη και τις αδυναμίες των ασθενών τους. τον ρόλο του νοσηλευτή στις μη φαρμακολογικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης προσπάθησαν να εξετάσουν οι Chan et al. (2010) αναδεικνύοντας τον ρόλο των νοσηλευτών στην εκπαίδευση, την καθοδήγηση, την υποστήριξη, την ενθάρρυνση και την παρακολούθηση της προόδου των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, στην έρευνα το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν 42 άτομα, και συγκεκριμένα 42 ηλικιωμένοι οι οποίοι άκουσαν την επιλογή μουσικής τους για 30 λεπτά την εβδομάδα, για 4 εβδομάδες. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας είναι σημαντικά για δύο λόγους. Αρχικά σημειώθηκε βελτίωση στην ποιότητα των ασθενών με κατάθλιψη, η οποία οφείλεται στην επίδραση της μουσικής. Κατά δεύτερον, αναδείχθηκε για ακόμα μια φορά ο ρόλος του νοσηλευτή και η σημασία που έχει η σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Οι νοσηλευτές ήταν αυτοί που μύησαν τους ασθενείς τους στην εναλλακτική θεραπεία, εξετάζοντας τις συνθήκες αλλά και τις προτιμήσεις τους (Chan, Chan and Mok, 2010).

Οι Chang & Fava (2010), έκαναν λόγο στην έρευνά τους για τους πιο σύγχρονους μηχανισμούς ενάντια στην κατάθλιψη, οι οποίοι όμως, παρά την αποτελεσματικότητά τους δεν εφαρμόζονται στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη. Τα

ευρήματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι μηχανισμοί όπως η νευρογένεση και οι αντι-κορτικοειδείς θεραπείες παρουσιάζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα αναφορικά με την ανάπτυξη των φαρμάκων. Η έρευνα αυτή αποδεικνύει ότι τέτοιου είδους θεραπείες μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της παγκόσμιας μάστιγας που ονομάζεται κατάθλιψη. (Chang & Fava, 2010)

Σημαντική είναι η έρευνα των Segre, O'Hara, Arndt, & Beck (2010) στο Ηνωμένο Βασίλειο. Πριν αναφερθεί κάτι περαιτέρω είναι σημαντικό να τονιστεί ότι στην συγκεκριμένη περίπτωση το κράτος παρέχει ένα άρτια οργανωμένο σύστημα υγείας στους πολίτες του. Το ζήτημα προς διερεύνηση σε αυτή την περίπτωση είναι οι απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την ανάγκη θέσπισης επίσημων προγραμμάτων που στοχεύουν στην υποστήριξη και θεραπεία των λεχώνων έναντι της κατάθλιψης. Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 520 νοσηλεύτριες, μέσης ηλικίας 36-55 ετών. Σημαντικό είναι να αναφερθεί σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία ότι πρόκειται για μια ηλικία που κατά πάσα πιθανότητα έχει αποκτήσει παιδιά και έχει περάσει από το στάδιο αυτό. Κατανοεί λοιπόν σε μεγαλύτερο βαθμό της ανάγκη για υποστήριξη. Ναι μεν οι νοσηλεύτριες επισκέπτονται τις γυναίκες που μόλις γέννησαν προκειμένου να ελέγξουν την κατάστασή τους, χορηγώντας τους την κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), αλλά δεν θεωρούν ότι αυτό είναι επαρκές. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι πρόκειται για μια ιδέα με πολλές προοπτικές η οποία ναι μεν παρουσιάζει σημαντικά ποσοστά επιτυχίας, αλλά από την άλλη δεν είναι εύκολο να τεθεί σε ισχύ. Η θέσπιση προγραμμάτων φροντίδας στις γυναίκες που μόλις γέννησαν είναι ένα έργο δύσκολο και απαιτητικό. Συνοπτικά, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης καταδεικνύουν ότι οι νοσοκόμες που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή, παρουσίαζαν θετικές απόψεις σχετικά με τον έλεγχο και την παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης που παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό σε γυναίκες που έχουν γεννήσει προκειμένου είτε να προληφθεί είτε να αντιμετωπιστεί η επιλόχεια κατάθλιψη. (Segre *et al.*, 2010)

4.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Φαρμακολογική Θεραπεία

Στην φαρμακολογική θεραπεία οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν εξέχοντα ρόλο καθώς είναι υπεύθυνοι για την χορήγηση των φαρμάκων, την εκπαίδευση του ασθενούς αλλά και την μελέτη της πορείας του. Η ευθύνη τους είναι τεράστια, και περιλαμβάνει φαρμακολογικές γνώσεις σχετικά με τα φάρμακα, προγραμματισμό της απογραφής και της αποθήκευσης, εκπαίδευση των ασθενών και των μελών της οικογένειας και φυσικά αξιολόγηση των ασθενών πριν και μετά τη χορήγηση του φαρμάκου. Σημαντική είναι επίσης η αναφορά στην προετοιμασία και χορήγηση φαρμάκων, την αξιολόγηση και την προώθηση θεραπευτικών αποτελεσμάτων, την λήψη μέτρων για τη μείωση των δυσμενών επιδράσεων και των δυσμενών αλληλεπιδράσεων και την τοξικότητα ελέγχου (APA, 2010).

Η συνταγογράφηση πολλαπλών φαρμάκων απαιτεί συνεχή προσοχή και φροντίδα, καθώς υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της χρήσης άλλων φαρμάκων και των παρενεργειών. Η συνταγογράφηση πολλαπλών φαρμάκων απαιτεί επίσης την επανεξέταση των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται και την εκτενή γνώση τους, προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι ουσίες που χρησιμοποιούνται, να παρακολουθούνται και να λαμβάνονται υπόψη οι παρενέργειες και οι τοξικές επιδράσεις (Gartlehner et al., 2011).

Σημαντική είναι η αναφορά στην έρευνα των Istilli et al. (2010) οι οποίοι πραγματοποίησαν μια μελέτη που εξέτασε τη γνώση των φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και προτείνει δράσεις τέτοιες ώστε οι νοσηλευτές να συνεισφέρουν σε μια ασφαλή και αποτελεσματική αντικαταθλιπτική θεραπεία. Αυτή η συγχρονική και περιγραφική μελέτη διεξήχθη σε δημόσια σχολή νοσηλευτικής στην πολιτεία του Σάο Πάολο, Βραζιλία, μεταξύ Μαρτίου και Νοεμβρίου 2008. Πενήντα δύο (19%) από τους 273 συμμετέχοντες χρησιμοποιούσαν ή είχαν χρησιμοποιήσει αντικαταθλιπτικά. Οδηγίες σχετικά με τη χρήση αντικαταθλιπτικών χορηγήθηκαν από τους γιατρούς. Ακόμη και μετά τη λήψη εντολών σχετικά με την αντικαταθλιπτική αγωγή πριν από τη χορήγηση, η

πλειοψηφία των χρηστών ($\chi^2_1 = 0,07$, $p > 0,05$) εξακολουθούσε να έχει αμφιβολίες για τη χρήση της. Η φλουοξετίνη ήταν το πιο διαδεδομένο αντικαταθλιπτικό. Οι ενέργειες για τη βελτίωση των γνώσεων σχετικά με τη χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, την πλευρά τους και τις θεραπευτικές τους επιδράσεις φαίνεται να είναι απαραίτητες και σχετικές. Οι νοσηλευτές λοιπόν μαρτυρούν πως δεν συμμετείχαν στην εκπαίδευση του πληθυσμού αυτής της μελέτης πριν χορηγηθεί η φαρμακευτική αγωγή καθώς ο ρόλος αυτός περιοριζόταν στους ιατρούς. Οι περισσότεροι χρήστες αντικαταθλιπτικών πιστεύουν ότι η οδηγία που παρέχεται από τον επαγγελματία υγείας σχετικά με την κατάλληλη χρήση φαρμάκων αυξάνει την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια της θεραπείας. Παρά την παρεχόμενη εκπαίδευση, ένα μεγάλο ποσοστό των χρηστών εξακολουθούσε να έχει αμφιβολίες σχετικά με τη χρήση αντικαταθλιπτικών, ιδιαίτερα σε σχέση με την περίοδο που χρειάζεται για να αρχίσει να δρα, πιθανές αλληλεπιδράσεις φαρμάκων και αν προκαλεί ανοχή ή / και εξάρτηση. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το δείγμα αυτής της μελέτης αποτελείται από φοιτητές νοσηλευτικής που θα πρέπει να είναι έτοιμοι να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς τους στη χρήση αντικαταθλιπτικών. Ο λόγος για μια τέτοια έλλειψη γνώσης δεν είναι σαφής, αλλά μπορεί να σχετίζεται με ένα χάσμα μεταξύ θεωρίας και επαγγελματικής πρακτικής. Με άλλα λόγια, η έρευνα αυτή εστιάζει στην ανάγκη για περαιτέρω εμπλοκή των νοσηλευτών στην θεραπεία αυτή.

Κεφάλαιο 5^ο

Ποιοτική Έρευνα

5.1 Ορισμός της Ποιοτικής Έρευνας

Στο σημείο αυτό της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι απαραίτητη η διεξαγωγή και υλοποίηση μιας ποιοτικής έρευνας. Πριν αναφερθεί κάτι περαιτέρω, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η ποιοτική μέθοδος είναι η πλέον κατάλληλη για την στήριξη της προσπάθειας αυτής. Η ποιοτική έρευνα αποτελείται από διάφορα στάδια τα οποία ακολουθούν διαδοχικά το ένα το άλλο. Σε πρώτο επίπεδο λοιπόν η ερευνητική ομάδα χρειάζεται να διατυπώσει το ερευνητικό ερώτημα με σαφήνεια και διακρίκότητα. Το ερευνητικό αυτό ερώτημα πηγάζει από ξεκάθαρα προσωπικές αντιλήψεις και στόχους. Ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να το επηρεάσει είναι τα ενδιαφέροντα των ερευνητών αλλά και η βαρύτητα που δίνουν σε σημεία και λεπτομέρειες. Κάθε ερευνητικό ερώτημα μπορεί επίσης να επηρεαστεί από τις ατομικές εμπειρίες που έχει βιώσει ο ερευνητής, και τις οποίες θέλει να επαληθεύσει και συνάμα να πραγματοποιήσει μια έρευνα.

Η ποιοτική έρευνα χαρακτηρίζεται από ένα ερμηνευτικό παράδειγμα, το οποίο δίνει έμφαση στις υποκειμενικές εμπειρίες και τις έννοιες που έχουν για ένα άτομο. Επομένως, οι υποκειμενικές απόψεις ενός ερευνητή για μια συγκεκριμένη κατάσταση διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στα αποτελέσματα της μελέτης. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της ποιοτικής έρευνας είναι η ιδιαιτερότητά της που δίνει έμφαση στην προοπτική ενός ατόμου στην διερευνητική κατάσταση, τη διαδικασία, τις σχέσεις κλπ. Το ερμηνευτικό παράδειγμα, η φαινομενολογική προσέγγιση και ο κονστρουκτιβισμός ως παραδειγματική βάση ποιοτικής έρευνας συνδέονται στενά με τον ορισμό και τα χαρακτηριστικά. Επομένως, μια μελέτη περίπτωσης είναι ποιοτικότερη από την ποσοτική, αλλά όχι αποκλειστικά, επειδή μπορεί να είναι ποιοτική, ποσοτική ή συνδυασμός και των δύο προσεγγίσεων (και οι δύο

εκπροσωπούνται εξίσου ή η μία προσέγγιση επικρατεί και η άλλη συμπληρώνει). Τα ποιοτικά και ποσοτικά αποτελέσματα πρέπει να αλληλοσυμπληρώνονται για να δημιουργήσουν ένα σημαντικό σύνολο σύμφωνα με το αντικείμενο και τον σκοπό της έρευνας (Mills et al., 2010).

Αυτή η ποιοτική μελέτη περίπτωσης είναι μια προσέγγιση της έρευνας που διευκολύνει την εξερεύνηση ενός φαινομένου εντός του πλαισίου του χρησιμοποιώντας μια ποικιλία πηγών δεδομένων. Αυτό εξασφαλίζει ότι το θέμα δεν διερευνάται μέσω της πραγματικότητας. Υπάρχουν δύο βασικές προσεγγίσεις που καθοδηγούν τη μεθοδολογία μελετών περιπτώσεων. μία από τις προτάσεις του Robert Stake (1995) και η δεύτερη από τον Robert Yin (2003, 2006). Και οι δύο επιδιώκουν να διασφαλίσουν ότι το θέμα ενδιαφέροντος διερευνάται καλά και ότι αποκαλύπτεται η ουσία του φαινομένου, αλλά οι μέθοδοι που απασχολούν είναι διαφορετικές και είναι άξια συζήτησης. Οι μελέτες περίπτωσης έχουν χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό στις κοινωνικές επιστήμες και έχουν βρεθεί ότι είναι ιδιαίτερα πολύτιμες σε τομείς που ασχολούνται με την πρακτική (όπως η εκπαίδευση, η διοίκηση, η δημόσια διοίκηση και η κοινωνική εργασία). Ωστόσο, παρά τη μακρά ιστορία και την ευρεία χρήση, η έρευνα περί περιπτώσεων έλαβε ελάχιστη προσοχή στις διάφορες μεθοδολογίες στην έρευνα των κοινωνικών επιστημών (George & Bennett, 2005).

Η προσέγγιση της μελέτης περίπτωσης επιτρέπει σε βάθος, πολύπλευρες εξερευνήσεις σύνθετων θεμάτων στις πραγματικές τους ρυθμίσεις. Η προσέγγιση της μελέτης περίπτωσης είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όταν χρησιμοποιείται η ανάγκη για βαθιά εκτίμηση ενός ζητήματος, γεγονότος ή φαινομένου ενδιαφέροντος στο φυσικό περιβάλλον της πραγματικής ζωής. Μια μελέτη περίπτωσης είναι μια ερευνητική προσέγγιση που χρησιμοποιείται για να παραγάγει μια εις βάθος, πολύπλευρη κατανόηση ενός σύνθετου ζητήματος στο πραγματικό της περιβάλλον. Πρόκειται για ένα καθιερωμένο ερευνητικό σχέδιο που χρησιμοποιείται ευρέως σε μια ευρεία ποικιλία επιστημονικών κλάδων, ιδιαίτερα στις κοινωνικές επιστήμες. Μια μελέτη περίπτωσης μπορεί να οριστεί με διάφορους τρόπους ενώ η κεντρική αρχή είναι η ανάγκη διερεύνησης ενός γεγονότος ή ενός φαινομένου σε βάθος και στο φυσικό του πλαίσιο. Για το λόγο

αυτό, μερικές φορές αναφέρεται ως "φυσιοκρατικό" σχέδιο. αυτό είναι σε αντίθεση με ένα "πειραματικό" σχεδιασμό (όπως μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή) στην οποία ο ερευνητής επιδιώκει να ασκήσει τον έλεγχο και να χειριστεί τη μεταβλητή (ους) που μας ενδιαφέρει.

Σύμφωνα με τον Yin, κάθε μελέτη περίπτωσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσει, να περιγράψει ή να διερευνήσει γεγονότα ή φαινόμενα στις καθημερινές συνθήκες στις οποίες εμφανίζονται. Αυτά μπορούν, για παράδειγμα, να βοηθήσουν στην κατανόηση και την εξήγηση αιτιώδους συνδέσμου και οδών που προκύπτουν από μια νέα πρωτοβουλία πολιτικής ή την ανάπτυξη υπηρεσιών. Σε αντίθεση με τα πειραματικά σχέδια που επιδιώκουν να δοκιμάσουν μια συγκεκριμένη υπόθεση μέσω σκόπιμου χειρισμού του περιβάλλοντος η προσέγγιση της μελέτης προσφέρεται για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με πιο επεξηγηματικά ζητήματα «πώς», «τι» και «γιατί» όπως «πώς εφαρμόζεται η παρέμβαση στην πράξη;». (Crowe et al., 2011).

5.2 Μελέτη Περίπτωσης

Ιστορικό

Η συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης αφορά την Κ., μια γυναίκα 29 ετών ελληνικής καταγωγής η οποία παρουσιάζει σημάδια κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, η Κ. είναι μια γυναίκα όμορφη με όμορφα χαρακτηριστικά και μελαγχολικά μάτια. Η ασθενής ζει με τον σύζυγό της, Λ. ο οποίος είναι 39 ετών και τα τρία παιδιά τους. Βέβαια το ένα παιδί ηλικίας 11 ετών είναι από τον πρώτο γάμο του άντρα της αλλά η Κ. έχει αγαπήσει και δεχτεί την μικρή Ζ. σαν δικό της παιδί. Τα παιδιά που απέκτησε το ζευγάρι είναι ο Π. ο οποίος είναι 5 ετών και ο Χ. ο οποίος είναι μόλις 10 μηνών. Η οικογένεια κατοικεί σε ένα διαμέρισμα που ενοικιάζει στο κέντρο των Ιωαννίνων.

Η Κ. θυμάται ότι είχε πάντα μια χαοτική παιδική ηλικία που χαρακτηρίζεται από μεγάλο στρες και αστάθεια. Ζούσε μαζί με τον πατέρα της, τη μητέρα και τα μικρότερα αδέρφια. Σε ηλικία 11 ετών, η μητέρα της εγκατέλειψε το σπίτι και την οικογένεια. Μάλιστα η ασθενής δήλωσε ότι η μητέρα της ήταν αλκοολική και δεν είχε καμία επαφή για χρόνια με τα παιδιά της και τον άντρα της αφότου έφυγε από το σπίτι. Στο διάστημα που η μητέρα απουσίαζε ο πατέρας της άρχισε επίσης να καταφεύγει στο αλκοόλ με αποτέλεσμα να παραμελεί τα παιδιά του. Η Κ. ως η μεγαλύτερη κόρη ήταν υπεύθυνη για την φροντίδα των μικρότερων αδερφών της, γεγονός που την ανάγκασε να τα προσέχει και να μην σπουδάσει. Δήλωσε ότι ο πατέρας της ποτέ δεν προσπάθησε να της μιλήσει ή τη ρώτησε ποτέ πώς αισθάνθηκ, ούτε προθυμοποιήθηκε να πάρει κάποια βάρη επάνω του όσον αφορά την ανατροφή των άλλων παιδιών του. Η ίδια η οικογένειά της φαινόταν να αποφεύγει να μιλάει για τα συναισθήματά της. Η Κ. είπε ότι συνέχισε να έχει έντονα αισθήματα θυμού και δυσαρέσκειας προς τη μητέρα της, αφού η μητέρα της επέστρεψε στην οικογένεια μερικά χρόνια μετά, λίγο πριν η Κ. παντευτεί τον σύζυγό της. Η επιστροφή αυτή οδήγησε σε παρορμητικές συμπεριφορές. Με τη γέννηση του πρώτου παιδιού της η Κ., αναγνώρισε ότι έρεπε να αναλάβει πάλι τις ευθύνες της ως μητέρα. Συνολικά, η Κ. θεώρησε την παιδική της ηλικία ως συναισθηματικά μη υποστηρικτική και ασταθή. Ως έφηβη, ανέλαβε το ρόλο ενός γονέα, κάτι για το οποίο παραπονέθηκε. Αναγνώρισε ότι ανέπτυξε ισχυρά ανεπίλυτα συναισθήματα θυμού προς τη μητέρα της και αυτά τα συναισθήματα συνεχίζουν να εμφανίζονται στην παρούσα τους σχέση.

Εκτίμηση της κατάστασης

Μιλώντας μαζί της στα πλαίσια της πρώτης επαφής μεταξύ ασθενούς και νοσηλεύτη για την επίτευξη της ακριβούς διάγνωσης, η Κ. δήλωσε πως ήταν λυπημένη διαρκώς, είχε προβλήματα με τον ύπνο τη νύχτα και παρουσίαζε υπερκατανάλωση τροφής. Ανέφερε ότι ο ύπνος της ήταν διαταραγμένος, καθώς τις περισσότερες ώρες ήθελε να κοιμηθεί. Μάλιστα ορισμένες νύχτες δεν μπορούσε καθόλου να κοιμηθεί, και αν το έκανε, κοιμόταν για μερικές μόνο ώρες. Δήλωσε ότι τις ώρες που ήταν ξύπνια τις περνούσε με σκέψη και ανησυχία. Αναγνώρισε ότι μερικές από τις ανησυχίες της περιλάμβαναν σκέψεις ότι δεν ήταν καλή μαμά και θεώρησε ότι ήταν πρόβλημα στο σύζυγό της ενώ χαρακτηριστικό είναι πως σκέφτηκε ότι η κατάθλιψή της επιδεινώθηκε μετά τη γέννηση του τρίτου παιδιού της πριν από δέκα μήνες. Αρνήθηκε αυτοκτονική συμπεριφορά και σχετικές σκέψεις. Επιπλέον, δήλωσε ότι η κατάθλιψη την επηρέασε κοινωνικά, επειδή την εμπόδιζε να συμμετέχει σε οικογενειακές εκδηλώσεις. Ανέφερε ότι αισθάνθηκε ότι δεν μπορεί να εργαστεί έξω από το σπίτι της, γεγονός που είχε οικονομικό αντίκτυπο. Ειδικά τώρα που είχε και ένα τρίτο παιδί οι ανάγκες ήταν αυξημένες την ώρα που οι οικονομικοί πόροι του σπιτιού μειώνονταν. Εξέφρασε τη δυστυχία ότι δεν ήταν το άτομο που ήθελε να είναι, και δήλωσε ότι η κατάθλιψή της "καταστρέφει τη ζωή της".

Η Κ. ανέφερε ότι ζήτησε βοήθεια πριν από έξι μήνες από την κατάθλιψη μετά τον τοκετό μετά τη γέννηση του τρίτου παιδιού της, του Χ. Δήλωσε ότι ένιωσε τα πρώτα σημάδια κατάθλιψης όταν διαπίστωσε ότι ήταν έγκυος και η κατάθλιψη εξακολούθησε να επιδεινώνεται μετά τη γέννηση του παιδιού. Κατά τη διάρκεια των αρχικών μηνών της εγκυμοσύνης της, ήταν κουρασμένη, λυπημένη, χωρίς ενέργεια, ενώ θυμάται τον εαυτό της να κλαίει αρκετές φορές την εβδομάδα. Αναφέρει ότι αισθάνθηκε εξαντλημένη αλλά δεν μπορούσε να κοιμηθεί. Δήλωσε ότι ένιωθε ότι «έχασε τον έλεγχο της ζωής της». Αναγνώρισε ότι αυτά τα συναισθήματα συνεχίστηκαν μετά τη γέννηση του Χ παρόλο που αγαπούσε το

μωρό της. Ο γυναικολόγος της συνταγογράφησε 20 mg. της Paxil, συνταγή την οποία συνέχισε να παίρνει για λίγους μήνες. Αναφέρει ότι διέκοψε τη φαρμακευτική αγωγή επειδή σκέφτηκε ότι δεν την βοηθούσε. Είπε ότι δεν λειτούργησε και δεν αισθάνθηκε καμία διαφορά στην κατάθλιψη. Δήλωσε επίσης ότι δεν της αρέσει να παίρνει φάρμακα. Δεν είχε αναφέρει άλλες περιόδους κατάθλιψης στον ύπνο της.

Η Κ. είπε ότι ο σύζυγός της αναγνώρισε ότι είχε κάποιο πρόβλημα και ότι υποστήριζε την αναζήτηση της θεραπείας. Δηλώνει ότι ήθελε να την βοηθήσει, αλλά δεν ήξερε τι να κάνει. Σύμφωνα με αυτήν, έκανε ότι έπρεπε για να την βοηθήσει και να αποδεχτεί την παροχή συμβουλών. Αναφέρει ότι ήταν πρόθυμος να συμμετάσχει αν χρειαζόταν. Δήλωσε ότι ανησυχεί ότι η κατάθλιψή της μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στο γάμο της εάν δεν την ξεπεράσει σύντομα. Η Κ. δήλωσε ότι η αδελφή της και ο πατέρας τη ήταν επίσης σύμφωνοι με την απόφασή της αυτή. Αναφέρει λοιπόν ότι μίλησε μαζί τους και μοιράστηκε το πώς αισθάνθηκε, αλλά μόνο σε κάποιο βαθμό.. Η Κ. αναγνώρισε ότι οι πρωταρχικές πηγές άγχους της σχετίζονται με την έλλειψη οικονομικών πόρων, τις μακρές ώρες φροντίδας των παιδιών της και τη δυσκολία διαχείρισης της συμπεριφοράς του μικρότερου παιδιού της. Η Κ. δήλωσε επίσης ότι η μητέρα της συνέχισε να αποτελεί αιτία άγχους εξαιτίας της έλλειψης συναισθηματικής αμοιβαιότητας. Μάλιστα μας εκμυστηρεύτηκε ότι φοβόταν και η ίδια για το αν είναι καλή μητέρα για τα παιδιά της. Φαίνεται πως η πίεση που είχε δεχτεί η Κ. κατά την εφηβική της ηλικία είχε τεράστιο αντίκτυπο στην τωρινή της ζωή. Η Κ. θέλει να είναι μια καλή μητέρα, κόρη, αδελφή, σύζυγος και φίλη που κάνει τους πάντες ευτυχείς χωρίς να λαμβάνει υπόψη τα συναισθήματα και τις ανάγκες της. Η Κ. αναφέρει ότι θέλει να είναι μια καλή μαμά στα παιδιά της και μια καλύτερη μητέρα απ ότι η μητέρα της ήταν σε αυτήν. Δήλωσε ότι προγραμματίζει πάντα εκδρομές με τα παιδιά όπως ταξίδια στην παραλία, το τσίρκο και διάφορα άλλα σημεία ενδιαφέροντος. Ωστόσο, ανέφερε ότι αν και πραγματοποίησε τις δραστηριότητες αυτές, δεν απολάμβανε καμία από αυτές. Ανέφερε ότι γι 'αυτό θα είχε σκέψεις ότι δεν ήταν καλή μητέρα. Είχε επίσης αισθήματα ενοχής. Δήλωσε ότι αυτή τη στιγμή δεν αισθάνεται ότι είναι "συναισθηματικά εκεί" για τα παιδιά της, λόγω της τρέχουσας κατάστασης της κατάθλιψης. Η Κ. δήλωσε ότι η μητέρα της δεν ήταν εκεί για εκείνη και τα αδέρφια

της κατά την διάρκεια της κρίσιμης ηλικίας ανάπτυξης. Έτσι αυτή ήταν αναγκασμένη να κάνει όσα έπρεπε ως μεγαλύτερη κόρη για να βοηθήσει τα αδέρφια της και τον πατέρα της.

Διάγνωση

Σύμφωνα με το DSM-V η ασθενής παρουσιάζει χαρακτηριστικά που ταιριάζουν με αυτά μιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στις περισσότερες δραστηριότητες είναι εμφανής, όπως και οι αλλαγές στις συνήθειες ύπνου (Gold & Chrousos, 2013). Οι απότομες αλλαγές στο βάρος, την όρεξη και τα επίπεδα ενέργειας είναι επίσης εμφανείς, καθώς και επίπεδα ψυχοκινητικής δραστηριότητας. Η Κ. βιώνει αισθήματα αμέλειας και ενοχής. Έχει δυσκολία να προσπαθεί να σκεφτεί και να επικεντρωθεί, γεγονός που επηρεάζει την ικανότητα λήψης αποφάσεων. Αν και δηλώνει ότι δεν έχει αυτοκτονικό ιδεασμό, επιθυμεί να εξαφανιστεί για να ξεφύγει από την τρέχουσα κατάσταση. Αυτά τα συμπτώματα συνεχίστηκαν για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, κάθε μέρα, για τουλάχιστον δύο συνεχόμενες εβδομάδες (Friedman, 2012). Η δυσφορία συνοδεύει αυτά τα συμπτώματα προκαλώντας ελλείμματα σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς και άλλους τομείς λειτουργίας. Η Κ. δηλώνει ότι αισθάνεται θλίψη και απελπισία. Φωνάζει ή αισθάνεται σαν να κλαίει συχνά. Εκδηλώσεις θυμού έχουν επίσης συμβεί. Οι ανησυχίες, το άγχος, τα σωματικά παράπονα και οι φοβίες έχουν εκδηλωθεί με αποτέλεσμα να μην μπορεί να συγκεντρωθεί (Dowrick & Frances, 2013).

Προκειμένου να εκχωρηθεί μια διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στην Κ. πρέπει πρώτα να αποδειχθεί ότι πληροί τα κριτήρια για ένα σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο. Η Κ. παρουσίασε τουλάχιστον πέντε από τα συμπτώματα που ήταν απαραίτητα για τη διάγνωση ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και, επιπλέον, αυτά τα συμπτώματα ήταν παρόντα για περισσότερο από μια

περίοδο δύο εβδομάδων. Πιο συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίασε κατάθλιψη κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, ενώ ένιωθε θλίψη μέρα με τη μέρα και φώναζε συχνά. Το ενδιαφέρον και η ευχαρίστηση σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, μειώνονταν καθημερινά (η Κ. δεν έδειχνε κανένα ενδιαφέρον ούτε απολάμβανε οποιαδήποτε απόλαυση από τις δραστηριότητες στις οποίες συμμετείχε). Αποφύγει κάποιες κοινωνικές δραστηριότητες όπως η συνάντηση με φίλους τις οποίες απολάμβανε στο παρελθόν. Εξέφρασε ότι δεν υπάρχει τίποτα που να την κάνει να ανυπομονεί, και τίποτα δεν την ενθουσιάζει. Κέρδισε απότομα βάρος, κυρίως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της και δεν κατάφερε να το χάσει. Αναφέρει επίσης την υπερκατανάλωση τροφής και την κατανάλωση μεγάλων λιπαρών τροφών για να την καταπραΰνει. Το τέταρτο σημαντικό στοιχείο του κλινικού τη προφίλ που βοηθά στην διάγνωση είναι η αϋπνία. Η Κ. είχε δυσκολία να κοιμηθεί. Είπε ότι πάει στο κρεβάτι στις 2:00 ή στις 3:00 π.μ. και θα κοιμηθεί ανήσυχα για μερικές ώρες παρόλο που η κόπωση και η απώλεια ενέργειας είναι παρούσες κάθε μέρα. Τα συναισθήματα ακατάλληλης ενοχής και ατιμωρησίας σχεδόν κάθε μέρα την βασανίζουν. Το ίδιο ισχύει και για την αναποφασιστικότητα, την αδυναμία συγκέντρωσης σχεδόν κάθε μέρα αφού η ίδια περιέγραψε τις σκέψεις της ως μπερδεμένες και μια σύγχυση να την διακατέχει. Χρειάστηκε πολύς χρόνος για να πάρει μια απόφαση, και τότε θα αλλάξει γνώμη. Είχε αμφιβολίες για τις αποφάσεις που έλαβε τελικά. Μάλιστα η ίδια δηλώνει ότι θυμάται την μητέρα της να έχει σχετικά συμπτώματα κατάθλιψης τα οποία πολλές φορές την οδηγούσαν στον αλκοολισμό. Σημαντική σε αυτό το σημείο είναι η αναφορά των Leyden-Rubenstein (1999) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή οι γονείς, τα αδέρφια και τα παιδιά, των ατόμων με μεγάλη κατάθλιψη έχει διαπιστωθεί ότι έχουν κατά δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερη παρουσία μείζονος κατάθλιψης από ό, τι τα άλλα άτομα. Η άποψη αυτή φαίνεται πως τεκμηριώνεται και σε αυτή την περίπτωση της Κ. αφού η μητέρα της έπασχε από σχετικό πρόβλημα.

Η διαταραχή αυτή αρχίζει συνήθως εντός τριών μηνών από τον στρεσογόνο παράγοντα. Ο στρεσογόνος παράγοντας σε αυτή την περίπτωση μπορεί να είναι

προδιάθεση, αλλά τα συμπτώματα δεν διαρκούν περισσότερο από έξι μήνες μετά τη διακοπή του στρες ή συνέπειες. Το παιδί είναι πλέον σχεδόν ενός έτους και η κατάθλιψη συνεχίζεται. Η διαταραχή προσαρμογής συχνά συσχετίζεται με απόπειρες αυτοκτονίας, κατάχρηση ουσιών και σωματικές καταγγελίες. Ωστόσο αυτά δεν είναι εμφανή σε αυτόν τον ασθενή. Στην περίπτωση της, πληροί τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτικό επεισόδιο σε απάντηση σε έναν αγχωτικό παράγοντα. Υπάρχει επίσης ιστορικό διαταραχών διάθεσης στην οικογένειά της, και συγκεκριμένα στην μητέρα της. (Vogelzang et al., 2016).

Θεραπεία

Μετά την αρχική συνεδρία όταν καταγράφησαν οι πληροφορίες πρόσληψης, οργανώθηκε ένα σχέδιο θεραπείας που επικεντρώθηκε στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων του ασθενούς. Η ασθενής είχε πέντε συγκεκριμένους στόχους για θεραπεία. Ο πρώτος στόχος της ήταν ότι ήθελε να μπορεί να απολαμβάνει ξανά δραστηριότητες με τα παιδιά και τον σύζυγό της. Δεύτερον, ήθελε να αισθανθεί χαρούμενη και να μειώσει τα ξεσπάσματα του κλάματος. Ένας τρίτος στόχος ήταν να μπορέσει να κοιμηθεί για μεγαλύτερες περιόδους κατά τη διάρκεια της νύχτας. Ήθελε επίσης να είναι σε θέση να πει "όχι" σε αιτήματα από μέλη της οικογένειας και τους φίλους χωρίς την συνολική ενοχή που συνόδευε αυτή τη στιγμή. Οι συνεδρίες θεραπείας άρχισαν με μια επισκόπηση της κατάθλιψης για να αισθανθεί η ασθενής άνετα. Στην αρχή περιέγραφε τον εαυτό της ως "τρελό", και ένιωθε ότι κάτι δεν πήγαινε καλά μαζί της. Ως επαγγελματίε υγείας την ενημερώσαμε ότι η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που βιώνουν πολλοί άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, η οποία όμως μπορεί να θεραπευτεί με τις κατάλληλες παρεμβάσεις. Χρησιμοποιώντας τις σωστές επικοινωνιακές δεξιότητες και κυρίως την ικανότητα της ενσυναίσθησης κάναμε την ασθενή να νιώσει πολύ άνετα και να ανοιχθεί. Δείχνοντάς της το ανθρώπινο πρόσωπό μας την βοηθήσαμε να μας εμπιστευτεί και η ίδια να νιώσει μεγάλη οικειότητα. Όπως αναφέρουν και οι Bauchat et al. (2016), ένας από τους

κυριότερους στόχους της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να κάνουν τον ασθενή να συμμετέχει σε δραστηριότητες κοινωνικού αλλά και αθλητικού χαρακτήρα οι οποίες θα τον βοηθήσουν να βελτιώσει τα επίπεδα ύπνου του. Στόχος επίσης είναι να βοηθήσει ο νοσηλευτής τον ασθενή να ενδυναμώσει τον συναισθηματικό κόσμο του βοηθώντας τον να αναγνωρίσει τα συναισθήματα που τον έχουν κυριεύσει αλλά και να ξεφύγει από τις άσχημες σκέψεις, να τον ενθαρρύνει να θέτει εύκολους και προσιτούς στόχους, προκειμένου να τα καταφέρει και να τον επιβραβεύει κάθε φορά που τους πετυχαίνει. Έτσι, βοηθήσαμε την Κ. να πάρει θάρρος και να καταλάβει τον εαυτό της και την κατάστασή της με περισσότερη αποδοχή και συμπόνια. Εξετάστηκαν μέθοδοι αντιμετώπισης της κατάθλιψης και στη συνέχεια επεξηγήθηκε η νοητική συμπεριφορική θεραπεία.

Μόλις επεξηγήθηκε η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία στην ασθενή, άρχισε να συμπληρώνει φύλλα εργασίας που ονομάζονται Δρομολόγια Δράσης. Αυτά χρησιμοποιήθηκαν για να δείξουν τι πέτυχε κατά τη διάρκεια της ημέρας, ώστε να μπορεί να δει αν θέτει στόχους και να τους επιτύχει. Ο σκοπός αυτής της δραστηριότητας ήταν να βοηθήσει τον πελάτη να εξουδετερώσει την τάση να αποκλείσει τα επιτεύγματα που έκανε. Έχει πραγματικά την ευκαιρία να δει τι δραστηριότητες είχε κάνει για την ημέρα και να απολαύσει το γεγονός ότι χρησιμοποίησε το χρόνο της καλά. Μία από τις βασικές της πεποιθήσεις ήταν ότι δεν ήταν αξιοπρεπής μητέρα. Μέσα από όλες τις δουλειές που έκανε κάθε μέρα, ενημερώθηκε για τα καλά πράγματα που έκανε για τα παιδιά της. Πλέον ήταν σε θέση να θέσει στόχους που ήθελε να ολοκληρώσει για την επόμενη εβδομάδα. Αυτό βοήθησε να διατηρηθεί η εστίασή της και στο στόχο. Μπορούσε επίσης να αποφασίσει εάν οι προσδοκίες της ήταν ρεαλιστικές ή εάν έπρεπε να κάνει προσαρμογές στους στόχους που θέλησε να επιτύχει. Για τους Möller, et al. (2011) η πρακτική αυτή αποτελεί τον καλύτερο τρόπο για να γνωρίσει ο ασθενής τον εαυτό του. Στα πλαίσια λοιπόν της μη φαρμακολογικής θεραπείας οι νοσηλευτές χτίζουν την εμπιστοσύνη με τους ασθενείς στη διαδικασία φροντίδας και προσφέρουν μια ολιστική φροντίδα λαμβάνοντας υπόψη τη δύναμη και τις αδυναμίες των ασθενών τους. Σημαντικό είναι να ανφερθεί πως και στην προκειμένη περίπτωση πραγματοποιήθηκε ενημέρωση προς την οικογένεια της

ασθενούς, ενώ ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην εκπαίδευσή τους. Πιο συγκεκριμένα η οικογένεια έμαθε πως δεν πρέπει να έχει απαιτήσεις διαρκώς από την 29χρονη μητέρα και πως πρέπει να την υποστηρίζουν να κάνει πράγματα για τον εαυτό της.

Στο τέλος της πέμπτης συνεδρίας, η ασθενής αποφάσισε να δοκιμάσει για την φαρμακευτική αγωγή συνδυαστικά με την μη φαρμακολογική θεραπεία, γεγονός που λειτουργεί εποικοδομητικά βάσει των ευρημάτων διεθνών ερευνών. Σκέφτηκε ότι αυτό θα μπορούσε να μειώσει περαιτέρω τα καταθλιπτικά συμπτώματά της και να έχει ταχύτερα αποτελέσματα. Κανονίστηκε ραντεβού με τον ψυχίατρο και αφού πραγματοποιήθηκαν οι κατάλληλοι έλεγχοι συμφώνησε να λαμβάνει 50 mg. Zoloft καθημερινά. Δεν ήταν ευχαριστημένη βέβαια με τις παρενέργειες, αλλά είπε ότι θα το δοκιμάσει για τουλάχιστον δύο εβδομάδες για να δει αν έχει παρατηρήσει οποιεσδήποτε θετικές αλλαγές. Η Κ. ενημερώθηκε για την σύσταση του φαρμάκου, τις παρενέργειές του, τα οφέλη του αλλά και τις δόσεις που πρέπει να λαμβάνει ανα τακτά χρονικά διαστήματα καθ όλη την διάρκεια της ημέρας. (Gartlehner et al., 2011).

Μετά από μικρό χρονικό διάστημα ανέφερε ότι ήταν σε θέση να κοιμηθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της νύχτας. Με το πέρας ενός ολοκληρωμένου μήνα, γεμάτου παρεμβάσεις βάσει του εξατομικευμένου νοσηλευτικού πλάνου, σημειώθηκαν τεράστιες αλλαγές. Πιο συγκεκριμένα, η ασθενής ανέφερε ότι αισθάνεται καλύτερα, είναι πιο ενεργή, έχει περισσότερη ενέργεια, κοιμάται καλύτερα και παίρνει αποφάσεις με τις οποίες ήταν πιο ευτυχισμένη. Εν ολίγοις, η θεραπεία φαινόταν να είναι μια θετική εμπειρία για αυτήν.

Φαινόταν να κατανοεί πλέον τα αποτελέσματα που είχαν τα αρνητικά πρότυπα σκέψης της στη συναισθηματική της κατάσταση. Αντιμετώπισε επίσης τις σκέψεις της και αναγνώρισε τις γνωστικές αλλοιώσεις που υπήρχαν. Ήταν υπερήφανη για τις ιδέες της και το κίνητρό της να κάνει αλλαγές στο πώς νιώθει. Αρχικά είδε τον εαυτό της ως θύμα που δεν είχε κανέναν έλεγχο στη ζωή της ή στην κατάθλιψή της. Έμαθε πλέον πως μπορεί να έχει πολύ καλύτερο έλεγχο σε ό, τι συνέβη σε αυτήν. Έδειξε πώς οι αρνητικές σκέψεις μπορούν να αλλάξουν και να αλλάξουν συναισθήματα. Είχε την πεποίθηση ότι οι άνθρωποι που την

εκμεταλλεύονταν θα έβλεπαν το λάθος των τρόπων τους και θα την αντιμετώπιζαν καλύτερα. Ήταν αντιμετώπιση με την πραγματικότητα ότι αυτό δεν είχε συμβεί και πιθανότατα δεν θα συνέβαινε. Το άτομο που έπρεπε να αλλάξει ήταν αυτή.

Βιβλιογραφία

1. Αλεξόπουλος Δ., (2011), *Ψυχομετρία*, Αθήνα: Πεδίο.
2. Μπίμπου, Α., & Κιοσέογλου, Γ. (2001), *Προσδιορισμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά και εφήβους σχολικής ηλικίας. II Παράγοντες φύλου και ηλικίας στην αξιολόγηση παιδιών και εφήβων με σημαντική παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων*. Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία, 3, 1, 96-109.
3. Ραγιά, Α., 2001. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
4. Φώσκολος, Δ. (2011). *Στρες, Κατάθλιψη και Alzheimer: Το τρίγωνο της λήθης*. Εγκέφαλος, 48, 131-136.
5. Abbass, A., & Driessen, E. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a summary of recent findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 398.
6. Akhondali, Z., Dianat, M. and Radan, M. (2015) 'Electronic Physician (ISSN: 2008-5842)', *Electronic Physician*, 7(1), pp. 971–976. doi: 10.14661/2015.971-976.
7. American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 3rd ed., Arlington, VA: American Psychiatric Association (APA); 2010.
8. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th Text Revision ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
9. American Psychiatric Association (2013) *American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, *American Journal of Psychiatry*. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.744053.
10. American Society of Addiction Medicine (2001). *Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders: ASAM PPC-2R*. (2nd-Rev. ed.) Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.

11. Anaebere, A. K. and Delilly, C. R. (2012) 'Faith community nursing: Supporting mental health during life transitions', *Issues in Mental Health Nursing*, 33(5), pp. 337–339. doi: 10.3109/01612840.2011.631164.
12. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2012;16:77–84.
13. Bauchat, J. R., Seropian, M. and Jeffries, P. R. (2016) 'Communication and Empathy in the Patient-Centered Care Model-Why Simulation-Based Training Is Not Optional', *Clinical Simulation in Nursing*, 12(8), pp. 356–359. doi: 10.1016/j.ecns.2016.04.003.
14. Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559.
15. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
16. Bergamaschi, V. et al, 1992. Υγεία – Οδηγός Υγιεινής. Αθήνα: Δομική.
17. Bhowmik, D. et al. (2012) 'Depression - Symptoms, Causes, Medications and Therapies', *'The Pharma Innovation' Journal*, 1(3), pp. 32–45. Available at: <http://thepharmajournal.com/vol1Issue3/5.html>.
18. Chan, M. F., Chan, E. A. and Mok, E. (2010) 'Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomised controlled trial', *Complementary Therapies in Medicine*. Churchill Livingstone, 18(3–4), pp. 150–159. doi: 10.1016/J.CTIM.2010.02.004.
19. Dinarello, C. A. (2000). *Proinflammatory cytokines*. *Chest*, 118, 503-508.
20. Council of Europe (1984): Education for health: Preventing Dependence and Addiction, Council of Europe, Strasbourg. (87)
21. Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 100

22. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, et al. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*. 2013;12:137–48.
23. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, et al. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:1219–29.
24. Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(1), 56–67.
25. Driessen, E., Van, H. L., Don, F. J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., ... Dekker, J. J. M. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1041–50.
26. Economou, M. *et al.* (2013) 'Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece', *Journal of Affective Disorders*, 145(3), pp. 308–314. doi: 10.1016/j.jad.2012.08.008.
27. Fekadu, N., Shibeshi, W. and Engidawork, E. (2017) 'Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management.', *Journal of Depression and Anxiety*, 6(1), pp. 1–7. doi: 10.4172/2167-1044.1000255.
28. Fitelson, E. *et al.* (2010) 'Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options.', *International journal of women's health*, pp. 1–14. doi: 10.2147/IJWH.S6938.
29. Flach FF.: Κατάθλιψη. Η μουσική της δύναμη. Εκδόσεις “Δ ΙΟΔΟΣ”, Αθήνα 1974.
30. Friedman R. (2012). Grief, depression, and the DSM-5. *N Engl J Med*;366:1855-7

31. Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: an updated meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2011 Dec 6;155(11):772-85. Epub: 2011/12/08. PMID: 22147715.
32. George AL, Bennett A. Case studies and theory development in the social sciences. Cambridge, MA: MIT Press; 2005.
33. Ghadirian, A.-M. (2015) 'Depression: Biological, Psychosocial, and Spiritual Dimensions and Treatment', *The Journal of Baha'i Studies*, 25(4), p. 25–60,103. Available at: http://ezproxy.lib.ucalgary.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/1787999490?accountid=9838%0Ahttp://dc8qa4cy3n.search.serialsolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%3Acbcacomplete&rft_val_fmt=info:ofi/.
34. Gold, P. & Chrousos, G. (2013). Melancholic and atypical subtypes of depression represent distinct pathophysiological entities: CRH, neural circuits, and the diathesis for anxiety and depression. *Molec Psychiatry*;18:632-4.
35. Grande, I. *et al.* (2015) 'Bipolar disorder', *The Lancet*, 6736(15), pp. 1–12. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00241-X.
36. Hirschfeld (2014) 'Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder', *Journal of affective disorders*. Elsevier B.V., 169, pp. S12–S6. doi: 10.1016/S0165-0327(14)70004-7.
37. Horwitz, A. V., Wakefield, J. C. and Lorenzo-Luaces, L. (2016) 'History of Depression', 1(April 2016). doi: 10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2.
38. Hyde, P. S., Falls, K., Morris, J. A., & Schoenwald, S. K. (2003). *Turning Knowledge Into Practice: A Manual for Behavioral Health Administrators and Practitioners About Understanding and Implementing Evidence-Based Practices*. Boston, MA: The Technical Assistance Collaborative, Inc.
39. Irwin, M. (2002). *Psychoneuroimmunology of Depression: Clinical Implications*. *Brain, Behavior, and Immunity*, 16, 1-16.

40. Lazarus, J. (2000). *Stress Relief and Relaxation Techniques*. Los Angeles: Keats Publishing.
41. Leonard, B. E., & Myint, A. (2009). *The psychoneuroimmunology of depression*. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 24, 165–175.
42. Leyden-Rubenstein, L.A., (1999), *The Stress Management Handbook: Strategies for Health and Inner Peace*. New Canaan, CT: Keats Publishing.
43. Maat de SM, Dekker J, Schoevers RA, et al. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2007;22:1–8.
44. McCormick, U., Murray, B. and Mcnew, B. (2015) 'Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses', *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(9), pp. 530–542. doi: 10.1002/2327-6924.12275.
45. Melrose, S. (2017) 'Persistent Depressive Disorder or Dysthymia: An Overview of Assessment and Treatment Approaches', *Open Journal of Depression*, 6(1), pp. 1–13. doi: 10.4236/ojd.2017.61001.
46. Mills, A. J., Durepos, G. and Wiebe, E. (2010). *Encyclopedia of case study research*. London: Sage.
47. Myint, A. M., & Kim, Y. K., & Verkerk, R., & Scharpe, S., & Steinbusch, H., & Leonard, B. E. (2007), Kynurenine pathway in major depression; evidence of impaired neuroprotection. *Journal of Affective Disorders*, 98, 143–151.
48. Naushad, S. *et al.* (2014) 'Study of proportion and determinants of depression among college students in Mangalore city', *Nigerian Medical Journal*, 55(2), p. 156. doi: 10.4103/0300-1652.129657.
49. Nunes, E., Rubin, E., Carpenter, K., & Hasin, D. (2006), *Mood disorders and substance use*. In D. J. Stein, D. J. Kupfer, & A. F. Schatzberg (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders*. (pp. 653–671). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

50. O' Connor, T. M., & O' Halloran, D. J., & Shanahan, F. (2000). The stress response and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: from molecule to melancholia. *Quarterly Journal of Medicine*, 93, 323-333.
51. Park, S. C. *et al.* (2015) 'Knowledge and attitude of 851 nursing personnel toward depression in general hospitals of Korea', *Journal of Korean Medical Science*, pp. 953–959. doi: 10.3346/jkms.2015.30.7.953.
52. Patel, V. (2017) 'Talking sensibly about depression', *PLoS Medicine*. doi: 10.1371/journal.pmed.1002257.
53. Phillips, M. L. and Kupfer, D. J. (2013) 'Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions', *Lancet*, 381(9878), pp. 1663–1671. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60989-7.
54. Poona, D. C. H., & Hoa, Y. S., & Chiu, K., & Chang, R. C. C. (2013). *Cytokines: How important are they in mediating sickness*. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 1–10.
55. Reynolds, C. R. and Kamphaus, R. W. (2013) 'DSM-5™ Diagnostic Criteria', *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*, 5, pp. 32–34.
56. Reynolds, J. *et al.* (no date) 'Clinical Practice Models for the Use of E-Mental Health Resources in Primary Health Care by Health Professionals and Peer Workers: A Conceptual Framework.', *JMIR Ment Health*, pp. e6–e6. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607387/?tool=pubmed> %5Cn<http://dx.doi.org/10.2196/mental.4200>.
57. Rowe D. (1983), *Helping the depressed patient* Nursing Times, London. (93)
58. Sadock, B. & Sadock, V. (2007). *Kaplan & Sadock's Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*, Αθήνα: Εκδ.Λίτσας
59. Sampaio, F., da Cruz Sequeira, C. and Lluch Canut, M. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies, *Journal of Clinical Nursing*. 24(1):21-6.
60. Sarokhani, D. *et al.* (2013) 'Prevalence of depression among university

- students: A systematic review and meta-analysis study', *Depression Research and Treatment*. doi: 10.1155/2013/373857.
61. Segre, L. S. *et al.* (2010) 'Nursing care for postpartum depression, part 1: Do nurses think they should offer both screening and counseling?', *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, pp. 220–225. doi: 10.1097/NMC.0b013e3181dd9d81.
 62. Semioshkina, N. and Voigt, G. (2016) 'An overview on ...', *Journal Of Radiation Research*, 47 Suppl A(2), pp. A95–A100. doi: 10.1016/j.steroids.2009.10.005.
 63. Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
 64. Stoyanova, S. Y. (2014) 'Depression — Factors , Symptoms , Prevention and the Role of Open Journal of Depression', 3(1), pp. 3–4.
 65. Styron, W. (1992). *Darkness Visible: A Memoir of Madness*. New York: Vintage Books.
 66. Summers, R. F., & Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. Guilford Press
 67. Suzuki, K. *et al.* (2015) 'Screening for major depressive disorder with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) in an outpatient clinic staffed by primary care physicians in Japan: A case control study', *PLoS ONE*, 10(3), pp. 2–9. doi: 10.1371/journal.pone.0119147.
 68. Sue, D. W., & Sue, D. (2003). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. (4th ed.) New York: John Wiley and Sons.
 69. Vogelzangs N, Duivis H, Beekman A, Kluit C, Neuteboom J, *et al.* (2012) Association of depressive disorders, depression characteristics and antidepressant medication with inflammation. *Translational Psychiatry* 2: 1-9.
 70. Winston, A., Rosenthal, R. N., & Pinsker, H. (2004). *Introduction to Supportive Psychotherapy*, Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc..
 71. World Health Organization (2012) *Depression, Fact sheet N°369*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

72. World Health Organization (2014) 'Preventing suicide.', *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 143(7), pp. 609–610. doi: ISBN: 978 92 4 156477 9.
73. World Health Organization (2017) 'Depression and other common mental disorders: global health estimates', *World Health Organization*, pp. 1–24. doi: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
74. Wu & Zhang (2015) 'Practice Matters: Screening and Referring Congregants with Major Depression', *International Journal of Faith Community Nursing*, 1(3), pp. 81–90.
75. Wu & Zhang (2017) 'Effect of High-quality Nursing on Improvement of Anxiety and Depression of Patients with Acute Stroke in MRI Examination', 46(12), pp. 1646–1651.
76. Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.