

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ



κ. ΖΙΩΓΟΥ ΘΕΟΛΟΓΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 15 - 4 - 2008

ΜΑΡΙΝΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	6
2.1: Γυναίκες	7
2.2: Άντρες	7
2.3: Παιδιά - Έφηβοι	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΝΝΟΙΕΣ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	11
3.1: Τι εννοούμε με τον όρο "Κατάθλιψη" στην καθημερινή γλώσσα;	11
3.2: Τι εννοούμε με τον όρο "Κατάθλιψη" στην Ψυχιατρική;	12
3.3: Ποια είναι η διαφορά μεταξύ του φυσιολογικού καταθλιπτικού συναισθήματος και της Κλινικής Κατάθλιψης;.....	13
3.4: Μπορεί μαζί με την Κατάθλιψη να συνυπάρχουν κι άλλες ψυχολογικές δυσκολίες;	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	14
4.1: Γενετικοί παράγοντες	14
4.2: Βιολογικοί παράγοντες	15
4.3: Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	16
4.3.1: Ανώμαλες αντιδράσεις σε απώλεια	17
4.3.2: Ψυχοδυναμικές θεωρίες	17
4.3.3: Έλλειψη αυτοεκτίμησης	18
4.3.4: Διαπροσωπική θεωρία	19
4.3.5: Γνωσιακή θεωρία	19
4.3.6: Εκμάθηση αδυναμίας	20
4.3.7: Συμπεριφορικές θεωρίες	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	22
5.1: Θλίψη - Δυστυχία	24
5.2: Χαρακτηριστικές εκφράσεις προσώπου	24
5.3: Διαταραχή ύπνου	24
5.4: Διαταραχή στην όρεξη	25
5.5: Έλλειψη ικανοποίησης	26
5.6: Έλλειψη κινήτρων - ενεργητικότητας	26
5.7: Τύψεις - Ενοχές	26
5.8: Ανικανότητα - Αδυναμία	27
5.9: Σωματικός πόνος	27
5.10: Άγχος	27
5.11: Έλλειψη συγκέντρωσης	28
5.12: Τάσεις αυτοκτονίας	28

5.13:	Εφιάλτες	29
5.14:	Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ		31
6.1:	Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών ασθενειών	31
6.2:	Ταξινόμηση των καταθλιπτικών διαταραχών κατά DSM-IV	33
6.2.1:	Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	33
6.2.2:	Δυσθυμική διαταραχή	39
6.2.3:	Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		43
7.1:	Βασικές αρχές αντιμετώπισης της Κατάθλιψης	43
7.2:	Προσδιορισμός των στόχων	43
7.3:	Θεραπευτική αντιμετώπιση	44
7.4:	Σωματικές - Βιολογικές θεραπείες	44
7.4.1:	Φαρμακευτική θεραπεία	44
7.4.2:	Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	53
7.4.3:	Φωτοθεραπεία	56
7.4.4:	Άσκηση	57
7.4.5:	Διατροφή	57
7.5:	Ψυχοκοινωνικές θεραπείες	61
7.5.1:	Ενίσχυση θεραπευτικών δεσμών	62
7.5.2:	Γνωσιακή θεραπεία	62
7.5.3:	Συμπεριφορική θεραπεία	63
7.5.4:	Οικογενειακή θεραπεία	64
7.5.5:	Ομαδική θεραπεία	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΝΟ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ		68
8.1:	Νοσηλευτική εκτίμηση	68
8.2:	Ανάλυση και νοσηλευτική διάγνωση	69
8.3:	Σχεδιασμός νοσηλευτικής παρέμβασης και προκαθορισμός αναμενόμενου αποτελέσματος	70
8.4:	Εφαρμογή του νοσηλευτικού πλάνου	71
8.5:	Αξιολόγηση αποτελέσματος	75
ΕΠΙΛΟΓΟΣ		76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ		79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1		80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2		81

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ύστερα από την έντονη ενασχόληση με το άγχος κατά το πρώτο μισό του προηγούμενου αιώνα, στο δεύτερο μισό του η έντονη ενασχόληση επικεντρώνεται στην κατάθλιψη. Έτσι η κατάθλιψη με την ποικιλία των συμπτωμάτων της φαίνεται να είναι πανταχού παρούσα, γι' αυτό και οι νοσηλευτές, οι γιατροί αλλά και οι συγγενείς προς αυτούς πρέπει να μπορούν να αναγνωρίζουν εγκαίρως τα συμπτώματα της διαταραχής. Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να ευνοήσει και τη αποτελεσματικότερη θεραπεία.

Ο σκοπός της εργασίας είναι να προσφέρει συνοπτικά και συγχρόνως περιεκτικά, όσες γνώσεις είναι απαραίτητο να έχει ο καθένας από εμάς στον επαγγελματικό χώρο αλλά και στις οικογένειές μας έτσι ώστε να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει έγκαιρα κάθε καταθλιπτική διαταραχή που ενδέχεται να παρουσιαστεί στο άμεσο είτε έμμεσο περιβάλλον.

Κεφάλαιο 1: *ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ...*

Η ιστορία της κατάθλιψης στη Δύση συνδέεται στενά με την ιστορία της δυτικής σκέψης και θα μπορούσε να διαιρεθεί σε πέντε κύρια στάδια. Η άποψη του αρχαίου κόσμου για την κατάθλιψη έμοιαζε εκπληκτικά με τη δική μας.

Ο Ιπποκράτης δήλωνε ότι η μελαγχολία είναι κατά βάση μια νόσος του εγκεφάλου που πρέπει να θεραπεύεται με ιάματα που λαμβάνονται από το στόμα, ενώ το πρωταρχικό ενδιαφέρον των γιατρών που τον ακολούθησαν αφορούσε τη φύση των χυμών του εγκεφάλου και την ορθή σύνθεση των ιαμάτων.

Κατά τον Μεσαίωνα, η κατάθλιψη θεωρούνταν εκδήλωση της θεϊκής δυσμένειας, μια ένδειξη ότι ο πάσχων είχε εξαιρεθεί από την ευφροσύνη γνώση της θείας σωτηρίας. Ήταν η εποχή που στιγματίστηκε η αρρώστια, σε ακραίες περιπτώσεις, οι πάσχοντες αντιμετωπίζονταν σαν άπιστοι.

Η Αναγέννηση έδωσε μια ρομαντική διάσταση στην κατάθλιψη και πρόβαλε το πρότυπο του μελαγχολικού ιδιοφυούς, γεννημένου κάτω από το άστρο του Κρόνου, που η δυσθυμία του ήταν ενόραση και ο ευάλωτος ψυχισμός του ήταν το τίμημα για την καλλιτεχνική ευαισθησία και το πολυσύνθετο της ψυχής του.

Από τον 17^ο αιώνα έως τον 19^ο αιώνα, ήταν η εποχή της επιστήμης, η οποία μέσω πειραματισμών επεδίωξε να προσδιορίσει τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου και να επεξεργαστεί βιολογικές και κοινωνικές στρατηγικές για να βάλει χαλινάρι στο νου που ξέφευγε από τον έλεγχο.

Η σύγχρονη εποχή ξεκίνησε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα με τον Σίγκμουντ Φρόιντ και τον Karl Abraham, των οποίων οι ψυχαναλυτικές ιδέες για το νου και τον εαυτό πρόσφεραν μεγάλο μέρος του λεξιλογίου που ακόμα χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε την κατάθλιψη και τις πηγές της και συνεχίστηκε με δημοσιεύματα του Εμίλ Κρέπελιν, ο οποίος πρότεινε μια νέα βιολογική θεώρηση της ψυχικής αρρώστιας.

Οι διαταραχές που για πολύ καιρό αποκαλούνταν μελαγχολία σηματοδοτούνται τώρα με την παράδοξα παραστατική λέξη κατάθλιψη (depression), η οποία πρωτοχρησιμοποιήθηκε στα αγγλικά για την περιγραφή της κακής ψυχικής διάθεσης το 1660 και πέρασε σε κοινή χρήση στα μέσα του 19^{ου} αιώνα.

Ο Εμπεδοκλής περιέγραψε τη μελαγχολία ως συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής (μέλαινα χολή-μελαγχολία) και ο Ιπποκράτης, εκπληκτικά νεωτεριστής, είχε φανταστεί ένα είδος σωματικής θεραπείας στα τέλη του 5^{ου} αιώνα π.Χ., όταν ακόμα η ίδια η ιδέα της νόσου και του γιατρού μόλις αναδυόταν.

Ο Ιπποκράτης εντόπισε την έδρα του συναισθήματος, της σκέψης και της ψυχικής νόσου στον εγκέφαλο. Επίσης, πίστευε ότι στη μελαγχολία αναμειγνύονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες και ξεχώριζε την αρρώστια που εμφανιζόταν μετά από φοβερά συμβάντα από την αρρώστια που δεν είχε προφανές αίτιο.

Εβδομήντα χρόνια μετά το θάνατο του Ιπποκράτη, η Σχολή του Αριστοτέλη άρχισε να ασκεί ισχυρή επίδραση στον τρόπο που σκεφτόμαστε για τη σκέψη. Η άποψη του για την κατάθλιψη, αντίθετα με τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελείως αρνητική. Ο Αριστοτέλης πήρε από τον Πλάτωνα την ιδέα της θείας παραφροσύνης και την ιατρικοποίησε συσχετίζοντάς την με τη μελαγχολία. Παρόλο που Αριστοτέλης αναζητούσε τρόπους για να ανακουφίσει την πάθηση, πίστευε επίσης ότι μια ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη για τη μεγαλοφυΐα: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μια μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας».

Συνοψίζοντας, οι προσπάθειες κατανόησης της κατάθλιψης χρονολογούνται από τον 4ο αιώνα π.Χ., όταν ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τον όρο μελαγχολία (μέλαινα χολή - μαύρη χολή) για να εξηγήσει την κατάθλιψη και την μελαγχολική προσωπικότητα .^{1,2}

Κεφάλαιο 2: *ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ...*

Οκτακόσιες ογδόντα χιλιάδες Έλληνες και Ελληνίδες εν δυνάμει πάσχουν από κατάθλιψη. Μια ιδιαίτερα διαδεδομένη νόσος όπου σήμερα αποτελεί την τέταρτη συχνότερη ασθένεια στον κόσμο, ενώ οι προβλέψεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2020 την ανεβάζουν στην δεύτερη θέση ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας.

Παράλληλα την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας εξαπλασιάστηκε η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) σήμερα καταναλώνονται περίπου 144 εκατομμύρια χάπια το χρόνο.

Οι αιτίες για την αύξηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι πολλές, όπως υποστηρίζουν οι ειδικοί επιστήμονες. Ως σημαντικότεροι λόγοι προβάλλονται η αύξηση στη συχνότητα των καταθλιπτικών συνδρόμων, η καλύτερη διάγνωση της νόσου αλλά και η κυκλοφορία στο εμπόριο νέων σκευασμάτων τα οποία έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα προηγούμενα σκευάσματα.

Η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων αναδεικνύει επίσης δύο πλευρές ενός πολυεπίπεδου προβλήματος. Αφενός οι σύγχρονοι Έλληνες ενημερώνονται καλύτερα για τις ψυχικές νόσους και πηγαίνουν πολύ πιο εύκολα σε ένα ειδικό της ψυχικής υγείας καταρρίπτοντας κοινωνικά ταμπού ετών. Αφετέρου η σύγχρονη πιεστική και αγχώδης καθημερινότητα αυξάνει τα κρούσματα κατάθλιψης με ιλιγγιώδη ταχύτητα.

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας δεν έχουν πραγματοποιηθεί εξειδικευμένες μελέτες για την συχνότητα της κατάθλιψης στον πληθυσμό αλλά η αύξηση των περιπτώσεων είναι εμφανής στην καθημερινή πρακτική των γιατρών.

Σύμφωνα με τους γιατρούς των νοσοκομείων, η κατάθλιψη πλήττει συχνότερα τις γυναίκες απ' ό,τι τους άνδρες με μία αναλογία 3 προς 2. Οι περισσότερες από τις γυναίκες που απευθύνονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα

είναι εργαζόμενες ηλικίας 30 έως 50 ετών, οι οποίες αδυνατούν να ανταποκριθούν στις πολλαπλές υποχρεώσεις που έχουν αναλάβει (πολύωρη δουλειά, σπίτι και παιδιά, ταυτοχρόνως) - ιδίως όταν δεν έχουν βοήθεια στο μέγαλωμα των παιδιών, κατά τον κ. Γεώργιο Χριστοδούλου καθηγητή Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

2.1 ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Οι διαζευγμένες και οι γυναίκες που μεγαλώνουν μόνες τους παιδιά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καταθλιπτικό επεισόδιο. Στη σύγχρονη εποχή η γυναίκα καλείται να διαδραματίσει δύσκολους κοινωνικούς ρόλους, γεγονός που την καθιστά πιο ευάλωτη στη νόσο. Παρά το γεγονός ότι τα δύο φύλα μπορεί να έχουν τα ίδια συμπτώματα όταν αισθάνονται κατάθλιψη, αντιδρούν διαφορετικά. Οι γυναίκες εκδηλώνουν περισσότερο συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, απελπισίας και απόγνωσης. Συχνά νιώθουν κουρασμένες και έχουν δυσκολία στη λήψη αποφάσεων. Η εικόνα της καταθλιπτικής γυναίκας συμπληρώνεται επίσης από την έλλειψη διάθεσης, το έντονο άγχος, τη νευρικότητα την ανορεξία ή αντίθετα τη βουλιμία, τον διαταραγμένο ύπνο και τις δυσάρεστες σκέψεις όπως η αυτοκτονία. Αντίθετα οι άντρες νιώθουν απογοήτευση, είναι πιο ευερέθιστοι και θυμώνουν πιο εύκολα.

2.2 ΑΝΤΡΕΣ

Οι άντρες με κατάθλιψη, από την άλλη πλευρά, είναι ηλικίας 25 έως 50 ετών, μέσης προς ανώτερης οικονομικής τάξης, οι οποίοι όμως νιώθουν αφόρητη πίεση από τις οικονομικές υποχρεώσεις τους και αισθάνονται ότι δεν τους φτάνουν οι ώρες για να εργασθούν, νιώθουν συνέχεια κουρασμένοι, καπνίζουν ή πίνουν πολύ και γενικώς νιώθουν σωματική και ψυχολογική κατάπτωση.

Μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες αναπτύσσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους, σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή

στοιχεία. Για τη χώρα μας, πρακτικά αυτό σημαίνει ότι ανά πάσα στιγμή πάσχει από κατάθλιψη το 8% του πληθυσμού κατά μέσον όρο.

Τα καταθλιπτικά επεισόδια που ενσκήπτουν σ' αυτές τις ηλικιακές ομάδες έχουν ενοχοποιηθεί για την αυξημένη χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών. Η μείζων κατάθλιψη έχει υψηλό δείκτη θνησιμότητας: μέχρι και 15 % των ασθενών αυτοκτονούν. Επιπλέον, στους ασθενείς πάνω από 55 ετών η συχνότητα αυτοκτονία είναι τετραπλάσια της συχνότητας θανάτου του γενικού πληθυσμού.

Η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει. Τα επεισόδια που αναδύονται κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρά. Μπορεί να εμφανιστεί ένα και μοναδικό επεισόδιο ή η νόσος να μεταπέσει σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα μορφή. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη αναφέρουν συχνότερα πόνο και σωματικές νόσους, κάνουν περισσότερες επισκέψεις στους γιατρούς και έχουν μειωμένη συνολική λειτουργικότητα.

Με τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα η κατάθλιψη είναι μια νόσος που μπορεί να αντιμετωπιστεί. Ωστόσο, μόνο το 10-25% των ασθενών υποβάλλονται σε θεραπευτική αγωγή.

Η πολυμορφία με την οποία εμφανίζεται, η άτυπη πολλές φορές συμπτωματολογία της, η ικανότητά της να υποδύεται και να μιμείται οποιαδήποτε νόσο ξεγελούν πολλές φορές τους μη ειδικούς ιατρούς, με αποτέλεσμα μόνο στο 50% των ασθενών να γίνεται σωστή διάγνωση από τους γενικούς ιατρούς. Επιπλέον, η προκατάληψη και ο στιγματισμός που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές αποθαρρύνουν ή αποτρέπουν τους πάσχοντες να απευθυνθούν στους ειδικούς. Γι' αυτόν το λόγο συχνά δεν διαγιγνώσκεται και δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά μια νόσος που μπορεί να επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην προσωπική ζωή του ατόμου (κατάχρηση ή εξάρτηση από ουσίες, πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων), όπως, επίσης, στις οικογενειακές σχέσεις και στις επαγγελματικές του δραστηριότητες.³

2.3 ΠΑΙΔΙΑ- ΕΦΗΒΟΙ

Η επίπτωση της κατάθλιψης στα παιδιά κυμαίνεται ανάλογα με τις μελέτες από 0,4-2,5% για παιδιά κάτω των 12 ετών και τα οποία θα είχαν όφελος από παιδοψυχιατρική παρέμβαση. Το ποσοστό ανέρχεται σε 10-13% κατά την εφηβεία, ενώ 5% των εφήβων παρουσιάζει σοβαρή κατάθλιψη. Στην όψιμη εφηβεία η συχνότητα κυμαίνεται από 10% έως 20%.

Το 0.6-1.7% των παιδιών και 1.6-8% των εφήβων πάσχουν από Δυσθυμία. Σε παιδιατρικά νοσοκομεία 7% των παιδιών παρουσιάζουν κατάθλιψη και 40% εκείνων νοσηλεύονται σε παιδονευρολογικά τμήματα για ανεξήγητες κεφαλαλγίες. Σε κλινικούς πληθυσμούς τα ποσοστά επικράτησης είναι πολύ υψηλότερα κυμαινόμενα από 28% των ασθενών ενός παιδοψυχιατρικού τμήματος έως 59% στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς. Τα ποσοστά αυτά δείχνουν πόσο συνηθισμένη είναι η κατάθλιψη στην καθημερινή παιδοψυχιατρική πρακτική.

Στην Ελλάδα, σε μια έρευνα που συμπεριέλαβε 1316 εφήβους ηλικίας 12-17 ετών, διαπιστώθηκαν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης (20,3%). Είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί ότι η επίπτωση της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη όταν οι ίδιοι οι έφηβοι συμπληρώνουν τις διαγνωστικές κλίμακες και μικρότερη όταν τις συμπληρώνουν οι γονείς τους. Το ποσοστό αυτό αυξάνει όταν πρόκειται για κλινικούς πληθυσμούς. Έχει υπολογιστεί ότι 1 στα 5 παιδιά που παραπέμπονται σε ψυχιατρικά τμήματα παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Στα παιδιά, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή εκδηλώνεται σε περίπου ίδια αναλογία σε αγόρια και κορίτσια, σε αντίθεση με τους εφήβους και τους ενήλικες όπου υπερτερούν οι γυναίκες. Η διαφορά αποδίδεται σε διαφορετικές αιτίες παρά στην ηλικία αυτή καθ' αυτή, όπως αλλαγές στο επίπεδο των ορμονών, οι οποίες μπορούν να προδιαθέτουν σε κάποια ευαισθησία. Ωστόσο η εφηβεία συνοδεύεται και από σημαντικές αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες, καθώς και από διαφορετικές ψυχοπιεστικές καταστάσεις.

Σε πολλές χώρες η αυτοκτονία είναι μια από τις τρεις πιο κοινές αιτίες του θανάτου στην ομάδα ηλικίας 15-34 ετών. Οι περισσότεροι έφηβοι που

αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν πάσχουν από κάποιας μορφής συναισθηματική διαταραχή (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 1999). Τα αγόρια εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά θανάτου εξαιτίας αυτοκτονίας, ενώ τα κορίτσια υπερτερούν στην απόπειρα αυτοκτονίας και τον ιδεασμό αυτοκτονίας, χωρίς όμως να επέρχεται ο θάνατος. Η σχέση μεταξύ πρώτης απόπειρας αυτοκτονίας και επόμενης κυμαίνεται μεταξύ 0,24% και 4,30%.⁴

3.1 ΤΙ ΕΝΝΟΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΓΛΩΣΣΑ;

Η λέξη κατάθλιψη έχει πολλές διαφορετικές σημασίες. Άλλα εννοούμε όταν την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα και άλλα όταν την χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε ένα κλινικό σύνδρομο που απαιτεί θεραπεία. Στην καθομιλουμένη όταν λέμε ότι "σήμερα έχω κατάθλιψη", "είμαι στεναχωρημένος", "νιώθω λυπημένος", "δεν έχω κέφι", "αυτός ο άνθρωπος σου φέρνει κατάθλιψη" ή "νιώθω μελαγχολικά", στην ουσία αναφερόμαστε σε μια κατάσταση που έχει να κάνει με την διάθεσή μας. Η διάθεση είναι ένα συναίσθημα και γι' αυτό συνήθως χρησιμοποιούμε τον όρο "νιώθω" για να το περιγράψουμε. Η διάθεσή μας είναι καταθλιπτική ή μελαγχολική όταν είμαστε λυπημένοι για κάτι. Το αντίθετό της είναι η χαρά. Ωστόσο τις περισσότερες φορές δεν νιώθουμε ούτε το ένα ούτε το άλλο, αλλά μάλλον είμαστε σε μια ουδέτερη κατάσταση.

Μπορούμε λοιπόν να δούμε ότι υπάρχει μια κλίμακα διαβάθμισης που στο ένα άκρο έχει την χαρά και στο άλλο την λύπη. Όσο πιο κοντά βρισκόμαστε προς την τελευταία τόσο πιο στεναχωρημένοι νιώθουμε, τόσο πιο μελαγχολικά και καταθλιπτικά αισθανόμαστε. Η κατάθλιψη λοιπόν όπως την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα έχει μια ποιοτική συνιστώσα αλλά και μια ποσοτική, η οποία μπορεί να εκτείνεται από το ελαφρύ αίσθημα λύπης έως την απέραντη κατήφεια και δυστυχία. Η ποσοτική αυτή συνιστώσα εξαρτάται προφανώς από την ένταση του ερεθίσματος που προκάλεσε την διάθεση αυτή.

Αυτό που είναι κοινό σε όλες τις περιπτώσεις είναι ότι κατάθλιψη, λύπη, μελαγχολία προκαλείται από ερεθίσματα που γενικά εκλαμβάνονται από τον άνθρωπο ως απώλεια κάποιου σημαντικού πράγματος. Η κατάθλιψη όπως χρησιμοποιούμε τον όρο καθημερινά είναι μια πανανθρώπινη εμπειρία. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει την συναισθηματική αυτή εμπειρία. Ανεξάρτητα αν κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτό τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης (άλλοι ακόμη και για την μικρού βαθμού

λύπη και άλλη μόνο για πιο έντονες καταστάσεις), ωστόσο όλοι καταλαβαίνουμε περίπου την σημασία της.

Ως τέτοια εμπειρία, η κατάθλιψη συνήθως είναι μικρής διάρκειας και αυτοπεριοριζόμενη. Είμαστε στεναχωρημένοι για μικρό χρονικό διάστημα και πολύ εύκολα, όταν συμβεί κάτι ευχάριστο, η διάθεσή μας επανέρχεται. Οι διακυμάνσεις αυτές της διάθεσης είναι απόλυτα φυσιολογικές και συμβαίνουν πολλές φορές κατά την διάρκεια της ημέρας.

Συμπερασματικά λοιπόν θα λέγαμε ότι η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου είναι μια άσχημη διάθεση που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η μη επίτευξη των στόχων μας, η απώλεια ενός υλικού αγαθού κ.λ.π. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν πολύ, συνήθως δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, εύκολα μεταβάλλονται και τροποποιούνται και συνήθως αυτοπεριορίζονται.⁵

3.2 ΤΙ ΕΝΝΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ;

Ο όρος Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο. Οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί πολύ πιο συχνά απ' ό τι θα περίμενε κανείς μόνο από τύχη, ως σύνδρομα.

Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της Κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση και γι' αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Δεν είναι όμως το μοναδικό ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Σαν αρρώστια, η Κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία.

3.3 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ;

Είδαμε πιο πριν ότι ένα από τα συμπτώματα της Κατάθλιψης είναι και το καταθλιπτικό συναίσθημα. Η διαφορά αυτού του συναίσθηματος από το φυσιολογικό είναι ότι στην Κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναίσθημα έχει μεγάλη ένταση και είναι μόνιμο. Δεν επηρεάζεται από τις καταστάσεις που ζει ο ασθενής, π.χ., ο ασθενής δεν θα γελάσει και δεν θα αισθανθεί παροδικά καλύτερα όταν συμβεί κάτι χαρούμενο.

Επίσης, στην κατάθλιψη το συναίσθημα μπορεί να είναι χειρότερο το πρωί σε σχέση με το βράδυ, ενώ στους φυσιολογικούς ανθρώπους, που απλά νιώθουν στεναχωρημένοι, η διάθεση είναι συνήθως καλύτερη όταν σηκώνονται το πρωί.

3.4 ΜΠΟΡΕΙ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΝΑ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ;

Συνυπάρχουσες ψυχιατρικές καταστάσεις ενδέχεται να είναι η δυσθυμία, σε 10% - 15% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη «διπολική κατάθλιψη», οι αγχώδεις διαταραχές (π.χ. διαταραχή πανικού, ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή), οι διαταραχές σίτισης (π.χ. ψυχογενής ανορεξία, βουλιμία), οι διαταραχές προσωπικότητας (π.χ. οριακή διαταραχή προσωπικότητας) και οι διαταραχές από κατάχρηση ουσιών. Τέλος μέχρι και 25% των ασθενών με χρόνιες νόσους, όπως ο διαβήτης, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο καρκίνος, αναπτύσσουν μείζονα κατάθλιψη.⁶

Κεφάλαιο 4: **ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Το πρώτο που πρέπει να ξεκαθαρίσει είναι ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί την διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες αρρώστιες γενικότερα). Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στην νόσηση από κατάθλιψη. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την κατάθλιψη μ' αυτόν τον τρόπο τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης.

4.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κ.λ.π.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος.

Μία άλλη προσέγγιση για την έρευνα της γενετικής συμμετοχής στις διαταραχές της διάθεσης είναι η μελέτη των διαφορών μεταξύ των

μονοζυγωτών (όμοιοι) και των διζυγωτών (αδέρφια) διδύμων. Οι μονοζυγώτες δίδυμοι προέρχονται από το ίδιο ωάριο και έχουν τα ίδια γονίδια, ενώ οι διζυγώτες προέρχονται από διαφορετικά ωάρια και έχουν κοινό το 50% των γονιδίων, όπως και τα άλλα αδέλφια. Το μεγαλύτερο ποσοστό ομοιότητας μίας διαταραχής μεταξύ των μονοζυγωτών διδύμων σε σχέση με τους διζυγώτες δηλώνει τη γενετική επίδραση, επειδή ο ρόλος των ενδομήτριων και των περιβαλλοντικών επιδράσεων είναι ενδεχομένως παρόμοιος και στα δύο είδη διδύμων. Επειδή τα ποσοστά εμφάνισης των διαταραχών της διάθεσης σε μελέτες με δίδυμους είναι μικρότερα από 100%, φαίνεται ότι οποιοσδήποτε γενετικός παράγοντας και αν υπάρχει αλληλεπιδρά με περιβαλλοντικές επιδράσεις για να αυξηθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης οξείας διαταραχής.

4.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν [α] παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. [β] Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων). [γ] Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση [δ] Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος [ε] Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, κάποια αντι-υπερτασικά και το αλκοόλ.

Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της Ιατρικής γενικότερα σ'αυτόν τον αιώνα. Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στο ίδιο περίπου διάστημα παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής

αρτηριακής τους πίεσης πάθαιναν σαν παρενέργεια κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο βήμα ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη. Παρότι οι μηχανισμοί για τη λειτουργία των νευρομεταβιβαστών είναι πολύ περίπλοκοι, στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιβαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στην δημιουργία της κατάθλιψης, και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας αποσκοπούν στο να ανεβάσουν την συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης, είναι πιθανό ότι όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού.⁷

4.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Με βάση τα βιολογικά δεδομένα, υπάρχει μικρή διαφωνία σχετικά με το εάν οι ειδικές ψυχολογικές προεκτάσεις των διαταραχών της διάθεσης υπάρχουν ή εάν είναι αιτιολογικές. Η απόδειξη ότι υπάρχει ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός παράγοντας πρόκλησης θα απαιτούσε προοπτική παρακολούθηση ατόμων που έχουν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη, για να διαπιστωθεί εάν εκείνοι με τον συγκεκριμένο παράγοντα είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν μία διαταραχή της διάθεσης. Το εύρημα ότι οι ασθενείς που έχουν ήδη παρουσιάσει ένα συναισθηματικό επεισόδιο και οι οποίοι αναφέρουν τον παράγοντα όταν ερωτώνται είναι πιο πιθανό να υποτροπιάσουν, μπορεί απλά να σημαίνει ότι αυτός ο παράγοντας είναι ένα υπολειμματικό σύμπτωμα του επεισοδίου αναφοράς και όχι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου. Ακόμη και αν πολυδάπανες και δύσκολες προοπτικές μελέτες των ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου αναγνώριζαν ένα χαρακτηριστικό που προδιαθέτει σε όψιμη έναρξη κατάθλιψης, ο ψυχολογικός παράγοντας θα μπορούσε να είναι δείκτης μίας μεταβολής της βιολογίας.

4.3.1 Ανώμαλες Αντιδράσεις σε Απώλεια:

Η απώλεια αγαπημένου προσώπου είναι ένα γεγονός της ζωής που έχει πολύ αξιόπιστα συνδεθεί με την κατάθλιψη. Ο Σίγκμουντ Φρόυντ σημείωσε ότι τόσο η θλίψη όσο και η κατάθλιψη είναι αντιδράσεις στην απώλεια, αλλά ότι στα καταθλιπτικά συμπτώματα περιλαμβάνονται οι ενοχές και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Με βάση την εμπειρία από την ψυχανάλυση καταθλιπτικών ασθενών, ο Φρόυντ πίστευε ότι η θλίψη μετατρέπεται σε κατάθλιψη όταν το αίσθημα της στέρησης μεταβάλλεται σε αμφιθυμία για το πρόσωπο της απώλειας και δεν είναι ανεκτή η αρνητική πλευρά της αμφιθυμίας. Μία ασυναίσθητη επίθεση έναντι της εσωτερικής άποψης για το χαμένο πρόσωπο που κλονίζει την αυτοεκτίμηση, που εξαρτάται εν μέρει από την ταύτιση με το χαμένο πρόσωπο, εκδηλώνεται ως κατάθλιψη. Ο Φρόυντ πίστευε ότι η πρόωρες ανεπίλυτες απώλειες είναι πιο πιθανό να κάνουν τον ασθενή να μην μπορεί να αντιμετωπίσει τις απώλειες στην ενήλικη ζωή. Αργότερα, άλλοι ερευνητές σημείωσαν πως οτιδήποτε μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα άτομο και την υπερεκτιμημένη ή αμφιθυμική άποψη που υπάρχει για αυτό-μία ομάδα, ένας ειδικός, μία αγαπημένη πεποίθηση ή μία άποψη, για παράδειγμα μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Στην πλειοψηφία των μελετών που συγκρίνουν καταθλιπτικούς ασθενείς με υγιή άτομα ελέγχου, η απώλεια στην παιδική ηλικία (ιδίως η απώλεια ενός γονέα) έχει θετική συσχέτιση με την κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή. Επιπλέον, η κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να εκδηλωθεί μετά από απώλεια, χωρισμό ή απογοήτευση, ακόμα και σε θεομηνίες (βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1).

4.3.2 Άλλες Ψυχοδυναμικές Θεωρίες:

Ο ψυχαναλυτής Karl Abraham πρότεινε ότι η κατάθλιψη είναι μία εκδήλωση της διέγερσης που γυρνά στον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος είναι ανίκανος να εκφράσει θυμό προς αγαπημένα πρόσωπα. Η επίθεση σε προσβολές άλλων, που είναι ψυχολογικά μέρος του εαυτού, κλονίζει την ικανότητα επαφής και προκαλεί αρνητικό συναίσθημα. Υπέρ αυτής της

υπόθεσης είναι το γεγονός ότι πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν ανοικτά το θυμό τους, είτε γιατί δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους είτε γιατί φοβούνται την εγκατάλειψη από το αγαπημένο πρόσωπο από το οποίο εξαρτώνται έντονα. Ωστόσο, φαίνεται απίθανη η άμεση μετατροπή του θυμού σε κατάθλιψη σε τέτοια άτομα, διότι πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς είναι εμφανώς ευερέθιστοι. Μία πιο πιθανή εξήγηση είναι ότι η εξάρτηση, η ευαισθησία στην απώλεια και η έλλειψη θετικότητας οδηγεί τους καταθλιπτικούς ανθρώπους να κρύβουν το θυμό τους ή ακόμη τη διαφωνία τους με την άποψη των άλλων, μέχρι αυτός ο θυμός να τους κατακλύσει και τότε εισβάλλει στις καθημερινές αλληλεπιδράσεις. Αυτό το πρόβλημα μπορεί να συνδέεται με την αύξηση της έντασης όλων των συναισθηματικών εμπειριών στην κατάθλιψη.

4.3.3 Έλλειψη αυτοεκτίμησης:

Μία υπόθεση που εκφράστηκε αρχικά από τον Edward Bibring είναι ότι το κεντρικό ψυχολογικό σφάλμα στην κατάθλιψη είναι η έλλειψη αυτοεκτίμησης. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, οι ασθενείς που έχουν τάση κατάθλιψης είναι υπέρμετρα φιλόδοξα, τυπικά άτομα με μη ρεαλιστικές ιδέες υψηλού εγώ. Η κατάθλιψη αντιπροσωπεύει την απώλεια αυτοεκτίμησης και της ζωντάνιας, που προκύπτει από την αποτυχία να φτάσει τα υψηλά εσωτερικά πρότυπα που είναι σημαντικά για την άποψη που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του. Αυτή η άποψη επεκτάθηκε σε προσωπική θεωρία, η οποία τονίζει τον κεντρικό ρόλο του ατόμου ως δύναμη οργάνωσης και καθοδήγησης όλων των πνευματικών λειτουργιών. Χωρίς συνοχή, οι πνευματικές δραστηριότητες είναι αποσπασματικές και αναποτελεσματικές. Χωρίς αίσθηση ζωτικότητας, υπάρχει ανεπαρκής φυσική τροφοδοσία της αισιοδοξίας και η χρήσιμη δέσμευση με προκλήσεις. Σε αυτό το πλαίσιο, η κατάθλιψη οργανώνεται γύρω από μία αίσθηση προσωπικής υποτίμησης.

Έχει καθιερωθεί ότι η προνοσηρή προσωπικότητα των καταθλιπτικών ασθενών είναι τελειοθηρική, συμπεριλαμβανομένων των υψηλών απαιτήσεων που έχουν από τον εαυτό τους και από τους άλλους. Ωστόσο, αυτή η άποψη βασίζεται αρχικά σε αναδρομική ανάκληση από τους ασθενείς, η οποία μπορεί

να επηρεάζεται από την παρούσα ψυχική κατάσταση. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι ένα σύμπτωμα της κατάθλιψης, αλλά δεν έχει προς το παρόν αποδειχθεί ότι είναι μία αιτία της. Από την άλλη πλευρά, οι μη ρεαλιστικές απαιτήσεις από τον εαυτό και από τους άλλους επικαλούνται από τις γνωσιακές θεωρίες της κατάθλιψης, οι οποίες χρησιμοποιούν πιο υποκειμενικές μετρήσεις και πιο προσεκτικές μελέτες τέτοιων απαιτήσεων.

4.3.4 Διαπροσωπική Θεωρία:

Στη διαπροσωπική θεωρία τονίζονται τέσσερα βασικά διαπροσωπικά θέματα: σταθερή θλίψη, διαφωνίες μεταξύ συντρόφων και μελών της οικογένειας σχετικά με το ρόλο και τις ευθύνες των σχέσεων, μετάβαση σε νέους ρόλους, όπως ο ρόλος του γονέα ή του συνταξιούχου και τα ελλείμματα κοινωνικών ικανοτήτων που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση μίας σχέσης. Όπως και σε άλλες ψυχοδυναμικές θεωρίες, η καταθλιπτική διάθεση και η αλλαγές της βιολογίας θεωρείται ότι είναι απάντηση στην απώλεια ή στο φόβο της απώλειας. Η ψυχοθεραπεία που προέρχεται από την διαπροσωπική θεωρία έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική ως πρωταρχική θεραπεία της κατάθλιψης και ως συμπληρωματική θεραπεία στη διπολική διαταραχή, αν και αυτό δεν αποδεικνύει ότι η αιτιολογική άποψη που κρύβεται πίσω από την ψυχοθεραπεία είναι ακριβής (βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2).

4.3.5 Γνωσιακή Θεωρία:

Η γνωσιακή θεωρία, η οποία σχετίζεται με την υπόθεση που προέρχεται από μία πρώιμη ιδέα, που ονομάστηκε λογική συγκινησιακή θεραπεία, υποστηρίζει ότι η αρνητική σκέψη είναι μάλλον η αιτία παρά το αποτέλεσμα της κατάθλιψης. Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο, οι πρώιμες εμπειρίες οδηγούν στην ανάπτυξη συνολικά αρνητικών υποθέσεων που ονομάζονται σχήματα. Τα καταθλιπτικά σχήματα περιλαμβάνουν υποθέσεις, όπως:

«Εάν δεν είμαι τελείως ευτυχισμένος, τότε είμαι πλήρως δυστυχισμένος...»

«Εάν κάτι δεν γίνεται τελείως σωστά, τότε είναι άχρηστο...» κτλ.

Η αποτυχία σε μία προσπάθεια κάνει τον ασθενή να αισθάνεται πλήρη αποτυχία. Μία ασθένεια ή άλλη κατάσταση που απαιτεί βοήθεια κάνει τον ασθενή να σκέφτεται 'είμαι πλήρως εξαρτημένος' ή 'δεν μπορώ να κάνω τίποτε μόνος μου'. Αυτές οι αρνητικές απόψεις ή αρνητικές γνώσεις υποστηρίζονται από τις προφητείες αυτο-ικανοποίησης, οι οποίες ενισχύουν την αρνητική σκέψη. Για παράδειγμα, ο ασθενής που αισθάνεται αδύναμος διότι δεν μπόρεσε να επηρεάσει την έκβαση μίας σύνθετης και δύσκολης κατάστασης σταματά την προσπάθεια να κάνει οτιδήποτε για να αντιμετωπίσει απώτερες, πιο απλές καταστάσεις. Όταν αυτή η έλλειψη προσπάθειας οδηγεί σε επόμενες αποτυχίες, η άποψη του ασθενούς ότι τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να επηρεαστούν οι συνθήκες του περιβάλλοντος φαίνεται να επιβεβαιώνεται. Συστηματικά λάθη στη σκέψη οδηγούν σε καταστροφική σκέψη και η μετάφραση απλών αρνητικών γεγονότων σε συνολικά αρνητικές προσωπικές απαιτήσεις, απαιτήσεις από το περιβάλλον και από το μέλλον.

4.3.6 Εκμάθηση Αδυναμίας:

Μία άποψη που σχετίζεται με τη γνωσιακή θεωρία είναι η εκμάθηση αδυναμίας, η οποία αρχικά αποδείχθηκε πειραματικά από τον ψυχολόγο Martin Seligman (1975). Το κλασικό παράδειγμα εκμάθησης αδυναμίας περιλαμβάνει την έκθεση ενός ζώου σε δυσάρεστο ερέθισμα από τον οποίο δεν μπορεί να ξεφύγει, αλλά που δεν προκαλεί βλάβη, όπως είναι το ήπιο ηλεκτρικό shock. Στην αρχή το ζώο προσπαθεί να αποφύγει το shock, αλλά όταν διαπιστώσει ότι η απόδραση είναι αδύνατη, ξαπλώνει κάτω και δέχεται το shock παθητικά. Εάν η κατάσταση αλλάξει, ώστε το ζώο να μπορεί να φύγει από το ερέθισμα, το ζώο συνεχίζει να λειτουργεί όπως όταν δεν μπορούσε να φύγει. Το ζώο δεν μπορεί να πειστεί να φύγει μακριά από το shock. Μόνο το έντονο τράβηγμα του ζώου σε ασφαλές μέρος αναστρέφει την συμπεριφορά αδυναμίας που έμαθε. Η δεύτερη προσπάθεια εκμάθησης της αδυναμίας αναπτύσσεται πιο εύκολα από το πρώτο επεισόδιο. Η εκμάθηση αδυναμίας η οποία αναπτύχθηκε σε μία κατάσταση μπορεί να εμφανιστεί και σε άλλες καταστάσεις. Η εκμάθηση

αδυναμίας μοιάζει με την παθητική συμπεριφορά απόσυρσης στην κατάθλιψη και η αντίσταση στην αναστροφή μίας αρνητικής εμπειρίας υπενθυμίζει τις αρνητικές απαιτήσεις αυτοικανοποίησης της κατάθλιψης. Εξετάζοντας όλα αυτά τα δεδομένα, έχει προταθεί ότι η προηγούμενη εμπειρία με ανεξέλεγκτες καταστάσεις δημιουργεί μία προδιάθεση για εκμάθηση αδυναμίας. Σε απάντηση νέων ανεξέλεγκτων καταστάσεων, αναπτύσσεται πιο σοβαρή εκμάθηση αδυναμίας, γρηγορότερα από ότι στο παρελθόν, που οδηγεί σε συμπεριφορές και αντιλήψεις κατάθλιψης. Με δεδομένο ότι η εκμάθηση αδυναμίας είναι παρόμοια με την απώλεια, στο ότι περιλαμβάνει μικτές καταστάσεις εγρήγορσης και παθητικότητας, μπορεί να εγκατασταθεί σε ένα παρόμοιο φυσιολογικό υπόστρωμα.

4.3.7 Συμπεριφορικές Θεωρίες:

Οι συμπεριφορικές θεωρίες της κατάθλιψης, οι οποίες σχετίζονται με την εκμάθηση αδυναμίας, υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από την έλλειψη ενίσχυσης των μη καταθλιπτικών συμπεριφορών, που έχει ως αποτέλεσμα προβλήματα σε κοινωνικές συμπεριφορές επαφής, όπως η θετικότητα, η θετική απάντηση στις προκλήσεις και η αναζήτηση με άλλους τρόπους σημαντικών ενισχύσεων, όπως η αγάπη, η φροντίδα και η προσοχή. Την ίδια στιγμή που η περιβαλλοντική επιβράβευση δεν επέρχεται πλέον με θετική συμπεριφορά, η αδυναμία του ασθενούς, οι εκδηλώσεις άγχους, τα φυσικά ενοχλήματα και άλλες καταθλιπτικές συμπεριφορές μπορεί να επιβραβευθούν, ιδίως εάν σημαντικοί άνθρωποι δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στην ανικανότητα παρά στην επάρκεια. Η απώλεια κινητοποιεί μία μεγάλη κοινωνική ενίσχυση, μαζί με τη ρήξη ενός σημαντικού δεσμού επαφής, που οδηγεί σε καταθλιπτική συμπεριφορά, εάν ο ασθενής δεν έχει αναπτύξει επαρκές από θέμα συμπεριφορών επαφής και δεν έχει άλλες πηγές ενίσχυσης. Όπως οι αρνητικές αντιλήψεις, οι καταθλιπτικές συμπεριφορές αναμένεται να οδηγήσουν σε καταθλιπτική διάθεση. Υπάρχουν κάποιες απορίες για το εάν η διαπροσωπική επιβράβευση επηρεάζει τη συμπεριφορά. Εάν σημαντικοί άνθρωποι δίνουν προσοχή στις εκδηλώσεις αδυναμίας και ανεπάρκειας παρά στις εκδηλώσεις ικανοτήτων, αυτό μπορεί να μετρά υπέρ της κατάθλιψης.⁸

Κεφάλαιο 5: **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης για πράγματα ή καταστάσεις που πρωτύτερα ενδιέφεραν το άτομο. Η ψυχική αυτή διαταραχή συνοδεύεται από έντονα συναισθήματα λύπης και μια σημαντική μείωση του επιπέδου ενεργητικότητας του ατόμου. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται μπορεί να είναι ήπιες ή σοβαρές μορφής ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου και χωρίζονται στις παρακάτω τέσσερις μεγάλες κατηγορίες:

A. Γνωστικές διαταραχές

- Δυσκολία επεξεργασίας πληροφοριών (βραδύτητα, αστοχία)
- Μείωση διάρκειας προσοχής. Αδυναμία κατανόησης αφηρημένων εννοιών
- Διαταραχή ικανότητας λήψης αποφάσεων
- Αδυναμία συνεχών μεταβολών αντικείμενου της σκέψης
- Απώλεια ή διαταραχή της μνήμης
- Διαταραχές ομιλίας - δυσκολία στην έκφραση των σκέψεων και στην κατανόηση της ομιλίας άλλων, επιλογή ακατάλληλων/λανθασμένων λέξεων.

B. Διαταραχές Αντίληψης και Αισθήσεων

- Μεταβολές όρασης, ακοής ή αφής
- Απώλεια της αίσθησης χρόνου και τόπου και προσανατολισμού μέσα στον χώρο
- Διαταραχές γεύσης και όσφρησης

- Μεταβολές της αίσθησης ισορροπίας
- Αυξημένη αίσθηση του πόνου

Γ. Σωματικά Συμπτώματα

- Επίμονη κεφαλαλγία
- Ακραία αίσθηση νοητικής ή/και σωματικής κόπωσης
- Διαταραχές κινητικότητας (αταξία, σπαστικότητα, τρόμος)
- Επιληπτικές κρίσεις (μετατραυματική επιληψία)
- Δυσκολία λεπτών κινήσεων
- Φωτοευαισθησία (αυξημένη ευαισθησία στο έντονο φως)
- Διαταραχές ύπνου
- Παράλυση
- Ομιλία η οποία είναι ακατάληπτη λόγω μειωμένου ελέγχου των μυών στα χείλη, την γλώσσα και την γνάθο ή/ και ακανόνιστου ρυθμού αναπνοής

Δ. Διαταραχές αισθήματος/ συμπεριφοράς

- Ευερεθιστότητα και ανυπομονησία
- Μειωμένη αντοχή σε καταστάσεις στρες
- Έλλειψη πρωτοβουλίας, απάθεια
- Εξάρτηση (αποτυχία στην ανάληψη ευθυνών για πράξεις)
- Άρνηση της αναπηρίας
- Έλλειψη αναστολών (μπορεί να οδηγήσει σε επιθετικότητα, βωμολοχία και απρεπή σεξουαλικών συμπεριφορών)
- Ακαμψία
- Ισοπέδωση ή κορύφωση συναισθηματικών αντιδράσεων

Στη συνέχεια θα αναλυθούν κάποια απ' τα προαναφερθέντα συμπτώματα.

5.1 ΘΛΙΨΗ- ΔΥΣΤΥΧΙΑ

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη, αναφέρει αίσθημα θλίψης και δυστυχίας. Τα συναισθήματα αυτά κυμαίνονται μεταξύ της ήπιας θλίψης ή της μελαγχολίας και της βαθιάς απελπισίας, και περιγράφονται από το καταθλιπτικό άτομο ως μοναξιά και απογοήτευση. Τα άτομα αυτά θεωρούν την κατάστασή τους μη αναστρέψιμη, κλαίνει συχνά και νιώθουν μια ανεξήγητη εσωτερική θλίψη. Άλλες πάλι φορές μπορεί να κοιτούν ανέκφραστα τον ίδιο τοίχο για ώρες, βιώνοντας ένα είδος ψυχρού εσωτερικού κενού.

5.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ ΕΚΦΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Οι καταθλιπτικοί εμφανίζουν χαρακτηριστικές εκφράσεις στο πρόσωπο, όπως άκρες του στόματος σε έντονη πτώση (το περίφημο Ω - ωμέγα των καταθλιπτικών που σχηματίζουν τα χείλη με το στόμα), μάτια κόκκινα και πρησμένα από το κλάμα, βλέμμα απλανές και έκφραση θλιμμένη. Στα αρχικά στάδια, πάντως, μερικοί είναι δυνατόν να μην εμφανίζουν αυτά τα χαρακτηριστικά, αλλά αντίθετα, να φαίνονται ευδιάθετοι και να χαμογελούν, παρά την εσωτερική τους θλίψη ή απόγνωση. Ωστόσο, μόλις παρουσιαστεί το κατάλληλο ερέθισμα ή αφορμή, εκδηλώνουν τη θλίψη και τον ψυχικό τους πόνο, κλαίγοντας.

5.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΝΟΥ

Ένα από τα πιο συχνά και χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης, είναι η διαταραχή του ύπνου. Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη παρατηρούν μια ανωμαλία στην πορεία του ύπνου τους. Κάποια

άτομα αργούν να αποκοιμηθούν. Το μεγαλύτερο, όμως, ποσοστό των καταθλιπτικών ατόμων αποκοιμάται φυσιολογικά αλλά ξυπνά νωρίτερα το πρωί από ό,τι συνήθως, κατά το ξημέρωμα, και, όσο και να προσπαθήσει, δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί (πρωινή αφύπνιση, τόσο χαρακτηριστική που σχεδόν μπορείς να βάλεις διάγνωση!). Συνεπώς, ο καταθλιπτικός ασθενής ξυπνά λίγες ώρες αφού κοιμηθεί και του είναι αδύνατον να ξαναπέσει για ύπνο. Τα καταθλιπτικά άτομα, προτού κοιμηθούν και αφού ξυπνήσουν, σκέφτονται ξανά και ξανά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ίσως αυτός να είναι και ο λόγος που φοβούνται να αντιμετωπίσουν τη μέρα που ξεκινάει το πρωί. Η αϋπνία είναι ένα ιδιαίτερα συνηθισμένο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Η αϋπνία μπορεί να είναι αρχική (επελεύσεως -όπου το άτομο δεν μπορεί να αποκοιμηθεί), μέση (αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας και αδυναμία να ξανακοιμηθεί) και τελική (αφύπνιση νωρίς το πρωί). Η αρχική αϋπνία συνήθως συνδέεται περισσότερο με το άγχος, παρά με την κατάθλιψη.

Κάποιες φορές η διαταραχή του ύπνου παίρνει τη μορφή υπερυπνίας όπου το άτομο μπορεί να κοιμάται – πολλές φορές- και παραπάνω από δέκα - δεκαπέντε ώρες την ημέρα (άτυπη κατάθλιψη).

5.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΟΡΕΞΗ

Η απώλεια της όρεξης για φαγητό είναι ένα συχνό σύμπτωμα της κατάθλιψης. Η ανορεξία που εκδηλώνει ο καταθλιπτικός ασθενής, τον οδηγεί σε απώλεια του βάρους του. Μέχρι και 80 % των καταθλιπτικών χάνουν βάρος και αυτό ενίοτε μπορεί και να απειλήσει και τη ζωή τους. Δεν συνειδητοποιούν όμως την αλλαγή του βάρους τους, παρά μόνο όταν τύχει να ζυγιστούν ή να αντιληφθούν πως τα ρούχα "κολυμπάνε" επάνω τους.

Υπάρχει όμως κι ένα μικρότερο ποσοστό καταθλιπτικών, στο οποίο σημειώνεται αύξηση της όρεξης και παίρνουν βάρος. Είναι η άτυπη κατάθλιψη με την υπερφαγία και την κατανάλωση γλυκών.

5.5 ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Πολλοί καταθλιπτικοί χάνουν την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση (ανηδονία) από δραστηριότητες που συνήθιζαν να θεωρούν ευχάριστες, όπως οι νυχτερινές διασκεδάσεις, η μουσική, η συνάντηση με τους φίλους κλπ.

5.6 ΕΛΛΕΙΨΗ ΚΙΝΗΤΡΩΝ- ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Βασικό χαρακτηριστικό τους είναι η έλλειψη κινήτρων και η έλλειψη ενεργητικότητας (αδράνεια, αβουλία). Πρώτα μειώνουν και σταματούν τα hobby τους και στη συνέχεια μπορεί να μην πάνε ούτε στην εργασία τους. Εμφανίζουν έντονη αναβλητικότητα και δυσκολία στη λήψη ακόμα και απλών αποφάσεων. Η κατάσταση συχνά επιδεινώνεται και αδιαφορούν ακόμα και για την προσωπική τους υγιεινή, σταματώντας το ξύρισμα, το χτένισμα ή ακόμα και το πλύσιμο του σώματος ή του προσώπου.

5.7 ΤΥΨΕΙΣ- ΕΝΟΧΕΣ

Οι τύψεις και οι ενοχές κατατρύχουν τον καταθλιπτικό ασθενή. Συχνά τα άτομα με κατάθλιψη βιώνουν συναισθήματα ενοχών, ντροπής και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Πολλές φορές αισθάνονται ενοχές και τύψεις για λάθη και αποτυχίες του παρελθόντος, τα οποία μεγαλοποιούν. Πολύ συχνά αισθάνονται άσχημα αναφορικά με τα παιδιά τους. Θεωρούν τον εαυτό τους κατώτερο σχετικά με όλες εκείνες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά που θεωρούν απαραίτητα για τη ζωή, χαρακτηριστικά όπως υψηλή νοημοσύνη, εξωτερική ομορφιά, επαγγελματική επιτυχία κ.ά. Μάλιστα, η χαμηλή αίσθηση αυτοπεποίθησης και αυτοσεβασμού των καταθλιπτικών είναι υπεύθυνη για το γεγονός ότι θεωρούν τον εαυτό τους αποτυχημένο και τη ζωή τους απογοητευτική. Οι καταθλιπτικοί άνθρωποι χαρακτηρίζονται από το αίσθημα της ανημποριάς και του αβοήθητου και την απελπισία που συνοδεύεται από την πεποίθηση πως δεν υπάρχει ελπίδα βελτίωσης (απελπισμένοι).

5.8 ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ- ΑΔΥΝΑΜΙΑ

Επίσης, κάποιοι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν μια ολοκληρωτική «παράλυση της βούλησης» που εκδηλώνεται με την αδυναμία να κάνουν και το πιο απλό πράγμα, όπως για παράδειγμα να σηκωθούν από το κρεβάτι (κλινοφιλία). Τέλος, αδυνατούν να ανταποκριθούν σε πολύ απλές απαιτήσεις της ζωής, θεωρώντας τον εαυτό τους ανίκανο. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός πως αισθάνονται πολύ κουρασμένοι. Η κούραση είναι η συχνότερη εξήγηση που δίνουν οι ίδιοι για την αδυναμία τους να κάνουν έστω και απλές δουλειές. Παραπονιούνται συχνά για αδυναμία. Μια νοικοκυρά που ξαφνικά δεν μπορεί να σηκώσει την κατσαρόλα με το νερό για να βράσει φακές, "γιατί δεν την κρατάν τα χέρια της", είναι πολύ πιθανό να πάσχει από κατάθλιψη.

5.9 ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Δεν είναι σπάνιο φαινόμενο οι καταθλιπτικοί να παραπονιούνται για σωματικούς πόνους και διάφορα οργανικά προβλήματα. Συνήθως επισκέπτονται αρκετούς γιατρούς για να ανακουφιστούν από τους πόνους τους, πριν επισκεφθούν έναν ψυχίατρο. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι τα εξής: πονοκέφαλοι, μυϊκές κράμπες, ναυτία, εμετοί, βάρος στο στήθος, ξινή γεύση στο στόμα, ξηροστομία, πόνοι και δυσκαμψία στην πλάτη και το σβέρκο κ.ά. Αυτά τα συμπτώματα οφείλονται στην συνύπαρξη άγχους με την κατάθλιψη.

5.10 ΑΓΧΟΣ

Ένα μεγάλο ποσοστό (60%- 70% των καταθλιπτικών), αισθάνεται έντονο άγχος και μερικές φορές υπερβολική ανησυχία. Επιπρόσθετα, οι καταθλιπτικοί (μερικές φορές) παρουσιάζουν υπερδιέγερση, υπερβολική ανησυχία, ένταση, νευρικότητα. Κινούνται συνέχεια, βηματίζουν πάνω κάτω ή κινούν αδιάκοπα τα χέρια τους, κλπ. Η ανησυχία και η ανασφάλεια του πάσχοντα από κατάθλιψη, συνήθως δεν έχει βάσιμη ή συγκεκριμένη εξωτερική αιτία, αλλά κάνει έκδηλη

την παρουσία της στα μικροπροβλήματα που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητα.

5.11 ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Η νοητική δραστηριότητα των καταθλιπτικών ασθενών επιβραδύνεται και παρουσιάζουν κάποιες φορές προβλήματα στον τομέα της μνήμης και συγκέντρωσης και είναι αναποφάσιστοι.

5.12 ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Για εκείνους, ο κόσμος, η ίδια τους η ζωή, είναι πολύ δυσάρεστη και ανυπόφορη, γι αυτό και η αυτοκτονία αποτελεί έναν τρόπο που οι ίδιοι θεωρούν ιδανικό προκειμένου να ξεφύγουν από την επώδυνη πραγματικότητα. Έτσι, συχνά οι καταθλιπτικοί έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Η αυτοκτονική σκέψη αποτελεί το πιο σοβαρό και επικίνδυνο σύμπτωμα των καταθλιπτικών. Από τους 3 οι 2 άνθρωποι που αυτοκτονούν έχουν συμβουλευτεί τον οικογενειακό γιατρό τους μέσα στον προηγούμενο μήνα και σχεδόν 1 στους 2 μέσα στην αμέσως προηγούμενη εβδομάδα πριν την αυτοκτονία. Επίσης οι 2 στους 3 ανθρώπους που αυτοκτονούν έχουν μιλήσει γι' αυτό σε φίλους ή στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Το να ρωτήσει κανείς κάποιον αν έχει αυτοκτονικές τάσεις δεν σημαίνει ότι θα του «βάλει ιδέες» ή θα αυξήσει τις πιθανότητες της αυτοκτονίας. Γι' αυτό, αν και πολλοί άνδρες δείχνουν κάποια αδυναμία ως προς το να μιλούν για τα συναισθήματά τους, είναι σημαντικό να ρωτηθούν ευθέως αν κάνουν σκέψεις σχετικές με την αυτοκτονία. Επίσης σημαντικό είναι, όταν διατυπώνονται τέτοιες ιδέες ή τάσεις, να τις παίρνει κανείς στα σοβαρά. Για κάποιον που έχει τάσεις αυτοκτονίας δεν υπάρχει τίποτα που να ρίχνει περισσότερο το ηθικό του από το να αισθανθεί ότι οι άλλοι δεν τον αντιμετωπίζουν με σοβαρότητα. Συχνά χρειάζεται χρόνος για να επιστρατεύσει κανείς το κουράγιο που χρειάζεται και να μιλήσει για την αυτοκτονία, αλλά το να μιλήσει κανείς γι' αυτό μπορεί να προσφέρει μεγάλη ανακούφιση.

Έτσι, από τη στιγμή που τα άτομα δεν λαμβάνουν σοβαρά τα συμπτώματα αυτά, συχνά δημιουργείται ένα άσχημο περιβάλλον για τον καταθλιπτικό ασθενή, όπου έχουν δημιουργηθεί σοβαρές συγκρούσεις, ένταση, παρεξηγήσεις, αυξανόμενες ενοχές και αισθήματα απελπισίας.

5.13 ΕΦΙΑΛΤΕΣ

Επαναλαμβανόμενοι και συχνοί εφιάλτες, θα πρέπει να ανησυχήσουν τον ασθενή που πάσχει από αϋπνία και την οικογένειά του. Πρόσφατα αποδείχθηκε ότι οι εφιάλτες συσχετίζονται με πενταπλάσιο (5) κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας. Από όσους προσπαθούν μια απόπειρα αυτοκτονίας, 89% υποφέρουν από κάποιες διαταραχές ύπνου, 73% έχουν δυσκολίες στην έναρξη του ύπνου, 69% έχουν δυσκολία να διατηρήσουν τον ύπνο, 66% έχουν εφιάλτες, και 58% υποφέρουν από πρόωρο πρωινό ξύπνημα. Επειδή ο κίνδυνος για τη ζωή είναι άμεσος και μεγάλος, είναι απαραίτητη η άμεση εξέταση από ψυχίατρο, επείγουσα αντικαταθλιπτική αγωγή και στενή παρακολούθηση από το περιβάλλον του ασθενούς.

5.14 ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ

Ένα ακόμα πολύ χαρακτηριστικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και ικανότητα. Ένα τέτοιο σύμπτωμα μπορεί να δυσχεραίνει τη σχέση του ατόμου με τον ή την σύντροφό του, που συχνά εκλαμβάνει την άρνηση σεξουαλικής επαφής ως απόρριψη. Αυτή η διάθεση του ατόμου πηγάζει από μια γενικότερη ελάττωση της ενεργητικότητας του ατόμου και μειωμένη διάθεση. Το σύμπτωμα αυτό δημιουργεί κάποιες παρανοήσεις, όπως για παράδειγμα το ότι θεωρεί το καταθλιπτικό άτομο πως είναι σεξουαλικά ανίκανο ή όπως το ότι ο σύντροφος του ατόμου παρεξηγεί τη σεξουαλική του άρνηση εξηγώντας τη ως έλλειψη ερωτικής έλξης κι αγάπης.

Οι πραγματικοί λόγοι που το άτομο χάνει το ενδιαφέρον του για σεξουαλική δραστηριότητα είναι άλλοι. Αισθήματα ανησυχίας, απογοήτευσης, απαισιοδοξίας αποσπούν την προσοχή του καταθλιπτικού ατόμου από τη σεξουαλική επιθυμία. Επιπρόσθετα, αισθήματα που βιώνει ο ασθενής όπως η

υπερευαισθησία του στην απόρριψη, η ενοχή, η δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων οργής συντείνουν στην απομάκρυνσή του από την σεξουαλική δραστηριότητα. Ωστόσο, η απώλεια της σεξουαλικής διάθεσης δεν είναι κοινή σε όλους τους καταθλιπτικούς ανθρώπους. Μάλιστα, σε μερικές (σπάνιες) περιπτώσεις ατόμων με κατάθλιψη υπάρχει αρχικά μια αύξηση της σεξουαλικής ενέργειας, μια κατάσταση γνωστή ως σεξουαλική ανησυχία. Εδώ το άτομο χαρακτηρίζεται από αύξηση των σεξουαλικών του ορμών. Η σεξουαλική ανησυχία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ορμονικών αλλαγών ή αποτέλεσμα ταραχής και φόβου που οφείλεται στην κατάθλιψη που εκτονώνεται με αυτόν τον τρόπο.

Τα παραπάνω συμπτώματα που αναφέρθηκαν, δεν απαντώνται όλα ταυτόχρονα στον ίδιο ασθενή από κατάθλιψη, ούτε είναι απαραίτητο να εμφανιστούν όλα. Συνήθως εμφανίζονται συνδιαστικά πολλά από τα παραπάνω και σε διαφορετική βαρύτητα το καθένα.^{9,10}

Κεφάλαιο 6: **ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

6.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ (DSM)

Όπως υπήρξαν μετατοπίσεις απόψεων στην ερμηνεία των ψυχοφυσιολογικών διαταραχών, έτσι συνέβησαν και αλλαγές στην ταξινόμησή τους κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Ασθενειών (DSM) υιοθετήθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στα 1952 ως το επίσημο εργαλείο ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών. Στην αρχική του έκδοση, υπήρχε μια κατηγορία με το όνομα ψυχοσωματικές διαταραχές. Εννέα κύριες κατηγορίες διαταραχών χωρίστηκαν σύμφωνα με το μέρος ή το σύστημα του σώματος που είχε προσβληθεί. Οι διαταραχές ταξινομούνταν ως ψυχοσωματικές ασθένειες όταν δεν μπορούσε να αποδοθεί μια σαφής ιατρική αιτιολογία.

Με την αύξηση της γνώσης, ότι ψυχολογικοί ή συναισθηματικοί παράγοντες είναι σημαντικοί στην εμφάνιση ή στην επιδείνωση των περισσότερων οργανικών ασθενειών, χρειάστηκε να αλλαχθεί το σύστημα ταξινόμησης. Η έρευνα έχει αποδείξει την εμπλοκή ψυχολογικών παραγόντων στην αιτιολογία αρκετών ασθενειών, που κυμαίνονται από νευρολογικά νοσήματα όπως είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας έως μολυσματικές ασθένειες και κακοήθεις νόσους όπως η φυματίωση και η λευχαιμία, αντίστοιχα.

Το αρχικό DSM, δεν έλαβε υπόψη του αυτά τα στοιχεία. Στα 1968, υιοθετήθηκε μια τροποποιημένη έκδοση του, το DSM-II, που συντάχθηκε σε συνεργασία με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Σε αυτή την καινούργια έκδοση, ο όρος ψυχοφυσιολογική διαταραχή αντικατέστησε τη ψυχοσωματική

διαταραχή σε μια προσπάθεια αποσύνδεσης της ορολογίας από την παλαιότερη άποψη ότι οι ψυχολογικές και οι σωματικές μεταβλητές είναι ανεξάρτητες.

Μια νεώτερη και σημαντικά αναθεωρημένη έκδοση του DSM, το DSM-III, εκδόθηκε το 1980. Σε αυτές τις πρόσφατες εκδόσεις, η κατηγορία ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν οργανικές καταστάσεις (PFAPC- psychological factors affecting physical conditions) έχει αντικαταστήσει τον προηγούμενο όρο ψυχοφυσιολογικές διαταραχές σε μια περαιτέρω προσπάθεια να δοθεί έμφαση στο βαθμό που οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν οποιαδήποτε οργανική διαταραχή.

Οι Lipp, Looney, και Spitzer (1977) πρώτοι υπέδειξαν ότι οι νεώτερες εκδοχές του συστήματος αξιολόγησης (DSM-III) θα έπρεπε να λάβουν υπόψη το βαθμό, στον οποίο οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τις οργανικές καταστάσεις. Στην πρόταση τους, η οποία αργότερα υιοθετήθηκε και ενσωματώθηκε στις καινούργιες εκδόσεις του εγχειριδίου, πρότειναν να διαγραφεί το ξέχωρο τμήμα των ψυχοφυσιολογικών διαταραχών και να αντικατασταθεί με τμήμα που να ονομάζεται «Ψυχολογικοί Παράγοντες και Οργανικές Συνθήκες».

Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία παρουσίασε μια νεότερη αναθεώρηση του DSM - το DSM-IV, που εκδόθηκε γύρω στα τέλη του 1993 με αρχές του 1994. Σε μια επισκόπηση των πιθανών αλλαγών σε αυτή την καινούργια έκδοση, οι Stoudemine και Hales (1991) ανέφεραν ότι δεν υπάρχουν πολλές ενδείξεις για το αν η κατηγορία PFAPC (Psychological factors affecting physical condition) του DSM-III-R έχει χρησιμοποιηθεί ικανοποιητικά σε κλινικό ή ερευνητικό περιβάλλον.

Η υποεπιτροπή του DSM-IV PFAPC αποφάσισε να διατηρήσει την κατηγορία του PFAPC, αλλά με διαφορετική ονομασία ως «Ψυχολογικοί ή Συμπεριφορικοί Παράγοντες που Επιδρούν σε Μη-Ψυχιατρική Ιατρική Συνθήκη». Σε αυτή την καινούργια έκδοση, απαιτείται από τον κλινικό να προσδιορίσει το είδος των παραγόντων που επηρεάζουν μια ιατρική κατάσταση. Επιπλέον, η κατηγορία έχει διευρυνθεί για να συμπεριλάβει συμπεριφορικούς

παράγοντες δημόσιας υγείας καθώς και τη ψυχιατρική νοσηρότητα στο ιατρικό αποτέλεσμα.¹⁰

6.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ DSM-IV

Σύμφωνα με το DSM-IV οι Καταθλιπτικές Διαταραχές διακρίνονται στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, στη Δυσθυμική Διαταραχή και στην Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, που τις περιγράφουμε αμέσως παρακάτω.

6.2.1 Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Κλινική πορεία

Τα συμπτώματα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου αναπτύσσονται συνήθως μέσα σε μια περίοδο ημερών ή εβδομάδων. Μπορεί, όμως, ν' αναπτυχθούν αρκετά ξαφνικά και απότομα, ιδιαίτερα μετά από ένα σοβαρό στρες της ζωής. Του καταθλιπτικού επεισοδίου μερικές φορές προηγούνται για μήνες ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, φοβίες ή προσβολές πανικού.

Τα περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (τα δύο τρίτα περίπου των περιπτώσεων) αυτοπεριορίζονται και έχουν καλή πρόγνωση, ακόμη και χωρίς ειδική θεραπεία. Οπωσδήποτε, όμως, ειδικές σωματικές θεραπείες, όπως αντικαταθλιπτικά και ηλεκτροσόκ, ελαττώνουν την ένταση των συμπτωμάτων και επιταχύνουν την ανάρρωση. Πριν την εμφάνιση των σωματικών θεραπειών τα περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια διαρκούσαν έξι ως οκτώ μήνες. Με τη βοήθεια των θεραπειών αυτών τα επεισόδια διαρκούν τώρα μόνον εβδομάδες.

Στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια υποχωρούν μερικά (προσδιορισμός: Με Μερική Ύφεση) ή καθόλου.

Τα άτομα που έχουν μερική μόνο ύφεση κινδυνεύουν περισσότερο να έχουν και άλλα επεισόδια και επίσης να συνεχίσουν το σχήμα της μερικής ανάρρωσης μεταξύ των επεισοδίων.

Έτσι, ο προσδιορισμός της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής Με ή Χωρίς Πλήρη Ανάρρωση Μεταξύ των Επεισοδίων έχει προγνωστική σημασία.

Διάγνωση

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο) ή περισσότερα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα) Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, χωρίς ιστορικό Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού Επεισοδίου. Αν επισυμβεί κάποιο Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο η διάγνωση αλλάζει σε Διπολική Διαταραχή (εκτός, βέβαια, αν υπεύθυνη για την αλλαγή της διάθεσης είναι κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή, κάποια ουσία ή τοξίνη ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση, οπότε η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής παραμένει και μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της Διαταραχής της Διάθεσης Προκαλούμενης από Ουσίες, Με μανιακά ή Με Μεικτά Στοιχεία ή της Διαταραχής της Διάθεσης Οφειλόμενης σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Με Μανιακά ή Μεικτά Στοιχεία).

ΚΡΙΤΗΡΙΑ DSM-IV-TR ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

A. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα υπάρχουν σε διάρκεια 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα: τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

Σημείωση: Δεν περιλαμβάνονται συμπτώματα τα οποία οφείλονται σαφώς σε παθολογικές καταστάσεις ή σε άσχετες με τη διάθεση παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις.

(1) Καταθλιπτική διάθεση στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα, που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθημάτων ή κενού) ή από παρατηρήσεις τρίτων (π.χ. φαίνεται δακρυσμένος). Σημείωση: στα παιδιά και στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση.

(2) Σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα (που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική περιγραφή είτε από παρατηρήσεις τρίτων).

(3) Σημαντική απώλεια βάρους χωρίς περιορισμό της τροφής ή αύξηση βάρους (π.χ. μεταβολή του βάρους σώματος πάνω από 5% σε ένα μήνα) ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε ημέρα. Σημείωση: Στα παιδιά, εξετάζεται η αδυναμία να κερδίσουν το αναμενόμενο βάρος.

(4) Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε ημέρα.

(5) Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε ημέρα (μπορεί να γίνει αντιληπτό από τρίτους και δεν αποτελεί μόνο υποκειμενικό αίσθημα νευρικότητας ή νωθρότητας).

(6) Κόπωση ή έλλειψη ενεργητικότητας σχεδόν κάθε ημέρα.

(7) Αίσθημα ματαιότητας ή υπερβολής ή αδικαιολόγητης ενοχής (που μπορεί να είναι παραισθησιακή) σχεδόν κάθε ημέρα (δεν αποτελεί μόνο υποκειμενική προσέγγιση ή αίσθημα ενοχής για τη νόσο).

(8) Μείωση της ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε ημέρα (είτε από υποκειμενική αναφορά ή ως παρατήρηση από τρίτους).

(9) Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας.

B. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια του Μικτού Επεισοδίου

Γ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας ή φάρμακο) ή σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

Δ. Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα λόγω πένθους, δηλ. μετά από την απώλεια αγαπημένου προσώπου, τα συμπτώματα παραμένουν για περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από σημαντική λειτουργική έκπτωση, παθολογική προκατάληψη με αίσθημα μαιαιότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο

1. Παρουσία ενός μοναδικού Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
2. Το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο δεν εξηγείται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο. (**Σημείωση:** Ο αποκλεισμός δεν ισχύει αν όλα τα παρόμοια με μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδια έχουν προκληθεί από ουσία ή θεραπεία ή οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.)

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα

- Παρουσία δύο ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων. (**Σημείωση:** Για να θεωρηθούν ξεχωριστά τα επεισόδια θα πρέπει να υπάρχει ένα μεσοδιάστημα 2 τουλάχιστον συνεχών μηνών κατά τους οποίους δεν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.)

- Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς.
- Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο. (**Σημείωση:** Ο αποκλεισμός δεν ισχύει αν όλα τα παρόμοια με μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδια προκαλούνται από ουσία ή θεραπεία ή οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.)

Προσδιοριστές

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να προσδιορισθεί είτε με βάση το τρέχον ή το πιο πρόσφατο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, είτε με βάση την πορεία της.

Με βάση **το τρέχον ή το πιο πρόσφατο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο**, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο ή Υποτροπιάζουσα μπορεί να χαρακτηριστεί/προσδιορισθεί ως:

- **Ήπια, Μέτρια, Σοβαρή Χωρίς Ψυχωτικά Στοιχεία, Σοβαρή Με Ψυχωτικά Στοιχεία, Σε Μερική Ύφεση, Σε Πλήρη Ύφεση**
- **Χρόνια**
- **Με Κατατονικά Στοιχεία.** Σημειώνουμε ότι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (όπως και η Διπολική I ή II Διαταραχή) Με Κατατονικά Στοιχεία θα πρέπει να διαφοροποιείται από **Κατατονική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση**, από **Σχιζοφρένεια Κατατονικού Τύπου** ή από **παρενέργειες κάποιου φαρμάκου** (π.χ. κάποια Κινητική Διαταραχή Προκαλούμενη από Φάρμακα).
- **Με Μελαγχολικά Στοιχεία.** Σημειώνουμε ότι άτομα Με Μελαγχολικά Στοιχεία είναι πιο πιθανό να έχουν απαντήσει σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία στο παρελθόν και είναι πιο πιθανό ν'

απαντήσουν στις θεραπείες αυτές και στο τρέχον επεισόδιο. Τα μελαγχολικά στοιχεία απαντώνται εξίσου και στα δύο φύλα, αλλά είναι συχνότερα σε πιο ηλικιωμένα άτομα. Συχνά συνοδεύονται από ψυχωτικά στοιχεία και επίσης εργαστηριακά συνδέονται συχνά με μη καταστολή, με υπερκορτιζολαιμία, με ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον ύπνο και με άλλους βιολογικούς δείκτες της κατάθλιψης.

- **Με Άτυπα Στοιχεία.** Σημειώνουμε ότι ως υπερυπνία ορίζεται συνολική διάρκεια ύπνου (νύχτας ή μέρας) τουλάχιστον 10 ωρών ή τουλάχιστον 2 ωρών περισσότερο απ' όταν το άτομο δεν είναι σε κατάθλιψη. Όσον αφορά την ευαισθησία στην απόρριψη, το άτομο μπορεί να φεύγει από τη δουλειά του νωρίτερα ή να χρησιμοποιεί ηρεμιστικά για να αντιμετωπίσει την κριτική που του γίνεται, μπορεί ν' αποφεύγει να κάνει σχέσεις ή να κάνει τρικυμιώδεις σχέσεις εξαιτίας της ευαισθησίας αυτής. Συχνά, μπορεί να συνυπάρχει Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας, διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, Ειδική ή Κοινωνική Φοβία.

- **Με Επιλόχεια Έναρξη.** Αν και βασικά το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (όπως επίσης και το Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο) που έχουν επιλόχεια έναρξη δεν διαφέρουν στη συμπτωματολογία από τα αντίστοιχα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης χωρίς επιλόχεια έναρξη, εντούτοις μπορεί να χαρακτηρίζονται πιο συχνά από ευμετάβλητη διάθεση και από κυμαινόμενη κλινική πορεία. Συχνά μπορεί να υπάρχουν και ψυχωτικά στοιχεία. Όταν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, συχνά αφορούν το νεογέννητο (π.χ. ότι το κατέλαβε ο διάβολος, ότι έχει ειδικές δυνάμεις, ότι το περιμένει φοβερή μοίρα). Μπορεί να υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός, ψυχαναγκαστικές σκέψεις για βία προς το παιδί, αδυναμία συγκέντρωσης, ψυχοκινητική διέγερση, έντονο άγχος ή Προσβολές Πανικού, αυθόρμητο κλάμα (για πολύ μετά τη συνηθισμένη διάρκεια του φυσιολογικού κλάματος που διαρκεί για 307 μέρες μετά τον τοκετό), έλλειψη ενδιαφέροντος προς το νεογέννητο και αϋπνία, συνήθως αρχική.

Συχνά σε επιλόχεια ψυχωτικά επεισόδια (δηλ. σε Επεισόδια Διαταραχής της Διάθεσης Με Ψυχωτικά Στοιχεία ή σε Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή ή σε Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, με έναρξη μέσα σε 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό) μπορεί να συμβεί *παιδοκτονία* με αφορμή

ψευδαισθήσεις που δίνουν τέτοια εντολή ή παραληρητικές ιδέες ότι το παιδί είναι δαιμονισμένο (μπορεί όμως να συμβεί και σε σοβαρά επιλόχεια επεισόδια διαταραχής της διάθεσης χωρίς ψυχωτικά στοιχεία). Τα επιλόχεια επεισόδια πρέπει, βέβαια, να διαφοροποιείται από παραλήρημα, που μπορεί να συμβεί στην περίοδο αυτή και που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της συνείδησης και της προσοχής.

Επιλόχεια ψυχωτικά επεισόδια είναι πιο συχνά σε γυναίκες με προηγούμενα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης με επιλόχεια έναρξη, αλλά και σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό Διαταραχής της Διάθεσης (ειδικά Διπολικής I Διαταραχής).

- **Με ή Χωρίς Πλήρη Ανάρρωση Ανάμεσα στα Επεισόδια.** Ο προσδιορισμός τους αφορά την περίοδο ανάμεσα στα δύο πιο πρόσφατα επεισόδια. Ο χαρακτηρισμός της πορείας γίνεται ακόμη πιο συγκεκριμένος αν σημειωθεί η παρουσία ή όχι προϋπάρχουσας Δυσθυμικής Διαταραχής. Γενικά άτομα Χωρίς Πλήρη Ανάρρωση Ανάμεσα στα Επεισόδια τείνουν να έχουν περισσότερα επεισόδια και μάλιστα χωρίς πλήρη ανάρρωση κι αυτά. Αν υπάρχει Δυσθυμική Διαταραχή πριν από το πρώτο επεισόδιο Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, κατά πάσα πιθανότητα δε θα υπάρξει πλήρης ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια. Το σχήμα αυτό αναφέρεται ως "**διπλή κατάθλιψη**" και παρατηρείται στο 20%—25% των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Υπολογίζεται ότι μόνο στο 3% περίπου των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή και με προϋπάρχουσα Δυσθυμική Διαταραχή μπορεί να υπάρξει πλήρης ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια.

- **Με Εποχιακό Σχήμα.** Σημειώνουμε, ότι το 60%—90% των ατόμων, των οποίων τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια έχουν εποχιακό σχήμα, είναι γυναίκες. Το εποχιακό σχήμα αφορά κυρίως φθινόπωρο ή χειμώνα. Ιδιαίτερα όσον αφορά τα χειμερινά καταθλιπτικά επεισόδια, αναφέρεται ότι μπορεί να παρουσιάζονται σε ορισμένα άτομα χωρίς να πληρούν τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

6.2.2 Δυσθυμική Διαταραχή

Κλινική πορεία

Η Δυσθυμική Διαταραχή συχνά αρχίζει νωρίς και ύπουλα, δηλ. στην παιδική ηλικία, στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Η πορεία της είναι χρόνια και συχνά σ' αυτήν επικάθεται Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, που είναι και η αιτία που συνήθως ο ασθενής θα ζητήσει θεραπεία.

Εάν η Δυσθυμική Διαταραχή προηγείται της έναρξης της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, υπάρχει μικρότερη πιθανότητα να συμβεί πλήρης ανάρρωση ανάμεσα στα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια και μεγαλύτερη πιθανότητα για πιο συχνά επεισόδια.

Διάγνωση

Το βασικό χαρακτηριστικό της Δυσθυμικής Διαταραχής είναι μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια.

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της Δυσθυμικής Διαταραχής

1. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, όπως φαίνεται είτε από υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με παρατήρηση άλλων, τουλάχιστον για 2 χρόνια. (**Σημείωση:** Σε παιδιά και εφήβους η διάθεση μπορεί να είναι ευερέθιστη και η διάρκεια πρέπει να είναι τουλάχιστον για 1 χρόνο.)

2. Παρουσία, όταν το άτομο είναι σε κατάθλιψη, δύο (ή περισσότερων) από τα παρακάτω:

- ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία
- αϋπνία ή υπερυπνία
- ελαττωμένη ενέργεια/ενεργητικότητα ή κόπωση
- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία για λήψη αποφάσεων

- αισθήματα έλλειψης ελπίδας
 - Κατά τη διάρκεια της περιόδου των 2 χρόνων (1 χρόνου για παιδιά ή εφήβους) της διαταραχής, ποτέ το άτομο δεν ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων των κριτηρίων 1 και 2 για διάστημα περισσότερο από 2 μήνες κάθε φορά.
 - Κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων της διαταραχής (1 χρόνου για παιδιά και εφήβους) δεν ήταν παρόν Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο· δηλ. η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως χρόνια Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, σε Μερική Ύφεση. (**Σημείωση:** Μπορεί να υπήρξε ένα προηγούμενο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, αρκεί να ήταν σε πλήρη ύφεση [όχι σημαντικά σημεία ή συμπτώματα για 2 μήνες] πριν την ανάπτυξη της Δυσθυμικής Διαταραχής. Επιπρόσθετα, μετά τα αρχικά 2 χρόνια [1 χρόνο για παιδιά ή εφήβους] της Δυσθυμικής Διαταραχής, μπορεί να επικάθονται επεισόδια Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, περίπτωση στην οποία μπορούν να μπουν και οι δύο διαγνώσεις, όταν πληρούνται τα κριτήρια για ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.
 - Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο και δεν έχουν ποτέ (συμ)πληρωθεί τα κριτήρια για Κυκλοθυμική Διαταραχή.
 - Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια της πορείας μιας χρόνιας Ψυχωτικής Διαταραχής όπως η Σχιζοφρένεια ή η Παραληρητική διαταραχή
 - Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μια ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός).
- Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σ' άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

6.2.3 Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Η κατηγορία αυτή του DSM-IV περιλαμβάνει διαταραχές με καταθλιπτικά στοιχεία που δεν πληρούν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή της Προσαρμογής Με Καταθλιπτική Διάθεση ή Διαταραχή της Προσαρμογής Μεικτή Με Άγχος και Καταθλιπτική Διάθεση. Μερικές φορές καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζονται σαν μέρος της Αγχώδους Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς.

Παραδείγματα της Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς ως είναι τα παρακάτω:

1. Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή: κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου, στους περισσότερους εμμηνορρυσιακούς κύκλους, συστηματικά υπήρξαν συμπτώματα (π.χ. έντονη καταθλιπτική διάθεση, έντονο άγχος, έντονη συναισθηματική ευμεταβλητότητα, ελαττωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας της ωχρινικής φάσης (και υποχώρησαν μέσα σε λίγες μέρες μετά την έναρξη της εμμηνορρυσίας). Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να παρεμποδίζουν έντονα την εργασία, το σχολείο ή τις συνηθισμένες δραστηριότητες και να είναι παντελώς απόντα για 1 τουλάχιστον εβδομάδα μετά την εμμηνορρυσία.

2. Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή: επεισόδια τουλάχιστον 2 εβδομάδων με καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά με λιγότερα από πέντε από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (δηλ. Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου).

3. Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή: καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από 2 μέρες μέχρι 2 εβδομάδες, που συμβαίνουν τουλάχιστον μια φορά το μήνα για 12 μήνες (που δεν συνδέονται με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο).

4. Μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή της Σχιζοφρένειας: ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης της Σχιζοφρένειας.

5. Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικαθήμενο σε Παραληρητική Διαταραχή, σε Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ή στην ενεργό φάση της Σχιζοφρένειας.

6. Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει καταλήξει στο ότι κάποια καταθλιπτική διαταραχή είναι παρούσα, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες.¹¹

Κεφάλαιο 7: **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

7.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η αντιμετώπιση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής περιλαμβάνει την επιβεβαίωση της σωστής διάγνωσης και την εφαρμογή των βασικών αρχών της θεραπείας, που βασίζονται στις ενδείξεις και έχουν συγκεκριμένους στόχους. Σε αυτές τις αρχές περιλαμβάνονται η διάγνωση και η θεραπεία των συνυπαρχόντων παθολογικών καταστάσεων, η δημιουργία θεραπευτικών δεσμών με τους ασθενείς και η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας, καθώς επίσης και η παρακολούθηση και η διατήρηση της απάντησης.

Εννέα αρχές αντιμετώπισης ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου:

1. Προσδιορισμός των στόχων της θεραπείας
2. Εκτίμηση και θεραπεία των συνοδών παθολογικών καταστάσεων
3. Εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας
4. Εδραίωση των θεραπευτικών δεσμών
5. Εξέταση αντιμετώπισης με ψυχοθεραπεία
6. Επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού
7. Ενίσχυση της συμμόρφωσης με το θεραπευτικό σχήμα
8. Παρακολούθηση της έκβασης της θεραπείας
9. Διατήρηση της απάντησης στη θεραπεία

7.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ

Οι γενικοί στόχοι της θεραπείας είναι η επίτευξη της ύφεσης των συμπτωμάτων, η αποκατάσταση της ποιότητας ζωής και η πρόληψη της έξαρσης ή της υποτροπής. Η θεραπεία της κατάθλιψης περιλαμβάνει δύο φάσεις —την οξεία θεραπεία και τη θεραπεία συντήρησης— καθεμία με συγκεκριμένους στόχους, αντικείμενο και δραστηριότητες. Τον τελευταίο καιρό αυξάνεται συνεχώς η αναγνώριση της σημασίας της επίτευξης πλήρους ύφεσης των συμπτωμάτων και της επαναφοράς στην αρχική ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα.

7.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η κατάθλιψη, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι ένα νόσημα που μπορεί να πάρει πολλές μορφές και η συχνότητά της αναμένεται ν' αυξηθεί αρκετά μέσα στα επόμενα χρόνια. Αν και η πιο διαδεδομένη πρακτική είναι η αντιμετώπισή της με φαρμακευτικά σκευάσματα, εν τούτοις υπάρχει και η ψυχολογική θεραπεία.

Οι θεραπευτικές μέθοδοι χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

A. Οι σωματικές-βιολογικές θεραπείες, στις οποίες υπάγονται ποικίλα φαρμακευτικά σκευάσματα, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) και η φωτοθεραπεία (light therapy).

B. Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες, όπου υπάγονται η ενίσχυση θεραπευτικών δεσμών, η ατομική γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία, η οικογενειακή θεραπεία και τέλος η ομαδική ψυχοθεραπεία.¹²

7.4 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ- ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

7.4.1 Φαρμακευτική Θεραπεία

Τα αντικαταθλιπτικά είναι συνήθως η θεραπεία πρώτης επιλογής για την κατάθλιψη σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σήμερα, υπάρχουν πολλά

αντικαταθλιπτικά, με διαφορετική νευροχημική δράση και διαφορετικό προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι περισσότερες συστηματικές ανασκοπήσεις δεν απέδειξαν κλινικά σημαντικές διαφορές στα ποσοστά απάντησης μεταξύ των αντικαταθλιπτικών, αλλά υπάρχουν μερικοί κλινικοί παράγοντες που είναι σημαντικοί και πρέπει να ελέγχονται κατά την επιλογή του φαρμάκου.

Τα πρώτα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι τα τρικυκλικά και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά. Τα αντικαταθλιπτικά αυτά άρχισαν να χρησιμοποιούνται από τη δεκαετία του '50 για τη θεραπεία της κατάθλιψης, με μεγάλη αποτελεσματικότητα. Οι ενοχλητικές ανεπιθύμητες ενέργειες (ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, θάμβος οράσεως, ζάλη, διαταραχές της καρδιακής αγωγιμότητας), που υπονομεύουν τη συνεργασία των ασθενών, δημιούργησαν την ανάγκη να παραχθούν φάρμακα περισσότερο ασφαλή και καλύτερα ανεκτά. Τα νεώτερα αυτά αντικαταθλιπτικά κατατάσσονται στις ακόλουθες κατηγορίες.

- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης -SSRI'S-
- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης - νοραδρεναλίνης - SNRI'S-

Η αποτελεσματικότητα των νεότερων αντικαταθλιπτικών είναι συγκρίσιμη με αυτήν των παλαιότερων, ωστόσο αυτά πλεονεκτούν, διότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν εμφανίζονται τόσο συχνά (ναυτία, κεφαλαλγία, σεξουαλικές διαταραχές και ανησυχία με την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής), είναι ήπιες και καλά ανεκτές.

Ο γιατρός, πριν την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής, πρέπει να πάρει ένα λεπτομερές ιστορικό, να εξετάσει τον ασθενή προσεκτικά, να προτείνει τη διεξαγωγή βιοχημικών και παρακλινικών εξετάσεων, για να αποκλεισθούν σωματικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός, πνευμονία) και φάρμακα (π.χ. αντιυπερτασικά) που προκαλούν κατάθλιψη. Πρέπει, επίσης, να σημειωθεί ότι τα οιοπνευματώδη και άλλες ουσίες, που χρησιμοποιούνται συχνά από τους ασθενείς για να ανακουφισθούν (αυτοθεραπεία), συνδέονται με την εμφάνιση και την επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ο γιατρός θα πρέπει, επίσης, να ενημερώσει τον ασθενή για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των

φαρμάκων και για το χρονικό διάστημα που απαιτείται για να εμφανιστεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Το 70-80% των καταθλιπτικών επεισοδίων θα αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά με το φάρμακο πρώτης επιλογής του ιατρού. Αρχικά βελτιώνονται οι διαταραχές του ύπνου και της όρεξης, ακολούθως χαλιναγωγείται το άγχος, επανέρχεται η σωματική ευεξία και η ενεργητικότητα και, τέλος, μετά από τρεις-τέσσερις εβδομάδες, βελτιώνεται το καταθλιπτικό συναίσθημα.

Αν μετά από τρεις - τέσσερις εβδομάδες δεν έχουν εμφανιστεί τα προσδοκώμενα θεραπευτικά οφέλη, τότε ο γιατρός μπορεί ή να αυξήσει τη δόση του φαρμάκου ή να προσθέσει και ένα άλλο με διαφορετικό μηχανισμό δράσης ή να το αντικαταστήσει με ένα διαφορετικό. Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων (πλήρης ύφεση), η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχιστεί στην ίδια θεραπευτική δόση επί 6-12 μήνες, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος της υποτροπής (συνεχιζόμενη θεραπεία). Όταν, όμως, έχουν εμφανιστεί τρία ή περισσότερα επεισόδια ή τα επεισόδια εμφανίζονται συχνά με βαριά συμπτωματολογία ή όταν ελλοχεύει ο κίνδυνος της αυτοκαταστροφής και συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου (π.χ. χρόνια σωματικό νόσημα), τότε η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να χορηγείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (πέντε χρόνια ή διά βίου) ως θεραπεία συντήρησης.

Αγχολυτικά: (λοραζεπάμη, αλπραζολάμη, διαζεπάμη, βρωμαζεπάμη). Χορηγούνται όταν συνυπάρχει άγχος. Πρέπει να χορηγούνται με προσοχή, για μικρό χρονικό διάστημα, διότι προκαλούν εξάρτηση και μπορεί να επιδεινώσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Αντιψυχωσικά (αλοπεριδόλη, αμισουλπρίδη, ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, αριπιπραζόλη, ζιπραζιδόνη). Χορηγούνται σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, όταν αυτή συνοδεύεται από παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (ψυχωσική κατάθλιψη).

A. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, φάρμακα στην Ψυχιατρική

Στην οικογένεια με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (και τα συγγενή τεταρτοκυκλικά), βασίστηκε η Ψυχιατρική για να θεραπεύσει την κατάθλιψη, τις

προηγούμενες δεκαετίες. Παρόλο που έχουν πλέον εμφανιστεί στην ψυχιατρική, αρκετές επόμενες γενιές φαρμάκων , η σύγχρονη Ψυχιατρική εξακολουθεί ακόμα να χρησιμοποιεί (αλλά σαν δεύτερη ή τρίτη επιλογή) φάρμακα αυτής της παλαιάς φαρμακευτικής οικογένειας των τρικυκλικών. Παρόλο που η θεραπευτική αποτελεσματικότητα με τα τρικυκλικά είναι δεδομένη, οι πολλές παρενέργειες περιορίζουν τη χρήση τους και τα οδηγούν στην εφεδρεία της ψυχοφαρμακολογίας, όχι όμως και στην εξαφάνιση.

Η θεραπεία με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, πρέπει να ξεκινάει με χαμηλή δοσολογία και στη συνέχεια με προοδευτική αύξηση, σε διαιρεμένες δόσεις ή εφάπαξ το βράδυ.

Παρενέργειες από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

- ΑΠΟΦΥΓΗ ΟΔΗΓΗΣΗΣ : ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΕΧΟΥΝ ΠΕΝΤΑΠΛΑΣΙΑ (x 5) ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΝΑ ΕΜΠΛΑΚΟΥΝ ΣΕ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, λόγω Καταστολής και Μείωσης της συγκέντρωσης.
- ΣΕ ΥΨΗΛΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΤΟΥΝ ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ (αρρυθμίες, υπόταση). Προληπτικός έλεγχος με ηλεκτροκαρδιογράφημα τακτικά. Προσοχή (έως αποφυγή) σε ηλικιωμένους.
- ΣΕ ΥΨΗΛΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΤΟΥΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ.
- Λόγω της γενικευμένης ψυχικής κινητοποίησης που προκαλούν, συνιστάται:
- Η ταυτόχρονη χορήγηση και ενός αγχολυτικού.
- Προσοχή στον Αυτοκτονικό ιδεασμό : Η στενή επιτήρηση των σοβαρά ασθενών κατά τις πρώτες εβδομάδες έναρξης της θεραπείας, για την αποφυγή τυχόν απόπειρας αυτοκτονίας.

- Μερικά τρικυκλικά έχουν διεγερτική δράση και πρέπει να λαμβάνονται το πρωί, ενώ κάποια άλλα έχουν κατασταλτική, οπότε η βραδυνή λήψη είναι προτιμότερη.
- Ξηρότητα στόματος, υπνηλία, εφιδρώσεις, μυδρίαση, διαταραχές προσαρμογής, τρόμος, υπομανία, διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας, δυσκολία στην ούρηση (αλλά αυτό μετατρέπεται σε πλεονέκτημα στην θεραπεία της κατάθλιψης στη σκλήρυνση κατά πλάκας με ακράτεια).
- Ναυτία, έμετοι
- Σπανιότερες: ηωσινοφιλία, θρομβοπενία, εξάνθημα, λευκοπενία, ακοκκιοκυτταραιμία, αιμωδίες των άκρων, σύνδρομο άκαιρης έκκρισης ADH, ίκτερος, παραισθησία, αύξηση ή απώλεια βάρους, διαταραχές του σακχάρου του αίματος.

Αντενδείξεις : Έμφραγμα μυοκαρδίου, κολποκοιλιακός αποκλεισμός, γλαύκωμα κλειστής γωνίας, μανία, πορφυρία, υπερευαισθησία στο συγκεκριμένο φάρμακο.

Αλληλεπιδράσεις : Ενίσχυση της κατασταλτικής δράσης του αλκοόλ και άλλων κατασταλτικών φαρμάκων. Ανταγωνίζεται τα αντιεπιληπτικά και τους αναστολείς των β-υποδοχέων. Αντίθετα, ενισχύει τη δράση των αντιυπερτασικών φαρμάκων. Τα αντισυλληπτικά μειώνουν τη δράση τους.

Προσοχή : Σε καρδιοπάθειες ιδιαίτερα αν συνοδεύονται από αρρυθμίες, σε επιληψία, σε κύηση και γαλουχία, σε ηπατική ανεπάρκεια, σε ψυχώσεις (επιτείνουν λ.χ. τη μανία), σε γλαύκωμα και υπερτροφία του προστάτη, σε διαβητικούς, στην αναισθησία (κίνδυνος αρρυθμιών).

Εξαιτίας όλων των παραπάνω λόγων, σχεδόν κανένας ψυχίατρος σήμερα, δεν ξεκινά τη θεραπεία της κατάθλιψης με πρώτη επιλογή τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Η θεραπεία που συνήθως προτιμάται ως εναρκτήρια συμπεριλαμβάνει τις παρακάτω φαρμακευτικές ουσίες.

B. Επιλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης της Σεροτονίνης – SSRI

Η σεροτονίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής του ανθρώπινου εγκέφαλου. Χαμηλά επίπεδα της σεροτονίνης, εμπλέκονται στην εμφάνιση κατάθλιψης. Τα φάρμακα που επιλεκτικά αναστέλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, αυξάνουν τα επίπεδα της ελεύθερης σεροτονίνης, θεραπεύοντας έτσι την κατάθλιψη.

Η κύρια ένδειξη των SSRI αντικαταθλιπτικών είναι η μείζων κατάθλιψη. Εκτός από την κατάθλιψη, ορισμένα SSRI είναι αποτελεσματικά και στη διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, καθώς και σε άλλες καταστάσεις, όπως οι νυκτερινές ενουρήσεις, η βουλιμία, κ.ά.

Δεν παρουσιάζουν σημαντική τοξικότητα. Πρέπει να γίνεται προσεκτική εκτίμηση για το ενδεχόμενο κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας, τόσο στην αρχή όσο και στην πορεία της θεραπείας. Σε σπάνιες περιπτώσεις έχει αναφερθεί ότι ασθενείς μπορούν να εκδηλώσουν αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας στη διάρκεια θεραπείας με φλουοξετίνη. Οι ασθενείς με κίνδυνο αυτοκτονίας δεν θα πρέπει να διατηρούν οι ίδιοι μεγάλη ποσότητα φαρμάκου. Η οικογένεια θα πρέπει να τους επιτηρεί διακριτικά, ιδιαίτερα στην αρχή της θεραπείας.

Μετά την υποχώρηση της κατάθλιψης, η αγωγή θα πρέπει να συνεχίζεται για 4-6 περίπου μήνες στην ίδια δοσολογία. Στην περιοδική κατάθλιψη με συχνές υποτροπές, η θεραπεία συντήρησης θα πρέπει να συνεχίζεται για 5 περίπου χρόνια.

Παρενέργειες της Ομάδας των SSRI:

Τα φάρμακα της οικογένειας των SSRI, παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά και παρενέργειες. Γενικά είναι ασφαλέστερα στη χρήση τους και με λιγότερα προβλήματα σε σύγκριση με τα παλαιότερα Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά. Οι συχνότερες παρενέργειες είναι:

- Γαστρεντερικές : Ναυτία, έμετος, διάρροια, ανορεξία με απώλεια βάρους, δυσπεψία, ξηροστομία. Με προοδευτική αύξηση της δόσης, αυτά τα συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν σε 2 - 4 εβδομάδες.

- Διέγερση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος : νευρική κατάσταση, άγχος, κεφαλαλγία, ζάλη, αϋπνία, δυσκινησίες, τρόμος, ιδρώτες. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να απαιτήσουν μικρές ή μέτριες δόσεις βενζοδιαζεπινών. Για την αϋπνία των SSRI συχνά χρησιμοποιείται η Τραζοδόνη (50-100 mg το βράδυ). Η φλουοξετίνη είναι η πιο διεγερτική από τους SSRI, και πρέπει να λαμβάνεται το πρωί, ώστε να μην δυσκολεύει τον ύπνο.
- Καταστολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος : υπνηλία. Μερικοί ασθενείς καταστέλλονται ιδιαίτερα με την παροξετίνη, που συνεπώς πρέπει να λαμβάνεται το βράδυ. Σε περίπτωση υπερυπνηλίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μονταφιλίνη (100-200 mg το πρωί).
- Σεξουαλική Δυσλειτουργία : καθυστερημένη εκσπερμάτωση, ανοργασμία, ανικανότητα, μείωση της libido. Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να επηρεάσει σοβαρό ποσοστό ασθενών (έως και 30%).
- Αυτοκτονικός Ιδεασμός : Όπως και με τα Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, η ανάρρωση από την κατάθλιψη και η γενικότερη κινητοποίηση του οργανισμού, μπορεί να προκαλέσει έντονες σκέψεις θανάτου. Συνιστάται επιτήρηση του ασθενούς, στην αρχή της θεραπείας.
- Σπάνιες Παρενέργειες : σπασμοί, πυρετός, αλλεργικές αντιδράσεις, φαρυγγίτιδα, δύσπνοια (σπάνια πνευμονική φλεγμονή ή ίνωση), υπομανία ή μανία, συμπτώματα κακοήθους νευροληπτικού συνδρόμου, σύγχυση, εκχυμώσεις, σπάνια αιματολογικές δυσκρασίες, υπονατριαιμία, παγκρεατίτιδα, κολπική αιμορραγία, βίαιη συμπεριφορά.
- Η κατάχρηση των SSRI ή ο συνδυασμός τους με άλλα φάρμακα που επιδρούν στην σεροτονίνη, μπορεί να προκαλέσει το επικίνδυνο τοξικό σύνδρομο σεροτονίνης. Το σεροτονινεργικό σύνδρομο ή σύνδρομο σεροτονίνης, προκαλείται γενικά από έναν συνδυασμό δύο ή περισσότερων φαρμάκων, το ένα από τα οποία συχνά ανήκει στα SSRI αντικαταθλιπτικά. Δείτε περισσότερα εδώ:

Γ. Επιλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης SNRI

SNRI είναι ένα αρκτικόλεξο για τούς αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης (Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor).

Ενδείξεις

Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης είναι μια κατηγορία αντικαταθλιπτικών χαπιών που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της κλινικής κατάθλιψης και άλλες συναισθηματικές αναταραχές. Τα φάρμακα αυτά μερικές φορές επίσης χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των διαταραχών ανησυχίας, την διαταραχή υπερδραστηριότητας - διάσπασης της προσοχής (ADHD), την ψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) και το χρόνιο νευροπαθή πόνο και ειδικά στους διαβητικούς. Ενεργούν επάνω σε δύο νευροδιαβιβαστές στον εγκέφαλο που είναι γνωστοί για τη ρύθμιση της διάθεσης, δηλαδή τη σεροτονίνη και τη νορεπινεφρίνη, σε αντίθεση με τους εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης μόνο της σεροτονίνης (SSRIs), οι οποίοι έχουν επιπτώσεις μόνο στη σεροτονίνη.

Τα SNRIs είναι κυρίως ενδεδειγμένα για τη θεραπεία της κλινικής κατάθλιψης, αλλά χρησιμοποιούνται συχνά και για τις αναταραχές ανησυχίας, τις αναταραχές πανικού, την ψυχαναγκαστική αναταραχή (OCD) και τις διατροφικές διαταραχές.

Μέθοδος δράσης των SNRI:

Η δραστηριότητα στην επαναπρόσληψη της επινεφρίνης, θεωρείται απαραίτητη για έναν αντικαταθλιπτικό για να είναι αποτελεσματικό στο νευροπαθή πόνο. Αυτό είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό με τα παλαιότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα, αλλά όχι με τους SSRIs.

Η κατάθλιψη θεωρείται ότι προκαλείται από μια έλλειψη ροής πληροφοριών μεταξύ των νευρώνων σε ορισμένα μέρη του εγκεφάλου. Οι νευρώνες ανταλλάσσουν τις πληροφορίες ο ένας με τον άλλον, μέσω των χημικών ουσιών που αποκαλούνται νευροδιαβιβαστές, οι οποίοι δρουν στις μικροσκοπικές συνάψεις (χάσματα) μεταξύ των νευρικών κυττάρων. Μετά από

την δράση τους, το μεγαλύτερο μέρος του νευροδιαβιβαστή απορροφείται εκ νέου από το προσυναπτικό κύτταρο. Αυτή η διαδικασία καλείται επαναπρόσληψη.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα λειτουργούν με την αύξηση του ποσού των ενεργών νευροδιαβιβαστών στη σύναψη, την ενίσχυση κατά συνέπεια της νευρωνικής δραστηριότητας και την βελτίωση της διάθεσης. Τα σύγχρονα αντικαταθλιπτικά φάρμακα επιτυγχάνουν κανονικά αυτήν την επίδραση με το φράξιμο των πρωτεϊνών μεταφορέων που απορροφούν εκ νέου ορισμένους νευροδιαβιβαστές, ως εκ τούτου οι ανασταλτικοί παράγοντες λέγονται "αναστολείς της επαναπρόσληψης".

Τα SNRI είναι νεώτερα από SSRI, και υπάρχει μόνο ένας μικρός αριθμός τους αυτή τη στιγμή. Η αποτελεσματικότητα και η αναχή τους εμφανίζονται να είναι κάπως καλύτερες από SSRI, πιθανό λόγω στη σύνθετη επίδρασή τους.

Έχει υπάρξει διαμάχη που περιβάλλει τα SSRIs και SNRIs. Μερικοί άνθρωποι θεωρούν ότι τα φάρμακα γράφονται από υπερβολικά ενθουσιώδεις ψυχιάτρους όταν η χρήση τους είναι μόνο περιθωριακά ενδεδειγμένη. Σύμφωνα με αυτό το επιχείρημα, οι κοινωνικές πιέσεις έχουν δημιουργήσει την αναζήτηση "της κανονικής" διανοητικής ή συναισθηματικής λειτουργίας με τα χημικά μέσα παρά τις ολιστικές προσεγγίσεις (αλλάζοντας διατροφή, άσκηση, συνήθειες ύπνου, μείωση πίεσης, κ.λπ...).

Οι ενήλικοι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη ή συνύπαρξη κατάθλιψης με άλλη ψυχιατρική ασθένεια που λαμβάνουν SNRIs ή οποιαδήποτε άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα πρέπει να ελέγχονται επίσης προσεκτικά για τυχόν κλινική επιδείνωση και εμφάνιση αυτοκτονικότητας, ειδικά κατά τη διάρκεια της αρχής της θεραπείας και της αλλαγής δόσης αργότερα.

Αντενδείξεις

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα SNRI δεν πρέπει να ληφθούν από ασθενείς που παίρνουν επίσης τους ανασταλτικούς παράγοντες οξειδώσεων μονοαμίνης (MAOIs). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αυξανόμενα επίπεδα σεροτονίνης και να προκαλέσει το σύνδρομο σεροτονίνης (ένας σπάνιο αλλά σοβαρό και ενδεχομένως απειλητικό για τη ζωή σύνδρομο που δυστυχώς όμως

μπερδεύεται συχνά με μια ίωση, μια ανησυχία, μια νευρολογική διαταραχή ή μία επιδείνωση της ψυχιατρικής πάθησης). Οι άνθρωποι με υπερευαισθησία σε SNRIs ή οποιαδήποτε από τα ενεργά συστατικά τους πρέπει επίσης να τα αποφύγουν.

Παρενέργειες SNRI :

Οι αναφερόμενες παρενέργειες της λήψης SNRIs περιλαμβάνουν τις γαστροεντερικές διαταραχές όπως το ξηρό στόμα, η ναυτία και η ανορεξία, η υπνηλία, ο ίλιγγος, τα ανώμαλα όνειρα, ο ιδρώτας, η σεξουαλική δυσλειτουργία, η αϋπνία, τον τρόμο, τη νευρικότητα και την υπέρταση.

Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι τα SNRIs μπορεί να προκαλέσει τις διάφορες σεξουαλικές δυσλειτουργίες όπως ανοργασμία (ανικανότητα να επιτευχθεί ο οργασμός, και ειδικότερα στις γυναίκες), τη μειωμένη λίμπιντο και τη στυτική δυσλειτουργία ή τη δύσκολη ή πρόωρη εκσπερμάτωση στους άνδρες. Αυτές οι παρενέργειες εξαφανίζονται περιστασιακά, από μόνες τους, χωρίς να διακόψουν οι ασθενείς τη χρήση του φαρμάκου, και επιλύονται στις περισσότερες περιπτώσεις από να σταματήσουν παίρνοντας το SNRI.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η απότομη διακοπή των SNRIs, όπως με οποιοδήποτε αντικαταθλιπτικό, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη των δυσμενών αντιδράσεων, συμπεριλαμβανομένου του συνδρόμου απότομης διακοπής SNRI (όπως και με τα SSRIs), το οποίο είναι ένα σύνδρομο που μπορεί να εμφανιστεί μετά από τη διακοπή ή την αναστολή της κανονικής χρήσης SSRI ή SNRI. Οι ενοχλήσεις μπορεί να αρχίσουν μεταξύ 24 ωρών και μίας εβδομάδας μετά από την απότομη διακοπή, ανάλογα με το χρόνο ημιζωής του φαρμάκου. Συνιστάται η προοδευτική διαποπή των SNRI. Η δόση πρέπει να ελαττωθεί προοδευτικά για δύο εβδομάδες τουλάχιστον, για να αποφύγουμε την πιθανότητα των δυσμενών αντιδράσεων.

Διάφορα πιθανά συμπτώματα μπορούν να χαρακτηρίσουν το σύνδρομο απότομης διακοπής. Μπορούν να περιλάβουν τις διαταραχές ύπνου (όπως η αϋπνία, έντονα όνειρα, κούραση, διάρροια, πονοκέφαλοι, λήθαργος, ναυτία, διαταραχές κίνησης λόγω τρόμου, τις διαταραχές διάθεσης (επιθετική συμπεριφορά, μανία, οξυθυμία, φωνάζοντας περίοδοι,

κατάθλιψη/αυτοκαταστροφικές σκέψεις) και τις αισθητηριακές ανωμαλίες (προβλήματα ισορροπίας, ίλιγγος, ζαλάδα, παραισθησίες).^{9,13}

7.4.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Στις μέρες μας είναι μια ασφαλής και χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες θεραπεία. Διενεργείται με τη διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο του ασθενούς για μερικά δευτερόλεπτα, κάτω από συνθήκες γενικής αναισθησίας και μυοχάλαση.

Σήμερα, λόγω των προκαταλήψεων, κυρίως, χρησιμοποιείται σπάνια, για τις περιπτώσεις στις οποίες απαιτείται ταχεία έναρξη του θεραπευτικού αποτελέσματος, στις βαριές καταθλίψεις με έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση και άρνηση λήψης τροφής καθώς και σε ειδικές ομάδες ασθενών (π.χ. Έγκυες, ηλικιωμένοι), όπου η χορήγηση φαρμάκων δεν είναι ασφαλής ή προκαλεί πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή αλλιώς ECT (electroconvulsive therapy) είναι μια ιατρική θεραπεία που γίνεται από γιατρούς. Στο άτομο δίνεται ένα γενικό αναισθητικό και ένα φάρμακο για την χαλάρωση των μυών. Όταν τα ανωτέρω επιδράσουν απόλυτα, ο εγκέφαλος του ατόμου τονώνεται με μια σύντομη, ελεγχόμενη σειρά ηλεκτρικών σφύξεων χρησιμοποιώντας ηλεκτρόδιο που τοποθετούνται σε συγκεκριμένα σημεία του κεφαλιού του ατόμου. Η τόνωση αυτή προκαλεί σπασμούς στον εγκέφαλο που διαρκούν μέχρι δύο λεπτά. Λόγω του μυοχαλαρωτικού και αναισθητικού φαρμάκου, το σώμα του ατόμου δεν κλονίζεται και το άτομο δεν νοιώθει πόνο. Το άτομο ξυπνάει μετά από πέντε με δέκα λεπτά, όπως θα ξυπνούσε μετά από μια μικρή εγχείρηση. Η ECT συνήθως συνίσταται από έξι μέχρι 12 θεραπείες που χορηγούνται τρεις φορές την εβδομάδα σε διάστημα ενός μηνός περίπου. Ο συνολικός αριθμός θεραπειών που χρειάζονται για να καλυτερέψει ένα άτομο διαφέρει από άτομο σε άτομο και ο ψυχίατρος σας θα ορίσει πόσες θεραπείες ίσως θα χρειαστούν.

A. Πότε χρησιμοποιείται η ECT;

Η ECT είναι καλή για πολύ σοβαρή μορφή κατάθλιψης, μανίας, ορισμένες

μορφές σχιζοφρένειας και ένα μικρό αριθμό άλλων ψυχιατρικών και νευρολογικών παθήσεων. Η θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν τα φάρμακα δεν επιδρούν. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που έχουν σοβαρές φαρμακολογικές παρενέργειες ή η ιατρική κατάσταση τους σημαίνει ότι δεν μπορούν να παίρνουν φάρμακα με ασφαλή τρόπο. Η ECT χρησιμοποιείται επίσης σε περιπτώσεις που απειλείται η ζωή του ατόμου όταν τα φάρμακα δεν λειτουργούν αρκετά γρήγορα. Είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη θεραπεία για όσα άτομα πάσχουν από πολύ σοβαρή κατάθλιψη και όσα άτομα ίσως θέλουν να αυτοκτονήσουν.

Η απόφαση για τη χορήγηση της ECT στηρίζεται σε μια διεξοδική σωματική και ψυχιατρική αξιολόγηση του ατόμου, που λαμβάνει υπόψη το είδος της ασθένειας, το βαθμό ταλαιπωρίας, το αναμενόμενο αποτέλεσμα και τα προγνωστικά του ατόμου αν δεν χορηγηθεί η θεραπεία. Όταν είναι υψηλός ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή όταν το σοβαρά άρρωστο άτομο δεν μπορεί να φάει ή να πει, η ECT μπορεί να διασώσει τη ζωή του.

B. Τι συμβαίνει σε περίπτωση εγκυμοσύνης;

Η απόφαση για το αν θα γίνει η θεραπεία ή όχι σε έγκυες γυναίκες πρέπει να λαβαίνει υπόψη τους κινδύνους που σχετίζονται με τις εναλλακτικές θεραπείες, τους κινδύνους για τη μητέρα και το έμβρυο αν αποσυρθεί η ECT και οτιδήποτε επιπλοκές στην εγκυμοσύνη που θα μπορούσαν να αυξήσουν τους κινδύνους της ECT ή του αναισθητικού φαρμάκου.

Γ. Ποιοι είναι οι κίνδυνοι και ποια τα οφέλη της ECT;

Τα οφέλη διαφέρουν ανάλογα με τον χαρακτήρα και τη σοβαρότητα της ασθένειας σας, αλλά σε γενικές γραμμές βελτιώνει την ικανότητα σκέψης και επαναφέρει σε υγιέστερη κατάσταση τον ψυχικό κόσμο του ατόμου. Όλες οι θεραπείες περιέχουν κινδύνους και παρενέργειες - ακόμη και η έλλειψη θεραπείας περιέχει κινδύνους. Οι κίνδυνοι και οι παρενέργειες της ECT περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

- ίσως να εμφανισθούν ορισμένες παρενέργειες από το αναισθητικό, όπως πονοκέφαλος, ναυτία, έμετος.
- μυϊκοί πόνοι είτε λόγω των μυοχολαρωτικών φαρμάκων ή των μυϊκών κινήσεων που προκαλούνται από τους σπασμούς.
- Το αναισθητικό επιδρά στην ικανότητα της ευθυκρισίας σας κατά τις πρώτες 24 ώρες.
- προσωρινή απώλεια μνήμης.
- αμέσως μετά την ECT τα περισσότερα άτομα έχουν μια μικρή περίοδο σύγχυσης και δεν θυμούνται τη θεραπεία αυτή καθ' εαυτή. Επίσης, ορισμένα άτομα παρουσιάζουν μερική απώλεια ανάμνησης γεγονότων που συνέβησαν ημέρες, εβδομάδες και μήνες πριν από τη θεραπεία. Αν και οι περισσότερες από αυτές τις αναμνήσεις συνήθως επιστρέφουν ο' ένα διάστημα ημερών ή μηνών μετά την ECT, ορισμένα άτομα παρουσιάζουν προβλήματα που διαρκούν μεγαλύτερο διάστημα μέχρι να επανέλθουν αυτές οι αναμνήσεις. Οι αναμνήσεις γεγονότων από το παρελθόν είναι πιθανό να επηρεάζονται πολύ λιγότερο από τη θεραπεία. .
- Μολονότι οι συγκεκριμένες αναμνήσεις κατά το χρονικό διάστημα της ECT μπορεί να μην επανέλθουν, η συνολική μνήμη θα λειτουργεί καλύτερα κατά τις εβδομάδες και τους μήνες μετά τη θεραπεία.

Ορισμένες άλλες παρενέργειες είναι λιγότερο συνήθεις και άλλες είναι πάρα πολύ σπάνιες: .

- υπάρχει ένας λιγότερο συνήθης κίνδυνος ιατρικών επιπλοκών, όπως είναι οι ανώμαλες καρδιακές σφύξεις και ο ανώμαλος ρυθμός. Μπορεί να υπάρχει προσωρινή αύξηση στην πίεση αίματος και καρδιακές σφύξεις που συνοδεύεται από μια επιβράδυνση στις καρδιακές σφύξεις. .
 - όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε γενικό αναισθητικό, υπάρχει ένας πολύ μικρός κίνδυνος θανάτου (2,9 σε 10.000 αρρώστους), αλλά με τη σύγχρονη ECT και το σύντομο αναισθητικό, ο κίνδυνος είναι τώρα πάρα πολύ σπάνιος. Η καρδιακή προσβολή, η εγκεφαλική συμφόρηση ή τραύμα που

σχετίζεται με τους μυϊκούς σπασμούς είναι επίσης πάρα πολύ σπάνια φαινόμενα. Ο μηχανικός εξοπλισμός ανάνηψης και οι διαδικασίες πρώτων βοηθειών διατίθενται άμεσα, αν κάτι πάει στραβά.^{12,14}

7.4.3 Φωτο-Θεραπεία

Δοκιμάζεται κλινικά και η φωτο-θεραπεία, δηλαδή η έκθεση του αρρώστου, με εποχιακή κυρίως κατάθλιψη, σε άφθονο τεχνητό φως σε ορισμένες ώρες της μέρας. Πιστεύεται ότι το φως είναι το καλύτερο αντίδοτο στην κατάθλιψη, καθώς παίζει σημαντικό ρόλο στην παραγωγή της σεροτονίνης, η οποία επιδρά στον ύμνο και στην ενεργητικότητα.

Έτσι, η εφαρμογή άφθονου τεχνητού φωτός στο άμεσο περιβάλλον του αρρώστου μπορεί να θεραπεύει τη διαταραγμένη του διάθεση. Αναμένονται περισσότερες σχετικές κλινικές έρευνες.

7.4.4 Άσκηση

Η άσκηση ωφελεί συμπληρωματικά σε όλες ουσιαστικά τις μορφές αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Δυστυχώς, υπάρχουν λίγες μελέτες που να περιλαμβάνουν άσκηση, η οποία πληρεί μεθοδολογικά πρότυπα. Σε μία και μοναδική μελέτη ελέγχου, στην οποία συμμετείχαν ηλικιωμένοι ασθενείς με κατάθλιψη, η άσκηση μόνο ήταν εξίσου αποτελεσματική με τη σερτραλίνη ή με το συνδυασμό των δύο, αν και η σερτραλίνη προκάλεσε ταχύτερη έναρξη της απάντησης. Σε μια εξάμηνη παρακολούθηση αυτής της μελέτης, η ομάδα της άσκησης είχε χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής από την ομάδα του φαρμάκου. Η προσθήκη άσκησης σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί επίσης να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των θεμάτων αύξησης του βάρους από τα φάρμακα.¹²

7.4.5 Διατροφή

Η κατάθλιψη επηρεάζει σοβαρά την ψυχική και τη σωματική κατάσταση των ασθενών. Όπως προαναφέρθηκε μέχρι το 2020 αναμένεται ότι η κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη σε συχνότητα αιτία πρόκλησης μειονεξιών και αναπηριών μετά από τις καρδιακές παθήσεις. Ενώ πολλοί άνθρωποι αντιλαμβάνονται τη σχέση ανάμεσα στη διατροφή και τη νόσο, πολλοί λιγότεροι γνωρίζουν για τη σχέση διατροφής και κατάθλιψης. Παρόλαυτα η διατροφή ενέχει σημαντικό ρόλο στο ξεκίνημα, στη σοβαρότητα και στη διάρκεια της κατάθλιψης συμπεριλαμβανομένων και των ημερήσιων μεταβολών στη διάθεση.

A. Ο ρόλος των υδατανθράκων

Οι άνθρωποι σε κατάσταση κατάθλιψης συχνά χάνουν γεύματα, έχουν μειωμένη όρεξη και αυξημένη επιθυμία για γλυκά. Όσοι ακολουθούν δίαιτες με πολύ χαμηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες κινδυνεύουν να νιώσουν καταθλιπτικοί και αυτό γιατί οι υδατάνθρακες προάγουν τη σύνθεση σεροτονίνης μιας ορμόνης που συνδέεται με την καλή διάθεση. Εξάλλου η δράση πολλών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στηρίζεται στην παραγωγή σεροτονίνης. Οι επεξεργασμένοι υδατάνθρακες, κυρίως η ζάχαρη και οι ζαχαρώδεις τροφές, παρέχουν μια άμεση αλλά προσωρινή ανακούφιση. Και αυτό γιατί απορροφώνται άμεσα από τον οργανισμό αλλά παράλληλα με την έκκριση ινσουλίνης απομακρύνονται γρήγορα. Οι σύνθετοι υδατάνθρακες, όπως είναι τα δημητριακά ολικής άλεσης, το μαύρο ψωμί, τα φρούτα και τα λαχανικά παρέχουν ένα πιο ήπιο αλλά μεγαλύτερης διάρκειας αποτέλεσμα στον οργανισμό, στον εγκέφαλο και επομένως στη διάθεση. Και αυτό γιατί απορροφώνται αργά, με αποτέλεσμα να παραμένουν για μεγαλύτερο χρόνο στην κυκλοφορία.

B. Αμινοξέα

Ορισμένα αμινοξέα, όπως η τυροσίνη, η φαινυλαλανίνη και η τρυπτοφάνη αποτελούν πρόδρομες ουσίες για την παραγωγή των οργανισμικών κάποιων ουσιών, των νευροδιαβιβαστών, οι οποίες παίζουν μεγάλο ρόλο στη διάθεσή μας. Οι ερευνητές έχουν ανακαλύψει ότι οι χαμηλές συγκεντρώσεις ορισμένων νευροδιαβιβαστών, κυρίως της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη. Η τυροσίνη είναι πρόδρομη ουσία για την παραγωγή νοραδρεναλίνης, ενώ η φαινυλαλανίνη οδηγεί στο σχηματισμό

τυροσίνης. Η τρυπτοφάνη εμπλέκεται στο σχηματισμό της σεροτονίνης, τα επίπεδα της οποίας στον εγκέφαλο εξαρτώνται από την πρόσληψη τρυπτοφάνης. Τα αμινοξέα αυτά τα βρίσκουμε σε πρωτεϊνούχες τροφές, όπως είναι το γάλα, το κρέας, το ψάρι και το τυρί. Επίσης τη φαινυλαλανίνη τη βρίσκουμε σε τροφές που περιέχουν το γλυκαντικό ασπαρτάμη.

Γ. Βιταμίνες εναντίον κατάθλιψης

Μέσα στα πλαίσια των ερευνών για την ανεύρεση των παραγόντων εκείνων που μεγιστοποιούν τη δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχει εξετασθεί και ο ρόλος των βιταμινών, κυρίως αυτών του Συμπλέγματος Β, οι οποίες συμμετέχουν σε διάφορες λειτουργίες του νευρικού συστήματος. Η χαμηλή πρόσληψη βιταμίνης Β6 (πυριδοξίνη) μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη συμπεριφορά και αυτό γιατί συμμετέχει στην παραγωγή της σεροτονίνης από τον εγκέφαλο και της νοραδρεναλίνης. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι άνθρωποι με κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Β6 και σεροτονίνης.

Μερικά φάρμακα όπως τα φάρμακα ορμονικής υποκατάστασης και τα αντισυλληπτικά μπορούν να εμπλακούν στην χρήση της βιταμίνης Β6 και να οδηγήσουν σε ανεπάρκειά της. Η Βιταμίνη Β6 βρίσκεται στο συκώτι, στα όσπρια, στα δημητριακά και τα αυγά. Μερικές έρευνες έδειξαν ότι στους ασθενείς με κατάθλιψη τα επίπεδα στο αίμα της βιταμίνης Β12 και του φυλλικού οξέως είναι χαμηλά.

Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ηλικιωμένες γυναίκες φάνηκε πως η έλλειψη βιταμίνης Β12 είναι πιο συχνή συγκριτικά με τις άλλες ομάδες πληθυσμού και μπορεί να αποτελέσει αιτία εμφάνισης της κατάθλιψης. Ειδικότερα βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν έλλειψη στη βιταμίνη Β12 είχαν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη από εκείνες που δεν παρουσίαζαν έλλειψη στη συγκεκριμένη βιταμίνη. Επίσης η βιταμίνη Β12 φαίνεται να εμποδίζει τη συσσώρευση της πρωτεΐνης ομοκυστεΐνης η οποία είναι δυνατόν να αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από κατάθλιψη.

Η βιταμίνη Β12 υπάρχει στα ψάρια, αυγά, κρέας, πουλερικά, γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα. Βοηθά στο αιματολογικό σύστημα και στην υγεία του

εγκεφάλου. Μειωμένη πρόσληψη βιταμίνης B12 έχουν οι αυστηρά χορτοφάγοι μια και όπως αναφέρθηκε η βιταμίνη αυτή συναντάται μόνο σε προϊόντα ζωικής προέλευσης. Για αυτό το λόγο θα πρέπει να τη λαμβάνουν με τη μορφή συμπληρώματος.

Η ανεπάρκεια Φυλλικού Οξέως μπορεί να οδηγήσει επίσης σε αλλαγή προσωπικότητας και κατάθλιψη. Άνθρωποι με κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα φυλλικού οξέως και αυτοί με τα χαμηλότερα επίπεδα φαίνεται να έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψη. Το φυλλικό οξύ είναι ευπαθές στο μαγείρεμα αλλά βρίσκεται σε μεγάλη ποσότητα στα πράσινα φυλλώδη λαχανικά.

Η βιταμίνη C συμμετέχει ως συνένζυμο στην παραγωγή της σεροτονίνης από το αμινοξύ τρυπτοφάνη. Έρευνες έχουν δείξει σημαντική βελτίωση σε ασθενείς με κατάθλιψη οι οποίοι προσέλαβαν βιταμίνη C.

Δ. Η δράση των ω-3 λιπαρών οξέων

Η κατανάλωση ψαριών, σύμφωνα με Φιλανδούς ερευνητές, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της κατάθλιψης κυρίως στις γυναίκες. Τα συμπληρώματα ιχθυελαίων έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία σχιζοφρενών ή για τον περιορισμό της συχνότητας και της έντασης των επεισοδίων σε ασθενείς με κατάθλιψη. Πολλοί επιστήμονες παρατηρούσαν ότι τα επίπεδα σε Ω-3 λιπαρά οξέα των ασθενών με χρόνια κατάθλιψη ήταν πάντα μειωμένα. Αυτό τους οδήγησε στη συμπληρωματική χορήγηση των Ω-3 λιπαρών οξέων με τη μορφή ιχθυελαίων και το αποτέλεσμα ήταν η μείωση της συχνότητας και της έντασης των επεισοδίων. Αλλά πως εμπλέκονται τα ω-3 λιπαρά οξέα με την κατάθλιψη; Τα ιχθυέλαια και συγκεκριμένα το εικοσιπεντανοϊκό EPA συμμετέχει στη σύνθεση των εικοσανοειδών μιας ομάδας ουσιών που μετέχουν σε πολλές μεταβολικές πορείες του οργανισμού και το δοκοσαεξανοϊκό DHA, το οποίο έχει δομικό ρόλο στις κυτταρικές μεμβράνες.

Ε. Ω-3 και Ω-6 λιπαρά

Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν πως στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης σημαντικό ρόλο παίζει όχι μόνο η πρόσληψη των ω-3 λιπαρών οξέων αλλά και η σωστή αναλογία μεταξύ ω-3 και ω-6 λιπαρών οξέων. Η διατροφή που κυριαρχεί στο δυτικό κόσμο περιλαμβάνει λίγα Ω-3 και περισσότερα Ω-6 λιπαρά,

γεγονός που περιορίζει τα οφέλη των Ω-3 για τον οργανισμό μας, αφού αυτά τα δύο είδη πολυακόρεστων λιπαρών οξέων «ανταγωνίζονται» κατά κάποιο τρόπο το ένα το άλλο. Έτσι σήμερα η αναλογία Ω-3 και Ω-6 είναι περίπου 1:14, ενώ θα έπρεπε να είναι 1:3, δηλαδή σε κάθε 1 γρ. Ω-3 να αντιστοιχούν 3 γρ. Ω-6.

Τα Ω-3 αλλά και τα Ω-6 συμπεριλαμβάνονται στην ομάδα των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων και είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία και την ανάπτυξη μας. Ανήκουν επίσης στην κατηγορία των απαραίτητων λιπαρών οξέων που δεν μπορεί να παράγει ο οργανισμός μας, οπότε πρέπει να τα πάρουμε μέσω της διατροφής. Τα Ω-3 λιπαρά οξέα υπάρχουν σε φυτικές τροφές όπως σογιέλαιο, καρυδέλαιο, καρύδια, λιναρόσποροι, λιναροσπορέλαιο, φυσικέλαιο. Επίσης εντοπίζονται σε ψάρια όπως ρέγγα, σκουμπρί, μπακαλιάρος, σαρδέλα, γατόψαρο, σολομός, ξιφίας, τόνος, λιθρίνι, κολιός, στρείδια, αστακός, γαρίδες αλλά και στα σαλιγκάρια.

Τα Ω-6 τα βρίσκουμε κυρίως στο κρέας ελεύθερης βοσκής, στα πουλερικά, στα αβγά, όσο ψωμί, στα δημητριακά και σε πολλά φυτικά έλαια όπως το καλαμποκέλαιο και το σογιέλαιο.

ΣΤ. Μέταλλα

Μέταλλα τα οποία επηρεάζουν την ανάπτυξη ή την πρόληψη της κατάθλιψης, την ευερεθιστότητα και τη μεταβολή της διάθεσης είναι το ασβέστιο, ο σίδηρος, το μαγνήσιο, το σελήνιο και ο ψευδάργυρος. Η έλλειψη Μαγνησίου μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Το Μαγνήσιο έχει χρησιμοποιηθεί για την καταπολέμηση των απότομων αλλαγών στη διάθεση σε γυναίκες με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο.

Τελικά η διατροφή κατέχει ένα σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ψυχικής πέρα από τη σωματική υγεία του ανθρώπου. Οι τροφές που θα πρέπει να αποφεύγουμε και να καταναλώνουμε σε μικρή ποσότητα είναι η ζάχαρη και τα διάφορα ζαχαρώδη, καθώς επίσης και η καφεΐνη. Η διατροφή μας θα πρέπει να περιλαμβάνει πράσινα φυλλώδη λαχανικά, όσπρια, δημητριακά ολικής αλέσεως, καφέ ρύζι, αυγά, ψάρια, πουλερικά, φρούτα και ξηρούς καρπούς.¹⁵

7.5 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης σε περιπατητικούς ασθενείς. Οι ενδείξεις αποτελεσματικότητας είναι περισσότερες για τις οργανωμένες, χρονικά περιορισμένες ψυχοθεραπείες, κυρίως για τη γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και τη θεραπεία επίλυσης. Στην ΜΚΔ ήπιας έως μέτριας σοβαρότητας αυτές οι ψυχοθεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές με τα αντικαταθλιπτικά και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μονοθεραπεία. Το Ψυχοθεραπευτικό Σύστημα Γνωσιακής Συμπεριφορικής Ανάλυσης δημιουργήθηκε για την χρόνια κατάθλιψη και επικυρώθηκε από μια μεγάλη κλινική μελέτη. Δυστυχώς, η πρόσβαση σε θεραπευτές που είναι εκπαιδευμένοι σε αυτές τις επικυρωμένες ψυχολογικές θεραπείες είναι δύσκολη στις περισσότερες χώρες.

Ανεξάρτητα εάν προσφέρεται τυπική ψυχοθεραπεία, οι ιατροί θα πρέπει επίσης να παρέχουν υποστηρικτικές παρεμβάσεις, που θα βελτιώσουν την έκβαση των ασθενών.

7.5.1 Ενίσχυση Θεραπευτικών Δεσμών

Όπως με κάθε θεραπευτικό σχήμα, πρέπει να λαμβάνεται η συγκατάθεση του ασθενούς και/ή της οικογένειας. Αυτό προσφέρει μια ευκαιρία ενημέρωσης, στην οποία περιλαμβάνεται μια σύντομη συζήτηση σχετικά με τις αιτίες της κατάθλιψης, τα συμπτώματά της, τις θεραπευτικές δυνατότητες, τους κινδύνους και τα οφέλη αυτών των θεραπειών, τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και την αναμονή της ύφεσης. Οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας βρίσκονται στην κατάλληλη θέση να εδραιώσουν έντονους δεσμούς, καθώς έχουν ήδη μια θεραπευτική σχέση με τον ασθενή λόγω της συνεχούς φροντίδας. Μέσω της καλύτερης κατανόησης της νόσου και της αναμενόμενης πορείας της, οι ασθενείς θα δείξουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στα προτεινόμενα θεραπευτικά σχέδια. Επίσης, με την ενεργή συμμετοχή στη διαδικασία λήψης της απόφασης, οι ασθενείς θα νιώσουν ότι έχουν ακόμη τον έλεγχο.

7.5.2 Γνωσιακή Θεραπεία

Η Γνωσιακή Θεραπεία βασίζεται στο συλλογισμό ότι τα αρνητικά αισθήματα στην κατάθλιψη είναι αντίδραση στην αρνητική σκέψη, η οποία προκύπτει από δυσλειτουργική συνολική αρνητική στάση. Ο ασθενής και ο θεραπευτής εργάζονται μαζί για να ξεχωρίσουν τις αρνητικές σκέψεις και να αναπτύξουν πιο ρεαλιστικές βασικές προϋποθέσεις.

Η θεραπεία περιλαμβάνει τη συστηματική παρακολούθηση των αρνητικών σκέψεων, όταν ο ασθενής αισθάνεται καταθλιπτικός, την αναγνώριση της σχέσης μεταξύ της γνώσης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, την παραγωγή δεδομένων που να υποστηρίζουν ή να απορρίπτουν την αρνητική γνώση, την παραγωγή εναλλακτικών υποθέσεων που να εξηγούν το γεγονός που επιφέρει την αρνητική σκέψη και την αναγνώριση των αρνητικών σχημάτων, που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της συνολικά αρνητικής σκέψης, όταν υπάρχει απογοήτευση για τη μία πλευρά της όλα-ή-τίποτε προϋπόθεσης. Στην πορεία της εξέτασης των δυσλειτουργικών στάσεων, ο ασθενής μαθαίνει να χαρακτηρίζει και να εξουδετερώνει τα λάθη πληροφόρησης-διαδικασίας, όπως η υπεργενίκευση, η έντονη προσωποποίηση, η σκέψη όλα-ή-τίποτε και η γενίκευση από απλά αρνητικά γεγονότα.

Για παράδειγμα, αφού βρει τι σκεπτόταν όταν άρχισε να νιώθει καταθλιπτικός, ο ασθενής πρέπει να καταλάβει ότι το αίσθημα ξεκίνησε όταν άρχισε να σκέφτεται 'κανείς δεν με αγαπά' επειδή η σύζυγος του δεν τον υποδέχθηκε με ενθουσιασμό, όταν γύρισε από τη δουλειά. Αυτή η σκέψη φαίνεται λογικό να ακολουθεί την προϋπόθεση 'αφού δεν χαιρέται πάντοτε που με βλέπει, δεν με αγαπά'. Δύο είδη εναλλακτικών υποθέσεων μπορούν να προκύψουν, εάν σκεφτεί αυτό το γεγονός. Πρώτον, ότι η γυναίκα του ασθενούς ήταν απασχολημένη ή ότι μπορεί να χάρηκε που τον είδε, αλλά να μην το έδειξε με τον τρόπο που αυτός ήθελε. Δεύτερον, ότι η έλλειψη ενθουσιασμού μία δεδομένη στιγμή δεν είναι απαραίτητα σημάδι γενικευμένης έλλειψης ενδιαφέροντος. Τέλος, ο ασθενής μαθαίνει να διορθώνει την πεποίθηση που υπόκειται του όλα-ή-τίποτε ότι 'Οι άνθρωποι είναι είτε πλήρως αφοσιωμένοι σε μένα ή δεν νοιάζονται καθόλου'.

7.5.3 Συμπεριφορική Θεραπεία

Οι θεραπείες της κατάθλιψης που προέρχονται από βασικές αρχές κλασικών καταστάσεων, της θεωρίας κοινωνικής εκμάθησης και της εκμάθησης αδυναμίας περιλαμβάνουν την προσέγγιση κοινωνικής εκμάθησης, τη θεραπεία αυτοελέγχου, την εκπαίδευση σε κοινωνικά καθήκοντα και τη θεραπεία επίλυσης οργανωμένων προβλημάτων. Οι συμπεριφορικές θεραπείες χρησιμοποιούν την εκπαίδευση, την καθοδήγηση, την εργασία στο σπίτι και την κοινωνική ενίσχυση των επιτυχών προσεγγίσεων της μη καταθλιπτικής συμπεριφοράς, σε ένα χρονικά περιορισμένο σχήμα, συνήθως διάρκειας 8-16 εβδομάδων. Οι καταθλιπτικές συμπεριφορές, όπως είναι η αυτομομφή, η παθητικότητα και ο αρνητισμός επισημαίνονται, ενώ ανταμείβονται συμπεριφορές που δεν ταιριάζουν στην κατάθλιψη, όπως η δραστηριότητα, η ευχαρίστηση και η επίλυση προβλημάτων. Η ανταμοιβή μπορεί να είναι οτιδήποτε επιδιώκει ο ασθενής- από προσοχή μέχρι επαίνους, να του επιτραπεί να αποσυρθεί ή να παραπονεθεί -, χρήματα.

Αναθέτονται στον ασθενή μικρά καθήκοντα, τα οποία σταδιακά αποκτούν πιο απαιτητικές πλευρές εκμάθησης αδυναμίας. Για παράδειγμα, σε άτομο που αισθάνεται απελπισμένο επειδή δεν μπορεί να βρει δουλειά, του αναθέεται αρχικά να αγοράσει εφημερίδα. Το επόμενο καθήκον θα είναι πιθανόν να κοιτάξει τις αγγελίες και αργότερα να κάνει κατάλογο των πιθανών εργασιών και να γράψει μία αίτηση. Ο ασθενής αισθάνεται το αίσθημα της επιτυχίας και κάθε επόμενο καθήκον φαίνεται ευκολότερο. Η εκπαίδευση στα κοινωνικά καθήκοντα μαθαίνει τον ασθενή την αυτό-ενίσχυση, τη θετική συμπεριφορά και τη χρήση κοινωνικών ενισχύσεων, όπως η επαφή με τα μάτια και οι φιλοφρονήσεις.

7.5.4 Οικογενειακή Θεραπεία

Η συμμετοχή της οικογένειας είναι ένα καθοριστικό χαρακτηριστικό της Διαπροσωπικής Ψυχοθεραπείας. Η θεραπεία που εστιάζεται στην οικογένεια είναι μία ψυχο-εκπαιδευτική θεραπεία της καταθλιπτικής διαταραχής, που βασίζεται σε εγχειρίδιο. Ο στόχος αυτής της προσέγγισης είναι να μεταβληθούν οι αλληλεπιδράσεις μέσα στην οικογένεια, που εμποδίζουν τη συμμόρφωση με

τη θεραπεία και προάγουν τις συναισθηματικές υποτροπές. Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους εκτίθενται σε μία σειρά μέτρων, που εστιάζονται στην εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με τη διαταραχή γενικά και με τα συμπτώματα του ασθενούς ειδικότερα, αναπτύσσοντας ένα σχέδιο πρόληψης της έξαρσης, ενίσχυσης της επικοινωνίας των ασθενών με τους συγγενείς τους και επίλυσης των οικογενειακών προβλημάτων. Μία πρόσφατη μελέτη απέδειξε ότι η οικογενειακή θεραπεία ως συμπληρωματική ανοικτή θεραπεία με σταθεροποιητές οδήγησε σε λιγότερες εξάρσεις και σε μεγαλύτερα διαστήματα μεταξύ των εξάρσεων (Miklowitz et al. 2000). Στην καθημερινή πράξη, η συμμετοχή της οικογένειας είναι σημαντική για τους περισσότερους ασθενείς με διαταραχή της διάθεσης, άσχετα εάν γίνεται ειδική οικογενειακή θεραπεία.

7.5.5 Ομαδική Θεραπεία

Η ομαδική ψυχοθεραπεία, όπως και η ατομική, έχει στόχο να βοηθήσει τους ανθρώπους που θέλουν να βελτιώσουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν και να αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες και τα προβλήματα της ζωής τους πιο ικανοποιητικά. Ενώ στη ατομική ψυχοθεραπεία ο ενδιαφερόμενος συνευρίσκεται μόνο με ένα άτομο, τον ψυχοθεραπευτή του, στην ομαδική ψυχοθεραπεία η συνεδρία γίνεται με μια ολόκληρη ομάδα ανθρώπων, και με συντονιστές ένα (ή δύο) ψυχοθεραπευτές. Επειδή η ομαδική θεραπεία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις των ανθρώπων, προβλήματα που αφορούν διαπροσωπικές σχέσεις γίνονται συχνά το αντικείμενο της ψυχοθεραπευτικής διαπραγμάτευσης κι αντιμετώπισης.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει σκοπό να βοηθήσει τα άτομα που συμμετέχουν στην ομάδα ώστε να αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τις συναισθηματικές τους δυσκολίες, και να επιτύχουν την προσωπική τους ανάπτυξη κι αυτογνωσία. Ο ψυχοθεραπευτής-συντονιστής της ομαδικής διαδικασίας, επιλέγει ως υποψήφιους-ες για την ομαδική θεραπεία εκείνους/-ες τους/τις θεραπευόμενους/-ες που μπορούν να αποκομίσουν οφέλη απ' αυτού του είδους την ψυχοθεραπεία, καθώς κι όσους/ όσες μπορεί με την παρουσία τους να επιδράσουν βοηθητικά σε άλλα μέλη της ομάδας αυτογνωσίας.

A. Πως ακριβώς δουλεύει η Ομαδική Ψυχοθεραπεία:

Οι άνθρωποι που αποφασίζουν να συμμετέχουν σε μια ομάδα μοιράζονται με τα υπόλοιπα μέλη της ψυχοθεραπευτικής ομάδας τα προσωπικά θέματα που αντιμετωπίζουν στη ζωή τους. Για παράδειγμα, ένα μέλος μπορεί να επιλέξει να μοιραστεί γεγονότα από την καθημερινότητα της εβδομάδας που πέρασε, με ποιόν τρόπο ανταποκρίθηκε σ' αυτά, εάν αντιμετώπισε κάποια δυσκολία, κ.λ.π. Μπορεί επίσης να μοιραστεί με την ομάδα αυτογνωσίας τα συναισθήματα και τις σκέψεις του για γεγονότα που συνέβησαν σε προηγούμενες συνεδρίες της ομάδας, και να τα συσχετίσει με θέματα που τέθηκαν από άλλα μέλη, ή από τον συντονιστή της ομάδας. Άλλα μέλη πάλι μπορεί να ανταποκριθούν στα ζητήματα που φέρνει ένα μέλος, να του δώσουν ανατροφοδότηση, κουράγιο, να το στηρίξουν ή να του ασκήσουν κριτική, ή απλά να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με αφορμή τα λόγια του προηγούμενου μέλους.

Τα θέματα που συζητιούνται μέσα στην ομάδα αυτογνωσίας δεν καθορίζονται από τον συντονιστή, αλλά ανακύπτουν αυθόρμητα από τα ίδια τα μέλη της. Τα άτομα που συμμετέχουν στην ομάδα συνειδητοποιούν ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι που νιώθουν παρόμοια μαζί τους, και τελικά αισθάνονται ανακούφιση γιατί βλέπουν πως δεν είναι μόνοι τους κι αβοήθητοι με το πρόβλημα που τους απασχολεί. Η ομάδα μπορεί να αποτελέσει μια σημαντική πηγή νοηματοδότησης, υποστήριξης και δύναμης σε δύσκολες περιόδους κατά τις οποίες κάποιο μέλος της αντιμετωπίζει έντονο άγχος και συναισθηματικό αδιέξοδο.

Η ανατροφοδότηση που εισπράττει κάποιο άτομο στην ομάδα από τις αντιδράσεις και την ανταπόκριση των υπολοίπων μελών στα ζητήματα που «ανοίγει» κατά την θεραπευτική διαδικασία συνήθως το βοηθάει να συνειδητοποιήσει κάποιες δυσλειτουργικές του στάσεις, ή/και επαναλαμβανόμενα μοτίβα στη συμπεριφορά του που μπορεί να δυσκολεύουν τις σχέσεις του με τους άλλους. Επίσης, η ανατροφοδότηση της ομάδας μπορεί να τον/ την βοηθήσει να αλλάξει την οπτική με την οποία βλέπει τα πράγματα, ή/και να υιοθετήσει πιο δημιουργικές και αποτελεσματικές στάσεις απέναντι στα προβλήματα που τον/ την απασχολούν.

Γενικά, η ομάδα αυτογνωσίας μπορεί να λειτουργήσει ως ένα ζωντανό εργαστήριο πειραματισμού, όπου τα μέλη μπορούν να δοκιμάζουν με ασφάλεια νέες στάσεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές, πριν τις εφαρμόσουν στην καθημερινότητά τους, εκτός ομάδος. Συχνά μέσ' την ψυχοθεραπευτική ομάδα τα μέλη συναντούν ανθρώπους της παρελθούσας, ή και της τωρινής τους ζωής, με τους οποίους έχουν μια δυσκολία, που όμως θα ήθελαν να είναι σε θέση να την διαπραγματευτούν αποτελεσματικά. Στην ομαδική ψυχοθεραπεία όλοι θα έχουν σίγουρα την ευκαιρία να επεξεργαστούν δημιουργικά τέτοιες καταστάσεις.

B. Πρακτικές λεπτομέρειες της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας

Ο αριθμός των μελών της ψυχοθεραπευτικής ομάδας πρέπει να κυμαίνεται από 4 έως 12 άτομα. Σε ομάδα με περισσότερα από 12 μέλη είναι πολύ δύσκολο να δημιουργηθεί θεραπευτική ατμόσφαιρα, και ο λιγιστός χρόνος που αναλογεί σε κάθε μέλος δεν του δίνει τη δυνατότητα να δουλέψει με επάρκεια τα προσωπικά του ζητήματα.

Η διάρκεια κάθε ομαδικής συνεδρίας είναι 2 ώρες (αυτή η διάρκεια είναι διαφορετική όταν πρόκειται για εργαστήρια αυτογνωσίας, και μαραθώνιους ομάδων). Τα μέλη της ομάδας συναντιούνται μια φορά την εβδομάδα, τη συμφωνημένη μέρα κι ώρα.

Η διάρκεια μιας ψυχοθεραπευτικής ομάδας κυμαίνεται, ανάλογα με το είδος των ζητημάτων που τα μέλη της επιθυμούν να δουλέψουν θεραπευτικά, και τους στόχους που θέτει η συγκεκριμένη ομάδα. Κατά μέσο όρο η διάρκεια ζωής μιας ομάδας είναι 3-4 χρόνια. Σε κάθε περίπτωση, τα άτομα που ξεκινούν τώρα την συμμετοχή τους στην ομάδα αυτογνωσίας πρέπει να έχουν υπόψιν τους ότι χρειάζεται για να δουν έμπρακτα την βοήθεια της ομάδας να παραμείνουν στην ομάδα τουλάχιστον για 1 χρόνο.¹⁶

Κεφάλαιο 8: **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΝΟ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

8.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Παρακάτω ακολουθούν με σειρά τα βήματα που πραγματοποιούνται.

1. Στην έναρξη αυτού γίνεται η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού του ασθενή και συλλέγονται τα δεδομένα για τη γενικότερη κατάστασή του. Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά τα στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη κατά τη λήψη του ιστορικού:

- i) Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες κληρονομικότητας (οικογενειακό ιστορικό).
- ii) Στρεσογόνα γεγονότα στη διάρκεια της ζωής και πρόσφατη απώλεια.
- iii) Αποτελέσματα απ' τα προκαθορισμένα εργαλεία εκτίμησης για την κατάθλιψη (π.χ. ψυχομετρικό εργαλείο αξιολόγησης της κατάθλιψης, η κλίμακα διαβάθμισης του Hamilton, για την κατάθλιψη, γηριατρική διαβάθμιση της κατάθλιψης, ατομική διαβάθμιση της κατάθλιψης).
- iv) Προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ή καταθλιπτική συμπεριφορά
- v) Ιατρικό ιστορικό
- vi) Κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών.
- vii) Ιστορικό σχετικά με τη μόρφωση και την εργασία.

2. Σημειώνουμε τα χαρακτηριστικά του (συμπτώματα), τη γνωσιακή, συναισθηματική και συμπεριφοριστική απάντηση του ατόμου εξατομικευμένα με τη βοήθεια του προσχεδιασμένου ιστορικού για τις συναισθηματικές διαταραχές.

3. Εκτιμούμε τους αυτοκτονικούς παράγοντες κινδύνου και πιθανές αυτοκτονικές συμπεριφορές που μπορεί να αποβούν θανατηφόρες:

- i) Παρατηρούμε ποιοι είναι οι στόχοι και οι σκοποί του ασθενή (π.χ. για την ανακούφισή του από στρεσογόνες καταστάσεις που οφείλονται σε δύσκολα προβλήματα)
- ii) Παρατηρούμε αν ο ασθενής έχει απαισιόδοξα σχέδια για το μέλλον, γεγονός που ενθαρρύνει και τον αυτοκτονικό σχεδιασμό του και στη συνέχεια προσπαθούμε να τα αποτρέψουμε.
- iii) Εκτιμούμε την ψυχική κατάστασή του (π.χ. παρουσία διαταραχής της σκέψης, επίπεδα άγχους, διάφορες διαταραχές της διάθεσης).
- iv) Εκτιμούμε την καταλληλότητα του υποστηρικτικού συστήματός του.
- v) Εκτιμούμε παρόντα στρεσογόνα γεγονότα, συμπεριλαμβάνεται ύπαρξη άλλων ασθενειών (και ψυχιατρικής και ιατρικής προέλευσης), πρόσφατες απώλειες, καθώς επίσης και ιστορικό κατάχρησης ουσιών.

4. Εκτίμηση της οικογένειας ως υποστηρικτικό σύστημα. Επίσης εκτιμούμε τις γνώσεις της οικογένειας και του ίδιου του ατόμου σχετικά με τα ιδιαίτερα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης, τις οδηγίες σχετικά με τη συστημένη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής καθώς και γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα του ατόμου.

8.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. Αναλύουμε την επικρατέστερη διάθεση του ασθενή, τα επίπεδα άγχους, το βαθμό αυτοελέγχου και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Καθορίζουμε την επικινδυνότητα για αυτοκτονία, κατανοούμε ότι ο ασθενής με κατάθλιψη είναι υψηλού κινδύνου.

2. Εφαρμόζουμε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση για τα άτομα ή την οικογένεια με καταθλιπτική διαταραχή ή αυτοκτονική συμπεριφορά και ιεραρχούμε τα παρακάτω:

- i) Άγχος
- ii) Αντιμέτωπιση αναποτελεσματικής οικογένειας: συμβιβαστική λύση.
- iii) Αντιμέτωπιση, αναποτελεσματική προσωπικότητα του ατόμου.
- iv) Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας
- v) Λύπη, δυσλειτουργία
- vi) Έλλειψη ελπίδας
- vii) Ελλειμματική γνώση
- viii) Διαταραχή στη διατροφή, κίνδυνος λήψης λιγότερης ποσότητας από την αναγκαία.
- ix) Καταβολή δυνάμεων.
- x) Έλλειψη αυτοεκτίμησης.
- xi) Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς.
- xii) Διαταραχή του ύπνου.
- xiii) Κοινωνική απομόνωση.
- xiv) Πνευματικές ανησυχίες.
- xv) Μειωμένη κριτική ικανότητα.
- xvi) Κίνδυνος για άσκηση βίας και στον εαυτό του και στους άλλους.

8.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Σ' αυτό το στάδιο προκαθορίζουμε τους στόχους για το αναμενόμενο αποτέλεσμα μαζί με τον ασθενή.

1. Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα:

- i) Ο ασθενής θα εκδηλώσει μείωση του άγχους.
- ii) Ο ασθενής είναι σε θέση να έχει υπό έλεγχο και να αντιμετωπίσει στρεσογόνα γεγονότα.
- iii) Ο ασθενής θα ξεπεράσει μια επίπονη διαδικασία εσωστρέφειας, εκφράζοντας τα συναισθήματά του στο υποστηρικτικό του περιβάλλον.
- iv) Ο ασθενής θα αποκαταστήσει τη διαταραχή του ύπνου και θα κοιμάται το λιγότερο 6-7 ώρες, χωρίς να διακόπτεται ο ύπνος.
- v) Ο ασθενής θα τρώει υγιεινά γεύματα ή τρεις φορές τη μέρα ή έξι φορές, αλλά μικρότερες μερίδες.
- vi) Ο ασθενής δε θα κάνει σκέψεις που δεν βασίζονται στην πραγματικότητα.
- vii) Ο ασθενής θα συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις, σε συζητήσεις και να νιώθει ότι ανήκει και αυτός σε κάποια ομάδα.
- viii) Ο ασθενής ανυπομονεί να συναντήσει τον ψυχοθεραπευτή και προγραμματίζουν μαζί την ώρα.
- ix) Ο ασθενής θα επαναλαμβάνει κάθε καλή πράξη που βοηθάει τον ίδιο ή και τους άλλους.
- x) Ο ασθενής θα έχει μια φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα.

2. Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα στην οικογένεια που κάποιο μέλος πάσχει από κατάθλιψη:

- i) Η οικογένεια εκφράζει ενδιαφέρον για το πάσχον μέλος.

Η οικογένεια έχει γνώσεις σχετικά με την κατάθλιψη, τη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

8.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ

Αυτό είναι το στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας κατά το οποίο εφαρμόζεται στην πράξη το σχέδιο φροντίδας του ασθενούς, σε συνεργασία με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

1. Για τον ασθενή με την καταθλιπτική συμπεριφορά εφαρμόζουμε τα παρακάτω:

- i) Αποδεχόμαστε τον ασθενή σαν ολότητα, αποφεύγοντας κάθε πράξη μας που μπορεί να εκληφθεί απ' αυτόν ως απειλή.
- ii) Προάγουμε την επαρκή διατροφή του, συμπεριλαμβάνοντας στα γεύματα του ασθενή και τροφές της προτίμησής του.
- iii) Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα για τις αυτοκτονικές τάσεις του ασθενή, αναλόγως με τις ήδη εκτιμημένες προθέσεις του.
- iv) Αποφεύγουμε την υπερβολική έκφραση χαράς ή συμπάθειας ή την έκφραση πολύ ρηχών αισθημάτων.
- v) Βοηθούμε τον ασθενή να δημιουργήσει ένα καθημερινό πρόγραμμα που θα συμπεριλαμβάνει και δραστηριότητες και ώρες ανάπαυσης.
- vi) Συμβάλουμε στην πρόοδο του ύπνου του δημιουργώντας ευχάριστες συνθήκες για την ώρα του ύπνου και την ανάπαυσή του (ώρες κοινής ησυχίας, μασάζ πριν κοιμηθεί, ήρεμη μουσική, χλιαρό ρόφημα όπως γάλα ή χαμομήλι).
- vii) Τον ενθαρρύνουμε να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, προσφέροντάς του όση υποστήριξη χρειάζεται.
- viii) Βοηθούμε τον ασθενή να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του και να αποβάλλει τις αρνητικές σκέψεις και αντιλήψεις σχετικά με τον εαυτό του.
- ix) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να θέτει εύκολους και προσιτούς στόχους, έτσι ώστε με την ελάχιστη βοήθειά μας να τους πετυχαίνει.

- x) Του κάνουμε ερωτήσεις ή του εκφράζουμε αμφιβολίες σχετικά με την αρνητική εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την ελαττωμένη αυτοεκτίμηση.
- xi) Διευκολύνουμε τη βελτίωση της καταθλιπτικής πορείας του ασθενή, αποδεχόμενοι όλα τα συναισθήματα που εκφράζει.
- xii) Όταν ο ασθενής έχει παραισθήσεις χρησιμοποιούμε ενισχυτικές τεχνικές.
- xiii) Διαχειριζόμαστε σωστά τη φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις εργαστηριακές εξετάσεις έτσι, ώστε να είναι κατάλληλα τα επίπεδα του αίματος (για μια σταθερή και κατάλληλη αγωγή).
- xiv) Παρακολουθούμε τον ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν.
- xv) Διδάσκουμε τον ασθενή σχετικά με τη συναισθηματική διαταραχή του συμπεριλαμβάνοντας την αιτιολογία, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, τις οδηγίες όσον αφορά τη θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή και τέλος για τον τελικό του στόχο που είναι ο αυτοέλεγχος.
- xvi) Τον ενθαρρύνουμε ώστε να παίρνει μέρος και να συνεργάζεται και με τα άλλα μέλη της επιστημονικής ομάδας και να συμμετέχει σε άλλες ειδικές θεραπευτικές δραστηριότητες (τέχνες, μουσική, χορός), γιατί αυτό του δίνει την ευκαιρία να εκφράζει και μ' άλλους τρόπους τα συναισθήματά του.
- xvii) Ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή του σε ατομική αλλά και ομαδική ψυχοθεραπεία προκειμένου να συναναστρέφεται και με άλλα άτομα που πάσχουν απ' την καταθλιπτική διαταραχή.

2. Για τους ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά:

- i) Εγκαθιδρύουμε μια υποστηρικτική σχέση φιλίας μεταξύ του ασθενή με αυτοκτονική τάση και άλλων της ίδιας ομάδας, που όμως θέλουν να ζήσουν.
- ii) Παρακολουθούμε στενά τον ασθενή, χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων.

iii) Ρωτούμε τον ασθενή να μας μιλήσει για την αυτοκτονία, συμπεριλαμβάνοντας ερωτήσεις σχετικά με τα ιδιαίτερα σχέδιά του και τα μέσα με τα οποία σχεδιάζει να τα πραγματοποιήσει.

iv) Απομακρύνουμε επικίνδυνα και αιχμηρά αντικείμενα σύμφωνα με το πρωτόκολλο.

v) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να κουβεντιάσει για όσα τον αγχώνουν, για όσα τον πληγώνουν, για ό,τι του προκαλεί θυμό και ό,τι τον ενοχλεί.

vi) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμφωνήσει σε μια μη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μέσω της συμπεριφοριστικής προσέγγισης.

vii) Βοηθούμε τον ασθενή έτσι ώστε να βρει λύσεις στα προβλήματα που γι' αυτόν φαίνονται άλυτα.¹⁷

Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου

1. Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοιχτή, εκτός αν συνοδεύεται από μέλος του προσωπικού ή της οικογένειας. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνος του.
2. Έλεγχος των κινήσεων του αρρώστου κάθε 15'. Τσεκάρισμα κάθε ελέγχου ασφαλείας σε ειδικό δελτίο αναρτημένο στην πόρτα του αρρώστου.
3. Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν καταπίνει τα φάρμακά του.
4. Έρευνα στα ατομικά του πράγματα για πιθανή ύπαρξη βλαβερών αντικειμένων, επί παρουσία του και με τη βοήθεια του.
5. Έλεγχος των ειδών που φέρνουν οι επισκέπτες.
6. Άδεια να έχει ο άρρωστος κανονικό δίσκο φαγητού, αλλά έλεγχος κατά πόσο τα γυάλινα ή άλλα σκεύη λείπουν όταν επιστρέφεται ο δίσκος.
7. Χορήγηση άδειας να έρχονται επισκέπτες και να γίνονται τηλεφωνήματα, εκτός αν επιθυμεί διαφορετικά ο άρρωστος.

8. Το πρόγραμμα προφύλαξης μπορεί να αρχίσει χωρίς την ιατρική οδηγία αλλά η ζήτηση της συμβουλής του ψυχιάτρου πρέπει να γίνει το συντομότερο.
9. Τήρηση του πρωτοκόλλου μέχρι κατάργησής του από τον ψυχίατρο σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλεύτη.

Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων. Η εξήγηση αυτή πρέπει να δίδεται από τον νοσηλεύτη και του γιατρό και να τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.¹⁸

8.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία.

1. Ο ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος και φυσιολογική, καλή διάθεση.
2. Ο ασθενής δεν έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει.
3. Ο ασθενής τρώει κάθε μέρα υγιεινά γεύματα και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.
4. Ο ασθενής παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας έχει ικανοποιητική ενέργεια.
5. Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάζει πέρα με τις τρέχουσες αλλαγές της ζωής και ότι είναι ικανός να βρίσκει κατάλληλους τρόπους για να τις αντιμετωπίσει.
6. Ο ασθενής παρουσιάζει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.
7. Ο ασθενής εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
8. Ο ασθενής εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο που είχε επίδραση πάνω του και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.

9. Ο ασθενής εκδηλώνει δείγματα καθαρής σκέψης, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία παραπλάνησης, υπερβολικά συναισθήματα ενοχής ή ιδέες φυγής.
10. Ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν γνώσεις σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή, το πρόγραμμα θεραπείας του, τη φαρμακευτική αγωγή, και τα συμπτώματα που δείχνουν μια ανερχόμενη κρίση.¹⁷

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι διαταραχές της διάθεσης δεν είναι μόνο από τις πιο συχνές νόσους αλλά και από τις πιο σύνθετες. Ένα μεγάλο μέρος των ενδείξεων τονίζει συνεχώς το γεγονός ότι είναι πιο εύκολο να αντιμετωπιστούν τα αρχικά παρά τα επόμενα επεισόδια. Δυστυχώς η άρνηση, η απροθυμία κατανόησης της ανάγκης για βοήθεια αλλά και η πίεση που νιώθουν απ' τα μέλη της οικογένειας, κάνουν πιο δύσκολο να κατανοήσουν τη σοβαρότητα της κατάστασης και να πάρουν την κατάλληλη θεραπεία.

Η ενημέρωση του κοινού έχει μειώσει ως ένα βαθμό το στίγμα της θεραπείας για τις καταθλιπτικές διαταραχές, αλλά σίγουρα υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης ακόμα και για το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας που καλείται σε πολλές περιπτώσεις να κάνει την πρωταρχική διάγνωση. Έτσι, η έρευνα σχετικά με τις στρατηγικές προσέγγισης των διαταραχών είναι εξίσου σημαντική με την έρευνα σχετικά με τη νέα θεραπευτική τεχνολογία.

Βιβλιογραφία:

1. www.rocknball.gr
2. Χριστοδούλου Γ.Ν. "Κατάθλιψη", 1998, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΒΗΤΑ, σελ. 7-8 (κεφ. 2 - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ, Επιδημιολογικά Στοιχεία).
3. www.psychognosia.blogspot.com "Τα Νέα", Τσουλέα Ρ. 17.05.06, "Καλπάζει η Κατάθλιψη".
4. www.aegean.gr Φρέρης Γ. - Βίκη Α. - Παπάνης Ευ., "Εφηβεία και Κατάθλιψη".
5. www.stress.gr/disorder
6. www.prosarmogi.gr
7. www.health.in.gr Δρ. Βάρβογλη Λ. Ph. D. Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια, "ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Η Ψυχική Νόσος της Εποχής μας".
8. www.inpsy.gr Πολυζόπουλος Εμ., "Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης".
9. www.psi-gr.tripod.com Δασκαλόπουλος Θ., Ψυχίατρος "Κλινικές Μορφές Κατάθλιψης", Copyright 2006-2007.
10. www.relax-now.gr Gatchel R., "Η Ταξινόμηση των Ψυχοφυσιολογικών Διαταραχών.
11. Μάνου Ν., "Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής", 1997, Θεσσαλονίκη, University Studio Press, σελ. 196-212.
12. Kennedy H.S., "Αποτελεσματική Θεραπεία της Κατάθλιψης", μετ. Σαπουντζάκης Δ. 2005, Αθήνα, Εκδόσεις Βαγιονάκη, σελ. 9-17.

13. www.web-psycho Νικολάκη Ε. 2006, 10/10 "Βιολογικές Θεραπείες για την Κατάθλιψη".
14. www.psyneet.gr Παντζιάρας Γ. "Πληροφόρηση για την Ψυχική Υγεία", Ιανουάριος 2007.
15. www.mednutrition.gr Ίσαρη Γ., "Πώς Σχετίζεται η Κατάθλιψη με τη Διατροφή", Ιανουάριος 2005.
16. Ευθυμίου Κ., "Εφαρμογή της Δυμπεριφοριστικής/Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας στην Κατάθλιψη", Εκδόσεις Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, σελ. 1-16, 17-34.
17. Mood Disorders and Suicidal Behaviour, chapter 6, p. 106- 112
18. Ραγιά Α., "Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας" 2005, Αθήνα, Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε., σελ. 316,317.
19. Εφημερίδα "Καθημερινή", Πέμπτη 16/6/2005, "Γενετικές οι Αιτίες Κατάθλιψης σε Παιδιά", The New York Times.
20. Εφημερίδα "Ελεύθερος Τύπος", Κυριακή 2/9/2007, "Οι Θεομηνίες Προκαλούν Κατάθλιψη".

П
А
Р
А
Р
Т
Т
Н
М
А
Т
А

"Ελεύθερος Τύπος" Κυριακή, 02.09.07

Οι θεομηνίες προκαλούν κατάθλιψη

Προσφιλές «δεκανίκι» αποτελούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα για την ψυχολογική αντιμετώπιση των φυσικών καταστροφών, με τη χρήση τους να αυξάνεται κυρίως από τους ανθρώπους που υφίστανται άμεσα τις συνέπειες στη ζωή τους, επισημαίνουν οι ειδικοί. Η εκτεταμένη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε ζοφερές περιστάσεις επανέρχεται στο προσκήνιο μετά τον πύρινο όλεθρο που έζησε η χώρα, αλλά και με αφορμή την τελευταία μελέτη του Ψυχιατρικού Ινστιτούτου του Λονδίνου, που ερευνά την επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην ψυχοσύνθεση των ανθρώπων και συσχετίζει τα ποσοστά αυτοκτονίας με ακραία καιρικά φαινόμενα ή φυσικές καταστροφές.

Οι Αγγλοι ερευνητές βρήκαν ότι τα κύματα καύσωνα προκαλούν αύξηση στις αυτοκτονίες. Στην Ελλάδα, βέβαια, δεν υπάρχει ανάλογο φαινόμενο λόγω ζέστης, αφού είμαστε εξοικειωμένοι με τις υψηλές θερμοκρασίες το καλοκαίρι. Ωστόσο οι φυσικές καταστροφές αποτελούν και για τους Έλληνες αιτία κατάθλιψης με τον κίνδυνο να αφορά κυρίως τους άμεσα πληγέντες, που βιώνουν με δραματικό τρόπο το περιστατικό και όχι το γενικό πληθυσμό. Σε τέτοιες περιστάσεις υπάρχουν ενδείξεις ότι αυξάνεται ελαφρά η χρήση αντικαταθλιπτικών, χωρίς ωστόσο να είναι στατιστικά τεκμηριωμένες.

Φυσικές καταστροφές, όπως οι πυρκαγιές, αλλά και οι σεισμοί ή οι πλημμύρες μάς αγγίζουν, ο βαθμός όμως στον οποίο θα μας επηρεάσουν εξαρτάται από το πώς τις εκλαμβάνουμε. Όπως εξηγεί ο ειδικός, ανάμεσα στο πλήθος, υπάρχουν σίγουρα άνθρωποι που θα επηρεαστούν φαντασιωτικά. Τα άτομα αυτά, όταν για παράδειγμα άκουσαν ότι δεν θα υπάρχει πλέον οξυγόνο στο Λεκανοπέδιο της Αττικής εξαιτίας της πρόσφατης πυρκαγιάς στην Πάρνηθα, πανικοβλήθηκαν με την ιδέα ότι θα πάθουν ασφυξία.

Στην αντίδρασή τους σημαντικό ρόλο παίζει και ο τρόπος που παρουσιάζεται η φυσική καταστροφή από τα ΜΜΕ. Οι κρίσεις κατάθλιψης πυροδοτούνται κυρίως από εκτεταμένες καταστροφές που τροποποιούν άμεσα τη ζωή όπως συνέβη στην περίπτωση του τσουνάμι στον Ινδικό Ωκεανό το 2004 ή αντιστοίχως στο σεισμό της Αθήνας του 1999 και στις τελευταίες ολέθριες πυρκαγιές. «Τα θύματα που βίωσαν άμεσα τη μανία του Εγκέλαδου χάνοντας τους δικούς τους ανθρώπους ή το σπίτι τους και τα περιουσιακά τους στοιχεία εμφάνισαν κατάθλιψη, γεγονός το οποίο είναι αναμενόμενο» καταλήγει ο κ. Κωστής Μπάλλας.¹⁹

"ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ", Πέμπτη, 16 Ιουνίου 2005

(The New York Times)

Γενετικές οι αιτίες κατάθλιψης σε παιδιά

Η δυσλειτουργική οικογένεια, οι κακές σχέσεις μεταξύ των μελών της και η έλλειψη επικοινωνίας με τους γονείς δεν επηρεάζουν ιδιαίτερα το κατά πόσον το παιδί θα εμφανίσει κατάθλιψη ή όχι. Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξε πρόσφατη μελέτη.

Δυστυχώς, πολλά παιδιά που δεν έχουν κλείσει τα πέντε χρόνια ζωής εμφανίζουν συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης, καίτοι δεν έχουν εκτεθεί στους γνωστούς μέχρι σήμερα παράγοντες κινδύνου. Αντίθετα, πολλά παιδιά που αυτοί οι παράγοντες αποτελούν την καθημερινότητά τους είναι πιο ανθεκτικά στις αντιξοότητες.

Στη μελέτη, Αυστραλοί ερευνητές αξιολόγησαν πολλούς από τους παράγοντες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν κατάθλιψη σε πέντε χιλιάδες μητέρες επί μία πενταετία. Μεταξύ των παραγόντων που εξετάστηκαν ήταν το διαζύγιο των γονιών, η αλλαγή συντρόφου, η υγεία της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η υγεία του βρέφους τους πρώτους έξι μήνες της ζωής και το άγχος της μητέρας. Όπως κατέληξαν, τίποτε από τα παραπάνω δεν είχε ιδιαίτερη σχέση με την εμφάνιση της παιδικής κατάθλιψης.

Οι συντάκτες της έκθεσης που δημοσιεύεται στο τελευταίο τεύχος της επιθεώρησης Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology υπογραμμίζουν ότι η μελέτη τους στηρίχθηκε στις αναφορές που έδωσαν οι μητέρες για τη διάθεση των παιδιών τους και στις εμπειρίες τους. Είναι, βέβαιο, ότι η προσέγγισή τους επηρεάστηκε από την ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκονταν οι ίδιες. Ιδιαίτερα προβλήματα εμφάνισε η επαφή ερευνητών με μητέρες νεαρές, ανύπανδρες και με χαμηλό εισόδημα.