

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

**«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ»**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ ΜΠΡΕΓΚΟΥ ΓΚΕΡΤΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ- ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΓΙΑΝΝΗΣ

©ΠΑΤΡΑ 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
1.1.ΓΕΝΙΚΑ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	9
1.2. ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	12
1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	15
1.4. Μ ΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	16
1.5.Α ΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	18
1.5.1. Γενετικοί παράγοντες	18
1.5.2. Ψυχοκοινωνικοίπαράγοντες.....	19
1.6.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	21
1.7.ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ/ΕΝΔΕΙΚΝΥΟΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	23
1.7.1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	26
1.7.2. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	29
1.7.2.1.Ψυχοδυναμική θεραπεία.....	29
1.7.2.2.Διαπροσωπική θεραπεία.....	29
1.7.2.3.Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.....	30
1.7.2.4.Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία.....	32
1.7.3. ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	33
1.7.4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	34
1.7.4.1.Τεχνικές χαλάρωσης.....	34
1.7.4.2.Φωτοθεραπεία.....	34
1.7.4.3.Εικαστική θεραπευτική μέθοδος.....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΗΛΙΚΙΑΚΑ ΦΑΣΜΑΤΑ

2.1 Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ.....	37
2.2. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ	42
2.3. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ	
2.3.1. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ.....	46
2.3.2. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΡΕΣ.....	47
2.4. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ.....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	50
3.2 Ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	51
3.3. Η ΤΕΧΝΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....	51
3.4. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ.....	55
3.5. ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	56
3.6. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ.....	57
3.6.1. ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ.....	58
3.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	59
3.7.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ.....	59
3.7.2. ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	64
3.7.2.1. Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου.....	66

3.8. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	67
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ /ΟΙ ΔΙΚΟΙ ΜΑΣ ΑΝΘΡΩΠΟΙ

4.1. ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	68
---------------------------	----

4.2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	73
---------------------------------------	----

4.3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	77
----------------------------------	----

4.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....	80
---------------------------------	----

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	86
--------------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	88
--------------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	91
-----------------------	-----------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική νόσος που ανήκει στην κατηγορία των διαταραχών της διάθεσης, ενώ περιλαμβάνει και σωματοποιημένα συμπτώματα. Μπορεί να χαρακτηρίζεται νόσος του 21^{ου} αιώνα, η εμφάνιση της όμως καταγράφεται στις αρχές της ανθρώπινης ιστορίας. Ποικιλία παραγόντων ενοχοποιείται για την αιτιολογία και την πυροδότηση της νόσου, ενώ η θεραπευτική της αποκατάσταση εστιάζει στην ψυχοθεραπευτική μέθοδο σε συνδυασμό με την φαρμακευτική, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο. Προσβάλει κυρίως το γυναικείο φύλο, ενώ φαίνεται να προτιμά το ηλικιακό φάσμα 25-45 ετών. Ωστόσο, δεν κάνει διακρίσεις στην ηλικία, καθώς στην παγίδα της κατάθλιψης πέφτουν από παιδιά ως ηλικιωμένοι. Σημαντικός θεωρείται ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας κατά την παραμονή ασθενή στο νοσοκομείο και την προετοιμασία του για την ένταξη του στον κοινωνικό ιστό. Η ισχυρή οικογενειακή προστασία, η λήψη προληπτικών μέτρων, η εκπαίδευση και η ενημέρωση των πολιτών σε θέματα ψυχικής υγείας, αποτελούν βασικές στρατηγικές στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος παρέχοντας στο άτομο το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής.

Λέξεις- κλειδιά: κατάθλιψη, θεραπεία, νοσηλευτής ψυχικής υγείας, κοινωνικό στίγμα.

ABSTRACT

Depression is a mental disease that falls in the category of mood disorders, and includes and embodied symptoms. May be characterized disease of the 21st century, the appearance of yet recorded at the beginning of human history. Variety of factors implicated to the ground and the firing of the disease, while the therapeutic rehabilitation focuses on psychotherapeutic method in conjunction with the pharmaceutical, where necessary. Infect primarily the female sex, and seems to prefer the age range of 25-45 years. However, do not discriminate on age, into the trap of depression dropped from children as elderly. Important is the role of nurse mental health while staying patient in the hospital and prepare it for integration into the social fabric. The strong family protection, preventive

measures, education and public information on mental health issues, are key strategies to combat the social stigma by giving the person the right to full social acceptance.

Keywords: depression, treatment, mental health nurse, social stigma.

«Ελευθερία σημαίνει να είσαι αέρας και να μην σε αναπνέει κανείς»... Βίλχελμ Ράιχ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από ένα μείγμα αρνητικών συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών, τα οποία διαχωρίζονται αυστηρώς από τα καθημερινά συναισθήματα και λειτουργίες του ατόμου. Η κατάθλιψη παρουσιάζει βαρύτερη συμπτωματολογία από τη λύπη και εκδηλώνεται με αίσθημα αδιαφορίας, αναξιότητας, απάθειας, έλλειψης ευχαρίστησης από τις καθημερινές δραστηριότητες και οξυθυμία σε υπερβολικό επίπεδο. Παράλληλα δυσκολεύει απλές καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, όπως τον ύπνο, τη διατροφή και την σκέψη.

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του. Επεισόδια καταθλιπτικά περιγράφονται στην Παλαιά Διαθήκη και στην Ιλιάδα του Ομήρου (αυτοκτονία του Αίαντα). Ο Ιπποκράτης (460-370 π.χ.) πρώτος χρησιμοποίησε τους όρους μελαγχολία και μανία. Ο Αριστοτέλης την συνέδεσε με τη μελαγχολία. Την ιδέα της εμπνευσμένης μελαγχολίας προέβαλε και ο αυτόχειρας Ρωμαίος φιλόσοφος Σενέκας. Στην Αναγέννηση η μελαγχολία εθεωρείτο δρόμος προς την θεία έμπνευση. Καθοριστικό ρόλο στην κατάταξη των καταθλιπτικών διαταραχών διαδραμάτισαν οι ψυχίτροι του 19^{ου} αιώνα.

Έχει χαρακτηριστεί η νόσος του 21ου αιώνα και Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προβλέπει ότι μέχρι το 2020 η κατάθλιψη θα είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Η νόσος δεν κάνει ηλικιακές διακρίσεις.

Όσον αφορά τις θεραπείες που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για την κατάθλιψη, παραδοσιακά αντιμετωπιζόταν με εξορκισμό και με τελετουργίες εξιλέωσης, λόγω της πεποίθησης ότι η κατάθλιψη οφειλόταν σε κατοχή του ατόμου από δαιμονικά πνεύματα. Στο σύγχρονο κόσμο η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται κυρίως με τη χρήση αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής και με ορισμένες ψυχοθεραπείες, εκ των οποίων η γνωσιακή φαίνεται πως έχει μία περισσότερη ειδική δράση. Η ορθολογική χρήση αυτών των διαθέσιμων μέσων οδηγεί τη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων σε σύντομη, σημαντική βελτίωση, συνήθως με ήπιες παρενέργειες.

Η συχνότητα εμφάνισης των καταθλιπτικών επεισοδίων και η ανάγκη αντιμετώπισης τους, έφερε στο προσκήνιο την αναγκαιότητα ύπαρξης του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, του

οποίου η παρέμβαση συμβάλλει στην ταχεία ανάκαμψη του ασθενή και την ομαλή κοινωνική του επανένταξη.

Σήμερα, η οικονομική κρίση και οι κλυδωνισμοί που αυτή επιφέρει στο βιοτικό μας επίπεδο και τις σχέσεις μας θεωρείται ένας ακόμη καθοριστικός παράγοντας για τη συνεχή αύξηση των περιστατικών κατάθλιψης. Η συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος κρίνεται καθοριστικής σημασίας για τον ασθενή, καθώς η εκπαίδευση και η θεραπεία της οικογένειας αποσκοπεί στην ευεξία όλων των μελών και κατ'επέκταση στη διατήρηση των ισορροπιών εντός και εκτός αυτής, ενώ η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σε θέματα ψυχικής υγείας και η ενημέρωση της αποτελεί σημαντικό βήμα για την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος των ψυχικά ασθενών ατόμων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΓΕΝΙΚΑ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στις απόπειρες προσδιορισμού της έννοιας της υγείας θα πρέπει να συνυπολογίζονται εκτός από την ασθένεια και τον θάνατο, και η θετική όψη της υγείας, που αφορά στην ψυχική και κοινωνική ευεξία, τη φυσική κατάσταση, και τις δεξιότητες που χαρακτηρίζουν το άτομο. Έτσι κατασκευάζεται ένα σύστημα, δομικά στοιχεία του οποίου είναι τα παραπάνω, και ο συνδυασμός τους παράγει το χαρακτηριστικό προϊόν που καλείται υγεία, είτε πρόκειται για την ατομική υγεία, είτε για την υγεία ενός πληθυσμού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία σαν “μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας”. Αυτό αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης. Η υγεία ορίζεται σαν μια κατάσταση όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, διαμορφώνοντας νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες(Σαρρής, 2001).

Οι διαστάσεις που περικλείονται στην προσέγγιση του ορισμού της υγείας είναι συνήθως:

- α - η βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας,
- β - η ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής και,
- γ - η κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον εξετάζονται ως βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 1948, προσδιόρισε την Ψυχική Υγεία ως «μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και είναι σε θέση να συνεισφέρει στη κοινότητα του».

Υπό το πρίσμα αυτό, η Ψυχική Υγεία επηρεάζεται και εξαρτάται σημαντικά από τις σχέσεις του ατόμου με τους άλλους και από την ανταπόκριση που έχει από το περιβάλλον του.

Σύμφωνα με τον Τούντα (2000), οι αντιλήψεις των ανθρώπων για τα φαινόμενα της υγείας και της αρρώστιας είναι δυνατόν να χωριστούν σε πέντε περιόδους: τη μεταφυσική-μαγική, στη μεταφυσική- θρησκευτική, τη νατουραλιστική (πρώιμη επιστημονική), τη μηχανιστική- θετικιστική (κυρίως επιστημονική) και τη σύγχρονη ολιστική η οποία διαμορφώνεται κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών.

Η προσπάθεια διαμόρφωσης μιας σύγχρονης ολιστικής θεωρίας για την υγεία, στηριγμένη στην ενότητα σώματος-ψυχής και εγκαταλείποντας τον καρτεσιανό διαχωρισμό σώματος-ψυχής, έρχεται να κλονίσει την κυρίαρχη ιατροκεντρική/μηχανιστική αντίληψη για τον ανθρώπινο οργανισμό, προσδίδοντας στην έννοια της υγείας ένα ευρύτερο και πιο ουσιαστικό περιεχόμενο, που αναδεικνύει τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές της διαστάσεις. Επίσης είναι πλέον φανερό ότι η προστασία και η προαγωγή της υγείας εξαρτάται περισσότερο από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, την ανθρώπινη συμπεριφορά και την κληρονομικότητα, και λιγότερο από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες.

Αναφορικά με το κίνημα προαγωγής της υγείας, ο Lalonde (έκθεση Lalonde 1974) εισήγαγε την ιδέα ότι τέσσερα αλληλοεπιδρώντα στοιχεία συνδέονται με όλες τις αιτίες νόσου και θανάτου. Αυτά τα στοιχεία είναι:

- α) οι ανεπάρκειες των υπαρχόντων συστημάτων υγείας,
- β) ο μη υγιεινός τρόπος ζωής,
- γ) οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και,
- δ) οι ανθρώπινοι βιολογικοί παράγοντες.

Αυτό το κείμενο θεωρείται το σημαντικότερο στην ανάπτυξη του κινήματος Προαγωγής Υγείας, διότι ήταν το πρώτο επίσημο έγγραφο στις μέρες μας, που αποδέχτηκε τους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες ως συνυπεύθυνους για την κατάσταση της υγείας του ανθρώπου, επιπλέον των ήδη αποδεκτών από τη βιοϊατρική και ψυχοκοινωνική θεώρηση.

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον εντός του οποίου ο άνθρωπος γεννιέται, εκπαιδεύεται, δρα και ωριμάζει. Προκειμένου να εξασφαλιστεί η ποιότητα ζωής του ατόμου τα κράτη δημιουργούν παροχές. Στα πλαίσια

της κοινωνικής πρόνοιας οι τομείς της δημόσιας εκπαίδευσης και υγείας αποτελούν κοινωνικό δικαίωμα όλων των πολιτών και κρατική υποχρέωση(Χρυσόγονος, 2006).

Η υγεία ως απαραίτητο συστατικό ατομικής και κοινωνικής ευεξίας, κατοχυρώνεται συνταγματικά ως ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα στο άρθρο 21 παρ. 3 όπου αναφέρεται αναφέρεται το εξής : «Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».

Αναφορά του συνταγματικού νομοθέτη για την υγεία γίνεται και στο άρθρο 7 παρ. 2 του Σ, όπου ορίζονται το εξής : «Τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη της υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει».

Από την διάταξη 21 παρ.3 του Σ. προκύπτει ότι το Κράτος μεριμνά για τη υγεία των πολιτών κατά τρόπο γενικό και αόριστο χωρίς να προσδιορίζει ειδικότερα το πλαίσιο προστασίας. Φαίνεται να προτιμά μια διατύπωση που τονίζει περισσότερο τον αντικειμενικό χαρακτήρα της προστασίας της υγείας: «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών...» Το δικαίωμα του πολίτη για προστασία της υγείας του εντάσσεται μεταξύ των κοινωνικών δικαιωμάτων καθόσον αφορά την υπόσταση του ανθρώπου. Πρόκειται για τα δικαιώματα εκείνα τα οποία υποχρεώνουν το Κράτος για παρέμβαση με θετικές ενέργειες (status positives) και παροχή αγαθών και υπηρεσιών. Έτσι το Σύνταγμα εξουσιοδοτεί τον νομοθέτη να καθορίσει αυτός κατ' επιλογή της πολιτικής εξουσίας τα προς παροχή μέτρα, δηλαδή ένα σύστημα περίθαλψης για το λαό, η φιλοσοφία όμως του οποίου θα εξαρτάται πάντοτε και από την γενικότερη φιλοσοφία του κρατούντος οικονομικού συστήματος.

Το περιεχόμενο της διάταξης του αρ.21 παρ.3 δεν εξαντλείται όμως με την παραπάνω επιταγή και τη διαπίστωση της κοινωνικής φύσης του δικαιώματος της υγείας. Η υγεία αποτελεί επίσης, αγαθό που βρίσκεται σε στενή αλληλεξάρτηση τόσο με την ίδια την ζωή όσο και με τις συνθήκες διαβίωσης (το περιβάλλον) του ανθρώπου. Η προστασία της υγείας που απαιτεί ο πολίτης δεν ικανοποιείται μόνο με την οργάνωση υπηρεσιών υγείας, δηλαδή με μέτρα κοινωνικής πρόνοιας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά και με

την πρόληψη, δηλαδή την αποτροπή δημιουργίας επικίνδυνων καταστάσεων για την υγεία του(Δαλτόγλου, 1991).

Η ισορροπία βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και συμπεριφερολογικών παραγόντων αποτελεί το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας. Η διατάραξη αυτής ακριβώς της αρμονικής σχέσης αποτελεί, τη βασική αιτία πρόκλησης της αρρώστιας, που μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα (κυτταρικό, οργανικό, συμπεριφερολογικό, κοινωνικό).

Στις δυτικές κυρίως κοινωνίες του 21^{ου} αιώνα μία από τις πλέον συνήθεις και σοβαρές ψυχικές νόσους με πολλαπλές εκφάνσεις σε ποικίλους τομείς της ζωής, αποτελεί η κατάθλιψη.

1.2. ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί πρωτοπαθή διαταραχή του συναισθήματος, με βασικά χαρακτηριστικά τη συνεχή επιδείνωση της διάθεσης, τη μείωση του συναισθήματος ευχαρίστησης (ανηδονία) και τις αρνητικές σκέψεις. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η κατάθλιψη αποτελεί σήμερα την τέταρτη συχνότερη αιτία αναπηρίας και αναμένεται να ανέλθει στη δεύτερη θέση το 2020.

Η κατάθλιψη θεωρείται ως η απόγνωση που εμποδίζει τη σκέψη, την πιο απλή ενέργεια, το όποιο συναίσθημα και μετατρέπεται σε έναν ανελέητο εσωτερικό οδυρμό που παραλύει την όποια επιθυμία ζωής.

Η ιστορία της κατάθλιψης είναι η ιστορία της ανθρωπότητας μολονότι ο όρος «κατάθλιψη» σαν ψυχιατρικό σύνδρομο συναισθηματικής διαταραχής εισήχθη επίσημα την δεκαετία του 1920 από τον Γερμανό ψυχίατρο Μέγιερ (Meyer).

«Τώρα πια την κοινωνία δεν την απειλούν οι επαναστάτες αλλά οι καταθλιπτικοί». Σε αυτό τον έξοχο αφορισμό ο Ζωρζ Μινουά συνοψίζει την ουσία μιας από τις πλέον ύπουλες κι διαχρονικές νόσους (Minois, 2010). Στη Δύση ζούμε σε μια κοινωνία κατατονικών, απεγνωσμένων και μελαγχολικών ανθρώπων. Η κατάθλιψη δεν είναι νέο φαινόμενο βέβαια κι έχει μακρά ιστορία. Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του. Περιγραφές της κατάθλιψης βρέθηκαν σε

σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα. Επεισόδια καταθλιπτικά περιγράφονται στην Παλαιά Διαθήκη (η ιστορία του Βασιλιά Σαούλ) και στην Ιλιάδα του Ομήρου (αυτοκτονία του Αίαντα). Ο Ιπποκράτης (460-370 π.χ.) πρώτος χρησιμοποίησε τους όρους μελαγχολία και μανία.

Η κατάθλιψη ως νοσολογική οντότητα είναι γνωστή από την αρχαιότητα, όταν ο Ιπποκράτης, αναφέροντας τους όρους μελαγχολία και μανία απέδιδε την κατάθλιψη σε βιολογικές μεταβολές. Ο όρος μανία αντιστοιχούσε στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ ο όρος μελαγχολία στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές και όχι στη νοσολογική έννοια της κατάθλιψης, όπως έχει διαμορφωθεί έως σήμερα. Επίσης, ο Όμηρος στην Ιλιάδα περιγράφει την αυτοκτονία του Αίαντα ως αποτέλεσμα της λύπης και της κατάθλιψής του. Η ονομασία «Κατάθλιψη» δόθηκε για πρώτη φορά το 1660 μ.χ., ενώ η ευρεία χρήση του όρου «Κατάθλιψη» επικράτησε τον 19ο αιώνα μ.χ.(Χριστοδούλου, 2005, Σολδάτος, 2005).

Ο σημαντικότερος λόγος που καθιστά τη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης αναγκαία, είναι η πρόληψη των αυτοκτονιών. Δεδομένου ότι, οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν συναισθήματα ενοχής, αναξιότητας και απελπισίας, αντιλαμβάνονται τα προβλήματά τους ως ανυπέρβλητα και γενικότερα πιστεύουν ότι βρίσκονται σε αδιέξοδο, καταφεύγουν στην αυτοκτονία ως ένα τρόπο να σταματήσουν να υποφέρουν(Brown, 2009).

Ο Ιπποκράτης υποστήριζε ότι η μελαγχολία είναι κατά βάση μια νόσος του εγκεφάλου που αφορούσε τη φύση των χυμών του εγκεφάλου, μια συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής . Πίστευε ότι στη μελαγχολία συμπλέκονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, ότι «ένας μακροχρόνιος μόχθος της ψυχής μπορεί να προκαλέσει μελαγχολία» και ξεχώριζε την αρρώστια που εμφανιζόταν μετά από φοβερά γεγονότα από την αρρώστια που δεν είχε προφανή εξωτερικά αίτια Η άποψη του Αριστοτέλη για την κατάθλιψη, αντίθετα με τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελείως αρνητική. Επηρεασμένος από την ιδέα της «θείας μανίας» του Πλάτωνα, την συνέδεσε με τη μελαγχολία. Παρόλο που αναζητούσε τρόπους για να θεραπεύσει την πάθηση, πίστευε επίσης ότι μια ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη για τη μεγαλοφυΐα: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο

Πλάτων, είχαν μια μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας».

Αυτή την ιδέα της εμπνευσμένης μελαγχολίας προέβαλε και ο αυτόχειρας Ρωμαίος φιλόσοφος Σενέκας. Την ξανασυναντούμε στην Αναγέννηση, όπου η μελαγχολία εθεωρείτο δρόμος προς την θεία έμπνευση. Η Ιπποκρατική ταξινόμηση διατηρήθηκε μέχρι τον δέκατο έκτο και αρχές του δέκατου έβδομου αιώνα. Το 1686 ο Bonet περιέγραψε μια νόσο που ονόμασε «Maniaco-Melancholicus». Το 1854 ο J.Falret μελέτησε την «folie circulaire», ενώ ο Kahlbaum χρησιμοποίησε τον όρο «κυκλοθυμία». Καθοριστικό ρόλο στην κατάταξη των καταθλιπτικών διαταραχών διαδραμάτισε ο Γερμανός Ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856-1926) που περιέγραψε την «Μανιοκαταθλιπτική Ψύχωση» και την διαχώρισε από την πρώιμη άνοια (Dementia praecox), που αργότερα ονομάστηκε από τον Bleuler σχιζοφρένεια.

Μεγάλοι καλλιτέχνες, βίωσαν σοβαρά καταθλιπτικά και μανιακά επεισόδια και νοσηλεύτηκαν γι' αυτό. Από τους συγγραφείς ξεχωριστή θέση κατέχουν ο, ο Λέο Τολστόϊ, ο Τσαρλς Μποντλαίρ, ο Γκουστάβ Φλομπέρ, ο Έρνεστ Χέμγουεϊ.

Η συγγραφέας Βιρτζίνια Γουλφ δίνει τέλος στη ζωή της μετά από κρίση μείζονος κατάθλιψης – το ίδιο και ο Κώστας Καρυωτάκης. Κορυφαίοι συνθέτες όπως ο Μότσαρτ, ο Σούμπερτ ή ο Σούμαν και ο Τσαϊκόφσκι βασανίζονταν για χρόνια από την ευαίσθητη, μανιοκαταθλιπτική τους φύση. Άλλες κορυφαίες προσωπικότητες όπως ο χορευτής Νιζίνσκι και οι ζωγράφοι Μοντιλιάνι και Τζάκσον Πόλλοκ, ήταν καταθλιπτικοί ασθενείς.

Στους διάσημους καταθλιπτικούς πολιτικούς συγκαταλέγονται ο Αβραάμ Λίνκολν και ο Ουίστον Τσώρτσιλ, ενώ δεν είναι λίγοι οι αξιόλογοι καλλιτέχνες με σπουδαίο αποτύπωμα στο χώρο που κατέληξαν ως καταθλιπτικοί αυτόχειρες.

Η ευρεία χρήση του όρου «κατάθλιψη» συχνά δημιουργεί συγχύσεις, ασάφειες και διαγνωστικές δυσκολίες και για το λόγο αυτό θεωρείται απαραίτητη η διάκριση μεταξύ των εξής όρων (Αλεβίζος, 2008, Χριστοδούλου, 2005):

Καταθλιπτικό συναίσθημα: Είναι το βραχύβιο, δυσάρεστο ή αρνητικό υποκειμενικό αίσθημα ή βίωμα του ατόμου που είναι δυνατό να εκδηλωθεί σε κάθε δεδομένη στιγμή.

Καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση: Είναι η παρουσία κατεξοχήν καταθλιπτικών συναισθημάτων κατά τη διάρκεια σχετικά μεγάλου χρονικού διαστήματος (πολλών ημερών- εβδομάδων- μηνών). Ενίοτε μπορεί να ασκεί διαβρωτική επίδραση στην όλη λειτουργικότητα του ατόμου.

Καταθλιπτική διαταραχή: Είναι κλινικό σύνδρομο το οποίο συγκροτεί διάφορα συμπτώματα με προέχων χαρακτηριστικό την ύπαρξη καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης. Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν δομή συνδρόμου ο οποίος περιλαμβάνει σχηματισμό σημείων και συμπτωμάτων που σχετίζονται μεταξύ τους και έχει συγκεκριμένη χρονική πορεία και έκβαση.

Η κατάθλιψη επηρεάζει τη διάθεση ενώ τα ψυχικά χαρακτηριστικά της σωματοποιούνται. Το άτομο που πάσχει από την κατάθλιψη εμφανίζει αλλαγές στις διατροφικές του συνήθειες, στον ύπνο του, στον τρόπο που αντιμετωπίζει και αντιλαμβάνεται τα γεγονότα και τις καταστάσεις αναφορικά με τον εαυτό του και το περιβάλλον του ανεξαρτήτως φύλου, κοινωνικής θέσης, ηλικίας, μορφωτικού επιπέδου και οικονομικής κατάστασης (Ευθυμίου, Καλαντζή-Αζίζη κ.ά. 2006).

1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η κατάθλιψη είναι από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές. Περίπου ένας στους δέκα ανθρώπους νοσεί σε κάποια περίοδο της ζωής του από καταθλιπτική διαταραχή. Η ετήσια συχνότητα του συνόλου των συναισθηματικών διαταραχών είναι περίπου 1.5%. Η συχνότητα της κατάθλιψης είναι περίπου διπλάσια στις γυναίκες.

Στην Ευρώπη η ετήσια επικράτηση της κατάθλιψης υπολογίζεται σε περίπου 5%, ενώ κατά της διάρκεια της ζωής στην Ιαπωνία υπολογίζεται στο 3%, στις ΗΠΑ στο 16,9% και στις περισσότερες χώρες κυμαίνεται μεταξύ του 8% -12% (Esser et al.,2009). Περίπου το 17% του πληθυσμού θα αντιμετωπίσει κάποια στιγμή στη ζωή του τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (Hashimoto,2010).

Περίπου το 6% του ενήλικου πληθυσμού της γης πάσχει από μείζονα κατάθλιψη και σε όλη τη διάρκεια της ζωής του το 30% του πληθυσμού μπορεί να βιώσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο κατάθλιψης (Kolb & Whishaw,2009).

Η κατάθλιψη επηρεάζει 121 εκατομμύρια ανθρώπων σε όλο τον κόσμο (WHO). Κατά τον WHO, η σπουδαιότητα και η κρισιμότητα της κατάθλιψης σχετίζεται με τον ιδιαίτερο κίνδυνο αυτοκαταστροφής που προκύπτει από τη νόσο.

Η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία και συνδέεται έτσι και με την απώλεια περίπου 850.000 ζώων ετησίως. Υπολογίζεται ότι σε παγκόσμιο επίπεδο έχουμε 10 με 20 εκατομμύρια απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ στο 1 εκατομμύριο εκτιμώνται οι αυτοκτονίες (M.Kohlietal.,2010).

1.4. ΜΟΡΦΕΣ 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. Παρακάτω αναφέρονται οι κύριοι τύποι καταθλιπτικών διαταραχών. Ωστόσο, και στα πλαίσια του κάθε τύπου υπάρχουν διαφοροποιήσεις στον αριθμό των συμπτωμάτων, την σοβαρότητα και την εμμονή τους (Δίκαιος κ.ά. 2006).

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή: *Ξεκινά με ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για τη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου απαιτείται η πλήρωση τουλάχιστον πέντε εκ των βασικών κριτηρίων που θα παρουσιαστούν παρακάτω. Εκδηλώνεται με ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να εργαστεί, να μελετήσει, να κοιμηθεί, να φάει, και να απολαύσει ευχάριστες δραστηριότητες, όπως έκανε στο παρελθόν. Ένα τέτοιο επεισόδιο κατάθλιψης μπορεί να συμβεί μόνο μία φορά, αλλά συνήθως συμβαίνει περισσότερες.*

Δυσθυμική Διαταραχή: Είναι μία χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια. Δεν καθιστά το άτομο ανίκανο, αλλά εξαιτίας της μακροχρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης, δεν το αφήνει να αισθανθεί και να λειτουργήσει καλά.

Διπολικές Διαταραχές (I και II): Στις Διπολικές διαταραχές τα άτομα παρουσιάζουν διαστήματα κατάθλιψης και διαστήματα ευφορικής διάθεσης που ονομάζεται μανία και χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας- συχνά με

διαταραγμένη σκέψη ή διαστήματα υπομανίας. Η υπομανία είναι ένα σύνδρομο παρόμοιο με την μανία, αλλά όχι τόσο βαρύ ή έντονο και δεν επηρεάζει τόσο σημαντικά την λειτουργικότητα. Σε κάποιες περιπτώσεις η υπομανία αυξάνει την λειτουργικότητα του ατόμου και η φάση της υπομανίας βιώνεται από το άτομο σαν θετική εμπειρία.

Πιο συγκεκριμένα το βασικό στοιχείο της Διπολικής Διαταραχής I (που λεγόταν παλαιότερα μανιοκαταθλιπτική νόσος), είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων Μανιακών ή Μεικτών επεισοδίων (Το Μεικτό επεισόδιο είναι συνδυασμός Μανιακού και Καταθλιπτικού επεισοδίου). Τα άτομα με Διπολική Διαταραχή I έχουν και ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά επεισόδια.

Όσον αφορά την Διπολική Διαταραχή II, χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών επεισοδίων που συνοδεύονται τουλάχιστον από ένα Υπομανιακό επεισόδιο. Σε αντίθεση με το Μανιακό επεισόδιο, ένα Υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει έντονη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας. Η συμπεριφορά των ατόμων αυτών τις περισσότερες φορές δεν γίνεται αντιληπτή από τους άλλους ως προβληματική αντίθετα μπορεί να θεωρούνται άτομα ιδιαίτερα ζωντανά και ενεργητικά.

Κυκλοθυμική Διαταραχή Το βασικό χαρακτηριστικό της Κυκλοθυμικής Διαταραχής είναι μία χρόνια κατάσταση διαταραχής της διάθεσης που παρουσιάζει συνεχώς διακυμάνσεις. Έτσι, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών παρατηρούνται πολυάριθμες περιόδους με υπομανιακά συμπτώματα καθώς και πολυάριθμες περιόδους με καταθλιπτικά συμπτώματα, που δεν πληρούν όμως ποτέ τα κριτήρια για Μανιακό ή Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο.

Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται κυρίως:

- η προεμμηνόρρυσιακή δυσφορική διαταραχή (δηλαδή η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων όπως περιγράφονται στο 3, λίγες μέρες πριν την έναρξη της έμμηνου ρύσης)
- η ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή (όπου τα συμπτώματα δεν έχουν την ίδια βαρύτητα με αυτά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής)
- η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή (όπου τα συμπτώματα είναι μεν

σημαντικής βαρύτητας, δεν διαρκούν όμως αρκετά ώστε να πληρούν τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής)

- η μεταψυχωσική καταθλιπτική συνδρομή, η εμφάνιση δηλαδή καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως συνέχεια ενός ψυχωτικού επεισοδίου.

1.5. Α ΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η κατάθλιψη δύναται να προκληθεί από μια ποικιλία παραγόντων που μπορεί να δρουν και συνδυαστικά. Δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να ερμηνεύει την εκδήλωση της κατάθλιψης. Έρευνες ετών έχουν εντοπίσει ορισμένους παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής. Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που αλληλεπιδρούν με την ιδιοσυστασία κάθε ατόμου. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της κατάθλιψης δεν είναι αντικρουόμενες αλλά συμπληρώνουν η μία την άλλη.

Ορισμένοι από τους κυριότερους παράγοντες, που θεωρούνται αίτια της κατάθλιψης, είναι οι εξής(Ευθυμίου, Καλαντζή-Αζίζη κ.ά., 2006):

1.5.1. Γενετικοί παράγοντες.

α) Έχει βρεθεί ότι μερικές ασθένειες μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Οι ασθένειες αυτές δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Τέτοιες παθήσεις είναι οι εξής:

- Παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός.
- Λοιμώξεις που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, όπως το Αids και η λοιμώδης μονοπυρήνωση.
- Μερικές μορφές καρκίνου (π.χ παγκρέατος) Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη και ουσίες όπως το αλκοόλ και το χασίς προκαλούν κατάθλιψη. Όπως φαίνεται από τα παραπάνω η διερεύνηση του ιατρικού ιστορικού του ατόμου είναι απαραίτητη για την διάγνωση της κατάθλιψης.

β) Επιστημονικές έρευνες συνδέουν τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών με την κατάθλιψη. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος δύο νευροδιαβιβαστών, της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης.

1.5.2. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.

α) Πρώιμες εμπειρίες που συσχετίζονται με κάποια σημαντική απώλεια (πχ. Θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο γονέων) και τις οποίες το άτομο τις βίωσε ως έντονα αρνητικές, πιθανόν το καθιστούν περισσότερο ευάλωτο σε ανάλογες εμπειρίες και αυξάνουν την πιθανότητα να εμφανίσει κατάθλιψη ως απάντηση σε αυτές β) αρνητικά γεγονότα ζωής, όπως θάνατος αγαπημένου προσώπου, διάλυση προσωπικής σχέσης, ανεργία, οικονομικές δυσκολίες, σε συνδυασμό με την υποκειμενική αίσθηση αδυναμίας αντιμετώπισής τους αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη. γ) ως συνέπεια των παραπάνω το άτομο έχει διαμορφώσει μία αρνητική θεώρηση του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος. Σύμφωνα με τη θεωρία του Beck, ο τρόπος με τον οποίο το άτομο με καταθλιπτικόμορφο τρόπο σκέψης αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει τον κόσμο γύρω του, χαρακτηρίζεται από αρνητικές σκέψεις και αρνητικά συμπεράσματα για την ζωή και τον εαυτό του, τους άλλους και το μέλλον. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την αρνητική θεώρηση του εαυτού, το άτομο "βλέπει" τον εαυτό του ως ανεπαρκή, ανάξιο, άχρηστο, ανεπιθύμητο, ελαττωματικό και νιώθει ότι μειονεκτεί σε φυσικά, ψυχολογικά, διανοητικά, ηθικά και κοινωνικά χαρίσματα. Στα πλαίσια της αρνητικής θεώρησης του κόσμου, το άτομο "βλέπει" το περιβάλλον του σαν ιδιαίτερα απαιτητικό και απαγορευτικό στις ατομικές του επιδιώξεις, και αισθάνεται πως έχει απορριφθεί από αυτό. Νιώθει τέλος ότι ο κόσμος στερείται νοήματος ή σημασίας και δεν μπορεί να αντλήσει από αυτόν καμία χαρά και ευχαρίστηση. Το άτομο με κατάθλιψη σκέφτεται ότι το μέλλον του θα είναι ζοφερό, αρνητικό, χωρίς πιθανότητα να βιώσει ευχάριστες καταστάσεις ή να του συμβούν ευχάριστα πράγματα ή δεν "βλέπει" καθόλου μέλλον.

Στα πλαίσια της σημερινής δυσμενούς οικονομικής συγκυρίας οι επιπτώσεις της κρίσης στους πολίτες της χώρας είναι εμφανείς στον τομέα της υγείας. Η κατάθλιψη και το άγχος "φυσικοποιούνται" και προβάλλουν ως συστατικά στοιχεία μιας καθημερινότητας που αφορά ολόένα και περισσότερους ανθρώπους.

Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι η ανεργία μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικές διαταραχές (Catalano, 2009):

- (α)κατάθλιψη (κυρίως στα άτομα μέσης ηλικίας),
- (β)άγχος,
- (γ)κατάχρηση ουσιών (όπως το αλκοόλ),
- (δ)αυτοκτονικό ιδεασμό ή και αυτοκτονία (ιδίως στους άνδρες),
- (ε)αντικοινωνική συμπεριφορά (πχ. επιθετικότητα)

Οι ψυχικά ασθενείς βιώνουν το σύνδρομο του αυτοαποκλεισμού (Furtos, 2008), που σε κοινωνικό επίπεδο είναι ο αποκλεισμός από την ανθρώπινη κοινότητα, η έλλειψη αναγνώρισης από την κοινωνική ομάδα που ανήκει το άτομο, καθώς και ο αποκλεισμός από τον κόσμο της εργασίας, της κατοικίας, του πολιτισμού, της έννοιας του πολίτη που συμμετέχει σε μία κοινωνία.

Προηγούμενα παραδείγματα μείζονος οικονομικήςζύφησης, για παράδειγμα το οικονομικό κραχ στις Η.Π.Α. στις αρχές του 1930, χαρακτηρίστηκαν από μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 10%, αλλά από αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40%,όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30% (Stuckler et al., 2009).

Αντίστοιχα στοιχεία αναφέρονται και για τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, αμέσως μετά τη σημαντική κοινωνικο-πολιτική μεταβολή που συνέβη στις αρχές της δεκαετίας του '90: όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30%, αυξήθηκε τόσο η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες κατά 20%, όσο και οι αυτοκτονίες κατά 40% (Stuckler et al., 2009). Μάλιστα, οι επιπτώσεις ήταν σοβαρότερες σε χώρες όπου οι κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές έγιναν γρήγορα, το σύστημα κοινωνικής προστασίας ήταν αδύναμο και το κοινωνικό κεφάλαιο ήταν χαμηλό. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία έτη σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξαν ότι η ανεργία συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές, προβλήματα εθισμού και ουσιοεξάρτησης, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφών χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινόπνευματος.

Αναφορικά με τις αυτοκτονίες, ο σταθμισμένος δείκτης θανάτων από αυτοκτονίες ήταν το 2008, για την Ελλάδα, 2.85, σημαντικά χαμηλότερος από τον αντίστοιχο μέσο δείκτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο οποίος ήταν 14.1 (WHO, 2010).

1.6. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η Κατάθλιψη εμφανίζεται με μία σειρά από συμπτώματα που επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου. Δεν είναι απαραίτητο κάποιος που έχει κατάθλιψη να παρουσιάζει όλα τα συμπτώματα της διαταραχής. Ορισμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν πολλά, ορισμένοι λιγότερα. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων διαφέρει σε κάθε άτομο, αλλά διαφοροποιείται και στο ίδιο άτομο με την πάροδο του χρόνου.

Πιο συγκεκριμένα, τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει κάποιος όταν έχει κατάθλιψη, είναι τα εξής:

1. *Καταθλιπτική διάθεση* που διαρκεί το μεγαλύτερο τμήμα της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα, για ένα διάστημα δύο βδομάδων.

2. *Απώλεια της ευχαρίστησης και μείωση του ενδιαφέροντος* για δραστηριότητες που στο παρελθόν το άτομο ήθελε, και του άρεσε να κάνει.

3. *Άγχος* παρατηρείται ορισμένες φορές με τη μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου.

4. *Διαταραχές στον ύπνο*. Το σύμπτωμα αυτό παρουσιάζεται με διάφορους τρόπους. Έτσι μερικοί άνθρωποι με κατάθλιψη κοιμούνται πάρα πολλές ώρες, μερικοί δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, ενώ άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, δηλαδή ξυπνούν πολλές φορές στη διάρκεια της νύχτας ή δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν. Η πιο συνηθισμένη διαταραχή του ύπνου είναι η πρωινή αφύπνιση, στην οποία το άτομο ξυπνά πολύ νωρίς το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.

5. *Διαταραχές της όρεξης*. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης, με πιθανό επακόλουθο την απώλεια βάρους. Ωστόσο μπορεί σε μικρότερη συχνότητα να παρατηρηθεί το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή αυξημένη όρεξη για φαγητό και αύξηση του σωματικού βάρους καθώς και κρίσεις βουλιμίας με υπερφαγικά επεισόδια.

6. *Κόπωση, εξάντληση, απώλεια ενεργητικότητας.* Συχνά το άτομο παραπονιέται ότι αισθάνεται κόπωση ή εξάντληση, σαν όλη η ενέργεια ή η ζωτικότητα του να έχει φύγει. Μπορεί να παραμείνει σε αδράνεια για όλη τη διάρκεια της ημέρας.

7. *Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης.* Ακόμα και αν το άτομο έχει σεξουαλικές επαφές, δεν το επιθυμεί και δεν του προκαλεί καμία ευχαρίστηση.

8. *Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας, ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον.* Το άτομο τα βλέπει όλα μαύρα και πιστεύει πως έτσι θα παραμείνουν.

9. *Δυσκολία στη συγκέντρωση, τη σκέψη, τη μνήμη και τη λήψη αποφάσεων.* Η ενασχόληση με τις καταθλιπτικές σκέψεις είναι τόσο έντονη και επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό τη συγκέντρωση ώστε συχνά τα άτομα με κατάθλιψη αναφέρουν δυσκολία στο διάβασμα ή στην παρακολούθηση τηλεόρασης.

10. *Αισθήματα και σκέψεις ενοχής, αναξιότητας και χαμηλή αυτοεκτίμηση.* Σωματικά συμπτώματα που δεν ερμηνεύονται από ιατρικές εξετάσεις και δεν ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία όπως : πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, κράμπες, ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, δυσκολία στην αναπνοή, πόνος στο στήθος.

12. *Εμμονή σε σκέψεις θανάτου και ιδέες αυτοκτονίας.* Μερικές φορές το άτομο που έχει κατάθλιψη νιώθει τόσο απελπισμένο που κάνει σκέψεις αυτοκτονίας. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης. Σε άτομα με βαριά κατάθλιψη ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι ιδιαίτερα αυξημένος

Για να δοθεί η διάγνωση της κατάθλιψης χρειάζεται να υπάρχουν 5 από τα παραπάνω συμπτώματα. Σε αυτά θα πρέπει οπωσδήποτε να συμπεριλαμβάνεται το σύμπτωμα 1 ή το σύμπτωμα 2.

Τα συμπτώματα της μανίας

Τα κυριότερα συμπτώματα της μανίας - που στην πιο ήπια μορφή τους είναι τα συμπτώματα της υπομανίας- είναι τα παρακάτω:

1. *Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης.* Υπερβολική ευφορία ή / και ευερεθιστότητα που μπορεί να καταλήξει σε έντονη δυσφορία, εκνευρισμό, επιθετικότητα και ενδεχομένως οργή και βία.

2. *Διογκωμένη αυτοεκτίμηση*, που μπορεί να φτάσει μέχρι το σημείο εμφάνισης σαφώς εξωπραγματικών παραληρητικών ιδεών μεγαλείου (το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να καταφέρει τα πάντα από μόνο του ή ότι μπορεί να γίνει διάσημο, λόγω μίας ανακάλυψης που πρόκειται να κάνει).

3. *Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο*. Άτομα με μανία νιώθουν γεμάτα ενέργεια, χωρίς να ξεκουράζονται καθόλου, ή μετά από μόνο 3 ώρες ύπνου.

4. *Πίεση λόγου*. Μιλούν δυνατά, γρήγορα, ακατάπαυστα.

5. *Ταχεία εναλλαγή σκέψεων*. Το άτομο περνά από το ένα θέμα στο άλλο.

6. *Διάσπαση της προσοχής*. Η προσοχή πολύ εύκολα αποσπάται από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα και το άτομο δεν μπορεί να παραμείνει συγκεντρωμένο σε μία δραστηριότητα.

7. *Αυξημένη δραστηριότητα/ υπερκινητικότητα*. Το άτομο περιφέρεται από το ένα δωμάτιο στο άλλο, πηγαινοέρχεται πάνω κάτω, αλλάζει θέσεις διαρκώς στα αντικείμενα που βρίσκονται για παράδειγμα πάνω στο τραπέζι. Καταπιάνεται επίσης με πολλές δραστηριότητες ταυτόχρονα που δύσκολα τις ολοκληρώνει.

8. *Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες*. Το άτομο εμπλέκεται σε χωρίς περιορισμό ξόδεμα χρημάτων, σε ιδιαίτερα συχνές σεξουαλικές σχέσεις χωρίς λήψη προφυλάξεων και με διάφορους ερωτικούς συντρόφους, σε χρήση ουσιών κλπ.

9. *Συναισθηματική αστάθεια*. Ο έντονος ενθουσιασμός και η χαρά πολύ εύκολα μπορεί να δώσουν την θέση τους στον θυμό και την απογοήτευση.

1.7. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ/ΕΝΔΕΙΚΝΥΟΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η κατάθλιψη είναι βαριά, αλλά ιάσιμη ασθένεια. Δεν είναι απλώς μια έντονη θλίψη, ένα αίσθημα αποτυχίας ή η έλλειψη αποφασιστικότητας. Η πρόοδος που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια μάς επιτρέπει να επαναπροσδιορίσουμε την κατάθλιψη και να διαμορφώσουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με τις δυνατότητες

θεραπείας της. Για την πλήρη θεραπεία της κατάθλιψης είναι πολύ σημαντική η σταθερή και εξειδικευμένη ψυχοθεραπευτική και φαρμακευτική αντιμετώπιση. Το 80 % των ασθενών που δεν έχουν θεραπευτεί πλήρως υποτροπιάζουν. Κατά τη θεραπεία συντήρησης που στόχο έχει την πρόληψη της υποτροπής, οι ασθενείς παρακολουθούνται μετά την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων για τουλάχιστον έξι μήνες. Όσο συχνότερες και εντονότερες ήταν οι φάσεις της κατάθλιψης στο παρελθόν, τόσο πιο αναγκαία καθίσταται μια θεραπεία μακράς διάρκειας. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς συνεχίζουν να παρακολουθούνται και αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία.

Για την αποτελεσματική θεραπεία των καταθλιπτικών ασθενών απαιτείται μια ολιστική προσέγγιση. Στο πλαίσιο της θεραπείας επιλέγονται ή εφαρμόζονται συνδυαστικά διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες, ψυχοθεραπείες βάθους, θεραπείες συζήτησης, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή ακολουθούνται ατομικές και ομαδικές θεραπείες, ενώ ανάλογα με τα συμπτώματα εφαρμόζονται επίσης μέθοδοι σωματικής και δημιουργικής θεραπείας, χαλάρωσης και αντιμετώπισης του άγχους (όπως είναι για παράδειγμα η βιοανάδραση, η τεχνική της προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης κατά Jacobson, η γιόγκα, οι τεχνικές Qigong και Tai Chi) σε διάφορους συνδυασμούς.

Συνήθως, η κατάθλιψη μπορεί να μην εκδηλώνεται με καταθλιπτικό συναίσθημα αλλά με άτυπη συμπτωματολογία όπου κυριαρχούν τα σωματικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα τα άτομα να καταφεύγουν σε άλλες ειδικότητες ιατρών και όχι στον ψυχίατρο.

Η διάγνωση των καταθλιπτικών διαταραχών είναι πάντοτε κλινική καθώς οι ψυχομετρικές διαδικασίες και οι βιολογικοί δείκτες έχουν μόνο επικουρικό ρόλο. Συνεπώς, η διάγνωση είναι φαινομενολογική περιγραφική και όχι αιτιολογική. Η διάγνωση της κατάθλιψης αποτελεί ιατρική διαδικασία, η οποία βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια μιας καταθλιπτικής διαταραχής, στη δομική συγκρότηση της καταθλιπτικής διαταραχής και στην ποιοτική διαφορά όσον αφορά τη δυσλειτουργικότητα του ατόμου συγκριτικημαντικό βήμα είναι η αξιολόγηση της βαρύτητας της κατάθλιψης προκειμένου να καθοριστεί το είδος της προτεινόμενης θεραπείας, όπως για παράδειγμα χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ψυχοθεραπεία και η συμμόρφωση του ασθενή προς τις θεραπευτικές οδηγίες

Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού (ατομικού και οικογενειακού) συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση. Για παράδειγμα, η λήψη κάποιων φαρμάκων ή και ψυχοτρόπων ουσιών που επηρεάζουν το συναίσθημα, με κυριότερες το αλκοόλ και το σύνδρομο στέρησης από κοκαΐνη και αμφεταμίνες μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα καταθλιπτικού τύπου.

Όσον αφορά τις θεραπείες που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για την κατάθλιψη, παραδοσιακά αντιμετωπιζόταν με εξορκισμό και με τελετουργίες εξιλέωσης, λόγω της πεποίθησης ότι η κατάθλιψη οφειλόταν σε κατοχή του ατόμου από δαιμονικά πνεύματα (Kirmayer ,2004).

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα μπορεί να οφειλόταν στο placebo effect (Kaptchuk T.J.,&al, 2009).

Στο σύγχρονο κόσμο η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται κυρίως με τη χρήση αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής και με ορισμένες ψυχοθεραπείες, εκ των οποίων η γνωσιακή φαίνεται πως έχει μία περισσότερη ειδική δράση (DeRubeis R. J.,& al. 2009).

Η ορθολογική χρήση αυτών των διαθέσιμων μέσων οδηγεί την πλειονότητα των περιπτώσεων σε σύντομη, σημαντική βελτίωση, συνήθως με ήπιες παρενέργειες.

Παρόλα αυτά υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με καταθλιπτικά σύνδρομα, ακόμη και σε χώρες με μεγάλη ανάπτυξη των ψυχιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών η οποία δεν χρησιμοποιεί τις σύγχρονες θεραπευτικές δυνατότητες. Πολλοί από αυτούς προσφεύγουν σε παραδοσιακές μορφές συμβουλευτικής ή παρηγορητικής βοήθειας (π.χ.από τον ιερέα-εξομολόγο τους), ενώ άλλοι προσμένουν παθητικά την αποδρομή των συμπτωμάτων.

Αρκετοί επισκέπτονται τις ιατρικές υπηρεσίες πρωτογενούς περίθαλψης κυρίως για διάφορα σωματικά συμπτώματα, αλλά η συνυπάρχουσα στην κλινική εικόνα κατάθλιψη αρκετές φορές δεν διαγιγνώσκεται. Στην Ελληνική κοινωνία, πολλά περιστατικά μένουν αδιάγνωστα ή αντιμετωπίζονται ατελώς με αποτέλεσμα η διαταραχή αυτή να είναι μία σημαντική αιτία κοινωνικών, οικονομικών, διαπροσωπικών προβλημάτων και δυστυχίας. Χρειάζεται πληρέστερη ενημέρωση του πληθυσμού και των ιατρών που εμπλέκονται στην

πρωτογενή περίθαλψη ώστε να υπάρχει καλύτερη πρόληψη της διαταραχής και των συνεπειών(Τσαλίκογλου, 2010).

1.7.1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η επικρατέστερη θεραπευτική πρακτική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, είναι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες φαρμάκων: α) τα αντικαταθλιπτικά, β) τις βενζοδιαζεπίνες και γ) τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα διαφοροποιούνται ως προς το είδος και τη συχνότητα χορήγησης λόγω διαφόρων σκευασμάτων. Η επιτυχής αντικαταθλιπτική αγωγή βασίζεται σε συγκεκριμένους κανόνες. Το σημαντικότερο μειονέκτημα της φαρμακευτικής θεραπείας είναι η καθυστερημένη εμφάνιση της αντικαταθλιπτικής τους δράσης (περίπου 3 εβδομάδες) σε σχέση με την έναρξη της χορήγησης. Συνεπώς, η εγκατάλειψη ή αλλαγή κάποιου θεραπευτικού σχήματος πριν την παρέλευση του χρονικού αυτού διαστήματος θεωρείται άστοχη. Η μακροχρόνια φαρμακευτική αντιμετώπιση χορηγείται σε διπολική διαταραχή, υποτροπιάζουσα κατάθλιψη με τρία τουλάχιστον επεισόδια, ή με δύο επεισόδια αλλά συνύπαρξη άλλων επιβαρυντικών παραγόντων.

Τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης, δρουν βάσει της θεραπευτικής αρχής που ανακάλυψε πριν από 50 χρόνια ο Roland Kuhn στην Ελβετία και στοχεύουν στην ενίσχυση των νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνης, νοραδρεναλίνης, ντοπαμίνης). Για πολύ καιρό επικρατούσε η άποψη ότι η δράση των αντικαταθλιπτικών συνίσταται απλά στην αύξηση της συγκέντρωσης των εν λόγω νευροδιαβιβαστών. Σήμερα όμως γνωρίζουμε ότι εξομαλύνουν τη δράση των ορμονών άγχους. Και το βαλσαμόχορτο (*Hypericum perforatum*), το φυτικό θεραπευτικό μέσο που είναι αποτελεσματικό σε καταθλιπτικές διαταραχές ελαφριάς έως μέτριας μορφής, δρα μεταξύ άλλων επηρεάζοντας τα επίπεδα σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης.

Προκειμένου να μην χαθεί πολύτιμος χρόνος λόγω πρόωρης και αχρείαστης αλλαγής φαρμάκου, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τα αντικαταθλιπτικά χρειάζονται δύο έως τέσσερις εβδομάδες για να δράσουν. Για τον λόγο αυτό οποιαδήποτε αλλαγή του συνταγογραφούμενου φαρμάκου θα πρέπει να γίνει μετά από λήψη επαρκούς ποσότητας, το νωρίτερο μετά το πέρας τεσσάρων εβδομάδων.

Οι πιθανές παρενέργειες (π.χ. σε σπάνιες περιπτώσεις αύξηση βάρους, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, νευρικότητα), το ιστορικό της θεραπείας, καθώς και τα εν προκειμένω συμπτώματα του πρόσφατου επεισοδίου έχουν μεγάλη σημασία για την επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού. Εάν κύρια συμπτώματα είναι διαταραχές ύπνου, ανησυχία, νευρικότητα, φόβος ή τάσεις αυτοκτονίας, τότε θα πρέπει να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά με ηρεμιστική (δηλ. καταπραυντική) δράση, κατά περίπτωση δε, για ορισμένο χρονικό διάστημα, σε συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνη.

Σε περιπτώσεις διαταραχών ύπνου σημαντικό πλεονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι τα αντικαταθλιπτικά σε αντίθεση με τα κλασικά υπνωτικά, εξομαλύνουν και πάλι τη διαταραγμένη λόγω της κατάθλιψης διάρθρωση του ύπνου, εξασφαλίζοντας στον ασθενή ξεκούραση. Τα αντικαταθλιπτικά δεν αυξάνουν τον κίνδυνο της αυτοκτονίας.

Η φαρμακευτική θεραπεία, ωστόσο, ενδέχεται σε μεμονωμένες περιπτώσεις να ενισχύσει κατά την πρώιμη φάση της τις αυτοκτονικές σκέψεις και ενέργειες, καθώς πριν από την επέλευση της αντικαταθλιπτικής της δράσης ενδέχεται να προκαλέσει νευρικότητα και διέγερση λόγω της ενεργοποίησης του μεταβολισμού του νευρικού συστήματος. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της βήμα προς βήμα θεραπείας και υποστήριξης των ασθενών, καθώς και του εμπειριστατωμένου ελέγχου της ανάγκης χορήγησης βενζοδιαζεπινών. Οι εν λόγω παρενέργειες συνήθως μετριάζονται ή αντιμετωπίζονται με φυτικά παρασκευάσματα (φυτοθεραπευτικά προϊόντα). Αποτελεσματικά κρίνονται σε αυτές τις περιπτώσεις για παράδειγμα η πασιφλόρα, η ρίζα βαλεριάνας, η ρίζα πετασίτη και τα φύλλα του μελισσόχορτου.

Οι δυο επικρατέστερες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή/και νοραδρεναλίνης από τον προσυναπτικό νευρώνα και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO). Κοινός τόπος δράσης τους είναι η αύξηση της σεροτονινεργικής ή/και νοραδρενεργικής δραστηριότητας στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα κλασικά αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά και άλλα), τους νεότερους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) και μερικά νεώτερα αντικαταθλιπτικά με εκλεκτικό μηχανισμό δράσης.

Τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας έχουν την ίδια σχεδόν αποτελεσματικότητα, ενώ τα νεότερα από αυτά SSRI και λοιπά εκλεκτικώς δρώντα εμφανίζουν ηπιότερες και λιγότερες

παρενέργειες και μικρότερη τοξικότητα από τα κλασικά φάρμακα. Τα τρικυκλικά εμφανίζουν αντιχολινεργική δραση, ορθοστατική υπόταση και ταχυκαρδία. Τα SSRI έχουν αντιαιμοπεταλιακή δραση η οποία σχετίζεται με επιπλοκές. Για παράδειγμα, η μεταβολή στην ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων αποτελεί βασικό μηχανισμό αιφνίδιων θανάτων στους καρδιολογικούς ασθενείς. Επί συνχορήγησης με αντιπηκτική αγωγή, η πρόκληση αιμορραγίας μέσω της παράτασης του χρόνου προθρομβίνης αποτελεί την κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια. Πολλές φορές χορηγούνται βενζοδιαζεπίνες σε συνδυασμό με την αντικαταθλιπτική αγωγή για βραχύ χρονικό διάστημα. Τα αντιψυχωσικά μπορούν να χορηγηθούν για την ανησυχία σε χαμηλό δοσολογικό σχήμα στους ηλικιωμένους κυρίως για την πρόληψη παρενεργειών (Χριστοδούλου, 2005).

Παρότι, οι κλασικοί αναστολείς της ΜΑΟ, είχαν ικανοποιητική αποτελεσματικότητα κυρίως στην άτυπη κατάθλιψη, εντούτοις δεν χορηγούνται πλέον διότι μπορούν να προκαλέσουν δυνητικά θανατηφόρες φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις και υπερτασική κρίση.

Όσον αφορά την μακροχρόνια πρόληψη των υποτροπών της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται τα θυμορρυθμιστικά φάρμακα, τα οποία σταθεροποιούν το συναίσθημα (άλατα λιθίου, η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό νάτριο).

Τα φάρμακα αυτά μπορεί να χορηγούνται εφ' όρου ζωής, υπό την προϋπόθεση ότι μετρώνται και αξιολογούνται τα επίπεδα τους στο πλάσμα.

Η επανεμφάνιση της νόσου εντός έξι μηνών από την έναρξη της αγωγής θεωρείται ότι οφείλεται σε αναζωπύρωση του προηγούμενου επεισοδίου (Brown, 2009).

Οι μη φαρμακολογικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης αποτελούν συμπληρωματική θεραπευτική παρέμβαση που δρα συνεπικουρικά και περιλαμβάνει κυρίως διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, όπως συμπεριφορικού ή γνωσιακού τύπου και διαπροσωπική ψυχοθεραπεία.

1.7.2. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία όταν εφαρμόζεται σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά μπορεί να βελτιώσει πολύ την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει το άτομο να ανακτήσει σταδιακά την προηγούμενη υπευθυνότητα του και να υπομένει τις καθημερινές πιέσεις της ζωής, ενισχύοντας τη βελτίωση που επέφερε η φαρμακευτική θεραπεία. Με τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, το άτομο δέχεται υποστηρικτική καθοδήγηση για να προσαρμοστεί στην αλλαγή των ρόλων στη ζωή. Η γνωστική θεραπεία μπορεί να αλλάξει το αίσθημα απελπισίας και τις αρνητικές σκέψεις του πάσχοντος. Η ψυχοθεραπεία μόνη της μπορεί να είναι αποτελεσματική για τα ελαφρά επεισόδια κατάθλιψης όσο και η φαρμακοθεραπεία.

1.7.2.1. Ψυχοδυναμική θεραπεία

Η ψυχοδυναμική θεραπεία βασίζεται στην υπόθεση ότι ένα άτομο είναι σε κατάθλιψη, λόγω των ανεπίλυτων, γενικά ασυνείδητων συγκρούσεων, που συχνά προκύπτουν από την παιδική ηλικία. Ο στόχος αυτού του είδους τη θεραπείας είναι για τον ασθενή να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει καλύτερα τα συναισθήματα αυτά μιλώντας για τα βιώματά του. Η ψυχοδυναμική θεραπεία συστήνεται για μια περίοδο τριών έως τεσσάρων μηνών, παρόλο που μπορεί να διαρκέσει περισσότερο, ακόμη και χρόνια(Keck, 2010).

1.7.2.2. Διαπροσωπική θεραπεία

Η Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1970 από τους Klerman & Weissman(Weissman & AL, 2001). Είναι βραχείας διάρκειας, μέτριας δόμησης και εστιάζεται στα συμπτώματα. Έχει εφαρμοσθεί στις περισσότερες μορφές της κατάθλιψης και βασική της υπόθεση αποτελεί η θέση ότι, ασχέτως αιτίων, η κατάθλιψη τείνει να πυροδοτείται από διαπροσωπικές κρίσεις. Θεωρεί ότι τρία είναι τα βασικά στοιχεία της κατάθλιψης: τα συμπτώματα, η λειτουργικότητα και η προσωπικότητα του ασθενή. Εστιάζει, δε, στα δύο πρώτα. Η στάση του διαπροσωπικού θεραπευτή είναι θετική, ενεργητική και μη κριτική. Η θεραπευτική σχέση χρησιμοποιείται ως πρότυπο για τις σχέσεις του ασθενή. Σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας γίνεται εκπαίδευση στον τρόπο

που ο ασθενής θα επιτύχει σαφέστερη επικοινωνία. Οι βασικές προβληματικές διαπροσωπικές περιοχές που μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο της θεραπείας είναι το πένθος, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, η μετάβαση ρόλου και τα διαπροσωπικά ελλείμματα.

Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της θεραπείας είναι η βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και η αύξηση της αυτοεκτίμησης κατά τη διάρκεια μιας σύντομης χρονικής περιόδου. Η θεραπεία συνήθως διαρκεί τρεις έως τέσσερις μήνες και λειτουργεί καλά για την κατάθλιψη που προκαλείται από πένθος, συγκρούσεις στις σχέσεις, σημαντικά γεγονότα της ζωής, και την κοινωνική απομόνωση. Σημαντικό ρόλο παίζει η δημιουργία κατάλληλου κλίματος εμπιστοσύνης και συναισθηματικής ασφάλειας έτσι ώστε ο ασθενής να έχει το χώρο για αυτό-αποκάλυψη. Η Ψυχοδυναμική και διαπροσωπικές θεραπείες βοηθούν τους ασθενείς στην αντιμετώπιση κατάθλιψης που προκαλείται από:

1. Απώλεια (θλίψη)
2. Συγκρούσεις στις σχέσεις
3. Αλλαγή ρόλου στη ζωή (όπως το να γίνει γονέας ή ανάληψη καινούργιου ρόλου στην εργασία).

1.7.2.3. Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία αναπτύχθηκε από τον ψυχίατρο Aaron T. Beck, την δεκαετία του '60. Βασίζεται στην θεωρία ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου καθορίζεται από τον τρόπο σκέψης του σχετικά με τον εαυτό του και το ρόλο του στον κόσμο. Άλλωστε και ο αρχαίος φιλόσοφος Επίκτητος υποστήριζε ότι δεν είναι τα γεγονότα αυτά καθαυτά που ταράσσουν τους ανθρώπους, αλλά η ιδέα των ανθρώπων για τα γεγονότα.

Η γνωσιακή - συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία αποτελεί σύνθεση γνωσιακών και συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων. Στόχος της παρέμβασης είναι η αναγνώριση των προτύπων δυσλειτουργικής σκέψης και συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα σε ορισμένες φάσεις της θεραπείας να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση σε συμπεριφοριστικές τεχνικές και σε άλλες φάσεις σε γνωσιακές τεχνικές (Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark, 1996). Ο

Βασικός πυρήνας της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας αποτελείται από τρεις βασικές αρχές:

- η γνωστική λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά
- η γνωστική λειτουργία μπορεί να μεταβληθεί και να ελεγχθεί
- οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωστικές αλλαγές

Ο Beck (1976) υποστηρίζει ότι, παρ' ότου ο στόχος της συμπεριφοριστικής παρέμβασης είναι η ανακούφιση του συμπτώματος και η παρέμβαση απευθύνεται άμεσα στο σύμπτωμα και την έκδηλη συμπεριφορά του ατόμου, ο τρόπος με τον οποίο αυτή η παρέμβαση τελικώς λειτουργεί μπορεί να αναλυθεί με γνωσιακούς όρους. Το γνωσιακό «προφίλ» της κατάθλιψης περιλαμβάνει διαταραχές βαθύτερης δομής της σκέψης (δυσλειτουργικές πεποιθήσεις): «καταθλιπτικογόνα» σχήματα, διαταραχές στον τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών: διεργαστικές παρεκκλίσεις και διαταραχές περιεχομένου της σκέψης: αυτόματες σκέψεις. Το άτομο θεωρεί τον εαυτό αποτυχημένο, τον κόσμο εχθρικό και το μέλλον άσχημο, προσεγγίζοντας το θέμα μέσω της γνωσιακής τριάδας: εαυτός-κόσμος-μέλλον (Beck, 1976). Βασικό στοιχείο αποτελεί η ενεργοποίηση του σχήματος.

Η Τριάδα του Beck για την Κατάθλιψη

- Αρνητική άποψη για τον εαυτό (π.χ. είμαι άχρηστος- είμαι αποτυχημένος)
- Αρνητική άποψη για τον κόσμο (π.χ. ο κόσμος είναι σκληρός και δεν έχει νόημα)
- Αρνητική άποψη για το μέλλον (π.χ. δεν με περιμένει τίποτα για το οποίο αξίζει να ζω)

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία βοηθά τα άτομα με κατάθλιψη για τον εντοπισμό και την αλλαγή ανακριβών αντιλήψεων που μπορούν να έχουν για τον εαυτό τους και τον κόσμο γύρω τους. Ο θεραπευτής βοηθά τους ασθενείς στη δημιουργία νέων τρόπων σκέψης ,κατευθύνοντας την προσοχή τους στις "λάθος" και "σωστές" παραδοχές που κάνουν για τον εαυτό τους και τους άλλους.

Η Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία συνιστάται για τους ασθενείς:

- Που σκέφτονται και να συμπεριφέρονται με τρόπους που να προκαλούν και να διαιωνίζουν την κατάθλιψη
- Με ήπια έως μέτρια κατάθλιψη ως η μόνη θεραπεία ή σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτική αγωγή
- Που αρνούνται ή αδυνατούν να λάβουν αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή
- Όλων των ηλικιών που έχουν κατάθλιψη που προκαλεί πόνο, την αναπηρία, ή και διαπροσωπικών προβλημάτων.

Η θεραπευτική προσέγγιση είναι βραχείας διάρκειας και περιλαμβάνει συμπεριφορικούς και γνωσιακούς χειρισμούς. Συνήθως η θεραπεία αυτή απαιτεί από τον ασθενή να χρησιμοποιήσει τον χρόνο που έχει μεταξύ των συνεδριάσεων έτσι ώστε να εφαρμόζει νέες τακτικές και λύσεις. (Trigoboff,2009). Τελικός στόχος της γνωσιακής ψυχοθεραπείας είναι το άτομο να αποκτήσει δεξιότητες, έτσι ώστε να μπορεί να γίνει «θεραπευτής» του εαυτού του, τόσο στο παρόν επεισόδιο, όσο και σε πιθανά μελλοντικά.

1.7.2.4. Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία.

Αρχή της συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας είναι ότι ο τρόπος σκέψης και συναισθήματα του ασθενή ακολουθούν τη συμπεριφορά του. Με άλλα λόγια, όταν κάποιος ενεργεί θετικά και με αυτοπεποίθηση, αρχίζει να νιώθει και θετικά. Ο ψυχοθεραπευτής και ο ασθενής συνεργάζονται προκειμένου να εντοπίσουν τις συμπεριφορές εκείνες που χρήζουν τροποποίησης. Ο ασθενής καλείται να αντικαταστήσει τρόπους συμπεριφοράς που έχουν κάποιο 'ψυχαναγκαστικό' χαρακτήρα με νέους θετικούς τρόπους συμπεριφοράς. Μαθαίνει να φέρεται θετικά, ώστε να μπορεί να σκέφτεται και θετικά. Για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ακολουθούνται τεχνικές, όπως η θεραπεία αυτοελέγχου, η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, η τεχνική της επίλυσης προβλημάτων (ΕΠΙΨΥ, 2010)

Οι συμπεριφοριστικές τεχνικές έχουν ενσωματωθεί στο πλαίσιο της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας και υπηρετούν τους στόχους της, οι οποίοι σχετίζονται με την αλλαγή των δυσλειτουργικών αντιλήψεων του ατόμου (Beck et al., 1979).

Συνεπώς, οι διάφορες συμπεριφοριστικές τεχνικές χρησιμοποιούνται προκειμένου το άτομο να έχει την ευκαιρία να ελέγξει, σε πραγματικές συνθήκες, κάποιες δυσλειτουργικές του σκέψεις.

Η συμπεριφορική θεραπεία για την κατάθλιψη είναι βραχείας διάρκειας και ως κύρια τεχνική εφαρμόζει τη συμπεριφορική ενεργοποίηση (behavioral activation). Αυτή περιλαμβάνει την κατάτμηση και οργάνωση των δραστηριοτήτων ανάλογα με το επίπεδο της κατάθλιψης. Το ξεκίνημα γίνεται από απλές δραστηριότητες και με προοδευτική αύξηση επιτυγχάνεται ενεργοποίηση του ατόμου. Το συναίσθημα βελτιώνεται δευτερογενώς.

Αρκετά συχνά γίνεται ταυτόχρονη θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση (combined therapy). Η αποτελεσματικότητα αυτού του συνδυασμού έχει μελετηθεί τα τελευταία χρόνια και έχειδειχθεί ότι σε ελαφρές ή μέτριες μορφές κατάθλιψης ο συνδυασμός δεν προσφέρει πλεονέκτημα, ενώ σε κλινικής βαρύτητας κατάθλιψη η συνδυασμένη θεραπεία υπερτερεί της φαρμακοθεραπείας (Cuijpers & al, 2008).

1.7.3. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις βαριάς κατάθλιψης, ειδικά όταν το άτομο έχει ψύχωση, απειλεί να αυτοκτονήσει ή αρνείται να φάει. Αυτός ο τύπος θεραπείας συνήθως είναι πολύ αποτελεσματικός και μπορεί να απαλλάξει αμέσως από την κατάθλιψη, αντίθετα με τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά, τα οποία μπορεί να χρειαστούν πολλές εβδομάδες. Η ταχύτητα δράσης της ηλεκτροσπασμοθεραπείας μπορεί να σώσει ζωές (Kaplan & al, 2007).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (electroconvulsive therapy, ECT) αφορά τοποθέτηση ηλεκτροδίων στους κροτάφους του ασθενούς που διοχετεύουν ηλεκτρικό ρεύμα χαμηλής τάσης. Η τεχνική χρησιμοποιείται από ψυχιάτρους ήδη από τη δεκαετία του 1930 με στόχο την αποκατάσταση της χημικής ισορροπίας του εγκεφάλου. Ωστόσο μέχρι σήμερα ο ακριβής μηχανισμός που κρύβεται πίσω από τη λειτουργία της μεθόδου παρέμενε ασαφής.

Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αποδείχθηκε χρήσιμη θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με κατάθλιψη μετά από ΑΕΕ^{33,34}. Συγκεκριμένα, οι Currier και συνεργάτες βρήκαν πως 19 από τους 20 ασθενείς με ΑΕΕ και κατάθλιψη είχαν μέτρια ή και πολύ σημαντική βελτίωση. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν παρουσίασε επιδείνωση του ΑΕΕ ή και νευρολογικά ελλείμματα κατά τη διάρκεια της ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Σημαντικές επιπλοκές που να χρειάστηκαν ιατρική παρέμβαση αναφέρονται στο 25% των ασθενών, ενώ παρατεταμένη μετά τη θεραπεία αμνησία αναφέρεται στο 15% των περιπτώσεων (Currier MB & al, 2007).

1.7.4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1.7.4.1. Τεχνικές χαλάρωσης

Εκτός από τις γνωστές υπάρχουν και άλλες δοκιμασμένες θεραπευτικές μέθοδοι που μπορούν να εφαρμοστούν συμπληρωματικά ή εναλλακτικά στη θέση της φαρμακευτικής θεραπείας για την αντιμετώπιση ηπιότερων μορφών κατάθλιψης. Η θεραπεία μπορεί επίσης να ολοκληρωθεί με τη συμπληρωματική εφαρμογή εναλλακτικών ιατρικών μεθόδων, για παράδειγμα με τεχνικές από τον τομέα της φυσιοπαθητικής, όπως είναι η φυτοθεραπεία και η υδροθεραπεία (θεραπεία με τη χρήση νερού, π.χ. θεραπεία Kneipp), η παραδοσιακή κινεζική ιατρική (π.χ. βελονισμός, τεχνικές Qigong), το μασάζ και η αρωματοθεραπεία.

1.7.4.2. Φωτοθεραπεία

Η εφαρμογή της συγκεκριμένης θεραπευτικής μεθόδου, η οποία δεν προκαλεί σχεδόν καμία παρενέργεια, έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική όχι μόνο για τη θεραπεία της χειμερινής κατάθλιψης, αλλά και όλων των μορφών κατάθλιψης. Καθημερινά ο ασθενής εκτίθεται για 30 έως 60 λεπτά σε έντονο φως (2.500 έως 10.000 Lux). Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να διαβάσει. Κατά κανόνα, όσο πιο νωρίς το πρωί εφαρμόζεται η θεραπεία, τόσο καλύτερα αποτελέσματα έχει. Η εν λόγω

θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί προληπτικά στην τυπική υποτροπιάζουσα κατάθλιψη το φθινόπωρο και τον χειμώνα (Keck, 2010).

1.7.4.3. Εικαστική θεραπευτική μέθοδος

Η Εικαστική Θεραπεία είναι μια μορφή Ψυχοθεραπείας που επιτρέπει τη συναισθηματική έκφραση και ίαση μέσω εξωλεκτικών οδών. Η θεραπευτική προσέγγιση μέσα από την τέχνη, αναγνωρίζει τις καλλιτεχνικές διεργασίες, τις δομές, το περιεχόμενο και τους συνειρμούς πάνω σ' αυτά, σαν καθρέφτες των ικανοτήτων, της προσωπικότητας και των ενδιαφερόντων του ανθρώπου. Η συμμετοχή σε αυτού του είδους τη θεραπεία παρέχει σε ανθρώπους με ιδιαίτερες ανάγκες (π.χ. ψυχικά ασθενείς) τρόπους να εκφραστούν κάτι που μπορεί να μην είναι δυνατόν μέσα από τις πιο παραδοσιακές θεραπείες. Η εικαστική θεραπεία χρησιμοποιείται συμπληρωματικά με τη φαρμακοθεραπεία, και χρησιμεύει στο να διευκολύνει την έκφραση εγκλωβισμένων συναισθημάτων σκέψεων και εμπειριών μέσω των διαφορετικών ειδών εικαστικών έργων όπως η ζωγραφική, ο πηλός, τα κραγιόνια (παστέλ) με το να δημιουργούν μια οπτική συμβολική απεικόνιση των συναισθημάτων αυτών.

Όπως αναφέρει η Crespo(2003) η Εικαστική Θεραπεία είναι μια χρήσιμη μέθοδος για την ψυχοθεραπευτική εργασία. Δεν περιλαμβάνει μόνο τις λιγότερο δυνατόν απειλητικές τεχνικές με τους ασθενείς που έχουν βαθιά δυσκολία να λεκτικοποιήσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους, αλλά μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί, ώστε να ανοίξει και να διευρύνει τη λεκτική επικοινωνία.

Υποστηρίζεται ότι η εικαστική θεραπεία μπορεί να συνεισφέρει στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα με τους ακόλουθους τρόπους:

- (α) με αισθητηριακές εμπειρίες,
- (β) με τη συμβολική έκφραση,
- (γ) με τη συναισθηματική έκφραση,
- (δ) με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής,
- (ε) με τη γνωστική ανάπτυξη και

(στ)με την κοινωνική σύνδεση (social connectedness) και την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων.

Την περιρρέουσα αντίληψη γύρω από την αποτελεσματικότητα της εικαστικής θεραπείας την εκφράζει η ακόλουθη φράση της Sweeny(2009): Η εικαστική θεραπεία παρέχει μια ευέλικτη και αποτελεσματική προσέγγιση που βοηθάει στην αναγνώριση, εξερεύνηση κατανόηση και παροχή βοήθειας στα ψυχολογικά προβλήματα και στην προαγωγή της ευζωίας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΗΛΙΚΙΑΚΑ ΦΑΣΜΑΤΑ

2.1 Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Σε έρευνες που αναφέρονται στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή παιδιών και εφήβων διαπιστώνονται υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και στην ενήλικη ζωή. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στα παιδιά εκτός του ότι είναι επώδυνα για τα ίδια και τις οικογένειές τους, συνδέονται και με προβλήματα που εμφανίζονται στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων των υποτροπών της κατάθλιψης, των προβλημάτων στο σχολείο, των επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας όπως το κάπνισμα το αλκοόλ και την αυτοκτονική συμπεριφορά (Bailey MK & al, 2007).

Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης στα παιδιά και η θεραπευτική αντιμετώπισή της, δίνει τη δυνατότητα για σχεδιασμό αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων πρόληψης στην παιδική ηλικία, αποφεύγοντας έτσι την εμφάνιση χρόνιας ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή. Η κατάθλιψη στα παιδιά, πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστη. Σ' αυτό συμβάλλει η ανάγκη του ενήλικα να πιστεύει στην ελπίδα και την υπόσχεση της παιδικής ηλικίας, που τον εμποδίζει να αποδεχθεί τα συμπτώματα απελπισίας και κατάθλιψης σ' ένα παιδί (Davis M,2005).

Το Αμερικανικό Ταξινομικό Σύστημα ψυχικών διαταραχών DSM-IV χρησιμοποιεί ενιαία διαγνωστικά κριτήρια για όλο το ηλικιακό φάσμα. Ωστόσο, στην κλινική πράξη η παιδική κατάθλιψη εκδηλώνεται με διαφορετική συμπτωματολογία. Το παιδί αδυνατεί να εκφράσει αισθήματα απελπισίας και απόγνωσης, ωστόσο, μπορεί να εκφράσει επίμονες αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του και το μέλλον του, να κλαίει εύκολα και να έχει καταθλιπτική έκφραση (Harmin, 2005). Σπάνια εκδηλώνουν ψυχωτικά στοιχεία όταν είναι καταθλιπτικά, ωστόσο όταν εμφανίσουν, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι πιο συχνές απ' ότι οι παραισθήσεις.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στο να ανακουφίσουν το παιδί από τα συμπτώματα της συναισθηματικής δυσφορίας που βιώνει και σε συνεργασία με το περιβάλλον νοσηλείας και τους γονείς, να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού με κατάθλιψη. Επίσης, εστιάζουν στη μείωση των προβλημάτων και αιτίων που προκαλούν

την κατάθλιψη, ώστε να προσφέρουν στο παιδί την απαραίτητη συναισθηματική υποστήριξη και εκπαίδευση προκειμένου να την αντιμετωπίσει (Tucker 2008).

Η σαφήνεια των θεραπευτικών στόχων και η διεπαγγελματική συνεργασία σκοπεύει στην αναζήτηση και στον προσδιορισμό του θεραπευτικού πλαισίου που θα ακολουθηθεί και ξεκινά από τη διαδικασία εισαγωγής σε παιδοψυχιατρική κλινική. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος νοσηλευτικής προσέγγισης παιδιών με ψυχική διαταραχή είναι η ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης με τον νοσηλευτή. Από την ημέρα της εισαγωγής είναι παρών και ο προσωπικός του νοσηλευτής ή αλλιώς νοσηλευτής αναφοράς, ώστε να γνωριστεί με το παιδί, αλλά και να μπορεί να διαμορφώσει την αρχική νοσηλευτική εκτίμηση για τα προβλήματα και τις ανάγκες του. Ο νοσηλευτής υποδέχεται και ενημερώνει το παιδί με απλά, κατανοητά και με σαφές νοηματικό περιεχόμενο λόγια, για το πλαίσιο και το πρόγραμμα λειτουργίας της κλινικής που θα το φιλοξενήσει, για τις αρχές συνεργασίας και συμβίωσης, για τα δικαιώματά του, τις υποχρεώσεις του καθώς επίσης και για τις μη αποδεκτές συμπεριφορές από τα μέλη της (Townsend,2008).

Ο φόβος για το άγνωστο περιβάλλον της κλινικής, με άγνωστους ανθρώπους, έστω και αν αυτοί είναι θεραπευτές, σε συνδυασμό με το καταθλιπτικό συναίσθημα του παιδιού, πολλές φορές δημιουργούν δυσκολίες προσαρμογής σ' αυτό.

Οι πληροφορίες που χρειάζεται ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για να σχεδιάσει τη νοσηλευτική φροντίδα για παιδί με κατάθλιψη αφορούν (Pentecost,2007):

- Την παρούσα ψυχική κατάσταση (δηλαδή την παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού, τις διαταραχές συμπεριφοράς και διάθεσης, τη διεργασία και το περιεχόμενο της σκέψης, την εμφάνιση, το λόγο, τον προσανατολισμό, τη διατήρηση ή μη της βλεμματικής επαφής, τη δυνατότητα εκφραστικότητας, την προσοχή, τη μνήμη και τη συγκέντρωση)

- Το ιστορικό της παρούσας κατάστασης (όπως είναι η έναρξη και το εκλυτικό αίτιο)

- Το οικογενειακό ιστορικό (όπως προβλήματα υγείας στην οικογένεια, τρόπος καθημερινής ζωής και συνήθειες)

- Το ψυχιατρικό ιστορικό του παιδιού (προηγούμενες νοσηλείες, παρακολούθηση από παιδοψυχίατρο)

- Το κοινωνικό ιστορικό

- Τα σημαντικά προβλήματα υγείας που έχει αντιμετωπίσει το παιδί
- Τον προσδιορισμό από το ίδιο το παιδί της παρούσας κατάστασής του καθώς και πως τη βιώνει
- Τους παράγοντες που σχετίζονται με την κατάστασή του
- Τον τρόπο αντιμετώπισης από το καταθλιπτικό παιδί αυτών των παραγόντων.
- Το επίπεδο κατανόησης του παιδιού για την αναγκαιότητα της νοσηλείας του σε παιδοψυχιατρική κλινική.

Η προσεκτική εκτίμηση από το νοσηλευτή όλων των συμπεριφορών του παιδιού είναι αναγκαία, για να διαμορφωθεί η συνολική εικόνα των προβλημάτων του. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, για να εντοπίσει τα προβλήματα που βιώνει το παιδί, τόσο από τη καταθλιπτική διάθεση, όσο και από την προσαρμογή και ένταξή του στο περιβάλλον της κλινικής. Τα προβλήματα και οι ανάγκες διατυπώνονται σε νοσηλευτικές διαγνώσεις, που ο νοσηλευτής αναφοράς καταγράφει στα έντυπα νοσηλείας του νοσηλευόμενου παιδιού. Έτσι δίνεται η δυνατότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό να γνωρίζει με λεπτομέρεια τα προβλήματα και τις ανάγκες του παιδιού καθώς και τον εξατομικευμένο θεραπευτικό σχεδιασμό, που οι νοσηλευτές της κλινικής με τρόπο συστηματικό καλούνται να εφαρμόσουν.

Η προσέγγιση του νοσηλευτή με ενσυναίσθηση και θαλπωρή ηρεμεί και αποφορτίζει το παιδί και δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης για να εκπορεύσει με τα εκφραστικά μέσα που διαθέτει το περιεχόμενο των ενοχών του που το ταλαιπωρούν. Ο σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων περιλαμβάνει την αναγνώριση των δυσκολιών που βιώνει το παιδί και την εκπαίδευσή του, ώστε να μην οικειοποιείται το βάρος καταστάσεων για τις οποίες δεν έχει ευθύνη (Harmin, 2005).

Παράλληλα επικοινωνεί με σεβασμό για την ατομικότητά του και δεν επιβάλλεται με ανεπιθύμητο για το παιδί τρόπο, ιδιαίτερα όταν με τη συμπεριφορά του δίνει το μήνυμα ότι θέλει να το αφήσουν για λίγο μόνο του. Ακόμη, όταν ο νοσηλευτής παροτρύνει έντονα ένα παιδί για κοινωνική συμμετοχή στα δρώμενα της κλινικής, μπορεί να βιωθεί απ' αυτό ως ψυχολογική πίεση και να επιζητά περισσότερο την κοινωνική απόσυρση. Ο νοσηλευτής σε

αυτή την περίπτωση χρειάζεται να διακρίνει εάν είναι η δική του ανάγκη να προχωρήσει το παιδί θεραπευτικά και λειτουργεί πιεστικά προς αυτό.

Με την ανάδραση που προσφέρει, ο νοσηλευτής μεταφέρει τις εντυπώσεις που δίνει το παιδί απλά και κατανοητά και δεν υπάρχει η παραμικρή παρουσία κριτικής και στιγματισμού για το παιδί. Το σταθερό ενδιαφέρον του νοσηλευτή ως προς τη φροντίδα του παιδιού με κατάθλιψη, ενισχύει την πεποίθησή του ότι αξίζει ως άτομο, εφόσον του αφιερώνει χρόνο, ικανοποιώντας την ανάγκη του για προσοχή, ατομικότητα και φροντίδα, ενισχύοντάς του μ' αυτό τον τρόπο την αυτοεκτίμησή του (Nardi, 2007, Tucker, 2008).

Η καθημερινή ανασκόπηση για τις δραστηριότητες της ημέρας που πέρασε ως διαδικασία αναστοχασμού, καθώς και τα συναισθήματα που βίωσε το παιδί, πραγματοποιείται με συζήτηση του νοσηλευτή με το παιδί και έχει ως στόχο να μάθει και από μόνο του να επεξεργάζεται γνωσιακά τις εμπειρίες του.

Για να εκτιμηθούν τα συμπτώματα αυτά ως σημεία σωματικής και ψυχικής καταπόνησης, είναι αναγκαίο να διερευνηθεί ο τρόπος που εμφανίζονται. Μπορεί για παράδειγμα τα σωματικά συμπτώματα να εμφανίζονται περιοδικά και να συνδέονται με έκθεση σε στρες ή με γεγονότα που συμβαίνουν στην οικογένεια.

Ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί που νοσηλεύεται με κατάθλιψη είναι η διαταραχή του ύπνου. Εμφανίζεται στην πλειονότητα των παιδιών με διαταραχές της διάθεσης. Η διαταραχή του ύπνου μπορεί να εμφανίζεται με τη δυσκολία του παιδιού να κοιμηθεί το βράδυ, με αποτέλεσμα να ξυπνάει αργά το πρωί ή και να πηγαίνει για ύπνο νωρίς το απόγευμα έχοντας πρόωμη πρωινή αφύπνιση. Συχνά ο κύκλος του ύπνου διαταράσσεται από περιόδους αϋπνίας. Ωστόσο, χωρίς ύπνο τα παιδιά αισθάνονται πολύ κουρασμένα και η σωματική καθώς και η πνευματική τους κατάσταση επιδεινώνεται.

Εκτός από την ανία και την απάθεια, η έλλειψη ικανότητας του παιδιού να αντλήσει ευχαρίστηση από τις καθημερινές του ασχολίες είναι μια άλλη μη λεκτική εκδήλωση της δυσφορικής του διάθεσης. Η απασχόληση του παιδιού με παιχνίδια και δραστηριότητες που το ευχαριστούν, μειώνουν το άγχος του, την άσκοπη υπερδραστηριότητα και τις δυσάρεστες σκέψεις.

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα παιδιά με κατάθλιψη μερικές φορές προέρχονται από χαοτικές οικογένειες, όπου η αντικοινωνικότητα, η βία, η απόρριψη, η κακομεταχείριση και η παραμέληση είναι συνηθισμένα φαινόμενα. Οι λόγοι που μπορεί ένα παιδί να βιώνει άγχος ή δυσφορία διαφέρουν σε κάθε παιδί. Συχνά προβλήματα που προκαλούν άγχος και δυσφορία στα παιδιά είναι οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, η αποτυχία στην ανάπτυξη σχέσεων, η κακοποίηση, η παραμέληση, η μειωμένη απόδοση στο σχολείο και το πένθος (Harmin, 2005).

Παράγοντες που βρέθηκε ότι συνδέονται με τον αυτοτραυματισμό αποτελούν οι ακόλουθοι(O'Leary, 2006):

- Μεγάλου βαθμού οικογενειακές δυσκολίες
- Γονέας ή γονείς με ψυχική νόσο
- Υψηλού βαθμού αντικοινωνική συμπεριφορά στην οικογένεια και στο παιδί. Ο βαθμός του υψηλού κινδύνου αυτοκτονικότητας έχει πρωταρχική σημασία στη νοσηλευτική εκτίμηση του παιδιού με κατάθλιψη και προσδιορίζει καθοριστικά το σχεδιασμό εντατικής νοσηλευτικής φροντίδας ψυχικής υγείας.

Η αυτοκτονία παιδιών, συχνά εμφανίζεται ως ατύχημα και η οικογένεια συνήθως αποκρύπτει τα πραγματικά γεγονότα.

Για την προστασία του παιδιού με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά υπάρχουν νοσηλευτικά πρωτόκολλα φροντίδας(Tucker,2008), όπως όλα τα φάρμακα θα πρέπει να είναι κλειδωμένα σε ντουλάπια, στο δωμάτιο νοσηλείας. Ο νοσηλευτής βεβαιώνεται πάντα ότι το παιδί λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή και δεν τη συσσωρεύει, με κίνδυνο για το ίδιο ή για κάποιο άλλο παιδί να τη χρησιμοποιήσει για απόπειρα αυτοκτονίας.

Αναφορικά με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών στα παιδιά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, δεν παρουσιάζεται σύγκλιση και συνοχή, καθώς είναι πολλοί οι παιδοψυχίατροι που εκφράζουν την επιφύλαξή τους για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά σε παιδιά. Υποστηρίζουν ότι η χορήγηση αντικαταθλιπτικών σε παιδιά δεν δικαιολογείται, γιατί οι κύριες συναισθηματικές διαταραχές, που αποτελούν τη μοναδική ένδειξη για τη χορήγηση αυτών των φαρμάκων, δεν παρουσιάζονται κλινικά, παρά μόνο στο τέλος της εφηβείας (Olfson,2006).

Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του παιδιού με κατάθλιψη εντός μιας παιδοψυχιατρικής κλινικής, μπορεί να λειτουργήσει με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Οι πιο συχνές μορφές θεραπείας της κατάθλιψης στα παιδιά είναι οι βραχύχρονες ψυχοθεραπείες σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία (Davis,2005). Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η οικογενειακή θεραπεία είναι οι πιο συχνές μορφές ψυχοκοινωνικών θεραπειών. Υποστηρίζεται ότι η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία σε παιδιά με κατάθλιψη μειώνει έως και 60% τον κίνδυνο της υποτροπής. Η συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδος εστιάζει στο να ανακουφίσει το παιδί από τα συμπτώματα της κατάθλιψης με το να το βοηθήσει να αναγνωρίσει και να διορθώσει το «διαστρεβλωμένο» τρόπο που επεξεργάζεται γνωστικά τα γεγονότα της ζωής του. Σε πρακτικό επίπεδο το παιδί ενθαρρύνεται να υιοθετεί θετική διάθεση προς τη ζωή του και εκπαιδεύεται να επιλύει τα προβλήματά του αναπτύσσοντας αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσάρεστων γεγονότων της ζωής.

Όταν τον παιδί φτάνει στο σημείο λήψης του εξιτηρίου από το νοσοκομείο, η προετοιμασία για την έξοδό του είναι σταδιακή και προηγούνται οι θεραπευτικές άδειες, ώστε να το βοηθήσουν να επανασυνδεθεί με το φυσικό του περιβάλλον, που είναι το σπίτι του και η οικογένειά του.

2.2. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Η εφηβεία είναι ο δρόμος προς την ανεξαρτησία, στη διάρκεια του οποίου ο έφηβος αποκτά μια αναγνωρίσιμη μορφή. Αναφέρεται σε μια μακρόχρονη αναπτυξιακή περίοδο και περιλαμβάνει το σύνολο των αλλαγών που συμβαίνουν στα τέσσερα αναπτυξιακά στάδια: το βιοσωματικό, το γνωστικό, το συναισθηματικό και το κοινωνικό. Η απόκτηση του αισθήματος της ανεξαρτησίας σηματοδοτεί την ενηλικίωση του ατόμου. Η ενηλικίωση γίνεται κοινωνικά αποδεκτή με άλλο τρόπο και σε διαφορετικό χρόνο, σύμφωνα με τις πολιτισμικές αξίες της κάθε κοινωνίας. Έτσι, η εφηβεία αντιμετωπίζεται ως το σύνολο των ψυχολογικών αναπτυξιακών διαδικασιών που συνδέονται με τις μεταβολές της ήβης, διαμέσου των συγκεκριμένων ιστορικών και κοινωνικών συνθηκών (Helbert,2010).

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας εμφανίζονται διαταραχές στη συμπεριφορά και στο συναίσθημα. Συνηθέστερες από τις διαταραχές αυτές είναι η χρήση εξαρτησιογόνων

ουσιών, η παραβατική συμπεριφορά, οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής (βουλιμία, ανορεξία, υπερφαγία), το καταθλιπτικό συναίσθημα, οι απόπειρες αυτοκτονίας

Οι έφηβοι και οι μετέφηβοι πέρα από τις συναισθηματικές προκλήσεις της ηλικίας τους μπορεί να βιώσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης που συχνά δεν εκφράζονται όπως στους ενήλικες.

Η κατάθλιψη στην εφηβεία και στις αρχές της ενήλικης ζωής μπορεί να εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο από ότι στους ενήλικες. Τα ακόλουθα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι πιο κοινά σε εφήβους από ό, τι σε ενήλικες:

- Έντονος θυμός, ευερεθιστότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά. Συναισθηματικά ένας έφηβος μπορεί να εκδηλώνει την κατάθλιψη περισσότερο μέσω εκρήξεων θυμού, λεκτικής και σωματικής επιθετικότητας και λιγότερο μέσα από το εμφανές καταθλιπτικό συναίσθημα.

- Αίσθημα ανικανοποίητου. Ο έφηβος φαίνεται να μεμψιμοιρεί και να γκρινιάζει, να δυσκολεύεται να πάρει ευχαρίστηση. Μοιάζει να μην μπορεί να ικανοποιηθεί και οι γύρω του τον περιγράφουν ως «δύσκολο».

- Σωματικοί πόνοι χωρίς προφανή αίτια. Ο έφηβος εκφράζει το πρόβλημα μέσα από συνεχόμενα σωματικά παράπονα και τις συχνές επισκέψεις στο γιατρό. Τα σωματικά συμπτώματα γίνονται οι αιτία να αναβάλλει ή να περιορίζει σημαντικές δραστηριότητες (σχολικές εξετάσεις, κοινωνικές εκδηλώσεις, αθλητισμός)

- Έντονη ευαισθησία στην κριτική. Τα συναισθήματα απόρριψης, αναξιοσύνης και αυτομομφής έρχονται πολύ εύκολα στην επιφάνεια. Για παράδειγμα, σε μια πρώτη σχολική ή αθλητική επιτυχία ο έφηβος «αποφασίζει» ότι είναι άχρηστος και αποσύρεται από τη προσπάθεια

- Αυτοτραυματισμοί(cuttings). Αν ένας έφηβος δεν βρίσκει τρόπο να εκφράσει αυτό που νιώθει υπάρχει περίπτωση να το κάνει μέσω του αυτοτραυματισμού. Αυτό δεν σημαίνει αυτόματα ότι έχει κατάθλιψη αλλά είναι ένα λόγος για περαιτέρω διερεύνηση της ψυχικής υγείας του παιδιού.

- Αλλαγές στη διατροφική συμπεριφορά. Πολλές φορές η κατάθλιψη στην εφηβεία συνυπάρχει με σοβαρές μεταβολές στις διατροφικές συνήθειες και σε κάποιες περιπτώσεις με διατροφικές διαταραχές όπως είναι η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ το 25% του πληθυσμού των χωρών της Ε.Ε παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ τα πρώτα περιστατικά ξεκινούν στην ηλικία 15 ετών, εξαιτίας κυρίως του εφηβικού άγχους.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι πέρα από τις προφανείς επιπτώσεις, υπάρχει μια στενή συσχέτιση μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού και της κατάθλιψης, όχι μόνο στο παρόν αλλά και μακροπρόθεσμα. Φαίνεται πως τα παιδιά που είναι θύματα βιώνουν το ψυχικό βάρος όχι μόνο στο άμεσο χρονικό διάστημα, αλλά και για πολλά χρόνια μετά. Ο φαύλος κύκλος της βίας όμως περιλαμβάνει και τους θύτες που φαίνεται επίσης να έχουν μεγάλες πιθανότητες να βιώσουν κατάθλιψη σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά ως ενήλικες.

Ο σχολικός εκφοβισμός λαμβάνει ανησυχητικές διαστάσεις τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς(Σαπουνά, 2008).

Ένα παιδί που γίνεται θύμα σχολικής βίας, μακροπρόθεσμα μπορεί να έχει χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, μειωμένη διάθεση για κοινωνικοποίηση, αυξημένο αίσθημα φόβου μπροστά σε νέες δραστηριότητες και δυσκολία στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Η μνήμη του «θύματος» στα πλαίσια μιας ομάδας μπορεί να ανακαλείται κάθε φορά που ως ενήλικας πια προσπαθεί να ενταχθεί σε ένα σύνολο. Οι θύτες είναι πιθανό να εκδηλώσουν χαμηλή σχολική επίδοση και συμπτώματα κατάθλιψης(Houbre & al, 2006). Η επίπτωση του σχολικού εκφοβισμού στην ενήλικη ζωή συνδέεται με προβλήματα ψυχοκοινωνικής φύσης, κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Alison & al,2009).

Σε κάθε περίπτωση, οι αλλαγές στη συμπεριφορά του εφήβου θα πρέπει να εξετάζονται έχοντας κατά νου τις έντονες αλλά φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν σε αυτή την ηλικιακή φάση. Άλλες φορές ένας έφηβος χρειάζεται υποστήριξη ακόμα και αν δεν είναι διαγνωσμένος με τη νόσο. Μόνος ένα ειδικός ψυχικής υγείας μπορεί να εκτιμήσει αν ένας έφηβος πάσχει από κατάθλιψη και ποια είναι η καλύτερη μέθοδος προσέγγισης του προβλήματος.

Μια ιδιαίτερα ανησυχητική παράμετρος της εφηβικής κατάθλιψης είναι το πέρασμα στην αυτοκτονική πράξη. Το σύνολο των εφήβων που αποπειρώνται δεν πάσχει κατ' ανάγκη από κατάθλιψη, ωστόσο ένα πολύ μεγάλο ποσοστό αυτών υποφέρει από κάποια μορφή κατάθλιψης. Οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι αυτοκτονίες των εφήβων αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα δημοσιονομικά προβλήματα στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες.

Η έγκαιρη ανίχνευση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των εφήβων και η παραπομπή τους σε παιδοψυχίατρο καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική ώστε μέσω της κλινικής εκτίμησης και των παράλληλων εργαστηριακών εξετάσεων αποκλεισμού οργανικής αιτιολογίας, να σχεδιαστεί η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η θεραπεία της εφηβικής κατάθλιψης είναι πολύπλευρη και εξαρτάται από την βαρύτητα της διαταραχής. Η συχνότερη αντιμετώπιση είναι η ψυχοθεραπεία, είτε μόνη είτε σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή.

Ταυτόχρονα υπάρχει παρέμβαση τόσο στο οικογενειακό όσο και στο σχολικό περιβάλλον του εφήβου. Λιγότερο συχνά και για περιπτώσεις όπου συνυπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός απαιτείται νοσηλεία σε παιδοψυχιατρικό τμήμα.

Η πρόληψη, μέσω της ανίχνευσης των εφήβων σε κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, καθώς και μέσω των παρεμβάσεων προαγωγής ψυχικής υγείας στον γενικό εφηβικό πληθυσμό, καθίσταται κρίσιμη ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης.

Ιδιαίτερο συστατικό της πρόληψης είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας των εφήβων, των γονέων και των εκπαιδευτικών στην αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς έτσι καθίσταται ευκολότερη η αναζήτηση βοήθειας.

Ειδικότερα οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί μπορούν να ενισχύσουν τους όποιους προστατευτικούς παράγοντες διαθέτει ο έφηβος.

Το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, οι σχέσεις εμπιστοσύνης και ειλικρινούς επικοινωνίας στην οικογένεια, η ενεργός γονεϊκή επίβλεψη, η καλή σχέση με τους συνομηλίκους και τους καθηγητές και η ακαδημαϊκή επιτυχία, χωρίς τη συχνά παρατηρούμενη πίεση που ασκείται από το οικογενειακό περιβάλλον, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ενίσχυσης και θωράκισης του εφήβου.

2.3.Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

2.3.1. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Η κατάθλιψη σαν όρος έχει σχετιστεί περισσότερο με τη γυναίκα παρά με τον άνδρα. Το γεγονός αυτό δεν είναι τυχαίο αφού στις γυναίκες η κατάθλιψη είναι δύο φορές συχνότερη σε σχέση με τους άνδρες και υπολογίζεται ότι 2 στις 10 γυναίκες θα νοσήσουν από κατάθλιψη σε κάποια στιγμή στη ζωή τους. Αναφορικά με το φύλο, οι γυναίκες φαίνεται πως πλήττονται από κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό (15,6%) σε σχέση με τους άνδρες (9%), εύρημα όμως που είναι σε συμφωνία με την κλασσική επιδημιολογία της κατάθλιψης και εξηγείται πιθανώς τόσο από βιολογικούς παράγοντες όσο και από την πολυπλοκότητα των κοινωνικών ρόλων της σύγχρονης γυναίκας.

Οι ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της λοχείας, της εμμηνόπαυσης αλλά και της εμμηνορρυσίας συμβάλουν στα αυξημένα ποσοστά της κατάθλιψης στη γυναίκα. Ακόμα όμως και σε μικρότερες ηλικίες, όπως αυτή των 15 ετών τα κορίτσια έχουν διπλάσια ποσοστά εμφάνισης ενός καταθλιπτικού επεισοδίου σε σχέση με τα συνομήλικα αγόρια και τα ποσοστά αυτά αυξάνονται με την πάροδο της ηλικίας. Παρόλα αυτά, η μεγάλη διαφορά στα δύο φύλα δεν εξηγείται μόνο από τις βιολογικές τους διαφορές(ΕΠΨΥ,2013).

Εκτός από τους βιολογικούς, οι κοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν μεγάλη σημασία στην εμφάνιση και στην εξέλιξη της νόσου. Ο πολλαπλός ρόλος που ζητείται να παίξει η γυναίκα στη σύγχρονη κοινωνία δημιουργεί έντονο στρες και αυξημένες προσδοκίες τόσο από την ίδια τη γυναίκα όσο και από το περιβάλλον της.

Ο ρόλος της συντρόφου, της συζύγου, της μητέρας και τα εξιδανικευμένα πρότυπα που προωθούν μέσα μαζικής ενημέρωσης σε συνδυασμό με την προσπάθεια επαγγελματικής της καταξίωσης την φθείρουν ψυχολογικά και την κάνουν πιο ευάλωτη στην κατάθλιψη.

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι τώρα υποστηρίζουν ότι η καταθλιπτική διάθεση ή το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελούν τους ισχυρότερους παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση κατάθλιψης στην επιλόχεια περίοδο. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι ο βαθμός υποστήριξης, πρακτικής και συναισθηματικής, από το σύντροφο – σύζυγο και το κοινωνικό δίκτυο της γυναίκας, κοινωνικοοικονομικές

συνθήκες, γεγονότα ζωής και η ύπαρξη παλαιότερου ψυχιατρικού ιστορικού. Το προϋπάρχον ψυχιατρικό ιστορικό αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Μια γυναίκα με ατομικό ιστορικό κάποιας ψυχικής πάθησης, φαίνεται να είναι περισσότερο ευάλωτη στο να ανταπεξέλθει σε ενδεχόμενες δυσκολίες, όπως κάποια επιπλοκή στην κύηση ή τον τοκετό, ή σε προβλήματα στη σχέση με το σύζυγο, αλλά και γενικότερα σε οποιοδήποτε στρεσογόνο συμβάν, επαγγελματικό, οικονομικό, οικογενειακό, κλπ. Την ίδια βαρύτητα φαίνεται να έχει και η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής στο οικογενειακό ιστορικό της γυναίκας (Milgrom, J. et al 2007).

Στην περίπτωση που μια γυναίκα υποφέρει από ψυχικής φύσης συμπτώματα, υπάρχουν μια σειρά θεραπευτικές παρεμβάσεις που μπορεί να τη βοηθήσουν. Τόσο η ψυχοθεραπεία όσο και η φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία των περισσότερων ψυχικών διαταραχών. Μερικές φορές δε, σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, απαιτείται ο συνδυασμός αυτών, και η παράλληλη ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και συμβουλευτική του υποστηρικτικού δικτύου της γυναίκας (NICE (2005a)).

2.3.2. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΡΕΣ

Η κατάθλιψη στους άνδρες δεν αναγνωρίζεται εύκολα. Η ανδρική κατάθλιψη τείνει να εμφανίζεται σε διαφορετικό στάδιο της ζωής από ότι συμβαίνει στις γυναίκες. Συνήθως προσβάλλει τους άνδρες στην ηλικία μεταξύ 40 και 60 ετών.

Οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην εκδήλωση της κατάθλιψης οφείλονται και σε πολιτισμικούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με το πώς ο άνδρας αντιλαμβάνεται το ρόλο του. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνδρες σκέφτονται για τον εαυτό τους δεν βοηθάει πολύ στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε σύγκριση με τις γυναίκες, τείνουν να ασχολούνται πολύ περισσότερο με το πώς να είναι ανταγωνιστικοί, δυνατοί και επιτυχημένοι. Οι περισσότεροι άνδρες δε θα ήθελαν να παραδεχτούν ότι νιώθουν εύθραυστοι και ευάλωτοι και κατά συνέπεια είναι λιγότερο πιθανό να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους με τους φίλους τους, τα αγαπημένα τους πρόσωπα ή το γιατρό τους. (ΕΠΨΥ,2013). Αυτός πιθανότατα είναι και ο λόγος για τον οποίο δεν αναζητούν βοήθεια όταν έχουν κατάθλιψη. Οι άνδρες έχουν την τάση να πιστεύουν ότι πρέπει να βασίζονται στον εαυτό τους έτσι καταφεύγουν στο αλκοόλ και την εργασιοθεραπεία, ώστε να για να

αποσπάσουν την προσοχή από τα συναισθήματά τους. Η κατάθλιψη μπορεί να μπλοκάρει την ενέργεια που έχει ένας άνθρωπος και έτσι μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα δραστήριος σωματικά. Η επακόλουθη απώλεια του αθλητισμού ως μίας διεξόδου για το άγχος μπορεί να επιτείνει την κατάθλιψη (Kimmel, 2015).

Οι αυξημένοι δείκτες αυτοκτονίας στους άνδρες, ειδικά στην ηλικιακή ομάδα στην οποία κυρίως παρουσιάζεται η κατάθλιψη σε αυτούς, δείχνουν ότι υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ αυτοκτονίας και κατάθλιψης, ειδικά στις περιπτώσεις που η τελευταία δεν ανιχνεύεται και δεν παρέχεται στον ασθενή θεραπευτική υποστήριξη. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, λοιπόν, να μπορούμε να αναγνωρίσουμε την κατάθλιψη και να την αντιμετωπίσουμε έγκαιρα.

Αναφορικά με την αυτοκτονία είναι σημαντικό να σημειώσουμε, ότι ενώ οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά στην απόπειρα αυτοκτονίας και τον αυτοκτονικό ιδεασμό, ωστόσο τις περισσότερες φορές δεν επέρχεται ο θάνατος. Αντίθετα, οι άντρες εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά θανάτου εξαιτίας αυτοκτονίας, γεγονός που πιθανόν να σχετίζεται με την επιλογή των μέσων τέλεσης της αυτοκτονίας.

2.4. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ

Η κατάθλιψη δεν είναι, εξ ορισμού, ούτε χαρακτηριστικό, ούτε αναπόσπαστο μέρος της γήρανσης, παρόλα αυτά είναι η συχνότερη διαταραχή ψυχικής υγείας στη μεγάλη ηλικία (Hermens & al, 2004). Εκτιμάται ότι επηρεάζει κυρίως γυναίκες, οι οποίες εμφανίζουν, σε διπλάσια αναλογία, συγκριτικά με τους άνδρες, καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η γεροντική κατάθλιψη θεωρείται αποτέλεσμα επίδρασης βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων. Οι κύριοι επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους φαίνεται να είναι το φύλο, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, η φτωχή υγεία, η χηρεία, η συννοσηρότητα, η ανικανότητα, η προγενέστερη κατάθλιψη, και η ηλικία. Από την άλλη πλευρά, προστατευτικοί παράγοντες στη γεροντική κατάθλιψη αποτελούν η ύπαρξη συζύγου και οικογένειας και το κοινωνικό

υποστηρικτικό περιβάλλον, ειδικά με την μορφή φίλων, οι κοινωνικές δραστηριότητες και η σωματική υγεία και η άσκηση (Στυλιανοπούλου κ.ά., 2010).

Η χηρεία, το διαζύγιο και η μη ύπαρξη παιδιών επιβαρύνουν τους ηλικιωμένους, όπως και η μοναχική διαβίωση και η έλλειψη φροντίδας άλλων προσώπων (Hermens & al, 2004).

Η κατάθλιψη έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και προκαλεί υψηλές δαπάνες και μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας αποτελώντας πρόκληση για τη Δημόσια Υγεία (Στυλιανοπούλου, 2010). Το ενθαρρυντικό στοιχείο, όμως, είναι πως η κατάθλιψη ανήκει στα νοσήματα εκείνα που, ακόμα και στις πιο βαριές μορφές τους, αντιμετωπίζονται σε μεγάλο ποσοστό με επιτυχία, αν διαγνωστούν έγκαιρα. Εκτιμάται ότι με την υιοθέτηση μιας ολιστικής προσέγγισης στη θεώρησή της, με συνδυασμό βιολογικών μέσων (φάρμακα), ψυχολογικών θεραπειών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, η γεροντική κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί σε ικανοποιητικό βαθμό στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Huang & al, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας

Η νοσηλευτική ως λειτουργήμα ασκείται από τα αρχαία χρόνια με στόχο την περίθαλψη και φροντίδα των ασθενών. Η επαγγελματική ταυτότητα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας διαμορφώθηκε στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, ακολουθώντας τις αλλαγές που συντελέστηκαν παγκοσμίως στον εκπαιδευτικό, ερευνητικό και τον εργασιακό τομέα.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παρέχει φροντίδα σε ασθενείς με ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε πάσχοντες όλων των ηλικιών, βοηθώντας στην ταχεία ανάρρωσή τους και προάγοντας τη συνολική ευημερία του πληθυσμού. Ο σεβασμός προς τον ασθενή περιλαμβάνει τη βαθιά συναίσθηση της ευθύνης για γνωριμία του αρρώστου και πρόθυμη αντιμετώπιση των αναγκών του (Ραγιά, 2009). Η ειδικότητα της ψυχιατρικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα έχει αναπτυχθεί από το 1984. Το 1985 θεσπίζεται με τον Ν1579 η ειδίκευση στην ψυχιατρική νοσηλευτική, η οποία ξεκινά από το Δρομοκαίτιο θεραπευτήριο (Psychiatriki 16(3), 2005).

• ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα, όπως:

- Σεβασμός του ψυχικά αρρώστου.
- Προστασία της αξιοπρέπειάς του.
- Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο.
- Διάθεση να βοηθήσει τους αρρώστους με τη δημιουργία συνθηκών θεραπευτικού περιβάλλοντος.
- Παραχώρηση χρόνου για να τους ακούσει προσεκτικά.
- Αποδοχή και όχι κριτική στάση απέναντι στον άρρωστο.
- Ενδιαφέρον, ευαισθησία, ευγένεια, εχεμύθεια.

- Αίσθημα υπευθυνότητας.
- Ψυχική υγεία.
- Πίστη και αγάπη στο έργο του ψυχιατρικού νοσηλευτή.

3.2 Ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου είναι:

1. Παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ψυχικά αρρώστους και συνεργασία με τις οικογένειές τους.
2. Εφαρμογή ψυχοθεραπείας (αν έχει εξειδίκευση γι' αυτή).
3. Άσκηση κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας με σκοπό την πρόληψη αλλά και την παρακολούθηση των ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.
4. Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας.
5. Συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα και το υπόλοιπο προσωπικό.
6. Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και εφαρμογή αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.
7. Έρευνα σε θέματα ψυχικής υγείας.
8. Συμβολή στην εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής στην κλινική ψυχιατρική νοσηλευτική.

3.3. Η ΤΕΧΝΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Επικοινωνία είναι ο τρόπος μετάδοσης πληροφοριών μέσω ενός κοινού συστήματος συμβόλων, σημείων ή συμπεριφορών και θεωρείται παγκόσμια σαν το πιο ουσιαστικό μέσο με το οποίο ο άνθρωπος αναπτύσσεται και διαπλάθεται ως προσωπικότητα.

Η επικοινωνία επιδρά θετικά ή αρνητικά στους ανθρώπους. Όταν μεταβιβάζει μηνύματα όπως ελπίδας, αισιοδοξίας, ψυχολογικής ενίσχυσης, μπορεί να χρησιμεύσει σαν

θεραπευτικό μέσο. Αν όμως εκδηλώσει κριτική και απόρριψη μπορεί να προκαλέσει άγχος, ψυχικά τραύματα μέχρι και ψυχικές διαταραχές.

Η επικοινωνία γίνεται με διάφορα μέσα: με την ομιλία, τον τόνο της φωνής, την παρατήρηση, τη μη λεκτική συμπεριφορά και έκφραση (βλέμμα, μορφασμούς) κ.ά.

Η ενεργητική ακρόαση μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια διαδικασία δυναμική και διαδραστική η οποία απαιτεί τη χρήση όλων των αισθήσεων και περιλαμβάνει ποικίλα στοιχεία επικοινωνίας, όπως την προσοχή, την κατανόηση, την ενσυναίσθηση και την ταυτόχρονη αξιολόγηση της λεκτικής και μη επικοινωνίας (Kneisi & al,2009). Η διαδραστική ακρόαση και αλληλεπίδραση νοσηλευτή/ασθενή δημιουργεί ένα κλίμα επώλωσης των ψυχικών τραυμάτων και μειώνει το στρες και το άγχος βοηθώντας παράλληλα τους ασθενείς στο να προσαρμοστούν καλύτερα στις καταστάσεις τις οποίες βιώνουν και να επιδιώξουν αλλαγή στις καταστάσεις αυτές φυσικά προς το καλύτερο. Θα πρέπει όσο το δυνατόν καλύτερα να αναγνωρίσουμε έγκαιρα τα εμπόδια της ενεργητικής ακρόασης και να προσπαθήσουμε αν όχι να εκμηδενιστούν, έστω να μειωθούν στο ελάχιστο. Τα εμπόδια αυτά μπορεί να βρεθούν σε οποιαδήποτε φάση της επικοινωνίας και θα πρέπει να εντοπιστούν, να μειωθούν και τελικά γίνει προσπάθεια για την εξάλειψή τους (Stickley,2006).

Η επικοινωνία έχει κεντρική θέση στη ζωή του ανθρώπου και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σ' όλα τα θέματα υγείας και κυρίως της ψυχικής υγείας.

• ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η θεραπευτική επικοινωνία ενθαρρύνει τον άρρωστο να δοκιμάσει τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφοράς, που θα τον οδηγήσουν στην ψυχολογική του ανάπτυξη και ωριμότητα. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας εξέχοντα ρόλο διαδραματίζει η σχέση, η οποία αναπτύσσεται μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς. Ξεφεύγει από τις τυπικές σχέσεις στις οποίες οι άνθρωποι απλά ανταλλάσσουν πληροφορίες, εμπειρίες και βιώματα. Σε αυτήν τη σχέση επίκεντρο είναι ο ασθενής, ο οποίος επιχειρεί να μοιραστεί τα γεγονότα, αλλά και τις αντίξοες συνθήκες της ζωής τις οποίες αντιμετωπίζει θέτοντας ταυτόχρονα με την επικουρία ασφαλώς του νοσηλευτή

στόχους, όπως για παράδειγμα, η προσπάθεια κατανόησης των γεγονότων αυτών και η συνεχής πορεία προς τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης (Kneisi & al,2009).

Η ενεργητική ακρόαση μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια διαδικασία δυναμική και διαδραστική η οποία απαιτεί τη χρήση όλων των αισθήσεων και περιλαμβάνει ποικίλα στοιχεία επικοινωνίας, όπως την προσοχή, την κατανόηση, την ενσυναίσθηση και την ταυτόχρονη αξιολόγηση της λεκτικής και μη επικοινωνίας (Kneisi & al,2009). Η θεραπευτική σχέση μπορεί να χαρακτηριστεί ως το θεμέλιο της ψυχικής υγείας όπως και της προοδευτικής μεταβολής της στάσης του ασθενούς απέναντι στη νόσο , την αλλαγή της συμπεριφοράς και της προοπτικής προς το μέλλον. Η σχέση φροντίδας τροφοδοτείται από την ευγένεια, την ενεργητική φιλικότητα, την αντικειμενικότητα, την αίσθηση του χιούμορ και, εν γένει, από τη θετική προσέγγιση από τη πλευρά του νοσηλευτή(Webb,2011).

Η ενεργητική ακρόαση είναι απαραίτητο συστατικό της ορθής και εποικοδομητικής επικοινωνίας που αποτελεί πολύτιμη δεξιότητα επικοινωνίας των νοσηλευτών, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης.

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τη θεραπευτική επικοινωνία στη φροντίδα των ψυχικά αρρώστων. Για να είναι όμως επιτυχημένη η επικοινωνία αυτή, πρέπει από την πλευρά του νοσηλευτή να υπάρχει:

- 1.Αποδοχή και κατανόηση.
- 2.Θερμό ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση.
- 3.Σεβασμός και ευγένεια.
- 4.Ειλικρίνεια.
- 5.Ετοιμότητα για παροχή βοήθειας.
- 6.Επιείκεια.
- 7.Προστασία σωματική και ψυχολογική.

Πρέπει να αναπτυχθεί αρχικά κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, για να μπορεί ο άρρωστος να αισθάνεται ασφαλής και να επικοινωνήσει με τον νοσηλευτή. Ένας γενικός

κανόνας για την επιτυχία της επικοινωνίας είναι η ενθάρρυνση του αρρώστου από μέρους του νοσηλευτή να κατευθύνει εκείνος τη συζήτηση.

Στην επικοινωνία με τον άρρωστο ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει τη σιωπή. Συχνά ο άρρωστος στην προσπάθειά του να έχει συνεχή επικοινωνία μαζί του για να διατηρεί το ενδιαφέρον του νοσηλευτή αμείωτο νιώθει να πιέζεται. Ο νοσηλευτής μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθηση του αρρώστου δίνοντάς του το μήνυμα ότι δεν είναι υποχρεωτικό να μιλάει.

Η βάση όμως για μια επιτυχημένη θεραπευτική επικοινωνία είναι η αποδοχή. Αποδοχή σημαίνει ενδιαφέρον για τον άρρωστο, ανεξάρτητα από την κατάσταση και την συμπεριφορά του. Σημαίνει ότι ο νοσηλευτής βλέπει τον άρρωστο σαν ένα σπουδαίο πρόσωπο, που το βοηθάει να ανακουφισθεί από τη συναισθηματική του ένταση και πίεση.

Η θετική συμβολή του χιούμορ ως θεραπευτικό εργαλείο στην ανθρώπινη αλληλεπίδραση οδηγεί σε «τεχνητή» (προσχεδιασμένη) αλληλεπίδραση. Ο Hullatt θεωρεί πως υπάρχει η «σκοτεινή και επικίνδυνη» πλευρά στη χρήση του χιούμορ, αλλά αυτό εξισορροπείται από την πληθώρα των θετικών αναφορών για τη χρήση του ως τρόπου επικοινωνίας (Struthers J , 1999). Το χιούμορ θεωρείται ένας μηχανισμός που μπορεί να μειώσει την πίεση, να βελτιώσει τον αυτοσεβασμό και να μειώσει τα ψυχολογικά συμπτώματα, σχετικά με τα αρνητικά γεγονότα της ζωής. Η Maslach υποστηρίζει ότι η πίεση (stress) στην εργασία των νοσηλευτών, αποτελεί παράγοντα συναισθηματικής κόπωσης και ειδικά όταν το αντικείμενό τους είναι ασθενείς που «υποφέρουν» ή είναι τελικού σταδίου και τους οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση. Πάραυτα η αίσθηση του χιούμορ, αλλά συνάμα και το γέλιο, αποτελούν ισχυρό αντίδοτο στην πίεση, δίνοντας τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να απελευθερώσει την έντασή του (Murray WM., 2009).

Η διαδραστική διαδικασία της ακρόασης και η αλληλεπίδραση νοσηλευτή/ασθενή, δημιουργεί ένα κλίμα επούλωσης των ψυχικών τραυμάτων και μειώνει το στρες και το άγχος βοηθώντας παράλληλα τους ασθενείς στο να προσαρμοστούν καλύτερα στις καταστάσεις τις οποίες βιώνουν και να επιδιώξουν αλλαγή στις καταστάσεις αυτές φυσικά προς το καλύτερο. Θα πρέπει όσο το δυνατόν καλύτερα να αναγνωρίσουμε έγκαιρα τα εμπόδια της ενεργητικής ακρόασης και να προσπαθήσουμε αν όχι να εκμηδενιστούν, έστω να μειωθούν στο ελάχιστο. Τα εμπόδια αυτά μπορεί να βρεθούν σε οποιαδήποτε φάση της

επικοινωνίας και θα πρέπει να εντοπιστούν, να μειωθούν και τελικά γίνει προσπάθεια για την εξάλειψή τους (Stickley,2006).

• ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Θεραπευτικό χαρακτηρίζεται το περιβάλλον, όταν έχει τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Ο άρρωστος είναι ασφαλής από φυσικούς κινδύνους και συναισθηματικά τραύματα.
2. Είναι ελεύθερος να εκφράσει τα αισθήματά του με παραδεκτούς τρόπους για τον ίδιο και τους άλλους.
3. Χρησιμοποιεί δικές του ικανότητες, για να λύσει τα προβλήματά του.
4. Μπορεί να δοκιμάζει και να παρατηρεί, αν του συμπεριφέρονται με σεβασμό και φροντίδα.
5. Έχει το δικαίωμα της ιδιαίτερης φροντίδας και θεραπείας.
6. Η ζεστή και φιλική ατμόσφαιρα στο ψυχιατρείο βοηθάει στην εξατομίκευση της θεραπείας και αναπτύσσει το αίσθημα ασφάλειας, που είναι σημαντικό για την ανάρρωση του αρρώστου.

3.4. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό ασθενή στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση, να ξαναβρεί την ζωτικότητα και την αγάπη για τη ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες. Διακρίνονται 3 ομάδες αναγκών:

- Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας.
- Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν την νοσηλεία, θεραπεία και την προετοιμασία να βγει από το νοσοκομείο.

- Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της.

Όταν οι ασθενείς έχουν εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική, ακολουθείται μια μέθοδος η οποία ονομάζεται «νοσηλευτική διεργασία» και στοχεύει στην εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενή.

Το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας είναι ένας γραπτός οδηγός που διατυπώνει τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενή θέτοντας στόχους για την αποκατάσταση και βελτίωση της κατάστασης του ασθενή μέσω κατάλληλων και εφαρμόσιμων νοσηλευτικών ενεργειών. Η ανάπτυξη ενός σχεδίου φροντίδας βασίζεται στη νοσηλευτική διεργασία.

Ως νοσηλευτική διεργασία περιγράφεται η επικυρωμένη αλληλεπίδραση, όπου ο φροντιστής (επαγγελματίας υγείας, νοσηλεύτης) επικυρώνει, σε συνεννόηση με τον ασθενή, τι εκείνος αντιλαμβάνεται ότι είναι οι ανάγκες του ασθενούς για φροντίδα (Björvell et al., 2002) και αναζητά εναλλακτικές λύσεις για την ικανοποίησή τους.

Η νοσηλευτική διεργασία είναι συστηματική, αφού βασίζεται στη θεωρία των συστημάτων. Το κυριότερο χαρακτηριστικό της, είναι ο ανθρωπιστικός χαρακτήρας της, αφού κύριος στόχος της είναι να βοηθήσει τα άτομα να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους και να δημιουργήσει μία βάση για το νοσηλευτή, ώστε να συγκεντρώσει πληροφορίες για τις ατομικές ανάγκες φροντίδας τους (Björvell, 2002).

3.5. ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

- **Νοσηλευτική διάγνωση:** Αναγνώριση, εκτίμηση και ιεράρχηση αναγκών και προβλημάτων.

- **Σκοπός:** Αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής Φροντίδας / Αναμενόμενες Εκβάσεις.

- **Προγραμματισμός:** Νοσηλευτικές ενέργειες για υλοποίηση του αντικειμενικού σκοπού.

- **Παρέμβαση:** τι εφαρμόστηκε, γιατί και τι θα μπορούσε να γίνει.

- **Αξιολόγηση αποτελεσμάτων.** Αναλογιζόμαστε τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, συνδέστε τη γνώση και θεωρία με τη κλινική άσκηση, πάντα σε στενή σχέση με το περιστατικό προς μελέτη.

Η νοσηλευτική διεργασία κινείται σε τρεις βασικούς άξονες οι οποίοι κατηγοριοποιούν τις ανάγκες του πάσχοντος , και είναι :

- Οι άμεσες και επομένως επείγουσες ανάγκες του, οι οποίες σχετίζονται με την επιβίωση και την διατήρηση της σωματικής του ακεραιότητας για παράδειγμα η αποτροπή μια πιθανής απόπειρας αυτοκτονίας.
- Οι βραχυπρόθεσμες ανάγκες του οι οποίες αφορούν στην νοσηλεία , την θεραπεία και την προετοιμασία του για την απομάκρυνση και την ομαλή επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο.
- Οι μακροπρόθεσμες ανάγκες που στοχεύουν στην εκμάθηση της αναγνώρισης των πρώιμων συμπτωμάτων της κατάθλιψης από τους ασθενείς και τις οικογένειες τους ώστε να γίνεται έγκυρη αντιμετώπιση και συνεπώς να ελαχιστοποιείται ο χρόνος νόσησης.

Οι ανάγκες αυτές μπορούν να καλυφθούν μέσω της εκπαίδευσης που πρέπει να προσφέρει ο νοσηλευτής στους άμεσα ενδιαφερόμενους (Maurer 1986).

3.6. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Στο στάδιο της «νοσηλευτικής διάγνωσης» , θα πρέπει δηλαδή ο νοσηλευτής να αναγνωρίσει τα συμπτώματα του κάθε πάσχοντα ατομικά, ώστε να μπορέσει να θέσει τους στόχους που πρέπει να επιτύχει (πχ την εξάλειψη ή ανακούφιση των συμπτωμάτων) , ώστε να μπορέσει ευκολότερα να οργανώσει τις νοσηλευτικές του παρεμβάσεις οι οποίες είναι απόρροια του νοσηλευτικού σχεδιασμού. Ορισμένες νοσηλευτικές διαγνώσεις για την μείζονα κατάθλιψη ως μοναδικό επεισόδιο , την μείζονα κατάθλιψη ως υποτροπιάζων επεισόδιο και την δυσθυμία , είναι οι παρακάτω :

3.6.1. ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

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 νοσηλεύτη.
- ☀ 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

3.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3.7.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Το σημαντικότερο για έναν ασθενή με κατάθλιψη είναι να νοιώσει ασφαλής και ήρεμος στο νοσοκομειακό περιβάλλον, λαμβάνοντας φροντίδα και προσοχή από το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό σε έναν ήρεμο χώρο.

Κατά το στάδιο της νοσηλευτικής διάγνωσης γίνεται αναγνώριση, εκτίμηση και ιεράρχηση αναγκών και προβλημάτων του ασθενή. Οι κινήσεις που ακολουθούνται είναι:

- 1) λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού
- 2) παρατήρηση και καταγραφή της γενικότερης συναισθηματικής και ψυχικής κατάστασης του ατόμου
- 3) εκτίμηση πιθανών αυτοκτονικών συμπεριφορών
- 4) εκτίμηση της οικογένειας ως υποστηρικτικό σύστημα.

Ιεραρχούμε τα παρακάτω(Ραγιά Α. 2001) :

- Άγχος
- Αντιμέτωπιση αναποτελεσματικής οικογένειας: συμβιβαστική λύση.
- Αντιμέτωπιση, αναποτελεσματική προσωπικότητα του ατόμου.
- Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας
- Λύπη, δυσλειτουργία
- Έλλειψη ελπίδας
- Ελλειμματική γνώση
- Διαταραχή στη διατροφή, κίνδυνος λήψης λιγότερης ποσότητας από την αναγκαία.
- Καταβολή δυνάμεων.
- Έλλειψη αυτοεκτίμησης.

- Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς.
- Διαταραχή του ύπνου
- Κοινωνική απομόνωση.
- Πνευματικές ανησυχίες.
- Μειωμένη κριτική ικανότητα.
- Κίνδυνος για άσκηση βίας και στον εαυτό του και στους άλλους.

Στο επόμενο στάδιο τίθενται οι αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής Φροντίδας / Αναμενόμενες Εκβάσεις:

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

Στο στάδιο του προγραμματισμού παρατίθενται οι νοσηλευτικές ενέργειες που ακολουθούνται για την για υλοποίηση του αντικειμενικού σκοπού. Για τον ασθενή με καταθλιπτική συμπεριφορά εφαρμόζουμε τα παρακάτω βήματα (Ραγιά Α. 2001):

- Αποδεχόμαστε τον ασθενή σαν ολότητα, αποφεύγοντας κάθε πράξη μας που μπορεί να εκληφθεί απ' αυτόν ως απειλή.
- Προάγουμε την επαρκή διατροφή του, συμπεριλαμβάνοντας στα γεύματα του ασθενή και τροφές της προτίμησής του.
- Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα για τις αυτοκτονικές τάσεις του ασθενή, αναλόγως με τις ήδη εκτιμημένες προθέσεις του
- Αποφεύγουμε την υπερβολική έκφραση χαράς ή συμπάθειας ή την έκφραση πολύ ρηχών αισθημάτων.
- Βοηθούμε τον ασθενή να δημιουργήσει ένα καθημερινό πρόγραμμα που θα συμπεριλαμβάνει και δραστηριότητες και ώρες ανάπαυσης
- 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).
- Τον ενθαρρύνουμε να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, προσφέροντάς του όση υποστήριξη χρειάζεται.
- Βοηθούμε τον ασθενή να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του και να αποβάλλει τις αρνητικές σκέψεις και αντιλήψεις σχετικά με τον εαυτό του.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να θέτει εύκολους και προσιτούς στόχους, έτσι ώστε με την ελάχιστη βοήθειά μας να τους πετυχαίνει.
- Διευκολύνουμε τη βελτίωση της καταθλιπτικής πορείας του ασθενή, αποδεχόμενοι όλα τα συναισθήματα που εκφράζει.
- Όταν ο ασθενής έχει παραισθήσεις χρησιμοποιούμε ενισχυτικές τεχνικές.
- 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).
- Παρακολουθούμε τον ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν.

• 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.

• 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.

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

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων περιλαμβάνει:

- Έλεγχο για το αν πέτυχαν οι αντικειμενικοί σκοποί του νοσηλευτικού σχεδίου φροντίδας .
- Παροχή πληροφοριών για επαναξιολόγηση των αναγκών του ασθενή.
- Ανακάλυψη εκείνων των νοσηλευτικών πράξεων που ήταν πιο αποτελεσματικές για τη λύση του ιδιαίτερου προβλήματος του ασθενή.

Σε περίπτωση που οι παρεμβάσεις δεν ήταν αποτελεσματικές για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον προϊστάμενο νοσηλευτή, έτσι ώστε το σχέδιο φροντίδας να αναθεωρηθεί αν χρειάζεται. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν κάποια από τα επόμενα κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής διεργασίας:

- Ο ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος και φυσιολογική, καλή διάθεση.
- Ο ασθενής δεν έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει
- Ο ασθενής τρώει κάθε μέρα υγιεινά γεύματα και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.
- Ο ασθενής παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας έχει ικανοποιητική ενέργεια.
- Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάζει πέρα με τις τρέχουσες αλλαγές

της ζωής και ότι είναι ικανός να βρίσκει κατάλληλους τρόπους για να τις αντιμετωπίσει.

- Ο ασθενής παρουσιάζει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.
- Ο ασθενής εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
- Ο ασθενής εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο που είχε επίδραση πάνω του και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.
- Ο ασθενής εκδηλώνει δείγματα καθαρής σκέψης, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία παραπλάνησης, υπερβολικά συναισθήματα ενοχής ή ιδέες φυγής.
- 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.

Καθορίζουμε τα επιθυμητά κριτήρια για τις οικογένειες με μέλος που πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή, ώστε η οικογένεια να μπορέσει να εκφράσει αυτά που γνωρίζουν για την συγκεκριμένη διαταραχή, το θεραπευτικό πλάνο, την φαρμακευτική αγωγή, τα σημάδια των υποτροπών, το πώς να χειρίζονται τις κρίσεις του πάσχοντα συγγενή τους και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

Αναμενόμενα Αποτελέσματα

- Ο ασθενής αναλαμβάνει προηγούμενους ρόλους και δραστηριότητες
- Ο ασθενής αναγνωρίζει τα συναισθήματα άγχους και χρησιμοποιεί τα απαραίτητα μέτρα για να μειώσει την ανησυχία του.
- Ο ασθενής διατηρεί την προσωπική του υγιεινή.
- Ο ασθενής ακολουθεί το σχεδιασμένο πρόγραμμα όσον αφορά τις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Ο ασθενής επικοινωνεί χωρίς ενδείξεις χαλαρών συνειρμών.
- Ο ασθενής έχει βελτιωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα άτομα.
- Ο ασθενής εκφράζει συναισθήματα που είναι κατάλληλα για την κάθε περίπτωση.
- Ο ασθενής δείχνει μειωμένη αρνητικότητα και θυμό.
- Ο ασθενής αναγνωρίζει θετικά στοιχεία στον εαυτό του.
- Ο ασθενής συμμετέχει σε θεραπευτικό πλάνο και συμφωνεί να ακολουθήσει την θεραπεία του.

- Ο ασθενής και η οικογένειά του χρησιμοποιούν τις γνώσεις τους για την ασθένεια, το θεραπευτικό πρόγραμμα, τα συμπτώματα και την διαχείριση των κρίσιμων φάσεων σε μια συνεχιζόμενη διαδικασία.

3.7.2. ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η αυτοκτονία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Είναι μια εκδήλωση της αυτοκαταστροφική συμπεριφορά που προκύπτει από μια κατάσταση κρίσης, συχνά δεν αναγνωρίζονται επαρκώς από συγγενείς και φίλους ή από το ιατρικό επάγγελμα. Επηρεάζει όλες τις ηλικιακές κατηγορίες και τα δύο φύλα. Οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι τουλάχιστον 10 φορές πιο συχνά από ό, τι θανατηφόρα αυτοκτονίες και τις επανειλημμένες προσπάθειες είναι κοινά.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περίπου ένα εκατομμύριο άνθρωποι πεθαίνουν από αυτοκτονία σε όλο τον κόσμο κάθε χρόνο, και το φαινόμενο είναι συνεχώς και σε παγκόσμιο επίπεδο σχετικά με την αύξηση. Αυτή η πληγή επηρεάζει όλες τις χώρες σε διάφορους βαθμούς.

Οι μελέτες που αφορούν την ψυχολογική αυτοψία στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με ένα μεγάλο αριθμό παραμέτρων, συμπεριλαμβανομένων των λεπτομερειών για το θάνατο του ατόμου, το οικογενειακό ιστορικό, το κοινωνικό πλαίσιο, την τροχιά της ζωής, την κοινωνική αλληλεπίδραση, τις συνθήκες εργασίας, τη σωματική / ψυχική υγεία και την ιστορία, την προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά ενδεχομένως, αρνητικά στοιχεία της ζωής του ατόμου, αν υπάρχει επαφή με τις υπηρεσίες τηλεφωνικής βοήθειας πριν αυτοκτονήσει, και την αντίδραση των φίλων και των συγγενών προς την αυτοκτονία. Τα διάφορα συστήματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να επιτευχθεί αυτό δεν είναι ανάγκη να βασίζονται σε αυστηρές κατευθυντήριες γραμμές

Μελέτες σε νέους ανθρώπους που αυτοκτονούν (παιδιά και έφηβοι), δεν δείχνουν μόνο μια ισχυρή επικράτηση της ψυχικής διαταραχής, όπως παρατηρείται και στους ενήλικες, αλλά και μια ξεχωριστή παρουσία της αντικοινωνικής συμπεριφοράς (η δυσκολία να συμμορφωθούν με τους κανόνες και σεβασμό πειθαρχία) και ατυχείς περιστάσεις της ζωής. Υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση με την κατάθλιψη, διπολικές διαταραχές, ή η

υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και διαφόρων ψυχοτρόπων ουσιών. Τα αρνητικά γεγονότα της ζωής είναι πιο πολυάριθμα και αγχωτικά για τους νέους κατά την προηγούμενη εβδομάδα από την αυτοκτονία (Batt & al, 2005). Τέλος, μια πρόσφατη αμερικανική μελέτη αναφέρει την ύπαρξη ενός συνδέσμου μεταξύ της βίας στο σχολείο και αυτοκτονικότητας.

Η πρόληψη των αυτοκτονιών αποτελεί σαφώς προτεραιότητα στη δημόσια υγεία και η ψυχολογική τεχνική αυτοψίας μπορεί να συμβάλει σε αυτόν τον τομέα, βοηθώντας στον εντοπισμό των κινδύνων και παραγόντων που την ενεργοποιούν σε δεδομένους πληθυσμούς. Η προσέγγιση αυτή θα επιτρέψει επίσης την καλύτερη κατανόηση των πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων που εμπλέκονται μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων που ενδέχεται να επηρεάσουν τις ενέργειες αυτοκτονίας. Η καθολική πρόσβαση στην περίθαλψη της, την πρόληψη της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας αποτελούν βασικό κομμάτι των δημόσιων πολιτικών. Για την πρόληψη των αυτοκτονιών οι δημόσιες πολιτικές πρέπει να επικεντρωθούν στην αξιολόγηση και τη βελτίωση της πρόληψης και της φροντίδας στο ηλικιακό φάσμα [35-54] ετών του πληθυσμού, και στα αρσενικά 75+(WHO2015).

Η πρόληψη της αυτοκτονίας πρέπει να επικεντρώνεται κυρίως στη βελτίωση της αξιολόγησης του κινδύνου αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας και νοσηλείας την πρώτη εβδομάδα μετά το εξιτήριο, ενώ ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε ασθενείς με έναν ή περισσότερους από τους προσδιορισμένους παράγοντες κινδύνου.

Για τους ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά ακολουθείται η ακόλουθη σειρά νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Ραγιά, 2001):

- ☀ Δημιουργούμε μια υποστηρικτική σχέση φιλίας μεταξύ του ασθενή με αυτοκτονική τάση και άλλων της ίδιας ομάδας, που όμως διατηρούν επιθυμία και θέληση για τη ζωή.
- ☀ Παρακολουθούμε στενά τον ασθενή, χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων.
- ☀ Ζητάμε από τον ασθενή να μας μιλήσει για την αυτοκτονία, και τα μέσα με τα οποία σχεδιάζει να τα πραγματοποιήσει.
- ☀ Απομακρύνουμε επικίνδυνα και αιχμηρά αντικείμενα σύμφωνα με το πρωτόκολλο.

- ☀ Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συζητήσει για όλα τα γεγονότα που του προκαλούν αρνητικά συναισθήματα.
- ☀ Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμφωνήσει σε μια μη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μέσω της συμπεριφοριστικής προσέγγισης.
- ☀ Βοηθούμε τον ασθενή στην εξεύρεση λύσεων στα προβλήματα του

3.7.2.1. Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου (Ραγιά Α. 2001)

1. Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοιχτή, εκτός αν συνοδεύεται από μέλος του προσωπικού ή της οικογένειας. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνος του.

2. Έλεγχος των κινήσεων του αρρώστου κάθε 15'.

3. Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν λαμβάνει τα φάρμακά του.

4. Έρευνα στα προσωπικά του αντικείμενα για πιθανή ύπαρξη βλαβερών αντικειμένων, επί παρουσία του και με τη βοήθεια του.

5. Έλεγχος των ειδών που φέρνουν οι επισκέπτες.

6. Άδεια να έχει ο άρρωστος κανονικό δίσκο φαγητού, αλλά έλεγχος κατά πόσο τα γυάλινα ή άλλα σκεύη λείπουν όταν επιστρέφεται ο δίσκος.

7. Χορήγηση άδειας να έρχονται επισκέπτες και να γίνονται τηλεφωνήματα, εκτός αν επιθυμεί διαφορετικά ο άρρωστος.

8. Το πρόγραμμα προφύλαξης μπορεί να αρχίσει χωρίς την ιατρική οδηγία αλλά η ζήτηση της συμβουλής του ψυχιάτρου πρέπει να γίνει το συντομότερο.

9. Τήρηση του πρωτοκόλλου μέχρι κατάργησής του από τον ψυχίατρο σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλεύτη. Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων. Η εξήγηση αυτή πρέπει να δίδεται από τον νοσηλεύτη και του γιατρό και να τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.

3.8. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η εκπαίδευση του ασθενούς είναι ένας ιδιαίτερα σημαντικός ρόλος για τον νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με την φαρμακευτική του αγωγή και τις πιθανές παρενέργειες της. Θα πρέπει να εμπλουτίσει τις γνώσεις του σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων και διάφορες τροφές ή δραστηριότητες. Οι αλληλεπίδραση των φαρμάκων με αλκοόλ μπορεί να αποβεί μοιραία. Η σωστή ενημέρωση και προετοιμασία του ασθενή για τις αλλαγές που θα συμβούν στην ζωή του ανήκουν επίσης στα καθήκοντα του νοσηλευτή, που θέλει να προστατεύσει τον ασθενή του. Αφού έχει εκτιμηθεί σε πρωταρχικό στάδιο η γνώση του σχετικά με την αυτοφροντίδα του, εκπαιδεύεται στο βαθμό που είναι ικανός, να την εφαρμόσει ο ίδιος στη μετέπειτα ζωή του.

Η πλειονότητα των ασθενών αυτών θα χρειαστούν μακροχρόνια ψυχοθεραπευτική υποστήριξη. Μια ενημέρωση σχετικά με τις ομάδες αλληλοϋποστήριξης και τα τηλέφωνα έκτακτης ανάγκης είναι απαραίτητη. Η γνώση ότι ο ασθενής δεν είναι μόνος, ότι υπάρχουν άνθρωποι που υποφέρουν όπως αυτός, αλλά και άνθρωποι που μπορούν και θέλουν να τον βοηθήσουν ίσως να κάνει τη δύσκολη πραγματικότητα του λίγο πιο φωτεινή.

Σημαντική είναι και η εκπαίδευση της οικογένειας κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο. Επιφορτίζεται με την υποχρέωση της παρακολούθησης του ασθενή κυρίως ως προς τη βεβαιότητα της συνέχισης της φαρμακευτικής αγωγής και την παρατήρηση τυχόν εμφάνισης υποτροπής. Μέσω των προγραμμάτων οικογενειακής θεραπευτικής παρέμβασης, οι οικογένειες έχουν εκπαιδευτεί στην αξιοποίηση στρατηγικών, οι οποίες με τη σειρά τους θα συμβάλλουν στη βελτίωση της ενδοοικογενειακής λειτουργίας και στη λείανση των αρνητικών συναισθημάτων και συγκρούσεων. Η βελτίωση αυτών των πτυχών σηματοδοτεί τη μείωση των αρνητικών σχέσεων (κριτικά σχόλια, εχθρικότητα) και συμβάλλει στην μείωση της έντασης της κατάθλιψης. Η εργασία με τις οικογένειες προσφέρει σημαντική βοήθεια στην ανάκαμψη του ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ /ΟΙ ΔΙΚΟΙ ΜΑΣ ΑΝΘΡΩΠΟΙ

4.1. ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος στον γενικό πληθυσμό είναι πολύ σημαντικός ώστε να ανιχνευτούν έγκαιρα τα άτομα «υψηλού κινδύνου» που πρόκειται να εμφανίσουν κατάθλιψη. Κάθε 40 δευτερόλεπτα αυτοκτονεί ένας άνθρωπος ανά τον κόσμο, σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Την τελευταία 5ετία, η Ελλάδα είχε ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά αύξησης αυτοκτονιών παγκοσμίως, κύρια αίτια της οποίας φαίνεται να είναι η βαριά κατάθλιψη που προξένησε η οικονομική κρίση και τα μεγάλα κοινωνικά αδιέξοδα. Αν αναλογιστούμε ότι 800.000 άνθρωποι στη χώρα μας έχουν ήδη διεγνωσμένη μείζονα κατάθλιψη, και ότι εκατοντάδες νοσήματα έχουν την κατάθλιψη ως συνοδό διαταραχή, καταλαβαίνουμε ότι πολλαπλασιάζονται κατά πολύ τα περιστατικά.

Η κατάθλιψη μιμείται όλα τα νοσήματα και γι αυτό πολλές φορές είναι δύσκολο για το θεράποντα γιατρό να την ταυτοποιήσει άμεσα. Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που η κατάθλιψη παρουσιάζεται με άτυπα συμπτώματα όπως κόπωση, χρόνιους πόνους ή ατονία, τότε πρέπει να παρέλθει ένα μεγάλο χρονικό διάστημα και να υποβληθεί ο ασθενής σε αρκετές εξετάσεις, για να φτάσει ο γιατρός στην τελική διάγνωση, αποκλείοντας άλλες νοσολογικές οντότητες.

Η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση της κατάθλιψης είναι καθοριστικής σημασίας για την θεραπευτική της αντιμετώπιση και για την ποιότητα ζωής του ατόμου που πάσχει. Βασικοί υποστηρικτικοί παράγοντες είναι η άσκηση, η γυμναστική, η ευεξία και η σωστή διατροφή μαζί με την επιστημονική καθοδήγηση των γιατρών, των ψυχολόγων και άλλων επαγγελματιών υγείας(Dunn & al, 2005).

Από πληθυσμιακές μελέτες προκύπτει ότι περίπου το ένα τρίτο των ασθενών, που στη διάρκεια της ζωής τους πληρούν τα κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης, αναφέρουν ότι το πρώτο επεισόδιο εκδηλώθηκε σε ηλικία μικρότερη των 21 ετών. Άρα, η πρόληψη, αν πρόκειται να είναι αποτελεσματική, θα πρέπει να έχει στόχο τα άτομα νέας ηλικίας.

Υπάρχουν προγράμματα με κύριο στόχο την πρόληψη της κατάθλιψης; Οι πρόσφατες ανασκοπήσεις σχετικά με την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών είναι αισιόδοξες για το γενικό ζήτημα της πρόληψης, αν και εμφανίζονται κάπως επιφυλακτικές ως προς τα προγράμματα πρόληψης της κατάθλιψης. Σε ορισμένες μελέτες που δημοσιεύτηκαν κατά το έτος 2001 διαφαίνεται μεταβολή αυτής της άποψης. Προγράμματα πρόληψης (που έχουν ονομασθεί γενικά προγράμματα) μπορούν να έχουν εφαρμογή σε ολόκληρο τον πληθυσμό ή να κατευθύνονται προς τα άτομα με αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου ή πρώιμα συμπτώματα. Οι γενικές παρεμβάσεις ενδέχεται να έχουν μεγαλύτερη αποδοχή, κοστίζουν, όμως, περισσότερο, ενώ οι κατευθυνόμενες παρεμβάσεις εξαρτώνται από την ακρίβεια προγραμμάτων ελέγχου, που ενδέχεται να προκαλέσουν στιγματισμό όσων επιλεγούν.

Υπάρχουν αρκετές μελέτες που ασχολούνται με το ερώτημα «Μπορεί να προληφθεί η κατάθλιψη στα νέα άτομα;». Η χρησιμοποίηση δασκάλων στην τάξη με στόχο τη βραχεία ψυχοεκπαίδευση, δεν φαίνεται να έχει αποτέλεσμα. Η χρησιμοποίηση ψυχολόγων και δασκάλων στο περιβάλλον της σχολικής αίθουσας με στόχο την παροχή εκτεταμένης ψυχοεκπαίδευσης και επίλυσης προβλημάτων επίσης δεν φαίνεται να έχει αποτέλεσμα. Η χρησιμοποίηση μεθόδων γνωσιακής θεραπείας ή γνωσιακής θεραπείας συμπεριφοράς από ψυχολόγους φαίνεται να έχει κάποιο αποτέλεσμα, που μερικές φορές περιορίζεται στα συμπτώματα και άλλες στη μείωση της συχνότητας της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Greenberg MT, 2001). Το πρόβλημα, όμως, δεν είναι η αποτελεσματικότητα αλλά η αποτελεσματικότητα σε συνθήκες κλινικής πράξης. Σε καμιά χώρα δεν υπάρχουν αρκετοί ψυχολόγοι, που να έχουν εκπαιδευθεί στη γνωσιακή θεραπεία και να επαρκούν για την εφαρμογή γενικών ή κατευθυνόμενων προγραμμάτων πρόληψης μέσω του σχολείου. Δεν υπάρχουν στοιχεία, από τα οποία να προκύπτει ότι οι πρόσφατες πρωτοβουλίες συμβάλλουν στη μείωση του επιπολασμού της κατάθλιψης, ούτε ότι υπάρχουν διαθέσιμες γνωσιακές θεραπείες που μπορούν να μειώσουν την επίπτωσή της. Δεν είναι απλά θέμα πρόληψης της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Αν υιοθετηθεί προσέγγιση τύπου δημόσιας υγείας και μειωθεί η συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο γενικό πληθυσμό κατά ένα μικρό ποσοστό, θα επιτευχθεί αντίστοιχη μείωση του συνολικού αριθμού των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη. Το πρόβλημα είναι η παροχή υπηρεσιών. Η προσέγγιση που διερευνάται

τώρα είναι η εφαρμογή στα σχολεία διαδραστικών προγραμμάτων μέσω υπολογιστών, με παράλληλη υποστήριξη από κατευθυνόμενη πρόσβαση στο διαδίκτυο. Το πρόβλημα είναι πολύ σημαντικό για να περιοριστεί στην παραδοσιακή μέθοδο της παρέμβασης πρόσωπο με πρόσωπο, αλλά αποτελεί σημαντική πρόοδο η διαπίστωση ότι η γνωσιακή θεραπεία είναι μέθοδος πρόληψης της κατάθλιψης με καλή σχέση κόστους/αποτελεσματικότητας σε ομάδες υψηλού κινδύνου (Andrews G et al., 2002).

Προσεγγίζοντας ολιστικά οποιαδήποτε ασθένεια, συνειδητοποιεί κανείς πως υπάρχουν πολλαπλοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή μη μιας παθολογίας. Έχει αποδεχθεί πως η τακτική άσκηση σε συνδυασμό με την έκθεση στο ηλιακό φως ευνοούν την έκκριση της σεροτονίνης, της ορμόνης της ευτυχίας. Μελέτες δείχνουν ότι η άσκηση μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε μη κλινικούς και κλινικούς πληθυσμούς και ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη (Singh & al,2005).

Ένα πρώτο βήμα λοιπόν προς την πρόληψη της κατάθλιψης είναι η τουλάχιστον δεκάλεπτη άσκηση μέσα στην ημέρα, για να πάρει ο υποθάλαμος το μήνυμα πως βρισκόμαστε εκτεθειμένοι στον ήλιο, ο περίπατος αυτός θα πρέπει να συντελείται χωρίς να φοράμε γυαλιά ηλίου Καλό θα ήταν να αποφύγουμε την εκγύμναση αργά το βράδυ για να μη διαταράξουμε τους βιορυθμούς του σώματος, που από το απόγευμα και μετά πρέπει να ηρεμεί και να λαμβάνει το μήνυμα ότι σε λίγο θα πάει για ύπνο.

Σημαντική είναι η διαπίστωση ότι τα καλύτερα αποτελέσματα προκύπτουν από το συνδυασμό άσκησης και ψυχοθεραπείας (North et al. 1990). Έρευνες σε ασθενείς έδειξαν επίσης θετικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, άτομα τα οποία παρακολούθησαν ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής σε συνδυασμό με άσκηση (τρέξιμο τρεις φορές την εβδομάδα, επί 20 λεπτά τη φορά, με ένταση και διάρκεια που καθόριζε το κάθε άτομο μόνο του, ανάλογα με τη φυσική του κατάσταση) είχαν καλύτερα αποτελέσματα στη μείωση της κατάθλιψης σε σύγκριση με άλλα άτομα που παρακολούθησαν μόνο το πρόγραμμα συμβουλευτικής (Harris 1995).

Η Dr Sarah Stahl και η ομάδα της, έθεσαν αυτό ακριβώς το ζήτημα σε μια ερευνητική μελέτη που δημοσιεύτηκε πρόσφατα στο επιστημονικό περιοδικό American Journal of Psychiatry. Αυτή η μελέτη σχεδιάστηκε για να φανεί, αν η επίλυση προβλημάτων με απλή σκέψη, μπορεί να αποτελέσει θεραπεία της ήπιας κατάθλιψης, πριν εξελιχθεί σε μείζονα

κατάθλιψη. Τα άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα, είχαν διαγνωστεί με ήπια κατάθλιψη και όχι πλήρη άνθηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Προηγούμενη έρευνα σχετικά με ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με ήπια κατάθλιψη, είχε δείξει ότι τα άτομα αυτά έχουν περίπου 20 με 25 τοις εκατό πιθανότητες να αναπτύξουν μείζονα κατάθλιψη κατά το επόμενο έτος.

Η προσεγμένη διατροφή πλούσια σε Ω-3 λιπαρά οξέα που τονίζουν την εγκεφαλική λειτουργία και συνεπώς την διαχείριση των νευροδιαβιβαστών που συμβάλλουν στην ρύθμιση της διάθεσης, καθώς και πλούσια σε βιταμίνες συμπλέγματος B και C για την τόνωση της λειτουργίας του νευρικού συστήματος, με έναν σχεδόν μαγικό τρόπο μειώνει στο ελάχιστο τον κίνδυνο εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Μια διατροφή πλούσια σε καλούς υδατάνθρακες, εξασφαλίζει μεγάλες ποσότητες τρυπτοφάνης στον οργανισμό, που είναι η βάση για να φτιάξει το σώμα μας την σεροτονίνη, τον ρυθμιστή της διάθεσής μας. Οι "κακοί" υδατάνθρακες από την άλλη όπως τα γλυκά και οι επεξεργασμένες τροφές δυσκολεύουν την σωστή μεταφορά των εγκεφαλικών σημάτων, δηλαδή των νευροδιαβιβαστών/ορμονών όπως η σεροτονίνη. Περιορίζοντας λοιπόν την πρόσληψη επιβλαβών τροφών από την καθημερινή μας διατροφή, εκτός από το ότι ευνοούμε την λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος και μειώνουμε το ρίσκο της αθηροσκλήρυνσης, των λιπαρών δηλαδή εναποθέσεων μέσα στα αγγεία, ελαττώνουμε κατά πολύ την εκδήλωση της κυκλοθυμικότητας, της θλίψης και των αρνητικών συναισθημάτων, που θα προέρχονταν από την διαταραχή της νευροδιαβίβασης σε βιοχημικό επίπεδο.

Συνδυάζοντας λοιπόν ελάχιστες αλλαγές στην καθημερινότητά μας, εκτός από το ότι ευνοούμε γενικά τον καταπονημένο από τον σύγχρονο εξαντλητικό τρόπο ζωής οργανισμό μας, τείνουμε να εκμηδενίζουμε τις πιθανότητες εμφάνισης αυτής της δυσάρεστης παθολογίας. Άλλωστε, η καλύτερη επένδυση που μπορούμε να κάνουμε, είναι στον εαυτό μας.

Κατάθλιψη είναι μία από τις πιο κοινές και εξουθενωτικές ψυχιατρικές διαταραχές και είναι η κύρια αιτία της αυτοκτονίας. Οι περισσότεροι άνθρωποι που γίνονται καταθλιπτικοί θα έχουν πολλαπλά επεισόδια, και ορισμένες καταθλίψεις είναι χρόνιες.

Σύμφωνα με το σχέδιο του ΠΟΥ «Στρατηγική της υγείας για όλους το 2000», ένας βασικός στόχος που τίθεται είναι η μείωση των ψυχικών διαταραχών και των αυτοκτονιών. Τα μέτρα που προτείνονται για την επίτευξη του στόχου συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Βελτίωση κοινωνικών παραγόντων που προκαλούν εντάσεις, όπως η ανεργία και το κοινωνικό περιθώριο
- Βελτίωση πρόσβασης σε παρεμβάσεις στήριξης
- Βελτίωση των παρεμβάσεων προς όφελος των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες και είναι υπό θεραπεία
- Οργάνωση ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας βασισμένων σε τοπικές κοινότητες σε συνεργασία με τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας
- Πραγματοποίηση εξειδικευμένων πρωτοβουλιών με στόχο την πρόληψη βλαβερών για την υγεία συμπεριφορών, όπως η κατάχρηση επικίνδυνων ουσιών
- Προγράμματα με στόχο την πρόληψη της αυτοκτονίας

Συμπερασματικά θα πρέπει να τονίσουμε την ανάγκη για καλύτερη διάγνωση και έγκαιρη αντιμετώπιση της ασθένειας. Η κατάθλιψη πλήττει όλο και περισσότερους συνανθρώπους μας και αυτό δεν πρόκειται να βελτιωθεί στη σημερινή ανταγωνιστική και ιδιαίτερα σκληρή κοινωνία μας.

Καλή ιατρική διαχείριση της κατάθλιψης μπορεί να είναι δύσκολο να βρεθεί, και τα εμπειρικά υποστηριζόμενες ψυχοθεραπείες είναι ακόμα δεν είναι ευρέως ασκείται. Κατά συνέπεια, πολλοί ασθενείς δεν έχουν πρόσβαση σε ικανοποιητική περίθαλψη. Επιπλέον, δεν ο καθένας ανταποκρίνεται των υφιστάμενων παρεμβάσεων, και αρκετά δεν είναι γνωστά σχετικά με το τι πρέπει να κάνουμε για τους ανθρώπους που, δεν ωφελούνται από τη θεραπεία. Αν και έχουν γίνει μεγάλα βήματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, πολλά απομένουν να γίνουν όσον αφορά τη θεραπεία της κατάθλιψης και η διπολική διαταραχή.

Η πρόληψη παίρνει σάρκα και οστά μόνο όταν παρεμβαίνει στην πηγή του προβλήματος και στοχεύει στην εξάλειψη ή μείωση του. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να είναι ποιοτικές και ποσοτικές(π.χ. περισσότερες κλίνες σε ψυχιατρεία ή δημιουργία υποκατάστατων δομών). Το σύστημα πρόληψης και φροντίδας οφείλει να

ενσαρκώνει τη διαλεκτική προστασίας και ελευθερίας ανάλογα με τις ανάγκες, και να είναι συνυφασμένο με το σεβασμό και την προαγωγή της αυτονομίας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας(Μεγαλοοικονόμου , 2007). Η αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών σε ψυχικά ασθενείς και η λήψη μέτρων κοινωνικού, πολιτικού και οικονομικού χαρακτήρα, αποτελούν στρατηγικές που δύνανται να πραγματοποιηθούν, ελαφρύνοντας τα κοινωνικά δεδομένα από τα οποία πηγάζουν κοινωνικές και διαπροσωπικές εντάσεις που τροφοδοτούν τις ψυχικές διαταραχές.

4.2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας και άλλων ειδικοτήτων στο χώρο της υγείας. Ως όρος έχει δεχτεί πολλαπλές σημασιολογικές προσεγγίσεις, κυρίως όμως περικλείει παραμέτρους της καλής ψυχικής, κοινωνικής και σωματικής κατάστασης του ατόμου, εστιάζοντας στην υποκειμενική του εκτίμηση.

Για τον ΠΟΥ, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (THE WHOQOL GROUP 1995).

Παγκοσμίως, η ποιότητα ζωής είναι ένας δείκτης, που έχει προστεθεί, όπως και η υγεία, στην κοινωνική υπηρεσία προγράμματος ανάπτυξης (1989). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) έχει συμφωνήσει σε μία λίστα θεμάτων σχετικών με την ποιότητα ζωής, στην οποία περιλαμβάνονται θέματα, όπως η υγεία, ο έλεγχος στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής (Bowling 1997).

Η ΠΖ έχει απασχολήσει από αρχαιότατους χρόνους τους Έλληνες φιλόσοφους. Ο Αριστοτέλης, στο σύγγραμμά του “*Ἠθικά Νικομάχεια*”, απέδιδε τους όρους ΠΖ (ευ ζην) και ευημερία (ευ πράττειν) με τη λέξη “ευδαιμονία”, δηλαδή “το τέλειο και αυτάρκες αγαθό”, που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου (Zartaloudi,

Madianos, 2010). Πολύ αργότερα, ο Shaw, διαχώρισε την ευτυχία από την ΠΖ, λέγοντας ότι η πρώτη μπορεί να θυσιαστεί προκειμένου η δεύτερη να γίνει πιο ουσιαστική. Ο McCall αργότερα υποστήριξε ότι η ΠΖ συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή. Μετά το 1979, οι Zautra και Goodman και αργότερα ο Lehman, υποστήριξαν ότι για την αποσαφήνιση και τον εννοιολογικό προσδιορισμό της έννοιας ΠΖ, είναι απαραίτητος τόσο ο συνδυασμός αντικειμενικών όσο και υποκειμενικών παραγόντων και δεικτών. Οι αντικειμενικοί αφορούν στο τί είναι το άτομο ικανό να κάνει και στην πρόσβαση που έχει σε πόρους και ευκαιρίες, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιήσει τους πόρους αυτούς για την επίτευξη των ενδιαφερόντων του. Οι υποκειμενικοί παράγοντες αφορούν στο αίσθημα ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο .

Εισάγεται για πρώτη φορά μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο η έκφραση «καλή ζωή». Την δεκαετία του 50 είχε ταυτιστεί με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, καθώς περιλάμβανε έννοιες που είχαν να κάνουν με την καταναλωτική κοινωνία (Fallowfield, 1990). Μετά το '60, το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται, συμπεριλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία, όπως και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση.

Στη δεκαετία του '70, δίνεται επιπλέον έμφαση προς την κατεύθυνση της «προσωπικής ελευθερίας», της συναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής ισορροπίας και ευεξίας για την ποιότητα ζωής σε καταστάσεις αρρώστιας, θεραπείας και αποκατάστασης. Στη διακήρυξη του «Υγεία για Όλους» επαναδιατυπώνεται η θέση ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό της υγείας τους, για να μπορέσουν να ζήσουν μια ζωή που να τους ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά. Μέχρι το 1992 δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής, ειδικά αφού η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών επιστημών, των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών της υγείας (Lamau, 1992).

Κατά το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα παρατηρείται η ευρεία διάδοση του όρου. Η ποιότητα ζωής αρχικά αναφερόταν κυρίως στον υλικό πλούτο του ατόμου στη συνέχεια όμως συμπεριλήφθηκαν και άλλοι παράγοντες όπως την υγεία, την εκπαίδευση, την ατομική ελευθερία, την απόλαυση (Farquhar, 1995). Είναι μια έννοια που το περιεχόμενο της αλλάζει σύμφωνα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά.

Οι έννοιες ποιότητα ζωής, ευημερία, ευτυχία και ικανοποίηση από τη ζωή αντανακλούν αυτό που ονομάζουμε υγεία και ποιότητα ζωής γενικότερα (WHO, Quality of life Group, 1998).

Σήμερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προσδιορίζει την ΠΖ ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμικού - αξιακού συστήματος όπου ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του είναι το προϊόν των φυσικών χαρισμάτων του ατόμου σε συνδυασμό με την επίδραση της οικογένειας και της κοινωνίας, ή αλλιώς, η προσωπική δήλωση των θετικών και αρνητικών χαρακτηριστικών τα οποία προσδιορίζουν τη ζωή ενός ατόμου (ΠΟΥ, 2003). Επομένως, η ΠΖ εκτός από ευρεία έννοια, είναι και υποκειμενική και ευμετάβλητη, με πολλαπλές διαστάσεις και χαρακτηριστικά, που καθιστούν μάλλον αδύνατη την ακριβή ποσοτικοποίηση και μέτρησή της (Skevington, 2002).

Στην ιατρική ο όρος ποιότητα ζωής απευθύνεται στις ανθρώπινες παραμελημένες ανάγκες από το σύστημα υγείας και το κράτος πρόνοιας. Ο όρος χρησιμοποιείται από όσους επιθυμούν να ενσωματώσουν στη θεραπευτική παρέμβαση τις εμπειρίες των ασθενών, χρησιμοποιώντας τις υποκειμενικές εκτιμήσεις τους για την ποιότητα της ζωής τους.

Το 1977 οι Katschnig και Angermeyer επεξεργάστηκαν το θέμα ποιότητα ζωής στην κατάθλιψη και ανέπτυξαν ένα σχέδιο δράσης για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε καταθλιπτικούς ασθενείς που εντοπίζει και επεξεργάζεται τους παράγοντες που αποτελούν τα συνθετικά στοιχεία της έννοιας όπως το αίσθημα της ψυχικής ευεξίας, της ικανοποίησης που απολαμβάνει το άτομο, τη λειτουργικότητα του και εξωτερικές περιβαλλοντικές επιδράσεις. Οι πρότείνουν την ανάληψη συγκεκριμένων δράσεων από τους πάσχοντες, ανάλογα με τους παραπάνω παράγοντες. Για παράδειγμα ψυχική ευεξία με τη χρήση αντικαταθλιπτικών, λειτουργικότητα με εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, εξωτερικές περιβαλλοντικές συνθήκες με παροχή χρημάτων και εξασφάλιση οικονομικών πόρων (Οικονόμου/Κοκκώση, 2001).

Η διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής πρέπει να επιτρέπει την αναγνώριση των ατομικών προτιμήσεων και να είναι ευαίσθητη στις αλλαγές στην κατάσταση της ασθένειας, όσο και στις προτεραιότητες των ασθενών.

Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία

Η ζωή και η προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στην εργασία και την οικονομική του επιφάνεια. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους. Πολλές μελέτες συγκλίνουν στην παραδοχή μίας ισχυρής συνάφειας ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Murphy and Athanassou, 1999).

Η σημασία των ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών για τη δημόσια υγεία φαίνεται από το γεγονός ότι κατατάσσονται ανάμεσα στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική ανικανότητα, οι διαταραχές αυτές αναμένεται να αυξηθούν και να γίνουν μέχρι το 2020 δεύτερες σε συχνότητα μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (WHO, 2001).

Οι Stuckler et al, (2009) μελέτησαν σε 26 χώρες της Ευρώπης, για το διάστημα 1970–2006, τον τρόπο με τον οποίο οι οικονομικές μεταβολές μπορεί να επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες και βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες, στις ηλικίες κάτω των 65 ετών.

Μία ενδελεχής μελέτη της βιβλιογραφίας από τους Paul και Moser (2009) σχετικά με τις επιδράσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία έδειξε πως ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος για τους άνεργους (34%) σε σύγκριση με τα άτομα που εργάζονταν (16%). Η ανεργία φαίνεται επίσης να σχετίζεται με υιοθέτηση λιγότερο υγιεινών συνηθειών, όπως το κάπνισμα.

Επιπλέον, σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν μεταξύ των ανέργων και των ατόμων που εργάζονταν σε βασικές παραμέτρους ενδεικτικές της ποιότητας της ψυχικής υγείας του ατόμου, όπως π.χ. το άγχος, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, την αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή και το αίσθημα αυτοεκτίμησης (Paul and Moser, 2009).

Περιορισμένοι πόροι μπορεί να οδηγήσουν σε φτώχη διατροφή και περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (VanPraag et al., (2003).

Η ικανοποίηση για την εργασία αφορά τόσο στο εισόδημα όσο και στο κατά πόσο αισθάνεται ο εργαζόμενος ότι η δουλειά του εκτιμάται από τον εργοδότη του. Επιπλέον η εύρεση εργασίας είναι βασικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής, γιατί αποτελεί την προϋπόθεση για την αποφυγή της φτώχειας, η οποία επιδρά αρνητικά στην ικανοποίηση του ατόμου (Rahman et al., 2005). Το βιοτικό επίπεδο είναι προσδιοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής καθώς επηρεάζει την υλική ευημερία.

Η χαμηλή κοινωνικό-οικονομική στάθμη του ατόμου, όπως αυτή προσδιορίζεται από το χαμηλό εισόδημα, επηρεάζει αρνητικά τις ευκαιρίες αναψυχής και γενικά τις δραστηριότητες που αυξάνουν την ικανοποίηση του ατόμου. Οι Sherwood, Jago, & Deery, (2005) υποστηρίζουν ότι αυξάνεται η ικανοποίηση του ατόμου όταν συμμετέχει σε τέτοιου είδους δραστηριότητες. Στο πλαίσιο δραστηριοτήτων ψυχαγωγίας εντάσσεται και η συμμετοχή σε πολιτισμικές δραστηριότητες, που αποτελεί σημαντική πηγή της ποιότητας ζωής.

4.3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχιατρική ταλαντεύτηκε ανάμεσα σε αντικρουόμενες απόψεις. Όταν τα αίτια των ψυχικών διαταραχών αποδόθηκαν αποκλειστικά σε βιολογικούς παράγοντες, η οικογένεια θεωρήθηκε το ατυχές «θύμα» μιας εγγενούς βιοχημικής δυσλειτουργίας και η θεραπεία ήταν αποκλειστικά φαρμακευτική. Αντίθετα, όταν δόθηκε προτεραιότητα στον οικογενειακό και κοινωνικό παράγοντα, η οικογένεια θεωρήθηκε ο κύριος υπεύθυνος της διαταραχής, ενώ ο ασθενής για να θεραπευτεί έπρεπε να απομακρυνθεί από το δυσλειτουργικό περιβάλλον και να ενταχθεί σε ένα υγιές. Σήμερα, η οικογένεια δεν θεωρείται ούτε ως θύμα, ούτε ως θύτης, αλλά ως ένα συναισθηματικό και συμπεριφορικό σύστημα και ως σημαντικός συντελεστής ολόκληρης της θεραπευτικής διαδικασίας (Kotrotsiou & al, 2006).

Ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει η οικογένεια του ψυχικά πάσχοντα στη θεραπεία της νόσου και αφετέρου η ύπαρξη των προβλημάτων που προαναφέρθηκαν, αποτελούν την αφετηρία των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων (Roses & al, 2006). Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στηρίζονται στην:

- Επαρκή ενημέρωση για τη φύση της ψυχικής νόσου και τις προσφερόμενες θεραπείες. Στόχος είναι να επιτευχθεί όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της ψυχικής νόσου, καθώς και των τρόπων αντιμετώπιση αυτής (πχ συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, ενίσχυση του ασθενούς στην ενεργητική αντιμετώπιση της νόσου), αλλά και τη διαλεύκανση των μύθων για την αιτιολογία, θεραπεία και πορεία της νόσου.

- Εκπαίδευση για απόκτηση δεξιοτήτων επίλυσης του άγχους και δυσλειτουργικής επικοινωνίας.

- Παροχή στήριξης στα μέλη της οικογένειας του ψυχικά πάσχοντος για αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν λόγω φόβου ή αίσθησης κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν.

- Εκπαίδευση συγγενών για καλύτερη αντιμετώπιση του ψυχικά πάσχοντα-μέλους, μέσα από την απόκτηση στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων.

- Μείωση της Οικογενειακής Επιβάρυνσης

- Προαγωγή ενεργοποίησης δικτύου οικογενειών ψυχικά πασχόντων, με απώτερο στόχο την αποφυγή κοινωνικής απομόνωσης και στιγματισμού.

Τα παραπάνω, αλληλεπικαλύπτονται χρονικά και αλληλοσυμπληρώνονται κατά τη διάρκεια της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης (Τομαράς κ.ά. 2001, Smerud & al, 2011).

Η εκπαίδευση οικογένειας είναι βραχείας διάρκειας (Dixon και συν, 2001), βασίζεται στις θεωρίες για το άγχος, την αντιμετώπιση και την προσαρμογή και αποσκοπεί στην ευεξία όλων των μελών (Smerud & al, 2011). Η παρέμβαση στην οικογένεια πρέπει να εστιαστεί στην αναγνώριση των δυσκολιών της και τον τρόπο που μπορούν τα μέλη της να αξιοποιήσουν καλύτερα κάποιες στρατηγικές, οι οποίες με τη σειρά τους θα συμβάλλουν έτσι ώστε να μπορούν να εντοπίζουν τι τους ενοχλεί και να μπορούν να ερμηνεύουν καλύτερα τη στάση του ασθενή.

Το 1993 ιδρύθηκε ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ) από την Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Αθηνών και το Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής. Αποτελεί μη κερδοσκοπικό σωματείο , με μέλη οικογένειες που έχουν στο περιβάλλον τους άτομα με ψυχική νόσο. Οι στόχοι του Σ.Ο.Ψ.Υ περιλαμβάνουν την αλληλεγγύη και αλληλοβοήθεια των μελών του Συλλόγου, την προστασία και υποστήριξη των ψυχικά αρρώστων και των οικογενειών τους, την υπεύθυνη ενημέρωση για την ψυχική ασθένεια και για την σύγχρονη θεραπεία της, την ευαισθητοποίηση του κοινού, κατάργηση των διακρίσεων και δημιουργία θετικής εικόνας για τον ψυχικά ασθενή. Προκειμένου να υλοποιηθούν οι παραπάνω στόχοι, ο Σ.Ο.Ψ.Υ εκδίδει ενημερωτικά φυλλάδια, οργανώνει ενημερωτικές εκδηλώσεις, διαλέξεις, συνέδρια, και συμβάλλει στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου των μελών του και κάθε τρίμηνο εκδίδει το ενημερωτικό περιοδικό «Μηνύματα».

Συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας

Η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας, επιδιώκει την εκπαίδευσή των μελών της οικογένειας σε σοβαρά ελλείμματα δεξιοτήτων επικοινωνίας και τα βοηθά να επιδιώκουν περισσότερο αποτελεσματική επίλυση των προβλημάτων τους και επίτευξη των στόχων τους μέσα από την ενδυνάμωση των δυνατοτήτων τους (McNab S. 2007). Οι θεραπευτές οικογένειας προσπαθούν να εκπαιδεύσουν τις οικογένειες με τέτοιο τρόπο, ώστε να γίνουν πιο αποτελεσματικές στις προσπάθειές τους για την επίλυση των προβλημάτων τους και να βασίζονται λιγότερο στις έντεχνες στρατηγικές του θεραπευτή. Από πρόσφατες αναφορές προκύπτει ότι η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας αποδεικνύεται αποτελεσματική στην αντιμετώπιση ευρέος φάσματος ψυχικών διαταραχών. Τα οφέλη από τη συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας στην αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου σχετίζονται με τη διαρκώς βελτιούμενη αποτελεσματικότητα της οικογένειας στη διαδικασία επίλυσης προβλήματος (Booth και συν, 2000).

Η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας στη δομή της περιλαμβάνει μια σειρά από ενέργειες, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- Αρχικό στάδιο γνωριμίας (έναρξη θεραπευτικής σχέσης) και αξιολόγησης του οικογενειακού συστήματος (συμπεριφορική ανάλυση).

- Φάση εκπαίδευσης της οικογένειας σε δεξιότητες επικοινωνίας.
- Φάση εκπαίδευσης σε δεξιότητες επίλυσης προβλήματος.
- Κλείσιμο της θεραπευτικής διαδικασίας.
- Αναμνηστικές συναντήσεις σε αραιά διαστήματα για παρακολούθηση της πορείας αυτής.

Ο θεραπευτής προσπαθεί να ενισχύσει την οικογένεια για να ξεπεράσει τις πιο σημαντικές της αδυναμίες και ελλείψεις. Η πρόοδος της θεραπείας ελέγχεται και αξιολογείται σε κάθε συνεδρία.

4.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας αποκτούν μια διαρκώς αυξανόμενη σημασία, αφενός γιατί η εμφάνισή τους σημειώνει ραγδαία άνοδο αφετέρου διότι η επικράτησή τους συνδέεται με ένα υψηλό συναισθηματικό, οικονομικό και κοινωνικό φορτίο που μεταφέρεται στους πάσχοντες, τις οικογένειές τους και το σύνολο της κοινωνίας. Σύμφωνα με τον Greimlich (2005) κάθε χρόνο το 20% των ενηλίκων εμφανίζει μια διαταραχή από τις ψυχικές που καταγράφονται στη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών του ΠΟΥ.

Ο κοινωνικός στιγματισμός, ως φαινόμενο, έχει ρίζες που εισδύουν στο βάθος του χρόνου. Ο όρος “**stigma**”, που έχει επικρατήσει στην αγγλόφωνη βιβλιογραφία αλλά και διεθνώς, με μικρές παραλλαγές, προέρχεται από την ελληνική γλώσσα, όπου «στίγμα» σημαίνει ένα σημάδι ανεξίτηλο σε κάποιον που η κοινωνία επιθυμεί να ξεχωρίζει, υποδηλώνοντας αρνητικές και απαξιωτικές ιδιότητες σ’ αυτόν. Η ετυμολογία και το νόημα της λέξης «στίγμα» προδίδει τη σημασιολογική φόρτιση που έχει συσσωρεύσει ανά τους αιώνες: Στην αρχαία Ελλάδα σημάδευαν τους δούλους για να καταστήσουν σαφή την υποδεέστερη θέση τους στην κοινωνική διαστρωμάτωση. Στο Μεσαίωνα στιγματίζαν με πυρακτωμένο σίδηρο τους εγκληματίες, τους «παρεκκλίνοντες» γενικότερα, ως σημάδι διαπόμπευσης, ώστε να γίνει ευδιάκριτη η «μιαρή» συμπεριφορά τους (Zartaloudi, Madianos, 2010).

Ένας από τους ορισμούς που διευκολύνουν την κατανόηση του κοινωνικού στίγματος δόθηκε από την Crocker και τους συνεργάτες της. Οι ερευνητές αυτοί θεωρούν ότι: «Τα

στιγματισμένα άτομα διαθέτουν (ή πιστεύεται ότι διαθέτουν) κάποια ιδιότητα ή κάποιο χαρακτηριστικό που εκφράζει μια κοινωνική ταυτότητα, η οποία όμως απαξιώνεται μέσα σε ένα ορισμένο κοινωνικό πλαίσιο» (Crocker, Major & Steele, 1998, σ. 505). Στόχος των διακρίσεων είναι τα μέλη των στιγματισμένων ομάδων, τα οποία φέρουν και το βάρος του στιγματισμού.

Με το πέρασμα των αιώνων η σημασία του στίγματος κατέληξε να είναι συνώνυμη με δυσμενείς διακρίσεις σε ανθρώπους «διαφορετικούς». Οι ασθένειες της ψυχής, με τα ορατά σημάδια της διαφορετικότητας στη συμπεριφορά του ασθενή, ανήκαν πάντα στις νοσολογικές οντότητες αυτές που έπαιρναν μια ιδιαίτερη και σκοτεινή χροιά στις συλλογικές αναπαραστάσεις. Σήμερα, παρά τον εξορθολογισμό των αντιλήψεων, την πρόοδο της επιστημονικής σκέψης και την υποχώρηση προγενέστερων νοητικών σχημάτων κατανόησης και ερμηνείας του κόσμου, οι ψυχικές διαταραχές συνεχίζουν να αποτελούν για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού ένα «ομιχλώδες πεδίο», διανθισμένο από προκαταλήψεις και μυθολογικές δοξασίες. Στο σύγχρονο κόσμο, ο χώρος των ψυχικών διαταραχών αποτελεί ένα από τα τελευταία προπύργια όπου επιβιώνει με τόση ένταση -σε πείσμα των καιρών- ο ανορθολογικός φόβος και η συλλογική παράκρουση απέναντι στο «διαφορετικό», που βιώνεται ως απειλή. Μια απειλή είτε συμβολική, απέναντι στη συλλογική ταυτότητα, είτε περισσότερο πραγματική, με όρους κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που συνδέονται με την ψυχική νόσο, προδιαγράφουν την αρνητική αντιμετώπιση του ασθενή και εκφράζονται άμεσα ή έμμεσα, ρητά ή άρρητα, επηρεάζοντας τόσο τις αντιλήψεις που διαμορφώνονται απέναντί του, όσο και τις συμπεριφορές και πρακτικές διακρίσεων που υιοθετούνται στο κοινωνικό πεδίο και που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό του. Η δράση ή η επίδραση της προκατάληψης στην κοινωνία είναι εξαιρετικά σημαντική, αφού δημιουργεί στερεότυπα που αφορίζουν ολοκληρωτικά συστήματα. Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι οι κοινωνίες που έχουν θεσμοθετήσει κάποιες μορφές προκατάληψης επιχειρούν παράλληλα να τις εξωραΐσουν, προκειμένου να διαψευστεί ότι στην πραγματικότητα ακολουθούνται τέτοιες πρακτικές (Hogg & Vaughan, 2010)

Ο άνθρωπος που φέρει τη «σφραγίδα» της ψυχικής ασθένειας αντιμετωπίζεται με φόβο και δυσπιστία στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις. Τα άτομα, στα οποία έχει επιδοθεί η ετικέτα του «ψυχικά άρρωστου», σηματοδεύονται από μία βαθειά απαξίωση (Goffman 1963), η οποία συνοδεύεται από αρνητικά στερεότυπα, απόρριψη, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και βεβαίως έντονες κοινωνικές και ατομικές διακρίσεις. Οι διακρίσεις σε βάρος του, η άνιση δηλαδή και μεροληπτική μεταχείριση εξαιτίας της ψυχικής νόσου και, ως εκ τούτου, η στέρηση των δικαιωμάτων που απολαμβάνει ο κάθε πολίτης, απαντώνται σε καίριους τομείς που σχετίζονται με την κοινωνική υπόσταση του ατόμου: στην αγορά εργασίας, την εύρεση κατοικίας, ακόμα και στην αντιμετώπιση που λαμβάνει από τις υπηρεσίες υγείας. Το στίγμα ορθώνεται ως εμπόδιο στην όποια προσπάθεια του ψυχικά πάσχοντα για μια αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση στην κοινωνία, υποβαθμίζοντας σημαντικά την ποιότητα της ζωής του.

Η διαδικασία του στιγματισμού είναι ένα παγκόσμιο και διαχρονικό φαινόμενο, αν και με διαφορετικές μορφές και αποχρώσεις, και παρατηρείται σε όλες τις κοινωνίες και σε όλους τους πολιτισμούς.

Σύμφωνα με τη διεθνή μελέτη των Lasalivia & al το 2012, το στίγμα που συνοδεύει την κατάθλιψη φαίνεται να είναι χειρότερο από την ίδια την ασθένεια. Τα 2/3 των συμμετεχόντων στην έρευνα υποστηρίζουν πως βίωσαν διάκριση σε τουλάχιστον ένα σημαντικό τομέα της ζωής τους κατά τη διάρκεια που έπασχαν από κατάθλιψη: οικογένεια 40%, φιλικό περιβάλλον 33%, σύντροφος 23%, εργασιακός χώρος 21%. Ο φόβος της διάκρισης και του στιγματισμού ωθεί πολλούς ασθενείς να αποφεύγουν να ζητήσουν βοήθεια για την αντιμετώπιση της ασθένειας, υπό τον φόβο αποκάλυψης της διάγνωσης (Σκαπινάκης, 2012). Ωστόσο αντίστιξη στα παραπάνω αποτελούν οι ερμηνείες και οι απόψεις των Corrigan και Watson, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι όλα τα άτομα που έχουν διάγνωση ψυχικής διαταραχής δεν εσωτερικεύουν το στίγμα (Corrigan & Watson, 2002).

Στην εδραίωση του κοινωνικού στίγματος καθοριστικό ρόλο φαίνεται να παίζουν επίσης τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, με κυρίαρχο το ρόλο της τηλεόρασης, ως βασικοί φορείς των μηνυμάτων βάσει των οποίων διαμορφώνεται η κοινή γνώμη. Οι απεικονίσεις της ψυχικής ασθένειας στα ΜΜΕ ρέπουν συστηματικά προς τις πιο αρνητικές πτυχές της,

με ιδιαίτερη έμφαση στην υποτιθέμενη βιαιότητα και επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών. Η στερεότυπη εικόνα του «σχιζοφρενούς» ή του «μανιακού» δολοφόνου που συχνά προβάλλεται, συνήθως παραπλανητική και τρομολαγνική, δεν κάνει τίποτε άλλο από το να αναπαράγει την προκατάληψη και το φόβο, εδραιώνοντας την κοινωνική απόρριψη και την περιθωριοποίηση των ατόμων που νοσούν(Οικονόμου κ.ά, 2007)

Πολλές και ποικίλες είναι οι στρατηγικές που έχουν επινοηθεί προκειμένου να συμβάλουν στην τροποποίηση των στρεβλών πεποιθήσεων για την ψυχική νόσο, στην αλλαγή και βελτίωση των στάσεων απέναντι στα άτομα που πάσχουν και στον περιορισμό του στίγματος. Ο Corrigan(2001) υποστηρίζει ότι οι τρεις κύριες στρατηγικές για την άμβλυνση των αρνητικών στερεοτύπων και τη μείωση του κοινωνικού στίγματος είναι η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή. *Διαμαρτυρία*, κυρίως προς τα ΜΜΕ, τόσο για τις ανακριβείς και αρνητικές αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας και των ατόμων που πάσχουν από αυτή, όσο και για τη γλώσσα που κατά κανόνα χρησιμοποιείται, συχνά ανάληγη και στιγματιστική για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.*Εκπαίδευση* του πληθυσμού, μέσω της παροχής έγκυρης και επιστημονικής πληροφόρησης, ώστε να καταρριφθούν οι μύθοι και τα στερεότυπα για την ψυχική ασθένεια. Τέλος, *επαφή*, που προάγει την επικοινωνία ανάμεσα σε μέλη της κοινότητας και σε ανθρώπους με κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα (ΕΠΨΥ, 2007).

Παρά τις ειδικές στρατηγικές και τις εν γένει προσπάθειες που μέχρι τώρα έχουν καταβληθεί, το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια είναι δύσκολο να εκριζωθεί. Είναι εντυπωσιακό ότι, στο σύγχρονο κόσμο της άνθησης των ανθρωπιστικών κινημάτων, το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές παραμένει ισχυρό και επικρατούν ακόμα η άγνοια και οι απαξιωτικές λογικές για τον ψυχικά πάσχοντα. Γι' αυτό το λόγο, η καταπολέμηση του στίγματος αναδεικνύεται σε κομβικής σημασίας παράμετρο για τη σύγχρονη, ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και παγκόσμιο ζητούμενο.

Σε αυτή την κατεύθυνση η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (Π.Ψ.Ε.) ξεκίνησε το 1996 ένα μεγάλο, διεθνές πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει την πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, με το κεντρικό μήνυμα “Open the doors”, ένα μήνυμα που αντιστρατεύεται τη λογική που θέλει τους ασθενείς «εκτός των τειχών»

και σηματοδοτεί ένα άνοιγμα προς την κοινωνία, αλλά και από την κοινωνία προς τους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Σήμερα, με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες συνολικά, το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. υλοποιεί ένα ευρύτερο πρόγραμμα, το **«Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών - αντι-στίγμα»**. Το επιστημονικό αυτό πρόγραμμα δραστηριοποιείται στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας. Πλέον, μετά από μια 10χρονη πορεία, το Πρόγραμμα «αντι-στίγμα» διαθέτει βαθιά εμπειρία τόσο από τη συστηματική και συνεχιζόμενη έρευνα στον ελληνικό πληθυσμό, όσο και από τις ποικίλες αντι-στιγματιστικές παρεμβάσεις που έχει υλοποιήσει.

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι οι κοινωνικές στάσεις είναι δύσκολο να αλλάξουν, όπως εξίσου δύσκολο είναι να καταρριφθούν οι μύθοι και οι προκαταλήψεις που περιβάλλουν την ψυχική διαταραχή. Η επιβίωση, άλλωστε, αυτών των νοητικών κατασκευών στο χρόνο, σε πείσμα της πολιτισμικής εξέλιξης, μαρτυρεί την ανθεκτικότητά τους. (Οικονόμου κ.ά. 2007). Η σωστή ενημέρωση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αλλαγή τους, αλλά δεν αρκεί. Η ρήξη των προκαταλήψεων και των σχετικών στερεοτύπων, που συμβάλλουν στη διαμόρφωση των αρνητικών στάσεων απέναντι σε ομάδες «διαφορετικές», είναι μια διαδικασία που απαιτεί συντονισμένες ενέργειες, μακρόχρονη προσπάθεια, διάχυση της πληροφόρησης, συνεργασία και εμπλοκή πολλών διαφορετικών ανθρώπων και φορέων, από διάφορους τομείς της κοινωνίας, του πολιτισμού και της τέχνης.

Σημαντικό βήμα για την καταπολέμηση του στίγματος αποτελεί η ευαισθητοποίηση του κοινού για τα ζητήματα της ψυχικής υγείας και η συνεπακόλουθη ένταξη των ασθενών στον κοινωνικό ιστό.

Στόχος είναι η παροχή πληροφόρησης που θα συμβάλλει στον προβληματισμό για τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις και δράσεις:

- στη συγκρότηση προγραμμάτων παρέμβασης, που θα στοχεύουν στην αλλαγή κοινωνικών στερεοτύπων και προκαταλήψεων για τους ανθρώπους με ψυχική διαταραχή,

- στην ενημέρωση των ειδικών ψυχικής υγείας για τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι ίδιοι αλλά και γενικότερα το σύστημα ψυχικής υγείας,
- στις απαραίτητες μεταβολές που χρειάζονται τόσο στο θεωρητικό-φιλοσοφικό προσανατολισμό όσο και στις θεραπευτικές πρακτικές του συστήματος ψυχικής υγείας,
- στη θέσπιση νόμων και ανεξάρτητων ελεγκτικών μηχανισμών που να εγγυώνται την προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικό πόνο,
- στην ανάπτυξη εναλλακτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας,
- στο σχεδιασμό προγραμμάτων επανένταξης (Γεωργάκα 2009).

Η ιστορική καταγραφή έχει να παρουσιάσει πληθώρα γεγονότων που επιβεβαιώνουν ότι όταν οι κοινωνίες λειτουργούν με κριτήρια αποκλεισμού προς εξυπηρέτηση σκοπιμοτήτων, τα ανθρωπιστικά ιδεώδη εξαντλούνται στα όρια που εξασφαλίζουν την αδιατάραχτη καθεστηκυία τάξη. Οι σχετικά πρόσφατες και αρκετά αναθεωρημένες επιστημονικές αντιλήψεις, που προέρχονται από το χώρο των βιολογικών και ανθρωπιστικών επιστημών, θα μπορέσουν να συμβάλλουν σημαντικά στην κατανόηση της διαφορετικότητας και τη χρησιμοποίησή της ως κεντρικό στοιχείο της κοινωνικής συνοχής και έκφρασης της δημοκρατίας, εάν ενσωματωθούν στην παιδεία και διαδοθούν στο κοινωνικό σύνολο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πίσω από ένα γελαστό προσωπίο ο άνθρωπος συχνά αποκρύπτει τη μελαγχολία του, εφόσον η σύγχρονη κοινωνία απορρίπτει τον απαισιόδοξο, τον ηττημένο και προβάλλει ως πρότυπο τον νικητή. Μετά την απομάγευση του κόσμου, που αποκάλυψε πανηγυρικά όλους τους μύθους και όλες τις αυταπάτες, το άτομο στέκεται πάλι μόνο, ατενίζοντας το κενό. Τώρα πια την κοινωνία δεν την απειλούν οι επαναστάτες αλλά οι καταθλιπτικοί.

Η κατάθλιψη από το 1970 και έπειτα αποτελεί το υπ' αριθμόν ένα ψυχικό νόσημα στις δυτικές κοινωνίες. Η κατάθλιψη είναι μία ασθένεια του σώματος και του ψυχισμού, βαριά αλλά ιάσιμη ασθένεια. Για την πλήρη θεραπεία της κατάθλιψης είναι πολύ σημαντική η σταθερή και εξειδικευμένη ψυχοθεραπευτική και φαρμακευτική αντιμετώπιση. Για την αντιμετώπισή τους έχουμε στη διάθεσή μας διάφορες δοκιμασμένες μορφές ψυχοθεραπείας, σύγχρονα φάρμακα για τη βελτίωση της διάθεσης (αντικαταθλιπτικά), μεθόδους αντιμετώπισης του άγχους, τεχνικές χαλάρωσης, καθώς και εναλλακτικές ιατρικές προσεγγίσεις (όπως είναι για παράδειγμα η φυτοθεραπεία). Τα σύγχρονα αντικαταθλιπτικά δεν προκαλούν σχεδόν καμία παρενέργεια, ενώ συχνά οποιαδήποτε παρενέργεια εμφανίζεται μόνο στην αρχή της θεραπείας. Οι ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας είναι επείγοντα περιστατικά που χρήζουν άμεσης ιατρικής θεραπείας.

Η προσέγγιση του νοσηλευτή με ενσυναίσθηση και θαλπωρή ηρεμεί και αποφορτίζει τον ασθενή και δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης για να εκπορεύσει με τα εκφραστικά μέσα που διαθέτει το περιεχόμενο των ενοχών που το ταλαιπωρούν, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παιδί ή έφηβο ασθενή. Ο σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων περιλαμβάνει την αναγνώριση των δυσκολιών που βιώνει ο ασθενής και την εκπαίδευσή του, ώστε να μην οικειοποιείται το βάρος καταστάσεων για τις οποίες δεν έχει ευθύνη. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας έχει υπεύθυνο ρόλο. Πρέπει να διαθέτει γνώσεις, ενδιαφέρον, υπομονή, διαχειριστική ικανότητα, ευρύτητα πνεύματος και αντικειμενικότητα, αναζητώντας τη συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση.

Αν και έχουν γίνει μεγάλα βήματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, πολλά απομένουν να γίνουν όσον αφορά τη θεραπεία της κατάθλιψης. Παρά τις ειδικές στρατηγικές και τις εν γένει προσπάθειες που μέχρι τώρα έχουν καταβληθεί, το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια είναι δύσκολο να εκριζωθεί.

Στην Ελληνική κοινωνία, πολλά περιστατικά μένουν αδιάγνωστα ή αντιμετωπίζονται ατελώς με αποτέλεσμα η διαταραχή αυτή να είναι μία σημαντική αιτία κοινωνικών, οικονομικών, διαπροσωπικών προβλημάτων και δυστυχίας. Χρειάζεται πληρέστερη ενημέρωση του πληθυσμού και των ιατρών που εμπλέκονται στην πρωτογενή περίθαλψη ώστε να υπάρχει καλύτερη πρόληψη της διαταραχής και των συνεπειών της. Για να γίνει πράξη ο όρος ποιότητας ζωής, πρέπει να παρέχεται δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή.

Το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, οι σχέσεις εμπιστοσύνης και ειλικρινούς επικοινωνίας στην οικογένεια, εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της ασθένειας, η δημιουργία κατάλληλων κρατικών υποδομών, η άρση του κοινωνικού αποκλεισμού μέσω προγραμμάτων ενημέρωσης, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ενίσχυσης και θωράκισης του καταθλιπτικού ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Psychiatric Association (APA 2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington*
2. American Psychiatric Association (September 2007). *Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. 2nd ed..*
3. Andrews G et al. *British Journal of Psychiatry* 181 : 460-462, 2002
4. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press, 1976*
5. Brown E. *Η Νοσηλευτική στη ψυχική Υγεία. Επιμέλεια: Κυρίτση Ελένη, Εκδ, Λαγός, Αθήνα, 2009.*
6. Corrigan, P.W., Lundin, R.K. (2001). *Don't Call Me Nuts: Coping With the Stigma of Mental Illness. Illinois: Abana Press.*
7. Corrigan, P. W., Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1:1
8. Cuijpers P, van SA, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety* 2008
9. Currier MB & al, Murray GB, Welch CC. Electroconvulsive therapy for post-stroke depressed geriatric patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1992; 4:140-4.
10. Hermens M, Hout H, Terluin B, Windt D, Beekman A, Van Dyck R and al. The prognosis of minor depression in the general population: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 2004; 26(6):453-462.
11. Huang CQ, Zhang XM, Dong BR, Lu ZC. Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature *Age and ageing* 2010
12. Gasperi, L. (2005). *L' Integrazione sociosanitaria in psichiatria. Στο Giorgio Bissolo e Luca Fazzi, (ed) Costruire l' integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi. Roma: Carozzi Faber*
13. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity. London: Penguin books.*

14. Koçer O, Wachter M, Zellweger MJ, Piazzalonga S, Hoffmann A. Prevalence and predictors of depressive symptoms and wellbeing during and up to nine years after outpatient cardiac rehabilitation. *Swiss Med Wkly* 2011, 141: w13242.
15. Μinoις, Georges, Η ιστορία της κατάθλιψης, μτφ: Σεργλέτη Β, Νάρκισσος, 2010, Αθήνα
16. Pentecost D, McNab S. 2007 .*Keeping company with hope and despair: Family therapists' reflections and experience of working with childhood depression. J Fam Ther, 29:403–419*
17. Rutter (M), “Sociocultural influences” in Child Psychiatry ed. M. Rutter and L. Hersor, Black well Scientific Publications, London 1979. (85,86,102)
18. Zartaloudi, A., Madianos, M. (2010). Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional, *Health Science Journal*. 4(2):77-83.
19. Sartorius, N., Schulze, H. (2005).*Reducing the stigma of mental illness*, New York: Cambridge University Press.
20. Αλεβίζος Β. Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2008.
21. Γεωργάκα, Ε. (2009). Τα δικαιώματα ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα: Από τις διεθνείς διακηρύξεις στις επαγγελματικές πρακτικές. Επιστημονική επετηρίδα του τμήματος ψυχολογίας του Α.Π.Θ, τόμος Η΄ σελ 89-128.
22. Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
23. Λυκούρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2009.
24. Μεγαλοοικονόμου 2007, Πολιτικές ψυχικής Υγείας, Επιστημονική Περιοδική Έκδοση για θέματα υγείας και κοινωνικού αποκλεισμού, volume 2, σς.57-68
25. Οικονόμου, Μ., Χαρίτση Μ., Δημητριάδου Ε. (2006). ΜΜΕ και ψυχική ασθένεια: Απεικονίσεις της σχιζοφρένειας στον ελληνικό Τύπο. *Ψυχολογία*, 13, 59-85.
26. Οικονόμου, Μ., Λουκή, Ε., Χαρίτση, Μ., Γραμανδάνη, Χ. (2007). Τα ΜΜΕ ως διαμορφωτές της κοινωνικής εικόνας της ψυχικής ασθένειας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 98, 9-16.

27. Ραγιά Α. 2001 Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα
28. Σκαπινάκης Π., Το στίγμα που συνοδεύει την κατάθλιψη , διαθέσιμο στο <https://stressgr.wordpress.com/2012/10/28/166878015/retrievedin:2/9/2015>.
29. Στυλιανοπούλου Χ, Κουλιεράκης Κ, Καραγιάννη Κ, Μπαμπάτσικου Φ, Κουτής Χ. Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) Βήμα Ασκληπιού 2010; 9(4):490-504
30. Χριστοδούλου ΓΝ. Ψυχιατρική. Εκδ. Βήττα, Αθήνα, 2005.
31. Χριστοδούλου ΓΝ. Κατάθλιψη. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2005.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΣΥΝΤΟΜΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΔΡΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

- Μεσαίωνας-Αναγέννηση: Κυριαρχούσε η αντίληψη ότι οι άνθρωποι με ψυχική νόσο είχαν επηρεαστεί από τη σελήνη (σεληνιασμένοι). Ο αγγλικός όρος «lunatic» που σημαίνει τρελός προέρχεται από τη λατινική λέξη «luna». Οι ψυχικά διαταραγμένοι θεωρούνταν δαίμονες, μάγισσες ή αιρετικοί. Υπήρχε φόβος απέναντί τους, κλείνονταν σε ιδρύματα όπου αντιμετωπίζονταν ως εγκληματίες. Δένονταν και απομονώνονταν, υφίσταντο ξυλοδαρμούς, στερούνταν επαρκούς σίτισης και ενυδάτωσης.
- Υπήρχαν όμως και ανθρωπιστικές προσεγγίσεις. Στην πόλη Geel της Φλαμανδίας λειτουργούσε ο θεσμός της ανάδοχης οικογένειας και είχε σχέση με την τοπική λατρεία της Αγίας Δάφνης που ήταν η προστάτις των «τρελών».
- 1790-1800: Ο γάλλος γιατρός Phillippe Pinel ξεκίνησε την «ηθική θεραπεία» των ψυχικά πασχόντων. Τους απελευθέρωσε από τις αλυσίδες και εφάρμοσε μια προσέγγιση ψυχολογικής θεραπείας. Επέβαλε την κάλυψη των βασικών αναγκών για τροφή και ένδυση των ατόμων με ψυχικά νοσήματα και μελέτησε αυτούς τους ασθενείς και την συμπεριφορά τους, προσπαθώντας να κατανοήσει τον παθολογικό τρόπο σκέψης τους.
- Αρχές 19ου αιώνα: Ο William Tukes εφάρμοσε τις ίδιες ιδέες στην Αγγλία. Καθιέρωσε την έννοια του ασύλου, το οποίο θα αποτελούσε ένα ασφαλές καταφύγιο για τους ανθρώπους που είχαν υποστεί μαστιγώματα, ξυλοδαρμούς και λιμοκτονία λόγω της ψυχικής τους ασθένειας.
- Η Linda Recharts, η πρώτη ψυχιατρική νοσηλεύτρια, διηύθυνε την πρώτη σχολή Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής στον κόσμο, στο Ψυχιατρικό Άσυλο Mac Lean της Μασσαχουσέτης (1882).
- 1930: Αρχισαν να γίνονται δημοφιλείς οι σωματικές θεραπείες (Θεραπεία με βαθύ ύπνο (κόμα) -Σοκ ινσουλίνης –ηλεκτροσπασμοθεραπεία)
- 1940: Θεσπίστηκαν επίσης μεταπτυχιακά προγράμματα εξειδίκευσης στην ψυχιατρική νοσηλευτική
- 1950-1960: Ανακάλυψη σημαντικών ψυχότροπων φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων του λιθίου, της χλωροπρομαζίνης, των αναστολέων της μονοαμινοαξιδάσης, της αλοπεριδόλης, των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και των βενζοδιαζεπινών. Για πρώτη φορά υπήρχε αποτελεσματική θεραπεία για την ψύχωση και αρκετοί ασθενείς μπόρεσαν να εξέλθουν από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

- 1960-1970: Το κίνημα της αποασυλοποίησης των ασθενών και η δημιουργία των πρώτων δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Η Hildergarde Perlau ανέπτυξε το πλαίσιο της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, δίνοντας έμφαση στη σχέση νοσηλευτή-θεραπευόμενου.
- Στην Ελλάδα :
- Τα Ασκληπιεία ήταν θεραπευτήρια στις πιο όμορφες και υγιεινές τοποθεσίες του ελλαδικού κόσμου. Τη λειτουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού. Στην αρχαία Ελλάδα υπερέβαιναν τα 400! Χαρακτηριστικές θεραπευτικές προσεγγίσεις αποτελούσαν η υγιεινή διατροφή, η λουτροθεραπεία και η ερμηνεία των ονείρων.
- Στο Βυζάντιο και στην τουρκοκρατούμενη Ελλάδα, τη φροντίδα των ψυχικά πασχόντων είχαν αναλάβει η Εκκλησία και τα Μοναστήρια.
- Τριάντα περίπου χρόνια μετά την ίδρυση του Ελληνικού κράτους και μετά από την πίεση της κοινής γνώμης των δυτικοευρωπαϊκών χωρών για τη φροντίδα των ψυχικά πασχόντων στην Ελλάδα, δημοσιεύτηκε ο – επηρεασμένος από τη γαλλική νομοθεσία– Νόμος ΨΜΒ του 1862 «Περί συστάσεως φρενοκομείων».
- Το 1864 με την ένωση των Ιονίων νήσων, η Ελλάδα είχε αποκτήσει το φρενοκομείο της Κέρκυρας, το οποίο, όμως, δεν μπορούσε να επαρκέσει για τις ανάγκες του Ελληνικού Κράτους.
- Το 1887 ιδρύθηκε το Δρομοκαΐτειο, το οποίο, όμως, δεν είχε δημόσιο χαρακτήρα.
- Το 1904 ιδρύθηκε το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, το οποίο διέθετε μικρή δύναμη σε κλίνες και στόχος του ήταν κυρίως η εκπαίδευση των γιατρών στην ψυχιατρική.
- Το πρώτο άσυλο στην Ελλάδα, το «άσυλο της Αγ. Ελεούσας», δημιουργήθηκε υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εσωτερικών το 1914 και διοικούνταν από την αστυνομία. Το 1924 μετατρέπεται σε υγειονομικό ίδρυμα υπό την εποπτεία της Διεύθυνσης Υγιεινής του Υπουργείου Πρόνοιας. Αμέσως μετά διορίζονται γιατροί και εγκαινιάζεται η ιατρική εξέταση και παρακολούθηση των τροφίμων. Οι γιατροί και το υπόλοιπο προσωπικό κατοικούσαν μέσα στο ψυχιατρείο. Στη συνέχεια μεταφέρθηκε στο Δαφνί.
- Η πρώτη διπλωματούχος νοσηλεύτρια διορίστηκε στο Δαφνί το 1934 και ήταν η Ελένη Κωτσάκη-Μπακοπούλου, η οποία ήταν μαία (φρόντιζε για τον τοκετό ασθενών

και προσωπικού στο απομακρυσμένο νοσοκομείο) και ανέλαβε καθήκοντα διευθύνουσας. Το 1946, με το σχέδιο Μάρσαλ, έφυγε στην Αγγλία για μετεκπαίδευση στην ψυχιατρική νοσηλευτική κι έτσι μπορούμε να πούμε ότι είναι η πρώτη νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας σε ολόκληρη την Ελλάδα.

- Η πρώτη διπλωματούχος στο Δρομοκαϊτσιο διορίστηκε το έτος 1955. Στην Κρήτη η πρώτη διπλωματούχος νοσηλεύτρια στάλθηκε το 1959. Στην Κέρκυρα και στη Λέρο, επίσης, η μόνη διπλωματούχος στα τέλη της δεκαετίας του '50 ήταν η Διευθύνουσα.
- Η καθιέρωση της 8ωρης εργασίας-1955 (μέχρι τότε υπήρχαν δύο δωδεκάωρες βάρδιες), η οποία, όμως, εφαρμόζόταν διακεκομμένα, με αποτέλεσμα το προσωπικό να περνάει όλη τη μέρα του στο νοσοκομείο.
- Το 1984 λειτούργησε το πρώτο πρόγραμμα ειδικότητας στο ΨΝΑ Δρομοκαϊτσιο. Η διάρκεια των προγραμμάτων ειδικότητας σήμερα είναι δωδεκάμηνη και περιέχει πάνω από 1600 ώρες θεωρητικής κατάρτισης και κλινικής πρακτικής. Το 1988 νομοθετήθηκε η ειδίκευση του νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Πως μπορούν η οικογένεια και οι φίλοι να βοηθήσουν τον δικό τους άνθρωπο που πάσχει από κατάθλιψη;

Το πιο σημαντικό που μπορείς να κάνεις για τον δικό σου άνθρωπο που πάσχει από κατάθλιψη είναι να τον βοηθήσεις να έχει μία σωστή εξέταση και διάγνωση από κάποιον ειδικό και να ακολουθήσει την κατάλληλη θεραπεία. Αυτό μπορεί να συμπεριλαμβάνει το να τον ενθαρρύνεις να παραμείνει στη θεραπεία μέχρι τα συμπτώματα να αρχίσουν να υποχωρούν (μέσα σε μερικές εβδομάδες), ή να αναζητήσει εναλλακτική θεραπεία αν δεν σημειώνεται βελτίωση. Σε ορισμένες

περιπτώσεις ίσως χρειαστεί να συνοδεύσεις τον άνθρωπό σου στον ειδικό. Σε περιπτώσεις που γίνεται συνδυασμός ψυχοθεραπείας και χορήγησης φαρμάκων, ίσως χρειαστεί να παρακολουθείς αν λαμβάνει σωστά την φαρμακευτική του αγωγή, και ίσως να τον ενθαρρύνεις να ακολουθήσει τις οδηγίες του θεραπευτή που αφορούν τη χρήση αλκοόλ, όσο διάστημα λαμβάνει τα φάρμακα.

Επίσης ιδιαίτερα σημαντικό είναι να προσφέρεις συναισθηματική στήριξη. Αυτό σημαίνει να δείχνεις κατανόηση, υπομονή, να προσφέρεις στοργή και κουράγιο. Να συζητάς μαζί του και να τον ακούς προσεχτικά. Μην υποτιμάς τα αισθήματα που εκδηλώνει, αλλά τόνιζε τα πραγματικά γεγονότα και πρόσφερε του ελπίδα. Βοήθησέ το όταν διαπιστώνεις ότι κάνει αρνητικές σκέψεις να τις αναγνωρίζει ως τέτοιες και στη συνέχεια να προσπαθεί να τις αντικρούσει προτείνοντας στον εαυτό του εναλλακτικές ακόμα και αν δεν πείθεται από αυτές.

Μην αγνοείς ενδείξεις που φανερώνουν σκέψεις για αυτοκτονία, και αν υπάρχουν μην αμελήσεις να τις αναφέρεις οπωσδήποτε στον θεραπευτή που τον παρακολουθεί.

Προσκάλεσέ τον σε περιπάτους, εξόδους, στον κινηματογράφο και σε άλλες δραστηριότητες. Να επιμένεις με ευγενικό και διακριτικό τρόπο όταν αρνείται τις προτάσεις σου.

Πρότρεψε τον να συμμετέχει σε δραστηριότητες που ξέρεις ότι στο παρελθόν του προσέφεραν ευχαρίστηση, όπως χόμπι, σπορ, θρησκευτικές ή πολιτιστικές δραστηριότητες αλλά μην τον πιέζεις να επιχειρήσει πολλά σε μικρό χρονικό διάστημα.

Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη χρειάζεται ψυχαγωγία και συντροφιά, αλλά όταν υπάρχουν πολλές απαιτήσεις μπορεί να αυξηθούν τα αισθήματα αποτυχίας που νιώθει. Μην τον κατηγορείς ότι προσποιείται τον άρρωστο ή ότι τεμπελιάζει, και μην περιμένεις να συνέλθει από την μία στιγμή στην άλλη.

Με τη θεραπεία οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη, τα πάνε καλύτερα. Μην το ξεχνάς αυτό, και καθησύχαζε το ότι με την πάροδο του χρόνου, και τη βοήθεια που δέχεται θα νιώσει καλύτερα.

Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά υπάρχουν δυο αξιόλογα και πολυδιαβασμένα βιβλία αυτοβοήθειας για την κατάθλιψη. Πρόκειται για το βιβλίο του D. Burns με τίτλο "Αισθανθείτε καλά!" και το βιβλίο του P. Gilbert με τίτλο "Ξεπερνώντας την κατάθλιψη: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές-συμπεριφοριστικές τεχνικές". Στα αγγλικά υπάρχουν πολλά βιβλία. Από τα πιο γνωστά είναι το βιβλίο "Mind over mood" των D. Greenberger και C. Padesky.

Απόσπασμα από το βιβλίο:

Ευθυμίου, Κ., Μαυροϊδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.