

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΠΑΤΡΑ 2018

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ..

« Ψυχής νοσοῦσης ἐστὶ φάρμακον λόγος ».

Μένανδρος, 4^{ος} αἰώνας π. Χ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρακάτω εργασία με θέμα «Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις» εκπονήθηκε στα πλαίσια της προπτυχιακής μου εκπαίδευσης και συγκεκριμένα αποτελεί την πτυχιακή μου εργασία στο τμήμα Νοσηλευτικής της σχολής Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας. Η εν λόγω εργασία έχει ως στόχο την διερεύνηση της έννοιας της κατάθλιψης σε άτομα της Τρίτης Ηλικίας καθώς επίσης και την αναζήτηση των αιτιών αυτών που οδηγούν σε αυτή τη διαταραχή. Επίσης μελετάται η συμβολή του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και περιγράφονται αναλυτικά οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη σωστή διεκπεραίωση του ρόλου του.

Συγκεκριμένα η εργασία αποτελείται από τα εξής κεφάλαια :

Η εισαγωγή αναφέρεται στην ψυχική υγεία γενικά. Το 1^ο κεφάλαιο μελετά την έννοια της κατάθλιψης σε γενικότερο επίπεδο αναφερόμενο σε όλες τις ηλικίες. Παρουσιάζονται επιδημιολογικά και αιτιοπαθογενή στοιχεία, τα είδη της κατάθλιψης, τα συμπτώματα, η διάγνωση και η θεραπεία της. Το 2^ο κεφάλαιο αναφέρεται στην Τρίτη Ηλικία όπου αναλύεται ο ορισμός, η διαδικασία, τα αίτια της γήρανσης καθώς και τα χαρακτηριστικά αυτής με την παρουσία κάποιων δημογραφικών στοιχείων. Στο 3^ο κεφάλαιο αναλύεται η κατάθλιψη στη συγκεκριμένη αυτή κατηγορία ανθρώπων δηλαδή την τρίτη ηλικία. Ακολουθεί το 4^ο κεφάλαιο όπου αναλύεται ο ρόλος του νοσηλευτή, η νοσηλευτική αξιολόγηση, η σημασία των νοσηλευτικών παρατηρήσεων και παρεμβάσεων. Τέλος το 5^ο κεφάλαιο ασχολείται με τη νοσηλευτική διεργασία και τα κλινικά τέστ τα οποία εφαρμόζουν οι νοσηλευτές για να βοηθήσουν στη διάγνωση της διαταραχής αυτής. Η εργασία κλείνει με τα συμπεράσματα της ανασκόπησης αυτής.

Λέξεις - κλειδιά: κατάθλιψη, τρίτη ηλικία, συννοσηρότητα, νοσηλευτική φροντίδα.

ABSTRACT

The following paper on "Depression in elderly population and Nursing Interventions" was elaborated in the frame of my undergraduate education and specifically constitutes my senior dissertation for the Nursing Department of the School of Health and Welfare Sciences of the Technological Educational Institute of Western Greece. The purpose of this paper is to analyze the definition of depression in elderly people as well as to investigate the actual causes that lead to this specific disorder. The paper reports how nursing staff contributes to the treatment of symptoms and describes in detail the nursing interventions for a proper treatment. Particularly, the paper consists of the following chapters:

The introduction refers to mental health in general. The first chapter studies the definition of depression at a general level referring to all ages. There are epidemiological and etiological findings, types of depression, symptoms, diagnosis and treatment. The second chapter refers to elderly people where the definition, the process of aging, the causes and its characteristics are analyzed in the presence of some demographic data. Chapter 3 describes depression in detail in this particular target group, that is, the elderly. The fourth chapter analyzes the crucial role of a nurse, more specifically the nursing evaluation and the importance of his/her observations. Finally, chapter five deals with the nursing process and the clinical tests that nurses use in order to help doctors to diagnose this type of disorder. The paper ends with the conclusions of this review.

Key words: depression, elderly people, comorbidity, nursing care.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	8
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ – ΟΡΙΣΜΟΣ	8
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	9
1.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	12
1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	14
1.5 ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	15
1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	16
1.6.1 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	17
1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	20
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ - ΓΗΡΑΝΣΗ	20
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	20
2.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.....	20
2.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.....	21
2.4 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	23
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	23
3.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	23
3.2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	25
3.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	26
3.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	28

3.5 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ.....	30
3.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	31
3.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	35
3.7.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	36
3.7.2 ΕΠΙΠΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	40
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	40
4.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	40
4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	42
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ	42
5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	42
5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	42
5.2.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ Ή ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ.....	45
5.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	46
5.4 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	47
5.4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΠΙΟ ΣΟΒΑΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	51
5.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.....	51
5.6 Α΄ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	52
5.7 Β΄ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	60
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	67
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ	68
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ.....	71
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	73
ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	74

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ψυχική υγεία είναι: «Η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα» (Οικονόμου και συν 2001,WHO 2006). Συγκεκριμένα ο ίδιος οργανισμός, ορίζει την ψυχική υγεία ως: «Μία κατάσταση ευημερίας κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να ανταπεξέλθει στις φυσιολογικές πιέσεις που δημιουργεί η ζωή, να εργαστεί παραγωγικά και αποδοτικά και να είναι σε θέση να συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο όπου ανήκει» (WHO, 2006). Τα υψηλά επίπεδα ψυχικής υγείας επιτρέπουν τη βίωση της ζωής ως ευχάριστης ή ακόμη και ικανοποιητικής (Helvik et.al, 2011).

Η Jahoda (1958) έχει ιδιαίτερα ασχοληθεί με τον ορισμό της ψυχικής υγείας και η θέση της έγινε δεκτή από την Έκθεση της Joint Commission on Mental Illness and Health. Ορίζει, λοιπόν, τη θετική ψυχική υγεία ως μια κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει εφτά χαρακτηριστικά:

- Ø την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητάς του,
- Ø τη δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο,
- Ø τη δυνατότητα αντίστασης στο stress (μια σύνθεση της πρώτης και δεύτερης ιδιότητας),
- Ø τη δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές,
- Ø την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον,
- Ø την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και
- Ø τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματά του (Jahoda 1958).

Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι αφαιρετική, ευρεία και πολυδιάστατη γεγονός που την καθιστά δύσκολη να προσδιοριστεί εννοιολογικά. Δεν αναφέρεται μόνο στην απουσία ψυχικής διαταραχής αλλά βασικά στατιστικά της αναφέρονται, όπως ονομαστικά αναφέρθηκαν παραπάνω, στη θετική αυτο-εικόνα, την ικανότητα του αυτό-προσδιορισμού, το αίσθημα της αυτο-αποτελεσματικότητας και του αυτο-ελέγχου. Επίσης την αισιοδοξία του ατόμου, την ικανότητα της θετικής ανταπόκρισης σε προκλίσεις της ζωής, την ικανότητα να ζητάει κανείς βοήθεια ή υποστήριξη καθώς και τη δυνατότητα να την παρέχει σε τρίτους. Σύμφωνα με τον Βρετανικό Κυβερνητικό ορισμό (British Health Education Authority) ψυχική υγεία είναι η συναισθηματική και η διανοητική εκείνη κατάσταση που επιτρέπει στα άτομα να χαίρονται τη ζωή και να αντεπεξέρχονται στις απογοητεύσεις αλλά και στις δύσκολες συνθήκες. Είναι το θετικό συναίσθημα της ψυχολογικής ευεξίας και της πίστης μας στη δική μας αξία αλλά και των άλλων (Ζήση & Στυλιανίδη 2004).

Η εργασία αυτή ασχολείται με την ανάλυση της διαταραχής της ψυχικής υγείας των ατόμων. Συγκεκριμένα, με τη διαταραχή που ορίζεται, ως η δυσάρεστη συναισθηματική

διάθεση του ατόμου η οποία συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής θλίψης κατά την οποία συντελείται επιβράδυνση των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Αποτελεί ένα σύνολο συμπτωμάτων που δεν συναντώνται σε άλλη νόσο. Οι ειδικοί κατά τον HiCow (2011) το σύνολο αυτών των συμπτωμάτων που παρουσιάζει ο ασθενής το χαρακτηρίζουν ως κατάθλιψη. Η ψυχική αυτή διαταραχή ανήκει στην ομάδα των διαταραχών διάθεσης. Συχνά παρατηρείται σύγχυση μεταξύ της φυσιολογικής θλίψης και της κλινικής κατάθλιψης. Εξαιτίας της εύκολης παραπλάνησης του φαινομένου στην παρούσα μελέτη γίνεται εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση της ψυχικής διαταραχής της κατάθλιψης, των συμπτωμάτων αλλά και των διαφορών τύπων της νόσου που τη διαχωρίζουν από τις υπόλοιπες. Γίνεται μια προσπάθεια να παρουσιαστούν τα προβλήματα που προκαλεί η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία αλλά και οι τρόποι αντιμετώπισης από εξειδικευμένες ομάδες, όπως εκείνη του νοσηλευτικού προσωπικού. Τέλος αναλύονται εκτεταμένα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Σημαντικό κομμάτι αποτελεί και η πρόληψη η οποία βοηθάει στην πρόωρη εντόπιση των συμπτωμάτων και την έγκαιρη αναζήτηση της κατάλληλης βοήθειας.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ενημέρωση του κοινού ανεξαιρέτου ηλικίας για την κατάθλιψη και τις συνέπειές της στο κοινωνικό σύνολο και ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Να γίνει κατανοητό πως πρόκειται για μια ιάσιμη και αντιμετωπίσιμη νόσο καθώς και να αναδειχθεί η ιδιαίτερη σημασία της αντιμετώπισης του προβλήματος από ειδική εξειδικευμένη ομάδα. Η νοσηλευτική φροντίδα διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στη σωστή αντιμετώπιση και εξέλιξη της νόσου και απαιτείται συνεχής ενημέρωση, γνώση και εκπαίδευση αντίστοιχη με τα σύγχρονα δεδομένα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Μία από τις σημαντικότερες διαταραχές ψυχικής υγείας είναι η κατάθλιψη, η οποία αποτελεί σημαντικό παγκόσμιο ζήτημα δημόσιας υγείας καθώς είναι μία διαταραχή με συχνή εμφάνιση, συχνές υποτροπές και δυνητικά αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Επηρεάζει περίπου 121 εκατομμύρια άτομα, παγκοσμίως, ενώ μέχρι το 2020, προβλέπεται ότι θα γίνει η δεύτερη συχνότερη αιτία νοσηρότητας, σε παγκόσμιο επίπεδο, για όλες τις ηλικίες και για τα δύο φύλα, μετά από την ισχαιμική καρδιακή νόσο (Μπαμπάτσικου 2007, Γαρύφαλλος 2008, WHO 2009). Ο όρος κατάθλιψη στην ψυχιατρική ορολογία υποδηλώνει μια συγκεκριμένη διαταραχή, η οποία προκαλείται από το ίδιο το άτομο με έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο. Συνήθως, η επιστημονική κοινότητα ονομάζει αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων που εμφανίζονται ταυτόχρονα πολύ πιο συχνά απ' ό,τι θα περίμενε κανείς μόνο από τύχη, ως σύνδρομο (Κουλουβάρη & Ευθυνίου 2009). Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της κατάθλιψης, το οποίο κυριαρχεί στην κλινική του εικόνα είναι και η άσχημη διάθεση από την οποία το σύνδρομο έλαβε το όνομά του. Δεν είναι όμως το μοναδικό, ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Αναλυτικότερα η κατάθλιψη αποτελεί μια συναισθηματική διαταραχή και είναι η πιο συνηθισμένη ψυχική διαταραχή σε άτομα τρίτης ηλικίας. Εμποδίζει το άτομο να απολαμβάνει τη ζωή, όπως συνήθιζε παλαιότερα. Τα αποτελέσματά της όμως υπερβαίνουν κατά πολύ τη διάθεση καθώς επηρεάζει επίσης την ενεργητικότητα του ατόμου, τον ύπνο, την όρεξη και τη σωματική του υγεία (Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης, 2016). Σαν αρρώστια, η κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία (Κουλουβάρη & Ευθυνίου 2009).

Ο Ιπποκράτης (1660 π.Χ.) ήταν εκείνος που πρώτος χρησιμοποίησε την ορολογία μελαγχολία και μανία, αν και υποστηρίζεται πως οι όροι έχουν χρησιμοποιηθεί πολύ πιο παλαιότερα από τους Σουμέριους και τους Αιγύπτιους, όπως φαίνεται σε κείμενα του 2600 π.Χ. (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου 2013). Έτσι, η κατάθλιψη δίνει το στίγμα της ύπαρξής της από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξης της ανθρωπότητας και εξακολουθεί να ταλανίζει και τη σημερινή γενιά. Ο Ιπποκράτης χρησιμοποιώντας τους παραπάνω όρους, έκανε λόγο για καταστάσεις που σχετιζόταν με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και λειτουργικές ψυχώσεις αντίστοιχα. Η αντίληψη αυτή υιοθετήθηκε και από τους μεταγενέστερους για αρκετά συναπτά έτη (Χριστοδούλου 2005, HiCow 2011). Επίσης ήταν εκείνος που εντόπισε την έδρα του συναισθήματος, της σκέψης και της ψυχικής νόσου στον εγκέφαλο. Υποστήριζε ότι στη μελαγχολία εμπλέκονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες και ξεχώριζε την αρρώστια που εμφανιζόταν μετά από φοβερά συμβάντα, από την αρρώστια που παρουσιαζόταν χωρίς αιτία. Έπειτα από εβδομήντα χρόνια μετά το θάνατο του Ιπποκράτη, την σκυτάλη πήρε η χολή του Αριστοτέλη η οποία άρχισε να ασκεί έντονη επίδραση στον τρόπο που αναλογιζόμαστε για τη σκέψη. Η άποψή του για την κατάθλιψη συγκρούεται με τα λεγόμενα του Ιπποκράτη. Ο

Αριστοτέλης πήρε από τον Πλάτωνα την ιδέα της θείας παραφροσύνης και την ιατρικοποίησε συσχετίζοντάς την με τη μελαγχολία. Οι προσπάθειες αποσαφήνισης του όρου της κατάθλιψης χρονολογούνται από τον 4ο αιώνα π.Χ., όταν ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τον όρο μελαγχολία (μέλαινα χολή - μαύρη χολή) για να εξηγήσει την κατάθλιψη και τη μελαγχολική προσωπικότητα (HiCow 2011).

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα είδος διαταραχής εφικτό να παρουσιαστεί τόσο στον κλάδο της Ψυχιατρικής όσο και σε εκείνο της Γενικής Ιατρικής. Αποτελεί την τρίτη συχνότερα εμφανιζόμενη συνοδό άλλης νόσου παγκόσμια και αναμένεται να καταστεί το κύριο βάρος των ασθενειών έως το 2030 (Viksveen et al. 2018).

Η κατάθλιψη χρήζει προσοχής διότι επιφέρει τεράστιες αρνητικές προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων, όπως για παράδειγμα, χαμηλή ποιότητα ζωής, κίνδυνος αυτοκτονίας, κατάχρηση ουσιών, δυσκολία αντιμετώπισης άλλων συννοσηρών σωματικών διαταραχών κ.ά. (Λυκούρας, Σολδάτος & Ζέρβας 2009, Brown 2009). Η διαφορά που υφίσταται ανάμεσα στη φυσιολογική θλίψη και στη νόσο κατάθλιψη έγκειται σε πλήθος συμπτωμάτων τα οποία αφορούν, την ένταση, τη σοβαρότητα και τη διάρκειά τους. Ένα ασθενής για να διαγνωσθεί με κατάθλιψη θα πρέπει να παρουσιάζει εμφανή παθολογικά συμπτώματα στις σωματικές και γνωστικές του λειτουργίες αλλά και στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά τις περισσότερες ώρες της ημέρας, σχεδόν σε καθημερινή βάση ή για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Τα βασικά και πιο ουσιαστικά συμπτώματα της νόσου είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η απουσία ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος (Μάνος 1997). Τα συμπτώματα αυτά χαρακτηριστικά αντιπροσωπεύουν μία εμφανή αλλαγή στη συνηθισμένη διάθεση του ατόμου. Μερικές φορές τα συμπτώματα αυτά είναι πιο έντονα το πρωί και υποχωρούν κατά τη διάρκεια της ημέρας. Βεβαίως η κατάθλιψη δεν είναι πάντα μια αντικειμενικά μετρήσιμη κατάσταση και η διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην αναμενόμενη «πεσμένη» διάθεση και το παθολογικό, βαρύ καταθλιπτικό συναίσθημα δεν είναι πάντα σαφής και ευδιάκριτη. Ένας ειδικός όμως είναι σε θέση να καταλήξει στη σωστή διάγνωση μόνο ύστερα από λεπτομερή συζήτηση και πλήρη οργανική διερεύνηση.

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ έπειτα από μελέτη των στοιχείων που συνέλεξε, κατέληξε πως 50% των ασθενειών είναι ψυχικές. Τα αποτελέσματα συλλέχθηκαν με βάση τον δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική ζωή του ατόμου (<http://www.depressionanxiety.gr/2/article/greek/2/70/>). Σύμφωνα με το δείκτη DALYs, η κατάθλιψη κατέχει σήμερα την 4^η θέση παγκοσμίως από πλευράς απώλειας ετών ζωής, αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας. Προβλέπεται ότι το 2020 θα καταλάβει τη 2^η θέση παγκοσμίως και στις ανεπτυγμένες χώρες την πρώτη, ενώ ήδη αποτελεί ένα από τα τρία συχνότερα προβλήματα υγείας στον εργασιακό χώρο (Hermens et al, 2004). Οι ψυχικές ασθένειες προσβάλλουν κάθε χρόνο πάνω από το 27% των ενήλικων Ευρωπαίων και ευθύνονται για τους περισσότερους από τους 58.000 ετήσιους θανάτους λόγω αυτοκτονίας. Επιδημιολογικές μελέτες υπολογίζουν ότι το 6%-8% περίπου του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περίπου 450-500 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο. Υπολογίζεται πως 1 στα 5 άτομα θα αντιμετωπίσει ένα

καταθλιπτικό επεισόδιο κάποια στιγμή στη ζωή του (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

Μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες αναπτύσσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία. Για τη χώρα μας πρακτικά αυτό σημαίνει, ότι ανά πάσα στιγμή πάσχει από κατάθλιψη το 8% του πληθυσμού κατά μέσον όρο. Επίσης, σύμφωνα με τα υπάρχοντα επιδημιολογικά στοιχεία για την Ελλάδα, το 50%-85% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια μελαγχολία, το 10%-15% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια κατάθλιψη και το 0,1%- 0,2% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια ψύχωση. Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σε όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες (Bogner & Gallo, 2004). Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 12% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και μόλις το 5,8% των ανδρών θα νοσήσουν μέσα σ' ένα έτος (Kessler 2003). Κατά την Αλεφαντινού και τους συνεργάτες της (2015) τα ποσοστά φαίνονται ακόμη πιο αυξημένα για την περιοχή της Ελλάδας σε άτομα άνω των 60 ετών. Η έρευνά τους αναφέρει πως ο επιπολασμός ήπιας/μέτριας κατάθλιψης ανέρχεται στο 27% και η μέτρια/σοβαρή κατάθλιψη στο 12%, ενώ η επικράτηση της νόσου στις γυναίκες κυμαίνεται στο 29,9–33% και στους άνδρες στο 19,6–20%. Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της κατάθλιψης και τις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τοκετοί, ανατροφή παιδιών), στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, συμμετέχουν καθοριστικά στη διαμόρφωση αυτών των ποσοστών (Αλεφαντινού και συν. 2015).

Μια διαφορετική μελέτη με μεγαλύτερο δείγμα (428 άτομα) είναι αυτή της Μπαμπάτσικου (2007), η οποία διερεύνησε την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων σε αστική περιοχή της Ελληνικής επικράτειας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε άνδρες και γυναίκες άνω των 60 ετών, σε εννέα Κ.Α.Π.Η.(Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) του νομού Αττικής. Τα αποτελέσματα έδειξαν 33,6% «μέτρια» και 12,25% «σοβαρή» κατάθλιψη, ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν στοιχεία σοβαρής κατάθλιψης σε τριπλάσιο ποσοστό (18,4%) συγκριτικά με τους άνδρες (6,1%). Μια διαφορετική έρευνα, η οποία είχε ως δείγμα της άτομα που προσέρχονταν στα τακτικά ιατρεία ενός κέντρου υγείας, αναφέρει πως το 15,38% των γυναικών παρουσίαζε καταθλιπτική συμπτωματολογία ενώ αντίστοιχως το αντίθετο φύλο μόλις 7,37%. Η σχέση σωματικής νόσου-κατάθλιψης είναι αμφίδρομη. Μελέτες υποστηρίζουν ότι 4 στους 10 πάσχοντες από χρόνια νοσήματα αναπτύσσουν κατάθλιψη εξαιτίας της σωματικής ασθένειάς τους, όταν η συχνότητά της στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου η μισή. Οι Beekman et al (1997) αναφέρουν ότι η συσχέτιση χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων με την κατάθλιψη είναι πιο ισχυρή στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008). Σύμφωνα με τα στοιχεία από την επιδημιολογική μελέτη ΑΤΤΙΚΗ, που πραγματοποιήθηκε από την Α΄ Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου Αθηνών με δείγμα πάνω από 3000 άνδρες και γυναίκες, άνω των 18 ετών φαίνεται ότι το 25% των ανδρών (περίπου 850.000 Έλληνες) και το 33% των γυναικών (περίπου 1,1 εκ. Ελληνίδες) στη χώρα μας πάσχουν από ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη, ενώ το 55% των γυναικών και το 50% των ανδρών έχουν έντονο άγχος (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008).

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και φύλλο, η έναρξή της όμως τοποθετείται συνήθως στη μέση ηλικία. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται σχετικά συχνά στα παιδιά και τους εφήβους. Στον γενικό πληθυσμό, 2% των παιδιών και 4%-8% των εφήβων πάσχουν από κατάθλιψη. Στις ηλικίες 12-17 ετών, περίπου το 4% παρουσιάζει μείζονα κατάθλιψη, ενώ στην ηλικία των 18 ετών

πάσχει περίπου το 9% (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου 2013). Γενικά η μείζων κατάθλιψη έχει υψηλό δείκτη θνησιμότητας, μέχρι και το 15% των ασθενών αυτοκτονούν. Στους ηλικιωμένους όμως η νοσολογική ύπαρξη της μείζονος κατάθλιψης είναι σπανιότερη σε σχέση με τους νεότερους. Ειδικότερα, εκεί που το ποσοστό του επιπολασμού της κατάθλιψης ανέρχεται στο 20%, μόνο το 1% αφορά τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Σε πρωτοβάθμια περίθαλψη μελέτες αναφέρουν πως οι ηλικιωμένοι εμφάνιζαν συμπτώματα κατάθλιψης κατά 17-37% και συγκεκριμένα, το 1/3 αυτού του ποσοστού αναφερόταν σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη (Ζαχαράκης 2007). Ο Γουρνέλης στη μελέτη του αναφέρει πως ο επιπολασμός για όλη τη ζωή της μείζονος κατάθλιψης στους ηλικιωμένους κυμαίνεται από 1-4%, της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από 8-16% και της δυσθυμίας φτάνει περί το 2%. Συγκεκριμένα, η εξάπλωση της μείζονος κατάθλιψης παρουσιάζεται αυξημένη σε πλαίσια πρωτοβάθμιας (5%) και τριτοβάθμιας περίθαλψης (11%) καθώς και σε πλαίσιο μακράς νοσηλείας (12%) (Γουρνέλλης 2011).

Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου (2006), οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι, οι συνταξιούχοι και οι εργαζόμενοι στο σπίτι δηλώνουν συχνότερα ότι αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα σωματικής υγείας, καθώς και αρνητικά συναισθήματα σχετικά με την ψυχική τους ευεξία. Οι τρεις στους πέντε Ευρωπαίους (60%) δεν είχαν ποτέ προβλήματα με κοινωνικές δραστηριότητες, όπως η επίσκεψη σε φίλους ή συγγενείς λόγω ψυχικών προβλημάτων. Ωστόσο, το 40% των ερωτηθέντων που είτε αναζήτησαν ψυχολογική στήριξη, είτε υποβλήθηκαν σε ψυχοθεραπεία δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στις επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα προβλημάτων είτε στη σωματική, είτε στην ψυχική τους υγεία και το 21% δήλωσαν ότι κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες απουσίασαν από την εργασία τους. Η συσχέτιση της κατάθλιψης με τη χαμηλή οικονομικοκοινωνική στάθμη είναι άρρηκτα συνδεδεμένη. Το χαμηλό κοινωνικό επίπεδο συνοδεύεται συνήθως από χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, μικρό εισόδημα και ανεργία. Αντίθετα οι προαναφερόμενοι παράγοντες και ειδικά η ανεργία, φαίνεται πως λειτουργούν αμφίδρομα και μπορούν από μόνα τους να οδηγήσουν σε ψυχικές διαταραχές (Σολδάτος, 2005).

Από τα άτομα που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για ψυχολογικά προβλήματα το 84% έλαβε φάρμακα, το 40% επισκέφθηκε ψυχοθεραπευτή και το 17% νοσηλεύτηκε σε ειδικό νοσοκομείο. Μεταξύ των ερωτηθέντων που αναζήτησαν ψυχολογική στήριξη, το 41% έλαβε φάρμακα, το 23% επισκέφθηκε ψυχοθεραπευτή και το 9% νοσηλεύτηκε σε ειδικό νοσοκομείο. Γενικά, οι Ευρωπαίοι φαίνεται να υιοθετούν ανεκτική αντίληψη έναντι εκείνων που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά ή συγκινησιακά προβλήματα υγείας. Παρόλα αυτά, το 37% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα αποτελούν κίνδυνο για τους άλλους. Το 21% δήλωσε ότι τα άτομα με ψυχολογικά ή συγκινησιακά προβλήματα υγείας δεν θεραπεύονται ποτέ και το 14% των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας φέρουν τα ίδια ευθύνη για την κατάστασή τους, ενώ η πλειοψηφία (63%) υποστηρίζει ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι απρόβλεπτα. Όσοι έχουν βιώσει προσωπικά εμπειρίες από προβλήματα ψυχικής υγείας τείνουν να αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχολογικές δυσχέρειες με περισσότερη κατανόηση. Η πολυμορφία της νόσου (άτυπη συμπτωματολογία) παραπλανούν πολλές φορές τους μη ειδικούς ιατρούς, με αποτέλεσμα μόνο στο 50% των ασθενών να γίνεται σωστή διάγνωση από τους γενικούς ιατρούς. Επιπλέον, η προκατάληψη και ο στιγματισμός που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές αποθαρρύνουν ή αποτρέπουν τους πάσχοντες να απευθυνθούν στους ειδικούς. Γι' αυτόν το λόγο συχνά δεν διαγιγνώσκεται και κατ' επέκταση δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά ως μια νόσος που μπορεί να επιφέρει βλαβερές επιπτώσεις στην προσωπική ζωή του ατόμου (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας αυξήθηκε κατά έξι φορές περισσότερο η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) σήμερα καταναλώνονται περίπου 144 εκατομμύρια χάπια το χρόνο. Η κατανάλωση των αντικαταθλιπτικών χαπιών στην Ελλάδα ακολουθεί αυξητική πορεία καθώς το 1995 δαπανήθηκαν 25.861.293 ευρώ, το 2000 δαπανήθηκαν 62.599.136 ευρώ, ενώ το 2005 το ποσό δαπάνης έφτασε τα 144.000.000 ευρώ. Οι αιτίες για την αύξηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι πολλές, όπως υποστηρίζουν οι ειδικοί επιστήμονες. Τα σημαντικότερα αίτια αποδίδονται στην αύξηση της συχνότητας των καταθλιπτικών συνδρόμων, την καλύτερη διάγνωση της νόσου, αλλά και την κυκλοφορία νέων σκευασμάτων με λιγότερες παρενέργειες. Η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων αναδεικνύει επίσης δύο πλευρές ενός πολυεπίπεδου προβλήματος. Αφενός, οι σύγχρονοι Έλληνες ενημερώνονται καλύτερα για τις ψυχικές νόσους και πηγαίνουν πολύ πιο εύκολα σε έναν ειδικό της ψυχικής υγείας καταρρίπτοντας κοινωνικά ταμπού ετών. Αφετέρου, η σύγχρονη πιεστική και αγχώδης καθημερινότητα αυξάνει τα κρούσματα κατάθλιψης με ιλιγγιώδη ταχύτητα (www.ifet.gr).

1.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί εξαιτίας της στενής σχέσης με το πένθος και το συναίσθημα της θλίψης. Έτσι η κατάθλιψη θεωρήθηκε ως η απάντηση σε τραυματικά γεγονότα της ζωής του ανθρώπου. Όμως κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η αλματώδης ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας, της νευρογενετικής και των άλλων νευροεπιστημών έφερε στο προσκήνιο άλλους βιολογικούς – εγκεφαλικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για την εκδήλωσή της (Χριστοδούλου 2005, Σολδάτος 2005, Χατζάκη 2008, Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου 2013).

Πιστεύεται, ότι η κατάθλιψη αποτελεί μια νόσο που οφείλεται σε διάφορους παράγοντες οι οποίοι αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Αυτοί παρουσιάζονται αναφορικά παρακάτω (Χριστοδούλου 2005):

- γενετικοί
- βιολογικοί
- ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζομενη και ως «νόσος του εγκεφάλου» οφείλεται σε εγκεφαλική δυσλειτουργία η οποία δρα ανεξάρτητα πιθανής συμμετοχής άλλων παραγόντων στην αιτιοπαθογένειά της. Αναλυτικότερα, η εγκεφαλική λειτουργία σχετίζεται με διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων και ιδιαίτερος στη μείωση της σεροτονινεργικής και της νοραδρενεργικής δραστηριότητας καθώς και στην υπερδραστηριότητα ορισμένων νευρικών ομάδων (του αμυγδαλοειδούς πυρήνος και άλλων περιοχών του μεταχιαμακού συστήματος, του προμετωπιαίου φλοιού και του θαλάμου). Η ακριβής φύση της διαταραχής της νευρομεταβιβαστικής λειτουργίας δεν είναι γνωστή, θεωρείται όμως ότι στην κατάθλιψη παρατηρείται αύξηση του αριθμού και της λειτουργικής ετοιμότητας των υποδοχέων σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, που οδηγεί σε

ελάττωση της διαθεσιμότητας αυτών των νευρομεταβιβαστών. Επίσης, σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης παίζει η διαταραχή των αυτό- και ετερορρυθμιστικών ομοιοστατικών μηχανισμών της νευρομεταβιβαστικής λειτουργίας. (Χατζάκη 2008, Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου 2013).

Τα βιολογικά αυτά αίτια σχετίζονται με αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη εμφανίζουν ανισορροπίες των νευροδιαβιβαστών, δηλαδή βιοχημικών ουσιών μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους (Krishnan 2002). Στις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την κατάθλιψη, θεωρείται ότι υπάρχει δραστηριοποίηση του αμυγδαλοειδούς πυρήνα, του προμετωπιαίου φλοιού, του ραβδωτού σώματος και του θαλάμου. Πιστεύεται ότι, η ενεργοποίηση του αμυγδαλοειδούς πυρήνα σχετίζεται πρωταρχικά με την εμφάνιση της νόσου. Αναλυτικότερα, ο αμυγδαλοειδής πυρήνας (ή αμυγδαλή) συμμετέχει στην πολύπλοκη εσωτερική διαδικασία παραγωγής των συναισθημάτων όπως η ευχαρίστηση, ο πόνος, η ανταμοιβή και η τιμωρία. Ενεργοποιείται τόσο σε συνειδητά, όσο και σε ασυνειδήτα συναισθήματα και μέσω των συνδέσεών της με τον υποθάλαμο και το νευρικό σύστημα εκφράζει τις διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις. Ακόμη σημαντικό παράγοντα αποτελεί και η κληρονομικότητα στην εκδήλωση της κατάθλιψης (MID Online 2009). Αναλυτικότερα, η κατάθλιψη παρατηρείται στο 15% των πρώτου βαθμού συγγενών καταθλιπτικών ασθενών, στο 8% των συγγενών δεύτερου βαθμού και στο 4% συγγενών υγιών μαρτύρων, ενώ από μελέτες διδύμων και υιοθετημένων έχει αποδειχθεί ότι για την οικογενή εμφάνιση της νόσου ευθύνονται κυρίως τα κοινά γονίδια παρά το κοινό περιβάλλον των μελών της οικογένειας (Χριστοδούλου 2005, Σολδάτος 2005). Παρά τη βέβαιη συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης, παρατηρείται αδυναμία ταυτοποίησης γονιδιακής βλάβης, η οποία αποδίδεται στην ετερογένεια της κατάθλιψης. Από την έρευνα της μοριακής βιολογίας φαίνεται όμως πως αρκετές γονιδιακές θέσεις στα χρωμοσώματα X(4,5,11,18,21) ίσως αποτελούν ισχυρούς γενετικούς δείκτες διαταραχών της διάθεσης (Χατζάκη 2008).

Η εμφάνιση της κατάθλιψης σχετίζεται με διαταραχές ορισμένων ενδοκρινών λειτουργιών στο σώμα, οι οποίες ενεργοποιούνται από τον υποθάλαμο-υποφυσιακού άξονα. Για την εκδήλωση της κατάθλιψης είναι δυνατό να ευθύνονται ενδοκρινολογικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, αφού περίπου 5-10% των ασθενών που διερευνώνται για κατάθλιψη έχουν λανθάνοντα υποθυρεοειδισμό(Χριστοδούλου 2005). Στη νόσο του Cushing πάνω από το 50% των ασθενών παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση, ενώ ακόμη, οι ψυχίατροι ερευνητές έχουν παρατηρήσει σύνδεση της υπερκορτιζολαιμίας με την κατάθλιψη. Ακόμη φαίνεται σε μελέτη που έκανε ο Mastrogiasomo και οι συνεργάτες του σε γυναίκες με υπερπρολακτιναιμία, πως το 1/3 αυτών πληρούσαν τα κριτήρια κατά DSM-III για μείζονα κατάθλιψη (Χριστοδούλου 2005, Σολδάτος 2005, Χατζάκη 2008). Μια άλλη παράμετρος που σχετίζεται με την εκδήλωση της κατάθλιψης είναι η ευαισθησία του νευρικού συστήματος ως προς το χρόνιο άγχος. Το μοντέλο προδιάθεσης άγχους επιχειρεί να συνδέσει τη γονιδιακή με την περιβαλλοντική επίδραση στην ανάπτυξη αυτής της διαταραχής (Χριστοδούλου 2005, Σολδάτος 2005, Χατζάκη 2008, Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου 2013).

Εν κατακλείδι, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως το πένθος, η μετανάστευση, η ανεργία και η εμφάνιση σοβαρής σωματικής νόσου πολλές φορές προηγούνται της πρώτης εκδήλωσης της κατάθλιψης. Η νόσος αργότερα «αυτονομείται» και δεν χρειάζεται πλέον η παρουσία ψυχοπιεστικών γεγονότων για την εμφάνιση υποτροπών. Διαφορετικά, φαίνεται ότι με το πέρασμα του χρόνου ο εγκέφαλος ευαισθητοποιείται όλο και περισσότερο με αποτέλεσμα να εμφανίζονται επεισόδια χωρίς την ύπαρξη ερεθισμάτων. Η πρόωμη απώλεια ενός στενού οικογενειακού προσώπου ή η ύπαρξη ιστορικού κακής γονεϊκής

συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία του ατόμου, η κοινωνική απομόνωση, το χαμηλό μορφωτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, οι κακές συζυγικές σχέσεις σχετίζονται άμεσα με την παρουσία της κατάθλιψης στη ζωή του ατόμου. (Χριστοδούλου 2005, Χατζάκη 2008).

1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κατάθλιψη συνήθως γίνεται εμφανής όταν ο ασθενής παρουσιάζει τα παρακάτω συμπτώματα (Μαδιανός 2003).

- Ατονία, κατήφεια
- Διαταραχές του ύπνου
- Αποφυγή κοινωνικών επαφών
- Περιορισμένο ενδιαφέρον για τους άλλους, μειωμένες δραστηριότητες
- Απαισιοδοξία, άγχος, βραδύτητα
- Βραδύτητα στη σκέψη και στην εκφορά του λόγου
- Βαρύ πεσμένο συναίσθημα

Τα συμπτώματα της νόσου κατηγοριοποιούνται σε σωματικά, σε αυτά που αφορούν τη συμπεριφορά του ασθενή, σε εκείνα που δρουν ανάλογα με τη σκέψη και τέλος σε εκείνα που εστιάζουν στο συναίσθημα(Δρακόπουλος 2014). Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσονται τα συμπτώματα εκείνα που αφορούν την απώλεια ή την αύξηση σωματικού βάρους καθώς και τη μειωμένη ή αυξημένη όρεξη για φαγητό αντίστοιχα. Ακολουθούν οι διαταραχές που αφορούν τον χρόνο που αφιερώνει ο ασθενής στον ύπνο του, η εμφάνιση διέγερσης των συναισθημάτων ή κατατονία και η εύκολη κόπωση, όπως επίσης και η έλλειψη ενδιαφέροντος για ερωτική πράξη. Όλα μαζί ή μεμονωμένα συμβάλουν στη δημιουργία ενός ανθρώπου που πάσχει από κατάθλιψη (Barker 2009). Σχετικά με τα συμπτώματα τα οποία κατηγοριοποιούνται σε αυτά για τη συμπεριφορά ενός ατόμου είναι η κοινωνική απομάκρυνση, η αδιαφορία για την εξωτερική εμφάνιση, η αποποίηση των ευθυνών του, η παρουσία έντονης ανησυχίας και η εκδήλωση αυτής με το κλάμα σε τακτικά διαστήματα και σε ανύποπτο χρόνο (Δρακόπουλος 2014).

Επιπρόσθετα η απελπισία, η απουσία σχεδίων για το μέλλον αλλά και η αίσθηση ανημποριάς που οδηγούν σε άρνηση αλλά και κατάργηση φυσικών δραστηριοτήτων συγκαταλέγονται σε αυτήν την κατηγορία συμπτωμάτων (Μενιδιάτου 2010). Στην τρίτη ομάδα ανήκουν η έλλειψη συγκέντρωσης και μνήμης αλλά και η ενίσχυση του αισθήματος ενοχής που σε συνδυασμό με τις έντονες αρνητικές σκέψεις του ασθενή οδηγούν αρκετές φορές σε πιθανή απόπειρα αυτοκτονίας κατά τον Keck (2010). Τέλος τα συμπτώματα κατάθλιψης που επικεντρώνονται στο συναίσθημα αφορούν το γενικότερο αίσθημα έντονου άγχους και ανισορροπίας ελέγχου της ζωής, γεγονός που οδηγεί στις απότομες αλλαγές διάθεσης, σε εξάρσεις θυμού και κυριαρχεί έντονο το αίσθημα της λύπης (Δρακόπουλος 2014). Παρόλα αυτά η κατάθλιψη παρουσιάζεται σαν ένα σύνολο συμπτωμάτων τα οποία εμφανίζουν αρκετές διαφοροποιήσεις κατά άτομο. Συνοψίζοντας όμως, αποδεικνύεται πως έχουν ως κοινό αποτέλεσμα το άτομο να αδυνατεί να αντιμετωπίσει την καθημερινότητά του με ομαλό τρόπο έχοντας έντονο το αίσθημα της δυσαρέσκειας (Gatz 1995).

1.5 ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι ένας από τους συχνότερους τύπους κατάθλιψης με το κυριότερο σύμπτωμα, το οποίο εμφανίζουν όλοι όσοι πάσχουν από κατάθλιψη, να είναι ένα αίσθημα “κενού” ή λύπης που επιμένει για δυο εβδομάδες. Καποια άλλα συμπτώματα που αναφέρονται σε αυτήν την κατηγορία είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος και απόλαυσης για τις συνηθισμένες δραστηριότητες, το άτομο αισθάνεται πως είναι κουρασμένο συνεχώς, προβλήματα στον ύπνο, αλλαγές στη διατροφή, ευερεθιστότητα, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, αισθήματα ενοχής, αναξιότητας και απελπισίας και δυσκολία στη μνήμη, τη συγκέντρωση ή στη λήψη αποφάσεων (Tyrell 2011).

Η δυσθυμία ή χρόνια κατάθλιψη της οποίας τα συμπτώματα υπάρχουν μακροχρόνια αλλά σε μικρότερη ένταση από ότι στο μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο. Σε ορισμένες περιπτώσεις μερικά άτομα πάσχουν σχεδόν ολόκληρη τη ζωή τους. Η κύρια διαφορά της από τη μείζονα κατάθλιψη έγκειται στον αριθμό και στη διάρκεια των συμπτωμάτων. Για να διαγνωσθεί η δυσθυμία απαιτείται καταθλιπτική διάθεση και τρία από τα άλλα συμπτώματα(αναφέρονται στην παραπάνω παράγραφο), ενώ στη μείζονα κατάθλιψη απαιτούνται καταθλιπτική διάθεση και τέσσερα από τα άλλα συμπτώματα. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι λιγότερο έντονα στη δυσθυμία, μπορεί να μην έχουν καθημερινή εμφάνιση, αλλά υφίστανται τις περισσότερες ημέρες κατά τη διάρκεια τουλάχιστον δύο ετών (MID Online 2009, Tyrell 2011).

Ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια μπορεί να προηγούνται ή να ακολουθούν ένα ή περισσότερα μανιακά επεισόδια και τότε τίθεται η διάγνωση της **διπολικής διαταραχής** ή μανιοκατάθλιψη κατά την οποία τα άτομα που νοσούν διαταράσσονται από τον υπέρμετρο ενθουσιασμό, την ευφορία και τη μεγαλομανία και μεταβαίνουν απότομα στη θλίψη, τη στενοχώρια και την απογοήτευση. Αυτές οι διακυμάνσεις μπορεί να γίνουν μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα σε μερικές μόνο ώρες, ημέρες ή μπορεί να χρειαστούν και εβδομάδες. Υπάρχει περίπτωση να υπάρξουν και περίοδοι μεταξύ αυτών των διακυμάνσεων, κατά τις οποίες το άτομο αισθάνεται φυσιολογικά, γεγονός που δυσκολεύει κάποιες φορές τη διάγνωση. Με τη διπολική διαταραχή αισθάνεται κανείς σαν να είναι σε μια τεράστια συναισθηματική τραμπάλα. Έντονες συναισθηματικές μεταβάσεις χαράς και λύπης με απρόβλεπτη συχνότητα. Αν δεν χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία εγκαίρως, οι διακυμάνσεις μεταξύ κατάθλιψης και μανίας θα γίνονται μεγαλύτερες και ο χρόνος μεταξύ τους θα γίνει μικρότερος (Tyrell 2011). Επίσης άξια αναφοράς είναι και τα συμπτώματα της μανιακής φάσης στα οποία η διάθεση χαρακτηρίζεται από διέγερση και ευφορία, το άτομο είναι γεμάτο ενέργεια (τόσο γεμάτο που δεν μπορεί να περιοριστεί), είναι πολύ ομιλητικό και κινητικό, μπορεί οι σκέψεις του να “τρέχουν” και να αναφέρεται σε ιδέες και θέματα από ποικίλες και διάφορες κατηγορίες ταυτόχρονα. Ακόμη ο ασθενής δεν παρουσιάζει ανάγκη για ύπνο, χαρακτηρίζεται από εύκολη διάσπαση προσοχής, μεγαλομανία(υπερεκτιμά έντονα και εξωπραγματικά τις δυνατότητές του) και τέλος μεταβαίνει σε επιθετική στάση απέναντι σε τρίτους. Όταν συντρέχει σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας, πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα (Tyrell 2011).

Η επιλόχειος κατάθλιψη εμφανίζεται (εβδομάδες ή μήνες) μετά τον τοκετό εξαιτίας μεγάλων ορμονικών αλλαγών στο σώμα της μητέρας, του βάρους της αλλά και

αισθήματος πίεσης από τις αλλαγές της καθημερινότητάς της. Το 50% των μεζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων μετά τον τοκετό στην πραγματικότητα ξεκινούν πριν τον τοκετό. Οι γυναίκες αυτές έχουν συχνά βαριές κρίσεις άγχους ακόμη και πανικού. Εάν παρουσιαστούν και ψυχωτικά στοιχεία αυξάνεται ο κίνδυνος της βρεφοκτονίας εξαιτίας των ψευδαισθήσεων(φωνές που δίνουν εντολή να σκοτώσουν το βρέφος).

Η εποχική καταθλιπτική διαταραχή κατά την οποία υπάρχει τακτική χρονική σχέση μεταξύ της έναρξης των μεζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και μιας συγκεκριμένης εποχής του χρόνου.

Η κατάθλιψη με ψυχωτικά στοιχεία, η οποία θεωρείται και χρήζει κάποιες φορές νοσηλείας. Σε αυτή τη μορφή κατάθλιψης ο ασθενής εμφανίζει παραληρητικές ιδέες ή/και ψευδαισθήσεις.

Η κατάθλιψη σε άτομα τρίτης ηλικίας (κατάθλιψη σε άτομα άνω των 65). Κάποιες φορές μπερδεύεται με κάποια άλλη ασθένεια, όπως άνοια ή ρευματικά νοσήματα. Είναι σημαντικό αν ένας ηλικιωμένος έχει άλλα προβλήματα υγείας και υποφέρει από κατάθλιψη, αυτή να αντιμετωπίζεται άμεσα, για να ανακουφίζεται(Tyson 2011).

1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αν και η κατάθλιψη αποτελεί ιάσιμη διαταραχή, εάν δεν ανιχνευτεί και θεραπευτεί σε πρώιμα στάδια είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά την ψυχοκοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Όταν η κατάθλιψη συνυπάρχει με άλλο νόσημα αυξάνει τον κίνδυνο νοσηρότητας και αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα για την πορεία και την έκβαση της εν δυνάμει νόσου. Οι πιο συχνές νόσοι που μπορούν να εκδηλωθούν με καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι ο υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Cushing, τα νεοπλάσματα (κυρίως καρκίνοι του πεπτικού και του παγκρέατος), η ένδεια βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος (αλκοολισμός) και η κατάθλιψη που σχετίζεται με αγγειακού τύπου άνοια. Επίσης, κινητικές διαταραχές όπως η νόσος του Parkinson και η νόσος του Huntington. Στην ιατρική πρακτική, μόνο το ¼ των καταθλιπτικών ασθενών διαγιγνώσκεται και παραπέμπεται στον ψυχίατρο, ενώ το υπόλοιπο των περιπτώσεων συχνά δεν αναφέρεται. 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. Πολλές φορές, οι επαγγελματίες υγείας αδυνατούν να κατανοήσουν τη συμπτωματολογία της νόσου λόγω έλλειψης εξοικείωσης ή εκπαίδευσης. Όταν η κατάθλιψη όμως συμπορεύεται με άλλο νόσημα, πολύ συχνά οι επαγγελματίες υγείας εστιάζουν την προσοχή τους στην αντιμετώπιση της εν δυνάμει νόσου θεωρώντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία ως φυσική συνέπεια (Σολδάτος 2005, Christensen et al. 2011).

Ακόμη, η κατάθλιψη γίνεται αφορμή να αντιμετωπίζεται με εχθρότητα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, λόγω επίδειξης από τους πάσχοντες αδιαφορίας, απόσυρσης, και κακής συμμόρφωσης προς τις οδηγίες. Η διάγνωση των καταθλιπτικών διαταραχών είναι πάντοτε κλινική καθώς οι ψυχομετρικές διαδικασίες και οι βιολογικοί δείκτες έχουν μόνο επικουρικό ρόλο. Έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς πληθώρα ερωτηματολογίων και κλιμάκων τόσο στο γενικό, όσο και σε ειδικούς πληθυσμούς(Hamilton Depression Rating Scale HDRS, MDRS, Zung Depression Scale

κτλ.). 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 (ακολουθεί αναλυτική περιγραφή κατά DCM-5 ΚΑΙ ICD-10 στο κεφάλαιο 3.6), στη δομική συγκρότηση της καταθλιπτικής διαταραχής και στην ποιοτική διαφορά όσον αφορά τη δυσλειτουργικότητα του ατόμου συγκριτικά με την προηγούμενη κατάσταση (Σολδάτος 2005, Christensen et al. 2011).

Αρχικά είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται η κατάθλιψη που παρουσιάζει ένας ασθενής, αν είναι πρωτοπαθής ή οφείλεται σε άλλους οργανικούς παράγοντες. Επόμενο πολύ σημαντικό 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 προκαλέσουν καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία (Σολδάτος 2005, Christensen et al. 2011).

1.6.1 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Συμπτώματα παρόμοια με αυτά της κατάθλιψης που χρειάζονται θεραπεία και συχνά περιπλέκονται με την κατάθλιψη είναι οι παρακάτω διαταραχές (Σολδάτος 2005, Christensen et al. 2011):

- **Γεροντικές και προγεροντικές άνοιες** με κατάθλιψη. Σε αυτές προέχουν οι διαταραχές της μνήμης, της κρίσης και της νοημοσύνης. Οι ψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν οργανικότητα.
- **Σύνδρομα από ψυχοδραστικές ουσίες** (αλκοόλ, στερητικά αμφεταμινών, κοκαΐνης και μερικών ψευδαισθησιογόνων, φαρμάκων και άλλων ουσιών). Η διαφοροδιάγνωση θα βασιστεί στην παρουσία διαταραχών της συνείδησης, στο ιστορικό λήψης ουσιών και στην ανίχνευσή τους στα υγρά του σώματος.
- **Λοιμώδη, μεταβολικά και ενδοκρινικά νοσήματα**, όπως: γρίπη, τυφοειδής, μεληταίος, Addison, υποθυρεοειδισμός. Η διαφοροδιάγνωση θα γίνει από τα γενικά συμπτώματα, το ιστορικό και την παρακλινική έρευνα.
- **Σχιζοφρένεια:** σε περιπτώσεις κατατονικής εμβροντησίας, η απόλυτη απόσυρση και η αναστολή της ψυχοκινητικότητας μοιάζουν με βαριά κατάθλιψη. Στην κατατονία το προσωπίο μένει ανέκφραστο ενώ στην καταθλιπτική εμβροντησία το προσωπίο εκφράζει βαθύ πόνο και θλίψη.
- **Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή:** διαφοροδιάγνωση χρειάζεται στις περιπτώσεις που υπάρχουν τα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού συνδρόμου και παραληρητικά ή ψευδαισθητικά συμπτώματα μη σύντονα με τη συναισθηματική διαταραχή. Το είδος της

προνοσηρής προσωπικότητας και ο βαθμός της αποδιοργάνωσής της είναι χρήσιμα διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία.

- **Κυκλοθυμική διαταραχή:** αυτή εξελίσσεται με συχνά ήπια ή μέτρια επεισόδια κατάθλιψης αλλά και ευφορίας και με καλή αποκατάσταση της ψυχικής υγείας, στα μεσοδιαστήματα.
- **Άγχος αποχωρισμού:** ακολουθεί χαρακτηριστικά τον αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα.
- **Το «μη επιλεγμένο» πένθος:** ακολουθεί το θάνατο προσφιλούς προσώπου. Οι ιδέες ενοχής, αν υπάρχουν, αναφέρονται σε έμμονες σκέψεις εγκατάλειψης ή αναποτελεσματικής φροντίδας του αρρώστου προς τον θανόντα.
- **Δυσθυμία:** εξελίσσεται με χρόνια, επίμονα, αλλά ηπιότερα συμπτώματα και μπορεί να υπάρχουν μεσοδιαστήματα λίγων ημερών ή εβδομάδων με φυσιολογικό συναίσθημα.

Ιδιαίτερες εικόνες κατάθλιψης και αντίστοιχα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα δημιουργούνται από **συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη στις διάφορες ηλικίες**. Στην προεφηβική ηλικία η κατάθλιψη συνοδεύεται συχνά με υπερβολικό άγχος, άρνηση της παρακολούθησης του σχολείου και φόβους επικείμενου θανάτου του ίδιου του παιδιού ή των γονιών του. Στην εφηβική ηλικία παρατηρούνται αντικοινωνικές εκδηλώσεις, φυγές από το σπίτι ή από το σχολείο, αντιθετική ή και επιθετική συμπεριφορά. Στην ενελκτική (κλιμακτηριακή) ηλικία παρατηρείται έντονο άγχος, εξάψεις και εφιδρώσεις, ποικίλες υποχονδριακές αιτιάσεις (κυρίως κεφαλαλγίας), παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπίας ή και δίωξης και τάσεις αυτοκτονίας («ενελκτική μελαγχολία»). Στη γεροντική ηλικία τα συνοδά συμπτώματα μπορεί να είναι διαταραχές του προσανατολισμού, της μνήμης και της συνείδησης σε βαθμό που να διαμορφώνονται ψευδοανοϊκές εικόνες (Σολδάτος 2005, Christensen et al. 2011).

- **Κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες:** η κατάχρηση αλκοόλης είναι αρκετά συχνά αποτέλεσμα κατάθλιψης, ιδιαίτερα στην εφηβική και την μετεφηβική ηλικία. Και αυτές οι καταστάσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση (Σολδάτος 2005, Christensen et al. 2011).

1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η κατάθλιψη ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων που φέρει, αντιμετωπίζεται με διαφορετικό είδος θεραπείας κάθε φορά. Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι η ψυχοθεραπεία, η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία, ο συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Hermens et al. 2004). Η συνηθέστερη θεραπευτική πρακτική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, είναι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με πιθανή παράλληλη εφαρμογή ψυχοθεραπείας. Έρευνες έχουν αποδείξει πως ο συνδυασμός των παραπάνω συμβάλει στη γρηγορότερη ανταπόκριση στη

θεραπεία και μειώνει τις υποτροπές. Οι πιο συνήθεις θεραπείες που εφαρμόζονται είναι η γνωσιακή, η οικογενειακή, η συμπεριφορική, η ψυχοδυναμική και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Haddad et al. 2011). Η επαναφορά ενός καταθλιπτικού ασθενή στη φυσιολογική του κατάσταση, τόσο όσον αφορά την υποχώρηση των συμπτωμάτων όσο και την αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας επιτυγχάνεται συνήθως μέσα σε διάστημα 3 έως 6 εβδομάδων (Αλεβίζος 2008). Στην παράγραφο 3.7 περιγράφονται αναλυτικά τα είδη της θεραπείας που χρησιμοποιούνται σε ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ - ΓΗΡΑΝΣΗ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο πληθυσμός, για λόγους οικονομοπολιτικούς ταξινομείται σε διάφορες κατηγορίες και με διάφορα κριτήρια όπως το επάγγελμα, η οικονομική κατάσταση, η θρησκεία κ.ά. Σε αυτού του είδους την ταξινόμηση είναι και η ηλικιακή. Στην ηλικιακή ταξινόμηση ο πληθυσμός χωρίζεται σε: παιδιά, νέους, ενήλικες και υπερήλικες ή «Τρίτη ηλικία» (Βόλικας Κ. 2005).

Ο Beers (2007, στο merck Manual) αναφέρει, ότι γήρας είναι η διαδικασία της γήρανσης, δηλαδή η εξέλιξη εκφύλισης των κυττάρων και του ενδιάμεσου ιστού, με σταδιακή μείωση της ικανότητας κυτταρικού πολλαπλασιασμού, που οδηγεί τον οργανισμό στον θάνατο. Γήρανση είναι η διαδικασία της συνεχούς βιολογικής μεταβολής του οργανισμού. Αυτή η μεταβολή, αρχικά, οδηγεί στην ωρίμανση κι έπειτα στην εκφύλιση ιστών και οργάνων. Το αποτέλεσμα είναι προοδευτικά υγιείς ενήλικες να μετατρέπονται σε λιγότερο υγιή άτομα με αυξημένη ευπάθεια στη βλάβη, την ασθένεια και το θάνατο. Η γήρανση χαρακτηρίζεται από αδυναμία στο να επιτευχθεί ομοιόσταση κάτω από συνθήκες φυσιολογικού στρες (Beers 2007).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ. 2012), ενεργός γήρανση ονομάζεται η κατάσταση όπου η ζωή συνεχίζεται με αμείωτους ρυθμούς. Η κοινωνία οφείλει να εκτιμά και να τιμά με αυξανόμενους ρυθμούς τη συμβολή των μεγαλύτερων και να τους παρέχει ευκαιρίες για να εξακολουθούν να εργάζονται και να μοιράζονται τις εμπειρίες και την πείρα τους με τους νεότερους, να εξακολουθούν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία ως ισότιμα μέλη της, και να ζουν όσο το δυνατόν πιο υγιείς και δραστήριοι, απολαμβάνοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

2.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Το γήρας διακρίνεται σε δύο κατηγορίες το **πρωτογενές** και το **δευτερογενές γήρας**. Το πρωτογενές γήρας αναφέρεται στις φυσιολογικές λειτουργίες που συμβαίνουν κατά τη βιολογική γήρανση. Αυτό σημαίνει ότι οι βιολογικές μεταβολές θα εμφανιστούν παρά την ύπαρξη καλής υγείας και παρά την έλλειψη ασθενειών. Από την άλλη το δευτερογενές γήρας αναφέρεται σε μεταβολές που είναι παθολογικές και προέρχονται από εξωτερικούς παράγοντες όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις, η συμπεριφορά του ατόμου καθώς και οι ασθένειες (Μουσούρου & Στρατηγάκη 2004). Όπως προαναφέρεται η γήρανση διακρίνεται σε κυτταρική γήρανση, ένα φαινόμενο όπου απομονωμένα κύτταρα επιδεικνύουν περιορισμένη ικανότητα να διαιρούνται, και σε γήρανση ολόκληρου του οργανισμού. Η κυτταρική γήρανση αποτελεί τη βάση της γήρανσης ολόκληρου του

οργανισμού. Μετά από μια περίοδο σχεδόν τέλειαν ανανέωσης, η γήρανση ολόκληρου του οργανισμού χαρακτηρίζεται από τη μείωση της ικανότητας ανταπόκρισης στο στρες και την αύξηση ομοιοστατικής ανισορροπίας. Η γήρανση είναι μεταξύ των μεγαλύτερων γνωστών παραγόντων κινδύνου για τις περισσότερες ασθένειες του ανθρώπου (Beers M. 2007).

Η γήρανση είναι αποτέλεσμα πολλών αλληλοεπηρεαζόμενων αιτιών. Οι αιτίες αυτές δρουν διαφορετικά σε όργανα όπως τα νεύρα, η καρδιά, οι μύες που αποτελούνται από κύτταρα που δεν αναπαράγονται σε σύγκριση με όργανα όπως το δέρμα, ο γαστρεντερικός βλεννογόνο και ο μυελός που αποτελούνται από κύτταρα που αναπαράγονται. Η γήρανση συμβαίνει με διαφορετικούς ρυθμούς στα διάφορα είδη αλλά και στα μέλη του ίδιου είδους. Ελέγχεται γενετικά κατά ένα ποσοστό. Ο τρόπος ζωής, το περιβάλλον και η έκθεση σε διάφορους παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τη διαδικασία της γήρανσης. Τα κύτταρα χάνουν την ικανότητα για διαίρεση με την πάροδο του χρόνου. Ο κυτταρικός θάνατος μπορεί να συμβεί με νέκρωση ή με απόπτωση. Η νέκρωση είναι αποτέλεσμα φυσικών και χημικών επιδράσεων. Η απόπτωση είναι εξαιρετικά ελεγχόμενη, προγραμματισμένη διαδικασία, με την οποία το κύτταρο αυτοκτονεί (Beers M. 2007).

2.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Το γήρας αντικατοπτρίζει μη αναστρέψιμες προοδευτικές μεταβολές στη μορφή και στη λειτουργία που παρατηρούνται στα κύτταρα, στα όργανα και σε ολόκληρο τον οργανισμό. Η έκπτωση των λειτουργιών του ανθρώπινου σώματος αρχίζει μετά την ηλικία των 30-35 ετών. Ο ρυθμός της γήρανσης ποικίλει από άτομο σε άτομο και καθορίζεται από τη γενετική προδιάθεση του κάθε ατόμου και από περιβαλλοντικούς παράγοντες (Βόλικας 2005).

Η ηλικία όμως στην οποία αντιστοιχεί ο όρος ηλικιωμένος ποικίλλει και συχνά διαφοροποιείται σύμφωνα με πολιτισμικά, πολιτικά, κοινωνικά και βιολογικά κριτήρια. Οι περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες έχουν αποδεχθεί την ηλικία των 65 ετών. Ο ορισμός αυτός βέβαια είναι κάπως αυθαίρετος, διαφέρει από χώρα σε χώρα και συχνά σχετίζεται με την ηλικία στην οποία η ενεργός συμβολή δεν είναι πλέον δυνατή, επομένως μπορεί κανείς να αρχίσει να λαμβάνει συνταξιοδοτικές παροχές. Στην επιστημονική κοινότητα υπάρχουν διάφορες παραδοχές. Στη γηριατρική αναφέρεται συχνά το όριο των 65 ετών, στην ευρωπαϊκή ογκολογική βιβλιογραφία εμφανίζεται συχνά το όριο των 70 ετών ενώ μερικοί συγγραφείς διακρίνουν σε κατηγορίες τον «**νέο ηλικιωμένο**» (65-74 έτη), τον «**γνήσιο ηλικιωμένο**» (75-84 έτη) και τον «**μεγάλο ηλικιωμένο**» (πέρα από 85 έτη). Όλοι αυτοί οι ορισμοί αποδίδουν σημασία στο χρονολογικό στοιχείο που συχνά δεν αντιστοιχεί στην πραγματική φυσική κατάσταση του ηλικιωμένου (Βόλικας 2005).

Διακρίνεται λοιπόν ο όρος **βιολογική ηλικία** που αντιστοιχεί στην εσωτερική κατάσταση των λειτουργικών συστημάτων του οργανισμού από τον όρο χρονολογική ηλικία που αντιστοιχεί στην χρονολογική ηλικία του κάθε ατόμου. Κατά αυτόν τον τρόπο, ένα άτομο μπορεί να είναι ενενήντα ετών αλλά τα λειτουργικά του συστήματα να αντιστοιχούν σε άτομο εβδομήντα πέντε ετών. Ο ακριβής προσδιορισμός της βιολογικής

ηλικίας είναι πολύτιμη πληροφορία στις ιατρικές επιστήμες για την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία μιας ασθένειας. Ο οργανισμός γίνεται συχνά πιο ευαίσθητος στα φάρμακα και στις τοξικές τους παρενέργειες, ενώ αυξάνουν οι κίνδυνοι από τις αλληλεπιδράσεις φαρμάκων που λαμβάνουν ταυτόχρονα. Επιπρόσθετα, με την πάροδο της ηλικίας, η ικανότητα της αντίστασης σε λοιμώξεις ελαττώνεται. Ο κίνδυνος εμφάνισης ασθενειών σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης από 65 έτη αυξάνει σε σύγκριση με νεότερα άτομα. Όλο και περισσότερο απαιτείται μια ειδική εκτίμηση παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με την ηλικία κατά την αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών(Βόλικας 2005).

Η Ολοκληρωμένη γηριατρική αξιολόγηση είναι η πιο κατάλληλη μέθοδος για την απόκτηση μιας άποψης σχετικά με τη γενική κατάσταση της υγείας ενός ηλικιωμένου ατόμου συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής κατάστασης, της λειτουργικότητας, των πιθανών πτώσεων, των γνωστικών αλλαγών και αλλαγών στη διάθεση, της διατροφικής κατάστασης κλπ. Απαιτεί τη λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση. Αναπτύχθηκε στη γηριατρική ως διαγνωστικό εργαλείο, ως εργαλείο για το σχεδιασμό της φροντίδας και των παρεμβάσεων και ως εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας. Επιτρέπει τον εντοπισμό πολλαπλών προβλημάτων που είναι συχνά άγνωστα στον θεράποντα ιατρό (Βόλικας 2005).

2.4 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Σύμφωνα με έρευνα της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής (ΟΚΕ 2012): Στην Ευρώπη από το 2010 ο αριθμός των πολιτών ηλικίας 15-60 ετών συρρικνώνεται, ενώ ο αριθμός όσων είναι 60 ετών και άνω αυξάνεται περίπου κατά 2 εκατομμύρια το χρόνο. Σύμφωνα με την Eurostat, το 2060 σε κάθε Ευρωπαίο πολίτη άνω των 65 θα αντιστοιχούν μόνο δύο εργαζόμενοι ηλικίας 15-64 ετών. Η αναλογία αυτή σε σχέση με το γεγονός ότι κατά την περίοδο 2015-2035 όταν η λεγόμενη «γενιά των baby-boomers» θα βγει στη σύνταξη αναμένεται να φέρει μεγάλη πίεση στην Ευρώπη. Αυτή η μεταβολή οφείλεται στον συνδυασμό χαμηλού ρυθμού γεννήσεων και αυξανόμενης διάρκειας ζωής. Πράγματι, σήμερα οι Ευρωπαίοι ζουν περισσότερο και έχουν καλύτερη υγεία. Από το 1960 η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής έχει αυξηθεί κατά οχτώ έτη και οι δημογραφικές προβλέψεις κάνουν λόγο για περαιτέρω αύξηση κατά πέντε έτη μέσα στα επόμενα σαράντα χρόνια. Η αυξανόμενη διάρκεια ζωής αποτελεί σίγουρα χαρμόσυνο γεγονός, αλλά η γήρανση του πληθυσμού θα αυξήσει την πίεση στους κρατικούς προϋπολογισμούς και τα συνταξιοδοτικά ταμεία (ΟΚΕ 2012).

Η μόνη βεβαιότητα για όλους ανεξαιρέτως, εφόσον θα έχουν την τύχη της φυσικής εξέλιξης της ζωής τους, είναι το γήρας. Η ενεργός γήρανση θα μπορούσε να καταστήσει τη γενιά της έκρηξης των γεννήσεων (baby-boomers) μέρος της λύσης του δημογραφικού προβλήματος έναντι της ταύτισής της με το πρόβλημα. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η στρατηγική “Ευρώπη 2020” προβάλλει την ανάγκη να διασφαλισθεί ότι οι ηλικιωμένοι θα παραμείνουν υγιείς και δραστήριοι όσο το δυνατόν περισσότερο (WHO 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνεργαζόμενος με την παγκόσμια τράπεζα του ΟΗΕ έπειτα από έρευνά του ανακοίνωσε πως το 50% των ασθενειών είναι ψυχικής φύσεως. Συγκεκριμένα η κατάθλιψη βρίσκεται στην τέταρτη θέση παγκοσμίως σύμφωνα με τον δείκτη DALYs. Ακόμη φαίνεται βάση των στοιχείων πως το 6-8% του παγκοσμίου πληθυσμού νοσεί από κατάθλιψη, που αυτό σημαίνει 450-500 εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές σε όλο τον πλανήτη. Το γυναικείο φύλλο φαίνεται να είναι διπλά επιρρεπές σε σχέση με το αντρικό φύλλο. Στατιστικά ο κίνδυνος να νοσήσει ένα άτομο από κατάθλιψη είναι 10-20% για τις γυναίκες και 5-12% για τους άντρες (WHO 2015). Επιπροσθέτως ο ΠΟΥ ύστερα από την έρευνά του για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανακοίνωσε 20% ποσοστό για την εμφάνιση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων για το έτος 2010 και πιθανολογείται να ανέλθει στο 25% έως το έτος 2030. Αναλυτικότερα στην Ελλάδα η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία ανακοίνωσε το έτος 2012 πως το ποσοστό των ηλικιωμένων είχε φτάσει 18%, με την προοπτική πως μετά από οκτώ έτη θα έφτανε το 24% (Παπαδημητρίου και συν. 2013).

Η κατάθλιψη εμφανίζεται ως η συχνότερη διαταραχή ψυχικής υγείας στην τρίτη ηλικία με ποσοστό που ανέρχεται έως το 11-16%, ενώ στους οίκους ευγηρίας φτάνει το 35% (Παπαδημητρίου και συν.2013). Η εξάπλωση καθώς και η συχνότητα εμφάνισης της μείζονος κατάθλιψης φαίνεται να διπλασιάζεται μετά το πέρας των 70-85 ετών. Στην τρίτη ηλικία, τα καταθλιπτικά σύνδρομα αποδεικνύεται πως επηρεάζουν συχνότερα άτομα με χρόνιες ιατρικές παθήσεις, γνωστική ανεπάρκεια ή ανικανότητα (Alexopoulos et al. 2002). Εκτός ότι το άτομο βιώνει προσωπικά οδύνη και διαταράσσεται η οικογενειακή γαλήνη, η κατάθλιψη επιδεινώνει την εξέλιξη πολλών ιατρικών καταστάσεων και εντείνει μια πιθανή σωματική αναπηρία (Alexopoulos et al. 2001, Blazer 2003). Ενώ έχει παρατηρηθεί σχετικά μεγάλη πρόοδος με τη διάγνωση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους και στη βελτίωση της θεραπείας της, συνεχίζει να παρουσιάζει σημαντικές συνέπειες για τα άτομα που νοσούν. Η συχνότητα που επηρεάζει είναι περίπου ένα στα επτά άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (The Swedish National Institute of Public Health, 2008), με τις ηλικιωμένες γυναίκες να εμφανίζουν σε διπλάσια αναλογία καταθλιπτική συμπτωματολογία συγκριτικά με τους άνδρες, γεγονός που οφείλεται ίσως στο μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με το ανδρικό φύλλο. Στατιστικά οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των ατόμων τρίτης ηλικίας και πιθανολογείται πως έως το έτος 2050, οι γυναίκες θα αποτελούν το 75% του συνολικού πληθυσμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας (Παπαδημητρίου και συν. 2013).

Επιδημιολογικές έρευνες που στηρίχθηκαν σε άτομα τρίτης ηλικίας αποδεικνύουν πως το 8,61% παρουσίαζε σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Η εξάπλωση αυτών των συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους φαίνεται να είναι υψηλότερη σε ιατρικά περιβάλλοντα από ότι σε κοινότητες. Άλλες μελέτες, έχοντας και αυτές σαν δείγμα ηλικιωμένα άτομα,

υποστηρίζουν πως το 5-10% παρουσίαζαν συμπτώματα κατηγορίας μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15-25% εμφάνιζε σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία, με το 1/3 των εισαχθέντων στα νοσοκομεία να παρουσιάζει συνολικά κατάθλιψη, ωστόσο ο επιπολασμός μεταξύ των ασθενών πρωτοβάθμιας περίθαλψης να ανέρχεται σε ποσοστό 6-9% (Blazer 2003). Επιπροσθέτως, το 6% των ασθενών πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρουσιάζουν ελάχιστο κατάθλιψη και 10% των ασθενών υποκλινική κατάθλιψη. Βάση αυτών των αποτελεσμάτων η εξάπλωση της μείζονος κατάθλιψης ανέρχεται σε 1-4% στην κοινότητα και για τις υπόλοιπες διαταραχές διάθεσης (subsyndromal depression) (περιλαμβάνει καταθλιπτικά σύνδρομα, όπως η δυσθυμία, το πένθος, διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση και ελάχιστο κατάθλιψη) σε 15 - 30% συνολικά. Αναλυτικότερα η δυσθυμική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα κατάθλιψης ήπιας μορφής που διαρκούν 2 έτη ή περισσότερο, παρουσιάζεται σε ποσοστό περίπου 2% στα άτομα τρίτης ηλικίας (Blazer 2003). Από την άλλη πλευρά η ελάσσων κατάθλιψη έχει επιπολασμό 4-13%, με τους ηλικιωμένους να εμφανίζουν τις ίδιες ή ελαφρώς λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης από ότι ένας μεσήλικας (επιπολασμός 8-16%) (Alexopoulos et al. 2002). Ακόμη ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης σε άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας φτάνει σε ποσοστό 12-14%, παρόλο που ένα ποσοστό της τάξεως του 17-35% των ατόμων που δέχονται περίθαλψη μακροπρόθεσμα έχουν ελάχιστο κατάθλιψη ή κλινικώς σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Γενικά η συν-νοσηρότητα και η γνωστική έκπτωση κατέχουν ουσιαστικό ρόλο στην αναγνώριση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους και αποτελούν την αιτία για την κατά τρεις φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της γεροντικής κατάθλιψης στα γηροκομεία και νοσοκομεία σε σχέση με τα άτομα που ζούν εκτός αυτών των ιδρυμάτων (Blazer 2003, Παπαδημητρίου και συν.2013).

Σημαντικά παρουσιάζονται και τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών που εμφανίζονται σε άτομα της τρίτης ηλικίας με τα καταθλιπτικά συμπτώματα να κατέχουν το 80% των ατόμων ηλικίας άνω των 74 ετών που αποπειρούν να αυτοκτονήσουν (Manthorpe 2006). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός συνήθως ελαττώνεται καθώς επέρχεται το γήρας, όμως οι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν αυτοκτονικές σκέψεις διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να υποκύψουν στις τάσεις τους σε σχέση με τα νεότερα άτομα και ο κίνδυνος για αυτοκτονία παρουσιάζεται 5πλάσια μετά την ηλικία των 65 ετών για τους άντρες ηλικιωμένους. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός σχετίζεται άμεσα με τον βαθμό σοβαρότητας της κατάθλιψης. Σε έρευνα του Alexopoulos et al. (1999) αναφέρει, πως η σοβαρότητα της κατάθλιψης και οι προηγούμενες σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας θα ήταν ικανές να προβλέψουν την πορεία του αυτοκτονικού ιδεασμού. Κατά τη διάρκεια της επαναληπτικής τακτικής παρακολούθησης (follow-up) και αξιολόγησης, η σοβαρότητα της κατάθλιψης αποτελούσε τον σημαντικότερο προγνωστικό παράγοντα για τον αυτοκτονικό ιδεασμό διαχρονικά. Συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, οι αυτοκτονικές απόπειρες των ηλικιωμένων εμφανίζονται συχνότερες κατά δύο φορές περισσότερο (Minino et al. 2002) και συνήθως πραγματοποιούνται προμελετημένα. Οι ασθενείς που ανήκουν στην κατηγορία εκείνων με μείζων κατάθλιψη ή/ και κατάχρηση ουσιών, έχουν επιβαρυντικούς παράγοντες για αυτοκτονία. Η ελάσσων κατάθλιψη, η δυσθυμική διαταραχή, οι ψυχωτικές διαταραχές και οι διαταραχές άγχους επίσης αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Ακόμη οι διαταραχές διάθεσης αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την αυτοκτονία στα άτομα τρίτης ηλικίας, ενώ οι σωματικές ασθένειες και η αναπηρία αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας, αλλά οι επιπτώσεις τους ασκούνται μέσω της κατάθλιψης. Η έλλειψη κοινωνικοποίησης σχετίζεται σε άμεσο βαθμό με την αυτοκτονία σε αυτή την κατηγορία ανθρώπων ανεξάρτητα της ύπαρξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (κυρίως σε ανθρώπους

με άκαμπτη, αγχώδη και ψυχαναγκαστική προσωπικότητα), ενώ παράλληλα η ελευθερία της οπλοφορίας ιδιαίτερα στο εξωτερικό ενισχύει διπλά τον κίνδυνο αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους (Minino et al. 2002).

Εν κατακλείδι στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε άτομα που ξεπερνούν το 60^ο έτος της ηλικίας τους εμφανίζουν μεγάλες διακυμάνσεις, από 6% έως 70% ανάλογα με το σχεδιασμό της μελέτης αλλά και την υπό μελέτη ομάδα πληθυσμού (Stylianoπούλου et al. 2010). Η μείζων καταθλιπτική συνδρομή είναι πιο συχνή σε άτομα ηλικίας μικρότερης των 45 ετών δεδομένου ότι η γενετική προδιάθεση για την ανάπτυξη της μειώνεται με την ηλικία. Αντιθέτως, η δυσθυμική διαταραχή εμφανίζει αντίθετη τάση και η παρουσία της γίνεται συχνότερη καθώς η ηλικία αυξάνεται (Kessler et al. 2003).

3.2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Το οικογενειακό περιβάλλον, η παρουσία στενών φίλων και γενικότερα η κοινωνικοποίηση καθώς και η φυσική δραστηριότητα αποτελούν παράγοντες αποτροπής ή μείωσης της πιθανότητας ένας ηλικιωμένος να αντιμετωπίσει την κατάθλιψη. Αντιθέτως, παράγοντες όπως (Παπαδημητρίου & συν. 2013):

- Ø η συν-νοσηρότητα
- Ø η κοινωνική απομόνωση
- Ø η κοινωνική λειτουργική μειονεξία
- Ø τα αρνητικά γεγονότα της ζωής όπως η χηρεία ή απώλεια αγαπημένου προσώπου
- Ø η προγενέστερη κατάθλιψη
- Ø η ηλικία
- Ø η χαμηλή οικονομική επιφάνεια
- Ø η κακή σωματική υγεία
- Ø η αναπηρία
- Ø η μετεγκατάσταση

φαίνεται να αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις μεγαλύτερες ηλικίες. Μάλιστα όσα άτομα φέρουν χρόνια σωματικά νοσήματα έχουν σημαντική επίπτωση στην ψυχική διάθεση, με τους άνδρες να βρίσκονται στην κορυφή έναντι των γυναικών. Παρόλα αυτά, αν και η αναγκαστική μετεγκατάσταση παρουσιάζεται να φέρει αρνητικά αποτελέσματα τόσο στη θνησιμότητα όσο και τη νοσηρότητα, αποδεικνύεται από την άλλη πλευρά πως οι οικειοθελείς αποφάσεις μετακίνησης σε ένα ίδρυμα αποδεκτό από το άτομο, μπορεί να φέρουν θετικά αποτελέσματα για τα άτομα τρίτης ηλικίας (Kaplan & Sadock's 2000, Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Κατά τη στρεσογόνο περίοδο του πένθους και σε πρώιμο στάδιο, ποσοστό 10-20% των εν ζωή συντρόφων εκδηλώνει συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία δεν φαίνεται να εξασθενούν ειδικά αν παραμείνουν χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Οι νεότερες ομάδες ενηλίκων σε αντίθεση με τα άλλα άτομα τρίτης ηλικίας είναι λιγότερο πιθανό να παρουσιάσουν ενδείξεις κατάθλιψης κατά τους πρώτους μήνες της χηρείας τους. Τα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης όμως παραμένουν παραπλήσια σε όλες τις ηλικίες μέχρι το

τέλος του δεύτερου έτους. Τα κρούσματα της μείζονος κατάθλιψης παρουσιάζονται αυξημένα και κατά το δεύτερο έτος του πένθους, μέχρι το τέλος του οποίου το 14% των πενθούντων έχουν μείζονα κατάθλιψη, συγκριτικά με το 1-4% του γενικού πληθυσμού των ηλικιωμένων (Kaplan & Sadock's 2000, Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Έρευνες αναλύουν πως οι δείκτες των ψυχικών διαταραχών και κυρίως της κατάθλιψης συνεχώς αυξάνονται στα άτομα που ξεπερνούν το 65^ο έτος της ηλικίας τους αποτυπώνοντας το 12% περίπου της παγκόσμιας επιβάρυνσης της υγείας από τις νόσους, με αποτέλεσμα το θέμα αυτό να παραμένει ζωτικής σημασίας για τη Δημόσια Υγεία. Εκτιμάται πως τα επόμενα έτη η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών θα αυξηθεί και τα στοιχεία για το έτος 2020 θα ανέλθουν άνω του 15% (Kaplan & Sadock's 2000, Παπαδημητρίου & συν. 2013).

Η κατάθλιψη δεν αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δεν θεωρείται φυσιολογική μία καταθλιπτική αντίδραση σ' αυτή την ηλικία. Συνήθως η προσαρμογή του ατόμου σε αυτή τη φάση στέφεται με επιτυχία. Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση όπου δεν κυριαρχούν οι διαταραχές του συναισθήματος αλλά οι διαταραχές της συμπεριφοράς, της ψυχοκινητικότητας και των γνωστικών λειτουργιών. Συμπερασματικά καταλήγουμε στο γεγονός πως (Παπαδημητρίου & συν. 2013):

- σωματικοί πόνοι οι οποίοι δεν μπορούν να διευκρινιστούν,
- συμπτώματα όπως η μείωση των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων,
- η απάθεια και η ελάττωση λήψης πρωτοβουλιών,
- το άγχος και
- η ανησυχία ή η αϋπνία

δεν αποτελούν φυσικά επακόλουθα της γήρανσης, αλλά σε πολλές περιπτώσεις κρούουν το κώδωνα σημαντικών ενδείξεων για την ύπαρξη κατάθλιψης. Δυστυχώς ο στενός οικογενειακός κύκλος αλλά καμία φορά και ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αναγνωρίζουν ότι πίσω από αυτές τις εκδηλώσεις μπορεί να κρύβεται μια τέτοια πάθηση, με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να μην αναζητούν ποτέ βοήθεια. Εάν η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία δεν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί άμεσα και από τα κατάλληλα πρόσωπα, οι συνέπειες για την ευημερία και την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων είναι σοβαρές. Συγκεκριμένα μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων, σε μειωμένη ποιότητα ζωής, σε υψηλά ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας και σε αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας οδηγώντας σε μεγαλύτερες δαπάνες περίθαλψης (Kaplan & Sadock's 2000, Παπαδημητρίου & συν. 2013).

3.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ

ΗΛΙΚΙΑΣ

Η νόσος προσβάλλει ένα άτομο τρίτης ηλικίας ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μιας ομάδας παραγόντων. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες όπως *γενετικοί*, *βιολογικοί* και *ψυχοκοινωνικοί* που συμπληρώνουν ο ένας τον άλλο και οδηγούν το άτομο σε κατάθλιψη (Σκαπινάκης 2003). Σύμφωνα με τη μελέτη του Σκαπινάκη (2003) οι γενετικοί παράγοντες

αφορούν τα γονίδια τα οποία μεταβιβάζουν χαρακτηριστικά που δρουν συνδυαστικά με τους άλλους τύπους παραγόντων και προκαλούν τη νόσο. Ακόμη, τα γονίδια που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αγγειοεγκεφαλικών βλαβών υπάρχει περίπτωση να αυξήσουν τις πιθανότητες για προσβολή από κατάθλιψη γεγονός που υποδηλώνει ότι η γενετική προδιάθεση για μείζονα κατάθλιψη κατά την τρίτη ηλικία προκαλείται από αγγειακές βλάβες. Παρόλα αυτά, αν και συμβαίνει, η γενετική συσχέτιση για την εκδήλωση κατάθλιψης σε ηλικιωμένους είναι λιγότερο ισχυρή σε σχέση με νεότερους ασθενείς, με μοναδική εξαίρεση την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης στα πλαίσια διπολικής διαταραχής (Alexopoulos 2005). Επίσης οι βιολογικοί παράγοντες παρουσιάζουν σημαντικό ενδιαφέρον για τον τρόπο που επηρεάζουν το άτομο. Μη ψυχιατρικές παθήσεις όπως (Alexopoulos 2005):

- Ø η απώλεια της ακοής και της όρασης
- Ø το γυναικείο φύλλο
- Ø η ισχαιμική καρδιοπάθεια
- Ø το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Ø ο υποθυρεοειδισμός
- Ø οι νευρολογικές παθήσεις (Parkinson, Alzheimer's, σκλήρυνση κατά πλάκας)
- Ø τα κατάγματα ισχίου
- Ø η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
- Ø το σύνδρομο χρόνιου πόνου

κατά την μελέτη του Alexopoulos (2005), φαίνεται να παρουσιάζουν άμεση σχέση με την εμφάνιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Επίσης, τα άτομα της τρίτης ηλικίας κάνουν χρήση φαρμακευτικής αγωγής και για τη θεραπεία σωματικών νοσημάτων (π.χ. υπέρταση), ορισμένα από τα οποία έχουν ως παρενέργειά τους την κατάθλιψη. Παρουσιάζονται επίσης έντονα διαταραχές προσωπικότητας αποφευκτικού και εξαρτητικού τύπου όπου αποδεδειγμένα οφείλονται στην κατάθλιψη. Οι κληρονομικοί παράγοντες τείνουν να προδιαθέτουν σε καταθλιπτικά σύνδρομα στην τρίτη ηλικία. Η κληρονομικότητα αντιπροσωπεύει το 18% των καταθλιπτικών εκδηλώσεων της νόσου (Alexopoulos 2005).

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι δομικές αλλαγές στην εγκεφαλική λειτουργία που εμφανίζονται σε αυτή την ομάδα ατόμων. Ένα παράδειγμα αυτής, είναι η ατροφία του φλοιού του εγκεφάλου, η οποία εκφυλίζεται με την πάροδο των ετών (ηλικία) καθώς και από ασθένειες όπως την αρτηριοσκλήρωση, τις φλεγμονώδεις, ενδοκρινικές νόσοι και τις διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος. Ακόμη παρουσιάζεται και μια σχετική ευαισθησία που πιστεύεται πως οφείλεται σε ανωμαλίες στον προ μετωπιαίο φλοιό, την αμυγδαλή και τον ιππόκαμπο (Alexopoulos 2005). Τα εγκεφαλικά επεισόδια ενδέχεται να προκαλούν βλάβες στις συνδέσεις μεταξύ της αμυγδαλής και του θαλάμου και του προμετωπιαίου φλοιού, προδιαθέτοντας σε κατάθλιψη. Επιπλέον, η υπερκορτιζολαιμία, η οποία προκύπτει κατά τη διάρκεια χρόνιων ιατρικών παθήσεων, σχετίζεται με την αυξημένη δραστηριότητα της αμυγδαλής, προκαλώντας έτσι απελευθέρωση κορτιζόλης και κατάθλιψη. Επίσης η αύξηση της MAO (μονοαμινοξειδάσης) στην Τρίτη ηλικία, που είναι ο κυρίως μεταβολίτης των μονοαμινών, οδηγεί σε μείωση των επιπέδων τους και εμφάνιση κατάθλιψης (Alexopoulos 2005). Όταν ένας ασθενής βιώνει το πρώτο περιστατικό μείζονος κατάθλιψης, παράλληλα εμφανίζεται αυξημένος και ο όγκος της αμυγδαλής σε σχέση με ασθενείς με υποτροπιάζουσα κατάθλιψη ή υγιείς άτομα. Ο αυξημένος όγκος της αμυγδαλής του εγκεφάλου συνδέεται με τα συμπτώματα της

κατάθλιψη και τα αρνητικά συναισθήματα. Ακόμη, οι ανωμαλίες που παρουσιάζει ο υπόκαμπος αφορούν άμεσα τον ηλικιωμένο πληθυσμό, δεδομένου ότι η δομή αυτή είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στη γήρανση και στις αλλαγές που επέρχονται με την πάροδο της ηλικίας. Επομένως, οι ανωμαλίες του υπόκαμπου θα μπορούσαν επίσης να προδιαθέσουν σε κατάθλιψη, δεδομένου ότι ο όγκος της δομής αυτής μειώνεται κατά τη διάρκεια του πρώτου επεισοδίου μείζονος κατάθλιψης. Αν και ορισμένοι διαφωνούν με τη θεωρία αυτή, παρόλα αυτά, γίνεται συσχέτιση της μείωσης του όγκου του υπόκαμπου με τη διάρκεια της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής. Επιπλέον, έχει καταγραφεί μείωση στον όγκο του υπόκαμπου μετά από το πρώτο επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, ακόμη και σε ασθενείς που έλαβαν αντικαταθλιπτικά (Alexopoulos 2005).

3.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Παρά το γεγονός ότι τα άτομα με κατάθλιψη καταφεύγουν σε βοήθεια στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν είναι εύκολο να αναγνωριστούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα από τον γενικό ιατρό. Η διάγνωσή της είναι περισσότερο κλινική παρά εργαστηριακή και απαιτεί εμπειρία στο είδος (Anstey & Brodaty 1995). Ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 20% των ηλικιωμένων καταθλιπτικών λαμβάνει τη σωστή αντιμετώπιση. Αφήνεται να εννοηθεί πως η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μία από τις πιο υπο-διαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Έχει παρατηρηθεί ότι μόλις 11% (στην Κίνα) έως 61% (στο Βέλγιο) των ασθενών με σοβαρές διαταραχές της διάθεσης δεχόταν μια μορφή φροντίδας πριν διαγνωσθεί η κατάθλιψη (Kessler et al. 2007). Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει έγκυρα διαγνωστικά εργαλεία που περιλαμβάνουν εκτιμήσεις σε διάφορους τομείς όπως αυτούς που αναφέρει ο Hughes (2006) στον Πίνακα 3.1,σελ.29.

Πίνακας 3.1 Εκτιμήσεις που οφείλει να παρατηρήσει ο νοσηλευτής για να βοηθήσει να διαγνωστεί η κατάθλιψη

<ul style="list-style-type: none"> · Σοβαρότητα του καταθλιπτικού επεισοδίου με χρήση διαγνωστικών κριτηρίων όπως ICD-10 ή DSM-V 	<ul style="list-style-type: none"> · Γενικοί παράγοντες που δημιουργούν προβλήματα στον ηλικιωμένο
<ul style="list-style-type: none"> · Διάρκεια και παράγοντες που το συντηρούν 	<ul style="list-style-type: none"> · Κοινωνικό και υποστηρικτικό περιβάλλον
<ul style="list-style-type: none"> · Συμπτώματα 	<ul style="list-style-type: none"> · Παρόντα αλλά και παρελθοντικά οργανικά προβλήματα υγείας
<ul style="list-style-type: none"> · Προηγούμενο ιστορικό διαταραχής της διάθεσης και ανταπόκριση στη θεραπεία 	<ul style="list-style-type: none"> · Αξιολόγηση επιπέδου αντίληψης
<ul style="list-style-type: none"> · Οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης 	<ul style="list-style-type: none"> · Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή και ανταπόκριση σε αυτή
<ul style="list-style-type: none"> · Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> · Πένθος- Απώλεια κοντινού αγαπημένου προσώπου
<ul style="list-style-type: none"> · Αξιολόγηση κινδύνου που επιφέρει η κατάθλιψη 	

Πηγή: Hughes, C. (2006). Depression in older people. In: S. J. Redfern & F. M. Ross, eds. 2006. Nursing Older People. 4nd edition. London: Elsevier Inc. p. 538-564.

Ένας ακόμη τρόπος διάγνωσης της κατάθλιψης είναι και η χρήση της Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης (GDS)(Εικόνα 3.1, σελ.30). Αυτή η κλίμακα χρησιμοποιεί ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από τριάντα ερωτήματα στα οποία οι ασθενείς απαντούν θετικά ή αρνητικά με ένα ΝΑΙ ή με ένα ΟΧΙ σχετικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματα που βίωσαν την περασμένη εβδομάδα. Μια πιο σύντομη μορφή της ανακαλύφθηκε το 1986 με το περιεχόμενό της να αποτελείται από δεκαπέντε μόνο ερωτήματα (Sheik & Yasavage 1986). Η διαδικασία διαρκεί συνήθως περίπου 5-7 λεπτά και σύμφωνα με μία έρευνα που διεξήγαγε ο Φουντουλάκης και οι συνεργάτες του (1999) φαίνεται η ευαισθησία του να αγγίζει το 92,3%, ενώ η εξειδίκευσή του το 92,2%, γεγονός που το καθιστά αξιόπιστο (Fountoulakis et al. 1999).

Η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (σύντομη μορφή)

Επιλέξτε την καλύτερη απάντηση για το πώς έχετε αισθανθεί κατά την περασμένη εβδομάδα:

1. Είστε βασικά ευχαριστημένος/η με τη ζωή σας;
Ναι/Όχι
2. Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;
Ναι/Όχι
3. Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;
Ναι/Όχι
4. Βαριέστε συχνά;
Ναι/Όχι
5. Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;
Ναι/Όχι
6. Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;
Ναι/Όχι
7. Αισθάνεστε χαρούμενος/η την περισσότερη ώρα;
Ναι/Όχι
8. Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος/η;
Ναι/Όχι
9. Προτιμάτε να μένετε σπίτι από το να βγαίνετε έξω και να δοκιμάζεται καινούργια πράγματα;
Ναι/Όχι
10. Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ότι άλλοι;
Ναι/Όχι
11. Πιστεύετε πως είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/η;
Ναι/Όχι
12. Αισθάνεστε άχρηστος/η έτσι όπως είστε τώρα;
Ναι/Όχι
13. Αισθάνεστε γεμάτος/η ενέργεια;
Ναι/Όχι
14. Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;
Ναι/Όχι
15. Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;
Ναι/Όχι

Οι απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις βαθμολογούνται έναν (1) βαθμό:

- Όχι στις 1,5,7,11,13
- Ναι στις 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15.

Συνολικό αποτέλεσμα:

- 0-4 φυσιολογική λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την εκπαίδευση, την δυσαρέσκεια του εξεταζόμενου.
- 5-8 ήπιας
- 8-11 μέτριας
- 12-15 σοβαρή

Πηγή: Sheikh J.I., Yesavage JA.: Geriatric depression scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version. *Clinical Gerontologist* 1986; 5:165- 173. Μετάφραση προσαρμογή -στάθμιση: Φουντουλάκης ΚΝ και συν, 1999.

3.5 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

Η πρόληψη της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Στόχος της πρώτης είναι η ελάττωση των επιπτώσεων, μέσα από προγράμματα ενημέρωσης του κοινού και ειδικών ομάδων πληθυσμού υψηλού κινδύνου. Η δευτεροβάθμια στοχεύει στη μείωση της εξάπλωσης (όλα τα κρούσματα σε δεδομένη χρονική περίοδο), μέσα από την τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου υποτροπής των καταθλιπτικών επεισοδίων με τη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής για τουλάχιστον εννέα μήνες μετά το τρέχον επεισόδιο ή τη λήψη σταθεροποιητών της διάθεσης για ασθενείς που ανήκουν στο διπολικό φάσμα. Τέλος η τριτοβάθμια στοχεύει στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών και τη σταθερή ιατρική παρακολούθηση. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι τα ηλικιωμένα άτομα με χρόνιες παθήσεις που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, εάν αντιμετωπίσουν επιτυχώς τα υποκείμενα οργανικά αίτια και εκπαιδευτούν στις τεχνικές χαλάρωσης, τη γνωστική

αναδιάρθρωση, την εκμάθηση επίλυσης προβλημάτων και τη συμπεριφοριστική διαχείριση της αϋπνίας και των προβλημάτων διατροφής, τότε παρουσιάζουν αυξημένη αυτονομία και επάρκεια και λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, πόνου και αϋπνίας. Στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι επίσης και η μείωση του κινδύνου εμφάνισης αγγειακού τύπου κατάθλιψης μέσω του ελέγχου της υπέρτασης, της υπερλιπιδαιμίας και των συγκεντρώσεων ομοκυστεΐνης στο πλάσμα, της χρήσης αντικαταθλιπτικών σε ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο κατάθλιψης λόγω πολυνοσηρότητας π.χ. εκφύλιση της ωχράς κηλίδας που μπορεί να επιφέρει πλήρη τύφλωση, την εκπαίδευση των ηλικιωμένων σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές θεραπείας και τη μείωση του στίγματος της κατάθλιψης, προκειμένου να αυξηθεί ο αριθμός των ηλικιωμένων που καταφεύγουν στη θεραπεία και συμμορφώνονται με αυτή (Kessler et al. 2003).

Τα πορίσματα των μελετών δευτεροβάθμιας πρόληψης αποκαλύπτουν ότι τα αντικαταθλιπτικά και η ψυχοθεραπεία από μόνα τους ή σε συνδυασμό μειώνουν τον κίνδυνο υποτροπής και επανεμφάνισης της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία. Η εφαρμογή μίας ειδικού τύπου παρέμβασης που περιλαμβάνει διεπιστημονική συνεργασία, κατάρτιση των οικογενειακών γιατρών και λοιπών εργαζομένων στον τομέα της υγείας όσον αφορά την ανίχνευση και τη διαχείριση της κατάθλιψης, καθώς και την παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων για τους πάσχοντες, φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική από τη συνήθη φροντίδα για τη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε μονάδες και ξενώνες αυτο-εξυπηρέτησης. Τέλος, τα αποτελέσματα των μελετών τριτοβάθμιας πρόληψης δείχνουν ότι η συνολική κλινική διαχείριση με στόχο τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να μειώσει τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ίσως τον κίνδυνο της αυτοκτονίας (Kessler et al. 2003).

3.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η κατάθλιψη περιλαμβάνει σημαντικές διαταραχές, όπως εκείνη του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, την αποδιοργανωτική διαταραχή της διάθεσης, τη δυσθυμία, την προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή, την καταθλιπτική διαταραχή προκαλούμενη από φαρμακευτική ουσία ή φαρμακευτική αγωγή, την καταθλιπτική διαταραχή λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης, άλλη εξειδικευμένη καταθλιπτική διαταραχή και μη καθορισμένη καταθλιπτική διαταραχή. Το κοινό χαρακτηριστικό όλων αυτών των διαταραχών είναι η παρουσία της λύπης, της αίσθησης του εσωτερικού κενού ή της ευερέθιστης διάθεσης, συνοδευόμενη από σωματικές και γνωστικές αλλαγές που επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί. Αυτό που διαφέρει μεταξύ τους είναι τα θέματα της διάρκειας, του χρονισμού ή της υποτιθέμενης αιτιολογίας. Η κατάθλιψη στα άτομα τρίτης ηλικίας εμφανίζει αρκετές διαφοροποιήσεις και κατηγοριοποιείται ανάλογα με την αξιολόγηση των συμπτωμάτων του ασθενή (Jeste et al. 2013).

Ø **Η Μείζων καταθλιπτική διαταραχή**, όπως ορίζεται από τα δύο διεθνή αναγνωρισμένα συστήματα ταξινόμησης DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5^η έκδοση. American Psychiatric Association. Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής

Εταιρείας) και ICD-10 (Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας του Οργανισμού Παγκόσμιας Υγείας. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), απαιτεί τις παρακάτω προϋποθέσεις (Jeste et al. 2013):

A. Υπάρχουν πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου των 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργία: τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Μην συμπεριλάβετε συμπτώματα που αποδίδονται σαφώς σε μια άλλη ιατρική κατάσταση.

1. Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως υποδεικνύεται είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθάνεται λυπημένος, άδειος, απελπισμένος) είτε παρατήρηση από άλλους.

2. Σημαντικά μειώθηκε το ενδιαφέρον ή η ευχαρίστηση σε όλες τις δραστηριότητες, ή σχεδόν όλες ή τις περισσότερες ώρες της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (όπως υποδεικνύεται είτε από υποκειμενική αναφορά είτε από παρατήρηση).

3. Σημαντική απώλεια βάρους όταν δεν γίνεται δίαιτα ή αύξηση βάρους (π.χ., αλλαγή μεγαλύτερη από 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα), ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.

4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.

5. Ψυχοκινητική σύγχυση ή καθυστέρηση σχεδόν κάθε μέρα (που παρατηρείται από άλλους, όχι απλώς υποκειμενικά συναισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).

6. Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.

7. Τα συναισθήματα της ανικανότητας ή της υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρητική) σχεδόν κάθε μέρα.

8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε μέρα (είτε από υποκειμενική αναφορά ή όπως παρατηρείται από άλλους).

9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις για το θάνατο (όχι μόνο ο φόβος να πεθάνουν), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς ένα συγκεκριμένο σχέδιο ή μια απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία.

B. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική αναστάτωση ή βλάβη σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας.

Γ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας ή σε άλλη ιατρική κατάσταση (Jeste et al. 2013).

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Τα κριτήρια A-Γ αντιπροσωπεύουν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Οι απαντήσεις σε μια σημαντική απώλεια (π.χ. πένθος, οικονομική καταστροφή, απώλειες από φυσική καταστροφή, σοβαρή ιατρική ασθένεια ή αναπηρία) μπορεί να περιλαμβάνουν τα συναισθήματα της έντονης θλίψης, της ελάττωσης, της αϋπνίας, της κακής όρεξης και της απώλειας βάρους που αναφέρονται στο Κριτήριο A, που μπορεί να μοιάζει με ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Αν και αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι κατανοητά ή θεωρούνται φυσιολογικά για την απώλεια, πρέπει επίσης να εξεταστεί προσεκτικά η παρουσία ενός μείζονος καταθλιπτικού. Η απόφαση αυτή απαιτεί αναπόφευκτα την άσκηση κλινικής κρίσης βασισμένης στην ιστορία του ατόμου και των πολιτιστικών κανόνων για την έκφραση της δυσφορίας στο πλαίσιο της απώλειας.

Δ. Η περίπτωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου δεν εξηγείται καλύτερα από τη σχιζο-συναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια, σχιζοφρενική διαταραχή, παραληρητική

διαταραχή ή άλλο καθορισμένο και μη καθορισμένο φάσμα σχιζοφρένειας και άλλες ψυχωσικές διαταραχές.

Ε. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα επεισόδιο μανίας ή ένα επεισόδιο υπομανίας.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Αυτή η εξαίρεση δεν ισχύει αν υπάρχουν όλα τα μανιακά ή υπομανικά επεισόδια προκαλούνται από ουσίες ή οφείλονται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας άλλης ιατρικής κατάστασης (Jeste et al. 2013).

Τα συμπτώματα για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή πρέπει να υπάρχουν σχεδόν κάθε μέρα για να θεωρηθεί ότι υπάρχει, με εξαίρεση την αλλαγή βάρους και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Η κατάθλιψη πρέπει να είναι παρούσα για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Συχνά η αϋπνία ή η κόπωση είναι παρόντα και είναι από τα συμπτώματα που παραμελούνται και που είναι πιθανό να οδηγήσουν σε λανθασμένη διάγνωση. Η θλίψη μπορεί να αμφισβητηθεί από την αρχή, αλλά μπορεί να προκληθεί μέσω συνέντευξης ή συμπεραίνεται από την έκφραση του προσώπου και τη συμπεριφορά. Με τα άτομα που επικεντρώνονται σε μια σωματική καταγγελία, οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να καθορίσουν εάν η δυσφορία από το εν λόγω παράπονο σχετίζεται με συγκεκριμένα συμπτώματα κατάθλιψης. Η κόπωση και η διαταραχή του ύπνου υπάρχουν σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων. Οι ψυχοκινητικές διαταραχές είναι πολύ λιγότερο συχνές, αλλά είναι ενδεικτικές της μεγαλύτερης συνολικής σοβαρότητας, όπως και η παρουσία παραληρηματικής ή σχεδόν παραληρητικής ενοχής. Σε υπερήλικες, της μείζονος κατάθλιψης μπορεί να προηγηθεί μια μακρά υποκλινική φάση διάρκειας έως και 3 ετών (Jeste et al. 2013).

Ø **Η Δυσθυμία,** όπως προαναφέρθηκε και στο Κεφάλαιο 1 της εργασίας, χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της μείζονος κατάθλιψης αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρύτερα σε βαρύτητα. Χαρακτηριστικά, όπως η θλιμμένη διάθεση τις περισσότερες ημέρες, κατ' εξακολούθηση για τουλάχιστον 2 έτη. Θα πρέπει να μην υφίσταται επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων ετών της διαταραχής, ειδάλλως διαγιγνώσκεται ως Διπλή Κατάθλιψη (Λύκουρας και συν. 2009).

Ø **Η Ελάσσων/Μέτρια καταθλιπτική διαταραχή** όπου θα πρέπει να υφίστανται τουλάχιστον δύο αλλά λιγότερα από πέντε από τα συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μιας και εξ' ονόματος διακρίνεται ως ελαφρύτερης μορφής. Το σύνδρομο θα πρέπει να έχει διάρκεια τουλάχιστο 2 εβδομάδων, ο ασθενής να βιώνει δυσφορία ή λειτουργική ανεπάρκεια και να μην βρίσκεται υπό επήρεια χρήσης ουσιών ιατρικής πάθησης ή πένθους. Η διάγνωση αυτή μπορεί να γίνει μόνο σε ασθενείς χωρίς ιστορικό μείζονος κατάθλιψης, δυσθυμίας, διπολικής ή ψυχωτικής διαταραχής. Η ελάσσων κατάθλιψη στους ηλικιωμένους σχετίζεται με λειτουργική ανικανότητα και περίπου το 25% των ασθενών αναπτύσσει μείζονα κατάθλιψη εντός 2 ετών (Oxman et al. 1990).

Ø **Η Διπολική διαταραχή I** (με πιο πρόσφατο καταθλιπτικό επεισόδιο) διαγιγνώσκεται σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη που έχουν ιστορικό μανιακού ή μικτού επεισοδίου. Η διπολική διαταραχή II διαγιγνώσκεται σε άτομα που εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη και με ιστορικό υπομανιακών επεισοδίων. Ακόμη στην κατηγορία των ηλικιωμένων ασθενών με διπολική διαταραχή εμφανίζονται σοβαρά επεισόδια που προκαλούν ανικανότητα, αυξημένη θνησιμότητα και κάνουν έντονη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλων ιατρικών υπηρεσιών (Young 2001).

- Ø **Η Ψυχωτική κατάθλιψη** παρατηρείται και αυτή σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη οι οποίοι όμως εμφανίζουν ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις. Συνήθως αυτές εμφανίζονται με τη μορφή ενοχής, υποχονδρίας, μηδενισμού, ιδεών καταδίωξης και κάποιες φορές ζηλοφθονίας (Alexopoulos 2005).

- Ø **Η Οργανική κατάθλιψη** βιώνεται εξαιτίας βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε λόγω μίας νόσου που προσβάλλει και επηρεάζει το ΚΝΣ, είτε λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές (Alexopoulos 2005).

- Ø **Η Διαταραχή προσαρμογής** με καταθλιπτική διάθεση εμφανίζεται σε άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα όπως εύκολο κλάμα, ή απόγνωση μέσα σε διάστημα 3 μηνών εφόσον συνέβη το περιστατικό που προκάλεσε στρες στον ασθενή. Το σύνδρομο θα πρέπει να οδηγεί σε μεγάλη δυσφορία ή ανικανότητα και θα πρέπει να εξασθενήσει εντός 6 μηνών ύστερα από την αντιμετώπιση του στρεσογόνου παράγοντα. Το πένθος δεν θεωρείται στρεσογόνο αίτιο για τη διαταραχή προσαρμογής. Ειδικά στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως αυτή της κοινωνικής θέσης, του εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων/ συντρόφου, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω κάποιας σωματικής νόσου μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με τέτοια μορφή κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία (Alexopoulos 2005).

- Ø **Η Αγγειακή κατάθλιψη.** Ένα Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) μπορεί να προδιαθέτει, να προηγείται ή και να έπεται της εκδήλωσης κάποιων καταθλιπτικών συνδρόμων της τρίτης ηλικίας. Αυτό στηρίζεται στη συν-νόσηση των καταθλιπτικών συνδρόμων με αγγειακές εγκεφαλικές αλλοιώσεις, καθώς και στο γεγονός ότι η κατάθλιψη συχνά αναπτύσσεται μετά από ένα ΑΕΕ. Οι ηλικιωμένοι με αγγειακή κατάθλιψη εμφανίζουν μεγαλύτερη αναπηρία και γνωστική δυσλειτουργία συγκριτικά με όσους πάσχουν από κατάθλιψη αλλά δεν έχουν αγγειακές βλάβες. Η ευφράδεια λόγου και η κατονομασία αντικειμένων είναι οι γνωστικές λειτουργίες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη έκπτωση σε ασθενείς με αυτή τη μορφή κατάθλιψης. Οι ασθενείς εμφανίζουν μεγαλύτερη απάθεια, επιβράδυνση, και μειωμένη ικανότητα αντίληψης, καθώς και λιγότερη ανησυχία και ενοχές από ότι οι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη χωρίς αγγειακούς παράγοντες κινδύνου (Krishnan et al. 2002).

- Ø **Η Κατάθλιψη με Σύνδρομο Εκτελεστικής δυσλειτουργίας** γίνεται αντιληπτή αρχικά ως μείζον κατάθλιψη με κυρίαρχη τη δυσλειτουργία του μετωπιαίου φλοιού και χαρακτηρίζεται από ψυχοκινητική επιβράδυνση. Συνυπάρχουν επίσης τα συμπτώματα του μειωμένου ενδιαφέροντος σε δραστηριότητες, της ανεπάρκειας στις σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινότητας, την περιορισμένη αντίληψη και τα σημάδια μιας πιο γενικότερης οργανικής κατάρπτωσης. Οι ασθενείς που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία συχνά παρουσιάζουν κακή, αργή και ασταθή ανταπόκριση στα

αντικαταθλιπτικά και χρήζουν προσεκτικό σχεδιασμό στην αγωγή τους και τακτική παρακολούθηση (Alexopoulos 2002).

3.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, η απομάκρυνση οποιαδήποτε αυτοκτονικής σκέψης, η υποτροπή ή η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, η βελτίωση της γνωσιακής και λειτουργικής κατάστασης και η καθοδήγηση των ασθενών, ώστε να αναπτύξουν τις δεξιότητες για την αντιμετώπιση της ανικανότητάς τους ή του ψυχοκοινωνικού αποκλεισμού. Ο σχεδιασμός της θεραπείας αρχίζει με την αξιολόγηση, η οποία εμβαθύνει στον εντοπισμό οποιασδήποτε λήψης φαρμάκων ή της ύπαρξης άλλων ασθενειών που προδιαθέτουν για κατάθλιψη (Arana et al. 2003, Ζαχαράκης 2007). Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει **αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ψυχοθεραπεία**, ή και την παράλληλη χρήση και των δύο. Ακόμη η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας συμβάλει και αυτή σημαντικά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κατά τον Ζαχαράκη (2007) και το Hughes (2006).

Η φαρμακευτική αγωγή η οποία αποτελεί μια μέθοδο πιο διαδεδομένη απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή των φαρμάκων με χρήση χαμηλότερων δόσεων από ότι συνηθίζεται. Αυτό συμβαίνει διότι υφίστανται αλλαγές στη φαρμακοκινητική αλλά και στη μεγάλη ευαισθησία που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι στις παρενέργειες εξαιτίας του γήρατος. Συνήθως επιλέγεται η χρήση μικρών δόσεων εκλεκτικών αντικαταθλιπτικών όπου στην πορεία αυξάνονται σταδιακά σε συνδυασμό αλληπάλληλης παρακολούθησης, σε αντίθεση με τα τρικυκλικά τα οποία χρησιμοποιούσαν παλαιότερα. Κρίνεται απαραίτητο η αγωγή να μην διακόπτεται για έξι συνεχείς μήνες έως ότου υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Σε περίπτωση προηγούμενου ιστορικού επεισοδίων κρίνεται σκόπιμη η συνεχόμενη φαρμακευτική αγωγή για ένα με δύο χρόνια χωρίς μειωμένες δόσεις (Ζαχαράκης 2007). Κατά την Arana (2003) οι ασθενείς που έχουν παρουσιάσει μόνο ένα σοβαρό επεισόδιο κατάθλιψης, η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να συνεχιστεί για τουλάχιστον 1 χρόνο. Αντιθέτως οι ασθενείς που παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα από δύο επεισόδια κατά τη διάρκεια της ζωής τους θα πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία συντήρησης για πάνω από 3 χρόνια. Σε εκείνους δε, που με ψυχωτική κατάθλιψη επιτυγχάνουν ύφεση κατόπιν θεραπείας με ένα αντικαταθλιπτικό και ένα αντιψυχωτικό φάρμακο, συνιστάται η συνέχιση του αντιψυχωτικού φαρμάκου για 6 μήνες (Arana et al. 2003). Αναλυτικά περιγράφονται παρακάτω στην παράγραφο 3.7.1 τα είδη των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις αυτές. Μελέτες αναφέρουν πως η Ελάσσονα κατάθλιψη κατά την τρίτη ηλικία χρήζει προσοχής στη χορήγηση φαρμάκων για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Παράλληλα, εάν τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από 2-3 μήνες, ο συνδυασμός SSRI (φάρμακα που αναφέρονται παρακάτω στην παράγραφο 3.7.1) και ψυχοθεραπείας είναι η θεραπεία εκλογής, παρόλο που η φαρμακευτική αγωγή από μόνη της ή η ψυχοθεραπεία από μόνη της αποτελούν λογικές εναλλακτικές λύσεις (Arana et al. 2003). Ο συνδυασμός αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τη μείζονα κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας.

Σχετικά με την ψυχοθεραπεία υπάρχουν διάφορα είδη όπως η **γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η θεραπεία επίλυσης**

προβλημάτων, η σύντομη ψυχοδυναμική αλλά και η διαπροσωπική θεραπεία είναι συνήθως τα είδη της ψυχοθεραπείας που επιλέγουν τα ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη (Aragona et al. 2003). Γενικά σε περιπτώσεις κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία μετά από στρεσογόνο παράγοντα, συνιστάται η ψυχοθεραπεία από μόνη της αλλά και σε συνδυασμό με κάποιο αντικαταθλιπτικό. Σύμφωνα με μελέτες του Hughes (2006) ιδιαίτερα αποτελέσματα φαίνεται να επιφέρουν η διαπροσωπική και η γνωστική συμπεριφορική. Αναλυτικότερα η διαπροσωπική θεραπεία βασίζεται στην αναγνώριση και λύση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής από τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Αντιμετωπίζεται χωρίζοντας τη διαδικασία σε δύο μέρη. Αρχικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων που προκαλεί η συγκεκριμένη συμπεριφορά και έπειτα η αποκατάσταση των διαπροσωπικών σχέσεων και της προσαρμογής του στο κοινωνικό σύνολο. Η γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στη διαδικασία της απαλλαγής των συμπτωμάτων της νόσου από τον αρνητικό ιδεασμό του ατόμου γενικότερα. Οι σκέψεις καθαυτού από μόνες τους δεν προκαλούν την κατάθλιψη αλλά συμβάλουν στο να επιβαρύνεται η κατάσταση. Συνήθως αρχικά γίνεται η χρήση συμπεριφορικών τεχνικών όπως ο σχεδιασμός δραστηριοτήτων για να περιορίσουν τις τάσεις του ασθενή στο να μένει αδρανής (Hughes 2006).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αποτελεί και αυτή μια μορφή αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της νόσου αλλά συνιστάται στις πιο σοβαρές μορφές κατάθλιψης με ποσοστό επιτυχίας 70-80%, όπου έρευνες αποδεικνύουν πως η φαρμακευτική αγωγή χάνει έδαφος. Κατά τη διαδικασία αυτή χαμηλής συχνότητας ρεύμα διαπερνά τον εγκέφαλο άλλοτε κατά μήκους διαμέσου του μη επικρατούς ημισφαιρίου του εγκεφάλου (**Μονόπλευρη ηλεκτροσπασμοθεραπεία**) και άλλοτε κατά πλάτος δια μέσω και των δύο ημισφαιρίων (**Αμφοτερόπλευρη ηλεκτροσπασμοθεραπεία**). Το είδος αυτό τις περισσότερες φορές επιλέγεται όταν ο ασθενής στο ιστορικό του δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή, σε περιπτώσεις αυτοκτονικών τάσεων αλλά και στις περιπτώσεις που αρνείται λήψη τροφής και υγρών (Hughes 2006).

3.7.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γνωρίζει πως οι αντικαταθλιπτικές ουσίες που λαμβάνει ένας ηλικιωμένος ασθενής δρουν καθυστερημένα και τα αποτελέσματα αυτών γίνονται αντιληπτά ύστερα από 4-6 εβδομάδες. Στο διάστημα που μεσολαβεί ο νοσηλευτής οφείλει να προετοιμάσει τον ασθενή για τις πιθανές παρενέργειές τους και να τον στηρίζει ηθικά. Το οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να ενημερωθεί και αυτό και να σιγουρευτεί για τη σωστή χορήγηση των φαρμάκων σχετικά με τον χρόνο και τη δοσολογία τους (Hughes 2006). Τα είδη των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων περιγράφονται παρακάτω:

- **Οι Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης και Νοραδρεναλίνης (SNRIS – Selective Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors)** οι οποίοι ενεργούν πάνω σε δύο νευροδιαβιβαστές και συχνά εμφανίζουν παρενέργειες όπως

ξηροστομία, θολή όραση, ορθοστατική υπόταση, επίσχεση ούρων κλπ. Δυο παραδείγματα αυτών είναι η βενλαφαξίνη και η ντουλοξετίνη.

- **Οι Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης (SSRIS – Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)** οι οποίοι σταματούν την απορρόφηση της σεροτονίνης του κυττάρου το οποίο και την απελευθερώνει και με αυτό τον τρόπο αυξάνεται η ελεύθερη σεροτονίνη στη σύναψη. Συχνά οι ασθενείς εμφανίζουν ναυτία, διάρροια, απνία, κεφαλαλγία. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται καθώς η αγχογόνος δράση τους μπορεί να επιδεινώσει τον αυτοκτονικό ιδεασμό(παράδοξη αυτοκτονία). Οι πιο γνωστοί αναστολείς αυτής της κατηγορίας είναι η παροξετίνη, η σερτραλίνη και η φλουοξετίνη.
- **Αναστολείς Πρόσληψης Σεροτονίνης.** Κύριος μηχανισμός δράσης τους είναι ο προσυναπτικός αποκλεισμός των 5-HT₂ υποδοχέων(5-υδροξυ-τρυπταμίνη ή σεροτονίνη/5-Hydroxytryptamine) ρυθμίζοντας εκλεκτικά μερικούς εγκεφαλικούς μηχανισμούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρουσιάζεται ορθοστατική υπόταση, ζάλη και πτώσεις και τα πιο συνηθέστερα αυτής της κατηγορίας είναι η τραζοδόνη και νεφαζοδόνη.
- **Αντιστρεπτός Αναστολέας της Μονοαμινοξειδάσης (RIMA- Reversible Inhibitor Monoamine Oxidase)**ή διαφορετικά οι σύγχρονοι **αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs - Monoamine Oxidase Inhibitors)** όπως η μοκλοβεμίδη. Αυτή η κατηγορία αυξάνει τους νεροδιαβιβαστές στη σύναψη χωρίς να διασπώνται από το ένζυμο μονοαμινοοξειδάση. Αυτό το ένζυμο είναι επίσης σημαντικό για τη διάσπαση της τυραμίνης, η οποία αυξάνει την αρτηριακή πίεση, άρα εμποδίζει την ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου.
- **Νοραδρενεργικό και Ειδικό Σεροτονινεργικό Αντικαταθλιπτικό (NASSA- Noradrenergic and specific serotonergic antidepressant),** το οποίο έχει αντισταμινική, νοραδρενεργική και σεροτονινεργική δράση με την πρώτη να υπερισχύει σε χαμηλές δόσεις ενώ αντίθετα όταν χορηγείται μεγαλύτερη δόση κινητοποιείται ο ασθενής. Παράδειγμα αυτής αποτελεί η μιρταζαπίνη.
- **Τα Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά** όπως η κλομιπραμίνη, η οποία αναστέλλει τη νευρωνική επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης στις προσυναπτικές νευρωνικές απολήξεις. Χρησιμοποιούνται επιφυλακτικά με τιπλοποίηση διότι προκαλούν έντονες παρενέργειες όπως καρδιαγγειακά προβλήματα και επιληπτικές κρίσεις (Hughes 2006).

Η κατάθλιψη κατά την τρίτη ηλικία αποτελεί διαταραχή που μπορεί να υποτροπιάσει. Τα αντικαταθλιπτικά είναι αποτελεσματικά, γεγονός που αποδεικνύει μελέτη, σύμφωνα με την οποία ποσοστό 90% των ηλικιωμένων με μείζονα κατάθλιψη σε ύφεση υποτροπιάσε εντός 3 ετών, όταν βρίσκονταν σε θεραπεία με συντήρηση με εικονικό φάρμακο, ενώ εκείνοι που βρίσκονταν σε συντήρηση με αντικαταθλιπτικό και διαπροσωπική ψυχοθεραπεία παρουσίασαν ποσοστά υποτροπής 20%. Τα αντικαταθλιπτικά επιλογής είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης (SNRS), και ακολουθεί η μιρταζαπίνη. Παρόλο που οι αρχικές δόσεις SSRI και SNRS που χορηγούνται

σε ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να είναι χαμηλά επίπεδα, οι τελικές δόσεις θα πρέπει να είναι παρόμοιες με αυτές που χρησιμοποιούνται και στους νέους (Arana et al. 2003).

Πριν τη δοκιμή διαφορετικής κατηγορίας αντικαταθλιπτικού συνιστάται η σωστή χορήγηση δόσεων αντικαταθλιπτικού για τουλάχιστον 4 εβδομάδες προτού κριθεί, αν επιφέρει αποτελέσματα. Εάν η απόκριση του ασθενούς σε κάποιο αντικαταθλιπτικό δεν αποδίδει, θα πρέπει να γίνει δοκιμή υψηλότερης δόσης. Αν και πάλι δεν ανταποκρίνεται των προσδοκιών του φαρμάκου, θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο χρήσης ενισχυτικού παράγοντα. Εάν το αρχικό αντικαταθλιπτικό ήταν SSRI, μπορεί να προστεθεί βουπροπιόνη, βενλαφαξίνη ή μιρταζαπίνη. Εάν ο ασθενής έλαβε αρχικά θεραπεία με βουπροπιόνη, μπορεί ενδεχομένως να βοηθήσει κάποιος SSRI ή λίθιο. Πρόσθετα η επιλογή της ηλεκτροσπασμοθεραπείας σε οποιοδήποτε στάδιο μπορεί να αποφέρει αποτελέσματα, αν ο ασθενής παρουσιάσει επιδείνωση των συμπτωμάτων. Σε περιπτώσεις ψυχωτικής κατάθλιψης κατά την τρίτη ηλικία συνιστώνται συνδυασμοί αντικαταθλιπτικών (SSRI ή βενλαφαξίνη) και άτυπων νευροληπτικών (εκτός της κλοζαπίνης). Ακολουθεί το ενδεχόμενο της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, εάν οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με τα αντικαταθλιπτικά, εάν πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη με κίνδυνο αυτοκτονίας, εάν είναι πιθανότερο να πεθάνουν λόγω της έλλειψης τροφής και υγρών, ή εάν είναι ψυχωτικοί (Arana et al. 2003).

3.7.2 ΕΠΙΠΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΗΛΙΚΩΜΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ορισμένες φορές η χρήση αντικαταθλιπτικών παρουσιάζει αρνητικές επιπτώσεις, όπως τα επεισόδια μανίας κατά την έναρξη της θεραπείας. Αυτό καθιστά αναγκαίο τη ταυτόχρονη χρήση φαρμάκων (λίθιο) για την αντιμετώπιση των μανιακών αυτή τη φορά επεισοδίων. Ακόμη η περίοδος της διαταραχής ενδέχεται να επιταχυνθεί με τη χρήση των αντικαταθλιπτικών. Οι αρνητικές αυτές επιπτώσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν με την αλλαγή στην κατηγορία των αντικαταθλιπτικών (π.χ από τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό σε αναστολέα της ΜΑΟ). Σε περίπτωση που αυτό δεν επιφέρει αλλαγή και δεν αποδώσει θετική επίδραση στον ασθενή, καταφεύγουμε στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Όταν ο συνδυασμός αντιμανιακών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δεν είναι αποτελεσματικός στη θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης, μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά ή επικουρικά κάποια άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα εκτός από την κλοζαπίνη, τα οποία έχουν αντικαταθλιπτικές ιδιότητες και μπορεί να φανούν χρήσιμα σε σοβαρές ψυχωσικές καταστάσεις, αλλά και στη μη ψυχωσική διπολική κατάθλιψη, όπως η κουετιαπίνη (Wouters et al. 2014).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό και απαραίτητο ο θεράπων ιατρός και ο νοσηλευτής να γνωρίζουν τις αλληλεπιδράσεις και τις παρενέργειες πριν από τη χορήγηση ψυχοτρόπων σκευασμάτων και να απαγορεύουν τη χορήγησή τους όταν ο ασθενής έχει καταναλώσει αλκοόλ ή ναρκωτικές ουσίες. Να υπάρχει βεβαιότητα για τη διάγνωση της ψυχικής διαταραχής. Σε διαφορετική περίπτωση θα πρέπει ο ασθενής να παρακολουθείται και να λαμβάνει τις ελάχιστες δυνατές δόσεις των απαιτούμενων φαρμάκων. Επίσης η θεραπεία θα πρέπει να δρα εξειδικευμένα στα συμπτώματα, έτσι ώστε να είναι δυνατή η ανίχνευση

της επιτυχίας της και η έγκαιρη διόρθωσή της (σε αυτή την περίπτωση είναι ιδιαίτερα χρήσιμο ένα ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων το οποίο συμπληρώνεται είτε από την οικογένεια του ασθενούς είτε από το νοσηλευτικό προσωπικό). Σημαντικό είναι να εξασφαλίζεται η σωστή δοσολογία και ο χρόνος χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής, έτσι ώστε τυχόν αποτυχία της θεραπείας να αποκλείει τη χρήση του ίδιου φαρμάκου ή συνδυασμού φαρμάκων στο μέλλον. Η διακοπή των φαρμάκων πρέπει να γίνεται σταδιακά και με μεγάλη προσοχή έτσι ώστε να αποφευχθεί τυχόν υποτροπή ή σύνδρομο στέρησης του ασθενούς. Βεβαίως αν είναι δυνατό, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η εκούσια συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική του αγωγή, ενώ τυχόν ανικανότητά του θα πρέπει να υποκαθίσταται από άδεια της οικογένειάς του ή κάποιο σχετικό νομικό μηχανισμό (Wouters et al. 2014).

Η υπερσυνταγογράφηση μπορεί εν μέρει να εξηγήσει και τα ποσοστά μη συμμόρφωσης στην αγωγή. Ένα σημαντικό μειονέκτημα των αντικαταθλιπτικών είναι η χαμηλή συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία που φτάνει το 40% (Montgomery&Kasper 1995). Αυτό το γεγονός σχετίζεται με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντικαταθλιπτικών (υπνηλία, καταστολή) αλλά και στη μοιρασμένη σε δύο ή τρεις δόσεις την ημέρα χορήγηση, που συνέβαινε κυρίως με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά. Για να είναι αποτελεσματική η αντικαταθλιπτική θεραπεία έχει αποδειχθεί πως έχει μεγάλη σημασία να πιστέψουν οι ίδιοι οι ασθενείς πως η αγωγή τους θα έχει αποτέλεσμα, και να προσπαθήσουν να κατανοήσουν το πόσο σημαντικό είναι να ακολουθήσουν σωστά τη δοσολογία. Κατ' αυτό τον τρόπο, μειώνονται τα ποσοστά της εκούσιας μη συμμόρφωσης στο θεραπευτικό σχήμα που έχει προταθεί από τον θεράποντα ιατρό, αναφέρονται λιγότερες και πιο ήπιες παρενέργειες και είναι πιο πιθανό να έχει τελικά η αγωγή το προσδοκώμενο αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής (Arana et al. 2003, Wouters et al. 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

4.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Από τους γηριατρικούς νοσηλευτές δεν απαιτείται μόνο να έχουν επιστημονικές γνώσεις αλλά και δεξιότητες θεραπευτικής επικοινωνίας προσεγγίζοντας με ενσυναίσθηση τους πάσχοντες. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιμετωπίζουν συνήθως και ιατρικά προβλήματα που απαιτούν την αφοσίωση των νοσηλευτών(Cahoon 2012). Οι περιπτώσεις κατάθλιψης στον πληθυσμό των ηλικιωμένων υποδιαγιγνώσκονται και ως εκ τούτου υποθεραπεύονται. Έτσι, το πρώτο βήμα για την καταπολέμησή της είναι να συμβουλευτούν έναν ειδικό. Η θεραπεία της κατάθλιψης με τη βοήθεια ενός επαγγελματία υγείας μπορεί να αποβεί ομαλότερη και ευκολότερη διαδικασία από ό, τι ο ασθενής να την αντιμετωπίζει μόνος του(Cahoon 2012). Οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές μπορούν να εμπλουτίσουν τη ζωή των ασθενών με δραστηριότητες και να τους βοηθήσουν στην πρόληψη της κατάθλιψης. Σε κάποια γηροκομεία, οι νοσηλευτές βοηθούν σε τακτική βάση τα άτομα σε θέματα όπως η υγιεινή διατροφή, η φυσική δραστηριότητα, η τήρηση χρονοδιάγραμματος δραστηριοτήτων κλπ. Επίσης τους βοηθούν να ανακαλύψουν νέες ψυχαγωγικές δεξιότητες ή χόμπι όπως το πλέξιμο, το διάβασμα κ.α (Ell 2006). Επίσης, διατηρώντας τακτική επαφή με το συγγενικό περιβάλλον ή τους φίλους επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό θετικά τον ηλικιωμένο και τη συνολική του ευημερία, αλλά και τις απόψεις των άλλων για την Τρίτη ηλικία(Ell 2006).

Η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες, όπως παζλ, παιχνίδια ή την ανάγνωση μπορεί να αυξήσει ή τουλάχιστον να διατηρήσει την εγκεφαλική τους δραστηριότητα. Ως αποτέλεσμα, η συμμετοχή αυτή ενδυναμώνει την εμπιστοσύνη των ηλικιωμένων στις γνωστικές τους ικανότητες. Η νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να προσφερθεί με διάφορους τρόπους για να εξασφαλίσει την ικανοποίηση και ένα υγιές περιβάλλον για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Έρευνες αναφέρουν πως ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι, το να έχουν έναν προσωπικό φροντιστή για να τους βοηθάει στις καθημερινές δραστηριότητές τους ή έναν σύντροφο για να μοιράζονται τα αγαπημένα τους χόμπι μπορεί να είναι επωφελής. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων με κατάθλιψη τις περισσότερες φορές προσέρχεται για τη θεραπεία φυσικών προβλημάτων και όχι για τις διαταραχές της διάθεσης. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογήσουν αυτές τις διαταραχές ανεξάρτητα από το αν οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν συμπτωματολογία και αυτό πρέπει να γίνεται επειδή η διάθεση επηρεάζει τις καθημερινές λειτουργίες και μπορεί να παρεμποδίζει και τη θεραπεία άλλων συνοδών νοσημάτων (Ell 2006).

Μερικοί ασθενείς αποκρύπτουν τα συμπτώματα από τον φόβο του χαρακτηρισμού ως "ψυχικά ασθενείς". Τέλος, αρκετά σημάδια της κατάθλιψης μπορεί να φαίνεται ότι είναι φυσικά συμπτώματα, όπως η χρόνια κόπωση, το σύνδρομο ανεξήγητου πόνου και δυσανάλογα παράπονα που σχετίζονται με διάφορες σωματικές διαταραχές. Είναι σημαντικό για τους μη ψυχιατρικούς νοσηλευτές να γνωρίζουν και να κατανοούν την

έννοια της κατάθλιψης, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αναζητήσουν βοήθεια από ειδικούς, αν και εφόσον υφίσταται. Μετά από την αρχική εξέταση, η περαιτέρω αξιολόγηση και παραπομπή σε ειδικό θα εξαρτηθεί από την κατάσταση του ηλικιωμένου. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναφέρουν τα συμπτώματα στον γιατρό, ο οποίος στην πορεία θα διεξάγει μια πιο εκτεταμένη αξιολόγηση (Howel 2013).

4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Αναλυτικότερα ο ρόλος του νοσηλευτή αφορά την παρατήρηση του ασθενή, την ηθική του υποστήριξη, τη δημιουργία θεραπευτικού κλίματος, την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας και της εκπαίδευσης του ασθενούς. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δρα αντικειμενικά και με υπευθυνότητα. Να αξιολογεί με ακρίβεια τα συμπτώματα καθώς και να εκτιμά σωστά την πορεία της εξέλιξης της νόσου. Η γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενή, σωματική και ψυχική, εξαρτάται άμεσα από την υποστήριξή του, την εγκατάσταση μιας διαρκούς σχέσης εμπιστοσύνης, ώστε να μπορεί ο νοσηλευτής να πραγματοποιεί συνεχή αξιολόγηση της κατάστασης και της παρεχόμενης φροντίδας. Το κομμάτι της εκπαίδευσης σε τρόπους καθημερινής ζωής είναι ένα από τα σημαντικότερα σημεία διότι αφορά άμεσα όχι μόνο τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του. Βασικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών είναι πως θα πρέπει να διακρίνονται από εχεμύθεια, να σέβονται το ιατρικό απόρρητο και να υπερασπίζονται τα ατομικά δικαιώματα των ηλικιωμένων καθώς και να επαγρυπνούν για τυχόν σημεία κακοποίησης ή παντός τύπου άλλης εκμετάλλευσης (Ιεροδιακόνου & Ιακωβίδης 1997).

Αυτό που επιδιώκει η νοσηλευτική φροντίδα είναι αρχικά οι ασθενείς να είναι σε θέση να προσδιορίσουν τα συναισθήματα που τους οδηγούν στην κοινωνική απομόνωση. Να καταφέρουν να πάρουν μέρος σε ορισμένες δραστηριότητες, να αναπτύξουν την κοινωνική τους πλευρά, να εξετάσουν το ενδεχόμενο να βρουν τρόπους τους οποίους θα ανακαλούν όταν αισθάνονται την ανάγκη απόσυρσης και να υιοθετήσουν κάποιες συμπεριφορές πρότυπα που θα μπορούσαν να αποθαρρύνουν τους άλλους να επιδιώξουν την επαφή μαζί τους. Ακόμη, να αποκτήσουν αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση. Ο νοσηλευτής βοηθά ουσιαστικά με το να εκπαιδεύσει τον ασθενή να φροντίζει τον εαυτό του (να τηρεί τους κανόνες υγιεινής) αλλά και να προσέχει τη διατροφή, την εμφάνιση και τη συμπεριφορά του. Τον επαινεί όταν τα καταφέρει και τον διαβεβαιώνει ότι θα είναι πάντα στο πλευρό του. Η διαδικασία της ανάθεσης στόχων επιφέρει αποτελέσματα όταν οι ασθενείς φτάνουν στο επίπεδο να απολαμβάνουν και να αναζητούν τις δραστηριότητές τους ομαδικά αλλά και μη, όπως συνέβαινε στη ζωή τους και πριν την κατάθλιψη. Φυσικά θα πρέπει να δηλώσουν και να αποδείξουν την πρόοδο της διατήρησης των σχέσεων με τους φίλους και τους συγγενείς (Ιεροδιακόνου & Ιακωβίδης 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Σύμφωνα με τον Eby et al. (2010) η νοσηλευτική εκτίμηση αποτελεί το πρώτο αλλά και ένα από τα πιο σημαντικά στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Αρχικά ο νοσηλευτής αναλαμβάνει τη συλλογή των πρώτων στοιχείων με βάση των οποίων θα προβεί στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή. Το νοσηλευτικό ιστορικό το οποίο θα συλλέξει θα πρέπει να περιλαμβάνει αναφορές σχετικά με το οικογενειακό του ιστορικό, την καταγραφή έντονων στρεσογόνων καταστάσεων αλλά και το ιστορικό με βάση την κατάθλιψη (Ouzouni et al. 2008). Θα πρέπει να καταγράψει στοιχεία σχετικά με προηγούμενα καταθλιπτικά επεισόδια, κατανάλωση αλκοόλ ή χρήση ναρκωτικών ουσιών και τυχόν πρόσφατης απώλειας. Επιπροσθέτως ο νοσηλευτής οφείλει να σημειώσει τυχόν χαρακτηριστικά του ασθενή που προδίδουν εμφανώς συμπτώματα κατάθλιψης, τη γνωσιακή, συναισθηματική καθώς και τη συμπεριφοριστική απάντηση του ατόμου εξατομικευμένα με τη βοήθεια του προσχεδιασμένου ιστορικού για τις συναισθηματικές διαταραχές (Eby et al. 2010).

Σημαντικό κομμάτι της νοσηλευτικής εκτίμησης αποτελεί η εκτίμηση των αυτοκτονικών παραγόντων κινδύνου όσο και οι πιθανές αυτοκτονικές συμπεριφορές που μπορεί να αποβούν θανατηφόρες (Eby et al. 2010). Ακόμη κομμάτι μείζονος σημασίας αποτελεί η οικογένεια του ασθενή η οποία δρα ως βασικό υποστηρικτικό σύστημα και χρήζει προσοχής από τον νοσηλευτή. Απαιτείται η εκτίμηση των γνώσεων της οικογένειας σχετικά με την κατάθλιψη αλλά και του ίδιου του ατόμου σχετικά με την υποτροπή των διαταραχών της διάθεσής του. Η διερεύνηση αφορά το οικογενειακό περιβάλλον και τις προθέσεις της ίδιας της οικογένειας, κατά πόσο δηλαδή είναι πρόθυμη να βοηθήσει και να τηρεί τις οδηγίες σχετικά με τη συστημένη θεραπεία, είναι σε θέση να αναγνωρίζει τα σημάδια υποτροπής και την ανάγκη για την ανάληψη της φροντίδας του δικού της ανθρώπου, καθώς επίσης, κατά πόσο ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να αναλάβει την αυτοφροντίδα του (Grohol 2010, Redfern and Ross 2011).

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η νοσηλευτική διάγνωση αφορά την ανάλυση της γενικότερης διάθεσης του ασθενή, την αξιολόγηση των επιπέδων του άγχους, το βαθμό αυτοελέγχου και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της κατάστασής του. Με αυτόν τον τρόπο εντοπίζεται και η πιθανή ύπαρξη αυτοκτονικής διάθεσης γεγονός που κατατάσσει τον ασθενή σε κατηγορία υψηλού κινδύνου. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση για τα άτομα (και το περιβάλλον τους) με καταθλιπτική διαταραχή ή αυτοκτονική συμπεριφορά και

ιεραρχεί τις ανάγκες για φροντίδα όπως αναφέρεται παρακάτω στον Πίνακα 5.1(σελ.43), σύμφωνα με τον συγγραφέα Eby et. al. (2010).

Πίνακας 5.1 Σημεία αξιολόγησης για ενδείξεις κατάθλιψης που πραγματοποιείται από τον νοσηλευτή.

1. Άγχος
2. Αντιμετώπιση αναποτελεσματικής οικογένειας: συμβιβαστική λύση
3. Αντιμετώπιση αναποτελεσματικής προσωπικότητας του ατόμου
4. Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας
5. Λύπη, δυσλειτουργία
6.Έλλειψη ελπίδας
7.Έλλειμματική γνώση
8.Διαταραχή στη διατροφή, κίνδυνος λήψης λιγότερης ποσότητας από την αναγκαία ή και περισσότερης
9. Καταβολή δυνάμεων
10. Έλλειψη αυτοεκτίμησης
11. Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς
12. Διαταραχή του ύπνου
13. Κοινωνική απομόνωση
14. Πνευματικές ανησυχίες
15. Μειωμένη κριτική ικανότητα.
16. Κίνδυνος για άσκηση βίας και στον εαυτό του και στους άλλους

Πηγή: Eby, L., Brown, N., (2010). Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. 2η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.

Η σωστή αναγνώριση της κατάθλιψης και του άγχους είναι το απαραίτητο πρώτο βήμα για οποιαδήποτε συνεχή αξιολόγηση, παρακολούθηση, υποστήριξη και θεραπεία. Η αναγνώριση της κατάθλιψης ή των διαταραχών άγχους απαιτεί τη γνώση των συμπτωμάτων που συνθέτουν αυτούς τους όρους. Σύμφωνα με τον οδηγό που συνέταξε ο Haddad et al (2011) υπάρχουν διαφόρων ειδών εργαλεία τα οποία είναι διαθέσιμα για να βοηθήσουν στην ταυτοποίηση της κατάθλιψης και του άγχους. Δύο από τα πιο συχνά που χρησιμοποιούνται περιγράφονται στον οδηγό του. Ένα από τα εργαλεία αυτά είναι οι ερωτήσεις "Whooley" οι οποίες ονομάστηκαν από τον ίδιο τον ερευνητή ο οποίος αρχικά το εξέτασε (παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.2.,σελ.44) Χρησιμοποιούν μια μορφή απάντησης «ναι» ή «όχι» για την εμφάνιση των δύο βασικών χαρακτηριστικών της κατάθλιψης. Μια θετική απάντηση σε μία ή και στις δύο ερωτήσεις προσδιορίζει ένα άτομο ως πιθανή κατάθλιψη με απαιτούμενη περαιτέρω αξιολόγηση για να διαπιστωθεί αν όντως υπάρχει. Δίνει δηλαδή αρχικά μια πρώτη ένδειξη για το αν υφίσταται αρχικά η διαταραχή.

Πίνακας 5.2 Ερωτήσεις Whooley

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ WHOOLEY

1. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε συχνά ψυχολογικά πεσμένος ή απελπισμένος ή πως βιώνετε κατάθλιψη;

2. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε συχνά να μειώνεται ή χάνετε το ενδιαφέρον ή την ευχαρίστηση στο να κάνετε καινούρια πράγματα;

Πηγή:Haddad M., Marta Buszewicz, Beth Murphy (2011). Supporting people with depression and anxiety. A guide for practice nurses. United Kingdom.

Παρατηρείται πως απαιτείται αρκετά συχνά από τους ασκούμενους νοσηλευτές να εφαρμόζουν την τακτική αυτή. Υπάρχει περίπτωση να υποβάλουν τις ερωτήσεις με έναν τρόπο τέτοιο που είναι απίθανο να οδηγήσει σε θετική απάντηση και αυτό συμβαίνει όταν αισθάνονται ανασφάλεια για τον τρόπο παροχής της σχετικής περαιτέρω αξιολόγησης αλλά και της αποτελεσματικής υποστήριξης εάν ο ασθενής απαντήσει «ναι» και στις δύο ερωτήσεις.

Αν το άτομο απαντήσει «ναι» σε αμφότερες αυτές τις ερωτήσεις ελέγχου, συνιστάται ένα άλλο λεπτομερέστερο εργαλείο ταυτοποίησης συμπτωμάτων που ονομάζεται PHQ-9 για να καθοριστεί εάν το άτομο είναι καταθλιπτικό και σε ποιο επίπεδο κατατάσσεται. Είναι μια σύντομη και απλή διαδικασία και έχει καλές ιδιότητες ανίχνευσης για την κατάθλιψη αλλά και όταν συνυπάρχει με ιατρικά προβλήματα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βαθμολογήσει τη σοβαρότητα της κατάθλιψης κάποιου κατά την έναρξη (πρώτο ραντεβού) αλλά και στη συνέχεια κατά την παρακολούθηση (μετά την έναρξη της θεραπείας). Προσθέτοντας μαζί το σκορ για όλες τις απαντήσεις στο τέλος δίνει ένα απλό μέτρο για το πόσο σοβαρή είναι η κατάθλιψη κάποιου ατόμου. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο πιο σοβαρή είναι η κατάσταση του ασθενή. Ένα αντίγραφο του PHQ-9 περιλαμβάνεται ως δείγμα στον Πίνακα 5.3,σελ.44 (Haddad et al. 2011, Cahoon 2012).

Πίνακας 5.3 PHQ-9 εργαλείο ταυτοποίησης συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Οι απαντήσεις βαθμολογούνται με 0= Καθόλου, 1= Μερικές μέρες, 2= Περισσότερες από τις μισές μέρες, 3=Σχεδόν κάθε μέρα. Η αξιολόγηση γίνεται με συνολικό σκορ 0-27).

Τις τελευταίες δύο εβδομάδες, πόσο συχνά έχετε ενοχληθεί από τα παρακάτω προβλήματα;

1. Διακρίνετε πως έχετε λίγο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση στο να κάνετε πράγματα;
2. Νιώθετε ηθικά πεσμένος, σε κατάθλιψη ή απελπισμένος;
3. Αντιμετωπίζεται προβλήματα στο να κοιμηθείτε ή στο να παραμείνετε σε κατάσταση ύπνου, ή να κοιμάστε πάρα πολύ;
4. Αισθάνεστε κουρασμένοι ή έχετε λίγη ενέργεια;
5. Διακρίνετε κακή όρεξη ή υπερκατανάλωση τροφής;
6. Αισθάνεστε άσχημα για τον εαυτό σας, ή ότι είστε αποτυχημένοι, ή ότι απογοητεύσατε τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας ;
7. Αντιμετωπίζετε προβλήματα συγκέντρωσης σε πράγματα, όπως η ανάγνωση μιας εφημερίδας ή να παρακολουθείτε τηλεόραση;
8. Κινείστε ή μιλάτε τόσο αργά ώστε άλλοι άνθρωποι το έχουν παρατηρήσει ή

- το αντίθετο - είστε τόσο νευρικοί ή ανήσυχoi πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως;
9. Κάνετε σκέψεις ότι θα ήταν καλύτερα να πεθάνετε ή να πληγωθείτε με κάποιον τρόπο;

Πηγή:Haddad M., Marta Buszewicz, Beth Murphy (2011). Supporting people with depression and anxiety. A guide for practice nurses. United Kingdom.

5.2.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ Ή ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ

Παρόλο που δεν είναι πολύ πιθανό να συμβεί, μπορεί να αντιμετωπίσετε έναν ασθενή για τον οποίο να ανησυχείτε πολύ. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ο ασθενής φαίνεται πολύ καταθλιπτικός και δεν λαμβάνει επαρκή θεραπεία ή επειδή αποκαλύπτει αυτοκτονικές σκέψεις ή σχέδια. Πολλοί άνθρωποι που βιώνουν κατάθλιψη (πιθανώς οι περισσότεροι άνθρωποι στην πραγματικότητα) έχουν παροδικές σκέψεις για το θάνατο ή για τον αυτοτραυματισμό ή την αυτοκτονία. Δεν σημαίνει όμως ότι θα προσπαθήσουν να ενεργήσουν πάνω τους ή ότι εάν τεθεί το ερώτημα σχετικά με τις αυτοκτονικές σκέψεις ή σχέδια δεν σημαίνει ταυτόχρονα πως δημιουργούνται ιδέες στον ασθενή ή αυξάνει τον κίνδυνο να υποπέσει σε αυτή. Οι ασθενείς συχνά ανακουφίζονται όταν έχουν την ευκαιρία να μιλήσουν για το πόσο άσχημα αισθάνονται ή για τους φόβους τους για το τι μπορούν να κάνουν. Αλλά αν εμφανίζουν αυτές τις σκέψεις, είναι καλή ιδέα να τους ρωτήσετε τις ακόλουθες ερωτήσεις που αναγράφονται στον Πίνακα 5.4, σελ.45 και να σταματήσετε μόνο όταν λένε όχι(Haddad et al. 2011).

Πίνακας 5.4 Σύντομη αξιολόγηση κινδύνου αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού

ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
Έχετε σκεφτεί να βλάψετε τον εαυτό σας ή να αυτοκτονήσετε;
Νιώσατε ποτέ να θέλετε να ενεργήσετε πάνω σ αυτές σας τις σκέψεις;
ή
Σκεφτήκατε ποτέ στην πραγματικότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;
Έχετε σκεφτεί πως θα το πράξετε;
Πόσο πιθανό είναι να κάνετε αυτές τις σκέψεις πράξη;

Πηγή:Haddad M., Marta Buszewicz, Beth Murphy (2011). Supporting people with depression and anxiety. A guide for practice nurses. United Kingdom.

Για αρκετούς ίσως η διαδικασία αυτή να είναι τρομακτική ή ακόμα και ενοχλητική να συζητάς με κάποιον για αυτού του είδους τις σκέψεις ή πράξεις. Μπορεί επίσης να φαίνεται δυσάρεστο να ακούτε κάποιον που βιώνει την απελπισία. Ωστόσο, εάν είστε σε θέση να παραμερίσετε τα συναισθήματά σας και να εστιάσετε στις ανάγκες του ατόμου και να παραμείνετε στην αρμοδιότητα του ρόλου σας, τότε θα είστε σε θέση να εργασθείτε για να εντοπίσετε και να υποστηρίξετε κάποιον που μπορεί να σκέφτεται να αυτοκτονήσει. Η αυτοκτονία συνδέεται άμεσα με την κατάθλιψη και τους παράγοντες κινδύνου όπως η χρόνια ασθένεια, η σωματική βλάβη, ο πόνος που δεν έχει αποκατασταθεί, το οικονομικό άγχος, η απώλεια και η θλίψη, η κοινωνική απομόνωση και ο αλκοολισμός. Ασθενείς που έχουν αυτοτραυματιστεί προηγουμένως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αφαιρέσουν τη

ζωή τους στο μέλλον, όπως και οι ηλικιωμένοι άνδρες και όσοι είναι κοινωνικά απομονωμένοι με χρόνιες φυσικές ασθένειες(Haddad et al. 2011).

5.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής παρέμβασης έχει σαν κύριο πρωταγωνιστή τον καταθλιπτικό ασθενή και την οικογένειά του ή το κοντινό του περιβάλλον το οποίο και καλείται να διαχειριστεί ο νοσηλευτής. Οργανώνει εφικτούς στόχους επιδιώκοντας να μειώσει το στρες του ασθενή αλλά και να τον προετοιμάσει κατάλληλα έτσι ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει σε έντονες στρεσογόνες καταστάσεις. Να τον βοηθήσει να βελτιώσει την αυτοεκτίμησή του και να επιδιώξει να τον κάνει να εξωτερικεύει συναισθήματα προς τους οικείους του. Να τον βοηθήσει να κάνει θετικές σκέψεις με γνώμονα την πραγματικότητα για να αποκατασταθεί με αυτόν τον τρόπο η έλλειψη ελπίδας. Καλείται να τον ενθαρρύνει να συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις και να μην αποστασιοποιείται από τους γύρω του. Σημαντικό κομμάτι αποτελεί φυσικά και η αποκατάσταση της διαταραχής του ύπνου και της διατροφής του(Happell et al. 2008, Eby et al. 2010).

Ακόμη το οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να δρα ενεργά και ενθαρρυντικά προς τον πάσχοντα και να δείχνει κατανόηση στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διαταραχής. Το πλάνο της νοσηλευτικής φροντίδας που εφαρμόζεται σε καταθλιπτικό ασθενή παρουσιάζεται παρακάτω στον Πίνακα 5.5, σελ.46(Happell et al. 2008, Eby et al. 2010).

Πίνακας 5.5 Νοσηλευτικό πλάνο για ασθενείς με κατάθλιψη

1. Αποδοχή του ασθενή ως ολότητα
2. Δημιουργία καθημερινού προγράμματος με σκοπό την καλύτερη προσαρμογή του ασθενή.
3. Εξασφάλιση της διατροφής του συμπεριλαμβάνοντας τροφές της αρεσκείας του.
4. Βελτίωση του ύπνου του παρέχοντας ένα κατάλληλο περιβάλλον.
5. Προτροπή του σε συμμετοχή κοινωνικών δραστηριοτήτων.
6. Αποβολή αρνητικών σκέψεων και αντιλήψεων που έχει για τον εαυτό του.
7. Επίτευξη εύκολων στόχων αρχικά και σταδιακά σε πιο περίπλοκους.
8. Αποδοχή όλων των συναισθημάτων που εκφράζει.
9. Βοήθεια στην αποβολή της ελαττωμένης εκτίμησης
10. Εφαρμογή προληπτικών μέτρων σε συνθήκες αυτοκτονικής τάσης
11. Ορθή διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής ανάλογα με τις εργαστηριακές εξετάσεις.
12. Παρακολούθηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και των πιθανών επιπλοκών.

13. Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε θεραπευτικές δραστηριότητες για την καλύτερη εκδήλωση των συναισθημάτων αλλά και στην ομαδική ψυχοθεραπεία ώστε να συναναστρέφεται και με άλλους που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή.
14. Εκπαίδευσή του σύμφωνα με την ασθένεια με στόχο τον αυτοέλεγχο
15. Χρήση ενισχυτικών τεχνικών στην εκδήλωση παραισθήσεων.

5.4 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για τον καθορισμό της θεραπείας των ασθενών είναι η σοβαρότητα της κατάθλιψης και του άγχους. Οι επιλογές των ασθενών και το ιστορικό τους (τι μπορεί να ήταν χρήσιμο ή όχι) είναι επίσης κρίσιμο για να επιλεγθεί το είδος της θεραπείας. Κάποια από αυτά τα είδη είναι ο ενεργός έλεγχος του ασθενή. Για τους ασθενείς που εμφανίζουν ήπια χαρακτηριστικά κατάθλιψης (δηλαδή σχετικά λίγα συμπτώματα και ελάχιστη λειτουργική πρόσκρουση), η λήψη μιας σαφούς εικόνας των συμπτωμάτων τους και των συνθηκών της ζωής τους ή πιθανής εμφάνισης στρες που μπορεί να σχετίζονται με την εικόνα τους είναι το πρώτο σωστό βήμα που μπορεί να κάνει ένας νοσηλευτής. Αυτό βοηθά τον ασθενή να αισθάνεται άνετα και να αναζητά μια περαιτέρω αξιολόγηση. Επομένως μια επακόλουθη αξιολόγηση των συμπτωμάτων και της σχετικής κοινωνικής κατάστασης εντός δύο εβδομάδων από την πρώτη συνάντηση είναι η κατάλληλη αρχική απάντηση. Αυτό ονομάζεται ενεργός έλεγχος και είναι σημαντικό επειδή αρκετά από αυτά τα άτομα που παρουσιάζουν σχετικά ήπια συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους θα διαπιστώσουν ότι αυτά επιλύονται χωρίς θεραπεία. Αν έχετε χρησιμοποιήσει μια κλίμακα όπως το PHQ-9 μαζί με την αξιολόγηση, μπορεί να βοηθήσει να προσδιορίσετε, αν τα συμπτώματα κάποιου έχουν βελτιωθεί, εάν το επαναλάβετε στην επόμενη επαφή σας με τον ασθενή (Haddad et al. 2011, Cahoon 2012).

Αγωγή υγείας και απλές παρεμβάσεις είναι το επόμενο βήμα. Εάν κατά την παρακολούθηση της αναφοράς, κάποιος εξακολουθεί να έχει σαφή συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, αλλά τα χαρακτηριστικά είναι ήπια, τότε παρέχοντας εκπαίδευση για την υγεία σχετικά με τα συμπτώματα και τα πιθανά αίτιά τους και τα διαθέσιμα είδη αυτοδιαχείρισης και θεραπείας μπορούν να αποφανθούν χρήσιμα. Τα οφέλη από την πληροφόρηση, συμβουλές και εκπαίδευση σχετικά με την κατάθλιψη δεν πρέπει να υποτιμούνται. Οι απλές εξηγήσεις σχετικά με την κατάθλιψη μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να κατανοήσουν συμπτώματα δυσφορίας που έχουν και να δώσουν ελπίδα για ανάκαμψη (Haddad et al. 2011, Cahoon 2012).

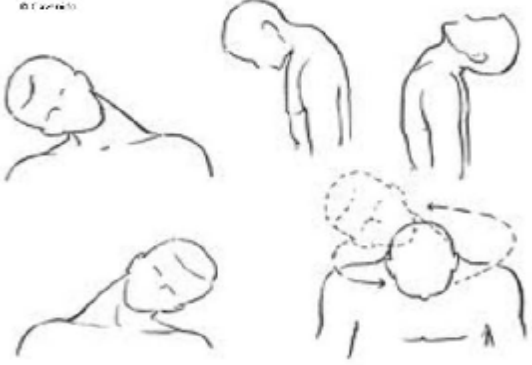
Ακόμη η σωματική δραστηριότητα μπορεί να βοηθήσει σε αυτές τις καταστάσεις. Πολλοί άνθρωποι με κατάθλιψη βιώνουν απώλεια ενέργειας και συνεχή συναισθήματα κόπωσης. Λαμβάνοντας κάποια μορφή άσκησης για παράδειγμα κολύμβηση, περπάτημα, το τρέξιμο δύο έως τρεις φορές την εβδομάδα μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση αρκετών από τα συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Όπου είναι δυνατόν, ενθαρρύνετε την υπαίθρια άσκηση, καθώς αυτό έχει μεγαλύτερο όφελος από την εσωτερική άσκηση. Η σωματική δραστηριότητα είναι ένα αποτελεσματικό αντικαταθλιπτικό, καθώς όταν ασκούμε το σώμα μας απελευθερώνουμε χημικές ουσίες

που ονομάζονται ενδορφίνες. Η άσκηση μπορεί επίσης να δώσει περισσότερη ενέργεια και να βελτιώσει τον ύπνο και την όρεξη. Φυσικά θα χρειαστεί να προσαρμόσετε τις συμβουλές σας στη σωματική δραστηριότητα και στη σωματική υγεία του ατόμου. Να αναγνωρίζετε ότι ένα άτομο που έχει κατάθλιψη θα στερείται σχεδόν πάντα κινήτρου και ενέργειας και έτσι θα χρειαστεί να αναπτύξει αργά το επίπεδο της δραστηριότητάς του (Haddad et al. 2011, Cahoon 2012).

Τέλος η εφαρμογή κάποιων τεχνικών χαλάρωσης μπορούν να φανούν αρκετά χρήσιμες. Η κατάθλιψη συνδέεται συχνά με την ένταση και το άγχος. Η χαλάρωση είναι η φυσική απάντηση στο άγχος. Είναι σημαντικό το άτομο να χαλαρώνει κατά τη διάρκεια της ημέρας είτε αισθάνεται αγχωμένο είτε όχι. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι χαλάρωσης όπως γιόγκα, ανάγνωση, ακρόαση χαλαρωτικών ήχων, επιβίβαση για σύντομες διακοπές κ.τ.λ.. Ουσιαστικό αποτελεί η ενθάρρυνση του ασθενή να προσπαθήσει να καταλάβει τι είναι αυτό που τον βοηθάει να νιώθει χαλαρός. Η μάθηση και η πρακτική των τεχνικών χαλάρωσης θα τον βοηθήσει να αντιμετωπίζει καλύτερα τις συνέπειες του στρες, ιδιαίτερα εάν χρησιμοποιούνται τακτικά και όχι μόνο όταν κάποιος αισθάνεται υπό ιδιαίτερη πίεση. Οι ασκήσεις χαλάρωσης μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν τους ασθενείς να προετοιμαστούν για ύπνο (Haddad et al. 2011, Cahoon 2012). Ένα απλό παράδειγμα ασκήσεων μυϊκής χαλάρωσης που μπορείτε να υιοθετήσετε και να προτείνετε δίνεται παρακάτω στον Πίνακα 5.6, σελ.48.

Πίνακας 5.6 Ασκήσεις χαλάρωσης για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης

<p style="text-align: center;">ΧΕΡΙΑ</p> <p>Σφίξτε το ένα χέρι σφιχτά για μερικά δευτερόλεπτα καθώς εισπνέετε. Πρέπει να αισθανθείτε τους μυς του αντιβραχίου σας τεταμένους. Στη συνέχεια χαλαρώστε το και εκπνεύστε. Επαναλάβετε με το άλλο χέρι.</p>	 <p style="text-align: center;">Straight hand Hook fist Full fist Straight fist</p>
<p style="text-align: center;">ΠΗΧΗΣ</p> <p>Λυγίστε έναν αγκώνα και σφίξτε όλους τους μυς στο βραχίονα για μερικά δευτερόλεπτα καθώς εισπνέετε. Κατόπιν χαλαρώστε το χέρι σας και εκπνεύστε. Επαναλάβετε το ίδιο με το άλλο χέρι</p>	<p style="text-align: center;">ΣΤΗΘΟΣ</p> <p>Πάρτε μια βαθιά αναπνοή και κρατήστε την για λίγα δευτερόλεπτα, στη συνέχεια χαλαρώστε και γυρίστε πίσω στην κανονική σας αναπνοή.</p>

<p style="text-align: center;">ΛΑΙΜΟΣ</p> <p>Πιέστε το κεφάλι σας προς τα πίσω όσο είναι ανεκτό και γείρετε αργά από την μία πλευρά στην άλλη. Στη συνέχεια χαλαρώστε.</p>	
<p style="text-align: center;">ΠΡΟΣΩΠΟ</p> <p>Προσπαθήστε να στρέψετε και να χαμηλώσετε τα φρύδια σας όσο μπορείτε για λίγα δευτερόλεπτα, στη συνέχεια να χαλαρώσετε. Σηκώστε τα φρύδια (σαν να ήσασταν έκπληκτος) όσο μπορείτε και μετά χαλαρώστε. Σφίξτε το σαγόι σας για μερικά δευτερόλεπτα και χαλαρώστε.</p>	<p style="text-align: center;">ΠΟΔΙΑ</p> <p>Ακουμπήστε τα πόδια σας στο πάτωμα, έπειτα λυγίστε τα πόδια και τα δάχτυλα προς το πρόσωπό σας τόσο δυνατά όσο μπορείτε και χαλαρώστε. Στη συνέχεια, λυγίστε τα μακριά από το πρόσωπό σας για λίγα δευτερόλεπτα και στη συνέχεια χαλαρώστε.</p>
<p style="text-align: center;">ΣΤΟΜΑΧΙ</p> <p>Σφίξτε τους κοιλιακούς σας μυς όσο το δυνατόν περισσότερο και έπειτα χαλαρώστε</p>	<p style="text-align: center;">ΓΛΟΥΤΟΙ</p> <p>Συμπιέστε τους γλουτούς μαζί όσο είναι δυνατόν και έπειτα χαλαρώστε</p>

Πηγή:Haddad M., Marta Buszewicz, Beth Murphy (2011). Supporting people with depression and anxiety. A guide for practice nurses. United Kingdom.

Επιπροσθέτως ο νοσηλευτής με συμβουλές που αφορούν τα προβλήματα ύπνου, της κοινωνικοποίησης και της τεχνικής αντιμετώπισης των καθημερινών προβλημάτων μπορεί να δώσει λύση και να βοηθήσει αρκετά τον πάσχοντα. Η διαταραχή του ύπνου είναι ένα συχνό και δυσάρεστο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης και των διαταραχών άγχους. Συχνά απλά πράγματα μπορούν να βελτιώσουν τον ύπνο όπως οι συμβουλές που θα συναντήσετε παρακάτω στο Πίνακα 5.7,σελ50.

Οι ασθενείς της τρίτης ηλικίας βιώνουν κατάθλιψη συχνά και αισθάνονται πολύ απομονωμένοι. Μπορεί να αισθάνονται ότι δεν έχουν την ενέργεια να κοινωνικοποιηθούν, ή ότι η διάθεσή τους είναι πολύ χαμηλή για να αναμειγνύεται με άλλους. Το πρόβλημα είναι ότι η κοινωνική απομόνωση μπορεί να προωθήσει την κατάθλιψη και να την καταστήσει ακόμη χειρότερη. Όταν είναι μόνοι, οι άνθρωποι που είναι καταθλιπτικοί μπορεί να τείνουν να επανέρχονται στην αρνητική σκέψη, η οποία αυξάνει μόνο τα συναισθήματα της αχρηστίας, της ντροπής και της αποξένωσης. Προτάσεις που μπορούν

να απεγκλωβίσουν ένα άτομο από τα παραπάνω είναι η συναναστροφή με αξιόπιστους φίλους και μέλη της οικογένειας, η συμμετοχή σε μια ομάδα ενδιαφερόντων ή ακόμη και σε μια ομάδα υποστήριξης (Haddad et al. 2011).

Πίνακας 5.7 Συμβουλές για βελτίωση του ύπνου

1. Πηγαίνετε στο κρεβάτι όταν νιώθετε υπνηλία. Μην προσπαθείτε να πάρετε περισσότερο ύπνο με το να κοιμάστε ωρίς.	7. Μην πίνετε καφέ ή τσάι πριν πάτε για ύπνο καθώς περιέχουν καφεΐνη.
2. Μην διαβάσετε, παρακολουθήστε τηλεόραση ή φάτε στο κρεβάτι, εκτός αν είστε βέβαιοι από την προηγούμενη εμπειρία ότι αυτές οι δραστηριότητες σας βοηθούν να κοιμηθείτε.	8. Κάντε ένα ζεστό μπάνιο πριν πάτε για ύπνο μπορεί να σας βοηθήσει για να χαλαρώσετε.
3. Όταν ξαπλώνετε στο κρεβάτι, χαλαρώστε τους μυς σας. Μπορεί να θέλετε να ακούσετε ήχους χαλάρωσης ή χαλαρωτική μουσική.	9. Αποφύγετε αργά γεύματα και αλκοολούχα ποτά το απόγευμα.
4. Μην σκεφτείτε να κοιμηθείτε ή να ανησυχείτε για τις δραστηριότητες της ημέρας. Δοκιμάστε αντί αυτού να σκεφτείτε ευχάριστα γεγονότα ή μέρη.	10. Βεβαιωθείτε ότι το κρεβάτι σας είναι ζεστό και άνετο
5. Αν δεν μπορείτε να κοιμηθείτε μετά από λίγο, σηκωθείτε και κάνετε κάτι διαφορετικό σε ένα διαφορετικό δωμάτιο και μην επιστρέψετε μέχρι να νιώσετε υπνηλία.	11. Δοκιμάστε και κρατάτε σταθερή ρουτίνα κάθε βράδυ.
6. Ρυθμίστε το ξυπνητήρι και σηκωθείτε την ίδια ώρα το πρωί, ανεξάρτητα από το πόσο κοιμηθήκατε κατά τη διάρκεια της νύχτας.	

Πηγή:Haddad M., Marta Buszewicz, Beth Murphy (2011). Supporting people with depression and anxiety. A guide for practice nurses. United Kingdom.

Φυσικά τα προβλήματα της καθημερινότητας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία και διατήρηση των ψυχολογικών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν. Δυσκολίες όπως τα χρέη, προβλήματα σχέσεων ή ανεργίας μπορούν να προκαλέσουν πεσμένη διάθεση αλλά στη συνέχεια μπορεί να αναπτυχθεί ένας φαύλος κύκλος όπου το άγχος ή η χαμηλή διάθεση του ατόμου να εμποδίζουν την αντιμετώπιση αυτών των

προβλημάτων και γίνονται περισσότερο απογοητευμένοι και αβέβαιοι για τη λήψη μέτρων. Η τεχνική επίλυσης προβλημάτων είναι ένας τρόπος εργασίας που προσπαθεί να θέσει στόχους που είναι εφικτοί και μπορούν να μειώσουν το βάρος του προβλήματος. Καθορίζεται σε στάδια τα οποία μπορούν να διεκπεραιωθούν σε μια σειρά από συνεδρίες (Haddad et al. 2011).

5.4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΠΙΟ ΣΟΒΑΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Σε περιπτώσεις πιο σοβαρής μορφής κατάθλιψη (και για πιο σοβαρές διαταραχές άγχους), υπάρχουν δύο ευρείες προσεγγίσεις για τη θεραπεία που πρέπει να χρησιμοποιηθούν εκτός από το να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν τους παράγοντες του τρόπου ζωής όπως περιεγράφηκε προηγουμένως. Αυτές είναι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και επίσημες ψυχολογικές θεραπείες. Οι προσεγγίσεις αυτές φαίνονται να είναι εξίσου αποτελεσματικές και υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι και οι δύο μαζί μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές. Η λήψη αντικαταθλιπτικών αυξάνει επαρκώς τη διάθεση του ασθενή έτσι ώστε να μπορέσει στη συνέχεια να κάνει αποτελεσματική χρήση της προσφερόμενης ψυχολογικής θεραπείας. Πολλοί ασθενείς προτιμούν ψυχολογικές θεραπείες και τα ποσοστά εγκατάλειψης της συνεδρίας εμφανίζονται να είναι χαμηλότερα. Ο νοσηλευτής παίζει έναν κρίσιμο ρόλο βοηθώντας κάποιον να σκεφτεί και να επιλέξει τη θεραπεία που θα είναι η καλύτερη γι' αυτόν.

Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι ψυχολογικών θεραπειών, οι οποίοι μπορεί να είναι κατάλληλοι για διαφορετικούς ανθρώπους ανάλογα με την προσωπικότητα και τις προτιμήσεις του ατόμου, καθώς και τη φύση, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια του προβλήματός τους. Είναι σημαντικό να αποκτήσει ο νοσηλευτής μια αίσθηση προοπτικής του ασθενούς σχετικά με τις ομιλούμενες θεραπείες. Αναφορικά κάποια είδη θεραπειών είναι η ενεργοποίηση της συμπεριφοράς, η Γνωστική - Αναλυτική θεραπεία (CAT), η Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT), η Διαπροσωπική θεραπεία (IPT), η Ομαδική θεραπεία (Group therapy) κ.α. (Haddad et al. 2011).

5.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να βρίσκονται σε θέση να μπορούν να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία. Αυτά αναφέρονται ονομαστικά παρακάτω.

1. Ο ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος και φυσιολογική, καλή διάθεση.
2. Ο ασθενής δεν έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει.

3. Ο ασθενής τρώει κάθε μέρα υγιεινά γεύματα και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.
4. Ο ασθενής παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας έχει ικανοποιητική ενέργεια.
5. Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάλει πέρα με τις τρέχουσες αλλαγές της ζωής και ότι είναι ικανός να βρίσκει κατάλληλους τρόπους για να τις αντιμετωπίσει.
6. Ο ασθενής παρουσιάζει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.
7. Ο ασθενής εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
8. Ο ασθενής εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο που είχε επίδραση πάνω του και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.
9. Ο ασθενής εκδηλώνει δείγματα καθαρής σκέψης, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία παραπλάνησης, υπερβολικά συναισθήματα ενοχής ή ιδέες φυγής.
10. Ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν γνώσεις σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή, το πρόγραμμα θεραπείας του, τη φαρμακευτική αγωγή, και τα συμπτώματα που δείχνουν μια ανερχόμενη κρίση (Happell et al. 2008).

5.6 Α΄ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Όνοματεπώνυμο	(απόρρητο)
Φύλλο	Θήλυ
Ηλικία	68
Τόπος Διαμονής	Πάτρα
Οικογενειακή Κατάσταση	Χήρα
Βάρος	57kg
Ύψος	154 cm
Θρήσκευμα	Χριστιανή Ορθόδοξη
Αίτια Εισαγωγής	Διαταραχές συμπεριφοράς
Ημερομηνία Εισαγωγής	7 Απριλίου 2018

Η ασθενής προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών γενικού νοσοκομείου συνοδευόμενη από συγγενικό της πρόσωπο(την κόρη της), περιπατητική, δεν απαντά στις ερωτήσεις, κοιτά με απλανές βλέμμα και είναι απαθής. Η κόρη της αναφέρει πως βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση εδώ και περίπου δυο εβδομάδες. Ακόμη αναφέρονται ακράτεια ούρων, διαταραχή του ύπνου (αυπνία), κάποιες φορές απάθεια, άλλες εκφράζει ευχές θανάτου (θα ήταν καλύτερα να μην ζω, δεν αξίζω να με προσέχετε, θα ήταν καλύτερα αν δεν ήμουν εδώ). Η κόρη της λέει ότι είναι σίγουρη ότι δεν τρώει κανονικά

την τελευταία περίπου εβδομάδα. Η ίδια της έδωσε με πίεση να φάει την προηγούμενη ημέρα ένα γιαούρτι. Επίσης φοβάται για τη ζωή της μητέρας της επειδή μένει μόνη της, η κόρη την επισκέπτεται μια φορά την εβδομάδα, γιατί στο παρελθόν είχε πραγματοποιήσει αυτοκτονική απόπειρα με λήψη χαπιών.

Η ασθενής παραπέμφθηκε από το παθολογικό τμήμα στο ψυχιατρικό για να δεχθεί φροντίδα από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Υπέρταση (ακολουθεί αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή με νεμιβολόλη)

Οστεοαρθρίτιδα (χειρουργείο δεξιού γόνατος το περασμένο έτος)

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή με μετφορμίνη)

Χρόνια υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή με προηγηθείσα αυτοκτονική απόπειρα(λήψη χαπιών)

Παρούσα διάγνωση: Υποτροπή καταθλιπτικής διαταραχής με αυτοκτονικό ιδεασμό.

1^η Αξιολόγηση

Η ασθενής κατά την αξιολόγηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού παρουσιάζει διαταραχές στη συγκέντρωση, στη διάθεση, εμφανίζει αλαλία, χωρίς βλεμματική επαφή με αδυναμία επικοινωνίας. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων από το νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρονται παρακάτω.

Προβλήματα Συμπτώματα	Στόχος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Πλάνου	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	Προστασία της ζωής του αυτοκτονικού ατόμου, παροχή ασφάλειας και προστασίας. Να εκφράζει	Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος για την ασθενή. Εποπτία για τη λήψη των φαρμάκων από	Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για την ύπαρξη επικίνδυνων αντικειμένων για την ασφάλεια της	Η ασθενής παρουσιάζει μια θετική εικόνα για τον εαυτό της και εκφράζει αισιοδοξία για το

	<p>λεκτικά ότι δεν θέλει πια να κάνει κακό στον εαυτό της. Να εκφράζει θετικές σκέψεις για τον εαυτό της και να κάνει θετικά σχέδια για το μέλλον.</p>	<p>την ασθενή.</p> <p>Αποτελεσματική επικοινωνία με την ασθενή.</p>	<p>ασθενούς.</p> <p>Χρήση ακίνδυνων εργαλείων στη λήψη τροφής και φροντίδας εαυτού.</p> <p>Στενή και συνεχής παρακολούθηση του ατόμου.</p> <p>Πραγματοποιείται προσωπική εποπτεία όταν η ασθενής λαμβάνει τα φαρμακά της.</p> <p>Παρότρυνση να μιλήσει ανοιχτά για την αυτοκτονία χωρίς ενδοιασμούς.</p> <p>Διατήρηση στάσης ενδιαφέροντος και όχι κατάκρισης.</p> <p>Κάθε έκκληση ή ένδειξη για βοήθεια λαμβάνεται</p>	<p>μέλλον.</p> <p>Η ασθενής λαμβάνει τακτικά τα φαρμακά της. Δηλώνει ότι δεν θέλει να κάνει πια κακό στον εαυτό της.</p>
--	--	---	---	--

σοβαρά.

Προβλήματα Συμπτώματα	Στόχος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Πλάνου	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Διαταραχή Ύπνου	Απόκτηση σωστού ωραρίου ύπνου. Επαρκής χρόνος ξεκούρασης.	Έναρξη φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αποφυγή ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αποφυγή βαρέων γευμάτων και διεγερτικών ροφημάτων. Ορισμός χρόνου ανάπαυσης και σε συγκεκριμένη ώρα. Πιθανή χορήγηση φαρμάκων για τη διευκόλυνση του ασθενή με την συγκατάθεση του θεράποντος ιατρού.	Ενθαρρύνω την ασθενή να περπατήσει μαζί μου στον διάδρομο αρχικά και έπειτα στο προαύλιο. Προσπαθώ να την απασχολώ με συζήτηση όταν φαίνεται να νυστάζει την ημέρα. Αποφεύγω να της επιτρέπω τον καφέ και τον αντικαταστήω με φυσικό χυμό ή νερό. Ορίζω τον βραδινό ύπνο γύρω της 22:30	Δεν μου αρνείται και δείχνει να ικανοποιείται με το περπάτημα. Δείχνει να νυστάζει την ημέρα αλλά απασχολείται με τη συζήτηση. Ζητά τον πρωινό καφέ της και δυσκολεύεται να τον αποχωριστεί. Συμβιβάζεται με την ώρα του ύπνου με εμφανή της

			τη νύχτα και επιδιώκω να πετύχω 8 ώρες συνεχούς ύπνου.	επιθυμία της για ξεκούραση. Επιζητά την παρουσία μου δίπλα της.
--	--	--	--	---

Προβλήματα Συμπτώματα	Στόχος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Πλάνου	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Απάθεια	Απόκτηση ενδιαφέροντος για τη ζωή. Ενεργή συμμετοχή σε γεγονότα που συμβαίνουν κάθε στιγμή.	Αποφεύγω τον εξαναγκασμό για να κάνει κάτι χωρίς τη θέληση του. Χρήση ήρεμων ήχων ή μουσικής για ενεργοποίηση του ενδιαφέροντος.	Της μιλώ με όμορφο και ευγενικό τρόπο. Βάζω μουσική χαμηλά ανάλογα με τα ακούσματα της εποχής της για να της κεντρίσω το ενδιαφέρον.	Ανταποκρίνεται ευχάριστα χωρίς να αντιδρά. Σιγοτραγουδάει τα τραγούδια που της αρέσουν και δείχνει να την ευχαριστεί.
	Εμφάνιση ενδιαφέροντος για επικοινωνία.	Την ενθαρρύνω να συμμετέχει σε δραστηριότητες τις οποίες μπορεί να καταφέρει και επιβραβεύεται για αυτό.	Την ενθαρρύνω να παίξει μαζί μου ένα επιτραπέζιο παιχνίδι. Της κάνω τακτικές	Ανταποκρίνεται θετικά και δείχνει να επιζητά την επανάληψη τους. Απαντά στις

		Διατήρηση του μυαλού σε εγρήγορση. Ενθάρρυνση να δημιουργήσει νέες γνωριμίες, φίλους για να διευρύνει την κοινωνικότητά του.	ερωτήσεις για τον χρόνο, τόπο κτλ. για να διατηρώ το μυαλό της σε εγρήγορση. Την συστήνω σε άλλους ασθενής για αρχίσει να κοινωνικοποιείται .	ερωτήσεις μου επιτυχώς. Συστήνεται και ξεκινά να δημιουργείται διάλογος.
--	--	---	---	---

2^η Αξιολόγηση

Η ασθενής μετά από νοσηλεία τριών ημερών ανέφερε ότι ακούει μια φωνή γυναικεία που της λέει ότι πρέπει να πεθάνει, ότι δεν αξίζει να ζει, ότι είναι βάρος στον κόσμο, ότι δεν αξίζει να την προσέχουν. Νοιώθει έντονο άγχος και χρέος απέναντι σε όλους να βάλει τέλος στη ζωή της για να μην βασανίζει τον κόσμο. Ακολουθεί η νοσηλευτική αντιμετώπιση των ακουστικών ψευδαισθήσεων.

Προβλήματα	Στόχος	Προγραμματισμό	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Συμπτώματα	Νοσηλευτικής Φροντίδας	ς Νοσηλευτικής	Νοσηλευτικού Πλάνου	Νοσηλευτικής Φροντίδας

Φροντίδας

<p>Ψευδαισθήσει ς</p>	<p>Συζήτηση του προβλήματος όταν εμφανίζονται οι ψευδαισθήσεις.</p> <p>Διάκριση του εαυτού της σε σχέση με το γύρω περιβάλλον.</p> <p>Κατανόηση και διάκριση πραγματικότητας και διακοπή εσωτερικών φωνών.</p> <p>Βελτίωση της λειτουργίας της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς.</p>	<p>Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με την ασθενή.</p> <p>Δρω υποστηρικτικά και με υπομονή.</p> <p>Προσανατολισμός της αρρώστου στην πραγματικότητα με σαφή ομιλία.</p> <p>Διευκρίνιση της ώρας, του τόπου και των ατόμων που βρίσκονται παρόντα κατά το περιστατικό.</p> <p>Παραμονή δίπλα στην ασθενή με ταυτόχρονη απόσπαση προσοχής.</p> <p>Χρήση τεχνικού εξωτερικού ελέγχου.</p> <p>Διδασκαλία</p>	<p>Την ακούω με ενδιαφέρον και της δίνω ελπίδα πως η κατάσταση αντιμετωπίζεται.</p> <p>Τοποθετώ ένα ρολόι με ημερομηνία και ώρα για τον προσδιορισμό του σωστού χρόνου και όχι αυτού των ψευδαισθήσεων.</p> <p>Κατά το περιστατικό προσπαθώ να της αποσπώ την προσοχή με τη συζήτηση.</p> <p>Την τοποθετώ σε πιο ήσυχο δωμάτιο.</p> <p>Της διδάσκω τις τεχνικές</p>	<p>Δείχνει εμπιστοσύνη στο πρόσωπό μου και ακολουθεί τις οδηγίες μου.</p> <p>Κοιτά το ρολόι και κατανοεί πως αυτό που της συμβαίνει δεν υφίσταται στην πραγματικότητα.</p> <p>Κατά το περιστατικό δεν καταφέρνω να την απαλλάξω από αυτό με την διάσπαση προσοχής.</p> <p>Νιώθει πιο ήρεμη σε ένα δωμάτιο χωρίς πολύ κόσμο και οι παρουσίες των φωνών υποχωρούν.</p>
----------------------------------	---	--	---	--

		<p>τεχνικών αποτροπής των ψευδαισθήσεων στην ασθενή.</p>	<p>όπως το τραγούδι, την άθληση, την έκφραση δυσπιστίας στα υποτιμητικά μηνύματα των φωνών και οι διαταγές στις φωνές για να απομακρυνθού ν.</p>	<p>Εφαρμόζει τις τεχνικές και οι φωνές μειώνονται σε ένταση και συχνότητα.</p> <p>Νιώθει πως έχει τον έλεγχο της κατάστασης.</p>
--	--	--	--	--

5.7 Β' ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Όνοματεπώνυμο	(απόρρητο)
Φύλλο	Θήλυ
Ηλικία	66
Τόπος Διαμονής	Πάτρα
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμη
Βάρος	94kg
Ύψος	158 cm
Θρήσκευμα	Χριστιανή Ορθόδοξη
Αίτια Εισαγωγής	Διαταραχές συμπεριφοράς
Ημερομηνία Εισαγωγής	24 Ιουνίου 2018

Η ασθενής προσέρχεται στα επείγοντα περιπατητική συνοδευόμενη από την αστυνομία πόλης και κάποιον γείτονά της ο οποίος αναφέρει για αυτήν, ότι τον τελευταίο καιρό εμφανίζει έντονο άγχος, απνία, έντονη διέγερση (σε υπερένταση με φωνές) ειδικά τις πρωινές ώρες, βουλιμία και βίαη (λεκτική και σωματική) συμπεριφορά προς άλλους, γεγονός που δεν συνήθιζε. Βρίσκεται σε αυτήν την κατάσταση εδώ και περίπου δέκα ημέρες. Ζει μόνη της αφότου έχασε πριν εννέα μήνες και τον υπερήλικα πατέρα της που την πρόσεχε. Έτσι οι γείτονες ειδοποίησαν την αστυνομία που μετέφερε ακούσια την ασθενή για εξέταση, η οποία δείχνει τη δυσαρέσκειά της με λεκτική επιθετικότητα προς το νοσηλευτικό προσωπικό. Η ασθενής παραπέμφθηκε από το παθολογικό τμήμα στο ψυχιατρικό για να δεχθεί φροντίδα από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Υπέρταση (φαρμακευτική αγωγή - Αναστολείς ΜΕΑ: Prinivil 20 mg)

Υποβληθείσα σε διπλό BY PASS πριν δύομιση περίπου χρόνια. Χορήγηση αντιθρομβωτικής αγωγής:Plavix 75mg.

Ολική αρθροπλαστική ισχίου πριν ένα έτος

Υποθυρεοειδισμός(φαρμακευτική αγωγή με θυροξίνη T4 100mcg)

Ελεύθερο ψυχιατρικό ιστορικό.

Αξιολόγηση

Η ασθενής κατά την αξιολόγηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού παρουσιάζει ψυχοκινητική διέγερση με έκδηλο έντονο άγχος, απελπισία, απόγνωση, με συνοδές διαταραχές συμπεριφοράς, λεκτική(υβριστική) επιθετικότητα(δεν έχω τίποτα, αφήστε με στην ησυχία μου, δεν πειράζω κανέναν, οι άλλοι δεν με συμπαθούν και θέλουν να μου στερήσουν και το φαί μου, είμαι μόνη μου, δεν έχω κανέναν στον κόσμο).

Είναι εμφανές ότι έχει διατροφικές διαταραχές με βουλημικές τάσεις διότι είναι υπέρβαρη. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων από το νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρονται παρακάτω.

Παρούσα διάγνωση: Ψυχοκινητική διέγερση επί εδάφους καταθλιπτικού επεισοδίου.

Προβλήματα	Στόχος	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
α	Νοσηλευτική	ς	Νοσηλευτικού	Νοσηλευτικής
Συμπτώματα	ς Φροντίδας	Νοσηλευτικής	Πλάνου	Φροντίδας
α		Φροντίδας		
Άγχος	Αναγνώριση και απομάκρυνση από τα περιστατικά που της προκαλούν άγχος.	Σχεδιασμός περιόδων ανάπαυσης και ωρών ηρεμίας κατά τη διάρκεια της ημέρας. Απομάκρυνση της ασθενούς από	Εφαρμόστηκε πλάνο με συγκεκριμένες ώρες ανάπαυσης. Η ασθενής απομακρύνθηκε από	Η ασθενής είναι εμφανώς πιο ήρεμη και ευδιάθετη.Οι αιτίες του άγχους βρέθηκαν(μοναξιά , απώλεια ελέγχου των καταστάσεων, δυσκολία να

	Απόκτηση της ικανότητας διαχωρισμού των επιπέδων του άγχους.	<p>στρεσογόνους παράγοντες.</p> <p>Παρακίνηση για λεκτική έκφραση των συναισθημάτων.</p> <p>Χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων υπό τις οδηγίες του γιατρού.</p>	<p>παράγοντες που τις επιφέρουν άγχος.</p> <p>Η ασθενής απέκτησε σχέση εμπιστοσύνης με το προσωπικό και τους άλλους ασθενείς.</p> <p>Έγινε χορήγηση lexotanil tab 1.5mg 1x1, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p>	<p>αναλάβει την αυτοφροντίδα της, δυσκολία να διεκπεραιώσει τις οικονομικές και κοινωνικές υποχρεώσεις της.</p> <p>Υπο-στηρικτό ρόλο έπαιξε και η χορήγηση αγχολυτικής αγωγής.</p>
--	--	--	---	--

Προβλήματα Συμπτώματα	Στόχος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού Πλάνου	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Διαταραχή Ύπνου	Απόκτηση σωστού ωραρίου ύπνου. Επαρκής	Έναρξη φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αποφυγή ύπνου	Ενθαρρύνω την ασθενή να περπατήσει μαζί μου στον διάδρομο αρχικά και	Δεν μου αρνείται και δείχνει να ικανοποιείται από τη συναναστροφή

	<p>χρόνος ξεκούρασης.</p>	<p>κατά τη διάρκεια της ημέρας.</p> <p>Αποφυγή βαρέων γευμάτων και διεγερτικών ροφημάτων.</p> <p>Ορισμός χρόνου ανάπαυσης και σε συγκεκριμένη ώρα.</p> <p>Πιθανή χορήγηση φαρμάκων για τη διευκόλυνση του ασθενή με την συγκατάθεση του επιβλέπων ιατρού.</p>	<p>έπειτα στο προαύλιο.</p> <p>Προσπαθώ να την απασχολώ με συζήτηση όταν φαίνεται να νυστάζει την ημέρα.</p> <p>Αποφεύγω να της επιτρέπω τον καφέ και τον αντικαταστώ με φυσικό χυμό ή νερό.</p> <p>Ορίζω τον βραδινό ύπνο γύρω στις 22:30 την νύχτα και επιδιώκω να πετύχω 8 ώρες συνεχούς ύπνου.</p>	<p>μας.</p> <p>Δείχνει να νυστάζει την ημέρα αλλά απασχολείται με τη συζήτηση, την τηλεόραση, την εργοθεραπεία.</p> <p>Ζητά τον πρωινό καφέ της και δυσκολεύεται να θέλει να τον αποχωριστεί.</p> <p>Συμβιβάζεται με την ώρα του ύπνου με εμφανή της επιθυμία της για ξεκούραση.</p>
--	---------------------------	---	--	--

Προβλήματα Συμπτώματα	Στόχος Νοσηλευτικής	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής	Εφαρμογή Νοσηλευτικού	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής
--------------------------	------------------------	---------------------------------	--------------------------	----------------------------

	Φροντίδας	Φροντίδας	Πλάνου	Φροντίδας
Διατροφικές διαταραχές	Το βάρος να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα.	Εκτίμηση της καθημερινής κατανάλωσης θερμίδων. Τακτική παρακολούθηση του σωματικού της βάρους. Παροχή μικρών και συχνών γευμάτων σύμφωνα με την εκτίμηση και το πρόγραμμα του κλινικού διατροφολόγου	Έγινε εκτίμηση της καθημερινής πρόσληψης θερμίδων. Πραγματοποιήθηκε μέτρηση του σωματικού της βάρους. Κατόπιν της παρότρυνσης των νοσηλευτών η ασθενής λαμβάνει τα γεύματά της τακτικά και σωστά.	Αναγνωρίζει την επιβάρυνση που έχουν τα παραπάνω κιλά στην υγεία της. Επιθυμεί να χάσει κιλά, εκφράζει δυσκολίες σχετικά με τη διαίτα, αλλά συνεργάζεται και ακολουθεί τις οδηγίες. Το βάρος της ασθενούς άρχισε να μειώνεται.

Προβλήματα Συμπτώματα	Στόχος Νοσηλευτικής	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής	Εφαρμογή Νοσηλευτικού	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής
------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	------------------------------	--------------------------------

	Φροντίδας	Φροντίδας	Πλάνου	Φροντίδας
Εκδήλωση βίας προς άλλους	<p>Η ασθενής να αποφεύγει τη βία.</p> <p>Η ασθενής να αποκτήσει την ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων και επικοινωνίας με άλλους τρόπους.</p>	<p>Παροχή άνετου χώρου για περπάτημα και εκτόνωση περιττής ενέργειας.</p> <p>Προώθηση της αίσθησης της ασφάλειας.</p> <p>Διδασκαλία των άλλων ασθενών και του προσωπικού για το σκεπτικό των συγκεκριμένων ανθρώπων.</p> <p>Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης.</p>	<p>Η ασθενής έχει ελευθερία κινήσεων στον χώρο εφόσον οι άλλοι ασθενείς και το προσωπικό είναι ασφαλείς.</p> <p>Η ασθενής αισθάνεται ασφαλής στο περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται.</p> <p>Έγινε ενημέρωση τόσο στους άλλους ασθενείς, όσο και στο προσωπικό για τα συναισθήματα και τους φόβους που βιώνει η ασθενής.</p> <p>Αφήνω χρόνο να</p>	<p>Η ασθενής σταδιακά προσαρμόζεται στο πρόγραμμα συμπεριφοράς.</p> <p>Αντιλαμβάνεται ότι το προσωπικό την αποδέχεται και ότι της παρέχει βοήθεια και είναι θετική.</p> <p>Άρχισε να μου μιλά, να με κοιτά και να συνεργάζεται μαζί μου χωρίς να δυσανασχετεί.</p> <p>Δηλώνει ότι δεν επιθυμεί να βλάψει κανέναν και αναγνωρίζει την ευεργετική επίδραση που έχει σε όλους η ήρεμη συζήτηση.</p>

			εκφραστεί,προ- σεγγίζω την ασθενή χαμηλόφωνα και τη διαβεβαιώνω ότι θα είμαι κοντά της για ότι χρειαστεί και την προτρέπω να ζητά βοήθεια όταν χρειάζεται.	Συζητά ήρεμα και με άλλους ασθενείς.
--	--	--	---	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία αποτελεί ένα πρόβλημα της σύγχρονης κοινωνίας γιατί παρατηρείται σε περιπατητικά και λειτουργικά κοινωνικά άτομα και όχι μόνο σε χρόνιους ασθενείς. Καταγράφονται συγκεκριμένοι δημογραφικοί, κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία, οι οποίοι δρουν είτε ως επιβαρυντικοί, είτε ως προστατευτικοί, επιβεβαιώνοντας την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός ισχυρού ψυχο-κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, ή ενίσχυσης του υπάρχοντος, με στόχο την πρόληψη της κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία και την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων, στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το ισχυρό ψυχοκοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο για τους ηλικιωμένους μπορεί να υπάρξει με την αξιοποίηση των πόρων (οικονομικών, ανθρώπινων, υλικοτεχνική υποδομή) των υπαρχουσών δομών και υπηρεσιών για ηλικιωμένους (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων) και τη διασύνδεσή τους με τις υπόλοιπες δομές και υπηρεσίες που λειτουργούν σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός για την πρόληψη, τη θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης και τη διατήρηση της υγείας στην Τρίτη Ηλικία στο καλύτερο δυνατό σημείο.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- Ø Alexopoulos GS, Bruce M. L., Hull J., Sirey J. A., Kakuma T. (1999). Clinical Determinants of Suicidal Ideation and Behavior in Geriatric Depression. Archives of General Psychiatry, 56: 1048-1053.
- Ø Alexopoulos G.S., Katz I.R., Reynolds C.F., Carpenter D., Docherty J.P (2001). The expert consensus guideline series: pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. Postgrad Med Special Report. October: 1-86.
- Ø Alexopoulos G.S., Kiosses D.N., Klimstra S., Kalayam B., Bruce M.L. (2002). Clinical presentation of the "depression-executive dysfunction syndrome" of late life. Am J Geriatr Psychiatry, 10: 98-102.
- Ø Alexopoulos G.S. (2005). Depression in the elderly. Lancet, 365: 1961-70.
- Ø Arana G., D Steven E., Hyman D. (2003). Ψυχοφαρμακολογία. Επιμέλεια: Ιωάννης Ν.Νέστορος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Ø Anstey K., Brodaty, H. (1995). Antidepressants and the elderly: double blind trials 1987-1992. International Journal of Geriatric Psychiatry, 10(4), p.265-279.
- Ø Barker, P. (2009). Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring. London: Edward Arnold Ltd.
- Ø Beer M., Berkow R., Merck (2007). Εγχειρίδιο γηριατρικής. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Ø Blazer D.G. (2003). Depression in late life: review and commentary. Journal of Gerontology: Med Sci.; 58A: 249-65.
- Ø Bogner H.R., Gallo J.J. (2004). Are higher rates of depression in women accounted for by differential symptom reporting? Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol. 39(2):126-132.
- Ø Brown E., (2009). Η Νοσηλευτική στη ψυχική Υγεία. Επιμέλεια: Κυρίτση Ελένη, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.
- Ø Cahoon, C.G. (2012). Depression in Older Adults. American Journal OF Nursing, 112(11), p.22-30.
- Ø Christensen K.S., Sokolowski I., Olesen F. (2011). Case-finding and risk-group screening for depression in primary care. Scand J Prim Health Care. 29(2):80-4.
- Ø Eby, L., Brown, N. (2010). Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. 2η έκδοση: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.

- Ø Ell, K. (2006). Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice. *Home Health Care Services Quarterly*, 25(1-2), p.115-148.
- Ø Fountoulakis, K., et al. (1999). The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) In Greece. *Aging*, 11(6), p.367-372.
- Ø Gatz M. (1995). *Mental health & aging. USA: American Psychological Association.*
- Ø Grohol, J.M. (2010). Depression and Exercise. Available at <http://psychcentral.com> Πρόσβαση: 13 Αυγούστου 2018.
- Ø Jeste D.V., Lieberman J.A., Fassler D., Peele R. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. American Psychiatric Association. Fifth Edition, p.155-164. Washington DC.*
- Ø Haddad M., Marta Buszewicz, Beth Murphy (2011). *Supporting people with depression and anxiety. A guide for practice nurses. United Kingdom.*
- Ø Happell, B., Cowin L., Roper C., Foster K. & McMaster, R. (2008). *Introducing Mental Health Nursing: A consumer oriented approach. Melbourne: Allen & Unwin, 6(3), p.324-328.*
- Ø Helvik A.S., Engedal K., Krokstad S. Selbaek G. (2011). A comparison of life satisfaction in elderly medical inpatients and the elderly in a population-based study: Nord-Trondelag Health Study 3. *Scandinavian journal of public health*, 39(4), 337-44.
- Ø Hermens M., Hout H., Terluin B., Windt D., Beekman A., Van Dyck R. (2004). The prognosis of minor depression in the general population: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 26(6):453-462.
- Ø HiCow, (2011). Οι σωματικές επιπτώσεις της κατάθλιψης. Available at: <http://rs7.co/www.hicow.com> Πρόσβαση:19 Αυγούστου 2018.
- Ø Howel, T. (2013). Assessing and managing depression in older people. *Nursing Times*, 109 (43), p.16-18.
- Ø Hughes, C. (2006). Depression in older people. In: S. J. Redfern & F. M. Ross, eds. 2006. *Nursing Older People*. 4nd edition. London: Elsevier Inc. p. 538-564.

- Ø Jahoda M. (1958). Current Concepts of Positive Mental Health. Basic Books, New York.
- Ø Kaplan and Sadock's, Kaplan H., Benjamin J., Jack A. (2000). "Ψυχιατρική". Kaplan H, Benjamin J and Jack A. Synopsis of Psychiatry. Seventh Edition. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Ø Kathleen E. (2006). Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice. Home Health Care Serv Q. 25 (1): 115-148.
- Ø Keck, M.Δ. (2010). Depression. Schweitz: Lundbeck AG.
- Ø Kessler RC., (2003) Epidemiology of women and depression. Journal of Affective Disorders, 74(1): 5-13.
- Ø Krishnan K. (2002) Biological risk factors in late life depression. Biol Psychiatry. ;52: 185–192.
- Ø Manthorpe J, Illife S. (2006). Suicide among older people. Nurs Older People, 17: 25-29.
- Ø MID Online, (2009). Αίτια Κατάθλιψης. Available at: <http://www.midoline.com>
Πρόσβαση: 10 Αυγούστου 2018.
- Ø Minino A.M., Arias E., Kochanek K.D., Murphy S.L., Smith B.L. (2002). Deaths: final data for 2000. Natl Vital Stat Rep. 50: 1-119.
- Ø Ouzouni, C., Nakakis, K. (2008). Nursing care of depressed children. NOSILEFTIKI 2008, 47(4), p.458–470.
- Ø Oxman T.E, Hull, J G. (1990). Social Support, Depression, and Activities of Daily Living in Older Heart Surgery Patients. Available at:
<https://pdfs.semanticscholar.org/7099/17691c43a5b244c9a09e9cb97292955aaafb.d>
f
- Ø Redfern, J.S. & Ross, M.F., (2011). Nursing Older People. Μεταφράστηκε από τα αγγλικά από Γιαννούλη Ε. και συνεργάτες. Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ., Αθήνα.
- Ø Sheikh, J.I., Yesavage, J.A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontologist, 5, p.165-173.

- Ø Stylianopoulou C., Koulierakis G., Karagianni V., Babatsikou F., Koutis C. (2010). Prevalence of depression among elderly on open care centers for older people. *Vima- Asklipiou*. 9(4): 490-504.
- Ø Tyrell, M. (2011). Symptoms of Depression. Available at: <http://www.clinical-depression.co.uk>. Πρόσβαση: 17 Αυγούστου 2018.
- Ø Tyson, M. (2011). Causes of Depression. Available at: <http://www.clinical-depression.co.uk>. Πρόσβαση: 30 Αυγούστου 2018.
- Ø Viksveen P., Fibert^b P., Relton C. (2018). Homeopathy in the treatment of depression: a systematic review. Available at: <file:///C:/Users/CE%BA/Desktop/Viksveen%20et%20al%202018.html>.
- Ø Woutes H., Bouvy M.L., Van Geffen (2014). Antidepressants in primary care. *Dovepress* vol 2014:8 p179-190.
- Ø Young A.S., Klap R., Sherbourne C. D., Wells K. B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 58:55-61.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- Ø Αλεβίζος Β. (2008). Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδόσεις Βήττα, Αθήνα.
- Ø Αλεφαντινού Α., Βλασιάδης Κ., Φιλαλήθης Α. (2015). Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα-μέλη Κέντρου Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων ορεινού χωριού της Κρήτης. *Archives of Hellenic Medicine*: ISSN 11-05-3992 Athens.
- Ø Βόλικας Κ., Καλοφούτης Α., Λιάπας Ι., Beers M., Berkow R., Merck (2005). Εγχειρίδιο γηριατρικής. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Ø Γαρυφαλλός Γ. (2008). Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. *Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου*, 5:37-46.
- Ø Γουρνέλλης Ρ. (2011). Κατάθλιψη στους Ηλικιωμένους: Σύγχρονα Δεδομένα. *Εγκέφαλος* 48, 141-142.

- Ø Δρακόπουλος Β. (2014). Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας στον εργασιακό χώρο. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της εργασίας. Αθήνα.
- Ø Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης (2016). Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία. Η Ενεργός Γήρανση ως μέσο Πρόληψης & Αντιμετώπισης. Πρακτικός Οδηγός. Ιωάννινα.
- Ø Ζαχαράκης Κ. (2007). Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Ιατρικά Ανάλεκτα. Τόμος Β, Τεύχος 15, Αθήνα.
- Ø Ζήση Α., Στυλιανίδης Σ. (2004). Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές. *Encerphalos Journal* 41(1).
- Ø Ιεροδιακόνου, Χ.Σ., Ιακωβίδης Α.Ι. (1997). Η Ψυχιατρική στο γενικό νοσοκομείο. Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.
- Ø Κουλουβάρη Μ., Ευθυνίου Κ. (2009). Κατάθλιψη, Available at: <http://www.ibrt.gr> [Πρόσβαση: 24 Ιουλίου 2018]
- Ø Λύκουρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. (2009). Διασυνδετική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Βήττα, Αθήνα.
- Ø Μαδιανός Μ. (2003). Κοινωνική Ψυχιατρική: Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Ø Μάνος Ν. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Ø Μενιδιάτου, Α. 2010. Κυκλοθυμική διαταραχή. Available at: <http://www.mazi.org.gr> [Πρόσβαση 4 Σεπτεμβρίου 2018]
- Ø Μουσούρου, Λ., Στρατηγάκη, Μ. (2004). Ζητήματα Οικογενειακής Πολιτικής: Θεωρητικές Αναφορές και Εμπειρικές Διερευνήσεις. Gutenberg, Αθήνα.
- Ø Μπαμπάτσικου Φ. (2007). Κατάσταση υγείας και προσδιοριστικοί παράγοντες σε ηλικιωμένους. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα.
- Ø Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 18(3):239-253.
- Ø Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (2012). Ενεργός γήρανση. Αθήνα.

- Ø Παπαδημητρίου Γ.Ν., Λιάππας Ι.Α., Λυκούρας, Ε. (2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Ø Πολυκανδριώτη Μ., Στεφανίδου Σ. (2013). Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς, Το βήμα του Ασκληπιού. 12(4): 397.
- Ø Σκαπινάκης Π. (2003). Αίτια της κατάθλιψης. Διαθέσιμο από: <http://web4health.info/gr/answers/bipolar-cau-depr.html>. Πρόσβαση Αύγουστος 2018.
- Ø Σολδάτος Κ. (2005). Άγχος και κατάθλιψη : εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. 25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο.
- Ø Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία. Δημόσια Διαβούλευση για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη.
- Ø Χατζάκη Α. (2008). Σύγχρονη και βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης. Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές επιλογές. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 25(4):456-462.
- Ø Χριστοδούλου Γ.Ν. (2005). Κατάθλιψη. Εκδόσεις Βήττα, Αθήνα.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- Ø <http://www.depressionanxiety.gr/2/article/greek/2/70/> Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. ημ. πρόσβασης 24/7/2018
- Ø www.ifet.gr ημ. πρόσβασης 24/7/2018
- Ø WHO, (2006). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, 45th edition. Geneva: WHO. Διαθέσιμο στο: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, ημ. πρόσβασης 24/07/2018
- Ø WHO, (2009). Depression. Διαθέσιμο από http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/, ημ. πρόσβασης 24/07/2018
- Ø WHO, (2015). Depression. Διαθέσιμο από <http://www.searo.who.int>, ημ. πρόσβασης 24/7/2018

ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

- Ø <http://stories.kera.org/the-broken-hip/2015/01/19/caregiving-from-afar/> (Εικόνα εξωφύλλου)
- Ø http://www.psychiatry.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=25:admin&catid=2:admin&Itemid=16 (Εικόνα 1, σελ. 30)