

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙ-  
ΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ - SUICIDAL IDEATION  
AND MENTAL DISORDERS»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ :

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ

ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ ΣΙΔΕΡΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ



ΠΑΤΡΑ 2015

*“But in the end one needs more courage to live than to kill himself.”*

*- Albert Camus -*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ø Πρόλογος .....	5
Ø Περίληψη – Summary.....	6
Ø Εισαγωγή.....	8
Ø <b><u>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup></u></b>	
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	11
1.2 Στοιχεία σχετικά με την Αυτοκτονικότητα.....	14
1.3 Πολυαξονικό Σύστημα Ταξινόμησης DSM – IV – TR.....	20
Ø <b><u>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup></u></b>	
2.1 Αυτοκτονικός Ιδεασμός & Αυτοκτονία.....	23
2.2 Αναγνώριση αυτοκτονικού ασθενούς.....	26
2.3 Πρόληψη – Μέθοδοι πρόληψης αυτοκτονικού ασθενούς.....	28
2.4 Παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία.....	31
Ø <b><u>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup></u></b>	
3.1 Ψυχικές διαταραχές με αυτοκτονικό ιδεασμό.....	36
- 3.1.1 Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία.....	36
- 3.1.2 Διαταραχές συνδεόμενες με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.....	42
- 3.1.3 Διπολική Διαταραχή.....	46
- 3.1.4 Δυσθυμική Διαταραχή.....	50
- 3.1.5 Μείζων καταθλιπτική Διαταραχή.....	53
- 3.1.6 Μετατραυματική Διαταραχή Στρες.....	57
- 3.1.7 Οριακή – Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας.....	61
- 3.1.8 Σχιζοφρένεια.....	64
- 3.1.9 Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή.....	72
Ø <b><u>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup></u></b>	
4.1 Αντιμετώπιση αυτοκτονικού ασθενούς.....	77
4.2 Θεραπευτική προσέγγιση αποπειραθέντων ασθενών.....	80
4.3 Θεραπευτικές παρεμβάσεις ψυχικών διαταραχών.....	86
4.4 Εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας.....	100

Ø **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>**

5.1 Οι επαγγελματίες που εμπλέκονται στην πρόληψη, στη διαχείριση και στη θεραπεία των ψυχολογικών προβλημάτων.....	109
5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	111

Ø **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>**

Ορισμοί.....	116
Ø Κλινικές περιπτώσεις & Νοσηλευτική Διεργασία.....	119
Ø Βιβλιογραφία.....	129
Ø Παράρτημα Α'.....	135

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στο Ανώτερο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας στη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας και συγκεκριμένα στο τμήμα της Νοσηλευτικής.

Στόχος της πτυχιακής μας εργασίας είναι η μελέτη του αυτοκτονικού ιδεασμού και οι ψυχικές διαταραχές που οδηγούν σε αυτόν.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Χρήστο Μαρνέρα, ο οποίος μας βοήθησε ώστε να ολοκληρωθεί η πτυχιακή μας εργασία. Τον ευχαριστούμε πολύ για όλα όσα μας δίδαξε, για την καθοδήγησή του, τις συμβουλές του και τις ώρες που μας αφιέρωσε.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας για την κατανόηση και την υπομονή και όλους όσους βοήθησαν για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ψυχικές διαταραχές, μέχρι την περίοδο της Αναγέννησης, θεωρούνταν από τους ανθρώπους κάτι εξωπραγματικό, «δαιμονικό» θα λέγαμε, οι οποίες δεν μπορούσαν να γίνουν κατανοητές. Το ίδιο ίσχυε και για την αυτοκτονική συμπεριφορά των ανθρώπων, τους οποίους θέλανε να πιστεύουν ότι «τιμωρούσαν» ως εγκληματίες μετά την αυτοκτονική τους πράξη.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να παρουσιάσουμε ορισμούς και στοιχεία σχετικά με την αυτοκτονικότητα. Να αναλύσουμε τον όρο «αυτοκτονικός ιδεασμός», «αυτοκτονία» και πως αναγνωρίζεται ο αυτοκτονικός ασθενής. Επίσης, ποιες είναι οι μέθοδοι πρόληψης των αποπειραθέντων ασθενών και ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου που μπορούν να οδηγήσουν σε αυτήν.

Στη συνέχεια, αναπτύσσουμε τις ψυχικές διαταραχές που μπορεί να επιφέρουν αυτοκτονικό ιδεασμό και αυτοκτονικές συμπεριφορές. Ακόμη, με ποιους τρόπους πρέπει να αντιμετωπίσουμε τον αυτοκτονικό ασθενή και ποιες είναι οι θεραπευτικές προσεγγίσεις του αλλά και ποιες είναι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στις ψυχικές αυτές διαταραχές.

Τέλος, παρουσιάζουμε τη θέση και το ρόλο του νοσηλευτή, όπως επίσης και τη γραμμή υποστήριξης ατόμων και συγγενών που χρήζουν βοήθεια σχετικά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, τις αυτοκτονικές συμπεριφορές και τις ψυχικές διαταραχές.

## **SUMMARY**

Mental disorders until the dawn of the Renaissance were considered extraordinary and may we say "demonic" as a result not to be understandable.

Considered as a deadly sin the same spectrum was applied to those who were "tortured" by suicidal behavior and actually punished as criminals after their suicidal act.

The purpose of this thesis is to present definitions and data on suicidality. To analyze the term "suicidal ideation", "suicide" and that the suicidal patient recognized.

Also, what are the methods of prevention suicidal patients and what are the risk factors that can lead to it. Then, we develop the mental disorders that can lead to suicidal ideation and suicidal behaviors. Moreover, the ways in which we must face the suicidal patient and what treatment approaches but also what are the therapeutic interventions in these mental disorders.

Finally, we present the position and role of the nurse as well as the line support persons and relatives needing help with suicidal ideation, suicidal behaviors and mental disorders.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα παγκόσμιο φαινόμενο που έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις και στη χώρα μας είναι οι απόπειρες αυτοκτονίας. Τα οικογενειακά και προσωπικά προβλήματα οδηγούν μεγάλο αριθμό ατόμων στο θάνατο. Οι σύγχρονοι άνθρωποι, τονίζουν οι ειδικοί, αντιμετωπίζουν μια πολύ ζοφερή και επικίνδυνη πραγματικότητα από αυτήν που αντιμετώπιζαν οι παλαιότερες γενιές. Στις μέρες μας, ένας στους τέσσερις ανθρώπους προβλέπεται ότι θα αντιμετωπίσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα κάποια άμεση ή έμμεση περίοδο της ζωής του.

Οι άνθρωποι που σκέφτονται την αυτοκτονία την θεωρούν ως τη μόνη τους λύση και διέξοδο στον αφόρητο ψυχικό πόνο που βιώνουν. Το 70% όλων των ατόμων που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας δείχνουν κάποια ένδειξη των σκοπών τους πριν αποπειραθούν. Γενικά οι προτάσεις που φανερώνουν συναισθήματα κατάθλιψης, μεγάλης μοναξιάς, απελπισίας μαρτυρούν αυτοκτονικές σκέψεις.

Η κατάθλιψη είναι η νούμερο ένα ψυχική διαταραχή που παρουσιάζει αυτοκτονικό ιδεασμό. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοσούν από κατάθλιψη. Σύμφωνα με ιστορικές πηγές, ιατρικά κείμενα, τη Βίβλο και άλλα αρχαία κείμενα, διαπιστώνουμε ότι η κατάθλιψη ακολούθησε την ανθρωπότητα από τα αρχικά στάδια της ύπαρξής της μέχρι σήμερα.

Η σημασία της κατάθλιψης δεν έχει να κάνει μόνο με τον αριθμό των ανθρώπων που υποφέρουν, αφορά και τον κίνδυνο της αυτοκαταστροφής, τις δυσκολίες για τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων και επαγγελματικών δραστηριοτήτων και τις επιπτώσεις στην οικογένεια.

Ωστόσο, όσο σοβαρές και αν είναι οι οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις στο άτομο, δε συγκρίνονται με αυτό που βιώνει, διότι ο ψυχικός πόνος που προκαλεί η κατάθλιψη, συχνά ξεπερνά τα ανθρώπινα μέτρα και τα όρια αντοχής. Οι ψυχικές διαταραχές σε ένα μεγάλο ποσοστό, ιδιαίτερα η κατάθλιψη και η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, συνδέονται με τα φαινόμενα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Άλλες ψυχικές διαταραχές που μπορεί να παρουσιάσουν αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η σχιζοφρένεια, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η διπολική διαταρα-



χή, η δυσθυμική διαταραχή, η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, η μετατραυματική διαταραχή στρες, ακόμα και η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία.

Επίσης, η αυτοκτονική συμπεριφορά σχετίζεται από πολλούς σύνθετους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες και είναι πιθανότερο να εμφανιστεί, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια περιόδων κοινωνικοοικονομικών και οικογενειακών κρίσεων καθώς και μεμονωμένων καταστάσεων (απώλεια αγαπημένου προσώπου ή εργασίας).

Ο ψυχολογικός, κοινωνικός και οικονομικός αντίκτυπος της αυτοκτονίας στην οικογένεια και την κοινότητα είναι ανυπολόγιστος. Αν και παραδοσιακά τα ποσοστά αυτοκτονίας ήταν υψηλότερα μεταξύ των ηλικιωμένων αντρών, τα ποσοστά μεταξύ των νέων έχουν αυξηθεί σε τέτοιο βαθμό ώστε τώρα να είναι η ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο.

[1]

## **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>**

## 1.1 Ιστορική Αναδρομή

Από τις αρχές της εμφάνισης του ανθρώπινου γένους έχουν δοθεί διάφορες εξηγήσεις για το τι είναι «τρέλα», οι οποίες έχουν διαφοροποιηθεί σημαντικά με το πέρασμα του χρόνου. Στα αρχαία κείμενα των Κινέζων, των Εβραίων και των Αιγυπτίων, η παράξενη συμπεριφορά αποδιδόταν στην κατοχή του ατόμου από πνεύματα.

Στις αρχές του 1ου αιώνα π.Χ. επικρατούσαν οι βιολογικές εξηγήσεις με τον Ιπποκράτη, για παράδειγμα, που θεωρούσε ότι η αποκλίνουσα συμπεριφορά οφείλεται στην έλλειψη ισορροπίας τεσσάρων χυμών ή στοιχείων του σώματος: της κίτρινης και της μαύρης χολής, του αίματος και του φλέγματος. Όταν υπερίσχυε η κίτρινη χολή το άτομο εμφάνιζε μανία, ενώ όταν υπερίσχυε η μαύρη χολή υπέφερε από μελαγχολία. Η θεραπεία αποσκοπούσε στη μείωση των επιπέδων του εκάστοτε κυρίαρχου χυμού με διάφορες μεθόδους π.χ. ήσυχης ζωής, χορτοφαγικής διατροφής, άσκησης, αποχής από τη σεξουαλική δραστηριότητα κ.ά.

Κατά την Ρωμαϊκή εποχή περιγράφηκαν και ταξινομήθηκαν πολλές ψυχολογικές διαταραχές καθώς και αργότερα λειτούργησαν τα πρώτα ιδρύματα για την θεραπεία των ψυχικά ασθενών.

Αργότερα κατά τον Μεσαίωνα (5<sup>ος</sup> - 16<sup>ος</sup> αιώνας) συνέχισαν οι σκληρές συμπεριφορές προς τους ψυχασθενείς με εξαίρεση όμως τους Άραβες, οι οποίοι με βάση τη Μουσουλμανική τους πίστη θεωρούσαν ότι οι ψυχασθενείς είναι αγαπητοί και διαλεγμένοι από το Θεό. Στην Ευρώπη τα χαρακτηριστικά της εποχής αυτής είναι η δαιμονολογία «η ψυχική ασθένεια είναι έργο του διαβόλου και θεραπεύεται με εξορκισμούς».

Η επικράτηση της λογικής και της επιστημονικής σκέψης άλλαξε το τοπίο την περίοδο της Αναγέννησης (15<sup>ος</sup> – 17<sup>ος</sup> αιώνας), σύμφωνα με τον ανθρωπισμό της Αναγέννησης οι άνθρωποι δεν είναι δαιμονισμένοι αλλά ψυχικά ασθενείς που χρήζουν θεραπεία. Μέχρι τότε τα περισσότερα άσυλα ήταν σε άθλια κατάσταση και οι εγκλεισμένοι σε αυτά ήταν δεμένοι, υποσιτιζόμενοι κι ακόμη σε κάποιες περιπτώσεις επιδεικνύονταν στο κοινό σαν ζώα ενός αλλόκοτου ζωολογικού κήπου.

[2]

Λίγο αργότερα στη Γαλλία τον 18<sup>ο</sup> αιώνα ένας Γιατρός ονόματι Πινέλ οργάνωσε αυτό που ονομάστηκε κίνημα της ηθικής θεραπείας, δηλαδή, έβγαλε τις αλυσί-

δες από τους ασθενείς, τους έβαλε σε φωτεινά δωμάτια, τους πρότρεπε να γυμνάζονται στην εξοχή και τους φέρονταν με ευγένεια και καλοσύνη.

Στην Αγγλία ο Ουίλλιαμ Τιούκ ίδρυσε ένα ίδρυμα «ηθικής θεραπείας» στην εξοχή. Εκεί οι ασθενείς δούλευαν, προσεύχονταν και μιλούσαν για τα προβλήματά τους.

Στις ΗΠΑ οι Ρας, Ντιξ και Μπηρς δημιούργησαν ανάλογες δομές ηθικής θεραπείας και άλλαξαν τη στάση του κόσμου, της πολιτείας και της εκκλησίας προς τους ασθενείς.

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας ασκείται από τους αρχαίους χρόνους με επικέντρωση στην περίθαλψη και τη φροντίδα των ασθενών. Η επαγγελματική, όμως, ταυτότητά της ως επιστήμη και τέχνη διαμορφώθηκε στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, περίοδο που κοινωνικο-οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες έδωσαν το έναυσμα για σημαντικές διαφοροποιήσεις και εξελίξεις σε πολλούς τομείς. Κατά την περίοδο του Διαφωτισμού σε όλες τις χώρες ο ρόλος των νοσηλευτών στα ψυχιατρικά ιδρύματα ακολούθησε μία πορεία διαφοροποίησης και εξέλιξης αλλά με διαφορετική ταχύτητα στη καθεμία από αυτές. Στις ΗΠΑ υιοθετήθηκαν νωρίτερα από άλλες χώρες, η Ελλάδα ακολούθησε αργά αλλά με σταθερότητα.

Την αυτοκτονία την καταδικάζουν όλες οι θρησκείες ως έγκλημα βαρύτατο. Στην αρχαία Ελλάδα υπήρχε νόμος σύμφωνα με τον οποίο οι αυτόχειρες δεν είχαν την ίδια ταφή όπως οι άλλοι, των οποίων η ζωή τελείωνε φυσιολογικά. Τους έθαβαν εκτός του κοινού νεκροταφείου και μάλιστα χωρίς το χέρι τους, το οποίο κράτησε το φονικό όργανο και επέφερε τα βίαια και θανάσιμα χτυπήματα και τελικά τον θάνατό τους, που το έθαβαν χωριστά από το υπόλοιπο σώμα, ακόμα ο αυτόχειρας θεωρούνταν και ανάξιος να έχει ταφόπλακα που να αναγράφει το όνομά του, ώστε κανένας να μη γνωρίζει ποιος βρίσκεται στο συγκεκριμένο τάφο. Ανάλογη ήταν η στάση προς τους αυτοκτονούντες και των άλλων λαών της αρχαιότητας.

Η Ορθόδοξη Εκκλησία ακόμα και σήμερα στηριζόμενη στην Αγία Γραφή και στην Ιερά Παράδοση θεωρεί την αυτοκτονία ως έγκλημα εναντίον της ιερότητας της ανθρώπινης ζωής και ως κλονισμό και απώλεια της πίστεως και της ελπίδας του αυτόχειρα προς τον Θεό.

[3]

## Εξέλιξη της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας

ΗΠΑ	Ελλάδα
<ul style="list-style-type: none"><li>• 1882: Ίδρυση στις ΗΠΑ της πρώτης σχολής για ψυχιατρικούς νοσηλευτές απο τη Linda Richards.</li><li>• 1914: Θεσμοθέτηση του πρώτου καθηκοντολογίου ψυχιατρικών νοσηλευτών στις ΗΠΑ.</li><li>• 1920: Έκδοση απο τη MacMillan Company του πρώτου εγχειριδίου ψυχιατρικής νοσηλευτικής.</li><li>• 1953: Ίδρυση Ινστιτούτου Νοσηλευτικής έρευνας στο Columbia University.</li><li>• 1963: Εισαγωγή του όρου νοσηλευτική διάγνωση στο Index Medicus.</li><li>• 1973: Πρώτη διαμόρφωση κριτηρίων άσκησης ψυχιατρικής νοσηλευτικής από την Αμερικανική Εταιρεία Νοσηλευτών.</li><li>• 1984: Έκδοση του πρώτου ταξινομητικού συστήματος ψυχιατρικής</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1945: Εκπαίδευση μαθητριών Νοσηλευτικής στο Δημόσιο Ψυχιατρείο.</li><li>• 1965: Η Αφροδίτη Ραγιά (Ομότιμη πλέον Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ) οργανώνει μαθήματα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας για επαγγελματίες υγείας.</li><li>• 1978: Έκδοση βιβλίου ψυχιατρικής νοσηλευτικής από την Αφροδίτη Ραγιά.</li><li>• 1985: Θέσπιση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας ως ειδικότητας από το Υπουργείο Υγείας.</li><li>• 1986: Θεσμοθέτηση Διασυνδεδετικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας από τη Μαρία Πριάμη στον «Ευαγγελισμό».</li><li>• 1990: Πρώτη ψυχιατρική νοσηλευτική ερευνητική μελέτη απο το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ.</li><li>• 2005: Έκδοση του πρώτου βιβλίου «Κοινωνική – Κοινοτική Νο-</li></ul>

<p>κών νοσηλευτικών διαγνώσεων.</p>	<p>σηλευτική Ψυχικής Υγείας», από την Αλεξάνδρα Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 2012: Έκδοση του βιβλίου «Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη. Σύγχρονες τάσεις.» από την Αλεξάνδρα Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου.</li> </ul>
-------------------------------------	---

[1]

## 1.2 Στοιχεία σχετικά με την αυτοκτονικότητα

### Δημογραφικά στοιχεία

Η εμφάνιση ψυχικών νόσων είναι συνυφασμένη με πλήθος κοινωνικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων οι οποίοι επιδρούν στην ψυχοσύνθεση του ατόμου. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, κάθε χρόνο 1.000.000 θάνατοι οφείλονται σε αυτοκτονίες, ενώ ο αριθμός των απόπειρων αυτοκτονίας είναι τουλάχιστον δεκαπλάσιος από τους θανάτους που αποδίδονται σε αυτοκτονία.

Ευρύτατες διακυμάνσεις των δεικτών αυτοκτονιών παρατηρούνται σε διάφορες χώρες του κόσμου. Ο αριθμός αυτοκτονιών σε ορισμένες χώρες φθάνει μέχρι και τις 45/100.000 (π.χ. Ουγγαρία).

Στις χώρες της Ευρώπης καταγράφεται ένα ευδιάκριτο μοντέλο κατανομής των αυτοκτονιών, όπου οι χώρες της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης εμφανίζουν συνήθως υψηλούς δείκτες αυτοκτονιών (>15/100.000 κατοίκους), ενώ, αντίθετα, οι χώρες της Νότιας Ευρώπης εμφανίζουν χαμηλούς δείκτες (<10/100.000 κατοίκους). Η Ελλάδα εμφανίζει έναν από τους χαμηλότερους δείκτες αυτοκτονιών στην Ευρώπη (4/100.000 κατοίκους).

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.), στην Ελλάδα καταγράφηκαν 4042 αυτοκτονίες την περίοδο 1999 – 2009 και τα τελευταία χρόνια η αύξησή τους ήταν πολύ μεγάλη. Η αυτοκτονία επηρεάζει όλες τις ηλικίες. Στους εφήβους, η αυτοκτονία είναι η τρίτη αιτία θανάτου, υπεύθυνη για το 14% των συνολικών θανάτων σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Το 40% των κλινικά καταθλιπτικών ασθενών ηλικίας πάνω από 17 ετών έχουν κάνει σκέψεις αυτοκτονίας.

Ο κίνδυνος θανάτου από αυτοκτονία αυξάνει με την ηλικία και το ποσοστό αυτοκτονίας για τους ανθρώπους πάνω από 65 ετών είναι υψηλότερο από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Σε άτομα 75 και άνω χωρίς καμία αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι ακόμα υψηλότερος ο παράγοντας της αυτοκτονίας.

Ακόμα πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι υπάρχουν σημαντικές αυξητικές τάσεις αυτοκτονικότητας των εφήβων και νέων που αποδίδεται στη συσσώρευση παραγόντων κινδύνου σε αυτό το ηλικιακό φάσμα όπως η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, οι ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις, η έλλειψη υποστηρικτικού πλαισίου από την οικογένεια, η ανεργία, η μετανάστευση και η αστυφιλία, η έλλειψη πολιτιστικών ή και θρησκευτικών αξιών, οι κλιματολογικές συνθήκες (μικρότερη διάρκεια ημέρας και ηλιοφάνειας).<sup>[4][37]</sup>

Η αυτοκτονία είναι από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου στους νέους ανθρώπους και των δύο φύλων ηλικίας 15 – 19, γενικά είναι πιο διαδεδομένη στους άντρες παρά στις γυναίκες. Περισσότερο από 75% των αυτοκτονιών έχουν πραγματοποιηθεί από άντρες. Το γεγονός ότι η κατάθλιψη είναι πιο συχνά διαγνωσμένη σε γυναίκες παρά σε άντρες μπορεί να δείχνει πως η διαταραχή της διάθεσης εντοπίζεται περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άντρες, αλλά μπορεί και να δείχνει ότι η αυτοκτονία οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και δεν εξηγείται απλά σαν συνέπεια της κατάθλιψης.

Συνήθως οι άνδρες αυτοκτονούν με βίαιες μεθόδους (απαγχονισμός, αυτοπυροβολισμός, πτώση από ύψος κ.ά.), ενώ οι γυναίκες με μη βίαιες μεθόδους (υπέρβαση δοσολογίας φαρμάκων).

Υποστηρίζεται ότι ένας σημαντικός αριθμός αυτοκτονιών δεν καταγράφεται ως αυτοκτονία (για διάφορους λόγους). Εξάλλου, έχουν περιγράψει οι αποκαλούμενες «καλυμμένες» αυτοκτονίες (π.χ. περιπτώσεις τροχαίων ατυχημάτων υπό την ε-

πήρρεια οιοπνεύματος) ή οι «παρα-αυτοκτονίες», δηλαδή αυτοκτονικές συμπεριφορές που εκφράζονται με διάφορους έμμεσους τρόπους (π.χ. μη συμμόρφωση στη θεραπεία, άρνηση της νόσου κ.ά.). [6][39]

### Εποχικότητα και Ψυχικές Διαταραχές

Στη δεκαετία του 1920 περιγράφηκε από μερικούς συγγραφείς μια δικόρυφη έξαρση στην εποχιακή κατανομή των καταθλιπτικών ψυχώσεων την άνοιξη (κυρίως το Μάρτιο) και το φθινόπωρο (κυρίως το Σεπτέμβριο). Οι έρευνες αυτές βασίστηκαν ιδίως στα ποσοστά των εισαγωγών στα ψυχιατρεία. Πρόσφατα έχει χρησιμοποιηθεί ο όρος «Εποχιακές Συναισθηματικές Διαταραχές» (Ε.Σ.Δ.) που εκδηλώνονται είτε στη διάρκεια του διόλου φθινόπωρου – άνοιξη είτε το χειμώνα – καλοκαίρι, με προεξάρχοντα συμπτώματα την υπερευφορία, την επιθετικότητα, την παρορμητικότητα και τα ψυχωσικά στοιχεία.

### **Συμπτώματα εποχιακής κατάθλιψης**

Πρόκειται για μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που εμφανίζονται κυρίως το φθινόπωρο και το χειμώνα και εκλείπουν την άνοιξη. Σπανιότερη είναι η εμφάνιση των καταθλιπτικών επεισοδίων τους καλοκαιρινούς μήνες στα άτομα με εποχιακή κατάθλιψη. Τα βασικά συμπτώματα είναι η έντονη μελαγχολική διάθεση, οι πολλές ώρες ύπνου, η ψυχική και σωματική κόπωση, η υπερβολική λήψη φαγητού, η ανάγκη για υδατάνθρακες και η αύξηση του βάρους. Εμφανίζεται επίσης σημαντική απώλεια του ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες, ψυχοκινητική ανησυχία, ενοχές και αίσθημα αναξιότητας, μειωμένη ικανότητα για σκέψη και συγκέντρωση, καθώς και αναποφασιστικότητα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί το άτομο να βιώνει αίσθημα απόγνωσης και απελπισίας, να εύχεται να πεθάνει και να έχει αυτοκτονικό ιδεασμό.

### **Διάγνωση εποχιακής κατάθλιψης**



Για να διαγνωσθεί ένα άτομο με τον παραπάνω υπότυπο της κατάθλιψης θα πρέπει οι εποχιακοί κύκλοι να έχουν διαρκέσει τουλάχιστον δύο χρόνια και να προκαλούν σημαντική πτώση στην καθημερινή λειτουργικότητα και στην ποιότητα των διαπροσωπικών του σχέσεων.

### **Ποιοι είναι πιο ευάλωτοι στην εποχιακή κατάθλιψη και τι μπορούν να κάνουν για να την καταπολεμήσουν;**

Οι γυναίκες αποτελούν το 60% - 90% των περιπτώσεων αλλά δεν είναι σαφές αν το φύλο αποτελεί ειδικό παράγοντα κινδύνου για την εποχιακή κατάθλιψη περισσότερο από ό,τι είναι για τη μείζονα κατάθλιψη. Τα νεαρά άτομα ηλικίας 18-30 ετών είναι πιο ευάλωτα στην εκδήλωσή της – το ίδιο και όσοι ζουν σε βόρειες γεωγραφικές περιοχές και σε υψηλότερα υψόμετρα.

Πρόκειται για έναν υπότυπο κατάθλιψης με έντονη βιολογικότητα ως προς την αιτιοπαθογένειά του. Η περίσσεια έκκριση μελατονίνης (ορμόνη που προάγει τον ύπνο) από την υπόφυση του εγκεφάλου τις εποχές κατά τις οποίες το φυσικό ηλιακό φως εκλείπει είναι σημαντικό αίτιο.

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι συμβολικές και οι πραγματικές απώλειες, οι ψυχοκοινωνικές πιέσεις και η κληρονομική προδιάθεση στην κατάθλιψη αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ευαλωτότητας.

### **Θεραπεία εποχιακής κατάθλιψης**

Οι κύριες θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και συγκεκριμένα ειδικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, την ψυχοθεραπεία με στόχο την ανάκτηση του ελέγχου απέναντι στην κατάθλιψη και σε ορισμένες περιπτώσεις τη θεραπεία φωτός.

Η τελευταία περιλαμβάνει την καθημερινή έκθεση του ασθενούς σε ένα κουτί το οποίο εκπέμπει πολύ δυνατό φως και μειώνει τα επίπεδα της μελατονίνης. Η καθημερινή έκθεση στον ήλιο, έστω και για μία ώρα, θεωρείται σημαντική στη θεραπεία των εποχικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

[68]

### Εποχικότητα και Αυτοκτονία

Εποχικότητα στη συχνότητα των αυτοκτονιών αλλά και των αποπειρών αυτοκτονίας έχει παρατηρηθεί σε πολλές χώρες του κόσμου όπου έχουν γίνει επιδημιολογικές μελέτες. Ανεξάρτητα φυλής, ηλικίας, φύλου, τρόπου αυτοκτονίας και διάγνωσης, η αυτοκτονικότητα κορυφώνεται την εποχή της μεγαλύτερης ηλιοφάνειας (Ιούνιο για το βόρειο ημισφαίριο και Δεκέμβριο για το νότιο). Φαίνεται ότι και στις περιπτώσεις των αυτοκτονιών και των καταθλιπτικών ψυχώσεων η λαμπρή άνοιξη, με το αισιόδοξο φυσικό περιβάλλον, αποτελεί μια οδυνηρή αντίθεση στην απελπισία και την καταθλιπτική συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, με αποτέλεσμα την επίταση ή την «έκρηξη» των συμπτωμάτων της νόσου ή τη λήψη της απόφασης για αυτοκαταστροφή.

Μελέτες δείχνουν ότι μόνο οι αυτοκτονίες που έχουν διαπραχθεί με βίαιο τρόπο φανερώνουν καθαρή ένδειξη εποχικότητας, με κορύφωση την άνοιξη και μείωση των αναλογιών τους το φθινόπωρο. Σε πρόσφατη ελληνική μελέτη, εποχιακή διακύμανση παρουσιάζεται σε αυτοκτονίες που έγιναν με αυτοπυροβολισμό και απαγχονισμό και σε άτομα άνω των 45 ετών. Αντίθετα, αυτοκτονίες με μη βίαιους τρόπους, δε δείχνουν τάσεις εποχικότητας και για τα δύο φύλα, δείχνουν όμως ότι η εποχικότητα της αυτοκτονίας είναι αυξημένη στις μεγαλύτερες ηλικίες. Η ερμηνεία για την εποχικότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού δεν έχει πλήρως διασαφηνιστεί. Πιθανολογείται ο ρόλος που παίζει η ηλιακή ακτινοβολία στη νευροβιολογία της αυτοκτονικότητας (επίδραση στη σεροτονίνη, τη μελατονίνη και σε διάφορες ορμόνες).

[39]

### Γεωγραφικοί παράγοντες

Γεωγραφικοί παράγοντες με τη μορφή κοινωνικο – οικολογικών μορφωμάτων, όπως το αστικό, ημιαστικό ή αγροτικό περιβάλλον. Είναι γνωστή, από σημαντικές επιδημιολογικές έρευνες σε αρκετές γεωπολιτικές περιοχές, η διαφορετική κατανομή της επικράτησης ορισμένων ψυχιατρικών οντοτήτων, π.χ. περισσότερα ποσοστά νευρωσικών διαταραχών στις αστικές και κυρίως στις μητροπολιτικές – βιομηχανικές περιοχές από ό,τι στις ημιαστικές και τις αγροτικές περιοχές.

Στη χώρα μας η μεγαλύτερη επικράτηση νευρωσικών συμπτωμάτων στην Αθήνα και άλλες μεγάλες αστικές περιοχές, συγκριτικά με τις αγροτικές ή ημιαστικές

περιοχές, έχει επιβεβαιωθεί από πρόσφατες έρευνες. Το φυσικό περιβάλλον εδώ είναι αλληλοεπηρεαζόμενο με το κοινωνικό. [31]

### Θόρυβος και Ψυχολογικές Διαταραχές

Οι σταθερές τιμές θορύβου και οι επιπτώσεις του στη δημόσια υγεία, όπως τις ορίζει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, είναι οι εξής:

- Πάνω από 55dB (ντεσιμπέλ): ιδιαίτερη ενόχληση – επιθετικότητα – διαταραχή ύπνου.
- Πάνω από 65dB (ντεσιμπέλ): υπέρταση – καρδιαγγειακά νοσήματα – άγχος.
- Πάνω από 75dB (ντεσιμπέλ): υψηλό στρες – απώλεια ακοής, προσωρινή ή μόνιμη. [39]

### Πολεοδομικοί – Αρχιτεκτονικοί Παράγοντες

Ο αρχιτεκτονικός χώρος όπου το άτομο ζει και εργάζεται ή νοσηλεύεται και παράλληλα το συγκρότημα των χώρων στέγασης, από πλευράς πολεοδομικού σχεδιασμού, παρεμβαίνουν άμεσα και έμμεσα στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας. Έχουν μελετηθεί, από ψυχιατρική σκοπιά, άτομα που κατοικούσαν σε περιοχές υποβαθμισμένες και ύστερα μετακόμισαν σε νέες κατοικίες ή άτομα που διέμεναν σε πολυώροφα κτήρια (ουρανοξύστες).

Τέλος, είναι γνωστός ο αριθμός σημαντικών ερευνών σε κρατούμενους φυλακών ή ψυχιατρικούς τροφίμους ασύλων, όπου το αχανές και απρόσωπο – ισοπεδωτικό των ιδρυμάτων αυτών διαμορφώνει έναν ιατρογενή τύπο ανθρώπινης προσωπικότητας, με κύρια χαρακτηριστικά την απάθεια και τον αρνητισμό. Η δομή του χώρου (μικρο – ή μακρο – περιβάλλον) επηρεάζει το άτομο με τη μορφολογική του οργάνωση, την αισθητική του ποιότητα, το υλικό του υπόβαθρο, το σύνθετο ή όχι της οργάνωσής του και τη δυνατότητα του χώρου να προάγει τις ανθρώπινες σχέσεις, π.χ. γειτονιά. [37]

### 1.3 Πολυαξονικό Σύστημα Ταξινόμησης DSM-IV-TR

#### **Άξονας I**

Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά στη βρεφική, στην παιδική ή στην εφηβική ηλικία

Παραλήρημα, άνοια, αμνησικές και άλλες γνωστικές διαταραχές

Διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες

Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές

Διαταραχές της διάθεσης

Αγχώδεις διαταραχές

Σωματόμορφες διαταραχές

Ακατανόητα προσποιητές διαταραχές

Διασχιστικές διαταραχές

Σεξουαλικές διαταραχές και διαταραχές της ταυτότητας φύλου

Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής

Διαταραχές του ύπνου

Διαταραχές του ελέγχου των παρορμήσεων μη ταξινομούμενες αλλού

Διαταραχές της προσαρμογής

#### **Άξονας II**

Νοητική καθυστέρηση

Διαταραχές της προσωπικότητας

#### **Άξονας III**

Γενικά ιατρικά προβλήματα

#### **Άξονας IV**

Ελέγξτε:

- Προβλήματα με την πρωτεύουσα ομάδα στήριξης
- Προβλήματα που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον
- Εκπαιδευτικό πρόβλημα
- Επαγγελματικό πρόβλημα
- Πρόβλημα στέγασης

- Οικονομικό πρόβλημα
- Προβλήματα με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- Προβλήματα που σχετίζονται με την αλληλεπίδραση με το νομικό σύστημα/εγκληματική δράση
- Άλλα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα

**Άξονας V Κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (Κλίμακα GAF)**

Θεωρήστε την ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου σε ένα υποθετικό συνεχές φάσμα ψυχικής υγείας/ασθένειας. Μη συμπεριλάβετε την έκπτωση της λειτουργικότητας που οφείλεται σε σωματικούς (ή περιβαλλοντικούς) περιορισμούς.

[31]

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

### **2.1 Αυτοκτονικός Ιδεασμός & Αυτοκτονία**

#### Αυτοκτονικός Ιδεασμός (χωρίς αυτοκτονικές πράξεις)

Σημαντική ενασχόληση, που αφορά τη λεκτική έκφραση ή το σχεδιασμό πράξεων, οι οποίες θα βάλουν σε κίνδυνο τη σωματική του ακεραιότητα ή και τη ζωή του με έστω μία από τις παρακάτω ενδείξεις:

1. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις ή/και εικόνες αυτοκτονίας

2. Λεκτική έκφραση ή σχεδιασμός μεθόδων αυτοκτονίας ή σοβαρού σωματικού αυ-  
τοτραυματισμού
3. Περιστασιακές ή μόνιμες απειλές του παιδιού ότι θα αφαιρέσει τη ζωή του
4. Αποχαιρετιστήρια σημειώματα ή άλλα μηνύματα που αναφέρονται στην πιθανό-  
τητα αυτοκτονίας
5. Πράξεις προετοιμασίας ή αναζήτηση μεθόδου για την πραγματοποίηση του αυ-  
τοκτονικού σχεδίου [29][32]

### Αυτοκτονία

Η λέξη αυτοκτονία προέρχεται από τις λέξεις (αυτο-)+(-κτονία) υποδηλώνον-  
τας τη πράξη με την οποία κάποιος βάζει ο ίδιος τέρμα στη ζωή του. Η αυτοκτονία  
είναι μια πράξη απελπισίας ενός ανθρώπου που, τη συγκεκριμένη στιγμή, τη βλέπει  
ως τη μόνη λύση και διέξοδο στον αφόρητο ψυχικό πόνο που βιώνει. Είναι κοινό χα-  
ρακτηριστικό σε όλες της ανθρώπινες κοινωνίες, σε όλη τη διάρκεια της ιστορικής  
εξέλιξης του ανθρώπου.

### Τύποι αυτοκτονίας

- Ατομική αυτοκτονία χωρίς εμπλοκή άλλων προσώπων
- Ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία
- Δολοφονία – αυτοκτονία
- Επίθεση αυτοκτονίας
- Μαζική αυτοκτονία
- Διπλή αυτοκτονία [33][34]

### Αυτοκτονική Πράξη ή Συμπεριφορά

Είναι η συμπεριφορά όπου το άτομο στοχεύει να αφαιρέσει τη ζωή του με έσ-  
τω μία από τις παρακάτω ενδείξεις:

1. Εκτέλεση πράξης η οποία έχει ως αποτέλεσμα το σοβαρό σωματικό τραυμα-  
τισμό ή το θάνατο του ίδιου του ατόμου.

2. Πρωταρχικός σκοπός της πράξης αυτής είναι ο θάνατος ή η πρόκληση σοβαρής σωματικής βλάβης. [65]

#### Δύο βασικά λανθασμένα πιστεύω πάνω στην αυτοκτονία

1. Οι περισσότεροι άνθρωποι σε κάποια δύσκολη φάση της ζωής τους έχουν σκεφτεί την αυτοκτονία και αυτό δεν μαρτυρεί απαραίτητα ψυχική διαταραχή. Οι περισσότερες αυτοκτονίες και απόπειρες γίνονται από έξυπνους, αλλά μπερδεμένους ανθρώπους που περιμένουν πάρα πολλά από τους εαυτούς τους, ιδιαίτερα στο μέσο μίας κρίσης και ίσως να αισθάνονται πως έχουν απογοητεύσει τους εαυτούς τους ή/και τους άλλους γύρω τους.
2. Οι άνθρωποι που έχουν κάνει προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν πραγματικά. Για μερικούς οι απόπειρες αυτές μπορεί να φαίνονται ευκολότερες τη δεύτερη ή τρίτη φορά. [67]

#### Σχέση αποπειρών αυτοκτονίας με αυτοκτονίες

Η σχέση των αποπειρών αυτοκτονίας με τις επιτυχείς αυτοκτονίες είναι δεδομένη. Όπως είναι γνωστό, 20-30% των ατόμων που αυτοκτονούν έχουν πραγματοποιήσει απόπειρα ή απόπειρες στο παρελθόν, ενώ 2% των αποπειραθέντων πραγματοποιούν επιτυχή αυτοκτονία ένα χρόνο μετά την απόπειρα. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται κατά 1% για κάθε ένα από τα επόμενα χρόνια, φθάνοντας σε ποσοστό 10-15% δέκα χρόνια αργότερα.

Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων που αυτοκτονούν διαφέρουν σημαντικά από τα χαρακτηριστικά των αποπειραθέντων ατόμων. Έτσι, τα άτομα που αυτοκτονούν είναι συνήθως:

- Άνδρες
- Ωριμης ηλικίας
- Με μείζονα ψυχοπαθολογία
- Χρησιμοποιούν σοβαρούς ή και βίαιους τρόπους



Αντίθετα, τα άτομα που επιχειρούν απόπειρα αυτοκτονίας είναι συνηθώς:

- Γυναίκες
- Νεαρής ηλικίας
- Με ελάσσονα ψυχοπαθολογία
- Χρησιμοποιούν λιγότερο σοβαρούς ή και μη βίαιους τρόπους

Βέβαια, έχουν εντοπιστεί και ομοιότητες μεταξύ αποπειραθέντων και ατόμων που αυτοκτόνησαν (κυρίως σε επίπεδο κοινωνικών παραμέτρων), όπως:

- Η ύπαρξη ανεργίας
- Η αστική διαμονή
- Η διαλυμένη οικογένεια στην παιδική ηλικία

[37][66]

#### Αυτοκαταστροφή και ψυχικές διαταραχές

Η κατάθλιψη, ως σύμπτωμα, άλλοτε άλλης έκφρασης και βαρύτητας, παρατηρείται στην πλειονότητα των ατόμων που εμπλέκονται σε αυτοκαταστροφικού τύπου συμπεριφορές. Εξάλλου, υψηλά ποσοστά ψυχικής νοσηρότητας (80-95%) έχουν εντοπιστεί σε άτομα που αυτοκτόνησαν.

Ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά θανάτων από αυτοκτονία εντοπίζονται, επίσης, σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια (10%), σε αλκοολικούς (10-15%) και σε άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών. Εκτιμάται ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεταξύ ηρωινομανών είναι 20 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού.

Τα τρικυκλικά είναι θανατηφόρα σε λήψη υπερβολικής δοσολογίας (η θανατηφόρα δόση είναι 10-20 φορές η ημερήσια θεραπευτική δοσολογία). Οι αναστολείς της MAO μπορούν να διαντιδράσουν με τροφές που περιέχουν τυραμίνη και να προκαλέσουν σοβαρή υπέρταση, εγκεφαλικό επεισόδιο και θάνατο. Ακόμα, μπορεί να προκαλέσουν καταστροφική τοξική διαντίδραση με διάφορα φάρμακα (π.χ. τρικυκλικά, αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, μεπεριδίνη, αμφεταμίνες κ.ά.). Για ασθενείς με τάση για αυτοκτονία η συνταγογράφηση πρέπει να γίνεται με προσοχή. Σε εξωτερικούς ασθενείς πρέπει να δίνεται συνταγή κάθε εβδομάδα ή κάθε λίγες μέρες αν είναι απαραίτητο. Κι αυτό σαν μήνυμα στον ασθενή ότι ο γιατρός ενδιαφέ-

ρεται να τον προσέχει. Ασθενείς με σοβαρές τάσεις για αυτοκτονία πρέπει να νοσηλεύονται στο νοσοκομείο για να προληφθεί η λήψη υπερβολικής δοσολογίας στις αρχικές φάσεις της θεραπείας ή για να χορηγηθεί ηλεκτροσόκ. Σημειώνουμε, ότι νεότερα αντικαταθλιπτικά είναι πολύ ασφαλέστερα στη λήψη υπερβολικής δόσης.

Σε αντίθεση με τα άτομα που αυτοκτονούν, οι αποπειραθέντες αυτοκτονία εμφανίζουν συνήθως ελάσσονα ψυχοπαθολογία, όπως δυσθυμία (αντιδραστική κατάθλιψη), αγχώδεις εκδηλώσεις, διαταραχές προσωπικότητας (κυρίως αντικοινωνικού ή μεθοριακού τύπου). Ένας μικρός αριθμός αποπειραθέντων ατόμων δεν εμφανίζει ψυχιατρική νοσηρότητα. Πρόκειται για άτομα που βρίσκονται κάτω από συνθήκες «ψυχολογικής κρίσης» και έντονου stress. [20][28]

## 2.2 Αναγνώριση Αυτοκτονικού Ασθενούς

Η αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή βασίζεται στη λήψη ενός καλού ιστορικού. Για να γίνει η λήψη του ιστορικού, ο γιατρός κι ο ασθενής πρέπει να βρίσκονται σ' έναν ήσυχο χώρο, όπου ο ασθενής θα μπορεί να μιλήσει εμπιστευτικά για προσωπικά του θέματα. Μέσα από αυτήν τη συζήτηση θα αντληθούν πληροφορίες τόσο από τη λεκτική όσο και από την εξωλεκτική επικοινωνία με τον ασθενή. Σημάδια όπως η επιβράδυνση στην κίνηση ή την ομιλία, η ψυχοκινητική ανησυχία, η παραμέληση της προσωπικής υγιεινής, η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, το άγχος κ.ά., μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη κατάθλιψης, άλλης ψυχικής νόσου ή πρόθεσης αυτοκαταστροφής.

Οι ακόλουθοι παράγοντες μπορεί να ενοχοποιηθούν ως προγνωστικοί της απόπειρας αυτοκτονίας σε ένα ήδη ψυχικά άρρωστο άτομο.

- 1) Το άτομο εκφράζει συγκεκριμένες ιδέες και μεθόδους αυτοκαταστροφής και ήδη έχει κάνει προετοιμασίες (διαθήκη, μοίρασμα περιουσιακών αντικειμένων, αποχαιρετιστήριες επιστολές).
- 2) Προηγούμενη απόπειρα κατά την οποία υπήρξε διαταραχή της συνείδησης (ημικωματώδης, κωματώδης).

- 3) Χρήση μέσου κατά την προηγούμενη απόπειρα, το οποίο πιθανόν να προκαλούσε το θάνατο (λήψη μεγάλης ποσότητας δισκίων, ατελής απαγχονισμός, πυροβολισμός, πτώση από ύψος).
- 4) Η βλάβη που επήλθε ήταν πολύ σοβαρή (τραυματισμός εσωτερικών οργάνων ή οστών με αργή ανάρρωση ή ανικανότητα).
- 5) Η απόπειρα έγινε σε χώρο μακράν της κατοικίας ή της εργασίας και με μικρή πιθανότητα διάσωσης.
- 6) Προνοσηρή προσωπικότητα μεθοριακού τύπου.
- 7) Μείζων κατάθλιψη σε ανάρρωση όταν η βούληση (για αυτοκαταστροφή) είχε ενδυναμωθεί.
- 8) Σοβαρή αποδιοργάνωση του υποστηρικτικού συστήματος (εγκατάλειψη από σύντροφο, απόλυση από δουλειά, οικονομική καταστροφή).
- 9) Σοβαρή σωματική νόσος με πιθανή τελική έκβαση.

Κίνδυνος για τον ψυχίατρο είναι η δική του αμφιθυμική σχέση ως προς την ίδια την αυτοκτονία ή η συναισθηματική του υπερεμπλοκή με τα αδιέξοδα του αρρώστου, που είναι απελπισμένος ή σε απόγνωση ή ο ίδιος υπερεκτιμά την «καλή» εικόνα του αρρώστου, ο οποίος δέχεται τη στοργή των δικών του και περιβάλλεται από συμπάθεια, κάτι που δε μειώνει την πιθανότητα μιας νέας απόπειρας αυτοκαταστροφής.

[16][65]

### **2.3 Πρόληψη – Μέθοδοι πρόληψης αυτοκτονικού ασθενούς**

Η αυτοκτονία αποτελεί ένα πολύπλοκο και σύνθετο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό φαινόμενο. Το άτομο είναι ευάλωτο βιολογικά ή και ψυχολογικά και ενώ διάφοροι παράγοντες μπορεί να πυροδοτήσουν την αυτοκτονική συμπεριφορά, οι προστατευτικοί παράγοντες που άλλοτε βοηθούν να ξεπεραστεί μια προσωπική κρίση είναι μειωμένοι, ή φαντάζουν ανεπαρκείς στο άτομο για την αντιμετώπιση μιας εξαιρετικά επώδυνης εμπειρίας. Η αίσθηση της απελπισίας, της ανημποριάς και η απώλεια της ελπίδας ότι τα πράγματα μπορεί να καλυτερεύσουν αποτελούν το κυριότερο αίτιο για να σκεφτεί και να αποφασίσει το άτομο να αυτοκτονήσει. Η νοσηλεία ενδε-

ίκνυται για τους ασθενείς που έχουν αξιολογηθεί ότι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για αυτοκατευθυνόμενη βία.

Οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται κατά τη νοσηλεία του ατόμου αφορούν στη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο θα ελαχιστοποιηθεί η δυνατότητα του ατόμου να πραγματοποιήσει τις ιδέες αυτοκτονίας.

1. Η εισαγωγή ενός ατόμου σε ψυχιατρικές μονάδες νοσηλείας μπορεί να γίνει εθελοντικά ή με εισαγγελική παρέμβαση.
2. Η μονάδα νοσηλείας είναι συνήθως ένα κλειστό τμήμα και οι πόρτες ασφαλίζουν, το νοσηλευτικό προσωπικό ελέγχει την είσοδο και την έξοδο των ατόμων από αυτή.
3. Ανάλογα με την πολιτική κάθε νοσοκομείου, την ένταση του αυτοκτονικού ιδεασμού και την πιθανότητα θανατηφόρου αποτελέσματος της ενδεχόμενης απόπειρας ο θεραπευόμενος τίθεται σε διαρκή παρακολούθηση για τις πρώτες 24 ώρες ή μέχρις ότου ο κίνδυνος εκδήλωσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς μειωθεί.
4. Ο νοσηλευτής είναι πάντα σε επιφυλακή για το που βρίσκεται ο θεραπευόμενος ανά πάσα στιγμή, προσπαθεί να αναπτύξει θεραπευτική σχέση με το άτομο.
5. Κατά την εισαγωγή του θεραπευόμενου εξετάζονται τα προσωπικά του είδη και απομακρύνονται οποιαδήποτε αντικείμενα μπορεί να χρησιμοποιήσει για να βλάψει τον εαυτό του (φάρμακα, αιχμηρά αντικείμενα, ζώνες, γραβάτες κ.α) και φυλάσσονται σε ασφαλές μέρος.
6. Από τη μονάδα νοσηλείας απομακρύνονται υλικά που μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως μέσα για να βλάψει τον εαυτό του, τα παράθυρα μένουν ασφαλισμένα, μετριούνται τα μαχαιροπίρουνα και ελέγχονται τα προσωπικά είδη του ατόμου όταν επιστρέφει στο δωμάτιο του. Επίσης ελέγχονται τα δώρα και τα άλλα αντικείμενα που φέρουν η οικογένεια και τα φιλικά πρόσωπα πριν δοθούν στο θεραπευόμενο.
7. Δουλεύουμε με τον θεραπευόμενο για να καταρτίσουμε ένα σχέδιο ασφαλείας και αξιολογούμε το θεραπευόμενο τακτικά, προγραμματίζονται ατομικές συναντήσεις με σκοπό να διερευνηθεί το συναίσθημά του και να τον υποστηρίξουμε να επεξεργαστεί την επαναπροσέγγιση των σημαντικών προσώπων της ζωής του και την εκτέλεση των σημαντικών για τον ίδιο δραστηριοτήτων.

Μπορεί να μείνει στο δωμάτιο με έναν συγκάτοικο ώστε να περιοριστεί η τάση απομόνωσης, εκτός και αν ο θεραπευόμενος έχει τεθεί σε πρόγραμμα παρακολούθησης ένας-προς-έναν.

8. Πάντα βεβαιωνόμαστε ότι ο θεραπευόμενος καταπίνει την φαρμακευτική του αγωγή και δεν τα κρατάει στη στοματική του κοιλότητα. Συνήθως τα άτομα που καταφεύγουν σε αυτή την τακτική, στη συνέχεια φυλάσσουν τα χάπια σε κάποιο μέρος, με σκοπό, κάποια στιγμή, όταν γίνουν αρκετά, να προβούν σε απόπειρα αυτοκτονίας.
9. Καταρτίζουμε από κοινού με τον θεραπευόμενο ένα σχέδιο φροντίδας για την περίοδο μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Το σχέδιο αυτό πρέπει να περιλαμβάνει τη δέσμευση του ατόμου να παρακολουθεί τις προγραμματισμένες θεραπευτικές συνεδρίες, να διατηρεί επικοινωνία με τα κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα και να καταρτίσει ένα σχέδιο ασφάλειας που θα περιλαμβάνει επείγοντα τηλέφωνα επικοινωνίας και ένα σχέδιο δράσης σε περίπτωση που επανεμφανιστούν ιδέες αυτοκτονίας.
10. Παρόλα αυτά πρέπει να έχουμε υπόψην ότι, παρά τα μέτρα προφύλαξης που θα ληφθούν, το άτομο είναι δυνατόν, ακόμα και μετά τη νοσηλεία του, να δώσει τέλος στη ζωή του (εάν δεν το έχει κάνει ενώ νοσηλεύεται). Η πρωταρχική απόφαση για τη συνέχιση ή μη της ζωής του, ανήκει αποκλειστικά στον ίδιο.  
[7][37][50]

#### Επαναξιολόγηση για άτομα που διατρέχουν κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας

Ο θεραπευόμενος θα πρέπει να:

- Παραμένει ασφαλής και δεν θα διατρέχει κίνδυνο αυτοκατευθυνόμενης βίας.
- Εκφράζει λεκτικά την απουσία ή τη μείωση της έντασης και της σοβαρότητας των αυτοκτονικών ιδεών, μέσω απουσίας σχεδίου και πρόθεσης αυτοκτονίας.
- Διατυπώνει λεκτικά την επιθυμία του να ζήσει και θα παραθέτει αρκετούς λόγους που να αιτιολογούν αυτήν την επιθυμία του.

- Έχει συμφωνήσει να τηρεί, για συγκεκριμένες χρονικές περιόδους, το "συμβόλαιο μη πρόκλησης βλάβης στον εαυτό του", το οποίο θα έχει συνάψει με το νοσηλευτικό προσωπικό και το λοιπό θεραπευτικό προσωπικό.
- Είναι σε θέση να καταρτίσει ένα σχέδιο ασφαλείας για την περίπτωση που οι ιδέες αυτοκτονίας γίνουν εντονότερες, εμφανιστεί εκ νέου η τάση αυτοκτονίας ή που ο ίδιος δεν νιώθει ασφάλεια. Το σχέδιο αυτό θα προβλέπει ότι ο θεραπευόμενος, σε κάθε μία από τις παραπάνω περιπτώσεις, πρέπει να ζητήσει βοήθεια προτού προβεί σε συμπεριφορά αυτοκτονίας.
- Είναι σε θέση να θέτει και άλλους στόχους, οι οποίοι θα είναι ενσωματωμένοι στο θεραπευτικό σχέδιο και θα είναι σχετικοί με άλλα προβλήματα που τυχόν έχουν εντοπιστεί.

Η νοσηλευτική δεν πρέπει να ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας ώστε να παραταθεί η ζωή του αρρώστου, αλλά αποβλέπει στη διερεύνηση όσο είναι δυνατόν του ορίζοντα της ζωής και στη βελτίωση της ποιότητας αυτής. Επιδιώκει τη βοήθεια του ατόμου να ευρύνει τον τρόπο θεώρησης των προβλημάτων του και να αντιληφθεί ότι υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις. Τον ενισχύει ηθικά να ξαναβρεί την ελπίδα, να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής του, να αναγεννηθεί και να εμπνευσθεί από το νέο πνεύμα. [22][28]

### Πρόληψη των αυτοκτονιών

Η προσπάθεια πρόληψης των αυτοκτονιών εστιάζει α) στην ενημέρωση του κοινού, β) στην εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των μη ψυχιάτρων γιατρών, γ) στην ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών για άτομα που αποπειράθηκαν αυτοκτονία ή έχουν τάσεις αυτοκαταστροφής και δ) στην έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία της κατάθλιψης.

Η ενημέρωση του κοινού (κυρίως των μεγάλων οικογενειών καταθλιπτικών ασθενών) αφορά τη σχέση της κατάθλιψης με την αυτοκτονία και τη σημασία των κοινωνικών παραμέτρων (πένθος, χωρισμός κ.ά.) στην εκδήλωση κατάθλιψης και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, των μη ψυχιάτρων γιατρών, αλλά και των ατόμων που στελεχώνουν μονάδες επείγουσας τηλεφωνικής βοήθειας, αφορά την αναγνώριση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, τη σχέση της με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και τη διαδικασία σύνδεσης του αυτοκτονικού ατόμου με ειδικές υπηρεσίες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε κοινοτικό πλαίσιο.

Η ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών για καταθλιπτικούς ασθενείς με τάσεις αυτοκαταστροφής θα βοηθήσει στη θεραπευτική τους αντιμετώπιση και την ψυχοκοινωνική τους υποστήριξη, αλλά και, στη συνέχεια, στην τήρηση της ψυχοπροφυλακτικής φαρμακοθεραπείας, με στόχο την αποτροπή των νέων καταθλιπτικών φάσεων και την πρόληψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.

[65][67]

## 2.4 Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας

<p><b>Ηλικία:</b> &gt;75 ετών άνδρες, 45-55 γυναίκες</p> <p><b>Φύλο:</b> Άνδρες αυτοκτονούν 3:1 ως προς τις γυναίκες – Οι γυναίκες κάνουν πιο συχνά απόπειρες από τους άνδρες</p> <p><b>Οικογενειακή κατάσταση:</b> Χωρισμένοι, χήροι, χήρες</p> <p><b>Τόπος κατοικίας:</b> Αστικές και αγροτικές περιοχές</p> <p><b>Φυλή:</b> Ο κίνδυνος στις ΗΠΑ είναι πιο μεγάλος στους Αγγλοαμερικανούς και στους αυτόχθονες (Ινδιάνους)</p> <p><b>Εποχικότητα:</b> Αύξηση της επικράτησης την άνοιξη και το φθινόπωρο</p> <p><b>Τρόπος ζωής:</b> Ζει μόνος, ζει σε ίδρυμα (ψυχιατρείο, φυλακή)</p> <p><b>Κοινωνική τάξη/Απασχόληση:</b> Ανεργία, επιστήμονες, χαμηλή κοινωνικο – οικονομική κατάσταση</p> <p><b>Υγεία:</b> Ύπαρξη καταληπτικής νόσου (καρκίνος, AIDS) και σοβαρής ψυχικής αρρώστιας (κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, σχιζοφρένεια, εξάρτηση από οινόπνευμα και ουσίες).</p> <p><b>Γεγονός ζωής:</b> Ύπαρξη ψυχοπιεστικού γεγονότος (&lt;6 μήνες)</p> <p><b>Προηγούμενες απόπειρες:</b> Αυξάνουν τον κίνδυνο</p>
---

**Οικογενειακό ιστορικό:** Πρώιμη απώλεια γονέων, χαοτική ατμόσφαιρα, απόπειρες αυτοκαταστροφής μελών, κακοποίηση/παραμέληση κατά την παιδική ηλικία

[37]

### Αυτοκαταστροφή και σωματική νοσηρότητα

Σε 25-75% των ατόμων που αυτοκτόνησαν εντοπίστηκε μια σοβαρή, χρόνια, επώδυνη ή τερματική νόσος. Οι σωματικές νόσοι που, κυρίως, έχουν συσχετιστεί με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές φαίνονται στον πίνακα 1.

#### **Πίνακας 1**

Σωματικές παθήσεις που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών

Κακοήθεις νεοπλασίες

Παθήσεις του νευρικού συστήματος:

- Εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Επιληψία
- Νόσος του Huntington
- Πολλαπλή σκλήρυνση
- Άνοια
- AIDS

Καρδιαγγειακές παθήσεις

Ενδοκρινικές διαταραχές ή καταστάσεις:

- Νόσος του Cushing
- Σύνδρομο Klinefelter
- Ψυχογενής Ανορεξία
- Πορφυρία
- Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος
- Πεπτικό έλκος
- Κίρρωση ήπατος



Παθήσεις του ουρογεννητικού συστήματος:

- Νεφρική ανεπάρκεια
- Υπερτροφία προστάτη

[37]

Η πλειονότητα των ασθενών με καρκίνο πραγματοποιούν αυτοκαταστροφικές πράξεις τον πρώτο χρόνο μετά τη γνωστοποίηση της νόσου τους και ενώ βρίσκονται υπό χημειοθεραπεία.

Εξάλλου, σημαντικό μέρος των καρκινοπαθών εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία ή και μείζονα κατάθλιψη.

Ασθενείς με παθήσεις του νευρικού συστήματος συχνά εμφανίζουν συναισθηματικού τύπου εκδηλώσεις (κυρίως κατάθλιψη), ενώ η κατάθλιψη απαντάται σταθερά μεταξύ ατόμων με νεφρική ανεπάρκεια που βρίσκονται υπό αιμοκάθαρση.

Οι παράγοντες κινδύνου καλύπτουν τέσσερις βασικές περιοχές: τους δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες, τους ψυχοπαθολογικούς παράγοντες, τους βιολογικούς παράγοντες και την ύπαρξη προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας. Είναι προφανές ότι όσο περισσότερους παράγοντες καλύπτει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Από το σύνολο των παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας, ισχυρότεροι προγνωστικοί δείκτες θεωρούνται η ύπαρξη προηγούμενης απόπειρας (ιδιαίτερα αν είναι σοβαρή ή/και βίαιη) και η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής.

Βέβαια, η προγνωστική σημασία των παραγόντων κινδύνου είναι σχετικά περιορισμένη. Η μακροπρόθεσμη πρόβλεψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, στη βάση των παραγόντων κινδύνου, είναι εξαιρετικά δύσκολη, αφού πολλοί από τους παράγοντες αυτούς είναι δυνατό να τροποποιηθούν στην προοπτική του χρόνου.

[32][34]

Αυτοκτονία και ιατρικής φύσεως ασθενείς

Είναι σημαντικά πιθανός ο κίνδυνος εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών αυτοκτονίας και μιας σοβαρής σωματικής ασθένειας ως ανεξάρτητου παράγοντα πρόβλεψης του κινδύνου αυτοκτονίας.

Η Εθνική Μελέτη Υγείας και Διατροφικής Ερεύνας (National Health and Nutritional Examination Survey) στις ΗΠΑ, που περιλάμβανε ένα εθνικής διάστασης δείγμα 7589 ενηλίκων (ηλικίας 17-39 ετών), εκτίμησε τη σχέση μεταξύ ασθενειών ιατρικής φύσεως και του αυτοκτονικού ιδεασμού και των αποπειρών αυτοκτονίας. Η μελέτη περιλάμβανε μία δομημένη ψυχιατρική διαγνωστική συνέντευξη, από την οποία προέρχονται αυτά τα αποτελέσματα.

Συνολικά 1244 άτομα (16.3%) ανέφεραν αυτοκτονικό ιδεασμό και 417 άτομα (5.5%) ανέφεραν απόπειρες αυτοκτονίας. Τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 25.2% (όσον αφορά στις απόπειρες αυτοκτονίας) για αυτούς που ανέφεραν δύο ή περισσότερες σοβαρές ασθένειες ιατρικής φύσεως. Ο κίνδυνος αυτοκτονικού ιδεασμού αυξήθηκε κατά 1.3 φορές, διαφορά σημαντική, όταν τα αποτελέσματα προσαρμόστηκαν ως προς την παρουσία μείζονος κατάθλιψης, την κατάχρηση αλκοόλ, την ηλικία, τη φυλή, το φύλο και την κοινωνικο – οικονομική κατάσταση. Η παρουσία άσθματος ή καρκίνου σχετιζόταν με τετραπλάσια αύξηση του κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας.

[39]

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### 3.1 Ψυχικές διαταραχές με αυτοκτονικό ιδεασμό

Η ψυχική ασθένεια είναι μία έννοια που υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της σκέψης ή διαταραχής της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική ευεξία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου. Οι ψυχασθένειες παραμένουν συνήθως καλά κρυμμένες, είτε λόγω επιλογής του ασθενούς είτε επειδή δεν αναγνωρίζονται τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένειά του ως πραγματικές ασθένειες. Παρά την άρνηση του ασθενούς ή της οικογένει-

άς του, τελικά φανερώνονται. Ορισμένοι άνθρωποι υποφέρουν από υπερβολικούς φόβους, που συνοδεύονται από ένα πλήθος αναγνωρίσιμων συμπτωμάτων. Άλλοι βασανίζονται από συνεχείς αρνητικές ή δυσάρεστες σκέψεις και στρέφονται στο αλκοόλ για να ξεφύγουν από αυτές. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ψυχικός πόνος του ασθενούς είναι τόσο έντονος, ώστε να θεωρεί την αυτοκτονία ανακούφιση. Μελέτες υποστηρίζουν ότι πάνω από το 90% των θυμάτων από αυτοκτονία έχουν διαγνωστεί με κάποια ψυχική ασθένεια. <sup>[12]</sup>

### **Ψυχικές ασθένειες που παρουσιάζουν αυτοκτονικό ιδεασμό είναι:**

#### **3.1.1 Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία**

Η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από συχνές προσβολές πανικού που δε σχετίζονται με συγκεκριμένες καταστάσεις και από την ανησυχία ότι το άτομο θα βιώσει και άλλες προσβολές πανικού.

Όταν οι προσβολές πανικού εμφανίζονται απροσδόκητα, ονομάζονται προσβολές χωρίς εκλυτικό παράγοντα (απροσδόκητες). Οι προσβολές χωρίς εκλυτικό παράγοντα μπορεί να εμφανιστούν ακόμη και όταν το άτομο χαλαρώνει ή κοιμάται. Όταν οι προσβολές πανικού εκλύονται από συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως είναι η οδήγηση, ονομάζονται προσβολές πανικού με εκλυτικό παράγοντα. Τα άτομα που έχουν μόνο προσβολές πανικού με εκλυτικό παράγοντα πάσχουν, κατά πάσα πιθανότητα από κάποια φοβία.

Στο DSM-IV-TR υπάρχουν δύο τύποι διαταραχής πανικού: με αγοραφοβία και χωρίς αγοραφοβία. Η αγοραφοβία (από την ελληνική λέξη αγορά) χαρακτηρίζεται από άγχος για καταστάσεις κατά τις οποίες το άτομο θα είχε δυσκολία να διαφύγει, εάν εμφάνιζε συμπτώματα πανικού, ή θα ντροπιαζόταν, εάν προσπαθούσε να διαφύγει. Το άτομο φοβάται συνήθως τους δημόσιους χώρους όπου θα ντροπιαζόταν εάν είχε μια προσβολή πανικού. Συχνά τα άτομα φοβούνται να οδηγήσουν, να περάσουν από γέφυρες, να βρεθούν μέσα σε μαγαζιά, εμπορικά κέντρα και εκκλησίες, να βρεθούν μέσα σε πλήθος και αποφεύγουν αυτές τις καταστάσεις. Πολλά άτομα με αγοραφοβία δεν μπορούν να βγουν από το σπίτι τους και, ακόμη και εκείνοι που το καταφέρνουν, το κάνουν με μεγάλη δυσφορία. Η διάγνωση αγοραφοβίας μπορεί επίσης να δοθεί ακόμη και χωρίς την ύπαρξη διαταραχής πανικού. Σε αυτή την περίπτωση,

το άτομο και πάλι φοβάται ότι θα εμφανίσει συμπτώματα που θυμίζουν τον πανικό (π.χ. ζαλάδα) σε κάποιο χώρο από όπου θα ήταν δύσκολο να διαφύγει.

Η διαταραχή πανικού ξεκινά συνήθως στην εφηβεία και μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες με την πάροδο του χρόνου. Για παράδειγμα, το ένα τέταρτο των ατόμων με διαταραχή πανικού αναφέρουν ότι παραμένουν άνεργοι για περισσότερο από πέντε χρόνια. Εκείνοι που παρουσιάζουν και αγοραφοβία τείνουν να έχουν πολύ πιο χρόνια συμπτώματα.

Ακόμα άτομα με κρίσεις πανικού και ακραίες φοβίες υποβαθμίζουν από μόνοι τους την ποιότητα της ζωής τους μέχρι σε σημείο που μπορεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους. Άνθρωποι που πάσχουν από τη διαταραχή πανικού είναι:

- Περισσότερο επιρρεπείς στο αλκοόλ και άλλες χρήσεις ναρκωτικών ουσιών.
- Αφιερώνουν λιγότερο χρόνο σε χόμπι, στον αθλητισμό και άλλες κοινωνικές δραστηριότητες.
- Αναφέρουν συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα περισσότερο από τους μη – πάσχοντες.
- Φοβούνται να πάνε μακρύτερα από μερικά χιλιόμετρα από το σπίτι τους.
- Τείνουν να εξαρτηθούν οικονομικά από άλλους διότι χάνουν την εργασία τους ή υπο – απασχολούνται.
- Έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία.

[41][43]

### Συμπτώματα

Στην διαταραχή πανικού εκδηλώνονται συμπτώματα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά:

- Αίσθημα παλμών και επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού
- Ναυτία
- Ζάλη και τάση για λιποθυμία
- Ρίγη ή αίσθηση ζέστης

- Εφίδρωση
- Έντονος πόνος ή «βάρος» στο στήθος
- Αίσθημα πνιγμονής
- Αίσθημα ασφυξίας
- Τρέμουλο και έντονος τρόμος
- Φόβος για ενδεχόμενη απώλεια ελέγχου ή τρέλας
- Μούδιασμα ή μυρμηγκιάσματα
- Φόβος θανάτου
- Τάση φυγής από το συγκεκριμένο χώρο
- Φόβος ότι η κρίση θα ξανασυμβεί γι'αυτόν το λόγο το άτομο αποφεύγει να βρεθεί ξανά σε ίδιους χώρους και καταστάσεις που του δημιούργησαν μία κρίση πανικού.

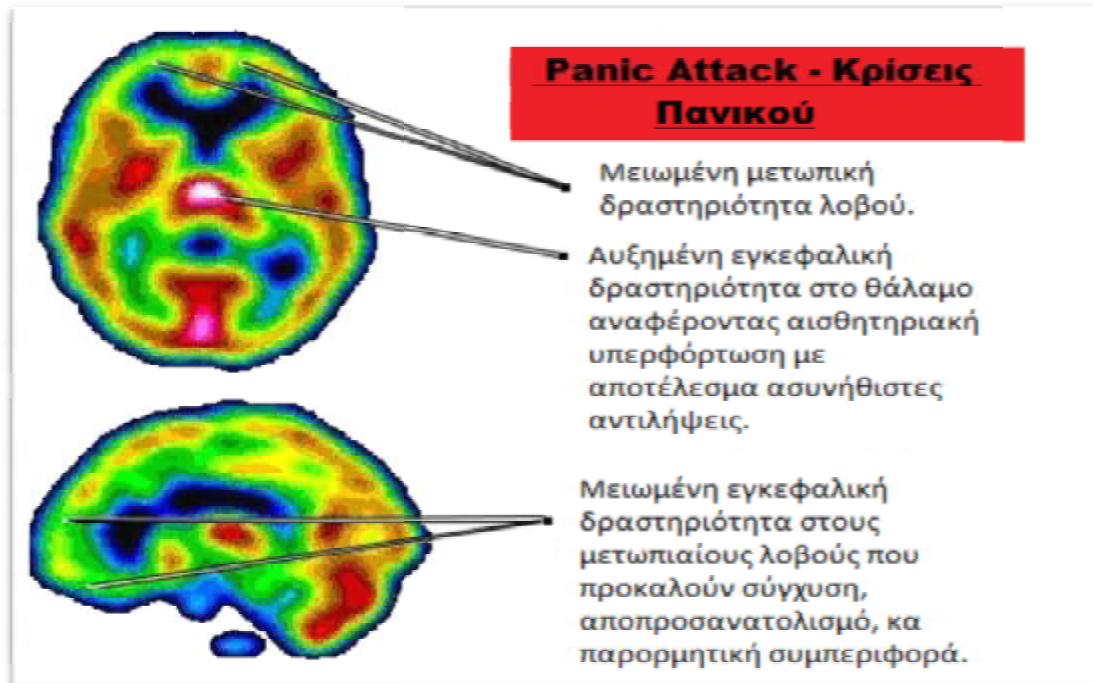
Άλλα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια μιας προσβολής πανικού είναι η αποπροσωποποίηση (η αίσθηση ότι βρίσκεται κανείς έξω από το σώμα του), η αποπραγματοποίηση (η αίσθηση ότι ο κόσμος δεν είναι πραγματικός) και ο φόβος ότι το άτομο θα χάσει τον έλεγχο, θα τρελαθεί ή ακόμη και θα πεθάνει. Τα συμπτώματα τείνουν να εμφανίζονται πολύ γρήγορα και η έντασή τους κορυφώνεται μέσα σε 10 λεπτά. [42][44]

## Αιτιολογία

### Νευροβιολογικοί παράγοντες

Οι νευροβιολογικές έρευνες για τη διαταραχή πανικού έχουν εστιάσει στο ρόλο του υπομέλανα τόπου και σε πειράματα που περιλαμβάνουν την πρόκληση προσβολών πανικού. Σχετικά με τον υπομέλανα τόπο, η προσβολή πανικού αντανακλά μια δυσλειτουργία στην πυροδότηση του νευρικού κυκλώματος του φόβου, που ακολουθείται από απότομη αύξηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Το νευρικό κύκλωμα του φόβου παίζει σημαντικό ρόλο σε πολλές από τις αγχώδεις διαταραχές. Ο υπομέλας τόπος αποτελεί τη βασική πηγή της νορεπινεφρίνης

στον εγκέφαλο και γνωρίζουμε ότι η νορεπινεφρίνη παίζει σημαντικό ρόλο στη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος.



[41]

### Συμπεριφορικοί Παράγοντες

### Κλασική Εξαρτημένη Μάθηση

Η συμπεριφορική οπτική σχετικά με την αιτιολογία της διαταραχής πανικού εστιάζεται στην κλασική εξαρτημένη μάθηση. Σύμφωνα με τη θεωρία, οι προσβολές πανικού ενδέχεται να αποτελούν κλασικά εξαρτημένες αντιδράσεις είτε στις συνθήκες που προκαλούν άγχος είτε στις εσωτερικές σωματικές αισθήσεις της διέγερσης. Η κλασική εξαρτημένη μάθηση των προσβολών πανικού ως αντίδραση στις σωματικές αισθήσεις ονομάζεται εσωδεκτική εξαρτημένη μάθηση. Το άτομο βιώνει σωματικές

ενδείξεις του άγχους, ακολουθεί η πρώτη προσβολή πανικού και οι προσβολές πανικού καθίστανται, στη συνέχεια, εξαρτημένη αντίδραση στις σωματικές αλλαγές.

### Γνωστικοί Παράγοντες

Οι γνωστικές θεωρήσεις για τις αιτίες της διαταραχής πανικού εστιάζονται στην αντίληψη ελέγχου που έχει το άτομο και στις καταστροφικές παρερμηνείες των σωματικών αλλαγών.

### Αντίληψη Ελέγχου

Η σημασία που έχει η αντίληψη ελέγχου στη διαταραχή πανικού έχει αποδειχθεί σε μια έρευνα, στην οποία άτομα με τη διαταραχή εισέπνευσαν ένα μείγμα αέρα που είχε υψηλότερο επίπεδο διοξειδίου του άνθρακα, κάτι που έχει βρεθεί ότι προκαλεί προσβολές πανικού σε πολλούς. Οι ερευνητές είπαν στους συμμετέχοντες ότι, όταν έβλεπαν ένα φως, μπορούσαν να στρέψουν ένα κουμπί για να μειωθεί η συγκέντρωση του διοξειδίου του άνθρακα. Για τους μισούς συμμετέχοντες το φως ήταν αναμμένο συνέχεια ενώ για τους άλλους μισούς το φως δεν άναβε ποτέ. Το στρίψιμο του κουμπιού δεν επηρέαζε τη συγκέντρωση του διοξειδίου του άνθρακα σε καμία από τις δυο περιπτώσεις. Με άλλα λόγια, η έρευνα είχε στόχο να διερευνήσει τα αποτελέσματα της αντίληψης ελέγχου και όχι του πραγματικού ελέγχου. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι η αντίληψη ελέγχου όσον αφορά τις σωματικές αλλαγές μπορεί να παίζει καταλυτικό ρόλο στο κατά πόσον ένα άτομο θα παρουσιάσει ή όχι προσβολή πανικού.

### Φόβος των Σωματικών Αισθήσεων

Άλλη μια γνωστική θεώρηση σχετικά με την αιτία της διαταραχής πανικού εστιάζεται στην καταστροφική παρερμηνεία των σωματικών αισθήσεων. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι προσβολές πανικού εμφανίζονται, όταν ένα άτομο ερμηνεύσει τις σωματικές αισθήσεις ως ενδείξεις επικείμενου θανάτου. Το άτομο μπορεί, για παράδειγμα, να ερμηνεύσει την αίσθηση της αύξησης του καρδιακού ρυθμού του ως ένδειξη μιας επερχόμενης καρδιακής προσβολής. Οι σκέψεις αυτού του είδους θα αυξήσουν προφανώς, το άγχος, το οποίο προκαλεί με τη σειρά του περισσότερες σωματικές αντιδράσεις, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο.



Πολλοί ερευνητές χρησιμοποιούν μια δοκιμασία που ονομάζεται Δείκτης Ευαισθησίας στο Άγχος (Anxiety Sensitivity Index), η οποία μετρά το βαθμό στον οποίο το άτομο ανταποκρίνεται με φόβο στις σωματικές αισθήσεις. [31][42]

### Η Αγοραφοβία και η Υπόθεση του Φόβου

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η διαταραχή πανικού συνοδεύεται συχνά από αγοραφοβία. Το κυρίαρχο γνωστικό μοντέλο για την αιτιολογία της αγοραφοβίας είναι η υπόθεση του φόβου του φόβου, σύμφωνα με την οποία η αγοραφοβία προέρχεται από αρνητικές σκέψεις για τις συνέπειες που θα είχε το να βιώσει κανείς μία προσβολή πανικού μπροστά σε άλλους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα άτομα με αγοραφοβία έχουν στο νου τους χώρους, όπου θα μπορούσαν να τους συμβούν προσβολές πανικού ή χώρους όπου οι συνέπειες μιας προσβολής πανικού θα ήταν τρομερές. Τα άτομα με διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία δε φαίνεται να ανησυχούν τόσο πολύ για συγκεκριμένους χώρους και συνεπώς δεν περνούν τόσο χρόνο, αποφεύγοντάς τους. [43]

### Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης των κρίσεων πανικού ή της διαταραχής πανικού μπορεί να είναι:

- Οικογενειακό ιστορικό με κρίσεις πανικού ή διαταραχή πανικού
- Καταστάσεις με θανατηφόρες ασθένειες κυρίως αγαπημένων προσώπων
- Σημαντικές αλλαγές στη ζωή τους, όπως ένα μωρό ή ένας θάνατος
- Υπερβολικό στρες
- Σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση στην παιδική ή εφηβική ηλικία [31]

### **3.1.2 Διαταραχές συνδεδεμένες με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών**

Η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση από αυτές έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις αποτελώντας φαινόμενο επιβαρυντικό και καταστροφικό, τόσο για τις σύγχρονες κοινωνίες, όσο και για τα μέλη τους, ωστόσο το φαινόμενο της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών υφίσταται από το πρώιμο στάδιο της ανθρώπινης κοινωνίας.

Ο άνθρωπος πάντα ένιωθε την ανάγκη να επέμβει στον ψυχικό του κόσμο, τροποποιώντας τα συναισθήματα και τη διάθεση του παρά τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών.

Οι διαταραχές αυτές αποτελούν μερικές από τις δυσκολότερες στην αντιμετώπισή τους, ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Ως ψυχοδραστική ουσία ορίζεται κάθε φυσική ή χημική ουσία, η οποία μεταβάλλει τον τρόπο λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος, επιδρώντας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα με συνέπεια την αλλαγή της συναισθηματικής κατάστασης, της αντίληψης και σκέψης του χρήστη.

Κατά το DSM-IV-TR, οι διαταραχές που συνδέονται με τις ουσίες διακρίνονται σε:

- Διαταραχές χρήσης ουσιών (Εξάρτηση, Κατάχρηση κ.λπ.)
- Διαταραχές που προκαλούνται από τις ουσίες (Τοξίκωση, Στέρηση κ.λπ.)
- Διαταραχές που συνδέονται με το αλκοόλ

Η εξάρτηση περιγράφεται ως σωματική, ψυχική ή και τα δύο (ανάλογα με το είδος της ψυχοτρόπου ουσίας) ανάγκη για την επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας, σε συνεχή ή περιοδική βάση, που έχει ως στόχο είτε να βιώσει ο χρήστης τις συνέπειες της δράσης είτε να αποφύγει τη δυσφορία που προκαλεί η στέρηση της ουσίας. Η ψυχική εξάρτηση (εθισμός) χαρακτηρίζεται από την ανεξέλεγκτη, καταναγκαστική παρόρμηση και την ακατάσχετη επιθυμία για τη χρήση της ουσίας χωρίς ιατρική ένδειξη προκειμένου να προκληθεί το αίσθημα της ευχαρίστησης ή να αποφευχθεί η δυσφορία που προκαλεί η στέρησή της. Η σωματική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από την παρουσία σωματικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων, όταν η ποσότητα της προσλαμβανόμενης ουσίας μειώνεται σημαντικά και σε μικρό χρονικό διάστημα. Ως εκ τούτου, στις δύο προαναφερόμενες καταστάσεις παρατηρείται το φαινόμενο της ανοχής, δηλαδή της ανάγκης λήψης της ουσίας σε όλο και μεγαλύτερες ποσότητες για την επίτευξη του επιδιωκόμενου αποτελέσματος ή για την αποφυγή του συνδρόμου

στέρησης, τα συμπτώματα του οποίου εξαρτώνται από το είδος της ψυχοτρόπου ουσίας.

Η τοξίκωση περιλαμβάνει το σύνολο των εκδηλώσεων που συνδέονται με πρόσφατη υπερβολική λήψη ψυχοδραστικής ουσίας και εξαρτάται από τη δοσολογία, τις συνθήκες και την ιδιοσυγκρασία του χρήστη. Εμφανίζεται συνήθως όταν λαμβάνονται οπιοειδή ή ουσίες που προκαλούν καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) οδηγώντας ακόμη και σε θάνατο.

Οι ψυχοδραστικές ουσίες διακρίνονται στις παρακάτω κυρίως κατηγορίες:

- Οπιούχα (ηρωΐνη, μορφίνη, μεθαδόνη, κωδεΐνη)
- Διεγερτικά (αμφεταμίνες, κοκαΐνη)
- Παραισθησιογόνα – Ψευδαισθησιογόνα (LSD)
- Κάνναβη (μαριχουάνα, χασίς)
- Κατασταλτικά – Υπνωτικά – Αγχολυτικά
- Αλκοόλ
- Καφεΐνη
- Νικοτίνη
- Αναβολικά
- Εισπνεόμενες Ουσίες (ουσίες στεγνού καθαρίσματος, διαλυτικά, ουσίες που περιέχονται σε προϊόντα υπό μορφή spray, ουσίες που περιέχονται σε κόλλες, διορθωτικά υγρά, αέριο για αναπτήρες)

[52][53]

### Χαρακτηριστικά Εθιστικής Προσωπικότητας

Υπό το πρίσμα της εθιστικής πραγματικότητας κάθε χρήστη εξάγονται γενικευμένα χαρακτηριστικά τα οποία αντικατροπτίζουν τόσο τη συμπεριφορά του όσο και τον ψυχικό του κόσμο.

- Παρορμητική συμπεριφορά
- Δυσπροσαρμοστικότητα
- Κοινωνική απομόνωση

- Ανοχή της παραβατικής συμπεριφοράς
- Δυσκολία σύναψης σταθερών και δημιουργικών προσωπικών σχέσεων
- Δυσκολία προσαρμογής στους κοινωνικούς κανόνες
- Δυσκολία σχεδιασμού και επιδίωξης μακροπρόθεσμων στόχων
- Απαισιόδοξη αντίληψη της πραγματικότητας
- Εγωκεντρισμός
- Ευερεθιστικότητα
- Κατάθλιψη
- Διαταραχή ύπνου
- Επιθετικότητα
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση

[54][55]

### Αιτιοπαθογένεια

Οι γνώσεις μας για τα αίτια που οδηγούν στην κατάχρηση και την εξάρτηση από ψυχοδιεγερτικές ουσίες είναι ακόμα περιορισμένες. Η επιστημονική κοινότητα αντιλαμβάνεται πλέον τον εθισμό ως μια πολύπλοκη διαταραχή της συμπεριφοράς, που σχετίζεται με τα συγκεκριμένα κοινωνικό – οικονομικά δεδομένα του εθισμένου ατόμου, καθώς επίσης και ως ασθένεια με σαφές βιολογικό υπόστρωμα σχετιζόμενο με την κληρονομικότητα ή τις νευροχημικές αλλαγές της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου λόγω της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών.

Οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν την κατάχρηση είναι ατομικοί και κοινωνικο – περιβαλλοντικοί. Στα ατομικά προδιαθεσικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας (π.χ. διαταραχή προσωπικότητας), η κληρονομικότητα, βιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εγκατάσταση της κατάχρησης, μαθησιακοί και ιατρογενείς παράγοντες που σχετίζονται κυρίως με την κατάχρηση συνταγογραφούμενων σκευασμάτων.

Στους κοινωνικο – περιβαλλοντικούς συντελεστές περιλαμβάνονται η ανεργία, η διαθεσιμότητα των ουσιών, η οικογένεια, η πίεση από τους φίλους, το νομικό

πλαίσιο, οι πολιτισμικές επιδράσεις, δηλαδή οι στάσεις και αντιλήψεις της συγκεκριμένης κοινωνίας στο θέμα της χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες που υποστηρίζουν ότι η χρήση ουσιών σχετίζεται με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας. Πρόσφατες κλινικές παρατηρήσεις καταλήγουν στη διαπίστωση ότι τα άτομα αυτά καταφεύγουν στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στο πλαίσιο της «αυτοθεραπείας». Οι χρήστες δεν επιλέγουν τυχαία την ουσία χρήσης, αλλά καταφεύγουν στην ουσία εκείνη που επιδρά ρυθμιστικά στα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματά τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του μηχανισμού αυτού αποτελεί η αυξανόμενη χρήση αλκοόλ στις περιπτώσεις κατάθλιψης.

[31][51]

### Η κατάχρηση ουσιών και ο αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας

Ως εθιστική προσωπικότητα ορίζεται η προσωπικότητα που έχει έντονη επιθυμία να καταλαμβάνεται από εμμονές στις οποίες είναι αδύνατο να αντισταθεί προβαίνοντας καταναγκαστικά στη συμπεριφορά που οι εμμονές του υποδεικνύουν ακόμη και αν οδηγηθεί σε μία ενδεχόμενη αυτοκτονική τάση.

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα μιας απόπειρας αυτοκτονίας πέρα από κοινωνικο – οικονομικούς λόγους και κληρονομικές ψυχικές διαταραχές είναι και η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Η συχνότητα μιας ενδεχόμενης απόπειρας αυτοκτονίας χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών είναι πέντε φορές υψηλότερη συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Σε μεγάλο βαθμό το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται στα εξαρτημένα άτομα από το αλκοόλ, διότι εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη σε ποσοστό 50% πιο συχνά από το γενικό πληθυσμό. Υψηλό ποσοστό ανθρώπων, οι οποίοι κάνουν χρήση ουσιών κατά κύριο λόγο προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα κατάθλιψης ή άλλων συμπτωμάτων που βιώνουν. Μια τέτοια προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος δεν βοηθάει αντίθετα επιτείνει και οδηγεί σε αύξηση του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων καθώς και στην εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού.

[40][53]

### 3.1.3 Διπολική διαταραχή

Πρόκειται για μια σοβαρή νευροψυχιατρική διαταραχή του συναισθήματος όπου οι εναλλαγές του συναισθήματος αυξάνονται σε συχνότητα και σοβαρότητα. Χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια συναισθηματικής διαταραχής, τα οποία συνήθως αφορούν υποτροπές τόσο μανιακών όσο και μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων. Καθημερινά όλοι οι άνθρωποι βιώνουν διακυμάνσεις στη διάθεσή τους, οι οποίες εξαρτώνται από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και από τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα τα επεξεργάζονται, τα ερμηνεύουν και τα εσωτερικεύουν. Στη διπολική διαταραχή όμως, η μεταβλητότητα της διάθεσης είναι πολύ διαφορετική από τη συνηθισμένη. Οι διακυμάνσεις της διάθεσης είναι ιδιαίτερα σοβαρές λόγω της μεγάλης έντασης, της μακράς διάρκειας και των σημαντικών αρνητικών επιπτώσεών τους στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου. [2][19]

#### Επιδημιολογικά στοιχεία

Σε κάποια από τις πολλές μορφές της, η διπολική διαταραχή υφίσταται στο 3 – 6% του ενήλικου πληθυσμού, αν και συχνότερα παρουσιάζεται για πρώτη φορά σχεδόν στο τέλος της εφηβίας ή στην αρχή της ενήλικης ζωής αλλά δεν αποκλείεται κιόλας τα πρώτα συμπτώματα να δώσουν το πρώτο τους σημάδι κατά την παιδική ηλικία ή και ακόμη πολύ αργότερα στην ενήλικη ζωή. Το πρώτο επεισόδιο διπολικής διαταραχής εμφανίζεται τις περισσότερες φορές πριν την ηλικία των 30 ετών και στην περίπτωση που ένα τέτοιο επεισόδιο εμφανιστεί μετά την ηλικία των 50 ετών θα πρέπει να διερευνηθεί το ενδεχόμενο οργανικών αιτιών.

#### Αιτιολογία

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει κάποιος επιστημονικά συγκεκριμένος και τεκμηριωμένος αιτιολογικός παράγοντας για τη διπολική διαταραχή. Γενετικοί παράγοντες της νόσου υπάρχουν καθώς και μπορεί να υπάρχει αυτή η προδιάθεση στα γονίδια μας, η οποία ερμηνεύει και το γεγονός ότι κάποια άτομα είναι πιο ευάλωτα από κάποια άλλα σε ορισμένους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στρεσογόνα γεγονότα και

ψυχοπιεστικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν περισσότερο εκλυτικό παρά αιτιολογικό ρόλο στην εκδήλωση της διπολικής διαταραχής. Ψυχαναλυτές αντιλαμβάνονται τη μανία ως έναν ακραίο μηχανισμό άμυνας για την αντιμετώπιση δυσάρεστων συναισθηματικών καταστάσεων.  
[25][26]

### Κλινικές μορφές

Το DSM-IV-TR περιγράφει δύο τύπους διπολικής διαταραχής:

1. Διπολική διαταραχή τύπου I

Το άτομο έχει εναλλασόμενα επεισόδια κατάθλιψης και μανίας, καθένα από αυτά διαρκεί εβδομάδες ή μήνες. Κάποια άτομα μπορεί να βιώσουν μια σειρά επεισοδίων είτε μανίας είτε κατάθλιψης, τα οποία διαχωρίζονται από περιόδους χωρίς προβλήματα. Υπάρχουν άτομα τα οποία μπορεί να ταλαντεύονται μεταξύ κατάθλιψης και μανίας μέσα σε μία ημέρα.

2. Διπολική διαταραχή τύπου II

Κυρίαρχα σε αυτόν τον τύπο είναι τα καταθλιπτικά επεισόδια. Το άτομο μπορεί να κινείται μεταξύ υπομανιακών επεισοδίων (αύξηση της δραστηριότητας πάνω από το φυσιολογικό, αλλά όχι σε τόσο υπερβολικό βαθμό όσο η μανία) και βαριάς κατάθλιψης. Σημειώνεται ότι το άτομο δεν θα εμφανίσει ποτέ μανιακό επεισόδιο.  
[16][29]

### Συμπτώματα

Οι άνθρωποι με διπολική διαταραχή βιώνουν περιόδους τόσο κατάθλιψης όσο και μανίας. Ένα μανιακό επεισόδιο περιλαμβάνει τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα στοιχεία:

- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου

- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
- Μεγαλύτερη ομιλητικότητα απο τη συνήθη ή πίεση για συνέχιση της ομιλίας
- Φυγή ιδεών ή αίσθημα ότι οι σκέψεις καλπάζουν
- Διάσπαση της προσοχής
- Αυξημένη δραστηριότητα ή ψυχοκινητική διέγερση
- Υπέμετρη εμπλοκή σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου

Σε κατάσταση μανίας τα άτομα κινούνται και μιλούν γρήγορα και δυνατά, οι συζητήσεις τους είναι συχνά γεμάτες αστεία και στόμφο.

Στη διπολική διαταραχή συνυπάρχουν μανία και κατάθλιψη, το πρώτο επεισόδιο μπορεί να είναι καταθλιπτικό (στα 2/3 έως 3/4 των περιπτώσεων) ή μανιακό και μετά την αποδρομή του συνήθως ακολουθείται από σχετικά μακρά περίοδο (μηνών ή και ετών) ενδιάμεσης κατάστασης. Ανάμεσα στα επόμενα επεισόδια συνήθως παρεμβάλλονται όλο και μικρότεροι περίοδοι νορμοθυμίας αν και εφόσον η νόσος ακολουθεί τυπική πορεία. Λίγα χρόνια μετά την έναρξη η συχνότητα σταθεροποιείται με εναλλαγή επεισοδίων μανίας ή κατάθλιψης διάρκειας περίπου 2-6 μηνών και περιόδων νορμοθυμίας διάρκειας περίπου 6-10 μηνών. Για πολλούς ασθενείς όμως οι περίοδοι αυτοί διαφέρουν σημαντικά από τις τυπικές και υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες παρεμβάλλονται πολλά χρόνια νορμοθυμίας μεταξύ των επεισοδίων ή άλλες στις οποίες η νόσος συνεχώς υποτροπιάζει με ελάχιστες ή και καθόλου περιόδους φυσιολογικού συναισθήματος. Στην τελευταία περίπτωση, εάν δεν υπάρχουν περισσότερα από 4 επεισόδια κατά έτος, η νόσος θεωρείται "ταχείας εναλλαγής φάσεων".

Στη φάση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου ένα άτομο μπορεί να εμφανίσει :

- Καταθλιπτική διάθεση, με ή χωρίς άγχος
- Αίσθημα κενού
- Απαισιοδοξία ή απελπισία και αίσθημα αβοηθησίας
- Ιδέες ενοχής & αναξιότητας
- Απώλεια των ενδιαφερόντων και αδυναμία άντλησης ικανοποίησης από τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που ήταν προηγουμένως ευχάριστες
- Μείωση της ενεργητικότητας, εύκολη κόπωση
- Δυσκολία στη συγκέντρωση, τη μνήμη και στη δυνατότητα λήψης αποφάσεων
- Ανησυχία ή ευερεθιστότητα



- Διαταραχές του ύπνου
- Διαταραχές της όρεξης
- Μείωση της σεξουαλικής διάθεσης
- Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας και συχνά απόπειρες αυτοκτονίας

Στη φάση ενός μανιακού επεισοδίου ένα άτομο μπορεί να εμφανίσει:

- Υπερβολικά ευφορική διάθεση, υπεραισιοδοξία
- Έντονη δραστηριότητα
- Εκνευρισμό, ανησυχία, ευερεθιστότητα
- Παρορμητική ή επιθετική συμπεριφορά
- Γρήγορη και συχνά ανοργάνωτη σκέψη και ομιλία
- Διάσπαση προσοχής και αδυναμία συγκέντρωσης
- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
- Υπερεκτίμηση δυνάμεων και ικανοτήτων, ιδέες μεγαλείου
- Περιορισμένη κριτική ικανότητα, που επηρεάζει την επαφή του με την πραγματικότητα
- Έντονα υπερκαταναλωτική συμπεριφορά, αλόγιστες οικονομικές δαπάνες
- Σεξουαλική υπερδραστηριότητα
- Κατάχρηση ουσιών
- Αδυναμία κατανόησης του νοσηρού της κατάστασης

Ο κίνδυνος της αυτοκτονίας για τα άτομα με διπολική διαταραχή είναι αυξημένος. Το 20-25% των ασθενών κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας, ιδιαίτερα όταν βρίσκονται στη φάση της κατάθλιψης. [27][31]

### Διαφορική διάγνωση

Όταν η νόσος βρίσκεται στα αρχικά της στάδια και ιδίως εφόσον υπάρχει ψυχωσικού τύπου συμπτωματολογία η διαφορική διάγνωση από τη σχιζοφρένεια είναι συχνά δύσκολη. Η διάκριση του πρώτου μανιακού επεισοδίου από το πρώτο επεισόδιο σχιζοφρένειας βασίζεται κυρίως στα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. Οξεία έναρξη ενώ στη σχιζοφρένεια υπάρχει συχνά μακρά περίοδος πρόδρομων συμπτωμάτων και κάποιου βαθμού έκπτωση της λειτουργικότητας ακόμη και πριν από την εμφάνιση του επεισοδίου.
2. Εάν υπάρχουν ακουστικές ψευδαισθήσεις, αυτές δεν έχουν τα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας (δηλαδή δεν αφορούν συνεχείς σχολιασμούς ή φωνές που αναφέρονται στον ασθενή στο τρίτο πρόσωπο).
3. Το παραλήρημα δεν είναι αλλόκοτο στη μανία.
4. Η ψυχωσικού τύπου συμπτωματολογία έχει γενικά μικρότερη διάρκεια από τη διαταραχή του συναισθήματος .
5. Στη μακροχρόνια παρακολούθηση, η αποδρομή του επεισοδίου σχετίζεται με επαναφορά της λειτουργικότητας του ασθενούς και δεν παρατηρείται σταδιακή έκπτωση όπως στη σχιζοφρένεια.

Ιδίως σε νεαρά άτομα ή σε άτομα από διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον του γιατρού, η διάκριση είναι συχνά αδύνατη κατά το πρώτο επεισόδιο και η τελική διάγνωση βασίζεται στην παρακολούθηση της περαιτέρω εξέλιξης της νόσου μέσα σε μερικούς μήνες ή λίγα χρόνια. Δεν είναι σπάνιο, σε άτομα που διαγνώστηκαν ως σχιζοφρενείς κατά το πρώτο επεισόδιο ψυχωσικής νόσου, να αναθεωρηθεί αργότερα η διάγνωση προς αυτή της διπολικής διαταραχής. [4][7][8][24]

### **3.1.4 Δυσθυμική διαταραχή**

Με τον όρο δυσθυμική διαταραχή ορίζουμε μια κατάσταση κατά την οποία υπάρχει μικρότερης έντασης καταθλιπτικό συναίσθημα από αυτό που απαιτείται για τη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Εμφανίζεται σε μεγαλύτερα ποσοστά στις γυναίκες παρά στους άντρες. Το καταθλιπτικό συναίσθημα μπορεί να μην είναι σταθερό και να παρουσιάζει διακυμάνσεις της έντασής του και αντιδραστικότητα σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα, δηλαδή να βελτιώνεται όταν συμβαίνει κάτι ευχάριστο και να χειροτερεύει σε δυσάρεστες καταστάσεις για το άτομο. Τυπικά όσοι πάσχουν από αυτή τη διαταραχή αναφέρουν πως έχουν κατάθλιψη για πολλά χρόνια ή από τότε που θυμούνται τον εαυτό τους. Αυτό το καταθλιπτικό συναίσθημα τους

έχει γίνει χαρακτηριστικό γνώρισμα και συχνά το θεωρούν φυσιολογικό.  
[2][4]

Τα κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR , που πρέπει να πληρούνται ώστε να τεθεί η συγκεκριμένη διάγνωση περιλαμβάνουν:

1. Καταθλιπτική διάθεση και τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω συμπτώματα για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για τουλάχιστον δύο χρόνια :
  - μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία
  - αυπνία ή υπερυπνία
  - μειωμένη ενέργεια/ενεργητικότητα
  - χαμηλή αυτοεκτίμηση
  - ελαττωμένη ικανότητα συγκέντρωσης & δυσκολία στη λήψη αποφάσεων
  - αισθήματα απελπισίας
2. Απουσία μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου
3. Εάν υπήρξε ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, απαιτείται για διάστημα 6 μηνών πριν την έναρξη της δυσθυμικής διαταραχής να μην εκδηλώθηκε κανένα σημείο ή σύμπτωμα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.
4. Δύο χρόνια μετά από τη διάγνωση της δυσθυμικής διαταραχής το άτομο ενδέχεται να διαγνωσθεί με μείζονα κατάθλιψη δυσθυμικής διαταραχής, εάν τα συμπτώματα γίνουν σοβαρότερα.
5. Η δυσθυμική διαταραχή δεν οφείλεται στις επιδράσεις μιας ουσίας ή μιας γενικής σωματικής ιατρικής κατάστασης.
6. Συνήθως δεν είναι παρόντα ψυχωσικά στοιχεία σε αυτή τη διαταραχή.

[20][31]

### Κλινικά Συμπτώματα

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι η χρόνια καταθλιπτική διάθεση, έλλειψη αυτοπεποίθησης, ασταθείς ενοχές, έλλειψη ενδιαφέροντος και τάση για αδράνεια και απόσυρση από τις δραστηριότητες, κοινωνική απομόνωση, ευερεθιστότητα, διαταραχή στην όρεξη και τον ύπνο, συχνά ξεσπάσματα σε κλάματα, δυσκολία

συγκέντρωσης και η αναποφασιστικότητα. Η κατάσταση χαρακτηρίζεται απο υποκειμενικά κυρίως ενοχλήματα και πολύ σπάνια υπάρχουν αντικειμενικά ελεγχόμενα σημεία, όπως ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση. [18]

### Πρόγνωση

Η δυσθυμία εξελίσσεται προς μείζονα κατάθλιψη περίπου στο 20% των πασχόντων και προς διπολική διαταραχή (συνήθως τύπου II) σε άλλο ένα 20%. Στους περισσότερους ασθενείς, πάντως, παραμένει ως σταθερή διάγνωση για πολλά χρόνια, εάν δεν υπάρξει θεραπευτική παρέμβαση.

### Αιτιολογία

Τα αίτια της δυσθυμικής διαταραχής δεν είναι πλήρως διευκρινισμένα, όμως σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες, θεωρείται ότι η ανάπτυξή της είναι πολυπαραγοντική. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες όπως περιβαλλοντικοί, γενετικοί, βιοχημικοί και κληρονομικοί, οι οποίοι θεωρούνται υπεύθυνοι για την ανάπτυξη της διαταραχής. Στρεσογόνα γεγονότα της ζωής όπως θάνατος οικογενειακού προσώπου, κακοποίηση, συναισθηματική στέρηση, ψυχολογική βία, διαταραγμένες σχέσεις με γονείς κατά την παιδική ηλικία συμβάλλουν επίσης στην ανάπτυξη της δυσθυμικής διαταραχής. [19]

### Επιδημιολογία

Θεωρείται ότι από δυσθυμία μπορεί να διαγνωστεί ότι πάσχει το 5-6% του γενικού πληθυσμού. Συχνά συνυπάρχει με άλλες ψυχικές νόσους (αγχώδεις διαταραχές, χρήση ουσιών, αλκοολισμός κλπ.) και διαταραχές της προσωπικότητας ( κυρίως μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας).

### Διαφορική διάγνωση

Κυρίως αφορά τη διάκριση από την ελάσσονα κατάθλιψη (στην οποία όμως η διάρκεια είναι μικρότερη αυτής της δυσθυμίας και παρατηρείται επιστροφή στο φυσιολογικό συναίσθημα) και τη διαταραχή με υποτροπιάζοντα βραχεία καταθλιπτικά επεισόδια (όπου τα επεισόδια έχουν γενικά βραχύτερη συμπτωματολογία, βραχύτερη διάρκεια και σαφή υποτροπιάζοντα χαρακτήρα). Στη διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνονται και άλλες ψυχικές διαταραχές ή διαταραχές προσωπικότητας που μπορεί να συνυπάρχουν με τη δυσθυμία, καθώς και οι περισσότερες από τις σωματικές νόσους και τις φαρμακευτικές και άλλες ουσίες.

[31]

### 3.1.5 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η μείζων κατάθλιψη είναι μία σοβαρή ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από συνήθως υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια. Ως μείζων κατάθλιψη θεωρείται η νόσος που χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, χωρίς να έχει υπάρξει ποτέ στο ιστορικό του ασθενούς μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο.

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο ορίζεται από την παρουσία τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα για διάστημα μεγαλύτερο των δύο εβδομάδων:

1. Καταθλιπτική διάθεση
2. Χαρακτηριστική ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε σχεδόν όλες τις δραστηριότητες
3. Σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους είτε ελάττωση ή αύξηση της όρεξης
4. Ψυχοκινητική αναστάτωση
5. Κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας
6. Αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης ενοχής
7. Μειωμένη ικανότητα σκέψης, συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητας
8. Σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της λειτουργικότητας

Άτομα με κατάθλιψη έχουν πεσμένη διάθεση και δεν αντλούν ευχαρίστηση από τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες. Μπορεί επίσης να νιώθουν ότι δεν έχουν τον έλεγχο της κατάστασής τους, κάποιιοι απο αυτούς σε κάποια στιγμή της ζωής τους θα βιώσουν τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή θα εκδηλώσουν αυτοκτονική συμπεριφορά. Οι άνθρωποι με κατάθλιψη αναφέρουν συχνά οτι νιώθουν το μυαλό τους μπερδεμένο και τη σκέψη τους αργή και ότι δυσκολεύονται να συγκρατήσουν πληροφορίες ή να επιλύσουν προβλήματα. [19][23]

### Αιτιολογία

Η αιτιολογία της μείζων κατάθλιψης δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητή μέχρι και σήμερα. Η πιο πιθανή εκδοχή που βασίζεται σε γενετικούς παράγοντες είναι ότι οι άνθρωποι που αναπτύσσουν αυτήν τη νόσο είναι πιο ευάλωτοι όταν εκτεθούν σε αντίξοα γεγονότα και καταστάσεις. Α' Βαθμού συγγενείς των καταθλιπτικών ασθενών έχουν 2 – 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από κατάθλιψη σε σχέση με άτομα του γενικού πληθυσμού.

Με βάση τους βιολογικούς μηχανισμούς, ασθενείς με κατάθλιψη παρουσιάζουν διαταραχές στη λειτουργία των χημικών και ορμονικών οδών με τις οποίες τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου επικοινωνούν μεταξύ τους. Αυτή η χημική δυσλειτουργία επηρεάζει τον τρόπο αντίληψης και ερμηνείας του κόσμου δημιουργώντας απαισιόδοξες και ανακριβείς πεποιθήσεις για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον. Τέτοιες πεποιθήσεις καθιστούν το άτομο ευάλωτο στην ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επίσης η διάθεση είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των συστημάτων της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης, δεν αποκλείεται ακόμη να είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης αυτών και άλλων συστημάτων του εγκεφάλου.

Σε MRI απεικονίσεις του εγκεφάλου διαπιστώνονται συχνά δομικές και λειτουργικές διαφοροποιήσεις στους ασθενείς με κατάθλιψη σε σχέση με ανθρώπους του γενικού πληθυσμού. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι κοινωνικο – πολιτισμικοί παράγοντες όπως το στρες, ψυχοπαιστικά γεγονότα κατά την παιδική ηλικία κ.ά. όμως παρά τον κρίσιμο ρόλο του στρες στην έναρξη της διαταραχής και τα ψυχοπαιστικά γεγονότα, όλα αυτά ασκούν πολύ μικρότερη επίδραση στις υποτροπές, γεγονός που συνη-

γορεί υπέρ της άποψης ότι δρουν πυροδοτώντας μια υποκείμενη προδιάθεση.  
[36]

### Κλινικοί τύποι

Οι κλινικοί τύποι της διαταραχής είναι οι εξής:

1. Ήπια, μέτρια, σοβαρή χωρίς ψυχωτικά στοιχεία
2. Ή σοβαρή με ψυχωτικά στοιχεία
3. Σε μερική ύφεση
4. Σε πλήρη ύφεση
5. Ή χρόνια
6. Με μετατονικά στοιχεία
7. Με μελαγχολικά στοιχεία
8. Με άτυπα στοιχεία
9. Με επιλόχεια έναρξη
10. Με ή χωρίς πλήρη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια
11. Με εποχιακό σχήμα ( φθινόπωρο ή χειμώνα και αφορά κυρίως τις γυναίκες)

[10]

### Πρόγνωση

Το μοναδικό μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο έχει πιθανότητα να υποτροπιάσει σε ποσοστό που κυμαίνεται από 30% έως και 75%. Η μεγάλη διαφορά μεταξύ μελετών μάλλον οφείλεται στο πόσο αυστηρά είναι τα κριτήρια για τη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου στην κάθε μελέτη και στο ότι μεταξύ των διάφορων μελετών υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα χαρακτηριστικά των ασθενών που περιλαμβάνονται στο δείγμα. Φαίνεται, πάντως, ότι όσο περισσότερα συμπτώματα έχουν οι ασθενείς με πρώτο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα υποτροπής στο μέλλον. Η πλειοψηφία των ασθενών που έχουν εμφανίσει δύο μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια θα υποτροπιάσουν. Περίπου οι μισοί ασθενείς με την πάροδο του χρόνου θα παρουσιάσουν επεισόδια που δεν υφίστανται πλήρως και στο 40% από αυτούς η υπάρχουσα συμπτωματολογία είναι τόσο σοβαρή ώστε η νόσος να

εξελιχθεί σε χρόνια κατάθλιψη με συνεχή τα συμπτώματα του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. [18][47]

### Συμπτώματα

Τα συμπτώματα ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου περιλαμβάνουν:

- καταθλιπτική διάθεση ή και απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης στις συνήθεις δραστηριότητες
- διαταραχές στον ύπνο ή την όρεξη
- διέγερση και ανησυχία ή επιβράδυνση της συμπεριφοράς
- κόπωση και απώλεια ενεργητικότητας
- δυσκολία στη συγκέντρωση και τη λήψη αποφάσεων
- μείωση της αυτοεκτίμησης και ιδέες αναξιότητας ή ενοχής και επίμονη ενασχόληση με την αυτοκτονία και το θάνατο
- Η συνολική κινητική δραστηριότητα μειώνεται – ο βηματισμός είναι βραδύς, τα αντανακλαστικά νωθρά, η στάση του σώματος σκυφτή, η ομιλία ελάχιστη και στερεότυπη και ο ασθενής περνά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας στο κρεβάτι χωρίς όμως να μπορεί να κοιμηθεί κανονποιητικά.

Η παραπάνω περιγραφείσα κλινική εικόνα αφορά σοβαρές μορφές κατάθλιψης.

### Επιδημιολογία

Η μείζων κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή με ποσοστό 17% στο γενικό πληθυσμό. Είναι διπλάσια σε συχνότητα στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες και η έναρξή της τοποθετείται κατά μέσο όρο στην ηλικία των 30 ετών. Στην



πλειονότητα των περιπτώσεων η κατάθλιψη είναι υποτροπιάζουσα νόσος με το 50-85% των ασθενών να εμφανίζουν περισσότερα από ένα μείζοντα καταθλιπτικά επεισόδια. Το μεγαλύτερο ποσοστό ανθρώπων με κατάθλιψη δεν λαμβάνουν κατάλληλη φροντίδα παρά τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών θεραπευτικών μεθόδων. [24][38]

### 3.1.6 Μετατραυματική διαταραχή στρες

Η μετατραυματική διαταραχή στρες είναι ευρέως αναγνωρισμένη ως μια φυσική αντίδραση του ατόμου απέναντι στη βίωση ή τη θέαση έντονων τραυματικών γεγονότων. Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM – IV – TR, η διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής δίνεται όταν το άτομο συμμετείχε ή ήταν μάρτυρας σε ένα γεγονός στο οποίο υπήρχε πραγματικός ή επαπειλούμενος θάνατος, σοβαρός τραυματισμός ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή άλλων ατόμων, και η άμεση αντίδραση ήταν έντονος φόβος, αίσθημα αβοηθητότητας ή τρόμος.

Μακροπρόθεσμα το άτομο πρέπει να έχει βιώσει τρεις ομάδες συμπτωμάτων που διαρκούν έναν μήνα ή περισσότερο:

- **Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις:** Το τραυματικό γεγονός αναβιώνεται μέσα από ενοχλητικές σκέψεις, επαναβιώσεις ή εφιάλτες. Η αναβίωση μπορεί να είναι εσκεμμένη καθώς το άτομο «μηνυκάζει» το τραυματικό γεγονός. Μπορεί επίσης να ξεπηδούν στο μυαλό του απρόκλητες εικόνες με τη μορφή επαναβιώσεων. Οι επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες του γεγονότος προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή. Οι εικόνες αυτές μοιάζουν συχνά τόσο πραγματικές όσο και το ίδιο το γεγονός, αλλά μπορεί να είναι αποσπασματικές ή ελλιπείς. Τα συναισθήματα και οι αισθήσεις που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός μπορεί να επαναβιώνονται με την ίδια ένταση με την οποία είχαν βιωθεί και τη χρονική στιγμή του συμβάντος. Το άτομο περιγράφει συνήθως αυτές τις εικόνες σαν μια «ταινία» του γεγονότος. Στην αρχή νιώθει σαν να βρίσκεται «μέσα» στην ταινία και στη συνέχεια σαν να την παρακολουθεί ως θεατής. Αυτό σημαίνει ότι νιώθει στην

κυριολεξία πιο αποστασιοποιημένος από το τραυματικό γεγονός. Επίσης έντονη ψυχολογική ενόχληση κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος όπως και φυσιολογική αντιδραστικότητα (διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος).

- **Αποφυγή:** Το άτομο υιοθετεί δραστηριότητες ή συμπεριφορές για να αποφύγει όλα αυτά που του θυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Μπορεί να επιστρατεύει νοητικούς μηχανισμούς άμυνας, όπως η αδυναμία ανάκλησης κάποιων τμημάτων του τραυματικού γεγονότος, το συναισθηματικό μούδιασμα ή η αποξένωση από τους άλλους, καθώς και η φυσική αποφυγή αυτών που του θυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Τέλος δημιουργείται αίσθηση βράχυνσης του μέλλοντος (το άτομο δεν περιμένει ότι θα κάνει καριέρα, ότι θα παντρευτεί, ότι θα κάνει παιδιά ή ότι θα έχει μια φυσιολογική διάρκεια ζωής).
- **Διέγερση:** Το άτομο διακατέχεται από επίμονο αίσθημα υπερδιέγερσης, το οποίο μπορεί να εκφράζεται με ευερεθιστότητα, εκρήξεις θυμού, εκδήλωση αντίδρασης αιφνιδιασμού, υπερεπαγρύπνηση, αϋπνία ή δυσκολία συγκέντρωσης.

Στα παιδιά βλέπουμε όμως ότι διαφοροποιούνται τα συμπτώματα. Δηλαδή ένα παιδί μπορεί να εκφράζει θέματα ή πλευρές του τραυματικού στρες μέσω επαναλαμβανόμενων παιχνιδιών. Αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί τα παιδιά δεν έχουν την ικανότητα να εκφραστούν όπως οι ενήλικες.

Γι' αυτό το λόγο οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εξετάζουν τον τρόπο που παίζουν και ζωγραφίζουν γιατί μέσω αυτών μπορεί να εκφραστεί το πιθανό τραύμα. Τα παιδιά έχουν επίσης εφιάλτες, αν όμως τους ζητήσεις να σου μιλήσουν για το περιεχόμενό τους, μπορεί και να μην είναι αναγνωρίσιμο. Επίσης μπορεί να γίνονται ειδικά σχετιζόμενες με το τραύμα αναπαραστάσεις. Η διάρκεια της διαταραχής είναι μεγαλύτερη από ένα μήνα.

Οξεία πορεία έχουμε αν τα συμπτώματα διαρκέσουν λιγότερο από τρεις μήνες και χρόνια πορεία αν επιμένουν τρεις μήνες ή περισσότερο. Αν η έναρξη των συμπτωμάτων καθυστερεί περισσότερο από 6 μήνες μετά την επίδραση του στρεσογό-

νου παράγοντα, χρειάζεται να αναφερθεί ως προσδιοριστικός παράγοντας της νόσου και χαρακτηρίζεται ως καθυστερημένη έναρξη. [2][4][31]

### Συνοδά συμπτώματα Διαταραχής Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες

Αν το τραυματικό γεγονός είχε διαπροσωπική υφή (π.χ. σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, ομηρία, βασανισμός, αιχμαλωσία πολέμου ή σε στρατόπεδο συγκεντρώσεως), το άτομο εμφανίζει συμπτώματα όπως: αισθήματα ενοχής (που επέζησε), αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, διασχιστικά συμπτώματα, αισθήματα ντροπής, εχθρικότητα, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα. Επίσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για συνοδές διαταραχές όπως διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, ψυχαναγκαστική διαταραχή, κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σωματοποιητική διαταραχή και διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες. [8][9]

### Αίτια που προκαλούν μετατραυματικό στρες

Τραυματικά γεγονότα που το άτομο τα βιώνει άμεσα μπορεί να είναι πολεμικές μάχες, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές, σωματικές, ληστείες), απαγωγές, ομηρία, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυλακίσεις, στρατόπεδα συγκεντρώσεως, φυσικές ή τεχνητές καταστροφές, σοβαρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή η διάγνωση μιας θανατηφόρας αρρώστιας. Στα παιδιά ακόμη και αναπτυξιακά απρόσφορες σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς βία, τραυματισμό ή απειλή.

Τραυματικά γεγονότα στα οποία το άτομο μπορεί να ήταν μάρτυρας, μπορεί να είναι το να δει ένα σοβαρό τραυματισμό ή το θάνατο ενός ατόμου που να προήλθε από βίαια επίθεση, ατύχημα, πόλεμο ή φυσική καταστροφή ή να δει ξαφνικά ένα νεκρό ή μέλη νεκρού ατόμου.

Τραυματικά γεγονότα, που τα βίωσαν άλλοι και για τα οποία έμαθε το άτομο μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις, σοβαρά ατυχήματα ή σοβαροί τραυματισμοί κάποιου μέλους της οικογένειας ή κάποιου στενού φίλου, ο ξαφνικός θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου, η πληροφόρηση ότι π.χ. το παιδί του έχει μια

θανατηφόρα αρρώστια. Ίσως η ΔΜΨΣ είναι πιο σοβαρή όταν το τραυματικό γεγονός προέρχεται από ανθρώπινο σχεδιασμό (βασανιστήρια, βιασμοί). [29]

### Αιτιολογία της διαταραχής μετά απο τραυματικό στρες

#### Βιολογικοί παράγοντες

Τα συστήματα του εγκεφάλου που ενοχοποιούνται για αυτή τη διαταραχή θεωρείται ότι είναι αυτά που εμπλέκονται στα συναισθήματα και στη μνήμη, και ειδικά η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος. Ο ιππόκαμπος ευθύνεται για την αποθήκευση και την ανάκτηση των μνήμεων. Συνδέεται με την αμυγδαλή ενεργοποιούνται είτε για την παγίωση των μνήμεων του γεγονότος και των σχετιζόμενων με αυτό συναισθημάτων, είτε για την ανάκλησή τους. Στην παγίωση των τραυματικών μνήμεων φαίνεται να εμπλέκονται ιδιαίτερα δύο ορμόνες του στρες: η νορεπινεφρίνη και η κορτιζόλη. Η αύξησή τους έχει γενικά ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της μνήμης, παρόλο που τα επίπεδα στα οποία φτάνουν σε στιγμές στρες μπορεί να αποδειχθούν τοξικά για τον εγκεφαλικό ιστό και να οδηγήσουν σε νευρωνικό θάνατο, καταστρέφοντας το μνημονικό σύστημα.

Επίσης έχουν επισημανθεί ορισμένες ανωμαλίες των ατόμων με διαταραχή τραυματικού στρες στην συχνότητα του τέταρτου σταδίου REM του ύπνου που είναι μειωμένη, οι οποίες μπορεί να παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της διαταραχής.

#### Επιπλοκές της ΔΜΨΣ

Μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις του ατόμου, αυτοκτονία, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και συζυγικές διαμάχες, διαζύγια ή απώλεια εργασίας (λόγω της φοβικής αποφυγής καταστάσεων ή δραστηριοτήτων που μοιάζουν ή συμβολίζουν το αρχικό τραύμα).

#### Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες περιλαμβάνει τη μείζονα κατάθλιψη, τη διαταραχή προσαρμογής, τη διαταραχή πανικού, τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, τη διαταραχή από οξύ στρες, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, τη διαταραχή αποπροσωποποίησης, τη διαταραχή προσποίησης. Σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατόν να έχει προκληθεί σωματική βλάβη, γεγονός που καθιστά τη φυσική και νευρολογική εξέταση απαραίτητες. <sup>[2][9][31]</sup>

### **3.1.7 Οριακή – Μετايχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας**

Ο όρος «Οριακή – Μετايχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας» αρχικά χρησιμοποιήθηκε για ασθενείς που βρίσκονταν στο μετايχμιο μεταξύ νεύρωσης και σχιζοφρένειας, ήταν δηλαδή ασθενείς που ήταν πολύ ευαίσθητοι για να αντιμετωπιστούν μέσω κλασσικών ψυχαναλυτικών τεχνικών ψυχοθεραπείας, αλλά και που τα συμπτώματά τους δεν ήταν τέτοια ώστε να δικαιολογούν την διάγνωση της σχιζοφρένειας. Το DSM – IV – TR ορίζει την οριακή διαταραχή προσωπικότητας ως ένα διάχυτο πρότυπο αστάθειας στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εικόνα του εαυτού και στα συναισθήματα, καθώς και έκδηλης παρορμητικότητας.

Η έναρξή της τοποθετείται στην πρώιμη ενήλικη ζωή και στα βασικά χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται πέντε απο τα ακόλουθα:

- Απεγνωσμένες προσπάθειες αποφυγής της πραγματικής ή φαντασιούμενης εγκατάλειψης
- Διαταραχή της ταυτότητας: επίμονα ασταθής εικόνα ή αίσθηση του εαυτού
- Πρότυπο ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων, οι οποίες βρίσκονται στα όρια της εξειδανίκευσης και της υποτίμησης
- Παρορμητικότητα σε δύο τουλάχιστον περιοχές, η οποία είναι εν δυνάμιν βλαπτική για τον εαυτό (π.χ. κατάχρηση ουσιών)
- Υποτροπιάζουσα αυτοκτονική συμπεριφορά ή συμπεριφορά αυτοακρωτηριασμού
- Χρόνια αισθήματα ματαιότητας
- Συναισθηματική αστάθεια οφειλόμενη σε έκδηλη αντιδραστικότητα της διάθεσης
- Απρόσφορος, έντονος θυμός ή δυσκολία ελέγχου του θυμού

- Παροδικός, συνδεόμενος με στρες, παρανοειδής ιδεασμός ή βαριά αποσυνδεδεμένα συμπτώματα [7][8]

### Κλινική εικόνα

Η συμπεριφορά τέτοιων ατόμων είναι παρορμητική, απρόβλεπτη και έντονα αυτοκαταστροφική. Η διάθεσή τους παρουσιάζει έντονες αλλαγές από φυσιολογική σε δυσφορική, σε καταθλιπτική και σε κρίσεις θυμού. Συνηθισμένος ακόμα είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός, ο αυτοτραυματισμός (κόψιμο των χεριών, των ποδιών ή του κορμού, το κάψιμο κ.α.) και οι απόπειρες αυτοκτονίας. Η απρόβλεπτη, παρορμητική και δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορεί να εκφράζεται μέσω της ενασχόλησης με τυχερά παιχνίδια, το αλόγιστο ξόδεμα χρημάτων, την αχαλίνωτη σεξουαλική δραστηριότητα, την κατάχρηση ουσιών και τα επεισόδια υπερφαγίας.

Τα άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας συχνά δεν έχουν σαφή και συνεκτική αίσθηση αυτού. Επιπλέον ορισμένες φορές βιώνουν σημαντικές μεταβολές σε πολύ βασικές πτυχές της ταυτότητάς τους, όπως είναι η αξία τους, η πίστη τους, οι επαγγελματικές τους επιλογές και τα άτομα στα οποία είναι αφοσιωμένα.

Σε συνθήκες στρες μπορεί να βιώσουν παροδικά ψυχωτικά και διασχιστικά συμπτώματα. Οι συμπεριφορές αυτές είναι συνήθως αποτέλεσμα βίωσης αρνητικών συναισθημάτων, όπως ο θυμός ή το άγχος, και είτε αντανακλούν τις προσπάθειες του ατόμου να εμποδίσει επώδυνες αναμνήσεις είτε αποτελούν μια κραυγή βοήθειας. Δεν αποκλείεται πάντως να χρησιμοποιούνται από το άτομο χειριστικά, για τον έλεγχο των σχέσεων ή της συμπεριφοράς των ανθρώπων του περιβάλλοντός του. Τα άτομα αυτά επιδιώκουν σχέσεις υπερεμπλοκής και νιώθουν έντονα τον φόβο της απόρριψης. Μπορεί να πανικοβληθούν από τη σκέψη ότι θα μείνουν μόνα, με αποτέλεσμα να μεταβούν σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές σε μια προσπάθεια να διατηρήσουν τις σχέσεις που διαλύονται ( «Αν με αφήσεις, θα κάνω κακό στον εαυτό μου...»).

Ένα ιδιαίτερα ανησυχητικό στοιχείο είναι η αυτοκτονική συμπεριφορά. Τα άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας έχουν επίσης ιδιαίτερα αυξημένη πιθανότητα να εμπλακούν σε συμπεριφορές αυτοακρωτηριασμού. Μπορεί, για παράδειγμα, να κόβουν τα πόδια τους με ξυράφι ή να καίνε τα μπράτσα τους με τσι-

γάρα, συμπεριφορές δηλαδή που προκαλούν βλάβη αλλά είναι απίθανο να προκαλέσουν το θάνατο.

Τα άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας είναι πολύ πιθανό να παρουσιάζουν παράλληλα και κάποια αγχώδη διαταραχή του Άξονα I (κυρίως Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες) ή διαταραχή της διάθεσης.

Επίσης, είναι πιθανόν να παρουσιάσουν παράλληλα διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες, διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, καθώς και διαταραχές της προσωπικότητας που ανήκουν στην Ομάδα Α (παράξενοι/εκκεντρικοί ασθενής).<sup>[2][11]</sup>

## Αιτιολογία

### Νευροβιολογικοί παράγοντες

Όπως υποδεικνύουν διάφορες γενετικές μελέτες, ο κίνδυνος εμφάνισης οριακής – μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας μπορεί να συνδέεται εν μέρει με γενετικούς παράγοντες, παρόλο που δεν υπάρχουν ισχυρές ερευνητικές αποδείξεις γ'αυτό. Παρά την έλλειψη γενετικών ενδείξεων, ορισμένες μελέτες διερεύνησαν τους νευρικούς και νευροχημικούς διαμεσολαβητές της διαταραχής. Σε μία τέτοια έρευνα, οι Tebartz van Elst και συνεργάτες (2003) βρήκαν ότι ο ιππόκαμπος των ατόμων με οριακή – μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας ήταν κατά 20% μικρότερος από εκείνων των ατόμων της ομάδας ελέγχου, ενώ το ίδιο ίσχυε και για την αμυγδαλή των πρώτων, η οποία ήταν κατά 24% μικρότερη.

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις για βλάβη ή ανεπαρκή λειτουργία του μετωπιαίου λοβού που μπορεί να συνδέεται με την απορρύθμιση της σεροτονίνης. Η παρορμητικότητα και η συναισθηματική απορρύθμιση συνδέονται με ελλείμματα στην ευαισθησία των υποδοχέων της σεροτονίνης. Μία έρευνα έδειξε ότι ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας στους οποίους χορηγήθηκε ένα φάρμακο που αυξάνει τη δραστηριότητα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο εκδήλωσαν μικρότερη αντίδραση από ό,τι η ομάδα ελέγχου. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από μειωμένη λειτουργικότητα του συστήματος της σεροτονίνης.

Ένα στοιχείο που συμφωνεί με την υπόθεση ότι τα γονίδια συμβάλλουν σε καθένα από τα στοιχεία αυτής της διαταραχής ξεχωριστά είναι ότι τα νευροβιολογικά ευρήματα που σχετίζονται με την παρορμητικότητα είναι διακριτά από εκείνα που σχετίζονται με τη συναισθηματική απορρύθμιση. Οι μετωπιαίοι λοβοί θεωρείται ότι βοηθούν στον έλεγχο της παρορμητικότητας και, σε ορισμένες έρευνες, τα άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας έχει βρεθεί ότι έχουν χαμηλή επίδοση σε νευρολογικές δοκιμασίες της λειτουργείας του μετωπιαίου λοβού. Τα ευρήματα αυτά δεν έχουν επαληθευτεί, ωστόσο, σε όλες τις έρευνες, γεγονός που αποδεικνύει την ανάγκη να χρησιμοποιούνται πιο εξειδικευμένες δοκιμασίες. Στις μελέτες απεικόνισης του εγκεφάλου τα άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο δραστηριότητας και δομικές αλλαγές στους μετωπιαίους λοβούς.

#### Κοινωνικο – πολιτισμικοί παράγοντες

Αρκετοί κοινωνικο – πολιτισμικοί παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής αυτής. Οι άνθρωποι αυτοί είναι πιθανότερο, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, να έχουν παραμεληθεί από τους γονείς τους, να είχαν πολλά και διαφορετικά πρόσωπα τα οποία αναλάμβαναν κατά καιρούς τη φροντίδα τους και να βίωσαν το διαζύγιο των γονιών τους με άσχημο τρόπο, τον θάνατο αγαπημένων τους προσώπων ή άλλες σημαντικές τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική τους ηλικία, όπως σεξουαλική κακοποίηση ή αιμομιξία.

[12][13][14][15]

### **3.1.8 Σχιζοφρένεια**

Η Σχιζοφρένεια θεωρείται ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας – ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας – παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα.



## Διαγνωστικά κριτήρια για τη Σχιζοφρένεια κατά το DSM – IV

1. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, το καθένα παρόν για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 1 μηνός (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία):
  - Παραληρητικές ιδέες
  - Ψευδαισθήσεις
  - Αποδιοργανωμένος λόγος (π.χ. συχνοί εκτροχιασμοί της ροής ή ασυναρτησία)
  - Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
  - Αρνητικά συμπτώματα, δηλαδή συναισθηματική επιπέδωση, αλόγια ή αβουλία
2. Κοινωνική – επαγγελματική δυσλειτουργία: Για σημαντικό χρονικό διάστημα από την έναρξη της διαταραχής ένας ή περισσότεροι μείζονες τομείς της λειτουργικότητας όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτοφροντίδα είναι αξιοσημείωτα κάτω από το επίπεδο που επιτεύχθηκε πριν την έναρξη.
3. Διάρκεια: Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν τουλάχιστον για 6 μήνες. Η περίοδος αυτή των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον για 1 μήνα (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία) συμπτώματα που πληρούν το Κριτήριο 1) (δηλαδή συμπτώματα ενεργού φάσης) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια αυτών των πρόδρομων ή υπολειμματικών περιόδων τα σημεία της διαταραχής μπορεί να εκδηλώνονται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή δύο ή περισσότερα συμπτώματα από αυτά που αναφέρονται στο Κριτήριο 1. μπορεί να είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες).
4. Αποκλεισμός Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής και Διαταραχής της Διάθεσης: Έχουν αποκλειστεί η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και η Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία διότι είτε 1) Δεν έχει συμβεί κανένα Μείζον Καταθλιπτικό, Μανιακό, ή Μεικτό Επεισόδιο ταυτόχρονα με τα συμπτώματα της ενεργού φάσης είτε 2) Αν έχουν συμβεί επεισόδια διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια των ενεργών και υπολειμματικών περιόδων.

5. Αποκλεισμός ουσίας/γενικής ιατρικής κατάστασης: Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
6. Σχέση με μια Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης: Αν υπάρχει ιστορικό Αυτιστικής Διαταραχής ή άλλης Βαριάς Εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης η επιπρόσθετη διάγνωση της Σχιζοφρένειας μπαίνει μόνον όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για έναν τουλάχιστον μήνα (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία).

[26][29][59]

### Χαρακτηριστικά συμπτώματα

Η Σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι, χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο, της ψυχοκινητικότητας κ.ά.

### Σκέψη

Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης με τη μορφή παραληρητικών ιδεών είναι κοινές στη σχιζοφρένεια. Όσο πιο παράξενες ή αλλόκοτες οι παραληρητικές ιδέες, τόσο πιθανότερο να είναι σχιζοφρενικής προέλευσης: π.χ. παραληρητικές ιδέες μεταβίβασης ή εκπομπής της σκέψης, παραληρητικές ιδέες ελέγχου της σκέψης από εξωτερικές δυνάμεις, παραληρητικές ιδέες τοποθέτησης σκέψης από άλλους κτλ.

Κοινές είναι και οι παραληρητικές ιδέες συσχέτισης και δίωξης, ενώ παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, θρησκευτικού περιεχομένου, μηδενιστικές, σωματικές κτλ. είναι λιγότερο συχνές. Συχνά στη Σχιζοφρένεια είναι παρούσα και διαταραχή του εγώ ή της μορφής της σκέψης (μορφολογική ή τυπική διαταραχή της σκέψης). Αυτή εκδηλώνεται συνήθως ως χάλαση των συνειρμών και μπορεί να φθάσει μερικές φορές την ασυναρτησία ή τη γλωσσική σαλάτα.

Άλλες διαταραχές της σκέψης που παρατηρούνται στη Σχιζοφρένεια είναι η φτώχεια του λόγου, η συγκεκριμένη ή άκαμπτη σκέψη, οι νεολεξίες, η εμμονή, οι ηχητικοί συνειρμοί, η ανακοπή, η ηχολαλία κ.ά.

## Αντίληψη

Οι πιο χαρακτηριστικές διαταραχές της αντίληψης είναι οι ψευδαισθήσεις και ιδιαίτερα οι ακουστικές. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι διάφοροι ήχοι, χαρακτηριστικές όμως θεωρούνται οι φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω και που είτε τον σχολιάζουν είτε εφόσον είναι περισσότερες από μια συζητούν μεταξύ τους (διάλογος) ή του δίνουν εντολές. Οι τελευταίες είναι πολύ επικίνδυνες γιατί μπορεί να τον διατάξουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή σε άλλους.

Οπτικές, απτικές, οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις συμβαίνουν λιγότερο συχνά στη Σχιζοφρένεια (είναι πιο συχνές σε «οργανικές» ψυχικές διαταραχές). Σωματικές ψευδαισθήσεις – και κιναισθητικές ψευδαισθήσεις – παρατηρούνται επίσης στη Σχιζοφρένεια.

## Συναίσθημα

Συχνά στη Σχιζοφρένεια παρατηρούμε αμβλύ ή επίπεδο συναίσθημα ή απρόσφορο συναίσθημα. Η διαταραχή του συναισθήματος, εκτός από τις περιπτώσεις που είναι παρούσα σε υπερβολικό βαθμό (πρόσωπο ακίνητο σα μάσκα, ανόητο γέλιο) δεν είναι από τα πιο χρήσιμα διαγνωστικά στοιχεία, καθώς είναι και δύσκολο να προσδιοριστεί ακριβώς. Επίσης τα αντιψυχωτικά φάρμακα προκαλούν επιπέδωση του συναισθήματος που μπερδεύει ακόμη περισσότερο τη διαγνωστική αξιολόγηση. Ιδιαίτερα, σημειώνουμε ότι στον Παρανοϊκό Τύπο της Σχιζοφρένειας είναι συχνή η ύπαρξη φυσιολογικού συναισθήματος.

## Αίσθηση του εαυτού

Η αίσθηση του εαυτού που δίνει στο φυσιολογικό άτομο ένα αίσθημα ατομικότητας, μοναδικότητας και αυτοκατεύθυνσης συχνά διαταράσσεται. Έτσι μιλούμε για απώλεια των ορίων του Εγώ που εκδηλώνεται με σύγχυση ταυτότητας, παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου κτλ.

## Βούληση

Σχεδόν πάντα υπάρχει κάποιου βαθμού διαταραχή στην αυτόνομη, πρωτοβου-  
λιακή, στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα, γεγονός που παραβλάπτει σε έντονο  
βαθμό την ικανότητα για εργασιακή και γενικότερα για παραγωγική λειτουργία.

Η διαταραχή της βούλησης εκδηλώνεται ως ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανό-  
τητα να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών μέχρι τη λογική τους κατάλη-  
ξη. [60][61]

#### Διαπροσωπική λειτουργικότητα και σχέση με τον εξωτερικό κόσμο

Σχεδόν πάντα υπάρχει δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Συχνή είναι η  
απόσυρση του ασθενή από τον εξωτερικό κόσμο με ταυτόχρονη υπέρμετρη προσή-  
λωση και ενασχόληση με εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες και φαντασίες, όπου η  
αντικειμενικότητα έχει χαθεί. Αυτή η κατάσταση, ιδιαίτερα όταν είναι έντονη έχει  
αναφερθεί σαν «αυτισμός». Έτσι, ο ασθενής συχνά περιγράφεται από τους οικείους  
του ή φίλους του σαν χαμένος στον κόσμο του και συναισθηματικά αποκομμένος από  
τους άλλους.

#### Ψυχοκινητικότητα

Μια ποικιλία διαταραχών χαρακτηρίζει την ψυχοκινητικότητα ιδιαίτερα του  
βαριά χρόνιου ή σε έντονα οξεία φάση ασθενή. Εκτός από την έντονη διέγερση που  
μπορεί να χαρακτηρίζει τον ασθενή που βρίσκεται σε οξεία φάση (αρχική ή υποτρο-  
πής), η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας μπορεί να εμφανισθεί σαν αντίσταση σε  
εντολές ή προσπάθειες μετακίνησης – κατατονικός αρνητισμός, σαν κατατονικό stu-  
por, σαν κατατονική διέγερση ή σαν ανάληψη απρόσφορων ή παράδοξων κατατονι-  
κών στάσεων.

Επίσης, μπορεί να εμφανίζονται παράξενοι μαννερισμοί, ηχοπραξία ή κηρώ-  
δης ευκαμψία (κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών δίνεται η εντύπωση σαν να  
είναι αυτά από κερί, καθώς παραμένουν στις θέσεις που τα μετακινήσαμε).

Κατά το DSM-IV τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της Σχιζοφρένειας (Κριτή-  
ριο 1.) μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: σε θετικά συμπτώμα-  
τα, που προέρχονται από αύξηση ή διαστρέβλωση φυσιολογικών λειτουργιών και σε  
αρνητικά συμπτώματα που προέρχονται από μείωση ή απώλεια φυσιολογικών λειτο-  
υργιών.

Τα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τις διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης (παραληρητικές ιδέες), της αντίληψης (ψευδαισθήσεις), του λόγου και της επικοινωνίας δηλαδή του ειρμού της σκέψης (αποδιοργανωμένος λόγος όπως π.χ. ασυναρτησία) και του ελέγχου της συμπεριφοράς δηλαδή της ψυχοκινητικότητας (έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά).

Τα αρνητικά συμπτώματα περιλαμβάνουν διαταραχή του εύρους και της έντασης του συναισθήματος (συναισθηματική επιπέδωση ή αμβλύτητα), της παραγωγής και του πλούτου του λόγου (αλογία δηλαδή φτώχεια του λόγου) και της στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς (αβουλία δηλαδή έλλειψη κινητοποίησης).

### Σύννοδα συμπτώματα και σημεία

Σχεδόν οποιοδήποτε σύμπτωμα μπορεί να εμφανισθεί σαν συνοδό σύμπτωμα. Συχνές είναι ανωμαλίες της ψυχοκινητικότητας – βάδισμα πάνω – κάτω, κούνημα μπρος – πίσω ή απάθεια και ακινησία. Συχνά εμφανίζεται ιεροτελεστική ή στερεότυπη συμπεριφορά σε συνάρτηση με μαγική σκέψη. Δυσφορική συναισθηματική διάθεση είναι συχνή και μπορεί να πάρει τη μορφή κατάθλιψης, άγχους, θυμού ή συνδυασμού τους. Συχνά παρατηρούνται αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις, υποχονδριακές ιδέες που μπορεί ή όχι να είναι παραληρητικού επιπέδου.

Τυπικά, δεν υπάρχει διαταραχή της συνείδησης. Σε περιόδους, όμως, οξείας αναζωπύρωσης μπορεί να εμφανισθεί σύγχυση, διαταραχή του προσανατολισμού ή ακόμη και διαταραχή της μνήμης.

Επίσης, μπορεί να εμφανισθούν ανηδονία (απώλεια δηλαδή του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης), που είναι ένα άλλο αρνητικό σύμπτωμα, απώλεια του ενδιαφέροντος για φαγητό, απώλεια του libido, διαταραχές του σχήματος του ύπνου (π.χ. να κοιμάται την ημέρα και να ασχολείται με διάφορες δραστηριότητες τη νύχτα), διαταραχή της συγκέντρωσης.

Συχνά συνυπάρχουν Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες (πολύ κοινή είναι η Εξάρτηση από Νικοτίνη στους σχιζοφρενικούς). Διαταραχές της Προσωπικότητας όπως Σχιζότυπη, Σχιζοειδής ή Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας μερικές φορές προηγούνται της έναρξης της Σχιζοφρένειας (ως «προνοσηρές» προσωπικότητες).

Οι σχιζοφρενικοί ασθενείς συχνά αναπτύσσουν και σωματικά συμπτώματα: «μαλακά» νευρολογικά σημεία όπως σύγχυση αριστερού/δεξιού, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων ή φαινόμενο του καθρέφτη, αυτόματες κινητικές ανωμαλίες όπως ρουθουνίσματα, πλατάγισμα της γλώσσας ή γρυλλίσματα, χρόνια δυσκοιλιότητα κ.ά. [62][63][64]

### Εργαστηριακά ευρήματα

Αν και δεν υπάρχουν ευρήματα παθογνωμονικά για τη Σχιζοφρένεια, εν τούτοις ορισμένα ευρήματα ανευρίσκονται πιο συχνά σε σχιζοφρενικούς ασθενείς. Έτσι, δομικές νευροαπεικονιστικές διαταραχές (CT, MRI) έχουν δείξει δομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, όπως διεύρυνση των κοιλιών, διεύρυνση των αυλακών και παρεγκεφαλιδική ατροφία. Ακόμη, ελάττωση του μεγέθους των βασικών γαγγλίων, ελάττωση του όλου μεγέθους του εγκεφάλου. Λειτουργικές νευροαπεικονιστικές τεχνικές (SPECT, PET) έχουν δείξει ελαττωμένη ροή του αίματος ή ελαττωμένη κατανάλωση της γλυκόζης σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου όπως π.χ. στον προμετωπιαίο λοβό.

Νευροψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν διάφορες δυσλειτουργίες, όπως δυσκολία στον εστιασμό της προσοχής, δυσκολία στην αφαιρετική σκέψη ή δυσκολία στην αλλαγή του πλαισίου απάντησης.

Νευροφυσιολογικές δοκιμασίες δείχνουν επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης, προβλήματα στην παρακολούθηση με το βλέμμα κ.ά. Ορισμένα άτομα με Σχιζοφρένεια πίνουν πολύ νερό («τοξίκωση από νερό») και μπορεί να εμφανίσουν διαταραχές στο ειδικό βάρος των ούρων ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές. [28]

### Κλινική εικόνα και πορεία – Πρόγνωση

Η εμφάνιση της Σχιζοφρένειας γίνεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής (υπάρχει όμως και όψιμη έναρξη, όταν η διαταραχή (συμπεριλαμβανομένης και της πρόδρομης φάσης) αναπτύσσεται και μετά τα 45).

Εκκεντρική ή παράξενη συμπεριφορά αρχίζει να εμφανίζεται, όπως π.χ. η αναζήτηση κάποιου ειδικού προσωπικού μηνύματος στους τίτλους των εφημερίδων ή χρησιμοποίηση λέξεων με παράξενο τρόπο. Σιγά σιγά το άτομο δε μπορεί να εκπλη-

ρώσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις σαν εργαζόμενος, φοιτητής ή νοικοκυρά, αποσύρεται κοινωνικά και χάνει την πρωτοβουλία του και τα ενδιαφέροντά του. Μπορεί να πάψει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση και μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά, όπως π.χ. να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο, να μαζεύει τροφές κ.ά.

Στην αρχή το άτομο μπορεί να δείχνει σημαντικού βαθμού άγχος και υπερευαίσθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά σιγά σιγά απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο και μπορούν να εμφανιστούν αμβλύ συναίσθημα, φτώχεια του λόγου, παράξενες πεποιθήσεις, προκαταλήψεις, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις κ.ά.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν την πρόδρομη φάση της Σχιζοφρένειας που μπορεί να διαρκέσει για μέρες ή μήνες. Εν τούτοις, μερικοί άνθρωποι δεν αναπτύσσουν τη Σχιζοφρένεια με αυτόν τον τρόπο, αλλά αντίθετα ξαφνικά εμφανίζουν μια ψυχωτική διάσπαση, δηλαδή μπαίνουν κατευθείαν στην ενεργό φάση.

Άσχετα με το αν εμφανιστεί ή όχι πρόδρομη φάση, όλοι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς έχουν αυτό που ονομάζεται ενεργός φάση, στη διάρκεια της οποίας η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς παρουσιάζονται έντονα διαταραγμένοι. Σε αυτή τη φάση χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, χάλαση των συνειρμών, ασυναρτησία, παράλογη σκέψη και συμπεριφορά που είναι έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Η ενεργός φάση της σχιζοφρένειας μπορεί να διαρκέσει για απροσδιόριστο χρόνο ή μόνο λίγες εβδομάδες.

Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει (με ή χωρίς θεραπεία) ο σχιζοφρενικός ασθενής συνήθως δεν επιστρέφει στην προηγούμενη προνοσηρή του λειτουργικότητα, αλλά μπαίνει σε μία υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης, αν και η αμβλύτητα ή επιπέδωση του συναίσθηματος και η κοινωνικο – επαγγελματική έκπτωση τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση.

Στη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης μερικά από τα ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, μπορεί να επιμένουν αλλά συνήθως είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένα.

Επομένως, τα συμπτώματα της πρόδρομης ή υπολειμματικής φάσης είναι είτε εξασθενημένα θετικά (π.χ. παράξενες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη όπως δεισιδαιμονία, πίστη σε μαντικές ικανότητες, τηλεπάθεια, έκτη αίσθηση) είτε αρνητικά συμπτώματα (κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, έλλειψη πρωτοβουλίας, ενδιαφερόντων ή ενεργητικότητας, ελάττωση της ομιλητικότητας κτλ).

### Επιπλοκές

Πράξεις βίας προερχόμενες από σχιζοφρενικούς ασθενείς πάντα προσελκύουν το δημόσιο ενδιαφέρον. Παρά τον όχι ευκαταφρόνητο αριθμό εργασιών σχετικά με την εγκληματικότητα των σχιζοφρενών, παραμένει αμφισβητήσιμο αν αυτή είναι μεγαλύτερη από ότι στο γενικό πληθυσμό. [36][60][61]

### **3.1.9 Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή**

Όπως το λέει και η λέξη η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από το ότι σε κάποια χρονική περίοδο συμπτώματα Μείζονος Καταθλιπτικού, Μανιακού ή Μεικτού Επεισοδίου συνυπάρχουν με συμπτώματα που πληρούν το κριτήριο Α της Σχιζοφρένειας. Επιπλέον, όμως, για να βγει η διάγνωση θα πρέπει αφενός να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για 2 εβδομάδες με απουσία έντονων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης και αφετέρου τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης να είναι παρόντα για σημαντικό μέρος της όλης διάρκειας της διαταραχής. Επίσης, πρέπει να αποκλεισθούν «οργανικές» αιτίες όπως διάφορες ουσίες (π.χ. κοκαΐνη) και γενικές ιατρικές καταστάσεις (π.χ. υπερθυρεοειδισμός ή κροταφική επιληψία). Η ελάχιστη διάρκεια ενός σχιζοσυναισθηματικού επεισοδίου είναι 1 μήνας (αφού πρέπει να πληροί το κριτήριο Α της Σχιζοφρένειας).

Ειδικότερα, τα **διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής κατά DSM-IV είναι:**

1. Μία μη διακοπτόμενη περίοδος ασθένειας στη διάρκεια της οποίας υπάρχει σε κάποια χρονική περίοδο είτε ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο είτε ένα



Μανιακό Επεισόδιο είτε ένα Μεικτό Επεισόδιο ταυτόχρονα με συμπτώματα που πληρούν το Κριτήριο Α της Σχιζοφρένειας.

2. Κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου της ασθένειας έχουν υπάρξει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για 2 εβδομάδες με απουσία προεξαρχόντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης.
3. Συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια για ένα επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης είναι παρόντα σε ένα σημαντικό τμήμα της συνολικής διάρκειας των ενεργών και υπολειμματικών περιόδων της ασθένειας.
4. Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μίας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

[61][62]

Προσδιορίστε τύπο:

**Διπολικός Τύπος:** αν η διαταραχή περιλαμβάνει Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο (ή Μανιακό ή Μεικτό Επεισόδιο και Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια).

**Καταθλιπτικός Τύπος:** αν η διαταραχή περιλαμβάνει μόνο Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

Όπως φαίνεται παραπάνω η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή προσδιορίζεται ως Διπολικού ή Καταθλιπτικού Τύπου. Επίσης, εξηγούμε ότι η σημασία της σημείωσης στο Κριτήριο 1. είναι ότι καθώς η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης είναι συχνές σε ψυχωτικές διαταραχές χωρίς διαταραχές της διάθεσης, θα πρέπει να υπάρχει οπωσδήποτε έντονη καταθλιπτική διάθεση για να θεωρηθεί ότι υπάρχει Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

Σε σχέση με τη Σχιζοφρένεια, η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή είναι πιο συχνή σε γυναίκες. Η πρόγνωση της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής είναι καλύτερη από της Σχιζοφρένειας, χειρότερη όμως από της Διαταραχής της Διάθεσης.

[31][67]

### Πρόγνωση

Η πρόγνωση του Διπολικού Τύπου της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής ίσως είναι καλύτερη από του Καταθλιπτικού Τύπου. Οι βιολογικοί συγγενείς των α-

τόμων με Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή έχουν αυξημένο κίνδυνο για Σχιζοφρένεια ή για Διαταραχές της Διάθεσης.

### Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από: Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Παραλήρημα ή Άνοια (με την ανεύρεση από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τις εργαστηριακές εξετάσεις κάποιας συγκεκριμένης γενικής κατάστασης, που προκαλεί τη διαταραχή), Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες ή Παραλήρημα Προκαλούμενο από Ουσίες (με την ανεύρεση κάποιας υπεύθυνης για τη διαταραχή ουσίας κατάχρησης, φαρμάκου ή τοξίνης), Σχιζοφρένειας και Διαταραχή της Διάθεσης Με Ψυχωτικά Στοιχεία (μπορεί κατά τη πορεία της διαταραχής μια διάγνωση Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής να αλλάξει σε Σχιζοφρένεια, καθώς μπορεί να αλλάξει η σχετική αναλογία συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης προς ψυχωτικά συμπτώματα), Παραληρητική Διαταραχή (δε πληρούται το κριτήριο 1., καθώς τα ψυχωτικά συμπτώματα περιορίζονται σε μη αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες), Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (υπάρχει ανεπαρκής πληροφορία όσον αφορά τη σχέση ψυχωτικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης).

[60][65]

### **Επιπολασμός Ζωής Επιλεγμένων Διαγνώσεων**

<u>Διαταραχή</u>	<u>Άνδρες</u>	<u>Γυναίκες</u>	<u>Σύνολο</u>
Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	12,7%	21,3%	16,6%
Διπολική I ή διπολική II διαταραχή	1,6%	1,7%	3,9%
Δυσθυμία	4,8%	8%	2,5%
Διαταραχή πανικού	2%	5%	4,7%
Αγοροφοβία χωρίς πανικό	3,5%	7%	1,4%
Κοινωνική φοβία	11,1%	15,5%	12,1%
Ειδική φοβία	6,7%	15,7%	12,5%
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	3,6%	6,6%	5,7%
Κατάχρηση αλκοόλ	20,1%	8,2%	13,2%
Κατάχρηση ουσιών	5,8%	1,2%	7,9%

[31]

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>**

### **4.1 Αντιμετώπιση αυτοκτονικού ασθενούς**

Στο νοσοκομείο, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να απομακρύνει τα αιχμηρά αντικείμενα, τις καρφίτσες, τις ζώνες και άλλα δυνητικά θανατηφόρα αντικείμενα από τον ασθενή. Ο γιατρός πρέπει να στοιχειοθετήσει πλήρως τα σημεία και τα συμπτώματα της κατάθλιψης, ταυτόχρονα με την εκτίμησή του, σχετικά με τον κίν-

δυνο αυτοκτονίας αλλά και τα μέτρα προστασίας που λήφθηκαν. Αφού έχει επιτευχθεί η ασφάλεια του ασθενούς, αντιμετωπίζεται η υποκείμενη νόσος. Η θεραπεία βασίζεται στη διάγνωση της υποκείμενης διαταραχής. Η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Επιπροσθέτως, οι σταθεροποιητές της διάθεσης και τα αντιψυχωσικά φάρμακα χορηγούνται για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής και της κατάθλιψης με σύννοδα ψυχωσικά στοιχεία. Τα αντιψυχωσικά χορηγούνται σε σχιζοφρενείς με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζονται εξωνοσοκομειακά, η τακτική παρακολούθηση είναι υποχρεωτική. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει συχνές επισκέψεις στον γιατρό (ή τηλεφωνικές επαφές) για την εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας και την ψυχοθεραπευτική υποστήριξη. Ο γιατρός οφείλει να χορηγήσει αντικαταθλιπτικά υψηλού θεραπευτικού αποτελέσματος και ταυτόχρονα, συνήθως, μη θανατηφόρα όταν ληφθούν σε υπερβολική δόση (όπως βουπροπιόνη, βενλαφαζίνη, μιρταζαπίνη, ντουλοξετίνη ή κάποιον SSRI). Τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς βοηθούν στη συμμόρφωσή του στη θεραπευτική αγωγή όπως και στην απομάκρυνση των επικίνδυνων αντικειμένων από το σπίτι.

[10][37]

#### Αντιμετώπιση του τυχόν αυτοκαταστροφικού αρρώστου πριν από την απόπειρα

Ιεραρχούνται οι παρακάτω ενέργειες:

- 1) Εκτίμηση της πραγματικότητας του κινδύνου
- 2) Διάγνωση πιθανής ψυχικής αρρώστιας
- 3) Γνωστοποίηση των σχετικών πληροφοριών στους οικείους
- 4) Συνεργασία του αρρώστου για την αγωγή (ψυχοθεραπεία ή και ελεγχόμενη φαρμακευτική αγωγή) και συχνή επίσκεψη του στην υπηρεσία ψυχικής υγείας για το πρώτο διάστημα, εάν δεν εισαχθεί σε ψυχιατρικό τμήμα.
- 5) Υπευθυνοποίηση ενός μέλους της οικογένειας να προσέχει τον άρρωστο και να διαμορφωθεί ένα δίκτυο ασφάλειας: π.χ. φύλαξη των φαρμάκων, όχι αιχμηρά αντικείμενα.
- 6) Αν το (4) και το (5) δεν τηρούνται, τότε πρέπει να εισαχθεί ο άρρωστος, εκούσια ή ακούσια, σε ψυχιατρικό νοσοκομειακό πλαίσιο.

- 7) Στο θάλαμο των νοσηλευόμενων απαιτείται επισήμανση στη λογοδοσία του κινδύνου αυτοκτονίας. Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος αυτοκτονίας μέσα στο νοσοκομείο, όπως στο σπίτι. [1][2][29]

#### Αντιμετώπιση σε περίπτωση απόπειρας αυτοκαταστροφής

Γίνονται οι ακόλουθες ενέργειες:

- Έλεγχος των ζωτικών λειτουργιών του αρρώστου π.χ. έλεγχος επιπέδων πιθανών ουσιών στα ούρα ή στο πλάσμα του αίματος, ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις (ΗΕΓ, ΗΚΓ), νευροαπεικονιστικές εξετάσεις.
- Άμεση κλινική αντιμετώπιση των τυχόν διεγερτικών φαινομένων με χρήση νευροληπτικών (κατασταλτικών) φαρμάκων ή ακόμα και περιοριστικών μέτρων.
- Κλινική ψυχιατρική εξέταση (εφόσον είναι εφικτή).
- Αξιολόγηση του συνολικού κινδύνου και των επιπτώσεων με το δίλημμα της εισαγωγής σε ψυχιατρικό τμήμα ή την παραμονή του αποπειραθέντος στην κοινότητα κάτω από ασφαλείς προϋποθέσεις (εγγύηση από το οικογενειακό περιβάλλον για μια συνεχή εποπτεία κατά τις πρώτες 24 ώρες, διασφάλιση ασφάλειας στο σπίτι) και καθημερινή επίσκεψη σε τοπική κοινοτική ψυχιατρική υπηρεσία. Στο δίλημμα για την εισαγωγή, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει η τυχόν προηγούμενη απόπειρα ή η σοβαρότητα της τωρινής απόπειρας ή η απουσία υποστηρικτικού συστήματος ή η ύπαρξη χρονίου σοβαρού ιατρικού προβλήματος. [24]

#### Εκτίμηση ατόμων με τάσεις ή απόπειρες αυτοκαταστροφής

Τουλάχιστον 20% των επειγουσών ψυχιατρικών περιπτώσεων έχουν ως κύριο λόγο προσέλευσης τον αυτοκαταστροφικό ιδεασμό ή μια απόπειρα αυτοκαταστρο-

φής, ενώ στους μισούς ή και περισσότερους από αυτούς συνιστάται άμεση ψυχιατρική νοσηλεία.

Σήμερα στην Αγγλία, οι απόπειρες αυτοκαταστροφής κατέχουν την πρώτη θέση μεταξύ των έκτακτων εισαγωγών σε γενικά νοσοκομεία για τις γυναίκες και δεύτερη για τους άνδρες (μετά τα καρδιακά επεισόδια).

Στα πλαίσια της αντιμετώπισης ατόμων με τάσεις ή απόπειρες αυτοκαταστροφής θα πρέπει να διερευνηθούν ο βαθμός «αυτοκτονικής πρόθεσης» του ατόμου, ο κίνδυνος επανάληψης της απόπειρας ή ο κίνδυνος προσεχούς αυτοκτονίας, η γενική ψυχιατρική κατάσταση του ατόμου (ψυχοπαθολογία), η ανάγκη (ενδεχομένως) για άμεση ψυχιατρική νοσηλεία, η ύπαρξη δυνατοτήτων αντιμετώπισης και υποστήριξης του ατόμου στο οικογενειακό περιβάλλον.

Η «αυτοκτονική πρόθεση» του ατόμου εκτιμάται με ειδικές κλίμακες, που μπορούν να χορηγηθούν και από μη ψυχιάτρους, κατάλληλα εκπαιδευμένους. Η κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης καλύπτει διάφορες αντικειμενικές καταστάσεις που σχετίζονται με την απόπειρα (παρουσία άλλου, μέτρα προφύλαξης ενάντια σε πιθανή παρέμβαση, προετοιμασία απόπειρας, ανοικτή ανακοίνωση της πρόθεσης κ.ά.) και αυτοπεριγραφή των συνθηκών της απόπειρας (προσδοκία θανάτου, σκοπός, βαθμός προμελέτης κ.ά.). Η υψηλή βαθμολογία στη σχετική κλίμακα δηλώνει και τον υψηλό βαθμό πρόθεσης, άρα την αυξημένη πιθανότητα προσεχούς αυτοκτονίας του ατόμου. Ανάλογες, εύχρηστες κλίμακες μπορεί να βοηθήσουν στην αποκάλυψη του υψηλού κινδύνου προσεχούς αυτοκτονίας. Έτσι, ο κλινικός μπορεί να βοηθηθεί σημαντικά στη χάραξη συγκεκριμένων για το κάθε άτομο στρατηγικών προληπτικών παρεμβάσεων.

Η εκτίμηση της γενικής ψυχοπαθολογικής κατάστασης του ατόμου και το ψυχιατρικό ιστορικό θα βοηθήσουν στην εντόπιση ψυχικών διαταραχών (π.χ. κατάθλιψη, σχιζοφρένεια), που ενδεχομένως διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση.

Εξάλλου, το κοινωνικό ιστορικό θα βοηθήσει στην αποκάλυψη κοινωνικών παραγόντων (απώλεια, αποτυχία, πένθος κ.ά.) που σχετίζονται με την εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, αλλά και άλλων, που ενδεχομένως μπορούν να βοηθήσουν (υποστηρικτικά συστήματα) στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η ανάγκη για άμεση ψυχιατρική νοσηλεία του ατόμου ενδείκνυται στις περιπτώσεις όπου υπάρχει σοβαρή ψυχική διαταραχή (μείζων κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, οργανική ψυχική διαταραχή), σοβαρός αυτοκτονικός ιδεασμός και υψηλός βαθμός «αυτοκτονικής πρόθεσης», ιστορικό παρορμητικών συμπεριφορών, κατάσταση «κρίσης» και έντονου stress, απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος (κυρίως στο επίπεδο της οικογένειας).

Στην περίπτωση που ο ασθενής (λόγω της συνυπάρχουσας σοβαρής ψυχοπαθολογίας και της έλλειψης «εναισθησίας») αρνηθεί την εισαγωγή του, μπορούμε να καταφύγουμε σε αναγκαστική νοσηλεία του. Εάν αποφασιστεί η αντιμετώπιση του ατόμου σε εξωτερική βάση, απαιτείται συχνή παρακολούθηση και στενή συνεργασία με την οικογένεια, που πρέπει να αναλάβει την ευθύνη για τη φροντίδα του ατόμου σε 24ωρη βάση.

[29][37]

#### **4.2 Θεραπευτική προσέγγιση των αποπειραθέντων ασθενών**

Απόπειρες αυτοκτονίας πραγματοποιούνται για πολλούς λόγους. Αυτό σημαίνει ότι απαιτείται μία μεγάλη ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων, δεδομένου ότι οι ανάγκες διαφέρουν μεταξύ των ατόμων.

Χαρακτηριστικά αποπειραθέντων που καθορίζουν τις θεραπευτικές ανάγκες:

- Κίνδυνος επανάληψης αποπειρών
- Κίνδυνος αυτοκτονίας
- Διαταραχές προσωπικότητας
- Παρορμητικότητα και επιθετικότητα
- Απελπισία
- Ψυχιατρική διαταραχή
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Γεγονότα και δυσκολίες της ζωής
- Προβλήματα κινητοποίησης και κακή συμμόρφωση στη θεραπεία



Η θεραπευτική προσέγγιση των αποπειραθέντων για αυτοκτονία περιλαμβάνει τόσο ψυχοκοινωνικές όσο και φαρμακολογικές προσεγγίσεις. Παρακάτω θα εξεταστούν χωριστά η μία της άλλης αλλά σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να είναι απαραίτητες ταυτόχρονα και οι δύο.

[45][46]

## Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

### Επίλυση προβλημάτων

Η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων στοχεύει στην αναγνώριση και εύρεση τρόπων αντιμετώπισης προβλημάτων, έτσι ώστε να επιτευχθεί η τροποποίηση της συμπεριφοράς. Η επίλυση προβλημάτων έχει ορισθεί ως «η συμπεριφοριστική διαδικασία ανεξάρτητα εάν είναι φανερή ή γνωσιακή στη φύση της», η οποία α) κάνει διαθέσιμη μία σειρά από δυναμικά αποτελεσματικές εναλλακτικές αντιδράσεις προκειμένου να επιλυθεί η προβληματική κατάσταση, β) αυξάνει την πιθανότητα επιλογής της πιο αποτελεσματικής αντίδρασης ανάμεσα σε ποικίλες εναλλακτικές. Η επίλυση προβλημάτων αφορά στη γνωστική ικανότητα του ατόμου να δράσει εναλλακτικά σε μία προβληματική κατάσταση και να επιλέξει την πλέον αποτελεσματική λύση για την περίπτωση. Η ικανότητα για επίλυση προβλημάτων βοηθά τα άτομα που δεν έχουν συναισθηματικά προβλήματα να μειώσουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν, ακόμα βοηθά άτομα που έχουν συναισθηματικά προβλήματα να μειώσουν το μέγεθος των προβλημάτων τους και αυξάνει την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας του ατόμου, άρα σχετίζεται θετικά με την αίσθηση κοινωνικής επάρκειας και αρνητικά με την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπεριφορών. Η τεχνική της επίλυσης προβλημάτων εφαρμόζεται σήμερα στην θεραπεία πολλών διαταραχών, όπως στις θεραπείες παιδιών και εφήβων κ.ά.

### Εντατική φροντίδα

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες που μοιράζονται δύο κοινά στοιχεία, κυρίως την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας είτε για όλους τους ασθενείς είτε για εκείνους που δεν έχουν παρακολουθήσει θεραπευτικές συνεδρίες σε συνδιασμό με ένα σχετικά εντατικό θεραπευτικό πρόγραμμα. Συνολικά οι μελέτες αυτές δεν έχουν κατορθώσει να παρουσιάσουν πειστικά στοιχεία αποτελεσματικότητας στη μείωση της επανάληψης των αποπειρών, σε σύγκριση με τη συνήθη, λιγότερο εντατική φρον-

τίδα. Εντούτοις, μία μελέτη στην οποία άτομα που δεν πήγαιναν στις εξωτερικές συνεδρίες παρακολουθούνταν στο σπίτι από μία νοσηλεύτρια, η οποία προσπαθούσε να τους παροτρύνει να παρευρίσκονται στις συνεδρίες, έδωσε ελπιδοφόρα αποτελέσματα ως προς το ότι το ποσοστό των ασθενών της πειραματικής ομάδας των μαρτύρων, ενώ σημειώθηκε μία σημαντική μείωση στο ποσοστό επανάληψης των αποπειρών αυτοκτονίας κατά το έτος μετά την έναρξη της μελέτης. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο στοιχείο στη θεραπευτική αγωγή του συγκεκριμένου πληθυσμού, ενώ μπορεί να εφαρμόζεται μόνο σε εκείνους τους ασθενείς που δεν εμφανίζουν κακή συμμόρφωση στην εξωνοσοκομειακή θεραπεία.

### Παροχή καρτών επείγουσας ανάγκης

Σε αρκετές χώρες του εξωτερικού έχουν αρχίσει πρόσφατα να χορηγούνται στους αποπειραθέντες για αυτοκτονία κάρτες, που τους υποδεικνύουν πώς μπορούν να βρουν άμεση βοήθεια σε στιγμές κρίσης. Δύο μελέτες, εκ των οποίων η μία περιλάμβανε ενήλικους και η άλλη νεαρούς εφήβους, έχουν δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Πλην όμως απαιτείται εκτενέστερη αξιολόγηση. Βέβαια, η παροχή καρτών επείγουσας ανάγκης προϋποθέτει την ύπαρξη μίας εικοσιτετράωρης υπηρεσίας που να μπορεί να διαχειριστεί επείγουσες κλήσεις. Για να αποτραπεί κατάχρηση της υπηρεσίας αυτής είναι καλύτερο να επιλέγονται προσεκτικά οι ασθενείς που συμμετέχουν στο πρόγραμμα.

[47][48]

### Εντατική ψυχοθεραπεία

Η εντατική ψυχοθεραπεία κατά Davanloo, είναι μια μορφή δυναμικής ψυχοθεραπείας που αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε τις προηγούμενες 4 δεκαετίες, από τον ψυχίατρο Habib Davanloo. Η εντατική ψυχοθεραπεία μπορεί να θεραπεύσει ένα ευρύ φάσμα ψυχονευρωτικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας (πάνω από το 92% των παραπομπών σε ένα ιατρείο) μέσω της πρόσβασης του ασθενή σε ασυνείδητα συναισθήματά του και επαναβίωσης αυτών κατόπιν ξεκλειδώματος του ασυνείδητου. Σημαντικό ρόλο στη θεραπεία αυτή παίζει η ανίχνευση και η επεξεργασία, από το θεραπευτή αλλά και τον ασθενή, του ασυνείδητου άγχους του και των οδών εκ-

φόρτισης αυτού του άγχους. Η εφαρμογή αυτής της θεραπείας αλλά και η εκπαίδευση σε αυτήν απαιτεί την καταγραφή των συνεδριών με τη χρήση βίντεο.

### Φαρμακολογικές θεραπείες

Υπάρχουν παραδόξως λίγες μόνο θεραπευτικές μελέτες για την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων σε άτομα που επιχειρούν απόπειρα αυτοκτονίας. Το γεγονός αυτό ίσως αντικατροπτίζει το πρόβλημα της συμμόρφωσης στη θεραπεία.

### Αντικαταθλιπτικά

Δύο μελέτες παλαιότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, της νομιφενσίνης και της μιανσερίνης απέτυχαν να δείξουν οποιοδήποτε όφελος ως προς την επανάληψη των αποπειρών αυτοκτονίας από τη χρήση αντικαταθλιπτικών. Μία πρόσφατη μελέτη στην οποία έγινε σύγκριση της παροξετίνης με placebo, σε ασθενείς που είχαν εκδηλώσει επανειλημμένως αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αλλά δεν εμφάνιζαν καταθλιπτική διαταραχή εκείνη την περίοδο, έδειξε εμφανή οφέλη για την υποομάδα των ασθενών που λάμβαναν παροξετίνη και κυρίως για εκείνους που είχαν ιστορικό ενός έως τεσσάρων επεισοδίων αυτοπροκαλούμενης βλάβης. Οι ασθενείς με ιστορικό πέντε ή περισσότερων επεισοδίων δεν εμφάνισαν κανένα όφελος. Τα ευρήματα της μελέτης αυτής είναι σαφώς ενδιαφέροντα, ιδιαίτερα υπό το πρίσμα στοιχείων από μία άλλη πρόσφατη μελέτη σύμφωνα με την οποία ο εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) φλουοξετίνη εμφανιζόταν, σε μία βραχείας διάρκειας δοκιμασία, μειώνει την αυτοαναφερόμενη επιθετικότητα. Παρ'όλα αυτά είναι σαφές ότι πρόκειται για έναν τομέα που απαιτούνται περισσότερες μελέτες, αν και η διαφορετική συμμόρφωση στη μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή αποτελεί περιοριστικό παράγοντα.

### Νευροληπτικά

Τα νευροληπτικά φάρμακα ή αντισχιζοφρενικά ή αντιψυχωσικά, χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και σε ψυχωσικές καταστάσεις π.χ μανίας

και παραληρήματος. Περιλαμβάνουν τα κλασικά αντιψυχωσικά ή νευροληπτικά και τα άτυπα αντιψυχωσικά. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν κυρίως τα παράγωγα της φαινοθειαζίνης (αλειφατικά, πιπεριδινικά, πιπεραζινικά), της βουτυροφαινόνης και του θειοξανθενίου. Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνεται το πρότυπο άτυπο κλοζαπίνη και τα νεώτερα αντιψυχωσικά ολανζαπίνη και κουετιαπίνη. Όλα τα νευροληπτικά φάρμακα αποκλείουν τους υποδοχείς της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο και την περιφέρεια, τη δράση τους ανταγωνίζονται ουσίες που αυξάνουν την συγκέντρωση της ντοπαμίνης όπως π.χ η L – dopa και αμφεταμίνες. Χαμηλές δόσεις αντιψυχωσικών δεν είναι τόσο αποτελεσματικές στην πρόληψη υποτροπών όσο η θεραπεία συντήρησης με υψηλότερες δόσεις. Σε ασθενείς με δύο ή περισσότερα σχιζοφρενικά επεισόδια συνίσταται θεραπεία συντήρησης επί 5 χρόνια ενώ ειδικοί προτιμούν θεραπεία επ’άοριστον.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να επιλέγεται με βάση τους κινδύνους και τις ανάγκες του ασθενούς. Νοσοκομειακή ψυχιατρική θεραπεία ενδείκνυται συνήθως σε ασθενείς με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές ιδιαίτερα σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ο άμεσος κίνδυνος αυτοκτονίας φαίνεται να είναι υψηλός. Οι μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με το συνήθη τρόπο, αλλά με ιδιαίτερη προσοχή όσον αφορά στη χρήση φαρμάκων που έχουν τοξική δράση όταν λαμβάνονται σε υπερβολικές δόσεις. Ειδική θεραπεία απαιτεί η κατάχρηση οινόπνευματος και ναρκωτικών ουσιών, μία απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί μερικές φορές αφορμή ώστε η κατάχρηση να υποπέσει στην αντίληψη του κλινικού γιατρού.

Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να αντιμετωπιστούν στην κοινότητα. Βραχυχρόνια θεραπεία επίλυσης προβλημάτων είναι κατάλληλη για εκείνους που εμφανίζουν συγκεκριμένα προβλήματα όπως στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, στην εργασία ή στην κοινωνική προσαρμογή. Η προσέγγιση αυτή διδάσκεται εύκολα στους κλινικούς λειτουργούς διαφορετικών ειδικοτήτων και επιπέδων εμπειρίας και μπορεί επομένως να γίνει ευρέως διαθέσιμη.

Προγράμματα ενημέρωσης/ενεργού συμμετοχής της κοινότητας (π.χ. επισκέψεις στο σπίτι) μπορούν να αυξήσουν το ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία, όμως πιθανόν δεν είναι απαραίτητα για όλους τους ασθενείς. Η προσέγγιση αυτή αποτελεί συνήθως βασικό κομμάτι της θεραπείας σε αγροτικές περιοχές αναπτυσσόμενων χωρών. Εάν αυτό είναι εφικτό, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η συνέχεια

της θεραπείας, με την έννοια ότι το ίδιο άτομο που εξέτασε τον ασθενή στο νοσοκομείο μετά την πρώτη του απόπειρα θα πρέπει να είναι υπεύθυνο και για την εξωνοσοκομειακή του περίθαλψη, καθώς αυτό είναι πιθανό να οδηγήσει σε καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία. Η χορήγηση μίας κάρτας επείγουσας ανάγκης που δίνει την δυνατότητα άμεσης βοήθειας στους ασθενείς, μπορεί να είναι χρήσιμη για μία υποομάδα ασθενών, αλλά όχι για άλλους.

Περισσότερο μακροχρόνια γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία ίσως απαιτείται για ασθενείς των οποίων οι απόπειρες σχετίζονται με τραύματα, όπως σεξουαλική κακοποίηση ή διαταραχή προσωπικότητας. Επίσης τα άτομα που επαναλαμβάνουν απόπειρες αυτοκτονίας ίσως απαιτήσουν πιο εντατική θεραπεία και ειδικά εκείνα που προβαίνουν σε συχνές απόπειρες. Εάν τα μέσα το επιτρέπουν θα πρέπει να εξετάζεται η εφαρμογή ενός προγράμματος βασισμένου στη διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς, ίσως με τη χρησιμοποίηση ενός ομαδικού σχήματος για ένα μέρος τουλάχιστον της θεραπείας.

Εάν άτομα που επαναλαμβάνουν συχνά απόπειρες αυτοκτονίας δέχονται να λάβουν νευροληπτικά, αξίζει η δοκιμαστική χορήγηση χαμηλών δόσεων φαινοθειαζίνων από του στόματος ή ενδομυϊκά.

Οικογενειακή θεραπεία απαιτείται μερικές φορές για νεαρούς εφήβους, καθώς και για ασθενείς με προβλήματα σχέσεων με τα παιδιά τους. Θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπ' όψιν οι ανάγκες των μικρών παιδιών των αποπειραθέντων, διότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση άμεσα στις απόπειρες αυτοκτονίας των γονέων και στην κακοποίηση ή παραμέληση των παιδιών. [29][31]

#### **4.3 Θεραπευτικές παρεμβάσεις ψυχικών διαταραχών**

## Ακούσια Νοσηλεία

Στην καθημερινή ψυχιατρική πρακτική, η απόφαση για σύσταση νοσηλείας σε έναν ψυχικά πάσχοντα είναι αρκετά δύσκολη, αλλά η απόφαση για σύσταση «ακούσιας» νοσηλείας είναι ακόμα δυσχερέστερη, αφού σχετίζεται με κοινωνικά αποκλίνουσες συμπεριφορές ή ετεροκαταστροφικές των ψυχικών ασθενών. Σε όλες τις αναπτυγμένες πολιτισμικά κοινωνίες η Πολιτεία έχει θεσπίσει ειδική νομοθεσία, με στόχο αφενός μεν την προστασία των πασχόντων από ψυχικές παθήσεις και αφετέρου την προφύλαξη του κοινωνικού συνόλου από τις «συνέπειες» των ψυχικών διαταραχών. Οι νομοθεσίες αυτές, παρά το ότι παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα, στη βασική τους φιλοσοφία προβλέπουν ειδική, νομικά κατοχυρωμένη, παροχή φροντίδας στα άτομα εκείνα, τα οποία λόγω της ψυχικής τους πάθησης μπορεί να καταστούν επικίνδυνα για τον εαυτό τους ή για τους άλλους ή αρνούνται να υποβληθούν στην αναγκαία θεραπευτική αγωγή. Τα άτομα αυτά κατά κανόνα δεν έχουν επίγνωση της ψυχικής τους πάθησης.

Στις περιπτώσεις αυτές, συχνά τίθεται ένα δύσκολο στην απάντησή του ηθικό δίλημμα. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να είναι ελεύθερος και να αποφασίσει ο ίδιος για το αν θα υποβληθεί ή όχι σε θεραπευτική αγωγή, αλλά παράλληλα υπάρχει άμεση ανάγκη για την εφαρμογή σε αυτόν κάποιας θεραπευτικής παρέμβασης, για να προστατευθεί ο κοινωνικός του περίγυρος. Η προσέγγιση του διλήμματος αυτού από τις διάφορες χώρες παρουσιάζει ουσιαστικές διαφοροποιήσεις. Στις Σκανδιναβικές χώρες, για παράδειγμα, οι διαδικασίες για αναγκαστική ή ακούσια νοσηλεία ενός ψυχικά πάσχοντος είναι αρκετά απλές, ενώ σε ορισμένες Πολιτείες των ΗΠΑ είτε δεν υφίσταται σχετική νομοθεσία, είτε οι υποθέσεις αυτές, συχνά, οδηγούνται στην ακροαματική διαδικασία του δικαστηρίου. Στη Μεγάλη Βρετανία και στην Ουαλία έχει θεσπιστεί ανάλογη νομοθεσία από το 1983, ενώ στην Ελλάδα η τελευταία αναθεώρηση της νομοθετικής διαδικασίας για την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών χρονολογείται από το 1992 και περιλαμβάνεται στο ΝΔ 2071 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας.

Είναι ευνόητο ότι πριν από την απόφαση για ακούσια νοσηλεία θα προηγηθούν προσπάθειες εκ μέρους του εξετάζοντος ψυχιάτρου «να πεισθεί» τόσο ο ασθενής όσο και το οικογενειακό του περιβάλλον για την αναγκαιότητα της νοσηλείας και της θεραπευτικής αγωγής. Εάν οι προσπάθειες αυτές αποτύχουν και η ακούσια νοσηλεία

κριθεί επιβεβλημένη, κυρίως λόγω μη αποδοχής της εκ μέρους του ασθενούς, ο ψυχίατρος θα συζητήσει και πάλι με τους συγγενείς του πάσχοντος αφενός μεν για την πληρέστερη ενημέρωσή τους και για την ανάγκη συμμετοχής τους στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας (αίτηση στις εισαγγελικές αρχές, συνεργασία με αστυνομικά όργανα κ.λπ.) και αφετέρου για τη ψυχολογική τους υποστήριξη, ώστε να απαλυνθούν το άγχος και τα συναισθήματα ενοχής που πιθανόν βιώνουν.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο είναι πιθανό να απαιτηθεί η λήψη περιοριστικών μέτρων, τόσο για την προσωπική του ακεραιότητα, και ασφάλεια, όσο και για την εφαρμογή της αναγκαίας θεραπευτικής αγωγής. Η συμπάθεια, κατανόηση και αναγνώριση εκ μέρους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου των αναγκών του νοσηλευομένου, αποτελούν αποφασιστικούς παράγοντες για την πιο ομαλή προσαρμογή του στις συνθήκες νοσηλείας, αλλά και την αποδοχή και «συμμόρφωση» προς τους κανόνες της θεραπευτικής αγωγής.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία αποτελούν η ύπαρξη συγκεκριμένης ψυχοπαθολογικής κατάστασης, η αδυναμία του πάσχοντος να κρίνει και να αποφασίσει για το συμφέρον του, η μη υποβολή του σε θεραπευτική αγωγή και η επιδείνωση της κατάστασής του στην περίπτωση που δεν νοσηλευθεί και, τέλος, η ύπαρξη επικινδυνότητας από τη συνολική νοσηρή συμπεριφορά του ασθενούς. [37]

### **1) Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία**

Υπάρχουν τόσο γνωστικές – συμπεριφορικές όσο και φαρμακευτικές θεραπείες για τη διαταραχή πανικού. Η ανάλυση των περισσότερων από 40 ερευνών που υπάρχουν σχετικά με τις θεραπείες για τη διαταραχή πανικού έδειξε ότι η θεραπεία είναι καλύτερη από την απουσία θεραπείας και ότι οι γνωστικές – συμπεριφορικές θεραπείες αποφέρουν τα καλύτερα αποτελέσματα.

Όταν τα άτομα με διαταραχή πανικού αναζητούν θεραπεία, συνήθως συμβουλεύονται αρχικά ένα γιατρό ειδικό για σωματικά προβλήματα και, επομένως, τα φάρμακα αποτελούν το πρώτο και μερικές φορές το μοναδικό είδος θεραπείας που λαμβάνουν. Η έντονη προώθηση των φαρμάκων κατά του πανικού πιθανόν αποτελεί άλλον έναν παράγοντα που συμβάλλει στην επικράτηση της φαρμακευτικής θεραπείας.

Αυτό είναι ατυχές επειδή τα φάρμακα δεν προστατεύουν από τα συμπτώματα μετά τη διακοπή της λήψης τους, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Παρ' όλα αυτά, πολλές έρευνες επιβεβαιώνουν ότι τα φάρμακα για τη διαταραχή πανικού πράγματι λειτουργούν όσο κανείς τα λαμβάνει, συμπεριλαμβανομένων των SSRIs, όπως είναι η φλουοξετίνη (Ladose), των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, όπως είναι η ιμιπραμίνη (Tofranil) και των βενζοδιαζεπινών, όπως είναι η αλπραζολάμη (Xanax). Οι SSRIs συνταγογραφούνται συχνά, επειδή έχουν λιγότερες παρενέργειες αλλά δε φαίνεται να είναι εξίσου αποτελεσματικοί με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Όπως η συμπεριφορική θεραπεία για τις φοβίες έτσι και οι γνωστικές – συμπεριφορικές θεραπείες για τη διαταραχή πανικού επικεντρώνονται στην έκθεση. Μία ιδιαίτερη έγκυρη θεραπευτική προσέγγιση, που ονομάζεται θεραπεία μέσω του ελέγχου του πανικού, βασίζεται στην τάση των ατόμων με διαταραχή πανικού να αντιδρούν υπερβολικά έντονα στις σωματικές τους αισθήσεις.

Στη θεραπεία μέσω του ελέγχου του πανικού, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τεχνικές έκθεσης, δηλαδή πείθει τον πελάτη να προκαλέσει επίτηδες στον εαυτό του τις σωματικές αισθήσεις που συνδέονται με τον πανικό. Ένα άτομο του οποίου οι προσβολές ξεκινούν με υπεραερισμό, για παράδειγμα, καλείται να αναπνεύσει πολύ γρήγορα για τρία λεπτά. Αντίστοιχα κάποιος του οποίου οι προσβολές πανικού ξεκινούν με ζάλη, θα μπορούσε να κληθεί να περιστραφεί σε μια καρέκλα για αρκετά λεπτά. Όταν εμφανιστούν οι αισθήσεις που συνδέονται με την προσβολή πανικού, όπως είναι ο ίλιγγος, η ξηροστομία, η ζάλη, ο αυξημένος καρδιακός ρυθμός και άλλες, το άτομο τις βιώνει σε ασφαλείς συνθήκες. Επιπλέον, το άτομο χρησιμοποιεί τακτικές αντιμετώπισης, τις οποίες έχει μάθει προηγουμένως (π.χ. να αναπνέει από το διάφραγμα, έτσι ώστε να αποφεύγει τον υπεραερισμό).

Με εξάσκηση και ενθάρρυνση από το θεραπευτή, το άτομο μαθαίνει να σταματά να θεωρεί τις εσωτερικές αισθήσεις ενδείξεις ότι χάνει τον έλεγχο και τις θεωρεί, αντίθετα, αβλαβείς αισθήσεις, τις οποίες μπορεί να ελέγξει. Η ικανότητα του ατόμου να προκαλέσει αυτές τις σωματικές αισθήσεις, και στη συνέχεια να τις αντιμετωπίσει, τις κάνει πιο προβλέψιμες και λιγότερο τρομακτικές.

Από αυτούς που έχουν διαταραχή πανικού, τα άτομα που έχουν σοβαρά συμπτώματα αγοραφοβίας έχουν χειρότερη έκβαση από εκείνους που δεν έχουν τέτοια συμπτώματα. Οι γνωστικές – συμπεριφορικές προσεγγίσεις στη θεραπεία της αγορα-



φοβίας επίσης εστιάζονται στην έκθεση και, συγκεκριμένα, στη συστηματική έκθεση στις καταστάσεις που φοβάται το άτομο.

Άτομα που είναι παντρεμένα και υποφέρουν κυρίως από αγοραφοβία ωφελούνται από οικογενειακά προσανατολισμένες θεραπείες, στις οποίες ο μη – φοβικός σύντροφος ενθαρρύνεται να σταματήσει να στηρίζει το/τη σύντρόφό του, όταν αποφεύγει να βγαίνει από το σπίτι. Η θεραπεία μέσω της έκθεσης για την αγοραφοβία είναι πιο αποτελεσματική όταν εμπλέκεται ο/η σύζυγος. [45][46][47][49]

## **2) Διαταραχές συνδεδεμένες με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών**

Κάθε θεραπευτική προσπάθεια περιλαμβάνει δύο σκέλη: ένα βραχυχρόνιο και ένα μακροχρόνιο. Στο πρώτο γίνεται διακοπή της χρήσης και πρέπει να ληφθεί φροντίδα για τα στερητικά συμπτώματα (σωματική αποτοξίνωση – απεξάρτηση). Πιθανόν θα χρειαστεί νοσηλεία για να αντιμετωπιστούν οι πόνοι και η δυσφορία και να υποστηριχτούν οι σωματικές λειτουργίες. Η αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου απαιτεί μόνο λίγες ημέρες.

Στη συνέχεια, υπάρχει ανάγκη ψυχοθεραπευτικής στήριξης, για να καταπολεμηθεί η ψυχολογική εξάρτηση. Πρόκειται για ένα μακροχρόνιο στάδιο, στο οποίο δοκιμάζεται η διατήρηση αποχής από την ουσία και αποτελεί την περίοδο κατά την οποία εμφανίζονται οι περισσότερες υποτροπές. Οι περισσότεροι χρήστες έχουν ανώριμη προσωπικότητα, είναι παρορμητικοί και συχνά οδηγούνται σε διακοπή θεραπείας.

Η ένταξή τους σε προγράμματα αποτοξίνωσης σε ειδικές θεραπευτικές κοινότητες αποδίδει ανάλογα με την προσωπική τους επιθυμία να δεχτούν βοήθεια και απαιτεί τη συμμετοχή της οικογένειας. Ορισμένα τέτοια προγράμματα προσφέρουν ουσίες υποκατάστασης (π.χ. μεθαδόνη για την ηρωίνη) που μειώνουν τις επιπλοκές και εμποδίζουν τις υποτροπές. [53][54][55][56]

## **3) Διπολική Διαταραχή**

Είναι αρκετά δύσκολο ένα άτομο που νοσεί από διπολική διαταραχή να ιαθεί πλήρως και θέλει μεγάλη προσπάθεια και από τον ίδιο τον ασθενή και από το γιατρό του αλλά και από το συγγενικό του περιβάλλον.

Η φαρμακευτική αγωγή στοχεύει στην αντιμετώπιση των οξέων συμπτωμάτων και η πρόληψη των υποτροπών. Σε πρώτη φάση δηλαδή, ο στόχος είναι να αντιμετωπιστούν τα οξέα συμπτώματα της κατάθλιψης ή της μανίας, να μειωθεί η ένταση και να περιοριστεί η διάρκειά τους. Στη συνέχεια, γίνεται προσπάθεια για τη διατήρηση αυτής της βελτίωσης και για έλεγχο της κυκλικής πορείας της διπολικής διαταραχής, δηλαδή για πρόληψη μιας πιθανής υποτροπής. Τα νεότερα (άτυπα) αντιψυχωσικά χρησιμοποιούνται κυρίως για την αντιμετώπιση των φάσεων της μανίας και των οξέων μανιακών επεισοδίων. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χορηγούνται στη φάση της οξείας κατάθλιψης, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες που τα συμπτώματα αντιστέκονται στα σταθεροποιητικά της διάθεσης.

Εκτός από τη φαρμακευτική αντιμετώπιση, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις συμπληρωματικά στη φαρμακευτική αγωγή, μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά, παρέχοντας στήριξη και εκπαίδευση στα άτομα με διπολική διαταραχή και στις οικογένειές τους. Αυτές οι θεραπείες γίνονται κυρίως με ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό.

Ακόμη η γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία βοηθάει το άτομο με διπολική διαταραχή να τροποποιήσει εκείνες τις απόψεις που τον οδηγούν σε δυσλειτουργία και σχετίζονται με την ασθένεια.

Τέλος σε άτομα που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές ο νοσηλευτής-τρια παίζουν σημαντικό και βασικό ρόλο στην όλη θεραπεία ασθενών με πρόβλημα διπολικής διαταραχής.

[29][57]

#### **4) Δυσθυμική Διαταραχή**

Η θεραπεία της δυσθυμικής διαταραχής περιλαμβάνεται στη θεραπεία γενικά των συναισθηματικών διαταραχών. Η θεραπεία μπορεί να είναι είτε φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική ή και τα δύο μαζί.

Αντικαταθλιπτικά χάπια όπως οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης θεωρούνται τα νεότερα και ασφαλέστερα στην αντιμετώπισή της.

Όσον αφορά την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση της δυσθυμίας αλλά απαιτείται η σωστή και εξατομικευμένη προσέγγιση του γιατρού έτσι ώστε να γίνει μια σωστή διάγνωση.

Σε περίπτωση που δεν υπάρξει θεραπεία τότε τα συμπτώματα της δυσθυμίας θα συνεχισθούν για όλη τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς, με πολλά και συνεχιζόμενα προβλήματα και κινδύνους για την υγεία του. [31]

## **5) Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή**

Η αντιμετώπιση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής περιλαμβάνει την θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή. Φάρμακα όπως τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης, τα οποία λαμβάνονται τακτικά και δίνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Με παραδοσιακή φαρμακολογία (χρήση εκχυλίσματος του φυτού *Hypericum perforatum*, το οποίο είναι ευρέως γνωστό ως βαλσαμόχορτο).

Με γνωσιακή – συμπεριφορική προσέγγιση για να παράσχει πληροφόρηση για τη φύση της καταθλιπτικής διαταραχής, να εντοπίσει συγκεκριμένα προβλήματα και να διακόψει τις αρνητικές σκέψεις και παράλληλα να γίνονται συμπεριφορικές παρεμβάσεις με στόχο την κινητοποίηση του πάσχοντος και τη συμμετοχή του σε δραστηριότητες που ενισχύουν την αίσθηση ελέγχου και ικανοποίησης. [47][49]

## **6) Μετατραυματική Διαταραχή Στρες**

### Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Τόσο η παροξετίνη (20-50mg/ημέρα), όσο και η σετραλίνη (50-200mg/ημέρα) έχουν ένδειξη για τη θεραπεία της μετατραυματικής διαταραχής στρες, παρ' όλο που και οι άλλοι SSRI είναι το ίδιο αποτελεσματικοί. Τα φάρμακα αυτά βοηθούν στην ύφεση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, στη μείωση των ενοχλητικών εισβολών, των επαναβιώσεων και των εφιαλτών, καθώς και στην ομαλοποίηση

του ύπνου. Οι βενζοδιαζεπίνες μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως αγχολυτικό, αλλά θα πρέπει να χορηγούνται για μικρά χρονικά διαστήματα (π.χ. ημέρες ή εβδομάδες) εξαιτίας της πιθανής κατάχρησής τους. Επίσης υπάρχουν στοιχεία σχετικά με την ευεργετική επίδραση των β-αποκλειστών στην συμπτωματολογία της διαταραχής εφόσον χορηγηθούν αμέσως μετά το στρεσογόνο τραύμα.

#### Πρόληψη μέσω της ανασκόπησης του τραυματικού γεγονότος

Η ανασκόπηση του τραυματικού γεγονότος είναι μία και μοναδική συνέντευξη που διενεργείται αμέσως μετά το συμβάν, με σκοπό να βοηθήσει τα εμπλεκόμενα άτομα να αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις σε σχέση με το ψυχικό τραύμα και να αποτρέψει την εμφάνιση της διαταραχής μετά από τραυματικό στρες. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης το άτομο ενθαρρύνεται να μιλήσει διεξοδικά για το γεγονός και τις συναισθηματικές του αντιδράσεις σε αυτό με αναλυτικό και συστηματικό τρόπο. Αυτό θεωρείται ότι διευκολύνει την απαρτίωση των αναμνήσεων του γεγονότος στο ευρύτερο μνημονικό σύστημα. Σήμερα η πρακτική αυτή είναι συνήθης μετά από ένα τραυματικό γεγονός, παρόλο που υπάρχουν αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητά της.

Κίνδυνοι που μπορεί να προκύψουν μέσω της ανασκόπησης του τραυματικού γεγονότος :

- Δευτερογενής τραυματισμός λόγω της περαιτέρω έκθεσης του ατόμου στη φαντασία στο συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός λίγο χρόνο αφ' ότου αυτό έχει συμβεί.
- Η ανασκόπηση μπορεί να ιατρικοποιήσει τη φυσιολογική ψυχική δυσφορία και να αυξήσει την αναμονή εμφάνισης ψυχολογικών συμπτωμάτων σε περιπτώσεις κατά τις οποίες δε θα συνέβαινε κάτι τέτοιο.
- Η ανασκόπηση μπορεί να παρεμποδίσει τις δυνητικά προστατευτικές αντιδράσεις της άρνησης και της αποστασιοποίησης, οι οποίες ενδέχεται να εμφανιστούν μετά το τραυματικό γεγονός.

Παρόλο που η εφαρμογή των ψυχοδυναμικών προσεγγίσεων είχε κάποια οφέλη σε άτομα με διαταραχή μετά από τραυματικό στρες, οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις βασίζονται στις αρχές της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής προσέγγισης.

## Τεχνικές έκθεσης

Σύμφωνα με τις αρχές των μεθόδων έκθεσης για την μετατραυματική διαταραχή, το άτομο τελικά θα ωφεληθεί από την επανέκθεσή του στις αναμνήσεις του γεγονότος και στα συνδεδεμένα συναισθήματα. Το μοντέλο εξαρτημένης μάθησης υποστηρίζει ότι η δυσφορία μειώνεται καθώς το άτομο εξοικειώνεται σταδιακά με την συναισθηματική του αντίδραση σε αυτές τις μνήμες.

Σύμφωνα με μία νεότερη γνωσιακή ερμηνεία, η έκθεση συμφιλιώνει τις μνήμες και το νόημα του τραυματικού γεγονότος με τα προϋπάρχοντα σχήματα του ατόμου για τον κόσμο. Μόνο μέσω της αποτίμησης και της επεξεργασίας αυτών των μνημών θα διακοπεί η βλαπτική επίδραση της τραυματικής εμπειρίας. Η θεραπεία αυτή αρχικά μπορεί να προκαλέσει αύξηση της δυσφορίας, καθώς οι εικόνες που το άτομο απέφευγε τώρα αναβιώνονται σκόπιμα. Προκειμένου να μειωθεί η δυσφορία και να αποφευχθεί η διακοπή της θεραπείας, οι Leskin και συνεργάτες (1998) πρότειναν μία διαδικασία σταδιακής έκθεσης. Στην αρχή της διαδικασίας το άτομο μιλά επανειλημμένα για συγκεκριμένα στοιχεία του τραυματικού γεγονότος, με όσες λεπτομέρειες επιλέξει το ίδιο, έως ότου να μην εμφανίζει πλέον αντιδράσεις στρες. Σε αυτό το στάδιο αποφεύγεται οποιαδήποτε νέα ανάμνηση θα μπορούσε να προκαλέσει δυσφορία. Αυτή γίνεται στόχος του επόμενου σταδίου της παρέμβασης.

Η επανενεργοποίηση των αναμνήσεων με αυτή τη διαδικασία απαιτεί την αναλυτική περιγραφή της εμπειρίας, την επικέντρωση σε αυτό που συνέβη, την αναφορά στις σκέψεις και τα συναισθήματα που βίωσε το άτομο εκείνη τη στιγμή, αλλά και οποιονδήποτε αναμνήσεων πυροδότησαν το συμβάν. Αυτή η βασική προσέγγιση μπορεί να εμπλουτιστεί με ποικίλες γνωσιακές – συμπεριφοριστικές τεχνικές, όπως είναι η εκπαίδευση στη χαλάρωση και η γνωσιακή αναδόμηση. Η χαλάρωση μπορεί να βοηθήσει το άτομο τη στιγμή που ξαναθυμάται το γεγονός ή σε άλλες στιγμές μέσα στην ημέρα. Η γνωσιακή αναδόμηση μπορεί να το βοηθήσει να αξιολογήσει οποιεσδήποτε παραποιημένες γνώσεις είχε ως αντίδραση στο γεγονός και να τις κάνει λιγότερο απειλητικές.

[45][46][48]

## **7) Οριακή – Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας**

Η θεραπεία είναι μακροχρόνια. Η ατομική ψυχαναλυτική ή ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελούν τις θεραπείες εκλογής αλλά ενδείκνυται και η φαρμακοθεραπεία.

Η φαρμακοθεραπεία ποικίλει και εξαρτάται κυρίως από τα κυρίαρχα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής και μπορεί να συμπεριλαμβάνουν άγχος, παραληρητικές ιδέες, παραισθήσεις και κατάθλιψη. Γι' αυτό το λόγο η φαρμακοθεραπεία στοχεύει σε συγκεκριμένα συμπτώματα των ασθενών, σε συναισθηματικής τάξης διαταραχές χορηγούνται αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Στην περίπτωση, που κυριαρχεί η παρορμητική συμπεριφορά, ο θυμός και η επιθετικότητα χρησιμοποιούνται άλατα λιθίου ή αντιψυχωσικά (σε μικρές δόσεις) και καβαμαζεπίνη.

Στην περίπτωση, που υπάρχουν αγχώδεις εκδηλώσεις, χορηγούνται βουσπιρόνη ή ελάσσονα ηρεμιστικά, ενώ σε περιόδους έξαρσης του παρανοϊκού ιδεασμού η χορήγηση αντιψυχωσικών βοηθά σημαντικά.

Οι ασθενείς αυτοί νοσηλεύόμενοι και μη, αποτελούν πρόκληση στη θεραπεία. Η εμπιστοσύνη είναι ένα βασικό στοιχείο, η οποία είναι δύσκολο τόσο στο να εγκατασταθεί όσο και να διατηρηθεί. Η αυτοκτονικότητα στα άτομα αυτά αποτελεί ένα ζήτημα. Πολλές φορές είναι δύσκολο να διαχωρίσει κανείς αν είναι απόπειρα προσέγκυσης του ενδιαφέροντος και της προσοχής ή για σοβαρή απόπειρα.

Σε γενικές γραμμές οι οριακοί ασθενείς δεν έχουν πρόθεση να πεθάνουν αλλά κάνουν ρεαλιστικές απόπειρες με αποτέλεσμα τον αυτοτραυματισμό, εάν τέτοιες συμπεριφορές είναι συχνές, σοβαρές και δεν ελέγχονται επαρκώς μπορεί να χρειαστεί και νοσηλεία. Πολλές φορές και ο ίδιος ο θεραπευτής μπορεί να αναζητήσει θεραπεία διότι δεν μπορεί να ελέγξει πλέον τα δικά του συναισθήματα απέναντι στον θεραπευόμενο και έτσι χάνεται η αντικειμενικότητά του. Είναι σίγουρα δύσκολο να χειριστεί κανείς συναισθηματικά ασταθείς ασθενείς και αυτοκτονικούς ασθενείς.

#### Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία

Οι Linehan, Tutek, Heard & Armstrong περιέγραψαν μία τεχνική που ονομάζεται Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (ΔΣΘ). Αποτελεί συνδυασμό γνωσιακών

συμπεριφορικών τεχνικών και τεχνικών του Rogers και περιλαμβάνει κυρίως εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων καθώς και προσφορά ενσυναίσθησης.

Σκοπός είναι ο οριακός ασθενής να μπορέσει να ελέγξει τη συμπεριφορά του και αυτό γίνεται με τρεις τρόπους:

1. Μέσω ρύθμισης και ελέγχου των ακραίων συναισθημάτων και συμπεριφορών.
2. Μέσω εκμάθησης τρόπων χειρισμού των συναισθημάτων που προκαλεί η ματαίωση.
3. Ο ασθενής μαθαίνει να εμπιστεύεται τις σκέψεις και τα συναισθήματά του.

Ο θεραπευτής δέχεται τον ασθενή όπως είναι, ενώ παράλληλα τον βοηθά να αλλάξει συμπεριφορά. Ή από την άλλη ο ασθενής δεν είναι απαραίτητο να διαχωρίζει τον κόσμο σε καλό και κακό. Αντ' αυτού, μπορεί κανείς να πετύχει τη σύνθεση αυτών των φαινομενικά αντίθετων στοιχείων. Αντί να θεωρεί κανείς ένα φίλο του είτε ως απόλυτο κακό είτε ως απόλυτα καλό, για παράδειγμα, μπορεί να του αποδίδει και τις δύο ιδιότητες. Από αυτήν την οπτική, ένας από τους στόχους της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας είναι να διδάξει τους ασθενείς να υιοθετούν μια διαλεκτική θεώρηση του κόσμου, να κατανοήσουν δηλαδή ότι στην πραγματικότητα τα πράγματα δεν είναι απόλυτα κακά ή απόλυτα καλά. Ο οριακός ασθενής μαθαίνει πως στη ζωή δεν είναι όλα άσπρα ή μαύρα και ότι η ζωή αλλάζει συνεχώς.

Το γνωστικό – συμπεριφορικό μέρος της θεραπείας, η οποία διεξάγεται τόσο ατομικά όσο και ομαδικά, περιλαμβάνει τέσσερα στάδια.

1. Στο πρώτο στάδιο αντιμετωπίζονται οι επικίνδυνες παρορμητικές συμπεριφορές, με στόχο να αποκτήσει ο ασθενής μεγαλύτερο έλεγχο επάνω τους.
2. Το δεύτερο στάδιο εστιάζεται στην ανάπτυξη της ικανότητας του ατόμου να ρυθμίζει και να ελέγχει την υπερβολική συναισθηματικότητα. Αυτή η φάση μπορεί να περιλαμβάνει εκπαίδευση, ώστε να μάθει το άτομο να ανέχεται τη συναισθηματική δυσφορία, αλλά και να αναπτύξει δεξιότητες που θα το βοηθήσουν να μάθει να εμπιστεύεται τα συναισθήματά του ως σημαντικές ενδείξεις για το περιβάλλον και τις σκέψεις του.

3. Το τρίτο στάδιο εστιάζεται στη βελτίωση των σχέσεων και της αυτοεκτίμησης.
4. Το τέταρτο στάδιο έχει στόχο να ενισχύσει την αίσθηση σύνδεσης του ατόμου με τους άλλους και τη δυνατότητα να αισθάνεται ευτυχισμένο.

Σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας, οι ασθενείς μαθαίνουν να λύνουν προβλήματα και αποκτούν πιο αποτελεσματικούς και κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους να διαχειρίζονται τα προβλήματα της καθημερινής τους ζωής και να ελέγχουν τα συναισθήματά τους.

Στην ουσία, η διαλεκτική συμπεριφορική προσέγγιση προσφέρει στους ασθενείς γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία, με στόχο να αλλάξει ο τρόπος σκέψης τους, ενώ θεωρεί δεδομένο συγχρόνως ότι οι ασθενείς έχουν αξία και τους αποδέχεται όπως είναι. [29][31]

## **8) Σχιζοφρένεια**

### Φαρμακευτική Αντιμετώπιση

#### **Παραδοσιακά Αντιψυχωτικά Φάρμακα**

Ένα από τα αντιψυχωτικά φάρμακα που συνταγογραφούνται με τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι η φαινοθειαζίνη.

Ο Γάλλος χημικός Paul Charpentier παρασκεύασε ένα νέο παράγωγο της φαινοθειαζίνης, το οποίο ονόμασε χλωροπρομαζίνη. Το φάρμακο αυτό αποδείχτηκε πολύ αποτελεσματικό στο να ηρεμεί τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Οι θεραπευτικές ιδιότητες των φαινοθειαζινών βασίζονται στον αποκλεισμό των ντοπαμινεργικών υποδοχέων που βρίσκονται στον εγκέφαλο, μειώνοντας με τον τρόπο αυτόν την επίδραση της ντοπαμίνης στη σκέψη, στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά.

Άλλα αντιψυχωτικά που χρησιμοποιούνται εδώ και χρόνια για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας είναι οι βουτυροφαινόνες (π.χ. αλοπεριδόλη) και οι θειοξανθίνες (π.χ. θειοθιξένη). Και οι δυο τύποι αντιψυχωτικών φαίνονται γενικά εξίσου αποτελεσματικοί με τις φαινοθειαζίνες και λειτουργούν με παρόμοιο τρόπο.



Αυτές οι κατηγορίες φαρμάκων μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα αποδιοργάνωσης και τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, αλλά έχουν ελάχιστη ή μηδαμινή επίδραση στα αρνητικά συμπτώματα.

Παρά την αποτελεσματικότητά τους στη μείωση ορισμένων από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας και τη δυνατότητα που δίνουν σε πολλούς ασθενείς να βγουν από το νοσοκομείο, τα αντιψυχωτικά δεν αποτελούν θεραπεία.

Επιπλέον, περίπου το 30% των ασθενών με σχιζοφρένεια δεν ανταποκρίνεται θετικά στα παραδοσιακά αντιψυχωτικά, αν κι ορισμένοι από αυτούς ανταποκρίνονται ενδεχομένως στα νεότερα φάρμακα, όπως η κλοζαπίνη.

Οι ασθενείς που ανταποκρίνονται θετικά στα αντιψυχωτικά φάρμακα λαμβάνουν στη συνέχεια τις λεγόμενες δόσεις συντήρησης του φαρμάκου, δηλαδή την ελάχιστη ποσότητα που απαιτείται, για να συνεχιστεί η θεραπευτική του δράση. Οι ασθενείς αυτοί παίρνουν τη φαρμακευτική τους αγωγή και επιστρέφουν στο νοσοκομείο ή σε άλλη δομή ψυχικής υγείας περιστασιακά, προκειμένου οι γιατροί να προσαρμόσουν το επίπεδο της δόσης τους. Ορισμένοι ασθενείς που συνεχίζουν τη φαρμακευτική θεραπεία μπορεί, ωστόσο, να επιτυγχάνουν οριακή προσαρμογή στην κοινότητα.

Τα αντιψυχωτικά έχουν μειώσει σημαντικά τη μακροχρόνια νοσηλεία, αλλά παράλληλα έχουν οδηγήσει στο φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας» που συναντά κανείς σε ασθενείς, το οποίο περιλαμβάνει την εισαγωγή, την έξοδο και την επανεισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο.

### **Άτυπα Αντιψυχωτικά Φάρμακα**

Στα Άτυπα Αντιψυχωτικά φάρμακα κατατάσσεται η κλοζαπίνη. Σε έρευνες έχει βρεθεί ότι η κλοζαπίνη έχει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα στη μείωση των θετικών συμπτωμάτων και των συμπτωμάτων αποδιοργάνωσης από ό,τι τα παραδοσιακά αντιψυχωτικά. Η χορήγηση κλοζαπίνης σε δόσεις συντήρησης μειώνει το ποσοστό υποτροπής. Αν και ο ακριβής μηχανισμός της θεραπευτικής δράσης της κλοζαπίνης δεν είναι ακόμα πλήρως κατανοητός, γνωρίζουμε ότι αυτή η ουσία επιδρά στους σεροτονινεργικούς υποδοχείς.

Δύο άλλα άτυπα αντιψυχωτικά που αναπτύχθηκαν μετά την κλοζαπίνη είναι η ολανζαπίνη (εμπορική ονομασία Zyprexa) και η ρισπεριδόνη (εμπορική ονομασία Risperdal).

### **Αξιολόγηση της Φαρμακευτικής Θεραπείας**

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας για τη σχιζοφρένεια και θα συνεχίσουν, αναμφίβολα, να αποτελούν σημαντικό συστατικό μέρος της θεραπείας. Επιπλέον, η πρόσφατη επιτυχία της κλοζαπίνης, της ολανζαπίνης και της ρισπεριδόνης έχει οδηγήσει σε συστηματικές προσπάθειες να βρεθούν νέες και πιο αποτελεσματικές φαρμακευτικές θεραπείες για τη σχιζοφρένεια.

### Ψυχαναλυτική Θεραπεία

Οι μορφές ψυχοκοινωνικών θεραπειών είναι πιο παρεμβατικές, περισσότερο εστιασμένες στο παρόν και πιο προσανατολισμένες στην πραγματικότητα από ό,τι οι ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις. Οι θεραπευτές προσπαθούν να βοηθήσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να διαχειριστούν πιο άμεσα τα καθημερινά προβλήματα που συναντούν, στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν την ασθένεια, που διαταράσσει τόσο πολύ τη ζωή του ατόμου και μειώνει τόσο τη λειτουργικότητά του. Η προσπάθεια αυτή βασίζεται στην παραδοχή ότι ένα μεγάλο μέρος του στρες που βιώνουν τα άτομα με σχιζοφρένεια οφείλεται στη δυσκολία που έχουν να διαπραγματευτούν καθημερινές κοινωνικές προκλήσεις, όπως είναι οι πιέσεις που προκύπτουν στην οικογένειά τους, όταν επιστρέφουν στο σπίτι μετά τη νοσηλεία.

### Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία

Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να ελέγξουν πόσο ρεαλιστικές είναι οι παραληρητικές τους πεποιθήσεις, με τον ίδιο τρόπο όπως και τα άτομα που δεν έχουν σχιζοφρένεια. Μέσα από συνεργατικές συζητήσεις (σε συνδυασμό με αντιψυχωτικά φάρμακα), η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία έχει βοηθήσει ασθενείς να αποδώσουν μη ψυχωτικό νόημα στα παρανοϊκά τους συμπτώματα και να μειώσουν την ένταση και τη δυσάρεστη φύση των συμπτωμάτων, όπως γίνεται στην κατάθλιψη και στη διαταραχή πανικού.

Οι ερευνητές έχουν βρει ότι η ΓΣΘ μπορεί να μειώσει και τα αρνητικά συμπτώματα, αμφισβητώντας, για παράδειγμα, πεποιθήσεις που συνδέονται με χαμηλές προσδοκίες επιτυχίας ή με χαμηλές προσδοκίες ευχαρίστησης (ανηδονία).

### Προσωπική Θεραπεία

Η προσωπική θεραπεία είναι μία πολυδιάστατη γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία για την πληθώρα των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που έχουν βγει από το νοσοκομείο. Η θεραπεία διεξάγεται τόσο ατομικά όσο και σε μικρές ομάδες.

Βασικό στοιχείο αυτής της προσέγγισης, το οποίο βασίζεται στο εύρημα ότι η μείωση του υψηλού εκφρασμένου συναισθήματος των μελών της οικογένειας οδηγεί σε λιγότερες υποτροπές του ασθενή μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, είναι η εκπαίδευση του ασθενή, ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει το απρόσφορο συναίσθημα.

Επιπλέον, οι ασθενείς εκπαιδεύονται στο να παρατηρούν ακόμη και τις μικρές ενδείξεις μιας υποτροπής, όπως είναι η κοινωνική απόσυρση ή οι ανάρμοστες απειλές προς τους άλλους, και μαθαίνουν δεξιότητες για να αντιμετωπίζουν αυτά τα προβλήματα.

Η θεραπεία περιλαμβάνει επίσης γνωστική αναδόμηση σε ένα βαθμό, που έχει στόχο να βοηθήσει τους ασθενείς να μη μετατρέπουν τις αναπόφευκτες ματαιώσεις και προκλήσεις της ζωής σε καταστροφές, και με τον τρόπο αυτό να τους βοηθήσει να μειώνουν το επίπεδο του στρες που βιώνουν.

Περιλαμβάνει επίσης ορισμένα μη συμπεριφορικά στοιχεία, και ειδικότερα τη θέρμη, την ενσυναίσθηση και την αποδοχή εκ μέρους του θεραπευτή της συναισθηματικής και γνωστικής αναστάτωσης που βιώνει ο ασθενής, σε συνδυασμό με ρεαλιστικές, αλλά και αισιόδοξες προσδοκίες ότι η ζωή μπορεί να βελτιωθεί.

[17][21][58][62][63][64]

### **9) Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή**

Η θεραπεία, ανάλογα με τον Τύπο της διαταραχής, περιλαμβάνει αντιψυχωτική αγωγή με ταυτόχρονη χορήγηση ή όχι λιθίου ή συνδυασμό αντικαταθλιπτικών με αντιψυχωτικά και επίσης υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Μπορεί να χρειασθεί και

καρβαμαζεπίνη (μόνη ή σε συνδυασμό) αν δεν υπάρχει απάντηση στο λίθιο, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί και προφυλακτικά και για τους δύο Τύπους.

Νοσηλεία θα υπάρξει, εφόσον ο άρρωστος δεν μπορεί να ελεγχθεί εξωνοσοκομειακά. [61]

#### **4.4 Εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας**

Η εναλλακτική/συμπληρωματική ιατρική κερδίζει έδαφος μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές, ιδίως εκείνων που πάσχουν από άγχος και κατάθλιψη. Αυτοί οι ασθενείς χρησιμοποιούν περισσότερο την εναλλακτική ιατρική σε σχέση με άλλους. Κάποιες εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας ψυχιατρικών ασθενών θα παρουσιαστούν παρακάτω:

##### Ορθομοριακή ιατρική

Η ορθομοριακή ιατρική χρησιμοποιεί μεγάλες δόσεις φυσικών συστατικών όπως οι βιταμίνες, τα μεταλλικά άλατα, τα αμινοξέα, τα ζωτικά λιπαρά οξέα κ.λπ., που είναι τα ίδια από τα οποία αποτελείται ο ανθρώπινος οργανισμός. Αν γίνεται σωστά, είναι όχι μόνο ασφαλέστατη για τον οργανισμό αλλά, αντί να χαλά την υγεία, (όπως τα συμβατικά ψυχοφάρμακα) τη διορθώνει όλο και περισσότερο. Παράλληλα, αν γίνουν και κάποιες άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις που μας δίνει η εναλλακτική ιατρική, ο άνθρωπος γίνεται υγιής διότι κινητοποιούνται οι εγγενείς θεραπευτικοί μηχανισμοί του οργανισμού κι έτσι είναι δυνατόν ο ασθενής να γίνει πρώην ασθενής στην κυριολεξία όχι κατ' ευφημισμόν. Πρέπει να τονιστεί ότι δεν είναι μία ολοκληρωμένη θεραπεία κατά των ψυχικών ασθενιών και μέχρι στιγμής δεν μπορεί να λειτουργήσει μόνη της και για κανέναν λόγο δεν αντικαθιστά εξ' ολοκλήρου τις φαρμακευτικές θεραπείες.

## Βελονισμός

Ο βελονισμός θεωρείται μία ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος, η οποία σύμφωνα με την παραδοσιακή κινέζικη ιατρική εξισορροπεί και εναρμονίζει την ζωτική ενέργεια (qi) του σώματος. Η επιστημονική έρευνα έχει δείξει ότι ο βελονισμός αυξάνει τις ορμόνες του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως: ACTH, β-ενδορφίνες, σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη ενώ αυξάνει την αποβολή στα ούρα του MHPG-sulfate, ενός μεταβολικού παράγοντα που συνδέεται με τη σχιζοφρένεια. Ο βελονισμός έχει θετικά αποτελέσματα στο άγχος και την κατάθλιψη, αν και η έρευνα για αυτές τις διαταραχές δεν είναι ακόμα πλήρης. Από όσο γνωρίζουμε δεν έχουν εκπονηθεί ακόμα μελέτες για το βελονισμό και τη σχιζοφρένεια, ενώ για τη χρήση απαγορευμένων ουσιών υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα.

Το Εθνικό Ίδρυμα Υγείας των ΗΠΑ (NIH) και η Βρετανική Ιατρική Εταιρεία αναγνωρίζουν το βελονισμό σα μία αποτελεσματική θεραπεία για πολλές παθήσεις αν και από πολλούς γιατρούς ο βελονισμός και οι άλλες εναλλακτικές θεραπείες θεωρούνται «αινιγματικές». Παραμένει ακόμα αδιευκρίνιστος ο μηχανισμός, μέσω του οποίου, ο βελονισμός ασκεί τη βιολογική του δράση και επηρεάζει ευεργετικά τον πόνο και τις διάφορες παθήσεις. Η έρευνα έχει δείξει ότι η θεραπεία με το βελονισμό έχει τοπικά και συστηματικά αποτελέσματα, όπως η αύξηση των ενδορφινών και της ACTH. Στις ενδορφίνες πιθανώς οφείλεται η αναλγητική δράση του βελονισμού, ενώ στην ACTH – η οποία αυξάνει την κορτιζόνη – οφείλεται πιθανώς η αντιφλεγμονώδης δράση του. Ο βελονισμός αυξάνει επίσης την σύνθεση και την απελευθέρωση σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα και ενεργοποιεί το κατιόν σύστημα αναστολής του πόνου, ενώ απενεργοποιεί τις λιβιδιακές περιοχές που εξυπηρετούν τη μετάδοση του πόνου. Οι κλινικές μελέτες για την αποτελεσματικότητα του βελονισμού στις ψυχιατρικές παθήσεις είναι μεν πειστικές, αλλά δεν έχουν καταλήξει σε οριστικό συμπέρασμα.

[46][66]

## Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία συνίσταται στην πρόκληση μιας grand mal επιληπτικής προσβολής με ηλεκτρικό ρεύμα δια μέσου του εγκεφάλου. Κάθε θεραπευτι-

κή χορήγηση συνίσταται στην πρόκληση μιας τονικοκλονικής επιληπτικής κρίσης, ενώ ο ασθενής έχει πάρει αναισθησία και μια σειρά ηλεκτροσπασμοθεραπείας αποτελείται από αρκετές τέτοιες θεραπευτικές χορηγήσεις.

### Ενδείξεις

**Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια:** Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει σημαντικά πλεονεκτήματα στη θεραπεία της Μείζων Κατάθλιψης, καθώς 1) δίνει αποτελέσματα πολύ πιο γρήγορα από τα αντικαταθλιπτικά, 2) είναι ασφαλέστερη μέθοδος για εύθραυστα ηλικιωμένα άτομα, που έχουν ιστορικό καρδιακής νόσου και 3) πιθανόν είναι και περισσότερο αποτελεσματική απ' ό,τι τα αντικαταθλιπτικά σε κατάθλιψη που συνοδεύονται από μηδενιστικές, παρανοϊκές ή σωματικές παραληρητικές ιδέες ή από έντονη «κατατονική» μελαγχολία.

**Οξεία Μανία:** Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει δείξει ότι είναι εξίσου αποτελεσματική στη θεραπεία της οξείας μανίας και στη σοβαρή κατάθλιψη. Ειδικά σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακοθεραπεία και κινδυνεύουν να βλάψουν τον εαυτό τους ή να εξαντληθούν ολοκληρωτικά

**Σχιζοφρένεια:** Σε σχιζοφρενικούς ασθενείς, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν έχουν αποτύχει οι άλλες θεραπείες και μερικές φορές σε οξέα σχιζοφρενικά επεισόδια με συναισθηματικά ή κατατονικά συμπτώματα.

### Τρόπος δράσης

Όπως και με τις άλλες σωματικές θεραπείες στη ψυχιατρική, δε γνωρίζουμε το μηχανισμό με τον οποίο η ηλεκτροσπασμοθεραπεία επιφέρει τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Πάντως, οι έρευνες έχουν δείξει ότι επηρεάζει μία ποικιλία νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, συμπεριλαμβανομένων του GABA, της νορεπινεφρίνης, της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης και ότι επίσης επηρεάζει τα ενδογενή οπιοειδή. Πρόσφατα, ερευνάται και η επίδραση του ηλεκτροσόκ στην τοπική αιμάτωση του εγκεφάλου.

### Εφαρμογή

Αρχικά γινόταν ενώ ο ασθενής ήταν ξύπνιος και χωρίς προηγούμενη φαρμακευτική κάλυψη. Αυτό βέβαια προκαλούσε φόβο στους ασθενείς πριν την εφαρμογή της θεραπείας, καθώς και αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων και εξαρθρώσεων στη διάρκεια των σπασμών. Τώρα οι ηλεκτροσπασμοθεραπείες γίνονται αφού προηγουμένως δοθούν τρεις τύποι φαρμακευτικής αγωγής: 1) ατροπίνη για να δεσμεύσει τη διέγερση του πνευμονογαστρικού που προκαλείται από την ηλεκτροσπασμοθεραπεία και να ελαττωθούν έτσι οι εκκρίσεις, 2) γενική αναισθησία με ένα πολύ βραχείας δράσης βαρβιτουρικό (π.χ. νατριούχο μεθοεξιτάλη) για να ελαττωθεί το άγχος και η δυσανεξία του ασθενή και 3) αποπολωτικό μυοχαλαρωτικό (π.χ. σουκκινυλοχολίνη) για να αποτραπούν οι επιπλοκές των σπασμών.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρη ή ετερόπλευρη. Αυτό σημαίνει πως τα δύο δερματικά ηλεκτρόδια που δίνουν το ηλεκτρικό ερέθισμα για την πρόκληση της επιληπτικής κρίσης, τοποθετούνται είτε και στις δύο πλευρές των εγκεφαλικών ημισφαιρίων είτε μόνο στην πλευρά του ενός (συνήθως του μη επικρατούστος). Αν και υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η ετερόπλευρη ηλεκτροσπασμοθεραπεία προκαλεί λιγότερες διαταραχές στη μνήμη απ' ότι η αμφοτερόπλευρη, η ετερόπλευρη μπορεί να μην είναι τόσο αποτελεσματική όσο η αμφοτερόπλευρη.

Αφού, ο ασθενής έχει πάρει γενική αναισθησία, το ηλεκτρικό ερέθισμα που εφαρμόζεται, είναι συνήθως 70-110 Volts για 0,1 μέχρι 0,5 sec σε 200 μέχρι 1600 ma (milliamperes). Η τονική φάση της επιληπτικής κρίσης αρχίζει αμέσως, διαρκεί 10 sec και ακολουθείται από την κλονική, που διαρκεί άλλα 20 ως 50 sec. Η αναπνοή επανέρχεται στο φυσιολογικό μέσα σε 1 ως 2 min και ο ασθενής σταδιακά αναλαμβάνει από το κόμα που προκαλεί η επιληπτική κρίση. Στη διάρκεια της θεραπείας ο αναισθησιολόγος χορηγεί οξυγόνο στον ασθενή για την πρόληψη εγκεφαλικής ανοξίας.

Ο αριθμός των ηλεκτροσόκ που απαιτούνται για κάθε ασθενή υπολογίζεται ατομικά και σύμφωνα με τη θεραπευτική απάντηση. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συνήθως χρειάζονται 6 με 12 ηλεκτροσόκ. Ύστερα από την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, οι ασθενείς πρέπει να συνεχίσουν με θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά ή λίθιο.

#### Ανεπιθύμητες ενέργειες (Παρενέργειες)

#### **Περισσότερο συνηθισμένες**

- Απώλεια μνήμης
- Πονοκέφαλοι
- Μυϊκοί πόνοι

#### **Λιγότερο συνηθισμένες**

- Αύξηση του σωματικού βάρους
- Αμηνόρροια
- Αύξηση της διαπερατότητας του αιματοεγκεφαλικού φραγμού
- Συστηματική υπέρταση
- Άπνοια
- Καρδιακές αρρυθμίες

[29][65][67]

#### Ερεθισμός του Πνευμονογαστρικού Νεύρου – Vagus Nerve Stimulation (VNS)

Η συσκευή του Ερεθισμού του Πνευμονογαστρικού Νεύρου (VNS) εγκρίθηκε από το FDA (ο ΕΟΦ των ΗΠΑ) για θεραπεία ενήλικων ασθενών με μακροχρόνια ή υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη. Μερικοί από αυτούς τους ασθενείς λαμβάνουν 7 έως 10 φάρμακα ταυτόχρονα και συνεχίζουν να υποφέρουν με κατάθλιψη.

Μία μικρή συσκευή εμφυτεύεται μπροστά από τη μασχάλη και υποδόρια φτάνει στο πνευμονογαστρικό νεύρο στο λαιμό. Η συσκευή εκπέμπει ηλεκτρικούς παλμούς που διεγείρουν τον εγκέφαλο. [72]

#### Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός (ΔΜΕ) – Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)

Ενώ στην περίπτωση της ΗΣΘ χρησιμοποιείται ηλεκτρικό ρεύμα που προκαλεί επιληπτικό σπασμό, με τη μέθοδο ΔΜΕ ένα μαγνητικό πεδίο δημιουργεί μικρότερη ποσότητα ρεύματος στοχευμένα σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου χωρίς ταυτόχρονα να προκαλεί απώλεια της συνείδησης.



Η θεραπεία πραγματοποιείται τοποθετώντας έναν ηλεκτρομαγνήτη στο κρανίο πάνω από την κροταφική περιοχή είτε στη δεξιά είτε στην αριστερή πλευρά του κεφαλιού. Ένα παλμικό μαγνητικό πεδίο δημιουργείται με τη διοχέτευση ρεύματος μέσω πηνίου διπλής κατεύθυνσης. Αυτό προκαλεί τοπικό ηλεκτρικό ρεύμα στον εγκέφαλο κάτω από το πηνίο, το οποίο ενεργοποιεί τα εγκεφαλικά κύτταρα.

Η μέθοδος ΔΜΕ χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της μέτριας σε βαρύτητα κατάθλιψης και μάλιστα έχει καλύτερα αποτελέσματα σε ασθενείς των οποίων η κατάσταση δεν είχε βελτιωθεί μετά από περισσότερες από δύο θεραπείες με αντικαταθλιπτικά. Επίσης, σε αντίθεση με τη μέθοδο ΗΣΘ, στη μέθοδο ΔΜΕ, ο ασθενής δεν υποβάλλεται σε αναισθησία.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε TMS πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία τέσσερις ή πέντε φορές σε εβδομαδιαία βάση και για τέσσερις εβδομάδες.

Η μέθοδος είναι τόσο νέα που δεν μπορούμε να πούμε τίποτα σίγουρο για την αποτελεσματικότητά της. [71]

### Ψυχοχειρουργική

Η ψυχοχειρουργική είναι η νευρο – χειρουργική επέμβαση που έχει ως σκοπό την αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών (της συμπεριφοράς, της σκέψης ή της συναισθηματικής διάθεσης) για τις οποίες δεν ανευρίσκεται «οργανικό» αίτιο. Παλιότερα συνίσταται στη διατομή της λευκής ουσίας – των συνδετικών ιστών – των μετωπιαίων λοβών (μετωπιαία ή προμετωπιαία λοβοτομή) είτε με κρανιοανάτρηση είτε με διακογχική προσπέλαση.

### Ανεπιθύμητες ενέργειες (Παρενέργειες)

- Επιληπτικές κρίσεις
- Ριζική μεταβολή της προσωπικότητας (αστάθεια, έλλειψη αναστολών κτλ)
- Διανοητική έκπτωση

Μετά τη δεκαετία του '50 η ψυχοχειρουργική αναφέρεται πια να εφαρμόζεται μόνο στην Ευρώπη, με νέες όμως στερεοτακτικές τεχνικές, που παρεμβαίνουν στο λιμπικό σύστημα – αμυγδαλοειδείς πυρήνες, τοξοειδής δεσμίδα – και έχουν ελάχιστες παρενέργειες. Οπωσδήποτε, οι προτεινόμενες σημερινές ενδείξεις της ψυχοχειρουργικής

γικής – κυρίως βαριά κατάθλιψη και βαριά ψυχαναγκαστική καταναγκαστική, αγχώδης ή φοβική διαταραχή – μπορούν να συζητηθούν μόνον όταν σίγουρα έχουν αποτύχει όλες οι άλλες θεραπείες. [65]

### Ναρκοθεραπεία

Η ναρκοθεραπεία χρησιμοποιείται σήμερα μόνο ως επιπρόσθετη βοήθεια στην ψυχοθεραπεία και όπου με ενδοφλέβια χορήγηση αμυτάλης ή πεντοθάλης ο ασθενής επικοινωνεί πιο ελεύθερα, δηλαδή υπερπηδά τις αντιστάσεις του. [67]

### Μουσικοθεραπεία

Η μουσικοθεραπεία είναι μια σχετικά καινούργια θεραπεία για τα ελληνικά δεδομένα, σε αντίθεση με την Αμερική, τη Μεγάλη Βρετανία και άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπου η μουσικοθεραπεία εφαρμόζεται εδώ και 60 χρόνια. Η μουσικοθεραπεία μπορεί να προσφέρει έναν εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας και έκφρασης στους ανθρώπους εκείνους που η λεκτική επικοινωνία είναι ανεπαρκής ή αδύνατη ως μέσο έκφρασης.

Η μουσικοθεραπεία είναι μία ειδικότητα με καθαρά θεραπευτικό χαρακτήρα. Δεν επιδιώκει ούτε τη ψυχαγωγία αλλά ούτε και τη μουσική εκπαίδευση. Ο θεραπευτής δεν διδάσκει μουσική, ούτε παροτρύνει το θεραπευόμενο να παίξει με συγκεκριμένο τρόπο. Οι μουσικοθεραπευτές στο εξωτερικό εργάζονται σε νοσοκομεία παιδιών και ενηλίκων, σε σχολεία για άτομα με ειδικές ανάγκες και αναπτυξιακές διαταραχές, σε κέντρα ημέρας για ενήλικες με συναισθηματικές δυσκολίες και ψυχικές ασθένειες και σε ψυχιατρεία.

Οι θεραπευτικοί στόχοι στη μουσικοθεραπεία διαμορφώνονται σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου, ενθαρρύνοντας θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του.

Η μουσικοθεραπεία ξεκίνησε βασιζόμενη στο αξίωμα ότι η ικανότητα του να ανταποκρινόμαστε στη μουσική είναι μία έμφυτη ανθρώπινη ποιότητα, η οποία δεν αλλοιώνεται μέσα από την αρρώστια ή την αναπηρία. Η μουσική αποτελείται από διάφορα στοιχεία όπως ο ρυθμός, η μελωδία, η αρμονία, ο παλμός, η ένταση κτλ, στοιχεία τα οποία έχει διαπιστωθεί ότι σχετίζονται άμεσα με την ίδια μας την ανθρώπινη οντότητα. Για παράδειγμα, η ένταση, ο παλμός και ο ρυθμός βρίσκονται στους

χτύπους της καρδιάς μας, στην αναπνοή μας, στις κινήσεις μας. Όταν γελάμε, κλαίμε, φωνάζουμε ή όταν τραγουδάμε δημιουργούμε μελωδίες που έχουν ένταση, ρυθμό και συγκεκριμένη διάρκεια. Όλες λοιπόν αυτές οι οικείες συνδέσεις με τη μουσική παραμένουν αμετάβλητες σε κάθε άνθρωπο ασχέτως της οποιασδήποτε ασθένειας ή αναπηρίας και δεν εξαρτώνται από το αν κάποιος έχει μουσική παιδεία ή γνώσεις.

Συνεπώς η θεραπεία αυτή απευθύνεται σε μία μεγάλη γκάμα ατόμων, από παιδιά μικρής ηλικίας μέχρι ηλικιωμένους, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα παθήσεων.

[69][70]

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>

### **5.1 Οι επαγγελματίες που εμπλέκονται στην πρόληψη, στη διαχείριση και στη θεραπεία των ψυχολογικών προβλημάτων**

#### Κλινικοί Ψυχολόγοι

Οι κλινικοί ψυχολόγοι στοχεύουν στη μείωση της ψυχολογικής έντασης και την προώθηση και προαγωγή της ψυχολογικής ευεξίας. Εργάζονται με ανθρώπους που έχουν ψυχικά ή σωματικά προβλήματα υγείας, όπως άγχος και κατάθλιψη, σοβαρές ψυχικές ασθένειες, σωματικές ασθένειες, νευρολογικές διαταραχές, συμπεριφορές εθισμού, διαταραχές παιδικής συμπεριφοράς, δυσκολίες σε προσωπικές και οικογενειακές σχέσεις. Εργάζονται επίσης με ανθρώπους καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και μερικές φορές ειδικεύονται σε τομείς, όπως οι μαθησιακές δυσκολίες.

## Ψυχολόγοι Υγείας

Οι ψυχολόγοι υγείας εφαρμόζουν τη ψυχολογική έρευνα και τις ψυχολογικές μεθόδους για την αντιμετώπιση και διαχείριση της ασθένειας, την προώθηση και διατήρηση της υγείας, την αναγνώριση των ψυχολογικών γεγονότων που συμβάλλουν στη σωματική ασθένεια και την διασφάλιση της υγείας. Μελετούν γιατί και πότε ψάχνουν οι άνθρωποι για επαγγελματικές συμβουλές για την υγεία τους, γιατί παίρνουν προληπτικά μέτρα, πως συνεργάζονται οι ασθενείς με τους επαγγελματίες, πως αντιδρούν οι ασθενείς στην αρρώστια και τη σύνδεση μεταξύ αντίληψης, υγιούς συμπεριφοράς και σωματικής λειτουργίας.

## Σύμβουλοι Ψυχολόγοι

Οι σύμβουλοι ψυχολόγοι εφαρμόζουν τη ψυχολογία συνεργαζόμενοι με τους ανθρώπους για την επίλυση των προβλημάτων τους. Τους βοηθούν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ζωής, όπως το πένθος, τις σχέσεις του παρελθόντος και του παρόντος και τα ψυχικά προβλήματα υγείας, όπως η κατάθλιψη. Δέχονται πως οι υποκειμενικές εμπειρίες είναι έγκυρες για κάθε άτομο, διερευνούν τα υποκείμενα θέματα και εμπνυχώνουν τους ανθρώπους να αλλάξουν. Υιοθετούν μια ολιστική στάση, εξετάζοντας τα διάφορα θέματα, μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο αυτών που τα προκαλούν.

**Οι ρόλοι των ψυχολόγων επικαλύπτονται από τους ρόλους των άλλων επαγγελματιών φροντίδας, που έχουν κοινούς στόχους.**

## Σύμβουλος

Παρόμοιος με τον ψυχολόγο, μόνο που καθένας μπορεί να θεωρεί τον εαυτό του ως σύμβουλο. Τα μαθήματα εκπαίδευσης ξεκινούν από μερικές μέρες και καταλήγουν σε αρκετά χρόνια. Υπάρχει μια μικρής διάρκειας εκπαίδευση, η οποία προσφέρει ένα πιστοποιητικό παρακολούθησης, μια εκπαίδευση μεγαλύτερης διάρκειας που προσφέρει ένα πτυχίο ή δίπλωμα (παρόλο που δεν είναι αναγνωρισμένο) και μεταπτυχιακά προγράμματα, που περιλαμβάνουν και μια περίοδο εκπαίδευσης υπό επίβλεψη. Μερικά προγράμματα εκπαίδευσης προσφέρουν κάποιες επιλεκτικές ψυχο-

λογικές προσεγγίσεις, παρόλο που τα περισσότερα ακολουθούν έναν συγκεκριμένο ψυχολογικό τύπο, όπως του Ρότζερ ή της ψυχοδυναμικής.

### Ψυχαναλυτής

Είναι κάποιος που έχει εκπαιδευτεί στη ψυχανάλυση, κάτω από την εποπτεία ενός επαγγελματία ψυχαναλυτή. Όλοι οι αναλυτές υποβάλλονται και οι ίδιοι σε ψυχανάλυση, γιατί είναι μέρος της εκπαίδευσης.

### Ψυχοδυναμικός ψυχοθεραπευτής

Είναι θεραπευτής που έχει εκπαιδευτεί εντατικά με προσωπική ανάλυση και υπό εποπτεία πρακτική, και βασίζει τις προσεγγίσεις του στο ψυχοδυναμικό τύπο.

### Ψυχίατρος

Είναι γιατρός που έχει ειδικευτεί στη διάγνωση και στη θεραπεία των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Χρησιμοποιεί διάφορες ψυχολογικές θεραπείες, αλλά συνήθως χορηγεί φάρμακα, τα οποία είναι ο μόνος που μπορεί να συνταγογραφήσει. Μερικές φορές παρεμβαίνει σωματικά, όπως με την ηλεκτροσπασμοθεραπεία/ηλεκτροσόκ. Είναι υπεύθυνος για τα ψυχιατρικά κρεβάτια στα νοσοκομεία και έχει τα δικαιώματα να κάνει την εισαγωγή των ατόμων στα νοσοκομεία, εθελοντικά ή υποχρεωτικά. Συνήθως αναλαμβάνει το ρόλο της κλινικής επίβλεψης σε μια διεπαγγελματική ομάδα, που αποτελείται από ψυχολόγους, νοσηλευτές ψυχικής υγείας και κοινωνικούς λειτουργούς.

### Γνωστικό – συμπεριφορικός θεραπευτής

Είναι εξειδικευμένος επαγγελματίας υγείας και κοινωνικής φροντίδας, όπως ένας νοσηλευτής ψυχικής υγείας, που είναι πτυχιούχος ή έχει μεταπτυχιακή εξειδικε-

υμένη εκπαίδευση στην CBT, για τη θεραπεία διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη, η ψύχωση ή οι ψυχαναγκαστικές διαταραχές.

[3][30]

## 5.2 Ο ρόλος του Νοσηλευτή

Οι περισσότεροι άνθρωποι αν ερωτηθούν να καθορίσουν το ρόλο του νοσηλευτή, θα απαντήσουν «περιποιείται τους ασθενείς», «φροντίζει τους ασθενείς» ή κάτι παρόμοιο. Οι ορισμοί είναι σωστοί αλλά έχουν την τάση να τονίζουν τον παθητικό ρόλο του ασθενούς. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται σαν κάποιος που δέχεται φροντίδα, περιποίηση και θεραπεία χωρίς καμία προσπάθεια από μέρους του. Το μόνο που κάνει είναι να ακολουθεί τις οδηγίες χωρίς να τις συζητά. Η βασική θέση για το ρόλο των νοσηλευτών έχει σχέση με το σκοπό της νοσηλευτικής δραστηριότητας.

Μολονότι το επίκεντρο στη νοσηλευτική φροντίδα ποικίλει, φαίνεται να υπάρχει μια ευρύτερη συναίνεση στο ότι ο βασικός σκοπός αφορά την ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου. Η ανάπτυξη αυτή έχει σχέση με τη σωματική, τη συναισθηματική, τη διανοητική και την κοινωνική εξέλιξη των νεαρών ατόμων. Οι νοσηλευτές πιστεύουν πως ο σκοπός της δράσης τους σε αυτούς τους τομείς είναι η ενίσχυση της υγιούς ανάπτυξης. Σχετικά με το έργο μιας μονάδας νοσηλευτικής θεραπείας, οι νοσηλευτές έρχονται σε συνεργασία με τους άλλους ειδικούς.

Η σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική δίνει έμφαση στην ιδέα ότι ο ασθενής παίζει έναν ενεργό ρόλο στη θεραπεία που μπορεί πραγματικά να καθυστερήσει, αν ο νοσηλευτής αυξήσει το βαθμό εξάρτησης του ασθενούς. Προκειμένου ένας νοσηλευτής να μπορέσει να ανταποκριθεί στη σύγχρονη αντίληψη της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, πρέπει να έχει προσόντα τα οποία να βασίζονται σε μια σωστή θεωρητική γνώση, αν θέλουμε να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιηθούν με πλήρη επιτυχία.

Οι τομείς, στους οποίους θα φανούν τα προσόντα των νοσηλευτών είναι:

- 1) Η παρατήρηση
- 2) Ο τρόπος νοσηλείας
- 3) Η ψυχοθεραπεία
- 4) Η φροντίδα και η προστασία του ασθενούς

Ένας από τους λόγους που επιβάλλουν την εισαγωγή των ασθενών στις ψυχιατρικές κλινικές είναι η παρατήρηση. Ο νοσηλευτής, ο οποίος είναι κοντά τους τον περισσότερο χρόνο είναι ο πιο κατάλληλος για αυτό το έργο. Βέβαια για να πράξει σωστά θα πρέπει να καταλάβει το λόγο της παρατήρησης, να ξέρει τι να προσέξει, να το αναγνωρίζει και να είναι σε θέση να καταγράψει τις παρατηρήσεις του με ακρίβεια και επιστημονικότητα.

Η αξία του νοσηλευτή ως παρατηρητή, εξαρτάται τόσο από την εκπαίδευσή του, όσο και από την έμφυτη ικανότητά του. Γιατί με την εκπαίδευσή του θα φτάσει στο σημείο να αναγνωρίζει τις ανεπαίσθητες αλλαγές συμπεριφοράς, που δείχνουν ιδιαίτερες ψυχικές καταστάσεις. Ο νοσηλευτής θα κάνει πιο ακριβείς και πιο πολύτιμες παρατηρήσεις, αν έχει ικανοποιητικές θεωρητικές γνώσεις, αλλά και αν διατηρεί τη διάνοιά του ανεπηρέαστη σχετικά με τη διάγνωση του ασθενούς.

Διαφορετικά θα έχει ασυναίσθητα την τάση να τονίσει τις ενδείξεις που ταιριάζουν με τη γνώμη που είχε προσχηματίσει, ενώ θα παραβλέπει τελείως εκείνες που δεν ταιριάζουν. Κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας του, ο νοσηλευτής πρέπει να εκτελέσει ορισμένες διεργασίες που έχουν σχέση με τη φροντίδα του ασθενούς. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να θυμάται πως μια τεχνική, που είναι συνηθισμένη γι' αυτόν, μπορεί να είναι μια μοναδική και ανησυχητική εμπειρία για τον ασθενή.

Το πρώτο και κύριο βήμα του νοσηλευτή είναι να διευκρινίσει στον ασθενή το λόγο για τον οποίο γίνεται αυτή η εργασία και τον τρόπο που θα γίνει. Ο ασθενής, που καταλαβαίνει τι θα γίνει και γιατί, έχει περισσότερες πιθανότητες να συνεργασθεί. Η εξήγηση φυσικά πρέπει να ταιριάζει στην προσωπικότητα του ασθενούς.

Στις μέρες μας, χάρη στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι άνθρωποι γνωρίζουν αρκετά πράγματα για την ιατρική και με μία καλή επικοινωνία μπορεί να κατανοήσει αρκετά καλά αυτά που θέλει να του εξηγήσει ο νοσηλευτής. Επιπλέον, ο σωστός νοσηλευτής πρέπει να είναι ειλικρινής. Πολλές τεχνικές είναι οδυνηρές για τον ασθενή. Γι' αυτό πρέπει ο νοσηλευτής, να ειδοποιήσει τον ασθενή, όταν φτάσει στη φάση που ίσως πονέσει και να υποσχεθεί ότι θα προσπαθήσει να τον κάνει να πονέσει όσο το δυνατόν λιγότερο. Είναι ευθύνη του νοσηλευτή να επιδείξει τη δεξιότητά που χρειάζεται για να κρατήσει το λόγο που έδωσε. Για να έχει καλή αποδοτικότητα ο νοσηλευτής πρέπει να καταλάβει το σκοπό του τρόπου ενέργειας και το λόγο που γίνεται το κάθε βήμα. Η κατάλληλη εκμετάλλευση αυτής της ευκαιρίας από το νοσηλευτή



μπορεί να έχει θεραπευτική αξία, ενώ, το αντίθετο μπορεί να απομακρύνει για πάντα τον ασθενή από αυτό.

Ο επόμενος τομέας που δείχνει ο νοσηλευτής τα προσόντα του είναι η ψυχοθεραπεία. Ο κάθε άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη μίας στενής και ικανοποιητικής σχέσης με έναν άλλον άνθρωπο. Όμως ορισμένα άτομα, λόγω των εμπειριών τους από την πρώτη περίοδο της ζωής τους, δυσκολεύονται πολύ ή αδυνατούν να δημιουργήσουν τέτοιες σχέσεις. Αλλά χωρίς αυτές τις σχέσεις είναι δύσκολο να εξακολουθούν να δρουν με ένα φυσιολογικό τρόπο μέσα στην κοινωνία, με αποτέλεσμα αυτά τα άτομα να μην μπορούν να φύγουν από το νοσοκομείο ή όταν φύγουν να παθαίνουν νευρικό κλονισμό και να ξαναγυρίζουν πίσω. Για να μάθει ο ασθενής πώς να δημιουργήσει τέτοιες σχέσεις, πρέπει να τους δοθεί η ευκαιρία για αυτή την εμπειρία και να ενθαρρυνθεί σε αυτό. Αυτός είναι ο θεραπευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Ορισμένοι το καταφέρνουν καλά και άλλοι πολύ άσχημα. Όλοι μπορούν να γίνουν καλύτεροι εάν μάθουν τη φύση των ενστικτωδών τους πράξεών τους, ώστε να αναπτύξουν αυτές που είναι χρήσιμες και να αποφύγουν τις άλλες.

Επίσης για τη φροντίδα και την προστασία των ασθενών είναι υπεύθυνο το νοσηλευτικό προσωπικό. Αν και ο κηδεμονευτικός ρόλος του νοσηλευτή ελαττώνεται, υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις, όπου οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στο νοσοκομείο παρά τη θέλησή τους για τη προσωπική τους ασφάλεια αλλά και την ασφάλεια της κοινωνίας.

Οι νοσηλευτές είναι συνήθως προετοιμασμένοι να πάρουν τα μέτρα που απαιτούνται, σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν ακολουθούν την τυπική οδό εισαγωγής στην κλινική. Αν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο ασθενής μπορεί να βλάψει τον εαυτό του ή κάποιον άλλο, είναι υποχρεωμένος να τον κρατήσει μέχρι να τον δει ο γιατρός που τον παρακολουθεί. Πολλές φορές αρκεί ο νοσηλευτής να του πει με ευγένεια να περιμένει τον γιατρό του. Αν ο νοσηλευτής αφήσει τέτοιους ασθενείς να φύγουν, χωρίς να τους εμποδίσει, παραβαίνει το καθήκον του.

Τέλος, με λιγότερο δραματικούς τρόπους ο νοσηλευτής έχει επίσης να φροντίσει τους ασθενείς, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους. Και ενώ πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να ενθαρρύνεται ο ασθενής να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του, πολλές φορές χρειάζεται ειδική βοήθεια. [33][50][65][67]

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>**

## Ορισμοί

1. **Αυτοκτονία:** Η λέξη suicide (αυτοκτονία) προέρχεται από τα Λατινικά και σημαίνει «δολοφονία του εαυτού». Αυτοπροκαλούμενος θάνατος με στοιχεία (είτε έκδηλα, είτε άδηλα) ότι το άτομο έχει σκοπό να πεθάνει. Αν είναι επιτυχημένη, αποτελεί μια θανατηφόρα πράξη που εκπληρώνει την επιθυμία του ασθενούς να πεθάνει.
2. **Απόπειρα αυτοκτονίας:** Αυτοτραυματιστική συμπεριφορά, με μη θανατηφόρα έκβαση, που συνοδεύεται από στοιχεία (είτε έκδηλα είτε άδηλα) ότι το άτομο είχε σκοπό να πεθάνει.
3. **Ματαιωμένη απόπειρα αυτοκτονίας:** Δυνητικά αυτοτραυματιστική συμπεριφορά με στοιχεία (είτε έκδηλα, είτε άδηλα) ότι το άτομο σκόπευε να πεθάνει, αλλά σταμάτησε την απόπειρα προτού προκληθεί βλάβη.
4. **Παρα – αυτοκτονικοί:** Ασθενείς που τραυματίζουν τον εαυτό τους με αυτο – ακρωτηριασμό (π.χ. κόψιμο του δέρματος) αλλά συνήθως δεν επιθυμούν να πεθάνουν.
5. **Αυτοκτονικός ιδεασμός:** Σκέψεις επιθυμίας θανάτου, μπορεί να ποικίλλει σε σοβαρότητα, ανάλογα με την ειδικότητα των αυτοκτονικών σχεδίων και το βαθμό της αυτοκτονικής πρόθεσης.

6. **Αυτοκτονική πρόθεση:** Υποκειμενική προσδοκία και επιθυμία κάποιου να θέσει τέρμα στη ζωή του.
7. **Επικινδυνότητα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς:** Αντικειμενικός κίνδυνος για τη ζωή, που σχετίζεται με τη μέθοδο ή τον τρόπο αυτοκτονίας (π.χ. η πτώση από ύψος είναι εξαιρετικά θανατηφόρα, ενώ το κόψιμο του καρπού είναι λιγότερο θανατηφόρα).
8. **Αυτόχειρας:** Ασθενείς που βάζουν οι ίδιοι τέλος στη ζωή τους, αυτοί που επιθυμούν να πεθάνουν.
9. **Ψυχική υγεία:** Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Ψυχικής Υγείας πρόκειται για μία «κατάσταση ευεξίας» κατά την οποία το άτομο ανταποκρίνεται στις δυνατότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα αναμενόμενα άγχη της ζωής, εργάζεται παραγωγικά και γόνιμα και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του. Αντίθετα, η κακή ψυχική υγεία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως η ένταση, το άγχος αλλά και σοβαρότερες καταστάσεις και διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη και η μειωμένη λειτουργικότητα.
10. **Ψυχική νόσος:** Ορίζεται ως η αδυναμία ενός ατόμου να αντιληφθεί τον εαυτό του με τον τρόπο που τον αντιλαμβάνονται οι άλλοι, και να προσαρμοστεί στους κανόνες του πολιτισμικού και κοινωνικού πλαισίου στο οποίο ζει.
11. **Ψυχική διαταραχή:** Σύμφωνα με το DSM – IV – TR, ψυχική διαταραχή είναι η κατάσταση του ατόμου που χαρακτηρίζεται από ψυχολογικές ή συμπεριφορικές εκδηλώσεις, οι οποίες συνοδεύονται από έντονη δυσφορία αλλά και έκπτωση της λειτουργικότητάς του. Η κατάσταση αυτή προσδιορίζεται ως απόκλιση από κάποια ιδεατή φυσιολογική κατάσταση. Η αναγνώριση κάποιας συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής προκύπτει από την ύπαρξη κάποιων ιδιαίτερων και χαρακτηριστικών σημείων και συμπτωμάτων που προκαλούν δυσφορία στο άτομο και επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά και τις σχέσεις του με το περιβάλλον.
12. **Ψυχωσικές διαταραχές:** Είναι οι διαταραχές που χαρακτηρίζονται από την απώλεια του ελέγχου της πραγματικότητας, με «παραγωγικά» συμπτώματα ( παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις). Συνήθως το άτομο δεν έχει επίγνωση της κατάστασής του (έλλειψη εναισθησίας), ενώ παρατηρείται και σοβαρή διαταραχή της ατομικής και κοινωνικής λειτουργικότητας.
13. **Νευρωσικές διαταραχές:** Είναι διαταραχές που χαρακτηρίζονται από διατήρηση του ελέγχου της πραγματικότητας. Στα συμπτώματα που εμφανίζει το

- άτομο περιλαμβάνονται φοβίες, ψυχαναγκασμοί, ιδεοληψίες, ενώ κυρίαρχο είναι το άγχος. Τα συμπτώματα εκλαμβάνονται από τον πάσχοντα ως παρείσακτα – δυστονικά προς το Εγώ του και υπάρχει επίγνωση του νοσηρού.
14. **Οργανικές διαταραχές:** Πρόκειται για νόσους που οφείλονται σε συγκεκριμένο παράγοντα, ο οποίος προκαλεί στον εγκέφαλο αλλοιώσεις δομικού τύπου. Συνήθως συνοδεύονται από delirium, γνωστικά ελλείματα ή άνοια.
  15. **Ψυχιατρικό επειγόν:** Επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση μπορεί να θεωρηθεί κάθε μεταβολή στη συμπεριφορά και στο συναίσθημα ή στη σκέψη που, αν δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να έχει δυσάρεστες επιπτώσεις είτε στον ίδιο τον ασθενή (στη ζωή του, τη σωματική του ακεραιότητα ή την πρόγνωση της νόσου του) είτε στο περιβάλλον του. Η μεταβολή αυτή μπορεί να είναι ένα μεμονωμένο επεισόδιο με ψυχιατρική συμπτωματολογία στη ζωή του ασθενούς ή να συμβαίνει σποραδικά για διάφορους λόγους, χωρίς να οφείλεται σε ψυχιατρική διαταραχή. Είναι όμως δυνατόν η μεταβολή αυτή να είναι δηλωτική έναρξης ή έξαρση μιας διαγνωστικής ψυχιατρικής διαταραχής.
  16. **Νοσηλευτική ψυχικής υγείας:** Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Νοσηλευτών (American Nurses Association, ANA) είναι ένας ειδικός τομέας της Νοσηλευτικής που δίνει έμφαση στις θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς και της επιστημονικής τους εξήγησης, καθώς και στη θεραπευτική χρήση του εαυτού ως τέχνη (συγκερασμός επιστήμης και τέχνης). Επίσης θεωρείται ένας εξειδικευμένος κλάδος της Νοσηλευτικής, ο οποίος είναι αφιερωμένος στην προαγωγή της ψυχικής υγείας μέσα από την πρόληψη, την αξιολόγηση, τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας.
  17. **Νοσηλευτής ψυχικής υγείας:** Σύμφωνα με τη North American Nursing Diagnoses Association, Νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι αυτός που χρησιμοποιεί τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και κατηγοριοποιήσεις των ψυχικών διαταραχών για να διαμορφώσει την κλινική του εκτίμηση, βάσει της οποίας προβαίνει στον σχεδιασμό ενός προγράμματος παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να είναι βιολογικές (φαρμακοθεραπεία, ηλεκτροσπασμοθεραπεία), ψυχοθεραπευτικές (αγωγή υγείας, milieu therapy), κοινωνικές (δραστηριότητες καθημερινής ζωής, επίλυση προβλημάτων) ή συνδυασμός τους.

[4][5][6][7][35]

## **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

### **1<sup>ο</sup> Ψυχιατρικό περιστατικό**

Η Ε.Φ., ηλικίας 56 ετών, εργαζόμενη σε ίδρυμα παιδιών με ειδικές ανάγκες, διαζευγμένη, με ένα παιδί (αγόρι) ηλικίας 36 ετών. Κατοικεί με τους γονείς της, ηλικίας 90 και 86 ετών στη Νέα Σμύρνη. Ο γιος της, άγαμος, μένει μόνος του σε μια γκαρσονιέρα λίγα τετράγωνα μακριά από το σπίτι της μητέρας του.

Εισήλθε στο νοσοκομείο «Αιγινήτειο», στις **25/08/2015**, λόγω φαρμακευτικής απόπειρας αυτοκτονίας, με λήψη 10 tbs Xanax (1mg), 3 ώρες προ της προσέλευσής της.

### Απόπειρες Αυτοκτονίας

Έχει επιχειρήσει 5 απόπειρες αυτοκτονίας στο παρελθόν σε διάστημα 3 ετών (2007-2010). Η παρούσα απόπειρα αιτιολογήθηκε ως συναισθηματική φόρτιση μετά από σοβαρή αντιπαράθεση με τον γιο της εξαιτίας στερητικού συνδρόμου του ίδιου.

### Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο

Έγινε πλύση στομάχου μέσω ρινογαστρικού σωλήνα και χορηγήθηκε ενεργός άνθρακας.

Προηγούμενη διάγνωση από ψυχιάτρους: Καταθλιπτική Ψύχωση

### Θεραπευτική αγωγή που ακολουθεί

- Xanax 1mg 1x1
- Cipralex 20 mg 1x1
- Lyrica 75 mg 2x1

### Συμπτώματα μετά την εισαγωγή

- Απόπειρα αυτοκτονίας με λήψη φαρμάκων per os
- Καταθλιπτική διάθεση
- Ανηδονία
- Μειωμένη ενεργητικότητα
- Άγχος
- Διαταραχή ύπνου, κόπωση και εξάντληση

Εξετάσεις: Καρδιογράφημα, αιματολογικός έλεγχος, βιοχημικός έλεγχος, MRI εγκεφάλου

### Ατομικό & Οικογενειακό Ιστορικό

Η Ε.Φ. έζησε και μεγάλωσε με τους γονείς της μέχρι την ηλικία των 6 ετών, κατά την οποία, οι γονείς της εξορίστηκαν μέχρι τα 12 της. Στην περίοδο αυτή, μεγάλωσε με συγγενικά πρόσωπα εκδηλώνοντας φοβίες, ανασφάλειες και αίσθημα μοναχικότητας. Μετά την επιστροφή των γονέων της, η ασθενής επισκέφτηκε ψυχίατρο, η οποία δήλωσε στους γονείς ότι θα μεγάλωναν ένα παιδί κακομαθημένο ή τρελό. Έτσι, οι γονείς αποφάσισαν να παρέχουν στην ασθενή ότι καλύτερο μπορούσαν χωρίς ενδοιασμούς. Σαν συνέπεια είχε την αύξηση των φοβιών της.

Οι σεξουαλικές σχέσεις της καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της παρουσιάζονται προβληματικές. Παντρεύτηκε στην ηλικία των 19 ετών, λόγω ανασφάλειας και φόβου μη μείνει μόνη της. Έκανε τον γιο της σε ηλικία 20 ετών και χώρισε με το σύζυγό της στην ηλικία των 30 ετών.

Ο γιος της, ηλικίας 36 ετών, κάνει χρήση ουσιών (ηρωίνη iv) από την ηλικία των 18 ετών. Έχει τελειώσει δημοσιογραφία αλλά παραμένει άνεργος. Η ασθενής προσπάθησε να τον βοηθήσει πηγαίνοντας τον σε διάφορα κέντρα απεξάρτησης και σε κέντρα ψυχικής υγείας χωρίς κάποια βελτίωση.

Η ασθενής στην ηλικία των 50 ετών έκανε χρήση ηρωΐνης για περίπου 3 χρόνια, αιτιολογώντας το ως ενσυναίσθηση προς το γιο της. Επίσης έκανε χρήση νικοτινής (2 πακέτα ημερησίως), το οποίο διέκοψε στα 30 της. Έναρξη ξανά του τσιγάρου, μετά από την υστερεκτομή που υποβλήθηκε λόγω μητρορραγίας στις 27/03/2015.

Θεραπευτική Αντιμετώπιση που έλαβε μέσα στο νοσοκομείο

- Cipralax 20mg 1x1
- Xanax 1mg 1x1
- Lexotanil 1.5 mg 1x1 (B)
- Lyrica 75 mg 2x1



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
1) Λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία.	1) Μείωση της αίσθησης αρνητικών συναισθημάτων	1) Χορήγηση εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης. 2) Ψυχολογική υποστήριξη	1) Χορήγηση 1tb Cipralex 20mg per os (1x1) 2) Συμμετοχή σε δραστηριότητες για ενίσχυση της αίσθησης ικανοποίησης	Μείωση της θλίψης, εμφανής αίσθηση χαράς και ικανοποίησης
2) Ανηδονία	1) Αύξηση της αίσθησης ευχαρίστησης και του ενδιαφέροντος	1) Έναρξη δραστηριοτήτων 2) Γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία	1) Έναρξη ενδιαφέροντων, χόμπι 2) Ομαδική ψυχοθεραπεία	Παρουσίαση αισθήματος ευχαρίστησης και καθημερινού ενδιαφέροντος για δραστηριότητες
3) Άγχος	1) Μείωση του καθημερινού άγχους και των εξωτερικών παραγόντων που προκαλούν άγχος	1) Χορήγηση αγχολυτικής φαρμακευτικής αγωγής 2) Ψυχολογική υποστήριξη	1) Χορήγηση 1tb Xanax (1mg) per os 1x1. 2) Αποφυγή εξωτερικών παραγόντων που προκαλούν άγχος	Βελτίωση στην εικόνα του ασθενούς και στην αντιμετώπιση του άγχους
4) Διαταραχή ύπνου, κόπωση, εξάντληση	1) Μείωση του άγχους που προκαλεί αϋπνίες, αύξηση δραστηριοτήτων και αποφυγή ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας	1) Χορήγηση βενζοδιαζεπινών (υπνωτικών φαρμάκων)	1) Χορήγηση 1tb Lexotanil (1.5 mg) per os 1x1(B)	Βελτίωση της ποιότητας του ύπνου και αύξηση ενεργητικότητας

## 2<sup>ο</sup> Ψυχιατρικό περιστατικό

Η Μ.Ε., ηλικίας 54 ετών, τελειόφοιτη Λυκείου, άνεργη, διαζευγμένη, εργάστηκε 2 – 3 χρόνια στη ΔΕΗ και κατόπιν παντρεύτηκε. Είναι μητέρα δύο παιδιών, ένα αγόρι 25 και ένα κορίτσι 24 ετών. Κατοικεί μόνη της στην περιοχή της Κυψέλης, αλλά επισκέπτεται συνεχώς από τα παιδιά της. Έχει μία αδερφή, ηλικίας 52 ετών, που εργάζεται ως πωλήτρια.

Εισήλθε στη ψυχιατρική κλινική «Κασταλία», στις **30/08/2015**, λόγω διπολικής διαταραχής σε φάση μανίας. Προσήλθε ακούσια συνοδευόμενη από την κόρη της και την αστυνομία.

#### Απόπειρες αυτοκτονίας

Έχει επιχειρήσει δύο απόπειρες αυτοκτονίας στο παρελθόν. Η πρώτη με λήψη μεγάλης δοσολογίας φαρμάκων, στην ηλικία των 30 ετών, μετά τη γέννηση του 2<sup>ου</sup> παιδιού της λόγω επιλόχειας κατάθλιψης. Η δεύτερη, προκαλώντας σωματική βλάβη (κόψιμο φλεβών) προ 3ετίας λόγω της υπάρχουσας νόσου.

#### Κατά την εισαγωγή της στην κλινική

Κατά την εξέταση, η ασθενής εμφανίζει έντονη λογόρροια και μεταπήδηση από το ένα θέμα στο άλλο, που με δυσκολία διακόπτεται. Αναφέρει ιδέες μεγαλείου («είμαι επιχειρηματίας», «έχω πολλά χρήματα», «χθες έτρωγα με τον πρωθυπουργό» κ.τλ). Η ασθενής είναι ντυμένη προκλητικά και εμφανίζει άρση αναστολών. Πλήρη έλλειψη εναισθησίας.

#### Προηγούμενη διάγνωση από ψυχιάτρους: Διπολική διαταραχή

#### Θεραπευτική αγωγή που ακολουθεί

- Cipralex 10mg 1x1
- Aloperidin 2mg 2x1
- Stedon 5mg 1x2

#### Συμπτώματα μετά την εισαγωγή

##### Βρίσκεται στη φάση μανίας

- Έντονες και επίμονες αναφορές για αυτοκτονικό ιδεασμό
- Έντονη ευφορία που ξεπερνά το όριο του φυσιολογικού

- Ευερέθιστη διάθεση και παρορμητική – επιθετική συμπεριφορά
- Εκνευρισμός, ανησυχία
- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο

Εξετάσεις: Καρδιογράφημα, αιματολογικός έλεγχος, βιοχημικός έλεγχος

#### Ατομικό & Οικογενειακό Ιστορικό

Η Μ.Ε., έζησε και μεγάλωσε φυσιολογικά με τους γονείς της μέχρι την ηλικία των 25 ετών όπου παντρεύτηκε και έζησε με τον σύζυγό της στην περιοχή της Κυψέλης.

Απέκτησε στην ηλικία των 29 ετών έναν γιο, τον οποίον γέννησε με φυσιολογικό τοκετό και στην ηλικία των 30 ετών απέκτησε την κόρη της που γέννησε με καισαρική επέμβαση λόγω ισχιακής προβολής. Εμφάνισε επιλόχεια κατάθλιψη και ξεκίνησε συνεδρίες με ψυχίατρο όπου διαγνώστηκε με διπολική διαταραχή. Το 2007 χώρισε με το σύζυγό της λόγω οικογενειακών συγκρούσεων και διεκδίκησε την επιμέλεια των παιδιών.

Χαρακτηρίζεται με έντονη προσωπικότητα, πολύ κοινωνική με χιούμορ, αγχώδης και ιδιαίτερα απαιτητική από τον εαυτό της. Είχε αυξημένη ανάγκη για αποδοχή από τους γύρω της.

#### Θεραπευτική Αντιμετώπιση μετά την εισαγωγή

- Depakine 500mg 1x2
- Seroquel 300mg 1x3
- Stedon 5mg 1x3
- Cipralex 10mg 1x1
- Aloperidin 2mg 2x1

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ</b> 123	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ</b>	<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>
--	---	--	--------------------------------------	--

1) Έντονες και επίμονες αναφορές για αυτοκτονικό ιδεασμό	1) Προσπάθεια για μείωση των ιδεών αυτοκτονίας	1) Χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων 2) Ψυχοθεραπεία	1) Χορήγηση 1tb Seroquel 300mg per os (1x3) 2) προστατευτικά περιοριστικά μέτρα για τυχόν αυτοτραυματισμό	Μείωση των ιδεών αυτοκτονίας
2) Ευερέθιστη διάθεση, παρορμητική – επιθετική συμπεριφορά	1) Μείωση της ευερεθιστότητας και των παραγόντων που την προκαλούν	1) Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων	1) Χορήγηση 1tb Aloperidin 2mg per os (2x1)	Ήρεμη στάση ασθενούς και μείωση επιθετικότητάς της
3) Εκνευρισμός, ανησυχία	1) Μείωση των συμπτωμάτων	1) Γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία	1) Μέσω της ψυχοθεραπείας αναγνωρίζονται τα αίτια του εκνευρισμού και της ανησυχίας και συζητούνται	Μείωση του εκνευρισμού, η ασθενής εκδηλώνει μια ήσυχη συμπεριφορά
4) Μειωμένη ανάγκη για ύπνο	1) Αύξηση δραστηριοτήτων και αποφυγή ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας	1) Χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων	1) Χορήγηση 1tb Stedon 5mg (1x3)	Ίκανοποιητικές ώρες ύπνου και βελτίωση της ποιότητάς του.

### 3<sup>ο</sup> Ψυχιατρικό περιστατικό

Ο Κ.Ν., ηλικίας 60 ετών, τελειόφοιτος ΤΕΕ Ηλεκτρολογίας, συνταξιούχος, παντρεμένος εδώ και 27 χρόνια και έχει ένα παιδί (γιος) 25 ετών. Κατοικεί με την οικογένειά του στην περιοχή της Ηλιούπολης.

Εισήλθε στη ψυχιατρική κλινική «Κασταλία», στις **21/07/2015**, λόγω απόπειρας αυτοκαταστροφής. Προσήλθε εκουσίως συνοδευόμενος από τη σύζυγό του.

Βασικά αίτια εισαγωγής: Απόπειρα αυτοκαταστροφής, ιδέες παρακολούθησης, διακεκομμένος ύπνος, διαταραχή λήψης τροφής (αρνητικός ως προς τη λήψη τροφής και υγρών), κοινωνική απόσυρση, κλινοφιλία, διαταραχές μνήμης, διαταραχές εκτελεστικών λειτουργιών.

Κατά την εξέταση: Εμφανίζει βραδυψυχισμό, αργεί να απαντήσει στις ερωτήσεις που του γίνονται και ισχυρίζεται ότι είναι εξαντλημένος. Το βλέμμα του είναι αμήχανο – καθηλωμένο, εκφράζει έντονες φοβίες ότι θα χάσει τη σύζυγό του γιατί θα τον εγκαταλείψει. Καταθλιπτικό προσωπείο και συναίσθημα, αναφέρει ότι προτίθεται να μαχαιρωθεί γιατί δεν αντέχει άλλο. (Οι πληροφορίες λαμβάνονται από τη σύζυγό του, η οποία είναι αξιόπιστη, καθώς και από τον αδερφό του)

Διάγνωση: Μείζων κατάθλιψη

Φαρμακευτική Αντιμετώπιση

- Zoloft 100mg 1x1
- Tavor 2.5mg 1x3
- Zyprexa Velotab 5mg 1x3

Συμπτώματα μετά την εισαγωγή

- Καταθλιπτική διάθεση
- Σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης (ανηδονία)
- Απώλεια βάρους
- Αϋπνία (κόπωση – έλλειψη ενεργητικότητας)
- Αυτοκτονικός Ιδεασμός

Εξετάσεις: Καρδιογράφημα, αιματολογικός έλεγχος, βιοχημικός έλεγχος, Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ)

Ατομικό & Οικογενειακό Ιστορικό

Γεννήθηκε και μεγάλωσε φυσιολογικά, τελείωσε το γυμνάσιο και κατόπιν πήγε σε σχολή ηλεκτρολόγων. Δεν αναφέρονται προβλήματα κατά τη φοίτησή του.

Παντρεύτηκε και απέκτησε ένα γιο. Κατά τη στρατιωτική του θητεία υπηρέτησε ως Ι<sub>1</sub> χωρίς κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα. Μετά το στρατό εργάστηκε ως ηλεκτρολόγος για πέντε χρόνια και κατόπιν ως ναυτικός.

Περιγράφεται ως μετρημένος άνθρωπος (λίγες παρέες και λιγομίλητος), ασυτηρός με τον εαυτό του και την οικογένειά του.

Το 1989 συνταξιοδοτήθηκε λόγω αυτοκινητιστικού ατυχήματος που είχε (υπέστη ελαφρύ τραυματισμό και δύο κατάγματα πλευρών). Μετά το ατύχημα, σύμφωνα με τη σύζυγό του, επήλθε σταδιακή αλλαγή στη συμπεριφορά και στη διάθεσή του. Αρχικά, παρατηρήθηκε μία στενοχώρια και ανησυχία χωρίς να υπάρχει εμφανής αιτία, στα οποία, όπως λέει η σύζυγος, δεν έδωσε ιδιαίτερη σημασία. Αργότερα, αδιαφορούσε για κάθε είδους δραστηριότητα, ήταν μελαγχολικός και αποσυρμένος από τους φίλους και την οικογένειά του. Περνούσε πολλές ώρες στο κρεβάτι, πράγμα που δεν συνήθιζε ισχυριζόμενος ότι είναι πολύ κουρασμένος χωρίς ουσιαστικά να κοιμάται παρά μόνο ελάχιστες ώρες. Στο τέλος, σταμάτησε για μέρες να τρώει και να μιλάει (εικόνα stupor). Δεν είχε εμφανίσει ποτέ πριν κάποια αυτοκτονική συμπεριφορά και δεν λάμβανε κάποια φαρμακευτική αγωγή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
1) Καταθλιπτική διάθεση	1) Μείωση της αίσθησης αρνητικών συναισθημάτων	1) Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	1) Χορήγηση 1tb Zoloft 100mg (1x1)	Αύξηση της αίσθησης θετικών συναισθημάτων και αισιοδοξίας του ασθενούς
2) Ανηδονία	1) Αύξηση της αίσθησης ευχαρίστησης και του ενδιαφέροντος	1) Έναρξη δραστηριοτήτων 2) Γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία	1) Έναρξη ενδιαφερόντων, χόμπι 2) Ομαδική ψυχοθεραπεία	Παρουσίαση αισθήματος ευχαρίστησης και καθημερινού ενδιαφέροντος για δραστηριότητες
3) Απώλεια βάρους	1) Αύξηση του βάρους του	1) Αύξηση των θρεπτικών στοιχείων στη διατροφή του 2) Χορήγηση θρεπτικών στοιχείων μέσω iv	1) Έναρξη τροφών πλούσιων σε βιταμίνες, πρωτεΐνες, ιχνοστοιχεία, ωμέγα 3 και λιπαρά οξέα	Σταθερή αύξηση βάρους και αύξηση ενεργητικότητας του ασθενούς
4) Αϋπνία	1) Αύξηση δραστηριοτήτων και αποφυγή ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας	1) Χορήγηση βενζοδιαζεπινών (υπνωτικά φάρμακα)	1) Χορήγηση 1tb Tavor 2.5 mg (1x3)	Βελτίωση της ποιότητας του ύπνου
5) Αυτοκτονικός Ιδεασμός	1) Προσπάθεια για μείωση των ιδεών αυτοκτονίας	1) Χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων 2) Ψυχοθεραπεία	1) Χορήγηση 1tb Zyprexa Velotab 5mg per os (1x3) 2) Προστατευτικά περιοριστικά μέτρα για τυχόν αυτοτραυματισμό	Μείωση των ιδεών αυτοκτονίας

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Paul Bennett, Κλινική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία (Abnormal & Clinical Psychology), Εκδόσεις Πεδίο, 2010.
2. Γ. Ν. Παπαδημητρίου, Ι. Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας, Σύγχρονη Ψυχιατρική, 1<sup>ος</sup> Τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2013.
3. The British Psychological Society, <http://www.bps.org.uk>, 2015.
4. Κ. Σολδάτος, Λ. Λύκουρας, Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, 1<sup>ος</sup> Τόμος, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, 2010.
5. Κ. Σολδάτος, Λ. Λύκουρας, Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, 2<sup>ος</sup> Τόμος, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, 2010.
6. Γ. Ν. Παπαδημητρίου, Ι. Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας, Σύγχρονη Ψυχιατρική, 2<sup>ος</sup> Τόμος, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, 2013.
7. Mary Ann Hogan, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης – Broken Hill Publishers LTD, 2012.
8. Andrew R. Getzfeld, Βασικά στοιχεία ψυχοπαθολογίας, Εκδόσεις Gotsis, 2009.
9. Donald W. Black, M.D. Nancy C. Andreasen, M.D, Ph. D, Εισαγωγή στη Ψυχιατρική (Introductory Text book of psychiatry), Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού ΑΕ, 2011.
10. EMDR Europe, Ινστιτούτο τραυματοθεραπείας, <http://www.travmatotherapeia.com>, Μάιος 13, 2009.
11. Ιωάννα Καζοΐνη, Βασιλική Σπανού, Νικόλαος Τριπόδης, Μετايχμιακή – Ιστριονική – Ναρκισσιστική – Αντικοινωνική διαταραχή Προσωπικότητας, Αθήνα 2014.
12. Προσαρμογή και ψυχικές ασθένειες, Ευγενία Γεωργαντά, Psy D. Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπεύτρια, <http://www.egeorganda.com>, 2011.
13. Διαταραχές της προσωπικότητας, Αφροδίτη Κ. Γιαπράκη, Ψυχίατρος, <http://www.psyxiatros-pyrgos.gr>, 2014.
14. Μετايχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, Σάββας Ν. Σαλπιστής, Ph D, κλινικός ψυχολόγος – ψυχοθεραπευτής, <http://www.i-psyxologos.gr>, 2014.
15. Καρανικολά Κυριακή, Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Ψυχογενής ανορεξία και διαταραχές προσωπικότητας, Σητεία 2009.



16. Δέσποινα Σικελιανού, Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων, Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ, Αθήνα 2010.
17. Ηλίας Α. Γραμματικόπουλος, Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπευτής, <http://www.i-grammatikopoulos.gr>, 2012.
18. Powered by Interoptics AEE, <http://www.depressionanxiety.gr>, ΕΠΙΨΥ 2010.
19. Depression and Bipolar Support Alliance Athens, Greece – Mazi, <http://www.mazi.org.gr>, MAZI 2015.
20. Δημήτρης Γούσης, Ψυχίατρος, <http://www.dgousis.gr>, 2015.
21. Θεόδωρος Δασκαλόπουλος, Ψυχίατρος, <http://psi-gr.tripod.com>, 2015.
22. Περιοδικό «Το βήμα του Ασκληπιού», Τόμος 12 – Τεύχος 4, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2013.
23. Παναγιώτης Π. Φερεντίνος, Ψυχίατρος, Διδακτορική Διατριβή «Η κόπωση ως σύμπτωμα της μείζονος κατάθλιψης», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα 2007.
24. Νικηφόρος Β. Αγγελόπουλος, Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία, 2<sup>ος</sup> Τόμος, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, 2009.
25. Κυριάκος Δ. Κοκλώνης, Διπολική διαταραχή: Μια ανασκόπηση της σύγχρονης πραγματικότητας της νόσου και ο ρόλος της τεχνολογίας στη μελλοντική διαχείρισή της υπό το πρίσμα του μηχανικού βιοϊατρικής τεχνολογίας, Διπλωματική Εργασία, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα 2009.
26. Διπολική διαταραχή, πρόγραμμα κατά του στίγματος των ψυχικών διαταραχών, <http://www.epipsi.gr>, ΕΠΙΨΥ 2012.
27. Μαυρικάκη Μαρία – Υπακοή, ψυχολόγος MSc στις νευροεπιστήμες, Ανάπτυξη ενός μοντέλου για τη μελέτη της διπολικής διαταραχής και της δράσης των σταθεροποιητών της διάθεσης στον επιμύ, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, 2011.
28. Ανδριόπουλος Α. Ιωάννης, Ψυχίατρος, Διδακτορική Διατριβή, Αυτοκτονικός Ιδεασμός και απόπειρες αυτοκτονίας στην πρόδρομη και οξεία φάση ασθενών με σχιζοφρενικές διαταραχές, Πάτρα 2011.

29. Νίκος Μάνος, Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University studio press – Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 2008.
30. Jan Walker, Sheila Payne, Paula Smith, Nikki Jarrett, Ψυχολογία της υγείας για νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες φροντίδας, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης ΑΕ, 2011.
31. Ann M. Kring, Gerald C. Davison, John M. Neale, Sheri L. Johnson, Ψυχοπαθολογία (Abnormal Psychology), Εκδόσεις Gutenberg, 2010.
32. Michael G. Gelder, Juan J. Lopez – Ibor, Nancy Andreasen, Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική, 1<sup>ος</sup> Τόμος, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ, 2008.
33. Michael G. Gelder, Juan J. Lopez – Ibor, Nancy Andreasen, Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική, 2<sup>ος</sup> Τόμος, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ, 2008.
34. Michael G. Gelder, Juan J. Lopez – Ibor, Nancy Andreasen, Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική, 3<sup>ος</sup> Τόμος, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ, 2008.
35. Kaplan & Sadocks, Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 2007.
36. Νικόλαος Γ. Χριστοδούλου, Καταθλιπτική και Ιδεοψυχαναγκαστική Συμπτωματολογία σε ασθενείς με Σχιζοφρένεια, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή – Τμήμα Ψυχιατρικής, Αθήνα 2010.
37. Γ. Ν. Χριστοδούλου και συνεργάτες, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 2<sup>ος</sup> τόμος, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, 2008.
38. Γ. Ν. Χριστοδούλου, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.
39. Πρόλογος του Ακαδημαϊκού καθηγητή Κώστα Στεφανή, ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, Μιχάλης Γ. Μαδιανός – Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε.
40. Παναγιώτα Κυπραίου, Ψυχοθεραπεία – Συντονίστρια Σχολών Γονέων, [www.psychotherapeia.net.gr](http://www.psychotherapeia.net.gr) , 2015.
41. Αγχώδεις Διαταραχές – Ένα συχνό φαινόμενο, Veresies Clinic, [www.veresies.com](http://www.veresies.com), 2015.
42. Αγχώδεις Διαταραχές, Αρετή Τσίνου, Κλινική Ψυχολόγος, [www.tsinou.gr](http://www.tsinou.gr), 2014.
43. Ελληνικό Κέντρο Διαταραχής Πανικού και Αγοροφοβίας, [www.kriseis-panikou.gr](http://www.kriseis-panikou.gr), 2015.

44. Β. Γ. Μασδράκης, Ν. Βαϊδάκης, Συμπεριφορικές και Γνωστικές θεωρήσεις για την αιτιολογία και τη θεραπεία της Διαταραχής Πανικού με Αγοραφοβία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, άρθρο 24(3) – 203 – 215 Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Αθήνα 2007.
45. Ντιάνα Χαρίλα, Κλινική Ψυχολόγος (PhD) – Ψυχοθεραπεύτρια, Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία: Θεωρητικό Υπόβαθρο – Βασικές Αρχές – Ψυχοθεραπευτικές Δεξιότητες και Τεχνικές, Εκδόσεις Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Ι.Ε.Θ.Σ. 2007.
46. Ψυχοθεραπευτικά Προγράμματα, Καρόλα Folle – Αλέπη, Κλινική Ψυχολόγος M Sc Παιδοψυχολόγος – Λογοθεραπεύτρια, [www.carola-alepi.gr](http://www.carola-alepi.gr), 2014.
47. Κατάθλιψη και Φαρμακευτική Αγωγή – Είδη Αντικαταθλιπτικών, [www.mazi.org.gr](http://www.mazi.org.gr), 2015.
48. Δρ. Γεώργιος Γιαννακόπουλος, Ψυχίατρος Παιδιών και Εφήβων, Ψυχική Ασθένεια – Στιγματισμός και Υπέρβαση, Εταιρεία Εκπαίδευσης και Ψυχοθεραπείας, Αθήνα 2011.
49. Νικόλαος Α. Κόκρας, Ψυχίατρος, Διδακτορική Διατριβή, Πειραματικά Πρότυπα Κατάθλιψης και Διαφυλικές Διαφορές στην απαντητικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, Ιατρική Σχολή Μορφολειτουργικός Τομέας, Αθήνα 2011.
50. Περιοδικό Ψυχιατρική, Τεύχος 19, Στάσεις Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού σε σχέση με την Αυτοκτονία, 2011.
51. Θεραπευτικό Πρόγραμμα για εφήβους χρήστες και τις οικογένειές τους, [www.kethea-strofi.gr](http://www.kethea-strofi.gr), 2011.
52. Περιοδικό Ψυχιατροδικαστική, Τεύχος Ν° 3, Ψυχιατροδικαστική και χρήση ουσιών, Ιούλιος – Δεκέμβριος 2010.
53. Ουσιοεξάρτηση και αυτοκτονία, Κλίμακα, [www.suicide-help.gr](http://www.suicide-help.gr), 2009.
54. Ίδρυμα για ένα κόσμο χωρίς ναρκωτικά, <http://gr.drugfreeworld.org>, 2015.
55. Αφροδίτη Καρρά, Μαρία Σαρίδη, Κυριάκος Σουλιώτης, Αλκοόλ και Αλκοολισμός – Μία σύγχρονη απειλή στο χώρο της Υγείας, Τόμος 7 – Τεύχος 3, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 2014.
56. Νίκος Ζουμπάνος, Αθανάσιος Τζιαμούρτας, Έλλη Σταβέλη, Αντώνης Χατζηγεωργιάδη, Γιάννης Θεοδωράκος, Η φυσική άσκηση ως συμπληρωματική στρατηγική για την αντιμετώπιση της κατάχρησης αλκοόλ, 2011.

57. New Tel Aviv University study may pave way for personalized bipolar disorder treatment, News Medical Life Sciences & Medicine, <http://www.news-medical.net>, Απρίλιος 23, 2015.
58. Σχιζοφρένεια: Συχνότητα, Αιτιολογία, Συμπτώματα και Θεραπεία, Medlook Έγκυρη Πληροφόρηση για την Υγεία, <https://www.medlook.net>, Ιούλιος 5, 2007.
59. Τα συμπτώματα της Σχιζοφρένειας, Βιονευρολογικά (Portal Νευρο – Ψυχιατρικών Παθήσεων, [www.bioneurologics.gr](http://www.bioneurologics.gr), Ιανουάριος 29, 2015.
60. Αικατερίνη Β. Δαλάγδη, Κλινική Ψυχολόγος, Η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών στη Σχιζοφρένεια, Διδακτορική Διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Ιατρικής, Αλεξανδρούπολη, 2014.
61. Αλεξάνδρα Α. Πάλλη, Η εφαρμογή και η αξιολόγηση μιας ομαδικής ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης σε μέλη οικογενειών ατόμων με Σχιζοφρένεια ή Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή – Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Αθήνα 2010.
62. Παναγιώτα Μιχαλοπούλου, Μελέτη ασθενών με Σχιζοφρενική Διαταραχή και Ιδεοψυχαναγκαστική Συμπτωματολογία, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα 2011.
63. Ψωμά Σοφία, Σχιζοφρένεια και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις, Πτυχιακή Εργασία, Διδυμότειχο, Μάιος 2014.
64. Στέλλα Τσώτση, Πτυχιούχος Ψυχολόγος, Υπότροφος Ερευνητικού Προγράμματος «Ηράκλειτος II», Νευροψυχολογική Παρέμβαση για την κοινωνική λειτουργικότητα ασθενών με Σχιζοφρένεια, Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Ψυχολογίας – Τομέας Πειραματικής και Γνωστικής Ψυχολογίας, Θεσσαλονίκη 2013.
65. Βασιλική Βγενοπούλου, Διαταραχές Διάθεσης. Η Αυτοκτονική τάση στην Ενήλικη Ζωή & Νοσηλευτική Παρέμβαση, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Δυτικής Μακεδονίας – Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 2013.
66. Αικατερίνη Χ. Μεντή, Παιδοψυχολόγος, Κάπνισμα, Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες, Ψυχοπαθολογία και Άλλες Συναφείς Καταστάσεις σε Νέους με Απόπειρα Αυτοκτονίας, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρική Σχολή – Τμήμα Ψυχιατρικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπου-

δών στις Κλινικές – Κλινικοεργαστηριακές Ιατρικές Ειδικότητες, Πάτρα 2007.

67. Κάκαλη Μαρία, Η Αυτοκτονία στην Εφηβική Ηλικία, Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Πατρών, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Πάτρα 2011.
68. Εποχικότητα και Ψυχικές Διαταραχές, Psychotherapy – Life, Δρ. Μυρσίνη Κωστοπούλου, Κλινική Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπεύτρια, [www.myrsinikostopoulou.com](http://www.myrsinikostopoulou.com), 2014.
69. Μουσικοθεραπεία, [www.noesi.gr](http://www.noesi.gr), 2015.
70. Μουσικοθεραπεία και Ψυχική Υγεία, [www.psychografimata.com](http://www.psychografimata.com), 2015.
71. Transcranial Magnetic Stimulation (TMS), [www.webmd.com](http://www.webmd.com), 2015.
72. Vagus Nerve Stimulation (VNS), [www.webmd.com](http://www.webmd.com), 2015.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία με νούμερο **1018**.

Η Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία είναι η πρώτη και μοναδική στην Ελλάδα τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης και παρέμβασης στην κρίση για την πρόληψη των αυτοκτονιών. Λειτουργεί με την υποστήριξη και εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σε εικοσιτετράωρη βάση, επτά ημέρες την εβδομάδα και δέχεται κλήσεις από όλη την Ελλάδα.

Η Γραμμή στελεχώνεται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους και ψυχιάτρους) που προσφέρουν:

- Συμβουλευτική παρέμβαση σε κατάσταση κρίσης για την αποφυγή της αυτοκτονίας.
- Υποστήριξη σε άτομα που βιώνουν την απώλεια αγαπημένου προσώπου από αυτοκτονία ή ανησυχούν για κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο.
- Παραπομπή σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παρακολούθηση από ειδικό θεραπευτή.
- Ενημέρωση για ζητήματα ψυχικής υγείας.

Απευθύνεται σε:

- Ανθρώπους που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν.
- Ανθρώπους που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν.
- Ανθρώπους με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- Ανθρώπους που βιώνουν την απώλεια ή ανησυχούν για κάποιο δικό τους άνθρωπο.

**Η αυτοκτονία είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που μας αφορά όλους!**