



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: κα ΖΙΩΓΟΥ ΘΕΟΛΟΓΙΑ

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΧΑΤΖΗΠΑΥΛΙΔΟΥ ΟΛΓΑ
ΣΤΑΜΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ,
2007**

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι διπολικές διαταραχές παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Έχουν περιγραφεί με πολύ σταθερό τρόπο από την περίοδο της αρχαιότητας σε όλες τις ηπείρους και σε όλες τις κουλτούρες, οι γενετικές τους βάσεις έχουν εκτεταμένα καλυφθεί από πάμπολλες ερευνητικές εργασίες, κάτι που δεν αποκλείει την ανάγκη να αναρωτηθούμε για άλλους τρόπους μετάδοσης διαμέσου των γονέων.

Σπάνιες στην περίοδο της παιδικής ηλικίας, εκδηλώνονται με την έναρξη της εφηβείας (συχνά με άτυπες μορφές και εν συνεχεία όλο και πιο τυπικές). Η διάγνωσή τους είναι εξαιρετικά δύσκολη αφ' ενός λόγω πολύμορφων παρουσιάσεων, αφετέρου λόγω σύγχυσης με σοβαρές συμπτωματικές καταστάσεις, όπως διαταραχές διαγωγής, εθιστικές διαταραχές και σχιζοφρενικές διαταραχές.

Οι διπολικές διαταραχές πιστεύεται ότι συμβαίνουν με τρόπο αυτόνομο δηλαδή επηρεάζονται λίγο από γεγονότα και υπαρξιακές καταστάσεις (παρότι οι πρώτες εμφανίσεις της νόσου συχνά έπονται χωρισμών ή απωλειών). Ως εκ τούτου η διάγνωση της διπολικής διαταραχής παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες. «Μια ιστορία από τη Βίβλο περιγράφει πως ο βασιλιάς Σαούλ έσκισε τα ρούχα του δημόσια, πέρασε εναλλασσόμενες κρίσεις έξαρσης και βαθιάς κατάθλιψης και τελικά αυτοκτόνησε. Μολονότι η ιστορία αποδίδει τη συμπεριφορά του στα κακά πνεύματα, οι ψυχολόγοι θα μπορούσαν να αποδώσουν σε μια διπολική. Μια διπολική διαταραχή που παλαιότερα ονομαζόταν μανιοκατάθλιψη, χαρακτηρίζεται από ημέρες ή εβδομάδες μανίας που εναλλάσσονται με μεγαλύτερες περιόδους μείζονος κατάθλιψης, οι οποίες τυπικά διαχωρίζονται μεταξύ τους από ημέρες ή εβδομάδες φυσιολογικής διάθεσης.[22]

Η μανία χαρακτηρίζεται από ευφορία, υπερδραστηριότητα, μεγαλομανείς ιδέες, ασυνάρτητη φλυαρία, εξωπραγματική αισιοδοξία και υπερβολική αυτοεκτίμηση. Οι μανιακοί είναι ριψοκίνδυνοι σεξουαλικά, σωματικά και οικονομικά. Μπορεί επίσης να εκτιμούν τις ικανότητές τους, πράγμα που τους οδηγεί στο να κάνουν βιαστικές συμφωνίες ή να εγκαταλείπουν μια μόνιμη δουλειά για να προπονηθούν για τους Ολυμπιακούς Αγώνες.

Κάποιες φορές στη ζωή τους, σχεδόν το 1% των ενηλίκων είχε μια διπολική διαταραχή που είναι εξίσου κοινή στους άνδρες και στις γυναίκες (Αμερικανικός Ψυχιατρικός Σύλλογος 1987).

Η κατάθλιψη και η μανία είναι τα πιο συχνά ψυχικά νοσήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος τόσο ο ψυχίατρος όσο και ο ιατρός και νοσηλευτής της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στην καθημερινή τους κλινική πράξη. Τα νοσήματα αυτά προσθέτουν μεγάλο φορτίο τόσο ψυχολογικό όσο και οικονομικό στους ασθενείς, τις οικογένειές τους αλλά και το κοινωνικό σύνολο. Ειδικά για την κατάθλιψη το μέλλον δεν φαίνεται και τόσο ευοίωνο. Σε μια πρόσφατη κοινή ανακοίνωση της Παγκόσμιας Τράπεζας, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και του Πανεπιστημίου Harvard αναφέρεται ότι στα επόμενα 20 χρόνια η κατάθλιψη θα καταλάβει δεύτερη θέση στον κατάλογο με τις καταστάσεις που προκαλούν σημαντική απώλεια χρόνου υγείας και παραγωγικής ζωής.

Στα πλαίσια της εκστρατείας κατά των διπολικών διαταραχών επιλέξαμε το θέμα της διπλωματικής εργασίας μας, ώστε να συμβάλλουμε στην ενημέρωση του κοινού όσον αφορά τους παράγοντες που ευνοούν στην ανάπτυξη, την παθογένεια της νόσου, τους τρόπους πρόληψης της θεραπείας τους.

Ελπίζουμε στην ευαισθητοποίηση του κοινού όσο και της πολιτείας, ώστε να πάψει αυτή η μάστιγα να αποδεκατίζει εκατομμύρια πληθυσμού σ' ολόκληρο τον κόσμο και στην Ελλάδα.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να πρωτοστατήσουν σ' αυτήν την προσπάθεια ενημέρωσης και εκπαίδευσης των πολιτών σε θέματα πρόληψης και υιοθέτησης υγιεινών συνηθειών διατροφής και ζωής γενικότερα. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε, η πρόληψη σώζει ζωές και κοστίζει στον εθνικό προϋπολογισμό πολύ λιγότερο από τη θεραπεία των διπολικών διαταραχών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διπολικές διαταραχές ή αλλιώς γνωστές ως μανιο-καταθλιπτικές παθήσεις είναι εγκεφαλικές διαταραχές οι οποίες προκαλούν ασυνήθιστες αλλαγές στη διάθεση, στην ενέργεια και στην ικανότητα του ατόμου για συγκέντρωση.

Σε αντίθεση με τις αλλαγές διάθεσης που συμβαίνουν στο άτομο, τα συμπτώματα των διπολικών διαταραχών είναι σοβαρά. Μπορούν να καταλήξουν σε κατεστραμμένες σχέσεις, μειωμένη εργασία, μειωμένη συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες ακόμα και σε αυτοκτονία.[4]

Είναι από τις πιο συχνές διαταραχές στην ιατρική. Αν και προκαλούν σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα συνήθως υποδιαγνώσκονται και υποθεραπεύονται και έτσι τα άτομα μπορούν να ζήσουν μια γεμάτη και παραγωγική ζωή.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των Η.Π.Α. υπολογίζει ότι περισσότερα από 23 εκατομμύρια άτομων το χρόνο προσβάλλονται από τη νόσο της μανίας, ενώ 10 περίπου εκατομμύρια εμφανίζουν κατάθλιψη. Το οικονομικό φορτίο από αυτά τα νοσήματα περιλαμβάνει το κόστος της θεραπείας, την απώλεια σε παραγωγικότητα και το κόστος από τη νοσηρότητα ή το θάνατο. Οι εκτιμήσεις για το οικονομικό κόστος από την κατάθλιψη φθάνει στις ΗΠΑ το 43,7 δις δολάρια (12,4 δις το κόστος της θεραπείας, 7,5 δις το κόστος από το θάνατο και 23,8 δις το κόστος λόγω της νοσηρότητας). Στην πραγματικότητα η κατάθλιψη και η μανία έχουν μεγαλύτερες επιπτώσεις στον ασθενή σε σχέση με άλλα χρόνια σωματικά νοσήματα όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, η αρθρίτιδα και οι πνευματικές νόσοι, με βάση τη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, την λειτουργικότητα σε διάφορους ρόλους της καθημερινής ζωής (εργαζόμενοι, οικογενειάρχης, σύζυγος), το

υποκείμενο αίσθημα ευεξίας του ασθενή καθώς και το αναφερόμενο σωματικό άλγος.

Παραπάνω από 2 εκατομμύρια ενηλίκων Αμερικάνων ή περίπου 1% του πληθυσμού ηλικίας 18 και άνω πάσχει από κάποιου είδους διπολικής διαταραχής, η οποία διπολική διαταραχή τυπικά αναπτύσσεται στο τέλος της εφηβείας και στην αρχή της ενηλικίωσης. Παρ' όλα αυτά μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν τα πρώτα τους συμπτώματα στην παιδική ηλικία και μερικά σε προχωρημένη ηλικία.

Συχνά δεν αναγνωρίζονται ως άρρωστα και τα άτομα μπορεί να υποφέρουν για χρόνια πριν γίνει σωστή διάγνωση και δοθεί κατάλληλη θεραπεία. Όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή οι καρδιακές παθήσεις, οι διπολικές διαταραχές είναι μακροχρόνιες παθήσεις και απαιτούν σωστή διαχείριση σε όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου.

Επειδή οι περισσότεροι ασθενείς που πάσχουν από αυτές τις νόσους αντιμετωπίζονται από ιατρούς και νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είναι σημαντικό να μπορούν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα, να διαγνωστούν την μανία και την κατάθλιψη και να αντιμετωπίσουν κατάλληλα τους ασθενείς.

Συνεπώς η καλύτερη εκπαίδευση των ιατρών και των νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα μπορούσε να βελτιώσει σημαντικά τη λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής και τη γενικότερη υγεία των ασθενών που πάσχουν από αυτά τα νοσήματα.

Οι περισσότεροι κλινικοί γνωρίζουν ότι πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη ή μανία συχνά δεν μιλούν για τα συναισθήματά τους, αλλά παραπονιούνται περισσότερο για σωματικά ενοχλήματα. Για το λόγο αυτό, οι κλινικοί θα πρέπει να συζητούν ανοιχτά τη φύση των νοσημάτων αυτών με τους ασθενείς τους και να τους βοηθούν να ξεπεράσουν την προκατάληψη που τα περιβάλλει.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης και της μανίας θα πρέπει να κινούν τις υποψίες και να ωθούν τους κλινικούς να αποκαλύψουν τις πραγματικές διαταραχές. Εάν οι νόσοι αυτοί αντιμετωπισθούν σωστά, τα συμπτώματα θα μειωθούν δραματικά. Η μανία όμως και η κατάθλιψη δεν ανήκουν σε μια ομοιογενή ομάδα διαταραχών. Η σωστή διάγνωση συνεπώς είναι το πρώτο βήμα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση κάθε ασθενούς.[5]

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ

Οι διπολικές διαταραχές εμφανίζονται παγκοσμίως. Η WHD τοποθετεί τη διπολική διαταραχή στην 14^η θέση, στις αιτίες πρόκλησης φορτίου στις χώρες με υψηλό εισόδημα και στην 19^η θέση στις χαμηλού και μέσου εισοδήματος χώρες. Πιο συγκεκριμένα στις αναπτυγμένες χώρες φαίνεται πως υπάρχουν 9 με 15 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 ατόμων ανά έτος. Μετά από τον έλεγχο των πολλών προβλημάτων που βρέθηκαν στις επιδημιολογικές μελέτες οι συγγραφείς εκτίμησαν ότι η παγκόσμια επίπτωση της διπολικής νόσου είναι 0,82 ανά 100 άτομα (82%). Λόγω των αυστηρών διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες, τα ποσοστά είναι χαμηλότερα από αυτά που παρατηρούνται συχνά στην έρευνα και τις κλινικές δημοσιεύσεις. Αντίθετα με τη μονοπολική και τη δυσθυμία, η διπολική διαταραχή Ι έχει ίση κατανομή στα δύο φύλα. Ωστόσο η ταχεία εναλλαγή εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες, και οι γυναίκες έχουν μία τάση να εμφανίζουν συχνότερα καταθλιπτικές επεισόδια. Επίσης το πρώτο επεισόδιο στις γυναίκες είναι πιο συχνά καταληπτικό, ενώ στους άνδρες μανιακό. Οι γυναίκες και οι άνδρες διαφέρουν επίσης και στο ότι στους άνδρες τα μανιακά επεισόδια εμφανίζονται στην ίδια συχνότητα ή και σε μεγαλύτερη από τα καταθλιπτικά επεισόδια. Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή δεν αποτελεί επίσημα μέρος της διπολικής διαταραχής, αλλά προκαλεί εναλλαγές της διάθεσης σε συνδυασμό με συμπτώματα σχιζοφρένειας. Ένα άτομο με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή πληρεί όλα τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας και μιας μείζονος διαταραχής της διάθεσης. Δεν υπάρχει σχεδόν καμία επιδημιολογική πληροφορία γι' αυτή τη διαταραχή. Οι

ερευνητές πιστεύουν ότι εμφανίζεται σε λιγότερο από 1% του γενικού πληθυσμού, αλλά αυτό το ποσοστό μπορεί να είναι μεγαλύτερο σε πληθυσμούς ασθενών. Η νόσος εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες.[5]

ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες νευροβιολογικές παθήσεις, η επιστήμη δεν έχει μια απόλυτη απάντηση σ' αυτό το ερώτημα. Πιθανόν περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη διαταραχή, υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι τα περισσότερα άτομα κληρονομούν τη διπολική νόσο. Μελέτες διδύμων, οικογενειακών ιστοριών και υιοθεσιών υποστηρίζουν την υπόθεση γενετικής αιτιολογίας. Η μελέτη μονοωγενών διδύμων αποτελεί τη βάση για την αναγνώριση της γενετικής αιτιολογίας των ψυχικών διαταραχών. Μεταξύ του 1967 και 1999 υπήρξαν έξι μελέτες της διπολικής νόσου σε διδύμους. Τα ποσοστά συνύπαρξης σε μονοωγενείς διδύμους κυμαίνονταν 20-70%, ενώ στα δείγματα διωγενών διδύμων μεταξύ 0-19%. Η μελέτη που ανέφερε 20% στους μονοωγενείς διδύμους έχει μεθοδολογικά σφάλματα και αποτελούνταν από 5 μόνο μονοωγενή και 15 διωγενή ζευγάρια διδύμων. Τα ποσοστά συνύπαρξης προδιαθέτουν για την πιθανότητα ενός διδύμου να παρουσιάσει κάποια στιγμή τη νόσο, εάν ένας από τους διδύμους πάσχει από διπολική διαταραχή. Ωστόσο μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα ποσοστά συνύπαρξης στο παρελθόν είχαν διογκωθεί, λόγω της χρήσης αναδρομικού σχεδιασμού και γενικά ευρέων διαγνωστικών κριτηρίων. Για παράδειγμα οι Torrey και Knable, παρουσίασαν δύο πρόσφατες μελέτες με ποσοστά συνύπαρξης 43% και 44%. Η ερμηνεία αυτών των δεδομένων είναι δύσκολη, επειδή στη μία μελέτη συμμετείχαν μόνο επτά ζευγάρια διδύμων. Στη δεύτερη μελέτη με ποσοστό 44% συμμετείχαν 25 ζευγάρια αλλά δεν επαναλήφθηκε. Παρόλα αυτά, όπως και στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, η γενετική εμπλέκεται στην αιτιολογία της νόσου σε πολλές (απλά όχι σε όλες) τις περιπτώσεις. Υπάρχουν πολλές νευρολογικές οδοί που οδηγούν στην ανάπτυξη νευρολογικής διαταραχής. Οι Torrey και Knable θεωρούν ότι η νόσος εκτός από τη

γενετική προδιάθεση, μπορεί να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα κάποιου από τους ακόλουθους παράγοντες:

- (1) Νευρολογικές προσβολές, από ιούς, βακτήρια, πρωτόζωα και μύκητες.
- (2) Ανοσολογικούς παράγοντες.
- (3) διαταραχές των νευρομεταβιβαστών.
- (4) Συστήματα δευτερογενών αγγελιοφόρων ή αυτά που μερικές φορές αναφέρονται ως συστήματα μεταφοράς του εγκεφάλου.
- (5) Νευροπεπτίδια (ενδορφίνες, σωματοστατίνη, βασοπρεσσίνη, ομοκίνη, ουσία P, χολοκυστοκινίνη, νευροτενσίνη και καλτσιτονίνη).
- (6) διαταραχές του βιολογικού ρυθμού.
- (7) Ενδοκρινή δυσλειτουργία.

Γι' αυτές τις πιθανές εξηγήσεις υπάρχει ποικίλη υποστήριξη από την πλευρά των επιστημόνων. Το σημαντικό που πρέπει να γνωρίζουν οι ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς τους είναι ότι δεν υπάρχουν επιστημονικά αποδεκτές ενδείξεις ότι το οικογενειακό περιβάλλον ή το περιβάλλον του σπιτιού προκαλεί διπολικές διαταραχές.[21]

ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΓΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑ

Η διπολική νόσος είναι μία σύνθετη νόσος που δεν μπορεί να θεραπευτεί. Όπως στο διαβήτη, π.χ. τα συμπτώματα μπορούν να αντιμετωπιστούν και συχνά ελέγχονται στο βαθμό που τα άτομα μπορούν να ζήσουν μία πλήρης και ουσιαστική ζωή. Ωστόσο, επειδή η διπολική διαταραχή είναι μία χρόνια νόσος, εμφανίζεται με τη μορφή επεισοδίων, απαιτεί πολλές μορφές παρέμβασης και μπορεί γρήγορα να αλλάξει, είναι καλύτερα να αντιμετωπίζεται από μία ομάδα ψυχικής υγείας. Είναι πολύ χρήσιμο για τους ασθενείς, εάν η ιατρική, εκπαιδευτική, κοινωνική, νομική και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση γίνεται από μία ομάδα ειδικών που συνεργάζονται μεταξύ τους. Παρόλα αυτά η θεραπεία χωρίς τα κατάλληλα φάρμακα είναι καταδικασμένη. Όχι απλώς θα αποτύχει, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις θα οδηγήσει σε αύξηση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Ως ελάχιστη προσέγγιση, η θεραπεία απαιτεί τα άτομα να έχουν, καθώς και η οικογένειά τους, μια συνεχή θετική σχέση με έναν ψυχίατρο, ο οποίος μπορεί να αντιμετωπίσει ιατρικά την αλλαγή και τη μεταβολή των διπολικών συμπτωμάτων. Τα άλλα μέρη του θεραπευτικού σχήματος, όπως η εκπαίδευση, η κοινωνική υποστήριξη, οι συνεδρίες επίλυσης των οικογενειακών προβλημάτων και η κατάλληλη ψυχοθεραπεία μπορούν να γίνουν από οποιοδήποτε ειδικό ψυχικής υγείας, που γνωρίζει διπολικές διαταραχές και έχει εμπειρία στις απαιτούμενες θεραπευτικές υπηρεσίες. Μερικοί ειδικοί που είναι εκπαιδευμένοι στην παροχή διαγνωστικής εκτίμησης, στην παρακολούθηση και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, εκτός των φαρμάκων είναι οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι και οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές. Συχνά, ειδική και υψηλού βαθμού βοήθεια αποκατάστασης προσφέρουν οι δημιουργικοί θεραπευτές, οι κινησιολόγοι και οι λογοθεραπευτές. Το κλειδί της θεραπείας βρίσκεται στους ψυχιάτρους και σε άλλους ειδικούς της ψυχικής υγείας, οι οποίοι έχουν αντιμετωπίσει και μελετήσει τη διπολική νόσο.[8]

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η αποτελεσματική θεραπεία των καταθλιπτικών, των μανιακών και των μικτών επεισοδίων που προκαλούνται από τη διπολική διαταραχή I και II καθώς και τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή απαιτεί τη χορήγηση και επίβλεψη ψυχοτρόπων φαρμάκων από ειδικούς. Η αποκατάσταση ξεκινά, όταν ο ασθενής κατανοήσει ότι τα συμπτώματα δεν είναι ψυχολογικές αυταπάτες που κρύβουν βαθιά, τραγικά μυστικά αυτό-προκαλούμενων συναισθηματικών τραυμάτων, αλλά ενδείξεις μιας σοβαρής και πραγματικής νόσου, η οποία χωρίς φάρμακα δεν θα βελτιωθεί. Ο κύριος θεραπευτικός στόχος για όλες τις διπολικές διαταραχές είναι να σταματήσουν τα καταστροφικά συμπτώματα και να επιστρέψουν οι ασθενείς στο συνηθισμένο επίπεδο λειτουργικότητας. Στο βιβλίο τους, οι Goodwin και Jamison τονίζουν τη σημασία της πρόωρης, έγκαιρης και επιθετικής θεραπείας των ασθενών με διπολική διαταραχή. Η καθυστέρηση της θεραπείας και η ελπίδα ότι τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν με τον ίδιο μυστηριώδη τρόπο που εμφανίστηκαν μπορεί να καταλήξει σε καταστροφή. Τα αθεράπευτα μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια αυξάνουν την σοβαρότητα της νόσου. Ελαττώνουν τη διάρκεια του χρόνου μεταξύ των επεισοδίων, καταστρέφουν βιολογικές δομές του εγκεφάλου και αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Αν και τα φάρμακα είναι το πρώτο βήμα της θεραπείας, ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχέδιο περιλαμβάνει:

- (1) Εκπαίδευση για τα φάρμακα.
- (2) Εκπαίδευση των ασθενών, των οικογενειών και των σημαντικών προσώπων για τις διπολικές διαταραχές.
- (3) Εκμάθηση αναγνώρισης των πρώιμων προειδοποιητικών σημείων και της διαφοράς μεταξύ των φυσιολογικών μεταβολών της διάθεσης και των διπολικών επεισοδίων.
- (4) Κατάλληλη ψυχοθεραπεία.

(5) Υποστήριξη προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Το καθένα από αυτά τα 5 στοιχεία της θεραπείας είναι σημαντικό. Παρόλα αυτά, οποιαδήποτε θεραπεία για τις διπολικές διαταραχές που δεν τονίζει και δεν ξεκινά με άμεση φαρμακευτική θεραπεία, ως κύριο στοιχείο για την υποχώρηση των συμπτωμάτων, πρέπει να θεωρείται αμφισβητούμενη από τους ασθενείς.

Σήμερα, καμία μορφή θεραπείας δεν μπορεί να θεραπεύσει τις διπολικές διαταραχές. Όπως συμβαίνει και με το διαβήτη, τα διπολικά συμπτώματα σε πολλούς ασθενείς μπορεί να υποχωρήσουν και να ελεγχθούν, επιτρέποντας στους ασθενείς να ζουν μία παραγωγική και ουσιαστική ζωή, αλλά δεν θεραπεύονται και δεν απαλλάσσονται από την εγκεφαλική νόσο. Στους περισσότερους ασθενείς με διπολική διαταραχή, I, I και με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να διατηρηθεί σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Έτσι, η εκπαίδευση και οι τεχνικές πληροφορίες χρειάζονται περιοδική αναθεώρηση. Η ανάγκη για την κατάλληλη ψυχοθεραπεία υπαγορεύεται σε μεγάλο βαθμό από τα προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα του ασθενούς, τη δράση των φαρμάκων και από τα γεγονότα του περιβάλλοντος. Επειδή πρόκειται για μία χρόνια νόσο, το μέγεθος της υποστήριξης που απαιτείται από τον ασθενή, την οικογένεια ή άλλα σημαντικά πρόσωπα αυξομειώνεται. Η ανάγκη για Υποστήριξη μεταβάλλεται όχι μόνο με την έναρξη και την σοβαρότητα των επεισοδίων της νόσου, αλλά και με τις μεταβολές και τις αλλαγές στην εθνική και προσωπική οικονομική κατάσταση, τη διαθεσιμότητα μεταφορικών μέσων, το κόστος και τους κανόνες ενοικίασης, των σχέσεων, των νομικών προβλημάτων και πολλών περιβαλλοντικών καταστάσεων και οικολογικών συστημάτων που επηρεάζουν τις συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου.

Σήμερα, η θεραπεία των διπολικών διαταραχών προσπαθεί όχι απλώς να δράσει από κρίση σε κρίση, απαντώντας στα μανιακά και

καταθλιπτικά επεισόδια, αλλά και να θεραπεύσει ολοκληρωτικά την πλήρη νόσο και να υποστηρίξει τις δυνάμεις του ατόμου σε όλη τη ζωή του και στα πλαίσια του περιβάλλοντός του.

Η νοσηρή κατάσταση ενός ασθενούς μπορεί να βελτιωθεί θεραπεύοντας πρώτα την εγκεφαλική διαταραχή και ταυτόχρονα τις συνέπειες της συμπεριφοράς, της γνωστικής κατάστασης και των συναισθηματικών αντιδράσεων του ασθενούς. Εκτός από την αντιμετώπιση με φάρμακα, συχνά για την επιτυχία των θεραπευτικών παρεμβάσεων απαιτείται άμεση θετική υποστήριξη. Η θεραπεία δεν θα πετύχει αν ο ασθενής δεν την υιοθετήσει, δεν την αποδεχθεί ή δεν την κατανοήσει. Σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής εξέλιξης πρέπει να παρακολουθούνται παράγοντες κουλτούρας, οικονομικοί και νομικοί παράγοντες. Όταν υποχωρήσει ένα οξύ επεισόδιο ο στόχος της θεραπείας μεταφέρεται από την κρίση του επεισοδίου στην αντιμετώπιση και στη βελτίωση των επίμονων, χρόνιων, ήπιων συμπτωμάτων, των φόβων και των συνηθειών που εμποδίζουν την εξέλιξη του ατόμου και ουσιαστικά στη βελτίωση των προσωπικών σχέσεων και της ποιότητας της ζωής. Επίσης στη διάρκεια των περιόδων που η κατάθλιψη και η μανία είναι σε ύφεση, οι ασθενείς έχουν τον χρόνο, την ενεργητικότητα και τις γνωστικές ικανότητες που απαιτούνται για τη βελτίωση των προσωπικών ταλέντων και δυνατοτήτων. Η θεραπεία συντήρησης περιλαμβάνει πάντοτε την προσαρμογή των φαρμάκων και την επίβλεψη και συχνά ενσωματώνει ατομικές ψυχοθεραπείες και οργανωμένη υποστήριξη για την ενίσχυση και βελτίωση των δυνατοτήτων του ασθενούς.[14]

MANIA

Ο όρος μανία υποδηλώνει υπέρμετρη έξαρση, υπερκινητικότητα, διέγερση και ταχύ ρυθμό ομιλίας, συχνά με διαταραγμένη σκέψη. Για καταστάσεις με λιγότερη έντονη διαταραχή των προηγούμενων χρησιμοποιείται ο όρος υπομανία.[3]

Μερικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής είναι:

- Η διπολική διαταραχή, όπως και η Σχιζοφρένεια, θεωρείται ψυχωσική διαταραχή με μακροχρόνια και σοβαρή πορεία.
- Η αιτιολογία της έχει σαφώς γενετικό υπόβαθρο.
- Δύσκολες και στρεσογόνες κοινωνικές καταστάσεις και γεγονότα επιβαρύνουν την εξέλιξη της διαταραχής.
- Προσβάλλονται περίπου 1 στα 100 άτομα, σε ίδια αναλογία άντρες και γυναίκες.
- Τα καταθλιπτικά επεισόδια που εμφανίζονται στη διπολική διαταραχή είναι συνήθως σοβαρά.
- Σε κάποιους ασθενείς τα επεισόδια εναλλάσσονται με μεγάλη ταχύτητα.
- ΣΤΟ ενδιάμεσο των επεισοδίων το άτομο μπορεί να είναι εντελώς καλά.
- Είναι δυνατόν κάποιοι ασθενείς να εμφανίζουν σοβαρά επεισόδια μόνο κατάθλιψης, ενώ τα χαρακτηριστικά της ευφορία και υπερδραστηριότητας να είναι πολύ ήπια (υπομανία), χωρίς να δημιουργούν πρόβλημα. Τότε μιλάμε για Διπολική διαταραχή τύπου II. Άλλοι μπορούν να εμφανίζουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια μόνο μανίας ή τα περισσότερα από τα επεισόδια να είναι μανιακά (Διπολική διαταραχή τύπου I).

- Τα μανιακά επεισόδια διαρκούν από λίγες εβδομάδες έως και πολλούς μήνες, αρχίζουν πιο αιφνίδια και τελειώνουν πιο απότομα από τα καταθλιπτικά.
- Η πιο συχνή επιπλοκή της διπολικής διαταραχής είναι η αυτοκτονία (10% με 15% των ασθενών).[1]

Συμπτώματα της Μανίας

- Διαταραχές της συναισθηματικής διάθεσης με τη μορφή ευφορίας ή ευερεθιστότητας και απρόσφορου γέλιου. Συχνά όμως κατά τη διάρκεια της ευφορίας εμφανίζεται παροδική κατάθλιψη, δηλαδή η διάθεση εναλλάσσεται και είναι ασταθής.
- Εύκολη διάσπαση της προσοχής.
- Πίεση λόγου, δηλαδή λόγος είναι γρήγορος και κάτω από την πίεση των σκέψεων που παράγονται ταχέως, μεταπηδά από το ένα θέμα στο άλλο (ιδεοφυγή).
- Ιδέες διογκωμένης αυτοεκτίμησης (ιδέες μεγαλείου, μεγάλη ιδέα για τον εαυτό του).
- Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, δηλαδή ο ασθενής κοιμάται λίγο, αλλά δεν αισθάνεται κουρασμένος.
- Αυξημένη δραστηριότητα-υπερκινητικότητα. Ο ασθενής εμφανίζει κινητική ανησυχία και υπερβολική εμπλοκή σε εργασιακές, κοινωνικές και σεξουαλικές δραστηριότητες. Μπορεί να αρχίσει ταυτόχρονα πολλά σχέδια, να κάνει πολλές δουλειές, όλα την ίδια μέρα, χωρίς όμως να καταφέρνει να ολοκληρώσει κανένα. Η εμπλοκή αυτή δείχνει έλλειψη κριτικής ικανότητας.
- Συχνά μάλιστα η συμπεριφορά του γίνεται επικίνδυνη και κοινωνικά ανεπίτρεπτη. Ο μανιακός ασθενής μπορεί να ξοδέψει σε λίγο χρόνο όλη του την περιουσία αγοράζοντας άσκοπα πράγματα ή να οδηγήσει απρόσεκτα και επικίνδυνα ή να έχει αχαρακτήριστη σεξουαλική

- συμπεριφορά. Επίσης μπορεί να ντύνεται χτυπητά ή προκλητικά, να βάφεται έντονα ή απρόσεκτα (γυναίκες) και να δείχνει ενοχλητική διαχυτικότητα. Τέλος, πιθανές είναι και οι πράξεις βίας, συνήθως προς το οικογενειακό περιβάλλον ή τον ίδιο τους τον εαυτό (αυτοκτονία).
- Η όρεξη παραμένει καλή, ωστόσο η αυξημένη δραστηριότητα οδηγεί σε απώλεια βάρους.
 - Μπορεί να συνυπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις).

Φαρμακευτική θεραπεία για τη μανία

Στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της διπολικής διαταραχής είναι:

1) Η αντιμετώπιση της οξείας φάσης των επεισοδίων

Καταθλιπτικό επεισόδιο: αντιμετωπίζεται όπως και στην καταθλιπτική διαταραχή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Μανιακό επεισόδιο: Συνήθως απαιτείται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία με φαρμακευτική αγωγή, δηλαδή αντιψυχωσικά φάρμακα, όπως στη σχιζοφρένεια.

2) Η παρεμπόδιση των υποτροπών

Μετά από μια επιτυχημένη θεραπεία ενός επεισοδίου τα συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν. Οποσδήποτε όμως η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχισθεί για αρκετούς μήνες ώστε να αποφευχθεί η υποτροπή. Ταυτόχρονα βοήθεια προσφέρουν και άλλου είδους παρεμβάσεις, όπως η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

3) Η μακροχρόνια πρόληψη των επεισοδίων (θεραπεία συντήρησης)

Η θεραπεία συντήρησης διαρκεί πολλά χρόνια (μπορεί και σε όλη τη ζωή του ασθενή). Αρχίζει από τη φάση πρόληψης των υποτροπών και

στηρίζεται κυρίως στα λεγόμενα φάρμακα που σταθεροποιούν τη διάθεση. Το κυριότερο είναι το Λίθιο. Επίσης γι' αυτό το σκοπό χρησιμοποιούνται τα νεώτερα Αντιεπιληπτικά φάρμακα.

Το αντιμανιακό φάρμακο επιλογής είναι το ανθρακικό λίθιο. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης του είναι άγνωστος. Επικρατεί ωστόσο η άποψη ότι το ανθρακικό λίθιο προωθεί την επαναπρόσληψη των βιογενών αμινών στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα την ελάττωση των επιπέδων τους στον οργανισμό. Άλλη θεωρία συσχετίζει την αποτελεσματικότητα του λιθίου με μια αλλαγή στον μεταβολισμό του νατρίου μέσα στα νεύρα και τους μυς.

Ενδείξεις

Το ανθρακικό λίθιο χρησιμοποιείται στην πρόληψη και θεραπεία της μανίας, υπομανίας και γενικά των διπολικών διαταραχών. Από την έναρξη της θεραπείας με λίθιο μέχρι την υποχώρηση των συμπτωμάτων της μανίας μεσολαβούν 1-2 εβδομάδες. Σ' αυτό το διάστημα χορηγούνται αντιψυχωτικά π.χ. chlorpromazine (thorazine) ή haloperidol για την ελάττωση του επιπέδου της υπερκινητικότητας.

Συνήθη σκευάσματα που περιέχουν λίθιο είναι: Esqualith, Lithane, Lithobid, Carbolith και Lithonate.

Παρενέργειες του λιθίου και νοσηλευτικές ευθύνες

- Ξηροστομία, δίψα. Ανακουφίζονται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, συχνά μικρά πόματα υγρών.
- Γαστρεντερικές διαταραχές, ναυτία. Συνιστάται η λήψη του φαρμάκου με τα γεύματα.
- Λεπτός τρόμος χεριών. Σταματά με την ελάττωση της δόσης του φαρμάκου, μετά από συνεννόηση με τον γιατρό. Μερικοί γιατροί χορηγούν ως αντίδοτο μικρές δόσεις inderal.

- Καρδιακές αρρυθμίες. Παρακολουθούνται με λήψη των ζωτικών σημείων σε τακτά διαστήματα και συνεννόηση με τον γιατρό για δυνατή ελάττωση της δόσης.
- Πολυουρία. Συνήθως δεν αποτελεί σοβαρό ενόχλημα για τον άρρωστο. Μπορεί να υποχωρήσει μετά την πρώτη ή δεύτερη εβδομάδα.
- Δεν χορηγείται κανένα αντίδοτο. Αύξηση βάρους του σώματος. Ο άρρωστος διδάσκεται να εφαρμόσει υποθερμιδική διαίτα και να χρησιμοποιεί επαρκή ποσότητα νατρίου (αλάτι).
- Τοξικότητα. Μικρό είναι το περιθώριο μεταξύ των θεραπευτικών και τοξικών επιπέδων του ανθρακικού λιθίου. Το συνηθισμένο εύρος της θεραπευτικής του συγκέντρωσης στον ορό του αίματος είναι 0.5 - 1.5 mEq/L. Πρέπει να γίνεται μέτρηση των επιπέδων του λιθίου στο αίμα μια-δύο φορές κατά την πρώτη εβδομάδα μέχρι όπου η δόση και τα επίπεδα στο αίμα είναι σταθερά.

Τα συμπτώματα της τοξικότητας του λιθίου αρχίζουν να φαίνονται, όταν τα επίπεδα τους στο αίμα είναι μεγαλύτερα από 1.5 mEq/L, και είναι: θαμπή όραση, αταξικό βάδισμα, εμβοές αυτιών, επίμονη ναυτία, έμετοι και έντονη διάρροια. Η επόμενη δόση δεν πρέπει να χορηγηθεί και να συζητηθεί με τον γιατρό αν κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα διαπιστωθεί κατά την εξέταση και την παρατήρηση ή αναφερθεί από τον άρρωστο. Αν δεν αντιμετωπισθούν και συνεχίσουν να αυξάνουν τα επίπεδα λιθίου στο αίμα, ο άρρωστος ενδέχεται να παρουσιάσει σπασμούς, κώμα και βαθμιαία κατάληξη στο θάνατο.

Το λίθιο στη χημική του δομή είναι όμοιο με το νάτριο, συμπεριφέρεται στον οργανισμό κατά τον ίδιο τρόπο και συναγωνίζεται με το νάτριο σε διάφορες περιοχές του σώματος. Αν ελαττωθεί η λήψη νατρίου ή αν το σώμα χάσει το φυσιολογικό του νάτριο - π.χ. λόγω υπερβολικών εφιδρώσεων, πυρετού και αυξημένης διούρησης - τότε το

λίθιο επαναρροφάται από τους νεφρούς αυξάνοντας τη δυνατότητα τοξικής επίδρασης. Συνεπώς έχει μεγάλη σημασία ο άρρωστος να παίρνει επαρκή ποσότητα νατρίου με τα γεύματα του και να πίνει 2500 - 3000 ml υγρά ημερησίως. Συνιστάται ακριβής καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών και μέτρηση του βάρους σώματος του αρρώστου κάθε ημέρα για την έγκαιρη αναγνώριση τυχόν σημείων τοξικής κατάστασης.

Αντενδείξεις χορήγησης λιθίου

Λίθιο δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με καρδιαγγειακό ή νεφρικό νόσημα, αφυδάτωση, σύγχρονη λήψη διουρητικών, εγκυμοσύνη, καθώς και σε παιδιά κάτω των 12 ετών.

Οι γενικές νοσηλευτικές αρχές και ευθύνες κατά την ψυχοφαρμακοθεραπεία έχουν ήδη αναφερθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο, γι' αυτό και δεν επαναλαμβάνονται.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με μανία

Νοσηλευτικές προτεραιότητες

- Προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του αρρώστου και των άλλων από τις συνέπειες της υπερκινητικής συμπεριφοράς.
- Εκπλήρωση των βασικών αναγκών του (διατροφή, ανάπαυση, υγιεινή).
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα και σε ρεαλιστική πρόληψη ή λύση των προβλημάτων του καθώς και ενίσχυση της αυτονομίας και υπευθυνότητας.
- Υποστήριξη της συμμετοχής του αρρώστου και της οικογενείας του στη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και φροντίδα στην κοινότητα.

Αρχές επικοινωνίας με τον μανιακό άρρωστο

- Χρησιμοποίηση σταθερής και ήρεμης προσέγγισης. Π.χ. κύριε Χ. ελάτε μαζί μου, φάτε αυτό το σάντουιτς. Η προσέγγιση αυτή παρέχει οργάνωση και έλεγχο για τον άρρωστο που είναι εκτός ελέγχου. Μπορεί να εμπνεύσει αίσθημα σιγουριάς, ότι «κάποιος ελέγχει την κατάσταση».
- Χρήση σύντομων και συγκεκριμένων εξηγήσεων ή φράσεων. Η ικανότητα σύντομης μόνο προσοχής περιορίζει την κατανόηση σε σύντομες πληροφορίες.
- Διατήρηση ουδετερότητας - αποφυγή αντιπαράθεσης με επίδειξη δύναμης και κριτικής. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί τις ασυνέπειες και τα κριτικά σχόλια ως δικαιολογία για λογομαχίες και κλιμάκωση της μανίας.
- Σταθερότητα στην προσέγγιση και τις προσδοκίες. Τα σταθερά όρια και οι προσδοκίες ελαχιστοποιούν τη δυνατότητα χειρισμού / εκμετάλλευσης του προσωπικού από τον άρρωστο.
- Αποφυγή εμπλοκής σε αστεϊσμούς και ετοιμολογίες. Διατήρηση ηρεμίας και ουδετερότητας. Έτσι ελαχιστοποιείται η μανιακή ένταση. Οι αστεϊσμοί και τα γέλια με τον μανιακό άρρωστο δείχνουν έλλειψη σεβασμού των αναγκών του.
- Συχνές συναντήσεις του προσωπικού για προγραμματισμό κοινής σταθερής γραμμής και συμφωνία στην τοποθέτηση ορίων. Χρειάζεται συνέπεια όλων των μελών του προσωπικού στην τήρηση ορίων για να ελαχιστοποιείται ο χειρισμός τους από τον άρρωστο.
- Όταν αποφασισθούν ορισμένα όρια από το προσωπικό, πρέπει να λεχθούν στον άρρωστο με απλές συγκεκριμένες εκφράσεις, μαζί με τις συνέπειες αν δεν τηρηθούν. Π.χ. «κύριε Χ. μη ξεφωνίζετε και μη κτυπάτε τον κ. Ψ. Αν δεν μπορείτε να περιορίσετε τον εαυτό σας, θα το κάνουμε εμείς» ή «το ήσυχο δωμάτιο θα σας βοηθήσει να

αισθανθείτε μεγαλύτερο αυτοέλεγχο και θα σας προστατεύσει από πρόκληση βλάβης στον εαυτό σας και στους άλλους». Οι σαφείς προσδοκίες βοηθούν τον άρρωστο να αισθανθεί τον εξωτερικό έλεγχο και να κατανοήσει τους λόγους για τη λήψη φαρμάκων, τον αποκλεισμό σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο και τα άλλα περιοριστικά μέτρα, αν δεν είναι ικανός να ελέγξει τη συμπεριφορά του.

- Νόμιμα παράπονα πρέπει να εισακούονται και να γίνονται οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες. Αυτό ελαττώνει τα αισθήματα της αδυναμίας και μπορεί να αυξήσει την αυτοεκτίμηση.
- Αποδοχή με ηρεμία της ανεύθυνης συμπεριφοράς (π.χ. άσεμνα και άπρεπα λόγια, ωμά αστεία και χειρονομίες). Η αποδοχή αντικρούει την ασυνείδητη προσπάθεια του αρρώστου να προκαλέσει τον νοσηλευτή να θυμώσει και να ενεργήσει παράλογα (εκτός ελέγχου), με συνέπεια τη διατήρηση της μανιακής αμυντικής συμπεριφοράς.
- Σταθερή ανακατεύθυνση της ενεργητικότητας του αρρώστου σε πιο κατάλληλα και οικοδομητικά κανάλια. Η εύκολη διάσπαση της προσοχής του μανιακού αρρώστου αποτελεί το πιο αποτελεσματικό εργαλείο στη διάθεση του νοσηλευτού για θεραπευτική παρέμβαση.

Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μανία όλων των τύπων

- Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή των άλλων.
- Μεγάλος κίνδυνος τραυματισμού ή άλλης βλάβης.
- Διαταραχή διεργασιών της σκέψης.
- Αμυντική αντιμετώπιση δυσκολιών.
- Διαταραχή διατροφής: υποσιτισμός.
- Ελλειμματική αυτοφροντίδα.

Νοσηλευτική διάγνωση /Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Νοσηλευτική διάγνωση: Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή άλλων

Κατάσταση κατά την οποία ο άρρωστος εκδηλώνει ανεύθνη και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά, που μπορεί να προκαλέσει σωματική βλάβη στον ίδιο ή σε άλλους.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- Ευερεθιστότητα και παρορμητική συμπεριφορά
- Παραληρητικές ιδέες
- Αντιδράσεις θυμού όταν οι ιδέες του αναιρούνται και οι ανάγκες του δεν ικανοποιούνται.

Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία

- Δυσκολία υπολογισμού των συνεπειών των πράξεων του
- Επιθετικές πράξεις
- Εχθρικές, απειλητικές εκφράσεις
- Ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς.

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων.

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε να:

- Δείχνει αυτοέλεγχο με ελαττωμένη την υπερκινητικότητά του.
- Εξωτερικεύει τον θυμό και άλλα αρνητικά του συναισθήματα με κατάλληλο κοινωνικά παραδεκτό τρόπο.
- Χρησιμοποιεί τεχνικές λύσης των προβλημάτων του αντί της επιθετικής συμπεριφοράς, των απειλών και εκφοβισμών.
- Εκδηλώνει αυξημένη αυτοεκτίμηση.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Ελάττωση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, αποφυγή έκθεσης του αρρώστου σε περιστάσεις προβλεπομένων εντόνων ερεθισμάτων και απομάκρυνση των ερεθισμάτων από το χώρο όταν ο άρρωστος γίνεται διεγερτικός. Επειδή είναι ανίκανος να προσέξει μόνο τα ερεθίσματα, που τον ενδιαφέρουν και αντιδρά προς όλα όσα συμβαίνουν.
- Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης. Οι παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και η υπερκινητικότητα είναι δυνατό να οδηγήσουν σε καταστρεπτικές πράξεις.
- Παρέμβαση όταν η διέγερση αρχίζει να αναπτύσσεται. Λεκτική καθοδήγηση σε πιο παραδεκτή συμπεριφορά, απομάκρυνση του αρρώστου από την προκλητική περίσταση, τοποθέτηση σε ήσυχο δωμάτιο με τη συμφωνία του, εφαρμογή περιοριστικών μέτρων, βάσει του ειδικού πρωτοκόλλου του τμήματος. Πάντοτε όμως με σχετικές εξηγήσεις στον άρρωστο. Η νοσηλευτική παρέμβαση στα αρχικά στάδια της διέγερσης βοηθεί τον άρρωστο να επανακτήσει τον αυτοέλεγχο, προλαμβάνει την κλιμάκωση μέχρι τη βίαιη συμπεριφορά και εφαρμόζει θεραπεία με το λιγότερο περιοριστικό τρόπο.
- Αποφυγή λογομαχίας όταν ο άρρωστος εκφράζει εξωπραγματικές ιδέες μεγαλείου. Αποφεύγεται έτσι η διέγερση.
- Αποφυγή της χωρίς λόγο καθυστέρησης στην εκπλήρωση των αιτημάτων του αρρώστου. Σύσταση εναλλακτικής λύσης. Π.χ. δεν υπάρχει καφές, θα θέλατε μια πορτοκαλάδα; Ο υπερκινητικός δεν μπορεί να περιμένει και οι αδικαιολόγητες καθυστερήσεις προκαλούν επιθετική συμπεριφορά. Η απόσπαση όμως της προσοχής του σε κάτι άλλο ελαττώνει το στρες που του δημιουργεί η άρνηση εκπλήρωσης της επιθυμίας του.

- Συζήτηση εναλλακτικών στρατηγικών λύσης προβλημάτων όταν ο άρρωστος δεν είναι εκνευρισμένος. Θα τα συγκρατήσει καλύτερα. Διότι ό,τι ακούει σε κατάσταση διέγερσης, δεν το θυμάται αργότερα.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου, σε ήσυχες ώρες, να επισημάνει τί προηγείται και τί τον προκαλεί σε διέγερση. Η έγκαιρη αναγνώριση του αναπτυσσομένου προβλήματος τον βοηθεί να σχεδιάσει εναλλακτικές αντιδράσεις και να προλάβει μια βίαιη συμπεριφορά.
- Επιδοκιμασία του αρρώστου όταν προσπαθεί να χειρισθεί στρεσογόνα περιστατικά, χωρίς επιθετικότητα και άσκηση βίας. Ο έπαινος αυξάνει το αίσθημα της επιτυχίας και την πιθανότητα επανάληψης της σχετικής συμπεριφοράς.
- Ομαδική συζήτηση με το προσωπικό του τμήματος πάνω στα περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς του αρρώστου για τη διαπίστωση των ερεθισμάτων που προηγήθηκαν, των παραγόντων που την προκάλεσαν και των πρώιμων ενδεικτικών σημείων της αρχόμενης διέγερσης. Η κλινική αυτή ενημέρωση βοηθεί κάθε μέλος του προσωπικού να παρεμβαίνει εξατομικευμένα και έγκαιρα ώστε να προλαμβάνεται η έκρηξη της επιθετικότητας.
- Συστηματική χορήγηση και υπεύθυνη παρακολούθηση των επιθυμητών ενεργειών και των παρενεργειών των παραγγελθέντων φαρμάκων και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για τη ρύθμιση τους.
- Προσοχή ώστε κατά την αντιμετώπιση προβληματικών εκδηλώσεων του μανιακού αρρώστου με οποιεσδήποτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις να μη διαφεύγει από το νου ο πάσχων ψυχικά άνθρωπος στην ιδιαίτερη του μοναδικότητα και ολότητα.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Κατάθλιψη ορίζεται η διπολική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση, π.χ. λύπη, απαισιοδοξία, απελπισία, απόγνωση, αισθήματα αναξιότητας και ενοχής για τραυματικά ή νομιζόμενα λάθη και σφάλματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και άγχος και από απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες τις δραστηριότητες της ζωής.

Άλλα συμπτώματα είναι:

- Μεγάλη αλλαγή στην όρεξη για φαγητό. Ανορεξία με σημαντική απώλεια βάρους ή βουλιμία με αύξηση του βάρους του σώματος.
- Αϋπνία ή υπερυπνία.
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση.
- Κόπωση και έλλειψη ενεργητικότητας.
- Ελαττωμένη ικανότητα για σκέψη ή συγκέντρωση της προσοχής.
- Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου ή ιδέες αυτοκτονίας.

Συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να σημειωθούν και σε άλλες καταστάσεις, όπως είναι:

- Οργανικές ψυχικές διαταραχές (νόσος Alzheimer και πολυεμφρακτική άνοια).
- Κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και φαρμάκων που λαμβάνονται με ιατρική συνταγή από το φαρμακείο.
- Δυσλειτουργική αντίδραση σε πένθος.
- Διαταραχές της προσωπικότητας.
- Αγχώδεις διαταραχές.
- Σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές.
- Σχιζοφρένεια όλων των τύπων.

Παρακάτω γίνεται μια αναφορά για την κατάθλιψη στα στάδια ζωής του ανθρώπου, δηλαδή στην παιδική ηλικία, στην εφηβεία, στην τρίτη ηλικία αλλά και για την κατάθλιψη στη λοχεία.[1]

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Σύμφωνα με τον Weinet η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία είναι συχνά συνδεδεμένη με συμπτώματα επιθετικότητας, αποτυχίας στο σχολείο, άγχος, αντικοινωνικές συμπεριφορές και αδύναμες σχέσεις, τα οποία κάνουν τη διάγνωση της πιο δύσκολη. Η κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να κάνει την εμφάνισή της κατά τη διάρκεια της εφηβείας παρά στην παιδική ηλικία και είναι πιο εμφανής στο γυναικείο φύλο παρά στο ανδρικό.

Για ποιο λόγο όμως η κατάθλιψη εμφανίζεται στην παιδική ηλικία; Κατά καιρούς έχουν προταθεί βιολογικοί, γενετικοί, γνωστικοί και περιβαλλοντικοί λόγοι. Χαρακτηριστική είναι η αναπτυξιακή θεωρία του Bowlby, η γνωστική θεωρία του Beck και η θεωρία μάθησης μείωσης της απελπισίας του Seligman.

Σύμφωνα λοιπόν με την θεωρία του Bowlby, οι πρόωρες εμπειρίες, ειδικά εκείνες που περιλαμβάνουν απώλεια, δημιουργούν ένα σκηνικό το οποίο με την πάροδο του χρόνου μπορεί να επηρεάσει και να παρερμηνεύσει τις μετέπειτα εμπειρίες, όταν αυτές οι εμπειρίες περιλαμβάνουν και αυτές απώλεια σε μεγάλο βαθμό, η απώλεια αυτή οδηγεί στην κατάθλιψη.

Μία άλλη θεωρία όπως προαναφέρθηκε είναι αυτή του Aaron Beck. Ο Beck υποστηρίζει ότι τα άτομα γίνονται καταθλιπτικά, γιατί κατά τη διάρκεια της πρώιμης ανάπτυξης τους έχουν νιώσει αυτό-υποβάθμιση και έλλειψη εμπιστοσύνης για το μέλλον. Τα καταθλιπτικά παιδιά κατηγορούν τους εαυτούς τους περισσότερο από ότι θα έπρεπε να βιώνουν συνέχεια αρνητικές εμπειρίες.

Τέλος ο Seligman υποστηρίζει ότι τα άτομα τα οποία εκτίθενται σε αρνητικές εμπειρίες, όπως stress, πόνος δεν είναι σε θέση να τα κοντρολάρουν είναι πολύ πιθανόν να γίνουν καταθλιπτικά.[6]

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Στην εφηβεία τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να οδηγήσουν τους νέους να φοράνε μαύρα ρούχα, να γράφουν ποιήματα με κύριο θέμα το θάνατο ή να ασχολούνται με μουσικά θέματα τα οποία έχουν και αυτά ως κύριο θέμα το θάνατο. Προβλήματα ύπνου μπορεί να συνδέονται με τη δυσκολία να ξυπνάνε το πρωί για το σχολείο ή να κοιμούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Έλλειψη κινήτρων και ενέργειας έχουν ως συνέπεια να χάνουν σχολικά μαθήματα. Η βαρεμάρα μπορεί επίσης να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Η κατάθλιψη στην εφηβεία εμφανίζεται επίσης σε άτομα που πάσχουν από προβλήματα επικοινωνίας, υπαρξιακά προβλήματα ή προβλήματα διατροφής.

Πόσο σημαντικά είναι τα προβλήματα της κατάθλιψης στην εφηβεία; Έρευνες έχουν δείξει ότι σχεδόν το 1/3 των εφήβων που καταλήγουν σε κλινική ψυχικής υγείας πάσχουν από κατάθλιψη (Flemming, Boyle, Offord 1993). Διάφορες εκτιμήσεις δείχνουν ότι η κατάθλιψη είναι διπλάσια κοινή στην εφηβεία από την παιδική ηλικία. Και επίσης τα έφηβα κορίτσια έχουν πιο υψηλό δείκτη κατάθλιψης από τα αγόρια. Οι λόγοι οι οποίοι προτάθηκαν για αυτού του είδους τη φυλετική διαφορά είναι:

- Οι γυναίκες τείνουν να κλείνονται στην καταθλιπτική τους διάθεση και να την απλοποιούν.
- Η γυναικεία εικόνα του ιδώλου του σώματος είναι πιο αρνητική από την ανδρική.
- Οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη ρατσιστική αντιμετώπιση από τους άνδρες.

Η θεραπεία της εφηβικής κατάθλιψης περιλαμβάνει συνήθως φαρμακευτική αγωγή με ναρκωτικά και ψυχοθεραπεία. Αντικαταθλιπτικά ναρκωτικά π.χ. το Elavil, μειώνουν τα συμπτώματα σε μερικούς εφήβους. Παρόλα αυτά κάποιες κριτικές τονίζουν ότι λανθασμένα δίνονται τέτοιου είδους ναρκωτικά στους εφήβους. Η γνωστική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική στην εφηβική κατάθλιψη.[8]

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μεταξύ των λειτουργικών ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και των συνδρόμων η κατάθλιψη έχει τη μεγαλύτερη συχνότητα στους ηλικιωμένους. Η δυσθυμία, με επικρατέστερη τη μελαγχολική διάθεση, επηρεάζει τις γνωστικές και τις συναισθηματικές εμπειρίες του καταθλιπτικού ατόμου, γεγονός που γίνεται φανερό σε όλη τη συμπεριφορά του. Σε ορισμένα ηλικιωμένα άτομα η δυσθυμία συνοδεύεται με κινητική επιβράδυνση και έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους. Σε άλλα η δυσφορία συνοδεύεται με ανησυχία, αϋπνία και σωματικά ενοχλήματα. Η απλή επιβραδυνόμενη κατάθλιψη συνήθως εκδηλώνεται με αυξημένα σωματικά ενοχλήματα, όπως δυσκοιλιότητα, έλλειψη αποφασιστικότητας και αποτελεσματικότητας κ.ά. Συνήθως η κατάθλιψη εμφανίζεται με σοβαρότερη μορφή στους ηλικιωμένους από τις άλλες ομάδες ηλικιών, με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Ειδικότερα στους ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα η συχνότητα της καταθλίψεως υπερβαίνει το 25%. Υπολογίζεται ότι 1 προς 11 ανθρώπους θα νοσήσει σε κάποιο διάστημα της ζωής του από κατάθλιψη. Η νόσος παρουσιάζει μεγάλη ποικιλομορφία και ο άτυπος τρόπος που εκφράζεται είναι δυνατόν να διαφύγει της προσοχής και να παραμεληθεί.

Η συχνότητα της καταθλίψεως σύμφωνα με την Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρία υπερβαίνει το 15%, ποσοστό που μεταφράζεται σε 210.000 ηλικιωμένους καταθλιπτικούς για την Ελλάδα. Τονίζεται επίσης ότι η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες σε ποσοστό 2 προς 1 και θεραπεύεται με επιτυχία σε μεγάλα ποσοστά που πλησιάζουν το 90%.

Σε πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες στη χώρα μας αναφέρεται ότι το 29% του ηλικιωμένου πληθυσμού που μελετήθηκε παρουσίασε συμπτώματα καταθλίψεως. Από αυτούς το 36% ήταν άνδρες και το 64% γυναίκες. Από τους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους το 71% έπασχε

συγχρόνως και από ένα χρόνια σωματικό νόσημα. Πρέπει να σημειωθεί ότι μόνο το 20% από τους ηλικιωμένους που εμφάνισαν κατάθλιψη είχαν επισκεφθεί κάποιο γιατρό για τα συμπτώματα που παρουσίασαν. Σε αναδρομική μελέτη μέσω φακέλων ασθενών τρίτης ηλικίας βρέθηκε το 17% να πάσχει από κατάθλιψη. Τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν στη μελέτη ήταν άγχος, στενοχώρια, απόσυρση, αϋπνία, άρνηση λήψης τροφής, κλινοφιλία, επιθυμία θανάτου, σωματικά ενοχλήματα όπως αδυναμία, πόνος στο σώμα, δυσκοιλιότητα μεταβολές στην όρεξη. Η υποαναγνώριση από τον ασθενή, ή υποδιάγνωση και υποθεραπεία από το γιατρό συνέθεσαν τα τρία σοβαρά προβλήματα. Η έμφαση και στις δύο μελέτες δόθηκε στην εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του ηλικιωμένου πληθυσμού για έγκαιρη πρόληψη και θεραπεία της καταθλίψεως.

Η έγκαιρη διάγνωση της καταθλίψεως παραμελείται, επειδή τα συμπτώματα της συνδέονται με το γήρας ή συγχέονται με εκδηλώσεις σωματικών νόσων. Ακόμα και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι όταν νιώσουν κάποιο αίσθημα δυσαρέσκειας ή απογοητεύσεως εύκολα το συνδέουν με το γήρας. Έτσι όσο η κατάθλιψη παραμελείται τόσο πιο σύνθετη γίνεται, με αποτέλεσμα να λειτουργεί ως υπόστρωμα για την ανάπτυξη νέων προβλημάτων και επιπλοκών σε χρόνια νοσήματα και να δημιουργεί ειδικές καταστάσεις που δυσκολεύουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς.

Στους ηλικιωμένους ασθενείς τα σημεία και τα συμπτώματα της καταθλίψεως δύσκολα διαφοροποιούνται από εκείνα του φυσιολογικού γήρατος. Επιπλέον εκλυτικοί παράγοντες αλλά και οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς συντελούν στην ανάπτυξη αισθημάτων δυσαρέσκειας, μοναξιάς και απογοητεύσεως.

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι το πρώτο σύμπτωμα σοβαρής σωματικής νόσου ή και πρόδρομος εκδηλώσεων καταθλιπτικών συμπτωμάτων από φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούν οι ηλικιωμένοι. Πολύ συχνά συμβαίνει να συνυπάρχει η κατάθλιψη με κάποια σωματική

νόσο. Ορισμένες φορές μπορεί σε ηλικιωμένο ασθενή με σωματική νόσο να παραβλεφθεί η κατάθλιψη και σε διαγνωσμένο καταθλιπτικό άτομο το υπάρχον σωματικό πρόβλημα να μην αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά. Τελικά η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι ιάσιμη αν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αρχίσουν ενωρίς. Αντίθετα, αν παραμεληθεί, τότε μεταπίπτει σε χρονιότητα.

Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος έχει χάσει το πραγματικό νόημα της ζωής του. Γι' αυτό και πολύ χαρακτηριστικά η κατάθλιψη ορίσθηκε ως «θάνατος μέσα στη ζωή», δηλαδή πλήρης απώλεια ζωτικότητας, κινήσεως και σκοπού. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι τάσεις ή και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολύ συχνές. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς άνω των 65 ετών παρουσιάζουν μεγαλύτερη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη ομάδα ασθενών. Περίπου το 15% των καταθλιπτικών τελικά αυτοκτονούν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους, παράλληλα οι περισσότεροι από τους αυτόχειρες σήμερα πάσχουν από κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία χαρακτηρίστηκε ως «σύνδρομο χαμαιλέοντας». Στην κλινική εικόνα δεν προεξάρχουν οι διαταραχές του συναισθήματος, αλλά οι διαταραχές της συμπεριφοράς, της ψυχοκινηνητικής και των γνωστικών λειτουργιών. Τα σωματικά ενοχλήματα μπορεί να είναι άτυπα, διάχυτα, χωρίς συγκεκριμένη εντόπιση. Ακόμα μπορεί να συνυπάρχει άνοια ή να προηγείται της εκδηλώσεως.

Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου σε καταθλιπτικούς ασθενείς άνω των 60 ετών, δείχνει μορφολογικές αλλαγές που περιλαμβάνουν αύξηση του εύρους στο σύστημα κοιλιών, καθώς και αλλοιώσεις αρτηριοσκληρωτικού χαρακτήρα. Οι δομικές αλλαγές φαίνεται να έχουν ιδιαίτερη σημασία για τον καθορισμό της θεραπευτικής αγωγής

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη φροντίδα του ηλικιωμένου καταθλιπτικού είναι σημαντικός, επειδή στοχεύει στην ανασυγκρότηση και στο ξαναζωντάνεμα της ζωής του. Σήμερα ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας καταθλιπτικού ηλικιωμένου ατόμου επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση αναγκών ανώτερου επιπέδου. Η φιλοσοφία αυτή βασίζεται στην ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow, στην οποία η αυτοεκτίμηση τοποθετείται στο υψηλότερο επίπεδο συνέχειας των ανθρώπινων αναγκών. Όταν οι νοσηλευτές κατορθώνουν να αναπτύξουν κατάλληλες διαπροσωπικές δεξιότητες, τότε είναι δυνατό να ενθαρρύνουν τον ηλικιωμένο να αποκτήσει περισσότερη αυτονομία, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα στις σχέσεις του, προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη θεραπευτικού διαλόγου. Πρέπει να τονιστεί ότι για να διατηρηθεί ο ηλικιωμένος καταθλιπτικός σε επιθυμητό επίπεδο λειτουργίας θα πρέπει η ευγένεια, η καλοσύνη και η συμπάθεια να κυριαρχούν στη σχέση νοσηλευτή - ηλικιωμένου.[10]

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Συμπτώματα των 'Baby Blues'

- Εμφανίζονται σχεδόν αμέσως μετά τον τοκετό.
- Δεν εμφανίζονται σε κάθε τοκετό.
- Η απουσία των 'baby blues' σε προηγούμενο τοκετό δεν σημαίνει ότι τα συμπτώματα δεν θα εμφανιστούν σε μελλοντικό τοκετό.
- Η ύπαρξη συμπτωμάτων σε έναν τοκετό δεν προδιαθέτει την εμφάνιση των 'baby blues' σε μελλοντικούς τοκετούς.
- Τα 'baby blues' διαρκούν μεταξύ λίγων ημερών και λίγων εβδομάδων και εξαφανίζονται αυτόματα.
- Τα κύρια ψυχιατρικά συμπτώματα είναι:
 - Κόπωση,
 - Άγχος,
 - Ευερεθιστότητα,
 - Κλάμα (συχνά για λόγους που η μητέρα δεν μπορεί να εξηγήσει),
 - Ανησυχία για τα μητρικά καθήκοντα, την ικανότητα διατήρησης της ισορροπίας του σπιτιού,
 - τη φροντίδα του παιδιού, την εργασία και τις ευθύνες των σχέσεων,
 - Αϋπνία,
 - Διακυμάνσεις της όρεξης και αιφνίδια αύξηση ή απώλεια βάρους.[5]

Αντίθετα με τα 'baby blues', η κατάθλιψη της λοχείας διαρκεί περισσότερο από μερικές ημέρες ή εβδομάδες, μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή στη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής του παιδιού, συχνά προκαλεί πιο σοβαρά συμπτώματα και είναι λιγότερο πιθανό να υποχωρήσει με το χρόνο. Σήμερα, οι ερευνητές διαφωνούν εάν η κατάθλιψη της λοχείας μπορεί να εμφανιστεί πολύ καιρό μετά τη γέννηση. Συχνά οι άνθρωποι εκπλήσσονται όταν ανακαλύπτουν ότι δεν είναι σπάνια ψυχιατρική διαταραχή. Περίπου μία στις δέκα και μέχρι και

το 15% των γυναικών που γεννούν παρουσιάζουν ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη της λοχείας. Ένας μεγάλος αριθμός επεισοδίων της λοχείας εμφανίζονται τουλάχιστον μερικώς, επειδή πολλές γυναίκες που γεννούν πάσχουν από αδιάγνωστη ή αθεράπευτη κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή. Μία μελέτη, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες αυτοβαθμολόγησης, σε 3.472 έγκυες γυναίκες, βρήκε ότι το 20% βαθμολογήθηκαν πάνω από το οριακό κλινικό σημείο για την κατάθλιψη. Αυτό σημαίνει ότι, με το συγκεκριμένο εξεταστικό εργαλείο βρέθηκε ότι περίπου 694 γυναίκες δικαιούνταν πλήρη εκτίμηση για κατάθλιψη. Επίσης, μόνο το 14% εκείνων που αναγνωρίστηκαν ότι πιθανόν να έχουν κατάθλιψη πήρε θεραπεία. Οι συγκεκριμένες διαταραχές βάζουν τις μητέρες σε μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης της λοχείας και εμποδίζουν τους ιατρούς να προσφέρουν προληπτική θεραπεία και υποστήριξη. Επίσης, οι γυναίκες που πάσχουν από ήπια διπολική διαταραχή II ή από κυκλοθυμία χωρίς να το ξέρουν βρίσκονται στον πρόσθετο κίνδυνο να διαγνωστούν λανθασμένα τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα και να αντιμετωπιστούν μόνο με ένα αντικαταθλιπτικό.

Είναι σημαντικό για τις οικογένειες να καταλάβουν ότι η κατάθλιψη της λοχείας είναι κάτι παραπάνω από το αίσθημα θλίψης, ανησυχίας ή άγχους. Χωρίς καθοδήγηση και εκπαίδευση, τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι μπορεί να αγνοούν ή ακόμη και να αρνούνται να ακούσουν τις σκέψεις μιας μητέρας, όπως ότι δεν είναι ικανή να φροντίσει το παιδί, να το προσέξει ή να του προσφέρει αγάπη. Η κοινωνία διδάσκει ότι οι γυναίκες είναι φτιαγμένες βιολογικά και συναισθηματικά για να κάνουν και να φροντίζουν παιδιά. Οι οικογένειες και η κοινωνία δεν γνωρίζουν πώς να αντιδράσουν στην έκφραση αμφιβολίας και φόβου της μητέρας. Συχνά θεωρούν τις ανησυχίες της μητέρας υπερβολικές, δραματικές ή ότι οφείλονται σε κόπωση που θα περάσει γρήγορα. Είναι εξαιρετικά δύσκολο για μία μητέρα, η οποία

αναπτύσσει κατάθλιψη της λοχείας να ακουστεί και να αξιολογηθεί από τα υποστηρικτικά της συστήματα. Χωρίς καθοδήγηση, οι οικογένειες είναι αδύνατο να κατανοήσουν πώς μία μητέρα, η οποία πριν από τον τοκετό, ανυπομονούσε με χαρά να γίνει μητέρα, να είναι τώρα δυστυχισμένη και πλήρως πεπεισμένη ότι δεν μπορεί σήμερα, αύριο και ποτέ να ανταπεξέλθει στις περιστάσεις της ανατροφής, της προστασίας και της φυσικής φροντίδας ενός παιδιού. Ακόμη πιο δυσνόητο για τον κόσμο είναι γιατί η μητέρα δεν παρηγορείται από τη συγκεκριμένη βοήθεια και επιβεβαίωση και γιατί απλώς δεν 'λειτουργεί' ανεξάρτητα από τις προσωπικές πεποιθήσεις και προβλήματα. Είναι εξαιρετικά δύσκολο για τα άτομα που δεν γνωρίζουν να αντιληφθούν ότι η κατάθλιψη απομακρύνει την ικανότητα κάποιου να ανακαλύψει γνωστικά και συναισθηματικά και να αποδεχθεί τις εναλλακτικές λύσεις. Για ένα άτομο που δεν έχει νιώσει ποτέ κατάθλιψη είναι δύσκολο να καταλάβει ότι ο ασθενής δεν απορρίπτει απλώς τις συμβουλές, αλλά ότι δεν μπορεί να αντιληφθεί ότι υπάρχουν ρεαλιστικές λύσεις και ελπίδα. Επίσης, οι μητέρες και τα μέλη της οικογένειας είναι απρόθυμα να κάνουν μία συζήτηση για την κατάθλιψη με τον οικογενειακό ιατρό τους, πολύ περισσότερο με κάποιον ειδικό της υγείας. Ως αποτέλεσμα, οι ειδικοί της υγείας και της ψυχικής υγείας πρέπει να είναι κατηγορηματικοί και ευαισθητοποιημένοι στο γεγονός ότι η αμφιθυμία της μητέρας μπορεί να προέρχεται από:

- (1) Έλλειψη ενημέρωσης και κατανόησης σχετικά με το τί της συμβαίνει.
- (2) Πεποιθήσεις κουλτούρας ή σημαντικά μέλη της οικογένειας και συστήματα της κοινωνίας, που δεν πιστεύουν στα ψυχοτρόπα φάρμακα και ορίζουν την κατάθλιψη ως επιλογή ή ως ελάττωμα του χαρακτήρα.
- (3) Ντροπή, αμηχανία και ενοχή για τον εαυτό.

- (4) Φόβος ότι θα καταγγελθεί στις υπηρεσίες προστασίας παιδιού και ότι το παιδί της θα μπει σε ίδρυμα.
- (5) Πεποίθηση ότι η οικογένεια και οι φίλοι της δεν θα καταλάβουν.
- (6) Έλλειψη ενημέρωσης για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και ότι δεν πρέπει κανείς να 'αντιστέκεται' σε αυτήν.
- (7) Απώλεια της ενεργητικότητας και της ικανότητας γνωστικού σχεδιασμού για την απαίτηση βοήθειας.

Πιθανόν ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα που παρατηρούνται στην κατάθλιψη της λοχείας είναι οι ψυχαναγκαστικές ιδέες, που εμφανίζονται τυχαία σε όλη τη διάρκεια της ημέρας. Οι σκέψεις συνήθως εστιάζονται σε ένα θέμα, όπως στην έλλειψη ικανότητας να φροντίσει το παιδί, ότι δεν αξίζει να είναι μητέρα, στην ανικανότητα να προστατέψει το παιδί από τους κινδύνους της ζωής, στον φόβο και την πίστη ότι το παιδί πονάει ή σε σωματικά προβλήματα που προκαλούν κόπωση. Η έρευνα δείχνει ότι η αυτο-κριτική κάνει τη νέα μητέρα πιο ευαίσθητη στην κατάθλιψη της λοχείας. Εκτός από τις ψυχαναγκαστικές σκέψεις, οποιοδήποτε από τα παρακάτω συμπτώματα που εμφανίζονται, εξαφανίζονται και στη συνέχεια επιστρέφουν ή παρατηρούνται τις περισσότερες ημέρες για μία παρατεταμένη περίοδο μπορεί να υποδηλώνουν κατάθλιψη της λοχείας.

- (1) Αμφιβολία για την ικανότητα να φροντίσει το παιδί.
- (2) Επαναλαμβανόμενος φόβος ή άγχος ότι πρόκειται να κάνει κακό στο παιδί.
- (3) Ψυχαναγκαστικές αμφιβολίες (οι οποίες μπορεί να εστιάζονται σε θέματα που δεν αφορούν στο παιδί, όπως οικονομικά, νομικά ή τρέχοντα παγκόσμια προβλήματα).
- (4) Ελάχιστο ή κανένα ενδιαφέρον για το παιδί (για παράδειγμα, δεν θέλει να κρατήσει το παιδί).

- (5) Αίσθημα εκνευρισμού, όταν το παιδί δεν ικανοποιείται ή δεν κοιμάται.
- (6) Κλάμα χωρίς εμφανή αιτία, σε τυχαίο χρόνο ή ανικανότητα να κλάψει (μπορεί να δηλώσει ότι αισθάνεται πολύ απαθής για να κλάψει ή ότι δεν μπορεί να καταλάβει γιατί δεν κλαίει).
- (7) Πολύ λίγος ή πάρα πολύς ύπνος (ένα συνηθισμένο μοτίβο είναι να ξυπνά αφού κοιμηθεί και να μην μπορεί να ξανακοιμηθεί).
- (8) Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων.
- (9) Αλλαγές των διατροφικών συνηθειών.
- (10) Αυτομομφή.
- (11) Τίποτε δεν φαίνεται αστείο ή ευχάριστο.
- (12) Ευερεθιστότητα ή θυμός πολύ πιο έντονος από το προκλητικό γεγονός ή που εμφανίζεται χωρίς γνωστή αιτία.
- (13) Συνεχής ή επαναλαμβανόμενη ενοχή (μπορεί να αισθάνεται ένοχη που έφερε το παιδί της στον κόσμο).
- (14) Απώλεια ευχαρίστησης για πράγματα που προηγουμένως τα αναζητούσε ή την ικανοποιούσαν.
- (15) Ανικανότητα να χαλαρώσει.
- (16) Αίσθημα κενού.
- (17) Χρόνια σωματικά προβλήματα (π.χ. πόνος, προβλήματα με το έντερο, κεφαλαλγίες).
- (18) Σημαντικά ελαττωμένη λειτουργικότητα σε κοινωνικές καταστάσεις, εργασιακό περιβάλλον ή σχολείο.
- (19) Σκέψεις απελπισίας και απαισιοδοξίας.
- (20) Σκέψεις θανάτου, αυτοκτονίας και ανθρωποκτονίας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταβλητών - ψυχολογικών, βιολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών - προκαλεί την κατάθλιψη, οι κλινικές εκδηλώσεις της είναι παρόμοιες. Γι' αυτό οι καταθλιπτικοί άρρωστοι με οποιαδήποτε μορφή κατάθλιψης αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από τον νοσηλευτή με μια ολική βιοψυχο-κοινωνική προσέγγιση.

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου στο νοσοκομείο εξατομικεύεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και εστιάζεται σε τρεις ομάδες αναγκών, οι οποίες είναι:

- α) **Άμεσες ανάγκες** σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας
- β) **Βραχυπρόθεσμες ανάγκες** που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο
- γ) **Μακροπρόθεσμες ανάγκες** που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειάς του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Η κατάθλιψη έχει χαρακτηριστεί σαν θάνατος εν ζωή, αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού, μέχρι του σημείου να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή.

Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό άρρωστο στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή τη ζωτικότητα του και την αγάπη για τη ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες και μπορεί να τα βγάλει πέρα στη ζωή.[1]

Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μείζονα κατάθλιψη (ως μοναδικό επεισόδιο), τη μείζονα κατάθλιψη (ως υποτροπιάζον επεισόδιο) και τη δυσθυμία

1. Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού
2. Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
3. Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
4. Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων
5. Απελπισία
6. Αίσθημα αδυναμίας
7. Ανεπαρκής αυτοφροντίδα

Νοσηλευτική διάγνωση: Μεγάλος κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικότητας εναντίον εαυτού

Συμπεριφορά αρρώστου με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει και αποπειράται να αυτοκτονήσει.

Αιτιολογικοί /σχετιζόμενοι παράγοντες

- Ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας κατά την περίοδο καταθλιπτικών επεισοδίων.
- Φανερές προσπάθειες αυτοκαταστροφής (αυτο-τραυματισμοί, προσπάθειες απαγχονισμού).
- Εκφράζει προφορικά τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή το σχέδιο του: «Δεν θέλω να ζήσω πια. Θα πάρω μεγαλύτερη δόση φαρμάκων για να πεθάνω».
- Εκδηλώνει λύπη, απόγνωση, απελπισία ή απώλεια ευχαρίστησης ή σκοπού στη ζωή: «Τίποτε δεν μου δίνει καμιά χαρά». «Η ζωή δεν αξίζει πλέον να τη ζω». «Όλα είναι απελπισία».
- Άρνηση φαγητού, φαρμάκων και φροντίδας.
- Ξαφνικά μοιράζει τα ατομικά του πράγματα.

- Συχνά κλαίει, είναι κατηφής, διεγείρεται.
- Βαθμιαία απόσυρση από το περιβάλλον.
- Το συναίσθημα δεν ξανοίγει (δεν γίνεται πιο χαρούμενο) καθώς η μέρα προχωρεί.
- Δυνητικά θετικές περιστάσεις, γεγονότα ή επικοινωνίες δεν αλλάζουν τον ιδεασμό του αρρώστου.
- Άρνηση συμφωνίας με τον νοσηλευτή ότι δεν θα αυτοκτονήσει.
- Απώλεια αυτο-εκτίμησης, αισθήματος προσωπικής αξίας (Υποκειμενικά: «Δεν αξίζω τίποτε. Δεν αξίζω να ζω». Αντικειμενικά: ελλειμματική αυτοφροντίδα, π.χ. παραμελημένη υγιεινή και εμφάνιση, απομόνωση και απόσυρση).
- Αμφιταλάντευση, αμφιγνωμία (βιώνει δύο αντίθετα συναισθήματα, σκέψεις ή κίνητρα ή επιθυμίες ταυτόχρονα π.χ. θέλει να ζήσει και δεν θέλει να ζήσει την ίδια ώρα).
- Εκδηλώνει ξαφνική ανύψωση της διάθεσης ή πιο ήρεμο, πιο ειρηνικό τρόπο με περισσότερη ενεργητικότητα (μπορεί να δείχνει ανακούφιση από αμφίγνωμες σκέψεις και συναισθήματα για να σκοτώσει τον εαυτό του, πράγμα που δίνει σήμα στο προσωπικό για πιθανή επικείμενη απόπειρα αυτοκτονίας).

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε να:

- Εκφράζει επιθυμία να ζήσει, αιτιολογεί και δεν αναφέρει ιδέες ή σχεδιασμό αυτοκτονίας.
- Εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα, χαμογελά ή γελά ανάλογα με τη συζήτηση και την περίσταση.
- Κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακο-θεραπεία.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας - δυνατότητας για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά του αρρώστου, δηλαδή κινήσεις, απειλές, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας.

Ο βαθμός απελπισίας που εκφράζει ο άρρωστος είναι ενδεικτικός της βαρύτητας της κατάθλιψης και του κινδύνου αυτοκτονίας. Οι 8 στους 10 που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν, το κάνουν. Όποιος σκέφθηκε το σχέδιο είναι πιο πιθανό να το εκτελέσει. Η πιθανότητα αυξάνει αν το άτομο ή κάποιος από την οικογένειά του αποπειράθηκε στο παρελθόν και συνυπάρχει κατάθλιψη. Οι παρορμητικοί ή οι ψυχωτικοί άρρωστοι με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν στην αυτοκαταστροφή, μπορούν να αυτοκτονήσουν χωρίς προειδοποιητικά σημεία.

2. Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαίτερος σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας εξόδου πριν να προγραμματισθεί.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τον 1^ο μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Οι μισές από τις αυτοκτονίες των νοσηλευόμενων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, όταν έχουν άδεια (ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι όταν ο άρρωστος έχει ιδέες αυτοκτονίας και επαρκή ενεργητικότητα για να την πραγματοποιήσει, π.χ. στο σημείο που αρχίζει να αισθάνεται καλύτερα).

Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του και θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας.

Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15' σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σ' όλες τις μετακινήσεις

του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί ή διακοπεί η βλαπτική συμπεριφορά.

Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυράφια, ψαλίδια). Στα πλαίσια ασφάλειας του περιβάλλοντος περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας.

Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη του φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με προηγούμενη πληροφόρηση του αρρώστου ότι είναι ρουτίνα του νοσοκομείου και με πολλή ευγένεια και σεβασμό.

Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μη τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα.

Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωση του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους.

Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύκτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο). Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο του αρρώστου. Βοηθάει τον νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή πού είναι ο άρρωστος. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό.

Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του αρρώστου.

Διατύπωση ενός συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον άρρωστο που να περιλαμβάνει τι θα κάνει ο άρρωστος και τί ο νοσηλευτής για την ασφάλεια του πρώτου. Ένα αντίγραφο υπογεγραμμένο από τον άρρωστο και τον υπεύθυνο νοσηλευτή επισυνάπτεται στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου και ένα άλλο αντίγραφο δίνεται στον άρρωστο να το κρατά. Αυτό τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ανταπόκριση του αρρώστου. Ακόμη προωθεί την επικοινωνία και μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αξιολογήσει τη νοσηλεία του.

3. Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειας του να ρωτήσουν ό,τι θέλουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα τους για τη φαρμακο-θεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να διορθώσουν τη διάθεση σε 3 ή περισσότερες εβδομάδες. Εν τω μεταξύ μπορεί να χρειασθούν άλλες μορφές θεραπείας για προστασία του αυτοκτονικού αρρώστου. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γενικά είναι δεύτερη επιλογή θεραπείας, αν η κατάθλιψη δεν επηρεασθεί από τα φάρμακα και ο άρρωστος συνεχίζει να εκδηλώνει ιδέες αυτοκτονίας, να έχει αϋπνίες, να αρνείται να τρώει και να πίνει υγρά. Ο άρρωστος μπορεί να φοβάται το ηλεκτροσόκ και ο νοσηλευτής χρειάζεται να κατανοήσει τους φόβους αυτούς, να υποστηρίξει όμως το ηλεκτροσόκ, ως θετική εναλλακτική θεραπεία. Διότι αν ο νοσηλευτής έχει αρνητική στάση προς το ηλεκτροσόκ μπορεί να τη μεταδώσει στον άρρωστο και να του δημιουργήσει σύγχυση και άρνηση να τη δεχθεί.

Βοήθεια του αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής του και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα

αναξιότητας και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή του (γνωστική θεραπεία).

Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.

Παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή του εμφάνιση. Με σκοπό τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη νόσησης, την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.

Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύσουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή.

Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτο-αξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεση του.

Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου.

Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένεια του πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν. Μια νοσηλευτική έρευνα, που μελέτησε την ενσωμάτωση της οικογένειας στον προγραμματισμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας καταθλιπτικών αρρώστων, διαπίστωσε ότι είχε τα εξής αποτελέσματα: Αύξηση της ικανοποίησης της οικογένειας από τη συνεργασία του αρρώστου, αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας από τον άρρωστο όταν χρειαζόταν και μεγαλύτερο βαθμό προσαρμογής του αρρώστου στην καθημερινή ζωή.

Νοσηλευτική διάγνωση: Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας

Ανεπαρκής ή υπερβολικά αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- Διαταραχή της αυτο-ιδέας (χαμηλή αυτοεκτίμησή και εικόνα του εαυτού.
- Έλλειψη δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών.
- Απελπισία, αδυναμία, αίσθημα αναξιοτήτας.
- Αρνητικοί γνωστικοί μηχανισμοί (δυσπιστία, αμφιγνωμία, παραληρητικές ιδέες δίωξης).
- Ανεπαρκής γνώση κοινωνικών τρόπων.
- Ιστορικό ψυχοτραυματικών και μη ικανοποιητικών σχέσεων.
- Ανεπαρκής ενεργητικότητα για δημιουργία κοινωνικών σχέσεων.
- Πραγματικές ή νομιζόμενες απώλειες ή στρεσογόνες καταστάσεις (διακοπή μιας σημαντικής σχέσης, αλλαγή ή απώλεια εργασίας / κοινωνικής θέσης, θάνατος αγαπημένου προσώπου, αλλαγή εικόνας σώματος / σωματικής ακεραιότητας, απώλεια οικονομικών πόρων κ.ά.).
- Πρόσφατο ψυχοτραυματικό γεγονός (αρρώστια απειλητική της ζωής).
- Απουσία σημαντικών προσώπων ή συνομηλίκων.
- Δυσαρέσκεια ή αλλαγή στην εκπλήρωση ρόλου σε μια σχέση.
- Κοινωνική απομόνωση.

Αποδεικτικά - χαρακτηριστικά στοιχεία

- Ελαττωμένη ή καθόλου συμμετοχή σε δραστηριότητες.
- Αποτυχία συμμετοχής σε συζήτηση με άλλους αρρώστους ή με το προσωπικό.

- Μη ανταπόκριση στις προσπάθειες των άλλων να αρχίσουν συζήτηση ή να τον συμπεριλάβουν σε δραστηριότητες.
- Παραμονή στο δωμάτιο τις περισσότερες ώρες της ημέρας και το βράδυ.
- Έκφραση δυσφορίας στις κοινωνικές περιστάσεις. «Καλύτερα να παραμείνω στο δωμάτιο μου παρά να πάω στην ομαδική συνάντηση». «Μη με ενοχλείτε, θέλω να μείνω μόνος».
- Παρατηρούμενη δυσφορία σε κοινωνικές περιστάσεις (κυρτωμένη στάση, σκυμμένο κεφάλι, αποφυγή οπτικής επαφής, ανησυχία, νευρικότητα).
- Άρνηση / απώθηση επισκέψεων από σημαντικά πρόσωπα.
- Αποτυχία των άλλων αρρώστων όταν ζητούν τη συντροφιά του.
- Απόρριψη από τους άλλους αρρώστους!
- Λεκτική αναφορά ότι είναι ανάξιος για το χρόνο των άλλων και για συντροφιά.
- Ισχυρισμός ότι οι προσπάθειες του για κοινωνικές επαφές αποτυγχάνουν: «Δεν μ' ευχαρίστησαν καθόλου οι δραστηριότητες.... Η συνάντηση της κοινότητας στο τμήμα ήταν χαμένη ώρα.... Εγώ είμαι διαφορετικός».
- Έκφραση ανικανότητας να επιτύχει ένα αμοιβαίο αίσθημα αποδοχής, ενδιαφέροντος ή κατανόησης δια μέσου κοινωνικών επαφών. «Δεν τα πήγα καθόλου καλά... Δεν υπήρχε κατανόηση μεταξύ μας ... Η συνομιλία μας ήταν χαμένος χρόνος».
- Άρνηση δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το προσωπικό.
- Εκδήλωση δυσφορίας και αντίστασης όταν επικοινωνεί με το προσωπικό.

Νοσηλευτικοί σκοποί / Κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής:

- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.
- Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό.
- Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες.
- Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις).
- Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκόλευαν την επικοινωνία του με άλλους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5'-10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για τον άρρωστο και για τον νοσηλευτή.
2. Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.
3. Συνέπεια του νοσηλευτού στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον άρρωστο όλη την ώρα της υπόσχεσης και όταν ακόμη αυτός δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του νοσηλευτού. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Ο άρρωστος αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί για να την κερδίσει. Όταν ο νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.

4. Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτού τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.
5. Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία (σιωπηλότητα, βωβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει κάτι που βλέπει, π.χ. τα πολλά καινούργια κάδρα στον τοίχο ή τα καινούργια παπούτσια του αρρώστου. Όταν ο άρρωστος δεν είναι ακόμη έτοιμος για να μιλήσει, οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του ενώ σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.
6. Χρήση συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.
7. Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.
8. Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς, όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.
9. Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκολύνουν την παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων, για να συντελεσθεί η θεραπεία.
10. Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτού αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης του αρρώστου με τη σύγκριση των αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος ο ίδιος.

11. Αποφυγή εκφράσεων όπως: τα πράγματα θα διορθωθούν.....Ο καθένας μας μελαγχολεί κάποτε - κάποτε. Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του αρρώστου και μπορεί να αυξήσουν μέσα του την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται.
12. Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός του αρρώστου να μη θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτού. Η λογομαχία ή η αυτο-υπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης και του αρρώστου και του νοσηλευτού.
13. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσης τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους.
Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχθεί ότι έγινε λάθος. Η στάση αυτή ενθαρρύνει την κατάλληλη εξωτερίκευση του θυμού και αποθαρρύνει την εσωτερίκευση και τη στροφή του προς το ίδιο το εγώ.
14. Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής. Π.χ. φαίνεσθε πιο καλός σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα. Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος. Π.χ. Μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής: Δεν ήμουν καλός χθες. Αν χτενισθώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής: φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμα σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.
15. Βαθμιαία ενσωμάτωση του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο

ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι). Επιδοδοκίμασία των προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής αξίας του αρρώστου και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο άρρωστος θα δοκιμάσει την υποστήριξη από τους άλλους, θα μάθει κοινωνικούς τρόπους και θα ανακαλύψει ότι τα προβλήματα και οι ανησυχίες του είναι παρόμοια με εκείνα των άλλων.

16. Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου για πρόληψη βλάβης ή και θανάτου.
17. Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές.

Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σερετονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής. Χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι καθώς δρουν τα φάρμακα αυτά και αρχίζει να ανυψώνεται βελτιώνεται η διάθεση, το άτομο έχει αυξημένη ενεργητικότητα. Τότε ακριβώς υπάρχει κίνδυνος να πραγματοποιήσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας. Η πιθανότητα αυτοκτονίας αυξάνει καθώς ελαττώνεται το επίπεδο της κατάθλιψης.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την κατάθλιψη είναι:

- Τρικυκλικά - Amitriptyline (π.χ. clavil), Imipramine (π.χ. tofranil).
- Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης - ΑΜΑΟ - Phenelzine (π.χ. nardil).
- Τετρακυκλικά - Maprotiline (π.χ. ludiomil).
- Άλλα - Tragodone (π.χ. desyrel).

Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες

1. Ανηχολινεργικές αντιδράσεις.
2. Ξηροστομία. Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.
3. Θαμπή όραση. Το άτομο καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.
4. Δυσκοιλιότητα. Λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.
5. Κατακράτηση ούρων. Διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στον νοσηλευτή.
6. Καταστολή. Ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με τον γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρότερο. Διδασκαλία του αρρώστου να μη οδηγεί αυτοκίνητο και να μη χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
7. Ορθοστατική υπόταση. Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.

8. Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών. Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.
9. Ταχυκαρδία, αρρυθμίες. Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με τον γιατρό.
10. Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της MAO). Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με AMAO (πχ. maplan, nardil, parnate) χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Τέτοιες τροφές είναι τα οينوπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες, αβοκάντο, λικορίς, σταφίδες, παστή ρέγγα κ.ά. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία / εμετούς, αυχενική δυσκαμψία, σημαντική αύξηση της Α.Π., στήθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή και κόμα. Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου που δρα άμεσα, κατά την ιατρική οδηγία. Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά το διάστημα θεραπείας με αναστολείς της MAO.

Αντενδείξεις χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Υπερευαισθησία, καρδιαγγειακό νόσημα, διαταραχή νεφρικής ή ηπατικής λειτουργίας, ταυτόχρονη λήψη περισσότερων από ένα αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Τονίζεται ότι οι γενικές νοσηλευτικές αρχές και ευθύνες κατά τη χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων, ισχύουν και στην περίπτωση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με τάση αυτοκτονίας

➤ Το φαινόμενο της αυτοκτονίας

Η αυτοκτονία συμβαίνει ως δυσπροσαρμοστική αντίδραση σε προβληματικές περιστάσεις της ζωής σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό πλαίσιο. Οι περισσότερες αιτιολογικές θεωρίες, - ψυχοδυναμικές και ψυχοκοινωνικές υποστηρίζουν ότι η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα μιας διαπροσωπικής ή ενδοπροσωπικής κρίσης με συναισθήματα αμφιθυμίας, θυμού, μοναξιάς και απόγνωσης. Είναι είτε μια αντίδραση προς απορριπτική συμπεριφορά των άλλων, είτε μια υπαρξιακή εσωτερική σύγκρουση, είτε αποτυχία όλων των προσαρμοστικών μηχανισμών που διαθέτει το άτομο. Οι νοσηλευτές είναι οι πρώτοι στις υπηρεσίες υγείας που μπορούν να βοηθήσουν στη λύση προσωπικών κρίσεων των αρρώστων, ώστε να προληφθεί η αυτοκτονική συμπεριφορά.

Ως μεμονωμένη πράξη, η αυτοκτονία φαίνεται να είναι το τελευταίο μήνυμα - δραματικό μήνυμα - ενός ατόμου προς τους άλλους και προς τη ζωή. Από άλλη άποψη, η αυτοκτονία είναι μόνο μια από ένα εύρος συμπεριφορών που άμεσα ή έμμεσα καταλήγουν στον τερματισμό της ζωής. Η τοξικομανία, ο αλκοολισμός, ή ψυχογενής ανορεξία, η μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή μιας αρρώστιας και άλλες υπερβολικά τολμηρές και επικίνδυνες συμπεριφορές, θεωρούνται ως έμμεσοι τρόποι αυτοκτονίας.

Η αυτοκτονία είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο. Δεν μπορεί να εξηγηθεί εύκολα. Υπάρχουν τόσοι λόγοι για τις απόπειρες αυτοκτονίας όσοι είναι αυτοί που τις επιχειρούν. Χρειάζεται ολική θεώρηση του προβλήματος. Μελέτη των βιοψυχοκοινωνικών και πνευματικών παραγόντων που σχετίζονται με την αυτοκτονία και γνωριμία με το

συγκεκριμένο πρόσωπο που σκέπτεται ή κινείται προς την αυτοκτονία. Επιστήμονες που ασχολούνται με την αυτοκτονία συνιστούν σε κάθε περίπτωση να εξετάζονται οι εξής παράγοντες:

1. Το νόημα και τα κίνητρα της αυτοκτονίας.
2. Οι διεργασίες της σκέψης του αυτοκτονικού ατόμου, π.χ. η πεποίθηση ότι υπάρχει μια μόνο επιλογή, δηλαδή μαγική λύση του προβλήματος ή θάνατος.
3. Η αμφιθυμία - μεταξύ της επιθυμίας της ζωής και της επιθυμίας του θανάτου - και η σχέση της με την πρόληψη της αυτοκτονίας.
4. Η επικοινωνία - αδυναμία αυτοέκφρασης - και η σχέση της με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
5. Οι διαπροσωπικές σχέσεις με σημαντικά πρόσωπα.
6. Το σύστημα αξιών του ατόμου, τι πιστεύει για τη ζωή, την αρρώστια, τον προορισμό του ανθρώπου, τον θάνατο και την αθανασία της ψυχής.

Η αυτοκτονία και ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι στοιχείο οποιασδήποτε περίπτωσης αρρώστου, σε οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας ή στην κοινότητα. Αυτοκτονούν άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, έφηβοι, ενήλικοι και ηλικιωμένοι. Επίσης άτομα με σωματικές αρρώστιες όπως καρκίνο, AIDS, αναπηρίες, άτομα που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Ακόμη, αυτοί που έχασαν αγαπημένα τους πρόσωπα (θάνατος, διαζύγιο), την εργασία, την κοινωνική τους θέση ή έχασαν το νόημα της ζωής. Συνεπώς κάθε νοσηλευτής πρέπει να είναι ικανός να εκτιμά την τάση και απόπειρα αυτοκτονίας ενός αρρώστου, να προγραμματίζει, εφαρμόζει και αξιολογεί αποτελεσματικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Ταυτόχρονα πρέπει να αναγνωρίζει και να χειρίζεται τα προσωπικά του συναισθήματα και τις στάσεις του σε ό,τι φαίνεται ότι είναι αλόγιστη ή παράλογη συμπεριφορά.

Η αυτοκτονία ως πρόωρη έξοδος από τη ζωή προκαλεί σύγχυση όχι μόνο στην οικογένεια και τους φίλους του ατόμου που την δοκιμάζει, αλλά και σε πολλούς γιατρούς και νοσηλευτές.

Η αυτοκτονία με την απειλή της στο περιβάλλον του νοσοκομείου χαρακτηρίζεται ως η «καρδιακή ανακοπή του ψυχιατρικού τμήματος».

Η συχνότητά της έχει υπολογισθεί ότι είναι 30% μεγαλύτερη από εκείνη στο γενικό πληθυσμό.

Η αυτοκτονία είναι πρόκληση για την αφοσίωση του προσωπικού στη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Και παρά το γεγονός ότι τελευταίως έγιναν πολλές προσπάθειες κατασκευής ερωτηματολογίων και κλιμάκων για την έγκαιρη εξακρίβωση της αυτοκτονικής διάθεσης, η αυτοκαταστροφή συνεχίζεται.

Όταν επιχειρηθεί ή επίκειται μια απόπειρα αυτοκτονίας, η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι η θεραπεία επιλογής για να προσφέρει ένα ασφαλές περιβάλλον και να ελαχιστοποιήσει τις ευκαιρίες και δυνατότητες της εκτέλεσης μιας αυτοκτονίας.

Οι παράγοντες επικινδυνότητας που σχετίζονται με την αυτοκτονία των ψυχικών ασθενών είναι: ιστορικό προηγούμενης απόπειρας, προηγούμενες εισαγωγές στο ψυχιατρείο, ιστορικό αυτοκτονίας μέλους της ίδιας οικογένειας, έλλειψη υποστηρικτικών προσώπων, διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις. Σχετικά με την ψυχιατρική διάγνωση συχνότερα αυτοκτονούν οι καταθλιπτικοί άρρωστοι, επειδή όπως λένε δεν μπορούν να υποφέρουν την ψυχική οδύνη του καταθλιπτικού συναισθήματος, απελπίζονται και χάνουν το νόημα της ζωής. Επίσης οι σχιζοφρενικοί αυτοκτονούν συχνά λόγω του στρες της ζωής μέσα στην κοινότητα, των συχνών επανεισαγωγών στο ψυχιατρείο, της αποδιοργανωμένης σκέψης, και της δυσπροσαρμοστικής αντιμετώπισης των προβλημάτων τους. Μια μελέτη της αυτοκτονικής

συμπεριφοράς βρήκε ότι άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας πρέπει να θεωρούνται επικίνδυνα να αυτοκτονήσουν.

Αυτοκτονικές ιδέες, απειλές και πράξεις συναντά ο νοσηλευτής καθημερινά στις επικοινωνίες του με αρρώστους των ψυχιατρικών τμημάτων. Δεν υπάρχει ακριβής μέθοδος πρόβλεψης ποιοί άρρωστοι πράγματι θ' αυτοκτονήσουν. Υπάρχουν βέβαια στατιστικά και δημογραφικά δεδομένα που δίνουν ένα πλαίσιο για την αναγνώριση των επιρρεπών ατόμων. Αποτελεσματική όμως πρόληψη και θεραπεία αρχίζει μόνο με την κατανόηση του νοήματος και της αξίας που δίνει ο αυτοκτονικός άρρωστος στη ζωή και τις εμπειρίες του. Και η κατανόηση αυτή επιτυγχάνεται με την προσωπική γνωριμία νοσηλευτού και αρρώστου, με τη μεταβίβαση ενδιαφέροντος και σεβασμού, με την ουσιαστική υποστήριξη του. Συνιστάται μάλιστα, όταν ο αυτοκτονικός άρρωστος ξαναέρχεται στο νοσοκομείο, να τοποθετείται στο ίδιο ψυχιατρικό τμήμα με τον ίδιο υπεύθυνο νοσηλευτή, ώστε να εξασφαλίζεται η συνεχιζόμενη φροντίδα.

Ακριβώς όπως ο άρρωστος της μονάδας εντατικής νοσηλείας χρειάζεται τη μεγαλύτερη δυνατή μόρφωση και δεξιοτεχνία των νοσηλευτών, έτσι και ο αυτοκτονικός άρρωστος έχει ανάγκη από επιστημονική, ψυχολογική, νοσηλευτική φροντίδα άριστης ποιότητας.

Μύθοι και δεδομένα για την αυτοκτονία

Μύθος. Η απειλή αυτοκτονίας είναι μόνο τρόπος προσέλκυσης προσοχής και δεν πρέπει να λαμβάνεται στα σοβαρά.

Πραγματικότητα. Κάθε αυτοκτονική συμπεριφορά πρέπει να λαμβάνεται στα σοβαρά. Η αίτηση προσοχής μπορεί να είναι κραυγή για βοήθεια.

Μύθος. Βλάπτεται το άτομο όταν μιλά για τις αυτοκτονικές του σκέψεις. Όταν συμβαίνει αυτό, πρέπει να αποσπάται η προσοχή του σε άλλο θέμα.

Πραγματικότητα. Η ακριβής εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και σχεδιασμού του αρρώστου είναι πρωταρχικής σημασίας για τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής του φροντίδας.

Μύθος. Μόνο τα ψυχωτικά άτομα διαπράττουν αυτοκτονία.

Πραγματικότητα. Η πλειονότητα των αυτοκτονιών γίνονται από μη ψυχωτικά άτομα.

Μύθος. Τα άτομα που λένε ότι θα αυτοκτονήσουν δεν αυτοκτονούν.

Πραγματικότητα. Τα περισσότερα άτομα μιλούν για την αυτοκτονική τους πρόθεση πριν αποπειραθούν.

Μύθος. Ένα ωραίο σπίτι, μια καλή εργασία ή μια ήσυχη οικογένεια προλαμβάνουν την αυτοκτονία.

Πραγματικότητα. Άτομα με κάθε είδους ψυχοκοινωνική και οικονομική υποδομή και συγκρότηση είναι δυνατό να αυτοκτονήσουν.

Μύθος. Μια αποτυχημένη απόπειρα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν χειριστική συμπεριφορά.

Πραγματικότητα. Αποτυχημένες απόπειρες είναι πιθανό να δείχνουν την αμφιθυμία του ατόμου, να το κάνει ή να μη το κάνει.

Μύθος. Τα άτομα που αυτοκτονούν είναι πάντα καταθλιπτικά.

Πραγματικότητα. Όσοι αυτοκτονούν δεν είναι πάντα καταθλιπτικοί. Ωστόσο το 15% των καταθλιπτικών αυτοκτονούν .

Μύθος. Αν κανείς αποπειραθεί μια φορά να αυτοκτονήσει, είναι πάντα αυτοκτονικός.

Πραγματικότητα. Απόπειρα αυτοκτονίας συχνά γίνεται κατά τη διάρκεια μια στρεσογόνας περιόδου της ζωής. Αν το άτομο αυτό

αντιμετωπισθεί κατάλληλα, μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του χωρίς υποτροπιάζουσες σκέψεις αυτοκτονίας.

Μύθος. Η τάση για διάπραξη αυτοκτονίας είναι μεταδοτική μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Πραγματικότητα. Η αυτοκτονία δεν έχει κληρονομικές ιδιότητες και δεν μεταδίδεται από άτομο σε άτομο μέσα στις οικογένειες. Μπορεί όμως ο ένας να μιμηθεί τη συμπεριφορά του άλλου.

Μύθος. Δεν έχει σχέση η αυτοκτονία με την κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών.

Πραγματικότητα. Ο αλκοολισμός και η αυτοκτονία συνδέονται στενά. Μετά τη χρήση αλκοόλ το άτομο μπορεί να γίνει καταθλιπτικό, παρορμητικό και αυτοκτονικό. Εξάλλου η χρήση ναρκωτικών προκαλεί στο άτομο συναισθηματικές διαταραχές, ελαττώνει τη μνήμη και τη συγκέντρωση προσοχής και αυξάνει την παρορμητική συμπεριφορά. Σ' αυτή την κατάσταση όπως και όταν απότομα διακόψουν τη χρήση, πολλοί αυτοκτονούν.

Μύθος. Οι αυτοκτονικοί σπανίως ζητούν ιατρική βοήθεια.

Πραγματικότητα. Σε αναδρομικές μελέτες αυτοκτονιών, το 50-60% των ατόμων αυτών είχαν ζητήσει ιατρική βοήθεια μέσα στο προηγούμενο εξάμηνο.

Ο νοσηλευτής κατά την εκτίμηση του αρρώστου εξετάζει τους εξής παράγοντες: την παρουσία σημείων που υποδηλώνουν τάση αυτοκτονίας, τα μέσα με τα οποία το άτομο ζήτησε βοήθεια, το αυτοκτονικό σχέδιο, την ψυχική του κατάσταση, τα υποστηρικτικά του πρόσωπα και τον τρόπο ζωής του. Στον προγραμματισμό της φροντίδας συμμετέχουν ο ίδιος ο άρρωστος, το προσωπικό του ψυχιατρικού τμήματος και τα σημαντικά πρόσωπα που ενδιαφέρονται. Η φροντίδα επικεντρώνεται στην προστασία του αρρώστου, την αύξηση της

αυτοεκτίμησης, την ενίσχυση των προσαρμοστικών μηχανισμών, την αναγνώριση του υποκειμένου προβλήματος, την ενεργοποίηση του περιβάλλοντος και την εκπαίδευση του αρρώστου.

Νοσηλευτική εκτίμηση. Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου

Ο άρρωστος:

- Έχει ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.
- Μιλά για θάνατο, αυτοκτονία, επιθυμία να είχε πεθάνει και φαίνεται σκυθρωπός και σκεπτικός.
- Κάνει ερωτήσεις που δείχνουν σκέψεις ή σχέδια αυτοκτονίας, π.χ. «Πόσο χρόνο μπορούν να μείνουν οι άρρωστοι μόνοι, χωρίς να κυκλοφορεί ανάμεσα τους το προσωπικό;» «Πόσα χάπια σαν αυτά που παίρνω μπορούν να σκοτώσουν ένα άνθρωπο;» «Αν κάποιος πηδήξει απ' αυτό το παράθυρο θα σκοτωθεί αμέσως;».
- Ανησυχεί ότι δεν μπορεί να κοιμηθεί και φοβάται το σκοτάδι της νύκτας.
- Φαίνεται καταθλιπτικός και κλαίει συχνά.
- Απομονώνεται από τους άλλους ιδιαίτερα σε μοναχικούς χώρους ή πίσω από κλειδωμένες πόρτες.
- Δείχνει ανήσυχος και απελπισμένος.
- Φαντάζεται ότι έχει σοβαρή αρρώστια, όπως καρκίνο ή AIDS και μπορεί να θέλει να τερματίσει την ταλαιπωρία για τον εαυτό του και τους δικούς του.
- Εκφράζει βαθιά ενοχή για πραγματική ή φανταστική του πράξη και αισθάνεται ότι δεν αξίζει να ζεί.
- Διαδίδει ότι είναι τιμωρημένος, ότι βασανίζεται ή καταδιώκεται.
- Ακούει φωνές (ίσως να τον προτρέπουν να σκοτώσει τον εαυτό του).

- Ξαφνικά φαίνεται πολύ ευτυχισμένος ή ανακουφισμένος χωρίς φανερή αιτία μετά από μεγάλη περίοδο κατάθλιψης (ίσως να είναι σημείο ότι η αμφιθυμία να αυτοκτονήσει ή όχι, ανακουφίσθηκε με την απόφαση να το κάνει).
- Συλλέγει αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης, π.χ. τενεκεδένια κουτιά, σπόγγους, κορδόνια παπουτσιών, ζώνες. Μοιράζει τα ατομικά του είδη.

Νοσηλευτικοί σκοποί, αρχές και παρεμβάσεις

➤ Νοσηλευτικός σκοπός: Πρόληψη αυτοκτονίας

Αρχές και παρεμβάσεις

Ο άρρωστος πρέπει να προστατευθεί για να μη βλάψει τον εαυτό του. Δίδεται προτεραιότητα σε ενέργειες που σώζουν τη ζωή. Στενή παρακολούθηση, απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος και εκπλήρωση των βασικών αναγκών του.

Αύξηση της αυτοεκτίμησης τον αρρώστου. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αντανακλά υποκείμενη κατάθλιψη σχετιζόμενη με χαμηλή αυτοεκτίμηση και θυμό που στρέφεται προς το ίδιο το πρόσωπο. Χρειάζεται νοσηλευτική εκτίμηση των θετικών χαρακτηριστικών του αρρώστου, παρότρυνση να συμμετέχει σε δραστηριότητες που προτιμά και τις εκπληρώνει πολύ καλά, ενθάρρυνση της ατομικής υγιεινής και αυτο-φροντίδας, προώθηση υγιών διαπροσωπικών σχέσεων.

Ενίσχυση προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων. Οι δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί πρέπει να αντικατασταθούν με θετικούς και αποτελεσματικούς στο χειρισμό του στρες και του άγχους. Ο νοσηλευτής βοηθεί τον άρρωστο να αναγνωρίζει τους νοσηρούς μηχανισμούς και να βρίσκει εναλλακτικούς τρόπους λύσης των προβλημάτων του. Αμείβει με επιδοκιμασία τις θετικές προσπάθειες.

- Νοσηλευτικός σκοπός: Αποδοχή βοήθειας από την οικογένεια και κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα

Αρχές και παρεμβάσεις

Κινητοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης. Η κοινωνική απομόνωση οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη που διατηρούν την αυτο-καταστροφική συμπεριφορά. Γι' αυτό παροτρύνονται τα σημαντικά πρόσωπα για τον άρρωστο να επικοινωνούν μαζί του οικοδομητικά. Ενισχύονται οι θερμές και στενές οικογενειακές σχέσεις. Εντοπίζονται σχετικές βοηθητικές κοινωνικές υπηρεσίες και παραπέμπεται σ' αυτές ο άρρωστος.

Ο άρρωστος και τα σημαντικά τον πρόσωπα πρέπει να εκπαιδευθούν για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας που διαπιστώθηκαν. Η κατανόηση του προγράμματος φροντίδας υγείας και η συμμετοχή σ' αυτό προάγει τη συμμόρφωση. Ο νοσηλευτής σχεδιάζει τη φροντίδα του αρρώστου με τον ίδιο και τα σημαντικά του πρόσωπα. Εξηγεί τα φάρμακα που παραγγέλθηκαν και πώς πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες του που επισημάνθηκαν. Απαντά σε απορίες τους και τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, ανάλογα με τις μεταβολές στην κατάσταση του αρρώστου.

Ειδικές οδηγίες νοσηλευτικής φροντίδας αυτοκτονικού αρρώστου

- Λαμβάνεται κάθε απειλή στα σοβαρά. Αξιολογείτε την απειλή πριν την παραμερίσετε.
- Μιλάτε για την αυτοκτονία ανοικτά και απευθείας ερώτηση γι' αυτή δεν θα βάλει την ιδέα στο μυαλό του αρρώστου.
- Εφαρμόζετε προφυλακτικά μέτρα κατά της αυτοκτονίας του μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν έλεγχο του αρρώστου κάθε 15' ή ζήτηση απ' αυτόν να παραμένει σε κοινούς χώρους.

- Αναμένετε ότι θα αισθανθεί ο άρρωστος ντροπή και βοηθείστε τον να αποδεχθεί τον εαυτό του.
- Απομακρύνετε τον άρρωστο από άμεσο κίνδυνο με αφαίρεση φαρμάκων ή άλλων βλαπτικών ειδών από την κατοχή του ή μετακινήστε τον ίδιο σε ασφαλές περιβάλλον.
- Ανακουφίστε την έκδηλη δυσφορία. Μήπως ο άρρωστος χρειάζεται ένα μπάνιο, καθαρά ρούχα, φαγητό, ύπνο;
- Βρείτε ποια είναι η πιο πειστική ανάγκη του αρρώστου κατά τη γνώμη του. Ίσως είναι να δει κάποιο φιλικό πρόσωπο ή μέλος της οικογενείας του ή να συνεννοηθεί με κάποιον για να παραλάβει τα παιδιά του απ' το σχολείο.
- Κρατήστε στάση όχι κατάκρισης αλλά ενδιαφέροντος, που δεν προκαλεί τον άρρωστο να οικτρίει τον εαυτό του. Ρωτήστε γιατί ο άρρωστος διάλεξε να αυτοκτονήσει την ιδιαίτερη αυτή στιγμή. Η απάντηση θα χύσει φως στη σημασία που έχει η αυτοκτονία για τον άρρωστο και ίσως δώσει πληροφορίες που οδηγούν σε κάποιες βοηθητικές παρεμβάσεις.
- Φροντίζετε την ασφάλεια του αρρώστου με στενή παρατήρηση και προσεκτική παρακολούθηση. Ελέγχετε συχνά την ασφάλεια του περιβάλλοντος. Ερευνάτε το δωμάτιο του αρρώστου, ιδιαίτερα αν ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή η απόπειρα εκδηλώθηκαν μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο.
- Έχετε υπόψη ότι σε καμιά περίπτωση δεν απαλλάσσεσθε από την υποχρέωση να συμπεριφέρεσθε με ευγένεια, διάκριση και σεβασμό προς τον άρρωστο ως πρόσωπο και να ζητάτε την άδεια του για έλεγχο των ατομικών του πραγμάτων.
- Αποφασίστε με τους συνεργάτες σας αν θα ζητήσετε από τον άρρωστο να κάνετε συμβόλαιο μη διάπραξης αυτοκτονίας. Τοποθετήστε τον

άρρωστο σε δωμάτιο προσιτό για εύκολη παρατήρηση, δηλαδή κοντά στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και μαζί με ένα ακόμη άρρωστο.

- Προσέχετε να μη ενθαρρύνετε συμπεριφορά του προσωπικού που ελαττώνει αστήρικτα την ένταση της προσοχής. Κάποτε το προσωπικό έκρυψε τα παπούτσια του αρρώστου και χαλάρωσε τους ελέγχους ασφαλείας με την υπόθεση ότι χωρίς παπούτσια δεν θα φύγει ο άρρωστος από το τμήμα. Κι όμως έφυγε κι έπαθε μάλιστα εκδορές και τραύματα και στα δύο του πόδια.
- Οργανώστε σχέδιο φροντίδας για τον άρρωστο. Συζητήστε όλα τα σοβαρά προβλήματα. Ιεραρχήστε τα και κάνετε κατάλογο εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης για κάθε πρόβλημα. Γράψτε το σχέδιο σημειώνοντας ποιος είναι υπεύθυνος και για ποιες ενέργειες.
- Μη δίνετε υπερβολικές υποσχέσεις. Π.χ. «Μην ανησυχείτε, δεν θα σας αφήσω να σκοτώσετε τον εαυτό σας». Να είστε ειλικρινής αλλά και να δίνετε ελπίδα. Οι μη ρεαλιστικές υποσχέσεις ελαττώνουν την αξιοπιστία του νοσηλευτού.
- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να συνεχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτοφροντίδα όσο πιο πολύ μπορεί. Αναθέτετε σ' αυτόν εργασίες που αποσπούν την προσοχή χωρίς να τον κουράζουν. Αποφασίστε μαζί με τον άρρωστο, με ποια μέλη της οικογένειας και φίλους θα έρχεται σε επαφή.
- Ετοιμασθείτε να αντιμετωπίσετε τα μέλη της οικογένειας που ίσως είναι συγχυτικά, θυμωμένα ή αδιάφορα.
- Προσπαθείτε να κρατάτε ουδετερότητα και μη κάνετε υποθέσεις για τη συμπεριφορά της οικογένειας.
- Αξιολογείτε την ανάγκη του αρρώστου για λήψη φαρμάκων και συνεργάζεσθε γι' αυτό με τον γιατρό.
- Συζητάτε το σχέδιο φροντίδας που καταστρώσατε μαζί με τον άρρωστο και προγραμματίζετε τη συνέχιση της παρακολούθησης.

Εξετάζετε τα δικά σας συναισθήματα για τον άρρωστο και πώς επηρεάζουν την κλινική σας εργασία.

- Συνεργάζεσθε με όλα τα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας για την ολόπλευρη εκτίμηση των προβλημάτων. Ο νοσηλευτής δεν γνωρίζει πάντα όλα τα στοιχεία του γρίφου.
- Κάνετε σωματική εξέταση του αρρώστου. Μια άρρωστη είχε τραυματίσει το σώμα της σοβαρά πριν έλθει στο νοσοκομείο, αλλ' αυτό δεν ανακαλύφθηκε μέχρι την ημέρα που της έγινε σωματική εξέταση.
- Φανταστείτε ότι οι άνθρωποι μπορούν να αυτοκτονήσουν χρησιμοποιώντας κορδόνια παπουτσιών, ζώνες, επιδέσμους, καλώδια, εργαλεία κ.ά. Γρηγορείτε! Ξυράφια έχουν βρεθεί μέσα σε βιβλία. Τα σπέρτα εύκολα κρύβονται. Τα χάπια κρύβονται με πλαστικό περιτύλιγμα μέσα σ' ένα κομμάτι κέικ. Λάμπες φωτισμού μπορεί να σπασθούν και χρησιμοποιηθούν για αυτοτραυματισμό όπως και το σπирάλ του μπλοκ των σημειώσεων. Οι άρρωστοι ενδέχεται να πνιγούν στη μπανιέρα, να βάλουν φωτιά στον εαυτό τους ή να καταπιούν χλωρίνη βρίσκοντας την στο τροχοφόρο του προσωπικού καθαριότητας.

Στο νοσηλευτικό τμήμα κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού αρρώστου είναι η διάσωση της ζωής του. Αν και το προσωπικό μπορεί να είναι άριστο στις τεχνικές παρεμβάσεις, είναι δυνατό όμως να αισθανθεί ή και να εκφράσει περιφρόνηση για το άτομο που επανέλαβε την απόπειρα και μάλιστα όχι με σοβαρό τρόπο. Ο άρρωστος χρειάζεται μη τιμωρητική προσέγγιση και ομαλή μεταφορά σε άλλες υπηρεσίες. Το να τον αφήσει κανείς μόνον ή κοντά σε βλαβερά αντικείμενα είναι κίνδυνος που πρέπει να αποφεύγεται, ιδιαίτερα σ' ένα πολυάσχολο τμήμα.

Καλό είναι να υπάρχει σε κάθε ψυχιατρικό τμήμα ένα πρωτόκολλο προφυλακτικών μέτρων για τους αυτοκτονικούς αρρώστους, όπως αυτό που ακολουθεί.

Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου

1. Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοικτή, 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 ασφάλειας σε ειδικό δελτίο αναρτημένο στην πόρτα του αρρώστου.
3. Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν καταπίνει τα φάρμακα 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 κατάργησης του από τον ψυχίατρο σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλεύτη.

10. Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες αυτή πρέπει να δίδεται από τον νοσηλευτή και τον γιατρό καινά τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.

Τελειώνοντας τονίζεται ότι η νοσηλευτική δεν ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας ώστε να παραταθεί η ζωή του αρρώστου, αλλά αποβλέπει στη διεύρυνση όσο είναι δυνατό του ορίζοντα της ζωής. Επιδιώκει τη βοήθεια του ατόμου να ευρύνει τον τρόπο θεώρησης των προβλημάτων του και να αντιληφθεί ότι υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις. Το ενισχύει ηθικά να ξαναβρεί την ελπίδα, να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής του, να αναγεννηθεί και να εμπνευσθεί από νέο πνεύμα.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η δικαίωση της ύπαρξης μας, σαν Νοσηλευτικό επάγγελμα, είναι να είμαστε στο προσκέφαλο του Νοσηλευόμενου για να τον βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί ευεργετικά στο μεταβατικό ρόλο του αρρώστου, ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προέκυψαν, να ξαναβρεί τη μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του, να πεθάνει μ' αξιοπρέπεια.

Η σύγχρονη Νοσηλευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου, που εκφράζεται και πραγματοποιείται με την εφαρμογή της Νοσηλευτικής διεργασίας, στοχεύει στην άριστη, ολιστική και ανθρώπινη φροντίδα του. Σε κάθε νοσηλευτική περίπτωση, η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται στον άρρωστο σαν πρόσωπο, σαν ενιαίο και αδιαίρετο βιοψυχοκοινωνικό οργανισμό, στον οποίο όλες οι οργανικές λειτουργίες επηρεάζονται από την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου και την επηρεάζουν.

Η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένες εξατομικευμένης φροντίδας του, προκειμένου να επανακτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής, με την μεγαλύτερη δυνατή σωματική-ψυχική-πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.[8]

Στόχος της Νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με διπολικές διαταραχές είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητας του, ώστε να αντέχει τη θεραπεία και ν' αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Ενώ ο σκοπός της αποκατάστασης του είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του, με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησης του, ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης.

Η δυνατότητα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ιδίου του αρρώστου, της οικογένειάς του και εκπροσώπων διαφόρων ειδικοτήτων (γιατρών, νοσηλευτών,

ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργασιοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών, εθελοντών, πνευματικών) που συνεργάζονται στο πρόγραμμα αποκατάστασης του.

Η 24ωρη θέση της νοσηλεύτριας δίπλα στον άρρωστο και το αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο της κάνει τη θέση της κεντρική, την ευθύνη της σημαντική και τη συμβολή της στο πρόγραμμα αποκατάστασης αξιόλογη. Το οδοιπορικό της, ένας μακρύς δρόμος που αρχίζει από την πρώτη μέρα των διαγνωστικών εξετάσεων και τελειώνει με το θάνατο. Μια ανηφόρα που εκείνη θα δώσει, αλλά και θα πάρει πολλά.

Η δυνατότητα επιτυχημένης Νοσηλευτικής παρέμβασης σ' αυτόν τον τομέα φροντίδας, εξαρτάται όχι τόσο από τις γνώσεις της φυσιολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών της επιπτώσεων, αλλά της ικανότητας της/του νοσηλεύτριας/τη να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για τον συγκεκριμένο άρρωστο, ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες του δημιούργησε και ποια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών αυτών, με την πραγματικότητα της ασθένειας. Η θετική νοσηλευτική της ανταπόκριση, αρχίζει με την Νοσηλευτική Αξιολόγηση που αναζητά απάντηση σε ορισμένα ερωτήματα:

- Ποιος ο συγκεκριμένος άρρωστος και ποιες οι βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες του;
- Πώς αντιδρά ο συγκεκριμένος άρρωστος, στα ψυχοκοινωνικά αυτά επώδυνα ερεθίσματα;
- Ποιες οι προσωπικές του δυνάμεις και ικανότητες και πώς τις έχει χρησιμοποιήσει σε επώδυνα ερεθίσματα στο παρελθόν, και
- Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητα του στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων αυτών καταστάσεων;

Μετά τη συλλογή και εκτίμηση των στοιχείων που διερευνήθηκαν καταστρώνεται Εξατομικευμένο Πρόγραμμα Αποκατάστασης που περιλαμβάνει καθορισμό προτεραιοτήτων, διατύπωση αντικειμενικών σκοπών και σχεδιασμό Νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών αναγκών που διαπιστώθηκαν.

Αναφέρονται στη συνέχεια οι σημαντικότεροι νοσηλευτικοί στόχοι του προγράμματος και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αντίστοιχα, που απαιτούνται για να εκπληρωθούν.

Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου είναι η ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοικτής επικοινωνίας με τον άρρωστο και το περιβάλλον του. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται ο άρρωστος στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σ' όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σ' ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους, εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι, καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης και καλύπτεται η ανάγκη του αρρώστου να θρηνησει εκείνο που έχασε, να εκδηλώνει τη λύπη του και το θυμό του, για να μην απομονωθεί συναισθηματικά.

Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι η δημιουργία - ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος. Ολόκληρη η Νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Επιστήμη και Τέχνη του διαλόγου. Όχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία, αλλά και η σιωπή, η συμπεριφορά, οι μορφασμοί, η βλεμματική επαφή, η απάντηση στην κλήση του αρρώστου, η τήρηση αποφάσεων και η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος, όπου ο Νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας, να επιλέγει τον

καταλληλότερο χρόνο και τρόπο για διδασκαλία, να φέρνει τον άρρωστο σε επαφή με αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών. Σ' αυτά τα σωματεία τα μέλη μπορούν να του μεταβιβάσουν «καταλαβαίνω πώς αισθάνεσαι, βρέθηκα κι εγώ στη θέση σου και το ξεπέρασα». Ο ασθενής έτσι προάγει την ανεξαρτησία του, ενισχύει τη θέληση και την ελπίδα του για ζωή.

Οι Νοσηλευτές ενισχύουν την αυτοεκτίμηση του αρρώστου, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά, όταν ακούνε τον άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματα του, όταν δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες του, όταν τον φροντίζει με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη Νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία, θαλπωρή, στοργή, γαλήνη, φροντίδα, συμμετοχή.

Άλλος Νοσηλευτικός σκοπός είναι η προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και δυνατοτήτων του αρρώστου που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασης του, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματα του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίσει και να αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματα του και να ζητά βοήθεια, ν' αναγνωρίζει και ν' απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής, να διακρίνει την ρεαλιστική απ' την ψεύτικη ελπίδα και να μπορεί να υλοποιήσει το μήνυμα «Κάνε το σήμερα ν' αξίζει».

ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Τα νευροδιαβιβαστικά συστήματα του εγκεφάλου θεωρούνται ως το βιοχημικό υπόστρωμα τόσο των αγχωδών διαταραχών όσο και της κατάθλιψης. Συνεπώς, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών επηρεάζουν κυρίως τα τρία μείζονα νευροδιαβιβαστικά συστήματα: το σεροτονινεργικό, το νορεπινεφρινεργικό και το σύστημα του γάμμα-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA). Τα φάρμακα αυτά όμως μπορεί να επηρεάσουν και άλλους νευροδιαβιβαστές, όπως την ακετυλοχολίνη και την ισταμίνη. Οι υποδοχείς και τα νευροδιαβιβαστικά συστήματα που επηρεάζει το κάθε φάρμακο προσδιορίζουν το προφίλ των ανεπιθύμητων ενεργειών του συγκεκριμένου φαρμάκου.[12]

Αντικαταθλιπτικά

Οι ομάδες φαρμάκων που ακολουθούν είναι ευρέως γνωστές ως αντικαταθλιπτικά. Παρόλ' αυτά είναι γνωστό σήμερα ότι τα ίδια φάρμακα είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση μιας σειράς ψυχιατρικών και σωματικών νοσημάτων και καταστάσεων. Σ' αυτές περιλαμβάνονται, εκτός από την κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της σίτισης, οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, οι διαταραχές προσωπικότητας, η ενούρηση, οι ημικρανίες, και το σύνδρομο του χρόνιου άλγους.

Αντικαταθλιπτική Δράση

Την περασμένη δεκαετία, ως φάρμακα πρώτης επιλογής για τη θεραπεία της κατάθλιψης αντί για τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ΤΚΑ) άρχισαν να χρησιμοποιούνται οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs). Παρόλο που η

αποτελεσματικότητα μεταξύ των δύο διαφορετικών αυτών ομάδων είναι παρόμοια, οι SSRIs δείχνουν να χρησιμοποιούνται πιο συχνά στην κλινική πράξη επειδή παρέχουν μεγαλύτερη ασφάλεια και ανοχή. Είναι όμως γνωστό ότι 29-46% των καταθλιπτικών ασθενών δεν απαντούν πλήρως στην αντικαταθλιπτική αγωγή, 12-15% έχουν μόνο μερική ανταπόκριση, και 19-34% δεν ανταποκρίνονται καθόλου.

Παρά το ότι η αναστολή επαναπρόσληψης της σεροτονίνης στον εγκέφαλο, προκαλείται από τους SSRIs αμέσως μετά τη χορήγηση τους, το κλινικό αποτέλεσμα μπορεί να καθυστερήσει 3 έως 4 εβδομάδες. Η έναρξη του αντικαταθλιπτικού αποτελέσματος των ΤΚΑ μπορεί να καθυστερήσει περισσότερο. Το μεσοδιάστημα μέχρι την επίτευξη αντικαταθλιπτικού αποτελέσματος μπορεί να μικρύνει με την ενίσχυση του αντικαταθλιπτικού με φάρμακα από άλλες κατηγορίες, όπως είναι οι σταθεροποιητές του θυμικού ή η βουσπιρόνη. Για να βελτιώσουμε το αντικαταθλιπτικό αποτέλεσμα μπορούμε να αυξήσουμε τη δόση των SSRIs μετά από 4 εβδομάδες για τους ασθενείς που είχαν ελάχιστη βελτίωση και μετά από 8 εβδομάδες για τους ασθενείς που είχαν μερική ανταπόκριση. Εναλλακτικά μπορούμε να προσθέσουμε κάποιο ενισχυτικό φάρμακο στο θεραπευτικό σχήμα, να στραφούμε σε άλλον SSRI ή ακόμη να στραφούμε σε μη-SSRI φάρμακο.

Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs)

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) ανακαλύφθηκαν τη δεκαετία του '70 και κυκλοφόρησαν στις ΗΠΑ για πρώτη φορά το 1988. Από τότε, χρησιμοποιήθηκαν ευρέως λόγω του ευνοϊκότερου προφίλ παρενεργειών, σε σύγκριση με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά.

Όλοι οι SSRIs απορροφώνται καλά με τη λήψη από τη στόμα, ασκούν τη μέγιστη δράση μέσα σε 4 έως 8 ώρες, και μεταβολίζονται στο ήπαρ. Διαφορετικοί SSRIs αναστέλλουν διαφορετικά ισοένζυμα του κυτοχρώματος P-450 (Πίνακας 1). Οι SSRIs έχουν διαφορετική ισχύ, όσον αφορά την αναστολή της σεροτονίνης και διαφορετική ημιπερίοδο ζωής (Πίνακας 2). Δεν υπάρχει σημαντική άμεση επίδραση στο νορεπινεφρινεργικό, ντοπαμινεργικό, χολινεργικό, και ισταμινεργικό σύστημα, με συνέπεια να έχουν ένα ευνοϊκό προφίλ παρενεργειών.

Πίνακας 1: Αναστολή της Δραστικότητας των Ισοενζύμων του Κυτοχρώματος P-450 από SSRIs, SNRIs, και Άτυπα Αντικαταθλιπτικά

SSRI	Ισοένζυμο			
	3A4	2D6	1A2	2C9
Φλουοξετίνη	+	+++	+	++
Νορφλουοξετίνη*	++/+++	+++	+	++
Σερτραλίνη	+	+	+	+
Απομεθυλσερτραλίνη*	+	+	+	+
Παροξετίνη	+	+++	+	+
Φλουβοξαμίνη	++	+	+++	++
Σιταλοπράμη	-	+	+	+
Άλλα Αντικαταθλιπτικά που έχουν Δράση στη Σεροτονίνη				
Βενλαφαξίνη	-	+	-	-
Μιρταζαπίνη	-	-	-	-
Νεφαζοδόνη	+++	+	-	-

+: μικρή, ++: μέτρια, +++: ισχυρή αναστολή του ισοενζύμου, -: ασήμαντη επίδραση *αδρανής μεταβολίτης

Δόση: Οι SSRIs μπορούν να λαμβάνονται με το γεύμα ώστε να μειώνονται οι παρενέργειες από το γαστρεντερικό. Στην αρχή της θεραπείας οι δόσεις καλό είναι να διαιρούνται στη διάρκεια της ημέρας, ώστε να μειώνονται οι παρενέργειες, ενώ αργότερα μπορούν να χορηγούνται σε μία ημερήσια δόση. Ανάλογα με τη διεγερτική ή κατασταλτική δράση που έχουν στα διαφορετικά άτομα οι SSRIs, μπορούν να χορηγούνται το πρωί ή το βράδυ αντίστοιχα (Πίνακας 3). Επειδή τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευαίσθητοι στη δράση των φαρμάκων, το εύρος της θεραπευτικής δόσης για τις ηλικιακές αυτές ομάδες θα πρέπει να είναι μικρότερο από αυτό των ενηλίκων.

Υπερδοσολογία: Οι SSRIs είναι ασφαλέστεροι από άλλα αντικαταθλιπτικά εάν ληφθούν σε υπερδοσολογία. Η θνητότητα οφειλόμενη σε υπερδοσολογία με SSRIs είναι πολύ χαμηλή. Τα συμπτώματα υπερδοσολογίας περιλαμβάνουν ανησυχία, τρόμο, εμετό, ταχυκαρδία, υπέρταση, υπερθερμία, βολβοστροφή, μυοκλονίες, αϋπνία, ανησυχία και επιληπτικές κρίσεις. Μία δυνητικά επικίνδυνη κατάσταση με τους SSRIs είναι το σεροτονεργικό σύνδρομο, το οποίο μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις συγχορήγησης με άλλα σεροτονεργικά φάρμακα, όπως οι αναστολείς μονοαμινοοξειδάσης (MAOIs), η L-τρυπτοφάνη, και η σουματριπτάνη.

Διακοπή φαρμάκων: Έχει περιγραφεί ένα σύνδρομο από απότομη διακοπή των SSRIs, ειδικά αυτών με βραχεία ημιπερίοδο ζωής. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ζάλη, αίσθημα λιποθυμίας, αϋπνία, κεφαλαλγία, και διαταραχές των αισθήσεων. Το σύνδρομο αυτό μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 3 εβδομάδες, και μπορεί να αντιμετωπισθεί με την επανέναρξη του αντικαταθλιπτικού ή με τη χορήγηση ενός αντικαταθλιπτικού με παρόμοιο φαρμακολογικό προφίλ. Για την αποφυγή του φαινομένου αυτού, οι SSRIs θα πρέπει να διακόπτονται μετά από σταδιακή μείωση.

Πίνακας 2: Φαρμακοκινητικό Προφίλ και Ισχύς των SSRIs

Φάρμακο	Ισχύς Σεροτονινεργικής Φάρμακο Αναστολής*	Χρόνος Μέγιστης Συγκέντρωσης από την Αρχική Δόση	Ημιπερίοδος ζωής (t ½)	Σταθερά Επίπεδα μετά από:	Ενεργοί Μεταβολίτες	Δέσμευση με Πρωτεΐνες
Φλουβοξαμίνη	25	2-8 ώρες	15 ώρες	10 ημέρες	κανένας	77%
Φλουοξετίνη	6	4-8 ώρες	84 ώρες	2-4 εβδομάδες	νορφλουοξετίνη	95%
Παροξετίνη	1	3-8 ώρες	21 ώρες	4-14 ημέρες	κανένας	95%
Σερτραλίνη	1	6-10 ώρες	26 ώρες	10-14 ημέρες	απομεθυλσερτραλίνη	>97%
Σιταλοπράμη	7	3-4 ώρες	35 ώρες	1-2 εβδομάδες	% ενεργοί: - διαπομεθυλσιταλοπράμη - απομεθυλσιταλοπράμη	80%

* Μικρότεροι αριθμοί υποδηλώνουν μεγαλύτερης ισχύος σεροτονεργική αναστολή

Πίνακας 3: Μορφές, σκευάσματα και δοσολογικό εύρος των SSRIs

SSRI	Δοσολογικό		
	Διαθέσιμες Μορφές	Εύρος Ενήλικα	Τιτλοποίηση Δόσης
Φλουβοξαμίνη	50-, 100-mg tabs	50-300 mg/ημέρα	50 mg/εβδομάδα
Φλουοξετίνη	20-mg caps, 20 mg tabs, 20mg/5mL liquid	10-80 mg/ημέρα	10-20 mg/εβδομάδα
Παροξετίνη	20 mg tabs 10mg/5mL liquid	10-60 mg/ημέρα	10-20 mg/εβδομάδα
Σερτραλίνη	50-, 100-mg tabs	50-200 mg/ημέρα	50 mg/εβδομάδα
Σιταλοπράμη	20 mg tabs	20-60 mg/ημέρα	20 mg/εβδομάδα

Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων: Συγχορήγηση των SSRIs με MAOIs ή άλλους σεροτονεργικούς παράγοντες μπορεί να οδηγήσει στο δυνητικά θανατηφόρο σεροτονεργικό σύνδρομο. Θα πρέπει απαραίτητα να υπάρχει περίοδος 2 εβδομάδων χωρίς λήψη φαρμάκων μεταξύ της διακοπής ενός MAOI και της έναρξης ενός SSRI, περίοδος τουλάχιστον 4 εβδομάδων μεταξύ της διακοπής ενός SSRI και της έναρξης ενός MAOI, ενώ αν πρόκειται για την φλουοξετίνη το μεσοδιάστημα θα πρέπει να είναι 6 εβδομάδες. Οι SSRIs μπορούν να συγχορηγηθούν με τα κυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία όμως παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα λόγω αναστολής των ισοενζύμων 2D6 και 3A4 του κυτοχρώματος P-450 από τα οποία μεταβολίζονται. Συνεπώς θα πρέπει να χρησιμοποιούνται χαμηλότερες δόσεις κυκλικών αντικαταθλιπτικών και τα επίπεδά τους στο αίμα καλό είναι να παρακολουθούνται. Επειδή οι SSRIs μεταβολίζονται στο ήπαρ και παρουσιάζουν σημαντικό ποσοστό δέσμευσης με πρωτεΐνες, είναι δυνατόν να εμφανίσουν κλινικά σημαντικές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων με SSRIs

SSRI	Άλλα φάρμακα	Επίδραση	SSRI	Άλλα Φάρμακα	Επίδραση
Φλουβοξαμίνη	Βαρφαρίνη, Τρικυκλικά, Αντικαταθλιπτικά, Βενζοδιαζεπίνες, Αναστολείς ιόντων ασβεστίου, Πιμοζίδη, Βουπροπιόνη, Καφεΐνη, Θεοφιλίνη Φαινυντοΐνη	Αυξάνει τα επίπεδα φαρμάκου	Παροξετίνη	-Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά Φαινυντοΐνη Σιμετιδίνη Διγοξίνη, Προπρανολόλη, Βαρφαρίνη Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά	Αυξάνει τα επίπεδα του φαρμάκου. Αυξάνει τα επίπεδα του φαρμάκου. Μειώνει τα επίπεδα της Παροξετίνης. Καμία επίδραση Αυξάνει τα επίπεδα του φαρμάκου
Σιταλοπράμη (Seropram)	Μετοπρολόλη Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά Λίθιο	Διπλασιασμός επιπέδου φαρμάκου Αυξάνει τα επίπεδα του φαρμάκου Μπορεί να αυξήσει τις σεροτονεργικές επιδράσεις της σιταλοπράμης	Σερτραλίνη	Βενζοδιαζεπίνες, Αναστολείς ιόντων ασβεστίου, Πιμοζίδη Βουπροπιόνη Φλουοξετίνη Τρικυκλικά, αντικαταθλιπτικά, Καρβαμαζεπίνη, Βενζοδιαζεπίνες, Αναστολείς ιόντων ασβεστίου Βενζοδιαζεπίνες, Αναστολείς ιόντων ασβεστίου Βουπροπιόνη, Πιμοζίδη, Φαινυντοΐνη, Βαρφαρίνη, Διγοξίνη	Μειώνει τα επίπεδα του φαρμάκου Μειώνει τα επίπεδα του φαρμάκου Καμία επίδραση Αυξάνει τα επίπεδα του φαρμάκου Καμία επίδραση
	Σιμετιδίνη Καρβαμαζεπίνη Διγοξίνη, Βαρφαρίνη	Αυξάνει τα επίπεδα σιταλοπράμης Μπορεί να προκαλέσει αυξημένο μεταβολισμό της σιταλοπράμης Καμία επίδραση			

Σεξουαλική Δυσλειτουργία Οφειλόμενη στους SSRIs

Η οφειλόμενη στους SSRIs δευτερογενείς σεξουαλική δυσλειτουργία περιλαμβάνει την ανοργασμία και τη διαταραχή εκσπερμάτισης, που αποτελούν τις δύο πιο συχνά αναφερόμενες σεξουαλικά ανεπιθύμητες ενέργειες. Άλλες αναφερόμενες σεξουαλικές επιδράσεις περιλαμβάνουν τη διαταραχή της στύσης και τη μειωμένη λίμπιντο. Η ακριβής συχνότητα της οφειλόμενης στους SSRIs σεξουαλικής δυσλειτουργίας είναι δύσκολο να προσδιοριστεί, αφενός λόγω της απροθυμίας του ασθενούς να την αναφέρει και αφετέρου λόγω του ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία που συνδέεται με την κατάθλιψη δεν αναφέρεται στην αρχή της θεραπείας.

Η συχνότητα της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σύμφωνα με τις πληροφορίες των εταιρειών που παράγουν τα φάρμακα (Πίνακας 5) προέρχεται από αυθόρμητες αναφορές ατόμων που βρίσκονταν σε θεραπεία και περιλαμβάνουν όλους τους τύπους σεξουαλικών διαταραχών. Όταν όμως οι ασθενείς ρωτήθηκαν ειδικά για την ύπαρξη σεξουαλικής δυσλειτουργίας, η συχνότητα ανέβηκε μέχρι και 75%.

Πίνακας 5: Συχνότητα Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας Συνδεόμενης με Χρήση του Σεροτονεργικού Φαρμάκου*

Αγωγή	Συχνότητα (%)
Σιταλοπράμη	1.1 – 6.1
Φλουοξετίνη	2 – 11
Φλουβοξαμίνη	2 – 8
Νεφαζοδόνη	1
Παροξετίνη	2 – 23
Σερτραλίνη	1 – 19
Βενλαφαξίνη	2 – 12

* Στοιχεία από τα φύλλα χαρακτηριστικών των φαρμάκων.

Ο χρόνος έναρξης της δυσλειτουργίας είναι δύσκολο να διαπιστωθεί, εκτός εάν έχει εκτιμηθεί η σεξουαλική λειτουργικότητα του ασθενούς πριν την έναρξη της θεραπείας. Η μέση διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 4 έως 6 εβδομάδες χωρίς θεραπεία ενώ κάποιοι ασθενείς μέσα σε 12 εβδομάδες από την έναρξη. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να έχουν σεξουαλικά προβλήματα που επιμένουν σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Το 1-3% των ασθενών που αναφέρουν σεξουαλική δυσλειτουργία χρειάζεται να διακόψουν τη θεραπεία. Τα σεξουαλικά προβλήματα βελτιώνονται 1-3 ημέρες μετά τη διακοπή της θεραπείας με SSRIs.

Στις παρεμβάσεις με σκοπό την αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών που οφείλονται στους SSRIs περιλαμβάνονται η μείωση της δόσης, η εφαρμογή μικρών μεσοδιαστημάτων με διακοπή του φαρμάκου και η συγχορήγηση άλλων βοηθητικών φαρμάκων (πίνακας 6).

Πίνακας 6: Φάρμακα για την Αντιμετώπιση της Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας που Οφείλεται στους SSRIs

Αγωγή	Δόση
Αμανταδίνη	100-400 mg/ημέρα σε μία ή διαιρεμένες δόσεις
Βουπροπιόνη	75-150 mg/ημέρα
Βουσπιρόνη	5-15 mg/ημέρα
Κυπροεπταδίνη	2-16 mg/ημέρα, 1-2 ώρες πριν την σεξουαλική πράξη
Μεθυλφαινιδάτη	10-30 mg/ημέρα
Μιρταζαπίνη	15 mg/ημέρα (πριν την κατάκλιση)
Υοχμβίνη	5,4 - 16,2 mg, 1-4 ώρες πριν την σεξουαλική πράξη
Σινδεναφίλη	50-100mg, 1-2 ώρες πριν τη σεξουαλική πράξη

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των SSRIs περιλαμβάνουν γαστρεντερικές διαταραχές (όπως, ναυτία, διάρροια, ανορεξία, δυσπεψία), κεφαλαλγία, ανησυχία, αϋπνία, άγχος, υπνηλία και εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων (συχνότητα <0,2%). Οι SSRIs, επιπλέον, μπορεί να προκαλέσουν υπογλυκαιμία, και για το λόγο αυτό οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά. Επίσης, έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις υπονατριαιμίας, ειδικά, σε ασθενείς που ελάμβαναν διουρητικά. Οι SSRIs μπορεί να προκαλέσουν ακαθυσία (άγχος και ανησυχία) και κινητικές διαταραχές τύπου Πάρκινσον, όπως τρόμο, ειδικά εάν λαμβάνονται σε συνδυασμό με αντιψυχωσικά ή ντοπαμινεργικά φάρμακα. Οι SSRIs θα πρέπει να δίδονται με ιδιαίτερη προσοχή σε ηπατοπαθείς επειδή μεταβολίζονται μέσω του ήπατος.

Γενικά, οι κλινικοί θα πρέπει να αποφεύγουν τη συνταγογράφηση οποιασδήποτε αγωγής σε εγκύους, παρόλο που κάποιοι SSRIs έχουν μελετηθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δεν βρέθηκε να παρουσιάζουν ανεπιθύμητες δράσεις στο έμβρυο. Ο θηλασμός θα πρέπει να αποφεύγεται, επειδή οι SSRIs απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα.

Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης και Νορεπινεφρίνης (SNRIs)

Τα φάρμακα της ομάδας αυτής ενισχύουν (αποκλείοντας την επαναπρόσληψη) τόσο τα σεροτονεργικά όσο και τα νορεπινεφρινεργικά συστήματα. Η Βενλαφαξίνη αναστέλλει επίσης την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης, ενώ η μιρταζαπίνη εκτός από τον αποκλεισμό της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, ανταγωνίζεται ορισμένους σεροτονεργικούς υποδοχείς.

Βενλαφαξίνη

Η βενλαφαξίνη είναι διαθέσιμη τόσο σε μορφή άμεσης όσο και σε μορφή βραδείας αποδέσμευσης. Η πρώτη μορφή χορηγείται δύο ή τρεις φορές την ημέρα, ενώ η δεύτερη μία φορά την ημέρα. Η βενλαφαξίνη μεταβολίζεται στο ήπαρ, έχει τουλάχιστον έναν ενεργό μεταβολίτη και η απέκκριση γίνεται από τους νεφρούς. Είναι σχετικά ασθενής αναστολέας του ισοενζύμου 2D6 του κυτοχρώματος P-450. Όμως, φάρμακα που αναστέλλουν το κυτόχρωμα P-450, όπως η παροξετίνη, η σερτραλίνη, η φλουοξετίνη, η φλουβοξαμίνη, και η σιταλοπράμη, μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα της βενλαφαξίνης. Η βενλαφαξίνη έχει ημιπερίοδο ζωής περίπου 5 ώρες και ο ενεργός μεταβολίτης της έχει ημιπερίοδο ζωής περίπου 11 ώρες. Στους νέους ενήλικες τα σταθερά επίπεδα πλάσματος δημιουργούνται σε 3 περίπου ημέρες. Δεν δρα σε μουςκαρινικούς, ισταμινικούς, και α-αδρενεργικούς υποδοχείς. Στην Ελλάδα διατίθεται σε δισκία 37,5 mg, 50 mg, και 75mg άμεσης δράσης, και σε δισκία 75mg και 150mg βραδείας αποδέσμευσης, ενώ στις ΗΠΑ η πρώτη μορφή διατίθεται σε δισκία 25mg, 37,5mg, 50mg, 75mg, και 100mg και η δεύτερη σε κάψουλες 37,5mg, 75mg και 150mg. Η συνήθης αρχική δόση είναι 75 mg/ημέρα. Η δόση μπορεί να αυξάνεται κατά 75 mg/ημέρα κάθε 1 ή 2 εβδομάδες αλλά όχι ταχύτερα από 75 mg ανά 4 ημέρες. Το σύνηθες εύρος δόσης είναι από 75 έως 300 mg/ημέρα, με μέγιστη δόση τα 375 mg/ημέρα. Οι νεφροπαθείς θα πρέπει να λαμβάνουν τις μισές από τις παραπάνω δόσεις. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνεται η ναυτία, η ξηροστομία, η καταστολή, η ζάλη, η νευρικότητα, η διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας (όπως, ανικανότητα και διαταραχές στην εκπερμάτιση και τον οργασμό) και η αυξημένη αρτηριακή πίεση. Η βενλαφαξίνη θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε υπερτασικούς ασθενείς, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης συμβαίνει συχνότερα σε ασθενείς που λαμβάνουν μεγαλύτερη δόση από

300 mg/ημέρα. Δεν υπάρχουν μελέτες για τη χρήση της βενλαφαξίνης σε εγκύους ή θηλάζουσες. Τέλος, η χορήγηση της βενλαφαξίνης θα πρέπει να διακόπτεται τουλάχιστον 2 εβδομάδες πριν την έναρξη θεραπείας με MAOI.

Μιρταζαπίνη

Η μιρταζαπίνη απορροφάται καλά όταν χορηγείται από του στόματος, μεταβολίζεται στο ήπαρ, και η απέκκριση γίνεται από τους νεφρούς. Η ημιπερίοδος ζωής είναι 20-40 ώρες. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνεται η καταστολή, η αυξημένη όρεξη και η αύξηση του βάρους, η ζάλη, η ναυτία, ο χαμηλός κίνδυνος ακοκιοκυτταραιμίας και η μικρή συχνότητα αντιχολινεργικών και σεροτονεργικών δράσεων. Στις κλινικές έρευνες η μιρταζαπίνη δεν έδειξε να μειώνει τη λίμπιντο. Στην Ελλάδα διατίθεται σε δισκία των 30mg (στις ΗΠΑ σε δισκία 15mg και 30mg), και η αρχική δόση είναι συνήθως 15-30 mg/ημέρα, χορηγούμενη σε μία δόση, κατά προτίμηση το βράδυ πριν από τον ύπνο. Το εύρος της θεραπευτικής δόσης είναι 15-45 mg/ημέρα.

Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά (ΤΚΑ)

Όλα τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι διαθέσιμα σε μορφές που χορηγούνται από του στόματος. Κάποια είναι διαθέσιμα για παρεντερική χρήση, αν και η μορφή αυτή δεν χρησιμοποιείται συχνά. Όσα λαμβάνονται από του στόματος απορροφώνται ταχέως και μεγάλο μέρος της δόσης καταστρέφεται κατά την πρώτη δίοδο του φαρμάκου από το ήπαρ. Τα ΤΚΑ μεταβολίζονται στο ήπαρ από το κυτόχρωμα P-450 όπου κάποια από αυτά μετατρέπονται σε ενεργούς μεταβολίτες. Τα ΤΚΑ διαπερνούν εύκολα τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό, συνδέονται ισχυρά με τις πρωτεΐνες και για το λόγο αυτό δεν μπορούν να απομακρυνθούν με την αιμοκάθαρση. Η καμπύλη απέκκρισης είναι

διφασική και περίπου η μισή δόση αποβάλλεται μετά από 48-72 ώρες, ενώ η υπόλοιπη αποβάλλεται μέσα στις επόμενες εβδομάδες.

Λόγω των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών από την καρδιά, οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά πριν από τη λήψη τρικυκλικού. Η παρουσία οποιασδήποτε πάθησης της καρδιακής αγωγιμότητας αποτελεί αντένδειξη για τη χρήση ΤΚΑ. Όλοι οι υποψήφιοι για λήψη ΤΚΑ με ηλικία πάνω από 40 ετών θα πρέπει να ελέγχονται ηλεκτροκαρδιογραφικά (ΗΚΓ). Σε υγιείς ενήλικες δεν απαιτείται κάποια άλλη εξέταση πριν από την έναρξη αγωγής με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Η θεραπεία αρχίζει με χαμηλές δόσεις (ισοδύναμη δόση ιμιπραμίνης 50 mg/ημέρα), και αυξάνεται σταδιακά κατά περίπου 50 mg/ημέρα κάθε 4-5 ημέρες, αν το επιτρέπουν οι παρενέργειες, μέχρι την ισοδύναμη δόση των 15-300 mg/ημέρα ιμιπραμίνης (Πίνακας 7). Τα τρικυκλικά χορηγούνται γενικά σε μία δόση πριν την κατάκλιση λόγω των κατασταλτικών ιδιοτήτων τους. Εάν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά μετά από 3-4 εβδομάδες, η δόση θα πρέπει να αυξηθεί, εφόσον οι παρενέργειες το επιτρέπουν. Η μέγιστη δόση των τρικυκλικών είναι η ισοδύναμη δόση 300 mg/ημέρα ιμιπραμίνης. Η θεραπευτική δοκιμή με τα ΤΚΑ θεωρείται αποτυχημένη μόνο εφόσον ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά μετά από 4-6 εβδομάδες στη μέγιστη δόση. Τα επίπεδα των φαρμάκων θα μπορούσαν να παρακολουθούνται στη διάρκεια της θεραπείας. Η ιμιπραμίνη και η δεσιπραμίνη εμφανίζουν γραμμική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων του φαρμάκου και της κλινικής βελτίωσης. Ασθενείς που παίρνουν ιμιπραμίνη και έχουν συνδυασμένα επίπεδα ιμιπραμίνης/δεσιπραμίνης 225 ng/ml καθώς και ασθενείς που παίρνουν δεσιπραμίνη και έχουν επίπεδα 125 ng/ml, δείχνουν καλύτερη κλινική ανταπόκριση, σε σχέση με ασθενείς που έχουν χαμηλότερα επίπεδα. Η νοτριπτυλίνη παρουσιάζει τα καλύτερα

κλινικά αποτελέσματα όταν τα επίπεδα της στο αίμα είναι 50-150 ng/ml. Μελέτες με την αμιτριπτυλίνη δεν έδειξαν σαφείς συσχετίσεις μεταξύ των επιπέδων του φαρμάκου και της κλινικής απάντησης. Συγκεκριμένα διάφοροι ερευνητές ανέφεραν γραμμική ή μη γραμμική συσχέτιση ενώ άλλοι ακόμη και έλλειψη συσχέτισης.

Πίνακας 7: Μορφές, Σκευάσματα και Δοσολογικό Εύρος των Τρικυκλικών Αντικαταθλιπτικών

ΤΚΑ	Διαθέσιμες Μορφές	Εύρος δόσης Ενήλικα	Θεραπευτικά Επίπεδα	Ρυθμός Τιτλοποίησης
Ιμιπραμίνη*	(10-, 25-, 50-mg tabs, 75-, 100-, 125-, 150-mg capsules 25-mg/2 mL parenteral)	50-300 mg/ημέρα	>225 ng/mL (ιμιπραμίνη +δεσιπραμίνη)	50mg/4-5 ημέρες
Δεσιπραμίνη*	(10-, 25-, 50-, 75-, 100-, 150-mg tabs 25-, 50-mg capsules)	50-300 mg/ημέρα	>125 ng/mL	25mg/4-5 ημέρες
Αμιτριπτυλίνη	10-, 25-, 75-, mg caps	50-300 mg/ημέρα	> 120 ng/mL (αμιτριπτυλίνη + νοτριπτυλίνη)	50mg/4-5 ημέρες
Νοτριπτυλίνη	25-, 50-mg tabs	25-150 mg/ημέρα	50-150 ng/mL	25mg/4-5 ημέρες
Κλομιπραμίνη	10-, 25-, 75-mg tabs, 25 mg/2ml (για ενδοφλέβια έγχυση)	50-250 mg/ημέρα	<800 ng/mL	50 mg/εβδομάδα

*Δεν κυκλοφορεί στην Ελληνική αγορά

Διακοπή: Η διακοπή της θεραπείας ενός τρικυκλικού, για οποιονδήποτε λόγο, είναι προτιμότερο να γίνεσαι σταδιακά σε διάρκεια λίγων εβδομάδων και όχι απότομα, επειδή ενδέχεται να παρατηρηθούν συμπτώματα από απότομη διακοπή. Αυτά περιλαμβάνουν ναυτία, διάρροια, κεφαλαλγία, κόπωση, αδιαθεσία, διαταραχές του ύπνου, ακαθυσία, συμπτώματα παρκινσονισμού και παράδοξη συμπεριφορά που μπορεί να καταλήξει σε υπομανία ή μανία. Τα συμπτώματα μπορεί να συμβούν το νωρίτερο 12 ώρες μετά την παράληψη μιας δόσης ΤΚΑ, αλλά συνήθως συμβαίνουν 24-48 ώρες μετά την τελευταία δόση. Τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν ακόμη και μέχρι ένα μήνα.

Παρενέργειες: Οι παρενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών σχετίζονται με την αντιχολινεργική (ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, δυσουρία, και θολή όραση) και την ανταδρενεργική τους δράση (ορθοστατική υπόταση). Η δεσιπραμίνη και η νοτριπτυλίνη έχουν λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με τα υπόλοιπα ΤΚΑ. Τα ΤΚΑ έχουν επίσης δράση παρόμοια με αυτή της κινιδίνης στην καρδιακή ώση, προκαλώντας επιβράδυνση της ενδοκαρδιακής αγωγιμότητας. Η σπουδαιότερη αντένδειξη στη χρήση τρικυκλικών είναι οι διαταραχές αγωγιμότητας, όπως ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός, ο αποκλεισμός του αριστερού σκέλους, και η παράταση του διαστήματος QT. Τα τρικυκλικά επίσης μπορεί να μειώσουν τον ουδό των επιληπτικών κρίσεων, να προκαλέσουν καταστολή και αύξηση σωματικού βάρους. Πάνω από όλα όμως, η υπερδοσολογία μπορεί να είναι θανατηφόρα. Οι περισσότερες παρενέργειες αυξάνουν με την αύξηση της δόσης. Οι ηλικιωμένοι γενικά είναι πιο ευαίσθητοι στις παρενέργειες. Τα τρικυκλικά επίσης μπορεί να προκαλέσουν σεξουαλική δυσλειτουργία τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Η παρενέργεια αυτή είναι δοσοεξαρτώμενη.

Υπερδοσολογία: Οξεία υπερδοσολογία πάνω από 1.000 mg ενός τρικυκλικού είναι συνήθως τοξική και δυνητικά θανατηφόρα. Ο θάνατος

μπορεί να επέλθει από καρδιακή αρρυθμία, υπόταση ή επιληπτικές κρίσεις ανθεκτικές σε θεραπεία. Επίπεδα φαρμάκου πάνω από 1.000 ng/ml, και αυξημένο διάστημα QRS πάνω από 0,10 δευτερόλεπτα, υποδεικνύουν σοβαρή υπερδοσολογία. Τα περισσότερα συμπτώματα εξελίσσονται μέσα σε 24 ώρες μετά τη λήψη της υπερδοσολογίας ενώ οι καρδιακές ανεπιθύμητες ενέργειες, κορυφώνονται μετά 48-72 ώρες. Η αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας περιλαμβάνει την εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα Levin ή την πρόκληση εμετού, και την πλύση στομάχου με ενεργό άνθρακα. Η αιμοκάθαρση δεν έχει αποτέλεσμα επειδή τα τρικυκλικά δεσμεύονται ισχυρά από τις πρωτεΐνες. Οι ασθενείς με σοβαρή υπερδοσολογία χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας. Η διγοξίνη, η κινιδίνη, η προκαιναμίδη, και η δισοπυραμίδη θα πρέπει να αποφεύγονται επειδή μπορεί να προκαλέσουν καρδιακό αποκλεισμό.

Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων: φάρμακα που έχουν κατασταλτική επίδραση στο ΚΝΣ (π.χ. αλκοόλ, αντισταμινικά, αντιψυχωσικά, βενζοδιαζεπίνες) μπορεί να επιδεινώσουν την καταστολή, όταν λαμβάνονται ταυτόχρονα με τρικυκλικά. Φάρμακα που μπορεί να επιδεινώσουν την υπόταση είναι τα διουρητικά, οι α-αδρενεργικοί αναστολείς, όπως η κλονιδίνη, και οι β-αδρενεργικοί αναστολείς. Η αντιχολινεργική δράση μπορεί να ενισχυθεί από τα αντισταμινικά, τα αντιπαρκινσονικά, ορισμένα υπναγωγά που χορηγούνται χωρίς ιατρική συνταγή, και τα αντιδιαρροϊκά. Επίσης, τα ΤΚΑ μπορεί να αυξήσουν τη δράση της βαρφαρίνης και να αναστείλουν τη δράση της γουανεθιδίνης. Τα ΤΚΑ μεταβολίζονται από τα ισοένζυμα 2D6 και 3A4 του κυτοχρώματος P-450, και επομένως, κάθε αναστολέας των ισοενζύμων αυτών, όπως ορισμένοι SSRIs και η νεφαζοδόνη μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα των ΤΚΑ. Τα επίπεδα των ΤΚΑ μπορούν επίσης να επηρεαστούν και από άλλα φάρμακα (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Άλλες Επιδράσεις Επιλεγμένων Φαρμάκων με τα Τρικυκλικά (TKA)

Αύξηση των Επιπέδων των TKA	Μείωση των Επιπέδων των TKA
αμφεταμίνες	χρόνια χρήση αλκοόλ
αντιψυχωσικά	βαρβιτουρικά
αντισυλληπτικά χάπια	καρβαμαζεπίνη
δισουλφιράμη	φαινυτοίνη
γλυκοκορτικοειδή	ριφαμπικίνη
SSRIs	χρόνιο κάπνισμα
θειαζίδες	
θυροειδικές ορμόνες	

Αναστολείς Μονοαμινοοξειδάσης (MAOIs)

Η ομάδα αυτή των αντικαταθλιπτικών είναι γενικά στον ίδιο βαθμό αποδεκτή όπως και τα άλλα αντικαταθλιπτικά. Οι MAOIs όμως δεν χρησιμοποιούνται συχνά ως φάρμακα πρώτης επιλογής, επειδή αφ' ενός, η ελλιπής εφαρμογή των περιορισμών του διαιτολογίου μπορεί να οδηγήσει σε υπερτασική κρίση, αφ' ετέρου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας. Από τους τέσσερις γνωστούς MAOIs, οι τρεις - φαινελζίνη, τρανυλκυπρομίνη, και ισοκαρβοξαζίδη - είναι μη ειδικοί αναστολείς της MAOA και MAOB, ενώ ο τέταρτος, η σελεγιλίνη είναι ειδικός αναστολέας της MAOB. Δύο MAOIs προερχόμενοι από την υδραζίνη, η ισοκαρβοξαζίδη και η φαινελζίνη υπόκεινται σε ακετυλίωση στο ήπαρ. Τα άτομα που ακετυλιώνουν βραδύτερα τα φάρμακα παρουσιάζουν περισσότερες παρενέργειες. Βραδείς ακετυλιωτές είναι οι μισοί Βορειοαμερικανοί και Ευρωπαίοι, και περισσότεροι από τους μισούς Ασιάτες. Τα επίπεδα τρανυλκυπρομίνης, σε αντίθεση με τους υδραζινικούς MAOIs, σχετίζονται με τις υποτασικές δράσεις. Η έναρξη

της θεραπευτικής δράσης παρατηρείται σε 2-4 εβδομάδες, αν και η μέγιστη αναστολή της μονοαμινοξειδάσης εμφανίζεται μέσα σε μερικές ημέρες. Διακοπή των MAOIs οδηγεί σε επαναλειτουργία του ενζύμου σε περίπου 2 εβδομάδες.

Οι MAOIs αλληλεπιδρούν με την τυραμίνη και άλλες αμίνες αυξάνοντας τη δράση των αγγειοδραστικών αυτών αμινών στο συμπαθητικό σύστημα λόγω του μειωμένου καταβολισμού τους. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε οξεία νοραδρενεργική υπερλειτουργία με αποτέλεσμα σοβαρή υπέρταση, υπερπυρεξία, ταχυκαρδία, εφίδρωση, τρόμο, και καρδιακή αρρυθμία. Έτσι, ασθενείς που λαμβάνουν MAOIs δεν θα πρέπει να καταναλώνουν τροφές που περιέχουν τυραμίνη και άλλες αγγειοδραστικές ουσίες. Αλληλεπίδραση μεταξύ MAOIs και άλλων σεροτονεργικών φαρμάκων μπορεί επίσης να οδηγήσει σε εμφάνιση σεροτονεργικού συνδρόμου (Βλέπε: SSRIs: Υπερδοσολογία).

Πριν από την έναρξη θεραπείας με MAOIs, οι κλινικοί θα πρέπει να ενημερώνουν και να εκπαιδεύουν τους ασθενείς για τους ενδεχόμενους κινδύνους αλληλεπίδρασης με τροφές, ποτά, και φάρμακα που περιέχουν τυραμίνη. Είναι δε πάντοτε καλό να τους δίδεται μία λίστα με τους ενδεδειγμένους περιορισμούς. Θα μπορούσε να περιγραφεί στους ασθενείς η συμπτωματολογία της υπερτασικής κρίσης και να τους δοθεί η οδηγία για άμεση αναζήτηση ιατρικής βοήθειας εάν νιώσουν την παρενέργεια αυτή. Κάποια φαγητά που θα πρέπει να αποφεύγονται είναι το συκώτι, τα αλλαντικά, τα συντηρημένα κρέατα, το χαβιάρι, τα παστά ψάρια, το αβοκάντο, η φάβα, το ξυνολάχανο, τα εκχυλίσματα μαγιάς όπως το Marmite και το Bovril, το κρασί Κιάντι, η μη φιλτραρισμένη μύρα, καθώς και όλα τα τυριά εκτός από το τυρί ricotta, το cottage και τα τυριά με κρεμώδη υφή.

Η αρχική δόση για τους MAOIs είναι χαμηλή και στη συνέχεια αυξάνεται σταδιακά, ανάλογα με τις παρενέργειες και το επιθυμητό

αποτέλεσμα (Πίνακας 9). Σε κάποιες παρενέργειες, όπως στην ορθοστατική υπόταση μπορεί να δημιουργηθεί ανοχή.

Πίνακας 9: Δοσολογικό Εύρος και Τιτλοποίηση Εκλεγμένοι Αναστολέων Μονοαμινοξειδάσης

Αγωγή	Αρχική δόση	Τιτλοποίηση	Εύρος Δόσης	Σε Ηλικιωμένους
Φαινελζίνη*	15 mg 2-3 φορές/ημέρα	15 mg/εβδομάδα	45-60 mg/ημέρα	έναρξη 7.5mg/ημέρα, εύρος 30-60 mg/ημέρα
Τρανυλκυπρομίνη*	10 mg 2-3 φορές/ημέρα	10 mg/εβδομάδα	30-40 mg/ημέρα	έναρξη 5 mg/ημέρα, εύρος 30-40 mg/ημέρα

* δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα

Η διακοπή της θεραπείας με MAOIs, θα πρέπει να γίνεται με σταδιακή μείωση της δόσης διάρκειας περίπου μιας εβδομάδας. Οι ασθενείς δεν θα πρέπει να διακόψουν τους διαιτητικούς περιορισμούς πριν περάσουν 14 ημέρες από τη διακοπή των MAOIs, επειδή τα επίπεδα της MAO δεν επιστρέφουν σύντομα στα προ της έναρξης της θεραπείας. Γενικά, απαιτείται περίοδος 2 εβδομάδων ώστε να απομακρυνθεί πλήρως η δράση των φαρμάκων αυτών, και να είναι δυνατή η έναρξη ενός άλλου αντικαταθλιπτικού. Πριν την αλλαγή της θεραπείας από κάποιο άλλο αντικαταθλιπτικό σε MAOIs, θα πρέπει να περάσουν τουλάχιστον 2 εβδομάδες μετά τη διακοπή ΤΚΑ ή SSRI, και 5-6 εβδομάδες μετά τη διακοπή φλουοξετίνης.

Παρενέργειες: Στις παρενέργειες περιλαμβάνεται η ορθοστατική υπόταση, η οποία είναι δοσοεξαρτώμενη και επιδεινώνεται σε ασθενείς που λαμβάνουν συγχρόνως διουρητικά και αντιυπερτασικά. Μπορεί

επίσης να παρατηρηθούν παρενέργειες από το ΚΝΣ, όπως αϋπνία και ανησυχία. Υπερτασική κρίση μπορεί να συμβεί με την κατανάλωση τροφών που περιέχουν τυραμίνη ή τη χρήση συμπαθητικομιμητικών ουσιών, όπως L-dopa και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα, σοβαρή υπέρταση, μυδρίαση, έντονη κεφαλαλγία, εφίδρωση, ναυτία, και εμετό. Η θεραπεία της κρίσης συνίσταται σε χορήγηση φαρμάκων που αποκλείουν τους α-αδρενεργικούς υποδοχείς, όπως η φεντολαμίνη 5mg ενδοφλεβίως, σε επαναλαμβανόμενη χορήγηση μέχρι να αντιμετωπισθεί η υπέρταση. Φάρμακα που αναστέλλουν τα ιόντα ασβεστίου, όπως η νιφεδιπίνη, μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν σε ελαφρές ή μέτριες περιπτώσεις, παρόλο που πρόσφατες αναφορές υποδεικνύουν αυξημένο κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου με τη χρήση νιφεδιπίνης. Φάρμακα που αποκλείουν τους β-αδρενεργικούς υποδοχείς δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται επειδή τείνουν να αυξάνουν την αγγειοσυστολή και να επιδεινώνουν την υπέρταση. Μπορεί επίσης να αναφερθούν σεξουαλικές παρενέργειες, όπως καθυστέρηση στην εκσπερμάτιση, ανικανότητα και ανοργασμία. Άλλες παρενέργειες των MAOIs είναι η αύξηση βάρους, οι παρενέργειες αντιχολινεργικού τύπου, και οι μυϊκές συσπάσεις (μυοκλονίες) (οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν με βιταμίνη B₆).

Υπερδοσολογία: Οι MAOIs είναι επικίνδυνοι σε περίπτωση υπερδοσολογίας. Στο πλάσμα είναι δύσκολο να μετρηθούν επειδή κυκλοφορούν σε πολύ χαμηλά επίπεδα, και επομένως η παρακολούθηση των επιπέδων τους δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμη. Τα συμπτώματα από υπερδοσολογία αρχίζουν 12 ώρες μετά την λήψη της και φτάνουν στην κορύφωση μετά από 24 ώρες. Αρχικά οι ασθενείς μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί, αλλά αργότερα παρουσιάζουν υπερπυρεξία και αστάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Άτυπα Αντικαταθλιπτικά

Τα φάρμακα αυτά δε σχετίζονται χημικά με τα αντικαταθλιπτικά που προαναφέρθηκαν.

Τραζοδόνη

Η τραζοδόνη αναστέλλει την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, δρα ως 5-HT₂ ανταγωνιστής, και πιθανόν να δρα ως σεροτονομιμητική ουσία, μέσω ενός κύριου μεταβολίτη, της μεταχλωροφαινυλπιπεραζίνης (m-CPP). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της τραζοδόνης οφείλονται κυρίως στον α-αδρενεργικό αποκλεισμό και στην αντισταμινική της δράση. Η τραζοδόνη απορροφάται καλά μετά την από του στόματος λήψη και τα επίπεδα της φθάνουν στο μέγιστο μέσα σε 2 ώρες. Η ημιπερίοδος ζωής είναι μικρή, 6-11 ώρες, ενώ η απέκκριση της γίνεται από τους νεφρούς. Κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν την καταστολή, την ορθοστατική υπόταση, τη ναυτία, και τον εμετό, οι οποίες μπορούν να μειωθούν όταν το φάρμακο χορηγείται σε διαιρεμένες δόσεις ή πριν την κατάκλιση ή μαζί με το φαγητό. Η τραζοδόνη δεν έχει την κινιδινική δράση στη καρδιά που έχουν τα ΤΚΑ, και συνδέεται σπάνια με αρρυθμίες. Ο πριαπισμός (παρατεταμένη επώδυνη στύση) είναι μία σπάνια παρενέργεια που μπορεί να συμβεί τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Για την παρενέργεια αυτή θα πρέπει οι ασθενείς να είναι εκ των προτέρων ενημερωμένοι ώστε να ζητήσουν επείγουσα ιατρική βοήθεια εάν τους συμβεί. Η τραζοδόνη στην Ελλάδα είναι διαθέσιμη σε δισκία 50 και 100 mg (στις ΗΠΑ σε: δισκία 50, 100, 150, και 300 mg). Η συνήθης δόση για τον ενήλικα κυμαίνεται από 200-600 mg/ημέρα, αν και δόση 50 mg/ημέρα μπορεί να χρησιμοποιηθεί με στόχο μόνο την αϋπνία. Ο ασθενής μπορεί να αρχίσει την θεραπεία με 50 mg/ημέρα και να αυξάνει τη δόση του κατά 50 mg/ημέρα κάθε 2-3 ημέρες, ανάλογα με την εμφάνιση παρενεργειών, μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Νεφαζοδόνη

Η νεφαζοδόνη είναι παρόμοια χημικά με την τραζοδόνη, αλλά με μικρότερο α-αδρενεργικό αποκλεισμό και αντισταμινική δράση, και πιθανόν μικρότερη πιθανότητα καταστολής και πριαπισμού. Η νεφαζοδόνη αναστέλλει την επαναπρόσληψη σεροτονίνης, αλλά αποκλείει επίσης μετασυναπτικά τον 5-HT₂ υποδοχέα. Η ημιπερίοδος ζωής της είναι περίπου 5 ώρες. Είναι ισχυρός αναστολέας του ισοενζύμου 3A4 και ασθενής αναστολέας του ισοενζύμου 2D6 του κυτοχρώματος P-450. Έτσι μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα συγχωρηγούμενων φαρμάκων που μεταβολίζονται από τα ισοένζυμα αυτά, όπως, είναι η βουπροπιόνη, η πιμοζίδη, οι βενζοδιαζεπίνες, οι αναστολείς των ιόντων ασβεστίου (CYP 3A4), και τα ΤΚΑ (CYP 3A4, CYP 2D6) Οι πλέον συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η καταστολή, η κεφαλαλγία, η ξηροστομία και η ναυτία. Η Νεφαζοδόνη διατίθεται σε δισκία 100, και 200 mg στην Ελλάδα (στις ΗΠΑ: 100, 150 και 200 mg). Η συνήθης δόση έναρξης θεραπείας είναι 200 mg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις, και υπάρχει δυνατότητα αύξησης της δόσης κατά 100 mg κάθε εβδομάδα. Το θεραπευτικό εύρος είναι 300-600 mg/ημέρα. Επειδή οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευαίσθητοι στην αγωγή αυτή, θα πρέπει να χορηγείται σε χαμηλότερες δόσεις σε αυτό τον πληθυσμό.

Βουπροπιόνη

Η βουπροπιόνη σχετίζεται δομικά με την αμφεταμίνη, και είναι συμπαθητικομιμητικός παράγοντας. Δρα στο ντοπαμινεργικό και αδρενεργικό σύστημα, και πιθανόν σε μικρότερο βαθμό στο σεροτονινεργικό σύστημα. Απορροφάται καλά όταν χορηγείται από του στόματος, μεταβολίζεται στο ήπαρ, και απεκκρίνεται από τους νεφρούς. Μεταβολίζεται από το ισοένζυμο 3A4 του κυτοχρώματος P-450. Για το λόγο αυτό τα επίπεδα της μπορεί να αυξηθούν μετά από σύγχρονη

χορήγηση φλουοξετίνης, νεφαζοδόνης, και σε μικρότερο βαθμό σερτραλίνης και φλουβοξαμίνης. Φτάνει στα υψηλότερα επίπεδα μετά από 2 ώρες από τη χορήγηση και η ημιπερίοδος ζωής της κυμαίνεται από 8-40 ώρες. Κατά τον μεταβολισμό της παράγονται δύο ενεργοί μεταβολίτες. Οι συνηθέστερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η κεφαλαλγία, η αϋπνία, η ναυτία, και συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό. Η βουπροπιόνη δεν έχει α-αδρενεργικές ή αντιχολινεργικές δράσεις και συνεπώς δεν αναμένεται να προκαλέσει ορθοστατική υπόταση ή ξηροστομία. Παρουσιάζει σημαντικά αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης επιληπτικών κρίσεων σε δόση πάνω από 450 mg/ημέρα, ενώ σε μικρότερες δόσεις η πιθανότητα είναι 0,4%, δηλαδή παρόμοια με των άλλων αντικαταθλιπτικών. Η μορφή βραδείας αποδέσμευσης παρουσιάζει μικρότερο κίνδυνο πρόκλησης επιληπτικών κρίσεων, σε σχέση με τη μορφή άμεσης αποδέσμευσης. Επομένως σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας ή μικτής με άλλα φάρμακα υπερδοσολογίας, ο κίνδυνος εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων, βραδυκαρδίας, και καρδιακής ανακοπής είναι σημαντικός. Η χρήση της βουπροπιόνης κατά την εγκυμοσύνη δεν έχει μελετηθεί και επομένως δεν ενδείκνυται. Η βουπροπιόνη απεκκρίνεται στο γάλα του θηλασμού και για το λόγο αυτό δεν ενδείκνυται η χορήγηση της κατά την περίοδο του θηλασμού. Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται μαζί με MAOIs λόγω του κινδύνου υπερτασικής κρίσης. Τοξικά φαινόμενα από το ΚΝΣ μπορεί να συμβούν όταν η βουπροπιόνη λαμβάνεται ταυτόχρονα με ντοπαμινεργική αγωγή, όπως αμανταδίνη, και L-dopa.

Επειδή η βουπροπιόνη μεταβολίζεται στο ήπαρ, τα επίπεδα άλλων φαρμάκων που συγχορηγούνται και μεταβολίζονται επίσης στο ήπαρ, όπως η καρβαμαζεπίνη, η σιμετιδίνη, και η φαινυντοίνη, θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά. Η βουπροπιόνη είναι διαθέσιμη (στις ΗΠΑ και όχι στην Ελλάδα) σε μορφή άμεσης αποδέσμευσης, δισκία 75

και 100 mg, που χορηγούνται δύο φορές την ημέρα και σε μορφή παρατεταμένης αποδέσμευσης, δισκία 100 και 150 mg, που χορηγούνται μία φορά την ημέρα. Η δόση έναρξης στους ενήλικες είναι 150 mg/ημέρα, και αυξάνεται όχι ταχύτερα από 100 mg/ημέρα σε 3 μέρες, λόγω του κινδύνου επιληπτικών κρίσεων. Η συνήθης επιδιωκόμενη δόση είναι 300 mg/ημέρα, ενώ η μέγιστη δόση δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 450 mg/ημέρα.

Πίνακας 10: Συνήθεις Βενζοδιαζεπίνες – Κλινικά χαρακτηριστικά

Φάρμακο *	Ισοδυναμία Δοσολογίας (mg)	Ταχύτητα	Κατανομή	Ημιπερίοδος ζωής (ώρες): διάρκεια δράσης
Αλπραζολάμη	0.5	μέτρια	ενδιάμεση	6-20: βραχείας δράσης
Κλοναζεπάμη	0.25	μέτρια	ενδιάμεση	18-50: μακράς δράσης
Χλωροδιαζεποξίδη	10.0	μέτρια	βραδεία	30-100: μακράς δράσης
Διαζεπάμη	5.0	ταχεία	ταχεία	30-100: μακράς δράσης
Λοραζεπάμη	1.0	μέτρια	ενδιάμεση	10-20: βραχείας δράσης
Τεμαζεπάμη	30.0	μέτρια	ταχεία	8-20: βραχείας δράσης

* Χορήγηση από το στόμα

Αγχολυτικά

Βενζοδιαζεπίνες

Τα φάρμακα της ομάδας αυτής είναι τα πλέον συχνά χρησιμοποιούμενα στη θεραπεία του άγχους. Έχουν επίσης ηρεμιστικές, υπνωτικές, αντιεπιληπτικές, και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες. Σε χαμηλότερες δόσεις έχουν αγχολυτική δράση, ενώ σε υψηλότερες, κατασταλτική – υπνωτική δράση. Οι βενζοδιαζεπίνες δρουν στο νευροδιαβιβαστικό σύστημα του GABA.

Βαρβιτουρικά

Με την είσοδο των βενζοδιαζεπινών στην φαρμακευτική αγορά, έγινε εμφανής η ανωτερότητα τους έναντι των βαρβιτουρικών στον τομέα της ασφάλειας κατά την υπερδοσολογία και στον τομέα της κατάχρησης. Έτσι τα βαρβιτουρικά, όπως η σεκοβαρβιτάλη, η πεντοβαρβιτάλη, και η μεπροβαμάτη, δεν χρησιμοποιούνται πλέον στη θεραπεία του άγχους.

Βουσπιρόνη

Η βουσπιρόνη δρα στο σεροτονεργικό σύστημα ως σεροτονινεργικός αγωνιστής, μειώνοντας ταυτόχρονα τη συνολική ποσότητα της σεροτονίνης στον οργανισμό. Η δράση της δεν υποκαθιστά αυτή των βενζοδιαζεπινών. Η βουσπιρόνη έχει εγκριθεί για την αντιμετώπιση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, αλλά χρησιμοποιείται επίσης συχνά ως ενισχυτικός παράγοντας άλλων φαρμάκων, όπως των SSRIs. Η βουσπιρόνη είναι διαθέσιμη σε δισκία 10 mg στην Ελλάδα (και 5, 10, 15, 30 mg στις ΗΠΑ). Το κυριότερο μειονέκτημα της είναι η αργή έναρξη της αγχολυτικής δράσης (συνήθως 1 έως 2 εβδομάδες). Το μέγιστο αποτέλεσμα εμφανίζεται σε 4 έως 6 εβδομάδες. Μεταβολίζεται στο ήπαρ, και η ημιπερίοδος ζωής της είναι 2 έως 12 ώρες. Η αρχική δόση είναι 5 mg τρεις φορές την ημέρα. Δόσεις 10 mg τρεις φορές την ημέρα είναι αποτελεσματικές και θα μπορούσαν να αυξηθούν μέχρι 20 mg τρεις φορές την ημέρα. Παρενέργειες περιλαμβάνουν την ανησυχία και, λιγότερο συχνά, την κεφαλαλγία, τη γαστρεντερική δυσφορία, και την ζάλη. Τα πλεονεκτήματά της είναι η έλλειψη καταστολής και η μικρή πιθανότητα για κατάχρηση ή εμφάνιση συμπτωμάτων απόσυρσης, σε σχέση με τις βενζοδιαζεπίνες. Η βουσπιρόνη θα μπορούσε επίσης να χρησιμοποιηθεί για την

αντιμετώπιση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας που προέρχεται από λήψη SSRIs.

Άλλες Βιολογικές Μορφές Θεραπείας

Υπάρχουν και κάποιες άλλες μορφές βιολογικών θεραπειών διαθέσιμες για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών διαταραχών και ορισμένων από τις αγχώδεις διαταραχές.

Ηλεκτροθεραπεία

Η ηλεκτροθεραπεία (ECT) είναι μία ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία για ασθενείς με μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, ιδιαίτερα με μελαγχολικά ή ψυχωσικά στοιχεία, μανία, κατατονία, και πιθανόν άλλες μορφές ψύχωσης. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τη θεραπεία ατόμων στα οποία αντενδείκνυται η φαρμακοθεραπεία, όπως οι έγκυες γυναίκες και κάποιοι γηριατρικοί ασθενείς. Η ηλεκτροθεραπεία συνίσταται στη πρόκληση γενικευμένης επιληπτικής κρίσης, η οποία προκαλεί αλλαγές στα νευροδιαβιβαστικά συστήματα. Η αντικαταθλιπτική δράση που συνδέεται με την επιτυχή ηλεκτροθεραπεία, πιθανώς σχετίζεται με τη μείωση της λειτουργικότητας (down regulation) των συστημάτων των β-αδρενεργικών υποδοχέων.

Είναι απαραίτητη η κλινική εξέταση πριν την ηλεκτροθεραπεία. Η εξέταση περιλαμβάνει πλήρη σωματική, νευρολογική, και προαναισθητική εκτίμηση. Οι εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνουν γενική εξέταση αίματος και ούρων, ακτινογραφία θώρακος, και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Η ακτινογραφία σπονδυλικής στήλης ενδείκνυται εάν υπάρχει υποψία για κάποια βλάβη στο σημείο αυτό. Επίσης, θα πρέπει να γίνουν απεικονιστικές εξετάσεις εγκεφάλου, όπως αξονική τομογραφία (CT) ή μαγνητική τομογραφία (MRI), εάν υπάρχουν ενδείξεις επιληπτικών κρίσεων ή χωροκατακτητικής εξεργασίας. Τα

φάρμακα του ασθενούς θα πρέπει να εκτιμώνται για πιθανή αλληλεπίδραση με την πρόκληση επιληπτικής κρίσης, καθώς και με τα φάρμακα της αναισθησίας. Φάρμακα όπως το λίθιο, οι βενζοδιαζεπίνες, και η κλοζαπίνη, δεν θα πρέπει να λαμβάνονται πριν την ηλεκτροθεραπεία, επειδή παρεμβαίνουν στον ουδό και τη διάρκεια της προκλητής επιληπτικής κρίσης, όπως επίσης η λιδοκαΐνη και η θεοφυλλίνη.

Η ηλεκτροθεραπεία γίνεται συνήθως 2 έως 3 φορές την εβδομάδα. Οι διαταραχές μνήμης είναι λιγότερο συχνές με πιο αραιές συνεδρίες. Ο αριθμός των συνεδριών, εξαρτάται από την ανταπόκριση του ασθενούς και μπορεί να κυμαίνεται από 6 έως 12, αν και μπορεί να χρειαστούν μέχρι και 20. Η θεραπεία συνήθως σταματά εάν τα συμπτώματα δεν αρχίσουν να βελτιώνονται μετά από 2 συνεδρίες. Ο προκλητός ηλεκτρικός ερεθισμός μπορεί να είναι έτερο- ή αμφοτερόπλευρος. Ο ετερόπλευρος ερεθισμός προκαλεί μικρότερη διαταραχή στη μνήμη, αλλά ο αμφοτερόπλευρος είναι περισσότερο αποτελεσματικός. Η γνωστική κατάσταση του ασθενούς θα πρέπει να ελέγχεται ανάμεσα στις συνεδρίες, για παράδειγμα με την Βραχεία Εξέταση της Γνωστικής Κατάστασης (MMSE), ώστε να διαπιστώνεται η επανάκτηση ικανοποιητικής γνωστικής λειτουργίας πριν την επόμενη συνεδρία. Εάν η εξέλιξη της θεραπείας είναι θετική ο ασθενής μπορεί να αρχίσει φαρμακευτική αγωγή συντήρησης ή να συνεχίσει τις συνεδρίες μέχρι την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.

Οι μόνες απόλυτες αντενδείξεις για ηλεκτροθεραπεία είναι οι χωροκατακτητικές εξεργασίες του εγκεφάλου και η αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, που μπορεί να προκαλέσουν εγκολασμό του στελέχους και αιμορραγία. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου επίσης, που συνέβη τις τελευταίες δύο εβδομάδες αυξάνει τη νοσηρότητα και θνητότητα. Η συχνότητα θανάτου από ηλεκτροθεραπεία είναι περίπου

0,002% και συνήθως περιλαμβάνει ασθενείς με ιστορικό καρδιακής νόσου.

Συνήθεις παρενέργειες σχετιζόμενες με την ηλεκτροθεραπεία είναι η σύγχυση και το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο. Το ενδιαφέρον των κλινικών εστιάζεται όμως συνήθως στη διαταραχή της μνήμης. Τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς επανέρχονται στην προηγούμενη γνωστική λειτουργικότητα σε 6 περίπου μήνες μετά το τέλος των συνεδριών. ασθενείς που παρουσιάζουν προβλήματα μνήμης που επιμένουν, συνήθως δεν έχουν τη δυνατότητα μνημονικής ανάκλησης των γεγονότων που συνέβησαν κατά την εποχή των συνεδριών.

Φωτοθεραπεία

Η κύρια ένδειξη για φωτοθεραπεία είναι η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται συνήθως από καταθλιπτικά επεισόδια κατά τη διάρκεια του φθινοπώρου και του χειμώνα. Ο ασθενής εκτίθεται σε τεχνητό φως 2.500 περίπου lux (200 φορές φωτεινότερο από τις οικιακές λάμπες) μία ή δύο φορές την ημέρα. Οι συχνότερες παρενέργειες είναι η κεφαλαλγία, ο πόνος στα μάτια και η ευρεθιστότητα.

Ψυχοχειρουργική

Η ψυχοχειρουργική ενδείκνυται συνήθως σε ανθιστάμενες στη θεραπεία περιπτώσεις αγχωδών διαταραχών ή κατάθλιψης -ιδιαίτερα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Οι ασθενείς θα πρέπει να μην έχουν απαντήσει σε πολλαπλές κλασικές θεραπείες πριν παραπεμφθούν για νευροχειρουργική αντιμετώπιση. Τα κριτήρια επιλογής είναι αυστηρά, αλλά μόνο 30-60 % αυτών που τα πληρούν μπορούν να αναμένουν βελτίωση στα

συμπτώματα, ενώ λιγότεροι από 3% των ασθενών που αντιμετωπίζονται με αυτή τη μέθοδο παρουσιάζουν επιδείνωση. Οι σύγχρονες τεχνικές είναι λιγότερο παρεμβατικές και περισσότερο εστιασμένες, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος αλλαγών στη γνωστική ικανότητα και την προσωπικότητα να είναι μειωμένος, όπως επίσης και η νοσηρότητα και θνησιμότητα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι διπολικές διαταραχές και συγκεκριμένα της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας είναι μία περιοχή μεγάλης επιστημονικής και κλινικής σημασίας. Στοιχεία που προκύπτουν από τη διαγνωστική διαδικασία σχετικά με τη συχνότητα, τη φαινομενολογία, το οικογενειακό ιστορικό και τη χρονική διάρκεια τονίζουν την πιθανότητα της διατήρησης, της διαταραχής αυτής στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή αν και η σημασία των κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων επικινδυνότητας χρειάζεται περισσότερη έρευνα.

Η πιθανότητα χρόνιας υποστροφής φύσης των διαταραχών αυτών και τα αρνητικά τους αποτελέσματα πάνω στην ταυτότητα και την αυτοεκτίμηση των εφήβων δείχνουν ότι τα θέματα θεραπευτικής αντιμετώπισης και προφύλαξης πρέπει να αντιμετωπίσουν με βάση καλά σχεδιασμένες κλινικές έρευνες.

Πριν από την έναρξη της θεραπείας απαιτείται προσωπική, ψυχιατρική και ιατρική εξέταση. Πιθανή συνύπαρξη κατάχρησης ουσιών πρέπει να εκτιμηθεί και να αντιμετωπισθεί. Οι παράγοντες που καθοδηγούν την επιλογή της αγωγής περιλαμβάνουν την ικανότητα του εφήβου να συνεργαστεί τον κίνδυνο αυτοκτονικής ή φονικής συμπεριφοράς, την ύπαρξη ψυχοκοινωνικών στηριγμάτων και άλλες κλινικές παραμέτρους, την ύπαρξη ψυχοκοινωνικών στηριγμάτων και άλλες κλινικές παραμέτρους, που ενδεχομένως καθιστούν την εξωνοσοκομειακή νοσηλεία όχι ασφαλή ή μη αποτελεσματική. Σε αυτή την περίπτωση η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία θεωρείται απαραίτητη για να προστατευτεί ο ασθενής και για να αντιμετωπισθεί με θεραπευτική επάρκεια.

Η διάγνωση και η καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση των διπολικών διαταραχών στα παιδιά και στους εφήβους απαιτούν περαιτέρω έρευνα. Επιπλέον χρειάζεται ανάπτυξη και εκτίμηση της

αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων για να βελτιωθεί η τύχη των παιδιών που προέρχονται από γονείς με διπολική διαταραχή.

Η έρευνα στους γενετικούς μηχανισμούς της διπολικής νόσου αποτελεί προτεραιότητα, γιατί θα συμβάλλει στην πιο έγκυρη διάγνωση και θα οδηγήσει σε πιο εξειδικευμένες θεραπείες. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα για τη διπολική διαταραχή II ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή – σε αντίθεση με την διπολική I χρειάζονται περισσότερη επεξεργασία και διευκρίνιση. Η διακοπή του λιθίου πρέπει να γίνεται σταδιακά, για να αποφευχθεί η πρόιμη επάνοδος των συμπτωμάτων. Παρ' όλο που δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για την καρβαμαζεπίνη οι περισσότεροι κλινικοί συνιστούν σταδιακή ελάττωση της δόσης.

Αρκετά ερωτήματα παραμένουν για να εξεταστούν σε περαιτέρω έρευνες. Σε ποιο βαθμό μπορούμε να απαλύνουμε την ψυχική λειτουργία που ενίοτε δομείται γρήγορα και που χαρακτηρίζεται από υπερβολική ευαισθησία και μαζοχισμό; Μ' αυτό τον τρόπο καλύπτεται μια ακραία ναρκισσιστική ευαλωτότητα.

Η ενημέρωση της οικογένειας γύρω από τη φύση και την πορεία της νόσου θεωρείται απαραίτητη. Υπάρχουν στοιχεία ότι παιδιά προεφηβικής ηλικίας στην αρχή της νόσου παρουσιάζουν κύκλους όπου δυσφορία, υπομανία και διέγερση συχνά προϋπάρχουν, ενώ οι ακραίες καταστάσεις της κατάθλιψης και της μανιακής διέγερσης είναι οι πιο συχνές με την έναρξη της εφηβείας.

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι τα ψυχωτικά συμπτώματα είναι πιο συχνά σε μανιακούς με έναρξη της νόσου στην εφηβεία απ' ότι αν η νόσος αρχίσει μετά τα τριάντα.

Η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή αντιμετώπιση και η προφύλαξη, είναι παράμετροι σημαντικές για να ελαττωθούν οι κίνδυνοι και να περιοριστούν το άγχος και η τρικυμιώδης διαταραχή στη ζωή του πάσχοντα παιδιού, εφήβου και της οικογένειάς του.[19]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Πολλά πρέπει να Γίνουν, Πολλά μας Δίνουν Ελπίδα

Έχουν γίνει τεράστια βήματα για την κατανόηση των διπολικών διαταραχών. Υπάρχουν ακόμη πολλά που πρέπει να γίνουν. Η διάγνωση πρέπει να είναι πιο ακριβής και να στηρίζεται σε πιο ειδικούς δείκτες. Σήμερα, τα ήπια συμπτώματα αναμιγνύονται με αποδεκτές κοινωνικές συμπεριφορές, κάνοντας την πρόωμη ανίχνευση της διπολικής νόσου δύσκολη, αν όχι αδύνατη. Έτσι, στους περισσότερους ασθενείς, η διάγνωση της νόσου δεν γίνεται παρά όταν τα συμπτώματα οδηγήσουν σε ένα πλήρες και σοβαρό επεισόδιο. Σε συνδυασμό με τη βελτίωση της διάγνωσης, η έρευνα πρέπει να αποκαλύψει τους παράγοντες κινδύνου και τους αναπτυξιακούς δείκτες που έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα πρόβλεψης της έναρξης της νόσου. Οι γνώσεις μας για τους παράγοντες κινδύνου είναι τόσο γενικές, ώστε η δημιουργία ενός επιθετικού προγράμματος δημόσιας πρόληψης είναι αδύνατη. Αυτό οφείλεται εν μέρει στους περιορισμούς και στα ευρήματα της έρευνας και στην απουσία πολιτικής για τη δημόσια υγεία.

Στις ΗΠΑ δεν υπάρχει δημόσια καταχώρηση που να επιτρέπει την παρακολούθηση της πορείας της νόσου. Επίσης, στις ΗΠΑ η απουσία δημόσιας ασφάλειας υγείας και η ανεπάρκεια κάλυψης των ψυχικών διαταραχών από τις ιδιωτικές ασφάλειες εμποδίζουν πολλούς ανθρώπους να απευθυνθούν σε ειδικούς της ψυχικής υγείας, όταν τα συμπτώματα τους είναι ακόμη ήπια και η διάγνωση είναι αβέβαιη. Οι ιατροί απαγορεύεται να προσφέρουν υπηρεσίες και να προσπαθούν να προλάβουν τα διπολικά επεισόδια, όταν η οικονομική επαναχρηματοδότηση απαιτεί διάγνωση κατά το DSM. Τα άτομα που οργανώνουν την πολιτική τακτική, οι ασφαλιστές, οι ερευνητές και οι ασθενείς πρέπει επίσης να επιμείνουν στη μεγαλύτερη ακρίβεια με την

οποία καταγράφονται τα ιστορικά ψυχικής υγείας, τα θεραπευτικά σχέδια και οι θεραπευτικές σημειώσεις. Τα σφαιρικά ή τα γενικά ιστορικά δεν Προσφέρουν σχεδόν καμία βοήθεια στους ερευνητές και μπορεί να δώσουν λανθασμένα ευρήματα. Οι γενικές ή οι απρόσεκτες ψυχιατρικές σημειώσεις μπορεί να δώσουν λανθασμένες πληροφορίες για τους ασθενείς, όταν αυτοί μεταφέρονται από τη μία κλινική στην άλλη.

Ωστόσο, οι ασθενείς και οι οικογένειες τους μπορούν να ελπίζουν. Στις μεγάλες ερευνητικές και θεραπευτικές κοινότητες παγκοσμίως, οι διπολικές διαταραχές θεωρούνται νευροβιολογικές παθήσεις. Επίσης, είναι γνωστό ότι τα άτομα με αυτή τη νόσο χρειάζονται ειδικές ιατρικές, περιβαλλοντικές και υποστηρικτικές παρεμβάσεις για όλη τους τη ζωή. Ως αποτέλεσμα, έχει δοθεί μεγάλη σημασία στη δουλειά με την οικογένεια και με την κοινωνία όπου ζουν οι ασθενείς. Επίσης, υπάρχει λόγος να πιστεύουμε ότι η ακρίβεια των μεθόδων διάγνωσης της διπολικής διαταραχής θα βελτιωθεί. Η εξέλιξη του SPECT και άλλων απεικονιστικών τεχνικών δείχνει ότι βρισκόμαστε στο όριο της ανακάλυψης των νευροβιολογικών δεικτών για τη διάγνωση των διπολικών διαταραχών. Οι βιολογικές μετρήσεις θα κάνουν τελικά τη διάγνωση ανεξάρτητη από τη συμπεριφορική παρατήρηση των συμπτωμάτων.

Μελλοντικά φάρμακα και γενετικές θεραπείες διατηρούν την ελπίδα πλήρους θεραπείας ή τουλάχιστον ελέγχου της διπολικής διαταραχής για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Αναμένονται τεράστια θεραπευτική επανάσταση, καθώς η έρευνα προχωρά στην καταγραφή του DNA και στην ανακάλυψη των γονιδίων που είναι υπεύθυνα για τη διπολική διαταραχή. Επίσης, η έρευνα με τα αρχέγονα κύτταρα δίνει νέες ελπίδες για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Η δημόσια πολιτική, οι νόμοι και τα υποστηρικτικά συστήματα της κοινωνίας αλλάζουν αργά, αλλά θετικά.

Τα κυβερνητικά τμήματα που σχεδιάζουν τη δημόσια ψυχική υγεία ενημερώνονται ότι οι διπολικές διαταραχές προσβάλλουν τα παιδιά, τους εφήβους, τους ενήλικες και τους ηλικιωμένους.[5]

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, "Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ψυχιατρική νοσηλευτική", Αθήνα 2005, Σελ 282-296, 299-306, 306-317.
2. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, "Νευρικό σύστημα. Ψυχιατρική-Ψυχανάλυση", 4ος τόμος, Σελ 714-722.
3. Δρ. Γεώργιος Παπαζήσης, Ειδ/νος Ψυχίατρος, "Ψυχιατρική", Θεσ/νικη 2005 Σελ 24-31, 32-35.
4. Κρ. Χριστιανόπουλος "Βασική Παιδοψυχιατρική. Διπολική διαταραχή σε παιδιά και εφήβους" Σελ 45-76.
5. Taylor and Francis Group "Άτλας διπολικών διαταραχών" Ιατρικές εκδόσεις Βαγιονάκης Σελ 11-15, 17-18, 31-37, 62-64, 73-84, 111-112.
6. John W. Santrock, "Child development" Tenth edition Σελ 356-358.
7. Kathleen M. Speer "Pediatric care planning" 3rd edition Σελ 309-310.
8. Duane P. Schultz, Ellen Scultz "theories of personality" Σελ 453-460.
9. Marc de Hert, Eric Thys, geerdt Magiels, Sabien Wyckheart "Anything or nothing. Self-guide for people with biopolar disorder".
10. Χρ.Δ. Πλατή "Γεροντολογική Νοσηλευτική" Έκδοση Ζ Αθήνα 2006 Σελ 349-352.
11. Guy Goodwin and Gary Sachs, "Biopolar Disorder" Health press www.Fastfacts.com
12. Eric Hollander MD, Cheryl M. Wong "Οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές. Σύγχρονες τάσεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση" Σελ 13-43.
13. Μ.Γ. Μαδιανός "Η ψυχοκοινωνική αποκατάστασή από το άσυλο στην κοινότητα" ελληνικά γράμματα Σελ 175-179.
14. Melissa Srearing "biopolar disorder" January 2007. <http://www.nimh.nih.gov>

15. Phyco MedNet Hellas Επιμελητής Πέτρος Σκαπινάκης Ψυχίατρος
<http://www.mednet.gr/phyco/depr2.htm>.
16. <http://www.e-phycology.gr>.
17. <http://www.mhhe.com/santrock cd10>.
18. <http://www.phych.upeum.edu/selingman>.
19. Paul M. Muchinsky "Psychology applied to work" 7th edition Σελ 21-53.
20. Ann Birch "developmental psychology from infancy to adulthood" 2nd edition Σελ 127-150, 155-200.
21. John P.J. Pinel "Biopsycology" 5th edition Σελ 162-200.
22. Βασική Παιδοψυχιατρική, Β' τόμος, σελ. 406-428, Washington D.C.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	7
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ.....	7
ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	9
ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΓΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑ.....	11
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	12
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	15
ΜΑΝΙΑ.....	15
Συμπτώματα της Μανίας.....	16
Φαρμακευτική θεραπεία για τη μανία.....	17
Ενδείξεις.....	18
Παρενέργειες του λιθίου και νοσηλευτικές ευθύνες.....	18
Αντενδείξεις χορήγησης λιθίου.....	20
Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με μανία.....	20
<i>Νοσηλευτικές προτεραιότητες.....</i>	<i>20</i>
<i>Αρχές επικοινωνίας με τον μανιακό άρρωστο.....</i>	<i>21</i>
<i>Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μανία όλων των τύπων.....</i>	<i>22</i>
<i>Νοσηλευτική διάγνωση /Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....</i>	<i>23</i>
<i>Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων.....</i>	<i>23</i>
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	26
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	27
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	28
Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	29

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ	33
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	38
Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μείζονα κατάθλιψη (ως μοναδικό επεισόδιο), τη μείζονα κατάθλιψη (ως υποτροπιάζον επεισόδιο) και τη δυσθυμία	39
Νοσηλευτική διάγνωση: Μεγάλος κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικότητας εναντίον εαυτού	39
Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων	40
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	41
Νοσηλευτική διάγνωση: Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας	45
Νοσηλευτικοί σκοποί / Κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παραμβάσεων	47
Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	50
Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες	51
Αντενδείξεις χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	52
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	53
Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με τάση αυτοκτονίας	53
Μύθοι και δεδομένα για την αυτοκτονία	56
Νοσηλευτική εκτίμηση. Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου	59
Νοσηλευτικοί σκοποί, αρχές και παρεμβάσεις	60
Ειδικές οδηγίες νοσηλευτικής φροντίδας αυτοκτονικού αρρώστου	61
Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου	65
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	67
ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ...	71
Αντικαταθλιπτικά	71
Αντικαταθλιπτική Δράση	71

Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs)	72
Σεξουαλική Δυσλειτουργία Οφειλόμενη στους SSRIs	78
Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης και Νορεπινεφρίνης (SNRIs).....	80
Βενλαφαξίνη.....	81
Μιρταζαπίνη	82
Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά (TKA)	82
Αναστολείς Μονοαμινοοξειδάσης (MAOIs)	87
Άτυπα Αντικαταθλιπτικά	91
<i>Τραζοδόνη</i>	91
<i>Νεφαζοδόνη</i>	92
<i>Βουπροπιόνη</i>	92
Αγχολυτικά.....	94
<i>Βενζοδιαζεπίνες</i>	94
<i>Βαρβιτουρικά</i>	95
<i>Βουσπιρόνη</i>	95
Άλλες Βιολογικές Μορφές Θεραπείας.....	96
<i>Ηλεκτροθεραπεία</i>	96
<i>Φωτοθεραπεία</i>	98
<i>Ψυχοχειρουργική</i>	98
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	100
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	105