

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ:ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΙΑ

ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΥ ΖΑΧΑΡΟΥΛΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κος ΣΕΜΕΡΤΖΗΣ ΠΑΥΛΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2016

## Πρόλογος

Η πτυχιακή μας εργασία έχει ως θέμα `` ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ `` .

Στις μέρες μας παρατηρείται συνεχής αύξηση της συχνότητας εμφάνιση καταθλιπτικής νόσου σε άτομα της τρίτης ηλικίας, κυρίως μετά τη συνταξιοδότησή τους.

Σκοπός μας είναι να διευκρινίσουμε τα είδη της κατάθλιψης στη Τρίτη ηλικία και να παρουσιάσουμε αιτίες και συμπτώματα που περιλαμβάνει η νόσος αυτή, όπως επίσης και το ρόλο που έχει ο νοσηλευτής στην πρόληψη και την θεραπεία της

Η εργασία μας αποτελείται από πέντε κεφάλαια , τα οποία περιλαμβάνουν :πρόλογο, ιστορική αναδρομή, περίληψη, ορισμό και είδη κατάθλιψης καθώς και αιτίες και συμπτώματα γενικά. Τον επιπολασμό της κατάθλιψης και τη θεραπεία της νόσου.

Επίσης ,περιλαμβάνει τον ορισμό της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ειδικότερα, τον επιπολασμό της νόσου στον ηλικιωμένο πληθυσμό(στην Ελλάδα),τις αιτίες εμφάνισης της και τα συμπτώματα, τη διάγνωση της κατάθλιψης κα τη θεραπεία της και τέλος τη νοσηλευτική παρέμβαση(νοσηλευτική διεργασία) και τα συμπεράσματά μας.

Εν κατακλείδι, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν με τη παροχή βιβλιογραφίας και ιδιαίτερα το καθηγητή μας κ.Σεμερτζή Παύλο για τη πολύτιμη βοήθεια του..

## Περίληψη

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η καταγραφή και η παρουσίαση των ερευνών σχετικά με την κατάθλιψη ,τις διαστάσεις που παίρνει στην ηλικιακή ομάδα των ηλικιωμένων, οι μορφές, οι αιτίες και οι παράγοντες που βοηθούν στην ανάπτυξή της. Στόχος της είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των μορφών της κατάθλιψης, από τις οποίες είναι πιθανό να πάσχουν τα άτομα της Τρίτης ηλικίας, η θεραπεία τους καθώς και ο ρόλος που έχει ο νοσηλευτής ως ψυχοθεραπευτής.

Η μέθοδος άντλησης του υλικού στηρίχθηκε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσα από την οποία προκύπτουν τα στοιχεία τα οποία μελετήθηκαν για την ολοκλήρωση της εργασίας.

Η κατάθλιψη δεν αποτελεί φυσικό επακόλουθο της Τρίτης ηλικίας και δεν θα πρέπει να την συνδέουμε με αυτήν, η εμφάνισή της όμως, επηρεάζει καταλυτικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, επιδρά στην σωματική, ψυχολογική και κοινωνική τους διάσταση, εξαφανίζει την ικανότητα για χαρά και την αισιοδοξία για τη ζωή. Είναι μια χρόνια ψυχική ασθένεια με αυξητικές τάσεις και στην περίπτωση των ηλικιωμένων γίνεται πιο επικίνδυνη όταν συνυπάρχει και με άλλες σωματικές και ψυχικές διαταραχές. Η συνύπαρξη αυτή υποσκιάζει πολλές φορές την ίδια την κατάθλιψη και αυτο έχει ως αποτέλεσμα την μη έγκαιρη διάγνωσή της και τελικά την θεραπεία της.

## **Abstract**

The aim of this project is to write down and present the studies based on depression, the dimensions that it gets in the elderly as well as the causes and the factor that contribute to its development throughout the years. So the goal of this project is the retrospection of the types of depression from which elderly people are likely to suffer, their treatment as well as the role of the nurse as psychotherapist.

The method used to work on this project is the literature retrospection through which the elements for the completion of it arise. Depression is not a natural consequence of the third age and should not be connected with it. Its appearance on these people though, seriously affects the quality of their life and has an imeacton their physical, psychological and social dimension. As a result joy and optimism for life is diminished.

Depression is a chronic mental illness with increasing trends and in the case of elderly becomes even more dangerous when it coexists with other physical mental disorders. This coexistence often over shadows the depression itself and as a result the diagnosis of it and its treatment is a total failure.

## **Περιεχόμενα**

Πρόλογος.....	1
Περίληψη.....	2
Abstract.....	3
Εισαγωγή.....	7
Σύντομη Ιστορική Αναδρομή.....	8-9
<b>Κεφάλαιο1.....</b>	<b>10</b>
1.1 Κατάθλιψη.....	11
1.2 Ορισμός της κατάθλιψης.....	11
1.3 Είδη κατάθλιψης.....	11-18
1.4 Επιπολασμός τη κατάθλιψης.....	18-19
1.5 Αιτίες εμφάνισης της κατάθλιψης.....	19-21
1.6 Συμπτώματα της κατάθλιψης.....	21-24
1.7 Θεραπεία της κατάθλιψης.....	24-28
<b>Κεφάλαιο 2.....</b>	<b>29</b>
2.1 Κατάθλιψη στους Ηλικιωμένους.....	30
2.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	30-31
2.3 Είδη κατάθλιψης στους Ηλικιωμένους.....	31-33
2.4 Επιπολασμός της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.....	33-34
2.5 Θεραπεία.....	34-35
2.6 Ψυχολογική Θεραπεία.....	35-36
2.7 Προληπτική Νοσηλευτική Παρέμβαση.....	36
2.7.1 Πρωτογενής Πρόληψη.....	37
2.7.2 Δευτερογενής Πρόληψη.....	37-38
2.7.3 Τριτογενής Πρόληψη.....	38-39
2.8 Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Ηλικιωμένων στην κοινότητα.....	39-44
2.9 Βελτίωση της πρόγνωσης της κατάθλιψης και ο ρόλος του Νοσηλευτή.....	44-45
<b>Κεφάλαιο 3.....</b>	<b>46</b>

## **Επιπτώσεις της κατάθλιψης**

3.1 Το Αυτοκτονικό άτομο.....	47-48
3.1.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας.....	48-49
3.2 Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις.....	49-50
3.3 Επιπτώσεις στην οικογένεια.....	50
3.4 Κατάθλιψη και μνήμη.....	50-51
3.5 Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης στον οργανισμό.....	51-52

## **Κεφάλαιο 4.....53**

### **Διάγνωση της Κατάθλιψης**

4.1 Διάγνωση της κατάθλιψης και φυσικές εργαστηριακές εξετάσεις.....	54-55
4.2 Διάγνωση της κατάθλιψης από ειδικούς ιατρούς.....	55-56
4.3 Τα Συστήματα Ταξινόμησης.....	56-58
4.4 Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.....	58-59
4.5 Διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης.....	60-61

## **Κεφάλαιο 5.....62**

### **Νοσηλευτική Διεργασία**

5.1 Κλινική Περίπτωση Α.....	63-66
5.2 Κλινική Περίπτωση Β.....	67-70

## **Κεφάλαιο 6.....71**

### **Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε ασθενή με κατάθλιψη**

6.1 Νοσηλευτική Εκτίμηση.....	72-73
6.2 Ανάλυση και Νοσηλευτική Διάγνωση.....	73-74
6.3 Σχεδιασμός νοσηλευτικής παρέμβασης και προκαθορισμός αναμενόμενου αποτελέσματος.....	74-75
6.4 Εφαρμογή νοσηλευτικού πλάνου.....	75-78
6.5 Αξιολόγηση του αποτελέσματος.....	78

<b>Συμπεράσματα – Προτάσεις.....</b>	<b>79-80</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>81-83</b>

## Εισαγωγή

Ο όρος Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική Ορολογία υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο. Οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί πολύ πιο συχνά απ' ότι θα περίμενε κανείς μόνο από τύχη, ως σύνδρομα. Υπολογίζεται πως το 6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως και 550 χιλιάδες στην Ελλάδα. Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σε όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 15% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και το 5,8% ανδρών θα νοσήσουν σε ένα έτος. Η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα μιας συνισταμένης παραγόντων που επηρεάζουν την ιδιοσυστασία κάθε άτομου και δρουν αλληλοσυμπληρωματικά.

Στόχος της εργασίας είναι να δοθούν επαρκείς πληροφορίες όσον αφορά την κλινική συμπτωματολογία της κατάθλιψης, να διερευνηθούν οι τρόποι διάγνωσης της, ειδικά στα

νεοτέρα δεδομένα και να εξεταστούν οι μέθοδοι θεραπείας της. Προεξέχουσα θέση στην αντιμετώπιση της εν λόγω νόσου συνιστά η ψυχοθεραπεία. Γι αυτό και επικεντρωνόμαστε

στα διάφορα είδη της και κυρίως στο ρόλο του νοσηλευτή ως ψυχοθεραπευτή. Η θεραπευτική του παρέμβαση είναι απαραίτητη για την γρήγορη ανάκαμψη του ασθενούς,

την αντιμετώπιση των προβλημάτων του, την προσαρμογή του στους προηγούμενους ρυθμούς της καθημερινότητας του και στην μετέπειτα ομαλή κοινωνική επανένταξη του.

Πέρα από την προστασία της ζωής του καταθλιπτικού άτομου και την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων του εξίσου σημαντική είναι η λεκτική επικοινωνία του νοσηλευτή

με τον ασθενή ώστε να βελτιωθεί η νοητική του κατάσταση και να οδηγηθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα στην ίαση της ψυχής του.



## Σύντομη ιστορική αναδρομή

Η κατάθλιψη είναι γνωστή από την Παλαιά Διαθήκη ,όταν ο Δαβίδ προσπάθησε με τη μουσική του να θεραπεύσει το Σαούλ από τη μελαγχολία που τον είχε καταβάλει πρώτη βιοχημική προσέγγιση της κατάθλιψης αποδίδεται στον Ιπποκράτη, ο οποίος πριν από 2500 χρόνια περιέγραψε την μελαγχολία και την απέδωσε στην υπερπαραγωγή της μέλαινας χολής, από την οποία πήρε και το όνομα μελαγχολία. Σύμφωνα με τις απόψεις του Ιπποκράτη ,στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχουν τέσσερις χυμοί ,οι οποίοι καθορίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας: η μέλαινα χολή, η υπεροχή της οποίας προκαλεί τη μελαγχολία, η κίτρινη χολή όταν υπερέχει προκαλεί τη μανία ,το φλέγμα: η περίσσεια του οποίου αντιστοιχεί με την άνοια, και το αίμα: η υπεροχή του οποίου εκπροσωπούσε τον <<αιματώδη >> τύπο προσωπικότητας. Η ορθή <<κράση>> των τεσσάρων χυμών συνέθετε την βάση της προσωπικότητας. Ο Ιπποκρατικός όρος μελαγχολία επικράτησε για πολλούς αιώνες στην Ευρώπη, ενώ ο εναλλακτικός όρος Λυπομανία αντιστοιχούσε στη Μανία, η οποία σήμαινε διεγερτική ψύχωση ή μανιοκατάθλιψη και πολύ λιγότερο σχιζοφρένεια. Επίσης ο Ιπποκράτης αναφέρθηκε και σε έναν εποχικό παράγοντα στη μανιοκαταθλιπτική διαταραχή. Με την κατάθλιψη ασχολήθηκε ο Αρεταίος τον 1<sup>ο</sup> αιώνα μΧ., ο οποίος περιέγραψε τις ψυχικές διαταραχές της γεροντικής ηλικίας, καθώς και την υποστροφική κατάθλιψη Μέγας Βασίλειος ασχολήθηκε με τη φύση και τα αίτια της νόσου, ενώ κατά τους Βυζαντινούς χρόνους η κατάθλιψη αναφέρεται ως Ακηδία(από το κήδος που σημαίνει φροντίδα, ενδιαφέρον αλλά και άγχος ή πένθος).Ακηδία σήμαινε έλλειψη ενδιαφέροντος, απάθεια. Από την περίοδο της αναγεννήσεως μέχρι τον 19<sup>ο</sup> αιώνα ο όρος μελαγχολία σήμαινε ψυχιατρικές καταστάσεις, από τις οποίες μπορούσαν να απουσιάζουν οι διαταραχές των νοητικών λειτουργιών ή και του συναισθήματος όπως ψυχαναγκαστικές ή υποχονδριακές καταστάσεις συνοδευόμενες από καταδιωκτικά παραληρήματα.

Ο Kraepelin πνευματικός πατέρας του DSM και του ICD,μιλάει για διάφορους τύπους μελαγχολίας κάτω από το γενικό τίτλο καταθλιπτικές διαταραχές. Οι συναισθηματικές ψυχώσεις αφορούν ομάδα νοσημάτων με κύριο γνώρισμά τους τη διαταραχή του συναισθήματος. Σύμφωνα με τις διαγνωστικές κατηγορίες κατά το DSM-III-R σύστημα είναι: Μείζων κατάθλιψη, μοναδικό επεισόδιο, μείζων

κατάθλιψη υποτροπιάζουσα, δυσθυμία ή καταθλιπτική νεύρωση, διπολική διαταραχή  
μανιακή, διπολική διαταραχή καταθλιπτική ,μεικτή κυκλοθυμία.

Η αιτιολογία των συναισθηματικών ψυχώσεων μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις  
βασικούς παράγοντες :

α)το γενετικό

β)τους βιολογικούς

γ)τους ιδιοσυστατικούς και

δ)τους περιβαλλοντικούς,

Μετά την αναγνώριση της μεγάλης σημασίας του γενετικού παράγοντα και του  
βιολογικού στην παθογένεια της νόσου ,ο εξωγενής παράγων ,δηλαδή ο  
περιβαλλοντικός έχασε την ουσιαστική του σημασία και θεωρήθηκε απλά ως  
εκλυτικό αίτιο μιας ήδη υπάρχουσας καταστάσεως. Πάντως η αξία των δυσμενών και  
ανεπιθύμητων εξωγενών παραγόντων μπορεί να συσχετίζεται άμεσα με τη νόσο  
διαταράσσοντας ίσως την ήδη ανένδοτη ψυχική ισορροπία.

Ιστορικά μεταγενέστερη άποψη για την κατάθλιψη είναι αυτή του Beck,ο οποίος  
αποδίδει την κατάθλιψη στην αλλαγή της αντιλήψεως την οποία έχει το άτομο για τον  
εαυτό του και χαρακτηρίζεται από αρνητικές προσδοκίες. Η δεκαετία του 1950 με την  
ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων που κατέχουν αντικαταθλιπτικές ιδιότητες, αποτελεί  
σταθμό στην αντιμετώπιση και θεραπεία της καταθλίψεως, ώστε να εγκαταλειφθούν  
όλες οι προηγούμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις <sup>(1)</sup>.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

## 1.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Στην καθημερινή ζωή με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε μια κατάσταση θλίψης και μελαγχολίας, αυτό συνήθως είναι παροδικό και μάλλον οφείλεται σε κάτι σχετικά ασήμαντο και επουσιώδες.



## 1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική νόσος που σαν κύρια χαρακτηριστικά έχει την κακή διάθεση, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την απουσία ενδιαφέροντος-ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που φυσιολογικά είναι ευχάριστες. Συχνά, ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να περιγράψει κάθε είδους διαταραχής της διάθεσης. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν μια κακή διάθεση, που επηρεάζει όλες τις πλευρές του βίου τους και αδυνατούν να αισθανθούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που πιο πριν τους ήταν ευχάριστες, έχουν την τάση να γεμίζουν σκέψεις και συναισθήματα αρνητισμού, αυτοκριτικής, απελπισίας, μίσος για τον εαυτό τους <sup>(2)</sup>.

## 1.3 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη ανήκει στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών της διάθεσης. Οι κυριότερες μορφές της κατάθλιψης είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η δυσθυμία και η διπολική διαταραχή.

## **Μείζων κατάθλιψη**

Ένα επεισόδιο μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής (γνωστή και ως κλινική κατάθλιψη ή μονοπολική διαταραχή) περιλαμβάνει τουλάχιστον πέντε ή περισσότερα συμπτώματα στο επίπεδο του συναισθήματος, της γνωστικής λειτουργίας, της συμπεριφοράς και της σωματικής λειτουργίας για διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται συνήθως η έντονα καταθλιπτική διάθεση και η απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης για τις καθημερινές δραστηριότητες.

Στην περίπτωση της μείζονας κατάθλιψης, η ικανότητα για δουλειά, η απόδοση στο σχολείο, ο ύπνος, η όρεξη και οι κοινωνικές σχέσεις επηρεάζονται σημαντικά. Τα επεισόδια της μείζονος κατάθλιψης μπορεί να συμβούν μια ή δύο φορές στη ζωή ενός ατόμου ή και να επαναλαμβάνονται συχνά. Ένα τέτοιο επεισόδιο μπορεί να εκδηλωθεί μετά από μια απώλεια, έναν χωρισμό, μια σοβαρή ασθένεια ή κάποιο άλλο σημαντικό γεγονός. Μπορεί να είναι ήπια, μέτρια ή σοβαρή. Σε κάποιες περιπτώσεις το άτομο μπορεί να έχει ιδέες αυτοκαταστροφής, ακόμα και να σχεδιάζει να βλάψει τον εαυτό του. Ένα τέτοιο επεισόδιο διαρκεί συνήθως και λιγότερο από δύο χρόνια και έχει σαφή έναρξη. Η διαφορά στη λειτουργικότητα του ατόμου είναι εμφανής σε σχέση με την περίοδο πριν το επεισόδιο<sup>(3)</sup>.

## **Δυσθυμική διαταραχή**

Πρόκειται για χρόνια κατάσταση όπου το άτομο βιώνει καταθλιπτικό συναίσθημα για περισσότερο από δύο χρόνια και δεν μπορεί να βιώσει αρκετά μεγάλα διαστήματα αυξημένης λειτουργικότητας. Θεωρείται λιγότερο σοβαρή από ότι η μείζονα κατάθλιψη γιατί έχει λιγότερο δραστικές συνέπειες στην ζωή του ατόμου αλλά περιλαμβάνει τα ίδια συμπτώματα όπως μειωμένη ενέργεια, αναποφασιστικότητα και αλλαγές στη διάθεση. Εκδηλώνεται συνήθως με ευερεθιστότητα, μεμνημοιρία, ανηδονία και αρνητικές σκέψεις.

## **Διπολική διαταραχή**

Η διπολική διαταραχή (γνωστή στο παρελθόν και ως μανιοκατάθλιψη) χαρακτηρίζεται από μια κυκλική εναλλαγή της διάθεσης όπου επεισόδια μανίας ή υπομανίας εναλλάσσονται με επεισόδια κατάθλιψης ανάμεσα σε περιόδους φυσιολογικής διάθεσης (νορμοθυμία). Κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου μανίας, ένα άτομο μπορεί να βιώσει έντονη ευφορία ή ευερεθιστότητα, υπερκινητικότητα, αίσθημα μεγαλείου, τάση για υπερβολική σεξουαλική δραστηριότητα ή ξόδεμα χρημάτων, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, γρήγορο λόγος, διάσπαση προσοχής, συναισθηματική αστάθεια ,και έκθεση σε επικίνδυνες δραστηριότητες.

Κατά τη διάρκεια της καταθλιπτικής φάσης τα συμπτώματα είναι ίδια με αυτά ενός επεισοδίου μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Η διπολική διαταραχή είναι μια ιδιαίτερα σοβαρή νόσος και το άτομο που ασθενεί χρειάζεται συστηματική ψυχιατρική υποστήριξη συνήθως για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από διπολική διαταραχή έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκτεθούν σε επικίνδυνες καταστάσεις αλλά και αυξημένα ποσοστά αυτοκτονικών τάσεων<sup>(4)</sup>.

## **Άλλα είδη κατάθλιψης είναι:**

### **Λανθάνουσα Κατάθλιψη**

Λανθάνουσα ονομάζεται η κατάθλιψη που δε φανερώνεται με τα χαρακτηριστικά για τη νόσο συμπτώματα αλλά επιλέγει για να εκφραστεί μια ποικιλία συμπτωμάτων, τα οποία συχνά παραπλανούν τους μη ειδικούς ιατρούς. Ακόμη και οι ειδικοί ιατροί πρέπει να επιδείξουν επιμονή, υπομονή και επιδεξιότητα στη διαγνωστική διερεύνηση, ώστε να αποκαλυφθεί πίσω από τα προσώπια το ζοφερό πρόσωπο της κατάθλιψης.

Στην κλινική εικόνα άλλοτε δεσπόζουν τα διάχυτα και άτυπα σωματικά ενοχλήματα, όπως κεφαλαλγίες, πόνοι στον κορμό και τα άκρα κλπ., άλλοτε κυριαρχεί η έκπτωση των ανώτερων γνωσιακών λειτουργιών (π.χ. διαταραχές στη μνήμη, τη συγκέντρωση κ.α.), άλλοτε προέχουν οι διαταραχές του ύπνου και της

όρεξης.

Όταν το τρίπτυχο: κακή επίδοση στο σχολείο, παραπτωματική συμπεριφορά και σεξουαλική ασυδοσία εμφανίζεται στην εφηβική ηλικία, θεωρείται καταθλιπτικό ισοδύναμο. Κάποιες φορές, όχι μόνο απουσιάζει το καταθλιπτικό συναίσθημα, αντιθέτως οι ασθενείς εμφανίζονται 'χαρούμενοι'.

Η λανθάνουσα κατάθλιψη αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως συγκαλυμμένη κατάθλιψη ή κατάθλιψη με προσωπίδα-μάσκα (μασκαρεμένη ή μεταμφιεσμένη κατάθλιψη), καταθλιπτικό ισοδύναμο, περιφερική κατάθλιψη, κατάθλιψη χωρίς κατάθλιψη ή ασυναισθηματική κατάθλιψη. Η ασυναισθηματική κατάθλιψη εμφανίζεται σε άτομα με μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας, έναν τύπο προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική αστάθεια, συγκρουσιακές διαπροσωπικές σχέσεις, παρορμητική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, και εκδηλώνεται κυρίως με αισθήματα κενού ή ανίας<sup>(5)</sup>.

## **Ενδογενής Κατάθλιψη**

Η ενδογενής κατάθλιψη (όρος που αντιστοιχεί αδρά στη μείζονα κατάθλιψη) θεωρείται ότι προκαλείται από βιολογικούς, κυρίως, συντελεστές, χωρίς να επιδρούν σαφή και ευδιάκριτα εκλυτικά αίτια από το περιβάλλον (αναδύεται από μέσα). Το βάθος της κατάθλιψης είναι μεγάλο και κυριαρχούν τα συμπτώματα από τη σωματική σφαίρα (βιολογικά), όπως οι διαταραχές του ύπνου, της όρεξης κ.λπ.<sup>(6)</sup>.

## **Αντιδραστική Κατάθλιψη**

Έχει κληροδοτηθεί ως όρος ?όπως και η ενδογενής- από τα παλαιότερα ταξινομητικά συστήματα. Αντιστοιχεί στη Δυσθυμική διαταραχή και, εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο όρος νευρωσική κατάθλιψη. Θεωρείται ότι εμφανίζεται όταν επιδράσουν ψυχοπαιστικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (ψυχοκοινωνικά αίτια). Το καταθλιπτικό συναίσθημα στις αντιδραστικές καταθλίψεις είναι ηπιότερο από αυτό των ενδογενών. Στην πραγματικότητα, η διάκριση ενδογενής / αντιδραστική είναι τεχνητή. Σε πολλές περιπτώσεις ενδογενούς κατάθλιψης οι ασθενείς αναφέρουν ψυχοκοινωνικά γεγονότα που θεωρούν ότι πυροδότησαν την εισβολή της νόσου.

Έτσι, μερικές φορές η διάκριση της αντιδραστικής από την ενδογενή κατάθλιψη δεν είναι εύκολη. Όταν δε σε κάποιο άτομο με δυσθυμική διαταραχή επικάθεται μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, θεωρούμε ότι πάσχει από «διπλή κατάθλιψη».

## **Μελαγχολία**

Όρος συγγενής με την ενδογενή κατάθλιψη. Το βάθος της κατάθλιψης είναι μεγάλο και γίνεται εντονότερο τις πρωινές ώρες. Συνοδεύεται άλλοτε από άγχος ή ψυχοκινητική ανησυχία και άλλοτε από ψυχοκινητική επιβράδυνση. Ο ασθενής νιώθει γεμάτος ενοχές, δεν απολαμβάνει δε χαίρεται με τίποτα και αδιαφορεί για τις καθημερινές του δραστηριότητες. Την κλινική εικόνα συμπληρώνουν σωματικά συμπτώματα όπως διαταραχές του ύπνου (πρώιμη αφύπνιση), της όρεξης και της σεξουαλικής διάθεσης

## **Ψυχωσική Κατάθλιψη**

Στο 10% των καταθλιπτικών ασθενών εμφανίζονται παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις με περιεχόμενο που προσδιορίζεται και χρωματίζεται, συνήθως, από το καταθλιπτικό συναίσθημα. Ο ασθενής, δηλαδή, μπορεί να πιστεύει ότι είναι ένοχος, αμαρτωλός, ότι αξίζει να τιμωρηθεί και ότι σύντομα θα οδηγηθεί σε ανυπόφορες συνθήκες εξαθλίωσης, ακόμη και στο θάνατο. Θεωρεί τον εαυτό του υπεύθυνο για μελλοντικές καταστροφές, που προβλέπει ότι θα συμβούν στον ίδιο, στην οικογένειά του και στην ανθρωπότητα ολόκληρη<sup>(7)</sup>.

## **Μανιοκατάθλιψη**

Κατάθλιψη στα πλαίσια της Διπολικής Συναισθηματικής Διαταραχής (Μανιοκατάθλιψη)

Τα καταθλιπτικά επεισόδια που εμφανίζονται στην πορεία της Διπολικής Συναισθηματικής Διαταραχής έχουν τα χαρακτηριστικά του Μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Στη μονοπολική κατάθλιψη, όμως, επαναλαμβάνονται στερεότυπα οι καταθλιπτικές φάσεις, ενώ στην Διπολική Διαταραχή (Μανιοκατάθλιψη) εναλλάσσονται φάσεις κατάθλιψης με φάσεις μανίας.



## **Άτυπη Κατάθλιψη**

Στην άτυπη κατάθλιψη εμφανίζονται αντεστραμμένα τα συνήθη βιολογικά συμπτώματα της νόσου (π.χ. υπερυπνία αντί για αϋπνία, βουλιμία αντί για ανορεξία). Ο ασθενής κουράζεται εύκολα, αισθάνεται μεγάλη αδυναμία και ατονία, κατακλύζεται από άγχος και φοβίες, αλλά η διάθεσή του βελτιώνεται όταν προκύπτουν θετικά και ευχάριστα γεγονότα<sup>(8)</sup>.

## **Αγχώδης Κατάθλιψη**

Όρος που χρησιμοποιείται όταν η κατάθλιψη συνοδεύεται από έντονο και βασανιστικό άγχος και εμφανίζεται περισσότερο σε ηλικιωμένους ασθενείς.

## **Επιλόχεια Κατάθλιψη**

Ονομάζεται η κατάθλιψη που εμφανίζεται μέσα στις τέσσερις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Η λεχώνα δεν μπορεί να κοιμηθεί, είναι ανήσυχη και ευερέθιστη, κατακλύζεται από έντονο άγχος, νιώθει αβάσταχτη θλίψη και ξεσπάει σε κλάματα. Η αιτιολογία της επιλόχειας καταθλίψεως δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως, ωστόσο φαίνεται να εμπλέκονται οι μεταβολές στο ορμονικό περιβάλλον που προκαλούνται με τον τοκετό, η χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών (π.χ. αναλγητικά), ψυχολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.

Η επιλόχειος κατάθλιψη χρήζει άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Όταν εμφανιστούν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ιδέες αυτοκαταστροφικής και ετεροκαταστροφής (ψύχωση της λοχείας) προκειμένου να περιφρουρηθεί η ζωή της μητέρας και του παιδιού, απαιτείται η εισαγωγή και η νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα.

Η κατάθλιψη της λοχείας δεν πρέπει να συγχέεται με την απλή λοχειακή δυσφορία, που εμφανίζεται τις πρώτες μέρες μετά από τον τοκετό με ήπια συμπτώματα (θλίψη, άγχος, ανησυχία, ευσυγκινησία), τα οποία υποχωρούν, χωρίς να ασκηθεί ειδική θεραπευτική παρέμβαση, μέσα σε μια εβδομάδα<sup>(9)</sup>.

## **Υποστροφική Κατάθλιψη**

Εμφανίζεται στην ηλικία της λεγόμενης «υποστροφής» (45-60 ετών) και στην κλινική εικόνα δεσπόζει -πέραν του έντονου καταθλιπτικού συναισθήματος- το βασανιστικό άγχος. Ο ασθενής αδυνατεί να καθίσει, να σταθεί ακίνητος, βηματίζει συνεχώς βογκώντας και αναστενάζοντας, συστρέφοντας τις παλάμες του και τραβώντας τα μαλλιά της κεφαλής του (ψυχοκινητική ανησυχία).

## **Πένθος**

Το πένθος είναι μια φυσιολογική αντίδραση που εκλύεται από την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Πολλές φορές, όμως, τα όρια ανάμεσα στο πένθος και την κατάθλιψη είναι ασαφή, διότι, εκτός από το καταθλιπτικό συναίσθημα, το πένθος συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα (θυμός, άρνηση της απώλειας, ιδέες ενοχής, διαταραχές του ύπνου και της όρεξης), που απαντώνται και στην κατάθλιψη. Στο πένθος, ωστόσο, όταν το άτομο κατηγορεί τον εαυτό του (αυτομομφή), η ενέργεια αυτή αναφέρεται στην απώλεια του αγαπημένου προσώπου, ενώ στην κατάθλιψη μειώνεται συνολικά η αυτοεκτίμησή του.

Το έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα στο πένθος -σε αντίθεση με την κατάθλιψη- διαρκεί λιγότερο (συνήθως μετά από δύο μήνες αρχίζει να υποχωρεί) και η συνολική λειτουργικότητα του ατόμου δεν παραβλάπτεται τόσο πολύ, όπως στην κατάθλιψη. Όταν το πένθος εκτείνεται τόσο, ώστε το άτομο να μην μπορεί να το ελέγξει και να μην μπορεί να λειτουργήσει σε διάφορους τομείς της ζωής του και παραμένει στην ίδια κατάσταση χωρίς να φτάνει προοδευτικά στην επίλυσή του, τότε το πένθος γίνεται «περιπελεγμένο» και απαιτεί αντιμετώπιση όμοια με αυτή της κατάθλιψης.

## **Προεμμηνορρυσιακή Δυσφορική Διαταραχή**

Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που εμφανίζονται στις γυναίκες στο δεύτερο μισό του κύκλου (ωχρινική φάση), συνήθως 5-7 μέρες πριν την έμμηνο ρύση και εξαφανίζονται 1-2 μέρες μετά την έλευσή της.

Στο 40% των γυναικών τα συμπτώματα είναι ήπια, ενώ στο 2-10% ιδιαίτερα

βασανιστικά. Η διαταραχή, στην αιτιολογία της οποίας εμπλέκονται οι ορμονικές μεταβολές που συνδέονται με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο, εκφράζεται με σωματικά συμπτώματα, αλλαγές στη διάθεση και τη συμπεριφορά.

Τα πιο συνηθισμένα είναι η ευμεταβλητότητα της διάθεσης, η ευερεθιστότητα, η ευσυγκινησία, το άγχος, το μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες, η εύκολη κόπωση και η δυσχέρεια στη συγκέντρωση. Η όρεξη αυξάνεται, κυρίως η επιθυμία για τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, το στήθος διογκώνεται, πρήζονται τα πόδια και συχνά εμφανίζονται κεφαλαλγίες.

## **Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους (κατάθλιψη σε άτομα άνω των 65):**

Στην ουσία, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν διαφέρει από αυτή στους άλλους ενήλικες. Αλλά, η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια, όπως άνοια ή ρευματικά νοσήματα. Είναι σημαντικό αν ένας ηλικιωμένος έχει άλλα προβλήματα υγείας και υποφέρει από κατάθλιψη να λάβει αγωγή και γι' αυτήν. Η φθίνουσα υγεία, ο πόνος που γίνεται πιο δυνατός και η ανικανότητα, καθώς και η μοναξιά λόγω της πιθανής απώλειας του συντρόφου ή η κοινωνική απομόνωση, μπορούν να συνεισφέρουν στην κατάθλιψη. Είναι πολύ σημαντικό η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να παραπονεθούν για σωματικά προβλήματα, αυξημένο άγχος ή προβλήματα με την μνήμη και τη συγκέντρωση, παρά για τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης<sup>(10)</sup>.

### **1.4 ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Η κατάθλιψη, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, καταλαμβάνει σήμερα την τέταρτη θέση και υπολογίζεται ότι μέχρι το 2020 θα αναρριχηθεί στην δεύτερη θέση της κατάταξης. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, στους διαζευγμένους και στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Υπολογίζεται πως το 6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως και 550 χιλιάδες στην Ελλάδα. Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σε όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών

και στο 15% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και το 5,8% ανδρών θα νοσήσουν σε ένα έτος. Πιστεύεται ότι εκτός από τις βιολογικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής των γυναικών (τοκετοί, ανατροφή παιδιών) αλλά και το γεγονός ότι παραδέχονται ευκολότερα ότι είναι καταθλιπτικές, είναι που διαμορφώνουν τα παραπάνω ποσοστά<sup>(11)</sup>.

## **1.5 ΑΙΤΙΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

### **Γενετικοί παράγοντες**

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κλπ.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος<sup>(12)</sup>.

### **Βιολογικοί παράγοντες**

Οι καταθλιπτικοί άνθρωποι συχνά υφίστανται μια μείωση των επιπέδων των νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την μεταφορά ηλεκτρικών ερεθισμάτων από το ένα νευρικό κύτταρο στο άλλο. Δύο νευροδιαβιβαστές, η σεροτονίνη και η νορεπινεφρίνη, όταν δεν βρίσκονται σε ισορροπία ευθύνονται για τις καταθλιπτικές και τις αγχώδεις διαταραχές. Μείωση της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης έχει σαν αποτέλεσμα την αλλαγή της διάθεσης, της κινητοποίησης της σεξουαλικής διάθεσης καθώς και αλλαγές στην όρεξη<sup>(13)</sup>.

### **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

**α) Παράγοντες που δρουν νωρίς στην ζωή :** Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας (π.χ. θάνατος γονιού, χωρισμός γονιών κ.λπ. ) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι.

**β) Παράγοντες που δρουν αργότερα :**

**1) Γεγονότα Ζωής:** Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη .

**2) Τρόπος σκέψης :** Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν. Βασισμένη σ' αυτή την γενική αρχή έχει αναπτυχθεί μια ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να "διορθώσει" αυτά τα λάθη στο τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα

**3) Ασθένειες:** Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις, που το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι πως δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα, έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Τέτοιες παθήσεις είναι: αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος του Parkinson, σκλήρυνση κατά πλάκας, υποθυρεοειδισμός, νόσος του Cushing, AIDS, λοιμώδης μονοπυρήνωση, αναιμία, μεταστατικός καρκίνος κ.α.

**4) Φάρμακα:** Ορισμένα φάρμακα όπως τα αντιυπερτασικά, τα αντισυλληπτικά, τα κορτικοστεροειδή και το αλκοόλ μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης.

**5) Stress:** Στρεσογόνα γεγονότα όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, προβλήματα σε κάποια σχέση ή στο γάμο, διαζύγιο, οικονομικά προβλήματα ή

ανεργία,



μετανάστευση μπορούν να πυροδοτήσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Μερικές φορές αυτό μπορεί να προκληθεί και από ευχάριστα γεγονότα όπως ένας γάμος, μια νέα σχέση, προαγωγή ή μετακόμιση<sup>(14)</sup>.

**6) Άλλοι παράγοντες:** Άλλοι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης είναι ο τοκετός, η εμμηνόπαυση και οι αλλαγές των εποχών.

## **1.6 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

**1) Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος** ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα. Π.χ., μια μητέρα έχασε το ενδιαφέρον της να φροντίσει το μικρό της παιδί, να καθαρίσει το σπίτι της, να βγει έξω να ψωνίσει με μια φίλη της, να ντυθεί όμορφα, πράγματα που πριν την ευχαριστούσαν πολύ. Η αλλαγή αυτή στην συμπεριφορά της

είχε γίνει πολύ αντιληπτή από το στενό της περιβάλλον<sup>(15)</sup>.



**2) Καταθλιπτική Διάθεση,** κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε ημέρα όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων (π.χ., ο ασθενής κλαίει συχνά και φαίνεται πολύ στεναχωρημένος). Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω από αυτό το σύμπτωμα πήρε και την γενικότερη ονομασία της η διαταραχή αυτή<sup>(16)</sup>.

**3) Δυσκολία στον ύπνο.** Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ., μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί, π.χ. από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρόωμη αφύπνιση όπως λέγεται εμφανίζεται πιο συχνά στην κατάθλιψη.

**4) Διαταραχές στην όρεξη για φαγητό.** Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους, π.χ., ένας ασθενής 75 κιλών μπορεί να έχει χάσει σ' ένα μήνα πάνω από 5 κιλά. Σε μια μικρή ομάδα ασθενών προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή υπερφαγία.

**5) Απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ.** Τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης η απώλεια του ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη. Ας σημειωθεί ότι εδώ αναφερόμαστε στην διάθεση για σεξ και όχι στο αν γίνεται ή όχι η ερωτική πράξη.

Π.χ., μια γυναίκα με κατάθλιψη μπορεί να κάνει έρωτα με τον σύζυγό της γιατί εκείνος το θέλει, αλλά η ίδια αν ερωτηθεί θα πει ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμιά ευχαρίστηση.

**6) Απώλεια των δυνάμεων και της ενεργητικότητας.** Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα και γι' αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί από την άλλη να εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί.

**7) Αδυναμία συγκέντρωσης,** σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις.

**8) Ιδέες ενοχής,** αυτομομφής και αναξιότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη τυπικά πιστεύει ότι ο ίδιος φταίει για την τροπή που έχει πάρει η ζωή του, όλα είναι δικό του λάθος. Νιώθει ότι η κατάσταση που περνάει είναι σαν ένα είδος τιμωρίας για πράγματα που έκανε στο παρελθόν. Μπορεί να νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτε σαν άνθρωπος, ότι είναι ένα μηδενικό<sup>(17)</sup>.

**9) Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον.** Ο ασθενής με κατάθλιψη χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Πιστεύει ότι πολύ δύσκολα θα αλλάξει η κατάσταση της ζωής του.

**10) Ιδέες αυτοκτονίας.** Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη<sup>(18)</sup>.

**11) Γενικά σωματικά συμπτώματα.** Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό κ.λπ. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση. Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι 5 ή



περισσότερα συμπτώματα, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα, φτάνουν για να γίνει η διάγνωση.

## 1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ



Οι καταθλιπτικές διαταραχές αντιμετωπίζονται φαρμακευτικά με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ειδικότερα, οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης αποτελούν την πρώτη θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών διαταραχών, λόγω του σχετικά χαμηλού κινδύνου θνησιμότητας σε περίπτωση υπερδοσολογίας, και των σχετικά ελάχιστων ανεπιθύμητων ενεργειών του. Ωστόσο, ο Οργανισμός Φαρμάκων και Τροφίμων των ΗΠΑ (FDA) έχει επιβάλλει στις φαρμακευτικές εταιρίες την υποχρέωση να αναγράφουν προειδοποίηση στις συσκευασίες των συγκεκριμένων φαρμάκων, στις οποίες να αναφέρεται ότι, έπειτα από την έναρξη της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά, είναι δυνατόν τα άτομα να βιώσουν αύξηση της έντασης των αυτοκτονικών σκέψεων<sup>(19)</sup>.

Η θεραπεία της κατάθλιψης συνήθως περιλαμβάνει δύο στάδια:

- 1) Θεραπεία του οξέως σταδίου.
- 2) Συντήρηση του αποτελέσματος που επιτεύχθηκε στο πρώτο στάδιο.

Σκοπός του πρώτου σταδίου της θεραπείας είναι να θεραπεύσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης έτσι ώστε ο ασθενής να αρχίσει πάλι να νιώθει καλά και να ξαναγυρίσει στις συνηθισμένες του δραστηριότητες. Συνήθως αυτό το στάδιο, όταν χρησιμοποιείται φαρμακευτική θεραπεία, κρατάει ένα μήνα περίπου. Έρευνες έχουν δείξει πως οι ασθενείς που σταματούν την θεραπεία σε αυτό το στάδιο έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες υποτροπής στους αμέσως επόμενους μήνες. Αντίθετα, αυτοί που συνεχίζουν την θεραπεία και στο δεύτερο στάδιο θεωρείται ότι θεραπεύονται από το παρόν επεισόδιο κατάθλιψης. Η συνέχιση αυτής της θεραπείας συνήθως εκτείνεται από 3 – 6 μήνες. Μερικοί ασθενείς, που παθαίνουν συχνά επεισόδια κατάθλιψης στη ζωή τους, μπορεί να ωφεληθούν από τη συνεχή χορήγηση αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Έχει βρεθεί ότι εάν κάποιος έχει ιστορικό τουλάχιστον 3 διαφορετικών επεισοδίων κατάθλιψης στη ζωή του, τότε μπορεί να ωφεληθεί από την χρόνια προληπτική θεραπεία, με μεγάλες πιθανότητες να μην ξαναπάθει επεισόδιο στη ζωή του.

Οι κύριοι τύποι θεραπείας της κατάθλιψης είναι οι εξής:

- 1) Αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία.
- 2) Ψυχοθεραπεία.
- 3) Συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας.
- 4) Άλλες θεραπείες (κυρίως Ηλεκτροσπασμοθεραπεία).



Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν πως μπορούν να καταφέρουν να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη από την οποία πάσχουν μόνοι τους. Αυτό είναι αλήθεια ότι μπορεί να συμβεί καθώς ένα επεισόδιο σοβαρής κατάθλιψης μπορεί να περάσει μόνο του μέσα σε 12 μήνες. Ωστόσο, πρέπει κανείς να γνωρίζει τα εξής:

- 1) Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να φέρει σημαντική βελτίωση από τον πρώτο κιόλας μήνα.
- 2) Η θεραπεία νωρίς μπορεί να προλάβει την κατάθλιψη από το να γίνει σοβαρή ή χρόνια.
- 3) Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι μεγαλύτερος σε ανθρώπους που δεν παίρνουν θεραπεία. Με την θεραπεία οι ιδέες αυτοκτονίας εξαφανίζονται γρήγορα.
- 4) Η θεραπεία μπορεί να προλάβει νέα επεισόδια κατάθλιψης. Χωρίς θεραπεία η πιθανότητα να πάθει κανείς δεύτερο καταθλιπτικό επεισόδιο είναι 50% εάν ήδη έχει ένα επεισόδιο στο ιστορικό του. Εάν έχει ήδη πάθει δύο επεισόδια η πιθανότητα να πάθει και τρίτο είναι μεγαλύτερη, ενώ από τα τρία επεισόδια και πάνω η πιθανότητα ξεπερνάει το 90%. Με την θεραπεία η εικόνα αυτή αλλάζει δραματικά.

Μερικές φορές όμως η φαρμακευτική θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική, τότε μπορεί ο ασθενής να χρειαστεί νοσηλεία. Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν στην νοσηλεία είναι οι ακόλουθοι:

1) Υπάρχουν έντονες ιδέες αυτοκτονίας και γενικά ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι αυξημένος (π.χ. ο ασθενής έχει ήδη κάνει μια απόπειρα).

2) Συνυπάρχουν άλλες ιατρικές καταστάσεις που απαιτούν παρακολούθηση σε νοσοκομείο.

3) Χρειάζεται να γίνει ρύθμιση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας (π.χ. ο ασθενής παίρνει θεραπεία αλλά μετά από εύλογο χρονικό διάστημα δεν έχει αποτελέσματα).

4) Χρειάζεται να γίνει θεραπεία που μπορεί να γίνει μόνο στο νοσοκομείο (π.χ. ηλεκτροσπασμοθεραπεία). Συνήθως οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύονται για λίγες ημέρες ή εβδομάδες<sup>(20)</sup>.

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν την διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής. Χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

### **Παρενέργειες φαρμάκων – Νοσηλευτικές ευθύνες**

- Ξηροστομία: Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή του στόματος

- Θαμπή όραση: Εξηγούμε στον ασθενή ότι οι παρενέργειες αυτές θα υποχωρήσουν σε λίγες εβδομάδες.

- Δυσκοιλιότητα: Λήψη τροφών με άφθονες ίνες, λήψη πολλών υγρών, αύξηση σωματικής άσκησης. -Κατακράτηση ούρων: Διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στο νοσηλευτή.

-Καταστολή: Ρύθμιση της λήψης φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με τον γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρύτερο. Διδασκαλία του αρρώστου να μην οδηγεί αυτοκίνητο και να μην χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία, όταν έχει πάρει ηρεμιστικά.

-Ορθοστατική υπόταση: Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Έλεγχος της αρτηριακής πίεσης συχνά.

-Αύξηση ευαισθησίας για την εμφάνιση επιληπτικών σπασμών: Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση.

-Ταχυκαρδία, αρρυθμίες: Μέτρηση σφυγμών και αρτηριακής πίεσης. -Υπερτασική Κρίση<sup>(21)</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

## 2.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Σχεδόν 20% των ατόμων πάνω από την ηλικία των 65 εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα , ενώ περίπου το 40% των ηλικιωμένων πάνω από τα 85 προσβάλλεται από κάποια μορφή κατάθλιψης. Η νόσος στη τρίτη ηλικία προσβάλλει εξίσου άντρες και γυναίκες. Έχοντας όμως ήδη μια αρνητική αντίληψη για τον εαυτό τους καθώς και το φόβο του κοινωνικού στίγματος εξαιτίας της νόσου , οι ηλικιωμένοι σπάνια προστρέχουν για κάποια ψυχιατρική βοήθεια. Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια (άνοια ή ρευματικά νοσήματα) ιδίως όταν συνοδεύεται από διάχυτους πόνους.

## 2.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- Ø Γυναικείο φύλο
- Ø Ιστορικό κατάθλιψης
- Ø Οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης
- Ø Χηρεία/Διαζύγιο
- Ø Φτώχεια
- Ø Διαμονή σε οίκο φροντίδας ηλικιωμένων
- Ø Οργανικά προβλήματα υγείας
- Ø Έλλειψη κοινωνικού πλαισίου υποστήριξης
- Ø Προσωπικότητα
- Ø Φάρμακα και αλκοόλ
- Ø Αλλαγές στην εγκεφαλική λειτουργία

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους βρίσκεται να είναι πιο συχνή στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Έχει προταθεί ένας αριθμός από πιθανά αίτια για αυτό<sup>(22)</sup>.

- Ø Απώλεια του παραδοσιακού γυναικείου ρόλου της φροντίδας του σπιτιού εξαιτίας σωματικής ανικανότητας.
- Ø Συνταξιοδότηση του συζύγου και «εισβολή» του στο σπίτι.

- Ø Θλίψη και μοναξιά ως επακόλουθο του θανάτου του συζύγου.
- Ø Έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια π.χ. στους άγαμους ή όταν έχουν φύγει τα παιδιά από το σπίτι.
- Ø Οικονομικοί περιορισμοί ή δυσκολία να ταξιδέψουν που οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση.
- Ø Απώλεια του μητρικού και του ρόλου της «κεφαλής» της οικογένειας όταν ο ηλικιωμένος μετακινείται σε εναλλακτική μορφή κατοικίας.

Θεωρείται γενικά ότι οι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν λιγότερο σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης όσο η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων αυξάνεται. Ωστόσο, τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης είναι πιο ευάλωτα στην εμφάνιση υποτροπής. Δεδομένου ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται σε υψηλά ποσοστά σε οίκους φροντίδας ηλικιωμένων, η διαμονή σε αυτές τις δομές πρέπει να θεωρηθεί παράγοντας κινδύνου. Αν και η διαμονή σε αυτές τις δομές είναι πιθανόν να συνδέεται με υψηλά ποσοστά αναπηρίας των ηλικιωμένων, ο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της κατάθλιψης είναι η αυτενέργεια των ηλικιωμένων, η δυνατότητα τους για επικοινωνία και η ελευθερία των επιλογών τους. Οι άνθρωποι που έχουν εισέλθει πρόσφατα σε κάποια δομή φροντίδας ηλικιωμένων έχουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η προσωπικότητα και ο τρόπος ζωής του ηλικιωμένου μπορούν να επηρεάσουν τη πιθανότητα ανάπτυξης κατάθλιψης<sup>(23)</sup>.

## 2.3 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, αποτέλεσμα δηλαδή μίας άλλης ψυχιατρικής ή μη διαταραχής.

Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι τριών ειδών:

**1) Μείζων κατάθλιψη:** όπως ορίζεται από τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα DSM IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας και ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Στη μείζονα κατάθλιψη κυριαρχεί μία καταθλιπτική διάθεση σε



βαθμό που είναι ανατιολόγητη και κατά βάση δεν επηρεάζεται από τα γεγονότα της ζωής. Η καταθλιπτική είναι παρούσα στη μεγαλύτερη διάρκεια της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα. Η καταθλιπτική διάθεση μπορεί να μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της μέρας και είναι αξιοσημείωτα χειρότερη το πρωί σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης. Το άτομο αναφέρει ότι δεν ενδιαφέρεται τόσο για τις συνήθειες δραστηριότητες όσο προηγουμένως ή ότι δε μπορεί να αισθανθεί ευχαρίστηση. Η μειωμένη ενέργεια εκφράζεται ως επιμένουσα κόπωση ακόμη και σε απουσία έντονης σωματικής δραστηριότητας. Ψυχοκινητική επιβράδυνση μπορεί να επέλθει με επιβραδυνόμενη, μονότονη ομιλία, αυξημένες παύσεις πριν απαντήσει το άτομο, αργές κινήσεις του σώματος και ομιλία φτωχή σε λέξεις ή ακόμη και αλαλία. Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να αναπτυχθεί καταθλιπτική εμβρονησία. Το άτομο μπορεί να παραπονιέται για προβλήματα μνήμης και αναποφασιστικότητα και μπορεί να εμφανίζεται αναστατωμένο.

Συγκεκριμένα απαιτείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων για δύο τουλάχιστον εβδομάδες.

- Συναίσθημα (μελαγχολία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα απελπισίας)
- Ψυχοκινητικές διαταραχές (διέγερση ή καταστολή)
- Γνωστικές διαταραχές (ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή στη μνήμη και συγκέντρωση)
- Σωματικά συμπτώματα (μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη, τη σεξουαλική επιθυμία) και
- Κοινωνική απόσυρση<sup>(24)</sup>.

**2) Δυσθυμία:** χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε βαρύτητα. Επίσης η συμπτωματολογία θα πρέπει να υπάρχει για δύο τουλάχιστον χρόνια τις περισσότερες ημέρες.

**3) Άτυπες μορφές:** παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με όψιμης έναρξης κατάθλιψη, δηλαδή εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60ό έτος. Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και συγκαλυμμένη κατάθλιψη, γιατί χαρακτηρίζονται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων. Μερικές από τις σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες

παραπονούνται αυτοί οι ασθενείς είναι κόπωση, διάχυτα άλγη, γαστρεντερικά ενοχλήματα και ελαττωμένη ενεργητικότητα<sup>(25)</sup>.

Η δευτερογενής κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι δύο μορφών :

**1)Οργανική κατάθλιψη:** είναι αποτέλεσμα βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε λόγω μίας νόσου που προσβάλλει και επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), είτε λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές. Ενδεικτικά μερικά νοσήματα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη δευτερογενώς είναι εγκεφαλικά επεισόδια (κυρίως αριστερό ημισφαίριο), οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός), νεοπλάσματα (π.χ. παγκρέατος), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. αφυδάτωση), αναιμία κ.ά. Επίσης ορισμένα φάρμακα που προκαλούν ως παρενέργεια κατάθλιψη είναι τα αντιυπερτασικά (β-αναστολείς, κλονιδίνη, μεθυλντόπα), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οι βενζοδιαζεπίνες και τα κορτικοστεροειδή<sup>(26)</sup>.

**2)Καταθλιπτικές αντιδράσεις ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων:** η πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση στη σωματική νόσο είναι η αντίδραση προσαρμογής όπως ορίζεται στο DSM IV και το πρώτο σύμπτωμα είναι άγχος, ενώ στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια της κοινωνικής θέσης, εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω της σωματικής νόσου, μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με τέτοια μορφή δευτερογενούς κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία.

## 2.4 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ένας μέσος επιπολασμός της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό στις ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνεται από 12,3% και 14,1% για τις γυναίκες και 8,6% για τους άνδρες. Σε μια μετανάλυση ερευνών παγκοσμίως ο μέσος επιπολασμός ήταν 13,3% για όλα τα καταθλιπτικά σύνδρομα με τα ποσοστά της μείζονος κατάθλιψης να είναι κατά μέσο

όρο 1,8%. Αν και ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης είτε παραμένει σταθερός είτε ίσως και να μειώνεται με την ηλικία, όταν λαμβάνονται υπ' όψιν όλες οι κατηγορίες κατάθλιψης, είναι πιθανό ο συνολικός επιπολασμός να αυξάνεται με την ηλικία. Φαίνεται ότι το γήρας από μόνο του δεν είναι παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη μείζονος κατάθλιψης. Οι όποιες θετικές συσχετίσεις μάλλον εξηγούνται από τα αυξημένα προβλήματα υγείας, τα οποία είναι όπως θα δούμε ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης. Σε έρευνες που έχουν γίνει σε ειδικούς πληθυσμούς έχουν βρεθεί ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης. Επίσης, η κατάθλιψη συνυπάρχει σε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά με κάποια χρόνια νοσήματα. Τα ποσοστά της μείζονος κατάθλιψης είναι συνήθως πολύ χαμηλότερα από το συνολικό επιπολασμό της κατάθλιψης. Το μήνυμα-κλειδί είναι ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε αυτά τα περιβάλλοντα ή με αυτούς τους πληθυσμούς θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τους ηλικιωμένους με κατάθλιψη. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην έρευνα του Raftopoulos (2005) σε δείγμα 380 ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε 8 νοσοκομεία της Ελλάδος, το 38,4% έπασχαν από κατάθλιψη και σε κανένα φάκελο νοσηλείας δεν υπήρχε σχετική διάγνωση ή νοσηλευτική εκτίμηση. Στην ίδια έρευνα, από τους 149 ασθενείς που έπασχαν από κάποιο χρόνια νόσημα, οι 84 εμφάνιζαν κατάθλιψη<sup>(27)</sup>.

## 2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν υπάρχει τίποτα το δύσκολο στην θεραπεία της κατάθλιψης. Δεν πονάει. Δεν είναι δυσάρεστη. Αλλά είναι αλήθεια ότι το δυσκολότερο μέρος της είναι η αρχή :

- Είναι δύσκολο για ένα άτομο με κατάθλιψη να σηκωθεί και να ζητήσει βοήθεια
- Μπορεί να είναι δύσκολο να βρεθεί κάποιος που θα κάνει τη σωστή διάγνωση.

Αφού ξεπεραστούν τα εμπόδια αυτά, ο δρόμος της ανάρρωσης είναι εύκολος. Είναι πολύ σημαντικό, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να παραπονεθούν για σωματικά προβλήματα, αυξημένο άγχος ή προβλήματα με την μνήμη και τη συγκέντρωση, παρά για τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους μπορεί να έχει την ίδια επιτυχία που

έχει σε όλες τις άλλες ομάδες, αλλά μπορεί η ύπαρξη άλλων ασθενειών ταυτόχρονα να την κάνει πολύπλοκη.

- Οι ηλικιωμένοι πιθανά να μη χρειάζονται τόσο μεγάλες ποσότητες αντικαταθλιπτικών όσο οι νεότεροι
- Οι ηλικιωμένοι φαίνεται να είναι πιο ευαίσθητοι στις παρενέργειες κάποιων αντικαταθλιπτικών
- Υπάρχει η πιθανότητα κάποιες θεραπείες για την κατάθλιψη να αλληλεπιδράσουν με την αγωγή που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι για την αντιμετώπιση τυχόν συνυπαρχουσών ασθενειών

## **2.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Παρεμβάσεις για τη κατάθλιψη στους ηλικιωμένους:

- **Γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία**

Πρόκειται για μια μορφή ψυχοθεραπείας που εστιάζει στα παρόντα προβλήματα του ασθενή. Βασίζεται στην ενεργητική συνεργασία θεραπευτή και θεραπευόμενου.

Ολοκληρώνεται σε 15-20 συνεδρίες, που γίνονται μία φορά την εβδομάδα.

Αποσκοπεί στην τροποποίηση και ανασκευή των αρνητικών «γνωσιών», του αρνητικού τρόπου, δηλαδή, με τον οποίο ο ασθενής «βλέπει» τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον. Από ερευνητικά δεδομένα έχει κατοχυρωθεί αποτελεσματικότητά της στη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης.

- **Διαπροσωπική θεραπεία**

Επικεντρώνει και αυτή στα παρόντα προβλήματα του ασθενή. Ολοκληρώνεται σε 12-16 συνεδρίες που διενεργούνται μία φορά την εβδομάδα. Αποσκοπεί στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, επιδιώκοντας να επιλυθούν τα προβλήματα που απορρέουν από τις διαπροσωπικές σχέσεις, την οικογενειακή ζωή και το εργασιακό περιβάλλον. Ο θεραπευτής ενημερώνει τον θεραπευόμενο για τη νόσο (ψυχοεκπαίδευση) και τον εκπαιδεύει για το πως θα βελτιώσει τις δεξιότητές του στη διαπροσωπική επικοινωνία. Είναι αποτελεσματική για τις ήπιες μορφές της κατάθλιψης.

- **Σύντομη ψυχοδυναμική θεραπεία**

Η ψυχοθεραπεία αυτή, μπορεί να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια. Στοχεύει στην επεξεργασία και την επίλυση των ενδοψυχικών συγκρούσεων του ατόμου, στη συνειδητοποίηση των επιθυμιών και των αναγκών του και όχι στην προσωρινή ανακούφιση που παρέχεται με την άρση των συμπτωμάτων. Αποσκοπεί στην αποκάλυψη και επίλυση των εσωτερικών συγκρούσεων, που έχουν την αφετηρία στην παιδική ηλικία. Ενδείκνυται στις ήπιες και χρονίζουσες μορφές της κατάθλιψης και στις καταθλίψεις που σχετίζονται με τη δομή της προσωπικότητας του ατόμου.

- **Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις**

Με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις επιδιώκεται να αμβλυνθούν οι στρεσογόνοι εκείνοι παράγοντες που πυροδοτούν την έναρξη μιας καταθλιπτικής φάσης, που επιμηκύνουν την διάρκειά της, που επιδεινώνουν τη συμπτωματολογία της και καθιστούν το άτομο ευάλωτο, δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για υποτροπή και επανεμφάνιση της νόσου. Με παρεμβάσεις που ασκούνται στην οικογένεια επιδιώκεται να εξομαλυνθούν οι συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, τροποποιώντας εκείνες τις συνθήκες ή τις συμπεριφορές που προκαλούν τις έριδες, τις προστριβές και τις συγκρούσεις. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, επίσης, μεριμνούν για την ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών του ατόμου, δημιουργώντας έναν εύρωστο υποστηρικτικό κοινωνικό ιστό<sup>(28)</sup>.

## **2.7 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Η Προληπτική Παρέμβαση ακολουθεί την φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες. Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της νόσου, διακρίνονται 3 επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής Προληπτική Παρέμβαση.

## 2.7.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η Πρωτογενής Πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα.

Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον γενικό τρόπο ζωής. Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό, σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία και γενικά την απόκτηση υγιεινών συνηθειών. Ακόμη ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες όπως το κάπνισμα, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ό,τι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία.

Στην Πρωτογενή Πρόληψη γίνονται προσπάθειες για τον περιορισμό και την πρόληψη χρόνιων νοσημάτων (όπως τα καρδιακά νοσήματα). Παρά το γεγονός ότι η επιτυχία της παρέμβασης δεν είναι εξασφαλισμένη πάντοτε, οπωσδήποτε περιορίζονται η έκταση της νόσου και οι παθολογικές αλλαγές που θα απέλθουν.

Οι ειδικές πρωτογενείς προληπτικές παρεμβάσεις αναφέρονται στα μέτρα που λαμβάνονται, προκειμένου να προστατευτεί το άτομο από συγκεκριμένα αίτια ή παράγοντες.

Στα χρόνια νοσήματα, που δεν υπάρχει συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας, η παρέμβαση είναι μόνο έμμεση. Προκειμένου λοιπόν να περιορισθούν τα προβλήματα, οι παράγοντες πρέπει να καταπολεμηθούν<sup>(29)</sup>.

## 2.7.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η Δευτερογενής Πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια, σε περίπτωση δε που τούτο δεν είναι δυνατόν, να περιοριστεί η εξέλιξή της και να προληφθούν επιπλοκές. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού (γνωστό διεθνώς ως screening) είναι ο πιο συχνά

χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα.

Η έγκαιρη διαπίστωση και θεραπεία έχει πολύτιμα αποτελέσματα. Τμήμα της δευτερογενούς πρόληψης πρέπει να αποτελεί και η διδασκαλία του πληθυσμού σχετικά με τη σπουδαιότητα του περιοδικού ελέγχου της υγείας τους<sup>(30)</sup>.

### **2.7.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η Τριτογενής Πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια και στην αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας.

Οι ψυχοκοινωνικές και λογοθεραπευτικές υπηρεσίες επίσης ανήκουν στην κατηγορία αυτή.

**ΥΓΕΙΑ** (σύμφωνα με τον Balog) μπορεί να καθοριστεί σαν η κατάσταση εκείνη του σώματος και πνεύματος, η οποία δίδει τη δυνατότητα στα άτομα να κατευθύνονται με επιτυχία προς τους επιθυμητούς λειτουργικούς και κοινωνικούς τους αντικειμενικούς σκοπούς.

**ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ** (σύμφωνα με τον Balog) είναι η παροχή πληροφοριών σχετικά με συνήθειες της ζωής που προωθούν την καλή λειτουργικότητα σώματος και πνεύματος και ενθαρρύνουν τα άτομα για αυτοέλεγχο και αυτοφροντίδα σε θέματα Υγείας.

Η υγεία δεν είναι μια κατάσταση στατική, αλλά μια συνεχής διεργασία, η οποία κατά ένα μεγάλο ποσοστό, βασίζεται ή εξαρτάται από τη δυνατότητα του ατόμου να προσαρμοστεί στο περιβάλλον, το οποίο επίσης συνεχώς μεταβάλλεται. Ένα άτομο θεωρείται υγιές, όταν μπορεί να παραμείνει κοινωνικά, διανοητικά και ψυχικά δραστήριο, ακόμη και όταν υποφέρει από κάποιο ενόχλημα ή παρουσιάζει αδυναμία ή ανικανότητα. Όταν μπορεί να χρησιμοποιήσει αποδοτικά τις δυνάμεις του και να ξεπεράσει τις αδυναμίες και ελλείψεις του.

Εάν αυτό είναι πραγματικότητα για όλα τα άτομα, ισχύει πολύ περισσότερο για τους ηλικιωμένου.

Κάθε ηλικιωμένο άτομο που μπορεί να χρησιμοποιεί αποδοτικά και στον καλύτερο δυνατό βαθμό τις δυνατότητές του, ξεπερνώντας τις αδυναμίες του, θεωρείται υγιές.

Οι διεθνείς και περιφερειακοί οργανισμοί, οι τοπικοί παράγοντες της κάθε μιας χώρας, οι ασχολούμενοι με την υγεία, την κοινωνιολογία και την οικονομία, ενδιαφέρθηκαν για τον συνεχώς αυξανόμενο πληθυσμό των ηλικιωμένων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), σε ειδικά αφιερωμένη στους ηλικιωμένους συνέλευση (Βιέννη 1982), τόνισε αφενός την αναγκαιότητα της συστηματικής ερευνητικής μελέτης και συγκέντρωσης πληροφοριών σχετικά με τις ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων και αφετέρου τις επιπτώσεις της αύξησης του ποσοστού του ηλικιωμένου πληθυσμού στην Εθνική και Διεθνή Οικονομία και στην κοινωνική και πολιτική ζωή.

## **2.8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Σύμφωνα με την Carnevali ο πρωταρχικός σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο (και την οικογένεια) να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής και να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δραστηριότητες. Τούτο γιατί τόσο οι απαιτήσεις όσο και οι δραστηριότητες επηρεάζουν και επηρεάζονται από την υγεία και την αρρώστια, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τον γενικότερο τρόπο ζωής του ατόμου. Στο ηλικιωμένο άτομο η ισορροπία μεταξύ των δραστηριοτήτων και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται. Μερικές δραστηριότητες περιορίζονται, αλλά και πολλές εξακολουθούν να υπάρχουν. Οι απαιτήσεις της καθημερινής ζωής λόγω της έκπτωσης των διαφόρων λειτουργιών αυξάνονται. Πηγές και μέσα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ηλικιωμένο, με αποτέλεσμα να υφίσταται πολλές απώλειες και να περιοριστεί πολύ η υποστηρικτική του ικανότητα. Το άτομο που ήταν μέχρι τώρα ανεξάρτητο σε όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες, αναγκάζεται να στηριχθεί σε άλλους. Η ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων/αναγκών και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται και είναι δύσκολο γι' αυτόν να ανταποκριθεί χωρίς παρέμβαση και βοήθεια από το περιβάλλον. Η αρρώστια μειώνει ακόμη περισσότερο τις φυσιολογικές και ψυχολογικές προσαρμοστικές δυνατότητες του



ηλικιωμένου ατόμου. Προσθέτει δε περισσότερο βάρος στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, γιατί ο άρρωστος ηλικιωμένος αναγκάζεται να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες : - νέα συμπτώματα και προβλήματα - διαγνωστικές εξετάσεις - διάφορες θεραπείες για αντιμετώπιση προβλημάτων - παρενέργειες θεραπειών και φαρμάκων - αλλαγή περιβάλλοντος - αλλαγές στο διαιτολόγιο - παραβίαση της ατομικότητάς του - απαιτήσεις για νέες γνώσεις και δεξιότητες Η Νοσηλευτική φροντίδα παρεμβαίνει για να βοηθήσει την επαναφορά του ατόμου στην ισορροπία, αυξάνοντας τις υποστηρικτικές πηγές. Η προσαρμοστική του δυνατότητα θα εξαρτηθεί από το βαθμό «συνθηκολόγησης» ή συμμόρφωσης στα μέσα που προτείνονται για να αντιμετωπιστεί η κατάσταση, πράγμα που και πάλι εξαρτάται από τον μέχρι τότε συνήθη τρόπο ζωής του ηλικιωμένου. Όπως σε όλους τους άλλους τομείς, έτσι και στον ηλικιωμένο, σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο να διεκπεραιώσει τις δραστηριότητες εκείνες, που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, στην αποκατάστασή της σε περίπτωση αρρώστιας ή ακόμη και σε ένα ειρηνικό όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο θάνατο. Τις δραστηριότητες αυτές μπορούσε να διεκπεραιώσει το άτομο μόνο του, εάν διέθετε την απαραίτητη δύναμη, θέληση και γνώση. Στη φροντίδα του ηλικιωμένου ιδιαίτερα υπάρχουν τέσσερις σπουδαίοι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη και να τεθούν σαν βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας <sup>(31)</sup>:

### **1. Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου**

Ο καθένας στην κοινωνία του 20ου αιώνα τακτοποιεί τον εαυτό του και τα δικά του θέματα όπως ο ίδιος νομίζει καλύτερα, επιλέγει τον τόπο διαμονής καθώς και τον τρόπο ζωής του. Οτιδήποτε έχει σχέση με τον εαυτό του, από την εμφάνιση και την ενδυμασία μέχρι την επιλογή των τροφίμων, στην αγορά και τον τρόπο ετοιμασίας της τροφής, αλλά και το πώς χρησιμοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του, αποτελούν θέματα δικής του προσωπικής επιλογής. Όλα αυτά δείχνουν κάτι από την προσωπικότητά του και τον χαρακτήρα του. Ο ηλικιωμένος κινδυνεύει να χάσει αυτήν την ατομικότητά του, για δύο κυρίως λόγους : διότι με τη διεργασία του γήρατος και τις διάφορες ασθένειες που το συνοδεύουν, αισθάνεται φυσική ή πνευματική αδυναμία και ανικανότητα διεκπεραίωσης των δραστηριοτήτων αυτών της καθημερινής ζωής, χωρίς βοήθεια. Η απομάκρυνσή του από τον χώρο εργασίας και δραστηριότητας με τη συνταξιοδότησή του, μπορεί να του δημιουργήσει το αίσθημα ενός πολίτη δεύτερης κατηγορίας, εάν αισθάνεται ότι δεν είναι πια χρήσιμος

και αποδοτικός οικονομικά, επαγγελματικά και κοινωνικά. Οι δύο αυτοί παράγοντες πρέπει να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, ώστε ο ηλικιωμένος να μπορέσει να διατηρήσει την ατομικότητα και την αξιοπρέπειά του. Εάν ο ηλικιωμένος παραμείνει στο δικό του περιβάλλον, στο σπίτι και στην κοινότητα που συνήθισε να ζει, η ατομικότητά του είναι περισσότερο σεβαστή. Για να μπορέσει, όμως, να διατηρήσει αυτήν την ανεξαρτησία, πρέπει να εξασφαλιστούν οι εξής προϋποθέσεις :

- ισορροπία στην υγεία του, ώστε να μη χρειάζεται εντατική φροντίδα ή 24ωρη κάλυψη
- κατάλληλο περιβάλλον το οποίο να προσαρμόζεται στις αδυναμίες του
- κοινωνική υποστήριξη, ιδιαίτερα αναγκαία όταν ο ηλικιωμένος ζει μόνος του.

## **2. Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα**

Η αρχική αξιολόγηση του ηλικιωμένου θα βοηθήσει να διαπιστωθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες, σε σχέση με την κάλυψη των άμεσων ατομικών του αναγκών (καθαριότητα, διατροφή, ενδυμασία) καθώς και των ευρύτερων αναγκών του (ψώνια, μαγείρεμα, καθαριότητα περιβάλλοντος). Η φροντίδα θα προγραμματιστεί έτσι, ώστε να ενισχύει τις δυνατότητες και να περιορίσει τις αδυναμίες. Δυσκολίες στην αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου πρέπει να αναμένονται τόσο από την πλευρά του ίδιου όσο και του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος που βοηθάει στην φροντίδα. Πολύ συχνά τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν έχουν την υπομονή να περιμένουν τον ηλικιωμένο να διεκπεραιώσει σε αργό ρυθμό και με αρκετές ελλείψεις, κάποια δραστηριότητα (π.χ. ξύρισμα, ντύσιμο, φαγητό) και προτιμούν να την τελειώσουν οι ίδιοι πιο γρήγορα, με αποτέλεσμα βέβαια, η δυνατότητα του ίδιου του ατόμου για αυτοφροντίδα να περιορίζεται και να γίνεται συνεχώς και περισσότερο εξαρτημένο από τους άλλους. Στο θέμα της αυτοφροντίδας και της σημασίας της, τόσο ο ηλικιωμένος όσο και η οικογένεια έχουν ανάγκη ενημέρωσης. Χρειάζεται να αντιληφθεί η οικογένεια ότι η πλημμελής έστω διεκπεραίωση ορισμένων δραστηριοτήτων δίνει στον ηλικιωμένο το αίσθημα της χρησιμότητας και της ικανοποίησης. Το θέμα γίνεται πιο δύσκολο, όταν ο ίδιος ο ηλικιωμένος δεν έχει την διάθεση και τη θέληση να δραστηριοποιηθεί, οπότε χρειάζεται προσεκτική μελέτη να διαπιστωθούν τα αίτια της αδυναμίας αυτής, τα οποία τις πιο πολλές φορές είναι οργανικά, οφειλόμενα δηλαδή στην ίδια την αρρώστια, αλλά και σε ποικίλους

άλλους λόγους, ψυχολογικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς. Η αυτοφροντίδα ενισχύεται περισσότερο σε ένα περιβάλλον γνωστό και οικείο στον ηλικιωμένο, όπως είναι το σπίτι του, όπου νοιώθει και περισσότερη ασφάλεια, αφού βέβαια προηγηθούν κάποιες μεταβολές ή αναπροσαρμογή του περιβάλλοντος, όπου χρειάζεται<sup>(32)</sup>.

### **3. Διδασκαλία – Αγωγή Υγείας του ηλικιωμένου και της οικογένειας**



Το πρώτο βήμα στην οργάνωση προγράμματος διδασκαλίας στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια αποτελεί η αξιολόγηση της ετοιμότητας για μάθηση. Χωρίς αποδοχή του προβλήματος δεν είναι δυνατό να είναι έτοιμος να δεχθεί αποτελεσματικά το πρόγραμμα διδασκαλίας. Χρειάζεται, λοιπόν, η προσαρμογή του ατόμου και της οικογένειας στη νέα κατάσταση. Τόσο οι συγγενείς όσο και το ίδιο το άτομο είναι δυνατόν να δυσκολεύονται πάρα πολύ να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα και τούτο παρά το ότι παραδέχονται την κατάσταση σαν υπαρκτό γεγονός. Το δεύτερο βήμα αποτελεί η αξιολόγηση της δυνατότητας για μάθηση. Παράγοντες που συντελούν σ' αυτό είναι το μορφωτικό επίπεδο, η επίδραση της αρρώστιας στο επίπεδο αντίληψης του ατόμου και το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Η φυσική κατάσταση επίσης επιδρά. Πόσα και ποια είναι αυτά που θα διδάξει ο νοσηλευτής στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια;

Ο ηλικιωμένος και η οικογένεια πρέπει να μάθουν όσα τους χρειάζονται, για να μπορούν να αντιμετωπίζουν με ασφάλεια και εμπιστοσύνη την δυσκολία και

αδυναμία τους στο περιβάλλον του σπιτιού. Λαμβάνεται βέβαια υπόψη και το πόσο ζητάει και τί δυνατότητες έχει ο ηλικιωμένος να αντιληφθεί τις πληροφορίες που του προσφέρονται. Μερικοί ζητούν να μάθουν πολύ περισσότερα για την αρρώστια τους, άλλοι περιορίζονται στα πολύ βασικά και απαραίτητα. Βασική στην αρχή είναι η αξιολόγηση των γνώσεων που ήδη υπάρχουν σχετικά με το συγκεκριμένο πρόβλημα και όσα σχετίζονται με τη θεραπεία και τις παρενέργειες. Με αυτήν την αξιολόγηση, είναι δυνατόν να ανακαλυφθούν προκαταλήψεις, φόβοι ή λανθασμένες γνώσεις σχετικά με το θέμα, οι οποίες καλό είναι να επισημανθούν από την αρχή. Με βάση τις υπάρχουσες γνώσεις, ο νοσηλευτής προχωράει στην επιπλέον ενημέρωση που κρίνει ότι είναι απαραίτητη, προσφέροντας στην αρχή βασικές εξηγήσεις του μηχανισμού και της θεραπείας που εφαρμόζεται. Δίνει απλές εξηγήσεις. Διαγράμματα, σχέδια και εικόνες πρέπει να είναι ευμεγέθη για να μπορεί να τα βλέπει και το άτομο με την περιορισμένη όραση. Όταν το άτομο διδάσκεται τεχνικές, πρέπει να βλέπει τα συγκεκριμένα αντικείμενα, να τα πάρει στα χέρια του και να ασκηθεί στην χρησιμοποίησή τους. Το άτομο ενισχύεται να απευθύνει ερωτήσεις και να εκφράζει την δυσκολία του. Η διδασκαλία-ενημέρωση έχει τρεις βασικούς σκοπούς :

- την διατήρηση ισορροπίας στην υγεία του ηλικιωμένου
- την πρόληψη διαφόρων επιπλοκών τόσο από την αρρώστια όσο και από τα διάφορα φάρμακα και θεραπείες
- την πρόληψη ατυχημάτων μέσα στο χώρο του σπιτιού και εκτός αυτού<sup>(33)</sup>.

#### **4. Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας**

Οι ποικίλες ανάγκες υγείας του ηλικιωμένου απαιτούν την συνεργασία πολλών επιστημόνων άλλων ειδικοτήτων. Η αποτελεσματικότητα της ομάδας εξαρτάται από το κατά πόσο κάθε μέλος της ομάδας υγείας σέβεται και υπολογίζει τον ρόλο και τις αρμοδιότητες των άλλων μελών. Κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να έχει πρόσβαση στις γραπτές πληροφορίες που καταχωρούν τα άλλα μέλη, ώστε όλοι να είναι ενήμεροι για την πορεία της υγείας του ατόμου και να είναι έτοιμοι να προσφέρουν αποτελεσματικά την συμβολή τους στις συναντήσεις που γίνονται σε συχνά, τακτά χρονικά διαστήματα. Την ηγεσία της ομάδας αναλαμβάνει κάθε φορά κάποιος από

τους επιστήμονες, ανάλογα με την κατάσταση του ατόμου, που δέχεται τις υπηρεσίες και τις άμεσες ανάγκες του<sup>(34)</sup>.

## **2.9 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Σύμφωνα με έρευνες που ανασκοπήθηκαν δίνουν έμφαση ξανά στη σημασία της έγκαιρης ανίχνευσης και της πλήρους θεραπείας της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Διαφορετικά θα μεταπέσει σε μια χρόνια νόσο ή οι υποτροπές θα είναι συχνές. Οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της πρόγνωσης :

1. Το αρχικό επεισόδιο της κατάθλιψης θα πρέπει να αντιμετωπιστεί επαρκώς σε οποιοδήποτε περιβάλλον. Οι νοσηλευτές έχουν ένα ρόλο στην οργάνωση των ψυχολογικών και κοινωνικών παρεμβάσεων συμπληρωματικών ή εναλλακτικών των άλλων θεραπειών.
2. Όταν χρησιμοποιούνται αντικαταθλιπτικά η συμμόρφωση θα πρέπει να αξιολογείται περιοδικά κατά την οξεία φάση, τη φάση της συνέχισης και τη φάση της συντήρησης.
3. Μία νέα οργανική νόσος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται αμέσως.
4. Οι ασθενείς με άνοια που γίνονται καταθλιπτικοί θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να θεραπεύονται κατάλληλα.
5. Οι νοσηλευτές μπορεί να εμπλακούν σε ομάδες υποστήριξης οι οποίες είναι σημαντικές για τη πρόληψη της υποτροπής.

Οι νοσηλευτές μπορούν να συντονίσουν το σχεδιασμό της φροντίδας και της θεραπείας. Ένας συντονισμένος σχεδιασμός της θεραπείας θα εξασφαλίσει ότι όλοι όσοι εμπλέκονται στη φροντίδα του ατόμου γνωρίζουν να αναφέρουν τις αλλαγές στη διάθεση και τη συμπεριφορά στο συντονιστή της φροντίδας έτσι ώστε να ανιχνευθούν τα πρώιμα σημάδια μιας πιθανής υποτροπής. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να χρειαστούν αναθεώρηση, το άτομο μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιεί το νοσοκομείο ημέρας ενώ κάποιο ανακύπτον γεγονός, μπορεί να χρειαστεί ψυχολογική ή κοινωνική παρέμβαση.



# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

# ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

## 3.1 ΤΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟ ΑΤΟΜΟ

Η κατάθλιψη είναι αναμφίβολα μια σοβαρή κατάσταση και οι επιπτώσεις της έχουν αντίκτυπο σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του άτομου που την έχει υποστεί. Επηρεάζει άμεσα την υγεία του ασθενούς στην περίπτωση μάλιστα συννοσηρότητας. Επιφέρει αλλαγές όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο αλλά και ψυχολογικό. Επιδρά στην ψυχοσύνθεση του ασθενούς, στις σχέσεις του με τα άτομα του περιβάλλοντος του και εν γένει στο κοινωνικό του γίνεσθαι. Οι επιπτώσεις της ωστόσο δεν περιορίζονται στο άτομο που πάσχει από αυτήν, αλλά εκτείνονται και στην οικογένεια και στο φιλικό περιβάλλον του ασθενούς. Η επιρροή αυτή, αν και έμμεση, είναι εξίσου σημαντική. Η κατάθλιψη επίσης έχει συνδεθεί με προβλήματα μνήμης. Η κατάθλιψη συγκαταλέγεται στους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας τόσο σε ενήλικα όσο και σε νεαρά άτομα. Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν κάποιον στην αυτοκτονία σχετίζονται με ψυχολογικούς, κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες. Οι δύο πρώτοι γίνονται ιδιαίτερα αισθητοί μέσα από τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνονται όπως είναι για παράδειγμα η έλλειψη κοινωνικών συναναστροφών, ρήξεις στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις του ατόμου, απομόνωση, απελπισία κ.τ.λ. Όσον αφορά τους βιολογικούς παράγοντες, επιστημονικές μελέτες έχουν καταδείξει ότι σφάλματα στους υποδοχείς των νευρομεταβιβαστών του εγκεφάλου σχετίζονται με αυτοκτονικές τάσεις. Συγκεκριμένα υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης και η μειωμένη σεροτονινεργική μεταβολική δραστηριότητα επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου και μπορεί να οδηγήσουν σε βίαιες εκδηλώσεις και απόπειρες αυτοκτονίας. Οι ειδικοί διατείνονται ότι οι ασθενείς με βαριά κατάθλιψη δεν οδηγούνται στην αυτοκτονία λόγω της αδράνειας στην οποία έχουν περιέλθει. Ωστόσο μόλις ανακτήσουν τη χαμένη ενέργεια τους με τη βοήθεια της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν ενδέχεται να εκδηλώσουν αυτοκαταστροφικές τάσεις. Αυτό μπορεί να συμβεί όχι μόνο στην αρχή αλλά και κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής όταν το άτομο εξακολουθεί να διατηρεί την άρνηση του απέναντι στη ζωή.



- Αδικαιολόγητα και ξαφνικά ξεσπάσματα.
- Απώλεια της ικανότητας να συγκεντρωθούν στα μαθήματα τους, αφηρημάδα, μείωση της σχολικής επίδοσης.
- Σεξουαλική ασυδοσία.
- Αλλαγές στη φιλικές του σχέσεις.
- Αισθήματα ενοχής, ντροπής και θύμου. Η αυτοκτονική διάθεση είτε αφορά ενήλικα άτομα είτε έφηβους προλαμβάνεται με την έγκαιρη διάγνωση. Απαιτείται να γίνει ακριβής διαπίστωση της σημαντικότητας του κίνδυνου και στη συνέχεια καθορισμός των παραγόντων που σχετίζονται με αυτόν ώστε να ακολουθηθεί η κατάλληλη παρέμβαση<sup>(35)</sup>.

### **3.1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ**

1. Η νοσηλεία ενδείκνυται για την περίπτωση που θα αξιολογηθεί ότι το άτομο διατρέχει υψηλό κίνδυνο για αυτοκατευθυνόμενη βία.
2. Οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται κατά τη νοσηλεία του ατόμου αφορούν στη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο ελαχιστοποιείται δυνατότητα του ατόμου να πραγματοποιήσει τις ιδέες αυτοκτονίας.
  - i. Αν και η εισαγωγή του ατόμου στη νοσοκομειακή μονάδα νοσηλείας γίνεται εθελοντικά, 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.
  - ii. Ανάλογα με την πολιτική κάθε νοσοκομείου, την ένταση του αυτοκτονικού ιδεασμού και την πιθανότητα θανατηφόρου αποτελέσματος της ενδεχόμενης απόπειρας, θέστε τον θεραπευόμενο σε διαρκή παρακολούθηση για τις πρώτες 24 ώρες ή μέχρις ότου ο κίνδυνος εκδήλωσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς μειωθεί.
  - iii. Να είστε σε επιφυλακή για το που βρίσκεται ο θεραπευόμενος ανά πάσα στιγμή.
  - iv. Αναπτύξτε θεραπευτική σχέση με το άτομο και ενισχύστε την.

- v. Κατά την εισαγωγή του θεραπευόμενου, εξετάστε τα προσωπικά είδη του και απομακρύνετε οποιαδήποτε αντικείμενα μπορεί να χρησιμοποιήσει για να βλάψει τον εαυτό του ( φάρμακα, αιχμηρά αντικείμενα, σπάγκος, ζώνες και γραβάτες), και φυλάξτε τα σε ασφαλές μέρος.
- vi. Απομακρύνετε από τη μονάδα υλικά που μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως μέσα για να βλάψει ο θεραπευόμενος τον εαυτό του ( π.χ. αντικείμενα από μέταλλο ή γυαλί, των οποίων η μορφή είναι εύκολο να τροποποιηθεί για να γίνουν αιχμηρά, φωτιστικά σώματα ή τα κορδόνια από το κουδούνι κλήσης) .Να έχετε τα παράθυρα ασφαλισμένα, να μετράτε τα μαχαιροπίρουνα και να ελέγχετε τα προσωπικά είδη του ατόμου όταν επιστρέφει στο δωμάτιο του. Ελέγχετε εάν τα δώρα και τα άλλα αντικείμενα που φέρνουν οικογενειακά/φιλικά πρόσωπα είναι ασφαλή πριν δοθούν στο θεραπευόμενο ( ο έλεγχος αφορά και εξαρτησιογόνες ουσίες και αλκοόλ).
- vii. Προγραμματίστε ατομικές συναντήσεις με το θεραπευόμενο, με σκοπό να διερευνήσετε τα συναισθήματά του και να τον υποστηρίξετε να επεξεργαστεί την επαναπροσήλωση των σημαντικών προσώπων της ζωής του και την εκτέλεση των σημαντικών για τον ίδιο δραστηριοτήτων.
- viii. Βεβαιωθείτε ότι ο θεραπευόμενος καταπίνει τα φάρμακα που του χορηγούνται από το στόμα και δεν τα κρατάει στη στοματική κοιλότητα. Συνήθως, τα άτομα που καταφεύγουν σε αυτή τη τακτική, στη συνέχεια φυλάσσουν τα χάπια σε κάποιο μέρος, με σκοπό, κάποια στιγμή, όταν γίνουν αρκετά να προβούν σε απόπειρα αυτοκτονίας<sup>(36)</sup>.

### **3.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

Προεξέχουσα θέση κατέχει η τάση απομόνωσης που εκδηλώνει το άτομο κατά τη θεραπεία και όχι μόνο της κατάθλιψης. Αισθάνεται ότι κανείς δεν μπορεί να το

καταλάβει και έτσι αρνείται οποιαδήποτε συναναστροφή με άτομα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος του. Νιώθει ότι βιώνει μια πρωτόγνωρη κατάσταση και κανείς δε γνωρίζει πώς να τον βοηθήσει. Κλείνεται λοιπόν στον εαυτό του και αποσύρεται κοινωνικά. Στην απόσυρση αυτή συνηγορούν εκτός από τα αισθήματα απομόνωσης και οι ενοχές που καταλαμβάνουν τον ασθενή. Νιώθει τύψεις για όλο αυτό που του συμβαίνει και εκλαμβάνει τη μοναξιά ως μια μορφή αυτοτιμωρίας που υποχρεούται να επιβάλλει στον εαυτό του. Στην κοινωνική αλλοτρίωση συμβάλλει και ο φόβος της απόρριψης. Το άτομο διστάζει να επικοινωνήσει με τους γύρω του από το φόβο μήπως του το αρνηθούν. Έτσι δυσχεραίνει τις διαπροσωπικές του σχέσεις και αυτό λειτουργεί αντανακλαστικά και στον περίγυρο του<sup>(37)</sup>.

### **3.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Η οικογένεια είναι εκείνη που υφίσταται στο μεγαλύτερο βαθμό όλες αυτές τις δυσκολίες λόγω και της καθημερινής επαφής με τον ασθενή. Όλα τα μέλη της οικογένειας καλούνται να προσαρμόσουν τις καθημερινές τους συνήθειες στα νέα δεδομένα. Καθώς ο ασθενής αδυνατεί ή αδιαφορεί να συμμετάσχει στις καθημερινές, λειτουργικές ανάγκες του σπιτιού υπάρχει κίνδυνος να προκληθούν εντάσεις μεταξύ των υπολοίπων μελών. Δεδομένου ότι επιφορτίζονται με αυξημένες αρμοδιότητες και υποχρεώσεις γίνονται ευερέθιστοι και ευάλωτοι σε συναισθηματικές εξάρσεις. Πέρα από αυτό όμως, συχνά καταλαμβάνονται από αισθήματα ενοχής καταλογίζοντας υπαιτιότητα στον εαυτό τους για τον άνθρωπο τους. Κατηγορούν τους εαυτούς τους που δεν αντιλήφθηκαν εγκαίρως τον κίνδυνο και τώρα υφίστανται τις συνέπειες

### **3.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΜΝΗΜΗ**



Υπάρχουν πολλές και διαφορούμενες απόψεις όσον αφορά τη σύνδεση της κατάθλιψης με την απώλεια μνήμης. Υπάρχει διχογνωμία από μέρους των επιστημόνων για το αν η κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο πρόκλησης σοβαρών προβλημάτων μνήμης ή συνιστά απλώς μια ένδειξη των αλλαγών του εγκεφάλου που μπορεί να οδηγήσουν στη νόσο του Alzheimer ή σε άλλες μορφές άνοιας. Μελέτες ωστόσο έχουν καταδείξει ότι η εγκεφαλική κυτταρική δραστηριότητα στο μετωπιαίο λοβό μειώνεται σε ασθενείς με κατάθλιψη. Αυτό εξηγείται από τα μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης η οποία ευθύνεται και για τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο. Τα κυριότερα συμπτώματα που «κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου» για απώλεια μνήμης είναι η αδυναμία συγκέντρωσης, η διάσπαση προσοχής, η μειωμένη εγρήγορση και εν γένει οι αισθητηριακές διαταραχές. Ένα καταθλιπτικό άτομο δεν διαθέτει την ενέργεια που απαιτείται ώστε να εστιάσει κάπου την προσοχή του και να μείνει συγκεντρωμένο για πολλή ώρα. Αυτό σε συνδυασμό με την γενικότερη απώλεια διάθεσης και ενεργητικότητας και την έλλειψη κινήτρων το απωθεί από την προσπάθεια προσήλωσης σε ένα συγκεκριμένο σημείο. Δυσκολεύεται επίσης να οργανώσει τις σκέψεις του και να τις θέσει σε σειρά προτεραιότητας. Κατά συνέπεια αργεί να αντιληφτεί τυχόν αλλαγές γύρω του και να αντιδράσει γρήγορα και άμεσα. Η κατάθλιψη έχει επίσης υποστηριχτεί ότι μειώνει την ικανότητα για τη δημιουργία μακροπροθέσμων αναμνήσεων. Το άτομο θυμάται μόνο σημαντικά γεγονότα, γεγονότα που του προκάλεσαν εντύπωση και αδυνατεί να ανακαλέσει ασήμαντες πληροφορίες. Το σημείο εκκίνησης για την απομνημόνευση πληροφοριών είναι η αισθητική ευαισθητοποίηση των πληροφοριών και η επεξεργασία αυτών των ερεθισμάτων από τον εγκέφαλο. Στον καταθλιπτικό ασθενή η εκτελεστική λειτουργία του εγκεφάλου είναι μειωμένη. Μυαλό, διάθεση και μνήμη συνδέονται αμφίδρομα. Οι απαισιόδοξες επίσης σκέψεις που συνοδεύουν την κατάθλιψη μπορεί να επιδράσουν σε προηγούμενες γνώσεις του εγκεφάλου και έτσι το άτομο να παρουσιάζει την τάση να συγκρατεί μόνο δυσάρεστα γεγονότα και αρνητικές εμπειρίες. Και πάλι όμως η σύνδεση της κατάθλιψης με την απώλεια της γνωστικής λειτουργίας τίθεται υπό αμφισβήτηση. Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι τα καταθλιπτικά άτομα εμφανίζουν δυσχέρειες στη λήψη αποφάσεων, τόσο καθοριστικών όσο και ελάσσονος σημασίας.

### **3.5 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ**

Η κατάθλιψη επιδρά αναμφίβολα στον οργανισμό επιφέροντας εμφανείς σωματικές αλλαγές. Στα ήπια αλλά παρά ταύτα ενοχλητικά συμπτώματα συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων οι διαταραχές στον ύπνο. Αυτές εκδηλώνονται είτε με τη μορφή αϋπνίας (το άτομο δυσκολεύεται να κοιμηθεί, κάνει ανήσυχο ύπνο ή ξυπνάει πολύ νωρίς) είτε με τη μορφή της υπερυπνηλίας (κοιμάται πολλές ώρες την ημέρα και δυσκολεύεται να ξυπνήσει και να σηκωθεί. Εκτός από τον ύπνο εμφανείς είναι οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες του ατόμου. Παρατηρείται είτε απώλεια της όρεξης με φυσικό επακόλουθο την απώλεια σωματικού βάρους είτε υπερβολική όρεξη με αποτέλεσμα την απότομη και ξαφνική αύξηση βάρους. Διαταράσσεται επομένως και η λειτουργία του γαστρεντερικού που μπορεί να εκδηλωθεί με πόνους στο στομάχι, ναυτίες, διάρροια και προβλήματα εντέρου. Ένα πολύ δυσάρεστο σύμπτωμα είναι επίσης οι έντονοι πονοκέφαλοι από τους οποίους υποφέρει ο ασθενής και μπορεί να εξελιχτούν σε χρόνιες ημικρανίες. Στις συνήθειες σωματικές αλλαγές αναφέρονται ακόμη το αίσθημα κόπωσης και αδυναμίας, προβλήματα κίνησης και σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Η κατάθλιψη θεωρείται ιδιαίτερα επικίνδυνη στην περίπτωση συννοσηρότητας. Εφιστάται ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς με καρκίνο, ρευματοειδή αρθρίτιδα, σακχαρώδη διαβήτη, υπερθυρεοειδισμό, αρτηριακή υπέρταση, έλκος του δωδεκαδακτύλου και ψυχιατρικές παθήσεις όπως αγχώδεις διαταραχές<sup>(38)</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

### 4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η έγκαιρη διάγνωση και η πρώιμη αντιμετώπιση της κατάθλιψης σχετίζεται με την αποφυγή της χρονιότητας και των σοβαρών επιπλοκών. Η εσφαλμένη ταύτιση θλίψης και κατάθλιψης είναι μία από τις αιτίες που οδηγούν στην αποτυχία διάγνωσης και επομένως στην αποτυχία θεραπευτικής αντιμετώπισής της. Η διαπίστωση αυτή είναι σημαντική αν αναλογιστεί κανείς ότι στην εποχή μας υπάρχουν μεγάλες δυνατότητες ασφαλούς διάγνωσης και αποτελεσματικής θεραπείας. Είναι διαπιστωμένο ότι η πλειοψηφία των ασθενών με ψυχολογικά προβλήματα ( κυρίως κατάθλιψη) που ζητούν βοήθεια, επισκέπτονται αρχικά το γενικό ιατρό τους ή το παθολόγο. Αυτό δεν είναι λανθασμένο ( ειδικά όταν δεν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό), γιατί πολλές φορές οργανικά νοσήματα ( όπως ο υποθυρεοειδισμός , που χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους ), αλλά και φάρμακα μπορεί να είναι η αιτία πολλών συμπτωμάτων της μείζονος κατάθλιψης. Προτείνεται λοιπόν, πλήρης και λεπτομερειακός σωματικός, νευρολογικός, ψυχιατρικός έλεγχος και όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων. Γενικά θα πρέπει να αποκλειστούν εκφυλιστικά νοσήματα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ), όπως οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα ( θυρεοειδισμός , επινεφρίδια), νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα. Θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί η ύπαρξη Εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και η χρήση φαρμάκων που πιθανόν να προκαλούν εμφάνιση καταθλιπτικού συνδρόμου.

Ανάμεσα στις εργαστηριακές εξετάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στον αποκλεισμό ορισμένων από τις παραπάνω νόσους , είναι:

- Εξετάσεις Θυρεοειδούς ( FT3, FT4,TSH)
- Έλεγχος Ca
- Έλεγχος επιπέδων πρωτεϊνών και σακχάρου
- Ηπατικές δοκιμασίες
- Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών

Τέλος, σε ειδικές περιπτώσεις ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή μία αξονική τομογραφία μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την ύπαρξη Αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου ή Εκφυλιστικών παθήσεων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ)<sup>(39)</sup>.

## 4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ

Εάν η κατάθλιψη δεν είναι αποτέλεσμα κάποιων οργανικών νοσημάτων ή φαρμάκων, το επόμενο βήμα είναι η ψυχιατρική εξέταση. Εδώ είναι το κρίσιμο σημείο! Άνω του 50% των καταθλιπτικών δεν αναγνωρίζονται από τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Από αυτούς που αναγνωρίζονται μόνο το 1/5 παραπέμπεται στις ψυχιατρικές υπηρεσίες και από αυτούς μόνο το 1/6 ακολουθεί τελικά τη πρόποσα θεραπεία. Θα πρέπει οι ιατροί άλλων ειδικοτήτων να είναι ενήμεροι και για τους άτυπους και συγκαλυμμένους τρόπους με τους οποίους εκφράζεται συχνά η κατάθλιψη. Ο σκοπός της ψυχιατρικής εξέτασης είναι να αποκαλυφθούν τα ειδικά συμπτώματα μέσω ιατρικού και οικογενειακού ιστορικού και της ψυχιατρικής συνέντευξης που μπορεί να συμβάλλουν στη διάγνωση της κατάθλιψης. Για τη διάγνωση της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται κάποια διαγνωστικά κριτήρια. Για να μπορέσει να φτάσει ο ειδικός σε ασφαλή διάγνωση έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει μια σειρά από μέσα :

- I. **Συνέντευξη με τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο και την οικογένεια του.** Οι παρατηρήσεις που κάνουν τα κοντινά πρόσωπα του ατόμου ονομάζονται “ συμπληρωματικές πληροφορίες ” και αφορούν συνήθως πράγματα που ο ίδιος ο ειδικός δε θα μπορούσε να παρατηρήσει (π.χ. ότι το άτομο δεν καθαρίζει πια το δωμάτιό του). Στη συνέντευξη ο ειδικός θα διερευνήσει τα παρακάτω:
  - Πηγή παραπομπής
  - Αίτημα
  - Κύρια ενοχλήματα και προβλήματα
  - Ιστορικό παρόντων προβλημάτων



- Αναπτυξιακό (προηγούμενο) ιστορικό
- Ιατρικό ιστορικό
- Οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό
- Ιστορικό χρήσης ουσιών και αλκοόλ
- Εξέταση ψυχικών λειτουργιών ( εμφάνιση και συμπεριφορά ,ομιλία, συγκινησιακή κατάσταση ,σκέψη ,αντίληψη, αισθητηριακή κατάσταση και γνωστικές λειτουργίες)

**II. Ψυχολογικές διαδικασίες ή ερωτηματολόγια.** Υπάρχουν διάφορες δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση και την εκπαίδευση του ειδικού, όπως :

- Προβολικά τεστ, τεστ προσωπικότητας ( Rorschach , TAT)
- Τεστ προσωπικότητας όπως το M.M.P.I
- Δομημένες συνεντεύξεις
- Ψυχιατρικές κλίμακες ( Hamilton Rating Scale For Depression, κλίμακα Montgomery – Asberg κ.α. )
- Ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης (π.χ. Beck Depression Inventory, Zung Depression Scale, Geriatric Depression Scale)<sup>(40)</sup>.

### **4.3 ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ**

Τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης προκύπτουν από τα ακόλουθα ταξινομικά συστήματα:

DSM – IV Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Το εγχειρίδιο αυτό εκδίδεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία και αφορά όλες τις διαταραχές ψυχικής υγείας σε παιδιά και ενήλικες .Περιλαμβάνει τις αιτίες των διαταραχών αυτών, στατιστικές σχετικές με το φύλο και την ηλικία, αναφορές στην πρόληψη και στις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Διακρίνεται για την πολυδιάστατη προσέγγιση της διάγνωσης

καθώς αξιολογεί πέντε διαστάσεις:

Κλινικά σύνδρομα. Ως κλινικά σύνδρομα νοούνται οι εκάστοτε διαγνώσεις (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, κτλ)

- Αναπτυξιακές διαταραχές (αυτισμός, νοητική υστέρηση) και διαταραχές της προσωπικότητας( αντικοινωνική και οριακή διαταραχή)

- Φυσικές συνθήκες που επιδρούν στην εμφάνιση διαταραχών ( π.χ. εγκεφαλική βλάβη)

- Ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες

Υψηλότερο επίπεδο λειτουργίας.

Ταξινόμηση ICD -10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς της Διεθνούς Νοσολογικής Ταξινόμησης (The ICD -10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical description and diagnostic guidelines). Πρόκειται για ένα διαγνωστικό εγχειρίδιο παρόμοιο με το DSM που εκδίδει ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας. Περιέχονται όλες οι ασθένειες κωδικοποιημένες με τα σημάδια και τα συμπτώματά τους. Ειδικά σε ό,τι αφορά την κατάθλιψη καταγράφονται η καταθλιπτική διαταραχή, το καταθλιπτικό επεισόδιο, το ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο, το μέτριο καταθλιπτικό επεισόδιο, το σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα και το σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωτικά συμπτώματα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τις ψυχικές διαταραχές είναι ουσιαστικά περιγραφές των συναισθηματικών, συμπεριφορικών, γνωστικών και σωματικών συμπτωμάτων. Στην περίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής για παράδειγμα στα συναισθηματικά συμπτώματα ανήκουν τα αισθήματα ενοχής, αναξιότητας και αυτοτιμωρίας, στα συμπεριφορικά ανήκει η κοινωνική απόσυρση, στα γνωστικά ανήκουν η αδυναμία συγκέντρωσης και η δυσκολία λήψης αποφάσεων και τέλος στα σωματικά οι διαταραχές ύπνου. Το DSM – IV είναι απαραίτητο εργαλείο για κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας. Χωρίς το DSM- IV δύο κλινικοί γιατροί μπορεί να σχηματίσουν τελείως διαφορετικές απόψεις σχετικά με την κατάσταση της ίδιας ασθένειας. Το DSM – IV συνιστά αναγκαίο οδηγό για τον καθορισμό των συμπτωμάτων και το συνακόλουθο προσδιορισμό των διαταραχών ώστε να επιτευχθεί συναίνεση μεταξύ των επιστημόνων, στην περίπτωση μάλιστα που μπορεί να υπάρχουν λεπτές αλλά πολύ σημαντικές διαφορές. Τέτοια περίπτωση συνιστούν για παράδειγμα τα άτυπα χαρακτηριστικά και τα μελαγχολικά χαρακτηριστικά η

διάκριση μεταξύ των όποιων είναι εξαιρετικά δύσκολη. Εν κατακλείδι, η κατάθλιψη μπορεί να προσδιοριστεί ως:

- Ήπια, όταν τα συμπτώματα δεν είναι περισσότερα από τα ελάχιστα που απαιτούνται και η έκπτωση της λειτουργικότητας είναι ελάχιστη.

- Μέτρια, όταν τα συμπτώματα και η λειτουργική έκπτωση κυμαίνονται ανάμεσα στην

ήπια και τη σοβαρή κατάθλιψη.

- Σοβαρή, όταν τα συμπτώματα είναι πολλά περισσότερα από αυτά που απαιτούνται

για τη διάγνωση και η έκπτωση της λειτουργικότητας είναι έντονη<sup>(41)</sup>.

#### **4.4 ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Το βασικό διαγνωστικό κριτήριο για την κατάθλιψη είναι η ύπαρξη ενός ή περισσοτέρων Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο υφίσταται ( κατά DSM-IV ) όταν υπάρχουν τουλάχιστον 5 από τα παρακάτω συμπτώματα ( εκ των οποίων οπωσδήποτε το 1 ή το 2 )

1. Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα
2. Έντονη μείωση ή απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες ( που ευχαριστούσαν στο παρελθόν ) κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
3. Σημαντική απώλεια βάρους ( χωρίς δίαιτα ) ή αύξηση βάρους ( περισσότερο από 5% σε ένα μήνα ) ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.
4. Αυπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα
5. Ψυχοκινητική διέγερση/ανησυχία ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα ( που την παρατηρούν οι άλλοι, όχι απλά υποκειμενικά αισθήματα διέγερσης ή επιβράδυνσης )
6. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.
7. Αισθήματα-ιδέες αναξιοτήτας ή υπερβολικής ενοχής.

8. Μειωμένη ικανότητα του ατόμου να σκεφτεί( βραδύτητα στη σκέψη) ή να συγκεντρωθεί ( δυσκολία συγκέντρωσης) ή να πάρει αποφάσεις (αναποφασιστικότητα) σχεδόν κάθε μέρα.

Υποτροπιάζουσες(επαναλαμβανόμενες)σκέψεις θανάτου ή υποτροπιάζων αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς σχέδια ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας.

Για να οριστικοποιηθεί η διάγνωση πρέπει τα συμπτώματα να είναι παρόντα συνεχώς για δεκαπέντε τουλάχιστον ημέρες ,να αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα. Να προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να μην αποτελούν αντίδραση πένθους σε μια απώλεια αγαπημένου προσώπου(εκτός κι αν επιμένουν περισσότερο από δύο μήνες).Τέλος, θα πρέπει να αποκλεισθούν σημαντικές νόσοι(π.χ. υποθυρεοειδισμός) ή η επίδραση κάποιων ουσιών ή φαρμάκων, όπως ουσία κατάχρησης ή αντιυπερτασικά που ενδέχεται να προκαλούν συμπτώματα κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη μπορεί να χαρακτηριστεί ως:

- Ήπια: τα συμπτώματα δεν είναι περισσότερα από τα μίνιμουμ που απαιτούνται και η έκπτωση της λειτουργικότητας είναι ελάχιστη.
- Μέτρια: συμπτώματα και λειτουργική έκπτωση ανάμεσα στην ήπια και τη σοβαρή κατάθλιψη.
- Σοβαρή: αρκετά περισσότερα συμπτώματα από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση και έντονη έκπτωση της λειτουργικότητας<sup>41</sup>.

## 4.5 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή πρέπει να διαφοροδιαγνώσκεται από ποικίλες σωματικές και ψυχικές διαταραχές.

### i. Σωματικές διαταραχές:

Νευρολογικά αίτια: Αγγειοεγκεφαλικές νόσοι, επιληψίες, άνοια, λοιμώξεις, ημικρανίες, σκλήρυνση κατά πλάκας, νεοπλάσματα, νόσος του Parkinson (περίπου 50-70 % των παρκινσονικών εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης) κ.α.

Ενδοκρινικά αίτια: Αδρενεργικά ( Νόσος του Cushing, νόσος του Addison), σχετιζόμενα με τη έμμηνο ρύση, λοχειά, θυρεοειδικές διαταραχές)

Λοιμώδεις νόσοι και φλεγμονώδεις παθήσεις: Μονοπυρήνωση, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, πνευμονία, συστηματικός ερυθρεμάτης λύκος, φυματίωση

Διάφορες παθήσεις: καρκίνος, ουραιμία, αβιταμινώσεις ( B12,C,φυλικού οξέος κ.λπ. )

Αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη: Οποιούχα, φαινακετίνη, στρεπτομυκίνη, σουλφαμίνες, τετρακυκλίνες)

Αντιβακτηριακά και αντιμυκητισικά: Αμπικιλίνη, κυκλοσερίνη, μετρονιδαζόλη

Αντινεοπλασματικά: Αζαθειοπρίνη κ.α.

Νευρολογικά και ψυχιατρικά σκευάσματα: Φαινοθειαζίνες, βρωμοκρυπτίνη, λεβοντόπα, κατασταλτικά και υπνωτικά ( βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες, ένυδρος χλωράλη)

Στεροειδή και ορμόνες: Κορτικοστεροειδή ( συμπεριλαμβανομένης και της ACTH)

Διάφορα άλλα σκευάσματα: Σιμετιδίνη, δισουλφιραμίδη)

### ii. Ψυχικές διαταραχές

Η διαφορική διάγνωση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου στους ηλικιωμένους ανθρώπους περιλαμβάνει την οργανική διαταραχή της διάθεσης ( του συναισθήματος), το καταθλιπτικό επεισόδιο της διπολικής διαταραχής, τη

σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, τη δυσθυμία και τις διαταραχές προσαρμογής.

Η ψύχωση (σχιζοφρένεια ή παραληρητική διαταραχή) μπορεί να εμφανίζει ιδιαίτερα καταθλιπτικό συναίσθημα. Μια συχνή καταθλιπτική παραληρητική ιδέα στην Τρίτη ηλικία είναι η υποχονδρίαση, μια παραληρητική ιδέα η οποία δεν συνάδει με τη διάθεση. Για το λόγο αυτό ενδέχεται να είναι δύσκολο να αποφασίσουμε εάν ένας ασθενής έχει ψυχωσική ή συναισθηματική ασθένεια. Η κατάσταση πρέπει να ερμηνευτεί με βάση το ποια συμπτώματα κυριαρχούν. Εάν και τα δύο συμβαίνουν ταυτόχρονα μπορεί να είναι σωστό να χρησιμοποιηθεί ο όρος "Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή".

Η δυσθυμία μπορεί να είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους ανθρώπους από ότι αρχικά είχαμε αντιληφθεί. Όταν έχουμε ξεκάθαρη έναρξη των συμπτωμάτων της κατάθλιψης εντός ενός μήνα μετά από ένα στρεσογόνο γεγονός της ζωής, αλλά δεν ικανοποιούνται πλήρως τα κριτήρια για επεισόδιο κατάθλιψης, τότε μπορεί να έχουμε μια διαταραχή της προσαρμογής.

Τέλος, καταθλιπτικά συμπτώματα πιθανά να ανευρεθούν και σε άλλες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών όπως:

- Σχιζοφρένεια
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή
- Σωματόμορφες διαταραχές: ιδιαίτερα διαταραχή σωματοποίησης
- Αγχώδεις διαταραχές: γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, μικτή αγχώδης-καταθλιπτική διαταραχή, διαταραχή πανικού, διαταραχή μετά από τραυματικό στρες, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Διαταραχές σίτισης και πρόληψης τροφής: ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία<sup>(42)</sup>.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

## Νοσηλευτική Διεργασία

### 5.1 Κλινική Περίπτωση Α

Ασθενής ηλικίας 73 ετών εισήχθη στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου με τα εξής συμπτώματα:

- Ø Απότομη μείωση βάρους
- Ø Αστάθεια λόγω ζάλης και φόβος πτώσεων
- Ø Διαταραχές ύπνου (αυπνία)

#### Ιστορικό ασθενούς

Ο ασθενής στην αρχή εμφάνισε μείωση της όρεξης, ενώ τις τελευταίες δύο εβδομάδες παρουσίασε μείωση του σωματικού του βάρους. Παράλληλα ,δυσκολευόταν στη βάρδιση και είχε το αίσθημα πτώσης. Επίσης ,ήταν αρκετά αδύναμος με αποτέλεσμα να αδυνατεί να εκτελέσει ακόμα και την ατομική του φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα παραπονιόταν για σωματικούς πόνους και διάφορα οργανικά προβλήματα. Πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο παρουσίασε διαταραχές και δυσκολία στον ύπνο.

Μόλις εισήχθη στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν οι εξής εξετάσεις κατόπιν ιατρικής εντολής:

- Ø Αιματολογικές
- Ø Βιοχημικές
- Ø Ακτινολογικές και
- Ø Ψυχιατρική εξέταση (συνέντευξη)

Τα αποτελέσματα των εξετάσεων απέκλεισαν κάποιο οργανικό πρόβλημα και σε συνδυασμό με την ψυχιατρική συνέντευξη ανέδειξαν ότι ο ασθενής πάσχει από ήπια μορφή κατάθλιψης.



1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Απότομη μείωση του βάρους	Ρύθμιση του σωματικού βάρους στα φυσιολογικά επίπεδα	<p>Μέτρηση του βάρους του ασθενούς</p> <p>Εντοπισμός του αιτίου που ευθύνεται για την απώλεια βάρους</p> <p>Σχεδιασμός διατροφικής αγωγής για την σταδιακή αύξηση του σωματικού βάρους</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενή να καταναλώνει όλο του το φαγητό</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε μέτρηση του σωματικού βάρους</p> <p>Εντοπίστηκε το αίτιο που ευθυνόταν για την απώλεια βάρους</p> <p>Το διαιτολόγιο του ασθενούς ρυθμίστηκε</p> <p>Ο ασθενής κατόπιν παρότρυνσης των νοσηλευτών καταναλώνει το φαγητό που του παρέχεται</p>	Το βάρος του ασθενούς άρχισε να αυξάνεται και να επανέρχεται στα φυσιολογικά του επίπεδα

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Αστάθεια λόγω ζάλης και φόβος πτώσεων</p>	<p>Αντιμετώπιση της αστάθειας και πρόληψη των πτώσεων</p>	<p>Εντοπισμός αιτίου που προκαλεί ζάλη και αντιμετώπισης του</p> <p>Αποτροπή του ασθενή να σηκώνεται και να βαδίζει χωρίς την συνοδεία κάποιου για αποφυγή πτώσης</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με ιατρική εντολή για θεραπεία της ζάλης και κατ' επέκταση της αστάθειας</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενή να παραμένει στο κρεβάτι τις στιγμές της ζάλης</p>	<p>Το αίτιο που ευθυνόταν για την ζάλη αντιμετωπίστηκε</p> <p>Κατά την διάρκεια της βάδισης του ασθενή υπήρχε βοήθεια από συγγενικό πρόσωπο ενώ γινόταν και χρήση μαστουνιού</p> <p>Χορηγήθηκε η Φαρμακευτική του αγωγή</p>	<p>Η αστάθεια του ασθενούς περιορίστηκε</p> <p>Ο ασθενής μπορεί πλέον και περπατά χωρίς καμία βοήθεια και χωρίς κίνδυνο πτώσης</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Διαταραχές ύπνου(αυπνία)	Βελτίωση της ποσότητας και της ποιότητας του ύπνου του ασθενή	Αποφυγή καφεΐνης και νικοτίνης 4-6 ώρες πριν τον ύπνο για αποφυγή υπερδιέγερσης  Αποφυγή βαριών γευμάτων πριν τον ύπνο  Μείωση θορύβων, κλείσιμο φώτων και αποφυγή υψηλών θερμοκρασιών στο δωμάτιο πριν τον ύπνο	Απαγορεύτηκε η χρήση νικοτίνης και καφεΐνης πριν τον ύπνο  Τα γεύματα του ασθενούς πριν τον ύπνο ετοιμάζονται ώστε να είναι ελαφριά και να γίνεται εύκολα η πέψη  Το δωμάτιο του ασθενούς είναι απαλλαγμένο από θορύβους και φώτα και η θερμοκρασία ρυθμίστηκε κατάλληλα	Η ποιότητα του ύπνου του ασθενή έχει βελτιωθεί σημαντικά και οι αυπνίες έχουν περιοριστεί

## 5.2 Κλινική Περίπτωση Β

Γυναίκα ασθενής ηλικίας 63 ετών εισήχθη στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου με τα εξής συμπτώματα:

- Ø Αυτοκτονικές τάσεις
- Ø Αίσθημα λύπης
- Ø Έλλειψη ενδιαφέροντος

### Ιστορικό ασθενούς

Αρχικά ο ασθενής εμφάνισε έλλειψη απόλαυσης σε καταστάσεις της καθημερινότητάς του ,τις οποίες παλαιότερα απολάμβανε ,όπως να ντύνεται όμορφα και να φροντίζει τον εαυτό του. Παράλληλα ,αισθανόταν συνεχώς κουρασμένος χωρίς λόγο. Πριν εισαχθεί στο νοσοκομείο εξέφρασε σκέψεις σχετικά με την σύνταξη διαθήκης.

Μόλις εισήχθη στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκε ψυχιατρική εξέταση του ασθενή από ειδικό ιατρό, από την οποία διαπιστώθηκε πως ο ασθενής πάσχει από Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αυτοκτονικές τάσεις	Προστασία ασθενούς για αποφυγή πρόκλησης βλάβης στον εαυτό του	<p>Προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης του ασθενή</p> <p>Στενή παρακολούθηση του ασθενή για την ασφάλειά του</p> <p>Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων από το δωμάτιο και δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος</p> <p>Προώθηση της αίσθησης της ασφάλειας</p>	<p>Οι νοσηλευτές στηρίζουν τον ασθενή και τον παροτρύνουν να κάνει όμορφες σκέψεις και να σχεδιάζει το μέλλον του</p> <p>Γίνεται συχνή παρακολούθηση του ασθενή ,ενώ έχουν απομακρυνθεί από κοντά του αιχμηρά και επικίνδυνα αντικείμενα</p>	Οι σκέψεις για πρόκληση βλάβης του ίδιου απομακρύνθηκαν από το μυαλό του ασθενή και κάνει σχέδια για το μέλλον

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αίσθημα λύπης	Προσπάθεια ώστε ο ασθενής να αισθανθεί και πάλι χαρούμενος και να απομακρύνει τις τοξικές σκέψεις	<p>Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στον ασθενή</p> <p>Παρότρυνση για εξωτερίκευση των σκέψεων του και των φόβων του ώστε να βοηθηθεί να τους ξεπεράσει</p> <p>Παρότρυνση για συμμετοχή σε δραστηριότητες που του φτιάχνουν τη διάθεση</p>	<p>Οι νοσηλευτές ήταν πάντα κοντά στον ασθενή και προσπαθούσαν να του φτιάχνουν τη διάθεση με οποιοδήποτε μέσο</p> <p>Ο ίδιος ο ασθενής άρχισε να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες και η διάθεση του βελτιωνόταν</p>	<p>Η διάθεση του ασθενή σταδιακά βελτιώθηκε και το αίσθημα λύπης άρχισε να γίνεται αισιοδοξία και χαρά</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Έλλειψη ενδιαφέροντος	Σκοπός είναι να αποκτήσει ο ασθενής και πάλι ενδιαφέρον για τη ζωή και την καθημερινότητά του	<p>Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης του ασθενή</p> <p>Ενθάρρυνση και παρότρυνση να αρχίσει να ασχολείται με δραστηριότητες που έχει παραμελήσει και που στο παρελθόν τις απολάμβανε(π.χ. Βόλτες ,Σωματική άσκηση, χορός)</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενή να φροντίζει τον εαυτό του</p>	<p>Οι νοσηλευτές ήταν κοντά στον ασθενή εμπυχώνοντάς τον</p> <p>Ο ασθενής σταδιακά άρχισε να συμμετέχει σε δραστηριότητες και να περιποιείται τον εαυτό του</p>	Ο ασθενής άρχισε να αποκτά και πάλι ενδιαφέρον για την ζωή

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**



# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ



## 6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

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

1. Στην έναρξη αυτού γίνεται η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού του ασθενή και συλλέγονται τα δεδομένα για τη γενικότερη κατάστασή του.

Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά τα στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη κατά τη λήψη του ιστορικού:

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

2. Σημειώνουμε τα χαρακτηριστικά του (συμπτώματα), τη γνωσιακή συναισθηματική και

συμπεριφοριστική απάντηση του ατόμου εξατομικευμένα με τη βοήθεια του προσχεδιασμένου ιστορικού για τις συναισθηματικές διαταραχές.

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

i) Παρατηρούμε ποιοι είναι οι στόχοι και οι σκοποί του ασθενή (π.χ. για την ανακούφισή

του από στρεσογόνες καταστάσεις που οφείλονται σε δύσκολα προβλήματα)

ii) Παρατηρούμε αν ο ασθενής έχει απαισιόδοξα σχέδια για το μέλλον, γεγονός που ενθαρρύνει και τον αυτοκτονικό σχεδιασμό του και στη συνέχεια προσπαθούμε να τα αποτρέψουμε.

iii) Εκτιμούμε την ψυχική κατάστασή του (π.χ. παρουσία διαταραχής της σκέψης, επίπεδα

άγχους, διάφορες διαταραχές της διάθεσης).

iv) Εκτιμούμε την καταλληλότητα του υποστηρικτικού συστήματός του.

v) Εκτιμούμε παρόντα στρεσογόνα γεγονότα, συμπεριλαμβάνεται ύπαρξη άλλων νόσων

(και ψυχιατρικής και ιατρικής προέλευσης), πρόσφατες απώλειες, καθώς επίσης και ιστορικό κατάχρησης ουσιών.

4. Εκτίμηση της οικογένειας ως υποστηρικτικό σύστημα. Επίσης εκτιμούμε τις γνώσεις της

οικογένειας και του ίδιου του ατόμου σχετικά με τα ιδιαίτερα συμπτώματα των διαταραχών

της διάθεσης, τις οδηγίες σχετικά με τη συστημένη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής καθώς και γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα του ατόμου<sup>(43)</sup>.

## **6.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

1. Αναλύουμε την επικρατέστερη διάθεση του ασθενή, τα επίπεδα άγχους, το βαθμό αυτοελέγχου και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων.

Καθορίζουμε την επικινδυνότητα για αυτοκτονία, κατανοούμε ότι ο ασθενής με κατάθλιψη είναι υψηλού κινδύνου.

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

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

### **6.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ**

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

1. Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα:

- i) Ο ασθενής θα εκδηλώσει μείωση του άγχους.

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

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

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

Η οικογένεια έχει γνώσεις σχετικά με την κατάθλιψη, τη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων<sup>(44)</sup>.

## **6.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ**

Αυτό είναι το στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας κατά το οποίο εφαρμόζεται στην πράξη

το σχέδιο φροντίδας του ασθενούς, σε συνεργασία με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

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

- i) Αποδεχόμαστε τον ασθενή σαν ολότητα, αποφεύγοντας κάθε πράξη μας που μπορεί να εκληφθεί απ' αυτόν ως απειλή.
- ii) Προάγουμε την επαρκή διατροφή του, συμπεριλαμβάνοντας στα γεύματα του ασθενή και τροφές της προτίμησής του.
- iii) Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα για τις αυτοκτονικές τάσεις του ασθενή, αναλόγως με τις ήδη εκτιμημένες προθέσεις του.
- iv) Αποφεύγουμε την υπερβολική έκφραση χαράς ή συμπάθειας ή την έκφραση πολύ ρηχών αισθημάτων.
- v) Βοηθούμε τον ασθενή να δημιουργήσει ένα καθημερινό πρόγραμμα που θα συμπεριλαμβάνει και δραστηριότητες και ώρες ανάπαυσης.
- vi) Συμβάλουμε στην πρόοδο του ύπνου του δημιουργώντας ευχάριστες συνθήκες για την ώρα του ύπνου και την ανάπαυσή του (ώρες κοινής ησυχίας, μασάζ πριν κοιμηθεί, ήρεμη μουσική, χλιαρό ρόφημα όπως γάλα ή χαμομήλι).
- vii) Τον ενθαρρύνουμε να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, προσφέροντάς του όση υποστήριξη χρειάζεται.
- viii) Βοηθούμε τον ασθενή να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του και να αποβάλλει τις αρνητικές σκέψεις και αντιλήψεις σχετικά με τον εαυτό του.
- ix) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να θέτει εύκολους και προσιτούς στόχους, έτσι ώστε με την ελάχιστη βοήθειά μας να τους πετυχαίνει.
- x) Του κάνουμε ερωτήσεις ή του εκφράζουμε αμφιβολίες σχετικά με την αρνητική εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την ελαττωμένη αυτοεκτίμηση.
- xi) Διευκολύνουμε τη βελτίωση της καταθλιπτικής πορείας του ασθενή, αποδεχόμενοι όλα τα συναισθήματα που εκφράζει.
- xii) Όταν ο ασθενής έχει παραισθήσεις χρησιμοποιούμε ενισχυτικές τεχνικές.
- xiii) Διαχειριζόμαστε σωστά τη φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις εργαστηριακές εξετάσεις έτσι, ώστε να είναι κατάλληλα τα επίπεδα του αίματος (για μια σταθερή και κατάλληλη αγωγή).
- xiv) Παρακολουθούμε τον ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν.
- xv) Διδάσκουμε τον ασθενή σχετικά με τη συναισθηματική διαταραχή του συμπεριλαμβάνοντας την αιτιολογία, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, τις οδηγίες όσον αφορά τη θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή και τέλος για τον τελικό του στόχο που είναι ο αυτοέλεγχος.

xvi) Τον ενθαρρύνουμε ώστε να παίρνει μέρος και να συνεργάζεται και με τα άλλα μέλη της επιστημονικής ομάδας και να συμμετέχει σε άλλες ειδικές θεραπευτικές δραστηριότητες(τέχνες, μουσική, χορός), γιατί αυτό του δίνει την ευκαιρία να εκφράζει και μ' άλλους τρόπους τα συναισθήματά του.

xvii) Ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή του σε ατομική αλλά και ομαδική ψυχοθεραπεία προκειμένου να συναναστρέφεται και με άλλα άτομα που πάσχουν απ' την καταθλιπτική διαταραχή.

2. Για τους ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά:

i) Εγκαθιδρύουμε μια υποστηρικτική σχέση φιλίας μεταξύ του ασθενή με αυτοκτονική τάση και άλλων της ίδιας ομάδας, που όμως θέλουν να ζήσουν.

ii) Παρακολουθούμε στενά τον ασθενή, χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων.

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

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

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

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

vii) Βοηθούμε τον ασθενή έτσι ώστε να βρει λύσεις στα προβλήματα που γι' αυτόν φαίνονται άλυτα<sup>(45)</sup>.

## 6.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

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

1. Ο ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος και φυσιολογική, καλή διάθεση.
2. Ο ασθενής δεν έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει.
3. Ο ασθενής τρώει κάθε μέρα υγιεινά γεύματα και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.
4. Ο ασθενής παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας έχει ικανοποιητική ενέργεια.

5. Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάλει πέρα με τις τρέχουσες αλλαγές της ζωής και ότι είναι ικανός να βρίσκει κατάλληλους τρόπους για να τις αντιμετωπίσει.
6. Ο ασθενής παρουσιάζει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.
7. Ο ασθενής εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
8. Ο ασθενής εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο που είχε επίδραση πάνω του και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.
9. Ο ασθενής εκδηλώνει δείγματα καθαρής σκέψης, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία παραπλάνησης, υπερβολικά συναισθήματα ενοχής ή ιδέες φυγής.
10. Ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν γνώσεις σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή, το πρόγραμμα θεραπείας του, τη φαρμακευτική αγωγή, και τα συμπτώματα που δείχνουν μια ανερχόμενη κρίση.

## Συμπεράσματα – Προτάσεις

Η κατάθλιψη είναι μία κατάσταση που μπορεί να βιώσει ο κάθε άνθρωπος. Η κατάθλιψη επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής μας. Οι άνθρωποι που πάσχουν από τη νόσο αυτή, υποφέρουν πραγματικά για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα στη ζωή τους. Με τη βοήθεια των ειδικών ιατρών και τα μέσα που έχουμε στη διάθεση μας σήμερα μπορεί να θεραπευτεί. Η ενημέρωση για τη νόσο αυτή είναι ελλιπής. Όσον αφορά τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας αλλά και άλλων ιατρών όπως οι οικογενειακοί ιατροί θα πρέπει να δίνεται περισσότερη βαρύτητα στα συμπτώματα της κατάθλιψης. Ακόμα πιο πολύ να δίνεται σημασία στους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία. Οι παράγοντες αυτών των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών μπορεί να περιλαμβάνουν ψυχοπαθολογικές, βιολογικές και κοινωνικοδημογραφικές παραμέτρους. Η δυσκολία πρόβλεψης αυτών των συμπεριφορών είναι μεγάλη. Είναι γνωστό ότι πολλοί από τους παράγοντες αυτούς μπορεί και να τροποποιηθούν με το πέρασμα του χρόνου.

Οι μη ειδικοί ιατροί χρειάζεται να είναι πλήρως ενημερωμένοι για να αναγνωρίζουν αμέσως τα συμπτώματα κατάθλιψης σε ένα άτομο και να αποφευχθεί κάθε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Είναι ήδη γνωστό ότι οι περισσότεροι οικογενειακοί ιατροί συναντούν ιδιαίτερη δυσκολία στην αναγνώριση της καταθλιπτικής νόσου. Επίσης, αδυνατούν να θεραπεύσουν τον ασθενή και να χειριστούν την περίπτωσή του. Οπότε χρειάζεται η παραπομπή του ασθενή σε ειδικές υπηρεσίες, που είναι ικανές να τον βοηθήσουν.

Οι μονάδες επείγουσας τηλεφωνικής βοήθειας που αποτελούνται από εθελοντές αλλά και επαγγελματίες θα πρέπει να έχουν ειδική εκπαίδευση. Και αυτό για να υπάρχει η δυνατότητα να αναγνωρίσουν τα άτομα με τέτοιες συμπεριφορές και να τα παραπέμπουν στους ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας αλλά και στις αρμόδιες υπηρεσίες.

Χρειάζεται να αναπτυχθούν οι ειδικές υπηρεσίες για τους ασθενείς αυτούς και να συνεργαστούν με τους φορείς της κοινότητας. Με τον τρόπο αυτό θα γίνεται η εκπαίδευση της οικογένειας του ασθενούς, ούτως ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει έγκαιρα τα συμπτώματα. Έτσι, όταν ο ασθενής υποτροπιάσει οικογένειά του θα μπορεί να του προσφέρει ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συστηματικότερη επίβλεψη και τήρηση της ψυχοπροφυλακτικής φαρμακοθεραπείας. Σημαντική είναι και η βελτίωση



στις ασφαλιστικές καλύψεις, έτσι ώστε να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να αναζητούν την επιστημονική βοήθεια που χρειάζονται.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Πλατή Χ.Δ. Επίκουρος Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών:Γεροντολογική Νοσηλευτική.Αθήνα,1993.Αναθεωρημένη Έκδοση Ή.
- 2.Ορισμός κατάθλιψης:Available at <http://www.mednutrition.gr>
- 3.Ingram R.E. “Encyclopedia of Human behaviour-Depression” Vol. 2, Published by Academic Press inc., California 1994.
- 4.Karlson I.,(1991).Depression on the elderly Woekshop,Sweden
- 5.Αλεξόπουλος Γ.Σ., 25<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «άγχος και κατάθλιψη», Ιατρική εταιρία Αθηνών, 1999.
- 6.Mundt C., Kronmuller K. Backenstrass M et al, “ The influence of Psychopathology, Personality and Marital Interaction on the Short-Term course of Major Depression”, Psychopathology, vol 31, Karger AG, Basel Switzerland, 1988.
- 8.Evans ME.,(1994)Physical Illness and Depression.In Copeland JRM,About-Saleh MT,Blazer DG,eds.Principles and Practice of Geriatric Psychiatry.Chichester:John Willey & Sons.
- 9.Μακρίδης Μ.,22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο «Κατάθλιψη»,Ιατρική Εταιρεία Αθηνών,Αθήνα 1996.
- 10.Frederic F.,Flash «Κατάθλιψη»,Εκδόσεις:Δίοδος,Αθήνα 1998.
- 11.Harrington R.,(2001).Depression suicide and deliberate self-haram in a daescence-British medical bulletin.
- 12.Meyers B.S.,Alexopoulos G.(2004).Age of onset and studies of late-life depression.International Journal og Geriatric Psychiatry.
- 13.Λοιζου-Μαλικιόση Μ.,Τζονιγάκη Ι.,Κλεφταράς Γ.,(2004,Δεκέμβριος).Quality of life as determined by life satisfaction,level of functioning and free time activities and relationship to later life depressive syptomatology.
- 14.Ευθυμίου Κ.,Μαυροειδή Α.,Παυλάτου Ε. & Καλαντζή-Αζίζι,(2006),Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας:ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους.Αθήνα,Ελληνικά Γράμματα.
- 15.Μάνου Ν.,(1997).Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής:διαταραχές διάθεσης,ψυχοθεραπείες.Αθήνα:University studio press.
- 16.Ευκλείδη-Κωσταρίδου Α.,(1999).Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας.Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.

17. Μάνου Ν.,(1997).Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής:διαταραχές διάθεσης,ψυχοθεραπείες.Αθήνα:University studio press.
- 18.Χαρτόκολλης Π., «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική»,Δεύτερη Έκδοση,Εκδόσεις:Θεμέλιο,Αθήνα 1991.
- 19.Anstey K.,Brodary H.(1995).Antidepressants and the elderly:double blind trials 1987-1992.Int.J.Geriatric Psychiatry.
- 20.Δημητρίου Ε.Χ.,22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο,Ιατρική Εταιρεία Αθηνών,Αθήνα 1996.
- 21.Αλεβίζος Β.,22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο «Κατάθλιψη»,Ιατρική Εταιρεία Αθηνών,Αθήνα 1996.
- 22.Χριστοδούλου Γ.Ν.,(2004),Ψυχιατρική,Τόμος Β,Αθήνα,εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- 23.Οικονόμου Φ:Ψυχιατρική με Στοιχεία Ψυχολογίας.Ανανεωμένη Έκδοση.Αθήνα:Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
24. Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία.Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους.Αθήνα 1999.
- 25.Blazer D. Depression in late life.Louis: CV Mosby 1982.
- 26.Anstey K.,Brodary H.(1995).Antidepressants and the elderly:double blind trials 1987-1992.Int.J.Geriatric Psychiatry.
- 27.Πλατή Χ.Ν. Επίκουρος Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Αθηνών:Γεροντολογική Νοσηλευτική.Αθήνα,1993.
- 28.Βασιλαματζής Γ.Ρ.,22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 'Κατάθλιψη'.Ιατρική Εταιρεία Αθηνών ,Αθήνα 1996.
- 29,30.Frederic F.,Flash «Κατάθλιψη»,Εκδόσεις:Δίοδος,Αθήνα 1998.
- 31.Morris V.(2005).Οδηγός φροντίδας Ηλικιωμένων.Αθήνα.Mendor.
- 32.Bagulho F.(2002).Depression in older people, Geriatric Psychiatry.
- 33.Παγοροπούλου Α.,Η γεροντική κατάθλιψη.Ελληνικά Γράμματα.Αθήνα,2000.
- 34,35,36.Mary Ann Hogan.Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις,2008.Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης.
- 37.Beeber I. «Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship»,Nursing Clinics Of North America,1999.
- 38.Επιπτώσεις κατάθλιψης στον οργανισμό. Available at <http://www.allaboutdepression.gr>

39. Anstey K., Brodary H. (1995). Antidepressants and the elderly: double blind trials 1987-1992. *Int.J. Geriatric Psychiatry*.

40. Διάγνωση κατάθλιψης. Available at <http://www.katathlipsi.gr>

41. Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., (Απόδοση και Επιμέλεια): Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχές της Ψυχικής Συμπεριφοράς. Κλινικές Περιγραφές και Οδηγίες για την διάγνωση. Επανέκδοση. Αθήνα.

1) Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 1997

2) ΕΠΨΥ και Κέντρο Συνεργασίας του ΠΟΥ για την έρευνα και την εκπαίδευση στην ψυχική υγεία, 1997.

42. Διαφορική Διάγνωση. Available at <http://depnet.gr>

43. Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή Α., Παυλάτου Ε. & Καλατζή-Αζίζι. Πρώτες Βοήθειες ψυχικής υγείας: ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους, Αθήνα, 2006. Ελληνικά Γράμματα.

44,45. Νταφογιάννη Χ. : «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ευαισθητοποίηση και υποδειγματικοί χειρισμοί ψυχικά ασθενών». Α Έκδοση, Εκδόσεις «ΙΩΝ», 2002.