



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΠΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΠΤΟΜΕΤΡΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
MENTAL HEALTH AND DEPRESSION

ΟΝΟΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ :

ΘΕΟΦΑΝΗΣ ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΣΑΡΑΝΤΟΓΛΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΣ

ΑΙΓΙΟ, 2015

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Κατάθλιψη αποτελεί την Ψυχική νόσο της σημερινής μας εποχής. Ενώ είναι δεδομένη η ύπαρξη της απο αρχαιοτάτων χρόνων, σύμφωνα με ιστορικές πηγές, σήμερα ταλανίζει εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα δεν είναι ο αριθμός των ασθενών που νοσούν απο αυτή, αλλά η βαρύτητα των συμπτωμάτων που εκδηλώνονται και μπορούν να οδηγήσουν, δυστυχώς, ακόμη και στην αυτοκτονία πολλές φορές και ειδικότερα στους νέους ανθρώπους.

Ειδικότερα σήμερα στην Ελλάδα, αλλά και σε ολο τον κόσμο, με τα χρηματοοικονομικά και τα ψυχοσωματικά προβλήματα που βιώνουν πολλοί συνάνθρωποί μας, την καθιστούν «μάστιγα», προκαλώντας τεράστια οδύνη στους πάσχοντες, τις οικογενειές τους και ενδέχεται να εμφανιστούν ακόμη και άρνηση για την ίδια τη ζωή και κοινωνική απομόνωση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μελέτη που ακολουθεί αφορά στη βιβλιογραφική ανασκόπηση του ψυχικού προβλήματος της Κατάθλιψης, των αιτιών της καθώς επίσης και τους πιθανούς τρόπους αντιμετώπισής της. Γίνεται μια προσπάθεια να παρουσιαστούν συνοπτικά το πρόβλημα, οι παράγοντες που μπορούν να το εμφανίσουν, με κυριότερους τους ψυχοκοινωνικούς, τα συμπτώματα, σωματικά και ψυχικά, καθώς και οι επιπτώσεις που εμφανίζονται στον πάσχοντα, και το πως αυτές επηρεάζουν τον ίδιο αλλά και τον περίγυρό του. Επίσης, παρουσιάζεται η ταξινόμηση των τύπων της Κατάθλιψης, και το πώς αυτή μπορεί να διαγιγνωσθεί απο τους ειδικούς και να διαχωριστεί στις κατηγορίες αυτές. Τέλος, γίνεται εκτενής αναφορά στους διάφορους τρόπους αντιμετώπισης της, είτε με σωματικές-βιολογικές μεθόδους είτε με ψυχοκοινωνικές, και στο κατα πόσο μπορούμε να προλάβουμε την εμφάνισή της και να θωρακιστούμε απέναντί της.

Σκοπός της εργασίας είναι να βοηθήσουμε στην επιπλέον ενημέρωση γεγονότων σχετικών με την Κατάθλιψη, ενδεχομένως και στην προσπάθεια «απομυθοποίησης» της νόσου, λόγω της θεώρησης πως πρόκειται για νόσο «ταμπού», που πολλές φορές δεν αποδέχετε, είτε μερικώς, είτε ολικώς, την ύπαρξη της η κοινωνία που ζούμε, και να συμβάλλουμε, όσο μπορούμε, στο να κατανοηθεί το πρόβλημα και να υποδειχθεί πως υπάρχει λύση, πως είναι μια νόσος ιάσιμη και αντιμετωπίσιμη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	i
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	ii
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
2. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	2
2.1 ΟΡΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΜΑΣ ΓΛΩΣΣΑ	2
2.2 ΟΡΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....	3
3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	4
3.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ	5
3.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ-ΕΦΗΒΟΥΣ.....	6
3.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	7
3.4 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	9
4. ΑΙΤΙΑ-ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	11
4.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	12
4.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	14
4.2.1 ΑΛΛΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	15
4.2.2 ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	17
4.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	18
4.3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ	19
4.3.2 ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ:.....	19
5. ΣΥΜΤΩΜΑΤΑ-ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	24
5.1 ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	24
5.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΜΝΗΜΗ.....	25
5.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	26
5.4 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	27
6. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	30
6.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	31
6.1.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	32
6.1.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ DSM-IV-TR ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	32
6.1.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ DSM-IV ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	33
6.2 ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	34
6.2.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV ΔΥΣΘΥΜΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	34
6.3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ.....	35

7.	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	37
7.1	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	38
7.1.1	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ - ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	38
7.1.2	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	50
7.2	ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	59
8.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	62

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άποψη του αρχαίου κόσμου για την Κατάθλιψη έμοιαζε κατα μεγάλο βαθμό με την υπάρχουσα που επικρατεί σήμερα. Ο Ιπποκράτης δήλωνε ότι η μελαγχολία είναι κατά βάση μια εγκεφαλική νόσος που θα πρέπει να θεραπεύεται με ιάματα που λαμβάνονται στοματικά, ενώ και το πρωταρχικό ενδιαφέρον των γιατρών που ακολούθησαν την άποψη του αυτή, αφορούσε τη φύση των εγκεφαλικών υγρών και την ορθή σύνθεση των συγκεκριμένων ιαμάτων.

Ο Εμπεδοκλής περιέγραψε τη μελαγχολία ως συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής, (μέλαινα χολή=μελαγχολία) και ο Ιπποκράτης, εκπληκτικά νεωτεριστής, είχε φανταστεί ένα είδος σωματικής θεραπείας στα τέλη του 5ου αιώνα π.Χ., όταν ακόμη η ίδια η ιδέα της νόσου και του γιατρού μόλις είχαν αρχίσει να εμφανίζονται, έχοντας μάλιστα εντοπίσει την έδρα του συναισθήματος, της σκέψης και της ψυχικής νόσου, στον εγκέφαλο. Επίσης, πίστευε ότι στη μελαγχολία αναμειγνύονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, και ξεχώριζε την ψυχική αρρώστια που εμφανιζόταν μετά από φοβερά συμβάντα από την αρρώστια που δεν είχε κάποια προφανής αιτία.

Εβδομήντα χρόνια μετά το θάνατο του Ιπποκράτη, η Σχολή του Αριστοτέλη άρχισε να επηρεάζει τον τρόπο που σκεφτόμαστε για τη νόσο. Η άποψη του για την Κατάθλιψη, αντίθετα με τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελείως αρνητική. Ο Αριστοτέλης ενστερνίστηκε την ιδέα του Πλάτωνα σχετικά με την άποψη της Θείας παραφροσύνης και την συσχέτισε την με τη μελαγχολία. Παρόλο που Αριστοτέλης αναζητούσε τρόπους για να ανακουφίσει την πάθηση, πίστευε και αυτός ότι μια συγκεκριμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη για τη μεγαλοφυΐα, λέγοντας μάλιστα ότι : «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μια μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας». (Radden,2003)

Κατά τον Μεσαίωνα, η Κατάθλιψη θεωρούνταν εκδήλωση της θεϊκής δυσμένειας, μια ένδειξη ότι ο παθών είχε εξαιρεθεί από τη Θεία Σωτηρία. Ήταν η εποχή που στιγματίστηκε η ασθένεια και σε ακραίες περιπτώσεις, οι πάσχοντες αντιμετωπίζονταν σαν άπιστοι με τις ανάλογες επιπτώσεις που επέφερε αυτό την συγκεκριμένη εκείνη σκοτεινή εποχή της ανθρωπότητας.

Η Αναγέννηση έδωσε μια ρομαντική διάσταση στην Κατάθλιψη και πρόβαλε το πρότυπο της «μελαγχολικής ιδιοφυΐας», που η δυσθυμία του θεωρούνταν ενόραση και ο ευάλωτος ψυχισμός του αποτελούσε το τίμημα για την καλλιτεχνική ευαισθησία και την ευαίσθητη ψυχή του. (Daly,2007)

Από τον 17ο αιώνα έως τον 19ο αιώνα, την εποχή της επιστήμης, μέσω πειραματισμών επεδίωξαν να προσδιορίσουν τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου και να επεξεργαστούν



Depression, Τροποποιημένη από:
<http://www.highlandhosp.com/wp-content/uploads/2014/03/depression.jpg>

βιολογικές και κοινωνικές στρατηγικές για να τιθασεύσει το νου, που ξέφευγε από τον έλεγχο.

Η σύγχρονη εποχή ξεκίνησε στις αρχές του 20ου αιώνα με τον Sigmund Freud και τον Karl Abraham, των οποίων οι ψυχαναλυτικές ιδέες για το νου προσέφεραν μεγάλο μέρος της ορολογίας που ακόμα χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε την Κατάθλιψη και τις πηγές της, και συνεχίστηκε με δημοσιεύματα του Emil Kraepelin, ο οποίος πρότεινε μια νέα βιολογική θεώρηση της ψυχικής αρρώστιας.

Οι διαταραχές, που για πολύ καιρό αποκαλούνταν μελαγχολία, σηματοδοτούνται τώρα με την παράδοξα παραστατική λέξη Κατάθλιψη (depression), η οποία πρωτοχρησιμοποιήθηκε στα αγγλικά για την περιγραφή της κακής ψυχικής διάθεσης το 1660, και άρχισε να χρησιμοποιείται ευρύτερα στα μέσα του 19ου αιώνα. (Davison,2006)

2. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Κατάθλιψη είναι μία πνευματική και ψυχική διαταραχή η οποία εντάσσεται στην διαταραχή και τη δυσλειτουργία της ψυχικής διάθεσης (Tomson et al., 2003). Συνδέεται με την κακή διάθεση, την ανικανότητα εύρεσης οποιασδήποτε, έστω και μικρής, ευχαρίστησης στην καθημερινή ζωή, την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την αβεβαιότητα για το μέλλον, την παραίτηση από τις όποιες κοινωνικές σχέσεις, και τα σωματικά συμπτώματα, όπως είναι οι διατροφικές διαταραχές, τα προβλήματα στον ύπνο, ακόμη και η ροπή προς στον αλκοολισμό. (Landers & Arent, 2007).

Παρόλα αυτά, τα διαγνωστικά κριτήρια της Κατάθλιψης είναι πολύ πλατιά και γενικά, οδηγώντας κάποιες φορές σε λάθος διαγνώσεις ατόμων ως Καταθλιπτικά, που όμως δεν πάσχουν από Κατάθλιψη, αλλά απλώς λειτουργούν φυσιολογικά σε ενδεχόμενα αρνητικά γεγονότα που συμβαίνουν στην καθημερινή ζωή τους. (American Psychiatric association, 1994).

2.1 ΟΡΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΜΑΣ ΓΛΩΣΣΑ

Η λέξη «Κατάθλιψη» έχει πολλές διαφορετικές σημασίες, καθώς αλλο εννοούμε όταν την χρησιμοποιούμε καθημερινά, και άλλο όταν την χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε ένα κλινικό σύνδρομο για το οποίο απαιτείται θεραπεία. Στην καθομιλουμένη όταν λέμε ότι "σήμερα έχω Κατάθλιψη", "είμαι στεναχωρημένος", "νιώθω λυπημένος", "δεν έχω κέφι", ή "νιώθω μελαγχολικά", στην ουσία αναφερόμαστε σε μια κατάσταση που έχει να κάνει με την διάθεσή μας. Η διάθεση είναι ένα συναίσθημα και γι' αυτό συνήθως χρησιμοποιούμε τον όρο "νιώθω" για να το περιγράψουμε. Η διάθεσή μας είναι «καταθλιπτική» ή μελαγχολική όταν είμαστε λυπημένοι για κάτι, όχι γιατί είμαστε όντως Καταθλιπτικοί.

Ωστόσο τις περισσότερες φορές δεν νιώθουμε μελαγχολία ούτε και ευδιαθεσία, αλλά μάλλον είμαστε σε μια ουδέτερη κατάσταση. Μπορούμε λοιπόν να δούμε ότι υπάρχει μια κλίμακα διαβάθμισης μεταξύ χαράς και λύπης, που βρίσκονται στα ακρα αυτής της κλίμακας. Όσο πιο κοντά βρισκόμαστε προς την τελευταία, τόσο πιο στεναχωρημένοι νιώθουμε και τόσο πιο «καταθλιπτικά» αισθανόμαστε. Η Κατάθλιψη λοιπόν όπως την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα έχει μια συνιστώσα ποιοτική αλλά και ποσοτική, η οποία μπορεί να

είναι από ένα ελαφρύ αίσθημα λύπης έως την απέραντη και δυσβάσταχτη δυστυχία. Η ποσοτική αυτή συνιστώσα εξαρτάται προφανώς από την ένταση του ερεθίσματος που οδήγησε στην εμφάνιση της διάθεσης αυτής.

Αυτό που είναι κοινό όμως σε όλες τις περιπτώσεις, είναι ότι Κατάθλιψη, λύπη και μελαγχολία προκαλούνται από ερεθίσματα που γενικά εκλαμβάνονται από τον άνθρωπο ως απώλεια κάποιου σημαντικού για εκείνον πράγματος. Η Κατάθλιψη όπως χρησιμοποιούμε τον όρο καθημερινά είναι μια πανανθρώπινη εμπειρία και δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει την συναισθηματική αυτή κατάπτωση. Ανεξάρτητα αν κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτό τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης (άλλοι ακόμη και για την μικρού βαθμού λύπη και άλλοι μόνο για πιο έντονες καταστάσεις), ωστόσο όλοι καταλαβαίνουμε σχετικώς την σημασία της.

Ως τέτοια εμπειρία, η Κατάθλιψη συνήθως είναι μικρής διαρκείας και αυτοπεριοριζόμενη, καθώς είμαστε στεναχωρημένοι για μικρό χρονικό διάστημα και πολύ εύκολα, όταν συμβεί κάτι ευχάριστο στη ζωή μας, η διάθεσή για ζωή επανέρχεται. Οι διακυμάνσεις αυτές της διάθεσης είναι απόλυτα φυσιολογικές και συμβαίνουν πολλές φορές ακόμη και κατά τη διάρκεια μιας ημέρας.

Ως εκ τούτου λοιπόν θα λέγαμε ότι Κατάθλιψη, με την κοινή σημασία του όρου, είναι μια άσχημη διάθεση που αποτελεί τη φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια εργασίας, η μη επίτευξη στόχων προσωπικών, η απώλεια υλικών αγαθών κ.λ.π. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις είναι βραχύβιες, συνήθως δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, εύκολα μεταβάλλονται και τροποποιούνται και συνήθως αυτοπεριορίζονται. (Σκαρινάκης, 2010).

2.2 ΟΡΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Ο όρος Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική Ορολογία υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντώνται σε άλλη νόσο. Οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί πολύ πιο συχνά απ' ό,τι θα περίμενε κανείς μόνο «από τύχη», ως σύνδρομα.

Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της Κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση και γι' αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Δεν είναι όμως το μοναδικό σύμπτωμα, ενώ μερικές φορές μπορεί ακόμη και να απουσιάζει. Σαν αρρώστια, η Κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση, καθώς και θεραπεία. (Κουλουβάρη, 2006).

3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Περίπου οκτακόσιες ογδόντα χιλιάδες Έλληνες και Ελληνίδες πάσχουν από Κατάθλιψη. Αποτελεί μια ιδιαίτερα διαδεδομένη νόσο, όπου σήμερα μαλιστα πρόκειται για την τέταρτη συχνότερη ασθένεια παγκοσμίως, ενώ οι προβλέψεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2020 την ανεβάζουν στην δεύτερη θέση ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. (Χαρίλα, 2013)

Παράλληλα, την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας μόνο εξαπλασιάστηκε η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της Κατάθλιψης. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) σήμερα καταναλώνονται περίπου 144 εκατομμύρια χάπια το χρόνο. Οι αιτίες για την αύξηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι πολλές, όπως υποστηρίζουν οι ειδικοί επιστήμονες, με σημαντικότερους λόγους να προβάλλονται η αύξηση στη συχνότητα των καταθλιπτικών συνδρόμων, η καλύτερη διάγνωση της νόσου αλλά και η κυκλοφορία στο εμπόριο νέων σκευασμάτων με λιγότερες παρενέργειες και πιο αποτελεσματικά από τα προηγούμενα σκευάσματα.



Τροποποιημένη από : <http://i.huffpost.com/gen/1572869/images/o-DEPRESSION-facebook.jpg>

Η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων αναδεικνύει επίσης δύο πλευρές ενός πολύπλευρου προβλήματος. Αφενός οι σύγχρονοι Έλληνες ενημερώνονται καλύτερα για τις ψυχικές νόσους και πηγαίνουν πολύ πιο εύκολα σε ένα ειδικό της ψυχικής υγείας καταρρίπτοντας κοινωνικά ταμπού ετών, αφετέρου όμως η σύγχρονη πειστική και αγχώδης καθημερινότητα αυξάνει τα κρούσματα Κατάθλιψης με ιλιγγιώδη ταχύτητα.

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας δεν έχουν πραγματοποιηθεί εξειδικευμένες μελέτες για την συχνότητα της Κατάθλιψης στον πληθυσμό, αλλά η αύξηση των περιπτώσεων είναι εμφανής στην καθημερινή πρακτική των γιατρών. Σύμφωνα με τους νοσοκομειακούς γιατρούς, η Κατάθλιψη πλήττει συχνότερα τις γυναίκες απ' ό,τι τους άνδρες, με αναλογία 3 προς 2. Οι περισσότερες από τις γυναίκες που απευθύνονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι εργαζόμενες ηλικίας 30 έως 50 ετών, οι οποίες αδυνατούν να ανταποκριθούν στις πολλαπλές υποχρεώσεις που έχουν αναλάβει όπως η πολύωρη δουλειά, σπίτι και παιδιά ταυτοχρόνως, ιδίως όταν δεν έχουν βοήθεια στο μέγαλωμα των παιδιών. (Katon & Schulberg, 2009).

3.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Οι άντρες με Κατάθλιψη, είναι ηλικίας 25 έως 50 ετών, μέσης προς ανώτερης οικονομικής τάξης, οι οποίοι νιώθουν αφόρητη πίεση από τις οικονομικές υποχρεώσεις τους και αισθάνονται ότι δεν τους φτάνουν οι ώρες για να εργασθούν, νιώθουν κουρασμένοι συνεχώς, καπνίζουν ή πίνουν υπερβολικά και γενικώς νιώθουν σωματική και ψυχολογική κατάπτωση. Μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες αναπτύσσουν Κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους, σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία. Για τη χώρα μας, πρακτικά αυτό σημαίνει ότι πάσχει από Κατάθλιψη το 8% του πληθυσμού κατά μέσον όρο. (Timms, 2010)

Οι διαζευγμένες και οι γυναίκες που μεγαλώνουν μόνες τους παιδιά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καταθλιπτικό επεισόδιο. Στη σύγχρονη εποχή, η γυναίκα καλείται να διαδραματίσει δύσκολους κοινωνικούς ρόλους, γεγονός που την καθιστά πιο ευάλωτη στη νόσο. Παρά το γεγονός ότι τα δύο φύλα μπορεί να έχουν τα ίδια συμπτώματα όταν αισθάνονται Κατάθλιψη, αντιδρούν αρκετά διαφορετικά. Οι γυναίκες, ως επί το πλείστον, εκδηλώνουν



Τροποποιημένη από : <http://dualdiagnosis.org/wp-content/uploads/2014/03/bigstock-Girl-Sits-In-A-Depression-On-T-52227706-300x207.jpg>

συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, απελπισίας και απόγνωσης. Συχνά νιώθουν

κουρασμένες και έχουν δυσκολία στη λήψη αποφάσεων. Η εικόνα της καταθλιπτικής γυναίκας συμπληρώνεται επίσης από την έλλειψη διάθεσης, το έντονο άγχος, τη νευρικότητα, την ανορεξία ή αντίθετα τη βουλιμία, τον διαταραγμένο ύπνο και τις δυσάρεστες σκέψεις όπως η αυτοκτονία. Αντίθετα οι άντρες νιώθουν απογοήτευση, είναι πιο ευερέθιστοι και θυμούνται ευκολότερα. (Τσουλέα, 2006)

Τα καταθλιπτικά επεισόδια που εμφανίζονται σ' αυτές τις ηλικιακές ομάδες έχουν ενοχοποιηθεί για την αυξημένη χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών στους ενήλικες. Η μείζων Κατάθλιψη έχει υψηλό δείκτη θνησιμότητας, καθώς μέχρι και 15% των ασθενών αυτοκτονούν, αλλά η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει και τα επεισόδια που

αναδύονται κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρά. Μπορεί να εμφανιστεί ένα και μοναδικό επεισόδιο ή η νόσος να παραμείνει σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα μορφή. Οι ασθενείς με μείζονα Κατάθλιψη αναφέρουν συχνότερα πόνο και σωματικές νόσους, κάνουν περισσότερες επισκέψεις στους γιατρούς και έχουν μειωμένη συνολικά λειτουργικότητα. Με τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα η Κατάθλιψη είναι μια νόσος που κρίνεται αντιμετωπίσιμη. Ωστόσο, μόνο το 10 με 25% των ασθενών υποβάλλονται σε θεραπευτική αγωγή.

Η πολυμορφία με την οποία εμφανίζεται, η άτυπη πολλές φορές συμπτωματολογία της, η ικανότητά της να υποδύεται και να μιμείται οποιαδήποτε νόσο ξεγελούν πολλές φορές τους μη ειδικούς ιατρούς, με αποτέλεσμα μόνο στο 50% των ασθενών να γίνεται σωστή διάγνωση από τους γενικούς ιατρούς. Επιπλέον, η προκατάληψη και ο στιγματισμός που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές αποθαρρύνουν ή αποτρέπουν τους πάσχοντες να απευθυνθούν στους ειδικούς. Γι' αυτόν το λόγο συχνά δεν διαγιγνώσκεται και δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά μια νόσος που μπορεί να επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην προσωπική ζωή του ατόμου (κατάχρηση ή εξάρτηση από ουσίες, πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων), όπως επίσης στις οικογενειακές σχέσεις και στις επαγγελματικές του δραστηριότητες. (Τσουλέα, 2006).

3.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ-ΕΦΗΒΟΥΣ

Η επίπτωση της Κατάθλιψης στα παιδιά κυμαίνεται, ανάλογα με τις μελέτες, από 0,4 με 2,5% για παιδιά κάτω των 12 ετών, τα οποία θα είχαν όφελος από παιδοψυχιατρική παρέμβαση. Το ποσοστό ανέρχεται σε 10 με 13% κατά την εφηβεία, ενώ 5% των εφήβων παρουσιάζει σοβαρής μορφής Κατάθλιψη. Στην όψιμη εφηβεία η συχνότητα κυμαίνεται από 10% έως 20%. Το 0.6 έως 1.7% των παιδιών και το 1.6 έως 8% των εφήβων πάσχουν από Δυσθυμία. Σε παιδιατρικά νοσοκομεία 7% των παιδιών παρουσιάζουν Κατάθλιψη και 40% εκείνων νοσηλεύονται σε παιδονευρολογικά τμήματα για ανεξήγητες κεφαλαλγίες. Σε κλινικούς πληθυσμούς τα ποσοστά επικράτησης είναι πολύ υψηλότερα, κυμαινόμενα από 28% των ασθενών ενός παιδοψυχιατρικού τμήματος έως 59% στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς. Τα ποσοστά αυτά δείχνουν πόσο συνηθισμένη είναι η Κατάθλιψη στην καθημερινή παιδοψυχιατρική πρακτική.

Στην Ελλάδα, σε μια έρευνα που συμπεριέλαβε 1316 εφήβους ηλικίας 12-17 ετών, διαπιστώθηκαν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά Κατάθλιψης (20,3%). Είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί ότι η εμφάνιση της Κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη όταν οι ίδιοι οι έφηβοι συμπληρώνουν τις διαγνωστικές κλίμακες και μικρότερη όταν τις συμπληρώνουν οι γονείς τους, με το ποσοστό αυτό να αυξάνει όταν πρόκειται για κλινικούς πληθυσμούς. Έχει υπολογιστεί ότι 1 στα 5 παιδιά που παραπέμπονται σε ψυχιατρικά τμήματα παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Στα παιδιά, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή εκδηλώνεται σε περίπου ίδια αναλογία σε αγόρια και κορίτσια, σε αντίθεση με τους εφήβους και τους ενήλικες όπου υπερτερούν οι γυναίκες. Η διαφορά αποδίδεται σε διαφορετικές αιτίες παρά στην ηλικία αυτή καθ'αυτή, όπως αλλαγές στο επίπεδο των ορμονών, οι οποίες μπορούν να προδιαθέτουν σε κάποια ευαισθησία. Ωστόσο η εφηβεία συνοδεύεται και από σημαντικές αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες, καθώς και από διαφορετικές ψυχοπνευματικές καταστάσεις. (Φρερης et al., 2008).

Σε πολλές χώρες η αυτοκτονία είναι μια από τις τρεις πιο κοινές αιτίες του θανάτου στην ομάδα ηλικίας 15 έως 34 ετών. Οι περισσότεροι έφηβοι που αποπειράονται να αυτοκτονήσουν πάσχουν από κάποιας μορφής συναισθηματική διαταραχή (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 1999). Τα αγόρια εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά θανάτου εξαιτίας αυτοκτονίας, ενώ τα κορίτσια υπερτερούν στην απόπειρα αυτοκτονίας και τον ιδεασμό αυτοκτονίας χωρίς να επέρχεται θάνατος. Η σχέση μεταξύ πρώτης απόπειρας αυτοκτονίας και επόμενης κυμαίνεται μεταξύ 0,24% και 4,30%. (Φρερης et al, 2008)



Τροποποιημένη από :

<http://www.vancouversun.com/cms/binary/10762206.jpg>

Στην εφηβεία τα συμπτώματα της Κατάθλιψης μπορεί να οδηγήσουν τους νέους να φοράνε μαύρα ρούχα, να γράφουν ποιήματα με κύριο θέμα το θάνατο ή να ασχολούνται με μουσικά θέματα τα οποία έχουν και αυτά ως κύριο θέμα το θάνατο. Προβλήματα ύπνου μπορεί να συνδέονται, όπως η δυσκολία να ξυπνάνε το πρωί για το σχολείο ή να κοιμούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Έλλειψη κινήτρων και ενέργειας έχουν ως συνέπεια να χάνουν σχολικά μαθήματα. Η Κατάθλιψη στην εφηβεία εμφανίζεται επίσης σε άτομα που πάσχουν από προβλήματα επικοινωνίας, υπαρξιακά προβλήματα ή προβλήματα διατροφής. (Corpuel, 2009).

Έρευνες έχουν δείξει ότι σχεδόν το 1/3 των εφήβων που καταλήγουν σε κλινική ψυχικής υγείας πάσχουν από Κατάθλιψη. Διάφορες εκτιμήσεις δείχνουν ότι η Κατάθλιψη είναι διπλάσια κοινή στην εφηβεία από την παιδική ηλικία, καθώς επίσης και ότι τα έφηβα κορίτσια έχουν πιο υψηλό δείκτη Κατάθλιψης από τα αγόρια. Οι λόγοι οι οποίοι προτάθηκαν για αυτού του είδους τη φυλετική διαφορά είναι :

- Οι γυναίκες τείνουν να κλείνονται στην καταθλιπτική τους διάθεση και να την απλοποιούν
- Η γυναικεία εικόνα του ειδώλου του σώματος είναι πιο αρνητική από την ανδρική.
- Οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη ρατσιστική αντιμετώπιση από ότι οι άνδρες.

(Primack et al, 2009)

3.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Κατά γενικό κανόνα, η Κατάθλιψη είναι πιο συχνή κατά το δεύτερο μισό της ζωής και ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, αν και πολλοί ερευνητές δεν συμφωνούν σε αυτό. Είναι συχνότερη στις γυναίκες με αναλογία 2/1, παρουσιάζει ποικιλία κλινικών εικόνων και εξαρτάται λιγότερο από κληρονομικούς παράγοντες, σε σύγκριση με την Κατάθλιψη

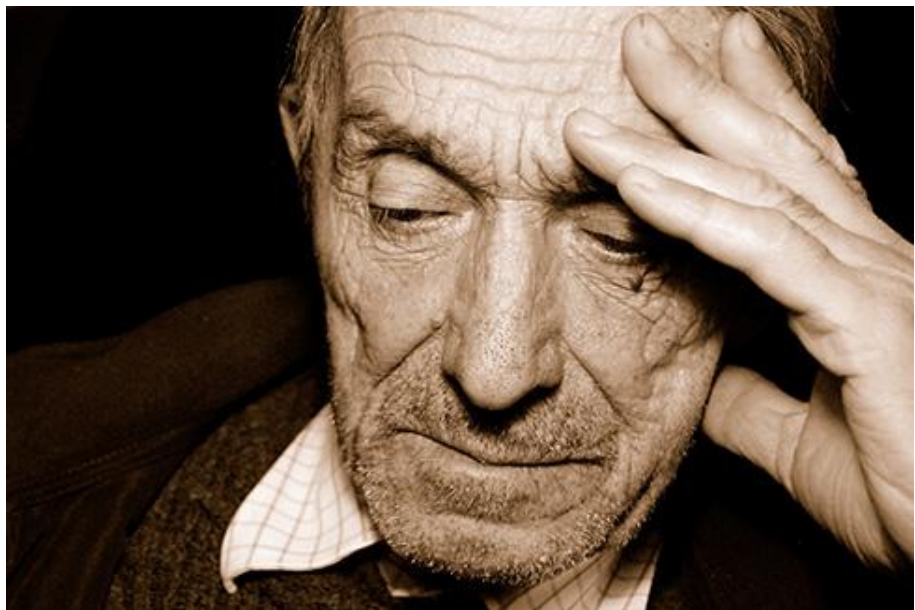
νεότερων ηλικιών. Ουσιαστικά, η Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν διαφέρει από την Κατάθλιψη στους άλλους ενήλικες.

Όμως η Κατάθλιψη είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια, όπως άνοια ή ρευματικά νοσήματα, ιδίως όταν συνοδεύεται από διάχυτους πόνους. Η αιτιολογία της Κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας είναι χωρίς αμφιβολία πολυπαραγοντική. Ενώ, σε αντίθεση με την Κατάθλιψη νεότερων ηλικιών, γενετικοί παράγοντες και κληρονομικότητα φαίνεται να παίζουν μικρότερο ρόλο στην πρόκλησή της.

Μια μεγάλη κατηγορία οργανικών παραγόντων, που ευθύνονται για τη συχνότερη εμφάνισή της, είναι εκείνη που συνδέεται με την ελάττωση συγκέντρωσης και την αλλοίωση του μεταβολισμού καθώς και της δράσης των διαφόρων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων (όπως του χολινεργικού, του ντοπαμινεργικού, του σεροτονινεργικού, του νοραδρενεργικού ή του γ-αμινοβουτυρικού κ.ο.κ.).

Επιπλέον είναι γνωστό ότι προδιαθέτει σε Κατάθλιψη η διαταραγμένη λειτουργία του υποθάλαμο- υπόφυσο-αδρενεργικού άξονα (Hypothalamo-Pituitary-Adrenal axis-HPA), στο επίπεδο του οποίου φαίνεται να πραγματοποιείται η συνάντηση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων.

Ορισμένες πρόσφατες εργασίες, στηριζόμενες σε τρισδιάστατη μαγνητική τομογραφία και σε λειτουργικές νευροαπεικονιστικές μεθόδους, όπως η υπολογιστική τομογραφία εκπομπής φωτονίου και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, αποκαλύπτουν σε



άτομα με μετατραυματικό στρες ή διάφορες

Τροποποιημένη από :

http://www.medicalobserver.com.au/assets/images_20nov2012/depression-old-486x324.jpg

μορφές Κατάθλιψης την ύπαρξη δομικών αλλαγών του εγκεφάλου. Παρατηρείται έτσι π.χ. απώλεια όγκου του υπόκαμπου, της αμυγδαλής ή ακόμα, σε νέα άτομα με μείζονα Κατάθλιψη, ελάττωση της νευρωνικής πυκνότητας του υπομέλανα τόπου καθώς και αυξημένη γλοίωση και δημιουργία γεροντικών πλακών. Οι μεταβολές αυτές είναι πιθανό να σχετίζονται τόσο με την προδιάθεση για άνοια, που δημιουργούν επανειλημμένες προσβολές μείζονος Κατάθλιψης, όσο και με την ελαφρά έκπτωση και τις μνημονικές διαταραχές, που παρατηρούνται συχνά κατά τη διάρκεια της νόσου.

Επομένως, το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στους νευροδιαβιβαστές σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη, όπου και διαπιστώθηκε ότι στην Κατάθλιψη τα νευροδιαβιβαστικά αυτά συστήματα υπολειτουργούν. Ο μηχανισμός δράσης άλλωστε των περισσότερων

αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία δρουν ενισχύοντας την νευροδιαβίβαση που επιτελείται μέσω της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, συμφωνεί με την υπόθεση αυτή.

Μερικές μη ψυχιατρικές νόσοι του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως η νόσος του Parkinson, η επιληψία, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι όγκοι, που επηρεάζουν τη λειτουργία περιοχών του εγκεφάλου οι οποίες ρυθμίζουν το συναίσθημα, εκδηλώνονται με καταθλιπτικά συμπτώματα. Ενδοκρινικές διαταραχές, λοιμώδη και αυτοάνοσα νοσήματα, αναιμίες καθώς και όγκοι του γαστρεντερικού εκδηλώνονται επίσης με καταθλιπτικά συμπτώματα.

Επίσης, εξαρτησιογόνες ουσίες (ιδιαίτερα η κοκαΐνη και το αλκοόλ) και φάρμακα (αντιφλεγμονώδη, αναλγητικά, αντιυπερτασικά, κυτταροστατικά, ορμόνες και νευρολογικά) μπορεί να προκαλέσουν Κατάθλιψη.

Αρκετοί είναι και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες πρόκλησης Κατάθλιψης στα άτομα τρίτης ηλικίας. Από ερευνητικά δεδομένα έχει προκύψει ότι οι τραυματικές εμπειρίες στα πρώτα χρόνια της ζωής, η αδυναμία να εκπληρώσουν το γονεϊκό ρόλο, οι συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, η έκθεση σε σωματική ή φυσική βία καθιστούν το άτομο επιρρεπές στο να αναπτύξει Κατάθλιψη στο μέλλον. Τα στρεσογόνα αυτά γεγονότα της ζωής είναι δυνατόν να δράσουν ως εκλυτικοί παράγοντες σε άτομα με πρώιμες τραυματικές εμπειρίες ή σε άτομα εκτεθειμένα σε χρόνιες ψυχοπιεστικές καταστάσεις, οι οποίες συνιστούν προδιαθεσικούς, για την εμφάνιση της Κατάθλιψης, παράγοντες.

Τέτοια γεγονότα είναι αυτά που εκλαμβάνονται από το άτομο ως απειλητικά και επικίνδυνα, εκείνα που συνδέονται με απώλειες (π.χ. χωρισμός, θάνατος) και εκείνα που αποτυπώνουν δυσαρμονία στις σχέσεις με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του. Ο τρόπος, τέλος, με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τον κόσμο και την πραγματικότητα μπορεί να οδηγήσει σε Κατάθλιψη, να επιδεινώσει την συμπτωματολογία της και να επιμηκύνει την διάρκειά της. (Chakraburttu, 2009)

3.4 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Σε περίπου μια στις δέκα γυναίκες, η εν λόγω κατάσταση μπορεί να εξελιχθεί σε πραγματική Κατάθλιψη, η οποία απαιτεί θεραπεία. Μια γυναίκα με Κατάθλιψη, αντιμετωπίζει με δυσκολία τόσο την φροντίδα του νεογέννητου μωρού όσο και την ανάπτυξη μιας καλής σχέσης μεταξύ μητέρας και παιδιού. Ενδεχομένως αυτό να συνοδεύεται από ενοχές, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να συμβάλουν στην παράταση της Κατάθλιψης. Είναι συνεπώς σημαντικό η θεραπεία της επιλόχειας Κατάθλιψης να ξεκινήσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Μια γυναίκα που υποφέρει από επιλόχεια Κατάθλιψη έχει εμφανώς καταθλιπτική διάθεση, κλαίει, επικρίνει τον εαυτό της, είναι γεμάτη στρες και είναι εντελώς ανίκανη να αντιμετωπίσει την καθημερινή της ζωή με το νεογέννητο μωρό. Επίσης, ενδέχεται να αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ολοκλήρωση καθημερινών δραστηριοτήτων ρουτίνας, να έχει χάσει την όρεξη της και να μην ενδιαφέρεται καθόλου για το φαγητό, να αισθάνεται αδιαφορία για το μωρό και να μην μπορεί να δεθεί μαζί του, να νιώθει απόγνωση για την κατάσταση της και να μην πιστεύει σε κάποια ελπίδα βελτίωσης της ζωής της και να αισθάνεται ότι περνά τις μέρες της χωρίς να μπορεί να νιώσει χαρά, ενθουσιασμό, ενδιαφέρον για οτιδήποτε.

Η επιλόχειος Κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει οποιαδήποτε γυναίκα, ωστόσο, για κάποιες ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος. Άτομα που έχουν εμφανίσει Κατάθλιψη σε μια άλλη περίοδο της ζωής τους ή έχουν έναν ή και περισσότερους συγγενείς που έχουν εμφανίσει Κατάθλιψη, ενδέχεται να έχουν μια γενετική ή κληρονομική τάση για να εμφανίσουν επιλόχεια Κατάθλιψη. Στις περισσότερες περιπτώσεις σχετίζεται με την διακύμανση των ορμονών που επηρεάζουν την διάθεση και την ενέργεια της νέας μητέρας. Τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης πέφτουν κατακόρυφα μετά την γέννηση του μωρού αλλά είναι πιθανό να υπάρξει και δυσλειτουργία θυρεοειδούς.



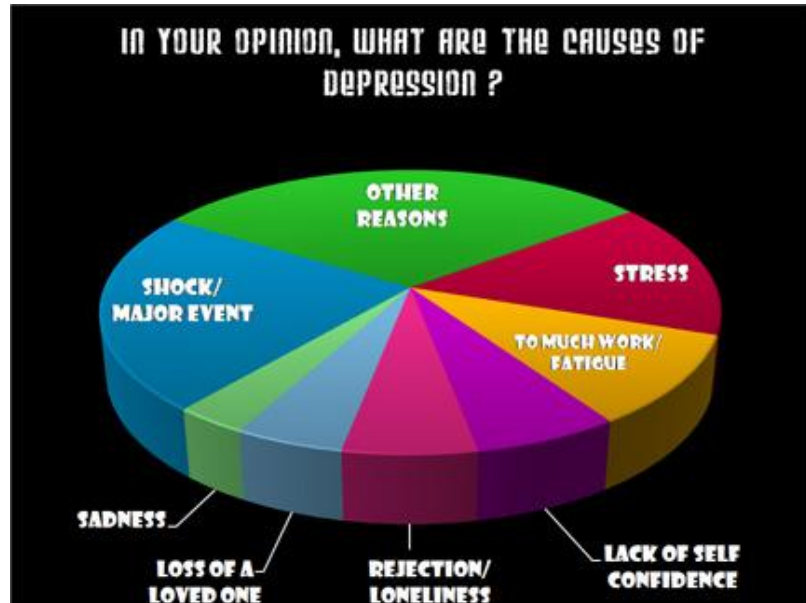
Τροποποιημένη από :
<http://www.nutrimed.gr/assets/media/photos/ygeia/1122.jpg>

Η Κατάθλιψη μπορεί να γίνει τόσο βαριά ώστε να φθάσει σε επίπεδα καταθλιπτικής ψύχωσης, μιας σοβαρής ψυχικής ασθένειας. Ούσα σε Κατάθλιψη, η μητέρα δε μπορεί να απαντήσει στις ανάγκες του νεογέννητου μωρού καταλλήλως. Από την αρχή, το μωρό θα στέλνει διάφορα σήματα και θα αντιδρά ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο η μητέρα ανταποκρίνεται σε αυτά. Το μωρό μαθαίνει γρήγορα ότι εάν κλάψει, η μητέρα θα μάθει ότι πεινάει, ότι πρέπει να αλλαχθεί η πάνα του, κ.τ.λ. Έπειτα, όταν το μωρό μπορεί και ελέγχει τις εκφράσεις του προσώπου του, μαθαίνει ότι όταν γελά, η μητέρα δείχνει αυξημένο ενδιαφέρον.

Η ανάπτυξη της σχέσης μητέρας–παιδιού είναι διαισθητική και αν η μητέρα πάσχει από Κατάθλιψη, δεν μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς. Αυτό προκαλεί άγχος στο μωρό, το οποίο δε γνωρίζει άλλο τρόπο αλληλεπίδρασης και συνεπώς δε μαθαίνει πώς να αποκτά ανθρώπινη επαφή. Το μωρό αισθάνεται απογοήτευση και υπάρχει μεγάλος κίνδυνος στο τέλος να παραιτηθεί, να γίνει αρκετά απαθές και να μην αναπτυχθεί σωστά. Και αυτό είναι εμφανές όχι μόνο ψυχολογικά αλλά και σωματικά, καθώς το μωρό δεν παίρνει βάρος και δεν αναπτύσσεται ψυχοκινητικά π.χ. δεν προσπαθεί να πιάσει αντικείμενα, να χαμογελάσει, να κρατήσει όρθιο το κεφάλι του, κ.τ.λ. (Δεληγιαννίδης, 2010)

4. ΑΙΤΙΑ-ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Λέγεται συχνά ότι η Κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα χημικών ανισορροπιών στον ανθρώπινο οργανισμό, αλλά αυτό δεν εξηγεί σε καμία περίπτωση ολοκληρωτικά το πόσο περίπλοκη ασθένεια είναι. Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί διαπιστώνουν ότι η Κατάθλιψη δεν προκαλείται απλώς από την έλλειψη ή την υπέρμετρη συγκέντρωση συγκεκριμένων εγκεφαλικών χημικών στον εγκέφαλο. Αντίθετα, η Κατάθλιψη έχει πολλές πιθανές αιτίες, γεγονότα στη



Τροποποιημένη από :

http://www.humanstress.ca/documents/images/Teste%20connaissances/Depression/depression_causes_EN.jpg

ζωή του παθόντα, καθώς και φαρμακευτικά και ιατρικά προβλήματα. Πιστεύεται ότι αρκετές από αυτές τις αιτίες μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση Κατάθλιψης. (Miller et al., 2013)

Αρα, πρέπει να ξεκαθαρίσει ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί την διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες αρρώστιες γενικότερα). Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στην νόσηση από Κατάθλιψη. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την Κατάθλιψη μ' αυτόν τον τρόπο τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη. (Βάρβογλη,2008)

4.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς Κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην Κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κ.λ.π.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να νοσήσει. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει Κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος.

Όπως κάθε μέρος του εγκεφάλου μας, έτσι και ο εγκέφαλος ελέγχεται από τα γονίδια. Τα γονίδια δημιουργούν πρωτεΐνες που εμπλέκονται στις βιολογικές λειτουργίες μας. Κατά τη διάρκεια της ζωής μας, διαφορετικά είδη γονιδίων λειτουργούν ή και υπολειτουργούν έτσι ώστε να δημιουργήσουν, στο καλύτερο δυνατό σενάριο, τις σωστές πρωτεΐνες στη σωστή στιγμή. Αλλά αν υπολειτουργήσουν, τα γονίδια μπορούν να μας αλλάξουν τη βιολογία προς ένα τρόπο που τα αποτελέσματά του επηρεάζουν τη διάθεσή μας, καθιστώντας την ασταθή. Σε ένα γενετικά ευάλωτο άνθρωπο, κάθε στρεσογόνο εμπειρία (π.χ. ένα πιεστικό γεγονός στη δουλειά του ή μια κλινική ασθένεια), μπορεί να διαταράξει τη λειτουργία του συστήματος.

Η διάθεση μας επηρεάζεται από δεκάδες γονίδια, και, όπως τα γενετικά χαρακτηριστικά είναι διαφορετικά σε κάθε άνθρωπο, έτσι είναι και η συναισθηματική μας κατάσταση. Το γεγονός ότι οι ερευνητές εντοπίζουν αυτά τα γονίδια που ευθύνονται για τις συναισθηματικές διαταραχές και τα μελετούν ώστε να κατανοήσουν τις λειτουργίες τους, δημιουργεί ελπίδα για ενδεχόμενες θεραπευτικές μεθόδους σε κάθε άνθρωπο ξεχωριστά και με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Οι ασθενείς θα λαμβάνουν τα καταλληλότερα φάρμακα για το είδος της Κατάθλιψης που τους ταλαιπωρεί. Άλλος ένας στόχος της έρευνας των γονιδίων αυτών, είναι φυσικά να κατανοηθεί το πώς ακριβώς η βιολογία μετατρέπει κάποιους ανθρώπους πιο ευάλωτους στην Κατάθλιψη, π.χ. αρκετά γονίδια επηρεάζουν τα αντανακλαστικά μας σε στρεσογόνες καταστάσεις, αφήνοντας μας περισσότερες ή και λιγότερες πιθανότητες να πάθουμε Κατάθλιψη ως αντίδραση στα προβλήματα.

Μια έρευνα του 2003 υποστηρίζει την ιδέα αυτή. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα άτομα με μια συγκεκριμένη παραλλαγή σε ένα γονίδιο σεροτονίνης-μεταφορέα (5-HTT) είχαν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν Κατάθλιψη σε απάντηση στο στρες. Κάθε άτομο κληρονομεί δύο αντίγραφα του γονιδίου αυτού - ένα από κάθε γονέα. Το γονίδιο έρχεται σε "μικρή" (λιγότερο αποδοτική) και "μεγάλη" (πιο αποτελεσματική) έκδοση. Κανένας συνδυασμός της μικρής ή μεγάλης παραλλαγής δεν οδηγεί απευθείας σε Κατάθλιψη, αλλά μικρές εκδοχές του γονιδίου τοποθετεί τους ανθρώπους σε καθαρά μειονεκτική θέση σε περίπτωση που παρουσιάσουν στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή τους. Στην παρακολούθηση περισσότερων από 800 νέων ενηλίκων κατά τη διάρκεια μιας περιόδου πέντε ετών, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 33% των ατόμων με τουλάχιστον μία "μικρή" έκδοση γονιδίου έγινε Κατάθλιψη μετά από μια σειρά από στρεσογόνα γεγονότα ζωής, όπως το διαζύγιο ή η απώλεια της θέσης εργασίας τους. Τα άτομα με δύο αντίγραφα της σύντομης παραλλαγής πήγαν χειρότερα από ό, τι τα άτομα με ένα μόνο αντίγραφο, και ο κίνδυνος εμφάνισης Κατάθλιψης αυξήθηκε σταθερά καθώς οι ζωές τους γινόνταν πιο αγχωτικές. Αντίθετα, μόνο το 17% των ατόμων με δύο «μεγάλες» εκδόσεις παρουσίασε Κατάθλιψη σε παρόμοιες

συνθήκες - και ο κίνδυνος της εμφάνισης Κατάθλιψης παρέμεινε αμετάβλητος, καθώς τα επίπεδα του στρες ανέβαιναν.

Το 2008, οι ερευνητές μελέτησαν ένα γονίδιο που επηρεάζει την αντίδραση ενός ατόμου στη παιδική κακοποίηση. Αυτό το γονίδιο (CRHR1) παρέχει τον κώδικα για μια από τις ορμόνες του στρες – κορτικοτροπίνης- απελευθερώνοντας ορμόνη ή CRH. Για τη μελέτη αυτή, που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό 'Archives of General Psychiatry', οι ερευνητές εξέτασαν 621 ενήλικες και μελέτησαν το DNA τους. Μεταξύ των ατόμων που υπέστησαν κακοποίηση στη παιδική τους ηλικία, τα άτομα με τις σχετικά προστατευμένες εκδοχές του γονιδίου CRHR1 είχαν τα μισά από τα συμπτώματα της Κατάθλιψης από ότι οι συμμετέχοντες χωρίς αυτή τη γενετική παραλλαγή. Η μελέτη αυτή δεν προστεθεί μόνο στις γνώσεις σχετικά με τα προστατευτικά γονίδια, αλλά έδωσε και επιπλέον αξιοπιστία στη θεωρία ότι οι ορμόνες του στρες παίζουν σημαντικό ρόλο στην Κατάθλιψη.

Μια άλλη ενδιαφέρουσα ανακάλυψη είναι ο προσδιορισμός μιας παραλλαγής στην αλληλουχία του DNA που ονομάζεται G1463A. Οι άνθρωποι με αυτή την άτυπη αλληλουχία του DNA είναι πιο πιθανό να έχουν μείζονα Κατάθλιψη από ό, τι εκείνοι που δεν την έχουν.

Επομένως, ίσως ο ευκολότερος τρόπος για να κατανοήσουμε τη δύναμη της γενετικής είναι να εξετάσουμε τις οικογένειες. Είναι γνωστό ότι η Κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή επηρεάζουν ολόκληρες οικογένειες. Η ισχυρότερη απόδειξη για αυτό προέρχεται από την έρευνα σχετικά με τη διπολική διαταραχή. Τα μισά από τα άτομα με διπολική διαταραχή έχουν συγγενή με ένα παρόμοιο μοτίβο διακυμάνσεων της διάθεσης. (Miller et al., 2013)

Μία άλλη προσέγγιση για την έρευνα της γενετικής συμμετοχής στις διαταραχές της διάθεσης είναι η μελέτη των διαφορών μεταξύ των μονοζυγωτών και των διζυγωτών διδύμων. Οι μονοζυγώτες δίδυμοι προέρχονται από το ίδιο ωάριο και έχουν τα ίδια γονίδια, ενώ οι διζυγώτες προέρχονται από διαφορετικά ωάρια και έχουν κοινό το 50% των γονιδίων, όπως και τα άλλα αδέλφια. Το μεγαλύτερο ποσοστό ομοιότητας μίας διαταραχής μεταξύ των μονοζυγωτών διδύμων σε σχέση με τους διζυγώτες δηλώνει τη γενετική επίδραση, επειδή ο ρόλος των ενδομήτριων και των περιβαλλοντικών επιδράσεων είναι ενδεχομένως παρόμοιος και στα δύο είδη διδύμων. Επειδή τα ποσοστά εμφάνισης των διαταραχών της πάθησης σε μελέτες με διδύμους είναι μικρότερα από 100%, φαίνεται ότι οποιοσδήποτε γενετικός παράγοντας και αν υπάρχει αλληλεπιδρά με περιβαλλοντικές επιδράσεις για να αυξηθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης οξείας διαταραχής. (Βάρβογλη, 2008)

Τα αποδεικτικά στοιχεία για άλλους τύπους της Κατάθλιψης είναι πιο λίγα, αλλά είναι πραγματικά. Ένα άτομο που έχει ένα συγγενή πρώτου βαθμού με κάποιον που υπέστη μείζονα Κατάθλιψη, παρουσιάζει μια αύξηση του κινδύνου για την πάθηση από 1,5% έως 3% πάνω από τον κανονικό. (Miller et al., 2013)

4.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν στοχοποιηθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν Κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τα συναισθήματα. Η αποκάλυψη μερικών από αυτούς τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην δημιουργία της Κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της Ιατρικής γενικότερα σ'αυτόν τον αιώνα.

Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στο ίδιο περίπου διάστημα παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης εμφάνιζαν σαν παρενέργεια Κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο.

Το επόμενο βήμα ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με Κατάθλιψη. Παρότι οι μηχανισμοί για τη λειτουργία των νευρομεταβιβαστών είναι πολύ περίπλοκοι, στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιβαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στην δημιουργία της Κατάθλιψης, και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας αποσκοπούν στο να ανεβάσουν την συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές Κατάθλιψης, είναι πιθανό ότι όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην Κατάθλιψη δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού.

Επομένως, οι χημικές ουσίες σαφώς και εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία, αλλά αυτό δεν είναι τόσο απλό θέμα όσο ενός χημικού που υπάρχει μειωμένο στον εγκέφαλό μας ή ενός άλλου που είναι πολύ υψηλό. Αντιθέτως, πολλά χημικά εμπλέκονται, που εργάζονται τόσο εντός όσο και εκτός των νευρικών κυττάρων. Υπάρχουν εκατομμύρια, ακόμη και δισεκατομμύρια, χημικών αντιδράσεων που απαρτίζουν το δυναμικό σύστημα που είναι υπεύθυνο για τη διάθεσή σας, τις αντιλήψεις, και το πώς διαχειρίζεστε τη ζωή.

Με αυτό το επίπεδο της πολυπλοκότητας, είναι αντιληπτό πώς δύο άνθρωποι μπορεί να έχουν παρόμοια συμπτώματα της Κατάθλιψης, αλλά το πρόβλημα στο εσωτερικό, και ως εκ τούτου, ποιές θεραπείες θα μπορούσαν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα, μπορεί να είναι εντελώς διαφορετικό. (Miller et al., 2013)

4.2.1 ΑΛΛΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ορισμένα ιατρικά προβλήματα συνδέονται με διαρκής, σημαντικές διαταραχές της διάθεσης. Στην πραγματικότητα, ιατρικές ασθένειες ή φάρμακα οφείλονται απο ποσοστά 10% έως 15% όλων των Καταθλίψεων.

Μεταξύ των πιο γνωστών ύποπτων είναι δύο ανισορροπίες των θυρεοειδικών ορμονών. Μία υπεραρκετή παραγωγή της θυρεοειδούς ορμόνης (υπερθυρεοειδισμός) μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα μανίας. Από την άλλη πλευρά, ο υποθυρεοειδισμός, μια κατάσταση στην οποία το σώμα σας παράγει πολύ μικρή ποσότητα θυρεοειδικών ορμονών, συχνά οδηγεί σε εξάντληση και Κατάθλιψη.

Οι καρδιακές νόσοι έχουν συνδεθεί επίσης με την Κατάθλιψη, με έως και το 50% των επιζώντων καρδιακής προσβολής να αναφέρουν την προύπαρξη μελαγχολίας και πολλούς μάλιστα να έχουν διαγνωστεί προηγουμένως με Κατάθλιψη. Η Κατάθλιψη μπορεί να σημάνει πρόβλημα για τους καρδιοπαθείς, καθώς είναι συνδεδεμένη με πιο αργή ανάκαμψη, με επιπλέον μελλοντικά καρδιαγγειακά προβλήματα, και με υψηλότερο κίνδυνο θανάτου μέσα σε περίπου έξι μήνες απο το επεισόδιο. Αν και οι γιατροί διστάζουν να δώσουν σε ασθενείς με καρδιακά προβλήματα φάρμακα Κατάθλιψης, που ονομάζονται τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, λόγω των επιπτώσεών τους στον καρδιακό ρυθμό, συγκεκριμένοι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης φαίνονται ασφαλής για τους ανθρώπους με καρδιακές παθήσεις.

Οι παρακάτω ιατρικές καταστάσεις έχουν επίσης συσχετιστεί με διαταραχές της διάθεσης:

- Εκφυλιστικές νευρολογικές συνθήκες, όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσος του Πάρκινσον, η νόσος του Alzheimer και η νόσος του Huntington.
- Το εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Ορισμένες διατροφικές ελλείψεις, όπως η έλλειψη της βιταμίνης B12.
- Άλλες ενδοκρινικές διαταραχές, όπως προβλήματα παραθυρεοειδή ή επινεφριδίων αδένων που προκαλούν την παραγωγή λίγων ή πολλών συγκεκριμένων ορμονών.
- Ορισμένες ασθένειες του ανοσοποιητικού συστήματος, όπως ο ερυθματώδης λύκος.
- Ορισμένοι ιοί και άλλες λοιμώξεις, όπως η μονοπυρήνωση, η ηπατίτιδα, και το HIV.
- Ο καρκίνος.
- Η στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες.

Κατά την εξέταση της σύνδεσης μεταξύ των προβλημάτων υγείας και της Κατάθλιψης, ένα σημαντικό ζήτημα είναι να εντοπιστεί ποιά προηγήθηκε χρονολογικά , η ιατρική πάθηση ή οι αλλαγές της διάθεσης. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι το άγχος του να ζει κανείς με ορισμένες ασθένειες μπορούν να προκαλέσει Κατάθλιψη. Σε άλλες περιπτώσεις, η Κατάθλιψη προηγείται της ιατρικής ασθένειας και μπορεί ακόμη και να συνεισφέρει στην εμφάνιση της. Για να διαπιστώσει αν οι αλλαγές στη διάθεση συνέβησαν απο μόνες τους ή ως αποτέλεσμα άλλης ιατρικής ασθένεια, ένας γιατρός εξετάζει προσεκτικά το ιατρικό ιστορικό του ατόμου και τα αποτελέσματα μιας φυσικής εξέτασης.

Αν η Κατάθλιψη ή η μανία πηγάζει από ένα υποκείμενο ιατρικό πρόβλημα, οι μεταβολές της διάθεσης θα πρέπει να εξαφανιστούν μετά την αντιμετώπιση της ιατρικής αυτής κατάστασης. Στον υποθυρεοειδισμό, για παράδειγμα, λήθαργος και Κατάθλιψη συχνά εξαφανίζονται μόλις η θεραπεία ρυθμίσει το επίπεδο των θυρεοειδικών ορμονών στο αίμα. Σε

πολλές περιπτώσεις, ωστόσο, η Κατάθλιψη είναι ένα ανεξάρτητο πρόβλημα, το οποίο σημαίνει ότι, για να είναι επιτυχής η θεραπεία πρέπει να αντιμετωπιστεί η Κατάθλιψη αυτή καθ' αυτή. (Miller et al., 2013)

4.2.2 ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Μερικές φορές, τα συμπτώματα της Κατάθλιψης είναι μια παρενέργεια ορισμένων φαρμάκων, όπως των στεροειδών. Ένας επαγγελματίας μπορεί να βοηθήσει να διαπιστώσουμε αν ένα νέο φάρμακο, μια αλλαγή στη δοσολογία, ή αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα ή ουσίες μπορεί να επηρεάζει τη διάθεσή σας. Οι ερευνητές όμως διαφωνούν σχετικά με το αν μερικά από αυτά τα φάρμακα - όπως τα χάπια ελέγχου των γεννήσεων ή η προπρανολόλη – μας επηρεάζουν σε τέτοιο βαθμό ώστε να εμφανίσουμε Κατάθλιψη.

Οι περισσότεροι άνθρωποι που παίρνουν αυτά συγκεκριμένα φάρμακα δεν θα αντιμετωπίσουν τις αλλαγές στη διάθεση, αλλά αν έχουν οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό Κατάθλιψης μπορεί γίνουν πιο ευάλωτοι σε μια τέτοια αλλαγή. Μερικά από αυτά τα φάρμακα προκαλούν συμπτώματα όπως αίσθημα κακουχίας ή απώλεια της όρεξης που μπορεί να εκλαμβάνεται λανθασμένα ως Κατάθλιψη.

Τέτοια φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν Κατάθλιψη είναι :

- Αντιμικροβιακές ουσίες, αντιβιοτικά, αντιμυκητιασικά, και αντικά φάρμακα όπως :
ακυκλοβίρη (Zovirax), άλφα-ιντερφερόνες, κυκλοσερίνη (Seromycin), εθαμβουτόλη (Myambutol), λεβοφλοξασίνη (Levaquin), μετρονιδαζόλη (Flagyl), στρεπτομυκίνη, σουλφοναμίδες (AVC, Sultrin, Trysul), τετρακυκλίνη
- Καρδιακά και φάρμακα ρύθμιση της πίεσης όπως :
β-αναστολείς (Inderal), μετοπρολόλη (Lopressor, Toprol XL), ατενολόλη (Tenormin), βεραπαμίλη (Calan, Isoptin, Verelan), νιφεδιπίνη (Adalat CC, Procardia XL), διγοξίνη (Digitek, Lanoxicaps, Lanoxin), δισοπυραμίδιο (Norpace), μεθυλντόπα (Aldomet)
- Ορμόνες όπως :
Αναβολικά στεροειδή, δαναζόλη (Danocrine), πρεδνιζόνη και αδρενοκορτικοτροπική ορμόνη, οιστρογόνα (Premarin, Prempro), από του στόματος αντισυλληπτικά
- Ηρεμιστικά, βοηθήματα αντιμετώπισης αϋπνίας, και ηρεμιστικά βαρβιτουρικά όπως:
φαινοβαρβιτάλη (Solfoton), σεκοβαρβιτάλη (Seconal), διαζεπάμη (Valium) και κλοναζεπάμη (Klonopin)
- Διάφορα άλλα όπως :
ακεταζολαμίδη (Diamox), αντιόξινα (Tagamet, Zantac) αντιεπιληπτικά φάρμακα, βακλοφαίνη (Lioresal), αντικαρκινικά φάρμακα (Elspar), κυκλοσπορίνη (Neoral, Sandimmune), δισουλφιράμη (Antabuse), ισοτρετινοΐνη (Accutane), λεβοντόπα (Larodopa), μετοκλοπραμίδη (Octamide, Reglan), ναρκωτικά φάρμακα αντιμετώπισης του πόνου (π.χ., κωδεΐνη, Περκοντάν, Demerol, μορφίνη), απεξάρτηση από την κοκαΐνη ή τις αμφεταμίνες.

Οι ερευνητές έχουν μάθει πολλά σχετικά με τη βιολογία της Κατάθλιψης. Έχουν εντοπιστεί τα γονίδια που καθιστούν τα άτομα πιο ευάλωτα σε διαταραχές διάθεσης και επηρεάζουν το πώς ένα άτομο ανταποκρίνεται στην φαρμακευτική αγωγή. Μια μέρα, αυτές οι ανακαλύψεις θα πρέπει να οδηγήσουν σε καλύτερη, πιο εξατομικευμένη θεραπεία αλλά αυτό είναι πιθανό να είναι ακόμη μακριά. Και ενώ οι ερευνητές ξέρουν τώρα περισσότερο από ποτέ για το πώς ο εγκέφαλος ρυθμίζει τη διάθεση, η πλήρης κατανόησή τους για τη βιολογία της Κατάθλιψης είναι μακριά ακόμη. (Miller et al., 2013)

4.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σε κάποιο σημείο της ζωής τους, σχεδόν όλοι θα συναντήσουν στρεσογόνα γεγονότα : ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η απώλεια θέσης εργασίας, μια ασθένεια ή μια φθορά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Κάποιοι επίσης πρέπει να αντιμετωπίσουν

- Loneliness
- Lack of social support
- Recent stressful life experience(s)
- Family history of depression
- Marital or relationship problems
- Financial strain
- Early childhood trauma or abuse
- Alcohol or drug abuse
- Unemployment or underemployment
- Health problems or chronic pain

Τροποποιημένη από : <https://dont4get2loveyourself.files.wordpress.com/2013/08/depression-cause-and-risk.jpg>

την πρόωγη απώλεια ενός γονέα, τη βία, ακόμη και τη σεξουαλική κακοποίηση. Αν και όχι όλοι που αντιμετωπίζουν αυτές τις καταστάσεις δεν αναπτύσσουν μια διαταραχή διάθεσης - στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι δεν το κάνουν - το στρες παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση Κατάθλιξης.

Ορισμένα γεγονότα μπορεί να έχουν διαρκής σωματικές, καθώς επίσης και συναισθηματικές, συνέπειες. Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι πρώιμες απώλειες ανθρώπων του στενού περιβάλλοντός τους και το συναισθηματικό τραύμα που ακολουθεί μπορεί να αφήσουν τα άτομα πιο ευάλωτα στην Κατάθλιψη αργότερα στη ζωή τους. Απώλειες τέτοιες στην παιδική ηλικία, όπως ο θάνατος ενός γονέα ή η ανάκληση της αγάπης ενός κοντινού προσώπου, μπορεί να έχουν απήχηση σε όλη τη ζωή, και τελικά να οδηγήσουν στην Κατάθλιψη. Όταν ένα άτομο δεν γνωρίζει την πηγή της ασθένειάς του, δεν μπορεί εύκολα να αποφύγει την Κατάθλιψη. Επιπλέον, εκτός εάν το πρόσωπο αποκτά μια συνειδητή κατανόηση της πηγής της κατάστασης, μετεπειτα απώλειες ή απογοητεύσεις μπορεί να προκαλέσουν την επιστροφή της. (Miller et al., 2013)

4.3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Τα τραύματα μπορεί επίσης να μείνουν ανεξίτηλα χαραγμένα στην ψυχή. Μια μικρή αλλά ενδιαφέρουσα μελέτη στο περιοδικό της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης έδειξε ότι οι γυναίκες που είχαν κακοποιηθεί σωματικά ή σεξουαλικά ως παιδιά είχαν πιο ακραίες αντιδράσεις στρες από τις γυναίκες που δεν είχαν κακοποιηθεί. Οι γυναίκες αυτές είχαν υψηλότερα επίπεδα των ορμονών του στρες (ACTH) και της κορτιζόλης, και η καρδιά τους χτυπούσε πιο γρήγορα όταν εκτελούσαν αγχωτικά καθήκοντα, όπως η εργασία επίλυσης μαθηματικών εξισώσεων ή μιλώντας μπροστά σε ένα ακροατήριο.

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα τραύματα προκαλούν ανεπαισθητες αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου που ευθύνεται για τα συμπτώματα της Κατάθλιψης και του άγχους. Οι βασικές περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην αντίδραση στο στρες μπορεί να μεταβληθούν στο χημικό ή κυτταρικό επίπεδο. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να περιλαμβάνουν διακυμάνσεις στην συγκέντρωση των νευροδιαβιβαστών ή βλάβη των νευρικών κυττάρων. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διευκρινιστεί ακριβής σχέση μεταξύ εγκεφάλου, ψυχολογικού τραύματος και Κατάθλιψης. (Miller et al., 2013)

4.3.2 ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ:

Ο ψυχαναλυτής Karl Abraham πρότεινε ότι η Κατάθλιψη είναι μία εκδήλωση της διέγερσης που γυρνά στον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος είναι ανίκανος να εκφράσει θυμό προς αγαπημένα πρόσωπα. Η επίθεση σε προσβολές άλλων, που είναι ψυχολογικά μέρος του εαυτού, κλονίζει την ικανότητα επαφής και προκαλεί αρνητικό συναίσθημα. Υπέρ αυτής της υπόθεσης είναι το γεγονός ότι πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν ανοικτά το θυμό τους, είτε γιατί δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους είτε γιατί φοβούνται την εγκατάλειψη από το αγαπημένο πρόσωπο από το οποίο εξαρτώνται έντονα. Ωστόσο, φαίνεται απίθανη η άμεση μετατροπή του θυμού σε Κατάθλιψη σε τέτοια άτομα, διότι πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς είναι εμφανώς ευερέθιστοι.

Μία πιο πιθανή εξήγηση είναι ότι η εξάρτηση, η ευαισθησία στην απώλεια και η έλλειψη θετικότητας οδηγεί τους καταθλιπτικούς ανθρώπους να κρύβουν το θυμό τους ή ακόμη τη διαφωνία τους με την άποψη των άλλων, μέχρι αυτός ο θυμός να τους κατακλύσει και τότε εισβάλλει στις καθημερινές αλληλεπιδράσεις. Αυτό το πρόβλημα μπορεί να συνδέεται με την αύξηση της έντασης όλων των συναισθηματικών εμπειριών στην Κατάθλιψη. (Πολυζόπουλος, 2009)

A. ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Μία υπόθεση που εκφράστηκε αρχικά από τον Edward Bibring είναι ότι το κεντρικό ψυχολογικό σφάλμα στην Κατάθλιψη είναι η έλλειψη αυτοεκτίμησης. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, οι ασθενείς που έχουν τάση Κατάθλιψης είναι υπέρμετρα φιλόδοξα, τυπικά άτομα με μη ρεαλιστικές ιδέες υψηλού εγώ. Η Κατάθλιψη αντιπροσωπεύει την απώλεια αυτοεκτίμησης και της ζωντανίας, που προκύπτει από την αποτυχία να φτάσει τα υψηλά εσωτερικά πρότυπα που είναι σημαντικά για την άποψη που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του. Αυτή η άποψη επεκτάθηκε σε προσωπική θεωρία, η οποία τονίζει τον κεντρικό ρόλο του ατόμου ως δύναμη οργάνωσης και καθοδήγησης όλων των πνευματικών λειτουργιών. Χωρίς συνοχή, οι πνευματικές δραστηριότητες είναι αποσπασματικές και αναποτελεσματικές. Χωρίς αίσθηση ζωτικότητας, υπάρχει ανεπαρκής φυσική τροφοδοσία της αισιοδοξίας και η χρήσιμη δέσμευση με προκλήσεις. Σε αυτό το πλαίσιο, η Κατάθλιψη οργανώνεται γύρω από μία αίσθηση προσωπικής υποτίμησης.

Έχει καθιερωθεί ότι η προνοσηρή προσωπικότητα των καταθλιπτικών ασθενών είναι τελειοθηρική, συμπεριλαμβανομένων των υψηλών απαιτήσεων που έχουν από τον εαυτό τους και από τους άλλους. Ωστόσο, αυτή η άποψη βασίζεται αρχικά σε αναδρομική ανάκληση από τους ασθενείς, η οποία μπορεί να επηρεάζεται από την παρούσα ψυχική κατάσταση. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι ένα σύμπτωμα της Κατάθλιψης, αλλά δεν έχει προς το παρόν αποδειχθεί ότι είναι μία αιτία της. Από την άλλη πλευρά, οι μηρεαλιστικές απαιτήσεις από τον εαυτό και από τους άλλους επικαλούνται από τις γνωσιακές θεωρίες της Κατάθλιψης, οι οποίες χρησιμοποιούν πιο υποκειμενικές μετρήσεις και πιο προσεκτικές μελέτες τέτοιων απαιτήσεων. (Πολυζόπουλος, 2009).

B. ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Στη διαπροσωπική θεωρία τονίζονται τέσσερα βασικά διαπροσωπικά θέματα: σταθερή θλίψη, διαφωνίες μεταξύ συντρόφων και μελών της οικογένειας σχετικά με το ρόλο και τις ευθύνες των σχέσεων, μετάβαση σε νέους ρόλους, όπως ο ρόλος του γονέα ή του συνταξιούχου και τα ελλείμματα κοινωνικών ικανοτήτων που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση μίας σχέσης. Όπως και σε άλλες ψυχοδυναμικές θεωρίες, η καταθλιπτική διάθεση και η αλλαγές της βιολογίας θεωρείται ότι είναι απάντηση στην απώλεια ή στο φόβο της απώλειας.

Η ψυχοθεραπεία που προέρχεται από την διαπροσωπική θεωρία έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική ως πρωταρχική θεραπεία της Κατάθλιψης και ως συμπληρωματική θεραπεία στη διπολική διαταραχή, αν και αυτό δεν αποδεικνύει ότι η αιτιολογική άποψη που κρύβεται πίσω από την ψυχοθεραπεία είναι ακριβής. (Πολυζόπουλος, 2009).

Γ. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Η γνωσιακή θεωρία, η οποία σχετίζεται με την υπόθεση που προέρχεται από μία πρόωμη ιδέα, που ονομάστηκε λογική συγκινησιακή θεραπεία, υποστηρίζει ότι η αρνητική σκέψη είναι μάλλον η αιτία παρά το αποτέλεσμα της Κατάθλιψης. Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο, οι πρόωμες εμπειρίες οδηγούν στην ανάπτυξη συνολικά αρνητικών υποθέσεων που ονομάζονται σχήματα. Τα καταθλιπτικά σχήματα περιλαμβάνουν υποθέσεις, όπως: «Εάν δεν είμαι τελείως ευτυχισμένος, τότε είμαι πλήρως δυστυχισμένος...» «Εάν κάτι δεν γίνεται τελείως σωστά, τότε είναι άχρηστο...» κτλ.

Η αποτυχία σε μία προσπάθεια κάνει τον ασθενή να αισθάνεται πλήρη αποτυχία. Μία ασθένεια ή άλλη κατάσταση που απαιτεί βοήθεια κάνει τον ασθενή να σκέφτεται 'είμαι πλήρως εξαρτημένος' ή 'δεν μπορώ να κάνω τίποτε μόνος μου'. Αυτές οι αρνητικές απόψεις ή αρνητικές γνώσεις υποστηρίζονται από τις προφητείες αυτο-ικανοποίησης, οι οποίες ενισχύουν την αρνητική σκέψη. Για παράδειγμα, ο ασθενής που αισθάνεται αδύναμος διότι δεν μπόρεσε να επηρεάσει την έκβαση μίας σύνθετης και δύσκολης κατάστασης σταματά την προσπάθεια να κάνει οτιδήποτε για να αντιμετωπίσει απώτερες, πιο απλές καταστάσεις.

Όταν αυτή η έλλειψη προσπάθειας οδηγεί σε επόμενες αποτυχίες, η άποψη του ασθενούς ότι τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να επηρεαστούν οι συνθήκες του περιβάλλοντος φαίνεται να επιβεβαιώνεται. Συστηματικά λάθη στη σκέψη οδηγούν σε καταστροφική σκέψη και η μετάφραση απλών αρνητικών γεγονότων σε συνολικά αρνητικές προσωπικές απαιτήσεις, απαιτήσεις από το περιβάλλον και από το μέλλον. (Πολυζόπουλος, 2009).

Δ. ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ

Μία άποψη που σχετίζεται με τη γνωσιακή θεωρία είναι η εκμάθηση αδυναμίας, η οποία αρχικά αποδείχθηκε πειραματικά από τον ψυχολόγο Martin Seligman (1975). Το κλασικό παράδειγμα εκμάθησης αδυναμίας περιλαμβάνει την έκθεση ενός ζώου σε δυσάρεστο ερέθισμα από τον οποίο δεν μπορεί να ξεφύγει, αλλά που δεν προκαλεί βλάβη, όπως είναι το ήπιο ηλεκτρικό shock. Στην αρχή το ζώο προσπαθεί να αποφύγει το shock, αλλά όταν διαπιστώσει ότι η απόδραση είναι αδύνατη, ξαπλώνει κάτω και δέχεται το shock παθητικά. Εάν η κατάσταση αλλάξει, ώστε το ζώο να μπορεί να φύγει από το ερέθισμα, το ζώο συνεχίζει να λειτουργεί όπως όταν δεν μπορούσε να φύγει. Το ζώο δεν μπορεί να πειστεί να φύγει μακριά από το shock. Μόνο το έντονο τράβηγμα του ζώου σε ασφαλές μέρος αναστρέφει την συμπεριφορά αδυναμίας που έμαθε.

Η δεύτερη προσπάθεια εκμάθησης της αδυναμίας αναπτύσσεται πιο εύκολα από το πρώτο επεισόδιο. Η εκμάθηση αδυναμίας η οποία αναπτύχθηκε σε μία κατάσταση μπορεί να εμφανιστεί και σε άλλες καταστάσεις. Η εκμάθηση αδυναμίας μοιάζει με την παθητική συμπεριφορά απόσυρσης στην Κατάθλιψη και η αντίσταση στην αναστροφή μίας αρνητικής εμπειρίας υπενθυμίζει τις αρνητικές απαιτήσεις αυτοικανοποίησης της Κατάθλιψης.

Εξετάζοντας όλα αυτά τα δεδομένα, έχει προταθεί ότι η προηγούμενη εμπειρία με ανεξέλεγκτες καταστάσεις δημιουργεί μία προδιάθεση για εκμάθηση αδυναμίας. Σε απάντηση νέων ανεξέλεγκτων καταστάσεων, αναπτύσσεται πιο σοβαρή εκμάθηση

αδυναμίας, γρηγορότερα από ότι στο παρελθόν, που οδηγεί σε συμπεριφορές και αντιλήψεις Κατάθλιψης. Με δεδομένο ότι η εκμάθηση αδυναμίας είναι παρόμοια με την απώλεια, στο ότι περιλαμβάνει μικτές καταστάσεις εγρήγορσης και παθητικότητας, μπορεί να εγκατασταθεί σε ένα παρόμοιο φυσιολογικό υπόστρωμα. (Πολυζόπουλος, 2009).

Ε. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Οι συμπεριφορικές θεωρίες της Κατάθλιψης, οι οποίες σχετίζονται με την εκμάθηση αδυναμίας, υποστηρίζουν ότι η Κατάθλιψη προκαλείται από την έλλειψη ενίσχυσης των μη καταθλιπτικών συμπεριφορών, που έχει ως αποτέλεσμα προβλήματα σε κοινωνικές συμπεριφορές επαφής, όπως η θετικότητα, η θετική απάντηση στις προκλήσεις και η αναζήτηση με άλλους τρόπους σημαντικών ενισχύσεων, όπως η αγάπη, η φροντίδα και η προσοχή.

Την ίδια στιγμή που η περιβαλλοντική επιβράβευση δεν επέρχεται πλέον με θετική συμπεριφορά, η αδυναμία του ασθενούς, οι εκδηλώσεις άγχους, τα φυσικά ενοχλήματα και άλλες καταθλιπτικές συμπεριφορές μπορεί να επιβραβευσθούν, ιδίως εάν σημαντικοί άνθρωποι δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στην ανικανότητα παρά στην επάρκεια. Η απώλεια κινητοποιεί μία μεγάλη κοινωνική ενίσχυση, μαζί με τη ρήξη ενός σημαντικού δεσμού επαφής, που οδηγεί σε καταθλιπτική συμπεριφορά, εάν ο ασθενής δεν έχει αναπτύξει επαρκές από θέμα συμπεριφορών επαφής και δεν έχει άλλες πηγές ενίσχυσης.

Όπως οι αρνητικές αντιλήψεις, οι καταθλιπτικές συμπεριφορές αναμένεται να οδηγήσουν σε καταθλιπτική διάθεση. Υπάρχουν κάποιες απορίες για το εάν η διαπροσωπική επιβράβευση επηρεάζει τη συμπεριφορά. Εάν σημαντικοί άνθρωποι δίνουν προσοχή στις εκδηλώσεις αδυναμίας και ανεπάρκειας παρά στις εκδηλώσεις ικανοτήτων, αυτό μπορεί να μετρά υπέρ της Κατάθλιψης. (Πολυζόπουλος, 2009).

ΣΤ. ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται λύπη όταν το καλοκαίρι φεύγει, αλλά μερικοί πραγματικά αναπτύσσουν Κατάθλιψη με την αλλαγή της εποχής. Γνωστή ως εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (Ε.Δ.Ε.), αυτή η μορφή της Κατάθλιψης επηρεάζει περίπου το 1% έως 2% του πληθυσμού, ιδίως των γυναικών και των νέων.

Η Ε.Δ.Ε. φαίνεται να προκαλείται από την πιο περιορισμένη έκθεση στο φως της ημέρας, συνήθως κατά τη διάρκεια του φθινοπώρου ή τους μήνες του χειμώνα και υποχωρεί την άνοιξη. Τα συμπτώματα είναι παρόμοια με την Κατάθλιψη και γενικά περιλαμβάνουν λήθαργο, απώλεια ενδιαφέροντος για τις, συνήθως, ευχάριστες δραστηριότητες, ευερεθιστότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, και μια αλλαγή στα πρότυπα ύπνου, την όρεξη, ή και τα δύο.

Για την καταπολέμηση της ΕΔΕ, οι γιατροί προτείνουν την άσκηση, ιδίως υπαίθριες δραστηριότητες κατά τη διάρκεια των ωρών της ημέρας. Εκθέτοντας τον εαυτό μας σε έντονο τεχνητό φως μπορεί επίσης να βοηθήσει. Επίσης Φωτοθεραπεία, που συνήθως

πραγματοποιείται με τα άτομα να κάθονται κοντά σε μια ειδική πηγή φωτός που είναι πολύ πιο έντονη από το κανονικό φως εσωτερικών χώρων για 30 λεπτά κάθε πρωί. Το φως πρέπει να περνά μέσα από τα μάτια για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία, καθώς η έκθεση του δέρματος δεν έχει αποδειχθεί ότι λειτουργεί. Μερικοί άνθρωποι αισθάνονται καλύτερα μετά από μία μόνο θεραπεία φωτός, αλλά οι περισσότεροι άνθρωποι χρειάζονται τουλάχιστον λίγες ημέρες θεραπείας, και μερικοί χρειάζονται αρκετές εβδομάδες. Αν αυτή η θεραπεία δε φέρει αποτέλεσμα, τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να προσφέρουν ανακούφιση. (Miller et al., 2013).

Z. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Το 2006, μια ομάδα ερευνητών παρουσίασαν ευρήματα που υποστηρίζουν τη θεωρία ότι τα συμπτώματα της ΕΔΕ μπορεί να προέρχονται από ένα ρολόι του σώματος που δεν κρατά το χρόνο σωστά. Ισχυρίζονταν ότι αυτοί οι ρυθμοί μπορεί να διαταραχθούν από την αυγή και το σούρουπο στις αρχές του χειμώνα. Οι ερευνητές παρακολούθησαν τις συνήθειες ύπνου και τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε 68 ασθενείς με ΕΔΕ. Με την εξέταση υγιών ατόμων, οι ερευνητές καθόρισαν ότι οι καρδιακοί ρυθμοί συγχρονίζονται όταν η μελατονίνη εκκρίνεται περίπου έξι ώρες πριν από το μέσον του ύπνου. Σε περίπου 70% των ατόμων με ΕΔΕ, το διάστημα ήταν μικρότερο από έξι ώρες, πράγμα που σημαίνει ότι η μελατονίνη παράγεται αργά, ίσως λόγω της αργότερης αυγής το χειμώνα. Περίπου το 30% των συμμετεχόντων της μελέτης είχαν το αντίθετο πρόβλημα: το χρονικό διάστημα μεταξύ της παραγωγής μελατονίνης και του κεντρικού σημείου του ύπνου ήταν μεγαλύτερο από ό, τι τα ιδανικά των έξι ωρών.

Οι ασθενείς με Ε.Δ.Ε. χωρίστηκαν τυχαία σε τρεις ομάδες: δύο που έλαβαν χαμηλές δόσεις μελατονίνης (μία ομάδα το πρωί και η άλλη το απόγευμα) και μια που έλαβε εικονικό φάρμακο. Με τον τρόπο αυτό, το καρδιακό ρολόι σε μερικά άτομα ήταν σωστά ρυθμισμένο και στους άλλους παρέμεινε εκτός συγχρονισμού. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα εξαφανίζονταν όταν συγχρονιστούν οι κύκλοι. Λαμβάνοντας μελατονίνη στο σωστό χρόνο της ημέρας - το απόγευμα για τα άτομα με αργό ρυθμό και το πρωί για εκείνους με πρώιμο ρυθμό - υπερδιπλασιάστηκε βελτίωσή τους στις βαθμολογίες της Κατάθλιψης, σε σύγκριση με τη λήψη της ορμόνης σε λάθος χρόνο ή σε σχέση με αυτούς που έλαβαν εικονικό φάρμακο.

Αυτή η μελέτη θέτει υπό αμφισβήτηση τη θεωρία ότι η θεραπεία φωτός είναι ευεργετική διότι μειώνει τα επίπεδα της μελατονίνης. Αν συνέβαινε αυτό, οι συμμετέχοντες που έλαβαν μελατονίνη δεν έπρεπε να εμφανίσουν βελτίωση, αλλά πολλοί εμφάνισαν. Οι ερευνητές έχουν ακόμα πολλά να μάθουν για το πώς το φως και η έκκριση μελατονίνης αλληλεπιδρούν με τη διάθεση-ρύθμιση της λειτουργίας του εγκεφάλου. (Miller et al., 2013)

Το άγχος έχει τις δικές του φυσιολογικές συνέπειες. Πυροδοτεί μια αλυσίδα χημικών αντιδράσεων και αντιδράσεων στο σώμα και αν η πίεση είναι βραχύβια, το σώμα επιστρέφει συνήθως στο φυσιολογικό. Αλλά όταν το άγχος είναι χρόνιο, τότε οι αλλαγές στο σώμα και τον εγκέφαλο μπορεί να είναι μακράς διάρκειας.

Επομένως, η γενετική σύσταση μας επηρεάζει πόσο ευαίσθητοι είμαστε σε στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Όταν γενετική, βιολογία, αλλά και αγχωτικές καταστάσεις της ζωής έρχονται μαζί, η Κατάθλιψη μπορεί να είναι το επακόλουθο.

5. ΣΥΜΤΩΜΑΤΑ-ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ



Τροποποιημένη από : <http://studentsagainstdepression.org/wp-content/uploads/2014/05/Warning-signs-poster-JPEG.jpg>

Η Κατάθλιψη είναι μια ψυχική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης για πράγματα ή καταστάσεις που πρωτίτερα ενδιέφεραν το άτομο. Η ψυχική αυτή διαταραχή συνοδεύεται από έντονα συναισθήματα λύπης και μια σημαντική μείωση του επιπέδου ενεργητικότητας του ατόμου. Οι επιπτώσεις που εμφανίζονται μπορεί να είναι ήπιες ή σοβαρής μορφής ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου, με κυριότερες τις :

5.1 ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η Κατάθλιψη επιδρά αναμφίβολα στον οργανισμό επιφέροντας εμφανείς σωματικές αλλαγές. Στα ήπια, αλλά παρά ταύτα, ενοχλητικά συμπτώματα συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων οι διαταραχές στον ύπνο. Αυτές εκδηλώνονται είτε με τη μορφή αϋπνίας (το άτομο δυσκολεύεται να κοιμηθεί, κάνει ανήσυχο ύπνο ή ξυπνάει πολύ νωρίς) είτε με τη μορφή της υπερυπνηλίας (κοιμάται πολλές ώρες την ημέρα και δυσκολεύεται να ξυπνήσει και να σηκωθεί, είτε με την παρουσίαση εφιαλτών στον ύπνο

Εκτός από τον ύπνο εμφανείς είναι οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες του ατόμου. Παρατηρείται είτε απώλεια της όρεξης με φυσικό επακόλουθο την απώλεια σωματικού

βάρους είτε υπερβολική όρεξη με αποτέλεσμα την απότομη και ξαφνική αύξηση βάρους. Διαταράσσεται επομένως και η λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος, που μπορεί να εκδηλωθεί με πόνους στο στομάχι, ναυτίες, διάρροια και προβλήματα εντέρου. Ένα πολύ δυσάρεστο σύμπτωμα είναι επίσης οι έντονοι πονοκέφαλοι από τους οποίους υποφέρει ο ασθενής και μπορεί να εξελιχθούν σε χρόνιες ημικρανίες. Στις συνήθεις σωματικές αλλαγές αναφέρονται ακόμη το αίσθημα κόπωσης και αδυναμίας, προβλήματα κίνησης και σεξουαλικές δυσλειτουργίες.

Η Κατάθλιψη θεωρείται επίσης ιδιαίτερα επικίνδυνη στην περίπτωση συννοσηρότητας. Επιστάται ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς με καρκίνο, ρευματοειδή αρθρίτιδα, σακχαρώδη διαβήτη, υπερθυρεοειδισμό, αρτηριακή υπέρταση, έλκος του δωδεκαδακτύλου και ψυχιατρικές παθήσεις όπως αγχώδεις διαταραχές. (Tyson, 2011)

5.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΜΝΗΜΗ

Υπάρχουν πολλές και διαφορούμενες απόψεις όσον αφορά τη σύνδεση της Κατάθλιψης με την απώλεια μνήμης. Οι επιστήμονες έχουν διχαστεί για το αν η Κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο πρόκλησης σοβαρών προβλημάτων μνήμης ή συνιστά απλώς μια ένδειξη των αλλαγών του εγκεφάλου που μπορεί να οδηγήσουν στη νόσο του Alzheimer ή σε άλλες μορφές άνοιας. Μελέτες ωστόσο έχουν καταδείξει ότι η εγκεφαλική κυτταρική δραστηριότητα στο μετωπιαίο λοβό μειώνεται σε ασθενείς με Κατάθλιψη. Αυτό εξηγείται από τα μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης η οποία ευθύνεται και για τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο.

Τα κυριότερα συμπτώματα που «κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου» για απώλεια μνήμης είναι η αδυναμία συγκέντρωσης, η διάσπαση προσοχής, η μειωμένη εγρήγορση και εν γένει οι αισθητηριακές διαταραχές. Ένα καταθλιπτικό άτομο δεν διαθέτει την ενέργεια που απαιτείται ώστε να εστιάσει κάπου την προσοχή του και να μείνει συγκεντρωμένο για πολλή ώρα. Αυτό, σε συνδυασμό με την γενικότερη απώλεια διάθεσης και ενεργητικότητας και την έλλειψη κινήτρων, το απωθεί από την προσπάθεια προσήλωσης σε ένα συγκεκριμένο σημείο. Δυσκολεύεται επίσης να οργανώσει τις σκέψεις του και να τις θέσει σε σειρά προτεραιότητας. Κατά συνέπεια αργεί να αντιληφθεί τυχόν αλλαγές γύρω του και να αντιδράσει γρήγορα και άμεσα.

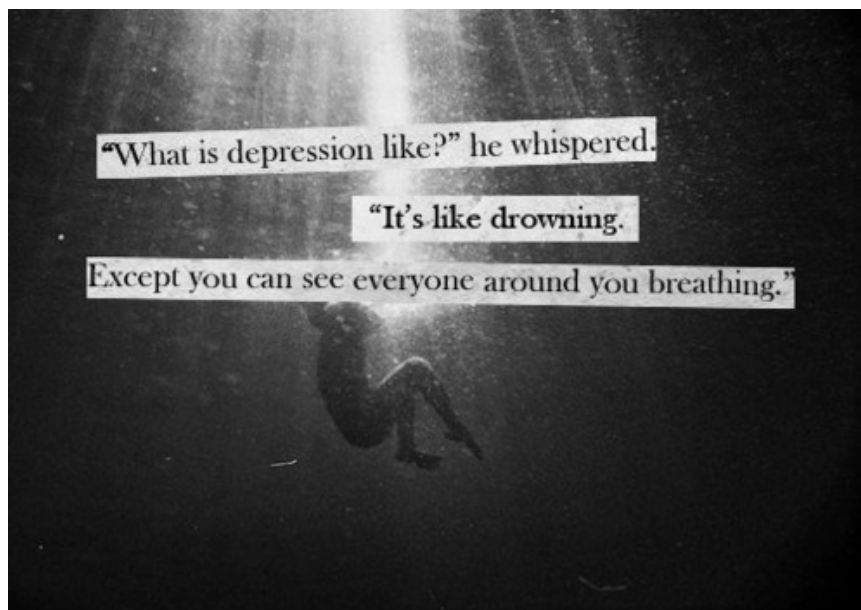
Η Κατάθλιψη έχει επίσης υποστηριχτεί ότι μειώνει την ικανότητα για τη δημιουργία μακροπροθέσμων αναμνήσεων. Το άτομο θυμάται μόνο σημαντικά γεγονότα, γεγονότα που του προκάλεσαν εντύπωση και αδυνατεί να ανακαλέσει ασήμαντες πληροφορίες. Το σημείο εκκίνησης για την απομνημόνευση πληροφοριών είναι η αισθητική ευαισθητοποίηση των πληροφοριών και η επεξεργασία αυτών των ερεθισμάτων από τον εγκέφαλο. Στον καταθλιπτικό ασθενή η εκτελεστική λειτουργία του εγκεφάλου είναι μειωμένη.

Μυαλό, διάθεση και μνήμη συνδέονται αμφίδρομα. Οι απαισιόδοξες επίσης σκέψεις που συνοδεύουν την Κατάθλιψη μπορεί να επιδράσουν σε προηγούμενες γνώσεις του εγκεφάλου και έτσι το άτομο να παρουσιάζει την τάση να συγκρατεί μόνο δυσάρεστα γεγονότα και αρνητικές εμπειρίες. Και πάλι όμως η σύνδεση της Κατάθλιψης με την απώλεια της γνωστικής λειτουργίας τίθεται υπό αμφισβήτηση. (Tyson, 2011)

5.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Προεξέχουσα θέση κατέχει η τάση απομόνωσης που εκδηλώνει το άτομο κατά τη θεραπεία και όχι μόνο της Κατάθλιψης. Αισθάνεται ότι κανείς δεν μπορεί να το καταλάβει και έτσι αρνείται οποιαδήποτε συναναστροφή με άτομα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος του. Νιώθει ότι βιώνει μια πρωτόγνωρη κατάσταση και κανείς δε γνωρίζει πώς να τον βοηθήσει. Κλείνεται λοιπόν στον εαυτό του και αποσύρεται κοινωνικά. Στην απόσυρση αυτή συνηγορούν εκτός από τα αισθήματα απομόνωσης και οι ενοχές που καταλαμβάνουν τον ασθενή. Νιώθει τύψεις για όλο αυτό που του συμβαίνει και εκλαμβάνει τη μοναξιά ως μια μορφή αυτοτιμωρίας που υποχρεούται να επιβάλλει στον εαυτό του.

Στην κοινωνική αλλοτρίωση συμβάλλει και ο φόβος της απόρριψης. Το άτομο διστάζει να επικοινωνήσει με τους γύρω του από το φόβο μήπως του το αρνηθούν. Έτσι δυσχεραίνει τις διαπροσωπικές του σχέσεις και αυτό λειτουργεί αντανακλαστικά και στον περίγυρο του. Η οικογένεια είναι εκείνη που υφίσταται στο



μεγαλύτερο βαθμό όλες αυτές τις δυσκολίες λόγω και της καθημερινής επαφής με τον ασθενή. Όλα τα μέλη της οικογένειας καλούνται να προσαρμόσουν τις καθημερινές τους συνήθειες στα νέα δεδομένα.

Καθώς ο ασθενής αδυνατεί ή αδιαφορεί να συμμετάσχει στις καθημερινές, λειτουργικές ανάγκες του σπιτιού, υπάρχει κίνδυνος να προκληθούν εντάσεις μεταξύ των υπολοίπων μελών. Δεδομένου ότι επιφορτίζονται με αυξημένες αρμοδιότητες και υποχρεώσεις γίνονται ευερέθιστοι και ευάλωτοι σε συναισθηματικές εξάρσεις. Πέρα από αυτό όμως, συχνά καταλαμβάνονται από αισθήματα ενοχής καταλογίζοντας υπαιτιότητα στον εαυτό τους για τον άνθρωπο τους. Κατηγορούν τους εαυτούς τους που δεν αντιλήφθηκαν εγκαίρως τον κίνδυνο και τώρα υφίστανται τις συνέπειες.

Ένας άλλος τομέας που δε μένει ανεπηρέαστος είναι η εργασία του ατόμου επιφέροντας τις ανάλογες οικονομικές επιπτώσεις. Ο ασθενής με Κατάθλιψη παρουσιάζει μειωμένη αποδοτικότητα στον επαγγελματικό του χώρο λόγω της αδυναμίας του να συγκεντρωθεί, της απώλειας της ενέργειας του και της σωματικής του κόπωσης. Πέρα από αυτό όμως αναγκάζεται συχνά να απουσιάζει από την δουλειά του με τον κίνδυνο αναστολής ή και τερματισμού της. Οι οικονομικές του απολαβές επομένως κινδυνεύουν να μειωθούν δραστικά φτάνοντας ίσως και στο σημείο να εκμηδενιστούν. Επιπλέον λόγω των συχνών αναρρωτικών

αδειών παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά παραγωγής και συνακόλουθα επιβράδυνση των αντίστοιχων εργασιών.

Σε ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η Κατάθλιψη συνιστά μια σημαντική επιβάρυνση στον κρατικό προϋπολογισμό σε ό,τι αφορά στον τομέα της υγείας εξαιτίας της συχνούς χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από τους ασθενείς της. (Tyson, 2011)

5.4 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η Κατάθλιψη επίσης έχει συνδεθεί και με προβλήματα μνήμης και επίσης συγκαταλέγεται στους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για απόπειρες αυτοκτονίας, τόσο σε ενήλικα, όσο και σε νεαρά άτομα. Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν κάποιον στην αυτοκτονία σχετίζονται με ψυχολογικούς, κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες. Οι δύο πρώτοι γίνονται ιδιαίτερα αισθητοί μέσα από τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνονται, όπως για παράδειγμα η έλλειψη κοινωνικών συναναστροφών, ρήξεις στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις του ατόμου, απομόνωση, απελπισία κ.τ.λ.

Όσον αφορά τους βιολογικούς παράγοντες, επιστημονικές μελέτες έχουν καταδείξει ότι σφάλματα στους υποδοχείς των νευρομεταβιστών του εγκεφάλου σχετίζονται με αυτοκτονικές τάσεις. Συγκεκριμένα υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης και η μειωμένη σεροτονινεργική μεταβολική δραστηριότητα επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου και μπορεί να οδηγήσουν σε βίαιες εκδηλώσεις και απόπειρες αυτοκτονίας.

Τα συνηθέστερα προειδοποιητικά σημάδια είναι τα ακόλουθα:

- Το άτομο κατακλύζεται από σκέψεις θανάτου. Στο μυαλό του η αυτοκτονία είναι κάτι ιδανικό και φαντάζει ως η μοναδική διέξοδος στο αδιέξοδο που βιώνει.
- Μιλάει για το θάνατο είτε στο πλαίσιο αστειύσεων είτε σοβαρών συζητήσεων. Φράσεις όπως «ο θάνατος είναι σωτηρία», «καλύτερα να πέθαινα», «όποιος πεθαίνει γλιτώνει» εντάσσονται όλο και συχνότερα στο καθημερινό του λεξιλόγιο. Μπορεί μάλιστα ακόμη και να γράφει ποιήματα για το θάνατο ή ιστορίες αυτοκτονίας και να απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει.
- Καταλαμβάνεται από αισθήματα απόγνωσης, απελπισίας, ματαιότητας, ενοχής, αποτυχίας και αναξιότητας.
- Αποσύρεται από φίλους του αλλά και από την οικογένεια, απομονώνεται και δεν επιδιώκει καμία συναναστροφή.
- Δεν απολαμβάνει καμία δραστηριότητα και αδιαφορεί για τα πάντα. Εδώ αξίζει να αναφερθεί και ο αντίποδας του ίδιου συμπτώματος: ορισμένοι άνθρωποι θέλοντας να



Τροποποιημένη από :
<http://www.hypnotherapyleicestershire.co.uk/images/depression2.JPG?454>

κρύψουν τα συναισθήματα τους οδηγούνται στο άλλο άκρο, της υπερδραστηριότητας, της υπερβολικής ενέργειας και διέγερσης.

- Υπάρχει η πιθανότητα να εκδηλώσει ενδιαφέρον για σύνταξη διαθήκης ή για ασφάλεια ζωής.
- Οδηγείται σε ακραίες συμπεριφορές που ελλοχεύουν τον κίνδυνο του θανάτου όπως για παράδειγμα γρήγορη οδήγηση.
- Ανεξήγητη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.
- Χαρίζει αγαπημένα του αντικείμενα σε πρόσωπα του περιβάλλοντος του.
- Επιδιώκει να συναντηθεί με πρόσωπα που είχε να δει καιρό θέλοντας έτσι να τα αποχαιρετήσει.
- Παρουσιάζει ξαφνικές διαταραχές στον ύπνο και στις διατροφικές του συνήθειες.

Οι έφηβοι συγκεκριμένα εκτός από τα προαναφερθέντα μπορεί επίσης να εμφανίσουν τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Ξαφνικές αλλαγές στην εμφάνιση τους όπως για παράδειγμα στα μαλλιά τους και στον τρόπο που ντύνονται.
- Αδικαιολόγητα και ξαφνικά ξεσπάσματα.
- Απώλεια της ικανότητας να συγκεντρωθούν στα μαθήματα τους, αφηρημάδα, μείωση της σχολικής επίδοσης.
- Σεξουαλική ασυδοσία.
- Αλλαγές στη φιλικές του σχέσεις.
- Αισθήματα ενοχής, ντροπής και θύμου.

Η αυτοκτονική διάθεση, είτε αφορά ενήλικα άτομα, είτε έφηβους, προλαμβάνεται με την έγκαιρη διάγνωση. Απαιτείται να γίνει ακριβής διαπίστωση της σημαντικότητας του κινδύνου και στη συνέχεια καθορισμός των παραγόντων που σχετίζονται με αυτόν ώστε να ακολουθηθεί η κατάλληλη παρέμβαση. (Tyson, 2011)

Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές όπως :

- Δυσκολία επεξεργασίας πληροφοριών (βραδύτητα, αστοχία)
- Μείωση διάρκειας προσοχής
- Έλλειψη συγκέντρωσης
- Διαταραχή ικανότητας λήψης αποφάσεων
- Αδυναμία συνεχών μεταβολών αντικείμενου της σκέψης

Διαταραχές ομιλίας - δυσκολία στην έκφραση των σκέψεων και στην κατανόηση της ομιλίας άλλων, επιλογή ακατάλληλων/λανθασμένων λέξεων.

Επιπλέον, ενδέχεται η εμφάνιση διαταραχών αντίληψης και αισθήσεων, όπως :

- Μεταβολές όρασης, ακοής ή αφής
- Απώλεια της αίσθησης χρόνου και τόπου και προσανατολισμού μέσα στον χώρο
- Διαταραχές γεύσης και όσφρησης
- Μεταβολές της αίσθησης ισορροπίας
- Αυξημένη αίσθηση του πόνου . (Δασκαλόπουλος, 2006)

Και άλλα σωματικά συμπτώματα όπως :

- Επίμονη κεφαλαλγία
- Ακραία αίσθηση νοητικής ή και σωματικής κόπωσης (μυϊκές κράμπες, ναυτία, εμετοί, βάρος στο στήθος, ξινή γεύση στο στόμα, ξηροστομία, πόνοι και δυσκαμψία στην πλάτη και το σβέρκο κ.ά.)
- Ανικανότητα και Αδυναμία (αδυναμία ακόμη και για το πιο απλό σωματικά πράγμα, παράπονα για σωματική αδυναμία, «παράλυση της βούλησης»)
- Διαταραχές κινητικότητας (αταξία, σπαστικότητα, τρόμος)
- Επιληπτικές κρίσεις (μετατραυματική επιληψία)
- Φωτοευαισθησία (αυξημένη ευαισθησία στο έντονο φως)
- Παράλυση
- Ομιλία η οποία είναι ακατάληπτη λόγω μειωμένου ελέγχου των μυών στα χείλη, την γλώσσα και την γνάθο ή/ και ακανόνιστου ρυθμού αναπνοής
- Χαρακτηριστικές εκφράσεις προσώπου που υποδηλώνουν τη θλίψη και τον ψυχικό τους πόνο

Τέλος, κάποιες άλλες Διαταραχές συμπεριφοράς όπως :

- Ευερεθιστότητα και ανυπομονησία
- Μειωμένη αντοχή σε καταστάσεις στρες
- Άγχος (60%- 70% των καταθλιπτικών αισθάνεται έντονο άγχος και μερικές φορές υπερβολική ανησυχία)
- Άρνηση της αναπηρίας
- Έλλειψη αναστολών (μπορεί να οδηγήσει σε επιθετικότητα, βωμολοχία και απρεπή σεξουαλικών συμπεριφορά)
- Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
- Ακαμψία
- Ισοπέδωση ή κορύφωση συναισθηματικών αντιδράσεων
- Έλλειψη ικανοποίησης (πολλοί καταθλιπτικοί χάνουν την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που συνήθιζαν να θεωρούν ευχάριστες, όπως οι νυχτερινές διασκεδάσεις, η μουσική, η συνάντηση με τους φίλους κλπ.)
- Θλίψη και Δυστυχία (Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που πάσχουν από Κατάθλιψη, αναφέρει αίσθημα θλίψης και δυστυχίας. Τα συναισθήματα αυτά κυμαίνονται μεταξύ της ήπιας θλίψης ή της μελαγχολίας και της βαθιάς απελπισίας, και περιγράφονται από το καταθλιπτικό άτομο ως μοναξιά και απογοήτευση. Τα άτομα αυτά θεωρούν την κατάστασή τους μη αναστρέψιμη, κλαίνει συχνά και νιώθουν μια ανεξήγητη εσωτερική θλίψη. Άλλες πάλι φορές μπορεί να κοιτούν ανέκφραστα τον ίδιο τοίχο για ώρες, βιώνοντας ένα είδος ψυχρού εσωτερικού κενού) (Gatchel, 2008)

Η Κατάθλιψη είναι αναμφίβολα μια σοβαρή κατάσταση και οι επιπτώσεις της έχουν αντίκτυπο σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ατόμου που την έχει υποστεί. Επιφέρει αλλαγές όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο αλλά και σε ψυχολογικό. Επιδρά στην ψυχοσύνθεση του ασθενούς, στις σχέσεις του με τα άτομα του περιβάλλοντος του και εν γένει στις κοινωνικές του σχέσεις. Οι επιπτώσεις της ωστόσο δεν περιορίζονται μόνο στο άτομο που πάσχει από αυτήν, αλλά εκτείνονται και στην οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον του. Η επιρροή αυτή, αν και έμμεση, είναι εξίσου σημαντική. (Tyson, 2011)

6. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Όπως υπήρξαν μετατοπίσεις απόψεων στην ερμηνεία των ψυχοφυσιολογικών διαταραχών, έτσι συνέβησαν και αλλαγές στην ταξινόμησή τους κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Ασθενειών (DSM) υιοθετήθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στα 1952 ως το επίσημο εργαλείο ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών.

Στην αρχική του έκδοση, υπήρχε μια κατηγορία με το όνομα ψυχοσωματικές διαταραχές. Εννέα κύριες κατηγορίες διαταραχών χωρίστηκαν σύμφωνα με το μέρος ή το σύστημα του σώματος που είχε προσβληθεί. Οι διαταραχές ταξινομούνταν ως ψυχοσωματικές ασθένειες όταν δεν μπορούσε να αποδοθεί μια σαφής ιατρική αιτιολογία. Με την αύξηση της γνώσης, ότι ψυχολογικοί ή συναισθηματικοί παράγοντες είναι σημαντικοί στην εμφάνιση ή στην επιδείνωση των περισσότερων οργανικών ασθενειών, χρειάστηκε να αλλάξει το σύστημα ταξινόμησης. Η έρευνα έχει αποδείξει την εμπλοκή ψυχολογικών παραγόντων στην αιτιολογία αρκετών ασθενειών, που κυμαίνονται από νευρολογικά νοσήματα όπως είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας, έως μολυσματικές ασθένειες και κακοήθεις νόσους όπως η φυματίωση και η λευχαιμία, αντίστοιχα.

Το αρχικό DSM, δεν έλαβε υπόψη του αυτά τα στοιχεία. Στα 1968, υιοθετήθηκε μια τροποποιημένη έκδοση του, το DSM-II, που συντάχθηκε σε συνεργασία με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Σε αυτή την καινούργια έκδοση, ο όρος ψυχοφυσιολογική διαταραχή αντικατέστησε τη ψυχοσωματική διαταραχή σε μια προσπάθεια αποσύνδεσης της ορολογίας από την παλαιότερη άποψη ότι οι ψυχολογικές και οι σωματικές μεταβλητές είναι ανεξάρτητες.

When diagnosing depression be aware of:

- ◆ Differences in explanatory models
- ◆ Unwillingness by the patient to disclose all symptoms
- ◆ Somatic presentations of symptoms and somatic comorbidity
- ◆ Variation of clinical features across cultures
- ◆ Barriers between doctor and patient—eg, linguistic, racial
- ◆ Insufficient probing of symptoms and history by the clinician
- ◆ Doctor's attitude and familiarity with depression

Τροποποιημένη από : <http://www.medicographia.com/wp-content/uploads/2011/06/9.jpg>

Μια νεώτερη και σημαντικά αναθεωρημένη έκδοση του DSM, το DSMIII, εκδόθηκε το 1980. Σε αυτές τις πρόσφατες εκδόσεις, η κατηγορία ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν οργανικές καταστάσεις PFARC (psychological factors affecting physical conditions), έχει αντικαταστήσει τον προηγούμενο όρο ψυχοφυσιολογικές διαταραχές σε μια περαιτέρω προσπάθεια να δοθεί έμφαση στο βαθμό που οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν οποιαδήποτε οργανική διαταραχή. Οι Lipp, Looney, και Spitzer (1977) πρώτοι υπέδειξαν ότι οι νεώτερες εκδόχές του συστήματος αξιολόγησης (DSM-III) θα έπρεπε να λάβουν υπόψη το βαθμό, στον οποίο οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τις οργανικές καταστάσεις. Στην πρόταση τους, η οποία αργότερα υιοθετήθηκε και ενσωματώθηκε στις καινούργιες εκδόσεις του εγχειριδίου, πρότειναν να διαγραφεί το ξέχωρο

τιμήμα των ψυχοφυσιολογικών διαταραχών και να αντικατασταθεί με τιμήμα που να ονομάζεται «Ψυχολογικοί Παράγοντες και Οργανικές Συνθήκες».

Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία παρουσίασε μια νεότερη αναθεώρηση του DSM, το DSM-IV, που εκδόθηκε γύρω στα τέλη του 1993 με αρχές του 1994. Σε μια επισκόπηση των πιθανών αλλαγών σε αυτή την καινούργια έκδοση, οι Stoudemine και Hales (1991) ανέφεραν ότι δεν υπάρχουν πολλές ενδείξεις για το αν η κατηγορία PFAPC του DSM-III-R έχει χρησιμοποιηθεί ικανοποιητικά σε κλινικό ή ερευνητικό περιβάλλον. Η υποεπιτροπή του DSM-IV PFAPC αποφάσισε να διατηρήσει την κατηγορία του PFAPC, αλλά με διαφορετική ονομασία ως «Ψυχολογικοί ή Συμπεριφορικοί Παράγοντες που Επιδρούν σε Μη-Ψυχιατρική Ιατρική Συνθήκη». Σε αυτή την καινούργια έκδοση, απαιτείται από τον κλινικό να προσδιορίσει το είδος των παραγόντων που επηρεάζουν μια ιατρική κατάσταση.

Επιπλέον, η κατηγορία έχει διευρυνθεί για να συμπεριλάβει συμπεριφορικούς παράγοντες δημόσιας υγείας καθώς και τη ψυχιατρική νοσηρότητα στο ιατρικό αποτέλεσμα. Σύμφωνα με το DSM-IV οι Καταθλιπτικές Διαταραχές διακρίνονται στις :

- Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή
- Δυσθυμική Διαταραχή
- Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Gatchel, 2008)

6.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Είναι ο πιο συχνός τύπος Κατάθλιξης. Το κυριότερο σύμπτωμα που έχουν όλοι όσοι πάσχουν από Κατάθλιξη είναι ένα αίσθημα “κενού” ή λύπης που επιμένει για αρκετές εβδομάδες. Άλλα συμπτώματα είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος και απόλαυσης στις συνηθισμένες δραστηριότητες, συνεχές αίσθημα κούρασης, προβλήματα στον ύπνο, αλλαγές στη διατροφή, ευερεθιστότητα, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, αισθήματα ενοχής, αναξιότητας και απελπισίας καθώς και δυσκολία στη μνήμη, τη συγκέντρωση και τη λήψη αποφάσεων. (Tyrell, 2011)

Τα συμπτώματα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου αναπτύσσονται συνήθως μέσα σε μια περίοδο ημερών ή εβδομάδων. Μπορεί, όμως, ν' αναπτυχθούν αρκετά ξαφνικά και απότομα, ιδιαίτερα μετά από ένα σοβαρό στρες της ζωής. Προηγούνται, μερικές φορές, για μήνες ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, φοβίες ή προσβολές πανικού.

Τα περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (τα δύο τρίτα περίπου των περιπτώσεων) αυτοπεριορίζονται και έχουν καλή πρόγνωση, ακόμη και χωρίς ειδική θεραπεία. Οποσδήποτε, όμως, ειδικές σωματικές θεραπείες, όπως αντικαταθλιπτικά και ηλεκτροσόκ, ελαττώνουν την ένταση των συμπτωμάτων και επιταχύνουν την ανάρρωση. Πριν την εμφάνιση των σωματικών θεραπειών τα περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια διαρκούσαν έξι ως οκτώ μήνες. Με τη βοήθεια των θεραπειών αυτών τα επεισόδια διαρκούν τώρα μόνον εβδομάδες. Στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια υποχωρούν μερικώς ή καθόλου.

Τα άτομα που έχουν μερική μόνο ύφεση κινδυνεύουν περισσότερο να έχουν και άλλα επεισόδια και επίσης να συνεχίσουν το σχήμα της μερικής ανάρρωσης μεταξύ των επεισοδίων. Έτσι, ο προσδιορισμός της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής Με ή Χωρίς Πλήρη Ανάρρωση Μεταξύ των Επεισοδίων έχει προγνωστική σημασία.

6.1.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο) ή περισσότερα (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα) Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, χωρίς ιστορικό Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού Επεισοδίου. Αν παράλληλα Διαταραχή (εκτός, βέβαια, αν υπεύθυνη για την αλλαγή της διάθεσης είναι κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή, κάποια ουσία ή τοξίνη ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση, οπότε η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής παραμένει και μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της Διαταραχής της Διάθεσης Προκαλούμενης από Ουσίες, Με μανιακά ή Με Μεικτά Στοιχεία ή της Διαταραχής της Διάθεσης Οφειλόμενης σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Με Μανιακά ή Μεικτά Στοιχεία).

6.1.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ DSM-IV-TR ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

A. Πέντε (ή και περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα εμφανίζονται σε διάστημα δυο εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα: (τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση είτε η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης)



Τροποποιημένη από : <http://216.70.93.183/wp-content/uploads/2012/08/dual-diagnosis-therapy.jpg>

- Καταθλιπτική διάθεση στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθημάτων ή κενού) ή από παρατηρήσεις τρίτων (π.χ. φαίνεται δακρυσμένος).
- Σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική περιγραφή είτε από παρατηρήσεις τρίτων).
- Σημαντική απώλεια βάρους χωρίς περιορισμό της τροφής ή αύξηση βάρους (π.χ. μεταβολή του βάρους σώματος πάνω από 5% σε ένα μήνα) ή ελάττωση ή αύξηση της

όρεξης σχεδόν κάθε ημέρα. Σημείωση: Στα παιδιά, εξετάζεται η αδυναμία να κερδίσουν το αναμενόμενο βάρος.

- Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα
- Κόπωση ή έλλειψη ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.
- Αίσθημα ματαιότητας ή υπερβολής ή αδικαιολόγητης ενοχής, που μπορεί να είναι παραισθησιακή, σχεδόν κάθε μέρα.
- Μείωση της ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε ημέρα.
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας.

B. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια του Μικτού Επεισοδίου

Γ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας ή φάρμακο) ή σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

Δ. Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα λόγω πένθους, δηλαδή μετά από την απώλεια αγαπημένου προσώπου, τα συμπτώματα παραμένουν για περισσότερο από δυο μήνες ή χαρακτηρίζονται από σημαντική λειτουργική έκπτωση, παθολογική προκατάληψη με αίσθημα ματαιότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.

6.1.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ DSM-IV ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

A. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο

- Παρουσία ενός μοναδικού Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
- Το Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο δεν εξηγείται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο.

B. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα

- Παρουσία δύο ή περισσότερων Μείζονων Καταθλιπτικών Επεισοδίων. (Για να θεωρηθούν ξεχωριστά τα επεισόδια θα πρέπει να υπάρχει ένα μεσοδιάστημα δυο τουλάχιστον συνεχών μηνών κατά τους οποίους δεν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο).
- Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο.

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να προσδιορισθεί είτε με βάση το τρέχον ή το πιο πρόσφατο Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο, είτε με βάση την πορεία της.

Με βάση το τρέχον ή το πιο πρόσφατο Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο ή Υποτροπιάζουσα μπορεί να προσδιορισθεί ως

- Ήπια, Μέτρια, Σοβαρή Χωρίς Ψυχωτικά Στοιχεία, Σοβαρή Με Ψυχωτικά Στοιχεία, Σε Μερική Ύφεση, Σε Πλήρη Ύφεση
- Χρόνια
- Με Κατατονικά Στοιχεία
- Με Μελαγχολικά Στοιχεία
- Με Άτυπα Στοιχεία
- Με Επιλόχεια Έναρξη
- Με ή Χωρίς Πλήρη Ανάρρωση Ανάμεσα Στα Επεισόδια
- Με Εποχιακό Σχήμα (Μάνου, 1997)

6.2 ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Είναι μία λιγότερο σοβαρή, αλλά πιο μακροχρόνια Κατάθλιψη, και μερικά άτομα πάσχουν από αυτή όλη τους τη ζωή. Η κύρια διαφορά της από τη μείζονα Κατάθλιψη έγκειται στον αριθμό και τη διάρκεια των συμπτωμάτων. Για να διαγνωσθεί η δυσθυμία απαιτείται κακή διάθεση και τρία συμπτώματα (στην μείζονα Κατάθλιψη απαιτούνται κακή διάθεση και τέσσερα συμπτώματα). Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι λιγότερο έντονα στην δυσθυμία, μπορεί να μην εμφανίζονται καθημερινά, αλλά υφίστανται τις περισσότερες ημέρες κατά τη διάρκεια τουλάχιστον δύο ετών. (Tyrell, 2011)

Η Δυσθυμική Διαταραχή συχνά αρχίζει νωρίς και ύπουλα, δηλαδή στην παιδική ηλικία, στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Η πορεία της είναι χρόνια και συχνά σ' αυτήν επικάθεται Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, που είναι συνήθως και η αιτία που ο ασθενής θα ζητήσει θεραπεία. Εάν η Δυσθυμική Διαταραχή προηγείται της έναρξης της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, υπάρχει μικρότερη πιθανότητα να συμβεί πλήρης ανάρρωση ανάμεσα στα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια και μεγαλύτερη πιθανότητα για πιο συχνά επεισόδια. (Μάνου, 1997)

6.2.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV ΔΥΣΘΥΜΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

A. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες, όπως φαίνεται είτε από υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με παρατήρηση άλλων, τουλάχιστον για 2 χρόνια

B. Παρουσία, όταν το άτομο είναι σε Κατάθλιψη, δύο (ή περισσότερων) από τα παρακάτω:

- ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία
- αϋπνία ή υπερυπνία
- ελαττωμένη ενέργεια/ενεργητικότητα ή κόπωση

- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία για λήψη αποφάσεων
- αισθήματα έλλειψης ελπίδας

Γ. Κατά τη διάρκεια της περιόδου των δυο χρόνων της διαταραχής, δεν ήταν παρόν Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, δηλαδή η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως χρόνια Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, σε Μερική Ύφεση

Δ. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο και δεν έχουν ποτέ συμπληρωθεί τα κριτήρια για Κυκλοθυμική Διαταραχή

Ε. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια της πορείας μιας χρόνιας Ψυχωτικής Διαταραχής όπως η Σχιζοφρένεια ή η Παραληρητική διαταραχή

ΣΤ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μια ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός)

Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σ' άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας. (Μάνου, 1997)

6.3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

Η κατηγορία αυτή του DSM-IV περιλαμβάνει διαταραχές με στοιχεία που δεν πληρούν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή της Προσαρμογής Με Καταθλιπτική Διάθεση ή Διαταραχή της Προσαρμογής Μεικτή Με Άγχος και Καταθλιπτική Διάθεση. Μερικές φορές καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζονται σαν μέρος της Αγχώδους Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς.

Παραδείγματα της Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς είναι τα παρακάτω :

A. Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή

Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου, στους περισσότερους εμμηνορρυσιακούς κύκλους, συστηματικά υπήρξαν συμπτώματα (π.χ. έντονη καταθλιπτική διάθεση, έντονο άγχος, έντονη συναισθηματική ευμεταβλητότητα, ελαττωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας της ωχρινικής φάσης και υποχώρησαν μέσα σε λίγες μέρες μετά την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να παρεμποδίζουν έντονα την εργασία, το σχολείο ή τις συνηθισμένες δραστηριότητες και να είναι παντελώς απόντα για μια τουλάχιστον εβδομάδα μετά την εμμηνορρυσία.

B. Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή

Επεισόδια τουλάχιστον δυο εβδομάδων με Καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά με λιγότερα από πέντε από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής.

Γ. Υποτροπιάζουσα βραχεία Καταθλιπτική διαταραχή

Καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από δυο μέρες μέχρι δυο εβδομάδες, που συμβαίνουν τουλάχιστον μια φορά το μήνα για 12 μήνες, και δεν συνδέονται με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο στις γυναίκες

Δ. Μεταψυχωτική Καταθλιπτική διαταραχή της Σχιζοφρένειας

Ε. Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης της Σχιζοφρένειας.

ΣΤ. Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικαθήμενο σε Παραληρητική Διαταραχή, σε Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ή στην ενεργό φάση της Σχιζοφρένειας.

Ζ. Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει καταλήξει στο ότι κάποια καταθλιπτική διαταραχή είναι παρούσα, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες. (Μάνου, 1997)

Η. Διπολική Διαταραχή ή ΜανιοΚατάθλιψη

Όσοι πάσχουν από διπολική διαταραχή, από τον υπέρμετρο ενθουσιασμό, την ευφορία και την μεγαλομανία περνούν στη θλίψη, την στενοχώρια και την απογοήτευση. Αυτές οι διακυμάνσεις μπορεί να γίνουν μέσα σε λίγες μόνο μέρες ή μπορεί να χρειαστούν εβδομάδες. Μπορεί να υπάρξουν και περίοδοι μεταξύ αυτών των διακυμάνσεων, κατά τις οποίες το άτομο αισθάνεται φυσιολογικά. Με τη διπολική διαταραχή το άτομο αισθάνεται σαν να είναι σε μια τεράστια συναισθηματική «τραμπάλα», σα να πηγαίνει από τον ένα συναισθηματικό πόλο (χαμηλά) στον αντίθετο(υψηλά), με απρόβλεπτη συχνότητα. Αν δεν χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία εγκαίρως, οι διακυμάνσεις μεταξύ Κατάθλιψης και μανίας θα γίνονται μεγαλύτερες και ο χρόνος μεταξύ τους θα γίνει μικρότερος. (Tyrell, 2011)

Άλλα είδη Κατάθλιψης είναι και τα εξής :

- Εποχιακή Κατάθλιψη
- Επιλόχειος Κατάθλιψη
- Διπλή Κατάθλιψη (δυσθυμία και μείζων Κατάθλιψη ταυτοχρόνως)
- Άτυπη Κατάθλιψη (χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα συμπτώματα, όπως υπνηλία, ροπή προς την παχυσαρκία, υπερευαισθησία)
- Παραληρητική Κατάθλιψη (βαρύτερη μορφή που μπορεί να απαιτήσει νοσηλεία καθώς ο ασθενής εμφανίζει ψυχωτικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις και αβασίμες πεποιθήσεις αναξιότητας και ενοχής) (Tyrell, 2011)

7. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η θεραπεία της Κατάθλιψης αποβλέπει σε τρεις στόχους :

- Στην προστασία του ασθενούς από το ενδεχόμενο αυτοκαταστροφής
- Στην καταπολέμηση της φάσης της Κατάθλιψης
- Στην αποτροπή προσεχών φάσεων

Η αντιμετώπιση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής περιλαμβάνει την επιβεβαίωση της σωστής διάγνωσης και την εφαρμογή των βασικών αρχών της θεραπείας, που βασίζονται στις ενδείξεις και έχουν συγκεκριμένους στόχους. Σε αυτές τις αρχές περιλαμβάνονται η διάγνωση και η θεραπεία των συνυπαρχόντων παθολογικών καταστάσεων, η δημιουργία θεραπευτικών δεσμών με τους ασθενείς και η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας, καθώς επίσης και η παρακολούθηση και η διατήρηση της απάντησης.

Η θεραπεία της Κατάθλιψης περιλαμβάνει δύο φάσεις, την οξεία θεραπεία και τη θεραπεία συντήρησης, καθεμία με συγκεκριμένους στόχους, αντικείμενο και δραστηριότητες. Τον τελευταίο καιρό αυξάνεται συνεχώς η αναγνώριση της σημασίας της επίτευξης πλήρους ύφεσης των συμπτωμάτων και της επαναφοράς στην αρχική ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα.

Οι εννέα αρχές αντιμετώπισης ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι :

- Ο προσδιορισμός των στόχων της θεραπείας
- Η εκτίμηση και θεραπεία των συνοδών παθολογικών καταστάσεων
- Η εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας
- Η εδραίωση των θεραπευτικών δεσμών
- Η εξέταση αντιμετώπισης με ψυχοθεραπεία
- Η επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού
- Η ενίσχυση της συμμόρφωσης με το θεραπευτικό σχήμα
- Η παρακολούθηση της έκβασης της θεραπείας
- Η διατήρηση της απάντησης στη θεραπεία (Kennedy, 2005)

7.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η Κατάθλιψη, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι ένα νόσημα που μπορεί να πάρει πολλές μορφές και η συχνότητά της αναμένεται ν' αυξηθεί αρκετά μέσα στα επόμενα χρόνια. Αν και η πιο διαδεδομένη πρακτική είναι η αντιμετώπισή της με φαρμακευτικά σκευάσματα, εντούτοις υπάρχει και η ψυχολογική θεραπεία.

Οι θεραπευτικές μέθοδοι χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες :

- Οι σωματικές-βιολογικές θεραπείες, στις οποίες υπάγονται ποικίλα φαρμακευτικά σκευάσματα, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), η φωτοθεραπεία (light therapy), η σωματική άσκηση και η σωστή διατροφή.
- Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες, όπου υπάγονται η ατομική γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η οικογενειακή ψυχοθεραπεία και τέλος η ομαδική ψυχοθεραπεία. (Kennedy, 2005)

7.1.1 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ - ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

A. Φαρμακευτική Θεραπεία

Τα αντικαταθλιπτικά είναι συνήθως η θεραπεία πρώτης επιλογής για την Κατάθλιψη σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σήμερα, υπάρχουν πολλά αντικαταθλιπτικά, με διαφορετική νευροχημική δράση και διαφορετικό προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι περισσότερες συστηματικές ανασκοπήσεις δεν απέδειξαν κλινικά σημαντικές διαφορές στα ποσοστά απάντησης μεταξύ των αντικαταθλιπτικών, αλλά υπάρχουν μερικοί κλινικοί παράγοντες που είναι σημαντικοί και πρέπει να ελέγχονται κατά την επιλογή του φαρμάκου

Τα πρώτα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι τα τρικυκλικά και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά. Τα αντικαταθλιπτικά αυτά άρχισαν να χρησιμοποιούνται από τη δεκαετία του '50 για τη θεραπεία της Κατάθλιψης, με μεγάλη αποτελεσματικότητα. Οι ενοχλητικές ανεπιθύμητες ενέργειες (ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, θάμβος οράσεως, ζάλη, διαταραχές της καρδιακής αγωγιμότητας), που υπονομεύουν τη συνεργασία των ασθενών, δημιούργησαν την ανάγκη να παραχθούν φάρμακα περισσότερο ασφαλή και καλύτερα ανεκτά.

Τα νεότερα αυτά αντικαταθλιπτικά κατατάσσονται στις ακόλουθες κατηγορίες :

- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης -SSRI'S
- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης -νοραδρεναλίνης -SNRI'S

Η αποτελεσματικότητα των νεότερων αντικαταθλιπτικών είναι συγκρίσιμη με αυτήν των παλαιότερων, ωστόσο αυτά πλεονεκτούν, διότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν εμφανίζονται

τόσο συχνά (ναυτία, κεφαλαλγία, σεξουαλικές διαταραχές και ανησυχία με την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής), είναι ήπιες και ανεκτές.



Τροποποιημένη από : <http://www.menandmentalhealth.com/wp-content/uploads/2014/01/curing-depression-naturally1.jpg>

Ο γιατρός, πριν την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής, πρέπει να πάρει ένα λεπτομερές ιστορικό, να εξετάσει τον ασθενή προσεκτικά, να προτείνει τη διεξαγωγή βιοχημικών και παρακλινικών εξετάσεων, για να αποκλεισθούν σωματικά

νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός, πνευμονία) και φάρμακα (π.χ. αντιυπερτασικά) που μπορούν να προκαλέσουν Κατάθλιψη. Πρέπει, επίσης, να σημειωθεί ότι τα οιοπνευματώδη και άλλες ουσίες, που χρησιμοποιούνται συχνά από τους ασθενείς για να ανακουφισθούν (αυτοθεραπεία), συνδέονται με την εμφάνιση και την επιδείνωση των Καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ο γιατρός θα πρέπει επίσης να ενημερώσει τον ασθενή για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και για το χρονικό διάστημα που απαιτείται για να εμφανιστεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Το 70-80% των καταθλιπτικών επεισοδίων θα αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά με το φάρμακο πρώτης επιλογής του ιατρού. Αρχικά βελτιώνονται οι διαταραχές του ύπνου και της όρεξης, ακολούθως χαλιναγωγείται το άγχος, επανέρχεται η σωματική ευεξία και η ενεργητικότητα και, τέλος, μετά από τρεις-τέσσερις εβδομάδες, βελτιώνεται το καταθλιπτικό συναίσθημα. Αν μετά από τρεις - τέσσερις εβδομάδες δεν έχουν εμφανιστεί τα προσδοκώμενα θεραπευτικά οφέλη, τότε ο γιατρός μπορεί ή να αυξήσει τη δόση του φαρμάκου ή να προσθέσει και ένα άλλο με διαφορετικό μηχανισμό δράσης ή να το αντικαταστήσει με ένα διαφορετικό. Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων (πλήρης ύφεση), η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχιστεί στην ίδια θεραπευτική δόση επί 6-12 μήνες, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος της υποτροπής (συνεχιζόμενη θεραπεία).

Όταν, όμως, έχουν εμφανιστεί τρία ή περισσότερα επεισόδια ή τα επεισόδια εμφανίζονται συχνά με βαριά συμπτωματολογία ή όταν ελλοχεύει ο κίνδυνος της αυτοκαταστροφής και συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου (π.χ. χρόνια σωματικό νόσημα), τότε η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να χορηγείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (πέντε χρόνια ή διά βίου) ως θεραπεία συντήρησης.

Αγχολυτικά, (λοραζεπάμη, αλπραζολάμη, διαζεπάμη, βρωμαζεπάμη) χορηγούνται όταν συνυπάρχει άγχος και με προσοχή, για μικρό χρονικό διάστημα, διότι προκαλούν εξάρτηση και μπορεί να επιδεινώσουν τα Καταθλιπτικά συμπτώματα. Αντιψυχωσικά, (αλοπεριδόλη, αμισουλπρίδη, ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, αριπιπραζόλη, ζιπραζιδόνη) χορηγούνται σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά για τη θεραπεία της Κατάθλιψης, όταν αυτή συνοδεύεται από παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (ψυχωσική Κατάθλιψη). (Δασκαλόπουλος, 2006)

ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Στην οικογένεια με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (και τα συγγενή τεταρτοκυκλικά), βασίστηκε η Ψυχιατρική για να θεραπεύσει την Κατάθλιψη, προηγούμενες δεκαετίες. Παρόλο που έχουν πλέον εμφανιστεί στην ψυχιατρική αρκετές επόμενες γενιές φαρμάκων, η σύγχρονη Ψυχιατρική εξακολουθεί ακόμα να χρησιμοποιεί (αλλά σαν δεύτερη ή τρίτη επιλογή) φάρμακα αυτής της παλαιάς φαρμακευτικής οικογένειας των τρικυκλικών.

Παρόλο που η θεραπευτική αποτελεσματικότητα με τα τρικυκλικά είναι δεδομένη, οι πολλές παρενέργειες περιορίζουν τη χρήση τους και τα οδηγούν στην εφεδρεία της ψυχοφαρμακολογίας, όχι όμως και στην εξαφάνιση. Η θεραπεία με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, πρέπει να ξεκινάει με χαμηλή δοσολογία και στη συνέχεια με προοδευτική αύξηση, σε διαιρεμένες δόσεις ή εφάπαξ το βράδυ.

Η χρήση τους όμως μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση συμπτωμάτων όπως :

- Πενταπλάσιες πιθανότητες εμπλοκής σε τροχαία ατυχήματα, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, λόγω καταστολής και μείωσης της συγκέντρωσης.
- Καρδιακά προβλήματα σε υπερδοσολογία (αρρυθμίες, υπόταση)
- Επιληπτικές κρίσεις σε υπερδοσολογία
- Ξηρότητα στόματος, υπνηλία, εφιδρώσεις, μυδρίαση, διαταραχές προσαρμογής, τρόμος, υπομανία, διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας, δυσκολία στην ούρηση
- Ναυτία, έμετοι
- Σπανιότερα ηωσινοφιλία, θρομβοπενία, εξάνθημα, λευκοπενία, ακοκκιοκυτταραιμία, αιμωδίες των άκρων, σύνδρομο άκαιρης έκκρισης ADH, ίκτερος, παραισθησία, αύξηση ή απώλεια βάρους, διαταραχές του σακχάρου του αίματος.

ΕΠΙΛΕΚΤΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ – SSRI

Η σεροτονίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής του ανθρώπινου εγκέφαλου που χαμηλά επίπεδα της εμπλέκονται στην εμφάνιση Κατάθλιψης. Τα φάρμακα που επιλεκτικά αναστέλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, αυξάνουν τα επίπεδα της ελεύθερης σεροτονίνης, θεραπεύοντας έτσι την Κατάθλιψη.

Η κύρια ένδειξη των SSRI αντικαταθλιπτικών είναι η μείζων Κατάθλιψη. Εκτός από την Κατάθλιψη, ορισμένα SSRI είναι αποτελεσματικά και στη διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, καθώς και σε άλλες καταστάσεις, όπως οι νυκτερινές ενουρήσεις, η βουλιμία, κ.ά.

Δεν παρουσιάζουν σημαντική τοξικότητα. Πρέπει να γίνεται προσεκτική εκτίμηση για το ενδεχόμενο κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας, τόσο στην αρχή όσο και στην πορεία της θεραπείας. Σε σπάνιες περιπτώσεις έχει αναφερθεί ότι ασθενείς μπορούν να εκδηλώσουν αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας στη διάρκεια θεραπείας με φλουοξετίνη. Οι ασθενείς με κίνδυνο αυτοκτονίας δεν θα πρέπει να διατηρούν οι ίδιοι μεγάλη ποσότητα φαρμάκου. Η οικογένεια θα πρέπει να τους επιτηρεί διακριτικά, ιδιαίτερα στην αρχή της θεραπείας.

Μετά την υποχώρηση της Κατάθλιψης, η αγωγή θα πρέπει να συνεχίζεται για 4-6 περίπου μήνες στην ίδια δοσολογία. Στην περιοδική Κατάθλιψη με συχνές υποτροπές, η θεραπεία συντήρησης θα πρέπει να συνεχίζεται για πέντε περίπου χρόνια.

Η χρήση τους όμως μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση συμπτωμάτων όπως :

- Ναυτία, έμετος, διάρροια, ανορεξία με απώλεια βάρους, δυσπεψία, ξηροστομία (με προοδευτική αύξηση της δόσης, αυτά τα συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν σε δυο έως τέσσερις εβδομάδες)
- Νευρική κατάσταση, άγχος, κεφαλαλγία, ζάλη, αϋπνία, δυσκινησίες, τρόμος, ιδρώτες (τα συμπτώματα αυτά μπορεί να απαιτήσουν μικρές ή μέτριες δόσεις βενζοδιαζεπινών. Για την αϋπνία των SSRI συχνά χρησιμοποιείται η Τραζοδόνη [50-100 mg το βράδυ]. Η φλουοξετίνη είναι πιο διεγερτική από τους SSRI, και πρέπει να λαμβάνεται το πρωί, ώστε να μην δυσκολεύει τον ύπνο)
- Υπνηλία (Μερικοί ασθενείς καταστέλλονται ιδιαίτερα με την παροξετίνη, πού συνεπώς πρέπει να λαμβάνεται το βράδυ. Σε περίπτωση υπερυπνηλίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μονταφιλίνη [100-200 mg το πρωί])
- Σεξουαλική Δυσλειτουργία όπως καθυστερημένη εκπερμάτωση, ανοργασμία, ανικανότητα, μείωση της libido (Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να επηρεάσει έως και 30% των ασθενών)
- Αυτοκτονικός Ιδεασμός (Όπως και με τα Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, η ανάρρωση από την Κατάθλιψη και η γενικότερη κινητοποίηση του οργανισμού, μπορεί να προκαλέσει έντονες σκέψεις θανάτου. Συνιστάται επιτήρηση του ασθενούς, στην αρχή της θεραπείας) (Νικολάκη, 2006)

ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ-SNRI

Το SNRI είναι ένα αρκτικόλεξο για τους αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης (Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor). Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης είναι μια κατηγορία αντικαταθλιπτικών χαπιών που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της κλινικής Κατάθλιψης και άλλες συναισθηματικές αναταραχές. Τα φάρμακα αυτά μερικές φορές επίσης χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των διαταραχών ανησυχίας, την διαταραχή υπερδραστηριότητας - διάσπασης της προσοχής (ADHD), την ψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) και το χρόνιο νευροπαθή πόνο και ειδικά στους διαβητικούς. Ενεργούν επάνω σε δύο νευροδιαβιβαστές στον εγκέφαλο που είναι γνωστοί για τη ρύθμιση της διάθεσης, δηλαδή τη σεροτονίνη και τη νορεπινεφρίνη, σε αντίθεση με τους εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης μόνο της σεροτονίνης (SSRIs), οι οποίοι έχουν επιπτώσεις μόνο στη σεροτονίνη. Τα SNRIs είναι κυρίως ενδεδειγμένα για τη θεραπεία της κλινικής Κατάθλιψης, αλλά χρησιμοποιούνται συχνά και για τις αναταραχές ανησυχίας, τις αναταραχές πανικού, την ψυχαναγκαστική αναταραχή (OCD) και τις διατροφικές διαταραχές.

Η δραστηριότητα στην επαναπρόσληψη της επινεφρίνης, θεωρείται απαραίτητη για έναν αντικαταθλιπτικό για να είναι αποτελεσματικό στο νευροπαθή πόνο. Αυτό είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό με τα παλαιότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα, αλλά όχι με τους SSRIs. Η Κατάθλιψη θεωρείται ότι προκαλείται από μια έλλειψη ροής πληροφοριών μεταξύ των νευρώνων σε ορισμένα μέρη του εγκεφάλου. Οι νευρώνες ανταλλάσσουν τις πληροφορίες ο ένας με τον άλλον, μέσω των χημικών ουσιών που αποκαλούνται νευροδιαβιβαστές, οι οποίοι δρουν στις μικροσκοπικές συνάψεις (χάσματα) μεταξύ των

νευρικών κυττάρων. Μετά από την δράση τους, το μεγαλύτερο μέρος του νευροδιαβιβαστή απορροφείται εκ νέου από το προσυναπτικό κύτταρο. Αυτή η διαδικασία καλείται επαναπρόσληψη.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα λειτουργούν με την αύξηση του ποσού των ενεργών νευροδιαβιβαστών στη σύναψη, την ενίσχυση κατά συνέπεια της νευρωνικής δραστηριότητας και την βελτίωση της διάθεσης. Τα σύγχρονα αντικαταθλιπτικά φάρμακα επιτυγχάνουν κανονικά αυτήν την επίδραση με το φράξιμο των πρωτεϊνών μεταφορέων που απορροφούν εκ νέου ορισμένους νευροδιαβιβαστές, ως εκ τούτου οι ανασταλτικοί παράγοντες λέγονται "αναστολείς της επαναπρόσληψης".

Τα SNRI είναι νεώτερα από SSRI, και υπάρχει μόνο ένας μικρός αριθμός τους αυτή τη στιγμή. Η αποτελεσματικότητα και η αναχή τους εμφανίζονται να είναι κάπως καλύτερες από SSRI, πιθανό λόγω στη σύνθετη επίδρασή τους. Έχει υπάρξει διαμάχη που περιβάλλει τα SSRI και SNRI, καθώς μερικοί άνθρωποι θεωρούν ότι τα φάρμακα γράφονται από υπερβολικά ενθουσιώδεις ψυχιάτρους όταν η χρήση τους είναι μόνο περιθωριακά ενδεδειγμένη. Σύμφωνα με αυτό το επιχείρημα, οι κοινωνικές πιέσεις έχουν δημιουργήσει την αναζήτηση "της κανονικής" διανοητικής ή συναισθηματικής λειτουργίας με τα χημικά μέσα παρά τις ολιστικές προσεγγίσεις (αλλάζοντας διατροφή, άσκηση, συνήθειες ύπνου, μείωση πίεσης, κ.λπ...).

Οι ενήλικοι ασθενείς με μείζονα Κατάθλιψη ή συνύπαρξη Κατάθλιψης με άλλη ψυχιατρική ασθένεια που λαμβάνουν SNRI ή οποιαδήποτε άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα πρέπει να ελέγχονται επίσης προσεκτικά για τυχόν κλινική επιδείνωση και εμφάνιση αυτοκτονικότητας, ειδικά κατά τη διάρκεια της αρχής της θεραπείας και της αλλαγής δόσης αργότερα.

Η χρήση τους όμως μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση συμπτωμάτων όπως :

- Ξηροστομία
- Ναυτία
- Ανορεξία
- Υπνηλία, αϋπνία και ανώμαλα όνειρα
- Ίλιγγος
- Σεξουαλικές δυσλειτουργίες (ανοργασμία, μειωμένη λίμπιντο, στυτική δυσλειτουργία, δύσκολη ή πρόωρη εκσπερμάτωση στους άνδρες)
- Εφίδρωση, τρέμουλο και νευρικότητα
- Υπέρταση

Αυτές οι παρενέργειες εξαφανίζονται περιστασιακά, από μόνες τους, χωρίς να διακόψουν οι ασθενείς τη χρήση του φαρμάκου, και επιλύονται στις περισσότερες περιπτώσεις από να σταματήσουν παίρνοντας το SNRI.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η απότομη διακοπή των SNRI, όπως με οποιοδήποτε αντικαταθλιπτικό, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη των δυσμενών αντιδράσεων, συμπεριλαμβανομένου του συνδρόμου απότομης διακοπής SNRI (όπως και με τα SSRI), το οποίο είναι ένα σύνδρομο που μπορεί να εμφανιστεί μετά από τη διακοπή ή την αναστολή της κανονικής χρήσης SSRI ή SNRI. Οι ενοχλήσεις μπορεί να αρχίσουν μεταξύ 24 ωρών και μιάς εβδομάδας μετά από την απότομη διακοπή, ανάλογα με το χρόνο ημιζωής του φαρμάκου. Συνιστάται η προοδευτική διακοπή των SNRI και η δόση πρέπει να ελαττωθεί προοδευτικά για δύο εβδομάδες τουλάχιστον, για να αποφύγουμε την πιθανότητα των δυσμενών αντιδράσεων.

Διάφορα πιθανά συμπτώματα μπορούν να χαρακτηρίσουν το σύνδρομο απότομης διακοπής, όπως διαταραχές ύπνου, (αϋπνία, έντονα όνειρα) κούραση, διάρροια, πονοκέφαλοι, λήθαργος, ναυτία, διαταραχές κίνησης λόγω τρόμου, διαταραχές διάθεσης (επιθετική συμπεριφορά, μανία, οξυθυμία, φωνάζοντας περίοδοι, Κατάθλιψη/αυτοκαταστροφικές σκέψεις) και αισθητηριακές ανωμαλίες (προβλήματα ισορροπίας, ίλιγγος, ζαλάδα, παραισθησίες) (Νικολάκη, 2006)

B. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Στις μέρες μας είναι μια ασφαλής και χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες θεραπεία. Διενεργείται με τη διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο του ασθενούς για μερικά δευτερόλεπτα, κάτω από συνθήκες γενικής αναισθησίας και μυοχάλαση. Σήμερα, λόγω των προκαταλήψεων, κυρίως, χρησιμοποιείται σπάνια, για τις



περιπτώσεις στις οποίες απαιτείται ταχεία έναρξη του θεραπευτικού

αποτελέσματος, στις βαριές Καταθλίψεις με έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση και άρνηση λήψης τροφής καθώς και σε ειδικές ομάδες ασθενών (π.χ. Έγκυες, ηλικιωμένοι), όπου η χορήγηση φαρμάκων δεν είναι ασφαλής ή προκαλεί πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή αλλιώς ECT (electroconvulsive therapy) είναι μια ιατρική θεραπεία που γίνεται από γιατρούς. Στο άτομο δίνεται ένα γενικό αναισθητικό και ένα φάρμακο για την χαλάρωση των μυών. Όταν τα ανωτέρω επιδράσουν απόλυτα, ο εγκέφαλος του ατόμου τονώνεται με μια σύντομη, ελεγχόμενη σειρά ηλεκτρικών σφύξεων χρησιμοποιώντας ηλεκτρόδια που τοποθετούνται σε συγκεκριμένα σημεία του κεφαλιού του ατόμου. Η τόνωση αυτή προκαλεί σπασμούς στον εγκέφαλο που διαρκούν μέχρι δύο λεπτά. Λόγω του μυοχαλαρωτικού και αναισθητικού φαρμάκου, το σώμα του ατόμου δεν κλονίζεται και το άτομο δεν νοιώθει πόνο. Το άτομο ξυπνάει μετά από πέντε με δέκα λεπτά, όπως θα ξυπνούσε μετά από μια μικρή εγχείρηση.

Η ECT συνήθως συνίσταται από έξι μέχρι 12 θεραπείες που χορηγούνται τρεις φορές την εβδομάδα σε διάστημα ενός μηνός περίπου. Ο συνολικός αριθμός θεραπειών που χρειάζονται για να καλυτερέψει ένα άτομο διαφέρει από άτομο σε άτομο και ο ψυχίατρος σας θα ορίσει πόσες θεραπείες ίσως θα χρειαστούν.

Η ECT είναι καλή για πολύ σοβαρή μορφή Κατάθλιψης, μανίας, ορισμένες μορφές σχιζοφρένειας και ένα μικρό αριθμό άλλων ψυχιατρικών και νευρολογικών παθήσεων. Η

θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν τα φάρμακα δεν επιδρούν. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που έχουν σοβαρές φαρμακολογικές παρενέργειες ή η ιατρική κατάσταση τους σημαίνει ότι δεν μπορούν να παίρνουν φάρμακα με ασφαλή τρόπο. Η ECT χρησιμοποιείται επίσης σε περιπτώσεις που απειλείται η ζωή του ατόμου όταν τα φάρμακα δεν λειτουργούν αρκετά γρήγορα. Είναι ιδιαίτερος ωφέλιμη θεραπεία για όσα άτομα πάσχουν από πολύ σοβαρή Κατάθλιψη και όσα άτομα ίσως θέλουν να αυτοκτονήσουν.

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

Η απόφαση για το αν θα γίνει η θεραπεία ή όχι σε έγκυες γυναίκες πρέπει να λαβαίνει υπόψη τους κινδύνους που σχετίζονται με τις εναλλακτικές θεραπείες, τους κινδύνους για τη μητέρα και το έμβρυο αν αποσυρθεί η ECT και οτιδήποτε επιπλοκές στην εγκυμοσύνη που θα μπορούσαν να αυξήσουν τους κινδύνους της ECT ή του αναισθητικού φαρμάκου.

ΟΦΕΛΟΙ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Τα οφέλη διαφέρουν ανάλογα με τον χαρακτήρα και τη σοβαρότητα της ασθένειας σας, αλλά σε γενικές γραμμές βελτιώνει την ικανότητα σκέψης και επαναφέρει σε υγιέστερη κατάσταση τον ψυχικό κόσμο του ατόμου. Όλες οι θεραπείες περιέχουν κινδύνους και παρενέργειες - ακόμη και η έλλειψη θεραπείας περιέχει κινδύνους. Οι κίνδυνοι και οι παρενέργειες της ECT περιλαμβάνουν τα παρακάτω :

- ίσως να εμφανισθούν ορισμένες παρενέργειες από το αναισθητικό, όπως πονοκέφαλος, ναυτία, έμετος
- μυϊκοί πόνοι είτε λόγω των μυοχαλαρωτικών φαρμάκων ή των μυϊκών κινήσεων που προκαλούνται από τους σπασμούς
- το αναισθητικό επιδρά στην ικανότητα της ευθυκρισίας σας κατά τις πρώτες 24 ώρες
- προσωρινή απώλεια μνήμης
- αμέσως μετά την ECT τα περισσότερα άτομα έχουν μια μικρή περίοδο σύγχυσης και δεν θυμούνται τη θεραπεία αυτή καθ' εαυτή. Επίσης, ορισμένα άτομα παρουσιάζουν μερική απώλεια ανάμνησης γεγονότων που συνέβησαν ημέρες, εβδομάδες και μήνες πριν από τη θεραπεία. Αν και οι περισσότερες από αυτές τις αναμνήσεις συνήθως επιστρέφουν ο' ένα διάστημα ημερών ή μηνών μετά την ECT, ορισμένα άτομα παρουσιάζουν προβλήματα που διαρκούν μεγαλύτερο διάστημα μέχρι να επανέλθουν αυτές οι αναμνήσεις. Οι αναμνήσεις γεγονότων από το παρελθόν είναι πιθανό να επηρεάζονται πολύ λιγότερο από τη θεραπεία
- Μολονότι οι συγκεκριμένες αναμνήσεις κατά το χρονικό διάστημα της ECT μπορεί να μην επανέλθουν, η συνολική μνήμη θα λειτουργεί καλύτερα κατά τις εβδομάδες και τους μήνες μετά τη θεραπεία

Ορισμένες άλλες παρενέργειες είναι λιγότερο συνήθεις και άλλες είναι πάρα πολύ σπάνιες, όπως :

- υπάρχει ένας λιγότερο συνήθης κίνδυνος ιατρικών επιπλοκών, όπως είναι οι ανώμαλες καρδιακές σφύξεις και ο ανώμαλος ρυθμός. Μπορεί να υπάρχει προσωρινή αύξηση στην πίεση αίματος και καρδιακές σφύξεις που συνοδεύεται από μια επιβράδυνση στις καρδιακές σφύξεις
- όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε γενικό αναισθητικό, υπάρχει ένας πολύ μικρός κίνδυνος θανάτου (2,9 σε 10.000 αρρώστους), αλλά με τη σύγχρονη ECT και το σύντομο αναισθητικό, ο κίνδυνος είναι τώρα πάρα πολύ σπάνιος. Η καρδιακή προσβολή, η εγκεφαλική συμφόρηση ή τραύμα που σχετίζεται με τους μυϊκούς σπασμούς είναι επίσης πάρα πολύ σπάνια φαινόμενα. Ο μηχανικός εξοπλισμός ανάνηψης και οι διαδικασίες πρώτων βοηθειών διατίθενται άμεσα, αν κάτι πάει στραβά. (Kennedy, 2005)

Γ. Φωτοθεραπεία (Light Therapy)

Δοκιμάζεται κλινικά και η φωτο-θεραπεία, δηλαδή η έκθεση του αρρώστου, με εποχιακή κυρίως Κατάθλιψη, σε άφθονο τεχνητό φως σε ορισμένες ώρες της μέρας. Πιστεύεται ότι το φως είναι το καλύτερο αντίδοτο στην Κατάθλιψη, καθώς παίζει σημαντικό ρόλο στην παραγωγή της σεροτονίνης, η οποία επιδρά στην ενεργητικότητα. Έτσι, η εφαρμογή άφθονου

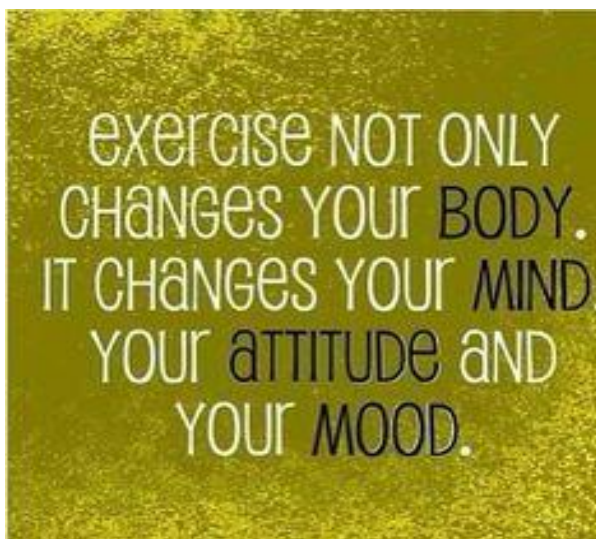


τεχνητού φωτός στο άμεσο περιβάλλον του αρρώστου μπορεί να θεραπεύει τη διαταραγμένη του διάθεση. Αναμένονται περισσότερες σχετικές κλινικές έρευνες ως προς την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής. (Kennedy, 2005)

Τροποποιημένη από : <http://thebeautysmith.com/wp-content/uploads/2011/08/LED.jpg>

Δ. Άσκηση

Η άσκηση ωφελεί συμπληρωματικά σε όλες ουσιαστικά τις μορφές αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Δυστυχώς, υπάρχουν λίγες μελέτες που να περιλαμβάνουν άσκηση, η οποία πληρεί μεθοδολογικά πρότυπα. Σε μία και μοναδική μελέτη ελέγχου, στην οποία συμμετείχαν ηλικιωμένοι ασθενείς με Κατάθλιψη, η άσκηση μόνο ήταν εξίσου αποτελεσματική με τη σερτραλίνη ή με το συνδυασμό των δύο, αν και η σερτραλίνη προκάλεσε ταχύτερη έναρξη της απάντησης. Σε μια εξάμηνη παρακολούθηση αυτής της μελέτης, η ομάδα της άσκησης είχε χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής από την



ομάδα του φαρμάκου. Η προσθήκη άσκησης σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί επίσης να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των θεμάτων αύξησης του βάρους από τα φάρμακα. (Παντζιάρας, 2007)

Τροποποιημένη από : <https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/236x/4f/5d/0a/4f5d0a320cbdc69e1c7fa2af95df74a3.jpg>

Ε. Διατροφή

Η Κατάθλιψη επηρεάζει σοβαρά την ψυχική και τη σωματική κατάσταση των ασθενών. Μέχρι το 2020 αναμένεται ότι η Κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη σε συχνότητα αιτία πρόκλησης μειονεξιών και αναπηριών μετά από τις καρδιακές παθήσεις. Ενώ πολλοί άνθρωποι αντιλαμβάνονται τη σχέση ανάμεσα στη διατροφή και τη νόσο, πολλοί λιγότεροι γνωρίζουν για τη σχέση διατροφής και Κατάθλιψης. Παρόλ' αυτά η διατροφή ενέχει σημαντικό ρόλο στο ξεκίνημα, στη σοβαρότητα και στη διάρκεια της Κατάθλιψης συμπεριλαμβανομένων και των ημερήσιων μεταβολών στη διάθεση.

ΡΟΛΟΣ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ

Οι άνθρωποι σε κατάσταση Κατάθλιψης συχνά χάνουν γεύματα, έχουν μειωμένη όρεξη και αυξημένη επιθυμία για γλυκά. Όσοι ακολουθούν δίαιτες με πολύ χαμηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες κινδυνεύουν να νιώσουν καταθλιπτικοί και αυτό γιατί οι υδατάνθρακες προάγουν τη σύνθεση σεροτονίνης μιας ορμόνης που συνδέεται με την καλή διάθεση.

Εξάλλου η δράση πολλών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στηρίζεται στην παραγωγή σεροτονίνης. Οι επεξεργασμένοι υδατάνθρακες, κυρίως η ζάχαρη και οι ζαχαρώδεις τροφές,

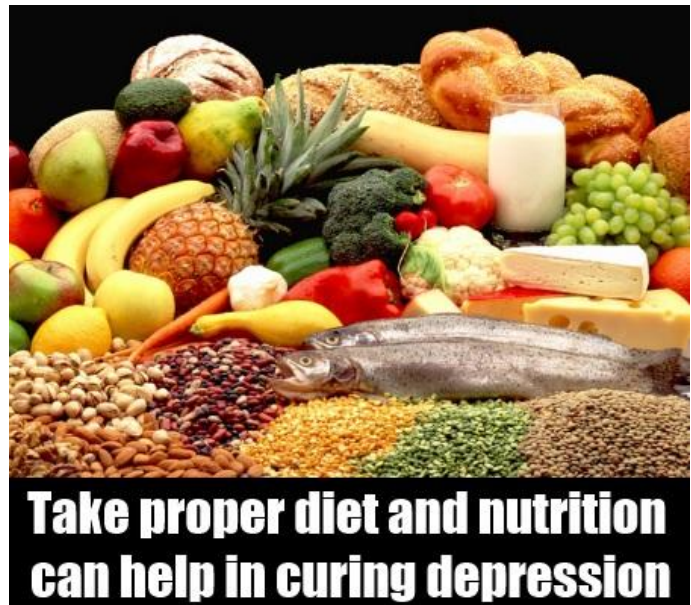
παρέχουν μια άμεση αλλά προσωρινή ανακούφιση. Και αυτό γιατί απορροφώνται άμεσα από τον οργανισμό αλλά, παράλληλα με την έκκριση ινσουλίνης, απομακρύνονται γρήγορα.

Οι σύνθετοι υδατάνθρακες, όπως είναι τα δημητριακά ολικής άλεσης, το μαύρο ψωμί, τα φρούτα και τα λαχανικά παρέχουν ένα πιο ήπιο αλλά μεγαλύτερης διάρκειας αποτέλεσμα στον οργανισμό, στον εγκέφαλο και επομένως στη διάθεση. Και αυτό γιατί απορροφώνται αργά, με αποτέλεσμα να παραμένουν για μεγαλύτερο χρόνο στην κυκλοφορία. (Ισαρη, 2005)

AMINOΞΕΑ

Ορισμένα αμινοξέα, όπως η τυροσίνη, η φαινυλαλανίνη και η τρυπτοφάνη αποτελούν πρόδρομες ουσίες για την παραγωγή στον οργανισμό κάποιων ουσιών, των νευροδιαβιβαστών, οι οποίες παίζουν μεγάλο ρόλο στη διάθεσή μας. Οι ερευνητές έχουν ανακαλύψει ότι οι χαμηλές συγκεντρώσεις ορισμένων νευροδιαβιβαστών, κυρίως της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης μπορούν να προκαλέσουν Κατάθλιψη.

Η τυροσίνη είναι πρόδρομη ουσία για την παραγωγή νοραδρεναλίνης, ενώ η φαινυλαλανίνη οδηγεί στο σχηματισμό τυροσίνης. Η τρυπτοφάνη εμπλέκεται στο σχηματισμό της σεροτονίνης, τα επίπεδα της οποίας στον εγκέφαλο εξαρτώνται από την πρόσληψη τρυπτοφάνης. Τα αμινοξέα αυτά τα βρίσκουμε σε πρωτεϊνούχες τροφές, όπως είναι το γάλα, το κρέας, το ψάρι και το τυρί. Επίσης τη φαινυλαλανίνη τη βρίσκουμε σε τροφές που περιέχουν το γλυκαντικό ασπαρτάμη. (Ισαρη, 2005)



Τροποποιημένο από : <http://cdn.natural-homeremedies.org/buzz/wp-content/uploads/2010/12/Take-diet.jpg>

BITAMINEΣ

Μέσα στα πλαίσια των ερευνών για την ανεύρεση των παραγόντων εκείνων που μεγιστοποιούν τη δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχει εξετασθεί και ο ρόλος των βιταμινών, κυρίως αυτών του Συμπλέγματος Β, οι οποίες συμμετέχουν σε διάφορες λειτουργίες του νευρικού συστήματος. Η χαμηλή πρόσληψη βιταμίνης Β6 (πυριδοξίνη) μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη συμπεριφορά και αυτό γιατί συμμετέχει στην παραγωγή της σεροτονίνης από τον εγκέφαλο και της νοραδρεναλίνης. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι άνθρωποι με Κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Β6 και σεροτονίνης.

Μερικά φάρμακα όπως τα φάρμακα ορμονικής υποκατάστασης και τα αντισυλληπτικά μπορούν να εμπλακούν στην χρήση της βιταμίνης Β6 και να οδηγήσουν σε ανεπάρκειά της. Η Βιταμίνη Β6 βρίσκεται στο συκώτι, στα όσπρια, στα δημητριακά και τα αυγά. Μερικές έρευνες έδειξαν ότι στους ασθενείς με Κατάθλιψη τα επίπεδα στο αίμα της βιταμίνης Β12 και του φυλλικού οξέως είναι χαμηλά.

Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ηλικιωμένες γυναίκες φάνηκε πως η έλλειψη βιταμίνης Β12 είναι πιο συχνή συγκριτικά με τις άλλες ομάδες πληθυσμού και μπορεί να αποτελέσει αιτία εμφάνισης της Κατάθλιψης. Ειδικότερα βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν έλλειψη στη βιταμίνη Β12 είχαν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν Κατάθλιψη από εκείνες που δεν παρουσίαζαν έλλειψη στη συγκεκριμένη βιταμίνη. Επίσης η βιταμίνη Β12 φαίνεται να εμποδίζει τη συσσώρευση της πρωτεΐνης ομοκυστεΐνης η οποία είναι δυνατόν να αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από Κατάθλιψη.

Η βιταμίνη Β12 υπάρχει στα ψάρια, αυγά, κρέας, πουλερικά, γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα. Βοηθά στο αιματολογικό σύστημα και στην υγεία του εγκεφάλου. Μειωμένη πρόσληψη βιταμίνης Β12 έχουν οι αυστηρά χορτοφάγοι μια και όπως αναφέρθηκε η βιταμίνη αυτή συναντάται μόνο σε προϊόντα ζωικής προέλευσης. Για αυτό το λόγο θα πρέπει να τη λαμβάνουν με τη μορφή συμπληρώματος.

Η ανεπάρκεια Φυλλικού Οξέως μπορεί να οδηγήσει επίσης σε αλλαγή προσωπικότητας και Κατάθλιψη. Άνθρωποι με Κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα φυλλικού οξέως και αυτοί με τα χαμηλότερα επίπεδα φαίνεται να έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό Κατάθλιψη. Το φυλλικό οξύ είναι ευπαθές στο μαγείρεμα αλλά βρίσκεται σε μεγάλη ποσότητα στα πράσινα φυλλώδη λαχανικά.

Η βιταμίνη C συμμετέχει ως συνένζυμο στην παραγωγή της σεροτονίνης από το αμινοξύ τρυπτοφάνη. Έρευνες έχουν δείξει σημαντική βελτίωση σε ασθενείς με Κατάθλιψη οι οποίοι προσέλαβαν βιταμίνη C. (Ισαρη, 2005)

Ω-3 ΛΙΠΑΡΑ ΟΞΕΑ

Η κατανάλωση ψαριών, σύμφωνα με Φινλανδούς ερευνητές, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της Κατάθλιψης κυρίως στις γυναίκες. Τα συμπληρώματα ιχθυελαίων έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία σχιζοφρενών ή για τον περιορισμό της συχνότητας και της έντασης των επεισοδίων σε ασθενείς με Κατάθλιψη. Πολλοί επιστήμονες παρατηρούσαν ότι τα επίπεδα σε Ω-3 λιπαρά οξέα των ασθενών με χρόνια Κατάθλιψη ήταν πάντα μειωμένα. Αυτό τους οδήγησε στη συμπληρωματική χορήγηση των Ω-3 λιπαρών οξέων με τη μορφή ιχθυελαίων και το αποτέλεσμα ήταν η μείωση της συχνότητας και της έντασης των επεισοδίων.

Τα ιχθυέλαια, και συγκεκριμένα το εικοσιπεντανοϊκό ΕΡΑ, συμμετέχουν στη σύνθεση των εικοσανοειδών μιας ομάδας ουσιών που μετέχουν σε πολλές μεταβολικές πορείες του οργανισμού και του δοκοσαεξανοϊκού DHA, το οποίο έχει δομικό ρόλο στις κυτταρικές μεμβράνες. (Ισαρη, 2005)

Ω-6 ΛΙΠΑΡΑ ΟΞΕΑ

Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν πως στην αντιμετώπιση της Κατάθλιψης σημαντικό ρόλο παίζει όχι μόνο η πρόσληψη των ω-3 λιπαρών οξέων αλλά και η σωστή αναλογία μεταξύ ω-3 και ω-6 λιπαρών οξέων. Η διατροφή που κυριαρχεί στο δυτικό κόσμο περιλαμβάνει λίγα Ω-3 και περισσότερα Ω-6 λιπαρά, γεγονός που περιορίζει τα οφέλη των Ω-3 για τον οργανισμό μας, αφού αυτά τα δύο είδη πολυακόρεστων λιπαρών οξέων «ανταγωνίζονται» κατά κάποιο τρόπο το ένα το άλλο. Έτσι σήμερα η αναλογία Ω-3 και Ω-6 είναι περίπου 1:14, ενώ θα έπρεπε να είναι 1:3, δηλαδή σε κάθε 1 γρ. Ω-3 να αντιστοιχούν 3 γρ. Ω-6.

Τα Ω-3 αλλά και τα Ω-6 συμπεριλαμβάνονται στην ομάδα των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων και είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία και την ανάπτυξη μας. Ανήκουν επίσης στην κατηγορία των απαραίτητων λιπαρών οξέων που δεν μπορεί να παράγει ο οργανισμός μας, οπότε πρέπει να τα πάρουμε μέσω της διατροφής. Τα Ω-3 λιπαρά οξέα υπάρχουν σε φυτικές τροφές όπως το σογιέλαιο, το καρυδέλαιο, τα καρύδια, οι λιναρόσποροι, το λιναροσπορέλαιο και το φυστικέλαιο. Επίσης εντοπίζονται σε ψάρια όπως η ρέγγα, το σκουμπρί, ο μπακαλιάρος, η σαρδέλα, το γατόγαρο, ο σολομός, ο ξιφίας, ο τόνος, το λιθρίνι, ο κολιός, τα στρείδια, ο αστακός, οι γαρίδες αλλά και τα σαλιγκάρια.

Τα Ω-6 τα βρίσκουμε κυρίως στο κρέας ελεύθερης βοσκής, στα πουλερικά, στα αβγά, στο ψωμί, στα δημητριακά και σε πολλά φυτικά έλαια όπως το καλαμποκέλαιο και το σογιέλαιο. (Ισαρη, 2005)

ΜΕΤΑΛΛΑ

Μέταλλα τα οποία επηρεάζουν την ανάπτυξη ή την πρόληψη της Κατάθλιψης, την ευερεθιστότητα και τη μεταβολή της διάθεσης είναι το ασβέστιο, ο σίδηρος, το μαγνήσιο, το σελήνιο και ο ψευδάργυρος. Η έλλειψη Μαγνησίου μπορεί να προκαλέσει Κατάθλιψη και έχει χρησιμοποιηθεί για την καταπολέμηση των απότομων αλλαγών στη διάθεση σε γυναίκες με προεμμηνόρροιακό σύνδρομο.

Τελικά η διατροφή κατέχει ένα σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ψυχικής πέρα από τη σωματική υγεία του ανθρώπου. Οι τροφές που θα πρέπει να αποφεύγουμε και να καταναλώνουμε σε μικρή ποσότητα είναι η ζάχαρη και τα διάφορα ζαχαρώδη, καθώς επίσης και η καφεΐνη. Η διατροφή μας θα πρέπει να περιλαμβάνει πράσινα φυλλώδη λαχανικά, όσπρια, δημητριακά ολικής αλέσεως, καφέ ρύζι, αυγά, ψάρια, πουλερικά, φρούτα και ξηρούς καρπούς. (Ισαρη, 2005).

7.1.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική θεραπεία της Κατάθλιψης σε περιπατητικούς ασθενείς. Οι ενδείξεις αποτελεσματικότητας είναι περισσότερες για τις οργανωμένες, χρονικά περιορισμένες ψυχοθεραπείες, κυρίως για τη γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και τη θεραπεία επίλυσης. Στην ΜΚΔ ήπιας έως μέτριας σοβαρότητας αυτές οι ψυχοθεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές με τα αντικαταθλιπτικά και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μονοθεραπεία.

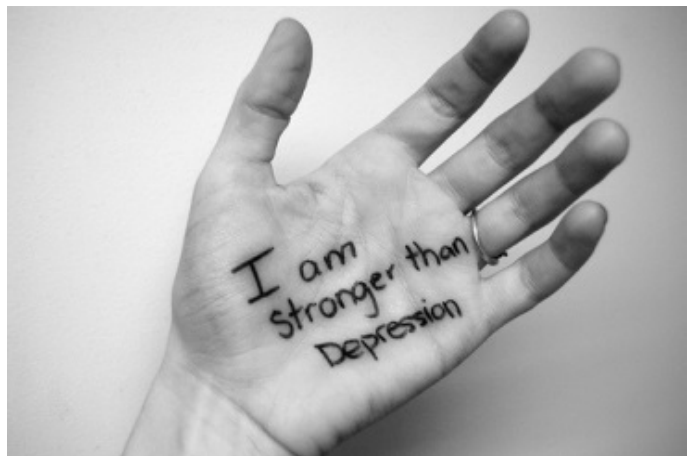
Το Ψυχοθεραπευτικό Σύστημα Γνωσιακής Συμπεριφορικής Ανάλυσης δημιουργήθηκε για την χρόνια Κατάθλιψη και επικυρώθηκε από μια μεγάλη κλινική μελέτη. Δυστυχώς, η πρόσβαση σε θεραπευτές που είναι εκπαιδευμένοι σε αυτές τις επικυρωμένες ψυχολογικές θεραπείες είναι δύσκολη στις περισσότερες χώρες. Ανεξάρτητα εάν προσφέρεται τυπική ψυχοθεραπεία, οι ιατροί θα πρέπει επίσης να παρέχουν υποστηρικτικές παρεμβάσεις, που θα βελτιώσουν την έκβαση των ασθενών.

A. Ατομική Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία

Όπως με κάθε θεραπευτικό σχήμα, πρέπει να λαμβάνεται η συγκατάθεση του ασθενούς και/ή της οικογένειας. Αυτό προσφέρει μια ευκαιρία ενημέρωσης, στην οποία περιλαμβάνεται μια σύντομη συζήτηση σχετικά με τις αιτίες της Κατάθλιψης, τα συμπτώματά της, τις θεραπευτικές δυνατότητες, τους κινδύνους και τω οφέλη αυτών των θεραπειών, τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και την αναμονή της ύφεσης. Οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας βρίσκονται στην κατάλληλη θέση να εδραιώσουν έντονους δεσμούς, καθώς έχουν ήδη μια θεραπευτική σχέση με τον ασθενή λόγω της συνεχούς φροντίδας.

Μέσω της καλύτερης κατανόησης της νόσου και της αναμενόμενης πορείας της, οι ασθενείς θα δείξουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στα προτεινόμενα θεραπευτικά σχέδια. Επίσης, με την ενεργή συμμετοχή στη διαδικασία λήψης της απόφασης, οι ασθενείς θα νιώσουν ότι έχουν ακόμη τον έλεγχο. (Ευθυμίου, 2002)

Η Γνωσιακή Θεραπεία βασίζεται στο συλλογισμό ότι τα αρνητικά αισθήματα στην Κατάθλιψη είναι αντίδραση στην αρνητική σκέψη, η οποία προκύπτει από δυσλειτουργική συνολική αρνητική στάση. Ο ασθενής και ο θεραπευτής εργάζονται μαζί για να ξεχωρίσουν τις αρνητικές σκέψεις και να αναπτύξουν πιο ρεαλιστικές βασικές προϋποθέσεις.



Τροποποιημένη από :
<https://iusedtohavehair.files.wordpress.com/2014/11/stronger-than-depression.jpg>

Η θεραπεία περιλαμβάνει τη συστηματική παρακολούθηση των αρνητικών σκέψεων, όταν ο ασθενής αισθάνεται καταθλιπτικός, την αναγνώριση της σχέσης μεταξύ της γνώσης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, την παραγωγή δεδομένων που να υποστηρίζουν ή να απορρίπτουν την αρνητική γνώση, την παραγωγή εναλλακτικών υποθέσεων που να εξηγούν το γεγονός που επιφέρει την αρνητική σκέψη και την αναγνώριση των αρνητικών σχημάτων, που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της συνολικά αρνητικής σκέψης, όταν υπάρχει απογοήτευση για τη μία πλευρά της όλα-ή-τίποτε προϋπόθεσης.

Στην πορεία της εξέτασης των δυσλειτουργικών στάσεων, ο ασθενής μαθαίνει να χαρακτηρίζει και να εξουδετερώνει τα λάθη πληροφόρησης-διαδικασίας, όπως η υπεργενίκευση, η έντονη προσωποποίηση, η σκέψη όλα-ή-τίποτε και η γενίκευση από απλά αρνητικά γεγονότα. Για παράδειγμα, αφού βρει τι σκεπτόταν όταν άρχισε να νιώθει καταθλιπτικός, ο ασθενής πρέπει να καταλάβει ότι το αίσθημα ξεκίνησε όταν άρχισε να σκέφτεται 'κανείς δεν με αγαπά' επειδή η σύζυγος του δεν τον υποδέχθηκε με ενθουσιασμό, όταν γύρισε από τη δουλειά. Αυτή η σκέψη φαίνεται λογικό να ακολουθεί την προϋπόθεση 'αφού δεν χαίρεται πάντοτε που με βλέπει, δεν με αγαπά'.

Δύο είδη εναλλακτικών υποθέσεων μπορούν να προκύψουν, εάν σκεφτεί αυτό το γεγονός. Πρώτον, ότι η γυναίκα του ασθενούς ήταν απασχολημένη ή ότι μπορεί να χάρηκε που τον είδε, αλλά να μην το έδειξε με τον τρόπο που αυτός ήθελε. Δεύτερον, ότι η έλλειψη ενθουσιασμού μία δεδομένη στιγμή δεν είναι απαραίτητα σημάδι γενικευμένης έλλειψης ενδιαφέροντος. Τέλος, ο ασθενής μαθαίνει να διορθώνει την πεποίθηση του όλα-ή-τίποτε, δηλαδή ότι οι άνθρωποι είναι είτε πλήρως αφοσιωμένοι σε αυτόν ή δεν νοιάζονται καθόλου. (Ευθυμίου, 2002)

Η ατομική ψυχοθεραπεία αφορά δύο πρόσωπα, τον ψυχοθεραπευτή και τον ενδιαφερόμενο. Για να προβεί σε μία τέτοια διαδικασία ο ενδιαφερόμενος συνεπάγεται ότι τον απασχολούν διάφορα προσωπικά προβλήματα και δεν έχει την δύναμη να σκεφτεί λογικά και ορθά για να βρει λύσεις μόνος του. Γίνεται δηλαδή μια διερεύνηση του εαυτού του με τη βοήθεια του ειδικού.

Υπάρχουν στιγμές που ο ενδιαφερόμενος θα συγκινηθεί και θα κλάψει, αυτό όμως αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ψυχοθεραπείας διότι αφήνει τον θεραπευτή να «εισχωρήσει» στο μυαλό του και στο χαρακτήρα ώστε να καταλάβει περισσότερα πράγματα και στοιχεία της ιδιοσυγκρασίας του. Για να έρθει σε αυτή τη κατάσταση το άτομο σημαίνει πως πλέον είναι ευάλωτος, λιγότερο λειτουργικός, ανασφαλής και απογοητευμένος. Μέσα από τις συναντήσεις δίνεται η δυνατότητα να καταλάβει τους λόγους που τον έκαναν λιγότερο λειτουργικό σε διάφορες καταστάσεις της ζωής του.

Σκοπός λοιπόν της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι να κατανοήσει το πρόβλημα του ο ενδιαφερόμενος και να μειωθούν με οποιοδήποτε τρόπο αυτά τα συμπτώματα που νιώθει. Το περιβάλλον εμπιστοσύνης δίνει τη δυνατότητα να νιώσει άνετα ο εξεταζόμενος και να βγάλει από μέσα του με μεγαλύτερη ευκολία ό,τι τον απασχολεί. Επίσης, στόχος της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι να αναλυθούν και να διερευνηθούν τραύματα του παρελθόντος και οδυνηρές καταστάσεις. (Ροπε, 2013)

Άτομα τα οποία κάνουν ψυχοθεραπεία συνήθως αισθάνονται δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων, στο σωστό τρόπο σκέψης, είναι υποτονικά, απομακρυσμένοι από το περίγυρο τους, λιγότερο δραστήρια, νιώθουν ακόμα απογοητευμένοι, έχουν συνήθως σωματικούς πόνους, διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα τα οποία τα δημιουργούν με το μυαλό τους και η καθημερινότητα τους γίνεται ολοένα και πιο μίζερη. (Lenze et al., 2005)

Οι συναντήσεις έχουν διάρκεια 45 λεπτών και ο αριθμός τους εξαρτάται από το πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα του ασθενή. Αν το πρόβλημα δε χρήζει ιατρικής φαρμακευτικής αγωγής, τότε μπορούν να συνεχίσουν τη ψυχοθεραπεία, διαφορετικά θα πρέπει να απευθυνθεί σε κάποιον ψυχίατρο.

Οδηγώντας τον ενδιαφερόμενο στην κατανόηση των συναισθημάτων του και στην κατάδειξη των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων του απώτερος σκοπός του θεραπευτή είναι η ψυχική του ηρεμία πρώτον και η «κάθαρση» του μυαλού του από τις αρνητικές σκέψεις με σκοπό την ψυχική του ηρεμία.

Γι αυτό λοιπόν καλό θα ήταν όταν αισθάνεται κάποιος ψυχολογικά άσχημα να μην υποβιβάζει τον όρο «ψυχοθεραπεία» νομίζοντας πως θα στιγματιστεί από την κοινωνία και από το φιλικό περιβάλλον. Αντίθετα θα βοηθηθεί τόσο ψυχικά όσο και σωματικά. (Beach et al., 2011)

B. Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία

Οι θεραπείες της Κατάθλιψης που προέρχονται από βασικές αρχές κλασικών καταστάσεων, της θεωρίας κοινωνικής εκμάθησης και της εκμάθησης αδυναμίας, περιλαμβάνουν την προσέγγιση κοινωνικής εκμάθησης, τη θεραπεία αυτοελέγχου, την εκπαίδευση σε κοινωνικά καθήκοντα και τη θεραπεία επίλυσης οργανωμένων προβλημάτων. Οι συμπεριφορικές θεραπείες χρησιμοποιούν την εκπαίδευση, την καθοδήγηση, την εργασία στο σπίτι και την κοινωνική ενίσχυση των επιτυχών προσεγγίσεων της μη Καταθλιπτικής συμπεριφοράς, σε ένα χρονικά περιορισμένο σχήμα, συνήθως διάρκειας 8-16 εβδομάδων.

Οι Καταθλιπτικές συμπεριφορές, όπως είναι η αυτομομφή, η παθητικότητα και ο αρνητισμός επισημαίνονται, ενώ ανταμείβονται συμπεριφορές που δεν ταιριάζουν στην Κατάθλιψη, όπως η δραστηριότητα, η ευχαρίστηση και η επίλυση προβλημάτων. Η ανταμοιβή μπορεί να είναι οτιδήποτε επιδιώκει ο ασθενής, από προσοχή μέχρι επαίνους, να του επιτραπεί να αποσυρθεί ή να παραπονεθεί, ακόμη και χρήματα. (Ευθυμίου, 2002)

Οι συμπεριφοριστικές θεωρίες πρεσβεύουν την άποψη πως οι παθολογικές συμπεριφορές δεν αποτελούν νόσο αλλά είναι μια σειρά από αντιδράσεις οι οποίες δυσκολεύουν την προσαρμοστικότητα του ατόμου, είτε γιατί ο άνθρωπος έχει μάθει να αντιδρά με λάθος τρόπο, είτε γιατί έχει συνηθίσει σε μια δυσπροσάρμοστη αντίδραση. (Beach et al., 2011)

Εξετάζοντας την πρώτη περίπτωση παρατηρούμε πως λαμβάνει χώρα το φαινόμενο του συμπεριφορικού ελλείμματος στο οποίο η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου οφείλεται στην μειωμένη ανάπτυξη των κοινωνικών αρετών του που δεν βοηθηθήκαν κατά τη διάρκεια της κοινωνικοποίησης του. Στην δεύτερη περίπτωση το άτομο έχει μνηθεί σε κάποιες αντικοινωνικές αντιδράσεις οι οποίες επικροτηθήκαν κιόλας από τους γύρω του.

Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η συμπεριφοριστική θεραπεία δεν είναι τίποτα άλλο παρά μια προσπάθεια μάθησης από την αρχή του ατόμου. Μια μάθηση που θα προσπαθήσει να διορθώσει τα κακώς κείμενα και όλα αυτά που είχε διδαχτεί τα προηγούμενα χρόνια το άτομο. Βασίζεται δηλαδή στην παραδοχή ότι ο τρόπος συμπεριφοράς του ατόμου είναι μαθησιακό προϊόν και αποτέλεσμα εσωτερικών και εξωτερικών εμπειριών. Κατά συνέπεια οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η λανθασμένη συμπεριφορά δεν αποτελεί κάποιο είδος ψυχολογικής ασθένειας, αλλά μια λανθασμένη συλλογή κοινωνικών εμπειριών που απόκτησε το άτομο μέσα από τις σχέσεις του ή βίωσε μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον. Έτσι

πραγματοποιώντας κάποιες αλλαγές στο περιβάλλον του μπορεί να υπάρξει μείωση των διαταραχών και αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου.

Μέσα από την συμπεριφοριστική θεραπεία το άτομο προσπαθεί να αλλάξει τον ανεπιθύμητο τρόπο συμπεριφοράς και να μάθει νέες συμπεριφορές που θα καταστήσουν ευκολότερη την προσαρμογή του. Έτσι ο θεραπευτής μαζί με το θεραπευόμενο προσπαθούν να αξιολογήσουν την συμπεριφορά εξετάζοντας αρχικά από πού προέρχεται όλη αυτή η προβληματική αντίδραση. Στη συνέχεια προσπαθούν να βρουν παράγοντες προερχόμενους από το περιβάλλον του ατόμου που ενίσχυαν αυτή την ανεπιθύμητη συμπεριφορά και τέλος θέλουν να εντοπίσουν συγκεκριμένες συνθήκες περιβάλλοντος που μπορούν να αλλάξουν την όλη εικόνα.

Η παραπάνω διαδικασία ονομάζεται «λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς» και αποτελεί ένα μέσο το οποίο γνωστοποιεί σε θεραπευτή και θεραπευόμενο το πώς δημιουργήθηκε η ανεπιθύμητη συμπεριφορά καθώς και το πώς διατηρείται ή επαναλαμβάνεται. Από μόνη της όμως δεν επαρκεί γιατί απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ανάπτυξη ισχυρών σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευμένου, οι οποίοι πρέπει να οριοθετούν από κοινού στο που στοχεύει η θεραπεία. (Pope, 2013)

Στη συνέχεια ο θεραπευτής θα προσπαθήσει να του εξηγήσει την διαδικασία που θα ακολουθήσει για να επιτευχτεί ο στόχος και σε συνεργασία οι δυο τους θα καθορίσουν τα κριτήρια με τα οποία θα αξιολογηθεί το κατά πόσο επιτεύχθηκε ο αρχικός στόχος. Η μείωση ανεπιθύμητων συμπεριφορών που προέρχονται από το άγχος ή από τον φόβο που πιάνει το άτομο μπροστά σε συγκεκριμένες καταστάσεις καθώς και η διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς του αποτελούν δυο από τις σημαντικότερες κατηγορίες συμπεριφοριστικών θεραπειών. (Beach et al., 2011)

Γ. Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία

Η οικογενειακή θεραπεία είναι μια ειδική ψυχοθεραπεία που αφορά κάποιες φορές όλα τα μέλη της, και άλλες ένα μέλος της οικογένειας. Κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και η καθεμία έχει τα δικά της προσωπικά προβλήματα που την απασχολούν. Το πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίζει κάποιο μέλος της οικογένειας είναι πολλές φορές κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Επίσης η οικογενειακή ψυχοθεραπεία γίνεται για να βγουν στην επιφάνεια τα προβλήματα που τους απασχολούν και να βελτιώσουν τις σχέσεις μεταξύ τους αν υπάρχουν συγκρούσεις.

Σε αυτή τη μορφή ψυχοθεραπείας ο ψυχοθεραπευτής είναι ένας εκπαιδευόμενος επαγγελματίας υγείας, ο οποίος ειδικεύεται στην οικογένεια. Συνήθως οι συνεδρίες είναι αρκετές και κρατάνε για μεγάλο χρονικό διάστημα, περίπου 3 με 5 μήνες και γίνονται μια φορά την εβδομάδα. Σε μερικές περιπτώσεις η οικογενειακή θεραπεία γίνεται



Τροποποιημένη από : <http://www.drmarkmckee.com/wp-content/uploads/2012/08/img-family-therapy-session.jpg>

περισσότερες φορές την εβδομάδα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ανάλογα με το πρόβλημα που την απασχολεί. Επίσης δεν είναι απαραίτητο να συμμετέχουν όλα τα μέλη σε κάθε επίσκεψη. Θα ήταν καλύτερο αν όμως είναι συγκεντρωμένη όλη η οικογένεια κάθε φορά γιατί έτσι θα έχουν τη δυνατότητα να ανακαλύψουν τον εαυτό τους αλλά και το πώς λειτουργεί η οικογένεια σαν ομάδα.

Σκοπός της οικογενειακής ψυχοθεραπείας είναι να μειωθούν όσο είναι δυνατόν περισσότερο οι εντάσεις μεταξύ τους, εάν το πρόβλημα είναι μεταξύ των μελών, ή να μειωθούν τα συμπτώματα εάν το πρόβλημα είναι κάποια ψυχιατρική διαταραχή ενός μέλους της οικογένειας. Όταν υπάρχει κάποια ψυχιατρική διαταραχή (όπως Κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, ψύχωση) υπάρχει μια πιθανότητα να ευθύνεται η οικογένεια για τη διαταραχή κάποιου μέλους της.

Η ασθένεια μπορεί να επιδεινωθεί όταν μια οικογένεια είναι δυσλειτουργική. Η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο, όπως επίσης και το μέγεθος των παιδιών και η συμπεριφορά των γονιών απέναντι στα παιδιά. Ωστόσο, τα μέλη της οικογένειας είναι αυτά που θα στηρίξουν ο ένας τον άλλον. Όμως όταν η οικογένεια δε καταλαβαίνει ότι για παράδειγμα η κόρη τους πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή, δε μπορεί να βοηθήσει αν και ανησυχούν και το ρήγμα ανάμεσα τους γίνεται ακόμα μεγαλύτερο. Οι συγγενείς μπορεί να αισθάνονται ντροπή, θυμό, άγχος, απογοήτευση και ανησυχία από τη συμπεριφορά του παιδιού.

Η ατμόσφαιρα στο σπίτι και η συμπεριφορά απέναντι σε αυτόν που αντιμετωπίζει κάποια ψυχιατρική διαταραχή είναι τόσο σημαντική όσο και η φαρμακευτική αγωγή. Η οικογένεια μπορεί να νιώθει στενοχώρια γιατί φοβάται τον εμπαιγμό των συγγενών και φίλων και έτσι τα μέλη της απομονώνονται. (Lenze et al., 2005)

Ακόμη, κάποια οικογένεια υπάρχει περίπτωση να αναζητήσει βοήθεια όταν γνωρίζει πως σε λίγο καιρό θα υπάρξει μια αλλαγή στη ζωή τους, πριν ακόμη αρχίσει αυτή η αλλαγή (π.χ. ένα διαζύγιο, η απόκτηση ενός παιδιού, ο γάμος ενός ζευγαριού έχοντας όμως ο καθένας παιδιά από προηγούμενους γάμους). Με αυτού του είδους την ψυχοθεραπεία λοιπόν έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, τις σκέψεις, να λυθούν οι αντιπαλότητες

μεταξύ τους, να εμπιστευτεί κάποιο μέλος σε ένα άλλο πράγματα για την προσωπική του ζωή, που σε άλλη περίπτωση αυτό δε θα γινόταν.

Ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να δει και το κάθε άτομο ξεχωριστά για λίγο, να το αφήσει να μιλήσει ανοιχτά και με ειλικρίνεια για κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας που ίσως αν ήταν μπροστά να μην είχε το θάρρος να το κάνει. Επίσης, θα πρέπει να τους δώσει να καταλάβουν πως όλα αυτά τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθουν είναι απολύτως φυσιολογικά και κατανοητά. (Pope, 2013)

Όταν έχει κάποιο μέλος μια ψυχιατρική διαταραχή, ο θεραπευτής εστιάζει περισσότερο στην οικογένεια ως σύνολο και λιγότερο στον πάσχοντα. Βοηθά την οικογένεια να λύσει τις συγκρούσεις μεταξύ τους και να αναπτυχθούν τρόποι διατήρησης τους, ενισχύει τα μέλη ώστε να συνεργάζονται σαν ομάδα και να στηρίζει ο ένας τον άλλον, και ακόμη συμβουλεύει τα άτομα με λιγότερο καλή συμπεριφορά να αλλάξουν χαρακτήρα. (Lenze et al., 2005)

Η συμμετοχή της οικογένειας είναι ένα καθοριστικό χαρακτηριστικό της Διαπροσωπικής Ψυχοθεραπείας. Η θεραπεία που εστιάζεται στην οικογένεια είναι μία ψυχο-εκπαιδευτική θεραπεία της Καταθλιπτικής διαταραχής, που βασίζεται σε εγχειρίδιο. Ο στόχος αυτής της προσέγγισης είναι να μεταβληθούν οι αλληλεπιδράσεις μέσα στην οικογένεια, που εμποδίζουν τη συμμόρφωση με τη θεραπεία και προάγουν τις συναισθηματικές υποτροπές.

Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους εκτίθενται σε μία σειρά μέτρων, που εστιάζονται στην εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με τη διαταραχή γενικά και με τα συμπτώματα του ασθενούς ειδικότερα, αναπτύσσοντας ένα σχέδιο πρόληψης της έξαρσης, ενίσχυσης της επικοινωνίας των ασθενών με τους συγγενείς τους και επίλυσης των οικογενειακών προβλημάτων. Μία πρόσφατη μελέτη απέδειξε ότι η οικογενειακή θεραπεία ως συμπληρωματική ανοικτή θεραπεία με σταθεροποιητές οδήγησε σε λιγότερες εξάρσεις και σε μεγαλύτερα διαστήματα μεταξύ των εξάρσεων.

Στην καθημερινή πράξη, η συμμετοχή της οικογένειας είναι σημαντική για τους περισσότερους ασθενείς με διαταραχή της διάθεσης, άσχετα εάν γίνεται ειδική οικογενειακή θεραπεία. (Ευθυμίου, 2002)

Δ. Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Η ομαδική ψυχοθεραπεία, όπως και η ατομική, έχει στόχο να βοηθήσει τους ανθρώπους που θέλουν να βελτιώσουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν και να αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες και τα προβλήματα της ζωής τους πιο ικανοποιητικά. Ενώ στη ατομική ψυχοθεραπεία ο ενδιαφερόμενος συνευρίσκεται μόνο με ένα άτομο, τον ψυχοθεραπευτή του, στην ομαδική ψυχοθεραπεία η συνεδρία γίνεται με μια ολόκληρη ομάδα ανθρώπων, και με συντονιστές ένα (ή δύο) ψυχοθεραπευτές. Επειδή η ομαδική θεραπεία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις των ανθρώπων, προβλήματα που αφορούν διαπροσωπικές σχέσεις γίνονται συχνά το αντικείμενο της ψυχοθεραπευτικής διαπραγμάτευσης κι αντιμετώπισης.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει σκοπό να βοηθήσει τα άτομα που συμμετέχουν στην ομάδα ώστε να αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τις συναισθηματικές τους δυσκολίες, και να επιτύχουν την προσωπική τους ανάπτυξη κι αυτογνωσία. Ο ψυχοθεραπευτής-συντονιστής της ομαδικής διαδικασίας, επιλέγει ως υποψήφιους-ες για την ομαδική θεραπεία εκείνους/-ες τους/τις θεραπευόμενους/-ες που μπορούν να αποκομίσουν οφέλη απ' αυτού του είδους την

ψυχοθεραπεία, καθώς κι όσους/όσες μπορεί με την παρουσία τους να επιδράσουν βοηθητικά σε άλλα μέλη της ομάδας αυτογνωσί



ας.

Τροποποιημένη από : http://0101.nccdn.net/1_5/003/1ae/3dc/Group-Therapy-375x200_with_shadow.jpg

Οι

άνθρωποι που αποφασίζουν να συμμετέχουν σε μια ομάδα μοιράζονται με τα υπόλοιπα μέλη της ψυχοθεραπευτικής ομάδας τα προσωπικά θέματα που αντιμετωπίζουν στη ζωή τους. Για παράδειγμα, ένα μέλος μπορεί να επιλέξει να μοιραστεί γεγονότα από την καθημερινότητα της εβδομάδας που πέρασε, με ποιόν τρόπο ανταποκρίθηκε σ' αυτά, εάν αντιμετώπισε κάποια δυσκολία, κ.λ.π. Μπορεί επίσης να μοιραστεί με την ομάδα αυτογνωσίας τα συναισθήματα και τις σκέψεις του για γεγονότα που συνέβησαν σε προηγούμενες συνεδρίες της ομάδας, και να τα συσχετίσει με θέματα που τέθηκαν από άλλα μέλη, ή από τον συντονιστή της ομάδας. Άλλα μέλη πάλι μπορεί να ανταποκριθούν στα ζητήματα που φέρνει ένα μέλος, να του δώσουν ανατροφοδότηση, κουράγιο, να το στηρίξουν ή να του ασκήσουν κριτική, ή απλά να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με αφορμή τα λόγια του προηγούμενου μέλους.

Τα θέματα που συζητούνται μέσα στην ομάδα αυτογνωσίας δεν καθορίζονται από τον συντονιστή, αλλά ανακύπτουν αυθόρμητα από τα ίδια τα μέλη της. Τα άτομα που συμμετέχουν στην ομάδα συνειδητοποιούν ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι που νιώθουν παρόμοια μαζί τους, και τελικά αισθάνονται ανακούφιση γιατί βλέπουν πως δεν είναι μόνοι τους κι αβοήθητοι με το πρόβλημα που τους απασχολεί. Η ομάδα μπορεί να αποτελέσει μια σημαντική πηγή νοηματοδότησης, υποστήριξης και δύναμης σε δύσκολες περιόδους κατά τις οποίες κάποιο μέλος της αντιμετωπίζει έντονο άγχος και συναισθηματικό αδιέξοδο.

Η ανατροφοδότηση που εισπράττει κάποιο άτομο στην ομάδα από τις αντιδράσεις και την ανταπόκριση των υπολοίπων μελών στα ζητήματα που «ανοίγει» κατά την θεραπευτική διαδικασία συνήθως το βοηθάει να συνειδητοποιήσει κάποιες δυσλειτουργικές του στάσεις, ή/και επαναλαμβανόμενα μοτίβα στη συμπεριφορά του που μπορεί να δυσκολεύουν τις σχέσεις του με τους άλλους. Επίσης, η ανατροφοδότηση της ομάδας μπορεί να τον/ την βοηθήσει να αλλάξει την οπτική με την οποία βλέπει τα πράγματα, ή/και να υιοθετήσει πιο δημιουργικές και αποτελεσματικές στάσεις απέναντι στα προβλήματα που τον/ την απασχολούν.

Γενικά, η ομάδα αυτογνωσίας μπορεί να λειτουργήσει ως ένα ζωντανό εργαστήριο πειραματισμού, όπου τα μέλη μπορούν να δοκιμάζουν με ασφάλεια νέες στάσεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές, πριν τις εφαρμόσουν στην καθημερινότητά τους, εκτός

ομάδος. Συχνά μέσ' την ψυχοθεραπευτική ομάδα τα μέλη συναντούν ανθρώπους της παρελθούσας, ή και της τωρινής τους ζωής, με τους οποίους έχουν μια δυσκολία, που όμως θα ήθελαν να είναι σε θέση να την διαπραγματευτούν αποτελεσματικά. Στην ομαδική ψυχοθεραπεία όλοι θα έχουν σίγουρα την ευκαιρία να επεξεργαστούν δημιουργικά τέτοιες καταστάσεις.

Ο αριθμός των μελών της ψυχοθεραπευτικής ομάδας πρέπει να κυμαίνεται από 4 έως 12 άτομα. Σε ομάδα με περισσότερα από 12 μέλη είναι πολύ δύσκολο να δημιουργηθεί θεραπευτική ατμόσφαιρα, και ο λιγιστός χρόνος που αναλογεί σε κάθε μέλος δεν του δίνει τη δυνατότητα να δουλέψει με επάρκεια τα προσωπικά του ζητήματα. Η διάρκεια κάθε ομαδικής συνεδρίας είναι 2 ώρες (αυτή η διάρκεια είναι διαφορετική όταν πρόκειται για εργαστήρια αυτογνωσίας, και μαραθώνιους ομάδων), και οι συναντήσεις γίνονται στο ίδιο μέρος σε σταθερή μέρα, την ίδια ώρα, με συγκεκριμένους κανόνες και όρια. Τα μέλη της ομάδας συναντιούνται μια φορά την εβδομάδα, τη συμφωνημένη μέρα κι ώρα. Η διάρκεια μιας ψυχοθεραπευτικής ομάδας κυμαίνεται, ανάλογα με το είδος των ζητημάτων που τα μέλη της επιθυμούν να δουλέψουν θεραπευτικά, και τους στόχους που θέτει η συγκεκριμένη ομάδα, αλλά κατά μέσο όρο η διάρκεια ζωής της είναι 3-4 χρόνια.

Σε κάθε περίπτωση, τα άτομα που ξεκινούν τώρα την συμμετοχή τους στην ομάδα αυτογνωσίας πρέπει να έχουν υπόψιν τους ότι χρειάζεται για να δουν έμπρακτα την βοήθεια της ομάδας να παραμείνουν στην ομάδα τουλάχιστον για 1 χρόνο. Επίσης σε μια θεραπευτική ομάδα μπορούν να συμμετέχουν και άντρες και γυναίκες, που καλό θα ήταν να έχουν συμμετάσχει και σε προηγούμενες ατομικές συνεδρίες ώστε να έχουν μια ιδέα για το πώς θα είναι η ομαδική θεραπεία, χωρίς αυτό να είναι βέβαια απαραίτητο. (Ευθυμίου, 2002)

Κάποιος ίσως μπορεί να αναφερθεί σε συζητήσεις άλλων συνεδριών και με διαφορετικά άτομα και θεραπευτές να αναλύσουν καταστάσεις, και δεν είναι απίθανο να δώσουν όλοι οι υπόλοιποι κουράγιο, στήριξη και συμβουλές στο άτομο που λέει ένα προσωπικό πρόβλημα, να ασκήσουν εποικοδομητική κριτική και να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους. (Lenze et al., 2005)

Σε πολλούς τα προβλήματα είναι κοινά, και ακούγοντας πως δεν είναι οι μόνοι που έχουν το συγκεκριμένο πρόβλημα νιώθουν ανακούφιση και πιστεύουν πως δεν είναι οι μόνοι που νιώθουν το ίδιο, αλλά υπάρχουν και άλλα άτομα που βρίσκονται στην ίδια θέση. Η ομάδα σε χρονικές περιόδους όπου ο ενδιαφερόμενος καταλαμβάνεται από άγχος και stress μπορεί να αποτελέσει πόλο στήριξης.

Ο ψυχοθεραπευτής κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν υποδύεται το ρόλο του διευθυντή. Προσπαθεί να αποσπάσει μέσα από τις θεραπευτικές ιδιότητες τις προτάσεις, τις σκέψεις, τις προτροπές βλέποντας και εξηγώντας τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ασθενών.

Τέλος, η συμμετοχή ενός ασθενή σε κάποιο γκρουπ ομαδικής ψυχοθεραπείας μπορεί να του προσφέρει πολλά. Αρχικά να του καλλιεργήσει το αίσθημα ότι δεν είναι μόνος του και να αποκτήσει ξανά την ελπίδα ότι μπορεί να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα στηριζόμενος στις δικές του δυνάμεις. Επίσης αποσπά πληροφορίες σχετικά με προβλήματα που φέρνει ο καθένας στην ομάδα του και του δημιουργείται το αίσθημα της αλληλεγγύης, δηλαδή ότι δεν παίρνει μόνο βοήθεια αλλά και δίνει. Επιπλέον έχει τη δυνατότητα να μάθει το τρόπο επίδρασης της συμπεριφοράς του απέναντι σε άλλα άτομα καθώς και να δοκιμάσει τις κοινωνικές του δεξιότητες μέσα σε μια χώρο που διέπεται από ευθύτητα, ειλικρίνεια και αλληλεγγύη. Εν κατακλείδι μπορεί αφενός να μάθει καινούργιους τρόπους επικοινωνίας και αφετέρου να αισθάνεται ότι αποτελεί αποδεκτό και ισότιμο μέλος μέσα σε μια ομάδα. (Pope, 2013)

Η ψυχοθεραπεία είναι ένας κλάδος της ψυχολογίας ο οποίος ασχολείται εξ' ολοκλήρου με τον άνθρωπο που έχει ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα και έχει άμεση σχέση με τον θεραπευτή του. Στη σύγχρονη εποχή είναι πολύ παρεξηγημένη έννοια το ότι κάποιος θέλει να προβεί σε ψυχοθεραπεία. Αυτό όμως ίσως να έχει αρνητικό αποτέλεσμα σε αυτόν που την έχει πραγματικά ανάγκη διότι, πιστεύει πως αν τυχόν μαθευτεί ότι θα υποβληθεί σε ψυχοθεραπεία ή ότι συμβουλευέται ειδικούς για να τον βοηθήσουν θα στιγματιστεί στο κοινωνικό και προσωπικό του περιβάλλον.

Σε πρώτη φάση θα πρέπει ο άνθρωπος να αποδεχτεί ότι όντως δε νιώθει καλά ψυχολογικά τον τελευταίο καιρό, σε δεύτερη φάση να ζητήσει τη βοήθεια ενός ειδικού και σε τρίτη φάση να συζητήσει με τον ψυχοθεραπευτή και να καταλάβει πως σκοπός του ψυχοθεραπευτή είναι η απαλλαγή, η καλυτέρευση αυτών των συναισθημάτων που τον ταλαιπωρούν.

Επίσης, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως όταν κάποιος ζητήσει τη βοήθεια ενός ψυχοθεραπευτή δε σημαίνει ότι έχει κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Πολλοί είναι αυτοί που μπορεί σε κάποιο στάδιο της ζωής του να περνούν δυσκολίες (όπως κάποιο διαζύγιο, πένθος, απόλυση από την εργασία κ.α). και αφήνουν όλα αυτά τα προβλήματα να συσσωρεύονται μέσα τους χωρίς να μπορούν να τα λύσουν μόνοι τους. Το να υποφέρει κάποιος από κάτι παθολογικό αποτελεί αίτια για να επισκεφτεί κάποιον παθολόγο, το να πονάει όμως ψυχικά δεν αποτελεί πρωταρχικό σκοπό ώστε να επισκεφτεί κάποιον ειδικό.

Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι πρώτα από όλα να κάνει το άτομο λιγότερο ευάλωτο σε διάφορες καταστάσεις και να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και λειτουργεί. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι λιγότερο πιεσμένος, ανασφαλής και απογοητευμένος. Να προσπαθήσει ξανά να πιστέψει στον εαυτό του να νιώσει και πάλι δυνατός και ανεξάρτητος να μην εξαρτάται ούτε από τη γνώμη του άλλου ούτε από τίποτα. (Beach et al., 2011)

Αυτή η αυτοπεποίθηση και η ανεξαρτησία θα του δώσει πάλι δύναμη και κουράγιο. Θα πρέπει να αλλάξει τον κοινωνικό και φιλικό περίγυρο του. Να γνωρίσει νέους ανθρώπους με τους οποίους θα περνάει ευχάριστα και θα νιώθει και πάλι την ανάγκη να αγαπήσει, να ερωτευτεί. Επίσης η ενασχόληση με διάφορες δραστηριότητες αποτελεί τρόπο ψυχοθεραπείας. Το περπάτημα, το διάβασμα ενός βιβλίου, η χαλαρή μουσική, η παρέα με καλούς φίλους αποτελούν και αυτοί τρόπους ψυχοθεραπείας.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά όταν ο ψυχοθεραπευτής σέβεται τον άνθρωπο που έχει απέναντί του τον ακούει με προσοχή χωρίς να κρίνει όταν προσφέρει ένα περιβάλλον άνεσης, εμπιστοσύνης, αποδοχής όταν προσπαθεί με διάφορες μεθόδους να εξωτερικεύσει συναισθήματα του που ποτέ δε το είχε κάνει σε κανέναν.

Ο θεραπευτής με αυτούς τους τρόπους δεν προσπαθεί να αλλάξει ολοκληρωτικά τον χαρακτήρα του ανθρώπου απλά να τον κάνει καλύτερο διώχνοντας ή ελαττώνοντας κάποια άσχημα στοιχεία του χαρακτήρα του. Προσπαθεί να κάνει τον ενδιαφερόμενο να δει με άλλο μάτι τη ζωή, πιο αισιόδοξα, να συγχωρεί πιο πολύ, να δέχεται πράγματα και να επιδιώκει να προσπερνά ευκολότερα τις δυσκολίες που παρουσιάζονται.

Είναι καλό ο ενδιαφερόμενος να έχει αποκτήσει σε όλο το διάστημα των συναντήσεων του μια καλή και φιλική σχέση με τον ψυχοθεραπευτή του, γιατί ο θεραπευτής αυτός θα θέσει όρους, θα δώσει συμβουλές. Επομένως θα πρέπει το άτομο να είναι έτοιμο να τις δεχτεί, να τις ενστερνιστεί, μα πάνω από όλα να τις ακολουθήσει πιστά.

Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ο ενδιαφερόμενος ίσως είναι συναισθηματικά φορτισμένος και συγκινημένος. Αυτό είναι καλό σημάδι διότι αρχίζει και βγάζει περισσότερο

το χαρακτήρα του προς τα έξω και ο θεραπευτής «εισχωρεί» πιο βαθιά στο μυαλό του ατόμου. (Pope, 2013)

Σε όλες τις επισκέψεις είναι καλό ο θεραπευτής με τον ενδιαφερόμενο να βλέπουν σε τι επίπεδο έχουν φτάσει. Αν υπάρχει αποτελεσματικότητα, θα υπάρχουν αλλαγές προς το καλύτερο. Καλό θα είναι να υπάρχει κάποιο κενό ανάμεσα στις συναντήσεις τους διότι αυτό δίνει το χρόνο στο άτομο να σκεφτεί και να επεξεργαστεί όλα όσα λέχθηκαν στις προηγούμενες συνεδρίες. (Lenze et al., 2005)

7.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η Προληπτική Παρέμβαση ακολουθεί την φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες. Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη.

Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της νόσου, διακρίνονται επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Αυτά είναι :

- Η Πρωτογενής Προληπτική Παρέμβαση
- Η Δευτερογενής Προληπτική Παρέμβαση
- Η Τριτογενής Προληπτική Παρέμβαση (Medkova et al., 2003)

A. Πρωτογενής Προληπτική Παρέμβαση

Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν, τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας, όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα. Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον γενικό τρόπο ζωής.

Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό, σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία και γενικά την απόκτηση υγιεινών συνηθειών. Ακόμη ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες όπως το κάπνισμα, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ότι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία.

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

Οι ειδικές πρωτογενείς προληπτικές παρεμβάσεις αναφέρονται στα μέτρα που λαμβάνονται, προκειμένου να προστατευτεί το άτομο από συγκεκριμένα αίτια ή παράγοντες. Στα χρόνια νοσήματα, που δεν υπάρχει συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας, η παρέμβαση είναι μόνο έμμεση. Προκειμένου λοιπόν να περιορισθούν τα προβλήματα, οι παράγοντες πρέπει να καταπολεμηθούν. (Medkova et al., 2003)

B. Δευτερογενής Προληπτική Παρέμβαση

Η δευτερογενής παρέμβαση προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια, σε περίπτωση δε που αυτό δεν είναι δυνατόν, να περιοριστεί η εξέλιξή της και να προληφθούν επιπλοκές.

Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού (γνωστό διεθνώς ως screening) είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα.

Η έγκαιρη διαπίστωση και θεραπεία έχει πολύτιμα αποτελέσματα. Τμήμα της δευτερογενούς πρόληψης πρέπει να αποτελεί και η διδασκαλία του πληθυσμού σχετικά με τη σπουδαιότητα του περιοδικού ελέγχου της υγείας τους. (Medkova et al., 2003)

Γ. Τριτογενής Προληπτική Παρέμβαση

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

Ως υγεία μπορεί να καθοριστεί η κατάσταση εκείνη του σώματος και πνεύματος η οποία δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να κατευθύνονται με επιτυχία προς τους επιθυμητούς λειτουργικούς και κοινωνικούς τους αντικειμενικούς σκοπούς. Αγωγή υγείας είναι η παροχή πληροφοριών σχετικά με συνήθειες της ζωής που προωθούν την καλή λειτουργικότητα σώματος και πνεύματος και ενθαρρύνουν τα άτομα για αυτοέλεγχο και αυτοφροντίδα σε θέματα Υγείας. Η υγεία δεν είναι μια κατάσταση στατική, αλλά μια συνεχής διεργασία, η οποία, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, βασίζεται ή εξαρτάται από τη δυνατότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στο περιβάλλον, το οποίο επίσης συνεχώς μεταβάλλεται.

Ένα άτομο θεωρείται υγιές, όταν μπορεί να παραμείνει κοινωνικά, διανοητικά και ψυχικά δραστήριο, ακόμη και όταν υποφέρει από κάποιο ενόχλημα ή παρουσιάζει αδυναμία ή ανικανότητα, όταν μπορεί να χρησιμοποιήσει αποδοτικά τις δυνάμεις του και να ξεπεράσει τις αδυναμίες και ελλείψεις του. (Medkova et al., 2003)



8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Psychiatric Association , 1994. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders"
2. Beach, S.R. H., Franklin, K., Dreifus, J., Kamen, C., Gabriel, B. 2011. Couple therapy and the treatment of depression. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical Handbook of Couple Therapy*, Fourth Edition. New York: Guilford. 91
3. Chakraborty, A. 2009. Depression in the Elderly. Διαθέσιμο απο : <http://www.webmd.com> [Πρόσβαση 15 Ιουλίου 2015]
4. Chitty, K.K. 2009. Διαταραχές Διάθεσης στα βρέφη και τα παιδιά. Kneisl, C.R & Wilson, H.S & Trigoboff, E., ed. Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Μετάφραση: Κρομμύδας Γ. Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, 406-441
5. Coprue, C. 2009. Έφηβοι. Kneisl, C.R & Wilson, H.S & Trigoboff, E., ed. Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Μετάφραση: Κρομμύδας Γ. Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, 733-760.
6. Daly, RW. 2007. "Before depression: The medieval vice of acedia". *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes* 70 (1): 30–51. Διαθέσιμο απο : <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/psyc.2007.70.1.30> [Πρόσβαση : 18 Ιουλίου 2015]
7. Davison, K . 2006. "Historical aspects of mood disorders". *Psychiatry* 5 (4): 115–18.
8. Deligiannidis, K., et al. 2010. Complementary and alternative medicine for the treatment of depressive disorders in pregnant women. *Psychiatric Clinics of North America*. ;33: 441.
9. Gatchel, R. 2008. "Η Ταξινόμηση των Ψυχοφυσιολογικών διαταραχών". Διαθέσιμο απο : www.relax-now.gr [Πρόσβαση 30 Ιουλίου 2015]
<http://www.allaboudepression.com> [Πρόσβαση: 29 Αυγούστου 2014]
10. Katon, W., Schulberg, H. 2009. Epidemiology of depression . *Gen Hosp psychiatry*.;14:237–247
11. Kennedy, H.S. 2005. "Αποτελεσματική Θεραπεία της Κατάθλιψης", μετ. Σαπουντζάκης Δ. 2005, Αθήνα, Εκδόσεις Βαγιονάκη, σελ. 9-17.
12. Landers, D., & Arent, S. 2001. "Exercise and mental health." R.N. Singer, H.A. Hausenblas, & C.M. Janelle (Eds.) *Handbook of sport psychology* (2nd ed.), σελ. 740-765
13. Lenze, E.J. et al. 2005. "Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: Effects on social adjustment," *American Journal of Psychiatry*, 159, 466-468. 94
14. Medkov, A. et al. 2003. Κατάθλιψη : Πρόληψη- θεραπεία. Διαθέσιμο απο : <http://www.medlook.net> [Πρόσβαση : 20 Ιουλίου 2015]
15. Miller, M. et al. 2013. "Understanding Depression, a Special Health Report from Harvard Medical School".
16. Pope, J. 2013. Family therapy. Available at: <http://www.webmd.com> [πρόσβαση 6 Αυγούστου 2015]
17. Primack, B., MD, EdM, MS; Brandi Swanier, BA; Anna M. Georgiopoulos, MD; Stephanie R. Land, PhD; Michael J. Fine, MD, MSc 2009; Association Between Media Use in Adolescence and Depression in Young Adulthood A Longitudinal Study *Arch Gen Psychiatry*. 6(2):181-188).

18. Radden, J. 2003. "Is this dame melancholy? Equating today's depression and past melancholia". *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 10 (1): 37–52.
19. Timms, P. 2010. Depression –Men and Women. Διαθέσιμο απο : <http://www.rcpsych.ac.uk> [Πρόσβαση 15 Ιουλίου 2015]
20. Tomson, L., Pangranzi, R., Friedman, G. & Hutsison, N. 2003. "Childhood depressive symptoms, physical activity and health related fitness". *Journal of sport and exercise psychology*, 25, σελ. 419-439.
21. Tyrell, M. 2011. Symptoms of Depression. Διαθέσιμο απο : <http://www.clinical-depression.co.uk> [Πρόσβαση : 1 Αυγούστου 2015]
22. Tyson, M. 2011. Causes of Depression. Διαθέσιμο απο : <http://www.clinical-depression.co.uk> [Πρόσβαση: 2 Αυγούστου 2015]
23. Βάρβογλη, Λ. 2008. "ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Η Ψυχική Νόσος της Εποχής μας. Διαθέσιμο απο : www.health.in.gr [Πρόσβαση 27 Ιουλίου 2015]
24. Δασκαλόπουλος, Θ. 2006, "Κλινικές Μορφές Κατάθλιψης", Διαθέσιμο απο : www.psi-gr.tripod.com [Πρόσβαση 28 Ιουλίου 2015]
25. Ευθυμίου, Κ. 2002. "Εφαρμογή της Δυμπεριφοριστικής/Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας στην Κατάθλιψη", Εκδόσεις Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, σελ. 1-16, 17-34.
26. Ίσαρη, Γ. 2005, "Πώς Σχετίζεται η Κατάθλιψη με τη Διατροφή". Διαθέσιμο απο www.mednutricion.gr [Πρόσβαση 30 Ιουλίου 2015]
27. Μάνου, Ν. 1997. "Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής", Θεσσαλονίκη, University Studio Press, σελ. 196-212.
28. Νικολάκη, Ε. 2006. "Βιολογικές Θεραπείες για την Κατάθλιψη". Διαθέσιμο απο : www.web-psycho.gr [Πρόσβαση 17 Ιουνίου 2015]
29. Τσουλέα, Ρ. 2006. "Καλπάζει η Κατάθλιψη". Τα Νέα. Διαθέσιμο απο : www.psychognosia.blogspot.com [Προσβαση 23 Ιουλίου 2015]
- Διαθέσιμο απο : http://www.muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/philosophy_psy psychiatry_and_psychology/v010/10.1radden01.html [Πρόσβαση: 14 Ιουλίου 2015].
- Διαθέσιμο απο : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1476179306700246>. [Πρόσβαση 18 Ιουλίου 2015]
30. Παντζιάρας, Γ. 2007 "Πληροφόρηση για την Ψυχική Υγεία", Διαθέσιμο απο : www.psynet.gr [Πρόσβαση 13 Ιουνίου 2015]
31. Πολυζόπουλος, Ε. 2009. "Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης". Διαθέσιμο απο : www.inspy.gr [Πρόσβαση 27 Ιουλίου 2015]
32. Σκαπινάκης, Π. 2010. Διαθέσιμο Απο : <http://www.stress.gr/disorder.php?id=9> [Πρόσβαση 25 Ιουλίου 2015]
33. Φρατζής, Ν. 2010. Διαθέσιμο Απο : <http://www.prosarmogi.gr> [Πρόσβαση 26 Ιουλίου 2015]
34. Φρέρης Γ. - Βίκη Α. - Παπάνης Ευ., 2008. "Εφηβεία και Κατάθλιψη". Διαθέσιμο απο : www.aerean.gr [Προσβαση 24 Ιουλίου 2015]
35. Χαρίλα, Τ. 2013. Επιδημιολογία της κατάθλιψης. Διαθέσιμο απο : <http://www.kepsy.gr> [Πρόσβαση 27 Ιουλίου 2015]