

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΝΔΕΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΤΗΝ
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΟΥΓΙΟΥΦΑ ΣΟΦΙΑ

ΜΩΡΑΪΤΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΗΓΟΥΜΕΝΙΑΔΗΣ ΜΙΧΑΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 2022

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι δύσκολες στιγμές της ζωής του ανθρώπου φέρουν θλίψη, απελπισία, απογοήτευση και ανηδονία. Αυτά τα συναισθήματα προέρχονται από καταστάσεις που δεν μπορεί να αποφύγει το άτομο, όπως οι αλλαγές, οι επιλογές, οι απώλειες αγαπημένων ανθρώπων και αντικειμένων και η αποτυχία της πραγματοποίησης των ονείρων του.

Σε μερικές περιπτώσεις τα συναισθήματα αυτά συνοδεύονται από αναπτυξιακά γεγονότα ή κάποια ασθένεια. Σε άλλες περιπτώσεις εμφανίζονται χωρίς εμφανή αίτια. Εάν βρεθεί λύση, το άτομο θα συνεχίσει κανονικά τη ζωή του. Εάν όμως τα συναισθήματα αυτά συνοδεύονται από διαταραχές στην σκέψη, στις σωματικές, κοινωνικές και πνευματικές λειτουργίες, στην ανεξαρτησία και βούληση του ανθρώπου και εντοπιστεί αλλαγή στην καθημερινή συμπεριφορά του, τότε η κατάσταση αυτή μπορεί να περιγραφεί ως 'κατάθλιψη', η οποία σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την αυτοκτονία κυρίως σε νεαρές ηλικίες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εποχή μας, οι ψυχιατρικές διαταραχές απασχολούν έντονα το άτομο και την κοινωνία. Οι μορφές τους ποικίλουν και χωρίζονται σε συναισθηματικές, αγχώδεις, ψυχώσεις, διαταραχές πρόσληψης τροφής και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή που επηρεάζει άτομα όλων των ηλικιών. Είναι μία κατάσταση που μειώνει την διάθεση για ζωή και αποστρέφει το άτομο από δραστηριότητες που του προκαλούσαν ευχαρίστηση. Επίσης μειώνει τη σωματική και πνευματική λειτουργικότητα. Η μεγαλύτερη συχνότητα της κατάθλιψης συναντάται στις γυναίκες, συγκριτικά με τους άνδρες και εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιών 20-30 ετών, με κορύφωση τα 30-40 έτη. Η κατάθλιψη συνδέεται με την αυτοκτονία και αποτελεί το μεγαλύτερο κίνδυνο για επερχόμενο αυτοκτονικό ιδεασμό. Η αυτοκτονία είναι η πράξη της εκ προθέσεως πρόκλησης του θανάτου από το ίδιο το θύμα, το οποίο έχει τη συνείδηση του θανατηφόρου αποτελέσματος της πράξης του και είναι μια από τις πιθανές «απαντήσεις» του ατόμου που βιώνει μια κατάσταση απόλυτου αδιεξόδου. Οι βασικές μέθοδοι αυτοκτονίας διαφέρουν ανά χώρα και περιλαμβάνουν πυροβόλα όπλα, πνιγμός, απαγχονισμός, υπερβολική δόση φαρμάκων, πτώση. Προκειμένου να αποφευχθούν οι αυτοκτονικές συμπεριφορές θα πρέπει πρώτα να κατανοηθεί η σχέση μεταξύ παραγόντων κινδύνου και προστατευτικών παραγόντων, με τα οποία ασχολείται η παρούσα μελέτη. Οι επικρατέστεροι παράγοντες κινδύνου είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εργασία, το στρες και η ύπαρξη κάποιας σωματικής ασθένειας. Οι κύριοι προστατευτικοί παράγοντες έναντι της αυτοκτονίας είναι η κοινωνική συνοχή και η αυτοεκτίμηση.

Λέξεις κλειδιά: ψυχικές διαταραχές, κατάθλιψη, αυτοκτονία, αυτοκτονικός ιδεασμός, παράγοντες κινδύνου, προστατευτικοί παράγοντες.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	6
1.1 Ορισμός Ψυχιατρικών Διαταραχών.....	6
1.2 Συχνότερες Ψυχιατρικές Διαταραχές.....	7
1.2.1 Συναισθηματικές Διαταραχές.....	7
1.2.2 Αγχώδεις Διαταραχές.....	8
1.2.3 Ψύχωση.....	10
1.2.4 Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή.....	10
1.2.5 Διαταραχές πρόσληψης τροφής.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	16
2.1 Γενικά στοιχεία.....	16
2.1.1 Ορισμός κατάθλιψης.....	17
2.1.2 Εννοιολογικοί διαχωρισμοί.....	18
2.1.3 Είδη κατάθλιψης.....	20
2.2 Επιδημιολογικά δεδομένα	22
2.2.1 Στοιχεία από το εξωτερικό.....	23
2.2.2 Στοιχεία από την Ελλάδα.....	24
2.3 Διάγνωση.....	25
2.3.1 Κλινικές εκδηλώσεις.....	25
2.3.2 Διαγνωστικές διαδικασίες.....	26
2.3.3 Προβληματισμοί για την διάγνωση της κατάθλιψης.....	28
2.4 Θεραπεία.....	28
2.4.1 Φαρμακολογική.....	29
2.4.2 Ψυχοθεραπεία.....	30
2.4.3 Άλλες προσεγγίσεις (ηλεκτροσπασμοθεραπεία κλπ).....	33
2.5 Συννοσηρότητα.....	34
2.5.1 Σωματικές ασθένειες και κατάθλιψη.....	35
2.5.2 Αυτοκτονικός ιδεασμός.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	37
3.1 Γενικά στοιχεία.....	37
3.1.1 Ορισμός αυτοκτονίας.....	37
3.1.2 Παράγοντες κινδύνου.....	38
3.1.3 Μέθοδοι αυτοκτονίας.....	40
3.2 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	42
3.2.1 Στοιχεία από το εξωτερικό.....	42
3.2.2 Στοιχεία από την Ελλάδα.....	43
3.2.3 Η σημασία του φύλου και της ηλικίας.....	43
3.3 Διάγνωση ή αναγνώριση επικινδυνότητας.....	44
3.4 Αντιμετώπιση.....	46
3.4.1 Γραμμές βοήθειας.....	47
3.4.2 Αντιμετώπιση κατάθλιψης.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	49
4.1 Γενετική ευπάθεια και επιγενετική διαμόρφωση.....	49
4.2 Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων(ΥΥΕ).....	51
4.3 Σεροτονινεργικό σύστημα.....	51
4.4 Νευροπλαστικότητα, νευροτροφικός παράγοντας που προέρχεται από τον εγκέφαλο και αυξητικός παράγοντας νευρών.....	52
4.5 Νευροανοσολογικοί δείκτες.....	53
4.6 Μεταβολικό μοτίβο.....	54
4.7 Νευροψυχολογικοί και νευρογνωστικοί παράγοντες.....	55
4.8 Ιδιοσυγκρασία, χαρακτήρας και χαρακτηριστικά προσωπικότητας.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ.....	57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	64

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχιατρική διαταραχή στην εποχή μας που μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και των εφήβων. Γενικά ορίζεται ως η επίμονη εμπειρία, μια θλιβερή ή ευερέθιστη διάθεση, καθώς και η απώλεια της ικανότητας να βιώσει κάποιο άτομο την ευχαρίστηση σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες. Περιλαμβάνει επίσης μια σειρά συμπτωμάτων, όπως αλλαγή στην όρεξη, διαταραχή ύπνου, αυξημένο ή μειωμένο επίπεδο δραστηριότητας, διαταραχή της προσοχής και της συγκέντρωσης και σημαντικά μειωμένα αισθήματα αυτοεκτίμησης.

Η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η συμπεριφορά, όπου το άτομο επιθυμεί να κάνει κακό στον εαυτό του με σκοπό να δώσει ένα τέλος στη ζωή του. Η αυτοκτονία χωρίζεται σε δύο κατηγορίες. Στην απόπειρα αυτοκτονίας, κατά τις οποίες κάποιος δεν έχει καταφέρει να επιτύχει τον τελικό του στόχο και να φτάσει στο θάνατο. Η δεύτερη κατηγορία αφορά την ολοκληρωμένη απόπειρα αυτοκτονίας κατά την οποία το άτομο έχει επιτύχει το στόχο του που είναι η αυτοκαταστροφή του.

Η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά την ζωή του ατόμου κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης και της εξέλιξής του, καθώς και τη σχολική επίδοση, τις οικογενειακές σχέσεις και μπορεί αναμφισβήτητα να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Η αυτοκτονία είναι η έξοδος από ένα πρόβλημα που προκαλεί έντονο ψυχικό πόνο και πάντα συμβαίνει για κάποιο λόγο συνήθως ψυχολογικό. Η αυτοκτονία συνοδεύεται με το αίσθημα απελπισίας, ότι το άτομο είναι αβοήθητο ή της μη εκπλήρωσης αναγκών και με αμφιθυμικές συγκρούσεις μεταξύ επιβίωσης και ανυπόφορου άγχους. Έτσι, η κατάθλιψη συνδέεται με την αυτοκτονία.

Μέσα από γενετικές έρευνες διαπιστώθηκε ότι η κληρονομικότητα κατέχει σημαντικό ρόλο στο αν το άτομο θα εμφανίσει αυτοκτονικές τάσεις ανεξάρτητα από την υποκείμενη καταθλιπτική διαταραχή. Επίσης, τα γονίδια της σεροτονίνης σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα, αποδείχθηκε ότι τα καταθλιπτικά θύματα αυτοκτονίας έχουν λιγότερους μεταφορείς σεροτονίνης στον υποθάλαμο και το εγκεφαλικό στέλεχος. Η δυσλειτουργία του άξονα Υποθάλαμου-Υπόφυσης-Επινεφριδίων (ΥΥΕ) αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την αυτοκτονία. Ακόμη, οι νευροτροφίνες και ο αυξητικός παράγοντας νεύρων θεωρούνται τα μοριακά θεμέλια αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Διάφοροι άλλοι παράγοντες που βρέθηκαν σε ασθενείς με αυτοκτονικές τάσεις ήταν αύξηση γονιδίων του στρες, αυξημένη CRH στο ΕΝΥ, μειωμένη LDL και HDL, χαμηλά τριγλυκερίδια, τα οποία σχετίζονται με τον τρόπο μεταβολισμού της σεροτονίνης, μη ρυθμισμένα επίπεδα λιπιδίων, διαφορετικά προφίλ κυτοκίνης στο αίμα, ανοσολογική απορρύθμιση, αλλαγές στις δομές και τη λειτουργία του εγκεφάλου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1 Ορισμός Ψυχιατρικών Διαταραχών

Οι ψυχικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές ασθένειες ή «ψυχιατρικές διαταραχές», περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών προβλημάτων με διάφορα συμπτώματα. Συνήθως παρουσιάζουν μια ποικιλία από μοναδικές διαθέσεις, ιδέες, συμπεριφορές και διαπροσωπικές σχέσεις.

Η ικανότητα αποτελεσματικής απόδοσης σε καθημερινές εργασίες, που αντιπροσωπεύει τον πραγματικό ορισμό της ψυχικής υγείας οδηγεί σε:

- Παραγωγικές δραστηριότητες (εργασία, σχολείο, φροντίδα).
- Στερεές συνδέσεις.
- Η ικανότητα προσαρμογής στην αλλαγή και η υπέρβαση δυσκολιών.

Όλες οι διαγνώσιμες ψυχικές ασθένειες εμπίπτουν στον γενικό όρο της «ψυχικής ασθένειας», που αναφέρεται σε ιατρικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από:

- Σημαντικές αλλαγές στη σκέψη, στο συναίσθημα ή/και στη συμπεριφορά.
- Δυσκολία στην εκτέλεση κοινωνικών, επαγγελματικών ή οικογενειακών ευθυνών.

Τα συναισθήματα, η σκέψη, η επικοινωνία, η μάθηση, η ανθεκτικότητα και η αυτοεκτίμηση εξαρτώνται από την καλή ψυχική υγεία. Οι σχέσεις, η συναισθηματική και προσωπική ευημερία και η προσφορά στην κοινότητα ή την κοινωνία εξαρτώνται επίσης από την καλή ψυχική υγεία (Kendler,2016).

Πολλά άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες διστάζουν να συζητήσουν για το πρόβλημα τους με άλλα άτομα. Ωστόσο, η ψυχική ασθένεια δεν είναι λόγος ντροπής, καθώς όπως οι καρδιακές παθήσεις ή ο διαβήτης, είναι ένα ιατρικό ζήτημα. Επιπλέον, τα προβλήματα ψυχικής υγείας αντιμετωπίζονται τις περισσότερες φορές αποτελεσματικά. Καθώς οι γνώσεις της επιστημονικής κοινότητας για τη λειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου συνεχίζουν να αυξάνονται, οι άνθρωποι μπορούν να διαχειριστούν με επιτυχία τις διαταραχές ψυχικής υγείας τους με τη χρήση φαρμάκων.

Ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, τοποθεσία, τα χρήματα, την κοινωνική θέση, τη φυλή ή εθνικότητα, τη θρησκεία ή τη πνευματικότητα, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, το οικογενειακό ιστορικό ή άλλες πτυχές της πολιτιστικής ταυτότητας, ο καθένας μπορεί να επηρεαστεί από μία ψυχική ασθένεια σε κάποια περίοδο της ζωής του. Ενώ κάποια ψυχική ασθένεια μπορεί να προσβάλει οποιονδήποτε σε οποιαδήποτε ηλικία, τα τρία τέταρτα των περιπτώσεων ξεκινούν πριν από την ηλικία των 24 ετών(Kendler,2016).

Υπάρχουν πολλαπλές μορφές ψυχικής ασθένειας. Ορισμένες, όπως ορισμένες φοβίες, είναι μέτριας έντασης και επηρεάζουν ελάχιστα την καθημερινή ζωή (μη φυσιολογικοί φόβοι). Άλλα ζητήματα ψυχικής υγείας ωστόσο μπορεί να είναι τόσο σοβαρά που ένας ασθενής να χρειάζεται νοσηλεία.

1.2 Συχνότερες Ψυχιατρικές Διαταραχές

1.2.1 Συναισθηματικές Διαταραχές

Σχεδόν όλες οι έρευνες για τις συναισθηματικές διαταραχές έχουν εγγύς χαρακτήρα. Αυτό είναι λογικό, εξάλλου, οι ασθένειες δεν διαμορφώνονται από επιλογή. Τα σημαντικά συμπεράσματα στην περίπτωση των συναισθημάτων είναι ότι τα αρνητικά συναισθήματα είναι χρήσιμα και ότι τα συστήματα που ελέγχουν την πρόκληση τους φαίνονται εξαιρετικά εύθραυστα. Μια δαρβινική προσέγγιση επιτρέπει την ανάλυση των συναισθηματικών ασθενειών ως προς τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες και όχι τον αναγωγισμό της νευροεπιστήμης, παρέχοντας το ίδιο είδος θεμελίωσης που κάνει η φυσιολογία για την κατανόηση άλλων ασθενειών (Nesse, 1999).

Σε αυτό το σημείο καλούμαστε να αναρωτηθούμε σε ποιο επίπεδο τα αρνητικά συναισθήματα θεωρούνται μη- φυσιολογικά. Με βάση την ποικιλία, τη σοβαρότητα και την επιμονή των συμπτωμάτων, οι ψυχίατροι και ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών χρησιμοποιούν συχνά λίστες ελέγχου για να κάνουν διαγνώσεις. Για παράδειγμα, πέντε ή περισσότερα από τα εννέα συμπτώματα της κατάθλιψης πρέπει να υπάρχουν για περισσότερο από δύο εβδομάδες προκειμένου να θεωρηθούν μη φυσιολογικά. Εκτός από την αποκαλυπτική εξαίρεση της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου, οι πληροφορίες για το τι συμβαίνει στη ζωή του ατόμου αγνοούνται. Φυσικά, αυτό δεν έχει νόημα από επιστημονική άποψη (Horwitz&Wakefield, 2007).

Οι συναισθηματικές διαταραχές πρέπει να χαρακτηρίζονται από πολύ λίγη ανησυχία ή θλίψη, όπως μπορεί να υπάρχει πολύ λίγη εφίδρωση και πολύ λίγος πόνος. Αν και δεν εκφράζουν παράπονα, οι υποφοβικοί πρέπει να επιβαρύνονται με κόστος συγκρίσιμο με εκείνο που αντιμετωπίζουν τα άτομα που δεν έχουν την ικανότητα να αισθάνονται πόνο και τα οποία, όταν φτάσουν στην πρόωμη ενηλικίωση, είναι σχεδόν καθολικά νεκρά (Marks&Nesse, 1994). Τα φυσιολογικά ηθικά συναισθήματα απουσιάζουν στους κοινωνιοπαθείς, οι οποίοι παραδόξως δεν έχουν επίσης την ικανότητα να βιώνουν φυσιολογική ανησυχία (Lykken, 1995). Πρέπει να υπάρχουν ασθένειες που χαρακτηρίζονται από αφθονία καλών συναισθημάτων, όπως ακριβώς υπάρχουν καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από έλλειψη αρνητικών συναισθημάτων. Μαζί, συνθέτουν τη «διαγώνια ψυχολογία», η οποία παραμελεί θέματα για να τονίσει τα πλεονεκτήματα των χαρούμενων συναισθημάτων και το κόστος των αρνητικών.

Συχνά πιστεύεται ότι όλες οι ανεπιθύμητες ενέργειες προκύπτουν από δυσλειτουργίες των εγκεφαλικών διεργασιών. Αυτό είναι αναληθές. Στην ουσία, πολλές αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες - παρά το γεγονός ότι είναι απολύτως φυσιολογικές - θα είναι επιβλαβείς ή μη παραγωγικές. Φυσικά, είναι αποτελεσματικά μόνο μακροπρόθεσμα συνολικά. Παρά το γεγονός ότι ο περισσότερος πόνος είναι απολύτως φυσιολογικός, μια από τις δόξες της σύγχρονης τεχνολογίας είναι η ικανότητα να τον εμποδίζει. Είναι πιο δύσκολο να δούμε πόσο χρήσιμα είναι τα συναισθήματα όπως η μελαγχολία και η κατάθλιψη.

Η θλίψη συμβαίνει μετά από μια απώλεια, όταν είναι πολύ αργά για να αποτραπεί. Αλλά από εξελικτική άποψη, το ερώτημα είναι αν η απώλεια είναι μια κατάσταση που

έχει αντίκτυπο στη φυσική κατάσταση. (Horwitz&Wakefield, 2007). Η θλίψη μπορεί να ωθήσει τους ανθρώπους να αναζητήσουν χαμένα αντικείμενα και, αν δεν μπορούν, να αναζητήσουν εναλλακτικές (Nesse, 2005). Η δυσάρεστη φύση του εμπνέει την αποφυγή των συμπεριφορών που οδήγησαν στην απώλεια, αποτρέποντας περισσότερες απώλειες. Η συναισθηματική κατάσταση μοιάζει αναμφίβολα με την κατάθλιψη, η οποία συνήθως ορίζεται ως χρόνια μελαγχολία. Όταν χάνεται κάτι συγκεκριμένο, γίνεται αισθητή η θλίψη, αλλά περνάει με τον καιρό, ειδικά αν υπάρχει διαθέσιμη η αντικατάσταση του χαμένου αντικειμένου. Αντίθετα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται όταν ένας σημαντικός στόχος φαίνεται να είναι απρόσιτος (Carver&Scheier, 1990).

Η αρχική αντίδραση είναι η αναζήτηση νέων τακτικών, αλλά αν φαίνεται αδύνατο να επιτευχθεί ο στόχος, ο ενθουσιασμός μειώνεται, ελευθερώνοντας την προσπάθεια για άλλες, πιο προσοδοφόρες ευκαιρίες. Η φυσιολογική χαμηλή διάθεση τείνει να επιδεινωθεί σε παθολογική κατάθλιψη εάν ο στόχος δεν μπορεί να εγκαταλειφθεί για οποιονδήποτε λόγο. Αυτή η άποψη διαφέρει σημαντικά από τα μοντέλα στρες, τα οποία συνήθως εξηγούν τη θλίψη ως το αποτέλεσμα της βλάβης που προκαλούν τα ανεπιθύμητα συμβάντα σε άτομα με συναισθηματική ασθένεια (Monroe&Simons, 1991). Ορισμένες μορφές κατάθλιψης προέρχονται αναμφισβήτητα από υποκείμενες ανωμαλίες του εγκεφάλου και σε ορισμένα άτομα με σοβαρή κατάθλιψη, η ρύθμιση των ορμονών του στρες είναι απενεργοποιημένη. Ωστόσο, η ικανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων υπάρχει μόνο επειδή υπάρχουν περιστάσεις στις οποίες είναι συμφέρουσες. Αυτή η βιολογική προοπτική για την κατάθλιψη διαφέρει σημαντικά από τις συμβατικές απόψεις που βασίζονται σε αναγωγικές μελέτες εγγύς αιτιών.

1.2.2 Αγχώδεις Διαταραχές

Το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση σε ορισμένα γεγονότα και μπορεί ακόμη και να είναι ευεργετικό σε άλλες περιστάσεις, επειδή ειδοποιεί το σώμα για κίνδυνο ή το κάνει να δώσει περισσότερη προσοχή. Σε αντίθεση με τα συνηθισμένα συναισθήματα φόβου ή άγχους, οι αγχώδεις διαταραχές χαρακτηρίζονται από υπερβολικό φόβο ή ανησυχία. Περίπου το ένα τρίτο όλων των ανθρώπων θα εμφανίσουν μια αγχώδη διαταραχή κάποια στιγμή στη ζωή τους, καθιστώντας την την πιο διαδεδομένη ψυχική ασθένεια. Ωστόσο, έχει αποδειχθεί ότι οι αγχώδεις διαταραχές είναι θεραπεύσιμες και υπάρχουν πολλά αποτελεσματικά φάρμακα διαθέσιμα για τη θεραπεία τους. Τα περισσότερα άτομα με αγχώδεις διαταραχές που λαμβάνουν θεραπεία είναι σε θέση να ζήσουν μία τυπική και ομαλή ζωή.

Έτσι θα μπορούσαμε να πούμε ότι το σύνολο ψυχικών ασθενειών που είναι γνωστές ως αγχώδεις διαταραχές ορίζεται πιο ξεκάθαρα ως σοβαρές και ανεξέλεγκτες αισθήσεις άγχους και φόβου που επηρεάζουν την ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί σε κοινωνικά, επαγγελματικά και προσωπικά πλαίσια.

Το άγχος που προκαλούν αυτές οι ασθένειες μπορεί να εκδηλωθεί ως ανησυχία, ευερεθιστότητα, εύκολη κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης, αυξημένος καρδιακός

ρυθμός, δυσφορία στο στήθος, πόνος στην κοιλιά και μια ποικιλία άλλων σωματικών και γνωστικών συμπτωμάτων. (American Psychiatric Association, 2013).

Παραδείγματα αγχώδων διαταραχών περιλαμβάνουν το άγχος αποχωρισμού, ιδιαίτερες φοβίες, η διαταραχή κοινωνικού άγχους, η γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, οι κρίσεις πανικού και η αγοραφοβία (όλα αυτά επηρεάζουν κυρίως ενήλικες άνω των 18 ετών, ξεκινώντας από την ενήλικη ζωή). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι αγχώδεις διαταραχές είναι η ένατη πιο διαδεδομένη αιτία αναπηρίας λόγω της υψηλής συχνότητάς τους, της χρονιότητάς και της συννοσηρότητάς τους. (Vosetal, 2017).

Οι αγχώδεις διαταραχές αντιπροσωπεύουν το 33% της παγκόσμιας επιβάρυνσης ασθενειών και κόστισαν σε 30 ευρωπαϊκές χώρες συνολικά 74 δισεκατομμύρια ευρώ το 2016. Έχουν βαθύ αντίκτυπο στα άτομα και την κοινωνία παγκοσμίως. Σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα, οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο διαδεδομένες ψυχικές ασθένειες στο γενικό πληθυσμό και συμβάλλουν σημαντικά στη λειτουργική έκπτωση σε άτομα που τις εμφανίζουν. Οι πιο διαδεδομένες φοβίες είναι η απλή φοβία και η αγοραφοβία, που και οι δύο έχουν σημαντικά ποσοστά επίπτωσης. Τα στατιστικά στοιχεία για τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή (GAD) και την Κοινωνική Φοβία (SP) (2% -16%) είναι ασυνεπή, ενώ αυτά για τη Διαταραχή Πανικού (PD) και την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD) είναι λιγότερο συχνά (2% επιπολασμός στη διάρκεια της ζωής) (3 % -30 %) (Martin,2022).

Οι παράμετροι της αγχώδους διαταραχής είναι μερικές φορές ασαφώς καθορισμένες και ανάλογα με τη λέξη που χρησιμοποιείται, οι περιπτώσεις μπορεί να διαφέρουν ουσιαστικά. Οι πιο συχνές φοβίες περιλαμβάνουν την απλή φοβία, την αγοραφοβία και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Επιπλέον, δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φύλων στην κοινωνική φοβία, τη διαταραχή πανικού ή την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Τα προβλήματα άγχους είναι πιο κοινά σε χωρισμένους και χήρους ανθρώπους. Ο επιπολασμός τους είναι χαμηλότερος σε άτομα άνω των 65 ετών και υψηλότερος σε άτομα ηλικίας μεταξύ 25 και 44 ετών. (Martin, 2022).

Επιπλέον, η εμφάνιση των αγχώδων διαταραχών ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με την ηλικία: οι φοβικές διαταραχές ξεκινούν στην παιδική ηλικία, ενώ η διαταραχή πανικού ξεκινά από την εφηβεία. Η κλινική έρευνα σε αντίθεση με τις επιδημιολογικές μελέτες έχει εξετάσει παράγοντες κινδύνου όπως ποικίλα γεγονότα ζωής, εμπειρίες παιδικής ηλικίας και οικογενειακά χαρακτηριστικά.

Οι αγχώδεις διαταραχές έχουν χρόνια και επίμονη πορεία και συχνά συνοδεύονται από άλλες αγχώδεις διαταραχές, καταθλιπτικές διαταραχές και εξάρτηση από τα ναρκωτικά. Η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν θέματα άγχους. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι συννοσηρότητες μπορεί να επηρεάσουν παράγοντες κινδύνου όπως η λειτουργική έκπτωση και η γενική ποιότητα ζωής. Ωστόσο, δεν είναι ακόμη σαφές εάν συγκεκριμένες αγχώδεις διαταραχές (όπως η PD) αποτελούν παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας. Υπό το φως αυτών των σημαντικών επιπτώσεων για την αξιολόγηση και τη θεραπεία, οι παράγοντες κινδύνου θα πρέπει να εξεταστούν.

Τέλος, φαίνεται ότι για να έχουμε μια πλήρη εικόνα των αγχώδων διαταραχών, η επιδημιολογική έρευνα θα πρέπει να διερευνήσει περαιτέρω την προέλευση, το ιστορικό και την έκβαση αυτών των ασθενειών. (Martin, 2022).

Το θεμελιώδες συστατικό όλων των αγχώδων διαταραχών είναι η ανάπτυξη μιας αντίδρασης στρες, η οποία μπορεί να ποικίλλει σε ένταση, συχνότητα, επιμονή, καταστάσεις ενεργοποίησης, σοβαρότητα και συνέπειες, μεταξύ άλλων χαρακτηριστικών ιδιοτήτων.

Σύμφωνα με το τρέχον DSM-IV, οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με τα γεγονότα, τα πράγματα ή τις ιδέες που κάνουν ένα άτομο να αισθάνεται άγχος καθώς και το πώς αυτό το άγχος εκδηλώνεται συγκεκριμένα ως προς τα αυτόνομα, γνωστικά ή κινητικά χαρακτηριστικά. Σε ορισμένες ασθένειες, το άγχος εκδηλώνεται κυρίως ως σωματικά συμπτώματα όπως αίσθημα παλμών (διαταραχή πανικού), συμπεριφορές αποφυγής (ιδιαίτερες φοβίες) ή γνωστικά συμπτώματα όπως ιδεοληψίες ή άγχη (ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή). Ξεκινώντας με τα επεισόδια πανικού, το DSM-IV απαριθμεί συνολικά 12 διαφορετικούς τύπους αγχώδων διαταραχών. Δεδομένου ότι μπορούν να συμβούν σε μια ποικιλία αγχώδων διαταραχών, οι κρίσεις πανικού έχουν τη δική τους ταξινόμηση ακόμα κι αν δεν θεωρούνται ως διαγνωστική κατηγορία από μόνες τους. Παρόμοια με την αγοραφοβία, η διαταραχή πανικού δεν θεωρείται ως ξεχωριστή κατάσταση άγχους αλλά ως συνδυασμός και των δύο. (Widiger et al, 1997).

1.2.3 Ψύχωση

Βασικό επίκεντρο της εξέτασης και της θεραπείας στη νευρολογική και ψυχιατρική πρακτική, η ψύχωση είναι ένα συχνό και λειτουργικά διασπαστικό σύμπτωμα πολλών ψυχιατρικών, νευροαναπτυξιακών, νευρολογικών και ιατρικών ασθενειών.

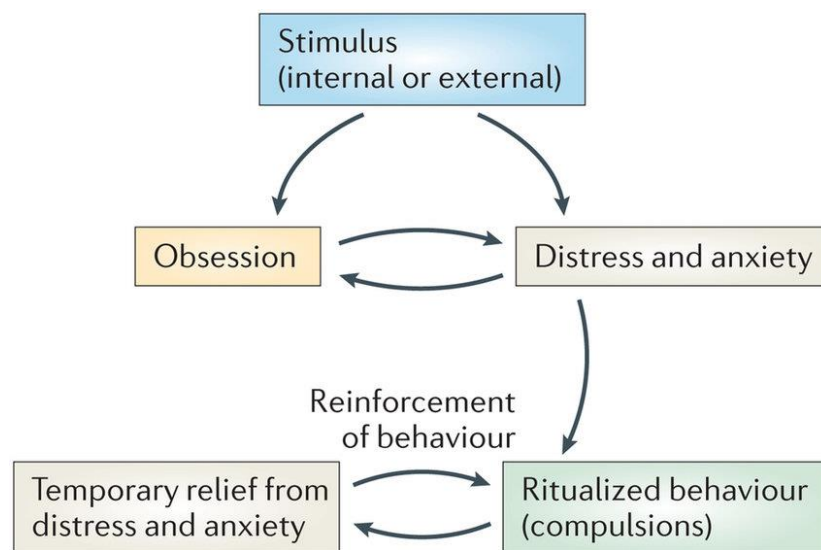
Η ψύχωση είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα των ασθενειών του φάσματος της σχιζοφρένειας, καθώς και πολλών άλλων αναπτυξιακών, επίκτητων και εκφυλιστικών νευρολογικών και ιατρικών ασθενειών. Είναι επίσης ένα διαδεδομένο αλλά ποικίλο συστατικό των διαταραχών της διάθεσης και της χρήσης ουσιών. Η ψύχωση είναι ένας παράγοντας βλάβης και εμπόδιο στη συμμετοχή και την παραγωγή σε όλες αυτές τις ασθένειες. Επομένως, η ψύχωση είναι ένας σημαντικός τομέας αξιολόγησης και θεραπείας για ασθενείς που επισκέπτονται νευρολόγους και ψυχιάτρους (Morganetal,2014).

1.2.4 Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Άτομα διαφόρων ηλικιών και κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου είναι επιρρεπή στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μια ασθένεια ψυχικής υγείας. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) έχει αναπτυχθεί όταν το άτομο παγιδευτεί σε έναν φαύλο κύκλο εμμονών και καταναγκασμών. Οι ανεπιθύμητες, ενοχλητικές σκέψεις, οράματα ή πόθοι ονομάζονται εμμονές και μπορεί να είναι αρκετά ενοχλητικές. Οι καταναγκασμοί είναι συμπεριφορές στις οποίες επιδίδεται κάποιος για να απαλλαγεί από τις εμμονές του ή να απαλύνει τη δυστυχία του. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είχαν εμμονές ή/και ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές κάποια στιγμή στη ζωή τους, δεν έχουν όλοι ΙΨΔ.

Για να διαγνωστεί ως ΙΨΔ, αυτός ο κύκλος εμμονών και καταναγκασμών πρέπει να γίνει τόσο σοβαρός που να καταναλώνει πάρα πολύ χρόνο και να παρεμβαίνει στα σημαντικά πράγματα που εκτιμά το άτομο. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ιδεοληψίες (παράλογες, παρεμβατικές παρορμήσεις ή ιδέες) σε συνδυασμό με καταναγκασμούς (συμπεριφορές) που

επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του ατόμου και σχετίζεται συχνά με άλλες νευροαναπτυξιακές ή ψυχιατρικές καταστάσεις, σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. (Έκδοση, 2013).



Nature Reviews | Neuroscience

Εικόνα 1.1: Η θεωρητική βάση της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής (Paulsetal,2014)

Μπορεί να αμφισβητηθεί καθώς διεξάγεται περισσότερη έρευνα για την ασθένεια εάν το κύριο χαρακτηριστικό της είναι οι καταναγκασμοί του ατόμου, οι οποίοι καταλήγουν σε πολυάριθμες εμμονές ή εάν οι εμμονές είναι αυτές που παρακινούν τους καταναγκασμούς ως μέσο ανακούφισης από την ένταση που προκαλείται από αδικαιολόγητες ανησυχίες. Τα κλινικά σημάδια των διατροφικών διαταραχών μπορεί να περιλαμβάνουν παρορμητικότητα, παράλογες εκρήξεις θυμού, βίαιη συμπεριφορά, σεξουαλικές εμμονές, θρησκευτικές τελετουργίες (σχολαστικότητα) και διατροφικές εμμονές. Πολυάριθμες ανησυχίες για την καθαριότητα, την υγιεινή, τη μόλυνση, την αναγκαιότητα της τακτικής επιθεώρησης και τη διατήρηση μιας σταθερής συμμετρίας στη ζωή τους μπορεί επίσης να εμφανιστούν. (Trulletal, 2007).

Τα άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή υποφέρουν από αυτήν για το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους, ξεκινώντας από την πρώιμη παιδική ηλικία και συνεχίζοντας μέχρι την ενήλικη ζωή (Skrineretal, 2016). Οι ηλικιωμένοι γονείς είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ορισμένες νευροαναπτυξιακές ασθένειες, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού. (Janecka et al, 2019).

Οι εμμονές είναι επαναλαμβανόμενες σκέψεις, οράματα ή ορμές που κάνουν ένα άτομο να αισθάνεται εκτός ελέγχου. Αυτές οι έννοιες είναι μισητές και ανησυχητικές από όσους έχουν την πάθηση. Η πλειοψηφία των πασχόντων έχουν επίγνωση του παράλογου των πεποιθήσεών τους. Μερικές φορές, ισχυρά και δυσάρεστα συναισθήματα όπως ο τρόμος, η περιφρόνηση, το άγχος ή η ανάγκη να γίνουν όλα «ακριβώς σωστά» συνοδεύουν τις εμμονές. Οι ιδεοληψίες είναι χρονοβόρες στο

πλαίσιο του προβλήματος και παρεμβαίνουν σε σημαντικά πράγματα που εκτιμά το άτομο, κάτι που είναι σημαντικό επειδή βοηθά στη διάκριση μεταξύ ενός ιδεοψυχαναγκαστικού χαρακτηριστικού προσωπικότητας και μιας κλινικής κατάστασης.

Οι λέξεις "εμμονή" και "έχω εμμονή" χρησιμοποιούνται πολύ συχνά στον περιστασιακό λόγο. Σε αυτές τις πιο ανεπίσημες έννοιες της λέξης, κάποιος σκέφτεται ένα θέμα, μια έννοια ή ακόμα και ένα συγκεκριμένο άτομο. Υπό αυτή την έννοια, η «εμμονή» έχει θετική χροιά και δεν αναφέρεται σε προβλήματα με την καθημερινή ζωή. Πολλοί πάσχοντες από ΨΔ βρίσκουν πραγματικά ενοχλητικό να ακούνε τη λέξη «εμμονή» να χρησιμοποιείται με αυτόν τον τρόπο, επειδή τους κάνει να νιώθουν ότι ο αγώνας τους με τα συμπτώματα της ΨΔ μειώνεται. (Abramowitz&Reuman, 2020).

Οι καταναγκασμοί είναι το δεύτερο χαρακτηριστικό της ΨΔ. Αυτές είναι συνήθειες συμπεριφοράς ή απόψεις που έχει ένα άτομο προκειμένου να ισορροπήσει, να διαψεύσει ή να απαλλαγεί από τις εμμονές του. Οι ασθενείς βασίζονται στον καταναγκασμό ως μια προσωρινή λύση, παρόλο που γνωρίζουν ότι είναι μόνο μια στιγμιαία διόρθωση, επειδή δεν έχουν καλύτερο μηχανισμό αντιμετώπισης. Οι καταναγκασμοί μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν την αποφυγή καταστάσεων που οδηγούν σε εμμονές. Οι καταναγκασμοί καταναλώνουν χρόνο και εμποδίζουν ένα άτομο να κάνει απλές δραστηριότητες που το ευχαριστούν.

Όπως δεν είναι όλες οι συνήθειες εμμονές, δεν είναι όλες οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή «τελετουργίες» καταναγκασμοί. Είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπόψη τόσο η λειτουργία της συμπεριφοράς όσο και το περιβάλλον της. Ακόμα κι αν χρειάζονται κάποια επανάληψη, τα έθιμα πριν τον ύπνο, οι θρησκευτικές πρακτικές και η απόκτηση μιας νέας δεξιότητας είναι γενικά θετικές και χρήσιμες πτυχές της καθημερινής ζωής. Το πώς συμπεριφέρονται οι άνθρωποι καθορίζεται από κανονισμούς. Τις περισσότερες φορές, οι ασθενείς αισθάνονται αναγκασμένοι να εμπλακούν σε ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, παρόλο που προτιμούν να μην εκτελούν αυτές τις χρονοβόρες και συχνά άβολες εργασίες. Στην ΨΔ, η ψυχαναγκαστική συμπεριφορά χρησιμοποιείται για να προσπαθήσει να μειώσει ή να εξαλείψει το άγχος ή την παρουσία εμμονών. (Abramowitz&Reuman, 2020).

Η συγκεκριμένη ασθένεια με την ποικιλία συμπτώματα, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, χαρακτηρίζεται από μια μεγάλη ποικιλία ιδεοληψιών και καταναγκασμών. Ωστόσο, ορισμένοι καταναγκασμοί και εμμονές φαίνεται να συνυπάρχουν για να δημιουργήσουν τέσσερις θεμελιώδεις διαστάσεις:

- Η εμμονή να κάνεις κακό ή να μην το σταματήσεις.
- Εμμονές με τη συμμετρία, τελετουργίες τακτοποίησης και μέτρησης, εμμονές με τη μόλυνση και τελετές πλυσίματος και εξαγνισμού.
- Κατακριτέες εμμονές με τη σεξουαλική δραστηριότητα, τη βία και τη θρησκεία.
- Η αποθησαύριση, η οποία χαρακτηρίζεται ως καταναγκασμός για απόκτηση και συγκράτηση αντικειμένων, (Lensietal, 1996).

Αυτά τα τέσσερα χαρακτηριστικά έχουν ανακαλυφθεί σε ανθρώπους όλων των ηλικιών, από παιδιά έως ενήλικες, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα.

1.2.5 Διαταραχές πρόσληψης τροφής

Οι πρώτες πιθανές αναφορές σε διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται στα γραπτά του AulusGellius και του SextusPompeiusFestus τον δεύτερο και τέταρτο αιώνα μ.Χ. Οι διατροφικές διαταραχές, που περιλαμβάνουν κυρίως τη νευρική ανορεξία και τη νευρική βουλιμία, καθώς και τις παραλλαγές τους, είναι μια ειδική ομάδα ψυχικών διαταραχών που έχουν περιγραφεί πολλές φορές στα χρονικά της ιστορίας για σχεδόν 2.000 χρόνια. Ο όρος "boolmut" χρησιμοποιείται στο Ταλμούδ (περίπου 400–500 μ.Χ.) για να περιγράψει μια ποικιλία εννοιών, συμπεριλαμβανομένης της έντονης πείνας που βλάπτει την κρίση.

Ενώ η βουλιμία συζητήθηκε κυρίως κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα και της Αναγέννησης, ορισμένες περιπτώσεις που αφορούσαν νεαρά κορίτσια καταγράφηκαν για πρώτη φορά επιστημονικά τον 19ο αιώνα από τον Γάλλο γιατρό Louis-VictorMarce. Λίγο αργότερα, το 1873, η «ανορεξία» ορίστηκε από τον SirWilliamGull και τον ErnestCharlesLaseque. Η HildaBruch χαρακτήρισε για πρώτη φορά το συνηθισμένο ψυχολογικό προφίλ της νευρικής ανορεξίας τη δεκαετία του 1950, ενώ ο GeraldRussell αναγνώρισε για πρώτη φορά τη βουλιμία ως ξεχωριστή κλινική οντότητα το 1979.

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με τους εθισμούς σε ουσίες και τη νοσογόνο παχυσαρκία έχουν κοινά. Ως αποτέλεσμα, δεν είναι απροσδόκητο ότι οι διατροφικές διαταραχές μπορεί σύντομα να περιλαμβάνουν την ίδια την παχυσαρκία στην παθολογική της μορφή.

Η νευρική ανορεξία ορίστηκε από τον Γ.Φ.Μ. Russell ως συμπεριφορά που στοχεύει στην απώλεια βάρους, έναν νοσηρό τρόπο για το αυξανόμενο λίπος και συμπτώματα ενδοκρινικής διαταραχής (π.χ. αμηνόρροια). Περιέγραψε επίσης τη βουλιμία ως μια ανεξέλεγκτη τάση εμφάνισης επεισοδιακής υπερκατανάλωσης τροφής και σχετικών ενεργειών κάθαρσης σε μια προσπάθεια να αποτραπεί το βάρος(Φουντουλάκης,2022).

Με ορισμένες σημαντικές παραλλαγές, αυτές οι έννοιες συνεχίζουν να χρησιμεύουν ως το θεμέλιο της σύγχρονης σκέψης. Η σύγχρονη κατανόηση της νευρικής ανορεξίας καθιστά προφανές ότι αυτή η διαταραχή διακρίνεται από ενέργειες που αποσκοπούν στη μείωση του σωματικού βάρους, όπως η εμμονή με το σωματικό βάρος παρά το πραγματικό σωματικό βάρος και την κατάσταση της υγείας, καθώς και από περίπλοκες πρακτικές διαχείρισης τροφίμων, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα τακτικές σωματικές διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένης της καύσης θερμίδων και της πέψης.

Μπορεί να φαίνεται αντιφατικό, αλλά η νευρική ανορεξία, τουλάχιστον στα αρχικά της στάδια, δεν ορίζεται κυρίως από την ανορεξία ή την απώλεια όρεξης.

Μόνο στα τελευταία στάδια της νευρικής ανορεξίας, ως αποτέλεσμα της παρατεταμένης ασιτίας, εκδηλώνεται η αληθινή ανορεξία. Όταν κάποιος έχει νευρική ανορεξία, το βάρος του είναι κάτω από το 85% του φυσιολογικού ή ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι μικρότερος από 17,5 (ΔΜΣ υπολογίζεται ως το πηλίκο βάρους σε κιλά διαιρούμενο με το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα).

Ο έλεγχος της τροφής είναι μια κρίσιμη πτυχή της συμπεριφοράς που καθορίζει αυτή την ασθένεια. Πολλά «παχυντικά» τρόφιμα αποφεύγονται από αυτούς τους ανθρώπους τόσο στη διατροφή τους όσο και στο σπίτι. Αυτό γίνεται με τρόπο πολύ υπερβολικό, σποραδικό και συχνά βασίζεται σε ασυνήθιστες απόψεις (σχετικά με το να τρως καλά και να ζεις καλά), που μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στη διάγνωση (είτε πρόκειται για «ψυχωτική» ή ψευδοφιλοσοφική σκέψη). Μασούν συχνά την τροφή αλλά στη συνέχεια τη φτύνουν, ετοιμάζουν περίτεχνα γεύματα χωρίς να τρώνε, κόβουν το φαγητό σε εξαιρετικά μικρά κομμάτια, τρώνε αργά και μασούν τσίχλα ασταμάτητα μεταξύ των γευμάτων. Επίσης, οι άνθρωποι που πάσχουν συχνά προκαλούν εμετό, χρησιμοποιούν καθαρτικά, διουρητικά και ακραίες ποσότητες άσκησης (συμπεριφορές «καθαρισμού») (Φουντουλάκης,2022).

Οι ασθενείς μπορούν τυπικά να αξιολογήσουν το σχήμα και το βάρος τους αντικειμενικά και ορθολογικά, επομένως η διαταραχή αντίληψης και αυτοαξιολόγησης δεν αφορά την αντικειμενική τους διάσταση. Η διαταραχή, ωστόσο, σχετίζεται με μια βαθύτερη οπτική πάνω τους και τον τρόπο με τον οποίο επεξεργάζονται τα συναισθήματά τους, καθώς και με τον ακατάλληλο αντίκτυπο αυτής της προσήλωσης στην αίσθηση του εαυτού κάποιου. Οι ασθενείς με ανορεξία συχνά κοιτούν το σώμα τους στον καθρέφτη και, παρά το γεγονός ότι αποδέχονται ότι είναι λιποβαρείς, θα μπορούσαν να υποστηρίξουν ότι ορισμένα μέρη του σώματος, όπως η κοιλιά και οι γλουτοί, έχουν αποθέματα λίπους ή δεν είναι σε άριστη κατάσταση.

Η νευρική ανορεξία εμφανίζεται συχνά σε δύο μορφές. Ο περιοριστικός τύπος διακρίνεται από συμπεριφορές που περιορίζουν την πρόσληψη τροφής, ενώ ο τύπος υπερφαγίας και καθαρισμού διακρίνεται από επεισοδιακές συμπεριφορές υπερφαγίας. Ο δεύτερος τύπος συνδυάζεται συχνότερα με παρορμητικότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά, κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, καθώς και αυτοκαταστροφική ή αυτοκτονική συμπεριφορά, που είναι διαγνωστικά χαρακτηριστικά μιας διαταραχής προσωπικότητας. Η κύρια διάκριση μεταξύ αυτού του τύπου και της βουλιμίας είναι το χαμηλό σωματικό βάρος του ατόμου.

Τα χαρακτηριστικά που ευθυγραμμίζονται με το εγώ εμφανίζονται από εμμονές με την κατανάλωση τροφής και το σωματικό βάρος, γεγονός που αφήνει τους ασθενείς με λίγη έως καθόλου ώθηση να αναζητήσουν θεραπεία. Ο έλεγχος του βάρους των ασθενών επηρεάζει τόσο την εσωτερική τους ζωή όσο και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, οι οποίες είναι ιδιαίτερα προβληματικές επειδή πολλές πτυχές της προσωπικής τους ανάπτυξης, όπως η σεξουαλικότητά τους, παρουσιάζουν προβλήματα. Τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα, ειδικά αυτά που σχετίζονται με την καθαριότητα, είναι συχνά παρόντα σε ασθενείς με νευρική ανορεξία.

Παρόλο που υποτίθεται ότι οι ασθενείς με νευρική ανορεξία μπορεί να έχουν μια πρωτογενή διαταραχή του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-γωναδικής μοίρας, η οποία επίσης επιδεινώνεται από τα αυξημένα επίπεδα στρες που βιώνουν αυτοί οι ασθενείς, η αμηνόρροια είναι μια κοινή παρενέργεια των γυναικών που διατηρούν πολύ χαμηλό σωματικό βάρος. Η παραγωγή GnRH μειώνεται, η οποία με τη σειρά της προκαλεί την υπόφυση να εκκρίνει λιγότερη FSH και LH, γεγονός που οδηγεί σε αμηνόρροια. Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων(Φουντουλάκης,2022).

Ο όρος «βουλιμία» αναφέρεται σε κρίσεις υπερφαγίας που περιλαμβάνουν υπερβολική και ανεξέλεγκτη πρόσληψη σημαντικών ποσοτήτων τροφής σε σύντομο χρονικό

διάστημα (λεπτά ή ώρες). Όσοι πάσχουν από (ψυχογενή) βουλιμία συνήθως ζυγίζουν φυσιολογικό ή μεγαλύτερο από το μέσο όρο και έχουν έντονη εμμονή με το σώμα τους, κάτι που προκαλεί συχνές αλλαγές στο βάρος. Αυτοί οι ασθενείς δεν τηρούν μια δίαιτα και δεν αισθάνονται χορτάτοι μετά από ένα τυπικό γεύμα. Μεταξύ άλλων, η εμφάνιση περιόδων υπερφαγίας έχει ως αποτέλεσμα την έκκριση έντονης αίσθησης άγχους.

Ο ορισμός του επεισοδίου υπερφαγίας σύμφωνα με τους Striegel-Moore και Franko είναι όταν ένα άτομο καταναλώνει πολύ φαγητό σε σύντομο χρονικό διάστημα (π.χ. 1-2 ώρες κατά μέσο όρο περίπου 1 ώρα). Ακόμα κι αν ένα άτομο δεν αισθάνεται πεινασμένο, θα πρέπει να φάει πιο γρήγορα από το συνηθισμένο. Συνήθως, ο μόνος λόγος που κάποιος τρώει είναι η ταπεινώση, η οποία ακολουθείται από ένα άβολο αίσθημα κορεσμού και αισθήματα αυτολύπησης και ενοχής. Μπορεί να είναι δύσκολο να εντοπιστούν και να γίνει διάκριση μεταξύ των προαναφερθέντων ως φυσιολογικών και μη φυσιολογικών, ιδιαίτερα στη σημερινή κοινωνία που χαρακτηρίζεται από πληθώρα πληροφοριών για υγιείς ζωές και από μια διαδεδομένη συστηματική ενασχόληση με την εξωτερική εμφάνιση.

Προκειμένου να αποφευχθεί η αύξηση βάρους, η νευρική βουλιμία χαρακτηρίζεται επίσης από καταναγκαστικές δραστηριότητες. Σε αυτή την κατάσταση, το άτομο έρχεται σε «κάθαρση» χρησιμοποιώντας καθαρτικά, προκαλώντας εμετό ή ακολουθώντας μια ακραία δίαιτα. Η κατάχρηση αμφεταμίνης που έχει ανορεξιογονικές επιδράσεις είναι διαδεδομένη. Οι ασθενείς με βουλιμία που δεν παρουσιάζουν αυτές τις συμπεριφορές συνήθως ζυγίζουν περισσότερο, αλλά αυτοί που το παρουσιάζουν είναι πιο πιθανό να έχουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένης μιας πιο σοβαρής διαταραχής της αυτοεκτίμησης και του σχήματος του σώματος, καθώς και μεγαλύτερη σοβαρότητα και ανησυχία για αυτά τα θέματα. Τυπικά, προσπαθούν να κρύψουν το πρόβλημά τους από όλους τους γύρω τους από αμηχανία. Εκτός από την παρορμητική συμπεριφορά (συμπεριλαμβανομένης της κλεπτομανίας), το άγχος, την κατάθλιψη και τους καταναγκασμούς, αγωνίζονται με διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις (Φουντουλάκης,2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η κατάθλιψη αποτελεί σοβαρή ψυχική ασθένεια, που σχετίζεται με συμπτώματα όπως μελαγχολία, απώλεια ευχαρίστησης και ενέργειας, δυσκολία συγκέντρωσης και αυτοκτονικές ενέργειες. Είναι, επίσης, κύρια αιτία αναπηρίας ανά τον κόσμο και συμβάλλει σημαντικά στη συνολική επιβάρυνση των ασθενών, καθώς μειώνει τη λειτουργικότητά τους (WHO,2020). Η μεγαλύτερη συχνότητα της κατάθλιψης συναντάται στις γυναίκες, συγκριτικά με τους άνδρες. Πρόκειται για μία κοινή ψυχική ασθένεια, παγκοσμίως, που έχει σχέση με ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών,

γνωσιακών, σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία έχουν αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή του πάσχοντος ατόμου.

Οι άνθρωποι που υποφέρουν από κατάθλιψη, ενδέχεται, να μην ελέγχουν, πλέον, τις διαθέσεις ή τα συναισθήματα τους και έχουν την τάση να αισθάνονται, συνέχεια, πεσμένοι ψυχολογικά. Το γεγονός αυτό, έχει ως αποτέλεσμα προβλήματα στην εργασία τους, τις σπουδές τους, την οικογενειακή ζωή και τις κοινωνικές τους επαφές. Υπολογίζεται ότι επηρεάζεται το 3.8% του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένου του 5.0% των ενηλίκων και του 5.7% των ενηλίκων άνω των 60 ετών. (WHO,2021)

Η κατάθλιψη διαφέρει από τις συνηθισμένες διακυμάνσεις της διάθεσης και τις βραχύβιες συναισθηματικές αντιδράσεις στις προκλήσεις της καθημερινής ζωής. Πιο ειδικά, σε περίπτωση υποτροπιασμού και με μέτρια ή σοβαρή ένταση, μπορεί να καταστεί απειλητική για τη ζωή. Έχει την ικανότητα να προκαλεί το άτομο, που πάσχει από αυτήν, να υποφέρει πολύ, έχοντας ως ακόλουθο την ελλιπή λειτουργικότητα του στην εργασία, το σχολείο και την οικογένεια. Υπολογίζεται, περίπου, πως περισσότεροι από 700.000 άνθρωποι, τον χρόνο, οδηγούνται στην αυτοκτονία, καθιστώντας την, έτσι, την 4^η αιτία θανάτου στις ηλικίες 15-29 ετών. (WHO,2020)

Παρά το γεγονός πως υπάρχουν γνωστές αποτελεσματικές μέθοδοι θεραπείας ενάντια στην κατάθλιψη, το περισσότερο από το 75% των ανθρώπων με χαμηλό ή μεσαίο εισοδημα, δεν ακολουθούν καμία θεραπεία. Εμπόδιο στην αποτελεσματική φροντίδα στέκονται ορισμένοι παράγοντες, όπως η έλλειψη πόρων και εκπαιδευμένων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και το κοινωνικό στίγμα, το οποίο περικλείει τις ψυχικές διαταραχές. (WHO,2020)

Σε χώρες όλων των εισοδηματικών επιπέδων, στα άτομα που βιώνουν την κατάθλιψη, συχνά, δεν γίνεται σωστή διάγνωση, και άλλα άτομα, που δεν πάσχουν από την ασθένεια αυτή, διαγιγνώσκονται λανθασμένα και τους συνταγογραφούνται αντικαταθλιπτικά. (WHO,2020)

2.1.1 Ορισμός κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική νόσος, που ως κύρια χαρακτηριστικά έχει την κακή διάθεση, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την απουσία ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης για δραστηριότητες, που, φυσιολογικά, είναι ευχάριστες. Αρκετές φορές, ο όρος «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται για να περιγράψει κάθε είδους διαταραχή της διάθεσης. Η κλινική της διάγνωση αναφέρεται σε μια σειρά από συμπτώματα και ενδείξεις, που εμφανίζονται για ένα χρονικό διάστημα και επιφέρουν αλλαγές στην λειτουργικότητα του πάσχοντος ατόμου. Η διάγνωσή της κατάθλιψης βασίζεται τόσο στις προσωπικές εμπειρίες του ίδιου του ατόμου που πάσχει από αυτήν, όσο και στις συμπεριφορές που καταγράφονται και αναφέρονται από τους συγγενείς και φίλους του, καθώς επίσης και σε κάποια διαγνωστική εξέταση ψυχικής υγείας. Συνήθως, η κατάθλιψη

εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιών 20-30 ετών, με κορύφωση τα 30-40 έτη.
(KEIMENO: MedNutrition)

Οι καταθλιπτικές συνδρομές έχουν περιγραφεί, για πρώτη φορά, από τον Ιπποκράτη και θεωρούνταν ανάμεσα στις πιο εμμένουσες, σταθερές και σωστά διαγνωσμένες ιατρικές καταστάσεις. Τα κύρια παράπονα των ασθενών σχετίζονται με το οδυνηρό αίσθημα του άγχους και της θλίψης. Οι καταθλιπτικές διαταραχές συγκαταλέγονται στις πιο συχνά εμφανιζόμενες καταστάσεις στην Ψυχιατρική με ποσοστό εμφάνισης 8% στην ζωή ενός ανθρώπου.

Ο όρος κατάθλιψη, για τον απλό κόσμο, είναι συνώνυμος με την θλίψη. Ωστόσο, για έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, η θλίψη είναι η φυσιολογική απάντηση στην απώλεια. Εν αντιθέσει, η κατάθλιψη είναι ένα σύμπτωμα ή μια συνδρομή δυσπροσαρμογής, που συχνά, αλλά όχι πάντα, εμπεριέχει την υποκειμενική εμπειρία της θλίψης.

Σε κάποιους ανθρώπους εμφανίζεται μόνο ένα επεισόδιο διαταραχής με διάρκεια μερικών εβδομάδων έως κάποιους μήνες, αλλά οι περισσότεροι πάσχοντες αντιμετωπίζουν χρόνια και επαναλαμβανόμενα καταθλιπτικά επεισόδια. Ακόμα, υπάρχει και μια ομάδα ασθενών, οι οποίοι πάσχουν από διπολική διαταραχή, εναλλάσσοντας μανιακά με καταθλιπτικά επεισόδια.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης περιγράφονται από την πλειοψηφία των ασθενών ως ένα διαβρωτικό αίσθημα θλίψης, συνοδευόμενο από τα συναισθήματα ενός αβοήθητου ανθρώπου και ατομικής αποδυνάμωσης. (Mackinnon, Michels, Buckley).

2.1.2 Εννοιολογικοί διαχωρισμοί

Η καταθλιπτική διαταραχή θα πρέπει να διακριθεί από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Φυσιολογική λύπη
- Διαταραχή προσαρμογής
- Αγχώδεις διαταραχές
- Σχιζοφρένεια
- Οργανικές νόσοι του εγκεφάλου

Η διάκριση από τη φυσιολογική λήθη γίνεται στη βάση της παρουσίας άλλων συμπτωμάτων του συνδρόμου της καταθλιπτικής διαταραχής. Όταν η κατάθλιψη εμφανίζεται ως συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές, όπως αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές πρόσληψης τροφής, χρήσης ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας, είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Οι διαταραχές προσαρμογής, μετά από κάποιο στρεσογόνο παράγοντα, συχνά, εμφανίζεται με καταθλιπτική διάθεση, κλάμα, και αίσθημα απελπισίας, χωρίς, όμως, να πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια για τη μείζονα κατάθλιψη. (Harisson, Coweu, Burns, Fazels)

- **Αγχώδεις διαταραχές:** η ήπια καταθλιπτική διαταραχή είναι κάποιες φορές δύσκολο να διακριθεί από τις αγχώδεις διαταραχές. Η ακριβής διάγνωση εξαρτάται από την αξιολόγηση της σχετικής βαρύτητας του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και από την σειρά, με την οποία αυτά εμφανίστηκαν. Παρεμφερή προβλήματα προκύπτουν και όταν υπάρχουν έντονα φοβικά ή εμμονικά συμπτώματα ή όταν υπάρχουν αποσυνδετικά συμπτώματα, με ή χωρίς ιστριονική συμπεριφορά. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, ο κλινικός ενδέχεται να μην καταφέρει να αναγνωρίσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα και, έτσι, να μη χορηγήσει τη σωστή θεραπεία.
- **Σχιζοφρένεια:** η διάκριση της κατάθλιψης από την σχιζοφρένεια εξαρτάται από την προσεκτική αναζήτηση των χαρακτηριστικών στοιχείων αυτής της πάθησης. Είναι δυνατόν να προκύψει διαγνωστικό πρόβλημα, όταν ο ασθενής πάσχει από καταθλιπτική ψύχωση, όμως, και πάλι, η διάκριση, συνήθως, μπορεί να γίνει με βάση την προσεκτική εξέταση της ψυχικής κατάστασης και τη σειρά με την οποία εμφανίστηκαν τα συμπτώματα. Οι πληροφορίες από το παλαιότερο ψυχιατρικό ιστορικό, μπορεί να φανούν χρήσιμες. Είναι δυνατόν να προκύψουν δυσκολίες, όταν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και της σχιζοφρένειας απαντώνται στην ίδια έκταση στον ίδιο ασθενή (σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές).
- **Άνοια και άλλες οργανικές καταστάσεις:** η κατάθλιψη δεν είναι τόσο εύκολο να διακριθεί από την άνοια, κατά την μέση και όψιμη ηλικία του ανθρώπου, και αυτό γιατί κάποιοι ασθενείς με συμπτώματα κατάθλιψης παραπονούνται για δυσκολία στη μνήμη. Πράγματι, οι ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη μπορεί να έχουν πολύ κακές επιδόσεις στις νοητικές τους λειτουργίες και η διάκριση ανάμεσα στις δύο καταστάσεις μπορεί να καταστεί αδύνατη, με βάση τη νοητική έκπτωση. Στην περίπτωση αυτή «κλειδί» για τη διάγνωση της κατάθλιψης είναι η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η διάγνωση θα πρέπει να επιβεβαιώνεται με τη βελτίωση

της μνήμης, κατά την επαναφορά της διάθεσης στο φυσιολογικό και να βασίζεται στο προσεκτικό ιστορικό και την κλινική εξέταση, που συμπληρώνονται από εξειδικευμένες εξετάσεις.

- Δυσθυμία: είναι μια χρόνια, ήπιας μορφής κατάθλιψη. Η διάγνωσή της γίνεται όταν υπάρχει καταθλιπτική διάθεση, για τουλάχιστον δύο χρόνια. Για αποσαφήνιση, τα συμπτώματα της δυσθυμίας δεν είναι τόσο σοβαρά, όσο αυτά της καταθλιπτικής διαταραχής, αν και ορισμένοι ασθενείς μπορεί να νοσούν και από τις δύο διαταραχές ταυτοχρόνως.

- Διπολική διαταραχή: η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από δύο συναισθήματα, την κατάθλιψη και την έξαρση. Αυτή η νόσος περνάει από φάσεις μανίας ή και πολύ βαριάς κατάθλιψης. Στην διπολική διαταραχή ο ασθενής βιώνει διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης, διογκωμένη αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, ιδεοφυγή, διάσπαση της προσοχής, υπερκινητικότητα, συναισθηματική αστάθεια και ψευδαισθήσεις. (Harisson, Coweu, Burns, Fazels).

2.1.3 Είδη κατάθλιψης

Δεν υπάρχει κάποια ορισμένη συμφωνία για την καλύτερη μέθοδο ταξινόμησης των καταθλιπτικών διαταραχών. Ωστόσο, υπάρχει μια σειρά προσεγγίσεων με βάση την:

1. Πιθανολογούμενη αιτιολογία:

A) εκείνες των οποίων τα συμπτώματα προκαλούνται από παράγοντες του ίδιου του ατόμου και είναι ανεξάρτητες από εξωτερικούς παράγοντες (ενδογενής κατάθλιψη).

B) εκείνες των οποίων τα συμπτώματα είναι αντίδραση σε εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες (αντιδραστική κατάθλιψη).

Ωστόσο, αυτή η διάκριση καθίσταται μη ικανοποιητική.

2. Εικόνα των συμπτωμάτων:

- **Μελαγχολική κατάθλιψη:** κάποιες καταθλιπτικές καταστάσεις χαρακτηρίζονται από «βιολογικά» συμπτώματα, όπως η απώλεια της όρεξης, διαταραχές της ψυχοκινητικότητας, απώλειας βάρους, δυσκοιλιότητα, μειωμένη λίμπιντο, αμηνόρροια και πρόωμη πρωινή αφύπνιση. Συχνά, τα συμπτώματα αυτά αποκαλούνται μελαγχολικά και χρησιμοποιούνται για την περιγραφή μια ειδικής υποομάδας καταθλιπτικών διαταραχών και, πιο ειδικά, την μείζονα κατάθλιψη με μελαγχολία, σύμφωνα με το DSM-5 ή το καταθλιπτικό επεισόδιο με σωματικά συμπτώματα στο ICD-10. Η σαφώς μελαγχολική κατάθλιψη σχετίζεται με τις ακόλουθες κλινικές παραμέτρους: σοβαρότερη συμπτωματολογία, οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, μη ανταπόκριση στο εικονικό φάρμακο, πιθανώς καλύτερη απάντηση στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά από ό,τι στους αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's), περισσότερα στοιχεία νευροβιολογικών διαταραχών.
Η μελαγχολική κατάθλιψη [αριστά έναν έγκυρο υπότυπο, εφόσον ταυτοποιεί μια ομάδα ατόμων με ιδιαίτερα υψηλό οικογενειακό κίνδυνο κατάθλιψης. Η διάγνωση της μελαγχολίας, όμως, υποδεικνύει την παρουσία, ποσοτικά, σοβαρότερης μορφής κατάθλιψης, και λιγότερο κάποιον διακριτό αιτιολογικό της υπότυπο.
- **Ψυχωσική κατάθλιψη:** η σοβαρή κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί και με ψυχωσικά χαρακτηριστικά. Η ψυχωσική κατάθλιψη, σχεδόν πάντα, συνοδεύεται από μελαγχολικά χαρακτηριστικά. Η παρουσία ψυχωσικών στοιχείων, δείχνει ότι η θεραπεία με τα αντικαταθλιπτικά μόνο, δεν είναι δυνατόν να στεφθεί με επιτυχία και ότι χρειάζεται ο συνδυασμός με αντιψυχωσικά φάρμακα. (Cowen και Anderson, 2015).
- **Μη μελαγχολική κατάθλιψη:** στην ταξινόμηση με βάση το προφίλ των συμπτωμάτων, οι υπόλοιπες μορφές μείζονος κατάθλιψης («μη μελαγχολική») περιλαμβάνουν αρκετά είδη κλινικής κατάθλιψης διαφορετικά μεταξύ τους, παραδείγματος χάριν τα ήπια καταθλιπτικά επεισόδια και την άτυπη κατάθλιψη. Στις καταθλίψεις αυτές είναι πιθανότερο να επικρατούν χαρακτηριστικά, όπως το άγχος, η επιθετικότητα, οι φοβίες και τα εμμονικά συμπτώματα.

Κατά το παρελθόν, λόγω των συμπτωμάτων αυτών, οι μη μελαγχολικές καταθλίψεις αποκαλούνται, κάποιες φορές, «νευρωσικές καταθλίψεις», όμως, ο όρος αυτός δεν εμφανίζεται πλέον στις τρέχουσες διαγνωστικές ταξινομήσεις. Η άτυπη κατάθλιψη έχει ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά. Στο DSM-5 η άτυπη, όπως και η μελαγχολική κατάθλιψη, κωδικοποιούνται ως μπορεί να αποτελεί περαιτέρω περιγραφή του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

3. Πορεία:

- **Μονοπολική και διπολική διαταραχή:** το χαρακτηριστικό των συναισθηματικών διαταραχών είναι ότι είναι υποτροπιάζουσες και ο

Kraepelin βασίστηκε στην πορεία της νόσου, όταν ταξινόμησε την μανία και την κατάθλιψη στην ίδια οντότητα. Παρατήρησε ότι η πορεία του ασθενούς ήταν η ίδια, είτε το αρχικό επεισόδιο ήταν μανιακό ή καταθλιπτικό, και έτσι δημιούργησε μια μονήρη κατηγορία, εκείνη της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης.

- Εποχική συναισθηματική διαταραχή: σε κάποιους ασθενείς επανειλημμένα παρουσιάζεται καταθλιπτική διαταραχή την ίδια εποχή του χρόνου, συνήθως το χειμώνα ή το φθινόπωρο. Σε κάποιες περιπτώσεις η επαναλαμβανόμενη εμφάνιση της νόσου σε συγκεκριμένη εποχή αντανακλά υπερβολικές απαιτήσεις, που συσσωρεύονται στον συγκεκριμένο άνθρωπο την εποχή εκείνη, είτε στη δουλειά του, είτε σε άλλους τομείς της ζωής του. Σε άλλες περιπτώσεις δεν υπάρχουν τέτοια αίτια, οπότε έχει προταθεί ότι η εποχική συναισθηματική διαταραχή σχετίζεται με κάποιο τρόπο με τις αλλαγές στις εποχές (π.χ. με τον αριθμό ωρών του φωτός της μέρας). Αν και το κύριο χαρακτηριστικό εποχικής συναισθηματικής διαταραχής είναι ο χρόνος στον οποίο εμφανίζεται, κάποια συμπτώματα θεωρείται πως εμφανίζονται συχνότερα στην εποχή από ό,τι στις υπόλοιπες διαταραχές της διάθεσης. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν:
 1. Υπερυπνία
 2. Αυξημένη όρεξη με επιθυμία για υδατάνθρακες
 3. Απογευματινή πτώση στα επίπεδα ενέργειας.

Η κατάσταση αυτή αποκαλείται επίσης « χειμερινή κατάθλιψη», καθώς κατά το συνηθέστερο πρότυπο η έναρξη της διαταραχής συμβαίνει το φθινόπωρο ή το χειμώνα, έχοντας φθίνουσα πορεία την άνοιξη ή το καλοκαίρι. Κάποιοι ασθενείς εμφανίζουν στοιχεία υπομανίας ή μανίας το καλοκαίρι, γεγονός που υποδηλώνει ότι εμφανίζουν εποχική διπολική διαταραχή. Το πρότυπο αυτό έχει οδηγήσει στην υπόθεση ότι η βράχυνση των ωρών του ημερησίου φωτός είναι σημαντική στην παθοφυσιολογία της εποχικής κατάθλιψης και οι μέθοδοι θεραπείας περιλαμβάνουν την έκθεση σε έντονο τεχνητό φως κατά τις ώρες του σκοταδιού.

- Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή: κάποιοι ασθενείς εμφανίζουν υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια βραχείας διάρκειας, τυπικά 2-7 ημερών, τα οποία δεν έχουν επαρκή διάρκεια ώστε να πληρούν τα κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης ή του καταθλιπτικού επεισοδίου. Τα επεισόδια αυτά εμφανίζονται με κάποια συχνότητα, περίπου κατά μέσο όρο μία φορά το μήνα, χωρίς να υπάρχει κάποια προφανής σύνδεση με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο στις γυναίκες ασθενείς. Αν και τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι βραχεία, είναι εξίσου σοβαρά με εκείνα των καταθλιπτικών διαταραχών μεγαλύτερης διάρκειας και μπορεί να συνοδεύονται από αυτοκτονική συμπεριφορά. Έτσι, η υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή σχετίζεται με μεγάλη προσωπική δυσφορία, αλλά και κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση. Οι ασθενείς με υποτροπιάζουσα βραχεία

καταθλιπτική διαταραχή, συχνά λαμβάνουν θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, η αξία των οποίων, όμως, είναι αμφίβολη(Harrison, Coweu, Burns, Fazel).

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται περισσότερο. Ένα στα δέκα άτομα θα νοσήσει από κατάθλιψη κάποια στιγμή, κατά τη διάρκεια της ζωής του. Από επιδημιολογικές έρευνες έχει υπολογιστεί ότι το 6% περίπου του γενικού πληθυσμού πάσχει από κλινικά διαπιστωμένη κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο και 550 χιλιάδες στην χώρα μας. Με βάση στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Π.Ο.Υ. συνεργαζόμενος με την Παγκόσμια Τράπεζα του Ο.Η.Ε., με βάση το δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική, επαγγελματική, και κοινωνική ζωή, πέντε από τις δέκα ασθένειες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές. Ακόμα, και πάλι με βάση τον Π.Ο.Υ. η κατάθλιψη κατέχει την 4^η θέση, παγκοσμίως, από πλευράς απώλειας ζωής, αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας.

Πολλά ιστορικά πρόσωπα, όπως για παράδειγμα ο Αβραάμ Λίνκολν, η Βασίλισσα Βικτώρια και ο Ουίνστον Τσόρτσιλ έπασχαν από κατάθλιψη. Το ίδιο ισχύει, ακόμα, και για πολλούς συγγραφείς, όπως η Βιρτζίνια Γουλφ, Μαρκ Τουέιν και Σύλβια Πλαθ, ζωγράφους όπως ο Βίντσετ Βαν Γκογκ, αλλά και συνθέτες, όπως για παράδειγμα ο Μπετόβεν, ο Τσαϊκόφσκι και ο Σούμαν.

Οι γυναίκες νοσούν από κατάθλιψη σε όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από ό,τι οι άνδρες. Ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης σε όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10-20% για τις γυναίκες και 5-12% για τους άνδρες.

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Ωστόσο, η μέση ηλικία έναρξης είναι, περίπου, στα 25 χρόνια. Παρ' όλο που είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες από ό,τι σε έφηβους και ενήλικους άνδρες, είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια που βρίσκονται στην προεφηβική τους ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για τους άνδρες και για τις γυναίκες είναι μεταξύ 25-45 ετών, ενώ η συχνότητα αυτή μειώνεται μετά το πέρας των 65 ετών και για τα δύο φύλα.

Η κατάθλιψη ευθύνεται περισσότερο από κάθε άλλη νόσο για απουσίες από το σχολείο και την εργασία, στο ηλικιακό φάσμα των 15-45 ετών.

Αυτοί που εμφανίζουν καταθλιπτικό επεισόδιο και δε λαμβάνουν θεραπεία, έχουν πιθανότητα 50% να εμφανίσουν και δεύτερο επεισόδιο μέσα στα επόμενα 5 χρόνια.

Ύστερα από 3 καταθλιπτικά επεισόδια, το ποσοστό επανεμφάνισης αγγίζει το 90%. (Αγγελική Μενεδιάτου: ψυχολόγος Μ.Α. κλινικής ψυχολογίας).

2.2.1 Στοιχεία από το εξωτερικό

Η κατάθλιψη επηρεάζει πάνω από το 6% του ευρωπαϊκού πληθυσμού και ο επιπολασμός είναι υψηλότερος στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες. Μελέτη σε 27 ευρωπαϊκές χώρες αξιολόγησε τον επιπολασμό της κατάθλιψης στο 6.4% του ευρωπαϊκού πληθυσμού, το οποίο είναι υψηλότερο από το 4.2% που είχε εκτιμηθεί παλιότερα από τον Π.Ο.Υ. Η μελέτη που δημοσιεύθηκε στο TheCancerPublicHealth διεξήχθη από το King'sCollege του Λονδίνου, το Ινστιτούτο Ιατρικής Έρευνας του Νοσοκομείου delMar, το ParcdeDeu, το Ινστιτούτο Βιοϊατρικής στο Πανεπιστήμιο της Leon (IBIOMED) και το CIBER για την επιδημιολογία και τη δημόσια υγεία (CIBERSP). Συνολικά οι ερευνητές κατάφεραν να αξιοποιήσουν τις απαιτήσεις από 258.888 άτομα σε 27 ευρωπαϊκές χώρες, στις οποίες απείχαν από την έρευνα η Ισπανία, το Βέλγιο και η Ολλανδία.

- Μεγάλες γεωγραφικές και φυλετικές διαφορές

Από το σύνολο του πληθυσμού που ερωτήθηκε, το 6.4% παρουσίασε πιθανή καταθλιπτική διαταραχή. Στις γυναίκες, που αντιπροσωπεύουν το 52.2% του δείγματος, ο επιπολασμός αυτής της παθολογίας ήταν 7.7%, αρκετά υψηλότερος από αυτόν που καταγράφηκε στους άνδρες, που βρισκόταν στο 4.9%. Αυτή η έντονη διαφορά μεταξύ των 2 φύλων υπάρχει σε όλες τις χώρες, με εξαίρεση τη Φινλανδία και την Κροατία.

Ένα από τα βασικότερα ευρήματα της έρευνας είναι ότι τα ποσοστά της κατάθλιψης είναι έως και 4 φορές υψηλότερα στις πιο αναπτυγμένες, οικονομικά, χώρες.

Σύμφωνα με την έρευνα, λοιπόν, αυτή, οι χώρες με τον υψηλότερο επιπολασμό είναι οι εξής:

1. Ισλανδία (10.3%)
2. Λουξεμβούργο (9.7%)
3. Γερμανία (9.2%)
4. Πορτογαλία (9.2%),

ενώ στις χώρες με τον χαμηλότερο επιπολασμό ανήκουν:

1. Τσεχία (2.6%)
2. Σλοβακία (2.6%)
3. Λιθουανία (3%)
4. Κροατία (3.2%).

Με κριτήριο το φύλο, οι χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά ανδρών, που πάσχουν από κατάθλιψη είναι η Γερμανία και η Ιρλανδία, ενώ αυτές με τα χαμηλότερα ποσοστά

είναι η Τσεχία και η Σλοβακία. Όσον αφορά τις γυναίκες, οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά είναι η Γερμανία και το Λουξεμβούργο, ενώ αυτές με τα χαμηλότερα ποσοστά είναι η Σλοβακία και η Τσεχία.

- Καθοριστικοί παράγοντες:

Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι δημογραφικοί, πολιτιστικοί και κοινωνικοπολιτικοί παράγοντες, όπως είναι η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, η ανασφάλεια στην εργασία ή το αυξανόμενο κόστος ζωής, μπορούν να είναι καταλυτικοί παράγοντες στις παρατηρούμενες διαφορές. Σχετικά με τις ομάδες πληθυσμού, εκείνοι που υποφέρουν περισσότερο από κατάθλιψη είναι οι ηλικιωμένοι, που δεν έχουν γεννηθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ζουν σε πυκνοκατοικημένες περιοχές, με χρόνια προβλήματα υγείας, με μικρή σωματική δραστηριότητα και χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης και εισοδήματος.

Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν, επίσης, ότι οι χώρες της Δ. Ευρώπης έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, συγκριτικά με τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (EUHealthcareandSocialCaveNews – HealthEuropa).

2.2.2 Στοιχεία από την Ελλάδα

Με γνώμονα την επιστημονική ενημέρωση από την Janssen (23 Νοεμβρίου 2021), στην οποία διακεκριμένοι επιστήμονες παρουσίασαν νέα στοιχεία για τη νόσο της κατάθλιψης, υπολογίζεται ότι ο συνολικός αριθμός των ανθρώπων που ζουν με κατάθλιψη είναι 280 εκατομμύρια (Π.Ο.Υ., 2021), ενώ ο επιπολασμός της κατάθλιψης, με βάση τις εκτιμήσεις του Π.Ο.Υ, κατατάσσει την Ελλάδα στην 5^η θέση, παγκοσμίως. Στην επιστημονική αυτή ενημέρωση, ο κ. Ιωάννης Χατζημανώλης, καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, δήλωσε: « Η κατάθλιψη εξακολουθεί να είναι μια δύσκολη ασθένεια και η επιβάρυνση, που αυτή προκαλεί, αυξάνει διαρκώς. Για αυτό, είναι ιδιαίτερα σημαντική η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου και η κατάλληλη αντιμετώπιση από τους ειδικούς».

2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η κατάθλιψη είναι ένα σοβαρά αναπηρικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας, με πολύ υψηλό επιπολασμό. Η υπερανίχνευση και η υποανίχνευση είναι σημαντικοί παράγοντες, που πρέπει να ληφθούν υπόψη, με σκοπό την κατάλληλη διάγνωση και την διαχείριση της κλινικής κατάθλιψης. Κατά κύριο λόγο, οι γενικοί γιατροί αποκλείουν, ορθώς, την κατάθλιψη από τα περισσότερα άτομα, που δεν πάσχουν από αυτήν, ενώ οι υπερανιχνεύσεις (ψευδώς θετικά), μπορεί να είναι περισσότερες από τις χαμένες περιπτώσεις.

Η παρουσία του άγχους με κατάθλιψη μπορεί να δυσκολέψει τη διάγνωση της νόσου. Ορισμένοι ερευνητές έχουν υποστηρίξει, ότι η καθιέρωση της αγχώδους κατάθλιψης ως ειδική διάγνωση, θα βελτιώνει, σημαντικά, την διάγνωση της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Βασικότερο χαρακτηριστικό για την διαπίστωση κατάθλιψης είναι η γνωστική τριάδα:

1. Αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του
2. Αρνητικές σκέψεις για την κοινωνία/ κοινωνικό περιβάλλον
3. Αρνητικές σκέψεις για το μέλλον.

Η έγκαιρη διάγνωση της καταθλιπτικής νόσου αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόληψης αυτών των επικίνδυνων καταστάσεων και καθορίζει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

2.3.1 Κλινικές εκδηλώσεις

Οι καταστάσεις που η κατάθλιψη αποτελεί το βασικό χαρακτηριστικό, ποικίλλουν, και οι μορφές που λαμβάνει η κλινική της εικόνα μπορούν να διαχωριστούν με διάφορους τρόπους. Το τί αποτελεί επεισόδιο κλινικής κατάθλιψης, είναι αναπόφευκτα, αυθαίρετο.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΠΛΗΡΟΥΝΤΑΙ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ «ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ»

ΟΜΑΔΑ Α

1. Καταθλιπτική διάθεση
2. Απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης
3. Μειωμένη ενέργεια και δραστηριότητα

ΟΜΑΔΑ Β

1. Μειωμένη συγκέντρωση
2. Ιδέες ενοχής και αβαξιοτήτας
3. Απαισιόδοξες σκέψεις
4. Ιδέες αυτοκαταστροφής

5. Διαταραχές ύπνου

6. Μειωμένη όρεξη

- Σε ένα ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο απαντώνται τουλάχιστον δύο χαρακτηριστικά από την ΟΜΑΔΑ Α και δύο από την ΟΜΑΔΑ Β.
- Σε ένα μέτριο καταθλιπτικό επεισόδιο απαντώνται τουλάχιστον δύο χαρακτηριστικά από την ΟΜΑΔΑ Α και τουλάχιστον τρία από την ΟΜΑΔΑ Β.
- Σε ένα σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο απαντώνται και τα τρία χαρακτηριστικά από την ΟΜΑΔΑ Α και τουλάχιστον τέσσερα από την ΟΜΑΔΑ Β.

Η ταξινόμηση αυτή βασίζεται, επίσης, στην σοβαρότητα των συμπτωμάτων και στο βαθμό λειτουργικής έκπτωσης του ατόμου (Harrison, Coweu, Burns, Fazel).

2.3.2 Διαγνωστικές διαδικασίες

Η διάγνωση της κατάθλιψης πρέπει να αναγνωριστεί έγκαιρα διότι υπάρχει κίνδυνος για εκδήλωση βίας του ίδιου του πάσχοντος ατόμου προς τον εαυτό του, σχετιζόμενος με καταθλιπτική διάθεση, αντίληψη αναξιότητας, απελπισίας, αυτοκτονικό ιδεασμό ή ύπαρξη σχεδίου αυτοκτονίας.

Πρέπει να ληφθεί υπόψιν και η περίπτωση της αναποτελεσματικής αντιμετώπισης, η οποία σχετίζεται με έλλειψη ενεργητικότητας, αδυναμία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη, είναι πιθανό να εκφράζουν τις ανάγκες τους, είτε αποδεχόμενα την ανικανότητά τους να αντιμετωπίσουν μια κατάσταση (π.χ. δε μπορώ να κάνω αυτό), είτε κλαίγοντας συχνά, χωρίς προφανή αιτία. Είναι πιθανό να κατακλύζονται εύκολα από έντονα συναισθήματα ή να αναφέρουν όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Ακόμα υπάρχει η περίπτωση να μη μπορούν να ανταπεξέλθουν στις βασικές απαιτήσεις αυτοφροντίδας και υγιεινής.

Μπορεί, επίσης, να εμφανίζουν μειωμένη κριτική ικανότητα και εναισθησία (π.χ. ήμουν μια χαρά πριν έρθω εδώ) ή να παρουσιάζουν μια συμπεριφορά απομόνωσης από τους άλλους ανθρώπους, όπως επίσης είναι πιθανό να εκφράζουν σκέψεις αναξιότητας (π.χ. δεν αξίζω τίποτα) ή ακόμα να εμφανίζουν παραληρητικές ιδέες (π.χ. σύντομα θα πεθάνω, δε μου αξίζει να ζω).

Μια ακόμα παράμετρος, που πρέπει να συμπεριληφθεί στην διαγνωστική διαδικασία είναι το άτομο να μην ακολουθεί ισορροπημένη διατροφή, δηλαδή να προσλαμβάνει λιγότερη ή περισσότερη τροφή από αυτή που το σώμα έχει ανάγκη, σχετιζόμενη με

τη πρόσληψη ακατάλληλων θρεπτικών ουσιών, βάσει των μεταβολικών αναγκών του οργανισμού, την έλλειψη ενδιαφέροντος για φαγητό, και το δυσλειτουργικό πρότυπο διατροφής (π.χ. το άτομο να τρώει σε απάντηση εσωτερικών ερεθισμάτων, διαφορετικών από αυτό της πείνας). Τα άτομα με κατάθλιψη παρουσιάζουν ένα πρότυπο διατροφής, που σχετίζεται με την καταθλιπτική τους διάθεση. Αυτό, πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει:

1. Έλλειψη ενδιαφέροντος για κατανάλωση τροφής, ελάχιστη ή καθόλου όρεξη
2. Αποστροφή προς την τροφή
3. Δυσλειτουργικά πρότυπα διατροφής
4. Περιορισμένες επιλογές τροφής
5. Πρόσφατη απώλεια/απόκτηση βάρους
6. Αδύναμος μυϊκός τόνος
7. Μειωμένο υποδόριο λίπος/ μυϊκή μάζα
8. Ωχρότητα βλεννογόνων επιπεφυκότων

Διαταραγμένο πρότυπο ύπνου, σχετιζόμενο με βιοχημικές αλλοιώσεις (μειωμένη σεροτονίνη) ή με ψυχολογικό στρες, με έλλειψη αναγνώρισης της κόπωσης/ ανάγκης για ύπνο, με υπερδραστηριότητα. Σε άτομα με καταθλιπτική διαταραχή τα σημεία και τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν την δυσκολία στην έλευση ύπνου, δυσκολία των ατόμων να παραμείνουν ξύπνια, έγερση τις πολύ πρωινές ώρες ή αφύπνιση πολύ πιο αργά από την επιθυμητή ώρα. Το άτομο μπορεί να νιώθει κόπωση, να εμφανίζει ή να χρησιμοποιεί τον ύπνο ως διαφυγή.

Πνευματικό αδιέξοδο, σχετιζόμενο με την αντίληψη απουσίας σκοπού ή χαράς για τη ζωή, απουσία ψυχικής επαφής με άλλους ανθρώπους, νοσηρή αντίληψη για την ντροπή και την ενοχή. Το πνευματικό αδιέξοδο αναφέρεται σε μια κατάσταση, κατά την οποία, το άτομο αντιλαμβάνεται ότι έχουν καταρρεύσει οι αρχές που διέπουν την ύπαρξή του και η οποία την κατακλύζει ολόκληρη, ενσωματώνει και υπερβαίνει τη βιολογική και ψυχοκοινωνική φύση του. Το άτομο φαίνεται να βρίσκεται σε απόγνωση και αναφέρει αισθήματα εγκατάλειψης από τον Θεό, επιλέγοντας, ακόμα, και να μην συμμετέχει στις θρησκευτικές τελετές, στις οποίες συνήθιζε να λαμβάνει μέρος. Τέλος, το άτομο, ίσως, να αναφέρει αμφιθυμικά συναισθήματα (αμφιβολία) σχετικά με τις πεποιθήσεις του, να εκφράζει ένα είδος πνευματικής κενότητας και να εμφανίζει σημάδια συναισθηματικής αποσύνδεσης από τον εαυτό του και τους υπόλοιπους ανθρώπους γύρω του. (MaryAnnHogan).

2.3.3 Προβληματισμοί για την διάγνωση της κατάθλιψης

Είναι γνωστό και αποδεκτό ότι η διάγνωση της κατάθλιψης είναι κλινική και όχι εργαστηριακή, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν προκύπτουν ευρήματα από τα εργαστήρια. Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά είναι μόνο ενδεικτικά της κατάθλιψης. Με άλλα λόγια, δεν αφορούν καθαυτή τη νόσο, αλλά τον αποκλεισμό κάποιας πιθανής σωματικής διαταραχής, ώστε από εκεί και πέρα να αναζητηθούν και να διερευνηθούν

τα συμπτώματα που σχετίζονται με την εμφάνισή της. Επομένως, σε πρώτη φάση, το άτομο πρέπει να επισκεφθεί τον παθολόγο, με σκοπό να ελεγχθεί αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα οφείλονται σε κάποια άλλη ιατρική πάθηση ή προκύπτουν από την χρήση οποιωνδήποτε φαρμάκων. Αν διαπιστωθεί ότι τα συμπτώματα δεν σχετίζονται με κάποια άλλη ασθένεια, τότε, σε δεύτερη φάση ακολουθεί η επίσκεψη στον ψυχίατρο (κλινικό ψυχολόγο που θα εκτιμήσει σε ψυχική βάση το πλήρες ιστορικό των συμπτωμάτων και στη συνέχεια θα ακολουθήσει τις απαιτούμενες ενέργειες, ώστε να ολοκληρωθεί η διάγνωση της νόσου).

Στόχος της φυσικής εξέτασης είναι να αποκλειστούν τα φυσικά αίτια για την κατάθλιψη, καθώς υπάρχουν πολλές ιατρικές παθήσεις, που έχουν παρόμοια συμπτώματα, όπως για παράδειγμα οι ορμονικές διαταραχές/ νόσος Cushing (επινεφρίδια), ορισμένοι τύποι ναρκωτικών, σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσος Parkinson, Alzheimer κ.α. Όσο πιο γρήγορα θα γίνει η διάγνωση, τόσο πιο γρήγορα θα επέλθει και η θεραπεία.

2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μεγάλο κεφάλαιο και πρόκληση για τις νευροεπιστήμες, την ψυχιατρική και τις ψυχοθεραπευτικές σχολές αποτελεί η θεραπεία της κατάθλιψης, η οποία είναι απαραίτητο να προσεγγίζεται με την δέουσα σοβαρότητα και εξατομικευμένο πλάνο. Αρκετά συχνά, η καταθλιπτική νόσος υποτιμάται, ως μια ψυχική κατάσταση του αδύναμου, ή ως μια ήπια πτώση της διάθεσης χωρίς συνέπειες για το άτομο. Πολλοί αρκούνται στη λήψη ενός χαπιού και, μάλιστα, συνεχίζουν την ίδια ακριβώς ζωή, που συχνά, έχει άμεσα αιτιολογική σχέση με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα σε τέτοιες περιπτώσεις είναι προσωρινά και όχι τα επιθυμητά. Η αντιμετώπιση της πολυσύνθετης αυτής διαταραχής, συχνά, χρειάζεται χρόνο, γεγονός που πολλοί δυσκολεύονται να αποδεχτούν. Υπάρχουν πολλές και διάφορες επιλογές για τη θεραπεία της κατάθλιψης, οι οποίες όλες κατηγοριοποιούνται σε δύο κατηγορίες:

- Σωματικές θεραπείες
- Ψυχοθεραπείες

(Harrison, Coweu, Burns, Fazel).

2.4.1 Φαρμακολογική

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα: είναι αποτελεσματικά μόνο στην οξεία φάση της μείζονος κατάθλιψης. Η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα συγκριτικά με το εικονικό φάρμακο παρατηρείται σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη, των οποίων τα συμπτώματα είναι, τουλάχιστον, μέτριας βαρύτητας. Σε ό,τι αφορά τη δραστηριότητα, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία ώστε να επιλεγεί κάποιο από τα διάφορα

αντικαταθλιπτικά, αν και κάποια υπερέχουν έναντι κάποιων άλλων σε συγκεκριμένες συνθήκες.

- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά: έχουν συγκριθεί εκτενώς με το εικονικό φάρμακο και σε νοσηλευόμενους και σε εξωτερικούς ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη. Σε όλους, αλλά κυρίως στους βαρύτερα καταθλιπτικούς ασθενείς, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι σαφώς περισσότερο αποτελεσματικά από το placebo (Morris και Beck, 1974). Υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα διαφέρουν μεταξύ τους όσον αφορά την κλινική τους δραστηριότητα, δεν διαφέρουν όμως σε ό,τι αφορά το προφίλ των παρενεργειών τους. Η λοφεπραμίνη είναι σχετικά ασφαλής σε υπερδοσολογία. Μεταξύ των άλλων κατηγοριών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων κανένα δεν είναι περισσότερο αποτελεσματικό από τα τρικυκλικά, αν και μεμονωμένοι ασθενείς μπορεί να ανταποκρίνονται καλύτερα σε άλλες ουσίες. Τα τρικυκλικά πιθανότατα δεν είναι αποτελεσματική θεραπεία για τους εφήβους με κατάθλιψη.
- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και αναστολείς σεροτονίνης και νορανδρεαλίνης (SNRIs): οι SSRIs έχουν υποβληθεί σε εκτενείς μελέτες τόσο συγκριτικά με το εικονικό φάρμακο όσο και σε σχέση με ανταγωνιστικά τους αντικαταθλιπτικά. Υπάρχουν αρκετά στοιχεία ότι είναι εξίσου αποτελεσματικοί με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά γενικά για τους καταθλιπτικούς ασθενείς, αν και μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματικοί στους νοσηλευόμενους καταθλιπτικούς ασθενείς. Η βενλαφαξίνη, ένας αναστολέας της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νορανδρεαλίνης (SNRI), επίσης φαίνεται ότι είναι ελαφρά περισσότερο αποτελεσματική από ό,τι οι SSRIs στους ασθενείς με σοβαρότερες καταθλιπτικές καταστάσεις. Οι SSRIs είναι περισσότερο αποτελεσματικοί από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (με εξαίρεση την κλομιπραμίνη) όταν η κατάθλιψη εμφανίζεται σε συνδυασμό με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Η ντουλοξετίνη είναι ένας άλλος SNRI, για τον οποίο τα τρέχοντα στοιχεία δεν δείχνουν ότι είναι περισσότερο αποτελεσματική από τους SSRIs. Μια μετανάλυση δικτύου υποστήριξε ότι η σιταλοπράμη και η σερτραλίνη είναι οι περισσότερο αποτελεσματικοί SSRIs, όμως αμφισβητείται το κατά πόσο οι διαφορές αυτές έχουν κλινικές προεκτάσεις.
- Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs): η αποτελεσματικότητα των MAOIs στη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης (ιδίως με μελαγχολικό χαρακτήρα) αποτελεί αντικείμενο διαφωνίας. Όμως, μελέτες ελεγχόμενες με placebo έχουν δείξει ότι οι MAOIs είναι αποτελεσματικά αντικαταθλιπτικά και ισάξιας θεραπευτικής δραστηριότητας με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά για τη μέτρια έως σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή. Ωστόσο, είναι πιθανό να προκαλέσουν επικίνδυνες αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και κάποιες τροφές, και για το λόγο αυτό δε συνιστώνται ως αντικαταθλιπτική θεραπεία πρώτης εκλογής, παρόλο που ελεγχόμενες μελέτες έχουν δείξει ότι μπορεί να είναι αποτελεσματικοί σε καταθλιπτικούς ασθενείς που δεν έχουν απαντήσει στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και στους SSRIs. Ο αντιστρεπτός αναστολέας της MAO-A μοκλοβεμίδη έχει το πλεονέκτημα να μη χρειάζεται συνοδεία από δίαιτα χαμηλή σε τυραμίνη. Όμως, εξακολουθεί να μπορεί να προκαλέσει επικίνδυνες αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα. Ύστερα από μελέτες, το αποτέλεσμα που βγήκε είναι ότι η μοκλοβεμίδη είναι περισσότερο

αποτελεσματική από το placebo στη θεραπεία της ανεπίπλεκτης μείζονος κατάθλιψης. Όμως, είναι αμφίβολο το κατά πόσο η μοκλοβεμίδη στις συνηθισμένες δόσεις είναι εξίσου αποτελεσματική με τους συμβατικούς ΜΑΟΙs για τους ασθενείς με ανθεκτική κατάθλιψη.

- Άλλα αντικαταθλιπτικά: μια ποικιλία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι πλέον διαθέσιμα όλα με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα συγκριτικά με το placebo. Οι βασικές διαφορές ανάμεσα στα διάφορα φάρμακα αφορούν το προφίλ των παρενεργειών τους. Εκτός από την ρεμποξετίνη, οι αντιχολινεργικές παρενέργειες είναι σπάνιες. Η τραζοδόνη και η μιρταζαπίνη είναι κατασταλτικές. Τα φάρμακα αυτά είναι ασφαλέστερα από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά σε υπερδοσολόγηση. Η αγομελατίνη μπορεί να έχει διαφορετικό μηχανισμό δράσης, με αγωνιστική δράση στους υποδοχείς μελατονίνης (Harrison, Coweu, Burns, Fazel).

2.4.2 Ψυχοθεραπεία

Όλοι οι καταθλιπτικοί ασθενείς, οποιαδήποτε άλλη θεραπεία και αν λαμβάνουν, χρειάζονται ψυχοθεραπεία υπό τη γενική έννοια, η οποία παρέχει εκπαίδευση, καθυσύχαση και ενθάρρυνση. Τα μέτρα αυτά («κλινική αντιμετώπιση») μπορεί να παράσχουν κάποια ανακούφιση των συμπτωμάτων, ενώ ταυτόχρονα αυξάνουν την πιθανότητα οι απογοητευμένοι ασθενείς να συμμορφωθούν προς τις προταθείσες θεραπείες. Η εκπαίδευση και ο καθησυχασμός θα πρέπει επίσης να απευθύνονται και στον σύντροφο του ασθενούς, στα υπόλοιπα μέλη της στενής οικογένειας και στους ανθρώπους που ενέχονται στη φροντίδα του.

Οι ψυχολογικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται για τις καταθλιπτικές διαταραχές μπορούν να διακριθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και επίλυση των προβλημάτων: προχωρά πέρα από τη συνήθη κλινική αντιμετώπιση, καθώς εστιάζει στην ταυτοποίηση και επίλυση των τρεχουσών δυσκολιών της ζωής και στη χρήση των δυνατοτήτων του ασθενούς και των διαθέσιμων μηχανισμών αντιμετώπισης. Μια προσέγγιση είναι η επίλυση των προβλημάτων, κατά την οποία ο θεραπευτής και ο ασθενής ταυτοποιούν τα βασικά προβλήματα που ανησυχούν τον ασθενή και επινοούν πραγματοποιήσιμους σταδιακούς τρόπους επίλυσής τους. Τυχαίοποιημένες μελέτες δείχνουν ότι η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων είναι καλύτερη από τη συνήθη θεραπεία στους μέτρια καταθλιπτικούς ασθενείς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Δεν υπάρχουν στοιχεία για την αποτελεσματικότητά της συγκριτικά με τη φαρμακευτική θεραπεία και τις άλλες ψυχοθεραπείες.
- Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία: βασικός στόχος της στην κατάθλιψη είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αναθεωρήσει τους τρόπους με τους οποίους σκέφτεται και δρα σε σχέση με τις καταστάσεις της ζωής και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Υπάρχουν πολυάριθμες μελέτες που εξετάζουν τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία στη μείζονα κατάθλιψη και οι οποίες έχουν ανασκοπηθεί. Τα τρέχοντα συμπεράσματα μπορούν να συνοψιστούν ως ακολούθως:

1. Υπάρχουν σαφή δεδομένα ότι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι ανώτερη της λίστας αναμονής προς την ανακούφιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας
2. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία γενικά δεν υπερέρχει των άλλων δομημένων ψυχολογικών θεραπειών, όπως η συμπεριφορική ενεργοποίηση και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία
3. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική με τις φαρμακολογικές θεραπείες στους μέτρια καταθλιπτικούς εξωτερικούς ασθενείς
4. Ο συνδυασμός γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας και φαρμακοθεραπείας είναι αποτελεσματικότερος από τη φαρμακοθεραπεία μόνη.

Πολλοί από τους κλινικούς υποστηρίζουν ότι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική ως μονοθεραπεία για τους ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη, η άποψη αυτή όμως δεν υποστηρίζεται ξεκάθαρα από τις κλινικές μελέτες. Επιπλέον, η ικανότητα του θεραπευτή μπορεί να είναι κρίσιμος παράγοντας για την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας.

- Συμπεριφορική ενεργοποίηση: η συμπεριφορική ενεργοποίηση χρησιμοποιεί τις αρχές της λειτουργικής μάθησης, επικεντρώνοντας στις συσχετίσεις ανάμεσα στις πράξεις και στη συναισθηματική ανταπόκριση. Στόχος της θεραπείας είναι να βοηθήσει τους ασθενείς, μέσω προγραμματισμένης δραστηριότητας, να μετάσχουν σε συμπεριφορές που θα έχουν θετική επίδραση στη διάθεσή τους. Σε αντίθεση με τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, υποστηρίζεται ότι η εκπαίδευση του θεραπευτή στις τεχνικές συμπεριφορικής ενεργοποίησης είναι απλή και επιτυγχάνεται γρήγορα. Μία πρόσφατη μετανάλυση 26 τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών συμπεριφορικής ενεργοποίησης στην κατάθλιψη έδειξε ότι η τεχνική αυτή ήταν ανώτερη της συνθήκης ελέγχου, όμως η διάρκεια της παρακολούθησης συχνά ήταν μικρή.
- Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία: η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι μια συστηματική και προτυποποιημένη θεραπευτική προσέγγιση στις προσωπικές σχέσεις και στα προβλήματα της ζωής. Έχει μελετηθεί λιγότερο από την γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία στην κατάθλιψη, φαίνεται, ωστόσο, να είναι το ίδιο αποτελεσματική. Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την Κλινική Αριστεία κατέληξε ότι στους καταθλιπτικούς ασθενείς η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία:
 1. Είναι περισσότερο αποτελεσματική από τη συνθήκη ελέγχου (συνήθη κλινική αντιμετώπιση) και τη συνήθη γενική αντιμετώπιση από τους γενικούς γιατρούς.
 2. Είναι εξίσου αποτελεσματική με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.
 3. Είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν συνδυάζεται με αντικαταθλιπτικά, από ό, τι ως μονοθεραπεία. Όμως, δεν είναι σαφές το κατά πόσο ο συνδυασμός διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας και

αντικαταθλιπτικών είναι καλύτερος από ό, τι η μονοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά για την αντιμετώπιση της οξείας κατάθλιψης.

- Θεραπεία ζεύγους: η θεραπεία ζεύγους μπορεί να προσφερθεί σε καταθλιπτικούς ασθενείς για τους οποίους οι αλληλεπιδράσεις με τους συντροφό τους φαίνεται να έχουν συνεισφέρει στην πρόκληση ή στη διατήρηση της καταθλιπτικής διαταραχής. Στόχος της παρέμβασης είναι να γίνει κατανοητή η φύση αυτών των αλληλεπιδράσεων και αυτές να τροποποιηθούν έτσι ώστε να γίνει περισσότερο αμοιβαία υποστηρικτική. Υπάρχουν λίγες διαθέσιμες τυχαίοποιημένες μελέτες, όμως τα περιορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι η θεραπεία ζεύγους είναι σημαντικά περισσότερο αποτελεσματική από ό, τι η συμμετοχή στη λίστα αναμονής και εξίσου αποτελεσματική με την γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.

Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να συγκρίνουν τη θεραπεία ζεύγους με τα αντικαταθλιπτικά. Στην πράξη, η θεραπεία με τα αντικαταθλιπτικά και η θεραπεία ζεύγους συχνά χρησιμοποιούνται συνδυαστικά. Ωστόσο, ο συνδυασμός αυτός δεν έχει ακόμη αξιολογηθεί επαρκώς.

- Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία: η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έχει διαφορετικό στόχο από τις θεραπείες που αναφέρθηκαν παραπάνω, καθώς στοχεύει να επιλύσει τις υποκείμενες αναπτυξιακές συγκρούσεις και δυσκολίες της ζωής που θεωρείται πως προκαλούν ή διατηρούν την καταθλιπτική διαταραχή. Ενώ έχει προταθεί ότι η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματική από τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία ή τα αντικαταθλιπτικά, μια πιο πρόσφατη μετανάλυση έδειξε παρόμοιο όφελος στους καταθλιπτικούς ασθενείς για τα βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία συγκρινόμενη με τις υπόλοιπες ψυχοθεραπείες. Η εκπαίδευση του θεραπευτή και η επιλογή των ασθενών είναι πιθανό να παίζουν σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στην κατάθλιψη (Harrison, Coweu, Burns, Fazel).

2.4.3 Άλλες προσεγγίσεις (ηλεκτροσπασμοθεραπεία κλπ)

- ΛΙΘΙΟ
- 1. Το λίθιο ως μονοθεραπεία: μελέτες ελεγχόμενες με placebo υποστηρίζουν ότι το λίθιο μπορεί να ασκεί κάποια αντικαταθλιπτική δράση, όμως η δράση του στη μονοπολική κατάθλιψη ως μονοθεραπεία δεν έχει τεκμηριωθεί.

2. Το λίθιο σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά: το λίθιο μπορεί να έχει χρήσιμη θεραπευτική δράση όταν προστεθεί στα αντικαταθλιπτικά σε ανθεκτικούς στη θεραπεία ασθενείς (ενίσχυση με λίθιο). Σε μια μετανάλυση αναφέρεται ότι περίπου το 40% των καταθλιπτικών ασθενών απαντούν στην ενίσχυση με λίθιο της αντικαταθλιπτικής τους θεραπείας, συγκριτικά με περίπου το 15% των ασθενών που έλαβαν placebo (NN=5).

- **ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ**

Τα αντιεπιληπτικά, όπως η καρβαμαζεπίνη, το βαλπροϊκό και η λαμοτριγίνη, είναι χρήσιμα στην αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής, και στις περιπτώσεις αυτές προλαμβάνουν και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Το κατά πόσο τα φάρμακα αυτά έχουν επίσης οξεία αντικαταθλιπτική δράση στη μονοπολική κατάθλιψη δεν είναι σαφές. Η λαμοτριγίνη έχει αποδειχθεί πως έχει αντικαταθλιπτικές ιδιότητες σε μελέτες ελεγχόμενες με placebo που αφορούσαν όμως διπολικούς καταθλιπτικούς ασθενείς και κυρίως εκείνους με υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας, το κατά πόσο όμως αυτή η θεραπευτική ιδιότητα επεκτείνεται και στη μονοπολική κατάθλιψη δεν είναι βέβαιο προς το παρόν.

- **ΑΤΥΠΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ**

Τα άτυπα αντιψυχωσικά συχνά συνδυάζονται με τα αντικαταθλιπτικά στην θεραπεία των ασθενών με καταθλιπτική ψύχωση, ενώ υπάρχουν επίσης στοιχεία ότι τα άτυπα αντιψυχωσικά, χρησιμοποιούμενα σε σχετικά χαμηλές δόσεις, μπορεί να είναι επωφελή όταν συνδυαστούν με αντικαταθλιπτικά σε μη ψυχωσικά καταθλιπτικούς ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί στη μονοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά. Σε μια μετανάλυση μελετών που αφορούσαν 3.500 ασθενείς αναφέρεται ότι συγκριτικά με το placebo, η προσθήκη φαρμάκων, όπως η αριπιπραζόλη, η κουετιαπίνη και η ρισπεριδόνη σε μια αναποτελεσματική θεραπεία με SSRI ήταν σημαντικά πιθανότερο να οδηγήσει σε κλινική ύφεση (NNT=9). Η προσθήκη ολανζαπίνης ήταν επίσης επωφελής, το αποτέλεσμα όμως ήταν λιγότερο σημαντικό. (NNT=19).

- **ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ECT είναι ταχεία και αποτελεσματική θεραπεία για σοβαρές καταθλιπτικές διαταραχές. Πρόκειται για αναισθησία με εφαρμογή ηλεκτροδίων χωρίς τη δίοδο ρεύματος.

1. Σύγκριση με την προσομοίωση ECT: έξι διπλά τυφλές ελεγχόμενες μελέτες έχουν συγκρίνει την αποτελεσματικότητα της ECT σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη. Πέντε από τις μελέτες αυτές ανέφεραν ότι η ECT είναι περισσότερο αποτελεσματική από την προσομοίωση. Στη μελέτη που δε βρήκε ότι η πλήρης διαδικασία ήταν περισσότερο αποτελεσματική χρησιμοποιήθηκε μονόπλευρη ECT χαμηλής δόσεως, μια διαδικασία που θεωρείται για άλλους λόγους σχετικά αναποτελεσματική. Το συνολικό

ποσοστό της απάντησης ήταν περίπου 70% για την ECT και 40% για τη θεραπεία της προσομοίωσης (NNT=3-4).

2. Σύγκριση με άλλες θεραπείες: αρκετές μελέτες έχουν συγκρίνει καταθλιπτικούς νοσηλεύμενους ασθενείς που λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σε σύνολο εννέα συγκρίσεων με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, η ECT ήταν θεραπευτικά περισσότερο αποτελεσματική σε έξι μελέτες και εξίσου αποτελεσματική στις υπόλοιπες τρεις. Σε πέντε συγκρίσεις με τους ΜΑΟΙs, η ECT βρέθηκε να υπερέχει, ενώ ταυτόχρονα έδωσε αποτελέσματα πιο γρήγορα. Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν ότι στους σοβαρά καταθλιπτικούς νοσηλεύμενους ασθενείς, η ECT είναι πιθανό να υπερέχει συγκριτικά με τη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα.
3. Ενδείξεις για ECT: αποτελεί γενική συμφωνία ότι οι θεραπευτικές επιδράσεις της ECT είναι μεγαλύτερες στις σοβαρές καταθλιπτικές διαταραχές, και κυρίως σε εκείνες όπου παρατηρείται έντονη απώλεια βάρους, πρώιμη αφύπνιση, ψυχοκινητική επιβράδυνση και παραλήρημα. Από τις μελέτες που συγκρίνουν την πλήρη ECT με την προσομοίωση ECT, φαίνεται ότι το παραλήρημα και (σε μικρότερο βαθμό) η επιβράδυνση αποτελούν χαρακτηριστικά που διακρίνουν τους ασθενείς που ανταποκρίνονται στην πλήρη ECT από εκείνους που ανταποκρίνονται στο placebo.

Άλλες μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι οι ασθενείς με καταθλιπτική ψύχωση ανταποκρίνονται καλύτερα στην ECT από ό,τι στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ή στα αντιψυχωσικά ως μονοθεραπεία. Όμως, η συνδυαστική θεραπεία με αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά, μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική με την ECT, αν και δεν έχουν γίνει άμεσες συγκρίσεις. Ένα άλλο σημείο πρακτικής σημασίας είναι ότι η ECT μπορεί συχνά να αποδειχθεί αποτελεσματική σε καταθλιπτικούς ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί σε πλήρη φαρμακευτικά σχήματα, είτε υπάρχουν ψυχωσικά χαρακτηριστικά, είτε όχι. Όμως, στους ασθενείς αυτούς τα ποσοστά υποτροπής είναι υψηλά (Harrison, Coweu, Burns, Fazel).

2.5 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Η κατάθλιψη είναι μια νοσολογική οντότητα που εμφανίζει υψηλή συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Σε επιδημιολογική έρευνα στις Η.Π.Α, αναφέρεται ότι το 30% των ατόμων με διάγνωση κατάθλιψης σε όλη τη ζωή τους, διαγνώστηκαν επίσης με αλκοολισμό, και αντιστρόφως, το 40% με αλκοολισμό διαγνώστηκαν με κατάθλιψη.

Συχνή είναι και συννοσηρότητα της κατάθλιψης με διαταραχές της προσωπικότητας. Σε επιδημιολογική μελέτη, το ποσοστό διαταραχών προσωπικότητας σε ασθενείς με κατάθλιψη ήταν 38%, με πιο συχνές την εξαρτώμενη, αποφευκτική, παρανοειδή, σχιζοειδή και δραματική.

Η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων κλινικών συνδρόμων έχει σημαντικές επιπτώσεις σε πολλά επίπεδα. Το ίδιο ισχύει και στην κατάθλιψη. Η συννοσηρότητα στην κατάθλιψη συνεπάγεται βαρύτερη συμπτωματολογία, χειρότερη πρόγνωση, χρονιότερη πορεία, λιγότερο καλή κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα,

μεγαλύτερο κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας, μεγαλύτερη πιθανότητα για νοσοκομειακή νοσηλεία, παρατεταμένο χρόνο ανάρρωσης. Σημαντικές είναι οι επιπτώσεις και από την ύπαρξη διαταραχών προσωπικότητας σε καταθλιπτικούς ασθενείς.

2.5.1 Σωματικές ασθένειες και κατάθλιψη

Οι χρόνιες παθήσεις μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη, ενώ ταυτόχρονα, η κατάθλιψη επιδεινώνει τα συμπτώματα μιας χρόνιας πάθησης, δημιουργώντας, έτσι, έναν φαύλο κύκλο. Ο χρόνος πόνος είναι μια περίπλοκη εμπειρία, καθώς αποτελεί τόσο μια συναισθηματική κατάσταση, όσο και μια φυσική αίσθηση. Η σχέση πόνου και κατάθλιψης είναι πολύ πιο στενή από ό, τι πιστεύουν οι περισσότεροι άνθρωποι. Τα άτομα με χρόνια πόνο έχουν τριπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως ψυχολογικές μεταπτώσεις ή αγχώδεις διαταραχές, ενώ οι καταθλιπτικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιου πόνου, σύμφωνα με την Ιατρική Σχολή του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ.

Σε κάποιες περιπτώσεις, η κατάθλιψη που σχετίζεται με χρόνια πάθηση, σχετίζεται και με βιολογικές επιδράσεις της νόσου, όπως για παράδειγμα διαταραχές του Κ.Ν.Σ, ως συμβαίνει στην περίπτωση της νόσου του Parkinson ή με ενδοκρινείς διαταραχές. Όπως συμβαίνει στον υποθυρεοειδισμό. Ορισμένες χρόνιες παθήσεις που σχετίζονται με την κατάθλιψη είναι:

- Συγκοπή
- Υπερτασική καρδιοπάθεια
- Ρευματική καρδιοπάθεια
- Καρδιομυοπάθεια
- Καρδιακή αρρυθμία
- Ανεύρυσμα αορτής
- Εκ γενετής καρδιοπάθεια
- Βαλβιδοειδής καρδιοπάθεια.

2.5.2 Αυτοκτονικός ιδεασμός

Τα ποσοστά της αυτοκτονίας στους ασθενείς με κατάθλιψη είναι τουλάχιστον 15 φορές υψηλότερα εκείνων στο γενικό πληθυσμό, και τείνουν να είναι υψηλότερα στη μονοπολική από ό, τι στην διπολική διαταραχή. Η μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών με κατάθλιψη απέδωσε διαφορετικά ποσοστά δια βίου κινδύνου αυτοκτονίας. Σε εκείνους με σοβαρή νόσο που αντιμετωπίστηκαν ως εσωτερικοί ασθενείς ο κίνδυνος μπορεί να είναι μέχρι και 15%. Όμως, σε δείγματα από την κοινότητα ο κίνδυνος ήταν χαμηλότερος. Το ποσοστό των ασθενών με διαταραχές

της διάθεσης που πεθαίνουν λόγω αυτοκτονίας μειώνεται, καθώς αυξάνει η περίοδος παρακολούθησης, πιθανότατα επειδή καταγράφονται περισσότεροι ασθενείς που πεθαίνουν από φυσικά αίτια. Όμως, είναι επίσης πιθανό ο κίνδυνος αυτοκτονίας να είναι υψηλότερος στα πρώτα στάδια της νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Αυτοκτονία αποκαλείται κάθε θάνατος που είναι το άμεσο ή το έμμεσο αποτέλεσμα μιας θετικής ή αρνητικής πράξης που πραγματοποιείται από το ίδιο το θύμα. Η αυτοκτονία σαν πρόθεση ή σαν πράξη είναι μια από τις πιο σοβαρές και

συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις. Πολλές μελέτες έχουν κατά καιρούς ασχοληθεί με το συγκεκριμένο θέμα, τόσο με τα είδη, όσο και με τα αίτια, τα οποία οδηγούν σε τέτοιες πράξεις. Η σύγχρονη ψυχολογία, αλλά και η κοινωνιολογία μελετούν το φαινόμενο αυτό, καθώς επίσης, και τις προεκτάσεις που αυτό έχει στην κοινωνία και στις διάφορες κοινωνικές ομάδες («Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο» Σ. Μπελεγγρίνος-Προϊστάμενος, τομέας Υγειονομικού-Φαρμακευτικού ελέγχου, διεύθυνση γραμματείας σώματος επιθεωρητών υγείας, Θ. Ζάχαρης- Κοινωνικός Λειτουργός, Ψ.Ν.Α Δρομοκατείο, Ε. Φραδέλος-Νοσηλεύτης, 3ο Ψ.Τ.Ε, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί»).

Στην αρχαία Ελλάδα υπήρχαν πολλοί λόγοι για τους οποίους θα μπορούσε η αυτοκτονία να θεωρηθεί θεμιτή λύση. Μερικά από αυτά τα κίνητρα ήταν η αποφυγή της δυσφήμισης και η διατήρηση μιας έντιμης φήμης, η αποφυγή περαιτέρω βασάνων («Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο» Σ. Μπελεγγρίνος-Προϊστάμενος, τομέας Υγειονομικού-Φαρμακευτικού ελέγχου, διεύθυνση γραμματείας σώματος επιθεωρητών υγείας, Θ. Ζάχαρης- Κοινωνικός Λειτουργός, Ψ.Ν.Α Δρομοκατείο, Ε. Φραδέλος-Νοσηλεύτης, 3ο Ψ.Τ.Ε, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί»).

3.1.1 Ορισμός αυτοκτονίας

Η αυτοκτονία είναι η πράξη της εκ προθέσεως πρόκλησης του θανάτου από το ίδιο το θύμα, το οποίο έχει τη συνείδηση του θανατηφόρου αποτελέσματος της πράξης του. Κατά κανόνα είναι μια από τις πιθανές «απαντήσεις» του ατόμου που βιώνει μια κατάσταση απόλυτου αδιεξόδου απέναντι στο οποίο αδυνατεί να βρει κάποια άλλη διαφυγή. (Βικιπαίδεια- Η ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια)

Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι ίσως η πιο παράδοξη ανθρώπινη επιλογή και συμπεριφορά. Πρόκειται για μια πράξη, η οποία θεωρείται προϊόν πολύπλοκων νοητικών και συναισθηματικών διεργασιών και αποτελεί αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημονικών και όχι μόνο πεδίων, όπως η ιατρική, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η νομική, η θεολογία, και η φιλοσοφία. Η αυτοκτονικότητα είναι επίσης ένα φαινόμενο διαχρονικό και παγκόσμιο, αν και επιμέρους στοιχεία μπορεί να διαφοροποιούνται από εποχή σε εποχή και από πολιτισμό σε πολιτισμό.

Καθολικά αποδεκτοί ορισμοί για την αυτοκτονικότητα δεν υπάρχουν, καθώς πρόκειται για ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με ποικίλλες συνιστώσες που επιδέχεται πολλαπλών ερμηνειών.

Ενδεικτικά αναφέρονται οι συνήθως χρησιμοποιούμενοι ορισμοί, οι οποίοι είναι οι εξής:

1. Αυτοκτονία: η εκούσια και με πρόθεση (σαφή και συγκαλυμμένη) αφαίρεση από ένα άτομο της ίδιας του της ζωής.
2. Απόπειρα αυτοκτονίας: η μη μοιραία για τη ζωή του ατόμου αυτοβλαπτική συμπεριφορά με πρόθεση (σαφή και συγκαλυμμένη) να τερματίσει τη ζωή του.

3. Αυτοκτονικός ιδεασμός: σκέψεις του ατόμου για αυτοκτονική συμπεριφορά, η συχνότητα και η σοβαρότητα των οποίων μπορεί να ποικίλλουν.
4. Αυτοκτονική πρόθεση: η υποκείμενη επιθυμία και προσδοκία του ατόμου η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά να οδηγήσει στον θάνατο.

Σημειώνεται ότι αρκετοί ερευνητές θεωρούν ότι οι όροι «αυτοκτονία» και «απόπειρα αυτοκτονίας» είναι πιο σωστό να ορίζονται περιγραφικά και να μην περιλαμβάνουν την έννοια της πρόθεσης, η οποία δεν είναι αυτονόητα ο θάνατος. (Κείμενο του Σταυριανάκου Κυριάκου, Ψυχίατρος- Ψυχοθεραπευτής).

3.1.2 Παράγοντες κινδύνου

Η αυτοκτονία είναι ένα σύνθετο φαινόμενο και δεν είναι εύκολο να αποδοθεί σε μια μόνο αιτία. Συχνά, λέγεται πως κάποιος αυτοκτόνησε επειδή είχε προβλήματα αισθηματικά, οικογενειακά, και διάφορα άλλα. Ωστόσο, αν και οι περισσότεροι άνθρωποι αντιμετωπίζουν στη ζωή τους δυσκολίες και προβλήματα, η πλειοψηφία δεν φτάνει στην αυτοκτονία.

Φαίνεται ότι αυτό που παίζει ρόλο δεν είναι μόνο το ίδιο το πρόβλημα, αλλά και η ικανότητα του κάθε ατόμου να το αντιμετωπίσει. Η ευαλωτότητα του καθενός διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο και διαμορφώνεται από πολλούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με την ψυχική κατάσταση του ατόμου, την προσωπικότητα, τις εμπειρίες, τα προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει, την κοινωνία, αλλά και από βιολογικούς παράγοντες, δηλαδή τον τρόπο που λειτουργεί ο εγκέφαλος. Όταν ένας άνθρωπος επεξεργάζεται την ιδέα της αυτοκτονίας, συνήθως συντρέχουν αρκετοί από αυτούς τους παράγοντες.

- Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες
 1. Φύλο: παγκοσμίως, οι άντρες αυτοκτονούν συχνότερα από τις γυναίκες. Ωστόσο, οι γυναίκες πραγματοποιούν περισσότερες απόπειρες. Υπάρχουν αρκετές πιθανές εξηγήσεις για αυτή την αντίφαση. Μια από αυτές είναι ότι οι άντρες χρησιμοποιούν πιο σύνθετες μεθόδους, όπως ο απαγχονισμός, πυροβόλα όπλα, κλπ. Εν αντιθέσει, οι γυναίκες χρησιμοποιούν μεθόδους με μικρότερη θανατηφόρο δυνατότητα.
 2. Ηλικία: Στους άντρες, ο αριθμός των θανατηφόρων αποπειρών αυξάνει μετά τα 45 έτη και στις γυναίκες μετά τα 55 έτη. Τα ηλικιωμένα άτομα αποπειρώνται πιο σπάνια από τα νεότερα, αλλά οδηγούνται συχνότερα στο θάνατο. Σε γενικές γραμμές, οι άντρες και οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να πραγματοποιήσουν απόπειρες με θανατηφόρα έκβαση. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των αυτοκτονιών στην εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σε πολλές χώρες του κόσμου, η αυτοκτονία είναι η τρίτη αιτία θανάτου στις ηλικίες 15-24

ετών, μετά τα ατυχήματα και τις ανθρωποκτονίες. Στην εφηβεία η αυτοκτονία είναι συχνά μια παρορμητική πράξη. Πολλές φορές οι απόπειρες των εφήβων είναι μια κραυγή για βοήθεια και μια προσπάθεια να προσελκύσουν το ενδιαφέρον του περιβάλλοντός τους. Ωστόσο, αυτό δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να τραυματιστούν σοβαρά ή να πεθάνουν.

3. Οικογενειακή κατάσταση: Ο γάμος και τα παιδιά μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Αντίθετα, η μοναχική διαβίωση και η κοινωνική απομόνωση αυξάνουν τον κίνδυνο.
4. Εργασία: Η εργασία ασκεί προστατευτική επίδραση, ενώ η ανεργία αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Αυτό ενδεχομένως οφείλεται στα συνοδά προβλήματα της ανεργίας (τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τα οικογενειακά προβλήματα, την απελπισία που νιώθει ένας άνθρωπος που δεν μπορεί να βρει δουλειά ή που χάνει τη δουλειά του).

- Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας

Το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας είναι ο σημαντικότερος προβλεπτικός δείκτης μελλοντικής απόπειρας αυτοκτονίας.

Ο κίνδυνος νέας απόπειρας είναι ιδιαίτερα αυξημένος τους πρώτους έξι μήνες μετά την πρώτη απόπειρα και παραμένει υψηλός εφόρου ζωής. Επιπλέον, ο κίνδυνος αυξάνει σε περίπτωση που έχει αυτοκτονήσει ή αποπειραθεί να αυτοκτονήσει κάποιο μέλος της οικογένειας.

- Στρεσογόνα γεγονότα ζωής

Ο άνθρωπος που προσπαθεί ν' αυτοκτονήσει συνήθως έχει ζήσει κάποια τραυματικά γεγονότα το διάστημα πριν την αυτοκτονία. Τέτοια γεγονότα είναι:

1. Προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις. Κακές σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους, τον ερωτικό σύντροφο κλπ.
2. Απομόνωση και έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος
3. Σημαντικές απώλειες, π.χ. πένθος, χωρισμός, απώλεια ρόλου (για παράδειγμα λόγω συνταξιοδότησης)
4. Ανεργία και τα προβλήματα που συνεπάγεται (οικονομικές δυσκολίες, οικογενειακά προβλήματα κλπ)
5. Ντροπή και φόβος ότι θα βρεθεί ένοχος για κάτι
6. Δημόσιος διασυρμός, κα.

Σωματική νόσος: Η σοβαρή σωματική νόσος αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ειδικά στους ηλικιωμένους. Κάποια χαρακτηριστικά της σωματικής νόσου (χρόνια, επώδυνη, με μικρές ή χωρίς πιθανότητες θεραπείας) αυξάνουν τον κίνδυνο. Οι αναπηρίες και τα κινητικά προβλήματα μπορούν επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο.

Σωματικές νόσοι που έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας είναι οι νευρολογικές παθήσεις (π.χ. η σκλήρυνση κατά πλάκας, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, κάποιες παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. η νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζεται αιμοκάθαρση), ο καρκίνος, οι μυοσκελετικές παθήσεις (ειδικά όταν οδηγούν σε αναπηρίες και παραμορφώσεις) κα.

Άλλοι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας είναι:

1. Η εύκολη πρόσβαση στα θανατηφόρα μέσα (π.χ. η κατοχή όπλου)
2. Η κακοποίηση και η παραμέληση κατά τη διάρκεια της ζωής, ειδικά στην παιδική ηλικία
3. Ο κοινωνικός στιγματισμός των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας (που τους αποτρέπει να αναζητήσουν βοήθεια από ψυχολόγο ή ψυχίατρο)
4. Η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη υποστήριξης από το οικογενειακό ή το φιλικό περιβάλλον
5. Το αίσθημα απελπισίας και αβοηθητότητας
6. Κάποια στοιχεία του χαρακτήρα , όπως η παρορμητικότητα και η επιθετικότητα

Καταλήγοντας θα λέγαμε ότι για να προλάβουμε μια αυτοκτονία είναι σημαντικό να κατανοήσουμε την πολυπαραγοντική της αιτιολογία. Για να βοηθηθεί ένας αυτοκαταστροφικός άνθρωπος χρειάζονται συνήθως παρεμβάσεις σε πολλά επίπεδα (ψυχολογικό, οικογενειακό κλπ).

Η υποστήριξη από έναν ειδικό ψυχικής υγείας (ψυχολόγο ή ψυχίατρο) μπορεί να βοηθήσει!

(κείμενο του Φορέα Ανάπτυξης Ανθρώπινου και Κοινωνικού Κεφαλαίου για την Αντιμετώπιση του Κοινωνικού Κεφαλαίου «ΚΛΙΜΑΚΑ»).

3.1.3 Μέθοδοι αυτοκτονίας

Οι βασικές μέθοδοι αυτοκτονίας διαφέρουν ανά χώρα και περιοχή και περιλαμβάνουν τον απαγχονισμό, την δηλητηρίαση με φυτοφάρμακο και το πυροβόλο όπλο. (Ajdacic-Gross Weiss MG Ring M). Αυτές οι διαφοροποιήσεις θεωρούνται ότι διαχωρίζονται λόγω της διαθεσιμότητας των διαφορετικών μεθόδων. (KC; Chen, YY, *Lancet*).

Μία επισκόπηση 56 χωρών αποκάλυψε ότι ο απαγχονισμός αποτελεί συχνή μέθοδο στις περισσότερες χώρες (Ajdacic-Gross, Vladeta) που υπολογίζεται ως το 53% των αυτοκτονιών στους άντρες και το 39% των αυτοκτονιών των γυναικών (O'Connor, Rory C· Platt, Stephen· Gordon, Jacki, JohnWiley and Sons).

Το 30%, ανά τον κόσμο, των αυτοκτονιών οφείλεται στις δηλητηριάσεις από τα φυτοφάρμακα. Όμως, η απόπειρα αυτοκτονίας με τη χρήση του τρόπου αυτού διαφέρει σημαντικά από το 4% στην Ευρώπη σε πάνω από 50% στην περιοχή του Ειρηνικού. (Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR; Konradsen F), πρόκειται, επίσης, για κάτι το συνηθισμένο στη Λατινική Αμερική, λόγω της εύκολης πρόσβασης στους

αγροτικούς πληθυσμούς. (Caine, Yousuf, S; Chang, SS; Wu, KC; Chen). Ακόμα, σε πολλές χώρες οι υπερβολικές δόσεις των ναρκωτικών αντιστοιχούν περίπου στο 60% των αυτοκτονιών στις γυναίκες και στο 30% στους άνδρες. (Geddes, John· Jonathan Price· Rebecca McKnight· Michael Gelder· Richard Mayou). Η πλειονότητα των αυτοκτονιών είναι προγραμματιστές και πραγματοποιούνται και συμβαίνουν κατά τη διάρκεια οξείας περιόδου αμφιθυμίας. Το ποσοστό θνησιμότητας διαφέρει ανάλογα με τη μέθοδο της αυτοκτονίας. Πιο συγκεκριμένα:

- Πυροβόλα όπλα 80-90%
- Πνιγμός 65-80%
- Απαγχονισμός 60-85%
- Καυσαέρια αυτοκινήτου 40-60%
- Πτώση 35-60%
- Καύση άνθρακα 40-50%
- Φυτοφάρμακα 6-75%
- Υπερβολική δόση φαρμάκων 1.5-4%.

(Yip, Caine, Yousuf, Chang, Chen, YY, 2012-06-23).

Οι συνηθέστερες μέθοδοι απόπειρας αυτοκτονίας διαφέρουν από τις πιο συνηθισμένες πετυχημένες μεθόδους μέχρι και 85% των προσπαθειών μέσω υπερβολικής δόσης ναρκωτικών στον αναπτυσσόμενο κόσμο. (Tintinalli, Judith E. 2010).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το 57% των αυτοκτονιών πραγματοποιούνται με τη χρήση πυροβόλων όπλων, με τον τρόπο αυτό να καθίσταται ως ο περισσότερο συνηθισμένος στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες. Η επόμενη συνηθέστερη μέθοδος απόπειρας αυτοκτονίας είναι ο απαγχονισμός στους άνδρες και η δηλητηρίαση στις γυναίκες. (Chang, Gitlin, Patel, R Σεπτέμβριος 2011). Οι δύο αυτές μέθοδοι αυτοκτονίας, δηλ. ο απαγχονισμός και η δηλητηρίαση, αποτελούν περίπου το 40% των αυτοκτονιών στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. (U.S. SuicideStatistics, 2005)

Στην Ελβετία, που σχεδόν όλοι διαθέτουν στην κατοχή τους πυροβόλα όπλα, ο μεγαλύτερος αριθμός των αυτοκτονιών πραγματοποιούνται με απαγχονισμό. (Gurung, Regan A.R, 2009, SussieEshun). Η απόπειρα αυτοκτονίας με πτώση είναι συνηθισμένη τόσο στο Χονγκ Κονγκ, όσο και στην Σιγκαπούρη, σε ποσοστό 50% και 80%, αντίστοιχα (Yip, Caine, Yousuf, Chang, Wu, Chen, *Lancet*) ενώ στην Κίνα η κατανάλωση των φυτοφαρμάκων αποτελεί τον συνηθέστερο τρόπο αυτοκτονίας και στην Ιαπωνία η αυτοεκσπλάχνωση, γνωστή και ως σεπούκου ή και χαρακίρι εξακολουθεί να συμβαίνει (Krug, Etienne (2002), ωστόσο, ο απαγχονισμός αποτελεί τον συνηθέστερο τρόπο απόπειρας αυτοκτονίας (Diego de Leo 2001).

3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η κατάθλιψη και η αυτοκτονικότητα αναδεικνύονται σε μείζονα προβλήματα σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία που παρέθεσε η Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής (Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο - Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής) κα Μαρίνα Οικονόμου με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα για την Αυτοκτονία. (WORLD SUICIDE PREVENTATION DAY - 10^Η ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ). Η αυτοκτονία αποτελεί τη δέκατη αιτία θανάτου παγκοσμίως και την τρίτη κατά σειρά για το ηλικιακό φάσμα 15-44 ετών. Κάθε 18 min χάνεται μια ζωή στον κόσμο από αυτοκτονία και κάθε ένα δευτερόλεπτο γίνεται μία απόπειρα αυτοκτονίας. Οι αυτοκτονίες έχουν αυξηθεί κατά την τελευταία 25ετία σε πολλά μέρη του κόσμου, αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης. Επιπροσθέτως τα στοιχεία δείχνουν ότι η παγκόσμια οικονομική ύφεση των τελευταίων ετών έχει πολλαπλασιάσει τις σχετιζόμενες με την ανεργία αυτοκτονίες. Ενώ, κάθε ποσοστιαία μονάδα αύξησης της ανεργίας αναλογεί σε αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79% στην Ευρώπη και 0,99% στις ΗΠΑ.

Τελευταίες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι τόσο η ανεργία όσο και η οικονομική κρίση έχουν αυξήσει την τάση για αυτοκτονίες ειδικά στον ανδρικό πληθυσμό γιατί νιώθουν ότι χάνουν το ρόλο τους μέσα στην οικογένεια. Η ανεργία φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με το κοινωνικό status στους άνδρες, το ρόλο τους ως προς τις οικογενειακές υποχρεώσεις και, κατ' επέκταση, με την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμησή τους.

Σύμφωνα με τα στοιχεία η επικινδυνότητα μπορεί να είναι μεγαλύτερη για τους μακροχρόνια άνεργους αλλά, και για τους ενήλικες που αντιμετωπίζουν μειωμένες προοπτικές απασχόλησης. Η σχέση μακροχρόνια ανεργίας και αυτοκτονιών βρέθηκε ότι είναι ισχυρότερη στους άνδρες ηλικίας 25-34 ετών και 55-64 ετών.

3.2.1 Στοιχεία από το εξωτερικό

Το ακόλουθο είναι μια αναλυτική λίστα, στην οποία αναφέρονται τα ποσοστά αυτοκτονίας, κατά το έτος 2019, για κάθε 100.000 άτομα. Η λίστα αυτή βασίζεται σε στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Πιο αναλυτικά, η νότιος Αφρική κατέχει την πρώτη θέση με ποσοστό 23.5% και ακολουθεί δεύτερη η Ρωσία με ποσοστό 21.6%. Σειρά έχει η νότιος Κορέα με ποσοστό αυτοκτονιών 21.2% και οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής με ποσοστό 14.5%. Έπειτα, στην 5^η θέση βρίσκεται η Ινδία με ποσοστό αυτοκτονιών 12.9% και, εν συνεχεία, βρίσκεται η Ιαπωνία με ποσοστό 12.2%. Ακόμα, η Γαλλία με ποσοστό 9.7% και η Γερμανία 8.3%. Τέλος, το Ηνωμένο Βασίλειο με ποσοστό αυτοκτονιών 6.9% και η Βραζιλία με ποσοστό 6.4%.

3.2.2 Στοιχεία από την Ελλάδα

Οι αυτοκτονίες είναι ένα θλιβερό φαινόμενο το οποίο παρατηρείται σε πολλές χώρες το κόσμο, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Ο αριθμός αυτοκτονιών στην Ελλάδα είναι αρκετά χαμηλός. Η Ελλάδα ήταν η χώρα με το χαμηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών στην Ευρώπη σύμφωνα με έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2012. Τα ελληνικά ποσοστά αυτοκτονιών είναι επίσης ανάμεσα στα χαμηλότερα στον κόσμο, πράγμα που αποδίδεται σε διάφορους παράγοντες, όπως η νοοτροπία του λαού μας και το κλίμα της χώρας. Υποστηρίζεται ότι ο αριθμός των αυτοκτονιών υποεκτιμάται. Πολλές φορές οι αυτοκτονίες μπορεί να καλύπτονται από

το οικογενειακό περιβάλλον του αυτόχειρα για κοινωνικούς ή θρησκευτικούς λόγους, με βάση την ανακοίνωση της εκκλησίας για την αυτοκτονία στο Σύνταγμα, 2012.

Πιο αναλυτικά τα επιδημιολογικά στοιχεία για τις αυτοκτονίες στην Ελλάδα κατά τα έτη 2008-2012, με βάση δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ:

- 2008: συνολικά 333 αυτοκτονίες (268 άνδρες, 65 γυναίκες)
- 2009: συνολικά 391 αυτοκτονίες (333 άνδρες, 58 γυναίκες)
- 2010: συνολικά 377 αυτοκτονίες (336 άνδρες, 41 γυναίκες)
- 2011: συνολικά 477 αυτοκτονίες (393 άνδρες, 84 γυναίκες)
- 2012: συνολικά 508 αυτοκτονίες (417 άνδρες, 91 γυναίκες)
- 2013: συνολικά 503 αυτοκτονίες (425 άνδρες, 108 γυναίκες)
- 2014: συνολικά 565 αυτοκτονίες (450 άνδρες, 115 γυναίκες)
- 2015: συνολικά 529 αυτοκτονίες (422 άνδρες, 107 γυναίκες).

3.2.3 Η σημασία του φύλου και της ηλικίας

Η αυτοκτονία αποτελεί την 4η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως για τις ηλικίες 15 έως 29 ετών σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2019 έπειτα από τα τροχαία ατυχήματα, τη φυματίωση και την ενδοοικογενειακή βία. Για το ίδιο έτος, η αυτοκτονία ήταν η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου για τις ηλικίες 13 έως 19 στις Η.Π.Α. και η πρώτη για την ηλικία των 13 ετών. Η αυτοκτονία, ειδικά στις ηλικίες κάτω των 20 αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα δημόσιας υγείας το οποίο ακόμη δεν έχει λάβει την απαραίτητη προσοχή στη χώρα μας ιδιαίτερα εάν λάβουμε υπόψη το γεγονός, ότι ο αριθμός των ατόμων αυτών αγγίζει τα 1, 2 εκατομμύρια. Στην Ελλάδα ο δείκτης θνησιμότητας αυτοκτονίας για τις ηλικίες 15 έως 19 είναι 2,2 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους ενώ για τις ηλικίες 10 – 14 η αυτοκτονία ως αιτία θανάτου είναι πιο σπάνια χωρίς αυτό να σημαίνει, ότι δεν καταγράφονται τέτοια περιστατικά στην Ελλάδα. (ΕΛΣΤΑΤ, 2011). Στις ηλικίες αυτές διάφοροι παράγοντες αλληλεπιδρούν συνήθως πριν από τις αυτοκτονικές σκέψεις και πριν αυτές εξελιχθούν σε αυτοκτονική συμπεριφορά. Πολύ συχνά, υπάρχει μια υποκείμενη διαταραχή της ψυχικής υγείας και ένα ψυχοπιεστικό γεγονός που προκαλεί τη συμπεριφορά.

Τα στρεσογόνα γεγονότα περιλαμβάνουν:

- Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου.
- Μια αυτοκτονία στο σχολείο.
- Απώλεια ενός φίλου ή φίλης.
- Μια έντονη παρενόχληση από το γνώριμο περιβάλλον (όπως οικογένεια, σχολείο ή τη γειτονιά) ή φίλους
- Ταπείνωση, υποτίμηση από τα μέλη της οικογένειας ή από φίλους.
- Θύμα εκφοβισμού στο σχολείο

– Η αποτυχία στο σχολείο

– Πρόβλημα με το Νόμο

(κείμενο του Εμμανουήλ Πολυζόπουλου, ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής).

3.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ Ή ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Η πρόβλεψη των αυτοκτονικών σκέψεων είναι αναμφισβήτητα πολύτιμη, αφού δύναται να αποτρέψει ενδεχόμενες απόπειρες αυτοκτονίας και, κατ'έπекταση, τις συνέπειές τους, τόσο για τον αποπειραθέντα (θάνατος ή σοβαρές σωματικές βλάβες), όσο και για το περιβάλλον του (πένθος, ενοχές, στίγμα). Στην πραγματικότητα, ο θάνατος ενός ανθρώπου, ο οποίος είναι πλήρως αποφασισμένος να θέσει τέλος στη ζωή του, είναι σχεδόν αδύνατη η αποτροπή της κατάληξης αυτής. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, τα άτομα που εμφανίζουν αυτοκτονικό ιδεασμό διέπονται από αμφιθυμία σχετικά με την απόπειρα αυτοκτονίας. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηρές αυτοκαταστροφικές σκέψεις συνδυάζονται με υγιείς σκέψεις νοηματοδότησης της ζωής, οι οποίες λειτουργούν αντισταθμιστικά, καθυστερώντας την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή αμβλύνοντας τη σοβαρότητά της.

Το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας θεωρείται ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης επικινδυνότητας για πιθανή αυτοκτονικότητα. Ωστόσο δεν επαρκεί αφού τα 2/3 των πρώτων αποπειρών αυτοκτονίας οδηγούν στο θάνατο. Το ιστορικό ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς επίσης αξιολογείται, καθώς η ετεροκαταστροφικότητα αποτελεί την άλλη όψη του ίδιου νομίσματος. Η επιθετικότητα ενός ατόμου μπορεί άλλοτε να στραφεί εναντίον του περιβάλλοντος και άλλοτε εναντίον του ίδιου του εαυτού.

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι οι εξής:

- Η διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής (ιδίως κατάθλιψης).
 - Κλινικές εκδηλώσεις όπως η αϋπνία, το έντονο άγχος, η ανηδονία και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις προτρεπτικού ή ενοχικού περιεχομένου.
 - Η γνωσιακή ακαμψία (η αδυναμία ανεύρεσης εναλλακτικών επιλογών κατά τη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων με συνέπεια τη δημιουργία αδιεξόδων).
 - Το αίσθημα απελπισίας (συχνά αποτελεί παράγωγο της γνωσιακής ακαμψίας).
 - Η παρορμητικότητα.
 - Η χρήση ουσιών (ιδίως η κατάχρηση αλκοόλ).
 - Η ηλικία (>45 ετών).
-
- Το φύλο (οι άνδρες πραγματοποιούν περισσότερο σοβαρές και θανατηφόρες απόπειρες αυτοκτονίας).
 - Ψυχοπιεστικές καταστάσεις όπως απώλειες, αποτυχίες, απορρίψεις, αλλαγές ή συγκρούσεις (πχ. θάνατος κοντινού προσώπου, χωρισμός, απόλυση, χρέη, ερωτική απογοήτευση, ανεπαρκή προσωπικά επιτεύγματα, μετάβαση από μια κοινωνική θέση σε κάποια άλλη, σοβαρά δυσλειτουργικές διαπροσωπικές σχέσεις κλπ.) που είναι πιθανό να οδηγήσουν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και αισθήματα αναξιοτιμίας, ενοχής ή ντροπής.
 - Σωματική νόσος χρόνια, επώδυνη, ανίατη ή τερματική-αναπηρία.

- Έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος (οι άγαμοι, οι διαζευγμένοι, οι χήροι και οι κοινωνικά απομονωμένοι-αποσυρμένοι αυτοκτονούν συχνότερα).
- Κληρονομικό ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Παρακάτω αναφέρονται ορισμένα προειδοποιητικά σημάδια ενδεχόμενης επερχόμενης απόπειρας αυτοκτονίας:

1. Απειλές για αυτοβλαπτική συμπεριφορά.
2. Συζητήσεις ή γραπτές σημειώσεις περί θανάτου ή αυτοκτονίας.
3. Έκφραση συναισθημάτων απελπισίας, οργής, θυμού ή εκδίκησης.
4. Απερίσκεπτες ή επικίνδυνες συμπεριφορές που δεν συνηθίζονταν από το άτομο.
5. Έκφραση συναισθημάτων παγίδευσης σε αδιέξοδες καταστάσεις.
6. Κατάχρηση αλκοόλ ή χρήση ουσιών, ενώ δεν συνηθιζόταν από το άτομο.
7. Κοινωνική απομόνωση-απόσυρση από οικογένεια και φίλους.
8. Υπερβολικό άγχος ή αντιθέτως ξαφνική αλλαγή της διάθεσης μετά από μια μακρά χρονική περίοδο άγχους ή θλίψης σε αίσθημα ευτυχίας, ανακούφισης ή γαλήνης.
9. Διαταραχές του ύπνου ή της όρεξης.
10. Ξαφνική ενασχόληση με άμεση διευθέτηση και επίλυση νομικών ή προσωπικών ζητημάτων.
11. Παροχή προσωπικών αντικειμένων ή περιουσιακών στοιχείων σε οικεία πρόσωπα.
12. Αδιαφορία για το μέλλον, έλλειψη κινήτρων και στόχων.
13. Συχνά αρνητικά σχόλια για τον εαυτό, έκφραση ενοχικών συναισθημάτων.
14. Αγορά αντικειμένων ή ουσιών που δυνητικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν μέσα απόπειρας αυτοκτονίας.

Ωστόσο, κάποιες από τις προαναφερόμενες συμπεριφορές είναι πιθανό να εμφανιστούν σε καταστάσεις σωματικής ή ψυχολογικής κόπωσης, άγχους ή αναστάτωσης ακόμα και αν δεν υπάρχει συνειδητός αυτοκτονικός ιδεασμός. Η προσπάθεια επικοινωνίας της αυτοκτονικής πρόθεσης δεν είναι σπάνια, συχνά όμως υποαξιολογείται ή διαφεύγει της προσοχής. Υπολογίζεται ότι οι μισοί περίπου ασθενείς που διαπράττουν απόπειρα αυτοκτονίας έχουν αποκαλύψει τις αυτοκαταστροφικές τους σκέψεις σε ιατρό, οικογενειακό, φιλικό ή άλλο οικείο πρόσωπο κατά τον τελευταίο μήνα πριν την επιτέλεση της αυτοκαταστροφικής πράξης (κείμενο του Σταυριανάκου Κυριάκου, ψυχίατρος – ψυχοθεραπευτής).

3.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Με σκοπό την αντιμετώπιση των αυτοκτονικών σκέψεων, πρέπει να θυμηθούν οι άνθρωποι που υποφέρουν από αυτές, πως τα προβλήματα που τους ωθούν να σκέφτονται την αυτοκτονία είναι προσωρινά, εν αντιθέσει με την αυτοκτονία που είναι μόνιμη. Δεν αποτελεί ούτε τη σωστή αλλά ούτε και τη μόνη λύση σε οποιοδήποτε πρόβλημα ή δυσκολία που θα κληθούν να αντιμετωπίσουν στην ζωή τους. Πρέπει να δώσουν χρόνο στον εαυτό τους μέχρις ότου να αλλάξουν οι περιστάσεις και να σκεφτούν με ψυχραιμία και καθαρότερο μυαλό. Μέχρι, όμως, να γίνει αυτό υπάρχουν κάποια βήματα τα οποία θα ήταν καλό να ακολουθήσουν, προκειμένου να ξεφύγουν από τις αυτοκτονικές σκέψεις.

Αρχικά, πρέπει να εξασφαλίσουν ότι δεν θα έχουν πρόσβαση σε θανατηφόρες μεθόδους αυτοκτονίας, δηλαδή πρέπει να απαλλαγούν από οποιαδήποτε όπλα, μαχαίρια ή φάρμακα, αν ανησυχούν για τον τρόπο που θα δράσουν αν έχουν εύκολη πρόσβαση σε αυτά. Πρέπει να λαμβάνουν τη φαρμακευτική τους αγωγή με βάση τις ιατρικές οδηγίες, να μην την διακόπτουν ή να αλλάζουν τη δόση, χωρίς την ιατρική συμβουλή. Είναι πιθανό να εμφανίσουν και σημάδια στέρησης. Καλό είναι να αποφεύγουν τα ναρκωτικά και το αλκοόλ, όσο δελεαστική σκέψη και να είναι να στραφούν σε αυτά ενώ διανύουν δύσκολες περιόδους τη ζωή μας. Ακόμα, πολύ σημαντικό είναι να διατηρήσουν στη ζωή μας την αισιοδοξία, ανεξάρτητα από το πόσο σοβαρή είναι η κατάσταση, καθώς υπάρχουν πολλοί τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων αν τα κοιτάξουν με αισιοδοξία, ηρεμία και ψυχραιμία. Πρέπει να δώσουν χρόνο στον εαυτό τους και να μην αποφασίζουν πάνω στον πανικό τους και με επιπολαιότητα για καταστάσεις των οποίων οι συνέπειες θα είναι αναπόφευκτες και μόνιμες. Ο χρόνος είναι ο καλύτερος γιατρός. Ένα επιπρόσθετο βήμα, το οποίο θα ήταν ευεργετικής σημασίας για την αποφυγή της αυτοκτονικότητας είναι η εξωτερική συστημική των συναισθημάτων των ανθρώπων αυτών. Οι αυτοκτονικές σκέψεις κατά συναισθήματα αυτά δεν είναι εύκολο να τα διαχειριστούν μόνοι τους. Μπορούν να διευκολύνουν την κατάστασή τους μιλώντας στα αγαπημένα τους πρόσωπα ή σε κάποιον επαγγελματία υγείας, όπως για παράδειγμα σε έναν ψυχολόγο. Τέλος, πρέπει να δώσουν σημασία στα προειδοποιητικά σημάδια μιλώντας με τον γιατρό ή τον ψυχολόγο/ψυχαναλυτή τους προκειμένου να αναγνωρίσουν αυτά τα σημάδια νωρίς και να λάβουν τα μέτρα που πρέπει κατά τους, άμεσα. Ωφέλιμη είναι επίσης και η ενημέρωση των μελών της οικογένειάς τους και των φίλων τους, ώστε αν χρειαστούν βοήθεια να μπορέσουν να τους βοηθήσουν.

3.4.1 Γραμμές βοήθειας

Η ΚΛΙΜΑΚΑ είναι ένας κοινωνικός φορέας, μη κερδοσκοπικός – μη κυβερνητικός οργανισμός (ΝΠΙΔ), που ιδρύθηκε το 2000 και δραστηριοποιείται στη λειτουργία Μονάδων και στην υλοποίηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης των αποκλεισμένων ομάδων στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Λειτουργεί από το 2007, τη Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία με το νούμερο 1018. Η Γραμμή λειτουργεί σε εικοσιτετράωρη βάση, 7 ημέρες την εβδομάδα και δέχεται κλήσεις από κινητό ή σταθερό τηλέφωνο, από όλες τις

περιοχές της Ελλάδας, με αστική χρέωση. Οι κλήσεις είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές.

Απευθύνεται σε:

- Ανθρώπους που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν
- Ανθρώπους που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν
- Ανθρώπους με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- Ανθρώπους που βιώνουν την απώλεια, ή ανησυχούν για κάποιο δικό τους άνθρωπο

Η Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία εντάσσεται από τον Απρίλιο του 2012 στο πλαίσιο του Κέντρου Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, το οποίο λειτουργεί από την ΚΛΙΜΑΚΑ, με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας. Στο Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, ειδικά εκπαιδευμένοι, επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναλαμβάνουν την θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων που έχουν εκδηλώσει αυτοκτονική συμπεριφορά.

Ειδικότερα, παρέχονται οι κάτωθι υπηρεσίες:

- Ψυχιατρική και Ψυχοκοινωνική αξιολόγηση
- Διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση ψυχιατρικών διαταραχών
- Ατομικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις
- Ομαδικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις
- Παρέμβαση σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού και διαχείριση κρίσης
- Ψυχολογική Αυτοψία
- Ψυχοεκπαίδευση
- Survivors' groups

Στο πλαίσιο του ανωτέρω έργου η ΚΛΙΜΑΚΑ αναπτύσσει ένα σύνολο δράσεων εκπαίδευσης, ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης καθώς και ερευνητικό έργο, ενώ συμμετέχει, ως οργανωτικό μέλος, και εθνικός αντιπρόσωπος φορέας, στη Διεθνή Ένωση για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας (International Association for SuicidePrevention – IASP), φορέας ο οποίος αποτελεί το ανώτερο όργανο για την κατάρτιση στρατηγικών στον τομέα της πρόληψης αλλά και των ερευνητικών διαδικασιών, σε καθεστώς συνηγορίας με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφτείτε το site: <http://suicide-help.gr/>

Ακόμα, στις γραμμές υποστήριξης κατά του αυτοκτονικού ιδεασμού μπορούμε να προσθέσουμε τον αριθμό 1056 ([Εθνική Γραμμή για τα Παιδιά SOS](#) – Χαμόγελο του Παιδιού – Ελλάδα, ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ).

3.4.2 Αντιμετώπιση κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια κοινή και σοβαρή ιατρική ασθένεια που επηρεάζει αρνητικά τον τρόπο που αισθάνεται κάποιο άτομο, τον τρόπο που σκέφτεται και τον τρόπο που ενεργεί. Η κατάθλιψη προκαλεί συναισθήματα θλίψης, απαξίωσης ή και απώλεια ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητες που παλιότερα χαροποιούσαν το άτομο που την έχει. Μπορεί να οδηγήσει σε μια ποικιλία συναισθηματικών και σωματικών προβλημάτων και μπορεί να μειώσει την ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί αποτελεσματικά τόσο στην εργασία του όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον και στις προσωπικές του σχέσεις. Οι ασθενείς με κατάθλιψη πρέπει οπωσδήποτε να αναζητήσουν τη συνδρομή των ειδικών. Αφού διαγνωστεί η κατάθλιψη, ο θεράπων ιατρός, νευρολόγος ή ψυχίατρος, θα χορηγήσει την κατάλληλη θεραπεία μέσα από μια πλειάδα αντικαταθλιπτικών φαρμάκων συνυπολογίζοντας όλα τα συμπτώματα και τις συνυπάρχουσες ασθένειες.

Είναι δε ζωτικής σημασίας για τους ασθενείς με κατάθλιψη το να ακολουθούν τη θεραπεία κατά γράμμα και να μην την διακόπτουν πρόωμα, καθώς διαφορετικά θα ακολουθήσει υποτροπή των συμπτωμάτων.

Εφόσον η αρχική θεραπεία οδηγήσει σε ύφεση των συμπτωμάτων θα πρέπει να έχει και την κατάλληλη διάρκεια ώστε να εδραιωθεί αυτή η ύφεση, καθώς επίσης και να προληφθεί μια υποτροπή. Επίσης, θα πρέπει να δοθεί προσοχή στην προληπτική θεραπεία συντήρησης ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος επανεμφάνισης της κατάθλιψης. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό εάν η/ο ασθενής είχε δύο ή περισσότερα επεισόδια κατάθλιψης τα τελευταία πέντε χρόνια. Τέλος, η ψυχολογική θεραπεία ή αλλιώς ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της υποτροπής, καθώς επίσης και να χρησιμοποιηθεί συνδυαστικά με τη φαρμακευτική θεραπεία. (ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Ν. ΤΡΙΚΚΑΛΙΝΟΥ, MD, PHDC, Παθολόγος – Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Διαβητολογικού - Καρδιομεταβολικού Κέντρου MetropolitanHospital).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Αν και οι αιτίες της αυτοκτονίας και της κατάθλιψης είναι αναμφίβολα πολύπλοκες, ορισμένοι παράγοντες, όπως βιολογικοί/ατομικοί, ψυχολογικοί/κοινωνικοί, κλινικοί/συμπτωματολογικοί και περιβαλλοντικοί, πιστεύεται ότι αυξάνουν την πιθανότητα αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

4.1 Γενετική ευπάθεια και επιγενετική διαμόρφωση

Σύμφωνα με οικογενειακές μελέτες, οι απόπειρες αυτοκτονίας και η ολοκληρωμένη αυτοκτονία εμφανίζουν οικογενειακή συσσώρευση, με εκτιμήσεις για την κληρονομικότητα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς που κυμαίνεται από 30% έως 55% και αυξημένο κίνδυνο τουλάχιστον διπλάσιο (Stathametal,1998).

Σύμφωνα με δίδυμη έρευνα, οι κληρονομικές γενετικές παραλλαγές παίζουν σημαντικό αντίκτυπο στην αυτοκτονία. Για παράδειγμα, η συμφωνία των μονοζυγωτικών δίδυμων για την αυτοκτονία είναι αισθητά μεγαλύτερη από ότι στα διζυγωτικά δίδυμα ζεύγη, όντας αντίστοιχα 24,1% και 2,8% (Voracek&Loibl,2007).

Οι σκέψεις και η συμπεριφορά αυτοκτονίας στην μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ήταν το αντικείμενο μιας μελέτης συσχέτισης σε όλο το γονιδίωμα (GWAS), η οποία αποκάλυψε μια πολυγενετική αρχιτεκτονική με πολλά γονίδια που εμπλέκονται, αν και με μικρές επιπτώσεις (Schosseretal,2011). Η κληρονομικότητα της αυτοκτονικής τάσης είναι πιθανό να είναι ανεξάρτητη από την υποκείμενη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία που υποστηρίζουν μια ξεχωριστή γενετική συμβολή στην τάση αυτή (Butleretal,2010). Αυτό συμβαίνει παρά το γεγονός ότι αρκετές μελέτες GWAS έχουν διεξαχθεί για την αυτοκτονία εξετάζοντας άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, συγκρίνοντας τις απόπειρες αυτοκτονίας με τις μη απόπειρες και δοκιμές για γενετικές παραλλαγές που μπορεί να συμβάλλουν ανεξάρτητα στην πράξη της αυτοκτονίας (Willouretal,2012).

Έχουν αναφερθεί εκτιμήσεις κληρονομικότητας του πολυμορφισμού ενός νουκλεοτιδίου (SNP) για την πράξη αυτοκτονίας και οι βαθμολογίες πολυγονιδιακού κινδύνου για την αυτοκτονία έχουν δείξει χαμηλή προγνωστική ισχύ σε ανεξάρτητες ομάδες (Erlangsenetal,2020).

Δύο SNPs (rs12415800 και rs4746720 στο 3'UTR) έδειξαν σημαντική συσχέτιση με την απόπειρα αυτοκτονίας μεταξύ γυναικών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ηλικίας άνω των 50 ετών σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες (Hirataetal,2019). Όσον αφορά την αυτοκτονική συμπεριφορά, το γονίδιο FKBP5, το οποίο κωδικοποιεί την πρωτεΐνη δέσμευσης FK506 51 (FKBP51) και λειτουργεί ως ρυθμιστής της δραστηριότητας του υποδοχέα γλυκοκορτικοειδών (GR), έχει επίσης τραβήξει την προσοχή (Friesetal,2017).

Ένας βασικός ρυθμιστής της απόκρισης στο στρες είναι το FKBP51 (Zannasetal,2016). Μια υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ταυτόχρονα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και αυτοκτονικού ιδεασμού έχει συνδεθεί με τα SNPs FKBP5 (Kohrtetal,2015). Πολλές μελέτες γενετικής συσχέτισης έχουν επικεντρωθεί στο γονίδιο SLC6A4 (SoluteCarrierFamily 6, Member 4) στο χρωμόσωμα 17 (17q11.2), το οποίο κωδικοποιεί τον μεταφορέα σεροτονίνης, μια διαμεμβρανικήπροσυναπτική πρωτεΐνη που εμπλέκεται στην επαναπρόσληψη της απελευθερωμένης σεροτονίνης από τη συναπτική σχισμή [46]. Αυτό το γονίδιο είναι ένα από τα υποψήφια γονίδια του συστήματος σεροτονίνης που σχετίζεται με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Επιπλέον, ένας πολυμορφισμός εισαγωγής/διαγραφής 44 ζευγών βάσεων γνωστός ως 5-HTTLPR

(πολυμορφισμός περιοχής συνδεδεμένος με μεταφορέα σεροτονίνης-rs4795541), ο οποίος βρίσκεται ανάντη της θέσης έναρξης της μεταγραφής, επηρεάζει τη μεταγραφική δραστηριότητα του γονιδίου SLC6A4.

Σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μείζων καταθλιπτική διαταραχή που δεν αυτοκτόνησαν, οι γενετικές έρευνες έδειξαν ότι τα θύματα αυτοκτονίας με κατάθλιψη είχαν λιγότερους μεταφορείς σεροτονίνης στον υποθάλαμο και το εγκεφαλικό στέλεχος (Purselle&Nemeroff,2003). Επιπλέον, μεταξύ των ασθενών με συνυπάρχουσες κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό, μια πρόσφατη ανάλυση GWAS βρήκε τα GWS SNPs κοντά σε γονίδια που εμπλέκονται στη ρύθμιση των ρυθμών του κικαδίου ρολογιού (ARNTL2), της αναερόβιας παραγωγής ενέργειας (LDHB) και του καταβολισμού των κατεχολαμινών (FAH). Ως εκ τούτου, απαιτείται πρόσθετη έρευνα για να προσδιοριστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια εάν το γενετικό φορτίο επικρατεί (εάν υπάρχει) σε άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή που διατρέχουν κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας ή ολοκληρωμένα αυτοκτονικά επεισόδια και εάν αυτή η σύνδεση (εάν υπάρχει) είναι εξαρτημένη ή ανεξάρτητη.

Επιπλέον, οι πρώιμες αντιξοότητες, οι σχετικές επιγενετικές αλλοιώσεις και η γενετική προδιάθεση αλληλεπιδρούν με εγγύς (κατακρημνιστικούς) παράγοντες για τον προσδιορισμό της αυτοκτονικής εμφάνισης και συνδυαστικά μπορεί να τροποποιήσουν την αυτοκτονική συμπεριφορά και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συνδέονται με την αυτοκτονία στην μείζων καταθλιπτική διαταραχή (Fanelli&Serretti,2019). Οι αντιξοότητες στα πρώτα χρόνια της ζωής θεωρείται ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία, πράγμα που σημαίνει ότι η έκθεση σε κακοποίηση κατά τη διάρκεια των χρόνων διαμόρφωσης ενός ατόμου αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού κατά τη διάρκεια της ζωής του (Ludwigetal,2017).

Στην πραγματικότητα, αυτά τα περιστατικά μπορεί να ελέγχουν επιγενετικά σημαντικά συναισθηματικά και συμπεριφορικά συστήματα, τα οποία μπορεί με τη σειρά τους να βοηθήσουν στην ανάπτυξη μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, κυρίως προκαλώντας μεθυλίωση του DNA. Σύμφωνα με μια μελέτη, υπάρχει σημαντική αύξηση στη μεθυλίωση των DNA γονιδίων που σχετίζονται με το στρες, όπως τα BDNF, NR3C1, FKBP5 και CRHBP μεταξύ ασθενών με κατάθλιψη σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες, μαζί με ταυτόχρονη μείωση της έκφρασης του BDNF, NR3C1 και παραλλαγή μεταγραφής FKBP5 1, 2 και 3.

4.2 Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων(YYE)

Ο κύριος νευροενδοκρινικός μηχανισμός που ελέγχει τον τρόπο με τον οποίο το σώμα αντιδρά στο στρες είναι ο άξονας YYE.

Σύμφωνα με τη θεωρία για τη μείζων καταθλιπτική διαταραχή που σχετίζεται με το στρες, η μακροχρόνια διέγερση του άξονα YYE από το χρόνιο στρες μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένο όγκο ιππόκαμπου ή μειωμένη λειτουργία του (Dumanetal,1997)

Οι νευροεκκριτικές ορμόνες, η ορμόνη απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRH) και η βαζοπρεσίνη συνεργάζονται για να επάγουν την έκκριση αποθηκευμένης

αδρενοκορτικοτρόπου ορμόνης (ACTH) από τα κύτταρα κορτικοτροπίνης, η οποία με τη σειρά της διεγείρει την παραγωγή κορτικοστεροειδών. Προοπτικές βιολογικές έρευνες υποστηρίζουν ότι η δυσλειτουργία του άξονα ΥΥΕ που σχετίζεται με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να είναι εν μέρει προγνωστική για την αυτοκτονία (Pompilietal,2010).

Σε σύγκριση με ασθενείς με κατάθλιψη που δεν εμπλέκονται σε αυτοκτονική συμπεριφορά, τα άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή που εκδηλώνουν αυτοκτονική συμπεριφορά εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα CRH στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (Arató etal,1989). Επίσης, σύμφωνα με μια σειρά ερευνών, η μη καταστολή της κορτιζόλης κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας πρόκλησης με δεξαμεθαζόνη είναι ένας αξιόπιστος δείκτης αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε άτομα με κατάθλιψη (Pompilietal,2010).

4.3 Σεροτονινεργικό σύστημα

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για το σύστημα σεροτονίνης σε μελέτες ασθενών με μείζον καταθλιπτική διαταραχή καθώς και με αυτοκτονική συμπεριφορά.

Έτσι, ανεπάρκεια σεροτονίνης μεταξύ ασθενών με κατάθλιψη έχει παρατηρηθεί σε μεταθανάτιες μελέτες εγκεφάλων οργανισμών που αυτοκτόνησαν Underwoodetal,1999). Επίσης, σε άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή που έχουν αυτοκτονήσει, οι μεταφορείς σεροτονίνης έχει βρεθεί ότι ρυθμίζονται προς τα κάτω στις περιοχές του προμετωπιαίου φλοιού, του υποθαλάμου, του ινιακού φλοιού και του εγκεφαλικού στελέχους (Antypraetal,2013).

Εκτός αυτών, μελέτες έχουν δείξει ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς που έχουν περισσότερες πιθανότητες να υιοθετήσουν αυτοκτονική συμπεριφορά έχουν χαμηλότερα επίπεδα του μεταβολίτησεροτονίνης 5-υδρυνδοοξικό οξύ (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό τους καθώς και χαμηλότερα επίπεδα σεροτονίνης (5-HT) (Åsbergetal,1976). και 5-HIAA στο εγκεφαλικό τους στέλεχος σε σύγκριση με άτομα με κατάθλιψη που δεν αυτοκτόνησαν (Mannetal,2000). Ο μεταφορέας σεροτονίνης (5-HTT) είναι ένας βασικός παράγοντας στην αδρανοποίηση του 5-HT μετά την απελευθέρωση του 5-HT στις συνάψεις. Τα θύματα αυτοκτονίας με κατάθλιψη έχουν βρεθεί ότι έχουν χαμηλότερα επίπεδα 5-HTT (Leakeetal,1991). Επιπλέον, τα αυτοκτονικά άτομα με κατάθλιψη είχαν υψηλότερα επίπεδα δέσμησης υποδοχέα 5-HT2A στον προμετωπιαίο φλοιό, σύμφωνα με αρκετές μεταθανάτιες έρευνες (Pandeyetal,2002).

Σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση προοπτικών βιολογικών ερευνών, τα άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και χαμηλά επίπεδα 5-HIAA στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό είχαν 4,5 φορές υψηλότερη αναλογία πιθανοτήτων για την πρόβλεψη της ολοκλήρωσης της αυτοκτονίας από εκείνα με υψηλά επίπεδα 5-HIAA (Mannetal,2006).

4.4 Νευροπλαστικότητα, νευροτροφικός παράγοντας που προέρχεται από τον εγκέφαλο και αυξητικός παράγοντας νεύρων

Η σημασία συγκεκριμένων νευροτροφικών, συμπεριλαμβανομένου του νευροτροφικού παράγοντα που προέρχεται από τον εγκέφαλο (BDNF) και του

αυξητικού παράγοντα νεύρων (NGF), έχει αναφερθεί σε μια σειρά από ιδέες που προσπαθούν να εξηγήσουν τα μοριακά θεμέλια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Chenet al,2001).

Σύμφωνα με τη «νευροτροφική θεωρία» της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, οι ρυθμιστικές πρωτεΐνες που υποστηρίζουν τη νευρογένεση, τη νευροδιαβίβαση και τη νευροπλαστικότητα των ενηλίκων (όπως το BDNF) μπορούν να εξηγήσουν την κατάθλιψη (Duman&Monteggia,2006). Η κατάθλιψη, το άγχος και η αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να σχετίζονται με αλλαγές στις δομές και τη λειτουργία του εγκεφάλου, όπως ο μειωμένος αριθμός νευρωνικών κυττάρων, των πυκνοτήτων και των μεγεθών τους, καθώς και μειωμένο πάχος του φλοιού και αλλαγές στα συναπτικά κυκλώματα (Wagneretal,2012).

Στην πραγματικότητα, η ανώμαλη νευρωνική πλαστικότητα έχει ως αποτέλεσμα μια ακατάλληλη απόκριση του κεντρικού νευρικού συστήματος σε στρεσογόνους παράγοντες και περιβαλλοντικές συνέπειες τόσο στην κατάθλιψη όσο και στην αυτοκτονική συμπεριφορά (Eisenetal,2016). Ελέγχοντας την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό των νευρογλοιακών κυττάρων, τροποποιώντας τη δραστηριότητα των ενδογενών οπιοειδών πεπτιδίων, ενεργοποιώντας τον άξονα ΥΥΕ, δρώντας σε νευρώνες που παράγουν ορμόνες απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης, ενεργώντας στα ενδοθηλιακά κύτταρα του εγκεφαλικού αγγείου ή δρώντας σε γλοιακά κύτταρα στα περιφερικά όργανα, νευροτροφικοί παράγοντες ενεργοποιούν τα νευροενδοκρινικά κύτταρα και τις νευρωνικές αποκρίσεις.

Ο μεταβολισμός των νοραδρενεργικών, σεροτονινεργικών και ντοπαμινεργικών συστημάτων μπορεί επίσης να επηρεαστεί από νευροτροφικές ουσίες (Videtič Paskaetal,2013)

Αν και χαμηλά επίπεδα BDNF έχουν τεκμηριωθεί σε άτομα μείζων καταθλιπτική διαταραχή που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν σε σύγκριση με μη αυτοκτονικά άτομα της ίδιας παθολογίας και υγιείς μάρτυρες, έχει επίσης υποτεθεί ότι τα χαμηλά επίπεδα BDNF σχετίζονται στενότερα με την αυτοκτονικότητα παρά με την κατάθλιψη συγκεκριμένα.

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη, τα επίπεδα του BDNF στο αίμα δεν συνδέονταν ουσιαστικά με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης, αλλά ήταν σημαντικά χαμηλότερα στην κατάθλιψη με αυτοκτονικές τάσεις από ότι στη κατάθλιψη χωρίς την ύπαρξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Khanetal,2019).

Ένας μεταγραφικός παράγοντας που ονομάζεται CREB1 (πρωτεΐνη σύνδεσης στοιχείου απόκρισης κυκλικής μονοφωσφορικήςαδενοσίνης) ρυθμίζει τη μεταγραφή πολλών γονιδίων που παράγονται σε νευρώνες, συμπεριλαμβανομένου του BDNF (Eganetal,2003). Υπάρχει απόδειξη ότι το CREB1 είναι ζωτικής σημασίας για τη νευροβιολογία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Dowlatshahietal,1999).

Ο εγκέφαλος, ο ιππόκαμπος και ο υποθάλαμος, καθώς και το περιφερικό νευρικό σύστημα και το ανοσοποιητικό σύστημα, παράγουν όλα τον αυξητικό παράγοντα νεύρων (NGF), μια νευροτροφίνη (Martinoetal,2013). Η επιβίωση, η διαφοροποίηση, η σύνδεση και η ευελιξία των νευρώνων κατά την ανάπτυξη και την ενηλικίωση αποδίδονται ευρέως στις νευροτροφίνες (Banerjeeetal,2013). Μειωμένα επίπεδα NGF έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς με μείζων καταθλιπτική διαταραχή και θύματα αυτοκτονίας σε κλινικές δοκιμές (Banerjeeetal,2013), ιδιαίτερα στον προμετωπιαίο φλοιό και τον ιππόκαμπο, περιοχές που εμπλέκονται στη ρύθμιση της γνώσης και της διάθεσης καθώς και στην παθοφυσιολογία των συναισθηματικών διαταραχών και της αυτοκτονίας. Επιπλέον, το πρώιμο στρες επηρεάζει τον ιππόκαμπο, ο οποίος με τη σειρά του έχει συνδεθεί με τη συμπεριφορά αυτοκτονίας (Banerjeeetal,2013). Ωστόσο, οι μελέτες που εξετάζουν ρητά το NGF, τη κατάθλιψη και τον κίνδυνο αυτοκτονίας είναι λίγες και εξαιρετικά μεθοδολογικά ποικίλες. Ως αποτέλεσμα, θα πρέπει να γίνει περισσότερη έρευνα για την καλύτερη κατανόηση της πιθανής εμπλοκής του NGF στην αύξηση του κινδύνου αυτοκτονίας μεταξύ των συμμετεχόντων στο κατάθλιψη.

4.5 Νευροανοσολογικοί δείκτες

Ανισορροπία μεταξύ προφλεγμονωδώνκυτοκινών (όπως η ιντερλευκίνη IL-1b, IL-2, IL-6, ιντερφερόνη-γάμμα INF-), ο παράγοντας νέκρωσης όγκου-άλφα (TNF-) και οι αντιφλεγμονώδεις κυτοκίνες (όπως η IL-4 και Η IL-10), καθώς και τα υψηλότερα επίπεδα προφλεγμονωδώνκυτοκινών, μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας (Serafinietal,2013).

Υπό το πρίσμα αυτού, η ανοσολογική απορρύθμιση, ιδιαίτερα τα επίπεδα της κυνουρενίνης και του αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα (VEGF), μπορεί να διαδραματίσουν ρόλο στην πιθανότητα αυτοκτονίας σε άτομα με κατάθλιψη (Serafinietal,2013).

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι οι αυτοκτονικοί ασθενείς με κατάθλιψη έχουν διαφορετικό προφίλ κυτοκίνης στο περιφερικό αίμα από τους μη αυτοκτονικούς ομολόγους τους, με τις πιο κοινές παραλλαγές στα επίπεδα φλεγμονώδους κυτοκίνης να συνδέονται τόσο με την κατάθλιψη όσο και με την αυτοκτονικότητα (Serafinietal,2013).

Ενώ τα αυξημένα επίπεδα ιντερφερόνης-γ (INF-) και IL-6 φάνηκαν να σχετίζονται πιο ισχυρά με τις δύο συννοσηρότητες, προηγούμενες μελέτες που αξιολόγησαν αυτοκτονικούς ασθενείς με κατάθλιψη ανέφεραν μειωμένα επίπεδα INF- και IL-6, σε σύγκριση με μη αυτοκτονικούς ασθενείς με κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, χαμηλότερα επίπεδα IL-8 που συνδέονται με μειωμένη νευροπροστασία και υψηλότερα επίπεδα IL-13 έχουν βρεθεί σε ασθενείς με κατάθλιψη και αυτοκτονική συμπεριφορά σε σύγκριση με αυτούς τους χωρίς αυτοκτονική συμπεριφορά.

Τα επίπεδα της IL-4 έχουν παρατηρηθεί να είναι υψηλά σε γυναίκες με κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό και σε συμμετέχουσες σε αυτοκτονικές και μη αυτοκτονικές τάσεις με συνυπάρχουσα κατάθλιψη (Serafinietal,2013). Στην πραγματικότητα, τα αποτελέσματα άλλων ερευνών είναι άκρως αντιφατικά. Σε

σύγκριση με τους μη αυτοκτονικούς συμμετέχοντες με κατάθλιψη και τους υγιείς μάρτυρες, τα άτομα με αυτοκτονική κατάθλιψη ήταν πιο πιθανό να έχουν υψηλότερα επίπεδα IL-6 και χαμηλότερα επίπεδα IL-2 (Serafinietal,2013).

Παρόλο που ορισμένα στοιχεία φαίνονται να είναι αντιφατικά, μεγαλύτερα επίπεδα TNF- έχουν επίσης παρατηρηθεί σε αυτοκτονικούς συμμετέχοντες με κατάθλιψη σε σύγκριση με μη αυτοκτονικά άτομα με κατάθλιψη και υγιείς μάρτυρες (Serafinietal,2013).

Η ενεργοποίηση του άξονα ΥΥΕ από τις κυτοκίνες, που προκαλείται κυρίως από ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες, έχει ως αποτέλεσμα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης και απελευθέρωση μονοαμινών, οι οποίες μπορεί αρχικά να ενισχύσουν τις φλεγμονώδεις οδούς σηματοδότησης και το ανοσοποιητικό σύστημα. Αυτό είναι ένα βασικό βιολογικό μονοπάτι που μπορεί να συνδέσει τη φλεγμονή και την κατάθλιψη. Ωστόσο, δεν έδειξαν όλες οι μελέτες συσχέτιση μεταξύ των φλεγμονωδών κυτοκινών και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με την πάθηση. Ως εκ τούτου, απαιτείται περισσότερη έρευνα για την πλήρη κατανόηση αυτής της συσχέτισης (εάν υπάρχει).

4.6 Μεταβολικό μοτίβο

Υπήρξε αύξηση στους θανάτους που σχετίζονται με τη βία, συμπεριλαμβανομένης της αυτοκτονίας, μεταξύ εκείνων που λαμβάνουν φαρμακευτικά προϊόντα που μειώνουν τη χοληστερόλη ορού, σύμφωνα με μεγάλες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές και μετα-αναλύσεις (Fricketal,1987). Σε σύγκριση με ασθενείς που δεν είναι αυτοκτονικοί, οι ασθενείς με κατάθλιψη που είναι αυτοκτονικοί έχουν συχνά δυσρυθμισμένα επίπεδα λιπιδίων (DeBerardisetal,2009).

Τα χαμηλότερα επίπεδα ολικής χοληστερόλης συνδέθηκαν επίσης με αυτοκτονική συμπεριφορά σε κλινική έρευνα που έγινε σε ψυχικούς ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με κατάθλιψη (Papassotiropoulosetal,1999). Ακόμη, μια πρόσφατη μετα-ανάλυση βρήκε χαμηλότερα συνολικά επίπεδα χοληστερόλης σε ασθενείς και με τις δύο παθολογίες σε σύγκριση με συμμετέχοντες με κατάθλιψη χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό (Misiaket al,2017).

Η αυτοκτονικότητα συσχετίζεται ουσιαστικά με χαμηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων, χαμηλά επίπεδα LDL και HDL και χαμηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων σε ασθενείς με κατάθλιψη (daGraçaCantarelliet al,2015). Τα μειωμένα επίπεδα χοληστερόλης έχουν θεωρηθεί ότι αυξάνουν την τάση για παρορμητική, βίαιη και αυτοκτονική συμπεριφορά μέσω της μείωσης των πρόδρομων ουσιών της σεροτονίνης και της αλλαγής των δραστηριοτήτων και του ιξώδους των υποδοχέων και των μεταφορέων σεροτονίνης.

Τα χαμηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων στο αίμα μπορούν επίσης να επηρεάσουν τον τρόπο μεταβολισμού της σεροτονίνης, γεγονός που μπορεί να δυσκολέψει τους ασθενείς με κατάθλιψη να διαχειριστούν τις επιθετικές τους παρορμήσεις και να αυξήσουν την πιθανότητα αυτοκτονίας. Σύμφωνα με μια άλλη θεωρία, η χαμηλή κεντρική και περιφερική χοληστερόλη μπορεί να μειώσει το ιξώδες των λιπιδίων

των νευρωνικών κυτταρικών μεμβρανών, γεγονός που μπορεί να μειώσει την έκθεση των προ- ή μετασυναπτικών μεταφορέων ή υποδοχέων σεροτονίνης.

Η συνάφεια του μεταβολικού προφίλ (ειδικά των λιπιδίων) στην πρόβλεψη αυξημένου κινδύνου αυτοκτονίας μεταξύ ασθενών με κατάθλιψη θα πρέπει επίσης να διερευνηθεί καλύτερα σε μελλοντική έρευνα, όπως και η πιθανή αποτελεσματικότητα των φαρμάκων κατά της χοληστερόλης και της δυσλιπιδαιμίας στη μείωση της αυτοκτονίας σε ασθενείς με κατάθλιψη.

4.7 Νευροψυχολογικοί και νευρογνωστικοί παράγοντες

Οι νευροψυχολογικοί τομείς όπως η οπτική και λεκτική μνήμη, η μνήμη εργασίας, η προσοχή, η εκτελεστική λειτουργία και η ταχύτητα επεξεργασίας εμφανίζουν γνωστικές ανωμαλίες σε ασθενείς με κατάθλιψη, με την εξασθένηση της εκτελεστικής λειτουργίας να είναι η πιο αξιοσημείωτη. Πιο συγκεκριμένα, τα ελλείμματα γνωστικού ελέγχου έχουν ουσιαστικά συνδεθεί με παθολογία που σχετίζεται με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Ο γνωστικός έλεγχος είναι η ικανότητα διαχείρισης των σκέψεων και των συμπεριφορών του ατόμου για την επίτευξη εσωτερικών στόχων και επιτρέπει την ευέλικτη προσαρμογή της συμπεριφοράς στις μεταβαλλόμενες καταστάσεις.

Ο αυξημένος επιπολασμός της αυτοκτονίας μεταξύ των ασθενών με κατάθλιψη έχει επίσης συνδεθεί με εξασθενημένο γνωστικό έλεγχο (McGirretal,2012). Στην πραγματικότητα, οι νευρογνωστικές ελλείψεις πιστεύεται ότι ενισχύουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας επειδή μπορεί να οδηγήσουν σε ανακριβείς εκτιμήσεις της κατάστασης κάποιου στη ζωή και σε κακή λήψη αποφάσεων (McGirretal,2012).

Η εκτελεστική λειτουργία, μια συλλογή αυτορυθμιζόμενων γνωστικών διεργασιών απαραίτητων για την προσαρμοστική συμπεριφορά, είναι ένας από τους νευροψυχολογικούς τομείς που διαταράσσεται σοβαρά στην κατάθλιψη (Richard-Devantoyetal,2014).

4.8 Ιδιοσυγκρασία, χαρακτήρας και χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Οι παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία που σχετίζονται με άτομα με κατάθλιψη περιλαμβάνουν τόσο εγγύς (που σχετίζονται με το τρέχον ή προηγούμενο επεισόδιο διάθεσης) όσο και απομακρυσμένους (που δεν σχετίζονται άμεσα με το τρέχον επεισόδιο). Οι εγγύς παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν επίπεδα απελπισίας, παρορμητικότητα, αυτοκτονικό επεισόδιο, σοβαρότητα του τρέχοντος επεισοδίου εντός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και πρόσφατα συμβάντα.

Γενικά, η προσωπικότητα αναφέρεται σε μοναδικά χαρακτηριστικά σε τυπικά πρότυπα σκέψης, συναισθημάτων και κατά συνέπεια συμπεριφορών. Αποτελεί συστατικό του μοντέλου άγχους-διάθεσης για αυτοκτονική συμπεριφορά και είναι

έναν από τους βασικούς καθοριστικούς παράγοντες που μπορούν να διακρίνουν εάν μια αυτοκτονική συμπεριφορά προκύπτει ως μια διαδικασία προανατολισμένη στην κατάσταση ή ως υποτροπή μιας ψυχιατρικής πάθησης (PetekErić et al,2017). Στην πραγματικότητα, ένα άτομο με μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να είναι πιο πιθανό να αυτοκτονήσει ή έστω να κάνει απόπειρα αυτοκτονίας εάν έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ή ιδιοσυγκρασία.

Σε σύγκριση με την μη αυτοκτονική ομάδα ελέγχου, οι συμμετέχοντες με κατάθλιψη που είχαν πρόσφατα αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου έδειξαν ένα ξεχωριστό προφίλ προσωπικότητας, σύμφωνα με το ψυχοβιολογικό μοντέλο ιδιοσυγκρασίας και χαρακτήρα του Cloninger (Cloninger et al,1993).

Σε σύγκριση με τη μη αυτοκτονική ομάδα, τα άτομα με μείζων καταθλιπτική διαταραχή που είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στην αυτοκατεύθυνση, τη συνεργατικότητα και την επιμονή και σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στην αποφυγή βλάβης, που είναι την τάση να ανταποκρίνεται έντονα σε σήματα ή αποτρεπτικά ερεθίσματα (PetekErić et al,2017)

Η αποφυγή τραυματισμού (Harm Avoidance-HA) είναι ένα ιδιαίτερα κληρονομικό χαρακτηριστικό που σχετίζεται με το σεροτονινεργικό σύστημα, το οποίο, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, επηρεάζεται στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Μια παρόμοια συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών της αλεξιθυμίας, της σοβαρότητας της κατάθλιψης και ενός υψηλότερου κινδύνου αυτοκτονικής συμπεριφοράς φάνηκε να φαίνεται όταν η δομή της αλεξιθυμίας εφαρμόστηκε σε άτομα με κατάθλιψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Δεν υπάρχουν καθιερωμένα πρότυπα για τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές, παρά το γεγονός ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν αναπτύξει ικανότητες στον εντοπισμό και τη διαχείριση του κινδύνου αυτοκτονίας. Οι ευρέως χρησιμοποιούμενες τεχνικές νοσηλευτικής δεν συμμορφώνονται με τα πρότυπα περίθαλψης ή τις τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές για την αυτοκτονία. Προκειμένου να παραχθεί ένα πλαίσιο πρακτικής, προτείνεται να ακολουθούνται συγκεκριμένα πρότυπα για ψυχιατρικούς νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Η αξιολόγηση και η περίθαλψη των νοσηλευόμενων ασθενών που εισάγονται σε ψυχιατρικό περιβάλλον βασίζεται σε μια ενδελεχή ανασκόπηση της διαθέσιμης ερευνητικής βιβλιογραφίας (τόσο ποιοτική όσο και ποσοτική).

Οι συστημικές παρεμβάσεις και οι παρεμβάσεις σε επίπεδο ασθενών αποτελούν μέρος της συμμετοχής του νοσηλευτή στην πρόληψη της αυτοκτονίας. Ο νοσηλευτής συμμετέχει στην εκπαίδευση για όλο το προσωπικό του περιβάλλοντος σε επίπεδο συστημάτων, αξιολογεί και διατηρεί την περιβαλλοντική ασφάλεια και καθιερώνει πρωτόκολλα, πολιτικές και πρακτικές που συνάδουν με τη μηδενική αυτοκτονία. Η νοσοκόμα παρακολουθεί και επιβλέπει ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο αυτοκτονίας, παρέχει ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν ειδικά κατά της αυτοκτονίας και αξιολογεί την αποτελεσματικότητα όλων των παρεμβάσεων σε επίπεδο ασθενών. Αναμένεται ότι αυτές οι θεμελιώδεις ικανότητες θα λειτουργήσουν ως ο ακρογωνιαίος λίθος των μαθημάτων κατάρτισης και ως μέσο αξιολόγησης των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των στάσεων που απαιτούνται για τη φροντίδα των ειδικών.

Παρακάτω θα αναλυθούν οι βασικές ικανότητες που πρέπει να έχει ένας νοσηλευτής, οι οποίες στο σύνολό τους αντιπροσωπεύουν και τον ρόλο του στην πρόληψη της αυτοκτονίας στους ψυχιατρικούς ασθενείς, και ειδικά αυτών με κατάθλιψη.

Πρώτο και βασικότερο είναι ο νοσηλευτής να είναι ενημερωμένος και να ασχολείται με τα θέματα περί αυτοκτονίας, τα οποία αφορούν τα εξής:

- Ορισμός και θεμελιώδης ορολογίας που σχετίζεται με την αυτοκτονία.
- Εξέταση της επιδημιολογίας και των στατιστικών γύρω από την αυτοκτονία.

Σημαντικό είναι να συζητά για το πώς παρεμβαίνει η νοσηλευτική σε αυτά τα ποσοστά, το ποιες είναι οι βέλτιστες πρακτικές και η βιβλιογραφία που βασίζεται σε τεκμήρια σχετικά με την πρόληψη της αυτοκτονίας σε εσωτερικούς ασθενείς. Επίσης, εξίσου σημαντικό είναι να μπορεί να περιγράφει τον κίνδυνο και τις προστατευτικές μεταβλητές που σχετίζονται με την αυτοκτονία.

Επίσης, οι προσωπικές απαντήσεις, οι στάσεις και πεποιθήσεις των ασθενών πρέπει πάντα να ελέγχονται από τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας.

Πιο αναλυτικά, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής οφείλει να τηρεί τα εξής:

- Επιδεικνύει γνώση των δικών του συναισθηματικών αντιδράσεων, στάσεων και πεποιθήσεων σε σχέση με προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας.
- Εξετάζει πώς τα συναισθήματα, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις του νοσηλευτή επηρεάζουν τον ασθενή.
- Αποδέχεται και ελέγχει τα συναισθήματά του στον απόηχο της αυτοκτονίας.
- Μιλάει για τις απαντήσεις των νοσηλευτών σε ασθενείς που υποδεικνύουν σκέψεις αυτοκτονίας, κάνουν απόπειρα ή αυτοκτονούν.
- Συμμετέχει σε ανάλυση αποτυχίας και αποτελεσμάτων (FMEA) ή ανάλυση βασικής αιτίας (RCA) μετά από απόπειρα αυτοκτονίας ή θάνατο αυτοκτονίας στην εσωτερική μονάδα.

- Συμμετέχει στον απολογισμό των εργαζομένων μετά από απόπειρα αυτοκτονίας ή θάνατο αυτοκτονίας.
- Αποκτά και διατηρεί την επίβλεψη ή τη βοήθεια ειδικού για συνεχή υποστήριξη.
- Φροντίζει για τη συναισθηματική του ασφάλεια και ευημερία Suicide (Prevention Resource Center (SPRC) & American Association of Suicidality, 2008).

Ακόμη, σημαντικό είναι να δημιουργείται και να διατηρείται μια συνεργατική, θεραπευτική σύνδεση μεταξύ του ασθενούς και του ψυχιατρικού νοσηλευτή. Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να προσκολλάται στα παρακάτω:

- Παραμένει υποστηρικτικός και μη επικριτικός στις αλληλεπιδράσεις με την οικογένεια του ασθενούς.
- Προσφέρει ένα θεραπευτικό περιβάλλον όπου ο ασθενής αισθάνεται συναισθηματική υποστήριξη και ασφάλεια.
- Εκφράζει γνήσια επιθυμία να βοηθήσει.
- Καθοδηγεί τον ασθενή χρησιμοποιώντας στοιχεία σχετικά με την αυτοκτονική νοοτροπία, τα σημάδια της νόσου και την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.
- Επικοινωνεί την ελπίδα και τη σύνδεση ενώ αναγνωρίζει την ψυχική κατάσταση του ασθενούς και την ανάγκη για αισιοδοξία.
- Αντιμετωπίζει τη διαφορά και την πιθανή αντίφαση μεταξύ της επιθυμίας του ασθενούς να τερματίσει την ψυχολογική ταλαιπωρία μέσω της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και του σκοπού της νοσοκόμας να αποτρέψει την αυτοκτονία.
- Περιγράφει τις αιτίες και τα κίνητρα πίσω από ιδέες και πράξεις αυτοκτονίας.
- Αναγνωρίζει το άτομο που έχει σκέψεις και συναισθήματα αυτοκτονίας και τα κίνητρα, τους συλλογισμούς και τις πεποιθήσεις του.
- Αντιλαμβάνεται την αξία της επικύρωσης του ψυχολογικού πόνου.
- Επιδεικνύει διαπροσωπική ικανότητα επικυρώνοντας την ταλαιπωρία και τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών.
- Αναγνωρίζει ότι ένας ασθενής μπορεί να είναι αυτοκτονικός και σέβεται τα έντονα συναισθήματα και την επιθυμία του ασθενούς για ανακούφιση από τον πόνο.
- Αναγνωρίζει ότι η πλειονότητα των ανθρώπων που αυτοκτονούν υποφέρουν ψυχολογικά δεινά, πιθανώς μαζί με απώλεια αυτοσεβασμού ή ντροπής.
- Δεν βλέπει κανέναν ασθενή ως στερεοτυπικό «αυτοκτονικό ασθενή», αλλά μάλλον ως άτομο με τις δικές του ιδιαίτερες ανησυχίες, περιστάσεις και μικροκουλτούρα του/της.
- Εντός των περιορισμών του πλαισίου της υπηρεσίας, πραγματοποιεί ρεαλιστικές αξιολογήσεις για την αξιολόγηση και τη θεραπεία του αυτοκτονικού ασθενούς. Χρησιμοποιεί δεδομένα αξιολόγησης για την

ενημέρωση στρατηγικών, αποφάσεων και παρεμβάσεων. Επίσης, διαφυλάσσει την ασφάλεια του ασθενούς, και προσφέρει μια λεπτομερή και συνοπτική παράδοση σε άλλους κλινικούς γιατρούς, όπως (SBARR):

Κατάσταση: Τα άμεσα σχετικά περιστατικά που αφορούν τον ασθενή, συμπεριλαμβανομένης της επικοινωνίας με ποιον και σε ποιον έγινε, καθώς και υποκειμενικές και αντικειμενικές παρατηρήσεις.

- I. Ιστορικό: Σχετικές πληροφορίες σχετικά με το παρελθόν του ασθενούς.
- II. Αξιολόγηση: Η παρούσα αξιολόγηση του νοσηλευτή, η οποία λαμβάνει υπόψη τα τρέχοντα αποτελέσματα των δοκιμών και την εκτίμηση κινδύνου.
- III. Συστάσεις: Οι απόψεις του αναφέροντος σχετικά με το τι πρέπει να γίνει αυτή τη στιγμή.
 - Τηρεί τα πρότυπα περίθαλψης που είναι απαραίτητα για την παροχή ασφαλούς φροντίδας που βασίζεται στην έρευνα. Χρησιμοποιεί ακριβείς ορισμούς και κοινή γλώσσα για τα επίπεδα παρατήρησης.
 - Καθορίζει την προτεραιότητα της περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της αναφοράς και της τεκμηρίωσης, χρησιμοποιώντας κλινική λογική (PreventionResourceCenter (SPRC) & AmericanAssociationofSuicidality, 2008).

Σημαντικό είναι επιπλέον ο ψυχιατρικός νοσηλευτής να συλλέγει σωστά δεδομένα αξιολόγησης και να ενημερώνει τη θεραπευτική ομάδα και τα σχετικά άτομα (όπως ο προϊστάμενος νοσηλευτής, ο εφημερεύων γιατρός κ.λπ.) για τον κίνδυνο.

Επίσης, πρέπει να αξιολογεί ανεξάρτητα τον κίνδυνο του ασθενούς για αυτοκατευθυνόμενη βία (τόσο αυτοκτονική όσο και μη), τόσο κατά τη στιγμή της εισαγωγής όσο και σε συνεχή βάση καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο, ακόμη και αν δεν έχουν αναφερθεί αυτοκτονικές σκέψεις.

Στη συνέχεια, είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει την ομάδα θεραπείας και τα αρμόδια μέρη (όπως τον προϊστάμενο νοσηλευτή, τον εφημερεύοντα γιατρό κ.λπ.) για την εκτίμηση του κινδύνου.

Εκτός αυτών, εξίσου αναγκαίο είναι ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας να δημιουργεί μία ανάλυση κινδύνου. Στην ουσία καλείται να καθορίσει την πιθανότητα, τόσο άμεσα όσο και με την πάροδο του χρόνου, ότι ένας ασθενής θα προσπαθήσει να αυτοκτονήσει ή θα πεθάνει ως αποτέλεσμα της αυτοκτονίας. Επίσης, πρέπει να συμμετέχει στη συνεχή διαμόρφωση του κινδύνου από τη διεπαγγελματική ομάδα με βάση τα εξελισσόμενα δεδομένα αξιολόγησης, ενώ παράλληλα συνεχώς ενσωματώνει και δίνει προτεραιότητα σε όλες τις πληροφορίες.

Χρήσιμο σε όλες τις φάσεις αξιολόγησης είναι να χρησιμοποιεί θεωρίες, έρευνες, συστηματικές ανασκοπήσεις και αντιλήψεις για να κατανοήσει τις αλλαγές στον κίνδυνο, ταξινομώντας με τον τρόπο αυτό το επίπεδο κινδύνου αυτοκτονίας σε οξύ ή χρόνιο. Ταυτόχρονα, καλείται να εξετάσει την επιθυμία του ασθενούς να αποφύγει τον κίνδυνο, λαμβάνοντας υπόψη συναφείς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Εκτός αυτών, πρέπει να μπορεί να κάνει τα εξής παρακάτω:

- Διαφοροποιεί τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τη συμπεριφορά που είναι τόσο οξεία όσο και επίμονη.
- Διακρίνει μεταξύ της αυτοκατευθυνόμενης βίας χωρίς πρόθεση θανάτου και της βίας με αυτή την πρόθεση.
- Λαμβάνει υπόψη ανησυχίες που σχετίζονται με την αυτοκτονία που σχετίζονται με την ανάπτυξη, τον πολιτισμό και το φύλο (PreventionResourceCenter (SPRC) & AmericanAssociationofSuicidality,2008).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

1. Μητέρα παιδιατρικού ασθενή εμφάνισε συμπτώματα καταθλιπτικής διάθεσης, τα οποία έγιναν αντιληπτά αρχικά από την αδερφή της και έπειτα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η μητέρα ήταν 37 χρονών, χήρα με 2 ανήλικα παιδιά, με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης και άνεργη. Προ 15ετίας της είχε χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή (Ladose 20mgx1 & Lexotanil 1,5mgx3). Τα συμπτώματα που εμφάνισε ήταν: έντονη θλίψη, αϋπνία, ξεσπάσματα και κλάμα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
------------	-----------------	-----------------	----------	----------

Έντονη θλίψη	Ψυχιατρική διαταραχή	Ήπια αντικαταθλιπτική αγωγή	Χορήγηση ήπιας αντικαταθλιπτικής αγωγής	Μείωση θλίψης
Αϋπνία	Έλλειψη ύπνου	Διαμόρφωση κατάλληλου περιβάλλοντος	Σωστά διαμορφωμένο περιβάλλον	Σωστή διέλευση ύπνου
Ξεσπάσματα	Αναποτελεσματική διαχείριση θυμού	Ενθαρρυντική συζήτηση από το νοσ/κο προσωπικό για τα θέματα που την απασχολούν	Αφιέρωση χρόνου από το νοσ/κο προσωπικό	Μείωση ξεσπασμάτων
Κλάμα	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Συντροφικότητα τις περισσότερες ώρες της ημέρας από τους κοντινούς της ανθρώπους	Συνεχή παρουσία κοντινών ανθρώπων	Άρση εξάρσεων κλάματος

2. Άντρας ασθενής, ο οποίος νοσηλεύονταν στην ΩΡΛ κλινική του ΠΓΝΠ και ο οποίος είχε υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή λόγω κακοηθούς νεοπλασματος, κατά την τρίτη εβδομάδα της νοσηλείας του εμφάνισε συμπτώματα κατάθλιξης και αυτοκτονική συμπεριφορά. Ο άντρας ήταν 58 χρονών, πατέρας 3 παιδιών και παππούς 4 εγγονιών. Σε όλη την διάρκεια της περιπέτειας του είχε την υποστήριξη της γυναίκας του. Τα συμπτώματα που εμφάνισε ήταν: απώλεια μνήμης, σκέψεις θανάτου, απελπισία, τάση για απομόνωση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Απώλεια μνήμης	Προβλήματα μνήμης	Ήπια αντικαταθλιπτική αγωγή	Χορήγηση ήπιας	Ενίσχυση μνήμης

			αντικαταθλιπτική αγωγή	
Σκέψεις θανάτου	Τάση αυτοκτονίας	Ενίσχυση της αυτοπεποίθησης του	Αφιέρωση χρόνου από το νοσ/κο προσωπικό και από την οικογένειά του	Εξάλειψη σκέψεων θανάτου
Απελπισία	Μειωμένη αυτοεκτίμηση	Κλήση ψυχιατρικού συνεργάτη	Έναρξη συνεδριών	Αύξηση αυτοεκτίμησης
Τάση για απομόνωση	Κοινωνική απομόνωση	Συντροφικότητα τις περισσότερες ώρες της ημέρας από την οικογένειά του	Συνεχή παρουσία της οικογένειάς του	Εξάλειψη τάσεων για απομόνωση

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις πιο συχνές παθήσεις του ατόμου, που έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα πολλές φορές. Είναι μια διαταραχή της διάθεσης, του σώματος και της σκέψης. Και τις περισσότερες φορές οδηγεί το άτομο στην αυτοκτονία. Είναι πολλή σημαντική η εύρεση των προστατευτικών παραγόντων αλλά και των παραγόντων κινδύνου όπου η κατάθλιψη κατέχει υψηλή θέση όπως και έχει διαπιστωθεί επανειλημμένα ότι είναι ένας από τους ισχυρότερους δείκτες πρόβλεψης αυτοκτονικού ιδεασμού. Εκτός από τους παράγοντες, η γενετική έχει αναδείξει και άλλους παραμέτρους που προκαλούν τις αυτοκτονικές τάσεις στα καταθλιπτικά άτομα. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να έχει αναπτυγμένες ικανότητες στον εντοπισμό και τη διαχείριση του κινδύνου αυτοκτονίας, να συμμετέχει στην εκπαίδευση για όλο το προσωπικό περιβάλλον του ασθενή, να αξιολογεί και διατηρεί την περιβαλλοντική ασφάλεια, να παρακολουθεί και να επιβλέπει ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο αυτοκτονίας, να παρέχει

ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και να έχει κύριο σκοπό την πρόληψη της αυτοκτονίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abramowitz, J. S., & Reuman, L. (2020). Obsessive compulsive disorder. *Encyclopedia of personality and individual differences*, 3304-3306.

Ajdacic-Gross, Vladeta, *etal.* "[Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database](#)"

Ajdacic-Gross Weiss MG Ring M, Σεπτέμβριος 2008, *Bull World Health Organ.*

American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). Washington, DC: American psychiatric association.

Arató, M., Bánki, C. M., Bissette, G., & Nemeroff, C. B. (1989). Elevated CSF CRF in suicide victims. *Biological psychiatry*.

Antypa, N., Serretti, A., & Rujescu, D. (2013). Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 23(10), 1125-1142.

Åsberg, M., Träskman, L., & Thorén, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor? *Archives of general psychiatry*, 33(10), 1193-1197.

Banerjee, R., Ghosh, A. K., Ghosh, B., Bhattacharyya, S., & Mondal, A. C. (2013). Decreased mRNA and protein expression of BDNF, NGF, and their receptors in the hippocampus from suicide: an analysis in human postmortem brain. *Clinical Medicine Insights: Pathology*, 6, CPath-S12530.

Butler, A. W., Breen, G., Tozzi, F., Craddock, N., Gill, M., Korszun, A., ... & McGuffin, P. (2010). A genomewide linkage study on suicidality in major depressive disorder confirms evidence for linkage to 2p12. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 153(8), 1465-1473.

Caine, Yousuf, S; Chang, SS; Wu, KC; Chen, YY (2012-06-23) («Means restriction for suicide prevention».)

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological review*, 97(1), 19.

Chang, Gitlin, Patel, R (Σεπτέμβριος 2011). «The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies.» (*Emergency medicine practice*).

Chen, B., Dowlatshahi, D., MacQueen, G. M., Wang, J. F., & Young, L. T. (2001). Increased hippocampal BDNF immunoreactivity in subjects treated with antidepressant medication. *Biological psychiatry*, 50(4), 260-265.

Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 975-990.

Da Graça Cantarelli, M., Nardin, P., Buffon, A., Eidt, M. C., Godoy, L. A., Fernandes, B. S., & Gonçalves, C. A. (2015). Serum triglycerides, but not cholesterol or leptin, are decreased in suicide attempters with mood disorders. *Journal of affective disorders*, 172, 403-409.

De Berardis, D., Conti, C. M. V., Serroni, N., Moschetta, F. S., Carano, A., Salerno, R. M., ... & Di Giannantonio, M. (2009). The role of cholesterol levels in mood disorders and suicide. *Journal of Biological Regulators & Homeostatic Agents*, 23(3), 133.

Diego de Leo 2001, [*Suicide and euthanasia in older adults : a transcultural journey.*](#)

Dowlatsahi, D., MacQueen, G. M., Wang, J. F., Reisch, J. S., & Young, L. T. (1999). G protein-coupled cyclic AMP signaling in postmortem brain of subjects with mood disorders: effects of diagnosis, suicide, and treatment at the time of death. *Journal of neurochemistry*, 73(3), 1121-1126.

Duman, R. S., Heninger, G. R., & Nestler, E. J. (1997). A molecular and cellular theory of depression. *Archives of general psychiatry*, 54(7), 597-606.

Duman, R. S., & Monteggia, L. M. (2006). A neurotrophic model for stress-related mood disorders. *Biological psychiatry*, 59(12), 1116-1127.

Egan, M. F., Kojima, M., Callicott, J. H., Goldberg, T. E., Kolachana, B. S., Bertolino, A., ... & Weinberger, D. R. (2003). The BDNF val66met polymorphism affects activity-dependent secretion of BDNF and human memory and hippocampal function. *Cell*, 112(2), 257-269.

Eisen, R. B., Perera, S., Bawor, M., Dennis, B. B., El-Sheikh, W., DeJesus, J., ... & Samaan, Z. (2016). Exploring the association between serum BDNF and attempted suicide. *Scientific Reports*, 6(1), 1-8.

Erlangsen, A., Appadurai, V., Wang, Y., Turecki, G., Mors, O., Werge, T., ... & Agerbo, E. (2020). Genetics of suicide attempts in individuals with and without mental disorders: a population-based genome-wide association study. *Molecular Psychiatry*, 25(10), 2410-2421.

EuansLackoS., Agular-GaxiolaS., Al-HamzawiA. Κοινωνικοοικονομικές παραλλαγές από χάσμα θεραπείας ψυχικής υγείας, για άτομα με άγχος, διάθεση και διαταραχές χρήσης ουσιών: αποτελέσματα από τις έρευνες της Παγκόσμιας Ψυχικής Υγείας (WHH) του ΠΟΥ PsycholMed 2018, 48 (a): 1560-1571.

EU Healthcare and Social Care News-Health Europa- <https://www.healtheuropa.eu/>.

Fanelli, G., & Serretti, A. (2019). The influence of the serotonin transporter gene 5-HTTLPR polymorphism on suicidal behaviors: a meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 88, 375-387.

Frick, M. H., Elo, O., Haapa, K., Heinonen, O. P., Heinsalmi, P., Helo, P., ... & Nikkilä, E. A. (1987). Helsinki Heart Study: primary-prevention trial with gemfibrozil in middle-aged men with dyslipidemia. *New England Journal of Medicine*, 317(20), 1237-1245.

Fries, G. R., Gassen, N. C., & Rein, T. (2017). The FKBP51 glucocorticoid receptor co-chaperone: regulation, function, and implications in health and disease. *International journal of molecular sciences*, 18(12), 2614.

Geddes, John · Jonathan Price · Rebecca McKnight · Michael Gelder · Richard Mayou. *Psychiatry* (4η έκδοση) (Oxford: Oxford University Press).

Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR; Konradsen F (2007). «[The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review](#)» (*BMC Public Health*).

Gurung, Regan A.R, 2009, Sussie Eshun, *Culture and mental health sociocultural influences, theory, and practice* (Chichester, U.K.: Wiley-Blackwell).

Hirata, T., Otsuka, I., Okazaki, S., Mouri, K., Horai, T., Boku, S., ... & Hishimoto, A. (2019). Major depressive disorder-associated SIRT1 locus affects the risk for suicide in women after middle age. *Psychiatry research*, 278, 141-145.

Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.

Janecka, M., Hansen, S. N., Modabbernia, A., Browne, H. A., Buxbaum, J. D., Schendel, D. E., ... & Grice, D. E. (2019). Parental age and differential estimates of risk for neuropsychiatric disorders: Findings from the Danish birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(6), 618-627.

KC; Chen, YY (2012-06-23). «Meansrestrictionforsuicideprevention» (*Lancet*).

Kendler, K. S. (2016). The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 15(1), 5-12.

Khan, M. S., Wu, G. W., Reus, V. I., Hough, C. M., Lindqvist, D., Westrin, Å., ... & Mellon, S. H. (2019). Low serum brain-derived neurotrophic factor is associated with suicidal ideation in major depressive disorder. *Psychiatry research*, 273, 108-113.

Kohrt, B. A., Worthman, C. M., Ressler, K. J., Mercer, K. B., Upadhaya, N., Koirala, S., ... & Binder, E. B. (2015). Cross-cultural gene– environment interactions in depression, post-traumatic stress disorder, and the cortisol awakening response: FKBP5 polymorphisms and childhood trauma in South Asia: GxE interactions in South Asia. *International review of psychiatry*, 27(3), 180-196.

Krug, Etienne (2002) (*World Report on Violence and Health*).

Leake, A., Fairbairn, A. F., McKeith, I. G., & Ferrier, I. N. (1991). Studies on the serotonin uptake binding site in major depressive disorder and control post-mortem brain: neurochemical and clinical correlates. *Psychiatry research*, 39(2), 155-165.

Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L., & Akiskal, H. S. (1996). Obsessive–Compulsive Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 169(1), 101-107.

Ludwig, B., Roy, B., Wang, Q., Birur, B., & Dwivedi, Y. (2017). The life span model of suicide and its neurobiological foundation. *Frontiers in neuroscience*, 11, 74.

Lykken, D. T. (2013). *The antisocial personalities*. Psychology Press.

Mann, J. J., Currier, D., Stanley, B., Oquendo, M. A., Amsel, L. V., & Ellis, S. P. (2006). Can biological tests assist prediction of suicide in mood disorders?. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 9(4), 465-474.

Mann, J. J., Huang, Y. Y., Underwood, M. D., Kassir, S. A., Oppenheim, S., Kelly, T. M., ... & Arango, V. (2000). A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Archives of general psychiatry*, 57(8), 729-738.

Marks, I. M., & Nesse, R. M. (1994). Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethology and Sociobiology*, 15, 247–261.

Martin, P. (2022). The epidemiology of anxiety disorders: a review. *Dialogues in clinical neuroscience*.

Martino, M., Rocchi, G., Escelsior, A., Contini, P., Colicchio, S., de Berardis, D., ... & Fornaro, M. (2013). NGF serum levels variations in major depressed patients receiving duloxetine. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1824-1828.

McGirr, A., Dombrowski, A. Y., Butters, M. A., Clark, L., & Szanto, K. (2012). Deterministic learning and attempted suicide among older depressed individuals: cognitive assessment using the Wisconsin Card Sorting Task. *Journal of psychiatric research*, 46(2), 226-232.

MedNutrition.gr

Misiak, B., Stańczykiewicz, B., Łaczmański, Ł., & Frydecka, D. (2017). Lipid profile disturbances in antipsychotic-naïve patients with first-episode non-affective psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 190, 18-27.

Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological bulletin*, 110(3), 406.

Morgan, C., Lappin, J., Heslin, M., Donoghue, K., Lomas, B., Reininghaus, U., ... & Dazzan, P. (2014). Reappraising the long-term course and outcome of psychotic disorders: the AESOP-10 study. *Psychological medicine*, 44(13), 2713-2726.

Nesse, R. M. (2005). Natural selection and the regulation of defenses: A signal detection analysis of the smoke detector principle. *Evolution and human behavior*, 26(1), 88-105.

Nesse, R. (1999). Proximate and evolutionary studies of anxiety, stress and depression: synergy at the interface. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 23(7), 895-903.

O'Connor, Rory C.· Platt, Stephen· Gordon, Jacki, επιμ. (1 Ιουνίου 2011) ([*International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*](#). JohnWiley and Sons).

Oxford Ψυχιατρική- Βασικές Αρχές- PaulHanson-Philip Coweu-Mina Fazel. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Broken Hill.

Pandey, G. N., Dwivedi, Y., Rizavi, H. S., Ren, X., Pandey, S. C., Pesold, C., ... & Tamminga, C. A. (2002). Higher expression of serotonin 5-HT_{2A} receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 419-429.

Papassotiropoulos, A., Hawellek, B., Frahnert, C., Rao, G. S., & Rao, M. L. (1999). The risk of acute suicidality in psychiatric inpatients increases with low plasma cholesterol. *Pharmacopsychiatry*, 32(01), 1-4.

Pauls, D.L., Abramovitch, A., Rauch, S.L. and Geller, D.A. (2014). Obsessive–compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(6), pp.410–424. doi:10.1038/nrn3746.

PetekErić, A., Erić, I., Ćurković, M., Dodig-Ćurković, K., Kralik, K., Kovač, V., & Filaković, P. (2017). The temperament and character traits in patients with major depressive disorder and bipolar affective disorder with and without suicide attempt. *PsychiatriaDanubina*, 29(2), 171-178.

Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Möller-Leimkühler, A. M., Giupponi, G., Girardi, P., ... & Lester, D. (2010). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and serotonin abnormalities: a selective overview for the implications of suicide prevention. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 260(8), 583-600.

Purselle, D. C., & Nemeroff, C. B. (2003). Serotonin transporter: a potential substrate in the biology of suicide. *Neuropsychopharmacology*, 28(4), 613-619.

Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T., & Jollant, F. (2014). A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychological medicine*, 44(8), 1663-1673.

Schosser, A., Butler, A. W., Ising, M., Perroud, N., Uher, R., Ng, M. Y., ... & Lewis, C. M. (2011). Genomewide association scan of suicidal thoughts and behaviour in major depression. *PloS one*, 6(7), e20690.

Serafini, G., Pompili, M., Seretti, M. E., Stefani, H., Palermo, M., Coryell, W., & Girardi, P. (2013). The role of inflammatory cytokines in suicidal behavior: a systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 23(12), 1672-1686.

Skriner, L. C., Freeman, J., Garcia, A., Benito, K., Sapyta, J., & Franklin, M. (2016). Characteristics of young children with obsessive–compulsive disorder: baseline features from the POTS Jr. sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(1), 83-93.

Statham, D. J., Heath, A. C., Madden, P. A., Bucholz, K. K., Bierut, L., Dinwiddie, S. H., ... & Martin, N. G. (1998). Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological medicine*, 28(4), 839-855.

Suicide Prevention Resource Center (SPRC) & American Association of Suicidality. (2008). *Psychiatric-Mental Health Nurse Essential Competencies for Assessment and Management of Individuals at Risk for Suicide*. APNA.
<https://www.apna.org/resources/suicide-competencies/>.

Tintinalli, Judith E. (2010). *Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide (Emergency Medicine) (Tintinalli)* (New York: McGraw-Hill Companies).

Trull, T. J., Tragesser, S. L., Solhan, M., & Schwartz-Mette, R. (2007). Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 52-56.

The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization – 1992.

The Psychiatric Interview in Clinical Practice by Roger A Mackinnoa (author), Robert Michels (author), Peter I. Buckley (author).

Tyrer P, 2009, Are general practitioners unable to diagnose depression?
Reply, *LANCET*, Vol: 374, Pages: 1818-1819, ISSN: 0140-6736

[U.S. Suicide Statistics, 2005](#)

Underwood, M. D., Khaibulina, A. A., Ellis, S. P., Moran, A., Rice, P. M., Mann, J. J., & Arango, V. (1999). Morphometry of the dorsal raphe nucleus serotonergic neurons in suicide victims. *Biological psychiatry*, 46(4), 473-483.

VidetičPaska, A., Zupanc, T., &Pregelj, P. (2013). The role of brain-derived neurotrophic factor in the pathophysiology of suicidal behavior. *PsychiatriaDanubina*, 25(suppl 2), 341-344.

Voracek, M., &Loibl, L. M. (2007). Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wiener KlinischeWochenschrift*, 119(15), 463-475.

Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., ... &Criqui, M. H. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211-1259.

Wagner, G., Schultz, C. C., Koch, K., Schachtzabel, C., Sauer, H., &Schlösser, R. G. (2012). Prefrontal cortical thickness in depressed patients with high-risk for suicidal behavior. *Journal of psychiatric research*, 46(11), 1449-1455.

Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A. E., & Ross, R. E. (1997). *DSM-IV sourcebook*, Vol. 3. American Psychiatric Publishing, Inc..

Willour, V. L., Seifuddin, F., Mahon, P. B., Jancic, D., Pirooznia, M., Steele, J., ... & Potash, J. B. (2012). A genome-wide association study of attempted suicide. *Molecular psychiatry*, 17(4), 433-444.

World Health Organization-Depression Fact Sheet (2020).

Yip, Caine, Yousuf, Chang, Wu, Chen, YY (2012-06-23). «Meansrestriction for suicideprevention» (*Lancet*).

Zannas, A. S., Wiechmann, T., Gassen, N. C., & Binder, E. B. (2016). Gene–stress–epigenetic regulation of FKBP5: clinical and translational implications. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 261-274.

Κείμενο της Αγγελικής Μενεδιάτου: Ψυχολόγος Μ.Α. Κλινικής Ψυχολογίας, ιδρυτικό μέλος και πρόεδρος του Δ.Σ. <<ΜΑΖΙ>>.

Κείμενο του Εμμανουήλ Πολυζόπουλου (ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής).

ΝΟΟΣ ΕΥΔΙΑ:

<https://www.rtmstherapy.gr/el/%ce%b1%cf%81%cf%87%ce%b9%ce%ba%ce%ae/>

Φουντουλάκης, Κ. Ν. (2022). *Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής*. Psychiatry.gr. <https://psychiatry.gr/ekpraidoutiko-uliko/19-joomla/94-2019-12-30-12-15-37>

Ψυχιατρική Κλινική Λυράκου <<Νους Υγής>>: <https://www.klinikilyrakou.gr>