

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος:

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



Αγγελική Τσουκαλά - γη7399
Νίκη Χατζηγεωργίου – γη7370

Επιβλέπων καθηγητής:

Αναπληρωτής καθηγητής και πρόεδρος τμήματος Νοσηλευτικής, Χρίστος Κλεισιάρης

ΗΡΑΚΛΕΙΟ-(ΜΑΡΤΙΟΣ-2022)

© 2022, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί με πολλές μορφές και αποτελεί την κυριότερη διαταραχή του συναισθήματος. Η επιλόχειος κατάθλιψη ταλαιπωρεί συχνά τις νέες μητέρες και απαιτεί άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση, ώστε να αποφευχθούν οι αρνητικές επιπτώσεις της πάθησης.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη είχε ως βασικό σκοπό την ανάδειξη της επιλόχειου κατάθλιψης και του ρόλου του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση αυτής. Έγινε πλήρης περιγραφή των αιτιών, των συμπτωμάτων και των θεραπευτικών μεθόδων της επιλόχειου κατάθλιψης, ενώ αναλύθηκαν και τα υπόλοιπα είδη των συναισθηματικών διαταραχών.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση με μηχανές αναζήτησης και ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως Medline, Pubmed και Google Scholar. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από επιστημονικά άρθρα σε ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, με έμφαση στις πιο πρόσφατες μελέτες.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης έδειξαν πως η καταθλιπτική συμπεριφορά μπορεί να λάβει πολλές μορφές. Ιδιαίτερα συχνή βρέθηκε πως είναι η επιλόχειος κατάθλιψη, με ήπια ή και πιο σοβαρά συμπτώματα. Η αντιμετώπιση της επιλόχειου κατάθλιψης βασίζεται κυρίως στην ψυχοθεραπεία. Σημαντική είναι και η συνεισφορά του νοσηλευτή.

Λέξεις κλειδιά: κατάθλιψη, επιλόχειος κατάθλιψη, συναισθηματικές διαταραχές, θεραπεία, ρόλος νοσηλευτή

ABSTRACT

Introduction: Depression occurs in many forms and is the main emotional disorder. Postpartum depression often afflicts new mothers and requires immediate and effective treatment to avoid the negative effects of the condition.

Purpose: The main purpose of this study was to highlight postpartum depression and the role of the nurse in its treatment. The causes, symptoms and treatment methods of postpartum depression were fully described, while the other types of emotional disorders were analyzed.

Methodology: A bibliographic review was performed with search engines and medical databases such as Medline, Pubmed and Google Scholar. The data were collected from scientific articles in Greek and foreign language literature, with emphasis on the most recent studies.

Conclusions: The results of the literature review showed that depressive behavior can take many forms. Postpartum depression has been found to be particularly common, with mild or even more severe symptoms. The treatment of postpartum depression is mainly based on psychotherapy. The nurse's contribution is also important.

Keywords: depression, postpartum depression, emotional disorders, treatment, nurse role

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ.7
Κεφάλαιο 1. Διαταραχές συναισθήματος	σελ.7
1.1. Ιστορικά και επιδημιολογικά δεδομένα κατάθλιψης	σελ.9
1.2. Αιτιολογία της κατάθλιψης	σελ.15
1.3. Κλινική εικόνα και επιπτώσεις κατάθλιψης	σελ.24
1.4. Μορφές κατάθλιψης	σελ.35
Κεφάλαιο 2. Επιλόχειος κατάθλιψη	σελ.45
2.1. Είδη συναισθηματικών διαταραχών στην περίοδο λοχείας	σελ.45
2.2. Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιλόχειου κατάθλιψης	σελ.48
2.3. Συμπτώματα και διάγνωση	σελ.49
Κεφάλαιο 3. Αντιμετώπιση επιλόχειου κατάθλιψης	σελ.51
3.1. Τρόποι αντιμετώπισης	σελ.51
3.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή	σελ.51
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ.54
Κεφάλαιο 4. Σκοπός της μελέτης	σελ.54
Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία	σελ.55
Κεφάλαιο 6. Συμπεράσματα	σελ.56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.58

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί μείζων διαταραχή της ψυχικής υγείας για ολοένα και περισσότερους ανθρώπους παγκοσμίως (Τάρη, 2018). Η αυξανόμενη πορεία της οφείλεται κυρίως στις υποχρεώσεις και ανάγκες της σύγχρονης εποχής, στα οικονομικά προβλήματα που πλήττουν την κοινωνία, στα διάφορα κοινωνικά ζητήματα, σε δυσχέρειες στον επαγγελματικό τομέα, ακόμη και σε οικογενειακά προβλήματα.

Παρόμοια μελέτη (Σταμάτι & Ξύστρα, 2018) συμφώνησε με τα παραπάνω, αναφέροντας πως οι ατέρμονες αλλαγές και πιέσεις που ασκούνται καθημερινά σε όλα τα επίπεδα οδηγούν συχνά σε εκδήλωση καταθλιπτικής συμπεριφοράς.

Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη επιδρά αρνητικά αφενός στο ίδιο το άτομο που πάσχει από αυτήν και αφετέρου στην οικογένειά του και τον κοινωνικό του περίγυρο. Σοβαρές επιπτώσεις από την κατάθλιψη σημειώνονται και στην κοινωνία (Suppli et al, 2017). Επιπλέον, τα κυριότερα συμπτώματα της κατάθλιψης εμπεριέχουν μειωμένη διάθεση και απουσία ενδιαφέροντος τόσο για τις αγαπημένες ασχολίες του ατόμου όσο και για τις απλές καθημερινές δραστηριότητες (Stange et al, 2017).

Συνοδά συμπτώματα αποτελούν η έντονη και μακροχρόνια θλίψη, το αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης και η συνειδητοποίηση της δυσλειτουργίας των συναισθηματικών, νοητικών αλλά και κινητικών λειτουργιών. Επομένως, απαιτείται έγκαιρη διάγνωση αλλά και θεραπεία (Uhlenbusch et al, 2019).

Πρόκειται για μια πάθηση που μπορεί να προσβάλει κάθε ηλικιακή κατηγορία, από παιδιά μέχρι και ηλικιωμένους. Μάλιστα, οι ηλικιωμένοι θεωρούνται η πιο ασθενής ηλικιακή ομάδα στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Lurra et al, 2012). Άλλη μελέτη, υπογράμμισε πως οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα εκδήλωσης της νόσου, με τις καταγραφές των τελευταίων ετών να δείχνουν σχεδόν τη διπλάσια συχνότητα από τους άνδρες (Seney et al, 2018).

Παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί πως οι μορφές της κατάθλιψης είναι πολλές και διαφορετικές μεταξύ τους τόσο στη συμπτωματολογία όσο και στα αίτια πρόκλησης

αυτών (Κωνσταντάκου, 2015). Οι ειδικοί συχνά διακρίνουν την κατάθλιψη σε εννέα τύπους, εκ των οποίων οι συνηθέστεροι είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η χρόνια κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή και η επιλόχεια ή αλλιώς περιγεννητική κατάθλιψη (Χαραλάμπου, 2021).

Ειδικότερα η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί μια ιδιαίτερα συχνή συναισθηματική διαταραχή για τις γυναίκες. Εμφανίζεται κατά κανόνα μετά τον τοκετό, έπειτα από κάποιες ώρες έως και μερικούς μήνες, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις που εκδηλώνεται νωρίτερα, ήδη από την περίοδο της εγκυμοσύνης (Wisner et al, 2002).

Τα αίτια της επιλόχειου κατάθλιψης έχει βρεθεί πως μπορεί να περιλαμβάνουν διάφορους παράγοντες, με τους βασικότερους εκ των οποίων να είναι οι συνεχείς εναλλαγές στα επίπεδα των ορμονών, ο υποθυρεοειδισμός, η κόπωση και το αίσθημα πίεσης, καθώς και το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης (Miller, 2002).

Από την άλλη πλευρά, τα κυριότερα κλινικά σημεία της νόσου φαίνεται πως είναι η θλίψη, η επίμονη ανησυχία, οι απότομες εκρήξεις θυμού, η έλλειψη ενεργητικότητας και η αδυναμία φροντίδας της ίδιας της γυναίκας ή του μωρού της, καθώς και η διαρκής σωματική κόπωση ή ακόμη και εξάντληση (Μαλή & Κοτσότα, 2015). Σπανιότερα, η επιλόχειος κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί και με σκέψεις αυτοτραυματισμού (Ρήγα, 2018).

Φαίνεται, λοιπόν, πως οποιαδήποτε καταθλιπτική συμπεριφορά επηρεάζει τόσο την ψυχολογία του ατόμου όσο και τις φυσικές του λειτουργίες. Πρόκειται για πάθηση που κυμαίνεται από ήπια έως και πολύ σοβαρή, με σύντομες ή και χρόνιες εμφανίσεις (Wang et al, 2017). Μάλιστα, ανεξάρτητα από το στάδιο ή τον τύπο της κατάθλιψης, υπάρχουν έντονες επιδράσεις στη συνολική ποιότητα ζωής του θύματος. Ιδιαίτερα η επιλόχειος κατάθλιψη μπορεί να επιφέρει βλάβες –σωματικές και συναισθηματικές- αρχικά στη μητέρα και έπειτα στο βρέφος (Μελικίδου, 2017).

Επομένως, κρίνεται αναγκαία η έγκαιρη αλλά και η έγκυρη διάγνωση της κατάθλιψης, με σκοπό την άμεση έναρξη της κατάλληλης θεραπείας. Απαραίτητη είναι βέβαια και η διερεύνηση της αιτιολογίας της νόσου για κάθε περιστατικό που

καταγράφεται (Archer et al, 2012). Πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί για το εν λόγω ζήτημα και έχουν συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της αντιμετώπισης του φαινομένου. Ωστόσο, παρά την αυξημένη εμφάνιση της κατάθλιψης, η διάγνωση αυτής παραμένει ακόμη και σήμερα δύσκολη, καθότι συχνά συγχέεται με άλλες παρόμοιες ψυχικές διαταραχές (Katon et al, 2010).

Ταυτόχρονα, η θεραπευτική προσέγγιση της κατάθλιψης εμπεριέχει μια μεγάλη ποικιλία μεθόδων αντιμετώπισης, με πρωταρχική τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Όμως, βασικό εργαλείο και εξαιρετικά αποτελεσματικό, όπως έχει πολλάκις αποδειχθεί, αποτελεί η ψυχοθεραπεία του ασθενή (Φωτιάδης, 2015).

Στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις φυσικά συμμετέχει και ο νοσηλευτής. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού περιλαμβάνει συχνά, πέρα από τις απαραίτητες νοσηλευτικές πράξεις, την επικοινωνία με τον ασθενή, την ενίσχυση του αισθήματος εμπιστοσύνης και οικειότητας, την κατανόηση του προβλήματος, τη στήριξη αλλά και τη συμβουλευτική ιδιότητα (Ορφανού, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Μιλώντας για τις συναισθηματικές διαταραχές ή τις διαταραχές της διάθεσης, αναφερόμαστε συνήθως στο θυμό, στην έξαρση ή στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Η καταθλιπτική συμπεριφορά φαίνεται πως είναι η μορφή συναισθηματικής διαταραχής που εμφανίζεται με τη μεγαλύτερη συχνότητα. Οι διαταραχές της ψυχολογικής διάστασης του ανθρώπου επηρεάζουν άμεσα το συμπεριφορικό, το γνωστικό και το συναισθηματικό του επίπεδο (Αλεξόπουλος, 2011).

Επηρεάζουν, επίσης, τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου και προκαλούν δυσλειτουργίες. Η καταθλιπτική συμπεριφορά επιδρά αρνητικά στη συνολική ζωή του θύματος, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και την κοινωνική ή οικονομική του κατάσταση (Μπίμπου & Κιοσέογλου, 2001).

Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη εμφανίζει συνήθως έντονη ή μακροχρόνια θλίψη, έλλειψη ενδιαφέροντος για διάφορες καθημερινές ενασχολήσεις, διαταραχές στον ύπνο και απουσία συγκέντρωσης (Driessen et al, 2013). Ακόμη, χαρακτηριστικό γνώρισμα της κατάθλιψης αποτελεί η τάση του ανθρώπου να απομονώνεται και να γίνεται περισσότερο εσωστρεφής.

Συνοπτικά, η κατάθλιψη αποτελεί μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται συνηθέστερα από τα παρακάτω (Crowe et al, 2011):

- Μείωση της διάθεσης
- Πτώση της ενέργειας
- Ελάττωση της δραστηριότητας
- Αδυναμία απόλαυσης και ικανοποίησης
- Έλλειψη ενδιαφέροντος
- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Αδυναμία λήψης αποφάσεων

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Έντονη σωματική ή και ψυχική κόπωση
- Διαταραχές του ύπνου
- Απουσία όρεξης για σίτιση
- Παθητικότητα
- Συχνό σφίξιμο στο στήθος
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση ή αυτοπεποίθηση
- Αίσθημα απελπισίας
- Έντονο στρες
- Σωματικές αντιδράσεις –ψυχοσωματικές εκδηλώσεις
- Αυτοκτονικές σκέψεις ή απόπειρες

Η διάγνωση της κατάθλιψης πραγματοποιείται επιτυχώς μόνο όταν οι εκδηλώσεις αυτής βρίσκονται σε κορύφωση ή όταν τα συμπτώματα επιμένουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Επίσης, πρόκειται για πάθηση που απαιτεί άμεση και ακριβή διάγνωση, καθώς και έγκαιρη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενή, ώστε να σημειώσει καλύτερη πρόγνωση για την αντιμετώπιση της νόσου. Το κυριότερο είναι να περιοριστούν ή και να εξαλειφθούν τα συνοδά συμπτώματα της καταθλιπτικής συμπεριφοράς, εφόσον αυτά επηρεάζουν αρνητικά όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής και την καθιστούν έτσι λιγότερο ποιοτική.

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η ιστορία της κατάθλιψης ξεκινάει ήδη από την αρχαιότητα. Εκείνη την εποχή, πολλοί φιλόσοφοι, συγγραφείς αλλά και επιστήμονες αναφέρονταν συχνά στην έννοια της κατάθλιψης (Irwin, 2002). Μάλιστα, υποστήριζαν θερμά την ιδέα πως η εμφάνιση κατάθλιψης είναι μια μη αναστρέψιμη κατάσταση για το άτομο που τη βιώνει.

Ο όρος της κατάθλιψης παρουσιάστηκε αρχικά σε συγγράμματα της αρχαίας Μεσοποταμίας κατά τη διάρκεια της δεύτερης χιλιετίας π.Χ., φέροντας τον τίτλο της *μελαγχολίας* (Miller, 2002). Συγκεκριμένα, εκείνο το διάστημα, οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνταν κυρίευση του ατόμου από κάποιον δαίμονα, ενώ όσοι έπασχαν από ψυχική νόσο συνήθιζαν να παρακολουθούνται από ιερείς (Στεφανής και συν, 1973).

Την ίδια περίοδο, ειδικοί ιατροί προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν τις σωματικές διαταραχές που προκαλούνταν από διάφορα ψυχικά νοσήματα, εκτός όμως της κατάθλιψης. Αυτό συνέβαινε λόγω της τότε ισχυρής αντίληψης πως η κατάθλιψη αποτελούσε μια πνευματική και όχι σωματική πάθηση (Wisner et al, 2002).

Μάλιστα, έχουν βρεθεί πολλές αναφορές για περιστατικά *μελαγχολίας* που προκλήθηκαν από δαίμονες ή πνεύματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτέλεσε η καταγραφή του ιστορικού Ηρόδοτου κατά τον 5^ο αιώνα π.Χ. για ένα βασιλιά που τρελάθηκε εξαιτίας ενός κακού πνεύματος (Myint et al, 2007). Η ίδια άποψη επικρατούσε εκείνη την περίοδο τόσο στην Κίνα όσο και στην Αίγυπτο όπου εφαρμόζονταν ποικίλες μέθοδοι για να «ξορκίσουν το κακό», όπως ήταν οι ξυλοδαρμοί ή η ασιτία (Μάνος, 1997).

Αντίθετα, οι πρώτοι Έλληνες και Ρωμαίοι ιατροί υποστήριζαν πως η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή του συναισθήματος. Για αυτόν το λόγο χρησιμοποιούσαν ως θεραπευτικά εργαλεία έναντι της κατάθλιψης τη μουσική, τα λουτρά, την εκγύμναση, το μασάζ, μια ειδική διατροφή και ένα ρόφημα που παρασκεύαζαν από γάλα γαϊδούρας και εκχύλισμα παπαρούνας (Ραγιά, 2001).

Ύστερα, ο Ιπποκράτης συσχέτισε τα ψυχικά νοσήματα με τέσσερα υγρά του ανθρώπινου σώματος, που σε φυσιολογικές συνθήκες βρίσκονται σε απόλυτη

αρμονία, ενώ στην ψυχική διαταραχή παύουν να ισορροπούν μεταξύ τους. Τα υγρά αυτά ονομάστηκαν από τον ίδιο *χυμοί* και ήταν η κίτρινη χολή, η μέλαινα χολή, το αίμα και το φλέγμα (Gilbody et al, 2003). Επίσης, ο Ιπποκράτης διέκρινε τις ψυχικές παθήσεις σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, τη *μελαγχολία*, τη *μανία* και τη *φρενίτιδα*. Η τελευταία ονομάστηκε και *εγκεφαλικός πυρετός* (Hotopf et al, 2002).

Ιδιαίτερα για τη μελαγχολία, ο Ιπποκράτης υποστήριζε πως εκδηλώνεται εξαιτίας της αυξημένης μέλαινας χολής στο σπλήνα. Ακόμη, οι συνηθέστερες μέθοδοι που χρησιμοποιούσε για να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης ήταν η τακτική γυμναστική σε συνδυασμό με μια ειδική διαίτα και η τεχνική της αιματοχυσίας, δηλαδή η αφαίρεση μιας ποσότητας αίματος από το σώμα του πάσχοντος (Dinarelllo, 2000).

Από την άλλη πλευρά, ο φιλόσοφος Κικέρων πίστευε πως η μελαγχολία οφειλόταν σε συσσωρευμένη θλίψη, έντονη οργή ή ξαφνικό φόβο (Φώσκολος, 2011). Ο Πέρσης ιατρός Ραζής υποστήριζε πως η μελαγχολία αλλά και οι υπόλοιπες ψυχικές ασθένειες προκαλούνται από κάποια εγκεφαλική βλάβη. Συνεπώς, άρχισε να εφαρμόζει διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας συνδυαστικά με λουτρά (Cuijpers et al, 2009).

Αργότερα, κατά το έτος 1621, ο Robert Burton επισήμανε σε μια μελέτη του πως η κατάθλιψη οφείλεται κυρίως στη φτώχεια και τη μοναξιά που βιώνουν οι άνθρωποι (Pilgrim & Rogers, 2004). Σε άλλη μελέτη του, αναφέρθηκε σε ποικίλους κοινωνικούς και συναισθηματικούς παράγοντες που οδηγούν στην κατάθλιψη, ενώ συνέστησε ειδική διατροφή και αποτοξίνωση, συστηματική σωματική άσκηση, ταξίδια και μουσικοθεραπεία για την αντιμετώπιση της ασθένειας (Leonard & Myint, 2009).

Μεταξύ του 18^{ου} και 19^{ου} αιώνα, άρχισε να κυκλοφορεί η άποψη πως η κατάθλιψη αποτελεί κληρονομικό νόσημα και τα θύματα αυτής θα έπρεπε να απομονώνονται και να μη διαιωρίζουν το είδος τους (Cohen et al, 2007). Μάλιστα, οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς εκείνης της εποχής ήταν άστεγοι ή εσώκλειστοι σε διάφορα ιδρύματα (Schnall et al, 2010).

Την ίδια περίοδο, πολλοί ιατροί υποστήριξαν πως ο σημαντικότερος παράγοντας πρόκλησης της κατάθλιψης είναι η βίαιη συμπεριφορά των ατόμων (Σταθάου και συν, 2012). Επιπλέον, για την αντιμετώπιση της επιθετικότητας συνιστούσαν μουσικοθεραπεία, σωματική άσκηση, διατροφή, ψυχοθεραπεία και λήψη φαρμακευτικής αγωγής (Chan et al, 2010).

Με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη της Ιατρικής, πολλοί επιστήμονες άρχισαν να αναζητούν τα βιολογικά αίτια της καταθλιπτικής συμπεριφοράς (Andrews et al, 2005). Κατά το 1895, σημειώθηκε για πρώτη φορά από το γερμανό ψυχίατρο Emil Kraepelin ο διαχωρισμός ανάμεσα στην κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια (Aragones et al, 2008). Λίγο αργότερα, ξεκίνησε να εφαρμόζεται, πέρα από τις συνηθισμένες ψυχοθεραπείες, η τεχνική της ψυχανάλυσης (Dunner, 2005).

Κατά το έτος 1917, ο Sigmund Freud έδωσε ένα νέο ορισμό για τη μελαγχολία, λέγοντας πως είναι ουσιαστικά η αντίδραση του ανθρώπου στην απώλεια (Sudak, 2012). Διέκρινε επίσης δύο βασικές κατηγορίες που αφορούν στην έννοια της απώλειας, την πραγματική, όπως είναι ο θάνατος ενός αγαπημένου ατόμου, και τη συμβολική, όπως είναι οι αποτυχημένες προσπάθειες να προσεγγίσει κανείς τους στόχους του (Sansone & Sansone, 2009).

Επιπροσθέτως, ο Freud τόνιζε συχνά πως κάθε απώλεια του ανθρώπου προκαλεί αρχικά γενικευμένη οργή και έπειτα μίσος για τον ίδιο του τον εαυτό, ενώ προοδευτικά πίστευε ότι καταλήγει σε τάσεις αυτοκαταστροφής (Theofilou, 2013). Ο Freud ήταν θερμός υποστηρικτής της ψυχανάλυσης, την οποία θεωρούσε ιδανική θεραπευτική μέθοδο για τον περιορισμό των εσωτερικών συγκρούσεων και την παρεμπόδιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Hedayati & Finkelstein, 2009).

Μέχρι τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, είχε αποδειχθεί πως σε πολλές περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης δεν ήταν αποτελεσματική ούτε η φαρμακευτική αγωγή ούτε και η ψυχανάλυση (Angst et al, 2011). Στις αρχές του 20ού αιώνα, λοιπόν, άρχισε να εφαρμόζεται η τεχνική της λοβοτομής. Κατά τη χειρουργική διαδικασία της λοβοτομής, ο ιατρός κατέστρεφε ένα τμήμα του μετωπιαίου λοβού του ανθρώπινου

εγκεφάλου και προκαλούσε ορισμένες τομές στη λευκή ουσία του εγκεφάλου, με σκοπό την εξαφάνιση των εκδηλώσεων της κατάθλιψης (Hidaka, 2012).

Ωστόσο, η μέθοδος της λοβοτομής σημείωσε πολλές αποτυχίες. Κατά το πρώτο διάστημα της εφαρμογής της, το άνοιγμα του κρανίου γινόταν με λανθασμένη τεχνική, οπότε προκαλούσε σοβαρές κακώσεις (Bhowmik et al, 2012). Αργότερα, υπήρχαν πολλά περιστατικά, τα οποία έδιναν αρχικά την εντύπωση της επιτυχημένης επέμβασης, αλλά στην πορεία παρουσίαζαν μεταβολές στην προσωπικότητα του ατόμου ή μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων. Υπήρχαν ακόμη και περιπτώσεις που έφταναν σε κωματώδη κατάσταση ή και θάνατο (Subodh et al, 2008).

Επιπλέον, σε σπάνια περιστατικά εφαρμόστηκε και η διαδικασία της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, μιας θεραπευτικής τεχνικής που χρησιμοποιούταν κυρίως σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, αλλά είχε βρεθεί πως μπορούσε να επιφέρει θετικά αποτελέσματα και σε καταθλιπτικές συμπεριφορές (Baxter & Jack, 2008).

Ταυτόχρονα, ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων που υπέφεραν από κατάθλιψη που προκλήθηκε από αντίδραση σε κάποια σοβαρή απώλεια, όπως ήταν ο θάνατος συγγενούς ή η στέρηση μιας επαγγελματικής θέσης, παρουσίαζαν πρωτίστως αλλαγές στην ψυχολογική τους κατάσταση (Cuijpers et al, 2014). Συχνότερα εμφάνιζαν απαισιόδοξες σκέψεις, αίσθημα ανικανότητας ή μακροχρόνια μελαγχολική διάθεση και επέλεγαν να απομονώνονται. Στη συνέχεια, παρουσίαζαν και σωματικές βλάβες, όπως ήταν οι αλλεργικές αντιδράσεις ή η έντονη κόπωση. Η αποξένωση σε συνδυασμό με την απουσία κινητικότητας φάνηκε πως οδηγούσαν τους καταθλιπτικούς ασθενείς σε ιδέες ή και απόπειρες αυτοκτονίας (McCormick et al, 2015).

Επομένως, τα αυξημένα επίπεδα εμφάνισης της κατάθλιψης ενίσχυσαν την αναγκαιότητα διερεύνησης των αιτιών της ψυχικής πάθησης. Ιδιαίτερα κατά τη δεκαετία του 1950, κρίθηκε σημαντική η ανεύρεση θεραπευτικών μέσων, που θα αντιμετώπιζαν την καταθλιπτική συμπεριφορά άμεσα και αποτελεσματικά (Abbass & Driessen, 2010).

Συγκεκριμένα, τη χρονιά του 1952, πραγματοποιήθηκε μια εκτενής μελέτη που απέδειξε πως η ισονιαζίδη, η βασική ουσία ενός φαρμακευτικού σκευάσματος για τη φυματίωση, ήταν εξαιρετικά δραστική έναντι της κατάθλιψης (Bandelow et al, 2012). Η ουσία αυτή αποτέλεσε για σειρά ετών την κύρια θεραπεία κατά των ψυχικών ασθενειών, ενώ ήταν και η κινητήριος δύναμη για τη διεξαγωγή πολλών ερευνών για την αναζήτηση νέων φαρμάκων κατά της κατάθλιψης (Araujo et al, 2012).

Έπειτα, τα επόμενα χρόνια, εξελίχθηκαν σημαντικά και οι μέθοδοι ψυχοθεραπείας, με έμφαση στο γνωσιακό συμπεριφορισμό αλλά και τις ανθρωπιστικές θεραπείες (Bauchat et al, 2016). Οι ειδικοί κατέληξαν πως η εμφάνιση κατάθλιψης οφείλεται σε ένα συνδυασμό παραγόντων, τόσο σωματικών όσο και ψυχολογικών (Wang et al, 2017).

Στη σύγχρονη εποχή, η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι πιο αποτελεσματική, ενώ περιλαμβάνει κυρίως ψυχολογική υποστήριξη και εξατομικευμένες συμβουλευτικές παρεμβάσεις (Kerie et al, 2018). Απώτερος σκοπός της νέας θεραπευτικής προσέγγισης της καταθλιπτικής συμπεριφοράς είναι ο κάθε ασθενής να καταφέρει να αναπτύσσει την ιδιότητα της αυτονομίας, της αυτοσυντήρησης και της ενδυνάμωσης της ψυχικής του ευημερίας (Melrose, 2017).

Σύμφωνα με τα νεώτερα επιδημιολογικά δεδομένα, η κατάθλιψη αποτελεί μείζον πρόβλημα σε παγκόσμιο επίπεδο. Θεωρείται μια από τις βασικότερες αιτίες επιδείνωσης της υγείας των ανθρώπων σε ψυχολογική αλλά και σωματική διάσταση (Nalugya-Sserunjogi et al, 2016). Επηρεάζει κατά κανόνα το 5-10% των ατόμων σε εφηβεία και το 10-15% των ενήλικων ατόμων παγκοσμίως (Carrellas et al, 2017).

Επίσης, η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται σε ποικίλες αιτίες, προσωπικά ή οικογενειακά ζητήματα, κοινωνικούς ή οικονομικούς λόγους (Hasler, 2010). Πρόκειται για μια σοβαρή ασθένεια, που αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως, επιδρά αρνητικά στη ζωή του ίδιου του ασθενή αλλά και των συγγενών και φίλων του, ενώ επιβαρύνει οικονομικά το θύμα, την οικογένειά του, τον εργοδότη του, την κοινότητα, καθώς και το σύστημα υγείας (Joyce et al, 2009).

Σε εποχή λοιπόν παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, δεν επιτρέπεται οι κοινωνίες να αγνοούν την επικινδυνότητα της ψυχικής ασθένειας. Αντίθετα, πρέπει να πραγματοποιείται άμεσα η σωστή διάγνωση και η έναρξη της κατάλληλης θεραπείας για την κατάθλιψη, καθώς και να εφαρμόζονται προληπτικά μέτρα κατά της ασθένειας (Langlieb & DePaulo, 2008).

Παράλληλα, οι ετήσιες μελέτες δηλώνουν πως στις χώρες της Ευρώπης ένα ποσοστό τουλάχιστον 5% εκδηλώνει καταθλιπτική συμπεριφορά, ενώ οι ειδικοί ερευνητές πιστεύουν πως στο άμεσο μέλλον το ποσοστό θα ξεπεράσει το 15% (Cortina et al, 2012). Μάλιστα, τα πρόσφατα ευρήματα παρουσιάζουν ήπια ή σύντομης διάρκειας κατάθλιψη για το ¼ των περιστατικών, μέτριας βαρύτητας κατάθλιψη για το ½ και σοβαρή ή χρόνια καταθλιπτική συμπεριφορά για το ¼ των περιπτώσεων (Maharaj et al, 2008). Οι διακυμάνσεις ανάμεσα στις μελέτες που διεξάγονται ετησίως δηλώνουν ήπια αύξηση στο ποσοστό των χρόνιων καταθλιπτικών ατόμων, γεγονός ιδιαίτερα ανησυχητικό για τις σύγχρονες κοινωνίες (Nagendra et al, 2012).

Επιπλέον, οι ομάδες που κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν κατάθλιψη είναι οι νεαρές ηλικίες μεταξύ των 24-29 ετών, καθώς και οι γυναίκες που φαίνεται να έχουν τη διπλάσια πιθανότητα να εκδηλώσουν καταθλιπτική συμπεριφορά σε σχέση με τους άνδρες (Coast et al, 2012). Η τελευταία δήλωση έχει βρεθεί πως στηρίζεται σε ορισμένες βιολογικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα αλλά και σε ψυχολογικούς ή ακόμη και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Lea, 2014).

Ακόμη, οι γυναίκες βιώνουν έντονες ορμονικές διαταραχές σε πολλές περιόδους της ζωής τους, με έμφαση στο διάστημα της εγκυμοσύνης, που φαίνεται πως εμφανίζει αυξημένες πιθανότητες να εκδηλωθούν καταθλιπτικές συμπεριφορές, όπως είναι και η μορφή της επιλόχειου κατάθλιψης (González-Pinto et al, 2012).

Ομοίως, μια ακόμη ηλικιακή ομάδα ανθρώπων που παρουσιάζει μεγάλη επικινδυνότητα να εκδηλώσει καταθλιπτικά συμπτώματα είναι οι ηλικιωμένοι (Kupfer et al, 2012). Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν στις περισσότερες περιπτώσεις μια χρόνια μελαγχολική διάθεση, σε αντίθεση με τους εφήβους που παρουσιάζουν πιο έντονες καταθλιπτικές εκδηλώσεις και αυξημένα επίπεδα

αυτοκτονιών (Jenkins et al, 2011). Μάλιστα, η αυτοκτονία αποτελεί μία από τις βασικές αιτίες θανάτου για τους εφήβους μεταξύ 15 με 19 χρόνων (Kessler & Bromet, 2013).

Για όλα τα παραπάνω, οι επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με την κατάθλιψη και τους παράγοντες εμφάνισης της ίδιας συνεχίζονται ακόμη και σήμερα (Gelaye et al, 2016). Δεδομένα ασθενών από κλινικές και ιδιώτες ιατρούς συλλέγονται και αναλύονται συστηματικά, ενώ γίνεται σημαντική προσπάθεια από όλους τους αρμόδιους φορείς για αναζήτηση καινοτόμων μεθόδων για πιο άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης παγκοσμίως (McMartin et al, 2017).

1.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι αιτίες της καταθλιπτικής συμπεριφοράς απασχολούν ακόμη και σήμερα τους επιστήμονες, καθότι δεν έχει εξακριβωθεί αν η ασθένεια προκαλείται από έναν ή πολλούς παράγοντες και δεν έχει ανακαλυφθεί πως ακριβώς συνδέονται τα διάφορα συμπτώματα της κατάθλιψης μεταξύ τους ή το κάθε σύμπτωμα με την αντίστοιχη αιτία που το προκάλεσε (O'Grady et al, 2010).

Ακολουθούν οι τρεις βασικές κατηγορίες των παραγόντων που ευθύνονται για την εμφάνιση της κατάθλιψης (Ritchie, 2011):

-
- Βιολογικοί παράγοντες
 - Ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες
 - Κοινωνικοί παράγοντες
-

Επιπλέον, πολλοί ερευνητές έχουν αναφερθεί σε ορισμένες νευροχημικές μεταλλάξεις που πραγματοποιούνται στον ανθρώπινο εγκέφαλο και μπορεί να οδηγήσουν σε εκδήλωση της κατάθλιψης (Wilkinson, 1992). Συγκεκριμένα, έχουν

βρεθεί πολλές νευρολογικές διαδικασίες που επιτελεί ο εγκέφαλος, οι οποίες είναι άμεσα συνδεδεμένες με την καταθλιπτική συμπεριφορά του ατόμου, αλλά δεν αποτελούν το βασικό παράγοντα πρόκλησης της ασθένειας (Nilsson, 2008).

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της αδρεναλίνης, η οποία έχει αποδειχθεί πως σχετίζεται άμεσα με αγχώδεις καταστάσεις, δεν είναι όμως η πρωταρχική αιτία ή ο μοναδικός λόγος που ευθύνεται για το άγχος του ανθρώπου (Pilling et al, 2009). Επίσης, η ελάττωση των επιπέδων αδρεναλίνης στον ανθρώπινο οργανισμό δε συνεπάγεται και μείωση του άγχους.

Συχνά οι άνθρωποι με καταθλιπτικά συμπτώματα καταφεύγουν στη βοήθεια του ψυχολόγου ή του ψυχιάτρου, ο οποίος τους προτείνει κάποιο ειδικό φαρμακευτικό σκεύασμα εφόσον διαγνώσει κατάθλιψη (Celano & Huffman, 2011). Το φάρμακο αυτό δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να έχει καλύτερη διάθεση, πιο ποιοτικό ύπνο και λιγότερο άγχος, αλλά δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να οδηγήσει τον ιατρό στην ανακάλυψη της αιτίας που προκάλεσε την κατάθλιψη. Επομένως, η συναισθηματική διαταραχή περιορίζεται προσωρινά, όμως η ουσία του προβλήματος παραμένει άγνωστη (Reynolds et al, 2015).

Παράλληλα, πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν πως η εκδήλωση της κατάθλιψης οφείλεται αποκλειστικά στον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται οι άνθρωποι και στον τρόπο που λειτουργούν ή αντιδρούν σε κάθε σχέση που δημιουργούν, είτε πρόκειται για διαπροσωπικές σχέσεις είτε για επαγγελματικούς δεσμούς (Ben-Zeev et al, 2015).

Η παραπάνω άποψη στηρίζεται στην ανακάλυψη ότι η λειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου παρουσιάζει συνεχώς μικρές εναλλαγές ανάλογα με τα διαφορετικά αισθήματα και συναισθήματα του ατόμου. Δηλαδή, σε εκδηλώσεις άγχους, θυμού, ευχαρίστησης ή ηδονής, ο εγκέφαλος λειτουργεί διαφορετικά (Bennett, 2012).

Είναι γνωστό πως το μυαλό και το σώμα επικοινωνούν, οπότε σε εμφάνιση της κατάθλιψης ο άνθρωπος έχει ψυχολογικές διαταραχές και κατ' επέκταση και

σωματικές δυσλειτουργίες. Επίσης, οι αλλαγές στην εγκεφαλική λειτουργία του ανθρώπου όταν αυτός υποφέρει από κατάθλιψη υποδηλώνουν μεγαλύτερη δυσκολία στο να αντιμετωπιστεί η ασθένεια (Van Meter & Youngstrom, 2012).

Συγχρόνως, η κατάθλιψη μπορεί να είναι από μόνη της μια σοβαρή πάθηση, μπορεί όμως και να αποτελεί απλώς ένα σύμπτωμα μιας άλλης χρόνιας ασθένειας που πλήττει τον άνθρωπο (Villada et al, 2013). Η κατάθλιψη δηλαδή μπορεί να επιδεινώσει μια ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση υγείας και να επηρεάσει αρνητικά την εξέλιξη μιας χρόνιας νόσου.

Συνεπώς, είναι πολύ σημαντικό ο αρμόδιος ιατρός να διακρίνει την αιτία που οδήγησε στην εμφάνιση της κατάθλιψης, ώστε να αντιμετωπίσει με αμεσότητα και αποτελεσματικότητα την κατάσταση (Olesen et al, 2012). Εξάλλου, διαφορετική θεραπεία θα ακολουθηθεί αν πρόκειται για βιολογικούς παράγοντες που εκδήλωσαν την κατάθλιψη και άλλη αντιμετώπιση θα χρειαστεί ο άρρωστος που βίωσε μια σπουδαία και ξαφνική απώλεια στη ζωή του (Ευθυμίου & Ψωμά, 2012).

Πέρα λοιπόν από τα βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να εστιάζει και σε άλλα συνοδά σημεία, όπως είναι η απουσία συγκέντρωσης, η επίμονη κόπωση ή η ξαφνική ανορεξία ή βουλιμία. Τα συμπτώματα αυτά θα κατευθύνουν τον ιατρό στη σωστή αιτιολόγηση της νόσου και θα συμβάλουν στη χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης (Blanco et al, 2014).

Οι σύγχρονες μελέτες αποδίδουν την παρουσία καταθλιπτικής συμπεριφοράς στη συνύπαρξη ποικίλων παραγόντων (Wood et al, 2017). Οι κυριότεροι παράγοντες που λειτουργούν συχνά συνδυαστικά και οδηγούν σε εκδήλωση της κατάθλιψης είναι οι παρακάτω:

-
- Γενετικοί παράγοντες
 - Χημικές διεργασίες του εγκεφάλου
 - Βιολογικοί παράγοντες

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Ψυχολογικά τραύματα
 - Στρεσογόνοι παράγοντες
 - Συμβάντα που στιγματίσαν τα πρώιμα παιδικά χρόνια
-

Επιπροσθέτως, πολλοί μελετητές (Vogelzangs et al, 2012) έχουν αποδείξει πως η κατάθλιψη συνδέεται άμεσα και προέρχεται συχνά από υπάρχουσες χρόνιες σωματικές παθήσεις, με κυριότερες τις εξής:

- Καρκίνος
 - Καρδιαγγειακά νοσήματα
 - Υπέρταση
 - Σακχαρώδης διαβήτης
 - Χρόνιο άλγος
 - Χρόνια κόπωση
-

Παρόμοιες έρευνες (Suzuki et al, 2015) προσθέτουν στους παραπάνω παράγοντες και τα ακόλουθα:

- Κάπνισμα
- Αλκοόλ
- Παχυσαρκία
- Μη συμμόρφωση με φαρμακευτική αγωγή

- Χαμηλή άμυνα του οργανισμού

Μερικοί ειδικοί, επίσης, αποδίδουν την εμφάνιση της κατάθλιψης σε οικογενειακά προβλήματα και διάφορες δυσλειτουργίες του οικογενειακού δεσμού (Segre et al, 2010). Σε αυτά εκτός των άλλων περιλαμβάνεται η έντονη απουσία του ενός ή και των δύο γονέων, η αιφνίδια απώλεια του γονέα, καθώς και η ενδοοικογενειακή βία.

Επίσης, σύμφωνα με τους Samraio και συνεργάτες (2015), οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της καταθλιπτικής συμπεριφοράς μπορεί να περιλαμβάνουν μερικά ή όλα από τα παρακάτω:

-
- Οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης
 - Άλλες ψυχικές ασθένειες στην οικογένεια, όπως είναι ο αλκοολισμός
 - Πρώιμες παιδικές εμπειρίες ή παιδικά τραύματα, όπως για παράδειγμα το διαζύγιο των γονέων, η απώλεια ενός γονέα, η παραμέληση του ατόμου από την παιδική ηλικία, η σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική κακοποίηση του παιδιού κ.ά.
 - Άσχημα συμβάντα στην πορεία της ζωής του ατόμου, όπως είναι οι κοινωνικές ή συναισθηματικές απώλειες, η ανεργία κ.ά.
 - Έντονο άγχος
 - Χρόνιο στρες
 - Κατανάλωση αλκοόλ
 - Ο τόπος διαμονής, με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης σε αστικές περιοχές παρά σε αγροτικές

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου, με συχνότερη εμφάνιση κατάθλιψης στους χωρισμένους
- Η επαγγελματική κατάσταση, οι άνεργοι και οι μη δραστήριοι άνθρωποι εκδηλώνουν περισσότερο καταθλιπτικές συμπεριφορές
- Σωματικές παθήσεις που συνδέονται με την κατάθλιψη, όπως είναι οι επιπλοκές του θυρεοειδούς, οι διαταραχές στο ενδοκρινικό σύστημα, οι χρόνιες ιογενείς λοιμώξεις κ.ά.
- Χρόνιες παθήσεις που επιφέρουν σωματικές ή ψυχολογικές διαταραχές και συχνά χρόνιο πόνο, όπως είναι τα εγκεφαλικά επεισόδια, η νόσος του Πάρκινσον, οι διάφορες μορφές καρκίνου αλλά και οι καρδιαγγειακές παθήσεις
- Ορισμένα φάρμακα, που μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη ή κάποια συμπτώματα αυτής, για παράδειγμα μερικά ηρεμιστικά ή αναλγητικά σκευάσματα
- Το φύλο, με το γυναικείο φύλο να εμφανίζει πολύ περισσότερες πιθανότητες για εκδήλωση της κατάθλιψης
- Η ηλικία, με ηλικιακή ομάδα υψηλού κινδύνου τα άτομα μεταξύ 20 με 40 ετών
- Διάφορες εθνικές ή πολιτισμικές ομάδες, που ενδέχεται να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο-μέλος θα εκφράσει το συναίσθημα ή την επιθυμία του για ανεύρεση θεραπευτικής μεθόδου
- Το κάπνισμα, που έχει βρεθεί πως άτομα με αυξημένη χρήση καπνού κινδυνεύουν περισσότερο να εκδηλώσουν καταθλιπτική συμπεριφορά, όπως επίσης και άτομα που προσπαθούν να σταματήσουν εντελώς το κάπνισμα ενδέχεται να εμφανίσουν διάφορες διαταραχές συναισθήματος
- Απουσία ή ελλιπής κοινωνική υποστήριξη

- Κοινωνική απομόνωση
 - Οικονομικοί παράγοντες, καθώς η χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση θεωρείται πιο επικίνδυνη για εμφάνιση κατάθλιψης
 - Ψυχολογικοί παράγοντες που συνδέονται συχνά και με την προσωπικότητα του ατόμου, όπως είναι η μειωμένη αυτοπεποίθηση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απαισιοδοξία, η εύκολη καταβολή από το στρες, η έντονη ευαισθησία απέναντι στις απώλειες ή την απόρριψη, η τελειομανία, η ματαιοδοξία
 - Αϋπνία ή άλλες διαταραχές του ύπνου
-

Επομένως, η κατάθλιψη οφείλεται είτε σε γενετικά είναι σε ψυχοκοινωνικά αίτια. Οι παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπεριφοράς μπορεί να συνδέονται άμεσα ή έμμεσα μεταξύ τους ή και να μην έχουν καμία συσχέτιση (Akhondali et al, 2015).

Ωστόσο, κάθε αιτία της κατάθλιψης μπορεί να συμβάλει στην επιδείνωση της κατάστασης και να επηρεάσει αρνητικά τη διάθεση και την ψυχολογία του ατόμου. Επίσης, δεν υπάρχει κανένα αίτιο που να έχει αποδειχθεί πως ευθύνεται από μόνο του για την πάθηση.

Οι **γενετικοί παράγοντες** που οφείλονται για την εκδήλωση της συναισθηματικής διαταραχής είναι κυρίως οι εξής (Reynolds & Kamphaus, 2013):

- Συγγενικό άτομο που πάσχει από κατάθλιψη

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Συγγενικό πρόσωπο που πάσχει από άλλη χρόνια διαταραχή σε ψυχολογικό επίπεδο
 - Κληρονομικά γονίδια που ευθύνονται για τη μετάλλαξη ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ή βιολογικών στοιχείων του ατόμου που θα οδηγήσουν προοδευτικά στην παρουσία της κατάθλιψης
 - Κληρονομικά γονίδια που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να εκδηλώσει καταθλιπτική συμπεριφορά
 - Κληρονομικά χαρακτηριστικά που συνδέονται άμεσα με άλλους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες και θα οδηγήσουν ευκολότερα σε κατάθλιψη
-

Οι **βιολογικοί παράγοντες** που ευθύνονται για την πρόκληση της κατάθλιψης είναι κυρίως οι ακόλουθοι (Patel, 2017):

- Παράγοντες που προκύπτουν από τη χημεία του ανθρώπινου εγκεφάλου
 - Ανισορροπίες και διαταραχές των νευροδιαβιβαστών
 - Μεταλλάξεις που προκαλούνται από τη μακροχρόνια λήψη ορισμένων φαρμάκων
 - Η ανεπάρκεια του οργανισμού σε σεροτονίνη, που προκαλεί συχνά διάφορες διαταραχές στον ύπνο, έντονο άγχος και ευερεθιστότητα στο άτομο
 - Τα ελαττωμένα επίπεδα νοραδρεναλίνης, που προκαλούν συμπτώματα όπως είναι το αίσθημα της κόπωσης, της αδυναμίας και της εξάντλησης
-

Οι **ψυχοκοινωνικοί παράγοντες** που οφείλονται για την εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπεριφοράς είναι οι παρακάτω (Grande et al, 2015):

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Γεγονότα, συμβάντα ή καταστάσεις που στιγματίζουν την παιδική ηλικία, όπως είναι η απώλεια ενός ή και των δύο γονέων, η απουσία ενός φίλου, το διαζύγιο των γονιών, η κακοποίηση σε σεξουαλικό, κοινωνικό ή ψυχολογικό επίπεδο
 - Οι συνθήκες και ο τόπος διαμονής
 - Η οικονομική κατάσταση του ατόμου
 - Η ξαφνική απώλεια της εργασίας
 - Η χρόνια ανεργία
 - Στρεσογόνοι παράγοντες στην οικογένεια, στην εργασία ή σε κοινωνικές ή άλλες ομάδες που συμμετέχει το άτομο
 - Η ανάγκη για αλλαγή τοποθεσίας, διαμονής, εργασιακού χώρου ή για μετανάστευση σε ξένη χώρα
-

Κάθε ηλικιακή ομάδα οφείλεται σε διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες, γεγονός που σημαίνει πως άλλα αίτια ευθύνονται για την επιλόχειο κατάθλιψη, άλλα για την καταθλιπτική συμπεριφορά ενός εφήβου και άλλα για την κατάθλιψη της Τρίτης ηλικίας.

Οι πιο ευάλωτες κατηγορίες ανθρώπων που κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν κατάθλιψη είναι οι παρακάτω (Gold & Chrousos, 2013):

- Άτομα που έχουν υποστεί έντονα παιδικά τραύματα
- Άτομα που έχουν υποστεί κάποιου είδους κακοποίηση
- Έντονα στρεσογόνο περιβάλλον διαβίωσης

- Η εμπειρία του θανάτου
 - Άτομα που βρίσκονται σε χαμηλή κοινωνική θέση
 - Άτομα που λαμβάνουν χαμηλό εισόδημα
 - Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση ή αυτοπεποίθηση
 - Άτομα εξαρτημένα από άλλους ανθρώπους
 - Χρόνιοι πάσχοντες
-

1.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κλινική εμφάνιση ενός ατόμου με κατάθλιψη μπορεί να περιλαμβάνει ένα ή και περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά γνωρίσματα (Friedman, 2012):

- Άτονο ή απαθές βλέμμα
- Άτονα χαρακτηριστικά προσώπου
- Αδρανής κινητική εικόνα
- Αργή και αδύναμη βάδιση
- Παραμελημένη ατομική φροντίδα
- Μειωμένη ατομική υγιεινή
- Νευρικότητα στις κινήσεις
- Ευερεθιστότητα
- Υπερένταση χωρίς προφανή λόγο

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Ορισμένες συνήθειες όπως να τρώει τα νύχια του

Η κλινική εικόνα του ατόμου που υποφέρει από κατάθλιψη μπορεί επίσης να περιλαμβάνει τα ακόλουθα (Economidou et al, 2013):

-
- Διαταραγμένη σκέψη
 - Συναισθηματική σύγχυση
 - Αδυναμία λήψης αποφάσεων
 - Παρεξηγήσεις και παρερμηνεία καταστάσεων
 - Παραισθήσεις και παραλήρημα
 - Ιδέες ενοχής
 - Υποτίμηση του εαυτού
 - Μειωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα
 - Έντονη κόπωση είτε σωματική είτε ψυχολογική
 - Αδύναμες ή άτονες κινήσεις των άκρων
 - Δυσκολίες στην ομιλία
 - Ισχυρό καταθλιπτικό συναίσθημα
 - Εναλλαγές διάθεσης
 - Μελαγχολία ή θλίψη
 - Ανηδονία
 - Αίσθημα απογοήτευσης

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Αίσθημα πως δεν υπάρχει λόγος για να συνεχίσει να ζει
- Σκέψεις, ιδέες ή προσπάθειες αυτοκτονίας
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες
- Ανεξήγητο αίσθημα φόβου
- Έντονο συνεχές άγχος

Άλλα συνοδά συμπτώματα της καταθλιπτικής συμπεριφοράς μπορεί να είναι (Gartlehner et al, 2011):

- Ταχυκαρδία
- Εφίδρωση
- Ναυτία
- Απότομες αλλαγές ή εναλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου
- Μειωμένη ενεργειακή απόδοση
- Απώλεια όρεξης για σίτιση
- Απώλεια σωματικού βάρους
- Αύξηση βάρους σε σπάνιες περιπτώσεις
- Αναποφασιστικότητα
- Αίσθημα ανικανοποίητου
- Μειωμένη αυτοπεποίθηση ή αυτοεκτίμηση
- Ασταθείς ή ενοχικές σκέψεις ή απόψεις
- Αίσθημα απόρριψης από άλλους ανθρώπους

- Αίσθημα ή φόβος μοναξιάς
- Μειωμένα κίνητρα για ενασχολήσεις και δραστηριότητες
- Κόπωση χωρίς να έχει προηγηθεί έντονη ενεργητικότητα
- Διαταραχές στον ύπνο

Παράλληλα, ένα άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα ευάλωτο σε υποτροπές της νόσου ή σε εκδήλωση νέων καταθλιπτικών επεισοδίων με άλλα συμπτώματα της πάθησης.

Σημαντική είναι και η επίδραση της κατάθλιψης στο γνωστικό επίπεδο της λειτουργικότητας του ατόμου. Η συναισθηματική διαταραχή επηρεάζει αρνητικά την αντίληψη αλλά και την επεξεργασία των πληροφοριών που δέχεται το άτομο από το εξωτερικό περιβάλλον.

Τα καταθλιπτικά άτομα αντιμετωπίζουν επίσης δυσκολίες στη συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες ή ομάδες. Πρόκειται για άτομα που δεν κάνουν εύκολα παρέα με άλλους ανθρώπους, δεν είναι ιδιαίτερα κοινωνικά, φοβούνται να εκφραστούν δημοσίως, κλείνονται στον εαυτό τους ή κρύβονται πίσω από άλλους. Τα άτομα αυτά συχνά στεναχωριούνται για την έλλειψη φίλων και αισθάνονται μη αποδεκτά από τον κοινωνικό περίγυρο (Fitelson, et al, 2010).

Επιπλέον, σε ένα άτομο με κατάθλιψη παρουσιάζονται τα παρακάτω στοιχεία (Naushad et al, 2014):

- Δεν πιστεύει στον εαυτό του
- Δεν πιστεύει στις δυνατότητές του

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Θεωρεί ότι κάνει τα πάντα λάθος
- Αισθάνεται καταδικασμένος να αποτυγχάνει συνεχώς
- Αισθάνεται ενοχή για οτιδήποτε αρνητικό του συμβαίνει
- Ερμηνεύει τα γεγονότα με απαισιοδοξία και αρνητισμό
- Έχει αισθήματα ματαίωσης και αποστέρησης
- Δυσκολεύεται να αναλάβει πρωτοβουλίες

Επιπροσθέτως, η κλινική εικόνα των καταθλιπτικών ατόμων ενδέχεται να περιλαμβάνει και στοιχεία όπως (Ghadirian, 2015):

- Ξηροστομία
- Δυσκοιλιότητα
- Υπόταση
- Διαταραχές στην έμμηνο ρύση
- Σεξουαλική ανικανότητα
- Έντονη αίσθηση πως εμφανίζουν συμπτώματα ή πως είναι πολύ άρρωστοι
- Αυτοκτονικές ιδέες ή απόπειρες

Ανάλογα με την ηλικία, το άτομο θα εμφανίσει κατά κανόνα άλλα συμπτώματα. Για παράδειγμα, **ένα παιδί ή ένας έφηβος** που εκδηλώνει την εικόνα της κατάθλιψης, παρουσιάζει συνηθέστερα την εικόνα της γενικευμένης διαταραχής άγχους (Anaebere & Delilly, 2012):

- Άγχος αποχωρισμού

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Αίσθημα μοναξιάς
- Έντονη ανησυχία και ανασφάλεια
- Δυσκολίες στη συγκέντρωση
- Διάσπαση προσοχής
- Κόπωση
- Ένταση και εξάρσεις θυμού
- Ευερεθιστότητα των μυών
- Διαταραχές στον ύπνο
- Αίσθημα μη αποδοχής από την κοινωνία
- Κοινωνική απομόνωση
- Αποτυχίες στις σχολικές επιδόσεις
- Προβλήματα συμπεριφοράς
- Αντικοινωνική συμπεριφορά
- Συμπεριφορά επανάστασης και αντίδρασης
- Ονυχοφαγία
- Κοιλιακά άλγη
- Εμφάνιση άλλων ψυχικών νοσημάτων, όπως είναι η αγχώδης διαταραχή ή η διαταραχή της υπερκινητικότητας και της έλλειψης προσοχής

Από την άλλη πλευρά, **σε έναν ενήλικα** η κλινική εικόνα της καταθλιπτικής συμπεριφοράς περιλαμβάνει συνηθέστερα διάφορα από τα παρακάτω στοιχεία (Park et al, 2015):

- Αίσθημα θλίψης ή δυστυχίας
- Αίσθηση κενού
- Ευερεθιστότητα
- Θυμό και αιφνίδια ξεσπάσματα
- Απογοήτευση ή απελπισία
- Απουσία ενδιαφέροντος
- Απουσία συμφερόντων και σκοπών
- Απουσία ευχαρίστησης και ικανοποίησης
- Αίσθημα απαισιοδοξίας
- Μειωμένη σεξουαλικότητα
- Αϋπνία, πρώιμο ξύπνημα, διακεκομμένο ύπνο
- Υπερβολικό ύπνο
- Μειωμένη όρεξη και απώλεια βάρους
- Σπανιότερα αυξημένη τάση για φαγητό και αύξηση του σωματικού βάρους
- Ναυτία και τάση για έμετο
- Δυσπεψία
- Διάρροια ή δυσκοιλιότητα
- Έντονη ανησυχία και άγχος χωρίς συγκεκριμένη αιτία

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Μειωμένη συγκέντρωση
- Αναποφασιστικότητα
- Κόπωση συναισθηματική ή και σωματική
- Μειωμένη ενέργεια
- Αίσθημα ενοχής σε αποτυχημένες προσπάθειες
- Διαταραχές στη σκέψη
- Δυσκολίες στη λήψη αποφάσεων
- Μερική απώλεια μνήμης
- Έντονη τάση για απομόνωση
- Συχνές σκέψεις για το θάνατο, την αυτοκτονία ή την τιμωρία προς τον εαυτό τους
- Έντονος πόνος στην πλάτη
- Συνεχείς πονοκέφαλοι
- Αυξημένη επικινδυνότητα για υπερκατανάλωση αλκοόλ ή διαφόρων εξαρτησιογόνων ουσιών

Συνοψίζοντας, οι **επιπτώσεις της κατάθλιψης στο άτομο** μπορεί να είναι (Cuijpers et al, 2013):

-
- Αλλαγές στην ψυχολογική διάσταση
 - Διαταραχές σε σωματικό επίπεδο

- Δυσκολίες στο κοινωνικό περιβάλλον
-

Επίσης, μια καταθλιπτική συμπεριφορά που δεν έχει εντοπιστεί άμεσα ή δεν έχει αντιμετωπιστεί εγκαίρως, μπορεί να εκδηλώσει μια μόνιμη πλέον κατάσταση που θα περιλαμβάνει τα παρακάτω (Fekadu et al, 2017):

- **Εθισμό:** τα συμπτώματα της κατάθλιψης σπανίως απομακρύνονται χωρίς κάποια θεραπευτική αντιμετώπιση, ενώ πολλές φορές δεν αναγνωρίζονται εύκολα από το άτομο και τείνουν να γίνουν ολοένα και χειρότερα. Για την ανακούφιση από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, ο άνθρωπος στρέφεται συχνά στη χρήση ναρκωτικών ή άλλων ουσιών ή στην ανεξέλεγκτη κατανάλωση αλκοόλ. Αυτό αρχικά δίνει την αίσθηση της ευχαρίστησης και της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων, ωστόσο στην πραγματικότητα τα επιδεινώνει και αποτελεί κίνδυνο για εμφάνιση περαιτέρω εκδηλώσεων. Η κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ μπορεί να επιφέρει τάσεις ή και απόπειρες αυτοκτονίας.
- **Αυτοτραυματισμό:** πρόκειται για έναν τρόπο που χρησιμοποιούν συχνά τα άτομα που υποφέρουν από κατάθλιψη για να καταπολεμήσουν τα συμπτώματα της πάθησης. Προκαλούν πόνο στον εαυτό τους, με διάφορες μεθόδους όπως είναι το κόψιμο του δέρματος ή το κάψιμο, το δάγκωμα και άλλα είδη που οδηγούν σε ήπιους ή σοβαρούς αυτοτραυματισμούς.
- **Απερίσκεπτη συμπεριφορά:** τα άτομα που αισθάνονται έντονα απελπισία, θλίψη, θυμό και έχουν απογοητευτεί από τον εαυτό τους, εμφανίζουν μειωμένη ικανότητα να φροντίσουν τον εαυτό τους. Επίσης, είναι δύσκολο να σκεφτούν τις συνέπειες που θα επιφέρουν οι πράξεις τους. Συνεπώς, θέτουν συχνά τον εαυτό τους σε κίνδυνο, όταν για παράδειγμα κάνουν κατάχρηση ουσιών ή όταν οδηγούν μεθυσμένοι.

- **Μειωμένη απόδοση και παραγωγικότητα σε όλους τους τομείς:** Όταν πρόκειται για εφήβους ή παιδιά, η κατάθλιψη που επιμένει μπορεί να επιφέρει δυσκολίες και χαμηλή απόδοση στο σχολείο. Στους ενήλικες μπορεί να επιφέρει δυσκολίες και προβλήματα στον εργασιακό χώρο. Αυτή η κατάσταση οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η κατάθλιψη μειώνει την ικανότητα συγκέντρωσης, δυσκολεύει τη σκέψη, τη λήψη αποφάσεων αλλά και τη μνήμη του ατόμου.
- **Απομόνωση και αποξένωση:** άτομα με σοβαρή καταθλιπτική συμπεριφορά εμφανίζουν συχνά την εικόνα της σταδιακής κοινωνικής απομόνωσης. Απομακρύνονται προοδευτικά ή και απότομα από τις διάφορες κοινωνικές ομάδες στις οποίες συμμετέχουν, από φίλους ή συγγενείς, μέχρι και από τη δουλειά τους. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις καταθλιπτικών ατόμων που δεν έχουν την επιθυμία ή τη δύναμη να σηκωθούν από το κρεβάτι ή τον καναπέ.
- **Προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις:** η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά τις ανθρώπινες σχέσεις, λόγω του άγχους ή εξαιτίας των ξεσπασμάτων. Συχνά, οι άνθρωποι απομονώνονται και αποφεύγουν να πάνε σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Η κατάθλιψη επιβαρύνει το άτομο συναισθηματικά, σωματικά και πνευματικά, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνει τη σχέση του με φίλους ή οικογένεια.
- **Προβλήματα υγείας:** η κατάθλιψη μπορεί να επιφέρει σοβαρές βλάβες τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Οι άνθρωποι με κατάθλιψη αντιμετωπίζουν συχνά διαταραχές στον ύπνο, στη διατροφή τους και στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Επίσης, παρουσιάζουν συχνούς πονοκεφάλους, ζαλάδες, κόπωση, πόνους στην κοιλιακή χώρα ή στις αρθρώσεις, ενώ η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται και στην πρόκληση άλλων παθήσεων.
- **Αυτοκτονία:** τα άτομα που βιώνουν την καταθλιπτική συμπεριφορά έχουν συχνά σκέψεις για το θάνατο ή αυτοκτονικές τάσεις. Όταν η κατάθλιψη δε θεραπεύεται άμεσα και εκδηλώνει αρκετές υποτροπές, είναι εύκολο να

οδηγήσει τις σκέψεις αυτές σε πιο οργανωμένες ιδέες και στην έμμονη άποψη πως η αυτοκτονία είναι η μόνη λύση, η μόνη διέξοδος από τον πόνο και τη θλίψη.

Έπειτα, οι **επιπτώσεις της κατάθλιψης στην οικογένεια του πάσχοντος** είναι οι εξής (Poona et al, 2013):

- Τα μέλη της οικογένειας ή οι φίλοι αισθάνονται θλίψη και άγχος για το άτομο που νοσεί
- Αισθάνονται ανίκανοι ή αδύναμοι να βοηθήσουν ή να στηρίξουν τον πάσχοντα
- Παύουν να ζουν αρμονικά, να συνεργάζονται, να επικοινωνούν σωστά μεταξύ τους εφόσον το καταθλιπτικό μέλος βιώνει αυτή τη δύσκολη πάθηση και απομονώνεται
- Συχνά μπορεί να μην αντιλαμβάνονται την κατάσταση ή να μην αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και την αιτία τους, οπότε να μεταφράζουν την εικόνα του καταθλιπτικού ως αδιαφορία απέναντί τους
- Οι γονείς, τα αδέρφια, οι φίλοι προσπαθούν να βοηθήσουν το άτομο με κατάθλιψη και συχνά το θέτουν ως προτεραιότητα στη ζωή τους
- Ιδίως οι γονείς αισθάνονται συνήθως υπεύθυνοι για την κατάσταση που βιώνει το άτομο, αισθάνονται τύψεις και ενοχές
- Η οικογένεια προσπαθεί συχνά να προστατεύσει το καταθλιπτικό άτομο από τις συνέπειες των πράξεών του ή από τις επιπτώσεις των συμπτωμάτων της πάθησης
- Η οικογένεια και οι φίλοι συχνά αγχώνονται μήπως ο πάσχων εμφανίσει αυτοκτονικές σκέψεις
- Αγχώνονται επίσης για πιθανές υποτροπές και φοβούνται μήπως επανέλθουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα του ατόμου, ακόμη και όταν βρίσκεται σε ίαση

- Η οικογένεια πρέπει να υποστηρίζει ηθικά, συναισθηματικά και οικονομικά το πάσχον μέλος της
-

1.4. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι τύποι της κατάθλιψης, σύμφωνα με τους Phillips και Kupfer (2013), είναι οι ακόλουθοι:

- i. Μείζων κατάθλιψη
- ii. Διπολική διαταραχή ή αλλιώς μανιοκατάθλιψη
- iii. Επιλόχεια κατάθλιψη
- iv. Εποχική κατάθλιψη
- v. Δυσθυμία
- vi. Ψυχωτική διαταραχή
- vii. Κυκλοθυμική διαταραχή
- viii. Βρεφική, παιδική, εφηβική και κατάθλιψη ηλικιωμένων

Αναλυτικότερα, η **μείζων καταθλιπτική διαταραχή** αποτελεί τη πιο συχνή μορφή συναισθηματικής διαταραχής και επηρεάζει περίπου το 7-18% του πληθυσμού παγκοσμίως. Συγκεκριμένα, στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζεται πριν την

ηλικία των 40 ετών (Archer et al, 2012). Συνηθίζεται να καλείται μείζων κατάθλιψη, κλινική κατάθλιψη, μονοπολική διαταραχή ή ακόμη και απλώς κατάθλιψη.

Πρόκειται για μια συνηθισμένη διαταραχή της διάθεσης του ατόμου, που επιδρά στην καθημερινή ζωή του και επιφέρει βαθιά θλίψη, μελαγχολική διάθεση και αίσθημα απελπισίας. Το άτομο που βιώνει τη μείζονα κατάθλιψη έχει συχνά πεσμένη διάθεση και μειωμένο ενδιαφέρον για τις δραστηριότητες που παλαιότερα του έδιναν ευχαρίστηση και ικανοποίηση (Stange et al, 2017). Άλλα **συμπτώματα** που μπορεί να επιφέρει η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι τα ακόλουθα:

-
- Αίσθημα αναξιότητας
 - Τύψεις
 - Απογοήτευση
 - Δυσκολίες στον ύπνο
 - Μειωμένη όρεξη για φαγητό
 - Απώλεια σωματικού βάρους
 - Κόπωση
 - Πονοκέφαλος
 - Δυσπεψία
 - Χρόνιος σωματικός πόνος
 - Νοητική επιβράδυνση

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή **ταξινομείται** ως εξής (Seney et al, 2018):

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Κατάθλιψη με χαρακτηριστικά μελαγχολίας: περιλαμβάνει απουσία της απόλαυσης σε διάφορες δραστηριότητες και ενασχολήσεις του ατόμου, έντονη θλίψη και δυστυχία, επιδείνωση των συμπτωμάτων κατά τις πρωινές ώρες, πρωινό ξύπνημα και διαταραχές στον ύπνο, μειωμένη όρεξη για φαγητό και ενοχές
- Κατάθλιψη με άτυπα χαρακτηριστικά: πρόκειται για την πιο συχνή μορφή και περιλαμβάνει αντιδραστικότητα, αυξημένη όρεξη για φαγητό, αύξηση σωματικού βάρους, υπερβολικό ύπνο ή υπνηλία, έντονη ευαισθησία στην κοινωνική απόρριψη
- Κατάθλιψη με ψυχωτικά στοιχεία: παρουσιάζει παραισθήσεις και επεισόδια μανίας

Οι κυριότερες **αιτίες** της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι οι ακόλουθες (Uhlenbusch et al, 2019):

- Γενετικά αίτια: κληρονομικότητα, βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Νευρολογικές αιτίες: για παράδειγμα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα επιδρούν στο νευρικό σύστημα
- Ιατρικές παθήσεις
- Διατροφή
- Ύπνος
- Ψυχοκοινωνικά αίτια

Η **θεραπεία** της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής περιλαμβάνει (Katon et al, 2010):

- Φαρμακευτική αγωγή: αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της σεροτονίνης
- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Έπειτα, η **διπολική διαταραχή** ή αλλιώς μανιοκατάθλιψη περιλαμβάνει επεισόδια ευερέθιστης διάθεσης και επεισόδια κατάθλιψης σε εναλλαγή. Η φάση της ανεβασμένης διάθεσης ή αλλιώς της μανίας παρουσιάζει μια κλινική εικόνα υπερβολικής χαράς, έντονης δραστηριότητας, ανησυχίας, μειωμένου ύπνου και περιόδους ευερεθιστότητας. Αντιθέτως, η φάση της κατάθλιψης εμφανίζει βαθιά θλίψη, απελπισία και απογοήτευση, απουσία ενδιαφέροντος, μειωμένη όρεξη για φαγητό και διαταραχές στον ύπνο (Battle & Zlotnick, 2005).

Ανάμεσα στις δύο φάσεις ο άνθρωπος έχει συνήθως φυσιολογική διάθεση. Τα επεισόδια μπορεί να έχουν διάρκεια μερικών ωρών, ημερών ή και μηνών. Οι διακυμάνσεις μπορεί να είναι ήπιες ή και αρκετά σοβαρές, συχνά επιδρούν αρνητικά στις λειτουργίες του ατόμου και στην καθημερινότητά του, ενώ ενδέχεται να γίνουν ιδιαίτερα επικίνδυνες για το ίδιο το άτομο.

Η διπολική διαταραχή εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες του ανθρώπου, με συχνότερη εκδήλωση κατά την περίοδο της εφηβείας (Suppli et al, 2017). Όταν εμφανίζεται σε ηλικίες άνω των 50 ετών, είναι πιθανό να ευθύνεται σε κάποιον οργανικό παράγοντα, επομένως είναι καλό να αναζητείται η αιτία της πρόκλησης.

Τα **συμπτώματα** της διπολικής διαταραχής χωρίζονται σε δύο φάσεις, αυτή της μανίας και αυτή της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την περίοδο της μανίας είναι τα εξής (Luppa et al, 2012):

-
- Υπερβολικό αίσθημα χαράς
 - Υπερβολική ενεργητικότητα

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Αίσθημα υπερβολικής δύναμης και σπουδαιότητας
- Υπερβολική αισιοδοξία
- Υπερβολική αυτοεκτίμηση
- Ταχύτατες σκέψεις
- Γρήγορη ομιλία σε βαθμό που δυσκολεύει τους υπόλοιπους να ακολουθούν το συλλογισμό
- Μειωμένη ανάγκη για ξεκούραση και ύπνο
- Ευερεθιστότητα
- Έντονος θυμός
- Επιθετικότητα
- Διάσπαση προσοχής
- Απώλεια συγκέντρωσης
- Υπερβολική δαπάνη χρημάτων
- Κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ

Από την άλλη πλευρά, τα συμπτώματα της φάσης της κατάθλιψης είναι συνήθως (Cox et al, 1993):

- Έντονη θλίψη
- Καταπόνηση
- Νωθρότητα
- Ληθαργικότητα

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Συνεχής κόπωση
- Δυσκολία στη σκέψη, την προσοχή, τη συγκέντρωση, τη μνήμη και τη λήψη αποφάσεων
- Διαταραχές στον ύπνο
- Μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες που ήταν ευχάριστες παλαιότερα
- Αίσθημα ανικανότητας και αναξιότητας
- Ενοχές
- Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας
- Κλάμα χωρίς αιτία
- Επιβράδυνση των λειτουργιών
- Πόνος στην πλάτη
- Πονοκέφαλος
- Δυσπεψία
- Ναυτία ή τάσεις για έμετο
- Ψυχοσωματικές εκδηλώσεις

Η **ταξινόμηση** της διπολικής διαταραχής περιλαμβάνει δύο τύπους (Condon et al, 2004):

- Διπολική διαταραχή τύπου I, που είναι η πιο γνωστή μορφή και παρουσιάζει ένα μόνο μανιακό επεισόδιο, ενώ μπορεί να εμφανίζονται και καταθλιπτικά, ήπια μανιακά επεισόδια αλλά και συμπτώματα ψύχωσης

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Διπολική διαταραχή τύπου II, που εμφανίζει ένα τουλάχιστον ήπιο επεισόδιο μανίας και αρκετά καταθλιπτικά επεισόδια

Η **επιλόχειος κατάθλιψη** εμφανίζεται μετά τον τοκετό και κατά τη διάρκεια της λοχείας. Οφείλεται κυρίως στις ορμονικές εναλλαγές που συμβαίνουν εκείνη την περίοδο και έχει διάρκεια από μερικές ημέρες μέχρι και μήνες, ενώ μπορεί να λάβει και τη μορφή κανονικής κατάθλιψης με ψυχωτικά συμπτώματα σε πιο σοβαρά περιστατικά (Beck & Gable, 2000).

Τα **συμπτώματα** της επιλόχειου κατάθλιψης περιλαμβάνουν:

- Κλάματα χωρίς αιτία
- Ανησυχία
- Ευερεθιστότητα
- Υπερβολικό άγχος
- Αίσθημα αναξιότητας
- Ανασφάλειες
- Νωθρότητα
- Εξάντληση
- Ανορεξία
- Αϋπνία ή υπνηλία
- Αδιαφορία για το βρέφος
- Φόβος μήπως του κάνει κακό
- Φόβος μήπως κάνει κακό στον εαυτό της

Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη καταστροφή της σχέσης μητέρας-βρέφους ή της μητέρας με άλλα μέλη της οικογένειας. Σε σπάνια περιστατικά, η επιλόχειος κατάθλιψη ενδέχεται να ωθήσει τη μητέρα σε εγκατάλειψη του βρέφους ή σε τραυματισμό αυτού, μέχρι και σε θάνατο.

Τα βασικότερα **αίτια** της επιλόχειου κατάθλιψης είναι (Beck, 1995):

- Ορμονικές αλλαγές μετά τον τοκετό
- Ψυχολογικά αίτια
- Αλλαγή κοινωνικού ρόλου της γυναίκας
- Φόβος των νέων ευθυνών
- Αλλαγές στην εμφάνιση της γυναίκας

Η **εποχική κατάθλιψη** παρουσιάζει τα ίδια συμπτώματα με τη συνηθισμένη κατάθλιψη, με τη διαφορά ότι παρατηρείται εποχικά. Περιλαμβάνει καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την περίοδο του χειμώνα, όταν το φως της ημέρας είναι μειωμένο, ενώ μετά την άνοιξη συνήθως περνάει.

Συνεπώς, κατά το χειμώνα, το άτομο εκδηλώνει τα εξής στοιχεία (Evans et al, 2001):

- Μειωμένη παραγωγικότητα
- Ανάγκη για παραμονή στο σπίτι
- Αυξημένη ανάγκη για ύπνο

Αντίθετα, κατά το θέρος εμφανίζει:

- Έντονο εκνευρισμό
- Δυσφορία

- Επιθετικότητα

Επίσης, έχει βρεθεί πως η εποχική κατάθλιψη είναι συχνότερη στις γυναίκες και σε ηλικίες μεταξύ των 25 με 35 ετών. Σε ήπια κατάθλιψη, η έκθεση στον ήλιο μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της κατάστασης. Η σωματική άσκηση και οι καθημερινές δραστηριότητες μπορούν να ενεργοποιήσουν το άτομο, ενώ η φωτοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία συστήνονται ως μέθοδοι αντιμετώπισης της πάθησης σε πιο σοβαρές περιπτώσεις (Kurstjens & Wolke, 2001).

Η **δυσθυμία** αποτελεί μια μορφή ήπιας κατάθλιψης, που χαρακτηρίζεται από επίμονη μελαγχολία και δυσφορία. Πρόκειται για χρόνια κατάθλιψη, αλλά τα συμπτώματα αυτής είναι λιγότερο έντονα από τη συνηθισμένη κατάθλιψη, ενώ ενδέχεται και να μην εμφανίζονται σε καθημερινή βάση.

Τα κυριότερα **αίτια** της δυσθυμίας είναι τα εξής (Beck, 1998):

- Βιοχημικά
- Περιβαλλοντικά
- Γενετικά
- Κοινωνικά

Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν ένα διαζύγιο, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η κακοποίηση ή κάποιο βίαιο περιστατικό και οι διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις. Το άτομο με δυσθυμία συχνά βλέπει τα πάντα αρνητικά και απαισιόδοξα, δεν μπορεί να απολαύσει τις ευχάριστες στιγμές της ζωής του και αισθάνεται έντονη απογοήτευση και θλίψη.

Η **ψυχωτική διαταραχή** είναι ίσως η πιο σοβαρή και επικίνδυνη μορφή κατάθλιψης. Πρόκειται για χρόνια κατάσταση με συχνές υποτροπές. Τα επεισόδια της ψυχωτικής κατάθλιψης περιλαμβάνουν παραισθήσεις και σπασμωδικές κινήσεις του ατόμου (Hamilton, 1962). Μπορεί να εμφανιστούν και ψευδαισθήσεις, οπτικές, ακουστικές, οσφρητικές ή γευστικές. Οι ακουστικές είναι οι πιο σοβαρές.

Τα άτομα με ψυχωτική διαταραχή πιστεύουν συχνά πως ευθύνονται για συμβάντα του παρελθόντος και πως πρέπει να πεθάνουν για αυτό. Επίσης, μπορεί να πιστεύουν πως κάποιος τους καταδιώκει, τους κατασκοπεύει ή πως θέλει να τους σκοτώσει. Η θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία.

Η **κυκλοθυμική διαταραχή** ή αλλιώς κυκλοθυμία μοιάζει αρκετά με τη διπολική διαταραχή, αλλά είναι πιο ήπια μορφή. Εμφανίζεται συνήθως στην εφηβεία και περιλαμβάνει απότομες εναλλαγές στη διάθεση και υπερβολικό στρες (DeMontigny et al, 2013). Η θεραπευτική αντιμετώπιση πραγματοποιείται συνήθως με ψυχοθεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1. ΕΙΔΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η περίοδος της λοχείας σχετίζεται άμεσα με την καταθλιπτική συμπεριφορά. Μετά τη γέννηση του παιδιού, ενδέχεται να εμφανιστούν οι ακόλουθες τρεις μορφές ψυχικής διαταραχής, που είναι:

- Η επιλόχειος κατάθλιψη
- Η επιλόχειος μελαγχολία
- Η επιλόχειος ψύχωση

Η **επιλόχειος μελαγχολία** είναι ουσιαστικά η κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά την περίοδο της λοχείας χωρίς της εκδήλωση ψυχωσικών συμπτωμάτων (Κωνσταντάκου, 2015). Αποτελεί τη πιο συχνή από τις παραπάνω τρεις κατηγορίες συναισθηματικών διαταραχών κατά την περίοδο λοχείας και καλύπτει ένα ποσοστό εμφάνισης από 35 έως 75%.

Η επιλόχειος μελαγχολία αποτελεί μια ήπια μορφή κατάθλιψης και μπορεί να αντιμετωπιστεί σχετικά εύκολα, καθώς η νέα μητέρα συνήθως ελέγχει ή μπορεί να περιορίσει τα συμπτώματα της πάθησης. Δεν προκαλεί ισχυρές λειτουργικές βλάβες και δεν επηρεάζει έντονα ούτε τη συμπεριφορά ούτε τις καθημερινές δραστηριότητες της γυναίκας.

Στις περισσότερες γυναίκες στη λοχεία εμφανίζεται ως μια περίοδος δυσφορίας, που μπορεί να κρατήσει για ένα διάστημα από λίγες μόνο ώρες έως και μερικές ημέρες. Τα πιο χαρακτηριστικά κλινικά συμπτώματα της επιλόχειου μελαγχολίας είναι τα εξής (Μελικίδου, 2017):

-
- Εναλλαγές διάθεσης
 - Ευμετάβλητο συναίσθημα

- Ευερεθιστότητα
- Κλάμα
- Άγχος
- Μειωμένη διάθεση
- Μειωμένη όρεξη για φαγητό
- Διαταραχές στον ύπνο
- Απρόσφορη ενοχή
- Απουσία ευχαρίστησης
- Απώλεια ενδιαφέροντος
- Ανηδονία

Επομένως, η επιλόχειος μελαγχολία είναι μια μορφή κατάθλιψης με ήπια εικόνα και μικρής διάρκειας διαταραχή, που δεν αφήνει χρόνια συμπτώματα στη γυναίκα. Η κυριότερη αιτία της επιλόχειου μελαγχολίας είναι οι γρήγορες αλλαγές στο ορμονικό σύστημα της γυναίκας μετά τον τοκετό, όπως για παράδειγμα η απότομη πτώση της ορμόνης προγεστερόνη ύστερα από την αποκόλληση του πλακούντα.

Η **επιλόχειος ψύχωση** είναι η κατάθλιψη κατά την περίοδο της λοχείας που εμφανίζει έντονα ψυχωσικά συμπτώματα (Τουμπίδου, 2020). Πρόκειται ουσιαστικά για ένα σύνδρομο που μπορεί να περιλαμβάνει κατάθλιψη, παραλήρημα και σκέψεις της γυναίκας που συνδέονται με πρόκληση τραυματισμού στο βρέφος ή στον ίδιο της τον εαυτό. Τα συμπτώματα εδώ αρχίζουν συνήθως μερικές ημέρες μετά τη γέννα και διαρκούν για μερικές εβδομάδες ή και μήνες.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της επιλόχειου ψύχωσης ξεκινούν συνήθως με τα εξής (Φωτιάδης, 2015):

- Αίσθημα κόπωσης
- Δυσκολία στον ύπνο
- Ανησυχία και άγχος
- Αυθόρμητο κλάμα
- Συναισθηματική αστάθεια
- Αδυναμία κατά τη βάδιση, κίνηση ή εργασία

Σε επόμενο στάδιο της ψύχωσης, η γυναίκα εμφανίζει:

- Σύγχυση
- Καχυποψία
- Ασάφεια λόγου
- Παράλογους ισχυρισμούς
- Έμμονες ιδέες
- Παραλήρημα
- Ακουστικές ψευδαισθήσεις σε σπάνιες περιπτώσεις, που οδηγούν τη μητέρα να κάνει κακό στο παιδί ή την ίδια
- Παραισθήσεις με το νεογνό
- Υπερβολικό αίσθημα πως το παιδί της κινδυνεύει ή πως είναι σοβαρά άρρωστο

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Αδυναμία παροχής φροντίδας στο νεογνό
- Αδιαφορία για το νεογέννητο
- Εμφάνιση διπολικής διαταραχής ή αλλιώς μανιοκατάθλιψης
- Εξάρσεις και ευερεθιστότητα
- Αναγκαιότητα για νοσηλεία

2.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση επιλόχειου κατάθλιψης είναι (Τάρη, 2018):

-
- Η νεαρή ηλικία της γυναίκας
 - Η χαμηλή αυτοεκτίμηση
 - Το στρες για τη φροντίδα του βρέφους
 - Το προγεννητικό άγχος
 - Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης
 - Η έλλειψη στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον της γυναίκας
 - Συζυγικά προβλήματα
 - Κακοποίηση και βία
 - Ιστορικό κατάθλιψης
 - Απαιτητικός χαρακτήρας του βρέφους

- Μελαγχολία της λοχείας
- Άγαμη μητέρα
- Χαμηλό εισόδημα
- Χαμηλή κοινωνική τάξη
- Ανεπιθύμητη κύηση

2.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Χαρακτηριστικά συμπτώματα της επιλόχειου κατάθλιψης είναι η ευερεθιστότητα, το αίσθημα ενοχής ή ανικανότητας, η ανησυχία και το άγχος για τη φροντίδα του βρέφους. Συνοδά συμπτώματα αποτελούν οι διαταραχές της όρεξης και η αύξηση ή μείωση του βάρους. Συχνές είναι και οι διαταραχές του ύπνου, με αϋπνίες, διακεκομμένο ύπνο, απουσία ανάγκης για ύπνο ή με υπερβολικό ύπνο.

Σε πολλές περιπτώσεις, η μητέρα με επιλόχειο κατάθλιψη αισθάνεται άχρηστη και ανίκανη να φροντίσει το νεογέννητο. Μπορεί επίσης να βιώνει κρίσεις με εναλλαγές κλάματος ή θυμού και να έχει σκέψεις τραυματισμού του βρέφους εξαιτίας των υπερβολικών απαιτήσεών του. Πολλές νέες μητέρες εκδηλώνουν αδιαφορία ή και απόρριψη προς το νεογνό, ακόμη και ζήλια.

Τα διαγνωστικά εργαλεία για την επιλόχειο κατάθλιψη περιλαμβάνουν τα εξής (Ρήγα, 2018):

- Ειδικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αναγνώριση και εκτίμηση των ψυχιατρικών παθήσεων
- Εκτίμηση της γενικότερης εμφάνισης της γυναίκας
- Εκτίμηση της κλινικής εικόνας και της συμπεριφοράς της γυναίκας

- Πληροφορίες από το σύζυγο ή την οικογένεια για την ψυχοκοινωνική κατάσταση της γυναίκας
- Εξειδικευμένες κλίμακες εντοπισμού γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη

Οι κλίμακες ανίχνευσης των γυναικών με κατάθλιψη στην περίοδο της λοχείας είναι οι ακόλουθες (Χαραλάμπου, 2021):

-
- **Κλίμακα κατάθλιψης της λοχείας του Εδιμβούργου**, που αποτελεί ειδικά σχεδιασμένο εργαλείο για την αναγνώριση της επιλόχειου κατάθλιψης. Είναι ερωτηματολόγιο με δέκα ερωτήσεις που εμπεριέχει τον προσυμπτωματικό έλεγχο και έπειτα αξιολογεί τα συμπτώματα και τα συναισθήματα της γυναίκας
 - **Κλίμακα απογραφής προγνωστικών προβλέψεων της επιλόχειας κατάθλιψης (CPDRI)**, που στη σύγχρονη μορφή της εμπεριέχει 13 παράγοντες κινδύνου για την επιλόχειο κατάθλιψη
 - **Κλίμακα προσυμπτωματικού ελέγχου επιλόχειας κατάθλιψης (CPDSS)**, που περιλαμβάνει 35 ερωτήσεις και μελετά επτά διαστάσεις: τις διαταραχές στον ύπνο και την όρεξη για φαγητό, το άγχος και την ανασφάλεια, την αστάθεια στο συναίσθημα, τη γνωσιακή διαταραχή, την απώλεια του εαυτού, τις ενοχές και τις αυτοκτονικές τάσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

3.1. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της επιλόχειου κατάθλιψης περιλαμβάνει τα εξής (Ορφανού, 2016):

- Ψυχοθεραπεία
- Φαρμακευτική αγωγή, ιδίως αντικαταθλιπτικά σκευάσματα
- Λήψη ορμονών
- Βελτίωση της σχέσης της γυναίκας με την οικογένεια
- Υποστήριξη της γυναίκας από κοινωνικές ομάδες

3.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο νοσηλευτής διαθέτει πολλούς ρόλους σε σχέση με την επαγγελματική του ιδιότητα, όπως είναι του εκπαιδευτή, του υποστηρικτή, του συμβούλου, του καθοδηγητή. Η σχέση που αναπτύσσει ο νοσηλευτής με τον ασθενή βασίζεται στις ανάγκες και απαιτήσεις του αρρώστου, όπως εδώ της γυναίκας που βρίσκεται στην περίοδο πριν και μετά τον τοκετό (Μαλή & Κοτσότα, 2015).

Ο θεραπευτικός ρόλος του νοσηλευτή στη γυναίκα με επιλόχειο κατάθλιψη στηρίζεται στα ακόλουθα (Σταμάτι & Ξύστρα, 2018):

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Έμφαση στις ανάγκες, τις δυσκολίες αλλά και τις δυνατότητες της γυναίκας
- Ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και οικειότητας
- Προσφορά ολοκληρωμένης φροντίδας στη γυναίκα
- Δημιουργία συνεργασίας με το οικογενειακό περιβάλλον της γυναίκας
- Ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική και υποστήριξη
- Φροντίδα και συμβουλές για βελτιωμένη σωματική υγεία, υγιεινή διατροφή, ατομική περιποίηση και υγιεινή, ψυχική ευημερία
- Συνεργασία με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας
- Έρευνα για τα νεώτερα δεδομένα σχετικά με την επιλόχειο κατάθλιψη και τις άλλες διαταραχές συναισθήματος

Η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο νοσηλεύτη και τη γυναίκα βασίζεται στην επικοινωνία και την κατανόηση (Melrose, 2014). Ο νοσηλεύτης οφείλει να δείξει ενδιαφέρον για τη γυναίκα και να ακούσει με προσοχή τα προβλήματα, τις ανασφάλειες, τις δυσκολίες και τις φοβίες της σε σχέση με τη νέα κατάσταση μετά τον τοκετό. Οφείλει να αναδείξει σεβασμό και κατανόηση στη νέα μητέρα, να τη στηρίξει, να τη συμβουλευσει και να την ενημερώσει κατάλληλα για τις νέες συνθήκες και για τη φροντίδα του νεογνού.

Μια ομαλή θεραπευτική σχέση ανάμεσα στο νοσηλεύτη και τη γυναίκα κατά τη λοχεία μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής (Musser et al, 2013):

- Ανάπτυξη αντίληψης και αυτογνωσίας της γυναίκας σχετικά με τη νέα κατάσταση
- Ανάπτυξη ικανοτήτων και δεξιοτήτων σχετικά με τη φροντίδα του βρέφους
- Ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης του άγχους και της ανησυχίας

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Βελτίωση της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης της γυναίκας
- Συμμετοχή της γυναίκας στην επίλυση των προβλημάτων
- Έκφραση συναισθημάτων και αποδοχή αυτών

Παράλληλα, ο νοσηλευτής οφείλει να παρατηρεί την κλινική εικόνα της γυναίκας αλλά και τη γενικότερη συμπεριφορά της πριν και μετά τη γέννα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να βρίσκεται κοντά της, ώστε να αναγνωρίσει έγκαιρα τα πρώιμα συμπτώματα της κατάθλιψης. Εξάλλου, όσο πιο άμεσα ανιχνευτεί η επιλόχειος κατάθλιψη, τόσο πιο γρήγορα και αποτελεσματικά θα μπορέσει να αντιμετωπιστεί από την υγειονομική ομάδα (Βιβιλάκη, 2016).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό την περιγραφή της επιλόχειου κατάθλιψης και την ανάδειξη του ρόλου του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση αυτής. Δευτερευόντως, αναλύθηκαν όλα τα είδη των συναισθηματικών διαταραχών, τα αίτια, τα συμπτώματα και η θεραπευτική τους προσέγγιση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για τη διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση με μηχανές αναζήτησης και ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως Medline, Pubmed και Google Scholar. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από επιστημονικά άρθρα σε ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, με έμφαση στις πιο πρόσφατες μελέτες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη αποτελεί μείζον ζήτημα της ψυχικής υγείας και φαίνεται πως επηρεάζει ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό ατόμων σε παγκόσμια κλίμακα. Οι ανάγκες και οι απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας σε συνδυασμό με τις συνεχείς αλλαγές που προκύπτουν και την πίεση που αυτές επιφέρουν, οδηγούν τον άνθρωπο συχνά σε καταθλιπτική συμπεριφορά.

Η συναισθηματική διαταραχή έχει εμφανιστεί πολλά χρόνια πριν, με ποικίλες μορφές και εκδηλώσεις. Ωστόσο, είναι εμφανές πως η κατάθλιψη έχει σημειώσει σημαντική αύξηση τα τελευταία χρόνια. Παρουσιάζεται όλο και πιο συχνά, ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου, με διαφορετικές εκδηλώσεις ανά περιστατικό. Τα συνηθέστερα κλινικά σημεία της κατάθλιψης φαίνεται πως είναι η αδυναμία, η σωματική κόπωση, η κακή διάθεση, καθώς και η έλλειψη συγκέντρωσης και προσοχής.

Ειδικότερα η επιλόχειος κατάθλιψη είναι πολύ συνηθισμένη και ιδίως στις νεαρές γυναίκες. Εμφανίζεται από τις πρώτες κιόλας ημέρες μετά τον τοκετό και εκδηλώνει πολλαπλά συμπτώματα, άλλοτε ήπια και άλλοτε πιο σοβαρά, με μεγάλη επικινδυνότητα για το νεογνό αλλά και την ίδια τη μητέρα. Η ευερεθιστότητα, το ξαφνικό κλάμα με λυγμούς χωρίς συγκεκριμένη αιτία, η έντονη ανησυχία και το άγχος για τη νέα κατάσταση, τα αισθήματα ενοχής ή αναξιοτήτας της μητέρας, οι ανασφάλειες και η επίμονη μελαγχολία είναι τα πιο συνηθισμένα κλινικά σημεία της επιλόχειου κατάθλιψης.

Πολλοί είναι επίσης οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη κατά την περίοδο της λοχείας. Η επιλόχειος κατάθλιψη μπορεί να διαρκέσει από λίγες εβδομάδες έως και μήνες, ενώ σε μερικές περιπτώσεις απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή γιατί ενδέχεται να μετατραπεί σε ισχυρή καταθλιπτική συμπεριφορά με στοιχεία ψύχωσης, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και ιδέες αυτοκτονίας ή τραυματισμού του βρέφους.

Συνεπώς, η αντιμετώπιση της κατάθλιψης κατά τη λοχεία απαιτεί έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση, με σκοπό την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας για τη γυναίκα. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει αντικαταθλιπτική αγωγή, ψυχοθεραπεία και άλλες μεθόδους. Σημαντική είναι η υποστήριξη της γυναίκας τόσο από το οικογενειακό της περιβάλλον όσο και από τους επαγγελματίες υγείας, που θα την κατανοήσουν, θα τη συμβουλεύσουν και θα την καθοδηγήσουν στην καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση της πάθησης.

Η συμβολή του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της επιλόχειου κατάθλιψης είναι μεγάλη. Ο ρόλος του νοσηλευτή εμπεριέχει το ρόλο του καλού ακροατή, του άμεσου παρατηρητή, του συμβούλου και του θεραπευτή. Ο νοσηλευτής βοηθάει ιδιαίτερα στη στήριξη της γυναίκας σε κάθε δυσκολία που αντιμετωπίζει με τη νέα κατάσταση και στη βελτίωση της ψυχολογικής διάθεσης της ίδιας. Συμβάλλει επίσης στην ανάπτυξη βελτιωμένων σχέσεων της γυναίκας με τους συγγενείς της, με σκοπό τη δημιουργία ισχυρότερου υποστηρικτικού πλαισίου για τη νέα μητέρα και το νεογνό της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abbass, A., & Driessen, E. (2010) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a summary of recent findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 121:398.

Akhondali, Z., Dianat, M., & Radan, M. (2015) 'Electronic Physician', *Electronic Physician*. 7(1):971–976.

Anaebere, A. K., & Delilly, C. R. (2012) 'Faith community nursing: Supporting mental health during life transitions'. *Issues in Mental Health Nursing*. 33(5):337–339.

Andrews, G., Poulton, R., & Scoog, I. (2005) Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? *Br J Psychiatry*. 187:495-6.

Angst, J., Azorin, J. M., Bowden, C. L., Perugi, G., Vieta, E., Gamma, A., Young, A. H. (2011) Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry*. 68:791–798.

Aragonès, E., López-Cortacans, G., Badia, W., Hernández, J., Caballero, A. and Labad, A. (2008) Improving the Role of Nursing in the Treatment of Depression in Primary Care in Spain. *Perspectives in Psychiatric Care*. 44(4):248-258.

Araujo, S. M., de Bruin, V. M., Daher, E. F., Almeida, G. H., Medeiros, C. A., & de Bruin, P. F. (2012) Risk factors for depressive symptoms in a large population on chronic hemodialysis. *Int Urol Nephrol.* 44:1229-1235.

Archer, J. et al (2012) Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst. Rev.* 10:CD006525.

Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., et al. (2012) Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 16:77–84.

Battle, C.L. & Zlotnick, C. (2005) Prevention of postpartum depression. *Psychiatric Annals*, 35(7),p. 590-598.

Bauchat, J. R., Seropian, M. & Jeffries, P. R. (2016) 'Communication and Empathy in the Patient-Centered Care Model-Why SimulationBased Training Is Not Optional'. *Clinical Simulation in Nursing.* 12(8):356–359.

Baxter, P., & Jack, S. (2008) Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report.* 13(4):544-559.

Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction : A meta-analysis. *Nursing Research*, 44, 298 –304.

Beck, C. T. (1998) The effects of postpartum depression on child development : A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12, 12-20.

Beck, C.T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale : Development and psychometric testing, *Nursing Research*, 49, 272-282.

Bennett, L. (2012) Adolescent Depression: Meeting Therapeutic Challenges through an Integrated Narrative Approach. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing.* 25(4):184-194.

Ben-Zeev, D., Scherer, E., Wang, R., Xie, H. & Campbell, A. (2015) Next-generation psychiatric assessment: Using smartphone sensors to monitor behavior and mental health. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 38(3):218-226.

Bhowmik, D., et al. (2012) 'Depression - Symptoms, Causes, Medications and Therapies'. *The Pharma Innovation Journal*. 1(3):32-45.

Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C. J., & Kendler, K. S. (2014) Risk factors for anxiety disorders: Common and specific effects in a National sample. *Depress Anxiety*. 31(9):756-764.

Carrellas, N. W., Biederman, J., & Uchida, M. (2017) How prevalent and morbid are subthreshold manifestations of major depression in adolescents? A literature review. *Journal of Affective Disorders*. 210:166-173.

Celano, C. M., & Huffman, J. C. (2011) Depression and cardiac disease: a review. *Cardiol Rev*. 19(3):130-42.

Chan, M. F., Chan, E. A., & Mok, E. (2010) 'Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomised controlled trial', *Complementary Therapies in Medicine*. Churchill Livingstone. 18(3-4):150-159.

Coast, E., et al. (2012) Poverty and postnatal depression: a systematic mapping of the evidence from low and lower middle income countries. *Health & Place*. 18(5):1188-1197.

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Miller, G. E. (2007) Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*. 298(14):1685-1687.

Condon, P., J., Boyce, p., & Corkindale, C., J. (2004) The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38(1): 56-64.

Cortina, M. A., Sodha, A., Fazel, M., & Ramchandani, P. G. (2012) Prevalence of Child Mental Health Problems in SubSaharan Africa: A systematic review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 166(3):276-281.

Cox, J.L., Murray, D.M., Chapman, G. (1993) A controlled study of the onset, prevalence and duration of postnatal depression. *Br.J. Psychiatry* 163:27-31. Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., et al. (2013) The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*. 12:137–48.

Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011) The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*. 11:100-171.

Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S. D., et al. (2009) Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 70:1219–29.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2014) Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*. 13(1):56–67.

DeMontigny, M., Girarda, M., Lacharitéb, C., Dubeau, D. & Devault, A. (2013) Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 150(1): 44-49.

Dinarello, C. A. (2000) Proinflammatory cytokines. *Chest*. 118:503- 508.

Driessen, E., Van, H. L., Don, F. J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., ... Dekker, J. J. M. (2013) The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*. 170:1041–50.

Dunner, D. L. (2005) Dysthymia and double depression. *Int Rev Psychiatry*. 17:3–8.

Economou, M. et al. (2013) 'Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece'. *Journal of Affective Disorders*. 145(3):308–314.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J. (2001) Cohort study of depressed mood during pregnancy and after child-birth. *British Medicine Journal*, 323, 257-260.

Fekadu, N., Shibeshi, W., & Engidawork, E. (2017) 'Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management.'. *Journal of Depression and Anxiety*. 6(1):1-7.

Fitelson, E. et al. (2010) 'Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options.', *International journal of women's health*, pp.1-14.

Friedman, R. (2012) Grief, depression, and the DSM-5. *N Engl J Med*. 366:1855-72.

Gartlehner, G., Hansen, R. A., Morgan, L. C., et al. (2011) Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: an updated meta-analysis. *Ann Intern Med*. 155(11):772-85.

Gelaye, B., et al. (2016) Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 3(10):973-982.

Ghadirian, A. M. (2015) 'Depression: Biological, Psychosocial, and Spiritual Dimensions and Treatment'. *The Journal of Baha'i Studies*. 25(4):25-60.

Gilbody, S. M., Whitty, P. M., Grimshaw, J. M., Thomas, R. E. (2003) Improving the detection and management of depression in primary care. *Qual Saf Health Care*. 12(2):149-155.

Gold, P., & Chrousos, G. (2013) Melancholic and atypical subtypes of depression represent distinct pathophysiological entities: CRH, neural circuits, and the diathesis for anxiety and depression. *Molec Psychiatry*. 18:632-4.

González-Pinto, A., Galán, J., Martin-Carrasco, M., Ballesteros, J., Maurino, J., Vieta, E. (2012) Anxiety as a marker of severity in acute mania. *Acta Psychiatr Scand*. 126:351-355.

Grande, I., et al. (2015) 'Bipolar disorder'. *The Lancet*. 6736(15):1– 12.

Hamilton, J. A. (1962). Postpartum Psychiatric Problems. The C.V. Mosby Co. St. Louis. 13. Kurstjens, S., & Wolke, d., (2001) Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(05): 623-636.

Hasler, G. (2010) "Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians?" *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 9(3):155–161.

Hedayati, S. S., & Finkelstein, F. O. (2009) Epidemiology, diagnosis, and management of depression in patients with CKD. *American journal of kidney diseases*. 54:741- 752.

Hidaka, B. H. (2012) Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*. 140(3):205–214.

Hotopf, M., Chidgey, J., Addington-Hall, J., Ly, K. L. (2002) Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med*. 16(2):81-97.

Irwin, M. (2002) Psychoneuroimmunology of Depression: Clinical Implications. *Brain, Behavior, and Immunity*. 16:1-16.

Jenkins, R., Baingana, F., Ahmad, R., McDaid, D., Atun, R. (2011) International and national policy challenges in mental health. *Mental Health in Family Medicine*. 8:101-114.

Joyce, A. T., Smith, P., Khandker, R., Melin, J. M., Singh, A. (2009) Hidden cost of rheumatoid arthritis (RA): estimating cost of comorbid cardiovascular disease and depression among patients with RA. *J Rheumatol*. 36(4):743-52.

Katon, W. J. et al (2010) Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N. Engl. J. Med*. 363:2611–2620.

Kerie, S., Menberu, M., & Niguse, W. (2018) Prevalence and associated factors of postpartum depression in Southwest, Ethiopia, 2017: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*. 11:623.

Kessler, R., and Bromet, E. (2013) The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*. 34(1):119-138.

Kupfer, D. J., Frank, E., Phillips, M. L. (2012) Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *The Lancet*. 379(9820):1045–1055.

Langlieb, A. M., & DePaulo, J. R. (2008) Etiology of depression and implications on work environment. *J Occup Environ Med*. 50(4):391-5.

Lea, P. (2014) Factors affecting nurses' intent to assess for depression in heart failure patients. *Dimens Crit Care Nurs*. 33(6):320-6.

Leonard, B. E., & Myint, A. (2009) The psychoneuroimmunology of depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 24:165–175.

Lowdermilk, D., L., Perry, S., E. & Alden, K., R. (2010) Νοσηλευτική Μητρότητας. 8 η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. 429- 464, 802-828.

Luppa, M. et al (2012) Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord*. 136:212–221.

Maharaj, R. G., Alli, F., Cumberbatch, K., Laloo, P., Mohammed, S., Ramesar, A., ... Ramtahal, I. (2008) Depression among adolescents, aged 13-19 years, attending secondary schools in Trinidad: prevalence and associated factors. *West Indian Medical Journal*. 57(4):352-9.

Mccormick, U., Murray, B., & Mcnew, B. (2015) 'Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses'. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 27(9):530–542.

McMartin, K., Gajic-Veljanoski, O., Wells, D., Higgins, C., & Walter, M. (2017) Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A

Health Technology Assessment. *Ontario Health Technology Assessment Series*. 17(15):1–167.

Melrose, S. (2017) 'Persistent Depressive Disorder or Dysthymia: An Overview of Assessment and Treatment Approaches'. *Open Journal of Depression*. 6(1):1–13.

Melrose, S. (2014) Paternal postpartum depression: How can nurses begin to help? *Journal Contemporary Nurse*. 34(2): 199-210.

Miller, L. J. (2002) Postpartum Depression. *JAMA*. 287(6):762-765.

Musser, K., A., Azza, A. Foli, K., Coddington, J., A. (2013) Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know. *Journal of Pediatric Health Care*. 27(6): 479-485.

Myint, A. M., Kim, Y. K., Verkerk, R., Scharpe, S., Steinbusch, H., & Leonard, B. E. (2007) Kynurenine pathway in major depression; evidence of impaired neuroprotection. *Journal of Affective Disorders*. 98:143–151.

Nagendra, K., Sanjay, D., Gouli, C., Kalappanavar, N. K., & VinodKumar, C. S. (2012) Prevalence and association of Depression and Suicidal tendency among adolescent students. *International Journal of Biomedical and Advance Research*. 3(9):714-719.

Nalugya-Sserunjogi, J., Rukundo, G. Z., Ovuga, E., Kiwuwa, S. M., Musisi, S., & Nakimuli-Mpungu, E. (2016) Prevalence and factors associated with depression symptoms among school-going adolescents in Central Uganda. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 10(39):1-8.

Naushad, S. et al. (2014) 'Study of proportion and determinants of depression among college students in Mangalore city'. *Nigerian Medical Journal*. 55(2):156.

Nilsson, U. (2008) The anxiety-and pain-reducing effects of music interventions: asystematic review. *Association of Operating Room NursesJournal*. 87(4):780-807.

O'Grady, M. A., Tennen, H., & Armeli, S. (2010) Depression history, depression vulnerability and the experience of everyday negative events. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 29(9):949–974.

Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., Jönsson, B. (2012) The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*. 19(1):155-162.

Park, S. C. et al. (2015) 'Knowledge and attitude of 851 nursing personnel toward depression in general hospitals of Korea'. *Journal of Korean Medical Science*, pp.953–959.

Patel, V. (2017) 'Talking sensibly about depression', PLoS Medicine. doi: 10.1371/journal.pmed.1002257. 53. Phillips, M. L. and Kupfer, D. J. (2013) 'Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions'. *Lancet*. 381(9878):1663–1671.

Pilgrim, D., & Rogers, A. (2004) *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Pilling, S., Anderson, I., Goldberg, D., Meader, N., Taylor, C., & On behalf of the two guideline development groups. (2009) Depression in adults, including those with a chronic physical health problem: summary of NICE guidance. *The BMJ*. 339:4108.

Poona, D. C. H., Hoa, Y. S., Chiu, K., & Chang, R. C. C. (2013) Cytokines: How important are they in mediating sickness. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 37:1–10.

Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2013) 'DSM-5 TM Diagnostic Criteria'. *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*. 5:32–34.

Reynolds, J., Griffiths, K., Cunningham, J., Bennett, K., and Bennett, A. (2015) Clinical Practice Models for the Use of E-Mental Health Resources in Primary Health Care by Health Professionals and Peer Workers: A Conceptual Framework. *JMIR Mental Health*. 2(1):6.

Ritchie, M. (2011) Psychosocial nursing care for adolescents with cancer. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 24(3):165-175.

Sampaio, F., da Cruz Sequeira, C., & Lluch Canut, M. (2015) Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies, *Journal of Clinical Nursing*. 24(1):21-6.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2009) Dysthymic Disorder: Forlorn and Overlooked? *Psychiatry (Edgmont)*. 6(5):46–51.

Schnall, R., Currie, L. M., Jia, H., John, R. M., Lee, N.-J., Velez, O., & Bakken, S. (2010) Predictors of Depression Screening Rates of Nurses Receiving a Personal Digital Assistant-based Reminder to Screen. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 87(4):703–712.

Segre, L. S. et al. (2010) ‘Nursing care for postpartum depression, part 1: Do nurses think they should offer both screening and counseling?’. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, pp.220–225.

Seney, M. L. Huo, Z. Cahill, K. French, L. Puralewski, R. Zhang, J. et al (2018) Opposite Molecular Signatures of Depression in Men and Women. *Biological Psychiatry*. 84(1):18–27.

Stange, J. P. Alloy, L. B. Fresco, D. M. (2017) Inflexibility as a vulnerability to depression: a systematic qualitative review. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 24:245–276.

Subodh, B. N., Avasthi, A., Chakrabarti, S. (2008) Psychosocial impact of dysthymia: a study among married patients. *J Affect Disord*. 109:199–204.

Sudak, D. (2012) Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Psychiatric Clinics of North America*. 35(1):99-110.

Suppli, N. P. et al (2017) Survival after early-stage breast cancer of women previously treated for depression: a nationwide Danish cohort study. *J. Clin. Oncol*. 35:334–342.

Suzuki, K. et al. (2015) 'Screening for major depressive disorder with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) in an outpatient clinic staffed by primary care physicians in Japan: A case control study'. *PLoS ONE*. 10(3):2–9.

Theofilou, P. (2013) Medication Adherence in Greek Hemodialysis Patients: The Contribution of Depression and Health Cognitions. *Int J Behav Med*. 20:311-318.

Uhlenbusch, N. et al (2019) Depression and anxiety in patients with different rare chronic diseases: a cross-sectional study. *PLoS ONE*. 14:e0211343.

Van Meter, A. R., & Youngstrom, E. A. (2012) Cyclothymic disorder in youth: why is it overlooked, what do we know and where is the field headed? *Neuropsychiatry*. 2(6):509–519.

Villada, P., Vélez, A., Baena, L. Z. (2013) Physical Exercise and Depression in the Elderly : A Systematic Review. *Rev Colomb Psiquiatr*. 42(2):198-211.

Vogelzangs, N., Duivis, H., Beekman, A., Kluft, C., Neuteboom, J., et al. (2012) Association of depressive disorders, depression characteristics and antidepressant medication with inflammation. *Translational Psychiatry*. 2: 1-9.

Wang, J. et al (2017) Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 7:e017173.

Wilkinson, G. (1992) The role of the practice nurse in the management of depression. *International Review of Psychiatry*. 4(3- 4):311-315.

Wisner, K. L. Parry, B. L. Piontek, C. M. (2002) Postpartum Depression. *N Engl J Med*. 347:194-199.

Wood, E., Ohlsen, S., and Ricketts, T. (2017) What are the barriers and facilitators to implementing Collaborative Care for depression? A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 214:26-43.

Αλεξόπουλος, Δ. (2011) *Ψυχομετρία*. Αθήνα: Πεδίο.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Βιβλιάκη, Β. (2016) Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα. Η μαία στην Π.Φ.Υ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Ευθυμίου, Κ., & Ψωμά, Μ. (2012) Το γνωσιακό - συμπεριφορικό πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας της κατάθλιψης του Lewinsohn: Δομή, Εφαρμογή και Αποτελεσματικότητα του προγράμματος. *Εγκέφαλος*. 49:60-66.

Κωνσταντάκου, Κ. (2015) *Κατάθλιψη και σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης*. ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Μαλή, Κ. Κοτσότα, Ε. (2015) *Επιλόχειος κατάθλιψη και ο ρόλος του νοσηλευτή*. ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Μάνος, Ν. (1997) *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μελικίδου, Ν. (2017) *Επιλόχειος κατάθλιψη και νοσηλευτικές διεργασίες*. Πτυχιακή εργασία. Ιωάννινα: ΤΕΙ Ηπείρου. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Μπίμπου, Α., & Κιοσέογλου, Γ. (2001) Προσδιορισμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά και εφήβους σχολικής ηλικίας. II Παράγοντες φύλου και ηλικίας στην αξιολόγηση παιδιών και εφήβων με σημαντική παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*. 3(1):96-109.

Ορφανού, Ε. (2016) *Ο ρόλος του νοσηλευτή*. Πτυχιακή εργασία. Ιωάννινα. Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας. Τμήμα νοσηλευτικής.

Ραγιά, Α. (2001) *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.

Ρήγα, Γ. (2018) *Επιλόχειος κατάθλιψη και ο ρόλος του νοσηλευτή*. ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Σταθάρου, Α., Μπερκ, Α., Γαλάτου, Χ. (2012) Ψυχο-εκπαίδευση, εκπαίδευση και θεραπεία οικογένειας ψυχικά ασθενών. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 4(4):136-140.

Σταμάτι,Τ. και Ξύστρα, Ο. (2018) *Νέα δεδομένα στην κατάθλιψη και ο ρόλος του νοσηλευτή*. Πτυχιακή εργασία. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι.Ηπείρου. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Στεφανής, Κ., & συν. (1973) *Θέματα ψυχιατρικής*. Αθήνα: Συμμετρία.

Τάρη, Χ. (2018) *Κατάθλιψη και ο ρόλος του νοσηλευτή*. Πτυχιακή εργασία. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Τουμπίδου, Α. (2020) *Κατάθλιψη και νοσηλευτικές διεργασίες*. Πτυχιακή εργασία. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Φωτιάδης, Φ. (2015) *Κατάθλιψη και ο ρόλος του νοσηλευτή*. ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Χαραλάμπου, Ε. (2021) *Κατάθλιψη και νοσηλευτική φροντίδα*. ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Φώσκολος, Δ. (2011) Στρες, Κατάθλιψη και Alzheimer: Το τρίγωνο της λήθης. *Εγκέφαλος*. 48:131-136.
