

**ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ



E.Munch Melancholy (1891) Nasjonal Galleriet Oslo.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΔΑΦΕΡΜΟΥ ΜΑΡΙΑ

**ΜΠΑΛΑΓΟΥΡΑ ΑΡΙΣΤΕΑ
ΧΑΤΖΟΓΙΑΝΝΑΚΗ ΓΑΛΑΤΕΙΑ**

ΜΑΡΤΙΟΣ 2008

*“Όταν αρρωσταίνει το μυαλό είναι σαν να μένει το αυτοκίνητο
χωρίς οδηγό”.*

John Forbes Nash Νόμπελ Οικονομίας (1994)

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή μας εργασία έχει σαν θέμα “ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ”.

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

Βασικός μας σκοπός είναι : να παρουσιάσουμε την συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία. Δευτερεύον σκοπός μας είναι : η διερεύνηση τρόπων πρόληψης, υποστήριξης και όσο το δυνατόν καλύτερης επανένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο.

Το Θεωρητικό Μέρος της πτυχιακής μας εργασίας περιλαμβάνει : Πρόλογο – Εισαγωγή και το Κυρίως Θέμα το οποίο αποτελείται από τον Ορισμό και τα Είδη Κατάθλιψης, γενικά. Τον Επιπολασμό της Καταθλιπτικής Νόσου στην Ελλάδα, τους Πιθανούς Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της νόσου, τα Κλινικά Σημεία και τα Συμπτώματα και τέλος, την Θεραπεία της νόσου.

Το Θεωρητικό Μέρος περιλαμβάνει επίσης, την Κατάθλιψη σε ηλικιωμένους ειδικότερα, τον Επιπολασμό της νόσου στον ηλικιωμένο πληθυσμό (στην Ελλάδα), τους Πιθανούς Παράγοντες, τα Κλινικά Σημεία και Συμπτώματα και την Θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

Το Ερευνητικό Μέρος περιλαμβάνει το Υλικό (Πληθυσμός – Δείγμα Ηλικιωμένων), την Μεθοδολογία (Ερωτηματολόγιο) και τα Αποτελέσματα. Τα ερωτηματολόγια τα οποία μοιράστηκαν μόνο για ερευνητικό σκοπό, αποτελούνταν από ερωτήσεις κλειστού τύπου (πολλαπλής επιλογής) και χωρίς να αναγράφεται το όνομα-επώνυμο των ηλικιωμένων. Μοιράστηκαν σε διάφορα ΚΑΠΗ του Δήμου Ηρακλείου.

Το ερωτηματολόγιο είναι μεταφρασμένο από τα αγγλικά, σταθμισμένο και υπάρχει άδεια για τη χρησιμοποίησή του (ερωτηματολόγιο Beck Depression Index).

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής θα παρατεθούν σε πίνακες και θα αναλυθούν στατιστικά με το πακέτο S. P. S. S. (Statistical Package Social Sciences).

Η χρονολογία έγκρισης της πτυχιακής μας εργασίας δόθηκε 25-5-2006. Ολοκληρώθηκε τον Μάρτιο του 2008.

Εν κατακλείδι, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συμμετείχαν και βοήθησαν στο να πραγματοποιηθεί αυτή η εργασία μας, τους υπεύθυνους των ΚΑΠΗ και ιδιαίτερα την καθηγήτριά μας Κα Δαφέρμου Μαρία για την πολύτιμη βοήθειά της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	σελ. 1
Κεφάλαιο 1 ^ο	σελ. 3
1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	σελ. 4
1.1 Ορισμός και είδη κατάθλιψης	σελ. 4
1.2. Επιπολασμός της κατάθλιψης	σελ. 7
1.3. Αιτίες εμφάνισης της κατάθλιψης	σελ. 7
1.4. Συμπτώματα της κατάθλιψης	σελ. 9
1.5. Διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου	σελ. 10
1.6. Διαφοροδιάγνωση της κατάθλιψης	σελ. 11
1.7. Θεραπεία της κατάθλιψης	σελ. 13
1.7.1 Φαρμακευτική θεραπεία	σελ. 14
1.7.2 Ψυχοθεραπεία	σελ. 17
1.7.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)	σελ. 20
1.8. Σωματική άσκηση και κατάθλιψη	σελ. 22
1.9. Κατάθλιψη και περιβάλλον	σελ. 23
Κεφάλαιο 2 ^ο	σελ. 28
2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	σελ. 29
2.1. Επιπολασμός κατάθλιψης στους ηλικιωμένους (στην Ελλάδα).	σελ. 29
2.2. Πιθανοί παράγοντες	σελ. 30
2.3. Είδη κατάθλιψης – Κλινικά Σημεία- Συμπτώματα	σελ. 32
2.4. Διάγνωση	σελ. 35
2.5. Διαφορική διάγνωση	σελ. 37
2.6. Θεραπεία	σελ. 38
2.6.1. Φαρμακευτική θεραπεία	σελ. 40
2.6.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	σελ. 42
2.6.3. Ψυχολογικές θεραπείες	σελ. 42
2.7. Προληπτική νοσηλευτική παρέμβαση	σελ. 44
2.7.1. Πρωτογενής πρόληψη	σελ. 44
2.7.2. Δευτερογενής πρόληψη	σελ. 45
2.7.3. Τριτογενής πρόληψη	σελ. 45
2.8. Νοσηλευτική αντιμετώπιση του ηλικιωμένου στην κοινότητα	σελ. 46
Κεφάλαιο 3 ^ο	σελ. 50
3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	σελ. 51
3.1. Ερευνητικά ερωτήματα	σελ. 51
3.2. Το δείγμα μας	σελ. 51
3.3. Ερωτηματολόγιο Beck	σελ. 52
3.3.1 Ανάπτυξη και ιστορία του ερωτηματολογίου Beck	σελ. 52
3.3.2. Beck	σελ. 53
3.3.3. Beck – II	σελ. 53
3.4. Τα ερωτηματολόγια	σελ. 54

3.5. Περιγραφική στατιστική	σελ. 58
3.5.1. Επίπεδο μόρφωσης του δείγματος	σελ. 58
3.5.2. Επάγγελμα του δείγματος	σελ. 59
3.5.3. Φύλο του δείγματος	σελ. 60
3.5.4. Συζυγική κατάσταση του δείγματος	σελ. 61
3.5.5. Συχνότητα κατάθλιψης	σελ. 62
3.5.6. Μέσος όρος κατάθλιψης	σελ. 63
3.5.7. Κατάθλιψη και φύλο	σελ. 63
3.5.8. Κατάθλιψη και οικογενειακή κατάσταση	σελ. 63
3.6. Συμπεράσματα	σελ. 64
3.7. Προτάσεις	σελ. 64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	σελ. 66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	σελ. 70

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κανένα μέρος της ψυχικής ζωής δεν είναι σημαντικότερο, για την ποιότητα και τη σημασία της ύπαρξης μας, από τα συναισθήματα. Αυτά δίνουν στη ζωή αξία και νόημα ή και το αντίθετο.

Τι είναι όμως τα συναισθήματα; Θα μπορούσε να πει κάποιος πως είναι το σύνολο των καταστάσεων που "χρωματίζουν" τα αντικείμενα, τους ανθρώπους, τις εμπειρίες κάνοντάς τα ευπρόσδεκτα ή μη, ευχάριστα ή δυσάρεστα, επιθυμητά ή ανεπιθύμητα. Τα συναισθήματα είναι αισθήματα που βιώνονται πολύ έντονα για σύντομο χρονικό διάστημα π.χ. φόβος, θυμός, χαρά κ.τ.λ.

Η ποιότητα των συναισθημάτων και των αισθημάτων καθορίζεται από μια διαρκή ψυχική κατάσταση, μια εσωτερική διάθεση η οποία κατευθύνει την ψυχική δραστηριότητα του ανθρώπου. Η ζωή κάθε ανθρώπου, αν και με σημαντικές ατομικές μεταβολές, χαρακτηρίζεται στο επίπεδο των γενικών αισθημάτων και συναισθημάτων, από συνεχείς και περιοδικές μεταβολές της διάθεσης, από την ευθυμία στην μελαγχολία, περνώντας από το στάδιο της αδιαφορίας. Αν αυτές οι μεταβολές ξεφύγουν από το φυσιολογικό και επιμένει το στάδιο της μελαγχολίας τότε μπορούμε να πούμε ότι το άτομο πάσχει από κατάθλιψη.

Έχει βρεθεί πως κάποιες ουσίες, οι νευροδιαβιβαστές, σχετίζονται άμεσα με την ψυχική υγεία. Οι νευροδιαβιβαστές αυτοί είναι η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη.

Η σεροτονίνη έχει σημαντικό ρόλο στην ρύθμιση του θυμού, της επιθετικότητας, της όρεξης, της διάθεσης, του ύπνου και της σεξουαλικότητας. Χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης να σχετίζονται με διάφορες διαταραχές όπως αύξηση της επιθετικότητας και του θυμού, κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, αγχώδη διαταραχή κ.α. Η νοραδρεναλίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής σημαντικός στη ρύθμιση της προσοχής, των συναισθημάτων, του ύπνου, της μάθησης. Η νοραδρεναλίνη επηρεάζει τα μέρη του εγκεφάλου όπου ελέγχεται ο κύκλος ύπνου – εγρήγορσης, η προσοχή και οι αντιδράσεις, εκκρίνεται σε καταστάσεις άγχους. Όταν η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη δεν βρίσκονται σε ισορροπία αλλά παρατηρείται μείωση τους τότε εμφανίζεται αλλαγή στη διάθεση, τη σεξουαλικότητα, την κινητικότητα καθώς και αλλαγές στην όρεξη. Η μείωση αυτή είναι ένας από τους λόγους εμφάνισης της κατάθλιψης. Για το λόγο αυτό άλλωστε οι ουσίες αυτές χρησιμοποιούνται ευρέως στην θεραπεία της κατάθλιψης, στη δημιουργία συγχρόνων φαρμάκων.

Παρ' όλη όμως την πρόοδο της ψυχιατρικής αλλά και της φαρμακολογίας, οι οποίες κατάφεραν να ελέγξουν τα συμπτώματα των ασθενών αλλά και να τους προσφέρουν καλύτερες συνθήκες ζωής, η κοινωνία εξακολουθεί να τους βάζει στο περιθώριο. Έτσι οι ψυχικά ασθενείς εκτός από τη νόσο τους καλούνται να αντιμετωπίσουν και τον κοινωνικό στιγματισμό. Οι περισσότεροι άνθρωποι κρατούν τους ανθρώπους αυτούς σε απόσταση ασφαλείας φοβούμενοι μήπως "μολυνθούν" και οι ίδιοι. Είναι όμως και αυτοί άνθρωποι που τους συναντούμε καθημερινά στη δουλειά, στο δρόμο, στη

γειτονιά ακόμα και στο στενό οικογενειακό περιβάλλον. Κανείς άλλωστε δεν πρέπει να ξεχνά πως δεν είναι θωρακισμένος απέναντι στην ψυχική ασθένεια, μπορεί κάποια στιγμή να νοσήσει ο ίδιος ή κάποιο στενό του πρόσωπο και τότε να βρεθεί αντιμέτωπος με όλα όσα κάποτε είχε βάλει στο περιθώριο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η ζωή μας απαρτίζεται από ευτυχία, θλίψη, καλές και άσχημες στιγμές. Όταν οι στιγμές θλίψης υπερτερούν των ευτυχισμένων στιγμών μερικές εβδομάδες της ζωής μας επηρεάζοντας αρνητικά τις συνηθισμένες μας δραστηριότητες, υπάρχει το ενδεχόμενο νόσησης από μία συχνή και σοβαρή ασθένεια – την κατάθλιψη.

1.1 Ορισμός και είδη κατάθλιψης

Ο όρος κατάθλιψη στην ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο. Χαρακτηρίζεται από ένα μείγμα συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών τα οποία διαχωρίζονται αυστηρώς από τα καθημερινά συναισθήματα και λειτουργίες. Η κατάθλιψη είναι πιο έντονη από τη λύπη και πολλές φορές δημιουργεί αισθήματα αναξιότητας και απάθειας. Έλλειψη ευχαρίστησης από τις καθημερινές δραστηριότητες και οξυθυμία σε υπερβολικό βαθμό. Παράλληλα δυσκολεύει απλές καθημερινές λειτουργίες του ατόμου όπως τον ύπνο, τη διατροφή και την σκέψη.

Τρία είναι τα βασικά είδη της κατάθλιψης:

- **Μείζων καταθλιπτική διαταραχή:** Είναι ο πιο συχνός τύπος κατάθλιψης. Το κυριότερο σύμπτωμα που έχουν όλοι όσοι πάσχουν από κατάθλιψη είναι ένα αίσθημα “κενού” ή λύπης που επιμένει για αρκετές εβδομάδες. Άλλα συμπτώματα είναι: έλλειψη ενδιαφέροντος και απόλαυσης για τις συνηθισμένες δραστηριότητες, το άτομο αισθάνεται πως είναι κουρασμένο συνεχώς, προβλήματα στον ύπνο, αλλαγές στη διατροφή, ευερεθιστότητα, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, αισθήματα ενοχής, αναξιότητας και απελπισίας και δυσκολία στη μνήμη, τη συγκέντρωση ή στη λήψη αποφάσεων.
- **Δυσθυμία ή χρόνια κατάθλιψη:** Είναι μία λιγότερο σοβαρή, αλλά πιο μακροχρόνια κατάθλιψη, μερικά άτομα πάσχουν από αυτή όλη τους τη ζωή. Η κύρια διαφορά της από τη μείζονα κατάθλιψη έγκειται στον αριθμό και στη διάρκεια των συμπτωμάτων. Για να διαγνωσθεί η δυσθυμία απαιτείται κακή διάθεση και τρία συμπτώματα (στην μείζονα κατάθλιψη απαιτούνται κακή διάθεση και τέσσερα συμπτώματα). Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι λιγότερο έντονα στην δυσθυμία, μπορεί να μην εμφανίζονται καθημερινά, αλλά υφίστανται τις περισσότερες ημέρες κατά τη διάρκεια τουλάχιστον δύο ετών.

- **Διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη:** Όσοι πάσχουν από διπολική διαταραχή από τον υπέρμετρο ενθουσιασμό, την ευφορία και την μεγαλομανία περνούν στη θλίψη, την στενοχώρια και την απογοήτευση. Αυτές οι διακυμάνσεις μπορεί να γίνουν μέσα σε λίγες μόνο μέρες ή μπορεί να χρειαστούν εβδομάδες. Μπορεί να υπάρξουν και περίοδοι μεταξύ αυτών των διακυμάνσεων, κατά τις οποίες το άτομο αισθάνεται φυσιολογικά. Με τη διπολική διαταραχή αισθάνεται κανείς σαν να είναι σε μια τεράστια συναισθηματική τραμπάλα. Σαν ένα γιογιό που πηγαίνει από τον ένα συναισθηματικό πόλο (χαμηλά) στον αντίθετο (υψηλά) με απρόβλεπτη συχνότητα. Αν δεν χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία εγκαίρως, οι διακυμάνσεις μεταξύ κατάθλιψης και μανίας θα γίνονται μεγαλύτερες και ο χρόνος μεταξύ τους θα γίνει μικρότερος.

Θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούν και τα συμπτώματα της μανιακής φάσης. Αυτά είναι: διάθεση που χαρακτηρίζεται από διέγερση και ευφορία, το άτομο είναι γεμάτο ενέργεια (τόσο γεμάτο που δεν μπορεί να περιοριστεί), είναι πολύ ομιλητικό και κινητικό, μπορεί οι σκέψεις του να "τρέχουν" και να αναφέρεται σε ιδέες και θέματα από ποικίλες και διάφορες κατηγορίες ταυτόχρονα. Το άτομο έχει λίγη ανάγκη από ύπνο. Μπορεί να είναι ευερέθιστο, η προσοχή του αποσπάται εύκολα, να είναι μεγαλομανής (να υπερεκτιμά έντονα και εξωπραγματικά τις δυνατότητές του) και τέλος μπορεί να γίνει επιθετικό. Υπάρχει σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας.

Άλλα είδη κατάθλιψης είναι τα εξής:

- **Εποχιακή καταθλιπτική διαταραχή:** Αυτού του είδους η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε εποχή του χρόνου. Ωστόσο, σε μετρικούς ανθρώπους, εμφανίζεται τακτικά το χειμώνα, όταν οι μέρες είναι πιο μικρές και το φως λιγότερο. Όσοι ζούνε σε σημεία της γης όπου οι χειμώνες είναι μεγάλοι και σκοτεινοί, έχει ανακαλυφθεί πως οι διακοπές σε ηλιόλουστα και ζεστά μέρη μπορούν να βελτιώσουν τη διάθεσή τους. Κάποια άτομα τα βοήθησε η φωτοθεραπεία, ενώ σε άλλες περιπτώσεις απαιτείται θεραπεία με αντικαταθλιπτικά για να ξεπεράσει κάποιος το χειμώνα και να φθάσει ως την άνοιξη χωρίς να υποφέρει υπερβολικά.

- **Επιλόχειος κατάθλιψη:** Εμφανίζεται μετά τη γέννα καθώς η εγκυμοσύνη και η γέννα είναι γεγονότα τα οποία εξασθενούν τη μητέρα σωματικά και συναισθηματικά. Επιπλέον, παρατηρούνται πολύ μεγάλες ορμονικές αλλαγές στο σώμα της μητέρας, και γνωρίζουμε ότι οι ορμόνες μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση. Ακόμη εμφανίζεται συναισθηματικό συντριβή από το βάρος του νέου, ή του επιπλέον μωρού που πρέπει να φροντίζει και αμφιβολία για τη δυνατότητά της να είναι καλή μητέρα. Αίσθημα πίεσης από τις αλλαγές της ρουτίνας στην εργασία και το σπίτι. Μερικές φορές οι γυναίκες σκέφτονται ότι πρέπει να είναι "οι τέλειες μητέρες", γεγονός που δεν είναι ρεαλιστικό και προσθέτει επιπλέον άγχος, το οποίο συμβάλλει στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Παρατηρούνται επίσης φοβικά συναισθήματα απώλειας, της ταυτότητας της νέας μητέρας, ποια είναι τώρα και ποια ήταν πριν το νέο μωρό. Επίσης φόβοι απώλειας ελέγχου του μητρικού ρόλου, της προ-εγκυμοσύνης σιλουέτας και φόβος απώλειας της αίσθησης να είναι ελκυστική. Μείωση του ελεύθερου χρόνου και μείωση του ελέγχου της διάθεσης αυτού

του χρόνου. Η ανάγκη για μεγαλύτερη παραμονή στο σπίτι βιώνεται από την μητέρα σαν "εγκλωβισμός" και μείωση του διαθέσιμου χρόνου για εργασία και διασκέδαση. Έχει διαπιστωθεί πως το 50 - 75% των γυναικών βιώνει μελαγχολία μετά τη γέννα. Οι περισσότερες γυναίκες το ξεπερνούν αλλά περίπου το 5 - 7,5% από αυτές θα χρειαστεί θεραπεία για επιλόχειο κατάθλιψη.

Η επιλόχειος κατάθλιψη δεν είναι μια ασήμαντη νόσος. Μπορεί να καταστρέψει ένα γεγονός που θα έπρεπε να συνοδεύεται μόνο από χαρά και ευτυχία. Μπορεί να ζημιώσει μόνιμα τη σχέση της μητέρας και του παιδιού, αλλά και τις άλλες οικογενειακές σχέσεις. Στη χειρότερη περίπτωση, η μητέρα μπορεί να εγκαταλείψει, να τραυματίσει ή ακόμα και να σκοτώσει το παιδί της.

- *Διπλή κατάθλιψη (δυσθυμία και μείζων κατάθλιψη ταυτοχρόνως):* Στην περίπτωση αυτή κάποιος που ήταν ήδη αρκετά μελαγχολικός γίνεται πιο μελαγχολικός. Στην ιατρική ορολογία, η διπλή κατάθλιψη επέρχεται όταν ένα άτομο, το οποίο έχει ήδη δυσθυμία, υποφέρει από ένα επεισόδιο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.
- *Άτυπη κατάθλιψη (χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα συμπτώματα):* Η άτυπη κατάθλιψη είναι μια κατάθλιψη που έχει εκδηλώσεις και συμπτώματα διαφορετικά από αυτά που είναι τα συνηθισμένα χαρακτηριστικά της καταθλιπτικής διαταραχής. Άτομα με άτυπη κατάθλιψη κοιμούνται περισσότερο, κερδίζουν βάρος αντί να χάνουν και τείνουν να είναι ιδιαίτερω ευαίσθητα στην κριτική και στην απόρριψη.
- *Παραληρητική κατάθλιψη (βαρύτερή μορφή που μπορεί να απαιτήσει νοσηλεία):* Σε αυτή τη μορφή κατάθλιψης ο ασθενής εισέρχεται για τα καλά στο χώρο της ψύχωσης (ψυχωσική κατάθλιψη). Εκτός από τα συνηθισμένα συμπτώματα που προκαλεί η μείζων κατάθλιψη, εμφανίζονται επιπλέον ψευδαισθήσεις: α) ο ασθενής πιθανά να "ακούει" πένθιμες φωνές, κλάματα, βογγητά κ.τ.λ. που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα, β) πιθανά να "βλέπει" πένθιμα σύμβολα ή σύμβολα θανάτου, να αιωρούνται στον αέρα κοντά του. γ) Ο ασθενής μπορεί να αναπτύξει ψευδείς πεπιοθήσεις αναξιότητας και ενοχής που δεν στηρίζονται σε κανένα πραγματικό γεγονός.
- *Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους (κατάθλιψη σε άτομα άνω των 65):* Στην ουσία, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν διαφέρει από αυτή στους άλλους ενήλικες. Αλλά, η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια, όπως άνοια ή ρευματικά νοσήματα. Είναι σημαντικό αν ένας ηλικιωμένος έχει άλλα προβλήματα υγείας και υποφέρει από κατάθλιψη να λάβει αγωγή και γι' αυτήν. Η φθίνουσα υγεία, ο πόνος που γίνεται πιο δυνατός και η ανικανότητα, καθώς και η μοναξιά λόγω της πιθανής απώλειας του συντρόφου ή η κοινωνική απομόνωση, μπορούν να συνεισφέρουν στην κατάθλιψη. Είναι πολύ σημαντικό η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να παραπονεθούν για σωματικά προβλήματα, αυξημένο άγχος ή προβλήματα με την μνήμη και τη συγκέντρωση, παρά για τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης.

1.2. Επιπολασμός της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, καταλαμβάνει σήμερα την τέταρτη θέση και υπολογίζεται ότι μέχρι το 2020 θα αναρριχηθεί στην δεύτερη θέση της κατάταξης. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, στους διαζευγμένους και στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών.

Υπολογίζεται πως το 6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως και 550 χιλιάδες στην Ελλάδα. Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σε όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 15% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και το 5,8% ανδρών θα νοσήσουν σε ένα έτος.

Πιστεύεται ότι εκτός από τις βιολογικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής των γυναικών (τοκετοί, ανατροφή παιδιών) αλλά και το γεγονός ότι παραδέχονται ευκολότερα ότι είναι καταθλιπτικές, είναι που διαμορφώνουν τα παραπάνω ποσοστά.

1.3. Αιτίες εμφάνισης της κατάθλιψης

Οι ακριβείς αιτίες εμφάνισης της κατάθλιψης είναι άγνωστες. Διάφοροι παράγοντες βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί πιστεύεται πως συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου:

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

2) Γενετικοί παράγοντες. Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικά της

προσωπικότητας κ.λ.π.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος.

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

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

5) Stress. Στρεσογόνα γεγονότα όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, προβλήματα σε κάποια σχέση ή στο γάμο, διαζύγιο, οικονομικά προβλήματα ή ανεργία, μετανάστευση μπορούν να πυροδοτήσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Μερικές φορές αυτό μπορεί να προκληθεί και από ευχάριστα γεγονότα όπως ένας γάμος, μια νέα σχέση, προαγωγή ή μετακόμιση.

6) Ψυχολογικοί παράγοντες και προσωπικότητα. Κάποιοι με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη. Αυτοί οι τύποι προσωπικότητας περιλαμβάνουν: άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, άτομα που εύκολα κυριεύονται από stress, τελειομανείς. Μερικές φορές τα στοιχεία αυτά προδιαθέτουν σε κατάθλιψη και άλλες φορές αναπαριστούν πρώιμα συμπτώματα της νόσου.

7) Τρόπος σκέψης. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται, δηλαδή πως μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και έχουν σαν αποτέλεσμα να “παραμορφώνουν” τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν.

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

1.4. Συμπτώματα της κατάθλιψης

Τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζει κάποιος όταν πάσχει από κατάθλιψη περιλαμβάνουν τα εξής:

- 1) Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος** ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα. Π.χ. μια μητέρα έχασε το ενδιαφέρον της να φροντίσει το παιδί της, να καθαρίσει το σπίτι της, να ντυθεί όμορφα, πράγματα που πριν την ευχαριστούσαν πολύ. Η αλλαγή αυτή στην συμπεριφορά της έχει γίνει αντιληπτή από το στενό της περιβάλλον.
- 2) Καταθλιπτική διάθεση**, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα όπως σημειώνεται είτε από το ίδιο το άτομο είτε από τις παρατηρήσεις των άλλων (π.χ. ο ασθενής κλαίει συχνά και φαίνεται πολύ στεναχωρημένος).
- 3) Δυσκολία στον ύπνο.** Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ. μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι όλοι οι ασθενείς ξυπνούν πολύ νωρίς, π.χ. από τις 4 το πρωί και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρόωγη αφύπνιση, όπως λέγεται, εμφανίζεται πολύ συχνά στην κατάθλιψη.
- 4) Διαταραχές στην όρεξη** για φαγητό. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους (ένας ασθενής μπορεί να χάσει σε ένα μήνα ως και 5 κιλά). Σε μια μικρή ομάδα ασθενών προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή η υπερφαγία.
- 5) Απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ.** Τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η απώλεια ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη. Ας σημειωθεί ότι εδώ αναφερόμαστε στην διάθεση για σεξ και όχι στο αν γίνεται η ερωτική πράξη ή όχι. Π.χ. μπορεί μια γυναίκα να κάνει έρωτα με το σύντροφο της γιατί εκείνος το θέλει, αλλά αν ερωτηθεί η ίδια θα πει ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμιά ευχαρίστηση.
- 6) Απώλεια των δυνάμεων** και της ενεργητικότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα και γι' αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί από την άλλη να εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί.
- 7) Αδυναμία συγκέντρωσης**, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις.

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

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

10)Ιδέες αυτοκτονίας. Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι πιο σοβαρός σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη.

11)Γενικά σωματικά συμπτώματα. Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά προβλήματα όπως πονοκέφαλος, πόνος γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό κ.λ.π. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα αυτά δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται σε άγχος ή κόπωση.

Όπως είδαμε παραπάνω, ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα. Η διαφορά αυτού του συναισθήματος από το φυσιολογικό είναι ότι στην κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι πιο έντονο και μόνιμο. Δεν επηρεάζεται από τις καταστάσεις που ζει ο ασθενής, π.χ. ο ασθενής δεν θα γελάσει και δεν θα αισθανθεί παροδικά καλύτερα όταν συμβεί κάτι χαρούμενο. Επίσης, στην κατάθλιψη το συναίσθημα μπορεί να είναι χειρότερο το πρωί σε σχέση με το βράδυ, ενώ στους φυσιολογικούς ανθρώπους, που απλά νιώθουν στεναχωρημένοι, η διάθεση τους είναι συνήθως καλύτερη όταν σηκώνονται το πρωί.

1.5. Διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου

Τα διαγνωστικά κριτήρια του καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με το DSM-III-R (The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) είναι τα ακόλουθα:

A. Πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα να υπάρχουν ταυτόχρονα, για δύο εβδομάδες το λιγότερο, καλύπτοντας το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για κάθε μέρα. Αυτά, να προκαλούν μείωση της προηγούμενης λειτουργικότητας και να περιλαμβάνονται απαραίτητα τα 1) και 2).

1) Καταθλιπτικό συναίσθημα (ή ευερεθιστότητα για τους εφήβους).

2) Έκδηλα μειωμένο ενδιαφέρον και μειωμένη ευχαρίστηση για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες.

- 3) Σημαντική απώλεια ή αντίθετα αύξηση του βάρους, χωρίς μεταβολή της διαίτας (π.χ. 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα). Ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα (στα παιδιά παρατηρείται αδυναμία να κερδίσουν το κανονικό βάρος).
- 4) Αϋπνία ή υπερυπνία.
- 5) Ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση.
- 6) Κόπωση ή απώλεια της δραστηριότητας.
- 7) Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή αναιτιολόγητης ενοχής (η οποία μπορεί να είναι παραληρητική).
- 8) Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή έλλειψη πρωτοβουλίας.
- 9) Επίμονες σκέψεις θανάτου, ιδέες αυτοκτονίας ή απόπειρα αυτοκτονίας.

B.

- 1) Δεν διαπιστώνεται ευθύνη οργανικού παράγοντα για την πρόκληση ή τη συντήρηση της διαταραχής.
- 2) Η διαταραχή δεν αποτελεί αντίδραση στο θάνατο αγαπημένου προσώπου (αποκλεισμός του “μη επιπλεγμένου” πένθους).

Γ. Στη διάρκεια της διαταραχής δεν μεσολαβούσε περίοδος δύο ή πιο πολλών εβδομάδων, στην οποία να προέχουν επίμονες παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, κατά τη διάρκεια των οποίων οι διαταραχές του θυμικού να αποτελούν δευτερεύον σύμπτωμα.

Δ. Η κατάθλιψη δεν επικάθεται σε σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, παραληρητική διαταραχή ή ψυχωσική διαταραχή που δεν ταξινομείται αλλιώς.

1.6. Διαφοροδιάγνωση της κατάθλιψης

Η διαφοροδιάγνωση της κατάθλιψης πρέπει να γίνεται από:

1. Οργανικές ψυχικές διαταραχές όπως: α) Γεροντικές και προγεροντικές άνοιες με κατάθλιψη. Σε αυτές προέχουν οι διαταραχές της μνήμης, της κρίσης και της νοημοσύνης και οι ψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν οργανικότητα. β) Σύνδρομα από ψυχοδραστικές ουσίες (αλκοολικά, στερητικά αμφεταμινών, κοκαΐνης και μερικών ψευδαισθησιογόνων, συναισθηματικά σύνδρομα από λήψη ψευδαισθησιογόνων φαρμάκων και άλλων ουσιών). Η διαφοροδιάγνωση θα βασιστεί στην παρουσία διαταραχών της συνείδησης, στο ιστορικό λήψης ουσιών και στην ανίχνευσή τους στα υγρά του σώματος. γ) Λοιμώδη, μεταβολικά και ενδοκρινολογικά νοσήματα, όπως: γρίπη, τυφοειδής πυρετός, νόσος του Addison, υποθυρεοειδισμός. Η διαφοροδιάγνωση θα γίνει από τα γενικά συμπτώματα, το ιστορικό και την κλινική εικόνα.

2. *Τη σχιζοφρένεια.* Σε περιπτώσεις κατατονικής εμβροντησίας, η απόλυτη απόσυρση και αναστολή της ψυχοκινητικότητας μοιάζουν με βαριά κατάθλιψη. Στην κατατονική εμβροντησία το πρόσωπο μένει ανέκφραστο, ενώ στην καταθλιπτική εμβροντησία το πρόσωπο εκφράζει βαθύ πόνο και θλίψη.
3. *Τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.* Διαφοροδιάγνωση χρειάζεται στις περιπτώσεις που υπάρχουν τα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού συνδρόμου και παραληρητικά ή ψευδαισθητικά συμπτώματα μη σύντονα με συναισθηματική διαταραχή. Το είδος της προνοσηρής προσωπικότητας και ο βαθμός της αποδιοργάνωσης είναι χρήσιμα διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία.
4. *Την κυκλοθυμική διαταραχή.* Αυτή εξελίσσεται με συχνά ήπια ή μέτρια επεισόδια κατάθλιψης αλλά και ευφορίας και με καλή αποκατάσταση της ψυχικής υγείας στα μεσοδιαστήματα.
5. *Το άγχος του αποχωρισμού.* Ακολουθεί χαρακτηριστικά τον αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα.
6. *Το «μη επιπλεγμένο πένθος».* Ακολουθεί το θάνατο προσφιλούς προσώπου. Οι ιδέες ενοχής, αν υπάρχουν, αναφέρονται σε έμμονες σκέψεις εγκατάλειψης ή αναποτελεσματικής φροντίδας του αρρώστου πριν το θάνατο.
7. *Τη δυσθυμία (καταθλιπτική νεύρωση).* Εξελίσσεται με χρόνια, επίμονα, αλλά και ηπιότερα συμπτώματα και μπορεί να υπάρχουν μεσοδιαστήματα λίγων ημερών ή εβδομάδων με φυσιολογικό συναίσθημα.
8. *Ιδιαίτερες εικόνες κατάθλιψης* και αντίστοιχα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα δημιουργούνται από συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη στις διάφορες ηλικίες. Στην προεφηβική ηλικία η κατάθλιψη συνοδεύεται από έντονο άγχος, άρνηση της παρακολούθησης του σχολείου και φόβος επικείμενου θανάτου, του ίδιου του παιδιού ή των γονέων του. Στην εφηβική ηλικία παρατηρούνται αντικοινωνικές εκδηλώσεις, φυγή από το σπίτι ή το σχολείο, αντιθετική ή και επιθετική συμπεριφορά. Στην κλιμακτηριακή ηλικία παρατηρείται έντονο άγχος, εξάψεις και ιδρώτες, ποικίλες υποχονδριακές αιτιάσεις (κυρίως κεφαλαλγίας), παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπίας ή και δίωξης και τάσεις αυτοκτονίας. Στη γεροντική ηλικία τα σύνοδα συμπτώματα μπορεί να είναι διαταραχές του προσανατολισμού, της μνήμης και της συνείδησης σε βαθμό που να διαμορφώνονται ψευδοανοϊκές εικόνες.
9. *Η κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες, ή αλκοόλ* είναι συχνά αποτέλεσμα κατάθλιψης ιδιαίτερα στην εφηβική και μετεφηβική ηλικία. Και αυτές οι καταστάσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση.

1.7. Θεραπεία της κατάθλιψης

Η θεραπεία της κατάθλιψης συνήθως περιλαμβάνει δύο στάδια:

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

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

Οι κύριοι τύποι θεραπείας της κατάθλιψης είναι οι εξής:

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

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

1. Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να φέρει σημαντική βελτίωση από τον πρώτο κιόλας μήνα.
2. Η θεραπεία νωρίς μπορεί να προλάβει την κατάθλιψη από το να γίνει σοβαρή ή χρόνια.
3. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι μεγαλύτερος σε ανθρώπους που δεν παίρνουν θεραπεία. Με την θεραπεία οι ιδέες αυτοκτονίας εξαφανίζονται γρήγορα.

4. Η θεραπεία μπορεί να προλάβει νέα επεισόδια κατάθλιψης. Χωρίς θεραπεία η πιθανότητα να πάθει κανείς δεύτερο καταθλιπτικό επεισόδιο είναι 50% εάν ήδη έχει ένα επεισόδιο στο ιστορικό του. Εάν έχει ήδη πάθει δύο επεισόδια η πιθανότητα να πάθει και τρίτο είναι μεγαλύτερη, ενώ από τα τρία επεισόδια και πάνω η πιθανότητα ξεπερνάει το 90%. Με την θεραπεία η εικόνα αυτή αλλάζει δραματικά.

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

1. Υπάρχουν έντονες ιδέες αυτοκτονίας και γενικά ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι αυξημένος (π.χ. ο ασθενής έχει ήδη κάνει μια απόπειρα).
2. Συνυπάρχουν άλλες ιατρικές καταστάσεις που απαιτούν παρακολούθηση σε νοσοκομείο.
3. Χρειάζεται να γίνει ρύθμιση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας (π.χ. ο ασθενής παίρνει θεραπεία αλλά μετά από εύλογο χρονικό διάστημα δεν έχει αποτελέσματα).
4. Χρειάζεται να γίνει θεραπεία που μπορεί να γίνει μόνο στο νοσοκομείο (π.χ. ηλεκτροσπασμοθεραπεία).

Συνήθως οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύονται για λίγες ημέρες ή εβδομάδες.

1.7.1 Φαρμακευτική θεραπεία

Υπάρχουν πολλά είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Ο μηχανισμός δράσης διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο, αλλά σε γενικές γραμμές τα αντικαταθλιπτικά επαναφέρουν την ισορροπία των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Τα περισσότερα φάρμακα ενεργούν είτε στην νορεπινεφρίνη είτε στην σεροτονίνη είτε και στα δύο αυτά συστήματα νευροδιαβιβαστών. Είναι δουλειά του γιατρού να επιλέξει το φάρμακο που πιστεύει ότι είναι καλύτερο για κάθε ατομική περίπτωση. Παρόλα αυτά, μερικές φορές κάποιο φάρμακο δεν έχει αποτελέσματα και χρειάζεται να γίνει αλλαγή με κάποιο άλλο. Παρότι η αντικαταθλιπτική θεραπεία έχει εξαιρετικά αποτελέσματα, δεν μπορούμε από πριν να είμαστε σίγουροι ότι ένα φάρμακο θα λειτουργήσει σε ένα συγκεκριμένο ασθενή ή αν θα χρειαστεί η δοκιμή κάποιου άλλου. Πρέπει εδώ να αναφερθεί πως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν προκαλούν εξάρτηση.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ανάλογα με τον χημικό τύπο και τον μηχανισμό δράσης τους χωρίζονται στις εξής κύριες κατηγορίες:

1) **Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs):** Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται από το 1960. Πιστεύεται πως θεραπεύουν την κατάθλιψη κυρίως, αυξάνοντας τη διαθεσιμότητα και των δύο κύριων νευροδιαβιβαστών, της νορεπινεφρίνης (ουσία που επηρεάζει το συναίσθημα, το άγχος και την παρόρμηση) και της σεροτονίνης (ουσία που επηρεάζει το συναίσθημα, τη διέγερση, το άγχος, τις παρορμήσεις και την επιθετικότητα). Αυτό το πετυχαίνουν αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη αυτών των

νευροδιαβιβαστών στους νευρώνες που τους απελευθερώνουν και αλλάζοντας την ευαισθησία των υποδοχέων. Δυστυχώς η επίδρασή τους σε μια άλλη ουσία, την ακετυλοχολίνη, οδηγεί σε παρενέργειες, όπως ζαλάδα, δυσκοιλιότητα, μειωμένη όραση, ξηροστομία, ορθοστατική υπόταση, υπνηλία και προβλήματα στην ούρηση. Τα TCAs μπορεί επίσης να προκαλέσουν αύξηση βάρους και καρδιακές αρρυθμίες, έτσι τα φάρμακα αυτά δεν αποτελούν την πρώτη επιλογή για ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα. Επίσης τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ενοχοποιούνται για τερατογένεση, για το λόγο αυτό δεν πρέπει να χορηγούνται σε έγκυες γυναίκες.

Τα κυριότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι τα ακόλουθα: κλομιπραμίνη (Anafranil), δοξεπίνη (Sinequan), ιμιπραμίνη (Tofranil), αμιτριπυλίνη (Sartoten), προτρυπτιλίνη (Vivactil), νοτρυπτιλίνη (Aventyl). Η ημερήσια δόση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων κυμαίνεται από 50 ως 300 mg με εξαίρεση την νοτρυπτιλίνη που έχει ως ανώτατο όριο τα 200 mg και την προτρυπτιλίνη που η δόση της κυμαίνεται από 10 ως 60 mg ημερησίως.

2) Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs): Οι νευροδιαβιβαστές νορεπινεφρίνη και σεροτονίνη, είναι μέλη μιας κατηγορίας από χημικές ενώσεις που ονομάζονται μονοαμίνες. Οι μονοαμίνες φυσιολογικά αποδομούνται στο σώμα από το ένζυμο μονοαμινοξειδάση (MAO). Μπλοκάροντας τη μονοαμινοξειδάση οι αναστολείς της MAO (MAOIs) αυξάνουν τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Αυτό μπορεί να ανακουφίσει τα συναισθηματικά προβλήματα, το άγχος και τα άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Οι MAOIs είναι περισσότερο αποτελεσματικοί, όταν στην κατάθλιψη υπάρχουν ενδογενή στοιχεία, αλλά είναι χρήσιμοι, ακόμη, σε ασθενείς με επαναλαμβανόμενη ή άτυπη κατάθλιψη που συχνά συνοδεύεται από συμπτώματα άγχους. Μεταξύ της έναρξης της θεραπευτικής αγωγής με ένα υδραζινικό παράγωγο των MAOIs και των πρώτων σημείων ανταπόκρισης μεσολαβεί ένα διάστημα δύο εβδομάδων. Το διάστημα αυτό απαιτείται για την προοδευτική αύξηση των αμινών του εγκεφάλου, η οποία συμπληρώνεται τον πρώτο μήνα ύστερα από την έναρξη της θεραπείας.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των MAOIs είναι: ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, ορθοστατική υπόταση, δυσκολία στην ούρηση, επιβράδυνση στην εκσπερμάτωση, κατακράτηση ύδατος και οίδημα, αυξημένος μυϊκός τόνος και αντανεκλαστικά, ηπατοκυτταρική βλάβη (ιδιαίτερα με τα υδραζινικά παράγωγα, που έχει θνησιμότητα 25% περίπου) και υπερτασικές κρίσεις εξαιτίας των αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα και συστατικά των τροφών (τυρίνη). Μερικοί αναστολείς της MAO που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι φαινελζίνη, τρανυλκιπρομίνη.

3) Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs): Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης εμφανίστηκαν στα τέλη του 1980. Το σεροτονινικό σύστημα περιλαμβάνει πολλές περιοχές στον εγκέφαλο και επηρεάζει το συναίσθημα, το άγχος, τις παρορμήσεις και την επιθετικότητα. Τα SSRIs επιβραδύνουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, δηλαδή τη συγκρατούν από το να επαναπροσληφθεί από τους

νευρώνες γρήγορα. Μπλοκάροντας την επαναπρόσληψη, επιτρέπουν στη σεροτονίνη να λειτουργήσει για ένα μακρύτερο χρόνο. Τα SSRIs επίσης φαίνεται να αλλάζουν τον αριθμό και την ευαισθησία των υποδοχέων και να επηρεάζουν έμμεσα άλλους νευροδιαβιβαστές, συμπεριλαμβανομένων και της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης. Το Prozac (Ladose στην Ελλάδα) το πρώτο SSRI που κυκλοφόρησε, έγινε γρήγορα γνωστό. Δεν ανακούφιζε μόνο πολλούς ανθρώπους από τα καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά επίσης μετέβαλε την προσωπικότητά τους με τρόπους που επιδοκιμάζονταν από την κοινωνία. Φαίνεται να βοηθάει σε μια μεγάλη ποικιλία προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένων του άγχους, της ντροπής (κοινωνική φοβία), των ιδεοληψιών (ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή) και των διατροφικών διαταραχών (βουλιμία και ανορεξία).

Τα SSRIs έχουν πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με τα TCAs και τα MAOIs που εμφανίστηκαν πριν από αυτά. Σπάνια προκαλούν ξηροστομία δυσκοιλιότητα ή ζαλάδες. Δεν αποδιοργανώνουν τον καρδιακό ρυθμό, μια δυνητικά θανατηφόρα παρενέργεια από μια υπερβολική δόση τρικυκλικών. Από την άλλη τα SSRIs έχουν τις εξής παρενέργειες: μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και στα δύο φύλα, ναυτία και αϋπνία. Επιπλέον, τα SSRIs μπορούν να αλληλεπιδράσουν με συγκεκριμένα αντισταμινικά, σπασμολυτικά, άλλα αντικαταθλιπτικά και φάρμακα που χρησιμοποιούνται για να καταστέλλουν τις συναισθηματικές διαταραχές. Ένα τέτοιο πρόβλημα, που αποκαλείται **σύνδρομο της σεροτονίνης**, μπορεί να συμβεί όταν οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης συνδυαστούν με τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης. Αυτή η κατάσταση χαρακτηρίζεται από ταχυκαρδία, πυρετό, εφίδρωση, υψηλή πίεση του αίματος, τρόμο και σύγχυση.

Μερικοί SSRIs είναι η σιταλοπράμη (Seropram), η φλουοξετίνη (Ladose), η φλουβοξαμίνη (Dumyrox), η παροξετίνη (Seroxat) και η σερτραλίνη (Zoloff).

4) Αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νοραδρεναλίνης (SNRIs): Οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νοραδρεναλίνης είναι μια άλλη κατηγορία αντικαταθλιπτικών, τα όποια δρουν σε δύο νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου βασικούς για τον καθορισμό του συναισθήματος, την σεροτονίνη και την νοραδρεναλίνη. Χρησιμοποιούνται κυρίως για την θεραπεία της κατάθλιψης, αλλά και στην αγχώδη διαταραχή, τις κρίσεις πανικού, τις ιδεοψυχαναγκαστικές νευρώσεις. Οι SNRIs είναι νεότεροι των SSRIs και γι' αυτό είναι διαθέσιμος μικρός αριθμός από αυτούς προς το παρόν. Εμφανίζονται να είναι πιο αποτελεσματικοί και με μεγαλύτερη ανοχή από τους SSRIs μάλλον λόγω της χημικής τους δομής. Οι SNRIs δεν πρέπει να λαμβάνονται από ασθενείς που παίρνουν παράλληλα και αναστολείς της MAO. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε συσσώρευση σεροτονίνης και να προκαλέσει το σύνδρομο της σεροτονίνης (ένα σπάνιο αλλά απειλητικό για τη ζωή σύνδρομο που συχνά συγχέεται με ιογενή λοίμωξη, άγχος, νευρολογικές διαταραχές ή χειροτέρευση του ψυχιατρικού προβλήματος). Επίσης, άτομα με ευαισθησία στη σεροτονίνη ή σε κάποιο άλλο μεταβολίτη θα πρέπει να αποφεύγουν να παίρνουν SNRIs. Ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή – είτε ενήλικες είτε παιδιά - μπορεί να παρουσιάσουν επιδείνωση της κατάθλιψής τους ή/και ανάπτυξη αυτοκτονικού ιδεασμού ή ασυνήθιστες αλλαγές στη συμπεριφορά.

Οι καταγεγραμμένες παρενέργειες των SNRIs αφορούν το γαστρεντερικό σύστημα (ναυτία, ανορεξία, ξηροστομία), ζάλη, αφύσικα όνειρα, εφιδρώσεις, σεξουαλική δυσλειτουργία, αϋπνία, τρόμος, νευρική και υπέρταση. Οι κυριότεροι διαθέσιμοι τύποι των SNRIs σήμερα στην Ελλάδα είναι: το Effexor (venlafaxine), το πρώτο και πιο πολύ χρησιμοποιούμενο SNRI που επηρεάζει τα επίπεδα της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης και δευτερευόντως της ντοπαμίνης και το Cymbalta (duloxetine) το οποίο εγκρίθηκε για τη θεραπεία της κατάθλιψης και του νευροπαθητικού πόνου το 2004.

5) Νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά (NaSSa): Το μοναδικό μέχρι στιγμής φάρμακο της κατηγορίας αυτή είναι η μιρταζαπίνη (Remeron).

Ο μηχανισμός δράσης της μιρταζαπίνης είναι:

- α) Ανταγωνισμός των A₂ προσυναπτικών αδρενεργικών υποδοχέων, που εμποδίζουν κανονικά την απελευθέρωση των νευροδιαβιβαστών νοραδρεναλίνης και σεροτονίνης, αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο τα ενεργά επίπεδα στη σύναψη.
- β) Αποκλεισμός των μετασυναπτικών υποδοχέων της σεροτονίνης ενισχύοντας έτσι την σεροτονινεργική νευροδιαβίβαση και μειώνοντας τις παρενέργειες.
- γ) Ανταγωνισμός των H₁ υποδοχέων της ισταμίνης (δρα δηλ. και σαν αντισταμινικό).

Οι κυριότερες παρενέργειες των NaSSa είναι η αύξηση της όρεξης και του σωματικού βάρους. Μπορεί να παρατηρηθεί και αύξηση των επιπέδων χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων στο αίμα, υπνηλία (η οποία υποχωρεί μετά τις πρώτες μέρες) και ξηροστομία. Όπως με όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα η βελτίωση της διάθεσης θα φανεί μετά την πρώτη εβδομάδα. Σε ένα μήνα θα έχουν πλησιάσει την πλήρη αποτελεσματικότητά τους. Δεν προκαλούν εθισμό. Είναι ασφαλή σε ταυτόχρονη χρήση με όλα τα άλλα φάρμακα (εκτός από τις βενζοδιαζεπίνες, σε κατάχρηση, λόγω της υπνηλίας). Το μόνο φάρμακο που είναι γνωστό ότι αυξάνει τα επίπεδα της μιρταζαπίνης είναι η φλουβοξαμίνη (Dumyrox) αλλά όχι σε επικίνδυνο ποσοστό. Επίσης είναι ασφαλής σε ταυτόχρονη χρήση με αντισυλληπτικά.

1.7.2 Ψυχοθεραπεία

Τις περισσότερες φορές η φαρμακευτική θεραπεία συνδυάζεται και με την ψυχοθεραπεία. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει πως ο συνδυασμός των δύο αυτών θεραπειών μπορεί να έχει πολλά θετικά οφέλη. Η κατάθλιψη μπορεί να συμβάλλει στο να διακοπούν τα πάντα στη ζωή του ανθρώπου – δουλειά, σχολείο, ακόμα και οι πιο ασήμαντες δραστηριότητες – ή τουλάχιστον αυτές να μην γίνονται σωστά. Η ψυχοθεραπεία έχει σαν στόχο να

βοηθήσει τον άνθρωπο να επιστρέψει στον φυσιολογικό ή τουλάχιστον σε έναν πιο υγιή και φυσιολογικό τρόπο ζωής. Τρεις βασικές σχολές ψυχοθεραπείας αναγνωρίζονται – η γνωστική θεραπεία, η συμπεριφορική θεραπεία και η διαπροσωπική θεραπεία – παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται κυρίως τα ακόλουθα είδη ψυχοθεραπείας :

- **Γνωστική θεραπεία**

Η γνωστική θεραπεία είναι σχετικά καινούρια μορφή ψυχοθεραπείας, χρησιμοποιείται με επιτυχία κυρίως στη θεραπεία της κατάθλιψης, αλλά και στη θεραπεία των αγχωδών/φοβικών και άλλων διαταραχών. Έχει σαν βάση της τη γνωστική θεωρία του Aaron Beck, που υποστηρίζει πως η βάση για την καταθλιπτική συμπεριφορά και συμπτωματολογία είναι τα αρνητικά παραμορφωμένα "γνωστικά (νοητικά) σχήματα". Με άλλα λόγια, θεωρεί ότι η καταθλιπτική δυσφορία ή το άγχος/φοβία είναι κατά βάση διαταραχές νοητικές που ακολουθούνται από τη διαταραχή της διάθεσης.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Beck, αρνητικές απόψεις για τον εαυτό του, τον άμεσο διαπροσωπικό κόσμο και το μέλλον του (γνωστική τριάδα) κυριαρχούν στην κατάθλιψη, όπως και οι μη σύντονες με την πραγματικότητα σιωπηλές (αρνητικές) υποθέσεις και τα σφάλματα λογικής ή γνωστικές παραμορφώσεις. Όλα τα παραπάνω μαζί με αυτόματες αρνητικές σκέψεις (π.χ. δεν είμαι καλός, κανείς δεν με καταλαβαίνει) κρατούν το άτομο σε κατάθλιψη ή καταθλιπτικογόνο ετοιμότητα, καθώς αυτό εκτιμά αρνητικά το τί συμβαίνει μέσα του και στις σχέσεις του και επιπλέον, το τί συνέβη στο παρελθόν ή το τί θα συμβεί στο μέλλον.

Αυτός ο εσφαλμένος τρόπος σκέψης οδηγεί το άτομο να υποτιμά τον εαυτό του και την αγάπη ή επιδοκιμασία που του δίνουν ή του έδωσαν οι άλλοι. Να υποτιμά τα επιτεύγματά του ή το τί του επιφυλάσσει το μέλλον – η γνωστική τριάδα το οδηγεί σε λάθος συμπεράσματα εξαιτίας των σιωπηλών υποθέσεων, το οδηγεί σε σφάλματα λογικής, δηλαδή σε γνωστικές παραμορφώσεις (διαστρεβλώσεις) όπως:

- *Επιλεκτική προσοχή ή επιλεκτική αφαίρεση*: το άτομο επιλέγει μια αρνητική λεπτομέρεια και μειώνει την όλη εμπειρία.
- *Υπεργενίκευση* : από ένα μεμονωμένο γεγονός το άτομο βγάζει γενικά (αρνητικά) συμπεράσματα.
- *Προσωποποίηση*: το άτομο ερμηνεύει τα γεγονότα ότι αντανακλούν στην προσωπική του αξία, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι έτσι.
- *Μεγιστοποίηση ή ελαχιστοποίηση*: το άτομο μεγιστοποιεί ή ελαχιστοποιεί προς την αρνητική πάντα κατεύθυνση τα γεγονότα.

- *Αυθαίρετη εξαγωγή συμπερασμάτων*: το άτομο βγάζει εσφαλμένα αρνητικά συμπεράσματα.
- *Διχοτομικός τρόπος σκέψης*: το άτομο βλέπει τα πράγματα από την πλευρά του όλου ή τίποτα.

Η γνωστική θεραπεία έχει σαν στόχο τη διόρθωση των αρνητικών αυτών σκέψεων και συμπεριφορών. Για να το πετύχει αυτό, διδάσκει το άτομο πως να αναγνωρίζει τις διαστρεβλωμένες αυτό-επικριτικές σκέψεις. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ο θεραπευτής μπορεί να ζητήσει από το άτομο να κρίνει την αλήθεια αυτών των σκέψεων, να βοηθήσει το άτομο να μετατρέψει τέτοιες αυτόματες σκέψεις και να αναγνωρίσει γεγονότα που βρίσκονται πέρα από τον έλεγχό του. Μαζί με τη μείωση των αρνητικών σκέψεων, η γνωστική θεραπεία μπορεί επίσης να εστιάζει στη διαίρεση των εργασιών σε μικρότερα, πιο εύκολα να τα χειριστεί το άτομο, κομμάτια. Η γνωστική ψυχοθεραπεία είναι βραχείας διάρκειας (15 – 20 συνεδρίες).

- **Θεραπεία συμπεριφοράς**

Η θεραπεία συμπεριφοράς απευθύνεται σε ειδικά συμπτώματα ή προβλήματα συμπεριφοράς όπως φοβίες, ψυχαναγκαστική διαταραχή, αγχώδεις καταστάσεις, κατάθλιψη κ.α.

Οι βασικές υποθέσεις που χρησιμεύουν ως το πρακτικό θεωρητικό υπόβαθρο της θεραπείας συμπεριφοράς είναι οι ακόλουθες:

- Οι ψυχικές διαταραχές αντιπροσωπεύουν κάποιας μορφής συνδυασμό βιολογικών παραγόντων μάθησης (ή εκμάθησης).
- Η παθολογική συμπεριφορά που είναι το προϊόν παραγόντων μάθησης (είτε ανεπαρκούς μάθησης, π.χ. ενούρηση, είτε λανθασμένης μάθησης, π.χ. φοβίες) εγκαθίσταται και συντηρείται με τις ίδιες αρχές όπως και οι φυσιολογική συμπεριφορά.
- Δυσλειτουργίες που αποδίδονται σε ανεπαρκή ή λανθασμένη μάθηση και ακόμα πολλές διαταραχές με έντονο βιολογικό προσδιορισμό μπορούν να ανακουφισθούν με τεχνικές που προέρχονται από αρχές της μάθησης (είτε νέα μάθηση είτε διόρθωση της λανθασμένης μάθησης).
- Τα προβλήματα θεωρούνται πραγματικά και αντιμετωπίζονται αυτά καθ' εαυτά και όχι σαν συμπτώματα κάποιας υποκείμενης διεργασίας.
- Ο εστιασμός είναι στο παρόν, παρά στο παρελθόν ή σε ασυνείδητες διεργασίες.
- Η διαγνωστική εκτίμηση περιλαμβάνει διερεύνηση και ανάλυση κάθε συμπεριφορικής, γνωστικής (νοητικής) και διαπροσωπικής λειτουργίας για την ανάλυση συγκεκριμένων δυσλειτουργιών ή ελλειμμάτων, ανίχνευση των παραγόντων που ενισχύουν την προβληματική συμπεριφορά και εφαρμογή συγκεκριμένων απλών συμπεριφορικών "συνταγών" διόρθωσης ή νέας εκμάθησης.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας όπως: α) Συστηματική απευαισθητοποίηση (με προοδευτική χαλάρωση), β) έκθεση (κατακλυσμική θεραπεία, κλιμακωτή έκθεση και κλιμακωτή έκθεση με συμμετοχή του θεραπευτή ως μοντέλου), γ) ενίσχυση (τεχνικές τροποποίησης

της συμπεριφοράς), δ) θετική ενίσχυση, ε) απόσβεση, στ) αρνητική ενίσχυση, ζ) θεραπεία αποστροφής, η) εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων κ.α.

- **Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία**

Η διαπροσωπική θεραπεία βασίζεται στην υπόθεση ότι στην κατάθλιψη παίζει σημαντικό ρόλο το κοινωνικό ή διαπροσωπικό περιβάλλον του ασθενή. Ακόμη ειδικότερα, η διαπροσωπική προσέγγιση ισχυρίζεται πως διαταραγμένοι κοινωνικοί ρόλοι και μη ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις (και κυρίως η απουσία ή η απώλεια σημαντικών άλλων σχέσεων) στην παιδική ηλικία ή/και στην ενήλικη ζωή μπορεί να προηγούνται ή να είναι οι συνέπειες της καταθλιπτικής διαταραχής και εν πάση περιπτώσει μπορεί να διαδραματίζουν και αιτιολογικό ρόλο και να αποτελούν επικίνδυνη συνέπεια της κατάθλιψης.

Για τη λύση των διαπροσωπικών προβλημάτων – που είναι ο βασικός της στόχος – η διαπροσωπική θεραπεία χρησιμοποιεί στρατηγικές υποστηρικτικές και συμπεριφορικές και μεθόδους τόσο κατευθυντικές όσο και διερευνητικές: συλλογή πληροφοριών, καθοδήγηση, καθησύχηση, διευκρίνιση, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, τροποποίηση της συμπεριφοράς και χειρισμό του περιβάλλοντος.

Η διαπροσωπική θεραπεία διακρίνεται σε δύο φάσεις: η αρχική φάση για την ανακούφιση των συμπτωμάτων και η κύρια φάση, που απευθύνεται στην τροποποίηση - βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής προσαρμογής του ασθενή.

Η διάρκεια της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας είναι βραχεία (από 12 – 16 εβδομαδιαίες συναντήσεις).

1.7.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια θεραπεία που χρησιμοποιείται στην ψυχιατρική για την αντιμετώπιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών. Αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1930 και χρησιμοποιούνταν ευρέως κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1950 και 1960 σε διάφορες καταστάσεις. Από τότε η χρήση της έχει μειωθεί.

Σήμερα, η ECT είναι καλή για την αντιμετώπιση της πολύ σοβαρής κατάθλιψης, της μανίας, ορισμένων μορφών σχιζοφρένειας και ενός μικρού αριθμού άλλων ψυχιατρικών και νευρολογικών παθήσεων. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που έχουν σοβαρές παρενέργειες από τη χρήση φαρμάκων ή η επιβαρυμένη γενική τους κατάσταση δεν τους επιτρέπει να πάρουν τα φάρμακα τους με ασφάλεια. Η ECT χρησιμοποιείται επίσης σε

περιπτώσεις που η ζωή του ανθρώπου απειλείται όταν τα φάρμακα δεν δρουν αρκετά γρήγορα. Είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη θεραπεία για όσα άτομα πάσχουν από πολύ σοβαρή μορφή κατάθλιψης και για όσα άτομα θέλουν να αυτοκτονήσουν.

Η απόφαση για τη χορήγηση της ECT στηρίζεται σε μια διεξοδική σωματική και ψυχιατρική αξιολόγηση του ατόμου, που λαμβάνει υπόψη το είδος της ασθένειας, το βαθμό ταλαιπωρίας, το αναμενόμενο αποτέλεσμα και τα προγνωστικά του ατόμου αν δεν χορηγηθεί η θεραπεία. Όταν είναι υψηλός ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή όταν το σοβαρά άρρωστο άτομο δεν μπορεί να φάει ή να πιεί, η ECT μπορεί να σώσει τη ζωή του.

Πώς γίνεται η ECT

Η ECT είναι μια θεραπεία που γίνεται από γιατρούς. Στο άτομο χορηγείται ένα γενικό αναισθητικό και ένα φάρμακο για τη χαλάρωση των μυών. Όταν αυτά επιδράσουν απόλυτα, τοποθετούνται ηλεκτρόδια στο δέρμα του κεφαλιού του ασθενούς και χορηγείται ηλεκτρικό ρεύμα με ένα σύντομο παλμό που προκαλεί σπασμούς, οι οποίοι διαρκούν μέχρι δύο λεπτά. Λόγω του μυοχαλαρωτικού και του αναισθητικού φαρμάκου, το σώμα του ασθενούς δεν κλονίζεται και ο ασθενής δεν νιώθει πόνο. Το άτομο ξυπνάει μετά από 5 – 10 λεπτά, όπως θα ξυπνούσε μετά από μια μικρή επέμβαση.

Η ECT συνίσταται από 6 μέχρι 12 θεραπείες που χορηγούνται τρεις φορές την εβδομάδα για ένα μήνα περίπου.

Κίνδυνοι και παρενέργειες της ECT

Όπως όλες οι θεραπείες περιέχουν κινδύνους και παρενέργειες έτσι και στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία παρατηρούνται τα εξής:

- Παρενέργειες από το αναισθητικό, όπως ναυτία, πονοκέφαλο, εμετό.
- Μυϊκοί πόνοι είτε λόγω των μυοχαλαρωτικών είτε λόγω των μυϊκών κινήσεων που προκαλούνται από τους σπασμούς.
- Το αναισθητικό επιδρά στην ικανότητα της ευθυκρισίας κατά τις πρώτες 24 ώρες. Για το λόγο αυτό, σ' αυτό το χρονικό διάστημα, το άτομο δεν πρέπει να οδηγεί, να χειρίζεται μηχανές, να πιεί αλκοόλ, να πάρει άλλες ουσίες που αλλάζουν την εγκεφαλική λειτουργία.
- Υπάρχει ένας λιγότερο συνήθης κίνδυνος ιατρικών επιπλοκών, όπως οι ανώμαλες καρδιακές σφύξεις και ο ανώμαλος καρδιακός ρυθμός. Μπορεί να υπάρξει προσωρινή αύξηση της αρτηριακής πίεσης και μείωση των καρδιακών παλμών.

- Ίσως να επηρεαστεί η βραχύχρονη μνήμη (είναι η πιο πολυσυζητημένη παρενέργεια). Αμέσως μετά την ECT τα περισσότερα άτομα έχουν μια μικρή περίοδο σύγχυσης και δεν θυμούνται την θεραπεία αυτή καθ' εαυτή. Χάνουν μνήμες από γεγονότα που συνέβησαν λίγο πριν και λίγο μετά τη θεραπεία. Επίσης, μερικά άτομα χάνουν αναμνήσεις γεγονότων που έγιναν ημέρες, εβδομάδες και μήνες πριν τη θεραπεία. Αν και οι περισσότερες αναμνήσεις επιστρέφουν σ' ένα διάστημα ημερών ή μηνών μετά τη λήξη της θεραπείας, ορισμένα άτομα παρουσιάζουν προβλήματα που διαρκούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι αναμνήσεις γεγονότων από το απώτερο παρελθόν είναι πιθανόν να επηρεάζονται λιγότερο από τη θεραπεία.
- Μολονότι οι συγκεκριμένες αναμνήσεις κατά το χρονικό διάστημα της θεραπείας μπορεί να μην επανέρθουν, η συνολική μνήμη του ατόμου θα λειτουργεί καλύτερα κατά τις εβδομάδες και τους μήνες μετά τη θεραπεία.

1.8. Σωματική άσκηση και κατάθλιψη

Η σωματική άσκηση είναι ευεργετική για τον εγκέφαλο. Μεταξύ άλλων έχει αποτελεσματική αντικαταθλιπτική δράση. Πολλές έρευνες έχουν τεκμηριώσει τις θετικές επιδράσεις της άσκησης στην ψυχολογία των ανθρώπων. Ανεξάρτητα από την ηλικία ή το φύλο, η συστηματική άσκηση του σώματος συμβάλλει σε μια καλύτερη αυτοεκτίμηση και σε λιγότερα προβλήματα.

Το στρες υποχωρεί πιο εύκολα μετά από μια αθλητική δραστηριότητα, το περπάτημα, το κολύμπι, την ποδηλασία ή άλλη μορφή άσκησης. Η άσκηση του σώματος είναι πιο αποτελεσματική στη μείωση του στρες σε σχέση με άλλους τρόπους καταπολέμησης του στρες όπως για παράδειγμα οι τεχνικές χαλάρωσης.

Η μείωση της έντασης των μυών και η αύξηση του καρδιακού ρυθμού που συνοδεύουν τη σωματική άσκηση, δημιουργούν μια γενικότερη χαλάρωση και συμβάλλουν στην εγρήγορση του οργανισμού. Αυτό μας βοηθά να δούμε καλύτερα τα προβλήματα που μας βασανίζουν και να βρούμε καλύτερες λύσεις. Η εξωτερίκευση της έντασης όταν κάνουνε κάποια αθλητική δραστηριότητα, ένα είδος γυμναστικής, περπάτημα ή άλλη ρυθμική σωματική δραστηριότητα, μειώνει τον εκνευρισμό που πιθανόν μας έχει κυριεύσει κατά τη διάρκεια μιας δύσκολης ημέρας φορτωμένης με πολλές καταστάσεις που μας προκαλούν στρες. Έτσι μειώνεται ο κίνδυνος να διοχετεύσουμε τα συσσωρευμένα αρνητικά μας συναισθήματα σε άτομα του οικογενειακού μας περιβάλλοντος ή στους φίλους μας.

Άτομα που νιώθουν πως ο ρυθμός της ζωής τους αρχίζει να γίνεται εξαιρετικά δύσκολος σε σημείο που να τους προκαλεί κατάθλιψη, θα πρέπει να γνωρίζουν ότι, όταν αρχίσουν να καταναλώνουν θερμίδες διαμέσου της σωματικής άσκησης θα νιώσουν καλύτερα. Όταν κάποιος νιώθει καλά σωματικά και πιο δυνατός, τότε νιώθει και πιο συναγωνιστικός και πως έχει τον έλεγχο της ζωής του.

Πώς επιδρά η εξάσκηση του σώματος στον εγκέφαλο;

Οι μηχανισμοί των ευεργετικών επιδράσεων της σωματικής άσκησης στην ψυχολογία των ανθρώπων δεν είναι ακόμα γνωστοί. Υπάρχουν, όμως, ήδη μερικές ενδείξεις για το πώς επιτυγχάνεται αυτό:

- Η συγκέντρωση της σεροτονίνης στον εγκέφαλο αυξάνεται λόγω της σωματικής άσκησης. Η σεροτονίνη επιδρά στην ψυχική διάθεση, συμμετέχει στη μετάδοση των νευρικών ώσεων και μπορεί να έχει μια λειτουργία στον έλεγχο της διάθεσης και στην κατάσταση της συνείδησης.
- Η παραγωγή ενδορφινών αυξάνεται μετά από έντονη σωματική άσκηση. Οι ενδορφίνες είναι πεπτιδία που παράγονται στον εγκέφαλο και έχουν παυσίπονη δράση. Δρουν στον ψυχισμό και μπορούν να προκαλέσουν ευφορία.

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν πως κάποια μορφή σωματικής άσκησης είναι καλύτερη από τις άλλες. Το σημαντικό είναι η άσκηση να γίνεται συστηματικά.

Για να σημειωθεί κάποια βελτίωση στην ψυχική διάθεση λόγω της σωματικής άσκησης χρειάζονται τουλάχιστον μερικές εβδομάδες.

1.9. Κατάθλιψη και περιβάλλον

Κάθε σοβαρή ασθένεια αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνούμε με τους άλλους. Μερικές φορές υπάρχουν μικροπροβλήματα, που σχεδόν δεν γίνονται αντιληπτά. Με την κατάθλιψη, είναι πολύ πιθανό να προσλάβουν διαστάσεις καταιγίδας. Αυτή η συναισθηματική κατάσταση μπορεί να διαρκέσει για μήνες ή και ακόμη περισσότερο.

Τα πιο κοντινά και οικεία πρόσωπα είναι εκείνα που θα επηρεαστούν πιο πολύ. Όσοι ζουν στο ίδιο σπίτι θα αισθανθούν πρώτοι την αναταραχή, αλλά και οι στενοί φίλοι και οι συνάδελφοι είναι σίγουρο ότι θα αισθανθούν την αναστάτωση.

Τι μπορεί να κάνει όμως το στενό κοινωνικό περιβάλλον όταν αντιληφθεί σημάδια κατάθλιψης; Πρώτα απ' όλα να μην τα αγνοήσετε. Μάθετε όσο το δυνατόν περισσότερα για την κατάθλιψη, μάθετε πως αισθάνεται ένα άτομο με κατάθλιψη ώστε να μπορέσετε να καταλάβετε την συμπεριφορά του από τη δική του πλευρά. Μάθετε περισσότερα για τα συναισθήματα κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης, μην υποκύψετε στην κατάθλιψη εσείς οι ίδιοι, η συμβίωση με ένα άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη μπορεί να προκαλεί κατάθλιψη. Διαβάστε περισσότερα για την θεραπεία της κατάθλιψης, ποτέ μην ξεχνάτε πως η κατάθλιψη είναι επικίνδυνη, δεν είναι απλά δυσάρεστη και εξουθενωτική μπορεί να είναι και θανατηφόρα. Ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας στη διάρκεια της ζωής των ατόμων με κατάθλιψη είναι περίπου 25%.

Η φιλία σε δοκιμασία.

Οι φίλοι του ατόμου θα δυσκολευτούν πολύ να τα βρουν μαζί του όταν αυτό εμφανίζει κατάθλιψη. Καθώς υποκύπτει ένας φίλος στην κατάθλιψη, πολλά πράγματα που ήταν ελκυστικά σ' αυτόν ατονούν και εξαφανίζονται. Τέτοια στοιχεία είναι:

- Ενέργεια
- Ζωτικότητα
- Χιούμορ και χαρά
- Εξυπνάδα και πνεύμα
- Ενδιαφέρον για γεγονότα και πρόσωπα

Τα στοιχεία αυτά έχουν εξαφανιστεί πλήρως και έχουν αντικατασταθεί από άλλα όπως:

- Κόπωση
- Απάθεια
- Μελαγχολία
- Δυστροπία
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για οτιδήποτε

Γίνονται ευερέθιστοι και απορρίπτουν τη φιλία. Θα μπείτε στον πειρασμό να τον εγκαταλείψετε. Αλλά ο φίλος που ξέρατε δεν θέλει να είναι ο φίλος που γνωρίζετε τώρα, υποφέρει. Αν είστε πραγματικός φίλος θα μείνετε και θα τον βοηθήσετε, γιατί αυτό ακριβώς χρειάζεται έναν φίλο να τον τραβήξει όταν η κατάθλιψη τον ρουφάει.

Μπορεί να είστε οι πρώτοι που θα ανακαλύψετε την ύπαρξη της κατάθλιψης. Είναι συνηθισμένο οι άνθρωποι να μιλούν ευκολότερα στους φίλους απ' ό τι στην οικογένειά τους, είτε γιατί φοβούνται την κριτική είτε γιατί πιθανόν η οικογένεια να μην είναι έτοιμη να δεχθεί ότι ένα μέλος της πάσχει από κατάθλιψη.

Αν νομίζετε ότι ο φίλος σας έχει αρχίσει να εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης προσπαθήστε να τον πείσετε να επισκεφτεί έναν ειδικό. Αν είστε πραγματικοί φίλοι στο τέλος θα ανταμειφθείτε, καθώς η κατάθλιψη θα υποχωρήσει λόγω της αγωγής.

Συνάδελφοι

Εάν ένας συνάδελφος σας εμφανίσει κατάθλιψη θα επηρεαστείτε κι εσείς. Το πόσο εξαρτάται από την δουλειά σας και την σχέση που έχετε με το άτομο που πάσχει. Αν ο ασθενής είναι το αφεντικό σας ή γενικά διοικητικά ανώτερός σας, τότε η ζωή σας στον εργασιακό χώρο θα γίνει ιδιαίτερα δύσκολη. Οι αποφάσεις που χρειάζεστε δεν λαμβάνονται, οι ανάγκες της εργασιακής σας ομάδας δεν εξυπηρετούνται. Τέτοια πράγματα μπορούν να υποβαθμίσουν την επίδοσή σας.

Αν το άτομο είναι μέλος της εργασιακής σας ομάδας τότε οι επιδράσεις θα είναι περισσότερο άμεσες αλλά λιγότερο έντονες. Όταν ένα μέλος της ομάδας πάσχει από κατάθλιψη, επιπλέον βάρος πέφτει στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας.

Στην περίπτωση της κατάθλιψης στον εργασιακό χώρο η σιωπή μπορεί να έχει υψηλό τίμημα. Μερικές ενδείξεις που μπορεί να σχετίζονται με την κατάθλιψη είναι:

- Μειωμένη παραγωγικότητα
- Απουσίες και καθυστερημένη προσέλευση
- Πεσμένο ηθικό
- Έλλειψη πνεύματος συνεργασίας
- Προβλήματα ασφάλειας, ατυχήματα
- Παράπονα για κόπωση
- Παράπονα για ανεξήγητους πόνους
- Κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών

Το τίμημα δεν είναι απλά περισσότερη μιζέρια για το άτομο που πάσχει. Είναι συνεχιζόμενα προβλήματα στον εργασιακό χώρο για όλους. Για να λυθούν τα προβλήματα αυτά πρέπει να μιλήσετε. Βέβαια για να ενεργήσετε σωστά πρέπει να καταλάβετε πως ο συνάδελφός σας πάσχει από κατάθλιψη. Πρέπει να ξέρετε ότι μπορεί να θεραπευτεί σε σχεδόν όλες τις περιπτώσεις. Αυτό θα ωφελήσει την εταιρεία, τους άλλους συναδέλφους, εσάς αλλά και το ίδιο το άτομο που πάσχει.

Υπάρχουν τρόποι να βοηθήσετε έναν συνάδελφο που υποφέρει από κατάθλιψη. Το δύσκολο όμως είναι να τον πείσετε πως χρειάζεται βοήθεια και να την δεχθεί.

- Αν η εταιρεία έχει ιατρική υπηρεσία απευθυνθείτε εκεί. Αυτοί μπορούν να πλησιάσουν τον ασθενή απευθείας.
- Οι περισσότερες εταιρείες έχουν έναν υπεύθυνο υγείας και ασφάλειας. Αυτός ίσως να μπορεί να βοηθήσει και οπωσδήποτε θα πρέπει να τον απασχολήσει ο κίνδυνος για την ασφάλεια που ενέχει η κατάθλιψη
- Αν είστε προϊστάμενος, μια υπόδειξη ότι πρέπει να δει το γιατρό είναι μια ώθηση προς την σωστή κατεύθυνση. Αρκεί να βεβαιωθείτε πως το άτομο γνωρίζει ότι έχει την κατανόηση και την συμπαράστασή σας
- Αν είστε συνάδελφος να είστε ανοικτός σε ότι έχει να σας πει.

Μην ξεχνάτε πως μια τέτοια κατάσταση μπορεί να αποτελεί απειλή για την δουλειά του ατόμου. Δεν θα έπρεπε αλλά στην πραγματικότητα συμβαίνει αρκετά συχνά. Προσπαθήστε να τον κάνετε να δει ότι η μεγαλύτερη απειλή προέρχεται από την συνεχιζόμενη κατάθλιψη. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας πρέπει όλοι στο εργασιακό περιβάλλον να δείξουν υπομονή. Η βελτίωση δεν θα φανεί από την μια μέρα στην άλλη. Χρειάζεται χρόνο. Χρειάζεται να του δώσετε χώρο, προσπαθήστε να μην τον πιέζετε. Κάποιος που επανέρχεται από κατάθλιψη μπορεί να αντιδράσει περίεργα στην κόπωση.

Οικογένεια

Η μεγαλύτερη βοήθεια που μπορείτε να προσφέρετε στον συγγενή σας είναι να αναγνωρίσετε τα σημάδια της κατάθλιψης και να οδηγήσετε τον καταθλιπτικό συγγενή σας στον ειδικό για θεραπεία. Μπορείτε, ακόμη, να λειτουργήσετε ως η ασφαλιστική δικλείδα στη θεραπεία. Η κατάθλιψη καταβάλλει τα άτομα που πάσχουν. Γι' αυτό και δεν πηγαίνουν στα ραντεβού τους με το γιατρό, δεν παίρνουν τα φάρμακά τους. Εσείς όμως μπορείτε να εξασφαλίσετε ότι όλα αυτά γίνονται όπως πρέπει, και αυτό μπορεί να κάνει τη διαφορά μεταξύ της επιτυχημένης και της αποτυχημένης θεραπείας.

Διαβάστε όσο το δυνατόν περισσότερα μπορείτε για την κατάθλιψη. Με αυτό τον τρόπο θα απαλλαγείτε από οποιουδήποτε μύθους, εσφαλμένες αντιλήψεις και προβλήματα με τα οποία θα έρθετε αντιμέτωποι. Για παράδειγμα:

- Ένας εντυπωσιακά μεγάλος αριθμός ανθρώπων πιστεύει πως τα αντικαταθλιπτικά προκαλούν εθισμό, πράγμα το οποίο δεν ισχύει.
- Μερικοί πιστεύουν ότι η κατάθλιψη είναι το πρώτο στάδιο που θα οδηγήσει τον ασθενή στο ψυχιατρείο. Σίγουρα δεν είναι. Στην πραγματικότητα ένας άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη δεν είναι διαφορετικός από κάποιον που πάσχει από γρίπη.
- Μερικοί πιστεύουν πως τα αντικαταθλιπτικά αλλάζουν την προσωπικότητα. Μερικές από τις ανακρίβειες που ακούγονται είναι ότι πρόκειται για «χαπάκια ευτυχίας» ή πως τα αντικαταθλιπτικά είναι ένας μοντέρνος τρόπος αλλαγής της προσωπικότητας. Όλα αυτά είναι λάθος. Η κατάθλιψη υπερνικά την προσωπικότητα και η θεραπεία απαλλάσσει το άτομο από την κατάθλιψη και επιτρέπει στην κανονική προσωπικότητα να αναδυθεί.
- Υπάρχουν άνθρωποι που προτιμούν το άτομο όταν έχει κατάθλιψη απ' ό,τι όταν είναι καλά. Όταν έχει κατάθλιψη μπορούν να το ελέγξουν και να το καθοδηγήσουν ευκολότερα.

Σήματα κινδύνου

Οι αλλαγές που μπορούν να παρατηρηθούν σε έναν άνθρωπο και μπορούν να χαρακτηριστούν ως σήματα κινδύνου είναι οι ακόλουθες:

- Τον τελευταίο καιρό είναι λυπημένοι και κακοδιάθετοι. Μπορεί να κλαίνε για το παραμικρό
- Πολλές δουλειές δεν γίνονται όπως γίνονταν παλιότερα
- Παραπονιούνται ότι είναι συνεχώς κουρασμένοι
- Μπορεί να γίνουν ευερέθιστοι, λιγότερο συνεργάσιμοι ή να αγνοούν τα πάντα

- Οι επιδόσεις στη δουλειά χειροτερεύουν
- Μπορεί να είναι πιο αποτραβηγμένοι και μοναχικοί
- Μπορεί να αρχίσουν να πίνουν περισσότερο ή να κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών
- Μπορεί να είναι αφηρημένοι και πιο επιρρεπείς στα ατυχήματα
- Μπορεί να δυσκολεύονται να κοιμηθούν ή να ξυπνήσουν το πρωί

Αυτά είναι μόνο μερικά από τα πράγματα που μπορεί να δείτε. Πολλά από τα συμπτώματα βρίσκονται μέσα στο ίδιο το άτομο. Φαίνονται μόνο από τον τρόπο που το άτομο συμπεριφέρεται. Τα συμπτώματα διαφέρουν από πρόσωπο σε πρόσωπο ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, καθώς και με την προσωπικότητα του ατόμου. Το σήμα κατατεθέν της κατάθλιψης είναι η κακή διάθεση. Αλλά ο τρόπος που αυτή εκδηλώνεται στην συμπεριφορά κάθε ατόμου μπορεί να διαφέρει σημαντικά. Για παράδειγμα οι γυναίκες συνήθως κλαίνε, ενώ οι άνδρες τα μαζεύουν μέσα τους και μετά ξεσπούν με επιθετικότητα. Οι γυναίκες συνηθίζουν να μιλάνε για τα συναισθήματά τους σε αντίθεση με τους άνδρες οι οποίοι απομονώνονται και δεν μιλούν.

Ενοχές

Αν δεν γνωρίζετε πολλά για την κατάθλιψη μπορεί να παρερμηνεύσετε κάποιες συμπεριφορές του ατόμου που πάσχει. Μπορεί να σκεφτείτε ότι το άτομο αυτό σας κατηγορεί. Βεβαία, μπορεί να συμβαίνει και αυτό. Η κατάθλιψη σε κάνει πολύ δυστυχημένο και είναι πιθανό τα άτομα που πάσχουν να για κάποιο εξιλαστήριο θύμα και να του επιρρίπτουν ευθύνες για το πώς αισθάνεται. Κυρίως όμως κατηγορούν τον εαυτό τους. Συνήθως τα άτομα αυτά αισθάνονται ενοχές για τον τρόπο που συμπεριφέρονται και για το πως αισθάνονται. Συνήθως τα κοντινά τους πρόσωπα αποκτούν την εντύπωση πως αυτοί οι ίδιοι ευθύνονται για την κατάθλιψη του συγγενή τους.

Όλα αυτά είναι εντελώς αβάσιμα. Οι καταθλιπτικοί δεν ευθύνονται για την κατάθλιψή τους, ούτε κι εσείς. Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια. Κανείς δεν παθαίνει κατάθλιψη εξαιτίας κάποιου άλλου. Δεν φταίει κανείς, γι' αυτό και δεν υπάρχει λόγος να αισθάνεστε ενοχές. Εξάλλου δεν έχει σημασία από που προέρχεται η κατάθλιψη αλλά τι κάνετε για αυτήν. Γι' αυτό ξεχάστε τις ενοχές, ο τρόπος που συμπεριφέρεστε ή αντιδράτε σε κάποιον που έχει κατάθλιψη μπορεί να κάνει τη διαφορά.

Στην κατάθλιψη υπάρχει ο κίνδυνος της αυτοκτονίας. Αν κάποιος συγγενής σας ή κοντινό σας πρόσωπο αποπειραθεί να αυτοκτονήσει ή όντως αυτοκτονήσει, μπορεί αυτόματα να νομίσετε ότι φταίτε εσείς. Αυτό όμως δεν είναι αλήθεια. Όπως δεν ευθύνεστε για την κατάθλιψη, δεν ευθύνεστε και για καμιά αυτοκτονία. Δεν είστε ένοχοι. Η κατάθλιψη είναι, απλά νίκησε τελικά το συγκεκριμένο άτομο. Όπως και σε άλλες ασθένειες, κάποιες φορές η άμυνα διαλύεται εντελώς. Εσείς κάνατε ό,τι και όσα μπορούσατε, αλλά δεν ήταν αρκετό. Μη γίνετε θύματα των ενοχών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Κατά γενικό κανόνα η κατάθλιψη είναι πιο συχνή κατά το δεύτερο ήμισυ της ζωής και ιδιαίτερα στην Τρίτη ηλικία, αν και πολλοί ερευνητές δεν συμφωνούν. Είναι συχνότερες στις γυναίκες σε αναλογία 2/1, παρουσιάζουν ποικιλία κλινικών εικόνων και εξαρτώνται λιγότερο από κληρονομικούς παράγοντες, σε σύγκριση με την κατάθλιψη νεότερων ηλικιών. Στην ουσία, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν διαφέρει από την κατάθλιψη στους άλλους ενήλικες. Αλλά η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια, όπως άνοια ή ρευματικά νοσήματα ιδίως όταν συνοδεύεται από διάχυτους πόνους.

2.1. Επιπολασμός κατάθλιψης στους ηλικιωμένους (στην Ελλάδα).

Είναι γενικά παραδεκτό ότι το αληθινό ποσοστό καταθλιπτικής νόσου, ικανής να απαντήσει σε θεραπευτικά μέσα στην Τρίτη ηλικία, κυμαίνεται γύρω στο 10-15% των ατόμων άνω των 60-65 ετών, που ζουν στην κοινότητα, ενώ οι μείζονες λεγόμενες καταθλίψεις (Major Depressive Disorders – MDD), εξ ορισμού ενδογενείς και σοβαρότερες, είναι σπανιότερες στην Τρίτη ηλικία σε σύγκριση με νεότερες ηλικίες. Το ποσοστό τους ανέρχεται στο 3% περίπου, ενώ για τις μέσες και νέες ηλικίες το ποσοστό τους υπολογίζεται γύρω στο 10%.

Σε επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους βρέθηκε ότι 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1-5% πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και το 2-8% πάσχουν από δυσθυμία.

Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρείας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5-15%, ενώ ένα 30% επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως : δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου.

Τέλος, σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων ένα 5-10% εμφάνιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15-25% παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Είναι άξιο προσοχής ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε αυτά τα ιδρύματα.

Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρονται για να εξηγηθεί αυτή η διαφορά είναι :

1. Η δυσκολία στην αναγνώριση και στην διάγνωση της κατάθλιψης λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισής της στους ηλικιωμένους
2. Η προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων

3. Η υποτίμηση της συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης κ.α.

2.2. Πιθανοί παράγοντες

Η αιτιολογία της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας είναι χωρίς αμφιβολία πολυπαραγοντική. Ενώ, σε αντίθεση με την κατάθλιψη νεότερων ηλικιών, γενετικοί παράγοντες και κληρονομικότητα φαίνεται να παίζουν μικρότερο ρόλο στην πρόκλησή της. Μια μεγάλη κατηγορία οργανικών παραγόντων, που ευθύνονται για τη συχνότερη εμφάνισή της, είναι εκείνη που συνδέεται με την ελάττωση συγκέντρωσης και την αλλοίωση του μεταβολισμού και της δράσης των διαφόρων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων (όπως του χολινεργικού, του ντοπαμινεργικού, του σεροτονινεργικού, του νοραδρενεργικού ή του γ-αμινοβουτυρικού κ.ο.κ.). επιπλέον είναι γνωστό ότι προδιαθέτει σε κατάθλιψη η διαταραγμένη λειτουργία του υποθάλαμο-υπόφυσο-αδρενεργικού άξονα (Hypothalamo-Pituitary-Adrenal axis-HPA), στο επίπεδο του οποίου φαίνεται να πραγματοποιείται η συνάντηση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων.

Ορισμένες πρόσφατες εργασίες, στηριζόμενες σε τρισδιάστατη μαγνητική τομογραφία (**Magnetic Resonance Imaging**) και σε λειτουργικές νευροαπεικονιστικές μεθόδους, όπως η υπολογιστική τομογραφία εκπομπής ενός φωτονίου (**Single Photon Emission Computed Tomography**) και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (**Positron Emission Tomography**), αποκαλύπτουν, σε άτομα με μετατραυματικό στρες ή διάφορες μορφές κατάθλιψης, την ύπαρξη δομικών αλλαγών του εγκεφάλου. Παρατηρείται έτσι π.χ. απώλεια όγκου του ιππόκαμπου, της αμυγδαλής ή ακόμα, σε νέα άτομα με μείζονα κατάθλιψη, ελάττωση της νευρωνικής πυκνότητας του υπομέλανα τόπου, καθώς και αυξημένη γλοίωση και δημιουργία γεροντικών πλακών. Επίσης μια τάση για απώλεια υποδοχέων 5-HT-2A.

Οι μεταβολές αυτές είναι πιθανό να σχετίζονται τόσο με την προδιάθεση για ΝΑ, που δημιουργούν επανειλημμένες προσβολές μείζονος κατάθλιψης, όσο και με την ελαφρά έκπτωση και τις μνημονικές διαταραχές, που παρατηρούνται συχνά κατά τη διάρκεια καταθλίψεων. Ένα μέρος τους φαίνεται να είναι αντιστρεπτό με την αντικαταθλιπτική θεραπεία και ανοίγουν το δρόμο στη διερεύνηση των πολύπλοκων σχέσεων κατάθλιψης και άνοιας τύπου ΝΑ.

Όσον αφορά τους εξωγενείς και ψυχογενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες κατάθλιψης, από τους πολυάριθμους τραυματισμούς βιολογικής, υπαρξιακής ή κοινωνικής φύσης, που δέχεται το άτομο της τρίτης ηλικίας, τη μεγαλύτερη επίπτωση φαίνεται να έχουν η κακή υγεία σε συνδυασμό με την κακή κοινωνική υποστήριξη και την κακή διατροφή. Αντίθετα η μείζων κατάθλιψη ή μελαγχολία δε φαίνεται να εξαρτάται από σαφείς κοινωνικούς και υπαρξιακούς τραυματισμούς.

Έτσι, γενικεύοντας, σήμερα πιστεύεται ότι η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας προκαλείται από την επίδραση των εξωγενών τραυματικών παραγόντων, σε ένα έδαφος προδιατεθειμένο ήδη από την ελαττωματική

δραστηριότητα των διαφόρων νευρομεταβιβαστικών συστημάτων, που προκαλείται από τη γήρανση.

Οι πιθανοί παράγοντες λοιπόν είναι :

- **Γενετικοί παράγοντες:** Οι επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει σε οικογένειες κατέδειξαν ότι ο κίνδυνος νόσησης (η πιθανότητα δηλαδή να νοσήσει κάποιος) από κατάθλιψη είναι : Για τους συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά) περίπου τριπλάσιος από το γενικό πληθυσμό. Για τους συγγενείς δεύτερου βαθμού (παππούδες, εγγόνια, θείοι, ανίψια) διπλάσιος από το γενικό πληθυσμό. Για τους συγγενείς τρίτου βαθμού (πρώτα ξαδέρφια) ελαφρώς αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Η επικρατέστερη, σήμερα, άποψη είναι ότι κληρονομείται μια ευαισθησία (ευαλωτότητα) για τη νόσο, η οποία θα εκδηλωθεί εάν επιδράσουν ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες.

- **Βιολογικοί παράγοντες:** 1) Από τη δεκαετία του '50, ήδη, έχουν προκύψει από ερευνητικά δεδομένα ισχυρές ενδείξεις, που κατοχυρώνουν το ρόλο ουσιών, των νευροδιαβιβαστών, στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης. Οι νευροδιαβιβαστές είναι βιοχημικές ουσίες, μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει εστιασθεί στους νευροδιαβιβαστές σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη και διαπιστώθηκε ότι στην κατάθλιψη τα νευροδιαβιβαστικά αυτά συστήματα υπολειτουργούν. Ο μηχανισμός δράσης, άλλωστε, των περισσότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία δρουν ενισχύοντας την νευροδιαβίβαση που επιτελείται μέσω την σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, έρχεται να συμφωνήσει με την υπόθεση αυτή. 2) Μερικές μη ψυχιατρικές νόσοι του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.), όπως η νόσος του Parkinson, η επιληψία, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι όγκοι, που επηρεάζουν τη λειτουργία περιοχών του εγκεφάλου οι οποίες ρυθμίζουν το συναίσθημα, εκδηλώνονται με καταθλιπτικά συμπτώματα. Ενδοκρινικές διαταραχές (π.χ. υποθυρεοειδισμός, νόσος του Cushing), λοιμώδη και αυτοάνοσα νοσήματα (πνευμονία, λοιμώδη μονοπυρήνωση, φυματίωση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, AIDS), αναιμίες καθώς και όγκοι του γαστρεντερικού (π.χ. καρκίνος της κεφαλής του παγκρέατος) εκδηλώνονται επίσης με καταθλιπτικά συμπτώματα. 3) Αρκετές εξαρτησιογόνες ουσίες (ιδιαίτερα η κοκαΐνη και το αλκοόλ) και φάρμακα (αντιφλεγμονώδη, αναλγητικά, αντιυπερτασικά, κυτταροστατικά, ορμόνες και νευρολογικά) μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη.
- **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες:** Από ερευνητικά δεδομένα έχει προκύψει ότι οι τραυματικές εμπειρίες στα πρώτα χρόνια της ζωής, η αδυναμία να εκπληρώσουν το γονεϊκό ρόλο, οι συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, η έκθεση σε σωματική ή φυσική βία καθιστούν το άτομο επιρρεπές στο να αναπτύξει κατάθλιψη στο μέλλον. Τα στρεσογόνα

γεγονότα της ζωής είναι δυνατόν να δράσουν ως εκλυτικοί παράγοντες σε άτομα με πρώιμες τραυματικές εμπειρίες ή σε άτομα εκτεθειμένα σε χρόνιες ψυχοπιεστικές καταστάσεις, οι οποίες συνιστούν προδιαθεσικούς –για την εμφάνιση της κατάθλιψης- παράγοντες. Τέτοια γεγονότα είναι αυτά που εκλαμβάνονται από το άτομο ως απειλητικά και επικίνδυνα, εκείνα που συνδέονται με απώλειες (π.χ. χωρισμός, θάνατος) και εκείνα που αποτυπώνουν δυσαρμονία στις σχέσεις με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του. Ο τρόπος, τέλος, με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται, αντιλαμβάνονται και αναπαριστούν τον κόσμο και την πραγματικότητα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, να επιδεινώσει την συμπτωματολογία της και να επιμηκύνει την διάρκειά της.

2.3. Είδη κατάθλιψης – Κλινικά Σημεία- Συμπτώματα

Από την άποψη της διάκρισης και της περιγραφής των διαφόρων κλινικών εικόνων της κατάθλιψης πρέπει να λεχθεί, ως γενική παρατήρηση, ότι είναι δύσκολη. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της ύπαρξης διαφορών μεταξύ των δύο διαφορετικών ταξινομικών συστημάτων DSM-IV (**D**iagnostic and **S**tatistical Manual of **M**ental Disorders) και ICD-10 (**I**nternational **C**lassification of **D**iseases), και τα δύο, παρακινούμενα βέβαια από την ανάγκη για μια διαρκώς έγκυρη και αξιόπιστη επιστημονική έρευνα, χαρακτηρίζονται από υπερβολική προσπάθεια σχηματοποίησης και κατηγοριοποίησης των κλινικών εικόνων των ψυχικών παθήσεων. Έτσι ο ψυχίατρος που θα επιχειρήσει την περιγραφή τους, όχι μόνο δεν ξέρει σε ποιο από τα δύο συστήματα να παραμείνει πιστός, αλλά και η συνηθισμένη ασάφεια και ατυπία των κλινικών εικόνων της ψυχιατρικής τον καθιστούν ακόμα πιο διστακτικό και αμήχανο στη διάγνωση του. Η γνωστή αντίληψη, έγκυρη για όλη την ιατρική, ότι «δεν υπάρχουν ασθένειες αλλά ασθενείς» επαληθεύεται συχνότερα σ' αυτόν το χώρο. Άλλωστε η εξαιρετική πολυπλοκότητα του ανθρώπινου ψυχισμού δεν επιτρέπει γενικά πολύ σαφώς περιγεγραμμένες κλινικές οντότητες. Ο κλινικός ψυχίατρος ωθείται έτσι στις απλούστερες, ευρύτερες και πιο βολικές παλαιότερες διακρίσεις της αντιδραστικής, νευρωσικής, υποστροφικής, ενδογενούς κατάθλιψης ή μελαγχολίας ανάλογα με την ύπαρξη αιτίου προκλήσεως ή όχι, ηλικίας εμφάνισης κ.ο.κ.

Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι περισσότερο συχνά σε ηλικιωμένους πάνω από 80 ετών και σε ηλικιωμένες γυναίκες, σε σχέση με ηλικιωμένους άνδρες. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν διαφορετική εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συγκρινόμενοι με τους νεότερους, παρουσιάζοντας ειδικά περισσότερα σωματικά συμπτώματα και λιγότερο ανοικτά συμπτώματα από τη διάθεση.

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

Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι τριών ειδών :

- **Μείζων κατάθλιψη ή μελαγχολία**

Όπως ορίζεται από τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα DSM-IV (της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας) και ICD-10 (της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας).

Ενδογενής και σπανιότερη στην Τρίτη ηλικία απ' ότι σε νεότερες. Μπορεί να είναι φάση διπολικής ή μονοπολικής ψυχώσεως (γνωστής από παλιά στο συγκεκριμένο άρρωστο ή με πρώτη εγκατάσταση στη γεροντική ηλικία) ή να αντιστοιχεί στην παλαιότερη υποστροφική κατάθλιψη. Είναι δυνατόν να παρουσιάζεται με ένα μοναδικό επεισόδιο ή να είναι υποτροπιάζουσα και να συνοδεύεται από ψυχωτικά χαρακτηριστικά, δηλαδή μελαγχολικό παραλήρημα και ψευδαισθήσεις, συνήθως ακουστικές και όχι σπάνια οπτικές. Η παραληρηματική θεματολογία, ως επί το πλείστον σταθερή, συνίσταται είτε στην ακλόνητη πεποίθηση του αρρώστου ότι πάσχει από ανίατη νόσο, συνήθως καρκίνο, είτε σε ενοχές για μια ασήμαντη για τον παρατηρητή, αλλά εξαιρετικά ουσιαστική για τον πάσχοντα, πράξη του παρελθόντος, είτε σε δίωξη. Το βίωμα της δίωξης παίρνει συχνά τις διαστάσεις και την ατμόσφαιρα εφιαλτικού ονείρου, με ανάλογο περιεχόμενο ακουστικών και οπτικών ψευδαισθήσεων, που καθιστούν δύσκολη μερικές φορές τη διαφορική διάγνωση από την όψιμη σχιζοφρένεια. Συχνά η διάκριση βασίζεται στην πεποίθηση του αρρώστου ότι δίκαια υφίσταται τα διάφορα μαρτύρια, σε αντίθεση με τον σχιζοφρενή, που αγανακτεί γι' αυτά. Τα συναισθήματα ενοχής, αυτομομφής και μείωσης του Εγώ είναι έκδηλα και ο φόβος αυτοκτονίας πάντοτε παρών. Μάλιστα στην Τρίτη ηλικία η μείζων κατάθλιψη είναι συχνά ολιγοσυμπτωματική και ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάζεται χαμογελαστός και ήρεμος, παρά την ακλόνητη παραληρηματική του πεποίθηση, έτσι ώστε να ξεγελά το περιβάλλον του και τον άπειρο γιατρό (γελαστή κατάθλιψη), ενώ οι απόπειρες αυτοκτονίας κατ' αυτήν συνήθως επιτυγχάνουν και πραγματοποιούνται συχνά με άγριο τρόπο.

Συγκεκριμένα απαιτείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων για δύο τουλάχιστον εβδομάδες, όπως :

1. Συναίσθημα (μελαγχολία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα απελπισίας)
2. Ψυχοκινητικές διαταραχές (διέγερση ή καταστολή)
3. Γνωστικές διαταραχές (ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή στη μνήμη και στη συγκέντρωση)
4. Σωματικά συμπτώματα (μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη, τη σεξουαλική επιθυμία) και
5. Κοινωνική απόσυρση

- **Δυσθυμική διαταραχή ή δυσθυμία**

Η διαφορά της «δυσθυμικής διαταραχής» (dysthymic disorder) από τη λεγόμενη «ελάσσονα καταθλιπτική διαταραχή» (minor depressive disorder) του DSM-IV (ταξινομικό σύστημα) έγκειται στη διαφορετική χρονική διάρκειά τους περισσότερο παρά στη συμπτωματολογία. Έτσι η πρώτη κατάσταση είναι χρόνια ενώ οι πάσχοντες από τη δεύτερη δεν είναι καταθλιπτικοί κατά τη μεγαλύτερη διάρκεια του χρόνου.

Είναι η πιο συνηθισμένη μορφή κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας και αντιστοιχεί ουσιαστικά στην παλαιότερη καταθλιπτική νεύρωση. Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε βαρύτητα. Επίσης η συμπτωματολογία θα πρέπει να υπάρχει για δύο τουλάχιστον χρόνια τις περισσότερες ημέρες.

Η κλασική συμπτωματολογία κατάθλιψης των νεότερων, δηλαδή οι ιδέες ενοχής, υποτιμήσεως του Εγώ και αυτοκατηγορίας, προερχόμενες, κατά την ψυχοδυναμική ερμηνεία, από την ενδοβολή αρχικά εχθρικών προς το «χαμένο αντικείμενο» (κατά την ψυχαναλυτική έννοια) συναισθημάτων, δεν είναι εδώ συχνές. Προεξάρχουν αντίθετα τα υποχονδριακά παράπονα, (κυρίως δυσαισθησίες κεφαλής και πεπτικού, σωματική κόπωση, κομμένα γόνατα) και μπορεί να υπάρχει επιθετικότητα προς τρίτους, άγχος και ευερεθιστότητα. Τα λιγότερα συναισθήματα ενοχής και τα πολλά υποχονδριακά παράπονα αποδίδονται στο γεγονός ότι η κατάθλιψη αυτής της ηλικίας δεν ακολουθεί την κλασική ασυνείδητη πορεία, που εκτέθηκε παραπάνω, αλλά προκαλείται αντίθετα από την απώλεια του αισθήματος αυτοεκτίμησης, εξαιτίας του γήρατος, που εκφράζεται ακριβώς μέσω των πολλών υποχονδριακών-νευρασθενικών σωματικών αιτιάσεων. Έτσι η κατάθλιψη του ηλικιωμένου, αν και συχνά χαρακτηρίζεται ως άτυπη, είναι ουσιαστικά τυπική γι' αυτήν την ηλικία.

- **Άτυπες μορφές**

Παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με όψιμης έναρξης κατάθλιψη, δηλαδή εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60ό έτος.

Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και συγκαλυμμένη κατάθλιψη (masked depression), γιατί χαρακτηρίζονται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων.

Μερικές από τις σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες παραπονιούνται αυτοί οι ασθενείς είναι : κόπωση, διάχυτα άλγη, γαστρεντερικά ενοχλήματα και ελαττωμένη ενεργητικότητα.

- **Το πένθος**

Αποτελεί παγκόσμια εμπειρία και δεν θεωρείται ως γνωστόν ψυχική διαταραχή. Υπάρχει όμως το παθολογικό πένθος που συνοδεύεται από άρνηση της απώλειας, αντιδραστική υπερδραστηριότητα, εμφάνιση συμπτωμάτων της νόσου του εκλιπόντος ή εμφάνιση ψυχοσωματικής νόσου, διαταραχή των σχέσεων με την οικογένεια ή τους φίλους, εχθρότητα εναντίον ειδικών προσώπων, π.χ. μελών της οικογένειας και παρατεταμένη απώλεια κοινωνικής συμπεριφοράς και σχέσεων. Το παθολογικό πένθος χρειάζεται φαρμακευτική ή και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

Η δευτερογενής κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι δύο μορφών :

- **Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτικό συναίσθημα ή καταθλιπτικές αντιδράσεις ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων:** Η πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση στη σωματική νόσο είναι η αντίδραση προσαρμογής όπως ορίζεται στο DSM-IV και το πρώτο σύμπτωμα είναι άγχος, ενώ στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Αντιστοιχεί (κατά το DSM-IV) στην παλαιότερη αντιδραστική κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια της κοινωνικής θέσης, εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω της σωματικής νόσου, μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με τέτοια μορφή δευτερογενούς κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία.
- **Οργανικό συναισθηματικό σύνδρομο - οργανική κατάθλιψη:** Συνοδεύει νευροψυχιατρικά ή μεταβολικά νοσήματα. Είναι αποτέλεσμα βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε λόγω μίας νόσου που προσβάλλει και επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ.), είτε λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές. Συνήθως καταθλιπτικό σύνδρομο και πολύ σπανιότερα μανιακό.

Συνοδεύει : τις άνοιες, αρχόμενες και μέσου βαθμού, τη νόσο Πάρκινσον και Alzheimer, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (του αριστερού συχνότερα ημισφαιρίου), όγκους εγκεφάλου αλλά και μεταβολικά νοσήματα όπως υποθυρεοειδισμό ή υπερθυρεοειδισμό, διαβήτη κ.λ.π. Η κατάθλιψη που εμφανίζεται μετά από γρίπη στους ηλικιωμένους ανήκει σ' αυτήν την κατηγορία. Επίσης, φάρμακα που προκαλούν ως παρενέργεια κατάθλιψη είναι ορισμένα είδη αντιυπερτασικών φαρμάκων (όπως η παλαιότερη ρεζερπίνη, η κλονιδίνη, η μεθυλντόπα και οι β-αναστολείς), οι βενζοδιαζεπίνες ακόμα και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, μπορεί να είναι υπεύθυνα για την πρόκληση κατάθλιψης αυτού του τύπου. Η απόσυρσή τους συνεπάγεται συχνά θεαματική βελτίωση παρ' όλο που ο ίδιος ο πάσχων ή ο γιατρός μπορεί να μη συνδυάζουν τη συγκεκριμένη ουσία με την εισβολή των συμπτωμάτων. Ο όρος «οργανικό» δικαιολογείται από τη συνύπαρξη των γνωστικών διαταραχών.

2.4. Διάγνωση

Τον σημαντικότερο ρόλο στη διάγνωση των γεροντικών καταθλίψεων παίζει η κλινική εμπειρία του γιατρού. Αυτό περισσότερο οφείλεται στην άτυπη συνήθως συμπτωματολογία που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς. Προτείνεται, λοιπόν, πλήρης και λεπτομερειακός σωματικός, νευρολογικός, ψυχιατρικός έλεγχος και όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, διενέργεια

εργαστηριακών εξετάσεων. Γενικά θα πρέπει να αποκλεισθούν εκφυλιστικά νοσήματα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.) όπως οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (θυρεοειδής, επινεφρίδια), νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα. Θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί η ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και η χρήση φαρμάκων που πιθανόν να προκαλούν εμφάνιση καταθλιπτικού συνδρόμου.

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

- Εξετάσεις θυρεοειδούς (FT3, FT4, TSH)
- Β12 και φολικό οξύ πλάσματος
- Ηλεκτρολύτες
- Γλυκόζη
- Ηπατικές δοκιμασίες
- Ταχύτητα καθίζησης

Τέλος σε ειδικές περιπτώσεις ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή μια αξονική τομογραφία μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την ύπαρξη αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου ή εκφυλιστικών παθήσεων του Κ.Ν.Σ. Για τις ίδιες περιπτώσεις υπάρχουν και ορισμένες ψυχολογικές δοκιμασίες που μπορούν να διακρίνουν την ύπαρξη οργανικότητας. Αν όλος αυτός ο έλεγχος δεν αποκαλύψει κάποια σωματική νόσο, τότε η πιθανότητα ύπαρξης κατάθλιψης είναι μεγάλη και μία δοκιμή με αντικαταθλιπτικά σκευάσματα πιθανότατα θα επιβεβαιώσει εκ των υστέρων τη διάγνωση.

Η διάγνωση της κατάθλιψης στο άτομο της τρίτης ηλικίας πρέπει να περιλαμβάνει :

- Πλήρες ιστορικό από τον πάσχοντα και αυτούς που τον φροντίζουν.
- Πλήρη σωματική εξέταση, νευρολογική και ηλεκτροκαρδιογραφική.
- Προσδιορισμό λειτουργίας θυρεοειδούς και θυρεοτρόπου ορμόνης.
- Ολιγοήμερη ενδεχομένως εισαγωγή στο νοσοκομείο ώστε να διακοπεί μια ακατάλληλη θεραπεία την οποία ήδη υφίσταται (π.χ. μεγάλες δόσεις τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών με επακόλουθη συγχυτική κατάσταση ή εξάντληση από βενζοδιαζεπίνες κ.λ.π.).
- Χρήση κλιμάκων εκτιμήσεως της κατάθλιψης.
- Ανάλυση όσο είναι δυνατόν της περίπτωσης από ομάδα αποτελούμενη από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη και εργοθεραπευτή.

Για να οριστικοποιηθεί η διάγνωση πρέπει τα παρακάτω συμπτώματα να είναι παρόντα συνεχώς για δεκαπέντε (15) τουλάχιστον ημέρες, να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και να μην αποτελούν αντίδραση πένθους σε μια απώλεια.

1. Καταθλιπτική διάθεση, σχεδόν κάθε μέρα
2. Απώλεια του ενδιαφέροντος ή μείωση της ευχαρίστησης από δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν στο παρελθόν
3. Μείωση ή αύξηση της όρεξης ή του βάρους
4. Αϋπνία ή υπερυπνία, σχεδόν καθημερινά
5. Ψυχοκινητική ανησυχία ή ψυχοκινητική επιβράδυνση, καθημερινά
6. Εύκολη κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας
7. Ιδέες ενοχής και αναξιότητας

8. Δυσκολία στη συγκέντρωση, βραδύτητα στη σκέψη και δυσχέρεια στη λήψη αποφάσεων
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή ιδέες αυτοκαταστροφής

2.5. Διαφορική διάγνωση

Οι σχέσεις κατάθλιψης και άνοιας είναι ιδιαίτερα πολύπλοκες. Έτσι, φαίνεται ότι επανειλημμένες σοβαρές καταθλίψεις νεότερων ηλικιών προδιαθέτουν αργότερα σε άνοια. Εκτός αυτού και η διαφορική διάγνωση μεταξύ των δύο σειρών συμπτωμάτων είναι δύσκολη. Αυτό ισχύει ακόμα περισσότερο όταν η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας, αποκλειστικά σχεδόν, παίρνει τη μορφή της ψευδοάνοιας με κύρια συμπτώματα διαταραχές στη συγκέντρωση και τη μνήμη. Η διάκρισή της από την πραγματική άνοια ή την κατάθλιψη που συνοδεύει σταθερά τις αρχόμενες ή μέσης βαρύτητας άνοιες, είναι συχνά προβληματική για τον κλινικό.

Η διαφορική διάγνωση στηρίζεται σε μια σειρά λεπτών κλινικών διαφορών μεταξύ των δύο καταστάσεων. Ένα αδρό διαφοροδιαγνωστικό σημείο από πραγματικές εκφυλιστικές άνοιες είναι ότι σε εξετάσεις νοητικής κατάστασης (mental status examinations) ο ψευδοανοϊκός καταθλιπτικός απαντά συνήθως «δεν ξέρω» δείχνοντας μία αδιαφορία για επικοινωνία, αντίθετα με τον οργανικό ανοϊκό που προσπαθεί να καλύψει τα ελλείμματά του. (Ας σημειωθεί εδώ ότι σε περίπου 30% των οργανικών ανοϊκών συνυπάρχει κατάθλιψη και σε αυτές τις περιπτώσεις το διαγνωστικό έργο γίνεται δυσκολότερο).

Στην πράξη χρησιμοποιείται συνήθως η δοκιμαστική χορήγηση αντικαταθλιπτικής θεραπείας, που αναστρέφει την ανοϊκή συμπτωματολογία, όταν πρόκειται για ψευδοανοϊκή μορφή καταθλίψεως, ενώ δεν επηρεάζει την πραγματική άνοια (μπορεί να επιφέρει ωστόσο μικρού βαθμού βελτίωσή της).

Η διάκριση αυτή έχει χάσει, παρ' όλα αυτά, την αξία της από τότε που η παρακολούθηση των περιστατικών ψευδοάνοιας απέδειξε ότι, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, αυτά καταλήγουν ως επί το πλείστον σε γνήσια άνοια.

Η κατάθλιψη είναι σταθερό συνοδό σύμπτωμα της νόσου Πάρκινσον (10-40% των παρκινσονικών) όπως και η άνοια.

Ο συνδυασμός κατάθλιψης και υποθυρεοειδισμού είναι βέβαιος. Τα συμπτώματα του μυξοιδήματος μοιάζουν εκπληκτικά με εκείνα της κατάθλιψης και μόνο η καταφυγή στο εργαστήριο διαλύει τη σύγχυση. Από το άλλο μέρος είναι γνωστή η ευεργετική επίδραση της θυροξίνης σε ανθεκτικές καταθλίψεις γενικά.

Συνδυασμός άλγους και κατάθλιψης είναι επίσης γνωστός από πολλά χρόνια. Άρρωστοι με χρόνια άλγος, είναι σταθερά καταθλιπτικοί, αλλά και αντίθετα, οι καταθλιπτικοί αναφέρουν συχνά την ύπαρξη αλγεινής συμπτωματολογίας, χωρίς να υπάρχει κάποια σωματική νόσος. Εξάλλου η χορήγηση αντικαταθλιπτικών είναι αποτελεσματική σε χρόνιες αλγεινές καταστάσεις.

Η υποχονδρία αποτελεί σταθερό σημείο συγχύσεως στη διαφορική διάγνωση κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας, γιατί πρέπει να υπάρχει διάκριση μεταξύ κατάθλιψης με υποχονδριακά παράπονα, εξαιρετικά συχνά στους ηλικιωμένους και αληθινής υποχονδριακής νεύρωσης. Η δευτερογενής υποχονδρία που παρατηρείται στους ηλικιωμένους και συγκαλύπτει την κατάθλιψη θα πρέπει να διαφορογιγνώσκεται από την πρωτογενή υποχονδρία, η οποία εμφανίζεται ως επί το πλείστον πολύ νωρίτερα στη ζωή ενός ανθρώπου, στην Τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής. Υποχονδρία που εμφανίζεται με όψιμη έναρξη δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης, αλλά ένα σημάδι ψυχολογικής δυσφορίας και ειδικά κατάθλιψης. Ο καταθλιπτικός με υποχονδριακά συμπτώματα, ανέχεται την αντικαταθλιπτική αγωγή, ενώ ο αληθινός υποχονδριακός δεν ανέχεται συνήθως τις παρενέργειές της, που σταθερά αποτελούν σημείο εκκίνησης νέων υποχονδριακών παραπόνων.

Να σημειωθεί ότι η υποχονδρία στους ηλικιωμένους μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας. Και μια αυτοκτονία δεν είναι λιγότερο τραγική επειδή ένα άτομο είναι ηλικιωμένο.

2.6. Θεραπεία

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

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

Αφού ξεπεραστούν τα εμπόδια αυτά, ο δρόμος της ανάρρωσης είναι εύκολος.

Είναι πολύ σημαντικό, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να παραπονεθούν για σωματικά προβλήματα, αυξημένο άγχος ή προβλήματα με την μνήμη και τη συγκέντρωση, παρά για τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους μπορεί να έχει την ίδια επιτυχία που έχει σε όλες τις άλλες ομάδες, αλλά μπορεί η ύπαρξη άλλων ασθενειών ταυτόχρονα να την κάνει πολύπλοκη.

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

Η θεραπεία μπορεί να είναι :

Βιολογική θεραπεία

- Φαρμακοθεραπεία
- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία [ECT]

Ψυχολογική θεραπεία

- Γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία
- Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία
- Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία
- Ομαδική ψυχοθεραπεία
- Δημιουργικές θεραπείες μέσω τέχνης

Η πιο συχνή μέθοδος αντιμετώπισης της γεροντικής κατάθλιψης είναι η φαρμακοθεραπεία. Οι γενικές αρχές που ακολουθούνται για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι οι ίδιες τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στους νεαρούς ασθενείς. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ορισμένα στοιχεία από τη φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική αυτών των σκευασμάτων που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη όταν χρησιμοποιούνται για θεραπεία ηλικιωμένων και πιο συγκεκριμένα :

Φαρμακοκινητική

- Υπάρχει ελάττωση των ηπατικών λειτουργιών λόγω εκφύλισης και συνεπώς μειωμένη δυνατότητα του ηλικιωμένου να μεταβολίσει και να απενεργοποιήσει τα φάρμακα
- Παρατηρείται ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας επίσης λόγω εκφύλισης και συνεπώς και της δυνατότητας για αποβολή των φαρμάκων από τον οργανισμό
- Τέλος, υπάρχει αύξηση του λίπους σε σχέση με τις πρωτεΐνες, που σημαίνει αύξηση του όγκου διασποράς του φαρμάκου και συνεπώς αύξηση του συνολικού ποσού του φαρμάκου που δεσμεύεται στον οργανισμό

Το τελικό αποτέλεσμα όλων αυτών των μεταβολών είναι η αύξηση της ημιπεριόδου ζωής των σκευασμάτων, γεγονός που συνεπάγεται :

- α) μεγαλύτερο χρόνο για να επιτευχθεί σταθερό επίπεδο στον οργανισμό
- β) μεγαλύτερο χρόνο για να αποβληθεί τελείως το φάρμακο σε περίπτωση διακοπής της χορήγησης και πιθανώς
- γ) μεγαλύτερη συσσώρευση φαρμάκων στον οργανισμό

Φαρμακοδυναμική

- Υπάρχει εκφύλιση λόγω γήρανσης και άρα, ελάττωση της λειτουργικότητας των συστημάτων του οργανισμού που συνεπάγεται τη μεγαλύτερη ευαισθησία των ηλικιωμένων στις ανεπιθύμητες ενέργειες
- Συνυπάρχουσες νόσοι είναι δυνατόν να επιδεινωθούν από τις παρενέργειες αυτών των φαρμάκων (π.χ. γλαύκωμα, προστάτης, καρδιακά προβλήματα)

- Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που συγχωρηγούνται, λόγω της γενικότερης αυξημένης νοσηρότητας του πληθυσμού των ηλικιωμένων

Η θεραπεία της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας όπως και των άλλων ηλικιών είναι πρωτίστως **φαρμακευτική**.

2.6.1. Φαρμακευτική θεραπεία

Τα πρώτα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι τα τρικυκλικά και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά (χλωριμιπραμίνη, αμιτριπυλίνη, μαπροτιλίνη, νοτριπυλίνη, κλομιπραμίνη, μιανσερίνη κ.α.). Τα αντικαταθλιπτικά αυτά άρχισαν να χρησιμοποιούνται από τη δεκαετία του '50 για τη θεραπεία της κατάθλιψης, με μεγάλη αποτελεσματικότητα. Οι ενοχλητικές ανεπιθύμητες ενέργειες (ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, θάμβος οράσεως, ζάλη, διαταραχές της καρδιακής αγωγιμότητας), που υπονομεύουν τη συνεργασία (συμμόρφωση) των ασθενών, δημιούργησαν την ανάγκη να παραχθούν φάρμακα περισσότερο ασφαλή και καλύτερα ανεκτά. Τα νεότερα αυτά αντικαταθλιπτικά κατατάσσονται στις ακόλουθες κατηγορίες :

- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης-SSRI'S- (παροξετίνη, σετραλίνη, σιταλοπρόμη, φλουβοξαμίνη, φλουοξετίνη).
- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης –SNRI' S- (βενλαφαζίνη).
- Νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά (μιρταζαπίνη).
- Αναστρέψιμοι και εκλεκτικοί αναστολείς της MAO (μοκλοβεμίδη).

Η αποτελεσματικότητα των νεότερων αντικαταθλιπτικών είναι συγκρίσιμη με αυτήν των παλαιότερων, ωστόσο αυτά πλεονεκτούν, διότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν εμφανίζονται τόσο συχνά (ναυτία, κεφαλαλγία, σεξουαλικές διαταραχές και ανησυχία με την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής), είναι ήπιες και καλά ανεκτές.

- **Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά** : Παρά τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητά τους σε σύγκριση με τα νεότερα, παρουσιάζουν πολυάριθμες χολινεργικού τύπου παρενέργειες, επικίνδυνες για τα άτομα της γεροντικής κυρίως ηλικίας, όπως :
 1. Πρόκληση συγχυτικών καταστάσεων (κεντρικό αντιχολινεργικό σύνδρομο)
 2. Ορθοστατική υπόταση με πτώσεις και κατάγματα
 3. Καρδιοτοξικότητα με αρρυθμίες
 4. Επιδείνωση δυσουρικών συμπτωμάτων από υπερτροφία προστάτη
 5. Επιδείνωση γλαυκώματος κλειστής γωνίας
 6. Δυσκοιλιότητα και ξηρότητα βλεννογόνων
- **Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης ή σεροτονίνης – νοραδρεναλίνης** : Γίνονται πολύ καλύτερα ανεκτοί σε σχέση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και έτσι δοκιμάζονται πρώτα σταθερά. Σε περίπτωση αποτυχίας τους καταφεύγουμε στα τρικυκλικά

αντικαταθλιπτικά με προσοχή, αρχίζοντας από χαμηλή δοσολογία και αυξάνοντας προοδευτικά. (Η συγχορήγηση νευροληπτικών δεν είναι δικαιολογημένη παρά σε περιπτώσεις συνυπάρξεως παραληρηματικής συμπτωματολογίας.)

Στα άτομα της τρίτης ηλικίας ο λανθάνων χρόνος, που μεσολαβεί μεταξύ της ημερομηνίας λήψης και της εμφάνισης αντικαταθλιπτικής δράσης ενός δεδομένου φαρμάκου, επιμηκύνεται σε μεγάλο βαθμό και φθάνει εύκολα το μήνα, για λόγους μεταβολισμού. Ο ψυχογηρίατρος θα πρέπει να έχει υπόψη του και να ενημερώνει τον ασθενή του ώστε και οι δύο να σπλιζονται με υπομονή.

Παρά την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχει αποδειχθεί και είναι απογοητευτικό ότι μόνο ένα ποσοστό 30% περίπου των ηλικιωμένων θεραπεύεται αποτελεσματικά, εξαιτίας ανεπαρκούς δοσολογίας ή πρόωρης διακοπής της θεραπείας από έλλειψη πειθαρχίας ή πληροφόρησης για την ακόλουθη πορεία της φαρμακευτικής αγωγής ή φόβου παρενεργειών κ.ο.κ.

Οι βενζοδιαζεπίνες εξάλλου μακράς ημιδιάρκειας ζωής, δεν γίνονται κατά κανόνα ανεκτές από γηραιά άτομα εξαιτίας σοβαρών καταστάσεων εξαντλήσεως με πτώσεις και απώλειες, πολλές φορές χωρίς να συνυπάρχει και υπνηλία, ώστε οι γιατροί που τις έχουν χορηγήσει ή άλλοι, να μην υποπτεύονται ότι αυτές είναι η αιτία των πιο πάνω συμπτωμάτων. Χορηγούνται αντίθετα οι βραχείας ημιδιάρκειας υπναγωγικές βενζοδιαζεπίνες για την καταπολέμηση της καταθλιπτικής αϋπνίας.

Επιπλέον θα πρέπει να σημειωθεί ότι ειδικά στους ηλικιωμένους το πλήρες κλινικό αποτέλεσμα των αντικαταθλιπτικών εμφανίζεται συνήθως μετά από θεραπεία 6-8 εβδομάδων.

Το 70-80% των καταθλιπτικών επεισοδίων θα αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με το φάρμακο πρώτης επιλογής του ιατρού.

Αρχικά : Βελτιώνονται οι διαταραχές του ύπνου και της όρεξης

Ακολούθως : Χαλιναγωγείται το άγχος. Επανέρχεται η σωματική ευεξία και η ενεργητικότητα

Τέλος (μετά από τρεις-τέσσερις εβδομάδες) : Βελτιώνεται το καταθλιπτικό συναίσθημα

Αν μετά από τρεις-τέσσερις εβδομάδες δεν έχουν εμφανιστεί τα προσδοκώμενα θεραπευτικά οφέλη, τότε ο γιατρός μπορεί ή να αυξήσει τη δόση του φαρμάκου ή να προσθέσει και ένα άλλο με διαφορετικό μηχανισμό δράσης ή να το αντικαταστήσει με ένα διαφορετικό. Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων (πλήρης ύφεση), η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχιστεί στην ίδια θεραπευτική δόση επί 6-12 μήνες, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος της υποτροπής (συνεχιζόμενη θεραπεία). Όταν, όμως, έχουν εμφανιστεί τρία ή περισσότερα επεισόδια ή τα επεισόδια εμφανίζονται συχνά με βαριά συμπτωματολογία ή όταν ελλοχεύει ο κίνδυνος της αυτοκαταστροφής και συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου (π.χ. χρόνιο σωματικό νόσημα), τότε η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να χορηγείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (πέντε χρόνια ή διά βίου) ως θεραπεία συντήρησης.

- **Αγχολυτικά :** (λοραζεπάμη, αλπραζολάμη, διαζεπάμη, βρωμαζεπάμη)
Χορηγούνται όταν συνυπάρχει άγχος. Πρέπει να χορηγούνται με προσοχή, για μικρό χρονικό διάστημα, διότι προκαλούν εξάρτηση και μπορεί να επιδεινώσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

- **Αντιψυχωσικά :** (αλοπεριδόλη, αμισουλπρίδη, ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, αριπιπραζόλη, ζιπραζιδόνη)
Χορηγούνται σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, όταν αυτή συνοδεύεται από παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (ψυχωσική κατάθλιψη).

2.6.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί με αρκετή ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στην Τρίτη ηλικία, σε περιπτώσεις ανθεκτικής μείζονος κατάθλιψης και μετά από καρδιολογικό έλεγχο. Διενεργείται με τη διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο του ασθενούς για μερικά δευτερόλεπτα, κάτω από συνθήκες γενικής αναισθησίας και μυοχάλαση. Παρ' όλα αυτά στην πράξη σπανίως καταφεύγουμε σ' αυτήν, καθώς τα φάρμακα αποδεικνύονται, κατά γενικό κανόνα, αποτελεσματικά και η πρόταση ηλεκτροσπασμοθεραπείας γενικά προκαλεί φόβο στον πάσχοντα και στους συγγενείς του.

2.6.3. Ψυχολογικές θεραπείες

Οι ψυχολογικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι οι παρακάτω :

- **Γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία**

Πρόκειται για μια μορφή ψυχοθεραπείας που εστιάζει στα παρόντα προβλήματα του ασθενή. Βασίζεται στην ενεργητική συνεργασία θεραπευτή και θεραπευόμενου. Ολοκληρώνεται σε 15-20 συνεδρίες, που γίνονται μία φορά την εβδομάδα. Αποσκοπεί στην τροποποίηση και ανασκευή των αρνητικών «γνωσιών», του αρνητικού τρόπου, δηλαδή, με τον οποίο ο ασθενής «βλέπει» τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον. Από ερευνητικά δεδομένα έχει κατοχυρωθεί αποτελεσματικότητά της στη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης.

- **Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία**

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

- **Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία**

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

- **Ομαδική ψυχοθεραπεία**

Η θεραπευτική αυτή παρέμβαση μπορεί να είναι βραχεία (περίπου τρεις μήνες) ή μακροχρόνια (μερικά χρόνια), ανάλογα με το εάν έχει περισσότερο γνωσιακή-συμπεριφορική ή ψυχαναλυτική κατεύθυνση. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να μιλήσει και να μοιραστεί θέματα σχετικά με τον εαυτό του, την οικογένειά του και τους άλλους, να ανταλλάξει συναισθήματα με τα άλλα μέλη της ομάδας, να επιλέξει με την βοήθεια της ομάδας εναλλακτικές λύσεις και μέσα σε ένα κλίμα αλληλοϋποστήριξης, να ξαναβρεί την ελπίδα στη ζωή του.

- **Δημιουργικές θεραπείες μέσω τέχνης**

Οι θεραπείες αυτές μπορεί να βοηθήσουν από μόνες τους ή να συνδυαστούν με άλλες ψυχολογικές θεραπείες καθώς και με τη φαρμακοθεραπεία. Μέσα από το συμβολισμό και τη μεταφορά του προβλήματος σε μια καλλιτεχνική μορφή (αφήγηση, παραμύθι, αυτοσχεδιασμός, μουσικά κομμάτια, ζωγραφική), το άτομο ενθαρρύνεται να εξετάσει το πρόβλημά του από την ασφάλεια της αισθητικής απόστασης, να

εξελιχθεί συναισθηματικά και να ξαναγίνει δημιουργικό, δίνοντας ένα υπαρξιακό νόημα στη ζωή και τις πράξεις του.

- **Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις**

Με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις επιδιώκεται να αμβλυνθούν οι στρεσογόνοι εκείνοι παράγοντες που πυροδοτούν την έναρξη μιας καταθλιπτικής φάσης, που επιμηκύνουν την διάρκειά της, που επιδεινώνουν τη συμπτωματολογία της και καθιστούν το άτομο ευάλωτο, δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για υποτροπή και επανεμφάνιση της νόσου.

Με παρεμβάσεις που ασκούνται στην οικογένεια επιδιώκεται να εξομαλυνθούν οι συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, τροποποιώντας εκείνες τις συνθήκες ή τις συμπεριφορές που προκαλούν τις έριδες, τις προστριβές και τις συγκρούσεις.

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, επίσης, μεριμνούν για την ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών του ατόμου, δημιουργώντας έναν εύρωστο υποστηρικτικό κοινωνικό ιστό.

2.7. Προληπτική νοσηλευτική παρέμβαση

Η Προληπτική Παρέμβαση ακολουθεί την φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες.

Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της νόσου, διακρίνονται 3 επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής Προληπτική Παρέμβαση.

2.7.1. Πρωτογενής πρόληψη

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

Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον γενικό τρόπο ζωής. Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό, σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την

υγιεινή διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία και γενικά την απόκτηση υγιεινών συνηθειών. Ακόμη ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες όπως το κάπνισμα, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ό,τι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία.

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

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

Στα χρόνια νοσήματα, που δεν υπάρχει συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας, η παρέμβαση είναι μόνο έμμεση. Προκειμένου λοιπόν να περιορισθούν τα προβλήματα, οι παράγοντες πρέπει να καταπολεμηθούν

2.7.2. Δευτερογενής πρόληψη

Η Δευτερογενής Πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια, σε περίπτωση δε που τούτο δεν είναι δυνατόν, να περιοριστεί η εξέλιξή της και να προληφθούν επιπλοκές. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού (γνωστό διεθνώς ως screening) είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα.

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

2.7.3. Τριτογενής πρόληψη

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

Οι ψυχοκοινωνικές και λογοθεραπευτικές υπηρεσίες επίσης ανήκουν στην κατηγορία αυτή.

ΥΓΕΙΑ (σύμφωνα με τον Balog) μπορεί να καθοριστεί σαν η κατάσταση εκείνη του σώματος και πνεύματος, η οποία δίδει τη δυνατότητα στα άτομα να

κατευθύνονται με επιτυχία προς τους επιθυμητούς λειτουργικούς και κοινωνικούς τους αντικειμενικούς σκοπούς.

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

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

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

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

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

2.8. Νοσηλευτική αντιμετώπιση του ηλικιωμένου στην κοινότητα

Σύμφωνα με την Carnevali ο πρωταρχικός σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο (και την οικογένεια) να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής και να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δραστηριότητες. Τούτο γιατί τόσο οι απαιτήσεις όσο και οι δραστηριότητες επηρεάζουν και επηρεάζονται από την υγεία και την αρρώστια, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τον γενικότερο τρόπο ζωής του ατόμου.

Στο ηλικιωμένο άτομο η ισορροπία μεταξύ των δραστηριοτήτων και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται. Μερικές δραστηριότητες περιορίζονται, αλλά και πολλές εξακολουθούν να υπάρχουν. Οι απαιτήσεις της καθημερινής ζωής λόγω της έκπτωσης των διαφόρων λειτουργιών αυξάνονται. Πηγές και μέσα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ηλικιωμένο, με αποτέλεσμα να υφίσταται πολλές απώλειες και να περιοριστεί πολύ η υποστηρικτική του ικανότητα. Το άτομο που ήταν μέχρι τώρα ανεξάρτητο σε όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες, αναγκάζεται να

στηριχθεί σε άλλους. Η ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων/αναγκών και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται και είναι δύσκολο γι' αυτόν να ανταποκριθεί χωρίς παρέμβαση και βοήθεια από το περιβάλλον.

Η αρρώστια μειώνει ακόμη περισσότερο τις φυσιολογικές και ψυχολογικές προσαρμοστικές δυνατότητες του ηλικιωμένου ατόμου. Προσθέτει δε περισσότερο βάρος στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, γιατί ο άρρωστος ηλικιωμένος αναγκάζεται να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες :

- νέα συμπτώματα και προβλήματα
- διαγνωστικές εξετάσεις
- διάφορες θεραπείες για αντιμετώπιση προβλημάτων
- παρενέργειες θεραπειών και φαρμάκων
- αλλαγή περιβάλλοντος
- αλλαγές στο διαιτολόγιο
- παραβίαση της ατομικότητάς του
- απαιτήσεις για νέες γνώσεις και δεξιότητες

Η Νοσηλευτική φροντίδα παρεμβαίνει για να βοηθήσει την επαναφορά του ατόμου στην ισορροπία, αυξάνοντας τις υποστηρικτικές πηγές. Η προσαρμοστική του δυνατότητα θα εξαρτηθεί από το βαθμό «συνθηκολόγησης» ή συμμόρφωσης στα μέσα που προτείνονται για να αντιμετωπιστεί η κατάσταση, πράγμα που και πάλι εξαρτάται από τον μέχρι τότε συνήθη τρόπο ζωής του ηλικιωμένου.

Όπως σε όλους τους άλλους τομείς, έτσι και στον ηλικιωμένο, σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο να διεκπεραιώσει τις δραστηριότητες εκείνες, που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, στην αποκατάστασή της σε περίπτωση αρρώστιας ή ακόμη και σε ένα ειρηνικό όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο θάνατο. Τις δραστηριότητες αυτές μπορούσε να διεκπεραιώσει το άτομο μόνο του, εάν διέθετε την απαραίτητη δύναμη, θέληση και γνώση.

Στη φροντίδα του ηλικιωμένου ιδιαίτερα υπάρχουν τέσσερεις σπουδαίοι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη και να τεθούν σαν βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας :

1. Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου

Ο καθένας στην κοινωνία του 20^{ου} αιώνα τακτοποιεί τον εαυτό του και τα δικά του θέματα όπως ο ίδιος νομίζει καλύτερα, επιλέγει τον τόπο διαμονής καθώς και τον τρόπο ζωής του. Ο,τιδήποτε έχει σχέση με τον εαυτό του, από την εμφάνιση και την ενδυμασία μέχρι την επιλογή των τροφίμων, στην αγορά και τον τρόπο ετοιμασίας της τροφής, αλλά και το πώς χρησιμοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του, αποτελούν θέματα δικής του προσωπικής επιλογής. Όλα αυτά δείχνουν κάτι από την προσωπικότητά του και τον χαρακτήρα του.

Ο ηλικιωμένος κινδυνεύει να χάσει αυτήν την ατομικότητά του, για δύο κυρίως λόγους : διότι με τη διεργασία του γήρατος και τις διάφορες ασθένειες που το συνοδεύουν, αισθάνεται φυσική ή πνευματική αδυναμία και ανικανότητα διεκπεραίωσης των δραστηριοτήτων αυτών της καθημερινής ζωής, χωρίς βοήθεια. Η απομάκρυνσή του από τον χώρο εργασίας και δραστηριότητας με τη συνταξιοδότησή του, μπορεί να του δημιουργήσει το αίσθημα ενός πολίτη δεύτερης κατηγορίας, εάν αισθάνεται ότι δεν είναι πια

χρήσιμος και αποδοτικός οικονομικά, επαγγελματικά και κοινωνικά.

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

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

2. Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα

Η αρχική αξιολόγηση του ηλικιωμένου θα βοηθήσει να διαπιστωθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες, σε σχέση με την κάλυψη των άμεσων ατομικών του αναγκών (καθαριότητα, διατροφή, ενδυμασία) καθώς και των ευρύτερων αναγκών του (ψώνια, μαγείρεμα, καθαριότητα περιβάλλοντος). Η φροντίδα θα προγραμματιστεί έτσι, ώστε να ενισχύει τις δυνατότητες και να περιορίσει τις αδυναμίες.

Δυσκολίες στην αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου πρέπει να αναμένονται τόσο από την πλευρά του ίδιου όσο και του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος που βοηθάει στην φροντίδα. Πολύ συχνά τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν έχουν την υπομονή να περιμένουν τον ηλικιωμένο να διεκπεραιώσει σε αργό ρυθμό και με αρκετές ελλείψεις, κάποια δραστηριότητα (π.χ. ξύρισμα, ντύσιμο, φαγητό) και προτιμούν να την τελειώσουν οι ίδιοι πιο γρήγορα, με αποτέλεσμα βέβαια, η δυνατότητα του ίδιου του ατόμου για αυτοφροντίδα να περιορίζεται και να γίνεται συνεχώς και περισσότερο εξαρτημένο από τους άλλους.

Στο θέμα της αυτοφροντίδας και της σημασίας της, τόσο ο ηλικιωμένος όσο και η οικογένεια έχουν ανάγκη ενημέρωσης. Χρειάζεται να αντιληφθεί η οικογένεια ότι η πλημμυρής έστω διεκπεραίωση ορισμένων δραστηριοτήτων δίνει στον ηλικιωμένο το αίσθημα της χρησιμότητας και της ικανοποίησης. Το θέμα γίνεται πιο δύσκολο, όταν ο ίδιος ο ηλικιωμένος δεν έχει την διάθεση και τη θέληση να δραστηριοποιηθεί, οπότε χρειάζεται προσεκτική μελέτη να διαπιστωθούν τα αίτια της αδυναμίας αυτής, τα οποία τις πιο πολλές φορές είναι οργανικά, οφειλόμενα δηλαδή στην ίδια την αρρώστια, αλλά και σε ποικίλους άλλους λόγους, ψυχολογικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς.

Η αυτοφροντίδα ενισχύεται περισσότερο σε ένα περιβάλλον γνωστό και οικείο στον ηλικιωμένο, όπως είναι το σπίτι του, όπου νοιώθει και περισσότερη ασφάλεια, αφού βέβαια προηγηθούν κάποιες μεταβολές ή αναπροσαρμογή του περιβάλλοντος, όπου χρειάζεται.

3. Διδασκαλία – Αγωγή Υγείας του ηλικιωμένου και της οικογένειας

Το πρώτο βήμα στην οργάνωση προγράμματος διδασκαλίας στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια αποτελεί η αξιολόγηση της ετοιμότητας για μάθηση. Χωρίς αποδοχή του προβλήματος δεν είναι δυνατό να είναι έτοιμος να δεχθεί αποτελεσματικά το πρόγραμμα διδασκαλίας. Χρειάζεται, λοιπόν, η προσαρμογή του ατόμου και της οικογένειας στη νέα κατάσταση. Τόσο οι

συγγενείς όσο και το ίδιο το άτομο είναι δυνατόν να δυσκολεύονται πάρα πολύ να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα και τούτο παρά το ότι παραδέχονται την κατάσταση σαν υπαρκτό γεγονός.

Το δεύτερο βήμα αποτελεί η αξιολόγηση της δυνατότητας για μάθηση. Παράγοντες που συντελούν σ' αυτό είναι το μορφωτικό επίπεδο, η επίδραση της αρρώστιας στο επίπεδο αντίληψης του ατόμου και το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Η φυσική κατάσταση επίσης επιδρά.

Πόσα και ποια είναι αυτά που θα διδάξει ο νοσηλευτής στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια; Ο ηλικιωμένος και η οικογένεια πρέπει να μάθουν όσα τους χρειάζονται, για να μπορούν να αντιμετωπίζουν με ασφάλεια και εμπιστοσύνη την δυσκολία και αδυναμία τους στο περιβάλλον του σπιτιού. Λαμβάνεται βέβαια υπόψη και το πόσο ζητάει και τί δυνατότητες έχει ο ηλικιωμένος να αντιληφθεί τις πληροφορίες που του προσφέρονται. Μερικοί ζητούν να μάθουν πολύ περισσότερα για την αρρώστια τους, άλλοι περιορίζονται στα πολύ βασικά και απαραίτητα.

Βασική στην αρχή είναι η αξιολόγηση των γνώσεων που ήδη υπάρχουν σχετικά με το συγκεκριμένο πρόβλημα και όσα σχετίζονται με τη θεραπεία και τις παρενέργειες. Με αυτήν την αξιολόγηση, είναι δυνατόν να ανακαλυφθούν προκαταλήψεις, φόβοι ή λανθασμένες γνώσεις σχετικά με το θέμα, οι οποίες καλό είναι να επιστημανθούν από την αρχή.

Με βάση τις υπάρχουσες γνώσεις, ο νοσηλευτής προχωράει στην επιπλέον ενημέρωση που κρίνει ότι είναι απαραίτητη, προσφέροντας στην αρχή βασικές εξηγήσεις του μηχανισμού και της θεραπείας που εφαρμόζεται. Δίνει απλές εξηγήσεις. Διαγράμματα, σχέδια και εικόνες πρέπει να είναι ευμεγέθη για να μπορεί να τα βλέπει και το άτομο με την περιορισμένη όραση. Όταν το άτομο διδάσκεται τεχνικές, πρέπει να βλέπει τα συγκεκριμένα αντικείμενα, να τα πάρει στα χέρια του και να ασκηθεί στην χρησιμοποίησή τους.

Το άτομο ενισχύεται να απευθύνει ερωτήσεις και να εκφράζει την δυσκολία του. Η διδασκαλία-ενημέρωση έχει τρεις βασικούς σκοπούς :

- την διατήρηση ισορροπίας στην υγεία του ηλικιωμένου
- την πρόληψη διαφόρων επιπλοκών τόσο από την αρρώστια όσο και από τα διάφορα φάρμακα και θεραπείες
- την πρόληψη ατυχημάτων μέσα στο χώρο του σπιτιού και εκτός αυτού

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

Οι ποικίλες ανάγκες υγείας του ηλικιωμένου απαιτούν την συνεργασία πολλών επιστημόνων άλλων ειδικοτήτων. Η αποτελεσματικότητα της ομάδας εξαρτάται από το κατά πόσο κάθε μέλος της ομάδας υγείας σέβεται και υπολογίζει τον ρόλο και τις αρμοδιότητες των άλλων μελών.

Κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να έχει πρόσβαση στις γραπτές πληροφορίες που καταχωρούν τα άλλα μέλη, ώστε όλοι να είναι ενήμεροι για την πορεία της υγείας του ατόμου και να είναι έτοιμοι να προσφέρουν αποτελεσματικά την συμβολή τους στις συναντήσεις που γίνονται σε συχνά, τακτά χρονικά διαστήματα.

Την ηγεσία της ομάδας αναλαμβάνει κάθε φορά κάποιος από τους επιστήμονες, ανάλογα με την κατάσταση του ατόμου, που δέχεται τις υπηρεσίες και τις άμεσες ανάγκες του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι να διερευνήσει το κατά πόσο η πιθανότητα ανάπτυξης κατάθλιψης σχετίζεται με το φύλο και την κοινωνική υποστήριξη του ατόμου ανάμεσα σε ηλικιωμένους του δήμου Ηρακλείου.

3.1. Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποιός είναι ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους του Δήμου Ηρακλείου;
- Τα άτομα που έχουν χηρέψει εμφανίζουν μεγαλύτερη κατάθλιψη;
- Οι άνδρες έχουν μικρότερη συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης συγκριτικά με τις γυναίκες;

3.2. Το δείγμα μας

Η ερευνά μας πραγματοποιήθηκε σε όλα τα ΚΑΠΗ της πόλης του Ηρακλείου το διάστημα Ιούλιος – Οκτώβριος 2006, και συγκεκριμένα στα ΚΑΠΗ Θερίσσου, Αγίας Τριάδας, Κατσαμπά, Φορτέτσας, Μασταμπά, Πόρου και Αγίου Δημητρίου. Το δείγμα μας επιλέχθηκε με τη μέθοδο της Απλής Τυχαίας Δειγματοληψίας. Απλή τυχαία δειγματοληψία είναι τύπος δειγματοληψίας, στον οποίο όλα τα μέλη του πληθυσμού, έχουν ίσες πιθανότητες να επιλεγούν στο δείγμα (Σαχίνη – Καρδάση 2004).

Το δείγμα μας προσεγγίστηκε με την μέθοδο της συνέντευξης στο χώρο του εκάστοτε ΚΑΠΗ. Για να συλλέξουμε τα δεδομένα, χρησιμοποιήσαμε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, (το οποίο και παραθέτουμε παρακάτω). Το ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε ως το καταλληλότερο εργαλείο συγκέντρωσης των δεδομένων, διότι είναι το λιγότερο δαπανηρό και χρειάζεται λιγότερος χρόνος συμπλήρωσής του.

Για την ερμηνεία των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν χρησιμοποιείται η περιγραφική στατιστική ανάλυση (κατανομή συχνοτήτων,

εκατοστιαίες αναλογίες). Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν σε κυκλικά διαγράμματα και σε ραβδογράμματα γιατί, σύμφωνα με τη Σαχίνη – Καρδάση (2004), «είναι ο πιο χρήσιμος τρόπος γραφικής παράστασης κατανομής συχνότητας δεδομένων ονομαστικού και τακτικού επιπέδου, που δεν μπορεί να διαιρεθούν σε αριθμητικά διαστήματα κλάσης».

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν έγινε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης, οι στατιστικές δοκιμασίες που χρησιμοποιήθηκαν για την ερμηνεία των δεδομένων είναι ANOVA one way, t-test και χ^2 .

3.3. Ερωτηματολόγιο Beck

Το ερωτηματολόγιο Beck δημιουργήθηκε από τον Dr. Aaron Beck, αποτελείται από 21 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Είναι ένα από τα ευρέως χρησιμοποιούμενα όργανα για τη μέτρηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης. Η πιο πρόσφατη έκδοσή του, είναι σχεδιασμένη για άτομα ηλικίας 13 και άνω. Αποτελείται από ερωτήσεις σχετιζόμενες με τα συμπτώματα της κατάθλιψης όπως απαισιοδοξία, ευερεθιστότητα, αισθήματα ενοχής και τιμωρίας. Επίσης, με σωματικά συμπτώματα όπως κούραση, απώλεια βάρους και έλλειψη ενδιαφέροντος για το σεξ.

Υπάρχουν τρεις εκδοχές του ερωτηματολογίου Beck, το αρχικό που πρωτοδημοσιεύθηκε το 1961 και επανεκδόθηκε το 1971 ως Beck-1A και το Beck-II το οποίο εκδόθηκε το 1986. Το ερωτηματολόγιο Beck χρησιμοποιείται ευρέως ως ένα βοηθητικό εργαλείο από τους επαγγελματίες υγείας και ερευνητές για τη διάγνωση της κατάθλιψης.

3.3.1 Ανάπτυξη και ιστορία του ερωτηματολογίου Beck

Ιστορικά, η κατάθλιψη είχε περιγραφεί με ψυχοδυναμικούς όρους σαν εχθρότητα του ατόμου προς τον εαυτό του. Σε αντίθεση, το ερωτηματολόγιο Beck αναπτύχθηκε με πρωτοποριακό τρόπο για την εποχή του, χρησιμοποιώντας τις προφορικές περιγραφές των συμπτωμάτων από τους ασθενείς και δημιούργησε μια κλίμακα η οποία μπορούσε να αντανάκλα την διάρκεια εμφάνισης ή την σοβαρότητα ενός συμπτώματος.

Κατά τη διάρκεια της εργασίας του, ο Beck έδωσε προσοχή στη σημασία των επίμονων αρνητικών απόψεων και των μη σύντονων με την πραγματικότητα αρνητικών σκέψεων του ατόμου για τον εαυτό του. Κατά τη γνώμη του, οι αρνητικές απόψεις προκαλούν την κατάθλιψη και δεν προκαλούνται από αυτή. Ο Beck ανέπτυξε μια τριάδα από αρνητικές απόψεις (γνωστική τριάδα) σχετικά με τον κόσμο (άμεσο κοινωνικό περιβάλλον), το μέλλον και τον εαυτό.

- Π.χ. Στην περίπτωση ενός μαθητή με χαμηλούς βαθμούς στις εξετάσεις :
- Ο μαθητής έχει αρνητικές σκέψεις για τον κόσμο, οπότε μπορεί να καταλήξει να πιστεύει ότι δεν απολαμβάνει το μάθημα.
 - Ο μαθητής έχει αρνητικές σκέψεις για το μέλλον, επειδή πιστεύει ότι δεν θα περάσει το μάθημα.
 - Ο μαθητής έχει αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του, καθώς μπορεί να αισθάνεται ότι δεν αξίζει να είναι στην τάξη.

Με βάση την θεωρία της γνωστικής τριάδας ο Beck ανέπτυξε τη γνωστική θεωρία.

3.3.2. Beck

Το αρχικό ερωτηματολόγιο Beck, αποτελούταν από 21 ερωτήσεις σχετικά με το πώς αισθανόταν το άτομο την τελευταία εβδομάδα. Κάθε ερώτηση είχε τρεις πιθανές απαντήσεις. Οι απαντήσεις αξιολογούνταν από 0-3 και το τελικό αποτέλεσμα καθόριζε τη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Από 0-9 δεν υπάρχει κατάθλιψη, από 10-18 ήπιας μορφής κατάθλιψη, από 19-29 μέτριας μορφής κατάθλιψη, από 30-63 σοβαρής μορφής κατάθλιψη και από 63 και άνω πολύ σοβαρής μορφής κατάθλιψη.

3.3.3. Beck - II

Λόγω της αλλαγής πολλών από τα διαγνωστικά κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής από την Αμερικάνικη Εταιρία Ψυχιάτρων, το αρχικό Beck εξελίχθηκε το 1996 στο Beck-II.

Ερωτήσεις που αφορούν σκέψεις αυτοκτονίας, αίσθημα τιμωρίας και διάθεση για σεξ παρέμειναν ίδιες. Ερωτήσεις σχετικά με την απώλεια ύπνου και όρεξης προσαρμόστηκαν με τρόπο ώστε να φαίνεται το κατά πόσο αυξάνονται ή μειώνονται. Αφαιρέθηκαν ερωτήσεις σχετικά με τη δυσκολία στην εργασία, την υποχονδρίαση και την αλλαγή του σωματικού ειδώλου. Σε αντίθεση με το αρχικό, το Beck-II ενδιαφέρεται για τη διάθεση του ατόμου τις τελευταίες δύο εβδομάδες.

Από 0-13 πρώτα στάδια κατάθλιψης, 14-19 ήπιας μορφής κατάθλιψη, από 20-28 μέτριας μορφής κατάθλιψη, από 29-63 σοβαρής μορφής κατάθλιψη και από 63 και άνω πολύ σοβαρής μορφής κατάθλιψη.

3.4. Τα ερωτηματολόγια

1^ο ΜΕΡΟΣ : ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνομ/μο

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Ημέρα μήνας χρόνος

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Ημέρα μήνας χρόνια

ΦΥΛΟ

(1) Άνδρας (2) Γυναίκα

|_|

|_|

ΣΥΖΥΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Ελεύθερος
2. Παντρεμένος/η ή συζεί με σύντροφο
3. Χωρισμένος/η
4. Χήρος/α
5. Άλλο
9. Ανεπαρκή στοιχεία

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

|_|

1. Πανεπιστήμιο ή ισοδύναμα
2. Διάμεσο μεταξύ δευτεροβάθμιου επιπέδου & Παν/μίου (Ανώτερη Σχολή)
3. Γυμνάσιο – Λύκειο
4. Δημοτικό ή καθόλου
9. Ανεπαρκή στοιχεία

Ερωτηματολόγιο BECK

Σ' αυτό το ερωτηματολόγιο υπάρχουν ομάδες από φράσεις. Σε παρακαλούμε να διαβάσεις τις φράσεις στην κάθε ομάδα προσεχτικά. Μετά, διάλεξε στην κάθε ομάδα τη φράση που περιγράφει καλύτερα τον τρόπο που αισθάνεσαι. **ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΑ.**

Βάλε έναν κύκλο γύρω από τον αριθμό που διάλεξες σε κάθε ομάδα. Αν περισσότερες από μία φράσεις σε εκφράζουν εξίσου, βάλε έναν κύκλο γύρω από την κάθε μία. Πρόσεξε να διαβάσεις όλες τις φράσεις σε κάθε ομάδα πριν κάνεις την επιλογή σου.

1. 0. Δεν αισθάνομαι λυπημένος / η
 1. Αισθάνομαι λυπημένος / η
 2. Είμαι συνέχεια λυπημένος / η και δεν μπορώ να ξεφύγω απ' αυτό
 3. Είμαι τόσο λυπημένος / η και δυστυχισμένος / η που δεν μπορώ να το υποφέρω

2. 0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απογοητευμένος / η για το μέλλον
 1. Αισθάνομαι απογοητευμένος / η για το μέλλον
 2. Δεν έχω τίποτα για να ελπίζω
 3. Αισθάνομαι ότι το μέλλον είναι σκοτεινό και δεν μπορώ να κάνω τίποτα γι' αυτό

3. 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος / η
 1. Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο από ότι ένας μέτριος άνθρωπος
 2. Καθώς κοιτάζω τη ζωή μου μέχρι τώρα αισθάνομαι ότι είναι όλο αποτυχίες
 3. Αισθάνομαι ότι είμαι ένας αποτυχημένος άνθρωπος.

4. 0. Ευχαριστιέμαι από τα πράγματα όπως παλιά
 1. Δεν έχω τα κέφια που είχα άλλοτε
 2. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα πραγματικά
 3. Δεν ευχαριστιέμαι με τίποτα και βαριέμαι τα πάντα.

5. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχος / η
 1. Αισθάνομαι ένοχος / η αρκετά συχνά
 2. Αισθάνομαι ένοχος / η τον περισσότερο καιρό
 3. Αισθάνομαι συνέχεια ένοχος / η.

6. 0. Δεν αισθάνομαι ότι με τιμωρούν
 1. Αισθάνομαι ότι μπορεί να με τιμωρούν
 2. Περιμένω την τιμωρία
 3. Αισθάνομαι ότι με τιμωρούν.

7. 0. Δεν είμαι απογοητευμένος / η από τον εαυτό μου.
 1. Είμαι απογοητευμένος / η από τον εαυτό μου
 2. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
 3. Μισώ τον εαυτό μου.

- 8. 0.** Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος / η από τους άλλους
1. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τις αδυναμίες και τα λάθη μου
 2. Κατηγορώ τον εαυτό μου συνέχεια για τα λάθη μου
 3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για ότι κακό συμβεί.
- 9. 0.** Δεν έχω σκεφτεί ποτέ να αυτοκτονήσω
1. Έχω σκεφτεί να αυτοκτονήσω αλλά δεν το επεχείρησα ποτέ
 2. Θα ήθελα να αυτοκτονήσω
 3. Θα αυτοκτονούσα αν είχα την κατάλληλη ευκαιρία.
- 10.0.** Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
1. Τώρα κλαίω περισσότερο απ' ότι παλαιότερα
 2. Τώρα κλαίω συνέχεια
 3. Παλαιότερα μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα δεν μπορώ παρ' όλο που το θέλω
- 11.0.** Δεν ενοχλούμαι τώρα περισσότερο απ' ότι στο παρελθόν
1. Τώρα ενοχλούμαι ή στενοχωριέμαι ευκολότερα απ' ότι στο παρελθόν.
 2. Τώρα ενοχλούμαι με το παραμικρό
 3. Τώρα δεν με ενοχλούν καθόλου τα πράγματα που με ενοχλούσαν
- 12.0.** Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
1. Οι άνθρωποι με ενδιαφέρουν λιγότερο απ' ότι στο παρελθόν
 2. Έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντός μου για τους άλλους.
 3. Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους.
- 13.0.** Παίρνω αποφάσεις όπως και στο παρελθόν
1. Αναβάλω να πάρω αποφάσεις περισσότερο απ' ότι στο παρελθόν.
 2. Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις τώρα
 3. Δεν μπορώ πια καθόλου να παίρνω αποφάσεις.
- 14.0.** Δεν νομίζω ότι έχω ασχημύνει
1. Φοβάμαι ότι μοιάζω άσχημος / η και γέρος / γριά
 2. Νομίζω ότι το παρουσιαστικό μου έχει αλλάξει μόνιμα και έχω γίνει άσχημος / η
 3. Νομίζω ότι είμαι άσχημος / η.
- 15.0.** Δουλεύω καλά όπως και στο παρελθόν
1. Χρειάζομαι ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάτι
 2. Χρειάζομαι να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να αρχίσω κάτι
 3. Δεν μπορώ να δουλέψω καθόλου.
- 16.0.** Κοιμάμαι καλά όπως πάντα
1. Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όπως στο παρελθόν
 2. Ξυπνάω 1 – 2 ώρες νωρίτερα και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ
 3. Ξυπνάω πολλές ώρες νωρίτερα απ' ότι στο παρελθόν και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.

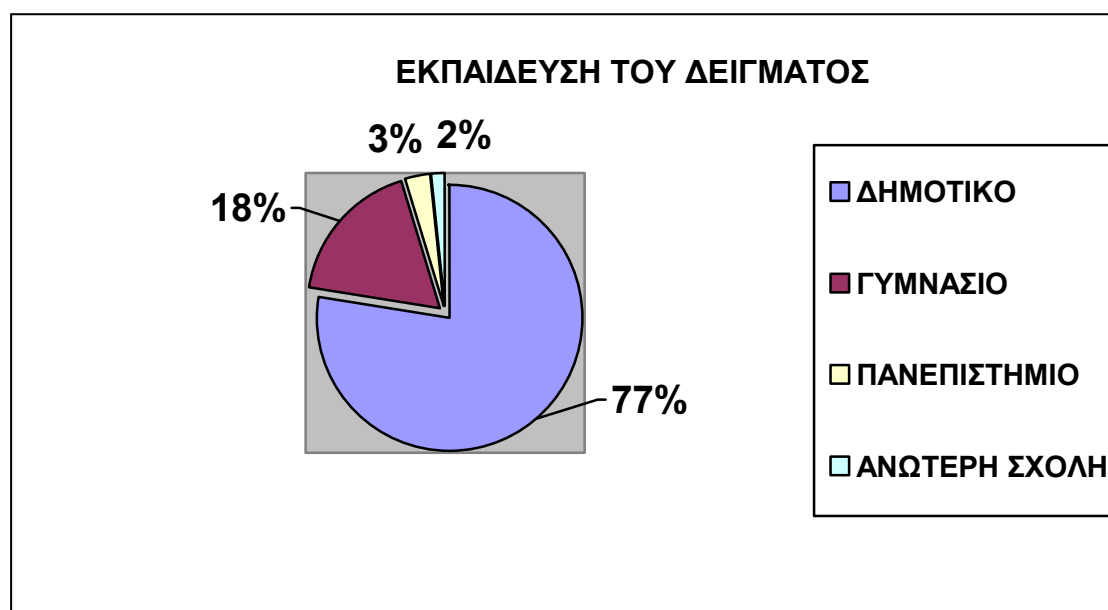
- 17.0.** Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' ότι παλιά
1. Κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι στο παρελθόν
 2. Κουράζομαι με το παραμικρό
 3. Είμαι πολύ κουρασμένος / η για να κάνω οτιδήποτε
- 18.0.** Η όρεξή μου δεν είναι λιγότερη από το συνηθισμένο
1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όπως παλιά
 2. Η όρεξή μου είναι πολύ μικρότερη τώρα
 3. Δεν έχω καθόλου όρεξη να φάω
- 19.0.** Δεν έχω χάσει βάρος τελευταία
1. Έχω χάσει πάνω από 4 κιλά
 2. Έχω χάσει πάνω από 7 κιλά
 3. Έχω χάσει πάνω από 10 κιλά
- Επίτηδες τρώω λιγότερο για να χάσω βάρος Ναι _____ Όχι _____
- 20.0.** Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από το συνηθισμένο
1. Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα, για πόνους, για το στομάχι μου ή για την δυσκοιλιότητά μου.
 2. Ανησυχώ πολύ για τα σωματικά προβλήματα και δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο.
 3. Ανησυχώ τόσο πολύ για τα σωματικά μου προβλήματα ώστε δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτα άλλο.
- 21.0.** Δεν παρατήρησα τελευταία καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.
1. Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ απ' ότι παλαιότερα
 2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ τώρα.
 3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.

3.5. Περιγραφική στατιστική

3.5.1. Επίπεδο μόρφωσης του δείγματος

Για να είμαστε σε θέση να μελετήσουμε ένα δείγμα θα πρέπει να προσδιορίσουμε τα γενικά στατιστικά στοιχεία του δείγματος, όπως είναι το επίπεδο μόρφωσης.

Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το 3,1% (n=2) είναι απόφοιτοι πανεπιστήμιου, το 1,5% (v=1) είναι απόφοιτοι ανώτερης σχολής, το 16,9% (n=11) είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 73,8 % (n=48) είναι απόφοιτοι δημοτικού, δεν έχουν τελειώσει το δημοτικό. Παρατηρούμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και συγκεκριμένα δημοτικού.

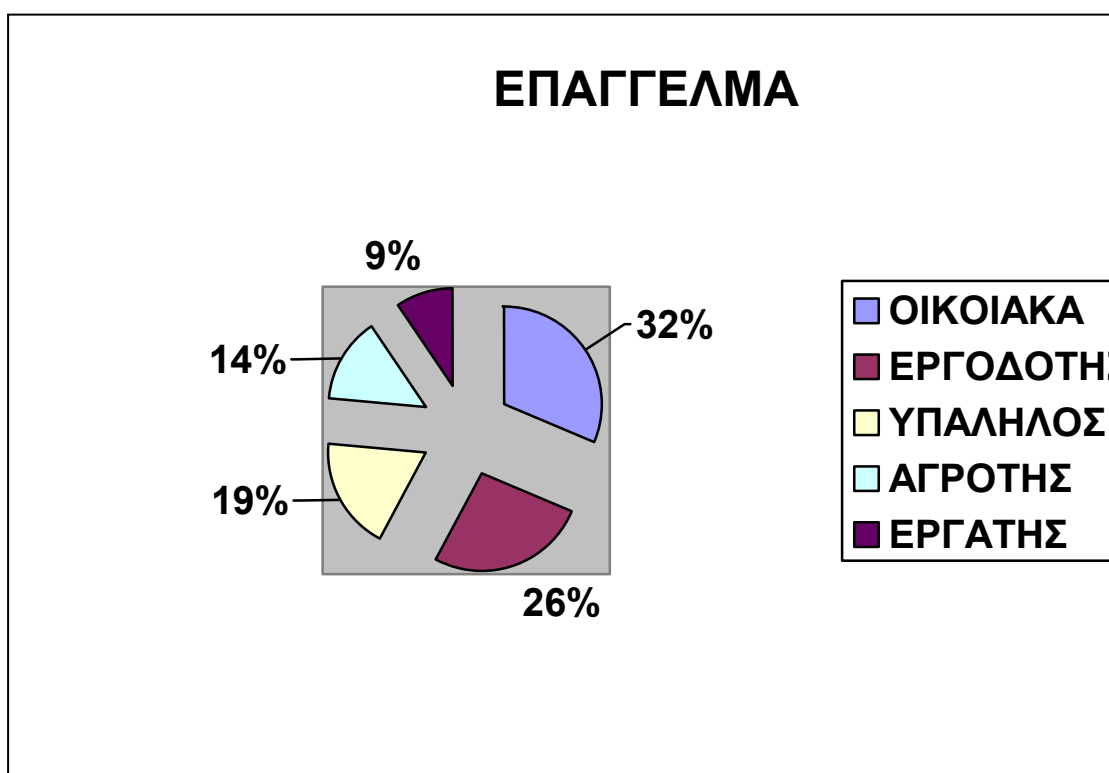


Πίνακας 3.1.

3.5.2. Επάγγελμα του δείγματος

Να σημειώσουμε ότι το δείγμα μας είναι σε σύνταξη δηλαδή δεν εργάζεται, παρακάτω παραθέτουμε το επάγγελμα που ασκούσε το δείγμα πριν τη σύνταξη.

Το 26,2% (n=17) ήταν εργαζόμενοι σε δική τους δουλειά, το 18,5% (n=12) ήταν υπάλληλοι σε ιδιωτική ή δημόσια επιχείρηση, το 9,2% (n=6) ήταν εργάτες, το 13,8% (n=9) ήταν αγρότες ή κτηνοτρόφοι, το 30,8% (n=20) ασχολούνταν με τα οικιακά.

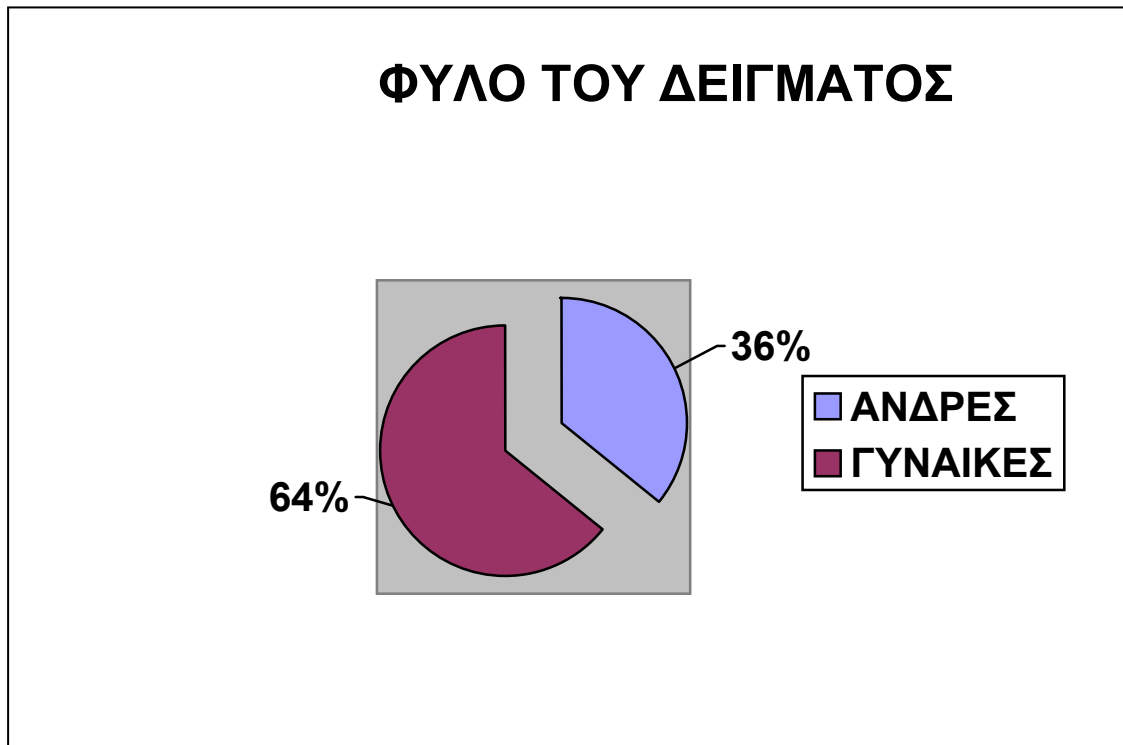


Πίνακας 3.2.

Μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ασχολείται με τα οικιακά, κάτι που οφείλεται στο γεγονός ότι το 64% του δείγματος είναι γυναίκες.

3.5.3. Φύλο του δείγματος

Το 35,4% (n=23) του δείγματος είναι άνδρες και το 63,1% (n=41) είναι γυναίκες.

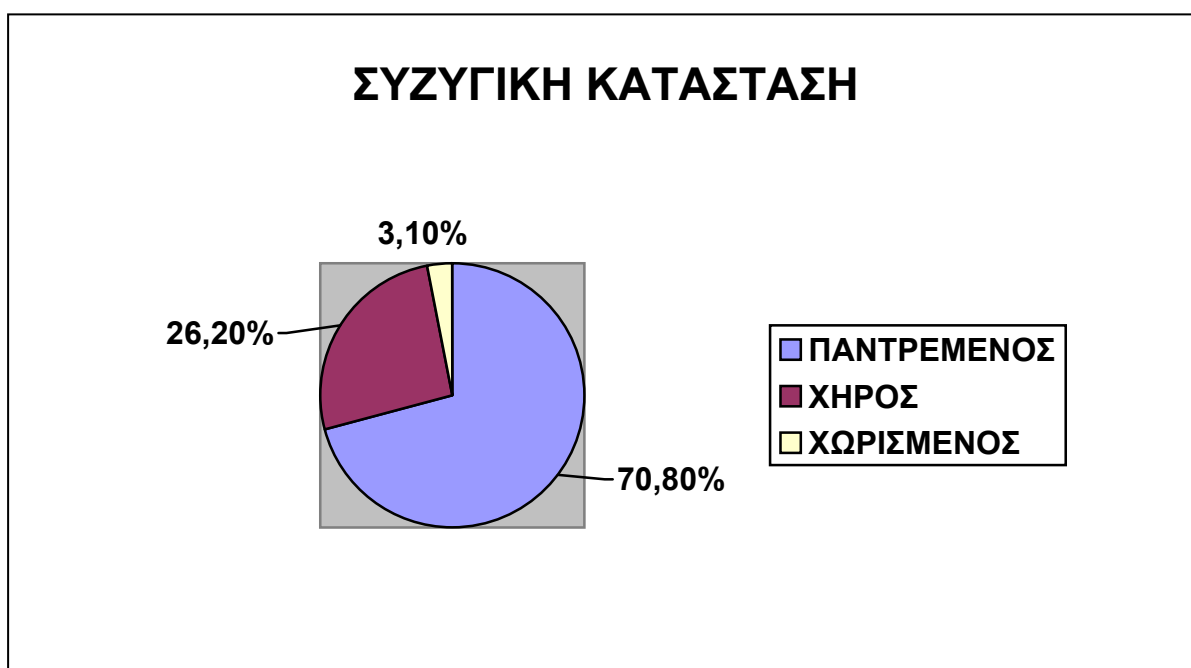


Πίνακας 3.3.

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι γυναίκες ενώ μικρότερο είναι το ποσοστό των ανδρών.

3.5.4. Συζυγική κατάσταση του δείγματος

Το 70,8% (n=46) του δείγματος είναι παντρεμένοι, το 3,1% (n=2) του δείγματος είναι χωρισμένοι, το 26,2% (n=17) του δείγματος είναι χήρος/α .



Πίνακας 3.4.

Με βάση τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είναι παντρεμένοι ενώ ακολουθούν οι χήροι και οι χωρισμένοι.

3.5.5. Συχνότητα κατάθλιψης

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
0	1	1,6	1,6
1	1	1,6	3,2
2	4	6,3	9,7
3	2	3,1	12,9
4	6	9,4	22,6
5	2	3,1	25,8
6	5	7,8	33,9
7	3	4,7	38,7
8	4	6,3	45,2
9	3	4,7	50
10	8	12,5	62,9
11	4	6,3	69,4
12	3	4,7	74,2
13	4	6,3	80,6
14	3	4,7	85,5
18	2	3,1	88,7
20	1	1,6	90,3
21	4	6,3	96,8
22	1	1,6	98,4
28	1	1,6	100
ΣΥΝΟΛΟ	62	96,9	

Πίνακας 3.5.

Από 0 – 9 ⇒ δεν υπάρχει κατάθλιψη.

Από 10 – 18 ⇒ ήπιας μορφής κατάθλιψη.

Από 19 – 29 ⇒ μέτριας μορφής κατάθλιψη.

Από 30 – 63 ⇒ σοβαρής μορφής κατάθλιψη.

Από 63 και άνω ⇒ πολύ σοβαρής μορφής κατάθλιψη.

Στον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε πως το 50% των ερωτηθέντων συγκέντρωσε αποτελέσματα μικρότερα του 10, δηλαδή δεν εμφάνιζαν σημεία κατάθλιψης. Από 50% και άνω συγκέντρωσε αποτελέσματα μεγαλύτερα του 10, δηλαδή εμφάνιζαν ήπιας μορφής κατάθλιψη εκ των οποίων το 12,3% είχε αποτελέσματα μεγαλύτερα του 20, δηλαδή εμφάνιζαν συμπτώματα μέτριας μορφής κατάθλιψη.

3.5.6. Μέσος όρος κατάθλιψης

	N	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
ΔΕΙΓΜΑ	62	0	28	9,73	6,009

Πίνακας 3.6.

Στον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος, ανεξάρτητα από το φύλο, είναι στο 9,73, δηλαδή δεν υπάρχουν σημεία κατάθλιψης.

3.5.7. Κατάθλιψη και φύλο

ΦΥΛΟ	N	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
ΑΡΡΕΝ	20	6,65	4,88
ΘΥΛΗ	41	11,37	5,953

Πίνακας 3.7.

Στον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι οι άνδρες έχουν μέσο όρο αποτελεσμάτων 6,65, δηλαδή δεν εμφανίζουν κατάθλιψη σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι οποίες έχουν μέσο όρο αποτελεσμάτων 11,37, δηλαδή παρουσιάζουν συμπτώματα ήπιας μορφής κατάθλιψη.

3.5.8. Κατάθλιψη και οικογενειακή κατάσταση

	N	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΙ	43	8,47	4,807
ΧΗΡΟΙ	17	12,29	7,597

Πίνακας 3.8.

Στον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι οι παντρεμένοι συγκεντρώνουν μέσο όρο 8,47, δηλαδή δεν εμφανίζουν σημεία κατάθλιψης. Αντίθετα οι χήροι, έχουν μέσο όρο αποτελεσμάτων 12,29, δηλαδή παρουσιάζουν ήπιας μορφής κατάθλιψη.

3.6. Συμπεράσματα

Από την έρευνά μας, προκύπτει ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, με ποσοστό περίπου 60%. Επίσης, φαίνεται πως οι παντρεμένοι έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σημεία καταθλιπτικής νόσου με ποσοστό περίπου 60%, σε αντίθεση με τους χήρους οι οποίοι σε ποσοστό 20% εμφανίζουν σημεία της νόσου.

Από την προσωπική μας επαφή με τους ηλικιωμένους, κατά τη διάρκεια της έρευνάς μας, διαπιστώσαμε ότι οι περισσότεροι από αυτούς δεν είχαν την αναμενόμενη στήριξη από το άμεσο κοινωνικό τους περιβάλλον. Το γεγονός αυτό έχει σαν συνέπεια την ενίσχυση των αρνητικών συναισθημάτων – σκέψεων που δημιουργούνται μετά τη συνταξιοδότηση (αίσθημα ανικανότητας για προσφορά, κοινωνικός παραγκονισμός, μείωση αυτοεκτίμησης κ. τ. λ.).

Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το χαμηλό βιοτικό επίπεδο των περισσότερων (εργάτες, αγρότες) και με το μορφωτικό τους επίπεδο (77 περίπου τοις εκατό είναι απόφοιτοι Δημοτικού ή δεν το έχουν τελειώσει), αποτελούν σημαντικούς παράγοντες εμφάνισης σοβαρής μορφής καταθλιπτικής νόσου.

3.7. Προτάσεις

Από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι η κατάθλιψη είναι μια νόσος που εμφανίζεται στους ηλικιωμένους με μεγάλη συχνότητα, άλλωστε δεν πρέπει να ξεχνάμε πως χαρακτηρίζεται ως «νόσος της εποχής μας».

Θα πρέπει, λοιπόν, να συνειδητοποιηθεί το μέγεθος του προβλήματος και να υπάρξει μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση της κοινωνίας. Σε αυτό μπορεί να βοηθήσει και να παρέμβει και ο νοσηλευτής ως μέλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η ενημέρωση της κοινωνίας, μέσα στην οποία ανήκει και η οικογένεια, σχετικά με τα συμπτώματα, την πιθανή εξέλιξη και το τί είναι η κατάθλιψη, μπορεί να βοηθήσει στην πρόωμη αναγνώριση αυτής και στην άμεση αντιμετώπισή της.

Πρέπει να ενθαρρύνεται ο ηλικιωμένος να συναναστρέφεται με το γειτονικό κοινωνικό περιβάλλον. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω των ΚΑΠΗ στα οποία το άτομο συμμετέχει σε διάφορες ομάδες και γνωρίζει νέους ανθρώπους.

Άλλωστε τα ΚΑΠΗ δίνουν τη δυνατότητα στον ηλικιωμένο να συμμετέχει σε διάφορες δραστηριότητες όπως εκδρομές, χορωδείς, γυμναστική, χειροτεχνίες. Έτσι το άτομο ξεφεύγει από τη μοναξιά και αποβάλλει τις άσχημες σκέψεις που τυχόν υπάρχουν (αναξιότητα, υποτίμηση του ΕΓΩ).

Εν κατακλείδι, η στήριξη της οικογένειας (ψυχολογική υποστήριξη, ενημέρωση) είναι πολύ σημαντική, έτσι ώστε να είναι σε θέση να στηρίξει τον ηλικιωμένο ψυχολογικά και να μην τον τοποθετήσει στο περιθώριο. Είναι ουσιαστικό για τον ηλικιωμένο να νιώθει χρήσιμος και ότι δεν είναι βάρος για τους δικούς του.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Ερωτηματολόγιο BECK

Σ' αυτό το ερωτηματολόγιο υπάρχουν ομάδες από φράσεις. Σε παρακαλούμε να διαβάσεις τις φράσεις στην κάθε ομάδα προσεχτικά. Μετά, διάλεξε στην κάθε ομάδα τη φράση που περιγράφει καλύτερα τον τρόπο που αισθάνεσαι. **ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΑ.**

Βάλε έναν κύκλο γύρω από τον αριθμό που διάλεξες σε κάθε ομάδα. Αν περισσότερες από μία φράσεις σε εκφράζουν εξίσου, βάλε έναν κύκλο γύρω από την κάθε μία. Πρόσεξε να διαβάσεις όλες τις φράσεις σε κάθε ομάδα πριν κάνεις την επιλογή σου.

1. 0. Δεν αισθάνομαι λυπημένος / η
 1. Αισθάνομαι λυπημένος / η
 2. Είμαι συνέχεια λυπημένος / η και δεν μπορώ να ξεφύγω απ' αυτό
 3. Είμαι τόσο λυπημένος / η και δυστυχισμένος / η που δεν μπορώ να το υποφέρω

2. 0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απογοητευμένος / η για το μέλλον
 1. Αισθάνομαι απογοητευμένος / η για το μέλλον
 2. Δεν έχω τίποτα για να ελπίζω
 3. Αισθάνομαι ότι το μέλλον είναι σκοτεινό και δεν μπορώ να κάνω τίποτα γι' αυτό

3. 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος / η
 1. Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο από ότι ένας μέτριος άνθρωπος
 2. Καθώς κοιτάζω τη ζωή μου μέχρι τώρα αισθάνομαι ότι είναι όλο αποτυχίες
 3. Αισθάνομαι ότι είμαι ένας αποτυχημένος άνθρωπος.

4. 0. Ευχαριστιέμαι από τα πράγματα όπως παλιά
 1. Δεν έχω τα κέφια που είχα άλλοτε
 2. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα πραγματικά
 3. Δεν ευχαριστιέμαι με τίποτα και βαριέμαι τα πάντα.

5. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχος / η
 1. Αισθάνομαι ένοχος / η αρκετά συχνά
 2. Αισθάνομαι ένοχος / η τον περισσότερο καιρό
 3. Αισθάνομαι συνέχεια ένοχος / η.

6. 0. Δεν αισθάνομαι ότι με τιμωρούν
 1. Αισθάνομαι ότι μπορεί να με τιμωρούν
 2. Περιμένω την τιμωρία
 3. Αισθάνομαι ότι με τιμωρούν.

7. 0. Δεν είμαι απογοητευμένος / η από τον εαυτό μου.
 1. Είμαι απογοητευμένος / η από τον εαυτό μου
 2. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
 3. Μισώ τον εαυτό μου.

8. 0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος / η από τους άλλους
 1. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τις αδυναμίες και τα λάθη μου
 2. Κατηγορώ τον εαυτό μου συνέχεια για τα λάθη μου
 3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για ότι κακό συμβεί.

- 9. 0.** Δεν έχω σκεφτεί ποτέ να αυτοκτονήσω
1. Έχω σκεφτεί να αυτοκτονήσω αλλά δεν το επεχείρησα ποτέ
2. Θα ήθελα να αυτοκτονήσω
3. Θα αυτοκτονούσα αν είχα την κατάλληλη ευκαιρία.
- 10.0.** Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
1. Τώρα κλαίω περισσότερο απ' ότι παλαιότερα
2. Τώρα κλαίω συνέχεια
3. Παλαιότερα μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα δεν μπορώ παρ' όλο που το θέλω
- 11.0.** Δεν ενοχλούμαι τώρα περισσότερο απ' ότι στο παρελθόν
1. Τώρα ενοχλούμαι ή στενοχωριέμαι ευκολότερα απ' ότι στο παρελθόν.
2. Τώρα ενοχλούμαι με το παραμικρό
3. Τώρα δεν με ενοχλούν καθόλου τα πράγματα που με ενοχλούσαν
- 12.0.** Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
1. Οι άνθρωποι με ενδιαφέρουν λιγότερο απ' ότι στο παρελθόν
2. Έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντός μου για τους άλλους.
3. Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους.
- 13.0.** Παίρνω αποφάσεις όπως και στο παρελθόν
1. Αναβάλω να πάρω αποφάσεις περισσότερο απ' ότι στο παρελθόν.
2. Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις τώρα
3. Δεν μπορώ πια καθόλου να παίρνω αποφάσεις.
- 14.0.** Δεν νομίζω ότι έχω ασχημύνει
1. Φοβάμαι ότι μοιάζω άσχημος / η και γέρος / γριά
2. Νομίζω ότι το παρουσιαστικό μου έχει αλλάξει μόνιμα και έχω γίνει άσχημος / η
3. Νομίζω ότι είμαι άσχημος / η.
- 15.0.** Δουλεύω καλά όπως και στο παρελθόν
1. Χρειάζομαι ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάτι
2. Χρειάζομαι να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να αρχίσω κάτι
3. Δεν μπορώ να δουλέψω καθόλου.
- 16.0.** Κοιμάμαι καλά όπως πάντα
1. Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όπως στο παρελθόν
2. Ξυπνάω 1 – 2 ώρες νωρίτερα και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ
3. Ξυπνάω πολλές ώρες νωρίτερα απ' ότι στο παρελθόν και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.
- 17.0.** Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' ότι παλιά
1. Κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι στο παρελθόν
2. Κουράζομαι με το παραμικρό
3. Είμαι πολύ κουρασμένος / η για να κάνω οτιδήποτε

18.0. Η όρεξή μου δεν είναι λιγότερη από το συνηθισμένο

1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όπως παλιά
2. Η όρεξή μου είναι πολύ μικρότερη τώρα
3. Δεν έχω καθόλου όρεξη να φάω

19.0. Δεν έχω χάσει βάρος τελευταία

1. Έχω χάσει πάνω από 4 κιλά
2. Έχω χάσει πάνω από 7 κιλά
3. Έχω χάσει πάνω από 10 κιλά

Επίτηδες τρώω λιγότερο για να χάσω
βάρος Ναι _____ Όχι _____

20.0. Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από το συνηθισμένο

1. Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα, για πόνους, για το στομάχι μου ή για την δυσκοιλιότητά μου.
2. Ανησυχώ πολύ για τα σωματικά προβλήματα και δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο.
3. Ανησυχώ τόσο πολύ για τα σωματικά μου προβλήματα ώστε δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτα άλλο.

21.0. Δεν παρατήρησα τελευταία καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.

1. Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ απ' ό,τι παλαιότερα
2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ τώρα.
3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Οικονόμου Φ : Ψυχιατρική με Στοιχεία Ψυχολογίας. Ανανεωμένη Έκδοση.
Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Πλατή Χ Ν Επίκουρος Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Αθηνών : Γεροντολογική
Νοσηλευτική. Αθήνα. 1993

Ράγια Α Χ Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών : Νοσηλευτική
Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Αθήνα : Αφροδίτη Χρ Ραγιά, 1993

Στεφανής Κ. Σολδάτος Κ. Μαυρέας Β. (Απόδοση και Επιμέλεια) : Ταξινόμηση
ICD – 10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχές της Ψυχικής Συμπεριφοράς.
Κλινικές Περιγραφές και Οδηγίες για τη Διάγνωση. Επανέκδοση. Αθήνα

1) Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 1997

2) ΕΠΙΨΥ και Κέντρο Συνεργασίας του ΠΟΥ για την Έρευνα και την
Εκπαίδευση στην Ψυχική Υγεία. 1997

Χριστοδούλου Γ Ν. ΑΛΕΒΙΖΟΣ Β. ΜΑΥΡΕΑΣ Β. (Απόδοση και Επιμέλεια) : Οι
Ψυχικές Διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οδηγίες για τη
Διάγνωση και την Αντιμετώπιση. ICD – 10 Κεφάλαιο V Ειδική Έκδοση για την
Πρωτοβάθμια Φροντίδα.

ΠΟΥ. Γενεύη. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Αιγινήτειο
Νοσοκομείο

Επανέκδοση. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 1999

Χριστοδούλου Γ Ν. (Συντονισμός – Επιμέλεια) Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Αθηνών : Κατάθλιψη. Δεύτερη Έκδοση. Αθήνα : ΒΗΤΑ
Ιατρικές Εκδόσεις, 1998

Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης. Ε. Δημητρίου (Επιμ). Ψυχιατρική.
Θεσσαλονίκη: Εκδ. Μαστορίδης.

Αθανάσιος Γ. Παραδέλης. Κλινική Φαρμακολογία University Studio Press
1992

FLACH F. F. M. D : Κατάθλιψη, η Μυστική της Δύναμη. Αθήνα : Εκδόσεις
Δίοδος, 1974

Lemperiere T. Feline A και συν : ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.
(Σακελλαρόπουλος Π υπεύθυνος έκδοσης). Τόμος Β΄. Αθήνα : Εκδόσεις
Παπαζήση ΑΕΒΕ, 1995

NATIONAL STUDENT NURSES' ASSOCIATION, INCORPORATED.
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (Κοτρώτσου Ε. Επιμέλεια ΕΛΛ. Εκδόσεις).

Αθήνα : Εκδοτικός Όμιλος ΙΩΝ. Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» Γ. Παρίκος και ΣΙΑ Ε.Ε.,
2001. ΣΕΙΡΑ : ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.

Sadel – Ball – Dains – Benedict: Κλινική Εξέταση. Τομ 1. Επιμέλεια –
Πρόλογος Αχ. Τουρκαντώνης Πρόλογος Στέφανος Χατζηγιάννης. Ιατρικές
Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2001.

www.depnet.gr

www.depressionanxiety.gr

www.stress.gr

www.medlook.gr

www.epipsy.gr

www.psychologia.gr

www.psi-tripod.gr

www.rcpsych.ac.uk

[http:// muse.colants.edu/~rjaster./edvard-munch/index1.html](http://muse.colants.edu/~rjaster./edvard-munch/index1.html)