

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ: Σ.Δ.Ο**

**ΤΜΗΜΑ:Δ.Μ.Υ.Π**

***ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ***

**ΘΕΜΑ : Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΧΑΝΤΖΙΑΡΑ ΒΑΙΑ- ΠΕΤΡΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2004**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	3
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	
Ιστορική αναδρομή των ψυχιατρικών νόσων .....	6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	
Επιδημιολογία της κατάθλιψης .....	10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	
<b>Θεωρίες της κατάθλιψης</b>	
3.1 Ψυχαναλυτικές και ψυχοδυναμικές θεωρίες.....	15
3.2 Θεωρίες της γνωστικής συμπεριφοράς.....	18
3.3 Γενετική θεωρία.....	19
3.4 Ιδιοπαθής συμπεριφορά.....	20
3.5 Βιολογική θεωρία .....	21
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b>	
<b>ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ</b>	
4.1 Κανονική υποκλινική και κλινική κατάθλιψη.....	22
4.2 μονοπολική και διπολική κατάθλιψη.....	24
4.3 Μείζων καταθλιπτική συνδρομή.....	27
4.3.1 Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή.....	27
4.3.2 Δυσθυμική Διαταραχή.....	28
4.4 Κυκλοθυμία.....	29
4.5 Ενδογενής και Εξωγενής κατάθλιψη.....	30
4.6 Ψυχωτική και Νευρωτική κατάθλιψη.....	33
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b>	
<b>Παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη και εξέλιξη της κατάθλιψης.....</b>	<b>41</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></b>	
<b>Συμπτώματα της κατάθλιψης</b>	
6.1 Η διαδικασία της σκέψης.....	57
6.2 Τα αισθήματα στην κατάθλιψη.....	58
6.3 Οι πράξεις των ατόμων με κατάθλιψη.....	60
6.4 Διαπροσωπικές σχέσεις στην κατάθλιψη.....	61
6.5 Σωματικές λειτουργίες και διαδικασίες.....	61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup></b>	
<b>Αυτοκτονία στην κατάθλιψη :Ιδεασμός και πράξη.....</b>	<b>63</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup></b>	
<b>Κατάθλιψη και άγχος.....</b>	<b>70</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup></b>	
<b>Η κατάθλιψη στην παιδική και εφηβική ηλικία</b>	
9.1 Βρεθονηπιακή και προσχολική ηλικία.....	74
9.2 Λανθάνουσα σχολική ηλικία.....	76
9.3 Εφηβική ηλικία.....	77
9.4 Αιτιοπαθογέννηση της κατάθλιψης	

9.4.1 Κληρονομικότητα.....	79
9.4.2 Ψυχοδυναμικοί και Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	80
9,5 Θεραπεία.....	81

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>**

### **Η Κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία**

#### **10.1 Καταθλιπτικά σύνδρομα**

10.1.1 Μείζων κατάθλιψη.....	84
10.1.2 Δυσθυμία.....	85
10.1.3 Κατάθλιψη και άνοια.....	85
10.1.4 Ψυχωτική κατάθλιψη.....	86
10.1.5 Κατάθλιψη με αναστρέψιμη άνοια.....	86
10.1.6 Αντίδραση πένθους.....	87
10.1.7 Κίνδυνος αυτοκτονίας.....	88

#### **10.2 Θεραπεία της κατάθλιψης στη γηριατρική.....**

10.2.1 φαρμακοθεραπεία.....	90
10.2.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	90
10.2.3 Ψυχοθεραπεία.....	91
10.2.4 Αντιμετώπιση της αντίδρασης του πένθους.....	92
10.2.5 Συνεχιζόμενη εφαρμογή θεραπείας και συντήρησης αποτελέσματος.....	93

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>**

### **Πρόληψη της κατάθλιψης.....**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12<sup>ο</sup>**

### **Θεραπεία της κατάθλιψης**

Βιολογική θεραπεία.....	96
Ψυχαναλυτική θεραπεία.....	103
Συνεχιζόμενη θεραπεία.....	104
Θεραπεία της συντήρησης.....	105

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13<sup>ο</sup>**

### **Ο Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε καταθλιπτικούς ασθενείς... 107**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14<sup>ο</sup>**

### **Η Αντιμετώπιση της κατάθλιψης στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου και**

### **Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης..... 111.**

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... 120.**

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι σκοτεινές στιγμές της ζωής του ανθρώπου φέρνουν θλίψη, απόγνωση, στενοχώρια και απελπισία. Αυτά τα συναισθήματα γεννιούνται από τις αναπόφευκτες προκλήσεις της καθημερινότητας όπως οι αλλαγές, επιλογές, οι απώλειες στις σχέσεις των ανθρώπων, οι απώλειες αντικειμένων και ονείρων πάνω στα οποία κάθε άτομο σχεδιάζει και φαντάζεται το μέλλον του.

Μερικές φορές αυτά τα συναισθήματα συνοδεύουν και κάποια αναπτυξιακά γεγονότα ή θέματα υγείας όπως κάποια ασθένεια ή γέννα. Άλλοτε εμφανίζονται χωρίς εμφανή αιτία. Εάν λυθεί το πρόβλημα ή η αιτία πρόκλησης, το άτομο θα μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του όπως και πριν ή μπορεί ακόμα και να επωφεληθεί από την εμπειρία. Εάν όμως τα συναισθήματα συνοδεύονται από αλλαγές στον αυθορμητισμό, στην σκέψη, στις σωματικές λειτουργίες, στην αυτονομία, θέληση και πνεύμα του ανθρώπου και επιμένουν, σιγά- σιγά θα επηρεάσουν την καθημερινή συμπεριφορά του ατόμου.

Σε αυτό το σημείο, συνήθως, η κατάσταση γίνεται αντιληπτή από το ίδιο το άτομο και το στενό του περιβάλλον και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο όρος "κατάθλιψη" ως περιγραφή της κατάστασης που εμφανίζεται και τότε το άτομο θα έλθει ή από μόνο του ή μετά από παρότρυνση από το συγγενικό του περιβάλλον στο προσωπικό υγείας για βοήθεια<sup>1</sup>.

---

1. Beeber I, "Treating depression through the therapeutic Nurse-Client relationship", Nursing Clinics of North America, Vol 33, No 1, March 1999, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1999, σελ 153-170.

Η στάση του προσωπικού και όλης της θεραπευτικής ομάδας στην παρακολούθηση και νοσηλεία του ασθενή στο νοσοκομείο, στο ίδρυμα ή στην κοινότητα θα παίξει σημαντικότερο ρόλο για την εξέλιξη της νόσου. Το δε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο αποτελεί τη δύναμη της θεραπευτικής ομάδας, πρέπει να βρίσκεται σε στενή επαφή με τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον και να συμπεριφέρεται όχι με οίκτο αλλά με συμπόνια, να εκτελεί τα καθήκοντα όχι ως "αγγαρεία" αλλά με αίσθημα υπευθυνότητας και ευχαρίστησης γιατί οι ασθενείς αυτοί έχουν ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο σύστημα και αντιλαμβάνονται τα μη λεκτικά ερεθίσματα πάρα πολύ εύκολα.

Ας δούμε τώρα τι γνωρίζουμε για αυτή την ψυχιατρική νόσο που προσβάλλει όλες τις ηλικίες,φυλές και κοινωνικές τάξεις και ποια η συμβολή της νοσηλευτικής επιστήμης στην διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση αυτής.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που βασανίζει τους ανθρώπους από την αρχή της ύπαρξής τους. Αυτό φαίνεται και από τα ιατρικά κείμενα και τις ιστορικές πηγές. Οι άνθρωποι που νοσούν από κατάθλιψη υπολογίζονται σε εκατομμύρια ενώ 1 στους 11 ανθρώπους θα νοσήσουν σε κάποια περίοδο της ζωής τους. Οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της κατάθλιψης είναι οι εξής: δυσκολία στη διατήρηση στενών διαπροσωπικών σχέσεων, αλκοολισμός, τροχαία ατυχήματα, κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας, επιπτώσεις σε όλη την οικογένεια και περισσότερο στα παιδιά, πρόωμη συνταξιοδότηση και κατάχρηση ουσιών. Το καταθλιπτικό άτομο υποφέρει από τη νόσο αυτή με αποτέλεσμα να βρίσκει ως καλύτερη λύση την αυτοκτονία. Η κατάθλιψη μπορεί να μεταμορφώνεται και να εκφράζεται με πολλούς τρόπους όπως υποχονδριακά συμπτώματα, σεξουαλική ανικανότητα, αϋπνία ή υπερϋπνία, ανοϊκόμορφη συμπτωματολογία, ανορεξία ή πολυφαγία, παραπρωματική συμπεριφορά<sup>2</sup>.

Επειδή η κατάθλιψη μπορεί να ξεγελάσει τον ιατρό, χρειάζεται προσεκτική εξέταση για τρεις σοβαρούς λόγους: «1. Η οδύνη που προκαλεί η κατάθλιψη ξεπερνάει συχνά τα ανθρώπινα μέτρα και όρια αντοχής.

---

2. Γ.Ν. Χριστοδούλου, 1996, σελ. 11-12.



2. Έχει τεράστιο κοινωνικό κόστος, γιατί αφορά το πιο παραγωγικό κομμάτι του πληθυσμού, δηλ. τους συναισθηματικούς, εξωστρεφείς, συμπαθείς, συνεπείς και δημιουργικούς συνανθρώπους μας, που κάποιος ψυχίατρος, ο Myre Sim, ονόμασε "το άλας της γης".

3. Είναι μια κατάσταση ιάσιμη»<sup>3</sup>.

Όσον αφορά τη διάγνωσή της έχουν γίνει σημαντικά βήματα, το ίδιο ισχύει και για τον τομέα της ψυχοπροφύλαξης. Δυστυχώς η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που δεν μπορεί να φύγει από τη ζωή μας. Πρέπει λοιπόν να μάθουμε να συνυπάρχουμε με αυτή για πολλά χρόνια ακόμη και για πάντα παράλληλα με τις φροντίδες για πρωτοβάθμια πρόληψη και να γίνεται έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης πράγμα που δεν ισχύει για τη χώρα μας. Αυτοί που έρχονται σε επαφή με την κατάθλιψη πρώτη φορά είναι ιατροί άλλων ειδικοτήτων και όχι ψυχίατροι. Θα πρέπει οι ιατροί αυτοί να είναι πολύ καλά ενημερωμένοι για το θέμα αυτό. Καλό θα ήταν επίσης να βρεθούν αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης και συνδυασμοί θεραπευτικών μεθόδων της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη στην πιο σοβαρή μορφή της είναι μια νόσος που διαρκεί όσο και η ζωή του ανθρώπου. Η εφαρμογή προφυλακτικής αγωγής της μείζονος κατάθλιψης είναι απαραίτητη. Επίσης απαραίτητη είναι και η ενημέρωση του κοινού και των ιατρών για την πολυμορφία, την πορεία στον χρόνο και τις διαθέσιμες θεραπευτικές και ψυχοπροφυλακτικές δυνατότητες της κατάθλιψης<sup>4</sup>.

---

3. Γ.Ν. Χριστοδούλου, 1996, σελ.11-12.

4.Γ.Ν. Χριστοδούλου, 1996, σελ.12-13.

## ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικός σκοπός αυτής της μελέτης είναι η παρουσίαση της νόσου της κατάθλιψης.

Ειδικότερα επιδιώκονται οι παρακάτω στόχοι:

- να φανεί η επίδραση που έχει η κατάθλιψη στο άτομο και πως εκδηλώνεται
- να επισημάνει τη νόσο αυτή κυρίως στην παιδική, εφηβική και τρίτη ηλικία.
- να παρουσιάσει τις κυριότερες θεραπείες που έχουμε στη διάθεσή μας σήμερα για τη θεραπεία της νόσου αυτής.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

Τρυπανισμένα κρανία από αρχαιολογικές ανασκαφές σε διάφορα μέρη του κόσμου (σε Ευρώπη και Νότιο Αμερική) υποβάλλουν την ιδέα μιας χειρουργικής επεμβάσεως που είχε σκοπό να ελευθερώσει το σώμα του υποκειμένου από τα κακά πνεύματα, τα οποία η πρωτόγονη αντίληψη θεωρούσε υπεύθυνα για ψυχιατρικές διαταραχές. Η δοξασία ψυχοπαθολογικών πνευμάτων με τη μορφή δαιμόνων συναντιέται ακόμα και στις μέρες μας. Η ίδια θεωρία, που χωρίς την προσωποποίηση της δαιμονολογίας διαφαίνεται και σ' αυτήν την επιστημονική ψυχολογία του Αριστοτέλη, επικράτησε ως τα πρόθυρα της σύγχρονης εποχής στην Ευρώπη και πολλά άλλα μέρη του κόσμου, με τραγικές συνέπειες για αμέτρητους ψυχιατρικούς αρρώστους<sup>5</sup>.

Η τότε αποδεκτή θεωρία ήταν ο εξορκισμός ο οποίος περιλάμβανε διάφορες τεχνικές, άλλες ήπιες και άλλες βάρβαρες, όπως προσευχή, δημιουργία δυνατών θορύβων και την πόση ειδικών ποτών. Σε άλλες περιπτώσεις το υποκείμενο άτομο βυθιζόταν σε νερό, μαστιγωνόταν ή δεν σιτίζεται για πολλές ημέρες προκειμένου το σώμα να γίνει "ένα λιγότερο άνετο οίκημα για το πνεύμα". Επόμενο ήταν οι περισσότεροι ψυχιατρικοί άρρωστοι να πεθάνουν μετά από τέτοια μεταχείριση<sup>6</sup>.

---

5. Χαρτοκόλλης Π. «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», Δεύτερη Έκδοση, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991

6. Alloy L.B., Acocella J., Bootzin R.R., "Abnormal Psychology Current Perspectives", 7<sup>th</sup> Published by Mc Graw Hill Inc, New York 1996,σελ 4-15, σελ 232-261.

Στις Ινδίες διαχωρίζονται οι ψυχοπαθείς από τους διανοητικά καθυστερημένους και τους παραλυτικούς. Στην Ινδία ως μέσο ψυχοθεραπείας χρησιμοποιούσαν τραγούδια, ενώ στην Κίνα το βελονισμό. Οι Εβραίοι θεωρούν ότι η ψυχοπάθεια και η επιληψία είναι παθήσεις και όχι υπερφυσικά φαινόμενα και ότι πρέπει να θεραπεύονται από γιατρούς και όχι ιερείς<sup>7</sup>.

Ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται σε όλες τις αρχαίες φιλολογίες και προπάντων την ελληνική, στον Όμηρο και τις αττικές τραγωδίες. Παραδείγματα, η μανιοκαταθλιπτική κρίση του Αίαντα και η ανάλογη διαταραχή του Ηρακλή "μαινόμενου" και η ψυχογενής ανικανότητα του Ιφίκλου. Στην αρχαία ελληνική μυθολογία τα κακά πνεύματα αντιπροσωπεύονται από τις θεές Μανία και Λύσσα<sup>8</sup>.

Όσον αφορά τη θεραπεία, οι Αρχαίοι Έλληνες και Κινέζοι ήταν αυτοί που ξεκίνησαν μια νέα, πιο λογική αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών. Ο Ιπποκράτης, (460 π.χ. – 360 π.χ.) ο κατά την παράδοση απόγονος του Θεού Ασκληπιού, μαθήτευσε στο Ασκληπιείο της Κω τον 4<sup>ο</sup> π.χ. αιώνα. Δεν ικανοποιήτω με την εξήγηση των "υπερφυσικών δυνάμεων" και απέδειξε ότι η αρχή όλων των νόσων ήταν κάποια διαταραχή της βιολογικής λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος.

---

7. Γιαννοπούλου Α. «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Έκδοσις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1996, σελ 28-30.

8. Χαρτοκόλλης Π. «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», Δεύτερη Έκδοση, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991, σελ 29-32, 107, 118, 207-223.

Για την επιληψία, η οποία τότε ονομαζόταν “η ιερή νόσος” της ανθρωπότητας ο Ιπποκράτης είχε κάνει το εξής σχόλιο, όπως αναφέρεται σε έγγραφα των Zilborg και Henry (1941) : “Εάν ανοίξεις το κεφάλι (ενός επιληπτικού) θα δεις τον εγκέφαλο υγρό, γεμάτο ιδρώτα και δύσοσμο. Έτσι θα καταλάβεις πως δεν είναι από κάποιο θεό αλλά από αρρώστια”<sup>9</sup>.

Η επιτυχία του Ιπποκράτη ήταν τριπλή. Πρώτον, επέβαλε στον εαυτό του την **συνεχή παρατήρηση** των ψυχιατρικών ασθενών και την **αντικειμενική καταγραφή** της συμπεριφοράς των. Δεύτερον, ανέπτυξε την πρώτη **βιογενετική θεωρία των ανώμαλων συμπεριφορών** ότι οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ανώμαλη έκκριση, σύσταση ή θερμοκρασία των “χυμών” του σώματος, που τους προσδιόρισε σε τέσσερις – το αίμα, τη λέμφο, την κίτρινη και τη μαύρη χολή. Περίσσεια αίματος προκαλούσε απότομες αλλαγές στη διάθεση (αιματώδης χαρακτήρας), περίσσεια λέμφου προκαλούσε την αδιαφορία και τη νωθρότητα (λεμφατικός χαρακτήρας), περίσσεια μαύρης χολής προκαλούσε τη μελαγχολία και κίτρινης χολής τον εκνευρισμό (χολερικός χαρακτήρας)<sup>9</sup>.

Η κατάθλιψη ονομάστηκε “μελαγχολία” από τον Ιπποκράτη, επειδή πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της μαύρης χολής στο μυαλό. Τη χαρακτηρίζει κυρίως το αίσθημα της λύπης αλλά και όλα τα άλλα αρνητικά συναισθήματα όπως: άγχος και συναισθήματα ενοχής, και συναισθήματα που δηλώνουν ψυχικό πόνο και απαισιοδοξία<sup>9</sup>.

---

9. Alloy L.B., Acocella J., Bootzin R.R., “Abnormal Psychology Current Perspectives”, 7<sup>th</sup> Published by Mc Graw Hill Inc, New York 1996,σελ 4-15, 232-261.

Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε τις διανοητικές διαταραχές σε 3 κατηγορίες : α) τη μανία (ανώμαλος ενθουσιασμός)

β) τη μελαγχολία (ανώμαλη απόρριψη)

γ) τη φρενίτιδα (τον πυρετό του εγκεφάλου).

Τρίτον, η θεραπευτική του αντιμετώπιση αποτελείτο από ανάπαυση, φυσική άσκηση, σωστή διατροφή, αποχή από σεξουαλική επαφή και λήψης αλκοόλ και υποστήριξη των ψυχιατρικά ασθενών, καθώς και αφαιμάξεις, καθαρτικά, εμετικά, ιαματικά λουτρά, μουσική και ταξίδια. Στη συνέχεια, πολλοί γιατροί ακολούθησαν το παράδειγμά του και ασχολήθηκαν σοβαρά με την ψυχιατρική όπως ο Γαληνός (130 – 200 μ.Χ.) ο οποίος ήταν και ο πρώτος χριστιανός γιατρός<sup>10</sup>.

---

10. Γιαννοπούλου Α. «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1996, σελ 28-30.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από κατάθλιψη και ο αριθμός αυτός συνεχώς αυξάνεται. Στη χώρα μας ο αριθμός αυτός υπολογίζεται σε 540.000 άτομα, κάθε χρονική στιγμή. Από τους ασθενείς αυτούς, σε ένα ποσοστό 75% περίπου, δεν γίνεται διάγνωση της κατάθλιψης επειδή είτε προσφεύγουν για βοήθεια σε γιατρούς που δεν έχουν εμπειρία σε θέματα ψυχικής υγείας, είτε δεν αναγνωρίζουν την κατάστασή τους ως πρόβλημα υγείας, με αποτέλεσμα βέβαια να μην υποβάλλονται σε θεραπεία.

Η κατάθλιψη είναι, αρκετά συχνά, μια πολύ δυσάρεστη βιωματική εμπειρία για τον πάσχοντα, η οποία πολλές φορές τον κάνει να βλέπει τον θάνατο σαν λύτρωση. Παράλληλα με το δυσβάστακτο ψυχικό πόνο που προκαλεί, δημιουργεί και ένα σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος, αφού κατά κανόνα προσβάλλει τις παραγωγικές ηλικίες<sup>11</sup>.

---

11. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, «Η κατάθλιψη – τι πρέπει να γνωρίζετε γι'αυτή», ενημερωτικό φυλλάδιο, χορηγία της Smith Cline Beecham Pharmaceuticals, Αθήνα 1999.

Η μείζων κατάθλιψη αποτελεί το μεγαλύτερο ψυχιατρικό πρόβλημα για τις Η.Π.Α. όπου υπολογίζεται ότι το ποσοστό της νόσου κατά οποιοδήποτε χρονικό διάστημα ενός μηνός αγγίζει το 4% για τον αντρικό και το 6% για τον γυναικείο πληθυσμό. Σύμφωνα με την έρευνα των Blazer, Kessler, Mc Gonagle et al. (1994) η πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου κατά οποιοδήποτε χρονικό διάστημα στη ζωή του ατόμου, στις Η.Π.Α. υπολογίζεται 17%. Η κατάθλιψη έχει τη δεύτερη θέση, μετά τη σχιζοφρένεια. Στοιχεία από ιδιώτες ιατρούς αναφέρουν ότι 12% - 48% της πελατείας τους πάσχει από κατάθλιψη και ότι αυτοί οι ασθενείς απουσιάζουν κατά μεγαλύτερο ποσοστό από τη δουλειά τους και παραμένουν περισσότερο χρόνο στο κρεβάτι σε σχέση με ασθενείς που πάσχουν από άλλες νόσους όπως σακχαρώδη διαβήτη ή αρθρίτιδα (Wells, Stewart, Hays et al.,) 1989)<sup>12</sup>.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, μέσω του προγράμματος ECA (Epidemiological Catchment Area) εκτίμησε την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε ενήλικες άνω των 18 ετών στις ΗΠΑ και ανακοίνωσε τα εξής αποτελέσματα : για την μείζων κατάθλιψη 5,8%, για την δυσθυμία 3,3% και για την διπολική διαταραχή 1,2%. Επίσης υπολόγισε ότι 1 στους 12 ενήλικες στις ΗΠΑ θα νοσήσει από μια από τις προαναφερθέντες νόσους, ανά οποιοδήποτε χρονικό διάστημα της ζωής του, τουλάχιστον 1 φορά.

---

12. Alloy L.B., Acocella J., Bootzin R.R., "Abnormal Psychology Current Perspectives", 7<sup>th</sup> Published by Mc Graw Hill Inc, New York 1996, σελ 4-15,σελ 232-261.

Τα στοιχεία του προγράμματος ECA αναφέρουν ότι το 31% των ασθενών που πάσχουν από διαγνωσμένη πλέον κατάθλιψη ανέφεραν τις ψυχικές διαταραχές που βίωναν σε κάποιο προσωπικό της υγείας, τους προηγούμενους 6 μήνες από τη διάγνωση και / ή είχαν νοσηλευθεί το προηγούμενο έτος. Παρόλα αυτά μόνο 1 στους 4 δέχθηκε θεραπεία από ειδικευμένο προσωπικό, που σημαίνει ότι 3 στους 4 που πάσχουν με κατάθλιψη δεν λαμβάνουν καμία απολύτως θεραπεία<sup>13</sup>.

Το ποσοστό εμφάνισης και η πιθανότητα εκδήλωσης ψυχικής νόσου αυξάνεται στις μεγαλύτερες ηλικίες όπως και στο γυναικείο παρά στο αντρικό φύλλο. Η έρευνα των Copeland, JRM, Beekman A.T.F., Dewey ME et al. (1999) που διεξήχθη σε διάφορες χώρες της Ευρώπης παρουσίασε τα εξής αποτελέσματα για την κατάθλιψη στον γενικό πληθυσμό ηλικίας άνω των 65 ετών<sup>14</sup>.

---

13. Abraham I.L., Neese J.B., Westerman PS, "Depression-Nursing Implications of a Clinical and Social Problem", Nursing Clinics of North America, Vol. 26, No 3, Sept. 1991, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1991

14. Copeland J.R.M., Beekman A.T.F., Dewey M.E. et al, "Depression in Europe", British Journal of Psychiatry, Vol. 174, Published by the Royal College of Psychiatrists, London, 1999, σελ 312-321.



### Πίνακας 1

	<i>Διαγνωσμένη κατάθλιψη</i>	<i>Διαγνωσμένες υπομορφές κατάθλιψης</i>	<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>
Amsterdam	12.0	18.4	30.4
Berlin	16.5	15.1	31.6
Dublin	11.9	9.5	21.4
London	17.3	20.6	37.9
Liverpool	10.0	11.4	21.4
Iceland	8.8	8.9	17.7
Munich	23.6	11.2	34.8
Verona	18.3	17.8	36.1
Zaragoza	10.7	9.9	20.6

*Πηγή: Denque – Monroe, 1978*

Η ίδια έρευνα έδωσε τα εξής στοιχεία, για το ίδιο δείγμα, ανά φύλλο:

### Πίνακας 2

		<i>Διαγνωσμένη κατάθλιψη</i>	<i>Διαγνωσμένες υπομορφές κατάθλιψης</i>	<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>
Amsterdam	-	15.3	20.6	35.9
	+	6.6	14.8	21.4
Berlin	-	19.4	16.7	36.1
	+	13.6	13.6	27.2
Dublin	-	12.6	8.6	21.2
	+	10.6	11.6	22.2
London	-	19.2	15.5	34.7
	+	14.3	24.0	38.3
Liverpool	-	11.6	12.8	24.4
	+	7.6	9.0	16.6
Iceland	-	10.8	10.2	21.0
	+	5.7	6.9	12.6
Munich	-	22.3	10.5	32.8
	+	28.2	13.4	41.6
Verona	-	26.4	20.8	47.2
	+	5.2	13.0	18.2
Zaragoza	-	14.8	9.7	24.5
	+	6.2	10.1	16.3

*Πηγή: Denque – Monroe, 1978*

Όπως υποστηρίζεται και από τις έρευνες του ECA η μονοπολική διαταραχή έχει ποσοστό εμφάνισης 7% στις γυναίκες ενώ μόνο 2.6% στους άνδρες, ενώ στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής τα ποσοστά κυμαίνονται στο ίδιο επίπεδο (0.9% για γυναίκες και 0.7% για άνδρες). Παρατηρήθηκαν και διαφορές λόγω εθνικότητας, όσον αφορά την συχνότητα εμφάνισης της νόσου στον πληθυσμό: στον μαύρο πληθυσμό το ποσοστό για την μονοπολική κατάθλιψη είναι 3.1%, για τους ισπανόφωνους 4.4% και για τους λοιπούς λευκούς 5.1% ενώ για την διπολική διαταραχή οι αναλογίες είναι 1% για τον μαύρο πληθυσμό, 0.7% για τους ισπανόφωνους και 0.8% για τους λευκούς. Για τη δυσθυμία, πρώτοι έρχονται οι ισπανόφωνοι με 4%, οι λευκοί με 3.3% και ο μαύρος πληθυσμός με 2.5%<sup>15</sup>.

---

15. Ingram R.E. "Encyclopedia of Human Behaviour – Depression" Vol. 2, Published by Academic Press Inc., California 1994,σελ 113-122.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

#### 3.1 Ψυχοαναλυτικές & Ψυχοδυναμικές Θεωρίες

Ο S. Freud στην έκθεσή του "Θρήνος και Μελαγχολία" (1917), προσπαθώντας να εξηγήσει το μηχανισμό πρόκλησης της κατάθλιψης, ξεκίνησε από τη μελαγχολία. Σύμφωνα με αυτόν τα μελαγχολικά άτομα έχουν στερηθεί την ικανοποίηση του στοματικού σταδίου στην παιδική ηλικία.

Όταν ένα άτομο συνειδητοποιεί ότι το αντικείμενο που του προκαλεί τον πόνο είναι αυτό που από το οποίο εξαρτάται, δηλαδή αυτός που του παρέχει φροντίδα, το άτομο (παιδί) νιώθει θυμό ο οποίος θυμός υποσυνείδητα σχετίζεται με την ανάγκη εκπλήρωσης της στοματικής ικανοποίησης. Με την πάροδο του χρόνου το άτομο στρέφει τον θυμό προς τον εαυτό του αντί προς το αιτιών άτομο και έτσι η όλη προσωπικότητα γίνεται αρνητική και καταθλιπτική, η οποία αποτελεί εξωτερική έκφραση της εσωτερικής υποσυνείδητης διαμάχης<sup>16</sup>.

---

16. Huprich S.K. "Depressive Personality Disorder: Theoretical Issues, Clinical Findings and Future Research Questions" Clinical Psychology Review, Vol 18, No 5, Published Elsevier Science Ltd, USA 1998, 477-500.

Οι Rado (1964), Bibring (1953) και Jacobson (1964), συμπληρώνοντας την κλασική ψυχαναλυτική ερμηνεία, επισήμαναν ότι δεν είναι αναγκαίο να υπάρχει μια αντικειμενική απώλεια για να επέλθει κατάθλιψη. Κάτι το αρνητικό σε σχέση με το ναρκισσισμό του, δηλαδή με την αγάπη και την εκτίμηση που τρέφει καθένας για το άτομό του, μια απογοήτευση ή αποτυχία θα κλονίσει σοβαρά το συναίσθημα του αυτοσεβασμού, μπορεί να παραλύσει την ικανότητα ενός ατόμου για δράση με αποτέλεσμα μια ανακλητική κατάθλιψη. Ο Mendelson (1967) πίστευε πως η κατάθλιψη οφείλεται στην κατάρρευση του εγώ και της αυτοπεποίθησης λόγω κάποιας απώλειας ή απογοήτευσης<sup>17</sup>.

Οι Kretschmer (1925) και Schneider (1958) αναγνωρίζουν ότι η κατάθλιψη μπορεί να υπάρχει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του πάσχων και στο σύγγραμμά του "Φυσική Κατάσταση και Χαρακτήρας" ο Kretschmer ξεχώρισε τα άτομα με κυκλικό ταμπεραμέντο (μανιακή και καταθλιπτική φάση) από αυτούς με "ήπια μελαγχολία" στους οποίους παρατήρησε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: "μια πρόσμιξη στεγνής ακεφιάς, υποχονδριακής και επιθετικής συμπεριφοράς προς τον κόσμο και όλη την ανθρωπότητα, απότομη και νευρική διάθεση...συνοφρυομένη και σκυθρωπή απαισιοδοξία... (και) επιφυλακτική, κακή διάθεση".

---

17. Daco P. "Οι καταπληκτικές νίκες της σύγχρονης τεχνολογίας", Μετάφραση –Επιμέλεια Βασδέκη Β.Α., Εκδόσεις Δίπτυχο, Αθήνα 1969,σελ 7-74, 384-389.

Ο Schneider περιέγραψε τα άτομα που πάσχουν από καταθλιπτική ψυχοπάθεια ως εξής:

**“ήσυχα, συνεχώς απαισιόδοξα, σοβαρά, χωρίς την ικανότητα να διασκεδάσουν. Η γαλήνη και η ηρεμία φαίνεται ως κάτι ανούσιο ενώ ο πόνος και η οδύνη ως αρετή. Δίνουν μεγάλη σημασία στην λειτουργία και είναι καταπιεστικά αλλά συγχρόνως ευαίσθητα άτομα”**. Ο Schneider έκανε ένα διαχωρισμό μεταξύ της καταθλιπτικής προσωπικότητας και της ενδογενούς κατάθλιψης την οποία συσχέτισε περισσότερο με τις φάσεις μανίας και κατάθλιψης απορρίπτοντας έτσι την ιδέα ότι η καταθλιπτική προσωπικότητα είναι ακραία μορφή έκφρασης της κατάθλιψης. Αυτή η προσωπικότητα οφείλεται σε πρώιμους ερεθισμούς που προδιαθέτουν το άτομο να γίνει αρνητικό και απαισιόδοξο<sup>18</sup>.

---

18. Huprich S.K. “Depressive Personality Disorder: Theoretical Issues, Clinical Findings and Future Research Questions” *Clinical Psychology Review*, Vol 18, No 5, Published Elsevier Science Ltd, USA 1998, 477-500.

## 3.2 Θεωρίες της Γνωστικής Συμπεριφοράς

Πολλοί επιστήμονες έχουν μελετήσει το μηχανισμό δημιουργίας της κατάθλιψης βασιζόμενοι στη συμπεριφορά του ατόμου. Ο Ferster (1978, 1981) δηλώνει ότι το καταθλιπτικό άτομο μπορεί να παρουσιάζει τη νόσο ανά χρονικά διαστήματα κατά τα οποία δέχεται αρνητικά ερεθίσματα και απομόνωση από το κοινωνικό του περιβάλλον χωρίς τα αντίστοιχα θετικά ερεθίσματα με τα οποία θα μπορούσε να διατηρήσει την ψυχική του ισορροπία. Ξεκινώντας από την παιδική ηλικία όπου τα αρνητικά ερεθίσματα αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες του ατόμου (όπως η αδιαφορία της μητέρας προς το παιδί) καλλιεργείται η πίστη ότι το περιβάλλον δεν έχει να προσφέρει τίποτα στο άτομο το οποίο γίνεται απαισιόδοξο.

Ο Ferster σχολιάζει και το ρόλο του θυμού στην κατάθλιψη. Όπως και οι ψυχαναλυτές, αναγνωρίζει ότι ο θυμός είναι ένα συστατικό αυτής της συναισθηματικής διαταραχής αλλά εξηγεί ότι η εκδήλωση θυμού συχνά αποφεύγεται από τον πάσχων λόγω της αρνητικής αντίδρασης του περιβάλλοντος προς το θυμό επομένως συγκρατείται αυτό το αίσθημα και το αποτέλεσμα είναι η περαιτέρω απομόνωση του πάσχων από το κοινωνικό σύνολο και η έλλειψη υποστηρικτών αυτού.

### 3.3 Γενετική Θεωρία

Υποστηρίζεται ότι οι συναισθηματικές διαταραχές είναι σε ένα μεγάλο βαθμό κληρονομικές. Προσπάθειες να γίνει κατανοητός ο μηχανισμός της κληρονομικότητας εμποδίστηκαν από την πολυπλοκότητα του φαινοτύπου, που μπορεί να κυμανθεί μεταξύ του καλοήθους θυμικού μέχρι τη χρόνια ψύχωση και από τον φαινομενικώς μη μεντελιανό τρόπο μεταδόσεως.

Πρώιμες αναφορές συνδέσεως με χρωμοσωμικά focus αμφισβητήθηκαν, παρόλα αυτά αυτές βοήθησαν για να ενθαρρύνουν την ανάπτυξη περισσότερο πολύπλοκων μεθόδων για την ανάλυση των φαινοτύπων. Αναφέρθηκε σύνδεση της μανιοκαταθλιπτικής νόσου με focus επάνω στο χρωμόσωμα 18 και φαινομενικώς αναταράχθηκε. Οι εργασίες προχωρούν για να αναγνωρισθούν γονίδια. Μόλις οι μοριακοί μηχανισμοί της κληρονομικότητας αποσαφηνισθούν θα είναι σημαίνον να αναλογισθούν οι ηθικές προεκτάσεις του γενετικού ελέγχου στην κλινικώς και γενετικώς πολύπλοκη διαταραχή όπως είναι η μανιοκαταθλιπτική νόσος<sup>19</sup>.

---

19. MacKinnon D.F., Jamison KR., Depaulo J.R., "Γενετική της Μανιοκαταθλιπτικής Νόσου", Αναζητήσεις: Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 5, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη 1997,σελ 53.



Μελέτες με δίδυμους και οικογένειες δίδυμων ή ατόμων που έχουν υιοθετηθεί σε μια πολύ νεαρή ηλικία από οικογένειες εγκατεστημένες σε διαφορετικούς τόπους έχουν διαπιστώσει ένα ποσοστό ομοιομορφίας ως προς την αρρώστια, για μεν τους μονοζυγωτικούς δίδυμους περίπου 69%, για δε διζυγωτικούς δίδυμους περίπου 13%. Έχει βρεθεί ότι σε συγγενείς πρώτου βαθμού το ενδεχόμενο να εμφανιστεί μια συναισθηματική διαταραχή (νοσηρός παράγοντας) είναι για τους άντρες 6 έως 18%, για τις γυναίκες 7 έως 32%. Κατά μία παλαιότερη μελέτη του Κάλμαν ο βαθμός κληρονομικότητας για μεν τα μονοζυγωτικά δίδυμα αδέρφια κυμαίνεται από 66% έως 96%, για δε τα διζυγωτικά κι άλλα αδέρφια από 20% έως 25%.

### **3.4 Ιδιοπαθής Θεωρία**

Ως μια επέκταση της θεωρίας της κληρονομικότητας υπάρχει ακόμα η ιδιοπαθής θεωρία ή υπόθεση, που είχε πολύ πέραση στα τελευταία χρόνια του δεκάτου-ενάτου αιώνα και ως ένα βαθμό διατηρεί ακόμα το ενδιαφέρον της. Αναφέρεται στη σωματική διάπλαση του ατόμου και την πιθανότητα κάποιας σχέσης με τον χαρακτήρα του και την τάση για μίαν ορισμένη ψυχοπαθολογία. Άνθρωποι με μανιοκαταθλιπτικές τάσεις συμβαίνει να είναι κοντόχοντροι, με αναπτυγμένο στομάχι και ανήκουν στον **πυκνοειδή τύπο**, όπως τον προσδιόρισε ο Γερμανός ψυχίατρος Kretschmer ο οποίος περιέγραψε επίσης έναν **ασθενικό τύπο**, που υποτίθεται ότι χαρακτηρίζει τη σωματική διάπλαση

ατόμων επιρρεπών στη σχιζοφρένεια και ακόμα έναν **αθλητικό** και έναν **δυσπλαστικό** τύπο.

Λίγο αργότερα, ο Αμερικανός William Sheldon χρησιμοποιώντας ανθρωπομορφικές μετρήσεις, ξαναπαρουσίασε τον πυκνοειδή τύπο ως **ενδομορφικό ή σπλαγχοτονικό**, τον ασθενικό ως **εκτομορφικό ή εγκεφαλικό** και τον αθλητικό τύπο ως **μεσομορφικό ή σωματοτονικό**, αφήνοντας τον όρο *για τον δυσπλαστικό* τύπο αμετάβλητο<sup>20</sup>.

### **3.2 Βιολογική Θεωρία**

Με βάση τις θεραπευτικές ιδιότητες ορισμένων ψυχοφαρμάκων έχουν αναπτυχθεί δύο υποθέσεις, που επιχειρούν να εξηγήσουν το μηχανισμό των συναισθηματικών διαταραχών : η κατεχολαμινική υπόθεση, κατά την οποία η μεν κατάθλιψη οφείλεται σε μια μείωση των μονοαμινών (ή βιογενών αμινών), ειδικότερα της νορεπινεφρίνης, που ενεργοποιούν τους νευροχημικούς υποδοχείς του εγκεφάλου, η δε μανία σε μια υπερβολική δραστηριότητα των ίδιων ουσιών και η ινδολαμινική υπόθεση, που αποδίδει τις διαταραχές αυτές σε ανωμαλίες του μεταβολισμού της σεροτονίνης. Αλληλοσυγκρουόμενα εργαστηριακά ευρήματα, όμως, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι και οι δύο υποθέσεις υπεραπλουστεύουν τα πράγματα<sup>20</sup>.

---

20. Oltmanns TF, Emery RE, "Abnormal Psychology", Prentice – Hall Inc., New Jersey, 1995,σελ 152-191.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Υπάρχουν διάφορα συστήματα ταξινόμησης των διαφόρων τύπων κατάθλιψης. Παρακάτω αναφέρονται οι κυριότερες μορφές της νόσου που σε μερικές αλληλοσυμπίπτουν τα χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας.

#### 4.1 Κανονική, Υποκλινική και Κλινική Κατάθλιψη

Στο ευρύ φάσμα η κατάθλιψη μπορεί να ποικίλει στην εκδήλωσή της από “κανονική” σε “υποκλινική” έως “κλινική”. Η κανονική αναφέρεται στις μεταβολές του συναισθήματος που βιώνει ο καθένας και συνήθως εκφράζεται με το συναίσθημα της λύπης. Είναι συνώνυμη και με την κατάθλιψη η οποία αναφέρεται ως απλό σύμπτωμα και πέραν από τη λύπη λίγα ή κανένα άλλο σημείο δεν υπάρχει<sup>21</sup>.

---

21. Ingram R.E. “Encyclopedia of Human Behaviour – Depression” Vol. 2, Published by Academic Press Inc., California 1994,σελ 113 –122

Η υποκλινική μορφή είναι σοβαρότερης μορφής και περιλαμβάνει οπωσδήποτε και άλλες εκδηλώσεις πέραν της λύπης. Παρόλο που μπορεί να γίνει οποιοσδήποτε συνδυασμός σημείων και συμπτωμάτων ο αριθμός δεν υπερβαίνει τα τρία ή τέσσερα, σύμφωνα με την προηγούμενη ταξινόμηση DSM-III-R εάν είναι πάνω από τέσσερα τότε μιλάμε για κλινική κατάθλιψη. Η υποκλινική μορφή δεν είναι τόσο σοβαρή ώστε να απαιτείται θεραπεία γιατί συνήθως προκαλείται από διάφορα πειστικά γεγονότα και αγχώδεις καταστάσεις στη ζωή του πάσχων και υποχωρεί με την παύση αυτών.

Αντιθέτως, η κλινική κατάθλιψη απαιτεί θεραπεία γιατί επηρεάζει τη λειτουργία του ατόμου. Σύμφωνα με DSM-III-R παρατηρούνται τουλάχιστον πέντε από τα εννέα συμπτώματα που αναφέρονται στον πίνακα και παραμένουν για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.

#### ***Συμπτώματα της κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-III-R***

- 1. Καταθλιπτική διάθεση για το περισσότερο διάστημα της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.**
- 2. Σημειωτέα μειωμένη ένδειξη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στην πλειοψηφία των καθημερινών δραστηριοτήτων, σχεδόν όλη τη διάρκεια της ημέρας.**
- 3. Σημαντική μείωση του σωματικού βάρους ή αύξηση αυτού ή αυξομειώσεις της όρεξης ανά ημέρα.**
- 4. Αϋπνία ή υπερϋπνία.**
- 5. Ψυχοκινητική δραστηριότητα ή καθυστέρηση σχεδόν κάθε ημέρα.**
- 6. Εξάντληση ή απώλεια ενέργειας κάθε ημέρα.**
- 7. Αισθήματα αναξιοτήτας και ενοχής.**
- 8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης.**
- 9. Επανειλημμένες σκέψεις θανάτου και απόπειρες αυτοκτονίας.**

***Πηγή: Denque – Monroe, 1978***

Μια άλλη θεωρία για την εξήγηση της διάκρισης των 3 αυτών μορφών αναφέρεται στην **ένταση** των συμπτωμάτων που βιώνει το άτομο. Αυτή η άποψη αντανακλά την **υπόθεση συνεχείας** η οποία αναφέρει ότι οι συναισθηματικές καταστάσεις είναι συνεχείς καταστάσεις που ποικίλλουν από το ομαλό στο ανώμαλο και μια διαταραχή ορίζεται ως μια ακραία έκδοση της ομαλής συναίσθησης. Η αντίθετη άποψη της **μη-συνεχείας** προτείνει ότι τα διαφορετικά επίπεδα της ψυχολογικής κατάστασης αντιπροσωπεύουν **ουσιαστικά** διαφορετικές διαδικασίες οι οποίες δεν διαχωρίζονται μόνο από το βαθμό έντασης.

Π.χ. ενώ μερικά χαρακτηριστικά όπως η λύπη μπορεί να φαίνονται όμοια, το κανονικό αίσθημα της λύπης είναι ριζικά διαφορετικό από αυτό της κλινικής κατάθλιψης. Οι έρευνες δεν έχουν αποδείξει ακόμα ποια θεωρία ανταποκρίνεται περισσότερο στην πραγματικότητα.

## **4.2 Μονοπολική & Διπολική Κατάθλιψη**

Ένας από τους πιο αποδεκτούς διαχωρισμούς είναι και αυτός της διπολικής ή μονοπολικής κατάθλιψης. Στην "κλινική κατάθλιψη" μπορεί να παρουσιάζεται ή η διπολική ή η μονοπολική μορφή όπου στην πρώτη περίπτωση έχουμε εναλλαγή μανιακών με καταθλιπτικών επεισοδίων και ονομάζεται μανιοκαταθλιπτική νόσος, ενώ στην δεύτερη περίπτωση έχουμε μόνο καταθλιπτικές εκδηλώσεις.

Για να διαγνωσθεί η διπολική κατάθλιψη ένα και μόνο γνήσιο μανιακό επεισόδιο σε οποιοδήποτε χρονικό διάστημα της ζωής του ατόμου, αρκεί ακόμα και αν το άτομο δεν έχει εκδηλώσει ποτέ κατάθλιψη. Μια άλλη μορφή της διπολικής κατάθλιψης είναι η διπολική ΙΙ όπου τα άτομα βιώνουν καταστάσεις κατάθλιψης εναλλασσόμενες με καταστάσεις υπομανίας η οποία ορίζεται ως μια ήπια μορφή μανίας.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η μονοπολική μορφή συμβαίνει σε μεγαλύτερες ηλικίες απ' ότι η διπολική και ότι η διπολική χαρακτηρίζεται από μειωμένη διάθεση για ύπνο κατά τη φάση της μανίας ενώ τα άτομα που πάσχουν από μονοπολική κατάθλιψη παρουσιάζουν αϋπνία. Οι συγγενείς των ασθενών με διπολική κατάθλιψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από τη νόσο, σε σχέση με τους συγγενείς των μονοπολικών καταθλιπτικών ασθενών εύρημα το οποίο ενισχύει τη γενετική και βιολογική θεωρία<sup>22</sup>.

---

22. Oltmanns TF, Emery RE, "Abnormal Psychology", Prentice – Hall Inc., New Jersey, 1995,σελ 152-191.



## **Κριτήρια Διάγνωσης Μείζων Κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-III-R**

**I. Τουλάχιστον 5 από τα κάτωθι συμπτώματα τα οποία συνυπάρχουν τουλάχιστον επί 2 εβδομάδες και εμφανίζονται σχεδόν κάθε μέρα για το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας.**

- **Καταθλιπτική διάθεση.**
- **Απουσία ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σχεδόν προς όλες τις δραστηριότητες.**
- **Μείωση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα ή απώλεια σωματικού βάρους μεγαλύτερη του 5% σε ένα μήνα.**
- **Αϋπνία ή υπερϋπνία.**
- **Αυξημένη ή μειωμένη κινητικότητα.**
- **Κόπωση ή απώλεια ενέργειας.**
- **Αίσθημα αναξιότητας ή μη δικαιολογημένης ντροπής.**
- **Μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.**
- **Επανελημμένες σκέψεις θανάτου ή τάσεις αυτοκτονίας.**

**II. Απουσία οργανικής νόσου η οποία θα μπορούσε να ευθύνεται για τα συμπτώματα τα οποία δεν παρουσιάζονται δευτεροπαθή λόγω κάποιας νόσου.**

**III. Οι παραισθήσεις και οι ψευδαισθήσεις δεν διαρκούν πέρα των 2 εβδ. χωρίς συνυπάρχων συμπτώματα κατάθλιψης.**

**IV. Απουσία διαγνωσμένης σχιζοφρένειας ή σχιζοφρενικής διαταραχής η οποία να συνυπάρχει.**

**V. Απουσία μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου στο ατομικό ιστορικό.**

---

*Πηγή: Denque – Monroe, 1978*



### **4.3 Μείζων Καταθλιπτική Συνδρομή**

Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-III-R, η διάγνωση για μείζων κατάθλιψη τίθεται εάν ο ασθενής παρουσιάζει τουλάχιστον πέντε από τα εννέα συμπτώματα επί 2 εβδομάδες τουλάχιστον. Ο ασθενής δεν πρέπει να παρουσιάζει άλλα συμπτώματα όπως παραισθήσεις επί απουσία των συναισθηματικών μεταβλητών, οπότε και η κατάθλιψη θεωρείται η πρωτοπαθής διάγνωση. Εάν παρουσιάζονται π.χ. παραισθήσεις, η κατάθλιψη θεωρείται δευτεροπαθής, αποτέλεσμα, δηλαδή, κάποιας άλλης διαταραχής ψυχολογικής ή σωματικής φύσης<sup>23</sup>.

#### **4.3.1. Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή**

Μια άλλη ενδιαφέρουσα υπό-κατηγορία είναι η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (Seasonal affective disorder – SAD) η οποία ανέρχεται μεταξύ Οκτώβρη και Νοέμβρη και διαρκεί για 60 ημέρες. Πιθανολογείται ότι οφείλεται στις μεταβολές στην ποσότητα του φωτός, τις αλλαγές του κιρκάδιου ρυθμού και παραγωγής μελανίνης. Επομένως, καθώς μειώνεται η διάρκεια της ημέρας, τα άτομα παραδίδονται σταδιακά στη νόσο και γι' αυτό μια θεραπεία που συνιστάται για την SAD είναι η φωτοθεραπεία.

---

23. Ingram R.E. "Encyclopedia of Human Behaviour – Depression" Vol. 2, Published by Academic Press Inc., California 1994, 113-122.

Στην περίπτωση που η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (συνήθως χειμερινή) ακολουθείται από ανοιξιάτικη υπομανία ταξινομείται ως διπολική II διαταραχή.

#### **4.3.2. Δυσθυμική Διαταραγή**

Θεωρείται μία πιο ήπια μορφή κατάθλιψης καθ' ότι παρουσιάζεται με λιγότερα συμπτώματα απ' ότι το μείζων επεισόδιο. Το απαραίτητο χρονικό διάστημα για να τεθεί η διάγνωση είναι : εκδήλωση των συμπτωμάτων για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της ημέρας, περισσότερες ημέρες εκδήλωσης των συμπτωμάτων από τις ημέρες μη-εκδήλωσης αυτών, για μια περίοδο τουλάχιστον 2 ετών. Μοιάζει με τη λεγόμενη εξωγενή κατάθλιψη. Ο ασθενής αισθάνεται μελαγχολικός, βαρύς ή έτοιμος να κλάψει, δυστυχής. Χαρακτηριστικά, η συναισθηματική κατάστασή του μεταβάλλεται εύκολα, από τη μια μέρα στην άλλη ή και μέσα στην ίδια ώρα. Ενώ μπορεί να κάνει τη δουλειά του και να αισθάνεται ήρεμος και αισιόδοξος, ξαφνικά αρχίζει να παραπονιέται ότι δεν τα καταφέρνει, εκφράζει οργή και απελπισία, του έρχονται δάκρυα ή ξεσπάει σε κλάμα. Συναισθήματα αυτομομφής, ανικανότητας, αναξιότητας & απαισιοδοξίας είναι κατά κανόνα μέσα στην κλινική εικόνα, ενώ δεν υπάρχουν ψυχοκινητικά ή παραληρητικά φαινόμενα. Εμφανίζεται ύστερα από κάποιο ιδιαίτερα ανεπιθύμητο γεγονός γι' αυτό και αναφέρεται και ως αντιδραστική κατάθλιψη. Το εκλυτικό γεγονός συνδέεται με κάποια απωθημένη ψυχοσύγκρουση και υπάρχει αρκετό άγχος.

Σύμφωνα με το αμερικανικό ταξινομικό σύστημα DSM-III-R, η συνύπαρξη δυσθυμίας με μείζων κατάθλιψη ονομάζεται "διπλή κατάθλιψη"

και ενώ υποχωρεί η μείζων μορφή μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, η δυσθυμία επιμένει.

#### **4.4. Κυκλοθυμία**

Η κυκλοθυμία στη διπολική κατάθλιψη είναι η αντίστοιχη της δυσθυμίας στη μονοπολική. Σύμφωνα με το DSM-III-R χαρακτηρίζεται ως χρόνια διαταραχή του συναισθήματος, διάρκειας τουλάχιστον 2 ετών, η οποία εκδηλώνεται με αρκετά επεισόδια υπομανίας και συχνές περιόδους καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Όπως και με τη δυσθυμία, τα κριτήρια της κυκλοθυμίας δεν επαρκούν για να καταταγεί ως μανία ή μείζων κατάθλιψη αλλά συχνά επιφέρει σοβαρές επιπλοκές στην κατάθλιψη<sup>24</sup>.

*Πιθανότητα εμφάνισης συναισθηματικής διαταραχής σε συγγενείς πρώτου βαθμού σε ασθενείς με μονοπολική και διπολική συναισθηματική διαταραχή*

<i>Είδος νόσου</i>	<i>Πιθανότητα εμφάνισης</i>	
	<i>Μονοπολική</i>	<i>Διπολική</i>
<i>Μονοπολική</i>	9.1%	0.6%
<i>Διπολική</i>	11.4%	7.8%

*Πηγή: Denque – Monroe, 1978*

---

24. Oltamanns TF, Emery RE, "Abnormal Psychology", Prentice – Hall Inc., New Jersey, 1995, σελ 152-191.

## **4.5 Ενδογενής και Εξωγενής Κατάθλιψη**

Μια άλλη διάκριση που μπορεί να γίνει είναι της ενδογενούς ή εξωγενούς κατάθλιψης. Εδώ αναφερόμαστε στην απουσία ή παρουσία κάποιου αντικειμένου εκλυτικού παράγοντα, όπως η απώλεια αγαπητού προσώπου ή μια σοβαρή προσωπική αποτυχία.

Η ενδογενής κατάθλιψη, χωρίς φανερή αιτία, παρουσιάζει πρωινή κυρίως αϋπνία, ανορεξία, πτώση βάρους, ημερήσια διακύμανση δυσφορικών συναισθημάτων και επεισοδιακό χαρακτήρα, με διαλείμματα ομαλότητας μεταξύ των επεισοδίων. Στο οικογενειακό ιστορικό του αρρώστου μπορεί να υπάρχουν ένας ή περισσότεροι συγγενείς εξ αίματος με παρόμοια επεισόδια.

Η ανηδονία (anhedonia) είναι η μειωμένη ικανότητα για την αίσθηση της ευχαρίστησης και είναι ένα άλλο κοινό εύρημα της ενδογενούς ή μελαγχολικής κατάθλιψης. Το 1974 ο Klein πρότεινε τον όρο “**ενδογενομορφική κατάθλιψη**” για να χαρακτηρίσει μια πιο συγκεκριμένη κατηγορία της ενδογενούς κατάθλιψης η οποία παρουσιάζει σοβαρή ανηδονία λόγω βλάβης στο κέντρο που επεξεργάζεται τα αισθήματα ευχαρίστησης στον εγκέφαλο και εντοπίζεται στο αριστερό ημισφαίριο του μετωπιαίου λοβού<sup>25</sup>.

---

25. Loas G., Dhee –Perot P., Chaperot C. et al, “Anhedonia, Alexithymia and Locus of Control in Unipolar Major Depressive Disorders”, Psychopathology, Vol, 31, Published by Karger, Basel Switzerland, 1998,σελ 206-212.

Ανηδονία παρατηρείται και στη μείζων, μονοπολική κατάθλιψη σε μεγάλο βαθμό και οι πάσχων από ενδογενομορφική κατάθλιψη (ENDO) είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ανηδονικοί από τους πάσχων από μη ενδογενομορφική μείζων κατάθλιψη. (NENDO).

Η αλεξιθυμία, (alexithymia) νεολογισμός που πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Sifneos, αναφέρεται σε άτομα που αδυνατούν να περιγράψουν τα αισθήματά τους ή να εμβαθύνουν τις φαντασιώσεις τους. Η αλεξιθυμία παρατηρείται σε όλες τις μορφές κατάθλιψης.

Πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί για να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν ή προκαλούν αλεξιθυμία. Στο γενικό πληθυσμό βρέθηκε ότι σχετίζεται με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, με το να ζει κανείς μόνος του, με την έλλειψη κοινωνικών σχέσεων, πτωχές κοινωνικές ικανότητες, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και με διαταραχές της συναισθηματικής ατμόσφαιρας στην οικογένεια κατά τα παιδικά χρόνια. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται σε αλεξιθυμικούς ψυχιατρικούς ασθενείς και άλλους ψυχιατρικούς ασθενείς. Είναι πιο συχνή στις γυναίκες και οι αλεξιθυμικοί πάσχουν από μια γενική ψυχοπαθολογία, συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές στις συνήθειες φαγητού πιο συχνά από τους μη-αλεξιθυμικούς ψυχιατρικούς ασθενείς<sup>26</sup>.

Επιπλέον ο Sifneos, παρατήρησε ότι το ανηδονικό άτομο δεν είναι απαραίτητα αλεξιθυμικό ενώ το αλεξιθυμικό είναι οπωσδήποτε και ανηδονικό.

---

26. Infrasea R, "Alexythymia, neurovegetative arousal and neuroticism", Psychother Psychosom, Vol 66 Published by Karger, Basel Switzerland, 1997,σελ 276-280.

Όσο για την απώλεια του ελέγχου που παρατηρείται, το άτομο που πάσχει από ενδογενή κατάθλιψη ενισχύει την αυτοπεποίθησή του και επιβραβεύει τον εαυτό του όταν συγκεντρώνεται σε θετικά, ενισχυτικά γεγονότα ενώ το άτομο που πάσχει από εξωγενή κατάθλιψη κατευθύνεται από εξωτερικές δυνάμεις όπως αυτός τις αντιλαμβάνεται όπως τύχη, ευκαιρίες και σε δυναμικούς χαρακτήρες.

Τα αποτελέσματα μιας έρευνας των Loas, Dhee-Perot, Chaperot et al (1998) απέδειξαν ότι τα άτομα με ENDO ήταν κατά ένα μικρότερο βαθμό πιο ανηδονικά από τα άτομα με NENDO αλλά όχι πιο αλεξιθυμικά.

Τα άτομα με μονοπολική, μείζων κατάθλιψη αποδείχθηκαν περισσότερο αλεξιθυμικά από τον πληθυσμό αναφοράς. Η έρευνα των Parker et al (1991) απέδειξε ότι με τη μέθοδο ανάλυσης των συντελεστών, η αλεξιθυμία και η κατάθλιψη αποτελούν διαφορετικές διαστάσεις. Πιο πρόσφατα οι Wise et al (1995) απέδειξαν ότι σε 50 ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη και νοσηλεύονται σε κάποιο θεραπευτικό ίδρυμα ή νοσοκομείο η αλεξιθυμία αποτελεί σταθερό εύρημα της δομής της προσωπικότητας και ότι η αλεξιθυμία είναι δευτεροπαθής λόγω της κατάθλιψης όπως εξηγείται στην κρυφή εκδήλωση της κατάθλιψης<sup>27</sup>.

---

27. Honkalampi K., Saarinen P., Hintikka J "Factors Associated with Alexythimia in Patients Suffering from Depression", Psychother Psychosom, Vol 68, Published by Karger, Basel Switzerland, 1999,σελ 270-275.



Στην εξωγενή κατάθλιψη, υπάρχουν συχνά ενδείξεις μιας προηγούμενης μακροχρόνιας δυσπροσαρμογής της προσωπικότητας. Η κατάστασή της έχει πολλά κοινά στοιχεία με την νευρωτική κατάθλιψη και όπως μ' εκείνη η έναρξή της είναι εύκολο να συνδεθεί με κάποια εξωτερική ή εσωτερική αντιξοότητα, σημαντική για τον ασθενή απώλεια, απόρριψη, ατυχία ή αποτυχία.

#### **4.6 Ψυχωτική και νευρωτική κατάθλιψη**

Μια άλλη μέθοδος ταξινόμησης, η οποία δεν είναι και τόσο ξεκάθαρη, είναι αυτή που ταξινομεί την κατάθλιψη είτε ως "νευρωτική" είτε ως "ψυχωτική". Με την αυστηρή έννοια των ορισμών, η ψυχωτική κατάθλιψη αναφέρεται σε διαταραχή η οποία περιλαμβάνει παραισθήσεις ενώ στην νευρωτική αυτά απουσιάζουν. Με αυτό όμως τον διαχωρισμό, "χάνονται" οι άλλες μορφές κατάθλιψης.

Π.χ. η ψυχωτική κατάθλιψη μερικές φορές φαίνεται ως βαριά ή ενδογενή κατάθλιψη. Η νευρωτική κατάθλιψη μπορεί να ποικίλει από ήπια ή χρόνια κατάθλιψη έως κατάθλιψη δευτεροπαθής προς κάποια διαταραχή της προσωπικότητας.

Η πιο ενδιαφέρουσα ψευδαίσθηση της ψυχωτικής κατάθλιψης είναι η λυκανθρωπία. Ο πάσχων πιστεύει πως έχει μεταλλαχθεί σε ζώον ή συμπεριφέρεται σαν το ζώο στο οποίο πιστεύει πως έχει μεταλλαχθεί. Η



λυκανθρωπία είναι γνωστή σε πολλές φυλές ανά τον κόσμο όπως στην Νότιο-Ανατολική Ασία και Αφρική όπου τα ζώα που επικρατούν σ' αυτή την ψευδαίσθηση είναι η ύαινα, τίγρης, ο κροκόδειλος, ο καρχαρίας ενώ στην Ευρώπη, όπως δηλώνει και η ονομασία, ο λύκος. Αυτός ο φόβος έχει περιγραφεί στην λογοτεχνία των αρχαίων Ελλήνων. Οι ιστορικοί προσδιόριζαν τις ρίζες της λυκανθρωπίας στην Ελληνική Μυθολογία σύμφωνα με την οποία ο Δίας μεταμόρφωσε τον Λύκαιο σε λύκο ως τιμωρία επειδή προσπάθησε να ξεγελάσει τον θεό να φάει ανθρώπινο κρέας. Αυτό το σύνδρομο γέννησε στο λαό την πίστη ότι ο άνθρωπος μπορεί να μεταμορφωθεί σε ζώον ή να παρουσιάσει αιμοβόρα και φονική συμπεριφορά τις νύχτες με πανσέληνο. Στην ιατρική βιβλιογραφία αναφέρονται 24 περιπτώσεις την τελευταία 20ετία. Αρχικά, η λυκανθρωπία καταγόταν στη διπολική συναισθηματική διαταραχή αλλά οι σωματικές ψευδαισθήσεις που βιώνει ο πάσχων είναι πλέον καθαρά της ψυχωτικής κατάθλιψης. Ένας ασθενής έδωσε την παρακάτω περιγραφή :  
“...ενώ συνομιλούσα με τον κύριο παρατήρησα ότι ξαφνικά αυτός άρχισε να μεγαλώνει, τα μάτια του ήταν όλο κόκκινο, μπορούσα να γευτώ αίμα στο στόμα μου... όλη η αλλαγή κράτησε 5 λεπτά περίπου. Πρόσφατα έχω αρχίσει να νιώθω τις φλέβες στο λαιμό μου να χτυπούν και αισθάνομαι ένα απερίγραπτο πόνο στο στήθος. Μήπως είμαι λυκάνθρωπος;” άλλοι ασθενείς αναφέρουν ότι μεγαλώνουν τα νύχια τους όπως του λύκου, ιδίως των ποδιών, να μεγαλώνει ο θώρακας και να μεγεθύνονται τα πλευρά ή απλώς εκφράζουν φόβο ότι θα μεταλλαχθούν σε σκύλο<sup>28</sup>.

---

28. Mundt C., Kronmuller K, Backenstrass M et al, “The Influence of Psychopathology, Personality and Marital Interaction on the Short – Term course of Major Depression”, *Psychopathology*, Vol. 31, Karger AG, Basel Switzerland, 1998,σελ 29-36.

Οι ψυχαναλυτές δίνουν την εξήγηση ότι οφείλεται σε έκφραση πρωτόγονων και αγρίων συναισθημάτων του εγώ τα οποία έχουν καταπιεστεί και εκφράζονται με διχοτομικούς μηχανισμούς (splitting mechanisms). Οι Rosenstock και Vincent εντοπίζουν ως αίτια καταπιεσμένη σεξουαλικότητα και ανώριμη σεξουαλική συμπεριφορά όπως και εσωτερικούς φόβους που υπερβαίνουν τους μηχανισμούς του ανθρώπινου χαρακτήρα. Επίσης τόνισαν ότι η λυκανθρωπία δεν μπορεί να ανήκει αποκλειστικά στην καταθλιπτική συναισθηματική διαταραχή και πρέπει να διάφορο-διαγνώσκεται μεταξύ σχιζοφρένειας, υστερικής νεύρωσης και οργανικού εγκεφαλικού σύνδρομου.

Τέλος οι αποδείξεις που υπάρχουν ως προς την αιτιολογία είναι αντικρουόμενες. Οι περισσότεροι συγγραφείς τη θεωρούν σύμπτωμα ενεργούς ψύχωσης αλλά αρκετά από τα περιστατικά παρουσιάζουν οργανική παθολογία.

**Κριτήρια δυσθymικής διαταραχής σύμφωνα με το DSM-III-R**

**I. Καταθλιπτική διάθεση όπου οι μέρες παρουσίας υπερβαίνουν τις μέρες απουσίας, για περισσότερο από δύο χρόνια**

**II. Τουλάχιστον 2 συμπτώματα:**

- Μείωση ή υπερβολική αύξηση της όρεξης.
- Μείωση ή αύξηση της διάρκειας του ύπνου.
- Κόπωση ή απώλεια ενέργειας.
- Μείωση της αυτοπεποίθησης.
- Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.
- Αίσθημα απαισιοδοξίας.

**III. Η καταθλιπτική διάθεση δεν απουσιάζει για περισσότερο από δύο μήνες.**

**IV. Απουσία μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων χρόνων της διαταραχής.**

**V. Απουσία μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου.**

**VI. Απουσία σχετικής διάγνωσης σχιζοφρένειας ή διαταραχής με παραισθήσεις η οποία συνυπάρχει.**

**VII. Απουσία οργανικής νόσου που θα μπορούσε να ευθύνεται για την έναρξη ή διατήρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.**

*Πηγή: Denque – Monroe, 1978*

## Κριτήρια διπολικής καταθλιπτικής διαταραχής σύμφωνα με το DSM-III-R

- I. Μια εμφανής και συγκεκριμένη περίοδος ανώμαλης και συνεχώς ευδιάθετης ή εκνευρισμένης διάθεσης.
- II. Τουλάχιστον 3 από τα κάτωθι συμπτώματα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου (παρουσία 4 συμπτωμάτων εάν η διάθεση εκδηλώνεται ως ευερέθιστη):
  - Υπεραυξημένη αυτοπεποίθηση
  - Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
  - Καταπιεσμένο λόγο ή αυξημένη τάση για ομιλία απ' ότι συνήθως
  - Πλήθος ιδεών ή γρήγορων σκέψεων
  - Απόσπαση της παροχής
  - Αύξηση του ζήλου προς επιθυμητούς στόχους (κοινωνικούς -επαγγελματικούς-προσωπικούς) ή ψυχοκινητικός εκνευρισμός.
  - Αυξημένη διάθεση για συμμετοχή σε ευχάριστες πράξεις οι οποίες επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα.
- III. Η διαταραχή της διάθεσης είναι αρκετά σοβαρή έτσι ώστε να διαταράσσεται η επαγγελματική λειτουργική ικανότητα ή κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου ή απαιτείται εισαγωγή σε νοσοκομείο για πρόληψη πρόκλησης βλάβης στο ίδιο το άτομο ή άλλους.
- IV. Οι παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις δεν διαρκούν πέρα των 2 εβδομάδων χωρίς συνυπάρχων μανιακά συμπτώματα
- V. Απουσία συνυπάρχουσας ψυχωτικής διάγνωσης σχιζοφρένειας ή σχιζοφρενικής διαταραχής με ψευδαισθήσεις ή ψυχωτικής διαταραχής μη διευκρινισμένης.
- VI. Απουσία οργανικής νόσου η οποία θα μπορούσε να ευθύνεται για την έναρξη ή διατήρηση των μανιακών συμπτωμάτων.

*Πηγή: Denque-Monroe, 1978*

### **Κριτήρια κυκλοθυμικής διαταραχής σύμφωνα με το DSM-III-R**

- I. Παρουσία επαναλαμβανόμενων υπομανιακών επεισοδίων και καταθλιπτικών επεισοδίων (καταθλιπτική διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος) για τουλάχιστον 2 χρόνια, τα οποία δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου.**
- II. Η περίοδος απουσίας υπομανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου δεν υπερβαίνει τους 2 μήνες.**
- III. Απουσία μανιακού ή μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου κατά τα 2 πρώτα χρόνια.**
- IV. Απουσία συνυπάρχουσας ψυχωτικής διάγνωσης σχιζοφρένειας ή διαταραχής με ψευδαισθήσεις.**
- V. Απουσία οργανικής νόσου η οποία θα μπορούσε να ευθύνεται για την έναρξη ή διατήρηση των συμπτωμάτων.**

*Πηγή: Denque – Monroe, 1978*

### **Κριτήρια εποχιακής συναισθηματικής διαταραχής σύμφωνα με το DSM-III-R**

- I. Παρουσία συχνού, παροδικού επεισοδίου το οποίο δεν σχετίζεται με κάποιο συγκεκριμένο χρονικό ψυχοκοινωνικά αγχώδης γεγονός, μεταξύ της έναρξης συναισθ. Διαταραχής και ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα 60 ημερών.**
- II. Απόλυτη απουσία συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια των 60ημερών.**
- III. Τα επεισόδια είναι τουλάχιστον 3 σε αριθμό, κατά την διάρκεια οποιονδήποτε 3 χρόνων, τουλάχιστον 2 επεισόδια συμβαίνουν το αμέσως επόμενο έτος.**
- IV. Τα εποχιακά επεισόδια διαταραχής της διάθεσης υπερβαίνουν σε αριθμό τα μη – εποχιακά επεισόδια διαταραχής της διάθεσης σε αναλογία 3 : 1.**

*Πηγή: Denque – Monroe, 1978*



**Κατάθλιψη η οποία δεν προσδιορίζεται, σύμφωνα με το DSM-III-R**

- I. Παρουσιάζεται με καταθλιπτική διάθεση ή συμπτώματα,**
- II. Απουσία επαρκούς εξέλιξης (χρονικής και έντασης των διαταραχών), απουσία συνυπάρχουσας διάγνωσης άλλης μορφής διαταραχών.**

*Πηγή: Denque – Monroe, 1978*

**Συμπτώματα μανιακού επεισοδίου σύμφωνα με την 4<sup>η</sup> έκδοση διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM-IV**

- I. Μια συγκεκριμένη περίοδο ανώμαλης και συνεχώς ευφορικής διάθεσης διάρκειας τουλάχιστον 1 εβδομάδας (ή οποιαδήποτε χρονικής διάρκειας εάν απαιτείται νοσοκομειακή περίθαλψη).**
- II. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου εμφανίζονται τουλάχιστον 3 από τα κάτωθι συμπτώματα:**
  - **Ανεβασμένο επίπεδο αυτοπεποίθησης ή αίσθημα μεγαλείου.**
  - **Μειωμένη ανάγκη για ύπνο – π.χ. μόνο 3hrs ύπνο / 24hr.**
  - **Αυξημένη διάρκεια ομιλίας ή αίσθημα πίεσης για συνεχή ομιλία.**
  - **Πλήθος ιδεών ή υποκειμενική εμπειρία ότι οι σκέψεις περνούν με ταχύ ρυθμό (ιδεοφυγή).**
  - **Ανικανότητα συγκέντρωσης και εύκολη απόσπαση της προσοχής με ασήμαντα εξωτερικά ερεθίσματα.**
  - **Αύξηση του ζήλου προς επιθυμητούς στόχους (κοινωνικούς – επαγγελματικούς-προσωπικούς) ή ψυχοκινητικός εκνευρισμός.**
  - **Αυξημένη διάθεση για συμμετοχή σε ευχάριστες πράξεις οι οποίες επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα (π.χ. μη ελεγχόμενες αγορές).**

*Πηγή: Denque – Monroe, 1978*

## Ταξινόμηση συναισθηματικών διαταραχών σύμφωνα με το Αμερικανικό σύστημα ταξινόμησης DSM-IV:

### Μονοπολικές διαταραχές

#### Μείζων καταθλιπτικές διαταραχές:

- Ένα ή περισσότερα μείζων καταθλιπτικά επεισόδια.
- Απουσία μανιακών ή υπομανιακών επεισοδίων

#### Δυσθυμική διαταραχή:

- Καταθλιπτική διάθεση για τουλάχιστον 2 χρόνια.
- Επιμονή συμπτωμάτων για περισσότερο από 2 μήνες κατά τη διάρκεια των 2 ετών.
- Απουσία μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων.

### Διπολικές διαταραχές:

#### Διπολική I διαταραχή:

- Ένα ή περισσότερα μανιακά επεισόδια.

#### Διπολική II διαταραχή:

- Ένα ή περισσότερα μείζων καταθλιπτικά επεισόδια.
- Τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο.
- Απουσία μανιακού επεισοδίου.

#### Κυκλοθυμική διαταραχή:

- Αρκετές περιόδους με υπομανιακά συμπτώματα και κατάθλιπτική διάθεση για τουλάχιστον 2 χρόνια.
- Επιμονή συμπτωμάτων για περισσότερο από 2 μήνες κατά τη διάρκεια των 2 ετών.
- Απουσία μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου.
- Απουσία μανιακού επεισοδίου κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων.

---

Πηγή: Denque – Monroe, 1978



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι διάφορες θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί από διάφορους επιστήμονες αδυνατούν να προσδιορίσουν την ακριβή αιτιολογία της κατάθλιψης. Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που συμβάλλουν είτε στην έναρξη είτε στην πιο έντονη εκδήλωση της νόσου.

A) Οι γυναίκες είναι κατά 2 έως 3 φορές πιο ευάλωτες σ' αυτήν την νόσο απ' ότι οι άντρες. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν πως αυτό οφείλεται στο ότι οι γυναίκες εκδηλώνουν πιο εύκολα και πιο έντονα τα αισθήματά τους, από το αντίθετο φύλο, είναι πιο μεγάλο το ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού που θα ζητήσει ιατρική φροντίδα σε σχέση με το ανδρικό φύλο, οι γυναίκες επηρεάζονται, σκέφτονται και φαντάζονται διάφορα σενάρια και εκδοχές εάν τους απασχολεί κάποιο πρόβλημα με αποτέλεσμα να "προκαλούν" την έναρξη κάποιας συναισθηματικής νόσου ενώ οι άνδρες αποσπούν την προσοχή τους από το πρόβλημα και επικεντρώνονται στους στόχους τους. Τέλος, ερευνάται και η πιθανότητα να γίνεται λάθος από τον ιατρό ο οποίος καταφεύγει, λόγω των προηγούμενων αιτιών στη διάγνωση της κατάθλιψης πολύ πιο εύκολα στις γυναίκες παρά στους άνδρες<sup>29</sup>.

---

29.Hauenstein EJ, "Yung Women and Depression" Nursing Clinics of North America, Vol.26, No 3, Sept. 1991, W.B. Saunders Comp., Philadelphia 1991,σελ 60 1-609.

Β) Οι εκ φύσεως ενδοκρινικές διαφορές που παρουσιάζουν οι γυναίκες παίζουν, αναμφισβήτητα, ένα σημαντικό ρόλο. Συγκεκριμένα το προεμμηνορυσιακό σύνδρομο (PMS – Premenstrual Syndrome) είναι μια κατάσταση όπου οι διαταραχές του συναισθήματος και της διάθεσης συμβαίνουν παροδικά στην δεύτερη, εκκριτική, φάση του ενδομήτριου κύκλου. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ το PMS συμβαίνει όταν η ένταση των συμπτωμάτων (εκνευρισμός, άγχος, πονοκέφαλος, κατακράτηση ύδατος και οίδημα, οσφυαλγία) αυξάνεται κατά 30% τουλάχιστον επί 2 συνεχόμενους μήνες. Ποιος είναι ο μηχανισμός του PMS; Οι ορμόνες οιστραδιόλη και προγεστερόνη, σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα στον εμμηνορυσιακό κύκλο όπου παρατηρούνται υψηλές συγκεντρώσεις στο πλάσμα σε μια ή και τις δύο ορμόνες κατά την εκκριτική φάση όπου τα συμπτώματα ήταν πολύ πιο έντονα σε υψηλές συγκεντρώσεις της οιστραδιόλης. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν σχετίζονται με τις ορμόνες της υπόφυσης. Φυσιολογικά επίπεδα οιστραδιόλης, αρκετά να προκαλέσουν την έναρξη πρώιμης σεξουαλικής ανάπτυξης σχετίζονται με αύξηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και αναμενόμενη πτώση στην ζωηρή και αυθόρμητη συμπεριφορά.

Γ) Η κατάθλιψη που εμφανίζεται μετά τον τοκετό ή **επιλόχειος κατάθλιψη** αναφέρεται στην συναισθηματική διαταραχή που βιώνουν οι γυναίκες κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό. Η διάγνωση είναι δύσκολη γιατί εκδηλώνεται με ποικιλία σημείων και συμπτωμάτων όπως : κλάμα, εκνευρισμός, κεφαλαλγίες και έλλειψη ενδιαφέροντος για συνουσία. Σύμφωνα με τη μελέτη του Sharp D (1996) ένα ποσοστό 10 – 15% των γυναικών στο Ηνωμένο Βασίλειο πάσχει από επιλόχειο κατάθλιψη. Να διευκρινισθεί ότι αυτή η κατάθλιψη διαφέρει από στενοχώρια και ακεφιά που εκδηλώνουν

πολλές μητέρες τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό τα λεγόμενα "baby blues" και οφείλονται (οι μεταβολές του συναισθήματος, κλάμα) στις ορμονικές αλλαγές ιδίως στην πτώση των οιστρογόνων και προγεστερόνης. Επίσης, η επιλόχειος κατάθλιψη πρέπει να διαφορογιγνώσκεται από την επιλόχειο ψύχωση (puerperal psychosis) που απασχολεί 1 : 1000 γυναίκες και προκαλεί σύγχυση, διαταραχές της σκέψης, σκέψεις πρόκλησης βλάβης στο μωρό ή ακόμα και στην ίδια τη μητέρα<sup>30</sup>.

Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι 12% έως 20% των μητέρων με παιδιά κάτω των 5 ετών πάσχουν από κατάθλιψη. Ο κίνδυνος εμφάνισης είναι μεγαλύτερος για τις μητέρες που είναι φτωχές, έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, χωρίς σύζυγο, πρόσφυγες, δυστυχημένες με το γάμο τους ή τις συνθήκες διαβίωσης και για όσες έχουν παιδί με μόνιμη ή παροδική αναπηρία και δεν έχουν βοήθεια από το περιβάλλον τους. Όσες μητέρες πάσχουν από κατάθλιψη είναι πιο τιμωρητικές, θεωρούν τα παιδιά τους ως βάρος και δύσκολα στην περιποίηση και νιώθουν πως έχουν χάσει τον έλεγχο της ζωής τους<sup>31</sup>.

---

30. Barilla J, "Detecting and preventing postnatal depression", *Community Nurse*, Vol. 4, No 3, Emap Healthcare Ltd, London 1998,σελ 19-20

31. Papalia DE, Olds SW, "Human Development", 6<sup>th</sup> edition, Mc Graw-Hill Inc, New York 1995, σελ 170,332,541, 592-593.

Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι το μεγαλύτερο κίνδυνο για έναρξη της μείζων κατάθλιψης την παρουσιάζουν οι γυναίκες στις αναπαραγωγικές ηλικίες 18 – 44. Αυτά τα ευρήματα ισχύουν από μελέτες ανά διάφορους πολιτισμούς. Τα παιδιά καταθλιπτικών γονέων παρουσιάζουν δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης μείζων καταθλιπτικής διαταραχής καθώς και επιμένων συμπεριφορικά, ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα.

Η αριστερή μετωπιαία εγκεφαλική περιοχή εξειδικεύεται για την έκφραση θετικών συναισθημάτων (π.χ. χαρά) ενώ η δεξιά για τα αρνητικά συναισθήματα (π.χ. λύπη). Οι καταθλιπτικοί ενήλικες παρουσιάζουν μειωμένη αριστερά μετωπιαία ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα. Σε μελέτη του Πανεπιστημίου της Washington (1997) βασική μετωπιαία και βρεγματική ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα καταμετρήθηκε σε βρέφη ηλικίας 13 έως 15 μηνών από καταθλιπτικές και μη μητέρες, μεσαίας τάξεως, χωρίς άλλα μείζονα ψυχιατρικά προβλήματα. Τα βρέφη των μητέρων με μείζονα κατάθλιψη παρουσίαζαν μειωμένη αριστερά μετωπιαία ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα και ακόμη πιο χαμηλά επίπεδα από ότι αυτά των μητέρων με υποουδική κατάθλιψη<sup>32</sup>.

---

32. Ferro T, Verdelli H, "Screening for depression in Mothers Brithing their offspring for evaluation or treatment of Depression", Am J Psychiatry, Vol. 157, No 3, American Psychiatric Association, Washington DC 2000,σελ 357-359.

Τα βρέφη καταθλιπτικών μητέρων σταματούν να εκπέμπουν συνασθηματικά σήματα και προσπαθούν να παρηγορήσουν τον εαυτό τους με πράξεις όπως το πιπίλισμα ή την ρυθμική κίνηση. Τα βρέφη θα κάνουν επανειλημμένες προσπάθειες για κάποιο χρονικό διάστημα να “διορθώσουν” αυτό τον δεσμό αλλά η συνεχή απόρριψη θα έχει ως αποτέλεσμα να μάθει το βρέφος να ικανοποιείται από τις δικές του πηγές. Έτσι το βρέφος νιώθει ότι αδυνατεί να ελκύσει την προσοχή άλλων, ότι η μητέρα είναι αναξιόπιστη και ο κόσμος το ίδιο. Στο βρεφικό στάδιο το παιδί παρουσιάζει υπνηλία, ανορεξία και εκφράζει την ένταση που νιώθει κουλουριάζοντας και τεντώνοντας την ράχη του. Ως νήπιο, ενδιαφέρεται λίγο για τα παιχνίδια. Καθώς μεγαλώνει, η ανάπτυξή του είναι πτωχή, παρουσιάζει χαμηλή επίδοση στις γνωστικές λειτουργίες, έχει προβλήματα συμπεριφοράς και μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστεί κάποιο ατύχημα.

Τα βρέφη αυτά ενοχλούνται λιγότερο εάν αποχωρισθούν από τη μητέρα τους σε σχέση με τα βρέφη μη καταθλιπτικών μητέρων, παρουσιάζουν λιγότερα κίνητρα και ενδιαφέρον να εξερευνήσουν το περιβάλλον τους, προτιμούν τις λιγότερο απαιτητικές εργασίες και καταπιέζουν τον θυμό και άγχος που νιώθουν εάν τους χυθεί το φαγητό τους ή σπάσουν κάποιο παιχνίδι. Ο φαύλος κύκλος δημιουργείται όταν οι καταθλιπτικές μητέρες γνωρίζουν ότι η συμπεριφορά τους επηρεάζει το παιδί τους και νιώθουν τύψεις γι’ αυτό. Ο σύζυγος, όμως, δεν μένει ανεπηρέαστος από αυτή την κατάσταση εάν είναι παρόν, γιατί η απουσία λόγω εργασίας η οποία απαιτεί ταξίδια ή πολλές ώρες εργασίας, μπορεί να πυροδοτεί ή να τροφοδοτεί την κατάθλιψη. Προβλήματα

δημιουργούνται μεταξύ του ζευγαριού το οποίο συνεχώς τσακώνεται και έτσι δημιουργείται ένα άσχημο περιβάλλον για τα πάσχων άτομα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες που επιστρέφουν στην εργασία τους σύντομα μετά τον τοκετό παρουσιάζουν μειωμένο ποσοστό επιλόχειου κατάθλιψης.

Τέλος, αν και εκλυτικοί παράγοντες είναι η απομόνωση και η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, γυναίκες που ζουν σε ευχάριστο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον και επιθυμούσαν την εγκυμοσύνη, μπορεί να παρουσιάσουν επιλόχειο κατάθλιψη<sup>33</sup>.

Δ) Ορισμένοι **κοινωνικοί παράγοντες** είναι η επαγγελματική αποκατάσταση, η κοινωνικό-οικονομική θέση, ο τόπος κατοικίας (επαρχία ή πόλη) και εάν το άτομο είναι παντρεμένο, διαζευγμένο ή σε άλλη κατάσταση.

Ε) Σχετικά με τη **συζυγική κατάσταση** η έρευνα του ECA, μια επιδημιολογική μελέτη που οργανώθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ, κατέληξε στα εξής :

---

33. Panagiotides H, Dawson G, Frey K et al, “Τα βρέφη καταθλιπτικών μητέρων παρουσιάζουν άτυπο μετωπιαία εγκεφαλική δραστηριότητα: Επαναπαραγωγή και επέκταση παλαιότερων ευρημάτων”, Αναζητήσεις: Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 4, Εκδόσεις Μαίανδρος, Θεσσαλονίκη 1997, σελ 42.



- διπολικές διαταραχές είναι πιο συχνές σε άτομα που συζούν, έχουν ιστορικό διαζυγίου (ανεξαρτήτως από την παρούσα συζυγική κατάσταση) ή δεν έχουν παντρευτεί ποτέ, σε σχέση με άτομα τα οποία είναι παντρεμένα ή χήροι χωρίς ιστορικό διαζυγίου.

- για την μείζων κατάθλιψη επικρατεί μια παρόμοια σχέση αλλά όχι τόσο απόλυτη. Εάν ληφθεί υπόψη η παρούσα συζυγική κατάσταση, ανεξαρτήτως από οποιαδήποτε κατάσταση του παρελθόντος ή διαζύγιο, οι άντρες και γυναίκες οι οποίοι είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης για μείζων κατάθλιψη και διπολικές διαταραχές. Γιατί όμως οι παντρεμένοι παρουσιάζουν τις λιγότερες πιθανότητες εκδήλωσης κάποιας μονοπολικής ή διπολικής διαταραχής;

Ο γάμος είναι μια προστατευτική ασπίδα στις καθημερινές πιέσεις που δέχεται το άτομο, το οποίο τις μοιράζεται με τον / την σύζυγο και εάν ο γάμος προσφέρει πλήρη ικανοποίηση απουσιάζουν εντελώς τυχόν άλλοι διαπροσωπικοί παράγοντες που θα μπορούσαν να ταράζουν την ψυχική υγεία. Ο γάμος, όμως, με κάποιο άτομο που πάσχει από κατάθλιψη έχει πολλές πιθανότητες να διαλυθεί είτε από το ψυχικά υγιές άτομο το οποίο θα πιέζεται από το πρόβλημα του συζύγου ή από το ψυχικά άρρωστο άτομο το οποίο θα ζηλεύει ή θα ρίχνει την ευθύνη στο ταίρι του, ιδίως όταν υπάρχουν και άλλα προβλήματα όπως χαμηλή σεξουαλική επιθυμία (LSD) το οποίο είναι και ένα εξαιρετικά σύμπλοκο πρόβλημα τόσο στην εκτίμηση όσο και στην θεραπεία. Στην έρευνα (1997) όπου έγινε σύγκριση σε άτομα με και χωρίς LSD, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα άτομα με LSD έχουν προβλήματα προσαρμογής στο γάμο και παρουσιάζουν ένα μέσο επίπεδο άγχους και ένα χαμηλό επίπεδο καταθλίψεως.



Η κατάθλιψη συνδέεται με την απώλεια θέλησης, του σκοπού και νοήματος της ύπαρξης του ανθρώπου, η ζωή φαίνεται ανούσια και το άτομο δεν φροντίζει ούτε την ψυχική ούτε την υλική του σφαίρα. Η διαταραχή της πίστης και η απομάκρυνση του ατόμου από την εκκλησία (εάν έπαιζε σημαντικό ρόλο για το άτομο) προκαλεί διάφορες συναισθηματικές διαταραχές.

**Στ)** Μια έρευνα που διεξήχθη το 1998 στις ΗΠΑ διερεύνησε τον παράγοντα της θρησκείας και συγκεκριμένα τη σχέση μεταξύ “ενδογενούς και εξωγενούς” **θρησκευτικού προσανατολισμού** και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε 95 Αμερικανούς κορεατικής καταγωγής που ήσαν μέλη τεσσάρων κορεατικών εκκλησιών στη νοτιοανατολική περιοχή, οι άνθρωποι που αποτελούσαν το δείγμα ήσαν μετανάστες μεταξύ 30 και 53 ετών, οι οποίοι διέμεναν στις Ηνωμένες Πολιτείες για 29 χρόνια ή και λιγότερο. Αυτοί συμπλήρωσαν Κορεατική Διασκευή της Κλίμακας Θρησκευτικού προσανατολισμού Allport-Ross και το ερωτηματολόγιο καταθλίψεως του Beck το οποίο μετρά τη σοβαρότητα της κατάθλιψης (BDI – Beck Depression Inventory). Τα αποτελέσματα της σχετικής αναλύσεως έδειξαν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονταν αρνητικά με “ενδογενή” θρησκευτικό προσανατολισμό ενώ σχετίζονταν θετικά με “εξωγενή” θρησκευτικό προσανατολισμό. Μια ιεραρχική στρατηγική στην πολλαπλή παλινδρομική ανάλυση κατέδειξε ότι η εκπαίδευση, οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση ήταν σημαντικοί δείκτες<sup>34</sup>.

---

34. Marsella AJ, Sartorius N, Jablenky A, “Culture and Depression”, Publ. By University of California Press, California 1985,σελ 305.

*Έναρξη Κατάθλιψης μεταξύ 130 γυναικών οι οποίες βίωσαν μια συγκλονιστική, σοβαρή εμπειρία ή γεγονός.*

<i>Περιγραφή γεγονότος</i>	<i>Αριθμός γυναικών</i>	<i>Ποσοστό με κατάθλιψη</i>
<i>Γεγονός δεν ξεπερνά κάποια προηγούμενη αρνητική εμπειρία</i>	35	46%
<i>Γεγονός ξεπερνά κάποια προηγούμενη εμπειρία</i>	95	14%
<i>Γεγονός ισάξιο με προηγούμενη εμπειρία</i>	40	40%
<i>Γεγονός δεν είναι ισάξιο με προηγούμενη εμπειρία</i>	90	14%

*Πηγή: Κλεφταράς Γ. Η Κατάθλιψη Σήμερα ΑΘΗΝΑ 1988.*

**Ζ)** το 1921 ο Kraepelin επισκέφθηκε το νησί της Ιάβας και κατά τη διαμονή του επισκέφθηκε διάφορα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Παρατήρησε ότι η διαταραχή που είχε ονομάσει "μανιοκαταθλιπτική τρέλα" ήταν το ίδιο κοινή στο νησί όσο και στην Ευρώπη με τη μόνη διαφορά ότι εκδηλωνόταν οι συναισθηματικές διαταραχές μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών παρουσιάζονται ορισμένα προβλήματα όπως αυτό του λεξιλογίου. Κάθε πολιτισμός έχει το δικό του τρόπο αντίληψης, περιγραφής και έκφρασης σωματικών και ψυχικών διαταραχών (Good & Keinman, 1985 Katsching & Amerig, 1990) και ορισμένες φάσεις που υπάρχουν σε ένα πολιτισμό να απουσιάζουν από κάποιον άλλο. Π.χ. ορισμένες Αφρικανικές φυλές έχουν μια λέξη για να εκφράσουν "θυμό" και "λύπη". Επομένως, οι ερωτήσεις που γίνονται για να τεθεί η διάγνωση ή η έρευνα πρέπει να είναι προσεκτικά τοποθετημένες.

Π.χ. μία φυλή της Νιγηρίας χρησιμοποιεί τη φράση “η καρδιά αδυνατεί” για να εξηγήσει την κατάθλιψη. Έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες από τα χρόνια του Kraepelin για να καταλάβουν οι επιστήμονες την κατανομή των συμπτωμάτων και το ποσοστό εκδήλωσης αυτών ανά φυλή και πολιτισμό.

**Δια-πολιτισμικές διαφορές στα συμπτώματα της κατάθλιψης:**

Σύμπτωμα	Ευρωπαίοι	Μη-Ευρωπαίοι
Αισθήματα ενοχής	70%	30%
Αυτοκτονικός ιδεασμός	70%	40%
Σωματικές εκδηλώσεις	30%	58%

**Πηγή: Κλεφταράς Γ. Η Κατάθλιψη Σήμερα ΑΘΗΝΑ 1988.**

Ο πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας του Π.Ο.Υ. (1983) η οποία εξέτασε την συμπτωματολογία ασθενών με κατάθλιψη σε Καναδά, Ινδία, Ιράν, Ιαπωνία και Ελβετία.

**Η)** Οι κοινωνικές αλλαγές που δημιουργεί ο ίδιος ο άνθρωπος πιστεύοντας πως θα καλυτερεύσουν τον τρόπο και την ποιότητα ζωής, μάλλον βλάπτουν παρά ωφελούν. Έρευνες έχουν δείξει ότι το ποσοστό της κατάθλιψης ( και άλλων συναισθηματικών διαταραχών είναι εξαιρετικά χαμηλό σε κοινωνίες που διατηρούν και εφαρμόζουν τον παραδοσιακό τρόπο ζωής τους. Στη Νέα Γουινέα στη φυλή Kaluli η κατάθλιψη αποτελεί ανύπαρκτο γεγονός. Στην κοινότητα των Amish της Pennsylvania το ποσοστό της μείζων κατάθλιψης είναι τα 1/5 έως 1/10 του ποσοστού της κατάθλιψης των κατοίκων της Baltimore, απόσταση 100 χλμ. Αυτό οφείλεται στο ότι και οι δύο αυτές κοινότητες, Kaluli και Amish είναι παραδοσιακές, ως προς τον τρόπο ζωής, με στ000αθερούς θεσμούς και δεσμούς. Η οικογένεια, η εκκλησία, τα ήθη και

κοιότητες, Kaluli και Amish είναι παραδοσιακές, ως προς τον τρόπο ζωής, με σταθερούς θεσμούς και δεσμούς. Η οικογένεια, η εκκλησία, τα ήθη και έθιμα είναι στοιχεία στα οποία πρέπει να βασίζεται ο άνθρωπος και εάν δεν δέχεται τις απαντήσεις του από αυτά, σιγά – σιγά εγκαθίσταται το αίσθημα της απελπισίας, αυξάνοντας τον κίνδυνο της κατάθλιψης.

Θ) Παρόλο που η κατάθλιψη θεωρείται ανεξάρτητη διαταραχή από πολλούς ερευνητές, η συχνή συνύπαρξη κατάθλιψης – άγχους / αγωνίας είναι τόσο κοινή που πολλοί πλέον θεωρούν ότι είναι η ίδια κατάσταση με τη μόνη διαφορά στην ένταση και βαθμό έκφρασης. Το άγχος και η κατάθλιψη παρουσιάζουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά, παρουσιάζουν όμως και κάποιες διαφορές όπως : στην κατάθλιψη ο πάσχων δεν έχει καθόλου θετικό συναίσθημα το οποίο, όμως, εμφανίζεται σε κατάσταση άγχους καθώς και την αυξημένη σωματική έγερση. Άτομα τα οποία έχουν διαγνωσθεί ως πάσχοντες από ένα σύμπτωμα (κατάθλιψη ή άγχος) παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν και το άλλο σύμπτωμα σε κάποιο χρονικό διάστημα της ζωής τους είτε συγχρόνως (ενδοεπεισοδιακή συννοσηρότητα) είτε σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Τα άτομα αυτά ανταποκρίνονται καλά στα ίδια αντικαταθλιπτικά φάρμακα (A. J. Fyer, Liebowitz, Klein, 1990), παρουσιάζουν τις ίδιες ενδοκρινικές διαταραχές (Heninger, 1990) στο οικογενειακό τους ιστορικό παρουσιάζουν αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές (Merikangas, 1990 Weissman, 1990).

Το Ευρωπαϊκό σύστημα ταξινόμησης νόσων (Διεθνής Κώδικας Νόσων – 10η Αναθεώρηση) ICD – 10 ταξινομεί αυτή την κατάσταση ως “αγχώδης κατάθλιψη” ενώ το Αμερικανικό σύστημα ταξινόμησης στην τέταρτη αναθεώρηση (DSM – IV) δεν ταξινομεί αυτή την μεικτή κατάσταση παρά προσπαθεί να διαχωρίσει μεμονωμένα το άγχος ή την κατάθλιψη. Ο κίνδυνος

σημαίνει και τη παροχή της μη-σωστής θεραπείας ή πλήρης απουσία θεραπείας.

<i>Περίληψη συμπτωμάτων ξεχωριστά και κοινά ως προς το άγχος και την κατάθλιψη</i>			
<i>Σύμπτωμα / Διαταραχή</i>	<i>Εκδήλωση σε κατάθλιψη</i>	<i>Εκδήλωση σε άγχος</i>	<i>Κοινό σε κατάθλιψη και άγχος</i>
<i>Συναίσθημα</i>	Σοβαρού βαθμού θλίψη και απόγνωση Χαμηλό θετικό συναίσθημα	Μεγάλος φόβος και ένταση	Αρνητικό συναίσθημα Κλάμα Εκνευρισμός
<i>Συμπεριφορά</i>	Ψυχοκινητική καθυστέρηση Ανηδονία Απώλεια ενδιαφέροντος Αυτοκτονικός ιδεασμός και απόπειρα	Αυξημένη δραστηριότητα Διαταραχή της συμπεριφοράς	Μειωμένη δραστηριότητα Μειωμένη έναρξη αντιδράσεων Μείωση ενέργειας Αύξηση της εξάρτησης Χαμηλές κοινωνικές σχέσεις και ικανότητες
<i>Σωματική</i>	Μείωση συμπαθητικού ερεθισμού Μείωση όρεξης Μείωση σεξουαλικής επιθυμίας	Αύξηση συμπαθητικού ερεθισμού	Ανήσυχος ύπνος Αϋπνία κατά την έναρξη του ύπνου Πανικός
<i>Γνωστική</i>	Απελπισία Αντίληψη της απώλειας	Αντίληψη του κινδύνου και της απειλής Αβεβαιότητα Αίσθημα επαγρύπνησης	Αβοήθητος, αίσθημα απελπισίας, ανησυχία. Συνεχή επανάληψη ιδεών και εμμονών Χαμηλό ηθικό Αυτοκριτική Αναποφασιστικότητα Αδυναμία συγκέντρωσης

Πηγή: Κλεφταράς Γ. Η Κατάθλιψη Σήμερα ΑΘΗΝΑ 1988.



Το σημαντικότερο ερώτημα, που ίσως δεν απαντηθεί ποτέ, είναι εάν το άγχος προκαλεί κατάθλιψη ή η κατάθλιψη φέρνει το άγχος.

Π.χ. εάν κάποιος απολυθεί από τη δουλειά του ή πλησιάζει το χρόνο συνταξιοδότησης, μπορεί να εκδηλώσει κατάθλιψη. Από την άλλη, η έναρξη ενός καταθλιπτικού επεισοδίου μπορεί να γίνει αιτία απόλυσης του ατόμου λόγω των διαταραχών στην λειτουργία και απόδοση που θα παρουσιάσει.

**Ι)** Το ίδιο ερώτημα ισχύει και για τις διαταραχές του ύπνου. Μια εργασία του Gillin J.C.(1998) ανασκοπεί την πρόσφατη βιβλιογραφία η οποία θέτει την υπόθεση ότι οι διαταραχές του ύπνου στα άτομα του γενικού πληθυσμού, είτε είχαν είτε δεν είχαν ποτέ μια τυπικά ψυχιατρική διαταραχή, είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την έναρξη μιας τυπικής ψυχιατρικής διαγνώσεως αργότερα. Βασισμένοι στην τρέχουσα βιβλιογραφία η ισχυρότερη σύνδεση είναι μεταξύ της υποκειμενικής αϋπνίας, η οποία διαρκεί τουλάχιστον 2 εβδ. και της μετέπειτα ενάρξεως καταθλίψεως. Λιγότερα, καλώς καθορισμένα δεδομένα, θέτουν την υπόθεση, ότι οι αναφορές καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής των ατόμων, για την ύπαρξη τουλάχιστον 2 εβδομάδων αϋπνίας, υπερυπνηλίας ή και των δύο αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καταθλίψεως, αγχώδους διαταραχής ή κατάχρησης ουσιών. Πιο ισχυρά προκαταρκτικά δεδομένα, δείχνουν ότι μπορεί να δίνουν ένα σήμα για μια υποτροπή σε καταθλιπτικούς ασθενείς σε ύφεση. Οι διαταραχές ύπνου είναι συχνές εκδηλώσεις μείζων καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών. Επομένως, τα παράπονα για τον ύπνο θα πρέπει να είναι από τα πλέον ισχυρά πρόδρομα συμπτώματα τα οποία αντανakλούν μερικές καταθλιπτικές ή αγχώδεις

διαταραχές, οι οποίες τελικά θα εκδηλωθούν σε πλήρες κλινικό επεισόδιο. Η αντίληψη ότι μια μορφή σχετιζόμενη με τη σεροτονίνη και προερχόμενη από το άγχος και / ή την κατάθλιψη, την προκαλούμενη από το Stress κατάθλιψη, ερευνάται από το Πανεπιστήμιο του Limburg(1998). Η σεροτονεργική διαταραχή η οποία βρέθηκε σε ορισμένα καταθλιπτικά άτομα, ιδίως σ' αυτά με χαμηλό 5 – ΗΙΑΑ, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, συνδέεται προς το άγχος και τα συστατικά επιθετικότητας του καταθλιπτικού συνδρόμου. Σ' αυτόν τον τύπο της καταθλίψεως, η οποία αποκαλείται εξαρτώμενη από την 5 – υδροξυτρυπταμίνη, η δυσλειτουργία του άγχους και / ή της επιθετικότητας υποτίθεται ότι είναι προνοσηρή κατάσταση και η πτώση του συναισθήματος είναι ένα καθοδηγητικό φαινόμενο. Στην έρευνα γίνεται υπόθεση ότι η σεροτονεργική διαταραχή σε ορισμένους τύπους καταθλίψεως είναι κάτι το οποίο επιμένει κατά τη διάρκεια των υφέσεων. Αυτή η διαταραχή, καθιστά τα υποκείμενα ευαίσθητα στην αναστάτωση που προκαλείται κατά την ρύθμιση του άγχους και της επιθετικότητας, το άγχος και (ο έκδηλος ή καταπιεσμένος) θυμός, είναι πυρηνικά συστατικά του συνδρόμου Stress. Έτσι η σεροτονεργική διαταραχή, θα προκαλέσει μια αυξημένη ευαισθητοποίηση σε στρεσογόνους παράγοντες πιο εύκολα από ότι στα φυσιολογικά άτομα. Έτσι προκαλείται πτώση του συναισθήματος και καθοδηγείται ο ασθενής σε μια πλήρη ανάπτυξη καταθλίψεως. Επιπλέον προδικάζεται ότι τα αγχολυτικά και σερενικά, τα οποία δρουν μέσω της ομαλοποίησης των σεροτονεργικών κυκλωμάτων, θα προκαλέσουν ένα αντικαταθλιπτικό αποτέλεσμα στην κατάθλιψη η οποία εξαρτάται από την 5 – υδροξυτρυπταμίνη, επιπροσθέτως με τα θεραπευτικά αποτελέσματα στη διαταραχή του άγχους και στις καταστάσεις αυξημένης επιθετικότητας αντίστοιχα.



**Κ)** Στις ΗΠΑ διεξήχθη μια έρευνα με αντικείμενο την εξέταση της εκτάσεως στην οποία η παρακολούθηση τηλεόρασεως από παιδιά σχετίζεται με συμπτώματα ψυχολογικού τραύματος και επιθετικής συμπεριφοράς. Ετέθησαν υπό παρακολούθηση οι επόμενες 3 υποθέσεις:

1. Τα παιδιά που αναφέρουν ότι παρακολουθούν μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα τηλεόραση ημερησίως, θα παρουσιάσουν υψηλότερα επίπεδα τραυματικών συμπτωμάτων απ' ό,τι τα παιδιά τα οποία αναφέρουν ότι παρακολουθούν λιγότερο χρόνο ημερησίως.

2. Παιδιά τα οποία αναφέρουν ότι παρακολουθούν μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα τηλεόραση ημερησίως, αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα βίαιης συμπεριφοράς.

3. Παιδιά τα οποία αναφέρουν μια προτίμηση για προγράμματα δράσεως και συγκρούσεως θα αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα βίαιης συμπεριφοράς απ' ό,τι τα παιδιά τα οποία αναφέρουν μια προτίμηση για άλλους τύπους τηλεοπτικών προγραμμάτων. Από την έρευνα (δείγμα = 2.245 μαθητές) υποστηρίχθηκαν και οι τρεις υποθέσεις.

*Συμπερασματικά*, η μακράς διάρκειας παρακολούθηση τηλεόρασεως από παιδιά μπορεί να προδικάζει την παρουσία προβλημάτων όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος και η βίαιη συμπεριφορά<sup>35</sup>.

---

35. Singer MI, Slovak K, P et al, "Προτιμήσεις παρακολούθησεως τηλεοπτικών προγραμμάτων, συμπτώματα ψυχολογικού τραύματος και βίαιη συμπεριφορά μεταξύ παιδιών τα οποία παρακολουθούν τηλεόραση, Αναζητήσεις: "Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 3, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη 1999, σελ 49-50.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η δομή της καταθλιπτικής προσωπικότητας έχει περιγραφεί λεπτομερώς στην κλινική βιβλιογραφία. Λόγου χάριν, ο S. Freud (1917) και άλλοι ψυχοαναλυτές λογοτέχνες περιέγραψαν αυτή τη δομή και τη χρησιμοποίησαν ως διαγνωστική ταυτότητα για μια μορφή ψυχοπαθολογίας. Όπως περιγράφεται και από το DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών – 4<sup>η</sup> έκδοση) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας το οποίο εκδόθηκε το 1994, η καταθλιπτική διαταραχή της προσωπικότητας είναι “ένα εισδυτικό σχέδιο ή μοντέλο καταθλιπτικής γνώσης και συμπεριφοράς το οποίο άρχεται της ενηλικίωσης” και χαρακτηρίζεται τουλάχιστον από πέντε από τα παρακάτω χαρακτηριστικά :

1) Η συνήθης διάθεση κυριαρχείται από αισθήματα αποθάρρυνσης, ακεφιάς και δυστυχίας.

2) Η αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του επικεντρώνεται γύρω από σκέψεις ανικανότητας, αχρηστίας και χαμηλού ηθικού.

3) Το άτομο είναι αυστηρό προς τον εαυτό του τον οποίο συνεχώς κρίνει, κατηγορεί και μειώνει.

4) Το άτομο στενοχωριέται και συνοδεύεται από αισθήματα ενοχής και τύψεις για ασήμαντες ή ανύπαρκτες αιτίες.

5) Το άτομο είναι αρνητικό και δυσανασχετεί με την συμπεριφορά των γύρω του χωρίς λογική ή προφανή αιτία.

6) Το άτομο φοβάται επικείμενες καταστροφές, παρουσιάζει μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και ικανοποίηση.

7) Πολλές φορές πιστεύει ότι "καταστράφηκε" και ότι "η ζωή δεν αξίζει" και παρουσιάζει τάσεις αυτοκτονίας.

Άλλα, συνωδά χαρακτηριστικά είναι η αϋπνία η οποία μπορεί να είναι αρχική (στην έναρξη του ύπνου), ενδιάμεση (ανήσυχος ύπνος) ή τελική (πρώιμο ξύπνημα). Σπανιότερα, υπάρχει αυξημένη διάθεση για ύπνο και υπερϋπνία. Ανορεξία για φαγητό, με συνακόλουθη απώλεια σωματικού βάρους, ή λιγότερο συχνά αυξημένη όρεξη, ο ασθενής χάνει προοδευτικά τα ενδιαφέροντά του και περιορίζει τις δραστηριότητές του, ενώ παράλληλα παραπονείται για κόπωση και αδυναμία. Η δυσκολία στη συγκέντρωση, η επιβράδυνση της λειτουργίας της σκέψης, η μειωμένη βούληση, η αναποφασιστικότητα και η αναβλητικότητα αποτελούν επίσης συχνά συμπτώματα της πάθησης.

Ας δούμε ορισμένες διαστάσεις της κλινικής εικόνας πιο αναλυτικά :

## **6.1 Η διαδικασία της σκέψης**

Εδώ οι διαταραχές απευθύνονται στην ικανότητα συγκέντρωσης, την ποικιλία και το περιεχόμενο της σκέψης. Οι σκέψεις είναι σκόρπιες και το άτομο αναφέρει ανικανότητα συγκέντρωσης. Το εύρος και η ποικιλία είναι περιορισμένα και το άτομο περιορίζεται σε συγκεκριμένες σκέψεις τις οποίες περιλαμβάνει. Το περιεχόμενο της σκέψης αυτής περιλαμβάνει

αισθήματα και ιδέες αναξιότητας, αυτοχλευασμό, αποτυχία και αδυναμίες. Το άτομο παρουσιάζει μείωση της εφευρετικότητάς του και καταπλακώνεται από τα προβλήματά του για τα οποία δεν βρίσκει λύσεις. Σ' αυτό το σημείο αρχίζει ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Το σκοτεινό, απαισιόδοξο και απελπιστικό περιεχόμενο τρέφεται επί εδάφους θυμού, απόρριψης και εκδίκησης.

## **6.2 Τα αισθήματα στην κατάθλιψη**

Τα αισθήματα του καταθλιπτικού ατόμου έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως : αίσθημα θλίψης, θυμού, αίσθημα κενού και απομόνωσης. Αυτά συναθροίζονται και δημιουργείται η "καταθλιπτική διάθεση" και εκφράζονται με συνεχή συνοφρύωση και έκφραση πόνου στο πρόσωπο. Τα αισθήματα χαράς, ευφορίας, αγάπης και αίσθηση του χιούμορ απουσιάζουν. Τα αισθήματα είναι μια απλή αντίδραση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και δεν ξεκινούν από το ίδιο το άτομο, δίνοντας την εικόνα αδιαφορίας και απάθειας. Τα αισθήματα πηγάζουν από καταστάσεις που περιέχουν ή προκαλούν ντροπή, ενοχή, θάνατο, θρήνο, απόρριψη, αποτυχία και καταστροφή.

Μια πρόσφατη έρευνα σε 86 ασθενείς με μέτρια έως σοβαρού βαθμού κατάθλιψη και με εκδήλωση των αισθημάτων ντροπής και ενοχής κατέληξε στο ότι η ενοχή αλλά όχι η ντροπή είχε άμεση θετική σχέση με τον βαθμό της κατάθλιψης.

Η κλίση εκδήλωσης ντροπής είχε άμεση θετική σχέση με την συνολική αρνητική αυτό-εκτίμηση, υποτακτική συμπεριφορά και εσωστρεφή θυμό που παρουσίαζε το άτομο. Η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία δεν έπαιξε κανένα ρόλο στο βαθμό εκδήλωσης ντροπής ή ενοχής.

<i>Κατάθλιψη σε Λατινο-Αμερικανούς ασθενείς</i>		
<i>Αίσθημα</i>	<i>Αντικειμενική αναφορά του προβλήματος</i>	<i>Υποκειμενική εκδήλωση του προβλήματος</i>
<i>Μιζέρια</i>	79%	73%
<i>Στενοχώρια</i>	79%	67%
<i>Τάση να ξεχνάει</i>	79%	60%
<i>Απόσυρση</i>	74%	36%
<i>Βραδυψυχισμός</i>	63%	50%
<i>Υπερεξάρτηση</i>	58%	36%
<i>Ευερεθιστότητα</i>	53%	90%
<i>Υποδραστηριότητα</i>	53%	60%
<i>Περίεργες ιδέες</i>	47%	89%
<i>Σωματικά παράπονα</i>	47%	44%

*Πηγή: Κλεφταράς Γ. Η Κατάθλιψη Σήμερα ΑΘΗΝΑ 1988.*

36. Salmon G, James A, Smith DM, "Bullying in schools : self reported anxiety depression and self esteem in secondary school children", British Medical Journal, Vol. 317 BMJ Publishing Group, London 1998, σελ 924-5.

## Κατάθλιψη σε Ευρω-Αμερικανούς ασθενείς

<i>Αίσθημα</i>	<i>Αντικειμενική αναφορά του προβλήματος</i>	<i>Υποκειμενική εκδήλωση του προβλήματος</i>
<i>Μιζέρια</i>	84%	81%
<i>Στενοχώρια</i>	68%	85%
<b>Τάση να ξεχνάει</b>	58%	82%
<i>Απόσυρση</i>	47%	67%
<i>Βραδυψυχισμός</i>	42%	63%
<i>Υπερεξάρτηση</i>	42%	88%
<i>Ευερεθιστότητα</i>	37%	57%
<i>Υποδραστηριότητα</i>	37%	86%
<i>Περίεργες ιδέες</i>	37%	100%
<i>Σωματικά παράπονα</i>	32%	50%

*Πηγή: Κλεφταράς Γ. Η Κατάθλιψη Σήμερα ΑΘΗΝΑ 1988.*

### 6.3 Οι πράξεις των ατόμων με κατάθλιψη

Εδώ οι πράξεις παρουσιάζουν παρόμοια χαρακτηριστικά όπως : απώλεια, έλλειψη ενθουσιασμού και αποφασιστικότητας κατά την εκδήλωση, ακινησία, απραξία και επανάληψη. Η απραξία μπορεί να είναι τόσο έντονη που το άτομο μοιάζει να πάσχει από παράλυση. Απουσιάζει ο έλεγχος, σκοπός και προοδευτική κίνηση στις πράξεις. Η επανάληψη μπορεί να εκδηλωθεί ως αναστεναγμός, κνησμός, τρίψιμο των χειλιών και φρυδιών και δάγκωμα των νυχιών. Η ομιλία είναι αργή και περιλαμβάνονται μακρόχρονες παύσεις μεταξύ των λέξεων και σκέψεων. Το άτομο παραμελεί τον εαυτό του, τον κακοποιεί και προκαλεί σωματικές βλάβες προς τον ίδιο. Συνοπτικά, η πράξη του καταθλιπτικού ατόμου είναι η απραξία.



## **6.4 Διαπροσωπικές σχέσεις στην κατάθλιψη**

το άτομο συχνά συγκρούεται και συγχρόνως απομονώνεται από τα άτομα του περιβάλλοντός του. Ο εκνευρισμός του ατόμου προς τους άλλους προκαλεί την επιθετική συμπεριφορά των γύρων του. Οι σκέψεις και πράξεις της απόγνωσης και απραξίας ελκύουν την προσοχή των άλλων και η συνεχή απόρριψη της βοήθειας όπου προσφέρεται κουράζει το περιβάλλον το οποίο και αποφεύγει την δυσάρεστη και στενάχωρη παρέα του καταθλιπτικού ατόμου<sup>37</sup>.

## **6.5 Οι σωματικές λειτουργίες και διαδικασίες**

Ο ύπνος και η όρεξη διαταράσσονται σε βαθμό που ποικίλλει από άτομο σε άτομο από υπερβολική αύξηση έως υπερβολική μείωση.

Π.χ. υπερβολική αύξηση των ωρών του ύπνου και της όρεξης διαταράσσει την ικανότητα εργασίας του ατόμου και αυξάνει το βάρος προκαλώντας προβλήματα υγείας.

---

37. Beeber I, "Treating depression through the therapeutic Nurse-Client relationship", Nursing Clinics of North America, Vol 33, No 1, March 1999, W.B. Saunders 1999,σελ 153 - 170.



Η δυσκοιλιότητα, έκπτωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, γαστρεντερικές διαταραχές, κεφαλαλγία, πόνο στη ράχη και διαταραχές της εμμηνορύσεως είναι μερικά από τα προβλήματα που δημιουργούνται.

<i>Διαφορά των συμπτωμάτων στη θλίψη και την κατάθλιψη :</i>		
	<b>ΘΛΙΨΗ</b>	<b>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b>
<b>Σκέψεις</b>	Εστιάζονται στο χαμένο άτομο, αντικείμενο, στόχο.	Εστιάζονται στο ίδιο το άτομο, αφηρημάδα και αμέλεια
<b>Αισθήματα</b>	Στενοχώρια, αναζήτηση για επαφή με το χαμένο άτομο ή αντικείμενο, αίσθηση της απώλειας.	Κενά αισθήματα, απουσία αισθημάτων, μονότονα
<b>Πράξεις</b>	Έκφραση της λύπης όπως με κλάμα, παράπονα, ξαφνικά κύματα έκφρασης στενής επαφής (φιλία, χάδια), ενδιάμεσες περιόδους γέλιου και φυσιολογικής λειτουργίας του ατόμου	Ακινησία ή εκνευρισμός και άγχος χωρίς κάποιο συγκεκριμένο σκοπό ή στόχο, το άτομο καλεί τις πράξεις του "ανούσιες"
<b>Διαπροσωπικές σχέσεις</b>	Το περιβάλλον κατανοεί και δείχνει συμπάθεια για τα αισθήματα, σκέψεις και πράξεις ατόμου. Απτή και συναισθηματική υποστήριξη από τους γύρω απαλύνει τον πόνο και ανακουφίζει, τα άτομα δένονται. Περισσότερο με τον πάσχων.	Το περιβάλλον βλέπει υπερβολικές τις αντιδράσεις του ατόμου, εκνευρίζεται και αποσύρεται από το άτομο. Υποστήριξη από τους γύρω προκαλεί εκνευρισμό στο άτομο το οποίο γίνεται δυσάρεστο προς το περιβάλλον και το απομονώνουν.
<b>Σωματικές λειτουργίες και διαδικασίες</b>	Παροδική απώλεια της όρεξης και του ύπνου, ναυτία, ανησυχία, γαστρεντερικές διαταραχές, ακινησία. Δεν Παρουσιάζονται προβλήματα υγείας. Ο φυσιολογικός ρυθμός επανέρχεται γρήγορα.	Μόνιμες αυξομειώσεις της όρεξης και ύπνου και ενεργειακό επίπεδο. Παρουσιάζοντα προβλήματα υγείας.

**Πηγή: Κλεφταράς Γ. Η Κατάθλιψη Σήμερα ΑΘΗΝΑ 1988.**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ : ΙΔΕΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ

Είναι δύσκολο να υπολογίσουμε τον ακριβή αριθμό των αυτοκτονιών αφού οι περισσότεροι προτιμούν να φαίνεται η αυτοκτονία σαν ατύχημα. Τουλάχιστον το 15% των αυτοκινητιστικών "ατυχημάτων" οφείλονται σε αυτοκτονία. Το 1986 υπολογίζεται ότι ο αριθμός αυτοκτονιών στις ΗΠΑ ήταν 30.000, το 1991 υπολόγισαν ότι το 1 : 8 αυτοκτονούσε στις ΗΠΑ, 1 : 4 στην Αυστρία και περίπου το ίδιο στην Γαλλία και Δανία. Τα πιο πρόσφατα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 1 : 12 αυτοκτονεί στις ΗΠΑ ενώ το ποσοστό αυξάνεται στην εφηβική ηλικία από το 1960 και μετά ενώ τα ποσοστά στις υπόλοιπες ηλικίες μειώθηκαν ή έμειναν σταθερά. Αυτό συμπεραίνει η έρευνα των Tsuang, Simpson και Fleming (1992), όπως φαίνεται και στον πίνακα:

<i>Ποσοστά αυτοκτονιών :</i>		
<i>Συχνότητα ανά 100.000 άτομα ανά δεκαετία (ΗΠΑ)</i>	<i>15 – 24 ετών</i>	<i>Λοιπές ηλικίες</i>
<i>1900</i>	5%	10%
<i>1910</i>	10%	17%
<i>1920</i>	5%	8%
<i>1930</i>	7%	16%
<i>1940</i>	6%	15%
<i>1950</i>	5%	12%
<i>1960</i>	5%	11%
<i>1970</i>	12%	15%
<i>1980</i>	15%	14%
<i>1990</i>	16%	13%

*Πηγή: Deque – Monroe , 1978*

Η αυτοκτονία είναι η τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου στις ηλικίες 15 – 24 και όγδοη αιτία θανάτου στον γενικό πληθυσμό. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι κοινό φαινόμενο στους εφήβους. Σε μια έρευνα (1991) το 27% των μαθητών (γυμνασίου και λυκείου) ανέφεραν ότι σκέφθηκαν σοβαρά να αυτοκτονήσουν κατά το προηγούμενο έτος. Ευτυχώς, ένα πολύ μικρό ποσοστό έκανε απόπειρα αυτοκτονίας. Τα κορίτσια (15 –19 ετών) παρουσίαζαν τριπλάσιο ποσοστό απόπειρας από τα συνομήλικά τους αγόρια. Συνολικά όμως ανά όλες τις ηλικίες το ποσοστό είναι τετραπλάσιο στους άνδρες παρά στις γυναίκες<sup>38</sup>.

Η διαφορά του βαθμού σοβαρότητας της απόπειρας οφείλεται στο ότι οι γυναίκες προσπαθούν με λιγότερο επικίνδυνο τρόπο να ολοκληρώνουν το έργο τους όπως με υπερβολική λήψη χαπιών ενώ οι άνδρες χρησιμοποιούν τη μέθοδο του στραγγαλισμού και τη χρήση πυροβόλου όπλου μειώνοντας τις πιθανότητες παροχής πρώτων βοηθειών εάν κάποιος βρει το άτομο. Τα ηλικιωμένα άτομα είναι η δεύτερη κατηγορία ατόμων που αυτοκτονεί πιο συχνά – το 25% των αυτοκτονιών αντιστοιχεί σε άτομα άνω των 65 ετών.

Στις γυναίκες το ποσοστό αυτοκτονιών αυξάνει ανά ηλικία και στην ηλικία της εμμηνόπαυσης παραμένει σταθερό ή μειώνεται. Οι γυναίκες που δεν απέκτησαν παιδιά (παντρεμένες και μη) αυτοκτονούν πιο συχνά από τις γυναίκες με παιδιά, τα άτομα που δεν είναι παντρεμένα παρουσιάζουν διπλάσιο ποσοστό αυτοκτονιών από τα παντρεμένα. (Hoyet and Lund, 1993).

---

38. Oltamanns TF, Emery RE, “Abnormal Psychology”, Prentice – Hall Inc., New Jersey, 1995, σελ 152-191.

**Ποσοστό αυτοκτονιών ανά φυλή και φύλλο (ΗΠΑ, 1990)**

<i>Λευκοί άντρες</i>	20,1%
<i>Λευκές γυναίκες</i>	5,3%
<i>Μαύροι άντρες</i>	12,0%
<i>Μαύρες γυναίκες</i>	2,1%

**Πηγή: Deque – Monroe , 1978**

Οι επιστήμονες Schneidman και Farberow (1970) σύνοψαν τα χαρακτηριστικά του ατόμου που προσπαθεί να αυτοκτονήσει αλλά επιβιώνει ως εξής : γυναίκα, Καυκάσια, ασχολείται με οικιακά, ετών 20 – 30, απόπειρα με υπερβολική λήψη βαρβιτουρικών λόγω προβλημάτων στο γάμο της ή κατάθλιψη. Αντιθέτως, το άτομο που αποπειράται και αυτοκτονεί “επιτυχώς” χαρακτηρίζεται ως εξής : άνδρας, Καυκάσιος, ετών 40 ή άνω, απόπειρα με πυροβολισμό, απαγχονισμό ή δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα λόγω ασθένειας, κατάθλιψης ή συζυγικών προβλημάτων<sup>39</sup>.

Βέβαια, όλα τα άτομα ανεξαρτήτως χαρακτήρα, ηλικίας, φύλλου, οικονομικής και κοινωνικής τάξης δύναται να αυτοκτονήσουν. Ένας μύθος που πλανάται σχετικά με την αυτοκτονία είναι ότι όσοι απειλούν ότι θα αυτοκτονήσουν δεν θα καταλήξουν στην πράξη και ότι αυτοί που όντως καταλήγουν δεν μιλούσαν για την αυτοκτονία. Λάθος. Οι Isometsa, Henriksson, Aro et al (1994) απέδειξαν πως σε 71 ολοκληρωμένες αυτοκτονίες ένα ποσοστό πάνω από 50% είχε κάνει συζήτηση περί του θέματος 3 μήνες πριν.

---

39. Van Praag HM, “Άγχος και αυξημένη επιθετικότητα ως βηματοδότες της καταθλίψεως”, Αναζητήσεις: Νευρολογία — Ψυχιατρική, Τεύχος 2, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη 1999, σελ 57.

Με άλλα λόγια, τα άτομα που συζητούν για αυτοκτονία πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψη. Ένας άλλος μύθος παρουσιάζει τα άτομα που κάνουν την απόπειρα και αποτυγχάνουν ότι απλά θέλουν να ελκύσουν την προσοχή και τον οίκτο του περιβάλλοντός τους. Αντιθέτως όμως, το 40% των αυτοκτονούντων ατόμων έχουν κάνει προηγούμενη απόπειρα ή έχουν απειλήσει με αυτοκτονία, ενώ όσο αυξάνεται ο αριθμός των αποπειρών αυξάνεται και το ποσοστό ολοκλήρωσης και αυτοκτονίας.

Από θρησκευτικής άποψης, η αυτοκτονία απαγορεύεται στον Χριστιανισμό και Ιουδαϊσμό και πολλοί πιστεύουν πως εάν αναπτύξουν συζήτηση περί του θέματος με άτομο που πάσχει από κατάθλιψη θα εμφυτεύσουν ή ενισχύσουν την σκέψη αυτή, κάτι που σαφώς δεν υποστηρίζεται από τους ψυχιάτρους οι οποίοι ενθαρρύνουν τους ασθενείς τους να μιλούν για το θέμα.

Είναι δυνατόν όμως να αντιληφθούμε και να προλάβουμε μια απόπειρα αυτοκτονίας; Είναι, μένει μόνο να γνωρίζουμε πως εκπέμπουν τα μηνύματά τους αυτά τα άτομα :

- Με δηλώσεις όπως " Ξέρω ότι η παρουσία μου σας βαραίνει".
- Απόσυρση.
- Συμπεριφορά όπως με κάποιον που πάει ταξίδι.
- Δωρίζοντας τα πιο προσωπικά αντικείμενα.
- Ζήτηση συγχώρεσης για προβλήματα που ίσως δημιούργησε και ευχαριστίες στο περιβάλλον του για μια αγάπη που του δείχνουν.



Παρεμβάλλεται μια περίοδος ηρεμίας η οποία μπορεί να θεωρηθεί από πολλούς ότι η κατάσταση του ατόμου βελτιώθηκε και επομένως το περιβάλλον χαλαρώνει και δεν το προσέχει ή παρακολουθεί με ένταση. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι άτομα τα οποία θεραπεύονται για την κατάθλιψη, κάνουν απόπειρα στα τελικά στάδια της θεραπείας και ενώ έχει βελτιωθεί η ψυχική τους κατάσταση. Αυτό που παραμένει άλυτο είναι ότι φαίνονται ψυχικά πιο υγιείς γιατί έχουν αποφασίσει να τερματίσουν τη ζωή τους ή απλά χρησιμοποιούν την ενέργεια που τους έλειπε πριν και αυτοκτονούν.

Συνοπτικά, τα άτομα που καταφεύγουν στην αυτοκτονία βλέπουν αδιέξοδα στη ζωή τους και το τέλος της ως τη μόνη πόρτα που τους ανοίγεται. Τα σημειώματα που συνήθως αφήνουν φανερώνουν αβάσταχτο πόνο και στενοχώρια, συνήθως ζητούν από τους συγγενείς να μην στενοχωριούνται που έφυγε το άτομο και περιλαμβάνουν πολλά ουδέτερα σχόλια – εντολές, συμβουλές και λίστα πραγμάτων και εκκρεμοτήτων που πρέπει να κάνουν τα άτομα που μένουν πίσω.

Η Ελβετία έχει μια από τις ισχυρότερες αναλογίες εφηβικής αυτοκτονίας στην Ευρώπη, αλλά η επικράτηση των αυτοκτονικών σκέψεων και των αποπειρών δεν είναι γνωστή. Ένα αυτοχορηγούμενο ανώνυμο ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 9.268, 15 έως 20 ετών εφήβων, οι οποίοι παρακολουθούν ξένο σχολείο ή κολέγιο. Έξι θέματα εστιάζονταν στον αυτοκτονικό ιδεασμό και στη συμπεριφορά. Για την αναγνώριση των μεταβλητών υγείας που σχετίζονται με τις αυτοκτονικές απόπειρες έγινε πολυμεταβλητή ανάλυση. Περίπου το 55% των εφήβων δεν είχαν αυτοκτονικά ενδιαφέροντα, 26% ανέφεραν αυτοκτονικές σκέψεις, 15% ανέφεραν αυτοκτονικό σχεδιασμό και 3% ανέφεραν απόπειρες αυτοκτονίας. Αυτοί οι οποίοι αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ανέφεραν σημαντικά περισσότερα



προβλήματα σε τέσσερις περιοχές, κυρίως στη συμπεριφορά για την υγεία, στα συμβάντα της ζωής, στις κοινωνικές σχέσεις και στην ψυχική υγεία. Συμπερασματικώς, πολλοί παράγοντες σχετίζονται με απόπειρες αυτοκτονίας και αντιπροσωπεύουν ανιχνεύσιμες συμπεριφορές. Έτσι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτή τη γνώση για να είναι πιο αποτελεσματικοί στην πρόληψη των αυτοκτονιών μεταξύ των εφήβων.

Σε ένα δείγμα του Φιλανδικού γενικού πληθυσμού ( $n = 4868$ ) 2,4% των γυναικών και 2,3% των ανδρών ανέφεραν ότι είχαν αναπτύξει σκέψεις για αυτοκτονία κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών. Η επικράτηση της παρά-αυτοκτονίας ήταν συνοδευτικά 0,9% στις γυναίκες και 1,1% στους άνδρες. Τα περισσότερα αυτοκτονικά άτομα, 85%, είχαν έρθει σε επαφή με γενικούς ιατρούς ή με άλλες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών και ένα μικρότερο ποσοστό 20% είχαν κάνει επαφή με ψυχιατρικές υπηρεσίες. Οι γενικοί ιατροί και άλλες πρωτοβάθμιας υπηρεσίες παροχής υγείας είναι το κλειδί για να ταυτοποιήσουν και να αναγνωρίσουν την αυτοκτονική συμπεριφορά στο Φιλανδικό γενικό πληθυσμό.

Ιατροδικαστικοί, τοξικολογικοί έλεγχοι επί 3.400 αυτοκτονιών στη Σουηδία των ετών 1990 – 1991, έδειξαν ότι το 84% δεν είχε πάρει αντικαταθλιπτικά στην περίοδο αμέσως προ του θανάτου, ενώ 10% είχε ανιχνεύσιμα και 6% τοξικά επίπεδα αντικαταθλιπτικών την ώρα του θανάτου. Τα ευρήματα θέτουν την υπόθεση ότι η υποσυνταγογράφηση και η θεραπευτική αποτυχία είναι τα κύρια προβλήματα της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά, αναφορικώς με την αυτοκτονία, ενώ η τοξικότητα είναι μικρότερου ενδιαφέροντος. Με 5% επικράτηση της καταθλίψεως στον πληθυσμό και με χρήση αντικαταθλιπτικών συνοδευόμενων με τη θεραπεία

ποσοστού περίπου 1%, η χρήση αυτών πρέπει να αυξηθεί σημαντικώς, για να παρεμποδισθούν οι περισσότερες αυτοκτονίες στη Σουηδία. Επιπλέον, η ποιότητα της αντικαταθλιπτικής συνταγογραφίας (επίπεδα δόσεων και διαστήματα θεραπείας) πρέπει να βελτιωθεί, κάτι που μπορεί να γίνει με τη βοήθεια του ελέγχου των θεραπευτικών δόσεων των φαρμάκων.

Παρόλο που γίνονται πολλές προσπάθειες να μειωθούν οι αυτοκτονίες, τα αποτελέσματα δεν αγγίζουν τα αναμενόμενα.

Οι ανοικτές γραμμές που ο πάσχων μπορεί να πάρει και να ζητήσει βοήθεια δεν καταφέρνουν να μειώσουν τα ποσοστά πέραν από μια μικρή μείωση στην κατηγορία των λευκών γυναικών, 20 – 30 ετών, οι οποίες είναι και οι πιο συχνοί χρήστες αυτών των βοηθημάτων.

Στα σχολεία, οι εκπαιδευτικοί γίνονται όλο και πιο πολύ γνώστες της πραγματικής έκτασης και παρατηρούν τα παιδιά πιο κοντά, υπάρχουν σύμβουλοι και μειώνουν τις ποινές και τις τιμωρίες των παιδιών σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα από την ρίζα και όχι από τον καρπό<sup>40</sup>.

---

40. Alloy L.B. Acocella J., Bootzin R.R., "Abnormal Psychology Current Perspectives", 7<sup>th</sup> Edition, Published by Mc Graw Hill Inc, New York 1996, σελ 4-15, 232-261.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ

Το άγχος είναι αντιδράσεις φόβου όπου η αιτία δεν είναι γνωστή. Είναι μία κατάσταση γενικευμένης ανησυχίας. Το άτομο αισθάνεται κάποιον αόριστο φόβο, χωρίς να είναι σε θέση να καθορίσει πρόσωπο, κατάσταση ή γεγονός που να ενεργοποιεί αυτό το φόβο. Το άγχος κατακλύζει και κυριαρχεί όλη την ύπαρξη του ατόμου και επηρεάζει αρνητικά όλες τις πτυχές της ζωής : συναισθηματική, κοινωνική, επαγγελματική, οικογενειακή<sup>41</sup>.

«Οι κυριότερες ενδείξεις αναφορικά με τη συννοσηρότητα της κατάθλιψης και των αγχώδων διαταραχών προέρχονται από κλινικές παρατηρήσεις, επιδημιολογικά δεδομένα, μελέτες οικογενειών, γενετικές μελέτες, βιολογικά δεδομένα, καθώς και από τη διερεύνηση ψυχοκοινωνικών παραγόντων»<sup>42</sup>.

Το συχνότερο και πιο δυσεπίλυτο πρόβλημα στην ψυχιατρική είναι η κατάθλιψη με τη συνύπαρξη του άγχους. Διαταραχές όπως οι σωματομορφές, λήψεως τροφής, ουσιοεξαρτήσεις και προσωπικότητας, παρουσιάζουν θετική ή και αρνητική συννοσηρότητα με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές.

---

41. Χ.Α. Χριστοφορίδης, 1991, σελ. 200.

42. Α.Δ. Ραμπαβίλας, 1996, σελ. 103 – 104.

Ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έχει διαπιστωθεί ότι έχουν 11 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη σε σύγκριση με άτομα χωρίς αυτή την διαταραχή. Ένας περίπου στους τρεις ασθενείς με αγχώδη διαταραχή παρουσιάζει παράλληλα και κατάθλιψη. Συννοσηρότητα με την κατάθλιψη και μάλιστα υψηλή παρουσιάζει και η διαταραχή πανικού. Τα άτομα με μείζονα κατάθλιψη έχουν 9 –19 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν κάποια αγχώδη διαταραχή. Επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι οι συναισθηματικές και οι αγχώδης διαταραχές, παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες συνύπαρξης στα ίδια άτομα και δεν κατανέμονται τυχαία στον ίδιο πληθυσμό. Ένα ποσοστό 30 – 42% αγχωδών ατόμων παρουσιάζουν τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο στο ιστορικό τους. Η κατάθλιψη συνυπάρχει τις περισσότερες φορές με κάποια αγχώδη διαταραχή. Η κοινωνική φοβία και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι οι κυριότερες αγχώδεις διαταραχές που συνυπάρχουν με την κατάθλιψη και ακολουθεί η αγοραφοβία και η ψυχαναγκαστική νεύρωση. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε παιδιά και εφήβους δείχνουν ακριβώς το ίδιο πράγμα. Παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν αγχώδης διαταραχές, ενώ παιδιά με αγχώδη διαταραχή παρουσιάζουν και κατάθλιψη<sup>43</sup>.

«Το μεγαλύτερο ίσως μειονέκτημα των μέχρι τώρα γενετικών μελετών αφορά κυρίως την ερμηνεία των σχετικών αποτελεσμάτων. Αυτό κατά κύριο λόγο οφείλεται στο γεγονός ότι συμπτώματα, ομάδες συμπτωμάτων και περιγεγραμμένες διαταραχές αλληλεπικαλύπτονται στη μεθοδολογία αξιολόγησης και επιλογής υλικού των παραπάνω μελετών.

---

43. Α.Δ. Ραμπαβίλας, 1996, σελ. 104 – 105.

Η χρησιμοποίηση στο μέλλον εξειδικευμένων στατικών μεθόδων διαχωρισμού των "γενετικών" και "περιβαλλοντικών" παραγόντων επικινδυνότητας συγκεκριμένων διαταραχών θα μπορούσε να δώσει πλέον σαφείς απαντήσεις αναφορικά με την ενδεχόμενη συννοσηρότητα της κατάθλιψης με τις αγχώδεις διαταραχές στο γενετικό επίπεδο».

Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις που αναφέρουν, ότι μπορεί να υφίστανται κοινοί βιολογικοί μηχανισμοί μεταξύ της κατάθλιψης και κάποιων αγχωδών διαταραχών. Οι μηχανισμοί αυτοί λειτουργούν σε διάφορα επίπεδα. Τα επίπεδα αυτά είναι : ψυχοενδοκρινολογικά, νευροψυχολογικά και ψυχοφαρμακολογία. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε ειδικές ψυχολογικές αντιδράσεις όπως είναι η κατάθλιψη ή το άγχος. Το άτομο ανάλογα με το βιολογικό του υπόστρωμα και την απαντητικότητά του στις κοινωνικές συνθήκες μορφοποιεί τις αντιδράσεις αυτές και καταλήγει σε διάφορες ψυχολογικές ή ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Η συννοσηρότητα της κατάθλιψης με τις αγχώδεις διαταραχές βασίζεται σε ενδείξεις που προέρχονται από το χώρο της ψυχιατρικής. Οι ενδείξεις αυτές είναι πειστικές γιατί προέρχονται από την κλινική παρατήρηση, τις μελέτες οικογενειών, το βιολογικό επίπεδο και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η ερμηνεία της συννοσηρότητας περιλαμβάνει αρκετά ενδεχόμενα όπως το γεγονός ότι η κατάθλιψη και το άγχος προδιαθέτουν ή προκαλούν το ένα το άλλο. Επίσης και οι δύο καταστάσεις μπορεί να οφείλονται στην επίδραση κάποιας άλλης διαταραχής<sup>44</sup>.

---

44. Α.Δ. Ραμπαβίλας, 1996, σελ. 106.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>0</sup>

### Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μέχρι το 1960 αμφισβητείται η ύπαρξη κατάθλιψης στα παιδιά. Από το 1970 όμως ερευνητές αναφέρουν τα σωματικά συμπτώματα που έχουν τα καταθλιπτικά παιδιά. Τα κυριότερα είναι : κεφαλαλγίες, απώλεια βάρους και όρεξης, διαταραχές της συμπεριφοράς και κοιλιακά άλγη. Λόγω της ψυχικής και συναισθηματικής ανωριμότητας των παιδιών είναι δύσκολο να εκφράσουν συναισθήματα θλίψης και απελπισίας που νιώθουν. Η κατάθλιψη στα παιδιά είναι δύσκολο να διαγνωσθεί. Και αυτό επειδή δεν εκφράζεται μέσω του λόγου αλλά σωματικών συμπτωμάτων. Το αποτέλεσμα είναι να δίδεται μια λανθασμένη ερμηνεία για τη συμπεριφορά του παιδιού. Επειδή πολλές φορές τα παιδιά αυτά δεν προξενούν προβλήματα στους γύρω, η συμπεριφορά τους περνάει απαρατήρητη με αποτέλεσμα να μην γίνεται διάγνωση και να υποφέρουν. Στα διάφορα στάδια ανάπτυξης του παιδιού λόγω των αλλαγών που συμβαίνουν στην παιδική και εφηβική ηλικία, παρουσιάζονται διαφορές στην έκφραση και πορεία της κατάθλιψης<sup>45</sup>.

«Τα καταθλιπτικά παιδιά είναι οι “μοναχικοί” όχι με την έννοια της σχιζοειδούς προσωπικότητας, αλλά επειδή η καταθλιπτική τους κατάσταση τα εμποδίζει να συνάψουν σχέσεις με τους άλλους»<sup>46</sup>.

---

45. Ι.Σ. Τσιάντης, Β.Σ. Χαντζάρα, 1999, σελ. 232 –233.

46. Ρ.Βλαχάκη, 1982, σελ 20.



## **9.1 ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Τα βρέφη και τα μικρά παιδιά δεν μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματα δυσφορίας που νιώθουν. Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν είναι: κλάμα, διαταραχές του ύπνου, άρνηση λήψης τροφής και επιβράδυνση της σωματικής τους ανάπτυξης χωρίς να υπάρχουν οργανικά αίτια.

Μια από τις πρώτες μελέτες που αναφέρονται σε αυτή την ηλικία είναι η μελέτη του Spitz που αναφέρεται στην "Ανακλητική Κατάθλιψη" (Analclitic Depression). Ο Spitz αναφέρει ότι τα βρέφη που αποχωρίστηκαν τη μητέρα τους παρουσίασαν κλάμα, απώλεια βάρους, αδιαφορία, απόσυρση και διαταραχές ύπνου καθώς επίσης και καθυστέρηση στην κινητικότητα και κάποιες φορές μεγάλη απάθεια. Ο Spitz και Wolf υποστηρίζουν ότι ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγων ήταν η απώλεια του προσώπου που τους φρόντιζε (μητέρα – πατέρας). Άλλοι ερευνητές (π.χ. Goldfarb) παρατηρούν παρόμοιες αλλαγές στη συμπεριφορά σε παιδιά που μεγαλώνουν σε ιδρύματα. Τα παιδιά αυτά ήταν συχνά αδιάφορα, απαθή και παρουσίαζαν ψυχοκινητική βραδύτητα. Οι Engel και οι συνεργάτες περιέγραψαν το σύνδρομο απόσυρσης / συντήρησης που εμφανίζεται με θλίψη και μειωμένο ενδιαφέρον όπως και μειωμένη ανταπόκριση στα εξωτερικά ερεθίσματα και παρατηρείται συνήθως σε παιδιά που παρουσιάζουν χρόνια σωματική νόσο και σε παιδιά που υπέστησαν παραμέληση ή κακοποίηση. Μερικοί μελετητές υποστήριξαν ότι τα εργαλεία του Spitz για την αξιολόγηση της κατάθλιψης δεν ήταν σταθμισμένα και ότι δεν έλαβε υπόψη τους άλλους παράγοντες που πιθανόν να οδηγούσαν στα ίδια αποτελέσματα π.χ. αποστέρηση. Αρκετοί συγγραφείς θεωρούν την Ανακλητική Κατάθλιψη του Spitz σαν μια μορφή

καταθλιπτικής διαταραχής της παιδικής ηλικίας. Έχει δε προταθεί ότι η αποστέρηση είναι ο βασικός παράγων στην αιτιολογία της καταθλιπτικής διαταραχής της παιδικής ηλικίας. Αργότερα ο Trud αναφέρθηκε στις ομοιότητες της κλινικής εικόνας του παιδιού που έχει αποστερηθεί τη μητέρα του και του παιδιού με κλινική κατάθλιψη. Τα φαινόμενα επίσης που παρατηρήθηκαν στα ιδρυματικά παιδιά και η σειρά εμφάνισης τους στη διαμαρτυρία – απόγνωση – αποσύνδεση αποτελούν μια συναισθηματικής μορφής αντίδραση<sup>47</sup>.

Στην προσχολική ηλικία, δηλαδή στα παιδιά μέχρι ηλικίας 5-6 ετών, η κατάθλιψη είναι εξίσου ασυνήθιστη. Τα περισσότερα παιδιά δεν χρησιμοποιούν το λόγο για να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Η διάγνωση είναι δύσκολη. Ερευνητές προτείνουν την εκτίμηση της μη λεκτικής έκφρασης των παιδιών. Η έκφραση του προσώπου, η θέση του σώματος, η ανορεξία, η άρνηση της τροφής, τα προβλήματα στον ύπνο, οι νυχτερινοί εφιάλτες, η κοινωνική απόσυρση και η ψυχοκινητική βραδύτητα είναι τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε αυτή την ηλικία. Συχνά παρατηρούνται παράπονα για σωματικές αδιαθεσίες (κοιλιακό άλγος κ.α.), εκρήξεις οργής, νευρικότητα, ευερεθιστότητα και έλλειψη ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα ή παιχνίδι. Συνήθως σε αυτή την ηλικία παρατηρείται αστάθεια στην έκφραση των συναισθημάτων αλλά και στη συμπεριφορά. Οι ερευνητές αποδίδουν την αστάθεια αυτή στη γνωστική ανωριμότητα του παιδιού.

---

47. Ι.Σ. Τσιάντης, Β. Σ. Χαντζαρά, 1999, σελ. 234-235.

## **9.2. ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ / ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Στην ηλικία αυτή τα παιδιά μπορούν να εκφράζουν λεκτικά τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους. Το σχολικό περιβάλλον και οι δάσκαλοι μπορούν να πληροφορήσουν για την ύπαρξη κατάθλιψης σε κάποιο παιδί αυτής της ηλικίας. Ορισμένες φορές βλέπουμε ότι στην οικογένεια υπάρχει ένας καταθλιπτικός γονιός που δεν μπορεί να δει αντικειμενικά την ψυχική κατάσταση του παιδιού. Το παιδί θα περάσει από συνέντευξη για να δώσει πληροφορίες για τα συναισθήματά του, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές του. Το ίδιο και οι γονείς του. Πολλές φορές οι γονείς αναφέρουν συμπτώματα και συμπεριφορές διαφορετικές από του παιδιού. Είναι απαραίτητο να ερωτηθούν και οι δύο γονείς γιατί συχνά δεν συμφωνούν για τα συναισθήματά του μεταξύ τους. Τα παιδιά ηλικίας 9-12 εμφανίζουν φοβίες, απελπισία, απόγνωση, μονότονη ομιλία. Μιλούν για τον εαυτό τους αρνητικά και με αυτό-υποτίμηση. Οι διαταραχές που παρουσιάζουν είναι: προσοχής, συγκέντρωσης και μαθησιακής αποτυχίας. Στην ηλικία αυτή εμφανίζουν απόπειρες αυτοκτονίας<sup>48</sup>.

---

48. Ι.Σ. Τσιάντης, Β. Σ. Χαντζαρά, 1999, σελ. 235-236.

### **9.3. ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Η κατάθλιψη στην ηλικία αυτή μοιάζει με εκείνη των ενηλίκων. Μπορεί και να συνυπάρχει με χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. Σύμφωνα με τους Ι.Σ. Τσιάντης, Β. Σ. Χαντζαρά, (1999), οι Strober και Carlson με την έρευνά τους διατυπώνουν δύο τύπους εφηβικής κατάθλιψης:

#### *1. πρωτογενής κατάθλιψη των εφήβων.*

Είναι η πρώτη εκδήλωση μιας μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής. Τα συμπτώματα είναι τα εξής: Μειωμένη όρεξη, διαταραγμένος ύπνος, ιδέες και πράξεις αυτοκαταστροφής και αυτοκτονίας, ζοφερές και απαισιόδοξες προοπτικές για το μέλλον, ιδέες ενοχής και αναξιότητας, μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό, μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή, περιορισμένη δραστηριότητα, αυξημένη κόπωση, μειωμένη ενεργητικότητα, απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης, καταθλιπτικό συναίσθημα.

#### *2. δευτερογενής κατάθλιψη.*

Είναι μια συγκεχυμένη μορφή κατάθλιψης. Τα συμπτώματα είναι η δυσφορική διάθεση, απάθεια, κοινωνική απόσυρση, κεφαλαλγίες. Συνδέεται με απώλειες και τραυματικές εμπειρίες ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές: χρήση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών, ψυχογενής ανορεξία, χαμηλή αυτοεκτίμηση και μαθησιακή δυσκολία, φοβικά ή ψυχαναγκαστικά συμπτώματα. Η εφηβική κατάθλιψη εκδηλώνεται κυρίως με διαταραχές στη συμπεριφορά όπως: το σκασιαρχείο, χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, κλοπή από την μητέρα ή την

οικογένεια και ψέματα. Η κλοπή είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής αποστέρησης και ένας έμμεσος τρόπος διεκδίκησης αγάπης, προσοχής και φροντίδας από τους γονείς.

«Σύμφωνα με τον Nissen τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε παιδιά και εφήβους είναι τα εξής:

### *1. ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ*

Ψυχικά συμπτώματα, δυσκολία στο παιχνίδι, διέγερση, ψυχοσωματικά συμπτώματα, κρίσεις δακρύων και φωνές, μη έλεγχος του ορθού, αϋπνία, μυορρυθμίες, διαταραχές στην όρεξη.

### *2. ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ*

Ευερεθιστότητα, έλλειψη ασφάλειας, δυσκολία στο παιχνίδι, δίψα για επαφή, δυσκολίες στη μάθηση, ενούρηση, νυχτερινό άγχος, αυνανισμός, κρίσεις δακρύων και φωνές.

### *3. ΠΡΟΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ*

Μηρυκασμοί, παρορμητικές τάσεις για αυτοκτονία, αίσθημα κατωτερότητας, αθυμία, κεφαλαλγίες»<sup>49</sup>.

---

49. Ρ. Βλαχάκη, 1982, σελ. 21-22.

## **9.4 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Για την κατάθλιψη στην παιδική ηλικία δεν ευθύνεται ένας παράγοντας. Συνήθως είναι πολλοί οι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν στην κατάθλιψη.

### **9.4.1 Κληρονομικότητα**

Όταν ένας από τους δύο γονείς πάσχει από κατάθλιψη ή κάποιο κοντινότερο μέλος της οικογένειας, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσει το παιδί. Τα παιδιά που έχουν γονείς που πάσχουν από κατάθλιψη και οι δύο έχουν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από τα παιδιά με υγιείς γονείς. Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι μια κύρια αιτία για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Όπως επίσης και χρωμοσωμιακές ελλείψεις τόσο στο Χ-Χρωμόσωμα όσο και στο χρωμόσωμα. Η κατάθλιψη της μητέρας ευθύνεται περισσότερο από αυτή του πατέρα. Καταθλιπτικοί γονείς έχουν την τάση να κακοποιούν και να παραμελούν τα παιδιά τους. Επίσης είναι ανίκανοι να αναγνωρίσουν την κατάθλιψη του παιδιού τους με αποτέλεσμα να μην ζητούν ιατρική βοήθεια.



## **9.4.2 Ψυχοδυναμικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Μελέτες έχουν δείξει ότι διάφορα γεγονότα ζωής ευθύνονται για την ύπαρξη της κατάθλιψης. Συνήθως η κατάθλιψη αρχίζει με μια εμπειρία απώλειας ή στέρησης. Η απώλεια του αντικειμένου αγάπης βιώνεται από το νήπιο σαν ένα σοβαρό ψυχικό τραύμα. Για το πώς θα εξελιχθεί η ανάπτυξη αυτού του παιδιού εξαρτάται από το γονεϊκό υποκατάστατο που θα πρέπει να ανταποκριθεί στις μεγάλες ανάγκες του. Η προβληματική σχέση γονέα-παιδιού είναι αιτία καταθλιπτικής αντίδρασης. Στην αρχή κυριαρχούν αισθήματα θλίψης και ανησυχίας ενώ η χαρά, το ενδιαφέρον και η περιέργεια βιώνονται όλο και λιγότερο. Το παιδί μαθαίνει να εσωτερικεύει την ανικανότητα και την απελπισία. Κατά την εφηβεία η αποδέσμευση του εφήβου από τις γονεϊκές μορφές, δημιουργεί επώδυνες εσωτερικές συγκρούσεις. Αυτό οδηγεί τον έφηβο στην απογοήτευση και μετά σε μια καταθλιπτική αντίδραση. Έφηβοι που βίωσαν εμπειρίες στέρησης έχουν δυσκολίες και περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη που εκδηλώνεται συνήθως με διαταραχές στη συμπεριφορά<sup>50</sup>.

---

50. Ι.Σ. Τσιάντης, Β. Σ. Χαντζαρά, 1999, σελ. 238-240.

## 9.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι μορφές θεραπείας που αναφέρονται για την κατάθλιψη είναι οι παρακάτω: (α) Ατομική ψυχοθεραπεία, (β) παιχνιδοθεραπεία, (γ) Οικογενειακή θεραπεία, (δ) Εκπαίδευση – Συμβουλευτική γονιών, (ε) Ομαδική ψυχοθεραπεία, (στ) Ενδονοσοκομειακή θεραπεία και(η) φαρμακοθεραπεία. Μελέτες έχουν δείξει ότι στην εφηβεία η αντικαταθλιπτική αγωγή ανταποκρίνεται θετικά. Θα πρέπει να γίνεται όμως και καρδιολογικός έλεγχος, ορμονολογικός και της λειτουργίας των νεφρών. Οι ψυχολογικές θεραπείες υπόσχονται περισσότερο. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις με τη μορφή γνωσιακής θεραπείας έχουν επίσης θετικά αποτελέσματα. Η θεραπεία της οικογένειας έχει τα ίδια αποτελέσματα και αυτή. Είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν επιστημονικές μελέτες που να γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων των θεραπειών παιδιών και εφήβων. Η επανεξέταση των παιδιών μετά από 1-2 χρόνια είναι απαραίτητη. Πολύ προσοχή πρέπει να δοθεί στους εφήβους με σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή με απόπειρες και ιδέες αυτοκτονίας. Σε τέτοιες περιπτώσεις χρειάζεται η νοσηλεία του εφήβου σε ενδονοσοκομειακή μονάδα με εξειδικευμένο προσωπικό. Βάση πρέπει να δοθεί στη δημιουργία ψυχοθεραπευτικής ατμόσφαιρας ώστε ο έφηβος να μπορέσει να αναρρώσει σ' αυτό το περιβάλλον. Καλό θα ήταν να υπάρχουν εκπαιδευτικές εμπειρίες και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, τις οποίες να παρακολουθεί ο έφηβος όταν μπορεί και θέλει. Οι έφηβοι με σοβαρή συναισθηματική αποστέρηση θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από το προσωπικό σε εκδηλώσεις εκδραμάτισης. Όσοι βγαίνουν από το νοσοκομείο

μετά από απόπειρα αυτοκτονίας θα πρέπει να εξετάζονται από παιδοψυχίατρο και να γίνεται εκτίμηση της ψυχολογικής τους κατάστασης. Στον τόπο μας δυστυχώς λόγω της έλλειψης αυτών των μονάδων, οι έφηβοι μπορεί να κάνουν μια επιτυχή απόπειρα την επόμενη φορά. Τα παιδιά και οι έφηβοι είναι πολύ ευάλωτοι σε κοινωνικές και οικονομικές πιέσεις. Για το λόγο αυτό χρειάζεται η εκπαίδευση γιατρών, δασκάλων, νοσοκόμων και ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Η καλύτερη αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι η πρόληψη. Η σφαιρική εκτίμηση και αντιμετώπιση της κάθε περίπτωσης καθώς και η χορήγηση φαρμάκων στην εφηβεία, όταν υπάρχουν ενδείξεις είναι απαραίτητα για την αντιμετώπιση και την θεραπεία της κατάθλιψης<sup>51</sup>.

---

51.Ι.Σ.Τσιάντης,Β.Σ.Χαντζαρά,1999,σελ.238-243.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>

### Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

«Με επιδημιολογικές μελέτες υπολογίζεται ότι η μείζων κατάθλιψη εμφανίζεται στο 1% των ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό. Μεταξύ των ηλικιωμένων που κατοικούν στην κοινότητα 3% υποφέρουν από δυσθυμία και 8% - 15% παρουσιάζουν κλινικά αξιολόγηση καταθλιπτική συμπτωματολογία».

Οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη εμφανίζουν μείωση της λειτουργικότητάς τους. Οι κοινωνικές δραστηριότητες επηρεάζονται περισσότερο από τις παθήσεις της καρδιάς και των πνευμόνων, την αρθρίτιδα, τον σακχαρώδη διαβήτη, την υπέρταση. Η αντικαταθλιπτική θεραπεία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών με σωματικές παθήσεις και την ψυχική διάθεση των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη παρουσιάζουν περισσότερες παθολογικές ασθένειες από αυτούς που δεν πάσχουν. Ακόμη αυξάνεται η αίσθηση της κακής υγείας των ασθενών. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς είχαν περισσότερο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς. Τέλος καταθλιπτικοί ασθενείς λάμβαναν περισσότερο από πέντε φαρμακευτικά σκευάσματα από τους μη καταθλιπτικούς<sup>52</sup>.

---

52. Γ.Σ. Αλεξόπουλος, 1999, σελ. 250

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς επιβαρύνουν οικονομικά το σύστημα υγείας περισσότερο από τους άλλους ασθενείς. Η αδυναμία αναγνώρισης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει τις εξής επιπτώσεις: προσωπική και οικογενειακή δυσφορία, αυξάνει τη γενική νοσηρότητα, επιβαρύνει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και προκαλεί μεγάλο βαθμό αναπηρίας. Οι παραπάνω επιπτώσεις είναι συνήθως εξοντωτικές για την τρίτη ηλικία.

## **10.1 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ**

### **10.1.1 Μείζων κατάθλιψη**

«Η διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης απαιτεί πέντε από τα ακόλουθα εννέα συμπτώματα με διάρκεια τουλάχιστον δύο εβδομάδων: κακή διάθεση, μειωμένο ενδιαφέρον ή μειωμένη ικανοποίηση από όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, μείωση ή αύξηση σωματικού βάρους (με ποσοστό μεταβολής μεγαλύτερο από το 5% του σωματικού βάρους), αϋπνία ή υπερυπνία, ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση, κόπωση, αίσθημα αναξιότητας ή αδικαιολόγητης ενοχής, μειωμένη ικανότητα για συγκέντρωση, επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας. Η κακή διάθεση ή η έλλειψη ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης είναι απαραίτητα συμπτώματα προκειμένου να πληρωθούν τα κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης και θα πρέπει να περιλαμβάνονται στα πέντε απαραίτητα για τη διάγνωση συμπτώματα».

### **10.1.2 Δυσθυμία**

Μια χρόνια κατάθλιψη ήπιας ή βαριάς μορφής που διαρκεί περισσότερο από δύο χρόνια είναι η δυσθυμία. Το κυριότερο σύμπτωμα της είναι η κακή διάθεση και παρουσιάζεται για ένα διάστημα πάνω από δύο μήνες. Για να γίνει η διάγνωσή της ο ασθενής θα πρέπει να παρουσιάσει δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω συμπτώματα : αϋπνία ή υπερυπνία, αίσθημα αναξιοτήτας, κόπωση, απελπισία, μειωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και ανορεξία ή αυξημένη όρεξη.

Η διάγνωση της μείζων κατάθλιψης και της δυσθυμίας είναι εξαιρετικά δύσκολη λόγω των νευρολογικών και σωματικών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν.

### **10.1.3 Κατάθλιψη και Άνοια**

Το 50% των ηλικιωμένων ασθενών με άνοια παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Η κατάθλιψη παρουσιάζεται σε ασθενείς με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη σε μεγάλη ηλικία πάσχουν και από νευρολογικές παθήσεις που μπορεί να μην φαίνονται στην έναρξη της κατάθλιψης. Προβλήματα διάγνωσης εμφανίζονται λόγω της ομοιότητας των εκδηλώσεων της κατάθλιψης με τα συμπτώματα της άνοιας. Στοιχεία χρήσιμα για τη διαφορική διάγνωση καταθλιπτικών ασθενών



με άνοια και ασθενών που πάσχουν μόνο από άνοια είναι η θλίψη, η πεσιμιστική διάθεση και τα ψυχολογικά και νευροφυτικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Είναι άγνωστο μέχρι σήμερα αν η έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών που παρουσιάζεται στα άτομα που πάσχουν από άνοια συμβαίνει λόγω της παρουσίας κατάθλιψης. Η διάγνωση της άγνοιας πρέπει να γίνεται με την εξέταση του ασθενή αλλά και να βασίζεται στις αναφορές των οικείων του. Και αυτό γιατί οι ασθενείς με άνοια δεν μπορούν να αναγνωρίσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα δυσφορίας. Αυτό που πρέπει να γίνεται είναι σωστή διάγνωση για το αν ο ασθενής πάσχει μόνο από άνοια ή και από κατάθλιψη. Σημαντική είναι η αναγνώριση της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια επειδή υπάρχει κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία και ηλεκτροσπασμοθεραπεία που ανταποκρίνεται θετικά στη θεραπεία της κατάθλιψης.

#### **10.1.4 Ψυχωτική Κατάθλιψη**

Τα συμπτώματα των ασθενών με ψυχωτική κατάθλιψη είναι οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες τύπου: ενοχής δίωξης, υποχονδρίασης, μηδενισμού και ζηλοτυπίας. Το ποσοστό εμφάνισης ψυχωτικής κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα που νοσηλεύονται είναι 20% με 45%. Οι καταθλιπτικές παραληρητικές ιδέες των ασθενών που πάσχουν από άνοια δεν είναι συμβατές με τις διαταραχές του συναισθήματος και είναι λιγότερο συστηματικές από τις διαταραχές των ασθενών που δεν πάσχουν από άνοια. Η επιτυχία δεν επιτυγχάνεται μόνο με αντικαταθλιπτικά.

Χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός αντικαταθλιπτικών και νευροληπτικών ή εφαρμογή ηλεκτροσπασμοθεραπείας.

### **10.1.5 Κατάθλιψη με αναστρέψιμη άνοια.**

Είναι ένα σύνδρομο που αναπτύσσεται ορισμένες φορές σε ηλικιωμένους καταθλιπτικούς. Μετά την ύφεση της κατάθλιψης, παρουσιάζει κάποια βελτίωση ή πλήρη θεραπεία. Οι ασθενείς που θα παραμείνουν με κάποιες εκπτώσεις γνωστικών λειτουργιών θα παρουσιάσουν ένα πρώιμο στάδιο άνοιας με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εκπτώσεις των γνωστικών λειτουργιών. Αναστρέψιμη άνοια παρουσιάζει το 20% των ηλικιωμένων κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Για δύο περίπου χρόνια οι ασθενείς παραμένουν χωρίς εκπτώσεις των γνωστικών λειτουργιών πριν εμφανιστεί μη-αναστρέψιμη άνοια. Η συχνή παρακολούθηση είναι απαραίτητη σε ηλικιωμένους που παρουσιάζουν αυτό το σύνδρομο.

### **10.1.6 Αντίδραση Πένθους**

Καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζει το άτομο και στη περίπτωση απώλειας του ή της συζύγου. Τα δύο πρώτα έτη της χηρείας, το άτομο παρουσιάζει δυσθυμία. Τα ηλικιωμένα άτομα κινδυνεύουν περισσότερο από τους νεότερους να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα τους πρώτους μήνες

της χηρείας. Τόσο οι νεότεροι όσο και οι γηραιότεροι χήροι παρουσιάζουν κατάθλιψη σε ένα μεγάλο ποσοστό. Όσοι χήροι δεν νοσήσουν από κατάθλιψη καταλήγουν με μειωμένη λειτουργικότητα, υποβάθμιση της ποιότητας ζωής και αναπηρία.

### **10.1.7 Κίνδυνος Αυτοκτονίας**

Οι άνδρες πάνω των 65 λευκής φυλής είναι τα άτομα με το μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονιών. Οι ηλικιωμένοι είναι τα άτομα που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονιών από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα. Ο κυριότερος λόγος που ωθεί τα άτομα αυτά στην αυτοκτονία είναι η μοναξιά. Υπάρχουν βέβαια και άλλοι λόγοι που οι ηλικιωμένοι σκέφτονται την αυτοκτονία ως την καλύτερη λύση. Οι λόγοι αυτοί είναι τα οικονομικά προβλήματα, η κακή υγεία και η κατάθλιψη. Το 60% των ηλικιωμένων που αυτοκτονούν είναι άνδρες ενώ το 75% που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας είναι οι γυναίκες. Οι περισσότεροι αυτοκτονούν με όπλα ή απαγχονίζονται, άλλοι παίρνουν υπερβολική δόση φαρμάκων και ένα μικρό ποσοστό κόβουν τις φλέβες τους. Σύμφωνα με ψυχιατρικές μελέτες τα άτομα που αυτοκτονούν είχαν ψυχική νόσο και τις περισσότερες φορές κατάθλιψη. Οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν πιο βίαιες μεθόδους από τους νεότερους ενώ η χρήση αλκοόλ και το ψυχιατρικό ιστορικό αφορά κυρίως τα νεότερα άτομα<sup>53</sup>.

---

53. Ν.Μάνος , «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», εκδόσεις:University studio press, Θεσσαλονίκη 1922.

Όπως όλα τα άτομα με κατάθλιψη που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, έτσι και οι ηλικιωμένοι εκφράζουν αυτές τις σκέψεις τους σε συγγενείς και φίλους. Η υποβολή για κλινική εκτίμηση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και αυτοκτονικού ιδεασμού είναι απαραίτητη σε ηλικιωμένα άτομα με σοβαρές ασθένειες ή πρόσφατη απώλεια αγαπημένου προσώπου. Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για την αυτοκτονία και να του γίνονται σχετικές ερωτήσεις. Αυτό δεν πρέπει να ανησυχεί γιατί δεν αποτελεί κίνδυνο να εμφανίσει το άτομο αυτοκτονική συμπεριφορά<sup>54</sup>.

## **10.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ**

Δυο είναι οι βασικοί στόχοι όταν πρόκειται για τη θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης: (α) η υποχώρηση της και (β) να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής και επανεμφάνισής της. Οι θεραπείες θα πρέπει να στοχεύουν στην επανένταξη του ηλικιωμένου. Η αντικαταθλιπτική αγωγή θα πρέπει να δώσει τη δυνατότητα στους ηλικιωμένους να απαιτήσουν και πάλι τη λειτουργικότητά τους όταν υποχωρήσει καταθλιπτική συνδρομή<sup>55</sup>.

---

54. Μάικλ Άρτζυλ, «Ψυχολογία της συμπεριφοράς», εκδόσεις :Θυμάρι, Αθήνα 1981.

55. Frederic F. Flach, «Κατάθλιψη», εκδόσεις:δίοδος, Αθήνα 1998.

### **10.2.1 Φαρμακοθεραπεία**

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα βελτιώνουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 60% περίπου. Υπάρχουν κάποια άτομα που αν και υποβάλλονται σε φαρμακοθεραπεία, συνεχίζουν να παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα φαρμακολογικά σκευάσματα ωφελούν τους ηλικιωμένους όπως και τους νεότερους αλλά θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν από τους γιατρούς το γήρας των ατόμων αυτών και οι ασθένειες που σχετίζονται μ' αυτό. Οι δόσεις των αντικαταθλιπτικών θα πρέπει να είναι επαρκείς και η αγωγή να διαρκεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από των νεότερων ατόμων. Η αγωγή χορηγείται για 7-9 εβδομάδες τουλάχιστον. Για τη θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης υπάρχουν τέσσερις οικογένειες αντικαταθλιπτικών: τα τρικυκλικά, οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, οι αναστολείς της αμινοοξειδάσης και άλλα αντικαταθλιπτικά.

### **10.2.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία**

Εφαρμόζεται σε άτομα με έντονες διαταραχές της ψυχικής διάθεσης, τα οποία δεν είναι ικανά να αντέξουν τη μακρά αναμονή από τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Ακόμη προτιμάται και σε ασθενείς με ανωμαλίες της καρδιακής αγωγιμότητας, με υπερπλασία του προστάτη ή με γλαύκωμα. Για τη θεραπεία της κατάθλιψης χρειάζονται εννιά συνεδρίες ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Έχει αποδειχθεί ότι ταχύτερη ανάρρωση

προκαλείται με τρεις θεραπείες την εβδομάδα και όχι με μία. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία θεωρείται ασφαλής θεραπεία. Οι θάνατοι που έχουν σχέση με αυτή οφείλονται σε καρδιακές επιπλοκές. Με τη στενή παρακολούθηση, την ιατρική εξέταση και τις παρεμβάσεις, τα επεισόδια αυτά αντιμετωπίζονται. Το φαινόμενο που παρατηρείται μετά από μια συνεδρία είναι η σύγχυση και οι ηλικιωμένοι είναι επιρρεπείς στις πτώσεις. Η χορήγηση ηλεκτροσπασμοθεραπείας σε ανοιακούς ασθενείς μια ή το πολύ δύο φορές την εβδομάδα μειώνει τις επιπλοκές που εμφανίζονται. Ενδείξεις για το ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία επιταχύνει την πορεία της άνοιας δεν υπάρχουν. Η θεραπεία αντενδείκνυται σε ασθενείς με πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου επειδή υπάρχει κίνδυνος να αυξηθούν οι αρρυθμίες. Σε ασθενείς με ενδοκρανιακούς όγκους δεν πρέπει να χορηγείται η θεραπεία επειδή σε παραλήρημα ή ακόμη και σε θάνατο.

### **10.2.3 Ψυχοθεραπεία**

Η διαπροσωπική, η γνωσιακή – συμπεριφορική και η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μαζί με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχει θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης. Η διαπροσωπική θεραπεία απευθύνεται σε τέσσερις παράγοντες οι οποίοι αποτελούν μέρος του διαπροσωπικού περιβάλλοντος των ασθενών. Τη θλίψη, τη μεταβατικότητα των ρόλων, την αμφισβήτηση των ρόλων και τα ελλείμματα διαπροσωπικών σχέσεων. Οι μηνιαίες συνεδρίες έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής στα νεότερα ενήλικα άτομα που ανάρρωσαν από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Οι γνωσιακές – συμπεριφορικές θεραπείες χρησιμοποιούν μια ποικιλία μεθόδων που έχουν ως σκοπό να μειώσουν τις παθολογικές ιδέες και



συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Οι ψυχοθεραπείες στη γηριατρική κατάθλιψη έχουν αποτελεσματικότητα και δεν παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες. Παρόλα αυτά δεν χρησιμοποιούνται αρκετά. Η οικογενειακή παρέμβαση βοηθάει στη θεραπεία των γηριατρικών συναισθηματικών διαταραχών. Οι ηλικιωμένοι περιμένουν από την οικογένειά τους στήριξη για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους. Όσοι φροντίζουν ηλικιωμένους ασθενείς και ειδικά ανοιακούς ασθενείς, ορισμένοι μπορεί να αναπτύξουν και οι ίδιοι κατάθλιψη, η οποία αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπευτικές ή οικογενειακές παρεμβάσεις.

#### **10.2.4 Η αντιμετώπιση της Αντίδρασης του Πένθους**

Η θεραπεία του ατόμου που πενθεί εξαρτάται από τα συμπτώματα που έχει. Πολλοί γιατροί πιστεύουν ότι η ψυχοθεραπεία και η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή πρέπει να χρησιμοποιείται όταν η κατάθλιψη διαρκεί πάνω από ένα έτος. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι κατάλληλη γιατί αναφέρεται σε θέματα που έχουν σχέση με απώλεια, αλλαγή ρόλων και κατάθλιψη. Σε άτομα με έντονη αντίδραση πένθους είναι χρήσιμες οι ομάδες υποστήριξης, η ομαδική θεραπεία, η συμβουλευτική θεραπεία και η ατομική δυναμική ψυχοθεραπεία.

## 10.2.5 Συνεχιζόμενη Εφαρμογή Θεραπείας και συντήρηση Αποτελέσματος

Όταν ο ασθενής επιτύχει την ανάρρωση, η θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί για 6 μήνες τουλάχιστον με την ίδια δοσολογία. Επειδή η κατάθλιψη είναι υποτροπιάζουσα ασθένεια αυτό θα πρέπει να τηρείται. Οι ασθενείς βρίσκονται σε κίνδυνο για νέο καταθλιπτικό επεισόδιο μετά από έξι μήνες χωρίς συμπτώματα. Όσοι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο υποτροπής η θεραπεία συνεχίζεται για ένα με δύο χρόνια. Πολλοί ασθενείς και οι οικογένειές τους δεν λαμβάνουν υπ' όψιν τους τη σοβαρότητα της λήψης φαρμακευτικής αγωγής και παραλείπουν δόσεις φαρμάκων. Οι παράλληλες σωματικές παθήσεις επηρεάζουν τη θεραπευτική αγωγή. Ο αλκοολισμός και οι τοξικές ουσίες υπονομεύουν τη φαρμακοθεραπεία<sup>56</sup>.

---

56. Γ.Σ. Αλεξόπουλος, 1999, σελ. 266.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η πρόληψη οποιασδήποτε κατάστασης είναι αποτελεσματικότερη από τη θεραπεία. Η πρόληψη της κατάθλιψης είναι πιο πολύπλοκη από την πρόληψη άλλων ανθρώπινων ασθενειών. Όταν λέμε πρόληψη εννοούμε την αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να στήσει. Οι καταθλιπτικοί πρέπει να ξέρουν πώς και που να βρίσκουν επιστημονική βοήθεια όταν τη χρειάζονται και να το κάνουν το γρηγορότερο δυνατό. Η κατάθλιψη θεωρείται πρόβλημα υγείας, άρα η πρόληψή της μπορεί να καταταχθεί σε τρεις βαθμούς: τρίτο, δεύτερο και πρώτο. Η τρίτου βαθμού πρόληψη απαιτεί τη λήψη μέτρων του ατόμου που γιατρεύτηκε από την κατάθλιψη για να μην ξαναπέσει σε αυτήν. Ο καταθλιπτικός αναβάλλει να αντιμετωπίσει μόνος του καταστάσεις που είναι δύσκολες ή δυσάρεστες. Ένα καταθλιπτικό άτομο για να αναρρώσει και να κρατηθεί μακριά από την κατάθλιψη, χρειάζεται συνεργασία και ειλικρίνεια από τα μέλη της οικογένειάς τους. Ορισμένες φορές η κατάθλιψη προέρχεται από κάποια σημαντική αλλαγή στη ζωή μας. Τότε η ανάρρωση και η αναπροσαρμογή απαιτούν καινούργιο προσανατολισμό και τρόπο ζωής. Η επαφή με άτομα που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα μπορεί να βοηθήσει το θεραπευόμενο να γνωρίσει τις ευκαιρίες που υπάρχουν και πώς να τις εκμεταλλευτεί με τον καλύτερο τρόπο. Η δευτεροβάθμια πρόληψη απαιτεί συνεχή επιμόρφωση των επιστημών που ασχολούνται με καταθλιπτικούς ασθενείς. Απαραίτητη είναι η αφύπνιση του κοινού για τη φύση της κατάθλιψης ώστε εκείνοι που χρειάζονται βοήθεια να

την βρίσκουν το συντομότερο. Το σοβαρότερο εμπόδιο στη δευτεροβάθμια πρόληψη είναι οι ανεπαρκείς γνώσεις ψυχιατρικής που προσφέρονται στη διάρκεια της ιατρικής εκπαίδευσης. Η συνεχής επιμόρφωση του ψυχιάτρου και των άλλων επιστημών που ασχολούνται με την κατάθλιψη είναι πολύ σημαντική. Ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί συχνά χρειάζονται επιπρόσθετη εκπαίδευση στις μεθόδους της σύντομης ψυχοθεραπείας και στη γνώση των κριτηρίων για χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και ηρεμιστικών. Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει δύο στόχους: να αυξήσει την επίγνωση του κοινού για καλύτερη αντιμετώπιση επεισοδίων οξείας κατάθλιψης και να διδάξει το άτομο πώς να αποφεύγει την παγίδευση στη χρόνια κατάθλιψη ή σε καταθλιπτογενές περιβάλλον. Η μάθηση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα του δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού κατά τη διάρκεια βρεφικής και παιδικής ηλικίας. Η καλά επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας αποτελεί σημαντικότερο μέτρο για την πρόληψη της κατάθλιψης. Η πρόληψη απαιτεί τρόπους με τους οποίους το άτομο θα μάθει να αντιμετωπίζει την ένταση της ζωής του. Αυτό μπορεί να διδαχθεί στο σπίτι, στη δουλειά, στο σχολείο. Τα προληπτικά προγράμματα έχουν συγκεντρώσει τις δραστηριότητές τους στα παιδιά μέχρι έξι ετών, με την πεποίθηση ότι η δομή του χαρακτήρα σχηματίζεται σε αυτό το διάστημα. Με τον κατάλληλο προγραμματισμό η ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίσει τις εντάσεις της ζωής, μπορεί να βελτιωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Το σπίτι είναι ένας χώρος που το άτομο μπορεί να κάνει πολλά για να αλλάξει το περιβάλλον του<sup>57</sup>.

---

57. F.F.Flach, 1998, σελ. 222-236.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12<sup>ο</sup>

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

#### Α. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

##### Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ)

Η μέθοδος αυτή απαιτεί ηλεκτρικό ερέθισμα και τονικοκλονικό σπασμό. Σήμερα το "ηλεκτροσόκ" αναφέρεται μόνο στην πρόκληση σπασμών σε πειραματόζωα για ερευνητικούς σκοπούς. Όταν επιλέγουμε την ΗΣΘ για τη θεραπεία της κατάθλιψης θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά η φύση και η βαρύτητα της κλινικής συμπτωματολογίας. Ως μέθοδος έχει σημαντική θεραπευτική αποτελεσματικότητα και κυρίως στην αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης που συνοδεύεται με παραληρητικές ιδέες, κακοήθη πορεία με εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, καχεξία, εξάντληση και αφυδάτωση. Ο χρόνος νοσηλείας είναι μικρότερος σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά. Αντενδείξεις για την εφαρμογή της ΗΣΘ δεν υπάρχουν αλλά υπάρχουν καταστάσεις υψηλού κινδύνου όπως<sup>58</sup>:

---

58. Γ.Ν. Παπαδημητρίου, 1999, σελ. 85-87.

1. Αυξημένη ενδοκράνια πίεση
2. Πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου
3. Πρόσφατη ενδοεγκεφαλική αιμοραγία
4. Αγγειακό ανεύρυσμα ή δυσπλασία
5. Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς
6. Φαιοχρωμοκύττωμα
7. Κίνδυνοι από την αναισθησία

Η ΗΘΣ χρησιμοποιείται σε νοσηλευόμενους αλλά και σε εξωτερικούς ασθενείς. Η γραπτή συγκατάθεση του ίδιου και των συγγενών του είναι απαραίτητη. Στην πράξη εφαρμόζεται η τροποποιημένη ΗΣΘ με τη χρήση αναισθησίας, μυοχάλασης και οξυγόνωσης που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του φόβου των ασθενών για τη θεραπεία και την έλλειψη καταγμάτων και σπασμών που συνέβαιναν στο παρελθόν. Τα ψυχοφάρμακα κόβονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η θεραπεία εφαρμόζεται σπάνια σε παιδιά και εφήβους ενώ η χρήση της θεωρείται ασφαλής σε ηλικιωμένους άνω των 90 ετών. Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης αρκούν 6-12 συνεδρίες. Κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της ΗΣΘ είναι:

1. Γνωσιακή δυσλειτουργία
2. Καρδιοαγγειακή δυσλειτουργία
3. Παρατεταμένη άπνοια
4. Παρατεταμένοι σπασμοί
5. Σωματικά ενοχλήματα



## 6. Εμφάνιση μανιακής συμπτωματολογίας

Συμπερασματικά, η ΗΣΘ αποτελεί μια σημαντική θεραπευτική μέθοδο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, χαρακτηρίζεται από υψηλή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια, γίνεται δε καλά ανεκτή από του ασθενείς. Η σύγχρονη εφαρμογή της έχει τροποποιήσει ριζικά τους μύθους και την προκατάληψη απέναντί της, όπως ότι ταυτίζεται με το ηλεκτροσόκ, είναι βαριά και επικίνδυνη θεραπεία που προκαλεί εγκεφαλική βλάβη και ότι δεν γνωρίζει κανείς τίποτα για τον τρόπο δράσης της.

### Στέρηση ύπνου

Στην κλινική πράξη εφαρμόζεται η ολική (total) στέρηση ύπνου διάρκειας 36 — 40 ωρών, η μερική (partial) υπνική στέρηση του πρώτου ή του δεύτερου μισού της νύχτας, καθώς και η στέρηση του REM ύπνου που δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί μακριά από οργανωμένο εργαστήριο ύπνου. Η στέρηση του δεύτερου μισού της νύχτας αρχίζει από τη στιγμή ( περί την 01.30 ώρα ) που οι ρυθμοί σφίξεων και θερμοκρασίας από το ελάχιστο επίπεδό τους αρχίζουν να αυξάνονται. Θεωρείται δε το ίδιο αποτελεσματική με την ολική στέρηση. Αντίθετα , η μερική στέρηση του πρώτου μισού της νύχτας φαίνεται να εμφανίζει μειωμένη αντικαταθλιπτική αποτελεσματικότητα. Εφαρμόζεται σε νοσηλευόμενους και σε εξωτερικούς ασθενείς, μόνη ή με ταυτόχρονη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης που έγινε στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. ο “τύπος” του καταθλιπτικού ασθενούς που έχει τις περισσότερες πιθανότητες να ανταποκριθεί τόσο στη θεραπευτική όσο και στην προφυλακτική υπνική στέρηση είναι συνήθως γυναίκα κάτω των 50 ετών. Με κληρονομική επιβάρυνση για συναισθηματική νόσο διαταραχή

της έμμηνης ρύσης και κυρίως με ταχεία εναλλαγή επεισοδίων ( rapid cycling ), δηλαδή με εκδήλωση τεσσάρων και περισσοτέρων επεισοδίων το χρόνο. Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία αυτή δεν παρατηρούνται, εκτός από σωματικά ενοχλήματα που αναφέρονται από τους ασθενείς. Η μέθοδος μπορεί να ενεργοποιήσει εκδήλωση μανιακής συμπτωματολογίας και σε ορισμένες περιπτώσεις αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Χωρίς τη χρήση ψυχοφαρμάκων η στέρηση ύπνου εμφανίζει σημαντική αντικαταθλιπτική αποτελεσματικότητα και γίνεται ανεκτή από την πλειονότητα των ασθενών. Η μέθοδος είναι ασφαλής λόγω της απουσίας σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα. Η επανάληψη των συνεδριών ενισχύει το αντικαταθλιπτικό της αποτέλεσμα.

### **Φωτοθεραπεία**

«Στην πράξη ο ασθενής εκτίθεται σε έντονο τεχνητό λαμπρό ( bright) φως εντάσεως τουλάχιστον 2500 Lux. Αντίθετα, έκθεση σε φως κανονικής έντασης ( <300 Lux ) φαίνεται να έχει μειωμένη η ανύπαρκτη θεραπευτική ιδιότητα. Έκθεση σε φως εντάσεως 10000 Lux αναφέρεται ότι αυξάνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα , αλλά τούτο δεν έχει τεκμηριωθεί. Η διάρκεια της έκθεσης ποικίλει από 1 - 3 ώρες. Το φως θα πρέπει να κατευθύνεται στους οφθαλμούς του ασθενούς ώστε να προκληθεί διέγερση του αμφιβληστροειδούς και στη συνέχεια του υπερχιασματικού πυρήνα στον υποθάλαμο. Όπως είναι γνωστό ο υπερχιασματικός πυρήνας θεωρείται ο μείζων ενδογενής βηματοδότη ενώ αντίθετα ο κύκλος φως-σκοτάδι ο μείζων ενδογενής χρονοδότης. Τελευταία όμως διαπιστώθηκε ότι δεν είναι απαραίτητη η κατευθείαν έκθεση στο φως. Η φωτοθεραπεία εφαρμόζεται κατά τις πρωινές ή τις απογευματινές ώρες. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των δύο χρονικών περιόδων. Βραχεία

έκθεση στο φως μιας ώρας το βράδυ δεν βελτίωσε την κλινική εικόνα, ενώ αντίθετα τρίωρη πρωινή και απογευματινή έκθεση παρουσίασε σαφή μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Φαίνεται ότι όχι η ώρα τη ημέρας αλλά η διάρκεια της φωτοθεραπείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Γενικά, οι μελέτες συγκλίνουν ότι η φωτοθεραπεία μπορεί να θεωρηθεί ως μέθοδος θεραπείας της κατάθλιψης με ταχεία εμφάνιση του αντικαταθλιπτικού αποτελέσματος, από την πρώτη μάλιστα εβδομάδα της εφαρμογής της, σε ορισμένους ασθενείς. Η απάντηση όμως στη θεραπεία δεν εμφανίζει μεγάλη διάρκεια παρά μόνον όσο εφαρμόζεται η μέθοδος με συνέπεια να συνιστάται η καθημερινή εφαρμογή της καθόλη τη διάρκεια του χειμώνα. Όπως και για τη στέρηση ύπνου, έτσι και για τη φωτοθεραπεία αναφέρθηκαν περιπτώσεις εκδήλωσης μανιακής και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Θα πρέπει να τονισθεί όμως ότι η μέθοδος γίνεται καλά ανεκτή από τους ασθενείς και δεν έχουν παρατηρηθεί σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες, που να απαιτήσουν τη διακοπή της, πέρα από την εμφάνιση κεφαλαλγίας σε έκθεση των ασθενών σε υψηλής έντασης τεχνητό φως, καταπόνησης των οφθαλμών και ευερεθιστότητας. Η φωτοθεραπεία και η στέρηση ύπνου, παρά τη βιβλιογραφικά τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητά τους, δεν έχουν ευρεία χρήση στην κλινική πρακτική ίσως λόγω “δυσκολιών” κατά την εφαρμογή τους ή από το γεγονός ότι η λήψη φαρμάκων θεωρείται η πλέον “απλή” θεραπευτική παρέμβαση<sup>59</sup>.

---

59. Γ. Ν. Παπαδημητρίου, 1999, σελ 90—91

## Φαρμακευτική Θεραπεία

Στόχος της φαρμακοθεραπείας; είναι η επαναφορά του καταθλιπτικού ασθενούς, η υποχώρηση των συμπτωμάτων του και η πλήρη ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση. Σύμφωνα με τη σύγχρονη επιστημονική άποψη, η κατάθλιψη είναι “βιολογική” νόσος και συνεπώς χρειάζεται κυρίως “βιολογική” αντιμετώπιση. Αυτό πρέπει να γίνει σαφώς κατανοητό, επειδή συχνά οι συγγενείς και φίλοι, αλλά ακόμη και οι γιατροί των καταθλιπτικών ασθενών, αγνοώντας τη φύση της νόσου προσπαθούν ανεπιτυχώς να την αντιμετωπίσουν με παραινέσεις προς τον άρρωστο “να κάνει κουράγιο”, “να σταθεί στα πόδια του” και “να το ρίξει έξω”. Μερικές φορές, οι ασθενείς επισύρει μομφές ότι είναι “αδιάφορος”, “τεμπέλη μη συνεργάσιμος”

Γενικά υπάρχουν δύο κύριες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων: οι αναστολείς επαναπρόσληψης των μονοαμινών ( αναστέλλουν κυρίως την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης από τον προσυναπτικό νευρώνα) και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (παρεμποδίζουν τον καταβολισμό των μονοαμινικών νευρομεταβιβαστών μέσω αναστολής του κυριότερου ενζύμου που τον καταλύει). Η αντικαταθλιπτική δράση όλων αυτών των φαρμάκων συνήθως εκδηλώνεται 2—3 εβδομάδες μετά την έναρξη της χορήγησής τους. Από την πρώτη δε εμφάνιση κάποιου βαθμού βελτίωσης μέχρι την πλήρη αποδρομή όλων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συνήθως παρεμβάλλεται διάστημα μερικών ακόμη εβδομάδων κατά το οποίο ο ασθενής βελτιώνεται σταδιακά. Εκτός από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, για την πρόληψη των υποτροπών της

κατάθλιψης χρησιμοποιούνται και τα θυμορρυθμιστικά ( σταθεροποιητικά του συναισθήματος ) φάρμακα. Ο ακριβής τρόπος δράσης τους δεν είναι γνωστός θεωρείται όμως πιθανόν ότι εμπλέκονται σε ενδοκυττάρειες διαδικασίες μεταφοράς του νευρικού σήματος στο μετασυναπτικό νευρώνα. Τα κυριότερα προβλήματα είναι τυχόν απόπειρα αυτοκτονίας και εμφάνιση υποτροπής παρά τη μακροχρόνια χρήση φαρμάκων. Ο ασθενής που παίρνει φαρμακευτική αγωγή και επανεμφανίζεται η νόσος πρέπει να αυξήσει τη δόση των φαρμάκων που παίρνει. Οι κανόνες της αντικαταθλιπτικής φαρμακοθεραπείας περιλαμβάνουν την χορήγηση επαρκούς δόσεως του σκευάσματος για επαρκές χρονικό διάστημα. Συμπερασματικά, η χρήση της φαρμακευτικής αντικαταθλιπτικής αγωγής κατέχει σήμερα σημαντικότερη θέση στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι γενικά αποτελεσματικά, ασφαλή, και με σχετικά λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες, το είδος και η συχνότητα των οποίων διαφοροποιείται μεταξύ των διαφόρων σκευασμάτων. Το κυριότερο πρόβλημα που σχετίζεται με τη χρήση όλων αυτών των σκευασμάτων είναι η καθυστερημένη εμφάνιση της αντικαταθλιπτικής τους δράσης (μερικές εβδομάδες μετά την έναρξη τη χορήγησή τους). Με την κατάλληλη όμως πληροφόρηση του ασθενούς και των οικείων του, και την παροχή διαβεβαιώσεων ότι η καθυστέρηση στην εμφάνιση της δράσης του φαρμάκου δεν αποτελεί ένδειξη θεραπευτικής αποτυχίας του, διασφαλίζεται συνήθως η συνεργασία του ασθενούς μέχρι να εμφανισθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα<sup>60</sup>.

---

60. Κ. Ρ. Σολδάτος, Δ. Γ. Δικαίος, 1999, σελ. 70-77



## **B. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Οι ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες εφαρμόζονται σε επείγουσα αντιμετώπιση της κατάθλιψης και στη μακρόχρονη θεραπεία συναισθηματικής διαταραχής. Οι ατομικές ψυχοθεραπείες είναι: η γνωσιακή, η συμπεριφορική, η γνωσιακή-συμπεριφορική, η βραχεία ψυχοδυναμική και η διαπροσωπική. Σε ομαδικό επίπεδο είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία και η θεραπεία συζύγων. Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης αποτελεσματικότερη είναι η γνωσιακή ψυχοθεραπεία κυρίως σε ασθενείς με ελαφριά ή μέτρια κατάθλιψη. Οι ατομικές ψυχοθεραπείες έχουν περιορισμένο χρόνο. Στόχος τους είναι η επίλυση του συμπτώματος ή του προβλήματος και όχι η αλλαγή της προσωπικότητας. Οι θεραπείες ζεύγους και οικογενειών έχουν ως στόχο τη σταθεροποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος και την αύξηση της συνεργασιμότητας των ασθενών και των οικογενειών τους για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της συναισθηματικής διαταραχής. Το ποσοστό αποτελεσματικότητας των ψυχοθεραπειών είναι 50-55%. Ο αριθμός των συνεδρίων κυμαίνεται από 1-3 συνεδρίες το μήνα, ανάλογα με την ανάγκη που έχει ο ασθενής για θεραπεία.

Η θεραπεία τη κατάθλιψης είναι δύσκολη γι' αυτό και ο θεραπευτής θα πρέπει να προσέξει προτού αναλάβει κάποιον ασθενή. Αν θα γίνει ή όχι ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στην κατάθλιψη από την αρχή μέχρι το τέλος επεισοδίου εξαρτάται από τον θεραπευτή. Ο θεραπευτής βρίσκεται a priori σε μια κατάσταση διαθεσιμότητας, που εκφράζεται με εμπαθητική στάση (empathy) πριν απ' την έκκληση της κατάθλιψης για βοήθεια. Ο όρος



“empathy” ψυχαναλυτικά σημαίνει η εσωτερική εμπειρία να αντιλαμβάνεται κανείς την ψυχολογική κατάσταση του άλλου προσώπου. Στα ελληνικά ο όρος αυτός εκφράζεται και ως “ενσυναίσθηση”. Στην αντιμετώπιση του καταθλιπτικού αρρώστου με αυτοκτονικές τάσεις, θεραπευτικός παράγοντας είναι η εμπαθητική στάση του θεραπευτή. Ο ασθενής πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο θεραπευτής υπολογίζει σοβαρά στον αυτοκτονικό κίνδυνο αλλά δεν πανικοβάλλεται απ’ αυτόν. Επίσης ότι “συμμερίζεται” την απελπισία του και να προσπαθεί να καταλάβει τους λόγους της. “Ένα οργανωμένο θεραπευτικό πλαίσιο χρειάζεται δεκτικότητα, διαθεσιμότητα και αποφυγή των υποδείξεων και της κριτικής<sup>61</sup>.”

## **Γ. ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

«Η συνεχιζόμενη θεραπεία βασίζεται στην υπόθεση ότι τα επεισόδια της κατάθλιψης δεν τερματίζονται με την υποχώρηση των συμπτωμάτων και ότι για μια περίοδο μηνών μετά τη διακοπή της θεραπείας η υποτροπή της νόσου είναι δυνατή. Με τη μείζονα κατάθλιψη, η συνήθης πρακτική είναι να συνεχίζεται η φαρμακοθεραπεία για μια περίοδο 4-12 μηνών μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων και στη συνέχεια η δόση να μειώνεται προοδευτικά με προσεκτική παρακολούθηση για ενδεχόμενη υποτροπή.

---

61. Μ. Μακρίδης, Γρ. Βασιλαματζής, 1996, σελ. 143-146.

Ο κίνδυνος υποτροπής μειώνεται σημαντικά μετά μια περίοδο τουλάχιστον 16-20 εβδομάδων, κατά την οποία ο ασθενής παραμένει ελεύθερος συμπτωμάτων, ενώ η αρχική περίοδος των 8 εβδομάδων είναι περισσότερο επικίνδυνη για υποτροπή. Η χρονιότητα της νόσου με πολλά επεισόδια στο παρελθόν, η μη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία, συνυπάρχουσα σωματική νόσος, διαταραχές προσωπικότητας και συνεχιζόμενο ψυχοκοινωνικό stress αποτελούν παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν την πλήρη θεραπευτική δόση που χρησιμοποιήθηκε για την υποχώρηση του επεισοδίου, με την προϋπόθεση ότι η δόση αυτή δεν προκαλεί σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη συνεργασιμότητά του»<sup>62</sup>.

## **Δ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ**

«Η κατάθλιψη είναι μια περιοδική νόσος. Έχει υπολογιστεί ότι από τους ασθενείς που εμφανίζουν ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, 50-85% θα εμφανίσουν τουλάχιστον ένα ακόμα επεισόδιο στη διάρκεια τη ζωής τους, συνήθως στα πρώτα 2-3 χρόνια. Στους ασθενείς που παρουσιάζουν νέα επεισόδια θα πρέπει να εφαρμόζεται θεραπεία συντήρησης. Υπάρχει επαρκής απόδειξη της αποτελεσματικότητας των αντικαταθλιπτικών και των θυμοσταθεροποιητικών ουσιών στη θεραπεία συντήρησης των συναισθηματικών διαταραχών.

---

62. Β.Αλεβίζος, 1996, σελ.136.

Όταν η πλήρης θεραπευτική δόση χορηγήθηκε σε ασθενείς με μονοπολική κατάθλιψη, μια σημαντική ευεργετική επίδραση της θεραπείας ήταν ακόμη εμφανής στο τέλος της πενταετούς διάρκειας παρατήρησης. Η πρακτική της θεραπείας συντήρησης είναι να χορηγείται η πλήρης θεραπευτική δόση, η οποία επέφερε το αρχικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και η θεραπεία να συνεχίζεται για διάστημα ετών, ανάλογα με την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου (παρουσία δυσθυμικών συμπτωμάτων μετά την υποχώρηση του επεισοδίου, συνυπάρχουσα σωματική ή ψυχική νόσος και ιστορικό πολλών επεισοδίων). Για πολλούς ασθενείς η θεραπεία συντήρησης θα πρέπει να συνεχίζεται έπ' αόριστον. Ως προϋπόθεση εφαρμογής συντηρητικής θεραπείας η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ( WHO consensus statement) θεωρεί τα 3 επεισόδια, ιδίως εάν τα 2 τελευταία έχουν εκδηλωθεί στη διάρκεια των 5 τελευταίων ετών. Στη διπολική διαταραχή η θεραπεία συντήρησης θα πρέπει να εφαρμόζεται μετά 2 επεισόδια. Η διακοπή θα πρέπει να γίνεται βαθμιαία για αποφυγή παλίνδρομων χολινεργικών συμπτωμάτων και νέων επεισοδίων της νόσου. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η απότομη διακοπή της θεραπείας συντήρησης με λίθιο οδηγεί πολλούς μανιοκαταθλιπτικούς ασθενείς σε φαινόμενο αναπήδησης (rebound)<sup>63</sup>.

---

63. Β. Αλεβίζος, 1996, σελ. 136-137.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13<sup>ο</sup>

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ένας ειδικός επαγγελματίας με στόχο να ευνοεί μια καλύτερη αμοιβαία προσαρμογή των ατόμων, των οικογενειών, των ομάδων και του κοινωνικού περιγύρου, μέσα στο οποίο ζουν και να αναπτύξει το αίσθημα της αξιοπρέπειας και της ευθύνης των ατόμων, κάνοντας έκκληση στις ικανότητες των προσώπων, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στους πόρους της κοινότητας.

Όταν ο ασθενής έρθει στον κοινωνικό λειτουργό για βοήθεια, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να ακολουθήσει την παρακάτω μέθοδο. Πρώτα απ' όλα να δημιουργήσει μια σχέση με τον πελάτη ώστε να μειωθεί το άγχος του και να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης. Στη συνέχεια να του δοθεί βοήθεια να εκφράσει το πρόβλημά του και τέλος να καταφέρουν μαζί να εξασφαλίσουν λύση για το πρόβλημα.

Έπειτα από ορισμένες συναντήσεις ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να διατυπώσει μια κλινική διάγνωση. Αυτό είναι αρκετά δύσκολο γιατί απαιτεί γνώσεις που τις αποκτά κυρίως από την επαναλαμβανόμενη εμπειρία της παρατήρησης και της εργασίας με ανθρώπους που παρουσιάζουν το ίδιο πρόβλημα.

Η αποστολή του κοινωνικού λειτουργού είναι να συμβάλει στη θεραπεία του αρρώστου. Με τις ειδικές γνώσεις που διαθέτει μπορεί να κατανοήσει τις συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της κατάστασης του ασθενούς. Μπορεί επίσης να βοηθήσει τον ασθενή σε θέματα ασφαλιστικής κάλυψης, επιδομάτων και άλλων παροχών που προβλέπονται για τη νόσο αυτή. Σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη που τους είναι δύσκολο να ξαναπάρουν τη θέση τους στο χώρο τους όπως πριν, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να τους παραπέμψει σε κάποιον ειδικό γιατρό. Στη συνέχεια η δουλειά του είναι να βοηθήσει στην αποκατάσταση του ασθενή καθώς επίσης και το περιβάλλον του να δεχθεί την κατάσταση αυτή.

Στον ασθενή που υποφέρει από κατάθλιψη όλες οι δραστηριότητες της ημέρας μπορεί να φαίνονται δύσκολες. Άρα το πιο σημαντικό βήμα είναι να πείσουμε τον ασθενή να ολοκληρώσει κάποιες δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αυτό μπορεί να γίνει σταδιακά αρχίζοντας ο ασθενής με κάποιες ευχάριστες δραστηριότητες. Ορισμένα άτομα νοιώθουν πλήξη, κοινωνική και συναισθηματική απομόνωση, μοναξιά και έλλειψη κινήτρων. Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει το άτομο να σκεφθεί πράγματα που θα ήθελε να κάνει και στη συνέχεια να πραγματοποιήσει ορισμένα από αυτά. Στην κατάθλιψη τα άτομα τείνουν να σκέπτονται συνεχώς αρνητικά. Στην περίπτωση αυτή ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να κάνει το άτομο να σκεφθεί θετικά. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προτείνει στον καταθλιπτικό ασθενή τη σωματική άσκηση και τη χαλάρωση.

Η θεραπεία οικογένειας, η συζήτηση και ανάλυση δηλαδή της κατάστασης με τα άλλα μέλη της οικογένειας, βοηθά στο να γίνει αντιληπτό πως τα μέλη της οικογένειας αλληλοεπηρεάζονται, έτσι ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής και η οικογένειά του να επιλύσει διάφορες δυσκολίες και προβλήματα

και να ζήσει μια πιο φυσιολογική ζωή. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να προετοιμάσει την οικογένεια για τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσει με τη συμβίωση του ασθενή. Πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός και προστατευτικός σε ασθενείς που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Η οικογένεια παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη γρήγορη θεραπεία του.

Εκτός από την εργασία με άτομα, ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με ομάδες. Στόχος του είναι να δημιουργήσει ομάδες που αντιμετωπίζουν την ίδια ασθένεια ή το ίδιο πρόβλημα. Στην περίπτωση αυτή δημιουργεί ομάδες με καταθλιπτικούς ασθενείς με σκοπό να εκφράσουν τους φόβους και τα συναισθήματα που νοιώθουν. Τέτοιες ομάδες μπορεί να δημιουργήσει και με τις οικογένειες των καταθλιπτικών ασθενών.

Πρέπει να επιστήσουμε την προσοχή στην πρόληψη και στη θεραπεία της κατάθλιψης. Μια καλύτερη γνώση των αναγκών και των μέσων που διαθέτουμε επιτρέπει να αποφευχθούν προβλήματα δισεπίλυτα.

Ένας πολύ σημαντικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του καταθλιπτικού ασθενή. Η αποκατάσταση είναι μια διαδικασία, που μέσα από την εφαρμογή επαγγελματικών μέτρων έχει ως στόχο να βοηθήσει το άτομο να φθάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία. Ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να διεκδικήσει για τον ασθενή μια φυσιολογική θέση στην κοινότητα μέσα στα όρια των δυνατοτήτων του ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή στο σπίτι. Η αποκατάσταση πρέπει να αρχίζει με την έναρξη και τη διάγνωση τη νόσου και να συνεχίζεται μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής. Οι τεχνικές της αποκατάστασης εφαρμόζονται σε όλες τις ηλικίες από τη βρεφική μέχρι και τη



γεροντική. Πρωταρχικός στόχος της αποκατάστασης είναι η βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου. Η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στην αποκαταστασιακή διαδικασία βοηθάει πολύ. Για την αποκαταστασιακή παρέμβαση η μακρόχρονη φαρμακοθεραπεία είναι απαραίτητη. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι: α) Να αποκαταστήσει τη λειτουργικότητα του καταθλιπτικού μέσα από τις θεραπευτικές δραστηριότητες σε συνεργασία με την οικογένεια και την ίδια την κοινότητα. β) Να αποτελέσει το σύνδεσμο μεταξύ ασθενή και ομάδας ψυχικής υγείας ως προς τις διαγνωστικές κλινικές και θεραπευτικές πληροφορίες. γ) Να εργαστεί αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλα μέλη στην αξιολόγηση και την έρευνα θεραπευτικών δραστηριοτήτων και των προγραμμάτων ψυχοκοινωνική αποκατάστασης. Βασικές αρχές που πρέπει να ακολουθεί ο κοινωνικός λειτουργός στην αποκατάσταση του καταθλιπτικού ασθενή είναι οι εξής: Αμοιβαία συνεργασία με αρμόδιες υπηρεσίες, η αισιοδοξία, ο σχεδιασμός εναλλακτικών λύσεων, ο σχεδιασμός ρεαλιστικών στόχων, η διακριτικότητα, η συνεχής ενίσχυση κάθε προσπάθειας του πελάτη, η ενημέρωση, η υποστήριξη της οικογένειας, ευαισθητοποίηση των φορέων κοινότητας και άλλων φορέων, η διερεύνηση εργασιακών ευκαιριών στην ελεύθερη αγορά και προσαρμογή των προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης.

Είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή να ξέρει, πως η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που είναι θεραπεύσιμη και ότι η διάθεση για συνεργασία από μέρους του, μπορεί να βοηθήσει στη συντομότερη αποκατάστασή του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14<sup>ο</sup>

### Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

#### Α)Γενικά

Ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών με αντικαταθλιπτική συμπτωματολογία αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Εν τούτοις, υπάρχουν αρκετά στοιχεία ενδείξεων ότι η πείρα των γενικών ιατρών είναι ανεπαρκής όσον αφορά στο δύσκολο στόχο της αναγνώρισεως και θεραπείας των καταθλιπτικών συνδρόμων. Η αναλογία των λανθασμένων διαγνώσεων σ' αυτόν τον πληθυσμό των καταθλιπτικών ασθενών είναι περίπου 30 – 50%. Ακόμη περισσότερο αυτοί οι οποίοι διαγνώσκονται συχνά λαμβάνουν θεραπεία χαρακτηριζόμενη από ανεπαρκείς δόσεις και διάρκεια. Σ' ένα αριθμό μελετών η εκπαίδευση, με εστίαση την αναγνώριση και θεραπεία των συναισθηματικών διαταραχών, βρέθηκε ότι ήταν αποτελεσματική οδηγώντας σε ένα υψηλότερο ποσοστό διαγνώσεως των αντικαταθλιπτικών, σε μείωση της συνταγογράφησης αντικαταθλιπτικών, σε μείωση της συνταγογράφησης των καταστατικών και μειζόνων ηρεμιστικών και σε μείωση του αριθμού των αυτοκτονιών και των ημερών αναρρωτικής απουσίας.

Με βάση μια μελέτη πληροφοριών για γραφή συνταγών και τη χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στη γενική ιατρική αποδείχθηκε ότι στη Δανία, στους περισσότερους από τους μισούς ασθενείς δίδονται αντικαταθλιπτικά για ενδείξεις άλλες, εκτός από την κατάθλιψη. Η 12μηνη διάρκεια της αντικαταθλιπτικής θεραπείας είναι 16%. Συγκρινόμενη με την επικράτηση της καταθλίψεως που υπολογίζεται μεταξύ 2% και 10%, τίθεται η υπόθεση υποθεραπείας κατάθλιψης και πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς δεν διαγνώσκονται στη γενική ιατρική. Σημαντικώς χαμηλότερες δόσεις αντικαταθλιπτικών χρησιμοποιούνται στη γενική ιατρική απ' ό,τι στους νοσηλευόμενους ασθενείς, των οποίων η θεραπεία προσαρμόζεται με τον έλεγχο των φαρμάκων.

Μερικοί ασθενείς λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή για πολύ βραχεία διαστήματα, ενώ άλλοι λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή χρόνια χωρίς επανεκτίμηση των ενδείξεων. Η χρήση των νέων αντικαταθλιπτικών (SSRI και μοκλοβεμίδης) έχει αυξηθεί σημαντικώς, μετά την εισαγωγή τους στα τέλη της δεκαετίας του 80. Οι ενδείξεις για αντικαταθλιπτική θεραπεία μπορεί να έχουν αυξηθεί στη γενική ιατρική, γεγονός που κατέστη φανερό στις ΗΠΑ. Συμπερασματικώς, τα αντικαταθλιπτικά είναι τα προχείρως υπερχρησιμοποιούμενα φάρμακα στη γενική ιατρική, καθώς χρησιμοποιούνται για ενδείξεις άλλες από την κατάθλιψη και για μεγάλες χρονικές περιόδους. Από την άλλη πλευρά, υποχρησιμοποιούνται καθώς πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς δεν λαμβάνουν καθόλου θεραπευτική αγωγή, άλλοι λαμβάνουν για πολύ λίγο χρονικό διάστημα και χρησιμοποιούνται πολύ χαμηλές δόσεις.

Οι περισσότεροι ασθενείς με κατάθλιψη αντιμετωπίζονται σε χώρους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στη διάγνωση και θεραπεία της νόσου λόγω έλλειψης γνώσεων

των ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την αναγνώριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, την φαρμακολογική και την ψυχολογική αντιμετώπιση των ατόμων αυτών.

Περίπου ένα ποσοστό 10% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη ώστε να χρειάζεται βοήθεια από επαγγελματίες της υγείας. Στο σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία το 1/5 έως 1/3 των ατόμων πάσχει από κάποιο βαθμό κατάθλιψης. Επομένως, η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στο γενικό νοσοκομείο παρά στο γενικό πληθυσμό. Ένας ασθενής που πάσχει από κάποια νόσο (σωματική) και εκδηλώνει και καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να δυσκολέψει τη διάγνωση επειδή ο γιατρός πρέπει να ξεχωρίσει τις σωματικές από τις ψυχικές διαταραχές.

Το πιο σημαντικό στοιχείο στη θεραπεία της κατάθλιψης στο γενικό νοσοκομείο είναι η σωστή εκτίμηση και διάγνωση πριν οποιαδήποτε παρέμβαση. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ψάξει πέρα από την εικόνα της κατάθλιψης για να βρει την υποκείμενη σοβαρότητα και αιτία. Μετά πρέπει να διαγνώσει το είδος της κατάθλιψης. Ένας, όντως καταθλιπτικός, ασθενής θα παραπεμφθεί, σύμφωνα με το σύστημα λειτουργίας στις ΗΠΑ, σε ειδικευμένη νοσηλεύτρια ή σε ψυχίατρο.

## **B) Κοινά λάθη στο γενικό νοσοκομείο σχετικά με την κατάθλιψη**

Πολλοί νοσηλευτές πιστεύουν ότι η κατάθλιψη είναι μια φυσιολογική αντίδραση λόγω της εκδήλωσης μιας νόσου. Οι επιστήμονες Derogatis και Wise απέδειξαν μέσω της έρευνάς τους ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει πως "ο ασθενής δικαιούται να νιώθει κατάθλιψη" ιδίως όταν πάσχει από χρόνια ή ανίατη νόσο και ότι σε τέτοιες περιπτώσεις αντενδείκνυται η άμεση και ολοκληρωμένη φροντίδα για την θεραπεία της κατάθλιψης. Αυτό όμως που υποφέρει είναι η ηθική κατάσταση του ασθενή για την αποκατάσταση της οποίας απαιτείται συμβουλευτική ψυχοθεραπεία.

Μια άλλη λανθασμένη αντίληψη είναι ότι η κατάθλιψη είναι μια φυσιολογική αντίδραση της γήρανσης και καθώς η πλειοψηφία των ασθενών είναι άνω των 65, αυτή η αντίληψη μπαίνει εμπόδιο στη σωστή θεραπεία και αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών. Η συγκριτική έρευνα των Black, Winokur και Nastrallan (1987) απέδειξε ότι οι ασθενείς που έπασχαν από κάποια σωματική νόσο και κατάθλιψη δεχόντουσαν ανεπαρκή φροντίδα σε σχέση με καταθλιπτικούς ασθενείς οι οποίοι δεν έπασχαν από άλλη νόσο.

Εάν το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται με αυτές τις αντιλήψεις η κατάθλιψη δεν αντιμετωπίζεται και η εξέλιξη μπορεί να είναι μοιραία για τον ασθενή.

Καταθλιπτικά συμπτώματα όπως η απώλεια της όρεξης, διαταραχές και κακή ποιότητα ύπνου, λήθαργος, απώλεια, ενδιαφέροντος για άλλες ασχολίες μπορεί να είναι ενδεικτικά άλλης σοβαρής ασθένειας όπως του καρκίνου. Επίσης πρέπει να γίνεται πλήρης έλεγχος, στην διαγνωστική εκτίμηση και

αρκετές εξετάσεις : SMA 12, πλήρης αιματολογικός έλεγχος, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, επίπεδα βιταμίνης B12 ορμόνες του θυρεοειδούς, VDRL, αξονική τομογραφία εγκεφάλου, ακτινογραφία θώρακος κ.λ.π.

Σε πολλές περιπτώσεις ο ασθενής δεν πάσχει από κατάθλιψη αλλά άνοια, παραλήρημα ή άλλο οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο. Στα νέα άτομα η δυσφορική συμπεριφορά και ο εκνευρισμός μπορεί να χαρακτηρισθούν ως προβλήματα συμπεριφοράς και κακής ανατροφής.

Τα 3 κύρια συμπτώματα που μπορούν να θέσουν τη διάγνωση μεταξύ κατάθλιψης και οργανικών εγκεφαλικών συνδρόμων είναι:

1. Προσανατολισμός: στην κατάθλιψη είναι κατά φύση και προς όλες τις διαστάσεις ενώ στο παραλήρημα και την άνοια μπορεί να παρουσιάζει διαταραχές.

2. Επίπεδο συνείδησης: στην κατάθλιψη και την άνοια είναι κατά φύση και ο ασθενής σε εγρήγορση ενώ στο παραλήρημα ποικίλει.

3. i. Η σκέψη: στην κατάθλιψη παρουσιάζεται με λανθασμένες ιδέες και διαταραχή της ροής των σκέψεων, ιδεοφυγή. Στο παραλήρημα παρουσιάζεται ως ονειροπόλος και στην άνοια παρουσιάζεται διαταραγμένη.

ii. Η αντίληψη: στην κατάθλιψη παρουσιάζεται κατά φύση, στο παραλήρημα ο ασθενής έχει λανθασμένες αντιλήψεις, ενώ απουσιάζουν από την άνοια οι λανθασμένες αντιλήψεις

Στον πίνακα που ακολουθεί γίνεται σύγκριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης μεταξύ του γενικού πληθυσμού και του νοσηλευόμενου πληθυσμού



Στον πίνακα που ακολουθεί γίνεται σύγκριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης μεταξύ του γενικού πληθυσμού και του νοσηλευόμενου πληθυσμού

<i>Συμπτωματολογία της κατάθλιψης</i>	
<b>ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ</b>	<b>ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ</b>
<p><b>A. Χαμηλών τόνων διάθεση για περισσότερο από 2 – 4 εβδομάδες.</b></p> <p><b>B. Πέντε από τα ακόλουθα:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Διαταραχές της όρεξης</li> <li>● Διαταραχές του ύπνου</li> <li>● Απώλεια ενέργειας</li> <li>● Εκνευρισμός / καθυστέρηση</li> <li>● Αναξιότητα , ενοχές</li> <li>● Δυσκολία σκέψης και συγκέντρωσης</li> <li>● Απώλεια ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες</li> <li>● Αυτοκτονικός ιδεασμός, σκέψεις θανάτου</li> </ul>	<p><b>A. Χαμηλών τόνων διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες, απώλειες ενδιαφέροντος για άλλα άτομα.</b></p> <p><b>B. Τέσσερα από τα ακόλουθα :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Αναξιότητα, ενοχές, αίσθημα τιμωρίας</li> <li>● Δυσκολία στη σκέψη, λήψη αποφάσεων και συγκέντρωση</li> <li>● Απώλεια πρωτοβουλίας, απάθεια</li> <li>● Αυτοκτονικός ιδεασμός</li> <li>● Απότομες εκρήξεις κλάματος</li> <li>● Εκνευρισμός</li> <li>● Φόβος για "χάσιμο της λογικής"</li> <li>● Αίσθημα αποτυχίας</li> <li>● Ανικανοποίηση</li> </ul> <p><b>Γ. Κοινωνικές διαταραχές</b></p> <p><b>Δ. Ανορεξία, διαταραχές ύπνου, κόπωση, κινητική καθυστέρηση (τα οποία δεν οφείλονται σε κάποια νόσο).</b></p>

**Πηγή Denque- Monroe , 1978**

**Ιατρικές ασθένειες με συμπτώματα κατάθλιψης**

<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</b>	<b>ΝΟΣΟΣ Ή ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>
<b>Ενδοκρινοπάθειες</b>	Υποθυρεοειδισμός Υπερθυρεοειδισμός Υπερπαραθυροειδισμός Νόσος του Cushing Νεφρική ανεπάρκεια
<b>Κακοήθεις όγκοι</b>	Κοιλιακά καρκινώματα ιδίως της ουράς του παγκρέατος Όγκοι εγκεφάλου (κροταφικό λοβό)
<b>Νευρολογικά</b>	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΡ ημισφαίριο) Νόσος του Parkinson Υδροκέφαλος με φυσιολογική πίεση Σκλήρυνση κατά πλάκας
<b>Ηλεκτολυτικές διαταραχές</b>	Μείωση του ορού του νατρίου και καλίου, βιταμίνη Β12, σίδηρος, φολικό οξύ, δηλητηρίαση με μεταλλικές ουσίες (π.χ. θάλλιο)
<b>Ιογενείς λοιμώξεις</b>	Λοιμώδη ηπατίτιδα

*Πηγή Denque- Monroe , 1978*

Στην έρευνα του Robinson et al ανακάλυψαν ότι 50% από τα άτομα με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) εκδήλωσαν συμπτώματα κατάθλιψης στην οξεία φάση του εγκεφαλικού επεισοδίου. Το 25% ήταν σύμφωνο με τα κριτήρια διάγνωσης μείζων καταθλιπτικής διαταραχής. Μετά από 6 μήνες το ποσοστό ανερχόταν στο 33%. Οι ασθενείς που είχαν υποστεί το εγκεφαλικό

επεισόδιο στο αριστερό ημισφαίριο ήταν περισσότερο καταθλιπτικοί από όσους είχαν υποστεί το εγκεφαλικό επεισόδιο στο δεξί ημισφαίριο.

Οι καρδιακές παθήσεις είναι μια άλλη κατηγορία που σχετίζεται έντονα με εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Υπολογίζεται ότι ένα 20% έως 50% του πληθυσμού που πάσχει από καρδιολογική νόσο εκδηλώνει καταθλιπτική συμπεριφορά κατά την οξεία φάση μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Πάνω από 70% των ασθενών που νόσησαν από οξύ έμφραγμα είναι καταθλιπτικό για διάστημα πάνω του 1 έτους. Σε καρδιολογικά χειρουργεία όπως για καρδιακή παράκαμψη (bypass) το ποσοστό είναι 6% έως 15%. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αιτία θανάτου για τον ασθενή γιατί τα άτομα που πάσχουν από αυτή τρώνε λιγότερο, αναρρώνουν μετά από μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και απαιτούν περισσότερη αναλγητική φαρμακευτική αγωγή από τους μη — καταθλιπτικούς.

Ο καρκίνος είναι η τρίτη νόσος που εμφανίζει μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης. Οι Whitlock και Siskind προτείνουν ότι υπάρχουν βιολογικοί δεσμοί μεταξύ κατάθλιψης και καρκίνου γιατί τα συμπτώματα της κατάθλιψης προμηνύουν μη - αναγνωρισμένα καρκινώματα. Το ποσοστό εδώ ποικίλλει από 6% έως 50%. Οι Buckberg et al ανακάλυψαν ότι 42% από 62 ογκολογικούς ασθενείς πάσχουν από κατάθλιψη (μείζων μονοπολική) ενώ οι Derogatis βρήκαν το 6% των 251 ασθενών σύμφωνο με τα κριτήρια μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου και το 12% ως πάσχων από προσαρμοστική διαταραχή με καταθλιπτική διάθεση. Σε μια πρόσφατη έρευνα των Grassi et al όπου εξετάστηκαν 196 ογκολογικοί ασθενείς 23,97% έπασχαν από κατάθλιψη. Επιπροσθέτως, οι ασθενείς που νοσηλεύονταν εκδήλωσαν μεγαλύτερο βαθμό ευερεθιστότητας και ο βαθμός της άρνησης ήταν μεγαλύτερος σε αυτούς που ήταν υπό χημειοθεραπευτική αγωγή.

Είναι σημαντικό να ευαισθητοποιηθεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάθλιψη στο γενικό νοσοκομείο και στους χώρους όπου παρέχεται φροντίδα στον άνθρωπο γιατί οι συνάνθρωποί μας που πάσχουν από κατάθλιψη δεν βρίσκονται μόνο στις ψυχιατρικές κλινικές ή τα ανάλογα ιδρύματα αλλά γύρω μας και κουβαλούν πολλά περισσότερα προβλήματα απ' ότι νομίζουμε<sup>64</sup>.

---

64. Paul Gilbert, «Ξεπερνώντας την κατάθλιψη», εκδόσεις:Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

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

Οι μη ψυχίατροι χρειάζεται να είναι πλήρως ενημερωμένοι για να αναγνωρίζουν αμέσως τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε ένα άτομο και να αποφευχθεί κάθε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Είναι ήδη γνωστό ότι οι περισσότεροι οικογενειακοί ιατροί συναντούν ιδιαίτερη δυσκολία στην αναγνώριση της καταθλιπτικής νόσου. Επίσης αδυνατούν να θεραπεύσουν τον

ασθενή και να χειριστούν την περίπτωση του. Οπότε χρειάζεται η παραπομπή του ασθενή σε ειδικές υπηρεσίες που είναι ικανές να τον βοηθήσουν.

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

Χρειάζεται να αναπτυχθούν οι ειδικές υπηρεσίες για τους ασθενείς αυτούς και να συνεργαστούν με τους φορείς της κοινότητας. Με τον τρόπο αυτόν θα γίνεται η εκπαίδευση της οικογένειας του ασθενούς, ούτως ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει έγκαιρα τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Έτσι όταν ο ασθενής υποτροπιάσει η οικογένειά του θα μπορέσει να του προσφέρει ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συστηματικότερη επίβλεψη και τήρηση της ψυχοπροφυλακτικής φαρμακοθεραπείας. Σημαντική είναι και η βελτίωση στις ασφαλιστικές καλύψεις, έτσι ώστε να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να αναζητούν την επιστημονική βοήθεια που χρειάζονται.



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Β.Αλεβίζος, 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
- Γ.Σ.Αλεξόπουλος, 25<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 1999.
- Μάικλ Άρτζυλ, «Ψυχολογία της συμπεριφοράς», εκδόσεις:Θυμάρη, Αθήνα 1981.
- Γ.Ρ.Βασιλαματζής, 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
- Ρ.Βλαχάκη, «Ψυχολογικό Σχήμα», Έτος 1<sup>ο</sup> Αριθ.5, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1982.
- Ε.Χ.Δημητρίου, 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1966.
- Δ.Γ.Δικαίος, 25<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.
- Β.Π.Κονταξάκης, 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
- Ε.Λύκουρας, 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
- Δ.Μαδιανός, 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.

- Μ.Μακρίδης, 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
- Ν.Μάνος, «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», εκδόσεις:University studio press, Θεσσαλονίκη 1922.
- Σ.Χ.Ντώνιας, 250 Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.
- Γ.Ν.Παπαδημητρίου, 25<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.
- Α.Δ.Ραμπαβίλας, 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
- Π .Ν.Σακκάς, «Στοιχεία Συμβουλευτικής- Διασυνδετικής Ψυχιατρικής: Η Ψυχιατρική του Γενικού Νοσοκομείου», εκδόσεις: Ε.Π.Ε., Αθήνα 1997.
- Κ.Ρ.Σολδάτος, 250 Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο «Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.
- Ι.Σ.Τσιάντης, 250 Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.
- Β.Σ.Χαντζαρά, 250 Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, « Άγχος και Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.
- Χαρτοκόλλης Π. “ Εισαγωγή στην Ψυχιατρική”, Δεύτερη Έκδοση, Εκδόσεις θεμέλιο, Αθήνα 1991, 29-32, 107, 118, 207-223.

- Γ.Ν.Χριστοδούλου, 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.
- Χ.Α.Χριστοφίδης, «Ψυχικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους» Λευκωσία 1981.
- Frederic F, Flash, «Κατάθλιψη», εκδόσεις:δίοδος, Αθήνα 1998
- Paul Gilbert, «Ξεπερνώντας την κατάθλιψη», εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999.
- Γιαννοπούλου Α. “Ψυχιατρική Νοσηλευτική”, Έκδοσις “Η ΤΑΒΙΘΑ”, Αθήνα 1996, 28-30.
- Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, “Η κατάθλιψη - τι πρέπει να γνωρίζετε για αυτή”, ενημερωτικό φυλλάδιο, χορηγία της Smith Cline Beecham Pharmaceuticals, Αθήνα 1999.
- MacKinnon D.F., Jamison K.R., Depaulo J.R., “Γενετική της Μανιοκαταθλιπτικής Νόσου”, Αναζητήσεις: Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 5, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη 1997, 53.
- Panagiotides H, Dawson G, Frey K et al, “Τα βρέφη καταθλιπτικών μητέρων παρουσιάζουν άτυπο μετωπιαία εγκεφαλική δραστηριότητα: Επαναπαραγωγή και επέκταση παλαιότερων ευρημάτων”, Αναζητήσεις: Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 4, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη 1997, 42.

- Trudel G., Landry L., Larose Y., “Χαμηλή σεξουαλική επιθυμία ο ρόλος του άγχους, της καταθλίψεως και της προσαρμογής στο γάμο, Αναζητήσεις: Νευρολογία — Ψυχιατρική, Τεύχος 1, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη, 1999, 42.
- Park HS., Murgatroyd W., Raynock DC. et al, “Η σχέση μεταξύ “ενδογενούς” και “εξωγενούς” θρησκευτικού προσανατολισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε Αμερικάνους Κορεατικής Καταγωγής”, Αναζητήσεις: Νευρολογία — Ψυχιατρική, Τεύχος 1, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη, 1999, 57.
- Daco P. “Οι καταπληκτικές νίκες της σύγχρονης ψυχολογίας”, Μετάφραση - Επιμέλεια Βασδέκη Β.Α., Εκδόσεις Δίπτυχο, Αθήνα 1969, 7-74, 384-389.
- Singer MI, Slovak K, P et al, “Προτιμήσεις παρακολουθήσεως τηλεοπτικών προγραμμάτων, συμπτώματα ψυχολογικού τραύματος και βίαιη συμπεριφορά μεταξύ παιδιών τα οποία παρακολουθούν τηλεόραση, Αναζητήσεις: “Νευρολογία - Ψυχιατρική, Τεύχος 3, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη 1999, 49-50.
- Gillin JC, “Είναι οι διαταραχές ύπνου παράγοντες κινδύνου για αγχώδεις καταθλιπτικές και εθιστικές διαταραχές;”, Αναζητήσεις: Νευρολογία — Ψυχιατρική, Τεύχος 2, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη 1999, 55.
- Van Praag HM, “Άγχος και αυξημένη επιθετικότητα ως βηματοδότες της καταθλίψεως”, Αναζητήσεις: Νευρολογία — Ψυχιατρική, Τεύχος 2, Εκδόσεις Μαϊάνδρος, Θεσσαλονίκη 1999, 57.

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Beeber I, “Treating depression through the therapeutic Nurse-Client relationship”, *Nursing Clinics of North America*, Vol 33, No 1, March 1999, W.B. Saunders 1999, 153 — 170.
- Ingram R.E. “Encyclopedia of Human Behaviour – Depression” Vol. 2, Published by Academic Press Inc., California 1994, 113 -122.
- Beeber L.S., “enacting corrective interpersonal experiences with the depressed client : “An intervention model”, *Archive of Psychiatric Nursing*, Vol. 3 \, W.B. Saunders Comp., Philadelphia 1989, 211-217.
- Alloy L.B. Acocella J., Bootzin R.R., “Abnormal Psychology Current Perspectives”, 7<sup>th</sup> Edition, Published by Mc Graww Hill Inc, New York 1996, 4-15, 232-261.
- Abraham I.L., Neese J.B., Westrman PS, “Depression – Nursing Implications of a Clinical and Social Problem”, *Nursing Clinics of North America*, Vol 26, No 3, Sept. 1991, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1991, 527-544.
- Coperland J.R.M., Beekman A.T.F., Dewey M.E. et al, “Depression in Europe”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 174, Published by the Royal College of Psychiatrists, London, 1999, 312-321.
- Huprich S.K. “Depressive Personality Disorder : Theoretical Issues, Clinical Findings and Future Research Questions” *Clinical Psychology*

Review, Vo1 18, No 5, Published Elsevier Science Ltd, USA 1998, 477-500.

- Oltamanns TF, Emery RE, “Abnormal Psychology”, Prentice – Hall Inc., New Jersey, 1995, 152-191.
- Hauenstein EJ, “Yung Women and Depression” Nursing Clinics of North America, Vo1.26, No 3, Sept. 1991, W.B. Saunders Comp., Philadelphia 1991, 60 1-609.
- Borill J, “Detecting and preventing postnatal depression”, Community Nurse, Vo1. 4, No 3, Emap Healthcare Ltd, London 1998, 19-20.
- Papalia DE, Olds SW, “Human Development”, 6<sup>th</sup> edition, Mc Graw-Hill Inc, New York 1995, 170,332,541, 592-593.
- Ferro T, Verdeli H, “Screening for depression in Mothers Brithing their offspring for evaluation or treatment of Depression”, Am J Psychiatry, Vo1. 157, No 3, American Psychiatric Association, Washington DC 2000, 357-359.
- Mundt C., Kronmuller K, Backenstrass M et al, “The Influence of Psychopathology, Personality and Marital Interaction on the Short – Term course of Major Depression”, Psychopathology, Vo1. 31, Karger AG, Basel Switzerland, 1998, 29-36.
- Marsella AJ, Sartorius N, Jablenky A, “Culture and Depression”, Publ. By University of California Press, California 1985, 305.
- Uehara T., Sakado K, Sacado M, et al, “Relationship between Stress coping and Personality in Patiens with Major Depressive Disorder”



Psychother Psychosom, Vol. 68, Karger AG, Basel Switzerland, 1999, 26-30.

- Salmon G, James A, Smith DM, “Bullying in schools: self reported anxiety depression and self esteem in secondary school children”, British Medical Journal, Vol. 317 BMJ Publishing Group, London 1998, 924-5.
- Coperland JRM, Chen R, Dewey ME et al, “Community – based case-control study of depression in older people”, BJ Psychiatry, Vol.175, Publ. by the Royal College of Psychiatrist London 1999, 340-347.
- Hoffman I., Paris S, Hall E, “Developmental Psychology Today”, 6<sup>th</sup> edition, Mc Graw-Hill Inc, New York 1994, 496-497.
- Marcopoulos B, Steiner D, “Depression in the Elderly”, Nursing Clinics of North America, Vol. 26, No 3, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1991, 585-595.
- Kaplan H. I, Sadock B. J., “Pocket Handbook of Primary Care Psychiatry”, Williams & Wilkins, Maryland USA 1996, 219-225.
- First M.B., Pincus H.A. “Classification in psychiatry: ICD-10 v. DSM-IV A response” British Journal of Psychiatry, Vol. 175, Published by the Ryal College of Psychiatrists, London 1999, 205-209.
- Loas G., Dhee –Perot P., Chaperot C. et al, “Anhedonia, Alexithymia and Locus of Control in Unipolar Major Depressive Disorders”, Psychopathology, Vol, 31, Published by Karger, Basel Switzerland, 1998, 206-212.

- Kauhanen J, Kaplan GA, Gohm RD et al “Alexithymia and risk of death in middle-aged men”, *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol 41, Published by Karger, Basel Switzerland, 1996, 54 1-549.
- Infrasea R, “Alexythimia, neurovegetative arousal and neuroticism”, *Psychother Psychosom*, Vol 66 Published by Karger, Basel Switzerland, 1997, 276-280.
- Honkalampi K., Saarinen P., Hintikka J “Factors Associated with Alexythimia in Patients Suffering from Depression”, *Psychother Psychosom*, Vol 68, Published by Karger, Basel Switzerland, 1999, 270-275.