

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:
«ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ»



ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΥ ΚΑΣΣΙΑΝΗ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: 8573
ΠΑΤΡΑ 2015

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Κα ΣΑΜΑΡΤΖΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.7

ΜΕΡΟΣ Α'

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ	σελ.9
1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	σελ.13
2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	σελ.19
3. ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	σελ.23
3.1 Ψυχαναλυτικές και ψυχοδυναμικές θεωρίες.....	σελ.23
3.2 Θεωρίες της γνωστικής συμπεριφοράς.....	σελ.25
3.3 Γενετική θεωρία.....	σελ.26
3.4 Ιδιοπαθής θεωρία.....	σελ.29
3.5 Βιολογική θεωρία.....	σελ.29
4. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ.....	σελ.31
5. ΤΟ ΤΑΞΙΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ DSM V	σελ.33
5.1 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	σελ.33
5.2 Δυσθυμική διαταραχή	σελ.36
5.3 Κυκλοθυμική διαταραχή.....	σελ.37
5.4 Άλλες μορφές κατάθλιψης	σελ.40
5.4.1 Χρόνια κατάθλιψη και δυσθυμία	σελ.40
5.4.2 Εποχιακή κατάθλιψη.....	σελ.41
5.4.3 Παραληρητική ή Ψυχωσική κατάθλιψη	σελ.42
5.4.4 Λανθάνουσα ή συγκαλυμμένη κατάθλιψη.....	σελ.43

6. ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	σελ.45
6.1 Εμμηνορροϊκός κύκλος	σελ.45
6.2 Κατάθλιψη και μητρότητα	σελ.49
6.3 Μέτρια και σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη	σελ.49
7. ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	σελ.53
7.1 Κλινική εικόνα.....	σελ.53
7.2 Συμπτώματα στην Τρίτη ηλικία.....	σελ.54
7.3 Επιπλοκές της γηριατρικής κατάθλιψης	σελ.55
7.4 Αυτοκτονικότητα	σελ.56
7.5 Έκπτωση λειτουργικών δεξιοτήτων.....	σελ.57
8. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ, ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	σελ.58
9. ΘΛΙΨΗ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΠΕΝΘΟΣ	σελ.61

ΜΕΡΟΣ Β'

ΣΥΓΧΡΟΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	σελ.64
2. ΦΑΡΜΟΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ.66
2.1 Δράση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	σελ.66
2.2 Θετικά και αρνητικά στοιχεία της φαρμακοθεραπείας.....	σελ.68
3. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	σελ.71
3.1 Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.....	σελ.71
3.2 Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης	σελ.72
3.3 Αναστολείς Μονοαμινοοξειδάσης.....	σελ.73
3.4 Άλλες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών	σελ.74

4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	σελ.76
4.1 Ψυχοθεραπεία	σελ.76
4.2 Ατομική ψυχοθεραπεία	σελ.76
4.3 Ομαδική ψυχοθεραπεία	σελ.77
4.4 Θεραπεία της συμπεριφοράς.....	σελ.78
4.5 Εργοθεραπεία ή απασχολησιοθεραπεία	σελ.79
4.6 Γνωσιακή θεραπεία.....	σελ.79
4.7 Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (ΔΨΘ).....	σελ.80
5. ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ.81
5.1 Ορισμός.....	σελ.81
5.2 Ενδείξεις – Αντενδείξεις και βελτίωση της εφαρμογής.....	σελ.82
6. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	σελ.84
6.1 Η Μελλοντική Κατευθυνόμενη Θεραπεία	σελ.84
6.2 Η Επαναλαμβανόμενη Διακρανική Μαγνητική Διέγερση	σελ.85
6.3 Νέα φάρμακα για τη θεραπεία της κατάθλιψης.....	σελ.87

ΜΕΡΟΣ Γ΄

1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	σελ.88
1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κατάθλιψη	σελ.88
1.1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε άτομα με αυτοκτονικές τάσεις.....	σελ.89
1.2 Νοσηλευτική διεργασία	σελ.91
1.3 Νοσηλευτική διεργασία περιστατικού με συμπτώματα κατάθλιψης	σελ.93
ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ.95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.100

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη ασχολείται με την έννοια της κατάθλιψης και τις διάφορες μορφές που αυτή έχει. Παράλληλα μελετά τους σύγχρονους τρόπους αντιμετώπισης της και τις μεθόδους και πρακτικές που εφαρμόζονται από τους κλινικούς γιατρούς και τους ψυχολόγους. Η κατάθλιψη είναι μια κατάσταση χαμηλής διάθεσης και αποστροφής για δραστηριότητες. Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τις σκέψεις, τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα ενός ατόμου και την αίσθηση της ευημερίας του. Οι άνθρωποι με καταθλιπτική διάθεση μπορεί να αισθάνονται λυπημένοι, ανήσυχοι, άδειοι, χωρίς ελπίδα, ανήμποροι, άχρηστοι, ένοχοι, οξύθυμοι, επίσης να αισθάνονται ντροπή ή ανησυχία. Η κατάθλιψη έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα πάρα πολλές φορές. Στη σύγχρονη εποχή οι θεωρίες που υπάρχουν για αυτήν είναι πολλές. Οι πιο γνωστές είναι οι ψυχαναλυτικές και ψυχοδυναμικές θεωρίες, οι θεωρίες της γνωστικής συμπεριφοράς, η γενετική θεωρία, η ιδιοπαθής θεωρία και η βιολογική θεωρία. Το DSM-5, δόθηκε στη δημοσιότητα στις 18/5/2013. Στις περισσότερες περιπτώσεις το εγχειρίδιο αυτό δεν έχει σημαντικές αλλαγές από το DSM-IV-TR. Ωστόσο η έκδοση αυτή επικρίθηκε από διάφορες αρχές πριν και μετά την επίσημη έκδοσή της. Πολλές κατηγορίες του πληθυσμού είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην εκδήλωση κατάθλιψης. Οι γυναίκες ειδικότερα εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης λόγω των ορμονικών τους αλλαγών, που προκαλούνται κυρίως από το αναπαραγωγικό τους σύστημα. Οι ηλικιωμένοι επίσης εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά λόγω των ασθενειών, της φθοράς και της κοινωνικής απομόνωσης. Στους νέους και στις ηλικίες έως 50 ετών συχνότερες αιτίες κατάθλιψης θεωρούνται η ανεργία και η οικονομική κρίση που μαστίζει τη χώρα μας. Υπάρχουν πολλοί σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Ωστόσο επειδή η κατάθλιψη εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετικό βαθμό σε κάθε άτομο, οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας θα πρέπει κάθε φορά να αναζητήσουν τον κατάλληλο. Πιστεύεται ότι η εν λόγω εργασία μπορεί να συμβάλει στην ενημέρωση και τη πληροφόρηση τόσο του ευρύτερου κοινού όσο και εκείνων που ασχολούνται με την υγειονομική περίθαλψη.

Abstract

This study deals with the concept of depression and its various forms. It also deals with the modern ways of addressing methods and practices by clinicians and psychologists. Depression is a state of low mood and aversion to activity. Depression can affect thoughts, behavior, feelings of an individual and a sense of wellbeing. People with depressed mood may feel sad, anxious, empty, hopeless, helpless, worthless, guilty, irritable, also feel shame or anxiety. The term “depression” has occupied the scientific community many times. In modern times the theories that are many. The most famous are the psychoanalytic and psychodynamic theories, theories of cognitive behavioral, genetic theory, idiopathic theory and the biological theory. The DSM-5, released on 5/18/2013. In most cases, the DSM-5 has not changed significantly from the DSM-IV-TR. This edition was criticized by various authorities before and after the official adoption. Many categories of the population are particularly vulnerable to depression event. Women, in particular have higher rates of depression because of the hormonal changes caused mainly by their reproductive system. The elderly also have high levels due to disease, decay and social isolation. Young people and those aged up to 50 years most common causes of depression are considered as unemployment and the economic crisis in our country. There are many modern ways to treat depression. But because depression is manifested in different ways and to varying degrees in each person, health professionals must every time to look properly. It is believed that this work can contribute to information and informing both the general public and those involved in healthcare.

Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη πραγματεύεται τον τρόπο με τον οποίο φαινόμενα όπως η κατάθλιψη επηρεάζουν τη ζωή και την καθημερινότητα των ανθρώπων. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν την τάση κάποια στιγμή στη ζωή τους να αισθάνονται κατάθλιψη. Το λιγότερο έντονο είδος κατάθλιψης, η «μελαγχολία», είναι συνήθως σύντομη σε διάρκεια και έχει ελάχιστη ή μικρή επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες. Τα συμπτώματα της «ήπιας» κατάθλιψης είναι πιο έντονα και διαρκούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Για τα άτομα που πάσχουν από ήπια κατάθλιψη οι καθημερινές δραστηριότητες είναι πιο δύσκολες, αλλά το άτομο είναι ακόμα σε θέση να τις φέρει εις πέρας. Σε «σοβαρής μορφής» κατάθλιψη μπορεί να υπάρχουν ακραίες διακυμάνσεις στη διάθεση ή ακόμη και πλήρη «απόσυρση» από την καθημερινή ρουτίνα ή / και τον έξω κόσμο. Τα συναισθήματα της απελπισίας μπορεί να γίνουν τόσο έντονα που η σκέψη της αυτοκτονίας μπορεί να φαίνεται ως η μόνη «βιώσιμη» επιλογή. Η κατάθλιψη είναι μια ιατρική ασθένεια που πρέπει να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες. Δίχως την κατάλληλη θεραπεία η κατάθλιψη μπορεί να διαρκέσει μήνες ή ακόμη και χρόνια (Γαρύφαλλος, 2008).

Για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από κατάθλιψη, θα πρέπει να έχει τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο (κατά το οποίο πάσχει από καταθλιπτική διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες του) για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Επιπλέον, τα καταθλιπτικά συμπτώματα πρέπει να επιμένουν για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα και να προκαλούν προβλήματα στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, την εργασία, ή την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί στην καθημερινή του ζωή. Για ορισμένα άτομα με ηπιότερα καταθλιπτικά επεισόδια, η κοινωνική και επαγγελματική λειτουργία τους μπορεί να φαίνεται ότι είναι φυσιολογική, αλλά το προσβεβλημένο άτομο καταβάλει μια σοβαρή και συντονισμένη προσπάθεια για να μην φανεί ότι επηρεάζεται η καθημερινότητά του (Αγγελόπουλος, 2009).

Η πορεία και η χρονική διάρκεια της κατάθλιψης ποικίλλει μεταξύ των ατόμων. Προς το παρόν δεν υπάρχει καμία εργαστηριακή εξέταση διάγνωσης (π.χ., καμία εξέταση αίματος ή απεικονιστική εξέταση του εγκεφάλου) που μπορεί να επιβεβαιώσει αν το άτομο πάσχει ή όχι από κατάθλιψη. Ωστόσο, οι δείκτες

ορισμένων εργαστηριακών εξετάσεων μπορεί να εμφανιστούν αυξημένοι κατά τη διάρκεια ενός ενεργού καταθλιπτικού επεισοδίου. Ακόμα και οι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη, οι οποίοι δεν έχουν συμπτώματα αρκετά σοβαρά, ώστε να απαιτείται συχνή νοσοκομειακή τους περίθαλψη παρουσιάζουν ανωμαλίες. Άλλες ανωμαλίες των χημικών ουσιών του εγκεφάλου και των επιπέδων των ορμονών παρουσιάζονται επίσης όταν το άτομο πάσχει από κατάθλιψη, αλλά καμία από τις δοκιμές εξέτασης αυτών των παραγόντων δεν είναι σταθερή, αξιόπιστη, ή αρκετά ειδική για να αναπτυχθεί ένας αλάνθαστος τρόπος διάγνωσης της κατάθλιψης (Γαρύφαλλος, 2008).

Το θέμα της παρούσας μελέτης θεωρείται σημαντικό μιας και αποτελεί μια προσπάθεια εξέτασης και διερεύνησης των αρνητικών αποτελεσμάτων που έχει η κατάθλιψη στη ζωή των ανθρώπων, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και τις μελέτες που ως τώρα έχουν γίνει. Παράλληλα η εν λόγω εργασία αποσκοπεί και στην διατύπωση και ανάλυση των υπάρχουσών θεωριών κατάθλιψης όπως και στους σύγχρονους τρόπους αντιμετώπισης αυτής.

Στην εργασία ακολουθείται η εξής δομή:

Στο **πρώτο μέρος** αρχικά παρατίθεται ο ορισμός της κατάθλιψης και στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην ιστορική αναδρομή και την επιδημιολογία της. Εν συνεχεία αναλύονται οι θεωρίες της κατάθλιψης και η εξέλιξη των συστημάτων ταξινόμησης αυτής. Μετέπειτα αποτυπώνεται ο τρόπος που ορισμένες ομάδες του πληθυσμού βιώνουν την κατάθλιψη, όπως οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι και τέλος αναφέρονται και αναλύονται οι πιο συχνοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτήν, όπως η οικονομική κρίση και η ανεργία.

Στο **δεύτερο μέρος** αποτυπώνονται οι σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης της κατάθλιψης και συγκεκριμένα αναλύονται η φαρμακοθεραπεία, οι βιολογικές θεραπείες, οι ψυχολογικές θεραπείες, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η μελλοντική κατευθυνόμενη θεραπεία και η επαναλαμβανόμενη διακρανική μαγνητική διέγερση.

Στο **τρίτο μέρος** περιγράφεται ο ρόλος του νοσηλευτή στις διάφορες μορφές κατάθλιψης όπως και η νοσηλευτική διεργασία που πραγματοποιείται. Συγκεκριμένα αποτυπώνεται ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού σε άτομα με κατάθλιψη και αυτοκτονικές τάσεις και η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά. Στην συνέχεια ακολουθεί ο επίλογος και τα συμπεράσματα που διεξάγονται από την μελέτη βάσει και της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που έγινε για τις ανάγκες της συγγραφής αυτής.

ΜΕΡΟΣ Α': ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ορισμός

Η κατάθλιψη είναι μια κοινή ψυχική διαταραχή κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, μειωμένη ενέργεια, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, διαταραχές ύπνου ή όρεξης και έλλειψη συγκέντρωσης. Επιπλέον, η κατάθλιψη συνοδεύεται συχνά από συμπτώματα άγχους. Αυτά τα προβλήματα μπορούν να γίνουν χρόνια ή υποτροπιάζοντα και να οδηγήσουν σε σημαντικές βλάβες της ικανότητας ενός ατόμου να φροντίσει για τις καθημερινές ανάγκες και ευθύνες του. Στη χειρότερη περίπτωση, η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία (Kessing, Bukh, Bock, & al., 2010).

Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα εμφανίζονται για περίπου 2 εβδομάδες και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή/μεταβολή από την πρότερη κατάσταση του ατόμου. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση είτε η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Όταν ο ασθενής πάσχει από κατάθλιψη, έχει καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως υποδεικνύεται είτε από υποκειμενικές αναφορές (π.χ., νιώθει λυπημένος ή κενός) είτε από παρατήρηση τρίτων. Τα παιδιά και οι έφηβοι με κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάζουν ευερέθιστη διάθεση. Εμφανίζουν σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες, παρουσιάζουν σημαντική απώλεια βάρους χωρίς δίαιτα ή αύξηση του σωματικού βάρους (π.χ. μεταβολή άνω του 5 τοις εκατό του σωματικού βάρους σε διάστημα ενός μήνα), όπως επίσης και αυξομείωση της όρεξης σχεδόν καθημερινά. Επίσης μπορεί να παρουσιάσουν αϋπνία ή υπερυπνία, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, κόπωση ή απώλεια ενέργειας, αισθήματα αναξιότητας, υπερβολικές ή αδικαιολόγητες ενοχές, μειωμένη ικανότητα σκέψης, συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα, επαναλαμβανόμενες σκέψεις περί του θανάτου (όχι απλώς φόβο θανάτου), επαναλαμβανόμενο αυτοκτονικό ιδεασμό χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία (American Psychiatric Association, 2013).

Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλον σημαντικό λειτουργικό τομέα και δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές παρενέργειες μιας ουσίας (π.χ., ένα φάρμακο κατάχρησης, ένα ναρκωτικό) ή μια ιατρική κατάσταση (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ανακοίνωσε ότι το DSM-5, η νέα έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειρίδιου των ψυχικών διαταραχών, ενσωματώνει σημαντικές επιστημονικές εξελίξεις στον τομέα με ακριβέστερο προσδιορισμό για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Το DSM-5 προσφέρει μια κοινή γλώσσα για τους ασθενείς, τους φροντιστές και τους κλινικούς γιατρούς. Μερικές από τις κατηγορίες για τις αγχώδεις διαταραχές έχουν αλλάξει. Αυτές οι αλλαγές ωστόσο δεν επηρεάζουν την ικανότητά των επαγγελματιών να βρουν την κατάλληλη θεραπεία. Τα νέα κριτήρια μπορούν να παρέχουν έναν πιο ακριβή τρόπο ώστε να αξιολογηθούν τα συμπτώματα και η σοβαρότητα της κατάθλιψης (American Psychiatric Association, 2013). Οι DSM-5 Διαταραχές περιγράφονται στο πίνακα 1 που ακολουθεί:

Πίνακας 1

Αγχώδεις Διαταραχές

- Ø Άγχος αποχωρισμού
- Ø Αγχώδης διπολική διαταραχή
- Ø Φοβίες για διάφορα πράγματα/ειδική φοβία
- Ø Κοινωνικό άγχος/φοβία
- Ø Διαταραχή πανικού
- Ø Κρίση πανικού
- Ø Αγοραφοβία
- Ø Γενικευμένη Αγχώδης διαταραχή
- Ø Διαταραχή που οφείλεται σε Φαρμακευτική αγωγή
- Ø Αγχώδης Διαταραχή οφειλόμενη σε άλλη Ιατρική Κατάσταση
- Ø Άλλες καθορισμένες αγχώδεις διαταραχές
- Ø Απροσδιόριστες αγχώδεις Διαταραχές

Ιδεοψυχαναγκαστικές και συναφείς διαταραχές

- Ø Εμμονική / ιδεοψυχαναγκαστική αγχώδης διαταραχή
- Ø Διαταραχή σωματικής δυσμορφίας
- Ø Αγχώδης διαταραχή πλουτισμού
- Ø Τριχοτιλλομανία
- Ø Διαταραχή για εκδορές (Skin-Picking)
- Ø Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται σε λήψη φαρμάκων ή ουσιών
- Ø Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται σε κάποιο άλλο ιατρικό πρόβλημα
- Ø Άλλες ψυχαναγκαστικές και συναφείς αγχώδεις διαταραχές
- Ø Μη καθορισμένες ψυχαναγκαστικές και συναφείς διαταραχές

Άγχώδεις και στρεσογόνες διαταραχές που οφείλονται σε τραυματική εμπειρία

- Ø Διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης
- Ø Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται στη κοινωνική δέσμευση
- Ø Διαταραχή μετατραυματικού στρες
- Ø Οξεία Διαταραχή Άγχους
- Ø Αγχώδης Διαταραχή Προσαρμογής
- Ø Άλλες καθορισμένες τραυματικές και στρεσογόνες διαταραχές
- Ø Μη καθορισμένες τραυματικές και στρεσογόνες διαταραχές

Καταθλιπτικές διαταραχές

- Ø Σύνδρομο διασπαστικής απορρύθμισης της διάθεσης (DMDD)
- Ø Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, μεμονωμένα και επαναλαμβανόμενα επεισόδια
- Ø Επίμονη Καταθλιπτική Διαταραχή (Δυσθυμία)
- Ø Δυσφορική διαταραχή προεμμηνορροϊκού κύκλου
- Ø Καταθλιπτική Διαταραχή που οφείλεται σε λήψη φαρμάκων ή ουσιών
- Ø Καταθλιπτική διαταραχή οφειλόμενη σε άλλη ιατρική κατάσταση
- Ø Άλλες καθορισμένες καταθλιπτικές διαταραχές
- Ø Μη-Καθορισμένες καταθλιπτικές διαταραχές

Σωματικά Συμπτώματα και Συναφείς Διαταραχές

- Ø Διαταραχή Άγχους ασθένειας
- Ø (επιπλέον διαταραχές που δεν περιλαμβάνονται)

Διαχείριση της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που μπορεί να διαγνωστεί αξιόπιστα και να αντιμετωπιστεί επαρκώς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Τις περισσότερες φορές η θεραπεία αποτελείται από μεθόδους ψυχοκοινωνικής στήριξης σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή ψυχοθεραπεία (γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία). Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να είναι μια πολύ αποτελεσματική μορφή θεραπείας για την μέτρια και σοβαρή μορφή κατάθλιψης, αλλά δεν είναι η πρώτη γραμμή θεραπείας για τις περιπτώσεις ήπιας κατάθλιψης. Είναι ουσιαστικά ένα συμπλήρωμα της φροντίδας που παρέχεται από ειδικούς ιατρικούς επιστήμονες μόνο στις σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης (Pachana, Helmes, Byrne, & al., 2010).

Η κατάθλιψη είναι η περισσότερο ιάσιμη ασθένεια από τις λοιπές ψυχικές ασθένειες. Η θεραπεία της εξαρτάται γενικότερα από τον τύπο και τη σοβαρότητα της κατάθλιψης του πάσχοντα. Οι πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε παραπομπή στον ψυχίατρο, ο οποίος μπορεί στη συνέχεια να παραπέμψει τον ασθενή και σε ένα νοσοκομείο, εφόσον αυτό θεωρηθεί απαραίτητο. Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την κλινική κατάθλιψη περιλαμβάνουν φάρμακα, ψυχοεκπαίδευση, ψυχοθεραπεία, και μερικές φορές ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Αυτές οι θεραπείες μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μόνες είτε συνδυαστικά. Επίσης, χρήσιμη θεωρείται η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος, η οποία μπορεί να γίνει είτε μέσω της ανάγνωσης είτε μιλώντας με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας (Sienaert, Vansteelandt, Demyttenaere, & Peuskens, 2010).

1. Ιστορική Αναδρομή

Η κατάθλιψη ήταν πάντα ένα πρόβλημα υγείας για τον άνθρωπο. Ιστορικά έγγραφα γραμμένα από θεραπευτές, φιλοσόφους και συγγραφείς, ανά τους αιώνες, δείχνουν την μακροχρόνια ύπαρξη της κατάθλιψης ως πρόβλημα υγείας, καθώς και τις συνεχείς και μερικές φορές ευρηματικές προσπάθειες που έχουν κάνει οι άνθρωποι για να βρουν αποτελεσματικούς τρόπους για την αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας (Porter, 2002).

Η κατάθλιψη αρχικά ονομαζόταν «μελαγχολία». Οι πρώτες αναφορές για τη μελαγχολία εμφανίστηκαν στα κείμενα της αρχαίας Μεσοποταμίας τη δεύτερη χιλιετία π.Χ. Την εποχή εκείνη, όλες οι ψυχικές ασθένειες αποδίδονταν σε δαιμονική κατοχή, και οι πάσχοντες παρακολουθούνταν από ιερείς. Εν αντιθέσει, μια ξεχωριστή κατηγορία γιατρών αντιμετώπιζε τότε τις σωματικές βλάβες (αλλά όχι παθήσεις όπως η κατάθλιψη). Η πρώτη ιστορική κατανόηση της κατάθλιψης ήταν επομένως, ότι αυτή ήταν πνευματική (ή διανοητική) ασθένεια και όχι φυσική/σωματική (Gelder, Gath, Mayou, & Cowen, 1998).

Οι αρχαίοι Έλληνες και Ρωμαίοι είχαν διχαστεί σχετικά με τα αίτια της μελαγχολίας. Η λογοτεχνία της εποχής ήταν γεμάτη από αναφορές για την ψυχική ασθένεια που προκαλείται από πνεύματα ή δαίμονες. Κατά τον 5ο αιώνα π.Χ., ο Έλληνας ιστορικός Ηρόδοτος έγραψε για έναν βασιλιά που οδηγήθηκε στην τρέλα από τα κακά πνεύματα. Οι πρώτοι Βαβυλωνιακοί, Κινέζικοι, και Αιγυπτιακοί πολιτισμοί, αντιμετώπιζαν επίσης την ψυχική ασθένεια ως μια μορφή δαιμονικής κατοχής και χρησιμοποιούσαν τεχνικές εξορκισμού (όπως ξυλοδαρμούς, αυτοσυγκράτηση και πείνα), οι οποίες είχαν σχεδιαστεί για να διώχνουν τους δαίμονες έξω από το σώμα των πληγείσων προσώπων, ως θεραπείες. Σε αντίθεση με αυτούς, οι πρώτοι Ρωμαίοι και Έλληνες γιατροί πίστευαν ότι η κατάθλιψη ήταν μια βιολογική και ψυχολογική ασθένεια. Η γυμναστική, το μασάζ, η ειδική διατροφή, η μουσική, τα λουτρά, καθώς και ένα αφέψημα από εκχύλισμα παπαρούνας και γάλα της γαϊδούρας χρησιμοποιήθηκαν για να ανακουφίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης (Porter, 2002).

Ο Ιπποκράτης, ο μεγάλος αυτός Έλληνας γιατρός, υποστήριξε ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι ψυχικές ασθένειες σχετίζονταν με ισορροπημένα ή μη ισορροπημένα υγρά του σώματος, τα οποία ονόμασε χυμούς.

Υπήρχαν τέσσερις από αυτούς τους χυμούς: η κίτρινη χολή, η μέλαινα χολή, το φλέγμα και το αίμα. Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε τις ψυχικές ασθένειες σε κατηγορίες που περιλάμβαναν τη μανία, τη μελαγχολία (κατάθλιψη) και τη φρενίτιδα (εγκεφαλικός πυρετός). Ο ίδιος πίστευε ότι η μελαγχολία προκαλείται από την υπερβολικά μαύρη χολή στον σπλήνα. Συνήθιζε να εφαρμόζει την αιματοχυσία (μια δήθεν θεραπευτική τεχνική κατά την οποία αφαιρούνταν αίμα από το σώμα), την κολύμβηση, τη γυμναστική και τη δίαιτα για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Σε αντίθεση με την άποψη του Ιπποκράτη, ο διάσημος ρωμαίος φιλόσοφος και πολιτικός Κικέρων υποστήριξε ότι η μελαγχολία προκαλούνταν από βίαιη οργή, φόβο και θλίψη, μια διανοητική εξήγηση και όχι φυσική (Minois, 2010).

Κατά τα τελευταία χρόνια πριν από τον ερχομό του Χριστού, η επιρροή του Ιπποκράτη ξεθώριασε και η άποψη που κυριαρχούσε μεταξύ των μορφωμένων Ρωμαίων ήταν ότι οι ψυχικές ασθένειες, όπως η κατάθλιψη, προκαλούνταν από δαίμονες και από την οργή των θεών. Για παράδειγμα, ο Κορνήλιος Κέλσος (25 π.Χ.-50 μ.Χ. συνέστησε την πείνα, τα δεσμά (σίδερα στα πόδια) και τον ξυλοδαρμό ως «θεραπείες». Σε αντίθεση, οι Πέρσες γιατροί όπως ο Ραζής (865-925), ο επικεφαλής γιατρός στο νοσοκομείο της Βαγδάτης, εξακολούθησε να βλέπει τον εγκέφαλο ως έδρα της ψυχικής ασθένειας και της μελαγχολίας. Οι θεραπείες για την ψυχική ασθένεια συχνά εμπλέκονταν με υδροθεραπείες (λουτρά) και πρώιμες μορφές της συμπεριφοριστικής θεραπείας (θετικές ανταμοιβές για την κατάλληλη συμπεριφορά) (Minois, 2010).

Μετά την πτώση της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας κατά τον 5ο αιώνα, η επιστημονική σκέψη σχετικά με τα αίτια της ψυχικής ασθένειας και της κατάθλιψης και πάλι εξασθένησε. Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, ιδιαίτερα του Χριστιανισμού, κυριάρχησαν στις δημοφιλείς ευρωπαϊκές εξηγήσεις της ψυχικής ασθένειας. Οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούσαν ότι οι ψυχικά άρρωστοι άνθρωποι διακατέχονταν από το διάβολο, τους δαίμονες ή τις μάγισσες και ήταν ικανοί να μολύνουν και τους άλλους με την τρέλα τους. Οι θεραπείες της τότε εποχής περιελάμβαναν εξορκισμούς και άλλες πιο βάρβαρες στρατηγικές, όπως πνιγμό και κάψιμο. Μια μικρή μειοψηφία των γιατρών συνέχισε να πιστεύει ότι η ψυχική ασθένεια προκαλούνταν από έλλειψη ισορροπίας των σωματικών υγρών, κακή διατροφή και θλίψη. Πολλοί από τους καταθλιπτικούς ανθρώπους τότε ζούσαν δεμένοι ή κλειδωμένοι στα τότε "φρενοκομεία" (Gelder, Gath, Mayou, & Cowen, 1998).

Κατά τη διάρκεια της Αναγέννησης, η οποία ξεκίνησε στην Ιταλία το 14ο αιώνα και εξαπλώθηκε σε όλη την Ευρώπη κατά τον 16ο και 17ο αιώνα, η σκέψη και αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας χαρακτηρίζονταν τόσο από την επίτευξη προόδου όσο και από οπισθοδρόμηση. Από τη μία πλευρά, το κυνήγι μαγισσών και οι εκτελέσεις των ψυχικά ασθενών ήταν φαινόμενα αρκετά κοινά σε όλη την Ευρώπη και από την άλλη πλευρά, ορισμένοι γιατροί είχαν επιστρέψει στις απόψεις του Ιπποκράτη, υποστηρίζοντας ότι οι ψυχικές ασθένειες οφείλονταν σε φυσικά αίτια και ότι οι μάγισσες ήταν πραγματικά ψυχικά διαταραγμένοι άνθρωποι που είχαν ανάγκη από μη βάνανυση ιατρική θεραπεία (Alexander & Selesnick, 1966).

Το 1621, ο Robert Burton δημοσίευσε τη μελέτη του με τίτλο "Η Ανατομία της Μελαγχολίας" στην οποία περιέγραψε τα ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια (όπως η φτώχεια, ο φόβος και η μοναξιά) της κατάθλιψης. Σε αυτή την εγκυκλοπαιδική εργασία ο Burton συνιστά διατροφή, άσκηση, αντιπερισπασμό, ταξίδια, καθαρτικά (μέσα καθαρισμού που καθαρίζουν τον οργανισμό από τις τοξίνες), αιματοχυσία, βότανα, γάμο, ακόμα και μουσικοθεραπεία ως θεραπείες για την κατάθλιψη (Alexander & Selesnick, 1966).

Κατά την έναρξη της Εποχής του Διαφωτισμού (κατά τον 18ο και στις αρχές του 19ου αιώνα), θεωρήθηκε ότι η κατάθλιψη ήταν μια κληρονομική, αμετάβλητη αδυναμία της ιδιοσυγκρασίας, στάση/άποψη η οποία οδήγησε στην κοινή σκέψη ότι οι άνθρωποι που έπασχαν από αυτή θα έπρεπε να αποφεύγονται ή να κλειδώνονται. Ως αποτέλεσμα, οι περισσότεροι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες κατέληγαν άστεγοι και φτωχοί και ορισμένοι από αυτούς βρέθηκαν εγκλειστοί σε ιδρύματα (Goldman, 2000).

Μια ποικιλία από πολύπλοκες εξηγήσεις για την κατάθλιψη τέθηκαν σε λειτουργία κατά τη διάρκεια του τελευταίου μέρους της εποχής του Διαφωτισμού. Μερικοί γιατροί και συγγραφείς υποστήριζαν ότι η επιθετικότητα ήταν η πραγματική ρίζα/αίτια της κατάθλιψης. Έτσι συνέστησαν άσκηση, μουσική, φαρμακευτική αγωγή και διατροφή και τόνισαν τη σημασία του να συζητά κανείς τα προβλήματα του με έναν στενό φίλο ή γιατρό. Άλλοι θεώρησαν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από μια εσωτερική σύγκρουση μεταξύ των μη παραδεκτών παρορμήσεων και της συνείδησης ενός ατόμου. Ωστόσο, η πρόοδος και εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης ώθησε πολλούς επιστήμονες να αναζητήσουν τις βιολογικές (φυσικές) αιτίες της κατάθλιψης (Burton, 2011).

Στις αρχές του 19ου αιώνα, οι τότε νέες θεραπείες για την κατάθλιψη

περιελάμβαναν τη βύθιση σε νερό (το να κρατούν δηλαδή τους ανθρώπους κάτω από το νερό για όσο το δυνατόν περισσότερο χωρίς όμως να πνίγονται) και ένα ειδικό περιστρεφόμενο σκαμνί, ικανό να προκαλέσει ζάλη (για αναδιάταξη του περιεχομένου του εγκεφάλου και επανατοποθέτησή του σε σωστές θέσεις). Επιπλέον, ο Βενιαμίν Φραγκλίνος εισήγαγε μια πρώιμη μορφή θεραπείας με ηλεκτροσόκ. Παράλληλα η ιππασία, οι ειδικές δίαιτες, τα κλύσματα και ο έμετος ήταν επίσης συνιστώμενες θεραπείες (Bergios, 1998).

Η κατάθλιψη για πρώτη φορά διακρίθηκε (ξεχωρίστηκε) από την σχιζοφρένεια το 1895 από τον γερμανό ψυχίατρο Emil Kraepelin. Κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου, εφευρέθηκε η ψυχοδυναμική θεωρία και η ψυχανάλυση (ψυχοθεραπεία που βασίζεται στην ψυχοδυναμική θεωρία) έγινε όλο και πιο δημοφιλής ως θεραπεία για την κατάθλιψη. Σε ένα δοκίμιο του το 1917, ο Sigmund Freud όρισε την μελαγχολία ως αντίδραση στην απώλεια: είτε την πραγματική απώλεια (όπως ο θάνατος ενός συζύγου), είτε την συμβολική απώλεια (όπως η αποτυχία να επιτευχθεί ένας σημαντικός στόχος). Ο Freud πίστευε ότι ο ασυνείδητος θυμός ενός ατόμου εξαιτίας της απώλειας αποδυναμώνει το εγώ, με αποτέλεσμα το μίσος του ατόμου για τον εαυτό του και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ο Freud πρότεινε την ψυχανάλυση για την επίλυση των ασυνείδητων συγκρούσεων και την μείωση της ανάγκης για αυτο-καταχρηστικές σκέψεις και συμπεριφορές. Άλλοι γιατροί, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, θεωρούσαν τη κατάθλιψη ως μια σωματική ασθένεια και διαταραχή του εγκεφάλου (Mondimore, 2006).

Οι θεραπείες, κατά τα τέλη του 19ου και τις αρχές του 20ου αιώνα, ήταν συνήθως ανεπαρκείς για τα άτομα με σοβαρή κατάθλιψη. Ως αποτέλεσμα, πολλοί ήταν οι άνθρωποι που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με λοβοτομή (χειρουργική καταστροφή του μετωπιαίου τμήματος του εγκεφάλου ενός ατόμου, που είχε γίνει δημοφιλής ως «κατευναστική» θεραπεία). Οι λοβοτομές ήταν συχνά ανεπιτυχείς, καθώς προκαλούσαν αλλαγές στην προσωπικότητα, ανικανότητα του ατόμου να πάρει αποφάσεις για τον εαυτό του, κακή κρίση, ή ακόμη χειρότερα, κώμα και μερικές φορές θάνατο. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ήταν μια δημοφιλής θεραπεία που απευθύνονταν σε σχιζοφρενείς, αλλά αυτή η θεραπεία χρησιμοποιήθηκε επίσης και για τους καταθλιπτικούς ανθρώπους (Ancibure, Ancibure, & Sauret, 2010).

Επηρεασμένη από την συζήτηση που γινόταν εδώ και εκατοντάδες χρόνια ως προς το εάν η κατάθλιψη είναι περισσότερο ένα ψυχικό ή ένα σωματικό πρόβλημα και σε συνάρτηση με την αύξηση της γνώσης για τον ανθρώπινο εγκέφαλο και τη

χημεία του εγκεφάλου, η ιατρική κοινότητα της δεκαετίας του 1950 και του '60 προχώρησε σε μια κατάταξη, η οποία διέκρινε την κατάθλιψη σε υποτύπους με βάση την υποτιθέμενη αιτία της διαταραχής. Η «ενδογενής» κατάθλιψη, προερχόμενη από το εσωτερικό του σώματος, θεωρούνταν ότι προκαλείται από γενετικό ή άλλο πρόβλημα. Τα άτομα με ενδογενή κατάθλιψη έβλεπαν τους εαυτούς τους ως πηγή των δικών τους οδυνών, σκεπτόμενοι ότι όλα ήταν δικό τους σφάλμα. Ο συναισθηματικός τους πόνος θεωρήθηκε ότι δεν επηρεάζεται από τις στάσεις ή τις αντιδράσεις των ανθρώπων γύρω τους (Burton, 2011).

Αντίθετα, η «νευρωτική» ή «αντιδραστική» κατάθλιψη προκαλείται από κάποια σημαντική αλλαγή στο περιβάλλον, όπως ο θάνατος ενός συζύγου ή άλλη σημαντική απώλεια, όπως η απώλεια της θέσης εργασίας. Τα άτομα με αντιδραστική κατάθλιψη θεωρούνταν ότι αισθάνονται απομονωμένα και εγκαταλελειμμένα, και ότι η αιτία των προβλημάτων τους ήταν/προκαλούνταν έξω από τον εαυτό τους. Οι άνθρωποι με αντιδραστική κατάθλιψη θεωρούνταν ότι ανέπτυσαν σωματικά (φυσικά) συμπτώματα και προέβαιναν σε απόπειρες αυτοκτονίας ως μέσο κινητοποίησης και υποστήριξης από τους ανθρώπους γύρω τους (Burton, 2011).

Η δεκαετία του 1950 θεωρήθηκε επίσης σημαντική για την αναζήτηση των οργανικών αιτιών και των θεραπειών της ψυχικής ασθένειας. Το 1952, οι γιατροί παρατήρησαν ότι ένα φάρμακο της φυματίωσης (η ισονιαζίδη) ήταν επίσης χρήσιμη στη θεραπεία των ατόμων με κατάθλιψη. Λίγο μετά από αυτό το σημαντικό εύρημα, η πρακτική της χρήσης φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών απέκτησε μεγάλη αποδοχή και απήχηση. Έτσι πολλοί επιστήμονες από τον κλάδο της ψυχιατρικής άρχισαν να δίνουν έμφαση στη χρήση των φαρμάκων, χρησιμοποιώντας την φαρμακευτική αγωγή ως πρωτογενή θεραπεία για τις ψυχικές ασθένειες. Κατά την ίδια περίοδο, οι εξελικτικές θεωρίες της ψυχολογίας προστέθηκαν στις προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας. Ο συμπεριφορισμός και η γνωσιακή-συμπεριφοριστική σχολή σκέψης, καθώς και οι ανθρωπιστικές θεραπείες εντάχθηκαν στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, ως δημοφιλείς επιλογές θεραπείας (Association, 2000).

Επί του παρόντος, αντί να υιοθετήσουν είτε την πνευματική είτε τη σωματική/φυσική εξήγηση της κατάθλιψης, οι επιστήμονες και οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας αναγνωρίζουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν πολλαπλές αιτίες. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με τη σύγχρονη άποψη, η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί τόσο από ψυχικά όσο και από σωματικά αίτια ταυτόχρονα. Δεν είναι

δηλαδή πλέον απαραίτητο να επιλέξει κανείς μια ενιαία αιτία, καθώς δεν υπάρχει ενιαία αιτία, η οποία είναι αρκετή για να εξηγήσει και να λογοδοτήσει για όλες τις μορφές κατάθλιψης. Επειδή έχει γίνει αποδεκτή η άποψη, ότι η κατάθλιψη έχει συχνά πολλαπλές αιτίες, συμπεριλαμβανομένων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αιτιών, υφίστανται πλέον αρκετά επαγγέλματα και θεραπευτικές προσεγγίσεις οι οποίες εμπλέκονται με την έννοια της κατάθλιψης, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην βοήθεια και στην υποστήριξη των ανθρώπων που πάσχουν από αυτήν να την ξεπεράσουν (Ancibure, Ancibure, & Sauret, 2010).

2. Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε άτομο ανά πάσα στιγμή. Μια ιστορία από ένα ή περισσότερα προηγούμενα καταθλιπτικά επεισόδια αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ενός μεταγενέστερου επεισοδίου. Ενώ υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης, οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτή μπορεί να υποφέρουν από διάφορες μορφές κατάθλιψης και να εμφανίζουν διαφορετικά συμπτώματα ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την εθνική και πολιτιστική ομάδα στην οποία ανήκουν. Η κατανόηση αυτών των συμπτωμάτων είναι ουσιαστικής σημασίας για την αναζήτηση της κατάλληλης θεραπείας (Gelder, Andreasen, Lopez-Ibor, & Geddes, 2009). Ενώ η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που μπορεί να "προσβάλλει" οποιονδήποτε, οι μέχρι τώρα μελέτες και έρευνες έχουν προσδιορίσει πολλούς από τους παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης:

- **Οικογενειακό Ιστορικό** - Το να έχει κανείς στο οικογενειακό ιστορικό του ένα άτομο-μέλος με κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης για το ίδιο το άτομο. Άλλες ψυχικές ασθένειες, όπως για παράδειγμα ο αλκοολισμός σε μέλη της οικογένειας, μπορεί επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη (Langlieb & DePaulo, 2008).
- **Πρώιμες Παιδικές Εμπειρίες** - Τα πρόωρα παιδικά τραύματα, όπως η απώλεια ενός γονέα πριν από την εφηβεία, η παραμέληση του παιδιού, η σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση και το διαζύγιο των γονιών συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή του ατόμου (Langlieb & DePaulo, 2008).
- **Άγχος** - Αρνητικά γεγονότα της ζωής ενός ατόμου όπως είναι το διαζύγιο, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή η απώλεια της θέσης εργασίας σχετίζονται με την αύξηση του ποσοστού των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη. Η έρευνα δείχνει ότι το χρόνιο στρες συνδέεται επίσης με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης (Andrews, Poulton, & Skoog, 2005).
- **Αλκοόλ** - Η κατάθλιψη και ο αλκοολισμός συχνά παρατηρούνται σχεδόν ταυτόχρονα στους ίδιους ασθενείς. Το αλκοόλ είναι ένα "κατασταλτικό φάρμακο" και η παρουσία του σε ένα καταθλιπτικό άτομο έχει σοβαρές

επιπτώσεις στην έκβαση της θεραπείας (Andrews, Poulton, & Skoog, 2005).

- **Τόπος διαμονής** - Η κατάθλιψη φαίνεται να είναι υψηλότερη στους κατοίκους των αστικών κέντρων σε σχέση με τους κατοίκους της υπαίθρου. Στην πραγματικότητα, οι έρευνες των τελευταίων ετών δείχνουν ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης είναι δύο φορές πιο συχνή μεταξύ των κατοίκων της πόλης από ότι μεταξύ εκείνων που ζουν σε αγροτικές περιοχές (Joyce, 2009).
- **Οικογενειακή Κατάσταση** - Ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης είναι υψηλότερος μεταξύ των διαζευγμένων/ χωρισμένων ή των προσώπων που συμβιώνουν συμβατικά. Είναι χαμηλότερο μεταξύ μονόκλινα και εγγάμους. Επίσης οι άνθρωποι που ζουν μόνοι τους παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από εκείνους που ζουν μαζί με άλλους (Joyce, 2009).
- **Η εργασιακή κατάσταση** - Οι έρευνες των τελευταίων πέντε ετών δείχνουν ότι οι άνθρωποι που είναι άνεργοι για έξι μήνες ή και περισσότερο εμφανίζουν ένα ποσοστό κατάθλιψης τρεις φορές μεγαλύτερο από εκείνο του γενικού πληθυσμού (Langlieb & DePaulo, 2008).
- **Σωματική ασθένεια** - Ορισμένες σωματικές ασθένειες σχετίζονται με την κατάθλιψη και την εμφάνισή της, όπως οι διαταραχές του θυρεοειδούς, οι ορμονικές ανισορροπίες, οι χρόνιες ιογενείς λοιμώξεις, ο καρκίνος και οι καρδιακές παθήσεις (NHS CRD, 2002).
- **Φάρμακα** - Πολλά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη ή συμπτώματα αυτής, συμπεριλαμβανομένων των ηρεμιστικών (όπως το Valium) και των παυσίπων (όπως το Percocet και το Demerol) (NHS CRD, 2002).
- **Το Φύλο** - Εκτιμάται ότι μια στις τέσσερις γυναίκες και ένας στους 10 άνδρες βιώνουν κάποιο είδος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο από κατάθλιψη και κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας συχνότερα. Ταυτόχρονα, οι γυναίκες υποφέρουν από "μοναδικές" μορφές κατάθλιψης, οι οποίες σχετίζονται με την βιολογική τους "κατασκευή" και τις εμπειρίες της ζωής τους (Joyce, 2009).
- **Ηλικία** - Οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν το πρώτο τους επεισόδιο κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιών 20 και 40. Στην πραγματικότητα, η μέση ηλικία έναρξης της κατάθλιψης είναι γύρω στα 25 έτη. Ωστόσο, οι πρόσφατες

έρευνες κατέδειξαν ότι η μέση ηλικία έναρξης της νόσου μειώνεται σε κάθε γενιά, γεγονός ανησυχητικό. Παιδιά, έφηβοι και ηλικιωμένοι συχνά εμφανίζουν μοναδικά συμπτώματα της κατάθλιψης, εξαιτίας συγκεκριμένων στρεσογόνων γεγονότων (Joyce, 2009).

- **Εθνικές και πολιτισμικές ομάδες** - Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί την κατάθλιψη στις μέρες μας ως την τέταρτη πιο καταστροφική ασθένεια στον κόσμο και προβλέπει ότι θα ανέλθει στη δεύτερη θέση μέχρι το 2020. Καμιά εθνική ή πολιτισμική ομάδα δεν έχει ανοσία απέναντι στην κατάθλιψη. Ενώ η κατάθλιψη εμφανίζεται με περίπου ίδιο ρυθμό σε διαφορετικές ομάδες, οι εθνικές και πολιτισμικές διαφορές συχνά επηρεάζουν τους τρόπους με τους οποίους τα μέλη τους εκφράζουν τα συναισθήματά τους και την προθυμία τους να αναζητήσουν θεραπεία (Riise & Lund, 2001).
- **Η χρήση καπνού** - Στα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχει παρατηρηθεί αύξηση της χρήσης καπνού, ενώ τα άτομα με καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιθανό να εμφανίσουν διαταραχές της διάθεσης, όταν προσπαθήσουν να σταματήσουν το κάπνισμα (Rost, 2009).
- **Χρόνιες Σωματικές ή Ψυχικές Διαταραχές**-Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές επισημαίνουν ότι οι φυσικές αλλαγές στο σώμα μπορεί να συνοδεύονται από ψυχικές αλλαγές. Ιατρικές ασθένειες όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο, η καρδιακή προσβολή, ο καρκίνος, η νόσος του Πάρκινσον, και οι ορμονικές διαταραχές μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης. Ο χρόνιος πόνος είναι γνωστό ότι σχετίζεται με την κατάθλιψη (Rost, 2009).
- **Ελάχιστη ή και καμία Κοινωνική Στήριξη** - Η ύπαρξη λίγων ή καθόλου ενθαρρυντικών σχέσεων μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Ωστόσο, τα ποσοστά κατάθλιψης, όπως έχει διαπιστωθεί, είναι υψηλότερα σε γυναίκες που είναι συνεχώς στο σπίτι με τα μικρά παιδιά και σε όσες περιγράφουν τον εαυτό τους ως μεμονωμένες/απομονωμένες, σε σύγκριση με τις γυναίκες που εργάζονται ή έχουν ένα υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο. Σε πολλές περιπτώσεις, τα περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα ευθύνονται για την έναρξη της κατάθλιψης (Paykel, 2001).
- **Ψυχολογικοί παράγοντες** - Ορισμένοι ψυχολογικοί παράγοντες θέτουν τους

ανθρώπους στον κίνδυνο της κατάθλιψης. Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα οποία αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους και τον κόσμο με απαισιοδοξία, ή που καταβάλλονται εύκολα από το στρες μπορεί να είναι επιρρεπή στην κατάθλιψη. Άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η τελειομανία και η ευαισθησία απέναντι στην απώλεια και την απόρριψη, μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι επίσης πιο συχνή σε άτομα με χρόνιες διαταραχές άγχους και οριακά "αποφευκτικές" διαταραχές της προσωπικότητας (Rost, 2009).

- **Χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση** - Το να είναι κανείς σε χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση είναι παράγοντας κινδύνου εμφάνισης της κατάθλιψης. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες πολιτισμικούς, σε οικονομικά προβλήματα, στο αγχωτικό περιβάλλον, την κοινωνική απομόνωση και το όλο και μεγαλύτερο καθημερινό άγχος (Langlieb & DePaulo, 2008).
- **Αϋπνία, διαταραχές του ύπνου** - Τα χρόνια προβλήματα ύπνου συνδέονται στενά με την κατάθλιψη και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται για την αποφυγή επιπλοκών (Rost, 2009).

3. Θεωρίες της κατάθλιψης

Οι ψυχολογικές θεωρίες παρέχουν τεκμηριωμένες εξηγήσεις για το πώς οι άνθρωποι σκέφτονται, συμπεριφέρονται και αισθάνονται. Οι παράγοντες της προσωπικότητας, της ιστορίας και των πρώτων εμπειριών και οι διαπροσωπικές σχέσεις θεωρούνται σημαντικοί στην πρόκληση και εμφάνιση της κατάθλιψης. Σε αντίθεση με τη βιολογία, η ψυχολογία δεν είναι ένα πραγματικά ενοποιημένο πεδίο. Υπάρχουν ακόμα και σήμερα πολλές διαφωνίες ως προς το που είναι σημαντικό να επικεντρωθεί κανείς και τι μεθόδους είναι καλύτερο να χρησιμοποιήσει για τη μελέτη του θέματος της κατάθλιψης. Κατά συνέπεια, οι διαφορετικές σχολές σκέψης στον τομέα της ψυχολογίας έχουν αναπτύξει τις δικές τους θεωρίες ως προς το γιατί κάποιος γίνεται καταθλιπτικός (Goldman, 2000).

3.1 Ψυχαναλυτικές και ψυχοδυναμικές θεωρίες

Η Ψυχοδυναμική θεωρία αποτελούσε κυρίαρχη σχολή σκέψης της ψυχιατρικής και ενός μεγάλου μέρους της κλινικής ψυχολογίας κατά τη διάρκεια του πρώτου μέρους του 20ου αιώνα, τουλάχιστον όσον αφορά το ζήτημα του πώς θα πρέπει να διεξάγεται η ψυχοθεραπεία. Οι πρόωρες ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις επικεντρώνονταν στην αλληλεπίδραση του νου (ή της ψυχής) και των πνευματικών, συναισθηματικών ή κινητήριων δυνάμεων που αλληλεπιδρούσαν για να διαμορφώσουν την προσωπικότητα ενός ατόμου. Ο διάσημος γιατρός Σίγκμουντ Φρόιντ, ο οποίος θεωρείται ως ο πατέρας της ψυχοδυναμικής θεωρίας και της ψυχανάλυσης, υποστήριξε ότι το ασυνείδητο είναι χωρισμένο σε πολλά μέρη, συμπεριλαμβανομένου του παράλογου και παρορμητικού Εκείνου/Id (αναπαράσταση της αρχέγονη επιθυμίας των ζώων), του επικριτικού Υπερεγώ/Super-ego (μια αναπαράσταση των κανόνων και των νορμών της κοινωνίας μέσα στο μυαλό), και του ορθολογικού Εγώ/Ego (το οποίο χρησιμεύει ως μια προσπάθεια να γεφυρωθούν τα άλλα δύο μέρη) (Linden, 2006).

Σύμφωνα με τον Φρόιντ, το συνειδητό και ασυνείδητο μέρος του νου μπορεί να έρθει σε σύγκρουση το ένα με το άλλο, δημιουργώντας ένα φαινόμενο που ονομάζεται καταστολή (μια κατάσταση όπου το άτομο δεν γνωρίζει ότι έχει ορισμένα ανησυχητικά κίνητρα ή επιθυμίες, οι οποίες τον επηρεάζουν αρνητικά εξίσου το ίδιο).

Σε γενικές γραμμές, οι ψυχοδυναμικές και ψυχαναλυτικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι το άτομο πρέπει πρώτα να επιλύσει με επιτυχία τις αναπτυξιακές συγκρούσεις (π.χ., κερδίζοντας την εμπιστοσύνη, την αγάπη, το να έχει επιτυχημένες διαπροσωπικές σχέσεις, το να ελέγχει τις λειτουργίες του σώματος του κλπ). προκειμένου να ξεπεράσει την καταστολή του και να αποκτήσει ψυχική υγεία. Η ψυχική ασθένεια, από την άλλη πλευρά, είναι μια αποτυχία επίλυσης αυτών των συγκρούσεων (Linden, 2006).

Υπάρχουν πολλές αναλύσεις που ισχύουν βάσει της ψυχοδυναμικής "ομπρέλας", οι οποίες εξηγούν γιατί ένα άτομο αναπτύσσει καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι Ψυχαναλυτές αρχικά πίστευαν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από θυμό, ο οποίος μετατρέπεται σε μίσος για τον εαυτό (οργή που στρέφεται προς τα μέσα). Η ψυχοδυναμική θεωρία έχει εξελιχθεί μέσα από τη μακρά ιστορία της και πολλές παραλλαγές της αρχικής θεωρίας είναι διαθέσιμες σήμερα. Μια δημοφιλής κατηγορία της σύγχρονης ψυχοδυναμικής θεωρίας, γνωστή ως θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων (objectrelations theory), ασχολείται με το πώς οι άνθρωποι κατανοούν και διανοητικά αντιπροσωπεύουν τις σχέσεις τους με τους άλλους. Τα "αντικείμενα" στη θεωρία αυτή των σχέσεων είναι αναπαραστάσεις των ανθρώπων (το πώς οι άλλοι άνθρωποι βιώνονται, εκπροσωπούνται και απομνημονεύονται από το πρόσωπο που κάνει την αντικειμενοποίηση). Σύμφωνα με τη θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, οι διαθέσεις και τα συναισθήματα (και πολλές άλλες πτυχές της προσωπικότητάς τους) των ανθρώπων μπορούν μονάχα να κατανοηθούν σωστά με φόντο τις σχέσεις που οι άνθρωποι αυτοί έχουν βιώσει. Πρόκειται για μια θεμελιώδης παραδοχή της εν λόγω θεωρίας, όπου οι πρώιμες σχέσεις τείνουν να θέτουν το πλαίσιο για τις μετέπειτα σχέσεις (Hollon, Jarrett, Nierenberg, Thase, Trivedi, &Rush, 2005).

Σύμφωνα με τη θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, η κατάθλιψη προκαλείται από προβλήματα που οι άνθρωποι εμφανίζουν κατά την ανάπτυξη αναπαραστάσεων των υγιών σχέσεων. Η κατάθλιψη είναι η συνέπεια του συνεχιζόμενου αγώνα, που οι καταθλιπτικοί άνθρωποι υπομένουν για να προσπαθήσουν και να διατηρήσουν συναισθηματική επαφή με τα επιθυμητά σε αυτούς αντικείμενα (Hollon, Jarrett, Nierenberg, Thase, Trivedi, &Rush, 2005).

Στις ψυχοδυναμικές θεωρίες ασκήθηκε έντονη κριτική κυρίως για την έλλειψη εμπειρισμού (για την αδιαφορία των επιστημόνων να υποβάλουν τις θεωρίες τους σε επιστημονικές δοκιμές). Ωστόσο, η στάση αυτή της αδιαφορίας έχει αρχίσει να

αλλάζει πρόσφατα. Μια άλλη σύγχρονη παράγωγος της ψυχοδυναμικής θεωρίας, η διαπροσωπική θεωρία του Coyne για την κατάθλιψη, έχει μελετηθεί εκτενώς και αποτελεί τη βάση μιας πολύ αποτελεσματικής θεραπευτικής επιλογής που είναι γνωστή ως Διαπροσωπική Θεραπεία (DeMello, DeJesusMari, Bacaltchuk, Verdeli, &Neugebauer, 2005).

Σύμφωνα με τη διαπροσωπική θεωρία, οι αρνητικές διαπροσωπικές συμπεριφορές ενός καταθλιπτικού ατόμου οδηγούν τους άλλους ανθρώπους να τις απορρίψουν. Σε έναν κλιμακούμενο κύκλο, οι καταθλιπτικοί άνθρωποι, που θέλουν απεγνωσμένα τη διαβεβαίωση από τους άλλους, αρχίζουν να αυξάνουν τον αριθμό των αιτημάτων τους για διαβεβαίωση/επιβεβαίωση και οι άλλοι άνθρωποι (προς τους οποίους γίνονται τα εν λόγω αιτήματα) αρχίζουν να αξιολογούν αρνητικά, να αποφεύγουν και να απορρίπτουν τα καταθλιπτικά άτομα (ή να γίνονται καταθλιπτικοί οι ίδιοι). Τα συμπτώματα των καταθλιπτικών ανθρώπων τότε αρχίζουν να επιδεινώνονται ως αποτέλεσμα της απόρριψης και της αποφυγής τους από τους άλλους ανθρώπους. Η Διαπροσωπική Θεραπεία έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει τα άτομα με κατάθλιψη να ξεφύγουν από αυτό το "αρνητικό σπирάλ" (DeMello, DeJesusMari, Bacaltchuk, Verdeli, &Neugebauer, 2005).

3.2 Θεωρίες της γνωστικής συμπεριφοράς

Οι θεωρίες της γνωστικής συμπεριφοράς ήρθαν στο προσκήνιο ως απάντηση στην αποτυχία των πρώιμων συμπεριφοριστών να λάβουν στα σοβαρά υπόψη τους τις σκέψεις και τα συναισθήματα των ανθρώπων. Το γνωστικό κίνημα, ωστόσο, δεν απορρίπτει τις αρχές της συμπεριφοράς. Αντίθετα, η ιδέα πίσω από το γνωστικό κίνημα ήταν η ενσωμάτωση των ψυχικών εκδηλώσεων στα πλαίσια της συμπεριφοράς. Καλούνται ως θεωρίες της γνωστικής συμπεριφοράς επειδή η αντιμετώπιση των ψυχικών γεγονότων γίνεται στα πλαίσια της θεωρίας μάθησης που αποτέλεσε τη βάση για την καθαρή συμπεριφοριστική θεωρία. Η αύξηση της δημοτικότητας των θεωριών της γνωστικής συμπεριφοράς συνεχίζεται και σήμερα και αποτελεί τη βάση της πιο δεσπόζουσας και περισσότερο επισταμένης μορφής της ψυχοθεραπείας που είναι διαθέσιμη στις μέρες μας: τη γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία (Beck, 2013).

Οι θεωρητικοί της γνωστικής συμπεριφοράς υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη προκύπτει από δυσπροσαρμοστικά, ελαττωματικά, ή παράλογα γνωσιακά σχήματα, υπό τη μορφή διαστρεβλωμένων σκέψεων και αποφάσεων. Τα καταθλιπτικά γνωσιακά σχήματα εντυπώνονται στο άτομο παρατηρησιακά, όπως για παράδειγμα όταν τα παιδιά σε μια δυσλειτουργική οικογένεια παρακολουθούν τους γονείς τους να αδυνατούν να αντιμετωπίσουν με επιτυχία αγχογόνες εμπειρίες ή τραυματικά γεγονότα. Τα καταθλιπτικά γνωσιακά σχήματα μπορεί να προκύψουν από την έλλειψη εμπειριών που διευκολύνουν την ανάπτυξη των προσαρμοστικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης (Clark&Beck, 2011).

Σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία της συμπεριφοράς, οι καταθλιπτικοί άνθρωποι σκέφτονται διαφορετικά από τους μη καταθλιπτικούς ανθρώπους και είναι αυτή η διαφορά στον τρόπο σκέψης που τους αναγκάζει να γίνουν καταθλιπτικοί. Ως αποτέλεσμα, οι καταθλιπτικοί άνθρωποι τείνουν να παρερμηνεύουν τα γεγονότα με αρνητικό τρόπο και να κατηγορούν τον εαυτό τους για κάθε ατυχία που τους συμβαίνει. Αυτή η αρνητική σκέψη και κρίση λειτουργεί ως αρνητική προκατάληψη, καθιστώντας εύκολο για τους καταθλιπτικούς ανθρώπους να δουν τις καταστάσεις ως πολύ χειρότερες από ότι πραγματικά είναι και αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως απάντηση στις στρεσογόνες καταστάσεις που βιώνουν (Gelder, Andreasen, Lopez-Ibor, &Geddes, 2009).

3.3 Γενετική θεωρία

Όπως είναι ήδη γνωστό, οι ίδιες καταθλιπτικές ασθένειες μπορεί να εμφανιστούν στα μέλη μιας οικογένειας. Μέχρι πρόσφατα, δεν ήταν πλήρως γνωστό αν οι άνθρωποι κληρονομούν μια ευπάθεια σε αυτές τις ασθένειες ή αν κάποιος άλλος παράγοντας, όπως για παράδειγμα το περιβάλλον, είναι ο πραγματικός ένοχος ανάπτυξής τους. Οι ερευνητές που μελέτησαν και συνεχίζουν να μελετούν την κατάθλιψη είναι σε θέση να προσδιορίσουν το βαθμό που μπορεί να είναι κληρονομικές οι καταθλιπτικές ασθένειες. Αυτό λοιπόν που φαίνεται να κληρονομείται είναι μια ευπάθεια στην κατάθλιψη. Αυτό σημαίνει ότι αν το άτομο έχει στενούς συγγενείς, οι οποίοι πάσχουν από κλινική κατάθλιψη, τότε το ίδιο το άτομο μπορεί να κληρονομήσει την τάση να αναπτύξει την ασθένεια. Αυτό όμως δε σημαίνει ταυτόχρονα ότι το άτομο είναι προορισμένο να γίνει και καταθλιπτικό

(Association, 2000).

Τα γονίδια που κληρονομεί κάθε άτομο από τους γονείς τους καθορίζουν πολλά πράγματα για το ίδιο, όπως το φύλο, το χρώμα των ματιών και των μαλλιών του. Τα γονίδια επίσης καθορίζουν σε ποιες ασθένειες μπορεί το άτομο να είναι ευάλωτο σε κάποια στιγμή στη ζωή του. Τα γονίδια βρίσκονται στα χρωμοσώματα, εντός του πυρήνα κάθε κυττάρου. Όλα τα κύτταρα του σώματος, εκτός από τα κύτταρα του φύλου, περιέχουν 46 χρωμοσώματα και τα γονίδια βρίσκονται σε ένα συγκεκριμένο μέρος σε ένα συγκεκριμένο χρωμόσωμα. Εκτός από τα πανομοιότυπα δίδυμα, δεν υπάρχουν δύο άνθρωποι στον κόσμο που να έχουν ακριβώς το ίδιο γενετικό υλικό (Joyce, 2009).

Η έρευνα για την κληρονομικότητα της κατάθλιψης στις οικογένειες δείχνει ότι ορισμένα άτομα είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν την ασθένεια από ότι άλλα. Εάν το άτομο έχει ένα γονέα ή αδελφό που πάσχει από κατάθλιψη, τότε μπορεί να έχει 1,5 έως 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσει την ασθένεια σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν κάποιο στενό συγγενή με την πάθηση αυτή. Έχει επίσης περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει διπολική διαταραχή. Επειδή οι στενοί συγγενείς των ατόμων με κλινική κατάθλιψη εμφανίζουν οι ίδιοι μια τέτοια ευπάθεια στην ανάπτυξη κατάθλιψης, αυτό υποδηλώνει σαφώς ότι η κατάθλιψη μπορεί να είναι μια κληρονομική ασθένεια (Andrews, Poulton, & Skoog, 2005).

Η διπολική διαταραχή έχει μια ισχυρή γενετική επιρροή. Από τα άτομα με διπολική διαταραχή, περίπου το 50% έχει έναν γονέα με ιστορικό κλινικής κατάθλιψης. Όταν μια μητέρα ή πατέρας πάσχει από διπολική διαταραχή, το παιδί θα έχει 25% πιθανότητες να αναπτύξει κάποια μορφή κλινικής κατάθλιψης. Αν και οι δύο γονείς έχουν διπολική διαταραχή, η πιθανότητα του παιδιού να εμφανίσει διπολική διαταραχή είναι μεταξύ 50% και 75%. Τα αδέλφια των ατόμων με διπολική διαταραχή μπορεί να έχουν 8 έως 18 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διπολική διαταραχή και 2 έως 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή από τα άτομα χωρίς αδέλφια με διπολική διαταραχή (WHO, 2012).

Η διαλεύκανση του ανθρώπινου γονιδιώματος έχει τονώσει την πρόοδο της ιατρικής, με την πιο πρόσφατη ανακάλυψη να υποδηλώνει πως τόσο η φύση όσο και η ανατροφή παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης - μια ασθένεια που πλήττει αρκετά μεγάλο μέρος του ανθρώπινου πληθυσμού ανά την υφήλιο. Σύμφωνα με μια θεωρία προδιάθεσης της κατάθλιψης, η γενετική σύσταση ενός ατόμου μπορεί να

προδιαθέτει μερικούς ανθρώπους να είναι πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη, όταν έρχονται αντιμέτωποι με τις αρνητικές εμπειρίες της ζωής. Παραδοσιακά, οι περισσότερες μελέτες που εξέτασαν αυτές τις θεωρίες επικεντρώθηκαν σε ένα μόνο από τα στοιχεία της: είτε στο γενετικό ή στο περιβαλλοντικό στοιχείο, αλλά όχι στην αλληλεπίδρασή μεταξύ τους. Ωστόσο, οι πρόσφατες εξελίξεις τα τελευταία χρόνια στον τομέα της γενετικής και γονιδιωματικής έδωσαν το έναυσμα για ένα νέο πεδίο κλινικής έρευνας, επιτρέποντας στους επιστήμονες να δοκιμάσουν την αλληλεπίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών στοιχείων (Burton, 2011).

Μέχρι το έτος 2020 η κατάθλιψη προβλέπεται ότι θα είναι η δεύτερη κύρια αιτία αναπηρίας στον κόσμο. Η ταυτοποίηση των παραγόντων που συμβάλλουν στον κίνδυνο και την ανθεκτικότητα της κατάθλιψης είναι ζωτικής σημασίας για την κοινωνία. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η χρήση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για την αύξηση της δραστηριότητας της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο, βοηθά τους ασθενείς να επικεντρωθούν στον εντοπισμό και την επιδίωξη νέων στόχων, των οποίων τα οφέλη θα μπορούσαν να αποδειχθούν χρήσιμα για τη μείωση των ποσοστών εμφάνισης της κατάθλιψης (WHO, 2012).

Η έρευνα για τις γενετικές αιτίες της κλινικής κατάθλιψης προσπάθησε να προσδιορίσει ένα ή περισσότερα ειδικά γονίδια που μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη μιας καταθλιπτικής ασθένειας. Αν και υπήρξε μια σειρά από μελέτες που φαίνεται να αναφέρουν ένα συγκεκριμένο γονίδιο ως ένοχο, ωστόσο υπήρξε μικρή συνοχή μεταξύ των αποτελεσμάτων των μελετών αυτών. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών έχουν δείξει ότι μπορεί να υπάρχουν συγκεκριμένα γονίδια που προκαλούν κλινική κατάθλιψη σε ορισμένες οικογένειες ενώ σε άλλες όχι (Ancibure, Ancibure, & Sauret, 2010).

Στις μέρες μας υπάρχουν ακόμη πολλά που δεν ξέρουμε για το πώς τα γονίδια μπορεί να προδιαθέτουν ένα άτομο σε μια καταθλιπτική ασθένεια. Η έρευνα δεν έχει ακόμη προσδιορίσει μια σαφή σχέση μεταξύ ενός συγκεκριμένου γονιδίου και μιας ευπάθειας στην κατάθλιψη για όλους. Αντί της πιθανότητας ένα μόνο γονίδιο να είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη της κλινικής κατάθλιψης, φαίνεται ως πιο πιθανό ένας αριθμός γονιδίων, που ενεργούν από κοινού, να μπορεί να προκαλέσει ένα άτομο να γίνει ευάλωτο στην κατάθλιψη (Gelder, Andreasen, Lopez-Ibor, & Geddes, 2009).

Ωστόσο, επειδή ένα άτομο κληρονομεί ένα γονίδιο που δημιουργεί προδιάθεση για μια καταθλιπτική ασθένεια, αυτό δεν σημαίνει ότι το άτομο είναι προορισμένο να αναπτύξει κλινική κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή. Πιστεύεται ότι

η γενετική επιρροή είναι μόνο εν μέρει υπεύθυνη για την πρόκληση της κατάθλιψης και ότι και άλλοι παράγοντες μπορούν επίσης να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο (Γαρύφαλλος, 2008).

3.4 Ιδιοπαθής θεωρία

Η ιδιοπαθής θεωρία της κατάθλιψης σχετίζεται τις περισσότερες φορές με τα ιδιοπαθή σύνδρομα χρόνιου πόνου, μιας και οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν ορισμένους κοινούς παθογενετικούς μηχανισμούς. Αν και η έρευνα στο συγκεκριμένο τομέα δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί, ωστόσο υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις συσχέτισής τους. Όχι μόνο τα σύνδρομα χρόνιου πόνου αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με αντικαταθλιπτικά, αλλά υπάρχουν και εντυπωσιακές κλινικές ομοιότητες μεταξύ των συνδρόμων αυτών και των καταθλιπτικών συνδρόμων. Ωστόσο, υπάρχουν και σημαντικές διαφορές καθώς οι οικογενειακές μελέτες που έχουν μέχρι τώρα διεξαχθεί φανερώνουν ότι οι συναισθηματικές διαταραχές είναι κοινές σε συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών με ιδιοπαθή σύνδρομα πόνου, αλλά είναι αδύνατον να συμπεράνει κανείς από αυτό ότι οι γενετικοί παράγοντες έχουν σημασία. Παράγοντες που είναι κοινοί και στα δύο σύνδρομα περιλαμβάνουν κοινά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, περισσότερες ταχείες κινήσεις των ματιών στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα του ύπνου, υπερκορτιζολαιμία και παθολογικές δοκιμασίες καταστολής με δεξαμεθαζόνη, χαμηλά επίπεδα μελατονίνης στα ούρα και υψηλά επίπεδα ενδορφινών στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Ένας σημαντικός επίσης κοινός παθογενετικός μηχανισμός φαίνεται να είναι οι διαταραχές στο σεροτονινεργικό σύστημα (Joyce, 2009).

3.5 Βιολογική θεωρία

Τα βιολογικά αίτια της κλινικής κατάθλιψης εξακολουθούν να μελετούνται εκτενώς. Μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί στην κατανόηση της λειτουργίας του εγκεφάλου, την επίδραση των νευροδιαβιβαστών και ορμονών και άλλες βιολογικές διαδικασίες, καθώς και το πώς αυτές μπορούν να σχετίζονται με την ανάπτυξη της κατάθλιψης (Golden&Janowsky, 1990).

Ο εγκέφαλος αποτελεί το "κέντρο εντολής" του ανθρώπινου σώματος. Ελέγχει

τις βασικές λειτουργίες του σώματός μας, τις κινήσεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματά μας. Οι ερευνητές που μελετούν την κλινική κατάθλιψη έχουν την τάση να εξετάζουν διάφορες πτυχές της λειτουργίας του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων των δομών του μεταχαιμιακού συστήματος και τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών εντός των νευρώνων. Τα ευρήματα και οι αποδείξεις ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με τη γενετική και τη βιολογία έχουν αυξηθεί πρόσφατα, καθώς όλο και περισσότερες έρευνες πραγματοποιούνται για να εξετάσουν το ρόλο που παίζουν ο εγκέφαλος και η κληρονομικότητα στην πιθανότητα ένα άτομο να αναπτύξει κατάθλιψη. Άλλες ιατρικές αποδείξεις που υποστηρίζουν το βιολογικό μοντέλο της κατάθλιψης είναι η εμφάνιση υψηλότερων από το κανονικό ποσοτήτων απόρριψης κορτιζόλης στα επινεφρίδια των καταθλιπτικών και η εκκεντρική μορφή των εγκεφαλικών κυμάτων όπως αυτή καταγράφεται από τα ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα (Linden, 2006).

Οι επικριτές του βιολογικού μοντέλου υποστηρίζουν ότι αυτό αγνοεί τους περιβαλλοντικούς παράγοντες όταν αναζητείται η σχέση της κατάθλιψης στις οικογενειακές μελέτες που διεξάγονται και το ποσοστό αντιστοιχίας της στις μελέτες πανομοιότυπων διδύμων δεν είναι 100 τοις εκατό. Αν η κατάθλιψη είναι κληρονομική, οι επικριτές υποστηρίζουν, τότε και τα δύο πανομοιότυπα δίδυμα πρέπει να την κληρονομήν. Οι υποστηρικτές του βιολογικού μοντέλου, ωστόσο, επισημαίνουν ότι είναι η προδιάθεση της κατάθλιψης που κληρονομείται και όχι η ίδια η ασθένεια. Ακόμη και τα πανομοιότυπα δίδυμα δεν αντιμετωπίζουν τα ίδια γεγονότα και καταστάσεις στη ζωή τους (Schwartz&Schwartz, 1993).

4. Εξέλιξη των συστημάτων ταξινόμησης

Η κατάθλιψη είναι μια ετερογενής διαταραχή στην οποία ένας αριθμός υποκείμενων παρουσιάσεων μπορεί να μοιράζεται μια κοινή φαινομενολογία, αλλά να έχει διαφορετικές αιτιολογίες. Παρά τις σημαντικές έρευνες για την αιτιολογία της κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων των νευροβιολογικών, γενετικών και ψυχολογικών μελετών, κανένα αξιόπιστο ταξινομητικό σύστημα δεν προέκυψε που να συνδέεται είτε με την υποκείμενη αιτιολογία ή που να έχει αποδειχθεί έντονα προγνωστικό της ανταπόκρισης στη θεραπεία. Ένας αριθμός συστημάτων ταξινόμησης έχουν χρησιμοποιηθεί για την κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένης της αντιδραστικής και ενδογενούς κατάθλιψης, της μελαγχολίας, της άτυπης κατάθλιψης, της εποχιακής κατάθλιψης και της δυσθυμίας. Αυτά (τα συστήματα) βασίστηκαν σε διάφορους συνδυασμούς της φύσης/περιβάλλοντος, του αριθμού, της σοβαρότητας, του προτύπου και της διάρκειας των συμπτωμάτων και σε ορισμένες περιπτώσεις, της υποτιθέμενης αιτιολογίας. Με τη πάροδο του χρόνου ρεαλιστικοί ορισμοί προέκυψαν, οι οποίοι κατοχυρώθηκαν σε δύο κύρια συστήματα ταξινόμησης, το DSM-IV και το ICD-10. Το σύστημα ταξινόμησης έχει αναθεωρηθεί και πια χρησιμοποιείται το DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Τα συστήματα αυτά έχουν καθορίσει ένα όριο σοβαρότητας κλινικής σημασίας με περαιτέρω ταξινόμηση βάσει της σοβαρότητας (ήπια, μέτρια ή σοβαρή, όπως υιοθετήθηκε στο DSM-IV σε σχέση με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή), της διάρκειας και της πορείας της διαταραχής και των υποτύπων με βάση το προφίλ συμπτωμάτων. Άλλες πτυχές της κατάθλιψης όπως η ανταπόκριση στη θεραπεία και η αιτιολογία δεν περιλαμβάνονται στις ταξινομήσεις και στερούνται αποδεκτών ορισμών, μολονότι χρησιμοποιούνται στην κλινική πρακτική. Η ταξινόμηση έχει κάποια χρησιμότητα στην περιγραφή των πιθανών αποτελεσμάτων αν και η κοινωνική στήριξη, η κοινωνική δυσλειτουργία ή οι παράγοντες της προσωπικότητας πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη. Η ηπιότερη σοβαρότητα και διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου προβλέπουν, σε κάποιο βαθμό, μεγαλύτερη πιθανότητα αυθόρμητης ή πρώιμης ενδεχομένως βελτίωσης, ενώ στα καταθλιπτικά επεισόδια μεγαλύτερης σοβαρότητας, η χρονιότητα και ο αριθμός των προηγούμενων επεισοδίων προβλέπουν μια υψηλότερη πιθανότητα επακόλουθη υποτροπής (Morrison, 1995).

Η έλλειψη ενός εξαιρετικά αξιόπιστου και έγκυρου συστήματος ταξινόμησης έχει σημαντικές και πρακτικές κλινικές συνέπειες, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπου το πλήρες φάσμα της κατάθλιψης παρουσιάζεται. Σημαντική ανησυχία και προβληματισμό προκαλεί το αν η κατάθλιψη θα πρέπει να ταξινομείται χρησιμοποιώντας τις διαστάσεις ή τις κατηγορίες. Οι κατηγορίες βοηθούν στη διάκριση των περιπτώσεων από τις μη περιπτώσεις, ενώ οι διαστάσεις βοηθούν στη διάκριση των σοβαρών διαταραχών από τις ήπιες. Οι κλινικοί γιατροί συχνά καλούνται να λάβουν κατηγορηματικές αποφάσεις - για παράδειγμα θεραπεία με αντικαταθλιπτικά ή όχι, παραπομπή για περαιτέρω επεμβάσεις ή όχι - και έτσι, κατά συνέπεια, μπορεί να υπάρξει πίεση ερμηνείας των δεδομένων σε μία μόνο διάσταση με κατηγορηματικό τρόπο, για παράδειγμα, η θεραπεία ή μη, που βασίζεται αποκλειστικά και μόνο στην αξιολόγηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την αναγνωρισμένη ανάγκη να λάβουν οι κλινικοί γιατροί πολλούς παράγοντες/διαστάσεις υπόψη τους, συμπεριλαμβανομένης και την άποψης του ασθενούς σχετικά με την αιτία των συμπτωμάτων και την αποδεκτή θεραπεία (Cole, Johnstone, Newman, Kagey, & Young, 2008).

5. Το Ταξινόμικό Σύστημα DSM V

5.1 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Το DSM-5, αναφέρει ότι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αισθήματα θλίψης, κενότητας και ενοχής, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και διαταραχές του ύπνου. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή βιώνουν επίσης σημαντική αλλαγή στο βάρος τους. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία και είναι πιο συχνή μεταξύ των κοριτσιών και των γυναικών. Υπάρχουν αρκετές αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές, αλλά όταν δεν αντιμετωπίζεται, μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία (American Psychiatric Association, 2013).

Συμπτώματα

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι μια σύνθετη κατάσταση με ένα μεγάλο φάσμα πιθανών συμπτωμάτων. Το DSM-5 ορίζει ότι τουλάχιστον πέντε από τα συμπτώματα θα πρέπει να υφίστανται για μια περίοδο δύο εβδομάδων ή και περισσότερο για να διαγνωσθεί κανείς ότι πάσχει από αυτή. Τα πιο διαδεδομένα συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι το αίσθημα δυστυχίας στο μεγαλύτερο μέρος του χρόνου και η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στις περισσότερες αν όχι όλες τις δραστηριότητες του ατόμου. Το DSM-5 προβλέπει ότι το άτομο θα πρέπει να βιώνει τα συναισθήματα αυτά στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, κάθε μέρα για μια περίοδο δύο εβδομάδων. Το αίσθημα δυστυχίας υποδηλώνεται συνήθως από συναισθήματα θλίψης, κενότητας, ενοχής ή απόγνωσης, αλλά μπορεί μερικές φορές να υπάρχουν και συναισθήματα θυμού ή άγχους. Στα παιδιά και τους εφήβους, η ευερέθιστη διάθεση παρατηρείται συχνά από τους γονείς και τους δασκάλους. Ένα άλλο κοινό σύμπτωμα είναι η αλλαγή στο βάρος. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά παίρνουν ή χάνουν ένα σημαντικό ποσό του βάρους τους χωρίς σκόπιμη δίαιτα. Το πρόβλημα με τον ύπνο είναι ένα ακόμα κοινό σύμπτωμα. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν απώλεια ενέργειας και προβλήματα συγκέντρωσης στην εργασία και το σπίτι. Μερικοί άνθρωποι, ιδιαίτερα οι

ηλικιωμένοι ασθενείς, μετακινούνται και αντιδρούν πολύ πιο αργά από το κανονικό. Πολλοί ασθενείς με μείζονες καταθλιπτικές σκέψεις έρχονται αντιμέτωποι με τη σκέψη του θανάτου και της αυτοκτονίας. Επίσης πολλοί από αυτούς βιώνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια στη διάρκεια της ζωής τους, ενώ άλλοι μόνο ένα επεισόδιο. Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται (για να θεωρηθεί ότι το άτομο πάσχει από μείζον καταθλιπτική διαταραχή) δεν πρέπει να σχετίζονται με τη χρήση ουσιών ή με ασθένειες. Εάν τα συμπτώματα σχετίζονται με ένα τραύμα ή μια απώλεια, τότε θεωρούνται ως σημάδια θλίψης, και όχι μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (American Psychiatric Association, 2013).

Θνησιμότητα

Το DSM-5 σημειώνει ότι η μείζον καταθλιπτική διαταραχή συνδέεται με υψηλή θνησιμότητα. Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις αυτοκτονιών στις Ηνωμένες Πολιτείες σχετίζονται με μια ψυχιατρική ασθένεια και οι μισές από αυτές περιλαμβάνουν διαταραχή της διάθεσης, όπως είναι και η μείζον καταθλιπτική διαταραχή (Pompili, 2011). Ένας λόγος που αυτό συμβαίνει είναι ότι οι αυτοκτονικές σκέψεις, τα συναισθήματα και οι δράσεις αποτελούν κοινό σύμπτωμα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός ποικίλλει σημαντικά σε ένταση. Ενώ μερικοί ασθενείς έχουν ένα συγκεκριμένο σχέδιο για την αυτοκτονία, το οποίο αναμένεται να το υλοποιήσουν, πολλοί ασθενείς έχουν περισσότερο παθητικό ιδεασμό. Η επιθυμία ενός ατόμου να μην ξυπνήσει ή να μην υπάρχει, για παράδειγμα, φανερώνει την κατάθλιψη αλλά όχι ένα σαφές σχέδιο για αυτοκτονία. Τόσο οι οξείες όσο και οι μη οξείες σκέψεις αυτοκτονίας προκαλούνται από μια ποικιλία συνδεδεμένων συναισθημάτων. Κάποιοι αισθάνονται την επιθυμία να παραιτηθούν, άλλοι θέλουν να τελειώσει ο συναισθηματικός τους πόνος ή να σταματήσουν την αίσθηση που νιώθουν ότι είναι βάρος σε άλλους. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να επιχειρήσουν να αυτοκτονήσουν, ενώ οι άνδρες είναι πιο πιθανό να ολοκληρώσουν την πράξη αυτοχειρίας. Η αυτοκτονία ωστόσο δεν είναι ο μόνος παράγοντας για το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας των μείζονων καταθλιπτικών διαταραχών. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, όταν εισαχθούν σε έναν οίκο ευγηρίας έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς να πεθάνουν κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους (American Psychiatric Association, 2013).

Συγγνότητα

Οι γυναίκες έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να βιώσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο επιπολασμός είναι περίπου 7% στον γενικό πληθυσμό (American Psychiatric Association, 2013).

Παράγοντες κινδύνου

Παρά το γεγονός ότι κάθε άτομο μπορεί να αναπτύξει μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, το DSM-5, εξηγεί ότι διάφοροι παράγοντες κινδύνου έχουν αναγνωρισθεί. Η ιδιοσυγκρασία ενός ατόμου είναι ένας καλά τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Τα άτομα με υψηλά επίπεδα αρνητικότητας είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα ως απάντηση σε στρεσογόνους παράγοντες της ζωής. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου είναι επίσης κοινοί. Οι άνθρωποι που είχαν μια τραυματική ή άλλως δύσκολη παιδική ηλικία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν τέτοιου είδους διαταραχή. Επιπλέον, οι στρεσογόνοι παράγοντες της ζωής μπορεί να προκαλέσουν επεισόδια κατάθλιψης. Οι ερευνητές έχουν επίσης βρει μια γενετική συνιστώσα που σχετίζεται με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Το DSM-5 εκτιμά ότι η κληρονομικότητα είναι γύρω στο 40%. Τα άτομα με άμεσο μέλος της οικογένειας που πάσχει από κατάθλιψη έχουν δύο έως τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (American Psychiatric Association, 2013).

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή έχει μια βαθιά επίδραση στις σχέσεις. Επειδή η απόσυρση από τις δραστηριότητες είναι ένα διαγνωστικό χαρακτηριστικό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, οι ασθενείς είναι πιθανό να αποκοπούν από τους φίλους και την οικογένεια. Η απώλεια ενδιαφέροντος για το σεξ είναι επίσης κοινό χαρακτηριστικό, η οποία μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στις ρομαντικές σχέσεις. Η κοινωνική απόσυρση μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα απομόνωσης, συναισθήματα μοναξιάς, ενοχής και αναξιοσύνης. Οι φίλοι και τα μέλη της οικογένειας, που δεν αντιλαμβάνονται ότι το άτομο πάσχει από κατάθλιψη, μπορεί να κάνουν τον ασθενή να αισθανθεί χειρότερα, δημιουργώντας ενοχή, ή να δουν τον ασθενή ως εγωκεντρικό. Η ευερεθιστότητα μπορεί επίσης να δημιουργήσει

διαπροσωπικά προβλήματα, καθώς ο ασθενής μπορεί εύκολα να θυμώσει ή να ενοχληθεί. Όταν ένα άτομο με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή μιλά για αυτοκτονία ή κάνει μια απόπειρα, μεγάλη έμφαση δίνεται στην οικογένεια του ασθενούς, καθώς μπορεί να είναι διαρκώς φοβισμένη από την εύρεση του ασθενούς νεκρού ή σοβαρά τραυματισμένου, ως αποτέλεσμα της αυτοκτονίας. Οι φίλοι και η οικογένεια μπορεί επίσης να αισθάνονται απογοητευμένοι όταν δεν μπορούν να μιλήσουν στον ασθενή εξαιτίας των συναισθημάτων του ή να τον πείσουν ότι η ζωή του αξίζει (Sexton, 2011).

5.2 Δυσθυμική διαταραχή

Η επίμονη καταθλιπτική διαταραχή, γνωστή και ως δυσθυμία, είναι μια χρόνια κατάθλιψη, η οποία είναι παρούσα τις περισσότερες ημέρες για μία περίοδο δύο ετών. Τα συμπτώματα είναι πιο ήπια από ότι στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, αλλά επιπλέον συμπτώματα που εμπλέκονται στην επίμονη καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να αναπτυχθούν κατά τη διάρκεια της δυσθυμίας και να οδηγήσουν σε εμφάνιση και διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Η συννοσηρότητα των δύο αυτών διαταραχών είναι γνωστή ως διπλή κατάθλιψη. Περίπου το 30% των καταθλίψεων ταξινομούνται ως χρόνιες (American Psychiatric Association, 2013).

Στο DSM-5, η δυσθυμική διαταραχή και το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ενώνονται κάτω από την "ομπρέλα της διαταραχής" της επίμονης καταθλιπτικής διαταραχής. Σε γενικές γραμμές, τα γνωστικά συμπτώματα είναι πιο διαδεδομένα στη δυσθυμία όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η κοινωνική απόσυρση, ενώ η έλλειψη ύπνου ή όρεξης είναι πιο συχνά σε μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Δεν είναι ασυνήθιστο για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές να εξελιχθούν σε μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, ωθώντας το άτομο να αναζητήσει ιατρική βοήθεια (American Psychiatric Association, 2013).

Συμπτώματα της δυσθυμικής διαταραχής

Η διάγνωση της επίμονης καταθλιπτικής διαταραχής πρέπει να πληροί όλα τα ακόλουθα κριτήρια (American Psychiatric Association, 2013):

Το άτομο πρέπει να βρίσκεται σε καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για την πλειοψηφία των ημερών επί τουλάχιστον μία περίοδο δύο ετών, που υποδεικνύεται είτε υποκειμενικά είτε από την παρατήρηση των άλλων. Στα παιδιά και τους εφήβους, η διάρκεια πρέπει να είναι τουλάχιστον ενός έτους. Επίσης η διάθεση τους μπορεί να είναι ευερέθιστη.

Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη πρέπει να συγκεντρώνει δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα στοιχεία:

- Κακή όρεξη ή υπερφαγία
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Χαμηλά επίπεδα ενέργειας ή κόπωση
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Έλλειψη συγκέντρωσης
- Αισθήματα απελπισίας
- Κατά τη διάρκεια της περιόδου των δύο ετών, τα συμπτώματα δεν απουσιάζουν για λιγότερο από δύο μήνες το χρόνο.
- Τα κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης μπορεί να είναι συνεχώς παρόντα σε όλη τη διάρκεια των δύο χρόνων
- Το άτομο δεν έχει βιώσει ποτέ ένα επεισόδιο μανίας ή υπομανίας.
- Τα κριτήρια για κυκλοθυμική διαταραχή δεν πληρούνται.
- Τα κριτήρια για την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή, η σχιζοφρένεια, η παραληρηματική διαταραχή ή άλλες ψυχωσικές διαταραχές δεν εξηγούν καλύτερα τη διαταραχή.
- Η χρήση ναρκωτικών ουσιών ή άλλων ιατρικών διαταραχών δεν εξηγούν τα συμπτώματα.

Σημείωση: Τα τέσσερα πρόσθετα συμπτώματα περιλαμβάνονται για τη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Αν όλα τα συμπτώματα της είναι παρόντα κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης, θα πρέπει να γίνει μια διάγνωση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (AmericanPsychiatricAssociation, 2013).

5.3 Κυκλοθυμική διαταραχή

Σύμφωνα με το DSM-5 η κυκλοθυμική διαταραχή παρουσιάζεται σε άτομα που βιώνουν ανακύκλωση της διάθεσης για μια περίοδο δύο χρόνων, αλλά δεν

πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διπολική I, διπολική II, ή τη καταθλιπτική διαταραχή. Υπάρχουν μια σειρά από κανόνα-ρυθμίσεις που πρέπει να εξεταστούν και υπάρχει συζήτηση μεταξύ κλινικών και ερευνητών για το αν η κυκλοθυμική διαταραχή είναι μία διακριτή διαδικασία της νόσου, μια ευμετάβλητη παραλλαγή, ή ένα προνοσηρό σύνδρομο της διπολικής I ή II (Baldessarini, Vázquez, & Tondo, 2011) μιας και το 15% έως 50% των ατόμων με κυκλοθυμική διαταραχή θα αναπτύξει μια από τις δύο καταστάσεις (American Psychiatric Association, 2013). Η κυκλοθυμική διαταραχή μπορεί να διαγνωστεί σε εφήβους και παιδιά και μπορεί εύκολα να διακριθεί από τις άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας της παιδικής ηλικίας. Η διάγνωση της κυκλοθυμίας, της διπολικής I ή II, ή της καταθλιπτικής διαταραχής για τα μικρότερα παιδιά θα πρέπει να εξετάζεται με κλινικό σκεπτικισμό, ολοένα και περισσότερο. Οι έφηβοι και τα παιδιά είναι επιρρεπή στην ασταθή διάθεση, στην απώλεια του συναισθηματικού ελέγχου και αντιδρούν υπερβολικά σε μικρούς στρεσογόνους παράγοντες και απογοητεύσεις, καθώς δεν έχουν ακόμη τις δεξιότητες αντιμετώπισης των ενηλίκων (VanMeter&Youngstrom, 2012).

Συμπτώματα της κυκλοθυμικής διαταραχής

Σύμφωνα με το DSM-5, υπάρχουν έξι διαγνωστικά κριτήρια, με έναν προσδιοριστή:

1. Για μια περίοδο τουλάχιστον δύο χρονών, υπήρξαν επεισόδια υπομανίας και καταθλιπτικές εμπειρίες που δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5 για την υπομανία ή τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.
2. Τα ανωτέρω κριτήρια ήταν παρόντα τουλάχιστον το ήμισυ του χρόνου κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δύο ετών, με όχι περισσότερο από δύο μήνες υποχώρησης των συμπτωμάτων.
3. Δεν υπάρχει ιστορικό διαγνώσεων για μανιακό, υπομανιακό, ή καταθλιπτικό επεισόδιο.
4. Τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν από μια ψυχωτική διαταραχή, όπως η σχιζοφρένεια, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ή η παραληρηματική διαταραχή.
5. Τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν από τη χρήση ουσιών ή την ιατρική κατάσταση.

6. Τα συμπτώματα προκαλούν άγχος ή σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

Η διαταραχή μπορεί επίσης να προκληθεί σε παιδιά ή εφήβους, αλλά η περίοδος παρατήρησης για τα συμπτώματα είναι ένας χρόνος αντί για δύο. (American Psychiatric Association, 2013).

Συχνότητα

Σύμφωνα με το DSM-5, τα ποσοστά εμφάνισης της κυκλοθυμικής διαταραχής κυμαίνονται από 0,04% έως 1%. Εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες (American Psychiatric Association, 2013).

Συννοσηρότητα

Το DSM-5 δείχνει ότι κυκλοθυμική διαταραχή είναι συννοσηρούσα με διαταραχές κατάχρησης ουσιών καθώς τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης μπορεί να χρησιμοποιήσουν ναρκωτικά ή αλκοόλ, σε μια προσπάθεια να αυτοθεραπεύσουν και να καταστείλουν τα συμπτώματα. Συννοσηρότητα έχει βρεθεί επίσης και με διαταραχές του ύπνου. Στα παιδιά, υπάρχει επίσης συννοσηρότητα με ADD / ADHD (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας), ωστόσο αυτή θα πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά από τον γιατρό (American Psychiatric Association, 2013).

Επιπτώσεις στις ανθρώπινες λειτουργίες

Η κυκλοθυμική διαταραχή μπορεί να επηρεάσει την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργία. Τα άτομα με επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατάθλιψης ή υπομανίας / μανιακά συμπτώματα μπορεί να εμφανίζουν δυσκολία στο να διατηρήσουν την εργασία τους λόγω απουσιών, κακής απόδοσης ή ακανόνιστης συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας. Επίσης η κοινωνική λειτουργία αυτών των ατόμων μπορεί να πραγματοποιηθεί με ακανόνιστες και ανάρμοστες συμπεριφορές (American Psychiatric Association, 2013).

5.4 Άλλες μορφές κατάθλιψης

5.4.1 Χρόνια κατάθλιψη και δυσθυμία

Το νέο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-5 εμπεριέχει έναν αριθμό σημαντικών ενημερώσεων και αλλαγών που αφορούν την μείζονα κατάθλιψη (γνωστή επίσης και ως κλινική κατάθλιψη) και τις καταθλιπτικές διαταραχές.

Έτσι η δυσθυμία έπαψε να υφίσταται και αντικαταστάθηκε από τον όρο "επίμονη καταθλιπτική διαταραχή". Ο νέος αυτός όρος περιλαμβάνει τόσο τη χρόνια μείζονα καταθλιπτική διαταραχή όσο και την πρότερη δυσθυμική διαταραχή.

Η ισχύς της δυσθυμίας και ο διαχωρισμός της από την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έχει συζητηθεί επανειλημμένως και αμφισβητηθεί. Όταν τα άτομα με δυσθυμία παρακολουθήθηκαν για μεγάλες χρονικές περιόδους, έγινε σαφές ότι οι περισσότεροι από αυτούς ανέπτυξαν επίσης μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, γεγονός που υποδηλώνει ότι η δυσθυμία και η μείζον καταθλιπτική διαταραχή είναι φάσεις της ίδιας διαταραχής και όχι διαφορετικές/ξεχωριστές συνθήκες. Η δυσθυμία και η μείζον καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζεται επίσης στις ίδιες οικογένειες και ανταποκρίνεται στις ίδιες θεραπείες. Από την άλλη πλευρά, τόσο η δυσθυμία όσο και η χρόνια κατάθλιψη συνδέονται με περισσότερη απομείωση, συννοσηρότητα, καθώς και τον κίνδυνο αυτοκτονίας από ότι οι λιγότερο ανθεκτικές μορφές της κατάθλιψης (Association, 2000).

Η χρόνια κατάθλιψη και η δυσθυμία συνενώθηκαν, όπως προαναφέρθηκε, κάτω από τον όρο "επίμονη καταθλιπτική διαταραχή" στο DSM-5 εγχειρίδιο. Αυτή η νέα κατανομή των καταθλιπτικών διαταραχών δίνει περισσότερο βάρος στη διάρκεια από ότι στη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Το DSM-5 ορίζει την επίμονη καταθλιπτική διαταραχή στη βάση του συνόλου των συμπτωμάτων για τη δυσθυμία, με την παραδοχή ότι τα περισσότερα άτομα που εμφανίζουν τα πλήρη συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής πληρούν επίσης και τα κριτήρια για τη δυσθυμία. Ωστόσο, λόγω των διαφορών στα συμπτωματικά κριτήρια, μερικά άτομα με χρόνια μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια δεν πληρούν τα DSM-5 κριτήρια για την επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (AmericanPsychiatricAssociation, 2013).

Ενώ η συγχώνευση της δυσθυμίας και της χρόνιας κατάθλιψης σε επίμονη καταθλιπτική διαταραχή είναι απόλυτα δικαιολογημένη από την ισχυρή διαδοχική

συννοσηρότητα και τις παρόμοιες συνέπειες για την πρόγνωση και τη θεραπεία, πολλές πτυχές της νέας διάγνωσης δεν υποστηρίζονται επαρκώς από αποδεικτικά στοιχεία και δεν μπορεί να είναι χρήσιμες. Γιατί χρειάζονται δύο διαφορετικά σύνολα συμπτωματικών κριτηρίων για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και την επίμονη καταθλιπτική διαταραχή; Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των κριτηρίων της δυσθυμίας δεν έχουν επίσημα ελεγχθεί, προκαλώντας ανησυχίες σχετικά με την αξία της νέας διάγνωσης (Burton, 2011).

Η υπόθεση ότι τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από χρόνια κατάθλιψη επίσης πληρούν τα κριτήρια της δυσθυμίας μπορεί να μην κατέχει την απαιτούμενη συνέπεια, δημιουργώντας μια ομάδα ατόμων που πάσχουν από χρόνια κατάθλιψη, αλλά δεν λαμβάνουν την διάγνωση για την επίμονη καταθλιπτική διαταραχή. Ενώ είναι αδιαμφισβήτητο ότι η παρατεταμένη διάρκεια και ο μη επεισοδιακός χαρακτήρας είναι σχετικά, δεν υπάρχει καλή δικαιολογία για την δίχρονη αποκοπή. Στην πραγματικότητα, μερικές από τις εργασίες που χρησιμοποιούνται για να δικαιολογήσουν την εγκυρότητα της επίμονης κατάθλιψης βασίζονται στη διάρκεια του ενός χρόνου ή περισσότερο. Για κλινικούς και προγνωστικούς σκοπούς, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η διάρκεια των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι σημαντική τόσο πάνω όσο και κάτω από το επίπεδο των 2 ετών, ανεξάρτητα από το αν τα κριτήρια της κατάθλιψης ή της δυσθυμίας / επιμένουσας καταθλιπτικής διαταραχής πληρούνται (Pompili, 2011).

5.4.2 Εποχιακή κατάθλιψη

Η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή είναι ένα είδος κατάθλιψης που συνήθως συμβαίνει το φθινόπωρο και το χειμώνα, όταν οι μέρες είναι μικρότερες και παρέχουν λιγότερο ηλιακό φως. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα αρχίζουν το φθινόπωρο ή το χειμώνα και εξακολουθούν να υφίστανται μέχρι την άνοιξη. Οι άνθρωποι που πάσχουν από εποχιακή συναισθηματική διαταραχή είτε δεν είναι σε θέση να λειτουργήσουν ή λειτουργούν ελάχιστα κατά τη διάρκεια της περιόδου κατά την οποία λαμβάνει χώρα η διαταραχή τους. Η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή μοιράζεται διάφορα συμπτώματα με άλλες μορφές κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένου του λήθαργου, της θλίψης, της απόγνωσης, του άγχους και της κοινωνικής απόσυρσης (Roeklin&Rohan, 2005).

Το ποσοστό του γενικού πληθυσμού που βιώνει εποχιακή συναισθηματική

διαταραχή κυμαίνεται από 4-6%. Οι γυναίκες έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να αναπτύξουν αυτή τη διαταραχή. Η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή είναι πιο συχνή μεταξύ των νέων (ηλικίας 20-50) και υπάρχει μια γενική μείωση των συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου καθώς το άτομο μεγαλώνει.

Ο κίνδυνος της νόσου αυξάνεται σημαντικά ανάλογα με την γεωγραφική κατοικία του ατόμου (με αυξημένο επιπολασμό σε υψηλότερα γεωγραφικά πλάτη). Για παράδειγμα, η συχνότητα εμφάνισης της εποχιακής συναισθηματικής αναταραχής μεταξύ των ανθρώπων που ζουν στη Φλόριντα είναι 1 %, ενώ για εκείνους που ζουν σε βόρεια γεωγραφικά πλάτη, όπως η Αλάσκα, η συχνότητα εμφάνισης της κυμαίνεται σε ποσοστό της τάξεως του 10 %. Η θεραπεία για την εποχιακή συναισθηματική διαταραχή συνήθως περιλαμβάνει έναν συνδυασμό καθημερινής ελαφριάς θεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής. Η άσκηση και διαχείριση του στρες βοηθούν επίσης στη μείωση των συμπτωμάτων της εποχιακής συναισθηματικής διαταραχής (Terman, Terman, & Ross, 2006).

5.4.3 Παραληρητική ή Ψυχωσική κατάθλιψη

Όπως είναι ήδη γνωστό υπάρχει η μορφή κατάθλιψης που οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν και επιπλέον υπάρχει η ψυχωσική κατάθλιψη, ή πιο τεχνικά γνωστή ως μείζων καταθλιπτική διαταραχή με ψυχωσικά χαρακτηριστικά. Αυτή η μορφή κατάθλιψης είναι μια πολύ λιγότερο κοινή διαταραχή, η οποία διακρίνεται από την απλή κατάθλιψη (Mondimore, 2006).

Η ψυχωσική κατάθλιψη χαρακτηρίζεται όχι μόνο από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, αλλά και από ψευδαισθήσεις (να βλέπει ή να ακούει το άτομο πράγματα που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα) ή ψευδαισθήσεις (παράλογες σκέψεις και φόβους). Συχνά οι άνθρωποι με ψυχολογική κατάθλιψη γίνονται παρανοϊκοί ή τείνουν να πιστεύουν ότι οι σκέψεις τους δεν είναι δικές τους (προσθήκη σκέψης) ή ότι οι άλλοι μπορούν να «ακούσουν» τις σκέψεις τους (μετάδοση σκέψης).

Ενώ οι άνθρωποι με άλλες ψυχικές ασθένειες, όπως η σχιζοφρένεια βιώνουν επίσης αυτά τα συμπτώματα, τα άτομα με ψυχωσική κατάθλιψη συνήθως γνωρίζουν ότι αυτές οι σκέψεις δεν είναι αληθινές. Μπορεί να νιώσουν ντροπή ή αμηχανία και να προσπαθήσουν να τις κρύψουν, γεγονός που μερικές φορές κάνει αυτή τη διαδικασία δύσκολο να εντοπιστεί. Ο κίνδυνος της διπολικής κατάθλιψης, τα

επαναλαμβανόμενα επεισόδια ψυχωσικής κατάθλιψης και οι αυτοκτονίες αυξάνονται μετά την έναρξή της (Langlieb&DePaulo, 2008).

Οι ερευνητές δεν είναι απολύτως σίγουροι για το τι προκαλεί τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή με ψυχωτικά χαρακτηριστικά (ψυχωτική κατάθλιψη), αλλά συχνά τη συνδέουν με τα υψηλά επίπεδα στο αίμα μιας ορμόνης που ονομάζεται κορτιζόλη (η κορτιζόλη είναι μια σημαντική στεροειδής ορμόνη που παράγεται από τα επινεφρίδια. Τα επίπεδα στο αίμα αυτής της ορμόνης ακολουθούν συνήθως ένα μοτίβο όλη την ημέρα, με τα χαμηλότερα επίπεδα να εμφανίζονται γύρω στις 4 το απόγευμα. Περισσότερη κορτιζόλη απελευθερώνεται κατά περιόδους στρες-βιολογικής και ψυχολογικής φύσεως). Δεν υπάρχουν προφανείς παράγοντες κινδύνου, αν και είναι γνωστό ότι τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ή ψυχωτικής ασθένειας είναι πιο ευαίσθητα/ευπαθή (Gelder, Andreasen, Lopez-Ibor, & Geddes, 2009).

Τα συμπτώματα που εμφανίζονται πιο συχνά σε ψυχολογικά καταθλιπτικούς ασθενείς περιλαμβάνουν:

- Άγχος
- Διέγερση
- Υποχόνδρια
- Αϋπνία
- Σωματική ακινησία
- Δυσκοιλιότητα
- Νοητικές διαταραχές

5.4.4 Λανθάνουσα ή συγκαλυμμένη κατάθλιψη

Τα ορατά σημάδια της λανθάνουσας ή συγκαλυμμένης κατάθλιψης είναι άτυπα, από όσα μέχρι τώρα έχουν γίνει γνωστά για τη μορφή αυτή της κατάθλιψης. Αντί το άτομο να παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα, παρουσιάζει συμπεριφορά αποφυγής. Από πολλούς μελετητές τα συμπτώματα της λανθάνουσας κατάθλιψης παρουσιάζονται ως ίχνη ή ως μηχανισμοί άμυνας που οι άνθρωποι χρησιμοποιούν για να αποφύγουν την έκδηλη κατάθλιψη (Joyce, 2009).

Η συγκαλυμμένη κατάθλιψη κρύβεται κάτω από διαφορετικές μάσκες όπως: εθιστικές συμπεριφορές (όπως ο αλκοολισμός, η πορνογραφία ή η κατάχρηση

ουσιών)ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές(όπως τελειομανία, εργασιομανία κλπ.).Η κατάθλιψη δεν εκδηλώνεται πάντα με το να αισθάνεται κανείς άσχημα. Μπορεί η εμπειρία της κατάθλιψης να εκδηλωθεί στο άτομο με συναισθηματικό μούδιασμα ή αλεξιθυμία. Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης της συγκαλυμμένης κατάθλιψη έχουν σχεδιαστεί για να κρατήσουν την έκδηλη κατάθλιψη σε απόσταση (Goldman, 2000).

Στα πλαίσια των στενών σχέσεων, ακόμη και οι μη-ψυχοπαθείς άνθρωποι, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να αναλάβουν την ευθύνη των συναισθημάτων τους, δύνανται να τα διοχετεύσουν με τη μορφή ψυχολογικής ή σωματικής βίας. Εκείνοι που είναι συναισθηματικά μούδιασμένοι και απεμπλεκόμενοι μπορούν επίσης να έχουν διαφορετική επίδραση στους συντρόφους τους, οι οποίοι είναι πιο ευαίσθητοι συναισθηματικά. Στις συζυγικές σχέσεις, η γυναίκα σύντροφος συχνά γίνεται ο φορέας των αποκηρυγμένων συναισθημάτων του συντρόφου. Αυτή μπορεί ακόμη και να ενεργήσει έξω από αυτά τα συναισθήματα και να μετατραπεί σε μια αγενής ή καταθλιπτική γυναίκα, ενώ ο άνδρας παραμένει πιο "κανονικός". Αυτή είναι η προβολική ταύτιση - όπου κάποιος προβάλλει τα συναισθήματα του ασυνείδητα σε κάποιον άλλο. Ο δέκτης των συναισθημάτων στη συνέχεια τα προβάλλει σαν να ήταν δικά του συναισθήματα. Τέτοιου είδους βάρη μπορεί επίσης να μετακυλήσουν αργότερα στους απογόνους τους, συνεχίζοντας τον κύκλο της συγκαλυμμένης κατάθλιψης. Τα τραύματα της παιδικής ηλικίας δημιουργούν τόσο το τραύμα όσο και τον αμυντικό μηχανισμό που χρησιμοποιείται για να κρύψει το τραύμα, το οποίο αποτελεί το θεμέλιο της κατάθλιψης στη μετέπειτα ζωή τους (Ancibure, Ancibure, & Sauret, 2010).

6. Γυναίκες και κατάθλιψη

6.1 Εμμηνορροϊκός κύκλος

Ο αναπαραγωγικός κύκλος των γυναικών περιλαμβάνει τον εμμηνορροϊκό κύκλο, την εγκυμοσύνη, την επλόχεια περίοδο, την εμμηνόπαυση. Οι καταστάσεις αυτές φέρνουν αλλαγές στη διάθεση των γυναικών και σε ορισμένες περιπτώσεις προκαλούν κατάθλιψη. Οι ερευνητές υποστηρίζουν πως οι ορμόνες επιδρούν στο κομμάτι του εγκεφάλου που καθορίζει τα συναισθήματα και τη διάθεση. Πολλές γυναίκες βιώνουν κάποιες αλλαγές στο σώμα τους και διακυμάνσεις στην συμπεριφορά τους και αυτό εξαρτάται από τη φάση του έμμηνου κύκλου που βρίσκονται. Σε κάποιες από αυτές τις γυναίκες, οι αλλαγές είναι σοβαρές, συμβαίνουν συχνά και έχουν να κάνουν με εκδήλωση καταθλιπτικών αισθημάτων, ευερεθιστότητας, και διάφορες άλλες συναισθηματικές και σωματικές αλλαγές. Οι αλλαγές αυτές που εμφανίζονται κυρίως μετά την ωορρηξία και επιδεινώνονται μέχρι την έμμηνο ρύση είναι γνωστές με τον όρο προεμμηνορροϊκό σύνδρομο (PMS) ή προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή (PMDD). Οι επιστήμονες προσπαθούν να βρουν τη σύνδεση που υπάρχει μεταξύ της κυκλικής ανόδου και της μείωσης των οιστρογόνων ή άλλων ορμονών με την κατάθλιψη (Pearlstein, etal., 2009).

Η μέχρι τώρα έρευνα έχει δείξει ότι τα συμπτώματα του συνδρόμου PMS είναι το αποτέλεσμα μιας ανώμαλης απόκρισης στα φυσιολογικά επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Έτσι, με έμφαση στην ευαισθησία του κάθε ατόμου στις στεροειδείς ορμόνες η απόκριση κρίνεται πως είναι απαραίτητη για την κατανόηση της συμπτωματολογίας του PMS (Field, 2010).

Η προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή (PMDD) είναι μια σοβαρή μορφή του προεμμηνορροϊκού συνδρόμου (PMS). Όπως το PMS, η προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή ακολουθεί ένα προβλέψιμο, κυκλικό μοτίβο. Τα συμπτώματα αρχίζουν στα τέλη της ωχρινικής φάσης του έμμηνου κύκλου (μετά την ωορρηξία) και τελειώνουν λίγο μετά, αφού αρχίσει η εμμηνόρροια. Κατά μέσο όρο, τα συμπτώματα εμφανίζονται τις τελευταίες έξι ημέρες και πριν από την ημέρα έναρξης της εμμήνου ρύσης τα συμπτώματα γίνονται πιο έντονα (Klainin & Arthur, 2009).

Η προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή (PMDD) είναι μια κατάσταση κατά την οποία μια γυναίκα έχει σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, ευερεθιστότητας

και έντασης πριν από την έμμηνο ρύση. Τα συμπτώματα της PMDD είναι πιο σοβαρά από εκείνα που παρατηρούνται στο προεμμηνορροϊκό σύνδρομο (PMS). Τα αίτια του PMS και της PMDD δεν έχουν ακόμα διευκρινιστεί. Οι ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του εμμηνορροϊκού κύκλου μιας γυναίκας μπορεί ωστόσο να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο (McElroy & Townsend, 2009).

Το σύνδρομο PMDD επηρεάζει το 3% έως 8% των γυναικών κατά τη διάρκεια των ετών που έχουν έμμηνο ρύση. Οι περισσότερες γυναίκες με αυτό το σύνδρομο εμφανίζουν:

- ανησυχία
- σοβαρή κατάθλιψη
- Εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (ΕΔΕ)

Εκτός από τις ορμονικές διαταραχές άλλοι παράγοντες που μπορεί να παίζουν ένα ρόλο για την εμφάνιση του συνδρόμου είναι:

- Η κατάχρηση οινόπνευματος
- Το υπερβολικό βάρος
- Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων καφεΐνης
- Η κληρονομικότητα
- Η έλλειψη άσκησης (Klainin & Arthur, 2009)

Τα συμπτώματα της PMDD είναι παρόμοια με εκείνα του PMS. Ωστόσο είναι πιο σοβαρά και εξουθενωτικά και περιλαμβάνουν τουλάχιστον ένα σύμπτωμα που σχετίζεται με την αλλαγή της διάθεσης. Πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα πρέπει να υφίστανται για τη διάγνωση της PMDD, συμπεριλαμβανομένου ενός συμπτώματος αλλαγής της διάθεσης που σχετίζεται με:

- Κανένα ενδιαφέρον για τις καθημερινές δραστηριότητες και τις σχέσεις
- Κόπωση ή χαμηλή ενέργεια
- Αίσθημα θλίψης ή απελπισίας, ενδεχόμενες σκέψεις αυτοκτονίας
- Έντονα συναισθήματα ή άγχος
- Έντονη επιθυμία για φαγητό ή υπερφαγία
- Εναλλαγές της διάθεσης με περιόδους κλάματος
- Κρίσεις πανικού

- Ευερεθιστότητα ή θυμό που επηρεάζει άλλους ανθρώπους
- Σωματικά συμπτώματα, όπως φούσκωμα, ευαισθησία στο στήθος, πονοκέφαλοι, και μυϊκός πόνος
- προβλήματα ύπνου
- δυσκολία στη συγκέντρωση (Porter & Gavin, 2010)

Η προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή, συμπεριλήφθηκε στο Παράρτημα Β του DSM-IV, "*Σετ Κριτηρίων και Άξονες για περαιτέρω μελέτη*". Από τότε, με τη βοήθεια των ειδικών και αυστηρών κριτηρίων του DSM -IV, υπήρξε μια έκρηξη της έρευνας σχετικά με την επιδημιολογία, την φαινομενολογία, την παθογένεια και τη θεραπεία της διαταραχής. Το 2009, η Ομάδα Εργασίας για τις διαταραχές της διάθεσης για το DSM-5 συγκάλεσε μια ομάδα εμπειρογνομόνων για να εξετάσουν τη βιβλιογραφία για τη προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή και να παρέχουν συστάσεις σχετικά με τα κατάλληλα κριτήρια για τη διαταραχή στο DSM-5. Μετά από ενδελεχή επανεξέταση και μακρά συζήτηση, η ομάδα εργασίας αποφάνθηκε ότι οι πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία, και την επιβεβαίωση της διαταραχής έχουν βελτιωθεί αρκετά ώστε να χαρακτηρίζεται ως μια πλήρης κατηγορία στο DSM-5. Η περιγραφή της ως σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από προεμμηνορροϊκή ψυχολογική και σωματική δυσφορία έχει μια μακρά ιστορία, που χρονολογείται από την εποχή του Ιπποκράτη. Στη σύγχρονη εποχή, το σύμπλεγμα των προεμμηνορροϊκών συμπτωμάτων αναφέρεται ως σύνδρομο προεμμηνορροϊκής έντασης ή προεμμηνορροϊκό σύνδρομο (Laurson, et al., 2011).

Η πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών, καθιέρωσε 4 κριτήρια (Α έως Δ) για τη διάγνωση της PMDD: **Κριτήριο Α:** στους περισσότερους έμμηνους κύκλους κατά τη διάρκεια των παρελθόντων ετών, τουλάχιστον 5 από τα ακόλουθα 11 συμπτώματα (εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα πρώτα 4) υφίσταται:

- Ιδιαίτερα καταθλιπτική διάθεση, αισθήματα απελπισίας, ή σκέψεις αυτο-αποδοκίμασίας
- Ιδιαίτερο άγχος, ένταση, ακραία αισθήματα
- Σημαντική συναισθηματική αστάθεια
- Συνεχής θυμός ή ευερεθιστότητα ή αυξημένες διαπροσωπικές συγκρούσεις
- Μειωμένο ενδιαφέρον για συνήθειες δραστηριότητες (π.χ., εργασία, σχολείο,

φίλους και χόμπι)

- Υποκειμενική αίσθηση δυσκολίας στη συγκέντρωση
- Λήθαργος, αίσθημα κόπωσης, ή έλλειψη ενέργειας
- Σημαντικές αλλαγή στην όρεξη, υπερφαγία, ή όρεξη για συγκεκριμένα τρόφιμα
- Η υπερυπνία ή αϋπνία
- Η υποκειμενική αίσθηση του να είναι το άτομο εκτός ελέγχου
- Άλλα σωματικά συμπτώματα, όπως ευαισθησία ή πρήξιμο, πονοκεφάλους, πόνους στις αρθρώσεις ή μυϊκούς πόνους, αίσθημα φουσκώματος, ή αύξηση σωματικού βάρους (Field, 2010)

Κριτήριο Β: Τα συμπτώματα πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά ώστε να παρεμβαίνουν σημαντικά στην κοινωνική, επαγγελματική, σεξουαλική, ή σχολική λειτουργία. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να αποφεύγει τις κοινωνικές δραστηριότητες ή να εμφανίζει μειωμένη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα στην εργασία ή το σχολείο.

Κριτήριο Γ: Τα συμπτώματα πρέπει να σχετίζονται ιδιαίτερα με τον εμμηνορροϊκό κύκλο και δεν πρέπει απλώς να αντιπροσωπεύουν μια έξαρση των συμπτωμάτων κάποιας άλλης διαταραχής, όπως μείζων καταθλιπτική διαταραχή, διαταραχή πανικού, δυσθυμική διαταραχή, ή μια διαταραχή της προσωπικότητας

Κριτήριο Δ: Τα κριτήρια Α, Β, και Γ θα πρέπει να επιβεβαιώνονται από μελλοντικές καθημερινές αξιολογήσεις κατά τη διάρκεια τουλάχιστον δύο συνεχόμενων συμπτωματικών έμμηων κύκλων.

Από τα 11 συμπτώματα που αναφέρονται στο DSM-5, τα 10 είναι συναισθηματικά και συμπεριφορικά και μόνο το 1 περιλαμβάνει πολλαπλά κοινά σωματικά συμπτώματα. Επειδή η κατάθλιψη είναι κοινό σύμπτωμα της PMDD, η αυτοκτονία αποτελεί κίνδυνο (Hagen&Barrett, 2007).

6.2 Κατάθλιψη και μητρότητα

Οι μητέρες που γεννούν για πρώτη φορά εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 1/3 των γυναικών. Αυτά τα συμπτώματα συνδέονται με τη γέννηση των παιδιών, την περίοδο της κύησης και με τα πρώτα τέσσερα χρόνια της ζωής του εμβρύου. Με αφορμή τα συμπεράσματα των σύγχρονων ερευνών, κρίνεται επιτακτικό το γεγονός οι γυναίκες να παρακολουθούν την ψυχική τους υγεία μέχρι το παιδί να φτάσει στην ηλικία των πέντε χρόνων, ώστε να διασφαλιστεί η καταγραφή όσο περισσότερων γυναικών αντιμετωπίζουν τέτοιες συμπεριφορές (Goodman, 2004).

Μελέτες τόσο στη Βρετανία όσο και σε άλλες χώρες εκτιμούν ότι το 10% με 15% των γυναικών που αποκτούν για πρώτη φορά παιδί εμφανίζει τέτοια συμπτώματα. Ωστόσο, περισσότερες γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη από τη σχετική εκτίμηση του 10% με 15%, εν μέρει επειδή οι γυναίκες μπορεί να μπερδεύουν τα συμπτώματα αυτά (μεγαλύτερη ευαισθησία από ότι συνήθως ή συχνότερο κλάμα, ανικανότητα απόλαυσης της μητρότητας, αδικαιολόγητη ανησυχία για την υγεία του βρέφους) ως καταστάσεις που βιώνουν όλες οι γυναίκες που γίνονται μητέρες για πρώτη φορά (Stuart-Parrigon&Stuart, 2014).

6.3 Μέτρια και Σοβαρή Επιλόχεια Κατάθλιψη

Η επιλόχεια κατάθλιψη (PPD) αφορά την σοβαρή καταθλιπτική διάθεση που συμβαίνει μέσα σε 4 εβδομάδες από τον τοκετό και η οποία είναι πιθανόν να εκδηλωθεί ως και 30 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν ξαφνικά ξεσπάσματα κλάματος, αϋπνία, καταθλιπτική διάθεση, κούραση, άγχος και αδυναμία συγκέντρωσης. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν ήπια, μέτρια ή σοβαρά συμπτώματα. Πολλοί ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην ανάπτυξη της PPD. Οι πιο πρόσφατες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η πλειοψηφία των παραγόντων έχει κυρίως κοινωνικό χαρακτήρα. Μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος εμφάνισης σε γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης ή άλλες συναισθηματικές ασθένειες και σε όσες έχουν βιώσει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια των προηγούμενων κυήσεων. Οι γυναίκες με σημαντικούς παράγοντες

κινδύνου θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά κατά την περίοδο μετά τον τοκετό (Driessen&Hollon, 2010).

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και ο βαθμός απομείωσης καθοδηγεί την προσέγγιση στη θεραπεία. Η θεραπεία συνήθως ξεκινά με ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία, αν αυτό είναι απαραίτητο. Ωστόσο, πολλοί ασθενείς ωφελούνται από την ταυτόχρονη αγωγή ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής. Οι κοινές μορφές ψυχοθεραπείας περιλαμβάνουν διαπροσωπικές θεραπείες και βραχυπρόθεσμες γνωστικές-συμπεριφορικές θεραπείες. Η ανεπαρκής θεραπεία της κατάθλιψης θέτει σε κίνδυνο τις γυναίκες για επακόλουθες συναισθηματικές ασθένειες και επίσης ενδέχεται η κατάθλιψη να γίνει χρόνια (Johnson, 2011).

Παρά το γεγονός ότι ένας αριθμός παραγόντων κινδύνου έχουν ταυτοποιηθεί, οι αιτίες της PPD δεν είναι ακόμα κατανοητές. Οι ορμονικές αλλαγές θεωρούνται ως μία από τις κύριες αιτίες κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Πολλές γυναίκες αναρρώνουν με τη θεραπεία, όπως με τη συμμετοχή σε μια ομάδα υποστήριξης, με την υιοθέτηση συμβουλευτικής ή φαρμακευτικής αγωγής. Οι υπάρχουσες μελέτες αναφέρουν ποσοστά επιπολασμού μεταξύ των γυναικών από 5% έως 25%, αλλά οι μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των ερευνών κάνουν το πραγματικό ποσοστό επιπολασμού ασαφές (Schmahmann, Weilburg, & Sherman, 2007).

Το DSM-5 δεν αναγνωρίζει την κατάθλιψη μετά τον τοκετό ως μια ξεχωριστή κατηγορία. Αντίθετα, οι ασθενείς πρέπει να πληρούν τα κριτήρια ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και τα κριτήρια της προσδιοριστικής περιγεννητικής εμφάνισης. Ο ορισμός της επιλόχειας κατάθλιψης αφορά επομένως σε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο που ξεκινά στην εγκυμοσύνη ή εντός 4 εβδομάδων από την κύηση (American Psychiatric Association, 2013).

Τα κριτήρια του DSM-5 για ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο είναι:

α) Πέντε ή περισσότερα από 9 συμπτώματα (συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός συμπτώματος από τη καταθλιπτική διάθεση και την απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης) στην ίδια χρονική περίοδο των 2 εβδομάδων. Κάθε ένα από αυτά τα συμπτώματα αντιπροσωπεύει μια αλλαγή από την πρότερη κατάσταση/λειτουργία του ασθενούς και πρέπει να εμφανίζεται σχεδόν κάθε μέρα:

- καταθλιπτική διάθεση (υποκειμενική ή κατόπιν παρατήρησης) η οποία μπορεί να εμφανίζεται ως διάθεση ευερεθιστότητας στα παιδιά και τους εφήβους το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας

- Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
- Μεταβολή του βάρους ή της όρεξης
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Ψυχοκινητική καθυστέρηση
- Απώλεια ενέργειας ή κόπωση
- Αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής
- Μειωμένη συγκέντρωση ή αναποφασιστικότητα
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός ή απόπειρα.

β) Τα συμπτώματα προκαλούν σημαντική δυσφορία ή έκπτωση των ικανοτήτων του ατόμου.

γ) Το επεισόδιο δεν μπορεί να αποδοθεί σε κάποια χημική/φαρμακευτική ουσία ή ιατρική κατάσταση.

δ) Το επεισόδιο δεν εξηγείται καλύτερα ως ψυχωτική διαταραχή.

ε) Δεν έχει υπάρξει ποτέ πριν μανιακό επεισόδιο. Εξαίρεση αποτελεί το μανιακό επεισόδιο που προκαλείται από ουσίες ή που οφείλεται σε μια ιατρική κατάσταση (American Psychiatric Association, 2013).

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες/συμπτώματα που συνδέονται με τις διαταραχές της διάθεσης αναφέρονται παρακάτω:

Ήπια: Μερικά συμπτώματα, αν υπάρχουν, υφίστανται πέρα από ότι χρειάζεται κανείς για να κάνει μια διάγνωση και ένα άτομο μπορεί να λειτουργήσει κανονικά έχοντας τα συμπτώματα αυτά, αν και με πολύ προσπάθεια.

Μέτρια: Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων είναι μεταξύ ήπιου και σοβαρού βαθμού. Σε ένα μανιακό επεισόδιο, η δραστηριότητα ενός ατόμου αυξάνεται ή η κρίση του μειώνεται.

Σοβαρή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα: Τα περισσότερα συμπτώματα είναι παρόντα και ένα άτομο έχει σαφώς ελάχιστη ή καμία δυνατότητα να λειτουργήσει. Σε ένα μανιακό επεισόδιο, το πρόσωπο πρέπει να επιβλέπεται για να προστατευτεί από ενδεχόμενη ζημιά στον εαυτό του ή τους άλλους.

Σοβαρή με ψυχωσικά χαρακτηριστικά: ένα άτομο βιώνει ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες. Οι ψυχώσεις μπορεί να αναπτυχθούν σε περίπου 15% των ασθενών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Η παρουσία και οι ψευδαισθήσεις συχνά παρεμποδίζουν την ικανότητα του ατόμου να πάρει ορθές αποφάσεις σχετικά με τις συνέπειες των πράξεών του και αυτό μπορεί να το θέσει σε κίνδυνο να βλάψει

τον εαυτό του. Τα ψυχωτικά συμπτώματα είναι σοβαρά και ένα άτομο σε αυτή την κατάσταση χρήζει άμεσης ιατρικής φροντίδας και ενδεχομένως, νοσηλείας (Nutt, 2008).

Τα ανθρώπινα βρέφη απαιτούν έναν εξαιρετικό βαθμό φροντίδας. Η έλλειψη υποστήριξης από τους πατέρες ή / και άλλα μέλη της οικογένειας αυξάνει τις υποχρεώσεις που έχουν οι μητέρες σε συνδυασμό με τα προβλήματα υγείας των νεογνών που μπορεί να προκύψουν.

Για τις μητέρες που βιώνουν ανεπαρκή κοινωνική στήριξη ή άλλες δαπανηρές και στρεσογόνες συνθήκες, τα αρνητικά συναισθήματα που κατευθύνονται προς ένα νέο βρέφος μπορούν να αποτελέσουν έναν σημαντικό παράγοντα που ωθεί τη μητέρα να μειώσει τις σωματικές και ψυχολογικές λειτουργίες της. Πολυάριθμες μελέτες υποστηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης μετά τον τοκετό και της έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης ή άλλων παραγόντων πίεσης φροντίδας των παιδιών (Cuijpers, Muñoz, Clarke, & Lewinsohn, 2009).

Οι μητέρες με επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάσουν ασυνείδητα λιγότερα θετικά συναισθήματα και περισσότερα αρνητικά συναισθήματα προς τα παιδιά τους, είναι λιγότερο ευέλικτες και λιγότερο ευαίσθητες στα συνθήματα και τα μηνύματα που το βρέφος εκπέμπει, λιγότερο συναισθηματικά διαθέσιμες, έχουν λιγότερο επιτυχημένο μητρικό ρόλο, είναι λιγότερο συνδεδεμένες με τα βρέφη και σε πιο ακραίες περιπτώσεις, μερικές γυναίκες μπορεί να έχουν καταστροφικές σκέψεις για τα παιδιά τους. Κατά την άποψη αυτή, οι μητέρες με PPD δεν έχουν κάποια ψυχική ασθένεια, αλλά, αντίθετα, δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά να αναλάβει τη φροντίδα του νέου βρέφους χωρίς μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη, περισσότερους πόρους, κλπ. Η θεραπεία θα πρέπει επομένως, να επικεντρωθεί στο να βοηθήσει τις μητέρες να πάρουν όσα χρειάζονται για να μεγαλώσουν το παιδί τους (Joyce, 2009).

7. Ηλικιωμένοι και κατάθλιψη

7.1 Κλινική εικόνα

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι ένα διαδεδομένο πρόβλημα και δεν αποτελεί παράμετρο της γήρανσης του ατόμου. Πολλοί παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης. Συχνά οι άνθρωποι περιγράφουν ένα συγκεκριμένο γεγονός που πυροδότησε την κατάθλιψή τους, όπως ο θάνατος ενός συντρόφου ή αγαπημένου προσώπου, ή η απώλεια μιας θέσης εργασίας εξαιτίας απόλυσης ή συνταξιοδότησης. Αυτό που φαίνεται σαν μια μικρή περίοδος θλίψης όμως, εξαιτίας ενός ατυχούς γεγονότος, μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένη και έντονη κατάθλιψη, η οποία απαιτεί ιατρική φροντίδα (Byrne, 2002).

Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ασθένεια που επηρεάζει περίπου το 1/6 των ανθρώπων ηλικίας άνω των 65 ετών στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο. Η πιο κοινή αιτία εμφάνισής της στους ηλικιωμένους είναι οι χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες. Η διαταραχή αυτή πλήττει σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό τους ανθρώπους που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία ή διαμένουν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας. Το να την αναγνωρίσει κανείς δεν είναι πάντα εύκολο. Η κατάθλιψη που εμφανίζεται στο τέλος της ζωής, μπορεί πολλές φορές, να αποτελεί υποτροπή μιας προγενέστερης κατάθλιψης. Όταν όμως αυτό συμβαίνει για πρώτη φορά, σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, συνήθως προκαλείται εξαιτίας κάποιας άλλης ιατρικής ασθένειας. Όταν κάποιος είναι ήδη άρρωστος, η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά δύσκολο να αναγνωριστεί και ακόμη δυσκολότερο να θεραπευτεί (Flint, 2005; Kirmiziloglu, Dogan, Kugu, & Akyuz, 2009).

Η κατάθλιψη που αναπτύσσεται για πρώτη φορά στην ζωή ενός ηλικιωμένου ατόμου, συνήθως μετά την ηλικία των 60, συνδέεται συνήθως με προβλήματα σωματικής υγείας που συνοδεύουν τη γήρανση. Ένα άτομο με καλή σωματική υγεία χωρίς ιστορικό προηγούμενων επεισοδίων και κληρονομική προδιάθεση έχει ένα σχετικά χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης σε μεγαλύτερη ηλικία (Flint, 2005).

7.2 Συμπτώματα στην Τρίτη ηλικία

Συχνά, τα κοινά συμπτώματα της κατάθλιψης (όπως η απώλεια ενδιαφέροντος για τη ζωή, η έλλειψη της απόλαυσης για τις συνήθειες δραστηριότητες, η ανησυχία, η κακή ποιότητα ύπνου, οι επίμονες σκέψεις θανάτου, οι χρόνιοι ανεξήγητοι πόνοι, η δυσκολία συγκέντρωσης ή η εξασθενημένη μνήμη) λανθασμένα αποδίδονται στην μεγάλη ηλικία, σε άνοια ή στην κακή υγεία. Πολύ συχνά, η οικογένεια, οι φίλοι και οι γιατροί παρερμηνεύουν τα συμπτώματα αυτά με αποτέλεσμα η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία να μην αναγνωρίζεται και το άτομο που πάσχει να μένει χωρίς θεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα (Volicer, 2006). Μεταξύ των τυπικών συμπτωμάτων που η κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάσει σε μεγάλη ηλικία είναι:

1. **Χρόνια ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα**: Οι ηλικιωμένοι μπορεί να παραπονιούνται για μια σειρά από σωματικά συμπτώματα, για τα οποία δεν μπορεί να δοθεί κατάλληλη ιατρική εξήγηση. Τα κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν ζάλη, χρόνια άλγη και πόνους, δυσκοιλιότητα, απώλεια βάρους και αϋπνία. Συνήθως τα συμπτώματα της κατάθλιψης γίνονται εμφανή με εξονυχιστική εξέταση και παρακολούθηση των συμπτωμάτων, αν και υπάρχει περίπτωση το ηλικιωμένο άτομο να μην μπορεί ή να αρνείται να αποδεχτεί ότι έχει πρόβλημα. Σε ακραίες περιπτώσεις, ένα ηλικιωμένο άτομο μπορεί να πιστεύει ότι έχει μια ανίατη ασθένεια, κάτι που μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για αυτοκτονία.
2. **Απώλεια μνήμης**: Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία συχνά συνοδεύεται από εναλλαγές στη μνήμη. Η θεραπεία της υποκείμενης κατάθλιψης συνήθως μπορεί να βελτιώσει τη μνήμη, αν το άτομο δεν υποφέρει ταυτόχρονα και από άνοια.
3. **Αλλαγές στη συμπεριφορά**: Συνήθως παρατηρούνται αρκετές αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου που πάσχει, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν αποφυγή της εξόδου από το σπίτι, άρνηση του ασθενούς να φάει, κλοπές από καταστήματα, κατάχρηση αλκοόλ και άλλων επιβλαβών ουσιών, ανησυχία και εκνευρισμό, αποχωρισμό και αδιαφορία για αγαπημένα προσωπικά αντικείμενα, έντονες συζητήσεις για το θάνατο και για τη ματαιότητα του σκοπού της ζωής κ.α. (Wagenaar, 2007)

7.3 Επιπλοκές της γηριατρικής κατάθλιψης

Η κατάθλιψη επιδρά αρνητικά στη συναισθηματική ευημερία των ηλικιωμένων στερώντας τους την ευχαρίστηση, τη χαρά για ζωή και ελπίδα. Μπορεί επίσης να οδηγήσει τους ηλικιωμένους στην περαιτέρω απομόνωση και στην απελπισία. Η κατάθλιψη που τείνει να διαρκεί πολύ περισσότερο σε ηλικιωμένα άτομα μπορεί επίσης να συντελέσει στην άσκοπη ή πρόωρη τοποθέτηση τους σε κάποιο ίδρυμα. Αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά η κατάθλιψη μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την θεραπεία άλλων ασθενειών, από τις οποίες μπορεί να πάσχει το ηλικιωμένο άτομο και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο παρατεταμένης αναπηρίας ή πρόωρου θανάτου ή μπορεί επίσης να κάνει τους ηλικιωμένους πιο ευάλωτους στην ανάπτυξη άλλων σοβαρών προβλημάτων υγείας, όπως καρδιακές παθήσεις, λοιμώξεις και ανοσολογικές διαταραχές (Steffens & McQuoid, 2005).

Οι Byrne και Pachana (2010) επισημαίνουν στην έρευνά τους πως η έλευση του φαινομένου της παγκόσμιας γήρανσης του πληθυσμού δημιουργεί εύλογες ανησυχίες για τον υψηλό επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η επικράτηση της γεροντικής κατάθλιψης σε πολλές έρευνες πληθυσμού δεν φαίνεται να οφείλεται σε λάθος υπαγωγή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σωματικές διαταραχές. Αν και έχει αποδειχθεί πως η άνοια οδηγεί σε κατάθλιψη, τώρα πια αυξάνονται οι ενδείξεις πως η κατάθλιψη είναι εκείνη που οδηγεί σε γνωστική εξασθένηση και μετέπειτα σε άνοια. Η πρόγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης ποικίλλει ανάλογα με την αρχική νευροψυχολογική λειτουργία και τη σοβαρότητα της (Byrne & Pachana, 2010).

Η κατάθλιψη αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως μπορεί να κάνει τους ηλικιωμένους ανθρώπους να αισθάνονται θυμό, ευερεθιστότητα και άγχος, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε οικογενειακά προβλήματα και να δημιουργήσει πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Οι παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι οι κάτωθι:

- Η παρουσία άλλων ασθενειών που θέτει σε κίνδυνο την ικανότητά τους για ανάκαμψη και αυτονομία (Υπάρχει ένα πλήθος ιατρικών συνθηκών και ασθενειών που σχετίζονται με την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, όπως τα

καρδιακά προβλήματα, τα εγκεφαλικά επεισόδια, η χαμηλή δραστηριότητα του θυρεοειδούς (υποθυρεοειδισμός), η έλλειψη της βιταμίνης B12 ή του φυλλικού οξέος, η χαμηλή αρτηριακή πίεση, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο καρκίνος, ο διαβήτης κ.α.)

- Ορισμένα φάρμακα ή η αλληλεπίδραση μεταξύ των φαρμάκων που σχετίζονται με την κατάθλιψη.
- Η διαβίωση με χρόνιους ή έντονους πόνους.
- Η μοναξιά και η έλλειψη ενός υποστηρικτικού δικτύου που απαρτίζεται από τους φίλους και την οικογένεια.
- Ο πρόσφατος θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου.
- Ο φόβος του θανάτου
- Ένα προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης
- Το οικογενειακό ιστορικό μιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Ladin, Daniels, & Kawachi, 2010).

7.4 Αυτοκτονικότητα

Η αυτοκτονία έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας στους ηλικιωμένους. Δυστυχώς, ο κίνδυνος είναι υποτιμημένος σε αυτό το κομμάτι του πληθυσμού. Ο κίνδυνος της αυτοκτονίας σε αυτό το κομμάτι του πληθυσμού οφείλεται σε τρεις αλληλένδετες κατηγορίες παραγόντων: τους κοινωνιολογικούς παράγοντες (ότι ζουν μόνοι τους και έχουν περιορισμένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις), τους φυσικούς παράγοντες ή παράγοντες υγείας, οι οποίοι περιλαμβάνουν τη συννοσηρότητα και το κάπνισμα και τους διανοητικούς παράγοντες για την υγεία, οι οποίοι περιλαμβάνουν την παρουσία αγχώδων διαταραχών, με έμφαση στη βαρύτητα των συμπτωμάτων, ιδιαίτερα της υπερυπνίας, της απελπισίας, και των αποπειρών αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία είναι ένα φάσμα που περιλαμβάνει τον ιδεασμό, τη πρόθεση και το σχέδιο (Rozzini, Chilovi, Peli, et al., 2009).

Η κλινική κατάθλιψη δεν είναι ποτέ ένα φυσιολογικό μέρος της γήρανσης. Οι πρόσφατες προειδοποιήσεις που συνδέουν τα αντικαταθλιπτικά και την αυτοκτονία μπορεί να έχουν ιδιαίτερη σημασία για τους ηλικιωμένους. Όπως οι αγχώδεις διαταραχές έτσι και η κατάθλιψη συχνά δεν αναγνωρίζεται και δεν θεραπεύεται σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας. Η ανίχνευση και διάγνωση των καταθλιπτικών

διαταραχών στα τέλη της ζωής περιπλέκεται εξαιτίας των παραγόντων νοσηρότητας, εξασθένησης της μνήμης και των αλλαγών στις συνθήκες ζωής τους. Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που υποφέρουν από κατάθλιψη συχνά παρουσιάζουν «φτωχότερες» κοινωνικές λειτουργίες, κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, έχουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα υγείας, περισσότερες σκέψεις για τερματισμό της ζωής τους και μια πιο αργή ανταπόκριση στη θεραπεία (Richardson&Friedman, et al., 2012).

7.5 Έκπτωση λειτουργικών δεξιοτήτων

Η κατάθλιψη αντανακλά μια σειρά βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων και μπορεί να είναι δύσκολο να εντοπιστεί σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και η εμφάνισή της στους ηλικιωμένους μπορεί να διαφέρει από εκείνη στους νεότερους ανθρώπους. Οι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να υποτιμούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα και μπορεί να μην αναγνωρίσουν τα σημάδια της κατάθλιψης. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στην ηλικία, στη ντροπή που μπορεί να νιώθουν, στην έλλειψη κατανόησης για τη διαταραχή ή στην πεποίθηση που έχουν πως δεν πρέπει να μιλούν για αυτή ή για το πώς θα την αντιμετωπίσουν (Glass, MendesDeLeon, Bassuk, &Berkman, 2006).

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι συχνό φαινόμενο και μπορεί να συμβεί για διάφορους λόγους. Η αρχή μιας σωματικής ασθένειας ή η προσωπική απώλεια και η θλίψη μπορεί να είναι κοινά φαινόμενα, αλλά η κατάθλιψη είναι διαφορετική και δεν αποτελεί μέρος της διαδικασίας γήρανσης. Η διαδικασία της γήρανσης επέρχεται με μια σειρά προοδευτικών απωλειών συμπεριλαμβανομένης της απόσυρσης από την εργασία, της απώλειας του σκοπού, της μείωσης της ανεξαρτησίας, της απώλεια φίλων, της αύξησης της φτώχειας, του κινδύνου ανάπτυξης κάποιας ασθένειας που οδηγεί σε μακροχρόνια αναπηρία, της απομόνωσης και της μοναξιάς (Pachana, Helmes, Byrne, etal., 2010).

8. Οικονομική κρίση, ανεργία και κατάθλιψη

Η παρούσα παγκόσμια οικονομική κρίση άρχισε το 2008. Πριν από αυτή είχε προηγηθεί η οικονομική κρίση στις Ηνωμένες Πολιτείες της Βόρειας Αμερικής το 1929, η σοβαρή κρίση στην πρώην Σοβιετική Ένωση στις αρχές του 1990 και εκείνη της Ασίας στα τέλη της δεκαετίας του 1990. Με βάση αυτές τις εμπειρίες γνωρίζουμε ότι οι οικονομικές κρίσεις συνοδεύονται από μειωμένα έσοδα, ανεργία και αβεβαιότητα, καθώς επίσης και από περικοπές στη χρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών (συμπεριλαμβανομένων και εκείνων του τομέα της ψυχικής υγείας) (Lee, Guo, Tsang, et al., 2010).

Η τρέχουσα οικονομική κρίση έχει οδηγήσει σε σημαντική πτώση της οικονομικής δραστηριότητας, σε αύξηση της ανεργίας, σε ύφεση στην αγορά κατοικιών και σε αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας. Σοβαρές περικοπές στις δημόσιες δαπάνες έχουν προκύψει από αυτό και πολλές χώρες αντιμετωπίζουν μια εποχή λιτότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας (Uutela, 2010).

Υπό αυτές τις συνθήκες τα άτομα με χαμηλό εισόδημα και κυρίως οι άνθρωποι που ζουν στα όρια της φτώχειας βρίσκονται κάτω από μεγάλο ψυχοκοινωνικό στρες. Η υγεία των ανθρώπων μπορεί να επηρεαστεί από την κοινωνικοοικονομική υποβάθμιση, που οφείλεται στην απώλεια θέσεων εργασίας, στον περιορισμό του εισοδήματος και στις κοινωνικές ανισότητες ειδικά στον τομέα της υγείας όπου μπορούν να γίνουν πιο έντονες. Η σύνδεση της ψυχοπαθολογίας με τη φτώχεια (μια κατάσταση που μπορεί να προκύψει από την οικονομική κρίση, ιδίως σε άτομα που ζουν στο μεταίχμιο της οικονομικής κατάρρευσης) έχει επανειλημμένα αποδείξει αυτό που όλα τα στοιχεία δείχνουν, ότι δηλαδή οι σοβαρές οικονομικές απώλειες λόγω της οικονομικής κρίσης έχουν οδηγήσει σε αυξήσεις των κρουσμάτων αυτοκτονίας (Stuckler, Basu, Suhrcke, et al., 2009).

Σύμφωνα με την έρευνα των Κωνσταντίνου, Αργαλιά, Κασκαμπά και Μακρή (2013), που ερεύνησαν το πώς επιδρά η οικονομική κρίση στην ψυχική υγεία, σε διεθνές επίπεδο υπάρχει άμεση συσχέτιση της κρίσης με την ψυχική υγεία. Αναλυτικότερα και μέσα από τις υπάρχουσες βιβλιογραφικές πηγές κατέδειξαν πως οι συντελεστές της οικονομικής κρίσης, που σχετίζονται πιο πολύ με την ψυχική υγεία, είναι η ανεργία και οι οικονομικές απολαβές. Οι δύο αυτοί συντελεστές

φαίνεται να ασκούν επίδραση στην σωματική υγεία του ατόμου, η οποία με τη σειρά της προξενεί και την ανάλογη ψυχική του διάθεση. Τα αποτελέσματα των ερευνών που έχουν γίνει, όπως επισημαίνουν και οι ίδιοι, στην χώρα μας συσχετίζουν τους δείκτες της οικονομίας και της ψυχικής υγείας καθώς πολλοί είναι οι παράγοντες που δύνανται να επηρεάσουν τη συσχέτιση αυτή, αν και υπάρχει και ένας μεγάλος αριθμός ερευνών που αποκαλύπτουν αρνητική συσχέτιση των δύο αυτών παραγόντων (Κωνσταντίνος, Αργαλιά, Κασκαμπά, & Μακρή, 2013).

Τα στοιχεία αυτά δείχνουν τη σημασία της κατάθλιψης στη δημόσια υγεία. Δεν πρέπει να ξεχνά κανείς πως πίσω από τους αριθμούς αυτούς υπάρχουν ανθρώπινα όντα που υποφέρουν και αυτό είναι σίγουρα πιο σημαντικό. Ο βαθμός του ψυχικού πόνου ενός ατόμου με κατάθλιψη μπορεί να γίνει κατανοητός αν σκεφτεί κανείς ότι πολλοί ασθενείς προτιμούν το θάνατο από τον πόνο. Έτσι το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων που αυτοκτονούν είναι άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες και ιδιαίτερα από κατάθλιψη, καθιστά την ανάγκη για έγκαιρη ανίχνευση της στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναμφισβήτητη (Pickett&Wilkinson, 2010).

Η οικονομική κρίση και η επακόλουθη αύξηση του ποσοστού ανεργίας έχουν λειτουργήσει κατά τέτοιο τρόπο, που έχει επηρεάσει τους ανθρώπους διαφορετικών ηλικιών με διαφορετικούς τρόπους. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας, κυρίως μετά τη συνταξιοδότηση τους, είναι περισσότερο ευάλωτα σε κάθε είδους αρνητικού σοκ που μπορεί να επιφέρει η οικονομική κρίση εξαιτίας κυρίως της δυσχερούς θέσης που βρίσκονται είτε οι ίδιοι, είτε τα παιδιά και η οικογένειά τους, παρά το γεγονός ότι δεν επηρεάζονται άμεσα από την ανεργία (Jenkins, Bhugra, Bebbington, et al., 2008).

Στον πληθυσμό οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης είναι ευρέως διαδεδομένες και επηρεάζουν τα άτομα ανεξάρτητα από το ύψος των οικονομικών αποδοχών τους και του τρόπου που κατανέμουν το εισόδημά τους. Η κρίση είναι πιθανόν να έχει πολύ αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία μακροχρόνια, ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία. Μένει να δούμε στα επόμενα έτη τον πλήρη αντίκτυπο της κρίσης στην υγεία, αν και τα σημάδια των αρνητικών επιπτώσεων της ψυχικής υγείας έχουν ήδη κάνει την εμφάνισή τους και είναι γεγονός. Ένα παράδειγμα των όσων ειπώθηκαν προηγουμένως είναι η αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας που παρατηρήθηκαν στην χώρα μας κατά τα τελευταία έτη (Hong, Knapp, & McGuire, 2011).

Η τρέχουσα παγκόσμια οικονομική κρίση αναμένεται να έχει αρνητικές ψυχικές επιπτώσεις στην υγεία, η οποία ενδέχεται να αυξήσει ακόμα περισσότερο τα

ποσοστά αυτοκτονίας που σχετίζονται με τα ποσοστά θανάτου στις πληγείσες χώρες. Σε χώρες με μεγαλύτερα δίκτυα κοινωνικής ασφάλειας, οι επιπτώσεις στην υγεία της οικονομικής ύφεσης μπορεί να είναι λιγότερο έντονες (Economou, Madianos, Theleritis, et al., 2011).

Οι καθοριστικοί παράγοντες της ψυχικής υγείας συχνά βρίσκονται εκτός των αρμοδιοτήτων του συστήματος υγείας, παρά το ότι όλοι οι τομείς της κοινωνίας πρέπει να συμμετέχουν στην προαγωγή της. Οι προσβάσιμες και ικανές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υποστήριξη των ανθρώπων που διατρέχουν κίνδυνο μπορούν να αποτρέψουν τις συνέπειες της ψυχικής υγείας. Όλα τα μέτρα λιτότητας που επιβάλλονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να προσανατολίζονται για να στηρίξουν τον εκσυγχρονισμό της παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας. Τα στηρίγματα κοινωνικής πρόνοιας, ενεργητικών προγραμμάτων και προγραμμάτων στήριξης της οικογένειας μπορούν να κάνουν τη διαφορά (Anderson, Chisholm, & Fuhr, 2009).

Η έρευνα των Χριστοδούλου και Χριστοδούλου (2013), επισημαίνει πως η σωματική υγεία των ατόμων δέχεται άμεση επιρροή από την οικονομική κρίση. Καθώς η σωματική και ψυχική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες εμφανίζονται εμμέσως αρνητικά αποτελέσματα και στην ψυχική υγεία των ατόμων. Η οικονομική ένδεια και το χρέος επιδεινώνει την ψυχική υγεία των ανθρώπων, ενώ οι υψηλές εισοδηματικές απολαβές προστατεύουν τα άτομα από το ενδεχόμενο της αυτοκτονίας. Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης υπάρχει ελλιπής χρηματοδότηση και δυσλειτουργία των προσφερόμενων υπηρεσιών φροντίδας όσων πάσχουν από προβλήματα ψυχικής υγείας. Όπως επισημαίνουν και οι ίδιοι στη χώρα μας συμβαίνει το εξής παράδοξο, να περικόπτονται τα αναγκαία χρηματικά ποσά από υπηρεσίες που απευθύνονται σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες οι οποίες αντιμετωπίζουν ψυχικές ασθένειες και διαταραχές (Χριστοδούλου & Χριστοδούλου, 2013).

Μια πρόσφατη δημοσίευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) επισημαίνει ότι η σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και των πολλών αρνητικών αποτελεσμάτων της ψυχικής υγείας μπορεί να αποφευχθεί. Όπως υποστηρίζει ο ΠΟΥ τα αρνητικά αποτελέσματα της ψυχικής υγείας είναι αισθητά γιατί η ψυχική υγεία των ανθρώπων εξαρτάται από μια ποικιλία κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Όπως είναι γνωστό οι υψηλές συχνότητες εμφάνισης των κοινών ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών σχετίζονται με τη φτώχεια, την κακή ποιότητα εκπαίδευση, την έλλειψη υλικών αγαθών, τον κοινωνικό κατακερματισμό, τις στερήσεις και την ανεργία. Παρά όμως το ότι η τρέχουσα

οικονομική κρίση μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και την αύξηση της θνησιμότητας λόγω αυτοκτονίας είναι επίσης ένα παράθυρο ευκαιρίας για τη μεταρρύθμιση της φροντίδας της ψυχικής υγείας και την προώθηση ενός πιο ψυχικά υγιούς τρόπου ζωής (WHORegionalOfficeforEurope, 2011).

9. Θλίψη, κατάθλιψη, πένθος

Στην έντονη συζήτηση για την εξάλειψη του πένθους από το DSM-5 εγχειρίδιο, ένα επίμονο αίτημα μεταξύ εκείνων που αντιτίθενται στην εξάλειψη ήταν ότι η έντονη θλίψη και η ήπια μείζονα κατάθλιψη είναι σχεδόν δυσδιάκριτες, τουλάχιστον λίγο μετά το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Όμως, είναι αλήθεια ότι ενώ η έντονη θλίψη, το πένθος και η μείζον καταθλιπτική διαταραχή (MDD) συχνά μοιράζονται κάποια χαρακτηριστικά (π.χ, κλάμα, αϋπνία, κακή διάθεση, και μειωμένη όρεξη) ωστόσο υπάρχουν πολλές ουσιαστικές διαφορές. Αυτό ισχύει όχι μόνο υπό την άποψη της λίστας της DSM-5 για τα συμπτώματα, αλλά και υπό την φαινομενολογική άποψη. Δηλαδή το πώς το προσβεβλημένο άτομο βιώνει τον εαυτό του και τον κόσμο (Ancibure, Ancibure, & Sauret, 2010).

Όταν οι άνθρωποι πεθαίνουν, συχνά αφήνουν τους φίλους και τους αγαπημένους τους πίσω για να θρηνήσουν. Αυτή είναι μια πολύ δύσκολη στιγμή, ανεξάρτητα από την ηλικία ή το φύλο του ατόμου. Είτε ο θάνατος είναι αναμενόμενος ή εξ ολοκλήρου απροσδόκητος, ένα πρόσωπο πρέπει να αντιμετωπίσει μια σειρά από συναισθήματα. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να ταλαντεύονται από τη θλίψη ως μια αίσθηση εγκατάλειψης, που μπορεί να οδηγήσει σε θυμό. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να πλήττονται περισσότερο από την κατάσταση της θλίψης, ενώ άλλοι μπορεί απλά να αντιδρούν με έναν διαφορετικό τρόπο. Οι διαφορές στο πώς οι άνθρωποι θρηνούν είναι φυσιολογικές, καθώς δεν υπάρχουν κανόνες για τον τρόπο που κάποιος θρηνεί. Υπάρχουν, ωστόσο, τρόποι να αντιληφθεί κανείς τι περνάνε αυτοί οι άνθρωποι και το πώς διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου (Hong, Knapp, & McGuire, 2011).

Όταν κάποιος βιώνει μια κατάσταση πένθους, είναι σημαντικό να καταλάβει τι ακριβώς αυτή είναι. Συνήθως ορίζεται ως μια βαθιά, συντριπτική θλίψη ή αγωνία για το θάνατο του άλλου προσώπου. Το πένθος μπορεί επίσης να είναι το αποτέλεσμα

του θανάτου ενός κατοικίδιου ζώου, η απώλεια της εργασίας, ή ακόμα και η απώλεια μιας άνετης και οικείας κατάστασης. Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο πενθεί δεν εξαρτάται από έναν παράγοντα αλλά περισσότερους, όπως η ανατροφή, τα βιώματα και οι εμπειρίες της ζωής του (Hagen&Barrett, 2007).

Όταν ένα άτομο θλίβεται περνά μέσα από πολλά διαφορετικά στάδια. Τα στάδια αυτά είναι: η άρνηση και η απομόνωση, τα συναισθήματα του θυμού, της κατάθλιψης και τελικά της αποδοχής. Ενώ αυτή είναι η φυσιολογική σειρά, οι πιο πολλοί άνθρωποι μπορεί να τα αντιμετωπίσουν με τυχαία σειρά, ενώ μερικοί άνθρωποι δεν μπορούν να βιώσουν κάθε στάδιο. Αν ένα άτομο δεν βιώσει όλα τα στάδια αυτό δεν πρέπει να θεωρηθεί ως σημάδι ότι δεν έχει επουλώσει τις πληγές του ή δεν είναι σε θέση να προχωρήσει πέρα από τη θλίψη (Steffens&McQuoid, 2005).

Δεν υπάρχει μία καθολική έννοια της θλίψης, η οποία να μπορεί να καλύψει κάθε άνδρα, γυναίκα και παιδί. Αν και οι άνθρωποι θλίβονται με διάφορους τρόπους, υπάρχουν ωστόσο κάποια συμπτώματα που υποδηλώνουν συνήθως ότι ένα άτομο επηρεάζεται από τα συναισθήματα της θλίψης. Ένα άτομο μπορεί να υποφέρει από σωματικά συμπτώματα, όπως ναυτία, απώλεια ή αύξηση βάρους, ή αϋπνία. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να γίνουν πολύ ευερέθιστοι με τον φόβο και την αγωνία για τον θάνατο ή τη μοναξιά. Ένα άτομο που ποτέ δεν υπέφερε από κρίσεις πανικού μπορεί να έχει ξαφνικά και τακτικά. Άλλα αναγνωρίσιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν οργή για το πρόσωπο που έχει πεθάνει, ή δυσπιστία για το Θεό, ή τον εαυτό του (Volicer, 2006).

Κατά την περίοδο της θλίψης οι άνθρωποι συχνά δεν σκέφτονται τη δική τους ευημερία και υγεία. Μετά το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, το άγχος που συνδέεται με αυτό το γεγονός μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στο σώμα τους. Αυτό μπορεί να προκαλέσει υψηλή πίεση του αίματος, αδυναμία ύπνου και συχνά μειώνει την επιθυμία για φαγητό. Ο συνδυασμός αυτών των πραγμάτων μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην υγεία ενός ατόμου. Η άσκηση, η σωστή διατροφή και ο ύπνος τη νύχτα είναι οι καλύτεροι τρόποι για να παραμείνει υγιές και ισχυρό τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Είναι επίσης σημαντικό να αποφεύγεται η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ως ένας τρόπος για να ανακουφιστεί κανείς από τον συναισθηματικό πόνο (Γαρύφαλλος, 2008).

Για μερικούς ανθρώπους, τα συναισθήματα της θλίψης και του πένθους δεν μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να αρχίσουν να επηρεάζουν την ικανότητά του να εργαστεί, να κοινωνικοποιηθεί ή να συνάπτει

σχέσεις. Όταν ένα πρόσωπο επηρεάζεται έντονα από τη θλίψη, για αρκετό καιρό μετά το θάνατο ενός αγαπημένου του προσώπου, τότε αυτό μπορεί να βιώνει αυτό που είναι γνωστό ως «περίπλοκη θλίψη». Τα συμπτώματα αυτής της μορφής θλίψης περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε αυτά, την άρνηση ότι ο θάνατος έχει συμβεί, την αίσθηση ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα, μια συντριπτική λαχτάρα για το αγαπημένο πρόσωπο, ή την αποφυγή οποιασδήποτε σκέψης για το εκλιπόν πρόσωπο. Το άτομο μπορεί επίσης να κυλήσει στη κλινική κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι παρόμοια με τη περίπλοκη θλίψη, εκτός από τα αισθήματα της απελπισίας που στη κατάθλιψη είναι πιο σταθερά. Ένα άτομο με κατάθλιψη μπορεί επίσης να αποζητά τις σκέψεις της κατάθλιψης, να αισθάνεται ότι είναι άχρηστο και ότι δεν έχει ελπίδα, και να φαίνεται ληθαργικό τόσο στην ομιλία όσο και στον τρόπο που ενεργεί. Οι άνθρωποι που πάσχουν είτε από περίπλοκη θλίψη ή κατάθλιψη θα πρέπει να εξετάζονται από έναν επαγγελματία θεραπευτή ή σύμβουλο. Εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία μπορεί να τραυματιστούν ή να αναπτύξουν προβλήματα υγείας από την αδυναμία τους να φροντίσουν σωστά τον εαυτό τους (Κωνσταντίνος, Αργαλιά, Κασκαμπά, & Μακρή, 2013).

Μέρος Β': Σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης

1. Θεραπεία της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που μπορεί να διαγνωστεί αξιόπιστα και να αντιμετωπιστεί επαρκώς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Τις περισσότερες φορές η θεραπεία αποτελείται από μεθόδους ψυχοκοινωνικής στήριξης σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή ψυχοθεραπεία (γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία). Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να είναι μια πολύ αποτελεσματική μορφή θεραπείας για την μέτρια και σοβαρή μορφή κατάθλιψης, αλλά δεν είναι η πρώτη γραμμή θεραπείας για τις περιπτώσεις ήπιας κατάθλιψης. Είναι ουσιαστικά ένα συμπλήρωμα της φροντίδας που παρέχεται από ειδικούς ιατρικούς επιστήμονες μόνο στις σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης (Ancibure, Ancibure, & Sauret, 2010).

Η κατάθλιψη είναι η περισσότερο ιάσιμη ασθένεια από τις λοιπές ψυχικές ασθένειες. Η θεραπεία της εξαρτάται γενικότερα από τον τύπο και τη σοβαρότητα της κατάθλιψης του πάσχοντα. Οι πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε παραπομπή στον ψυχίατρο, ο οποίος μπορεί στη συνέχεια να παραπέμψει τον ασθενή και σε ένα νοσοκομείο, εφόσον αυτό θεωρηθεί απαραίτητο. Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την κλινική κατάθλιψη περιλαμβάνουν φάρμακα, ψυχοεκπαίδευση, ψυχοθεραπεία, και μερικές φορές ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Αυτές οι θεραπείες μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μόνες είτε συνδυαστικά. Επίσης, χρήσιμη θεωρείται η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος, η οποία μπορεί να γίνει είτε μέσω της ανάγνωσης είτε μιλώντας με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας (Johnson, 2011).

Ελλείψεις στην συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Οι πολιτικοί και οι διαχειριστές της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και οι κλινικοί γιατροί και επαγγελματίες, το γνωρίζουν αυτό και έχουν ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη βελτίωση αυτών των σχέσεων (Langlieb&DePaulo, 2008).

Ο αυξανόμενος όγκος της βιβλιογραφίας αναφέρει ότι οι ελλείψεις στην συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας έχουν

αρνητικό αντίκτυπο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και για την έκβαση των ασθενών. Οι συνέπειες προχωρούν πέρα από το επίπεδο του άγχους και της απογοήτευσης, που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή και η αποτυχία να διασώσουν τον ασθενή. Ο παράγοντας με τη μεγαλύτερη επιρροή στη μείωση αυτών των γεγονότων και των δυνητικά αρνητικών επιπτώσεων τους στις κλινικές εκβάσεις είναι η βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των ιατρών. Οι πολιτικοί, οι διευθυντές και οι κλινικοί ιατροί, συνεπώς, έχουν όλο και μεγαλύτερο συμφέρον να παρεμβαίνουν σε αυτές τις σχέσεις μέσα από δύο βασικές προσεγγίσεις:

1. Βελτιώσεις στην ποιότητα και στην ασφάλεια με τη συστηματική ανάλυση των διαδικασιών υγειονομικής περίθαλψης.
2. Διεπαγγελματικές εκπαιδεύσεις και παρεμβάσεις για την ενίσχυση της συνεργασίας.

Ειδικότερα, τα νέα μοντέλα φροντίδας τονίζουν την ανάγκη για στενή διεπαγγελματική συνεργασία και μια έμφαση στη χρήση της τεχνολογίας για την παροχή συνεχούς και συντονισμένης φροντίδας για τη γήρανση και τις χρόνιες παθήσεις του πληθυσμού στις δυτικές χώρες. Αυτές οι προσεγγίσεις είναι θεμελιώδους σημασίας για την παροχή ασφαλούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας (Langlieb&DePaulo, 2008).

2. Φαρμακοθεραπεία

2.1 Δράση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Η ψυχοφαρμακολογία της κατάθλιψης είναι ένα πεδίο που έχει εξελιχθεί ταχύτατα σε μόλις 5 δεκαετίες. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO), ανακαλύφθηκαν πρόσφατα μέσα από έξυπνες κλινικές παρατηρήσεις. Αυτά τα φάρμακα πρώτης γενιάς ήταν αποτελεσματικά επειδή είχαν ενισχυμένη σεροτονεργική ή νοραδρενεργική δράση ή και τα δύο. Δυστυχώς, τα TCAs μπλοκάρουν όμως τους ισταμινικούς, χολινεργικούς και α1-αδρενεργικούς υποδοχείς, και η δράση αυτών επιφέρει ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως αύξηση βάρους, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, υπνηλία, και ζαλάδα. Τα MAO μπορούν να αλληλεπιδράσουν με τυραμίνη και να προκαλέσουν δυνητικά θανατηφόρα υπέρταση και να παρουσιάσουν δυνητικά επικίνδυνες αλληλεπιδράσεις με έναν αριθμό φαρμάκων (Bschor&Baethge, 2010).

Η τελευταία γενιά αντικαταθλιπτικών, περιλαμβανομένων των μονό-υποδοχέων εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και των αντικαταθλιπτικών πολλαπλών υποδοχέων βενλαφαξίνη, μιρταζαπίνη, βουπροπιόνη, τραζοδόνη, και νεφαζοδόνη, στοχεύουν σε μία ή περισσότερες ειδικές θέσεις υποδοχέων του εγκεφάλου χωρίς, στις περισσότερες περιπτώσεις, την ενεργοποίηση των ανεπιθύμητων θέσεων υποδοχέων, όπως η ισταμίνη και η ακετυλοχολίνη (Petersen, 2006).

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και άλλων παθήσεων, συμπεριλαμβανομένης της δυσθυμίας, των διαταραχών άγχους, των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών, των διατροφικών διαταραχών, των χρόνιων πόνων, των νευροπαθητικών πόνων και, σε ορισμένες περιπτώσεις, της δυσμηνόρροιας, του ροχαλητού, της ημικρανίας, της διαταραχής της υπερκινητικότητας (ADHD), των διαταραχών εθισμού, εξάρτησης, και ύπνου (Freeman, et al., 2010).

Αυτά τα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνα τους ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα, αλλά μόνο όταν συνταγογραφούνται. Οι πιο σημαντικές κατηγορίες αντικαταθλιπτικών είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της

σεροτονίνης (SSRIs), οι αναστολείς της σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRIs), τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO), οι αναστρέψιμοι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης Α (αναστολείς rMAO-A), τα τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά (TeCAs), τα νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα (NaSSAs) (Gibbons, Hur, Brown, Davis, & Mann, 2012).

Τα αντικαταθλιπτικά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται συστηματικά στο αρχικό στάδιο θεραπείας της ήπιας κατάθλιψης, επειδή η σχέση κινδύνου-οφέλους είναι αρνητική. Οι οδηγίες συνιστούν η αντικαταθλιπτική αγωγή να χορηγείται για:

- Άτομα με ιστορικό μέτριας ή σοβαρής κατάθλιψης
- Άτομα με ήπια κατάθλιψη που έχει παρουσιαστεί εδώ και μεγάλο χρονικό διάστημα
- Ως θεραπεία δεύτερης γραμμής για την ήπια κατάθλιψη που δεν υποχωρεί μετά από άλλες παρεμβάσεις
- Ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τη μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη (Pompili, 2011).

Οι περαιτέρω κατευθυντήριες γραμμές σημειώνουν ότι η αντικαταθλιπτική θεραπεία θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις περισσότερες περιπτώσεις. Επιπλέον, θα πρέπει να συνεχίζεται για τουλάχιστον 6 μήνες για να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής και επισημαίνουν ότι ταSSRI είναι συνήθως καλύτερα από άλλα αντικαταθλιπτικά (Baghai, Möller, & Rupprecht, 2006).

Ο Αμερικάνικος Ψυχιατρικός Οργανισμός (ΑΨΟ) δίνει κατευθυντήριες γραμμές θεραπείας, οι οποίες υποστηρίζουν ότι η αρχική θεραπεία θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα εξατομικευμένη, βάσει παραγόντων που περιλαμβάνουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, συνυπάρχουσες παθήσεις, την εμπειρία προηγούμενης θεραπείας, και τη προτίμηση του ασθενούς. Οι επιλογές μπορεί να περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), διακρανιακή μαγνητική διέγερση (TMS) ή ελαφριά θεραπεία. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συνιστώνται ως αρχική θεραπεία σε άτομα με ήπια, μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη και θα πρέπει να χορηγούνται σε όλους τους ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη, εκτός αν έχει προγραμματιστεί η διεξαγωγή ECT (Serretti & Chiesa, 2009).

2.2 Θετικά και αρνητικά στοιχεία της φαρμακοθεραπείας

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, που χρησιμοποιούνται υπό την καθοδήγηση ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας, μπορεί να ανακουφίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Ωστόσο η χρήση των αντικαταθλιπτικών πολλές φορές έχει παρενέργειες και κρύβει κινδύνους. Οι πιο πρόσφατες μελέτες έχουν εγείρει ερωτήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους και πολλές έχουν καταστήσει σαφές ότι μόνο η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι αρκετή και ότι ταυτόχρονα απαιτείται άλλης μορφής θεραπεία και αλλαγές στον τρόπο ζωής (Papakostas, 2008).

Οι περισσότεροι ειδικοί στον τομέα της ψυχικής υγείας συμφωνούν ότι, όταν η κατάθλιψη είναι αρκετά σοβαρή ώστε να επηρεάσει την ικανότητά του ατόμου να λειτουργεί, το φάρμακο μπορεί να είναι χρήσιμο ή ακόμη και σωτήριο. Ωστόσο, η έρευνα δείχνει ότι τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι αποτελεσματικά για όλους τους ανθρώπους. Άλλες μελέτες επισημαίνουν ότι τα οφέλη των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχουν μεγαλοποιηθεί, με κάποιους ερευνητές να καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, όταν πρόκειται για ήπιου έως μέτριου βαθμού κατάθλιψη, τα αντικαταθλιπτικά είναι μόνο ελαφρώς πιο αποτελεσματικά από ότι τα εικονικά σκευάσματα (Warner, Bobo, Warner, Reid, & Rachal, 2006).

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να ενδείκνυται αν η κατάθλιψη επηρεάζει την ικανότητά ενός ατόμου να λειτουργήσει σε σημαντικούς τομείς της ζωής τους, της εργασίας του, ή των σχέσεων του. Δεν είναι λίγοι οι επιστήμονες που υποστηρίζουν ότι η κατάλληλη θεραπεία, η άσκηση και άλλες αλλαγές στον τρόπο ζωής μπορεί να λειτουργήσουν εξίσου καλά ή και καλύτερα από ότι τα αντικαταθλιπτικά, χωρίς το άτομο να πρέπει να υποστεί τις όποιες παρενέργειες των φαρμάκων, τα οποία μπορεί να χρειαστούν αρκετές εβδομάδες για να «τεθούν σε ισχύ». Έτσι, ενώ η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να είναι ευεργετική, ωστόσο δεν είναι η μόνη απάντηση. Υπάρχουν και άλλες αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις που μπορούν να ληφθούν επιπρόσθετα, αντί της φαρμακευτικής αγωγής (Haddad & Anderson, 2007).

Η κατάθλιψη προκαλείται από μια χημική ανισορροπία στον εγκέφαλο που η φαρμακευτική αγωγή μπορεί πιθανόν να διορθώσει. Σύμφωνα με τη θεωρία της χημικής ανισορροπίας, τα χαμηλά επίπεδα της χημικής ουσίας του εγκεφάλου σεροτονίνης οδηγούν σε κατάθλιψη και η φαρμακευτική αγωγή για την κατάθλιψη επαναφέρει τα επίπεδα της σεροτονίνης πίσω στο κανονικό. Η αλήθεια όμως είναι ότι τα αίτια της κατάθλιψης είναι πολύ πιο περίπλοκα από ότι μια απλή ανεπάρκεια της

σεροτονίνης ή άλλων νευροδιαβιβαστών. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει κανένα τεστ που να μπορεί να μετρήσει την ποσότητα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο, δεν υπάρχει τρόπος να γνωρίζουμε ακόμη ποιο είναι το χαμηλό ή ποιο το φυσιολογικό επίπεδο της σεροτονίνης, ή πώς η φαρμακευτική αγωγή για την κατάθλιψη μπορεί να διορθώσει τα επίπεδα αυτά. Παρόλο που τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αυξάνουν τα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο, αυτό δεν σημαίνει ότι η κατάθλιψη προκαλείται από έλλειψη αυτής (Haddad & Dursun, 2008).

Κάθε άτομο που παίρνει αντικαταθλιπτικά μπορεί να εμφανίσει παρενέργειες, αλλά ορισμένα άτομα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο:

Άτομα άνω των 65 ετών. Μελέτες δείχνουν ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο πτώσεων, καταγμάτων και της οστικής απώλειας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.

- Έγκυες γυναίκες. Η χρήση αντικαταθλιπτικών στο τέλος της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε βραχυπρόθεσμα συμπτώματα στέρησης σε νεογνά μετά τον τοκετό. Τα τυπικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τρόμο, ανησυχία, ήπια αναπνευστικά προβλήματα, και αδύναμη κραυγή.
- Εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων απαιτεί όλα τα φάρμακα κατάθλιψης να συμπεριλαμβάνουν μια προειδοποιητική ετικέτα/οδηγία σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες.
- Άνθρωποι που μπορεί να έχουν διπολική διαταραχή. Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να κάνουν πραγματικά χειρότερη τη διπολική διαταραχή ή να προκαλέσουν μανιακό επεισόδιο (Shelton, 2006).

Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), των άτυπων αντικαταθλιπτικών, των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (TCAs) και των αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης (MAO). Παρενέργειες όπως η αύξηση ή η απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και του βάρους είναι συχνές (Gibbons, Hur, Brown, Davis, & Mann, 2012).

Τα πιο ευρέως συνταγογραφούμενα αντικαταθλιπτικά προέρχονται από μια κατηγορία φαρμάκων γνωστών ως εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs). Η έρευνα δείχνει ότι υπάρχει μικρή διαφορά στην αποτελεσματικότητα των νεότερων αντικαταθλιπτικών, αλλά μπορεί να υπάρχουν

διαφορές στις παρενέργειες, το κόστος και το χρόνο που η φαρμακευτική αγωγή χρειάζεται για να λειτουργήσει. Τα SSRIs επιδρούν στη σεροτονίνη, μια χημική ουσία του εγκεφάλου που βοηθά στη ρύθμιση της διάθεσης. Η σεροτονίνη παίζει επίσης ρόλο στην πέψη, τον πόνο, τον ύπνο, την πνευματική διαύγεια και άλλες σωματικές λειτουργίες, γεγονός που εξηγεί το λόγο που τα SSRI αντικαταθλιπτικά προκαλούν ένα ευρύ φάσμα παρενεργειών, συμπεριλαμβανομένης της εχθρότητας, της διέγερσης και του άγχους. Υπάρχουν ωστόσο και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως:

- Ναυτία
- Αϋπνία
- Άγχος
- Ανησυχία
- Μειωμένη σεξουαλική ορμή
- Ζάλη
- Αύξηση του βάρους
- Τρόμος
- Εφίδρωση
- Υπνηλία ή κόπωση
- Ξηροστομία
- Διάρροια
- Δυσκοιλιότητα
- Πονοκεφάλους

Ενώ ορισμένες από τις παρενέργειες υποχωρούν μετά από τις πρώτες εβδομάδες της φαρμακευτικής θεραπείας, άλλες επιμένουν και μπορεί ακόμη και να επιδεινωθούν. Τα SSRIs μπορεί επίσης να προκαλέσουν σοβαρά συμπτώματα στέρησης, εάν το άτομο σταματήσει να τα παίρνει απότομα (Vialou, Feng, Robison, & Nestler, 2013).

3. Βιολογικές Θεραπείες

3.1 Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) είναι χημικές ενώσεις που χρησιμοποιούνται κυρίως ως αντικαταθλιπτικά. Τα TCAs ανακαλύφθηκαν για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του 1950 και διατέθηκαν στο εμπόριο αργότερα μέσα στη δεκαετία. Το όνομά τους προέρχεται από τη χημική τους δομή, στην οποία περιλαμβάνονται τρία δαχτυλίδια ατόμων. Τα Τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά (TeCAs), τα οποία περιλαμβάνουν τέσσερα δαχτυλίδια ατόμων, είναι μια στενά συνδεδεμένη ομάδα αντικαταθλιπτικών ενώσεων (Uher, et al., 2009).

Παρά το γεγονός ότι τα TCAs μερικές φορές προβλέπονται για καταθλιπτικές διαταραχές, έχουν ωστόσο αντικατασταθεί σε μεγάλο βαθμό, στα περισσότερα μέρη του κόσμου, από νεότερα αντικαταθλιπτικά όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRIs) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης (NRIs) (Baldessarini, Vázquez, & Tondo, 2011).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν βρεθεί να είναι σε παρόμοιο επίπεδο μεταξύ των TCA και SSRIs. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται κυρίως στην κλινική θεραπεία των διαταραχών της διάθεσης όπως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (MDD), η δυσθυμία, και η ανεκτικότητα στην αγωγή. Χρησιμοποιούνται επίσης στη θεραπεία ενός αριθμού άλλων ιατρικών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών άγχους, όπως η διαταραχή γενικευμένου άγχους (GAD), η κοινωνική φοβία (SP), επίσης γνωστή ως διαταραχή κοινωνικού άγχους, η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (OCD), η διαταραχή πανικού (PD), η διαταραχή μετά-τραυματικού στρες (PTSD), η διαταραχή δυσμορφίας σώματος (BDD), οι διατροφικές διαταραχές όπως η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία, ορισμένες διαταραχές της προσωπικότητας, όπως η μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας (BPD), οι νευρολογικές διαταραχές, όπως η διαταραχή ελλείμματος προσοχής και υπερκινητικότητας (ADHD), η νόσος του Parkinson, καθώς και ο χρόνιος πόνος, η νευραλγία ή ο νευροπαθητικός πόνος, και η ινομυαλγία, κεφαλαλγία, ή ημικρανία, στη διακοπή του καπνίσματος, το σύνδρομο Tourette, η τριχοτιλλομανία, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS), η διάμεση κυστίτιδα (IC),

η νυκτόβια ενούρηση (NE), η ναρκοληψία, η αϋπνία, το παθολογικό κλάμα και γέλιο, ο χρόνιος λόξιγκας και η σχιζοφρένεια (Rosenbaum & Kou, 2005).

Για πολλά χρόνια τα TCAs ήταν η πρώτη επιλογή για τη φαρμακολογική θεραπεία της κλινικής κατάθλιψης. Παρόλο που εξακολουθεί να θεωρείται άκρως αποτελεσματική, τείνει όλο και περισσότερο να αντικαθίστανται από άλλα αντικαταθλιπτικά χάπια (με τη βελτίωση της ασφάλειας και των παρενεργειών), όπως τα SSRIs και άλλα νεότερα αντικαταθλιπτικά, όπως ο νέος αναστρέψιμος αναστολέας της μοκλοβεμίδης (MAO). Ωστόσο, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι ενδεχομένως πιο αποτελεσματικά στη θεραπεία της μελαγχολικής κατάθλιψης από ότι άλλες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά φαίνεται να έχουν όλο και λιγότερο σοβαρές παρενέργειες και πιστεύεται ότι είναι λιγότερο πιθανό να οδηγήσουν σε τραυματισμό ή θάνατο ή να χρησιμοποιηθούν σε μια απόπειρα αυτοκτονίας, καθώς οι δόσεις που απαιτούνται για την δυνητικά θανατηφόρα υπερδοσολογία είναι πολύ μεγαλύτερες (Lepping & Menkes, 2007).

Παρ' όλα αυτά, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται ακόμη και σήμερα για τη θεραπεία της ανθεκτικής κατάθλιψης που έχει αποτύχει να ανταποκριθεί στη θεραπεία με νεότερα αντικαταθλιπτικά. Επίσης δεν θεωρούνται εθιστικά και είναι προτιμότερα από τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO). Οι παρενέργειες των TCAs συνήθως εμφανίζονται πριν από τις θεραπευτικές ιδιότητες του φαρμάκου κατά της κατάθλιψης και του άγχους, και για το λόγο αυτό, μπορούν δυνητικά να είναι επικίνδυνα, δημιουργώντας στον ασθενή μια μεγαλύτερη επιθυμία να επιχειρήσει να αυτοκτονήσει (Gibbons, Hur, Brown, Davis, & Mann, 2012).

3.2 Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης

Οι Εκλεκτικοί αναστολείς της σεροτονίνης γενικά ή εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ειδικότερα (SSRIs) είναι μια κατηγορία ενώσεων που συνήθως χρησιμοποιούνται ως αντικαταθλιπτικά για τη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και των αγχωδών διαταραχών (Fournier, et al., 2010).

Τα SSRIs είναι τα πιο ευρέως συνταγογραφούμενα αντικαταθλιπτικά σε πολλές χώρες. Η αποτελεσματικότητα των SSRI σε ήπιες ή μέτριες περιπτώσεις κατάθλιψης έχει αμφισβητηθεί. Η κύρια χρήση για τα SSRIs είναι στη μείζων

καταθλιπτική διαταραχή (ονομάζεται επίσης «μείζων κατάθλιψη» ή «κλινική κατάθλιψη» και συχνά απλώς «κατάθλιψη»). ΤαSSRIs συχνά συνταγογραφούνται για τις διαταραχές άγχους, όπως η διαταραχή κοινωνικού άγχους, οι διαταραχές πανικού, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD), οι διατροφικές διαταραχές, οι χρόνιοι και περιστασιακοί πόνοι και η διαταραχή του μετατραυματικού στρες (PTSD). Επίσης χρησιμοποιούνται συχνά για τη θεραπεία της διαταραχής της αποπροσωποποίησης αν και γενικά έχουν φτωχά αποτελέσματα (Serretti&Chiesa, 2009).

Τα αντικαταθλιπτικά συνιστώνται από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας (NICE), ως θεραπεία πρώτης γραμμής της σοβαρής κατάθλιψης και για τη θεραπεία της ήπιας έως μέτριας κατάθλιψης που επιμένει και μετά από συντηρητικά μέτρα, όπως η γνωσιακή θεραπεία. Συνιστούν να μη γίνεται συχνή χρήση σε όσους έχουν χρόνια προβλήματα υγείας και ήπιας κατάθλιψης (Vialou, Feng, Robison, & Nestler, 2013).

3.3 Αναστολείς Μονοαμινοξειδάσης

Οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO) είναι χημικές ουσίες οι οποίες αναστέλλουν την δραστηριότητα του ενζύμου της οικογένειας οξειδάσης μονοαμίνης και έχουν μια μακρά ιστορία χρήσης ως φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Θεωρούνται ως ιδιαίτερα αποτελεσματικοί για τη θεραπεία της άτυπης κατάθλιψης. Χρησιμοποιούνται επίσης στη θεραπεία της νόσου του Πάρκινσον και αρκετών άλλων διαταραχών (Grady&Stahl, 2012).

Λόγω των δυνητικά θανατηφόρων διατροφικών και φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης θεωρούνται ιστορικά ως τελευταία γραμμή της θεραπείας και χρησιμοποιούνται μόνο όταν άλλες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (π.χ. εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά) αποτυγχάνουν. Οι πιο πρόσφατες έρευνες για τα MAO δείχνουν ότι ένα μεγάλο μέρος της ανησυχίας σχετικά με τις επικίνδυνες διατροφικές παρενέργειες τους πηγάζει από παρανοήσεις και παραπληροφόρηση, και ότι παρά την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητά αυτής της κατηγορίας φαρμάκων, ωστόσο αυτά «υπολειπόμενα» και είναι παρεξηγημένα από τον ιατρικό κλάδο. Οι νέες έρευνες αμφισβητούν επίσης το κύρος της αντίληψης περί της σοβαρότητας των διατροφικών αντιδράσεων, που ιστορικά βασίζονται σε

ξεπερασμένες έρευνες. Οι πιο σύγχρονοι MAO, όπως είναι η σελεργιλίνη (χρησιμοποιείται συνήθως για τη θεραπεία της νόσου του Parkinson) παρέχουν μια πιο ασφαλή εναλλακτική λύση και τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται μερικές φορές ως θεραπεία πρώτης γραμμής (Guillem, Vouillac, Azar, et al., 2005).

Οι MAO έχουν βρεθεί να είναι αποτελεσματικοί στη θεραπεία της διαταραχής πανικού, στην αγοραφοβία, την κοινωνική φοβία, την άτυπη κατάθλιψη, το συνδυασμό άγχους και κατάθλιψης, τη βουλιμία και τη διαταραχή μετά-τραυματικού στρες, όπως επίσης και τη μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας. Επιπλέον οι MAO φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση της διπολικής κατάθλιψης, στην ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (OCD), την τριχοτιλλομανία, την δυσμορφοφοβία, και την αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας, ωστόσο οι αναφορές αυτές αποτελούν μη επαρκώς ελεγχόμενες μελέτες περιπτώσεων και απαιτείται ακόμα επισταμένη έρευνα στον τομέα αυτό (Dobson, et al., 2008).

Οι MAO δρουν με αναστολή της δραστηριότητας της οξειδάσης μονοαμίνης, εμποδίζοντας έτσι τη διάσπαση των μονοαμινών νευροδιαβιβαστών και αυξάνοντας έτσι τη διαθεσιμότητά τους. Οι MAO, όπως συμβαίνει με κάθε αντικαταθλιπτικό φάρμακο, δεν μεταβάλλουν την πορεία της διαταραχής, έτσι ώστε να είναι δυνατό μετά τη διακοπή ο ασθενής να μπορεί να επιστρέψει στην κατάσταση προ-θεραπείας (Guillem, Vouillac, Azar, et al., 2005).

Η θεώρηση αυτή περιπλέκει σημαντικά τη μεταφορά του ασθενούς από τη χρήση των MAO στη χρήση των SSRI, επειδή είναι απαραίτητο να καθαρίσει το σύστημα του στο σύνολό του από το ένα φάρμακο πριν την έναρξη του άλλου. Αν ο ασθενής μειώσει σταδιακά τη δοσολογία, το αποτέλεσμα θα είναι οδυνηρό για βδομάδες για τον καταθλιπτικό ασθενή που θα πρέπει να αντέξει την κατάθλιψη χωρίς χημική βοήθεια. Αυτό ωστόσο μπορεί να είναι προτιμότερο από το να διακινδυνεύσει κανείς να βιώσει τα αποτελέσματα της αλληλεπίδρασης των δύο φαρμάκων, αλλά δεν είναι συχνά εύκολο για τον ασθενή (Grady&Stahl, 2012).

3.4 Άλλες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών

Υπάρχει μια ποικιλία από νεότερα άτυπα αντικαταθλιπτικά, τα οποία στοχεύουν σε άλλους νευροδιαβιβαστές είτε από μόνα τους είτε σε συνδυασμό με τη σεροτονίνη.

Οι παρενέργειες τους ποικίλουν ανάλογα με το φάρμακο. Ωστόσο, πολλά από τα άτυπα αντικαταθλιπτικά μπορεί να προκαλέσουν ναυτία, κόπωση, αύξηση βάρους, υπνηλία, νευρικότητα, ξηροστομία, και θολή όραση. Η άτυπος φαρμακευτική αγωγή της βουπροπιόνης, επίσης γνωστή με την εμπορική ονομασία Wellbutrin, είναι λιγότερο πιθανό να προκαλέσει σεξουαλική δυσλειτουργία σε σχέση με τους SSRIs. Το αντικαταθλιπτικό Wellbutrin μπορεί επίσης να είναι μια καλή επιλογή, αν η κόπωση ή υπνηλία αποτελούν σημαντική ανησυχία, δεδομένου ότι τείνει να είναι πιο αναζωογονητικό από άλλους τύπους αντικαταθλιπτικών. Ορισμένα από τα πιο γνωστά άτυπα αντικαταθλιπτικά και οι εμπορικές τους ονομασίες είναι:

- Βουπροπιόνη (Wellbutrin)
- Ντουλοξετίνη (Cymbalta)
- Βενλαφαζίνη (Effexor)
- Μιρταζαπίνη (Remeron)
- Τραζοδόνη (Desyrel) (Haddad & Anderson, 2007)

4. Ψυχολογικές Θεραπείες

4.1 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία είναι η θεραπεία στην οποία ένα άτομο με νοητικά ή συναισθηματικά προβλήματα συνομιλεί με άλλο πρόσωπο (ψυχοθεραπεία). Αυτό το άλλο πρόσωπο μπορεί να είναι ένας ψυχίατρος, ψυχολόγος, σύμβουλος, κλινική κοινωνική λειτουργός, μέλος του κλήρου, εναλλακτικός γιατρός, ή κάθε χρήσιμο πρόσωπο. Με την επιτυχή ψυχοθεραπεία, ο πελάτης βιώνει θετική αλλαγή, επιλύει ή μετριάξει ενοχλητικές συμπεριφορές, πεποιθήσεις, καταναγκασμούς, σκέψεις, συναισθήματα. Ιδανικά, αυτές αντικαθίστανται με πιο ευχάριστες και λειτουργικές εναλλακτικές λύσεις (Baldessarini, Vázquez, & Tondo, 2011).

Η ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει διαδραστικές διαδικασίες μεταξύ ενός ατόμου ή μιας ομάδας και ενός ψυχοθεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία έχει ως στόχο να αυξήσει την αίσθηση ευημερίας του ατόμου του. Οι ψυχοθεραπευτές χρησιμοποιούν ένα φάσμα τεχνικών που αποσκοπούν στη βελτίωση της ψυχικής υγείας του πελάτη ή ασθενή, να βελτιώσουν τις σχέσεις της ομάδας (όπως σε μια οικογένεια). Υπάρχουν τώρα πάνω από χίλια διαφορετικά είδη που ονομάζονται ψυχοθεραπείες, κάποιες από αυτές τις παραλλαγές είναι ήσσονος σημασίας, ενώ άλλες βασίζονται σε πολύ διαφορετικές αντιλήψεις της ψυχολογίας, της ηθικής ή μεθόδους. Η Θεραπεία χρησιμοποιείται γενικά σε απόκριση σε μία ποικιλία ειδικών ή μη-ειδικών κλινικά διαγνώσιμων εκδηλώσεων και υπαρξιακών κρίσεων. Η παροχή συμβουλών συχνά αναφέρεται ως η θεραπεία των καθημερινών προβλημάτων. Ωστόσο, ο όρος παροχή συμβουλών μερικές φορές χρησιμοποιείται εναλλακτικά ως «ψυχοθεραπεία» (Burton, 2011).

4.2 Ατομική ψυχοθεραπεία

Η Ατομική θεραπεία, γνωστή και ως ψυχοθεραπεία, λογοθεραπεία, ή παροχή συμβουλών, είναι μια συνεργατική διαδικασία ανάμεσα στον θεραπευτή και τον πελάτη / ασθενή που έχει ως στόχο να διευκολύνει την αλλαγή και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν τα εμπόδια που υπάρχουν στη συναισθηματική και ψυχική τους

ευεξία, και μπορεί επίσης να αυξήσει τα θετικά συναισθήματα όπως η συμπόνια, η αυτοεκτίμηση, η αγάπη, το θάρρος και η ελπίδα. Πολλοί άνθρωποι διαπιστώνουν ότι απολαμβάνουν το θεραπευτικό ταξίδι προς την αυτο-επίγνωση και μπορούν να επιδιώξουν την ψυχοθεραπεία ως μέσο για την αυτο-ανάπτυξη και αυτοπραγμάτωση (Campbell, Norcross, Vasquez, & Kaslow, 2013).

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να θεραπεύσει συγκεκριμένες διαγνώσιμες συνθήκες ψυχικής υγείας, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, ή το ADHD, όπως επίσης και πολλές από τις καθημερινές ανησυχίες, όπως τα προβλήματα των σχέσεων, η διαχείριση του στρες, οι φιλοδοξίες για σταδιοδρομία ή άλλα θέματα που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία του ατόμου. Όταν τα ειδικά ζητήματα ή οι συνθήκες ψυχικής υγείας αρχίσουν να προκαλούν δυσφορία και να παρεμβαίνουν στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, τότε μάλλον είναι ο χρόνος για αυτό να αναζητήσει θεραπεία. Η θλίψη μπορεί να εκδηλωθεί με τη μορφή των προβληματικών πεποιθήσεων, των συναισθημάτων, των συμπεριφορών και των διαφόρων αισθήσεων στο σώμα. Ο θεραπευτής μπορεί να διευκολύνει τις αλλαγές του τρόπου ζωής, να βοηθήσει στον εντοπισμό των βαθύτερων αιτιών των συμπτωμάτων και να παρέχει συγκεκριμένες στρατηγικές ή τεχνικές για την αλλαγή των ανεπιθύμητων σκέψεων, συμπεριφορών και συναισθημάτων. Μέσα από τη θεραπεία, οι άνθρωποι εκπαιδεύονται για το πώς να διαχειρίζονται τα συμπτώματα, να ανακουφίζουν το άγχος τους και να αντιμετωπίζουν τις καθημερινές προκλήσεις.

Οι ατομικές συνεδρίες ψυχοθεραπείας συνήθως διαρκούν από 45 μέχρι 60 λεπτά. Η συχνότητα και η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις ανάγκες, τους στόχους της θεραπείας και την πρόοδο. Πολλά προβλήματα επιλύονται εύκολα με βραχυχρόνια θεραπεία ενώ άλλα χρόνια ή πιο πολύπλοκα προβλήματα απαιτούν μακροπρόθεσμη δέσμευση πριν υπάρξει βελτίωση (McGivern & Fischer, 2012).

4.3 Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Η Ομαδική ψυχοθεραπεία ή ομαδική θεραπεία είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας στην οποία ένας ή οι περισσότεροι θεραπευτές ασχολούνται με μια μικρή ομάδα πελατών/ασθενών. Ο όρος μπορεί νομίμως να αναφέρεται σε οποιαδήποτε μορφή ψυχοθεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της γνωστικής

συμπεριφοριστικής θεραπείας ή της διαπροσωπικής θεραπείας, αλλά χρησιμοποιείται συνήθως για τη ψυχοδυναμική θεραπεία της ομάδας, όπου στα πλαίσια της ομάδας, ο όρος ομάδα χρησιμοποιείται ως μηχανισμός για την αλλαγή, την ανάπτυξη, την εξερεύνηση και την εξέταση των διαπροσωπικών σχέσεων μέσα σε αυτή (Joyce, Piper, & Ogradniczuk, 2007).

Η ευρύτερη έννοια της ομαδικής θεραπείας μπορεί να θεωρηθεί ότι εμπεριέχει οποιαδήποτε διαδικασία που λαμβάνει χώρα σε μια ομάδα, συμπεριλαμβανομένων των ομάδων υποστήριξης, των ομάδων κατάρτισης δεξιοτήτων (όπως η διαχείριση θυμού, γνώσης και συναίσθησης, οι τεχνικές χαλάρωσης ή η κατάρτιση κοινωνικών δεξιοτήτων), και της ομαδικής ψυχο-εκπαίδευσης. Άλλες, πιο εξειδικευμένες μορφές ομαδικής θεραπείας περιλαμβάνουν θεραπείες μη-λεκτικής έκφρασης, όπως η θεραπεία της τέχνης, η θεραπεία του χορού ή της μουσικής (Cuijpers, Muñoz, Clarke, & Lewinsohn, 2009).

4.4 Θεραπεία της συμπεριφοράς

Η θεωρία της συμπεριφοράς είναι μια θεραπεία που βοηθά να αλλάξουν ενδεχομένως οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Καλείται επίσης τροποποίηση της συμπεριφοράς ή γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν αυτό το είδος της θεραπείας για να αντικαταστήσουν τις κακές συνήθειες με καλές. Η θεραπεία βοηθά επίσης να αντιμετωπιστούν δύσκολες καταστάσεις. Πιο συχνά χρησιμοποιείται για τη θεραπεία των διαταραχών άγχους και της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα χρησιμοποιείται για:

- ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (OCD)
- διαταραχή μετα-τραυματικού στρες (PTSD)
- κατάθλιψη
- κοινωνική φοβία
- διπολική διαταραχή
- σχιζοφρένεια

Επιπρόσθετα, η θεραπεία αυτή μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν ορισμένες ψυχικές διαταραχές. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του αυτισμού, των διαταραχών της προσωπικότητας, από την κατάχρηση ουσιών, των διατροφικών διαταραχών και σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις για να

τους βοηθήσει στη διαχείριση του πόνου. Τέλος, αυτή η μορφή θεραπείας μπορεί επίσης να βοηθήσει στη συναισθηματική οδύνη (Öst, 2008).

4.5 Εργοθεραπεία ή απασχολησιοθεραπεία

Η εργοθεραπεία είναι η θεραπεία για την ανάπτυξη, την ανάκτηση ή την ομαλή διατήρηση των συνθηκών της καθημερινής ζωής και εργασίας και την ανάπτυξη των δεξιοτήτων των ατόμων με φυσική/σωματική ή νοητική/πνευματική διαταραχή. Οι εργοθεραπευτές αφιερώνουν πολλές φορές μεγάλο μέρος της δουλειάς τους για τον εντοπισμό και την εξάλειψη των περιβαλλοντικών εμποδίων και την ανεξαρτησία και τη συμμετοχή του ατόμου στις καθημερινές δραστηριότητες. Η εργοθεραπεία είναι μια πελατοκεντρική πρακτική που δίνει έμφαση στην πρόοδο προς τους στόχους του ασθενούς. Οι παρεμβάσεις της εργοθεραπείας αφορούν κυρίως την προσαρμογή στο περιβάλλον, εκπαιδεύοντας και διδάσκοντας την ικανότητα στο άτομο που πάσχει, προκειμένου να αυξηθεί η συμμετοχή του και η ενασχόλησή του με τις καθημερινές δραστηριότητες, ιδιαίτερα εκείνες που έχουν νόημα για τον ασθενή. Οι εργοθεραπευτές συχνά συνεργάζονται στενά με επαγγελματίες φυσιοθεραπείας, λογοθεραπείας, νοσηλευτικής και κοινωνικής εργασίας (Hocking, 2004).

4.6 Γνωσιακή Θεραπεία

Η γνωστική/γνωσιακή θεραπεία είναι ένα είδος ψυχοθεραπείας που αναπτύχθηκε από τον ψυχίατρο Aaron T. Beck. Βασίζεται στο γνωστικό μοντέλο, το οποίο αναφέρει ότι οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά είναι συνδεδεμένα και ότι τα άτομα μπορούν να κινηθούν προς την υπέρβαση των δυσκολιών και την εκπλήρωση των στόχων τους προσδιορίζοντας και τροποποιώντας άχρηστες ή ανακριβείς σκέψεις, προβληματικές συμπεριφορές και οδυνηρές συναισθηματικές αντιδράσεις. Το άτομο εκπαιδεύεται, σε συνεργασία με τον θεραπευτή, για να αναπτύξει τις δεξιότητές του, να δοκιμάσει και να τροποποιήσει τις πεποιθήσεις του, να αναγνωρίσει τον εσφαλμένο τρόπο σκέψης του και τελικά να αλλάξει τον λανθασμένο τρόπο συμπεριφοράς του (Robertson, 2010).

Οι ασθενείς που ακολουθούν αυτή την θεραπευτική μέθοδο συχνά

εξασκούνται στη χρήση πιο ευέλικτων τρόπων σκέψης και απόκρισης, μαθαίνοντας να αναρωτιούνται αν οι σκέψεις τους είναι εντελώς αληθινές και αν αυτές οι σκέψεις τους βοηθούν να επιτύχουν τους στόχους τους. Σκέψεις που δεν πληρούν αυτές τις προδιαγραφές μπορούν στη συνέχεια να μετουσιωθούν σε κάτι πιο ακριβές ή χρήσιμο, οδηγώντας σε πιο θετικά συναισθήματα και σε πιο επιθυμητές συμπεριφορές. Η γνωστική θεραπεία ακολουθεί μια προσέγγιση ανάπτυξης δεξιοτήτων, όπου ο θεραπευτής βοηθά το άτομο να μάθει και να εξασκήσει τις δεξιότητές του, διώχνοντας μακριά τις καταθλιπτικές σκέψεις και συμπεριφορές (Beck, 2014).

4.7 Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι μια περιορισμένου χρονικού διαστήματος θεραπεία που ενθαρρύνει τον ασθενή να ανακτήσει τον έλεγχο της διάθεσης και λειτουργίας του. Συνήθως διαρκεί 12-16 εβδομάδες και βασίζεται στην αρχή ότι υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στην ψυχική υγεία των ανθρώπων και στον τρόπο που επικοινωνούν και αλληλεπιδρούν με τους άλλους.

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία βασίζεται στη σύγχρονη Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) καθώς είναι χρονικά περιορισμένη, απαιτεί προετοιμασία, δομημένες συνεντεύξεις, και εργαλεία αξιολόγησης. Ωστόσο, η περιεκτικότητα της θεραπείας είναι εμπνευσμένη από τη ψυχοδυναμική διαπροσωπική θεωρία του Sullivan (διαπροσωπική θεωρία της ψυχιατρικής, 1953). Εστιάζει σε ένα συγκεκριμένο θέμα ευπάθειας, όπως ο ρόλος των διαφορετικών προσδοκιών σε μια δυαδική σχέση. Ορισμένοι θεωρητικοί έχουν αναπτύξει σύγχρονες διαπροσωπικές ψυχοθεραπείες που παραμένουν πιστές στην ψυχοδυναμική προέλευση της (Weismann, 2006).

5. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

5.1 Ορισμός

Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι από τις ασφαλέστερες και πιο αποτελεσματικές θεραπείες για την κατάθλιψη. Είναι ένας από τους πιο γρήγορους τρόπους για την ανακούφιση των συμπτωμάτων σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη και αυτοκτονικούς ασθενείς. Είναι επίσης πολύ αποτελεσματική για τους ασθενείς που πάσχουν από μανία ή άλλες ψυχικές ασθένειες. Η ECT χρησιμοποιείται γενικά όταν μια σοβαρή κατάθλιψη δεν ανταποκρίνεται σε άλλες μορφές θεραπείας. Θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί επίσης όταν οι ασθενείς αποτελούν σοβαρή απειλή για τον εαυτό τους ή τους άλλους, μέχρι τα φάρμακα να έχουν αποτέλεσμα (Beloucif, 2013).

Η Ηλεκτροσπασμωδική θεραπεία (ECT), παλαιότερα γνωστή ως θεραπεία με ηλεκτροσόκ, είναι ένα πρότυπο ψυχιατρικής θεραπείας επιληπτικών κρίσεων στην οποία χρησιμοποιείται ρεύμα σε ασθενείς για να παρέχει ανακούφιση από ψυχιατρικές ασθένειες. Η ECT χρησιμοποιείται συχνά με τη συναίνεση του ασθενούς, ως τελευταία γραμμή παρέμβασης για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, μανία και κατατονία (Dierckx, Heijnen, VanDenBroek, & Birkenhäger, 2012).

Η ECT είναι αποτελεσματική για το περίπου 50% των ατόμων με ανθεκτικότητα στη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, ανεξάρτητα αν είναι μονοπολική ή διπολική. Η παρακολούθηση της θεραπείας εξακολουθεί να είναι ελάχιστα μελετημένα, αλλά περίπου οι μισοί από τους ανθρώπους που ανταποκρίνονται υποτροπιάζουν εντός δώδεκα μηνών (Jelovac, et al., 2013).

Εκτός από τις επιπτώσεις στον εγκέφαλο, οι γενικοί φυσικοί κίνδυνοι της ECT είναι παρόμοιοι με εκείνους της σύντομης γενικής αναισθησίας. Αμέσως μετά τη θεραπεία, οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η σύγχυση και η απώλεια μνήμης. Θεωρείται μια από τις λιγότερο επιβλαβείς επιλογές θεραπείας για σοβαρά καταθλιπτικές έγκυες γυναίκες (Pompili, et al., 2014).

Η συνήθης πορεία μιας ECT περιλαμβάνει πολλαπλές επισκέψεις, συνήθως δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα έως ότου ο ασθενής δεν υποφέρει πλέον από τα συμπτώματα. Μετά τη τεχνική, η θεραπεία συνήθως συνεχίζεται με φάρμακο, και μερικοί ασθενείς κάνουν ECT για συντήρηση. Η θεραπεία στην οποία το ηλεκτρικό

ρεύμα περνά κατά μήκος ολόκληρου του εγκεφάλου φαίνεται να έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, αλλά επίσης φέρει μεγαλύτερο κίνδυνο απώλειας της μνήμης. Η ECT φαίνεται να έχει βραχυπρόθεσμα μια αντισπασμωδική επίδραση κυρίως στους μετωπιαίους λοβούς, και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα μέσω νευροτροφικών κυρίως στον εσωτερικό κροταφικό λοβό (Read&Bentall, 2010).

5.2 Ενδείξεις – αντενδείξεις και βελτίωση της εφαρμογής

Η ECT είναι σήμερα πολύ πιο ασφαλής από ότι τα προηγούμενα χρόνια, καθώς χρησιμοποιεί χαμηλότερα επίπεδα ηλεκτρικού ρεύματος. Η χρήση μυοχαλαρωτικών και αναισθησίας έχει μειώσει επίσης τους σοβαρούς σπασμούς που οδηγούσαν σε τραυματισμούς στο παρελθόν (Dierckx, Heijnen, VanDenBroek, & Birkenhäger, 2012).

Η ECT επιφέρει γρήγορα αποτελέσματα. Η αλλαγή στη χημεία του εγκεφάλου λόγω της ECT είναι ουσιαστικά στιγμιαία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων κάποιων ψυχικών ασθενειών. Συνήθως, οι ασθενείς αρχίζουν να βλέπουν σημαντική βελτίωση μετά από μόλις 2 ή 3 θεραπείες. Δεδομένου ότι τα φάρμακα χρειάζονται μερικές φορές και μια εβδομάδα για να δώσουν αποτελέσματα, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια ιδανική και σωτήρια επιλογή, ειδικά αν ο ασθενής έχει αυτοκτονικές σκέψεις ή βιώνει ένα εξουθενωτικό μανιακό επεισόδιο (DeJong&al., 2014).

Η ECT συχνά λειτουργεί όταν άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει. Υπάρχουν φορές που η θεραπεία και τα φάρμακα απλά δεν έχουν καμιά ή γρήγορη επίδραση. Οι ιατρικοί επαγγελματίες μπορούν να χρησιμοποιούν την ηλεκτροσπασμοθεραπεία ως θεραπεία για δύσκολες περιπτώσεις με πολλές ψυχιατρικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της:

- κατάθλιψης
- σχιζοφρένειας
- σοβαρής μανίας
- κατατονίας
- του σύνδρομου Tourette
- ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής

Η ECT απευθύνεται σε όσους δεν μπορούν ή δεν πρέπει να παίρνουν φάρμακα. Εάν δεν μπορούν να ανεχθούν τις παρενέργειες φαρμάκων ή έχουν επεισόδια (π.χ. ψυχωσικά ή μανιακά), στα οποία μπορεί να αρνηθούν να λάβουν συνταγογραφούμενα φάρμακα (π.χ. λόγω παράνοιας), η ECT μπορεί να βοηθήσει. Αντί να παίρνουν φάρμακα κάθε μέρα ή κάθε λίγες ώρες, μπορούν να επισκεφθούν μια ιατρική εγκατάσταση αρκετές φορές την εβδομάδα (Kanba, Kato, Terao, & Yamada, 2012).

Η ECT έχει όμως και την σκοτεινή πλευρά της μιας και θεωρείται ακόμα μια αμφιλεγόμενη θεραπεία από πολλούς επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Η ECT μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ψυχικές παρενέργειες. Μερικοί ασθενείς, ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι, βιώνουν μια περίοδο σύγχυσης αμέσως μετά τη θεραπεία. Η σύγχυση συχνά διαρκεί από μερικά λεπτά έως μερικές ώρες, αν και σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να καθυστερήσει για αρκετές ημέρες. Αυτή η παρενέργεια μπορεί να καταστήσει αδύνατη την επιστροφή στην εργασία ή τη λήψη άλλων ευθυνών αμέσως μετά τη θεραπεία (Beloucif, 2013).

Μια άλλη παρενέργεια της ECT είναι η απώλεια μνήμης, η οποία μπορεί να λάβει διάφορες μορφές. Για παράδειγμα, μερικοί έχουν πρόβλημα να θυμηθούν τα γεγονότα που συνέβησαν μερικές ημέρες ή εβδομάδες πριν από τη θεραπεία. Άλλοι άνθρωποι έχουν πρόβλημα να θυμηθούν πράγματα που συνέβησαν μετά το τέλος της θεραπείας. Αυτή μπορεί να είναι μια σημαντική παρενέργεια, καθώς έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει τα πράγματα που κάνουν κάθε μέρα, όπως η φροντίδα για τα παιδιά τους ή το να είναι αποδοτικοί στην εργασία. Μελέτες δείχνουν, ωστόσο, ότι τα προβλήματα που σχετίζονται με την απώλεια μνήμης βελτιώνονται τυπικά μέσα σε μερικούς μήνες (Campbell, Norcross, Vasquez, & Kaslow, 2013).

Η ECT μπορεί να έχει και φυσικές παρενέργειες. Ορισμένοι αναφέρουν πονοκεφάλους και μυϊκούς πόνους, ενώ άλλοι αναφέρουν ναυτία. Για τους περισσότερους ανθρώπους, οι φυσικές παρενέργειες της ηλεκτροσπασμοθεραπείας εξαφανίζονται μέσα σε μια ώρα ή μετά από ένα μικρό χρονικό διάστημα από ότι οι παρενέργειες από τα συμβατικά φάρμακα (Prudic, Olfson, & Sackeim, 2001).

Η ECT μπορεί να έχει ιατρικές επιπλοκές. Όπως και οι άλλες ιατρικές διαδικασίες, η ECT δεν φέρει τον κίνδυνο των επιπλοκών, όμως αυτές αυξάνουν όταν χρησιμοποιείται αναισθησία. Για παράδειγμα, δεδομένου ότι η ECT μπορεί να αυξήσει τον καρδιακό ρυθμό και την αρτηριακή πίεση, μπορεί να είναι μια πιο επικίνδυνη διαδικασία εάν το άτομο έχει κάποιου είδους καρδιακή πάθηση

(Chanpattana, Kunigiri, Kramer, &Gangadhar, 2005).

Η ECT είναι ακριβή. Η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει 6 έως 12 συνεδρίες και οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν μπορούν να καλύψουν το σύνολο του κόστους.

Τα οφέλη της ECT δεν είναι μόνιμα. Παρά το γεγονός ότι μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική σε βραχυπρόθεσμο ορίζοντα, η ECT δεν είναι μια μόνιμη λύση. Μπορεί να χρειαστεί να υποβληθούν σε τακτική αγωγή για να κρατήσουν τα οφέλη. Πρόσθετες θεραπείες, όπως η φαρμακευτική αγωγή ή λογοθεραπεία, βοηθάνε στο να μειωθεί ο κίνδυνος της υποτροπής.

Λόγω του κινδύνου παρενεργειών όπως η απώλεια της μνήμης, η ECT θεωρείται μια θεραπεία υψηλού κινδύνου από ορισμένους γιατρούς και επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Ωστόσο, τα οφέλη μπορεί να υπερτερούν των κινδύνων για τους ανθρώπους που ζουν με εξουθενωτική, ανθεκτική στη θεραπεία διαταραχή (Kala, 2013).

6. Σύγχρονες θεραπείες για τη κατάθλιψη

6.1 Η Μελλοντική Κατευθυνόμενη Θεραπεία

Η Μελλοντική Κατευθυνόμενη Θεραπεία (Future Directed Therapy - FDT) είναι μια πλήρης κλινική παρέμβαση για τη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής που αναπτύχθηκε από την Jennice Vilhauer. Είναι μια μορφή γνωστικής θεραπείας που στοχεύει να μειώσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να βελτιώσει την ευημερία, εστιάζοντας εκ νέου την προσοχή ενός ατόμου από το παρελθόν, ή το περιοριστικό παρόν, στο μέλλον με τη δημιουργία πιο θετικών προσδοκιών χρησιμοποιώντας ένα καλά καθορισμένο σύνολο δεξιοτήτων. Η Μελλοντική Κατευθυνόμενη Θεραπεία είναι σύμφωνη με τα σύγχρονα μοντέλα της γνωστικής επεξεργασίας των ατόμων που βιώνουν την κατάθλιψη και η κύρια παρέμβαση της βασίζεται σε ένα θεληματικό μοντέλο ενεργοποίησης (Tartakovsky, 2014).

Το μοντέλο της ανθρώπινης συμπεριφοράς της FDT βασίζεται στην ουμανιστική ψυχολογία και έχει τρεις κεντρικούς πυλώνες: 1) Η επιθυμία να ευδοκιμήσουν είναι θεμελιώδης προϋπόθεση όλων των ανθρώπων, δεδομένου ότι προωθεί την εξελικτική διαδικασία 2) η σκέψη και η συμπεριφορά χρησιμοποιείται

από τους ανθρώπους για την εξέλιξή τους και 3) η προετοιμασία για το μέλλον τους είναι ζωτικής σημασίας για την εξέλιξη τους και ένα μεγάλο μέρος της ανθρώπινης λειτουργίας έχει εξελιχθεί για να διευκολύνει τη δημιουργική διαδικασία του ατόμου στο μέλλον. Η FDT προϋποθέτει ότι τα συναισθήματα της ευημερίας και συναισθήματα όπως η ελπίδα και η αισιοδοξία είναι ενδείξεις ακμής. Αντίθετα, όταν η κίνηση προς μια επιθυμητή μελλοντική κατάσταση παρεμποδίζεται, η αντιληπτή δυνατότητα των ατόμων να ευδοκιμήσουν παρεμποδίζεται, συμβάλλοντας στην εμπειρία της ψυχολογικής δυσφορίας. Θεωρεί ότι η ψυχική οδύνη δύναται να ριζώσει στο επίκεντρο ανεπιθύμητων σκέψεων. Η FDT διδάσκει στα άτομα τη δυνατότητα να εκτιμήσουν ότι τα συναισθήματά τους είναι βάρομετρα της διαδικασίας της σκέψης τους και ότι τα αρνητικά συναισθήματα προέρχονται από την υπερβολική εστίαση σε αυτό που είναι ανεπιθύμητο (Vilhauer, 2014).

Στην Μελλοντική Κατευθυνόμενη Θεραπεία, η σκέψη και η συμπεριφορά πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύουν τις πιο ισχυρές πηγές που έχουν τα άτομα για να προωθήσουν την εξέλιξή τους. Η FDT διευκολύνει την ανάπτυξη της διαδικασίας της επίγνωσης με την οποία οι άνθρωποι δημιουργούν το μέλλον χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο που βασίζεται στην αναμονή. Τα άτομα μαθαίνουν πώς οι πεποιθήσεις και οι προσδοκίες τους επηρεάζουν τη διαδικασία και διδάσκονται στο πώς να διαμορφώσουν νέους τρόπους σκέψης για το μέλλον. Τα άτομα μαθαίνουν επίσης μια σειρά από συγκεκριμένες δεξιότητες, στις οποίες περιλαμβάνονται ο καθορισμός στόχων, ο σχεδιασμός, η ανάληψη δράσης, η επίλυση προβλημάτων, και η επικοδομητική αντιμετώπιση των απογοητεύσεων (Bar, 2011).

6.2 Η Επαναλαμβανόμενη Διακρανική Μαγνητική Διέγερση

Η Επαναλαμβανόμενη Διακρανιακή Μαγνητική Διέγερση (rTMS) είναι μια μορφή θεραπείας διέγερσης του εγκεφάλου. Χρησιμοποιεί μαγνητικούς παλμούς αντί της ηλεκτρικής ενέργειας για να ενεργοποιήσει τμήματα του εγκεφάλου. Αναπτύχθηκε για πρώτη φορά το 1985 και έχει μελετηθεί ως μια πιθανή θεραπεία για την κατάθλιψη. Μπορεί επίσης να εφαρμοστεί και για άλλες νευρολογικές και ψυχολογικές διαταραχές, όπως είναι η νόσος του Parkinson, το εγκεφαλικό επεισόδιο, οι εμβοές, η ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή, και η δυστονία. Το 2008, η αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων την ενέκρινε ως θεραπεία για

ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη που δεν ανταποκρίνονται στα αντικαταθλιπτικά (Padberg & George, 2009).

Κατά τη συνεδρία ο γιατρός τοποθετεί ένα ηλεκτρομαγνητικό πηνίο στο μέτωπο του ασθενούς κοντά στην περιοχή του εγκεφάλου που ρυθμίζει τη διάθεση. Το πηνίο περνά έπειτα μαγνητικούς παλμούς σε ένα στοχευμένο τμήμα του εγκεφάλου, διοχετεύοντας ηλεκτρικό ρεύμα σε ειδικά νευρικά κύτταρα. Η διαδικασία αυτή έρχεται σε αντίθεση με την ηλεκτροσπασμωδική θεραπεία (ECT), στην οποία το ηλεκτρικό ρεύμα διοχετεύεται σε όλο τον εγκέφαλο. Μια τυπική συνεδρία συνήθως διαρκεί λίγο λιγότερο από μία ώρα. Ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς και την κρίση του γιατρού, η διάρκεια, η ένταση και ο χρόνος μεταξύ των διαστημάτων μπορεί να ποικίλει για να παράγει τα καλύτερα αποτελέσματα (Padberg & George, 2009).

Η Επαναλαμβανόμενη Διακρανιακή Μαγνητική Διέγερση είναι μια αρκετά νέα μορφή θεραπείας. Οι γιατροί εξακολουθούν να μελετούν τα αποτελέσματά της και οι επιστήμονες πιστεύουν ότι η μαγνητική διέγερση μπορεί να επαναφέρει τις συχνότητες των εγκεφαλικών κυμάτων σε φυσιολογικά επίπεδα και να βελτιώσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η Επαναλαμβανόμενη Διακρανιακή Μαγνητική Διέγερση συνήθως συνιστάται μόνο μετά από αποτυχία του ασθενούς να ανταποκριθεί στην φαρμακευτική αγωγή και στη ψυχοθεραπεία (Bloch, et al., 2008).

Κλινικές δοκιμές για την αποτελεσματικότητα της rTMS καταδεικνύουν μικτά αποτελέσματα. Επειδή η rTMS είναι μία από τις νεότερες μορφές θεραπείας διέγερσης του εγκεφάλου, μακροχρόνιες μελέτες δεν είναι ακόμα διαθέσιμα. Παρά το γεγονός ότι rTMS θεωρείται ότι είναι η λιγότερο επεμβατική μορφή θεραπείας διέγερσης του εγκεφάλου, εξακολουθεί να ενέχει κινδύνους. Οι πιθανές παρενέργειες περιλαμβάνουν:

- πονοκεφάλους
- ερεθισμό του τριχωτού της κεφαλής ή δυσφορία
- συσπάσεις του προσώπου ή των μυών του λαιμού
- επιληπτικές κρίσεις
- απώλεια ακοής
- ναυτία
- προβλήματα όρασης
- μανία

Σοβαρές παρενέργειες, όπως οι επιληπτικές κρίσεις και η απώλεια ακοής είναι σπάνιες. Η Επαναλαμβανόμενη Διακρανιακή Μαγνητική Διέγερση θεωρείται ως μια πολλά υποσχόμενη επιλογή για τους ασθενείς με κατάθλιψη καθώς μπορεί να είναι μια καλύτερη επιλογή από άλλες μορφές θεραπείας διέγερσης του εγκεφάλου και αυτό επειδή έχει χαμηλότερο ποσοστό αρνητικών επιπτώσεων και η θεραπεία δεν αλληλεπιδρά αρνητικά με τα φάρμακα που λαμβάνονται συνήθως για την κατάθλιψη (Bloch, etal., 2008).

6.3 Νέα φάρμακα για τη θεραπεία της κατάθλιψης

Στις μέρες μας ερευνώνται νέα φάρμακα που στοχεύουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, οι ερευνητές εξετάζουν το ρόλο που η κορτιζόλη, μια ορμόνη του στρες, παίζει στην κατάθλιψη. Οι ορμόνες και οι χημικές ουσίες του εγκεφάλου αλληλοεπηρεάζονται. Ένα φάρμακο που ελέγχει τη κορτιζόλη μπορεί να ανακουφίσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης, ή στην καλύτερη περίπτωση, να αποτρέψει από την αρχή την ανάπτυξή της. Ωστόσο χρειάζεται ακόμη να γίνουν μακροχρόνιες μελέτες και να περάσουν μερικά χρόνια (τουλάχιστον 5) προτού τα φάρμακα αυτά διατεθούν στο κοινό. Κανένα φαρμακευτικό σκεύασμα δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τη κατάθλιψη στο σύνολό της. Η έρευνα δείχνει ότι η ψυχοθεραπεία, ο διαλογισμός και η άσκηση, μπορούν να βοηθήσουν αν εφαρμόζονται ταυτόχρονα. Η επιλογή της σωστής προσέγγισης στο σωστό χρόνο είναι το κλειδί για τη θεραπεία της κατάθλιψης (Stuart-Parrigon & Stuart, 2014).

Μέρος Γ':

1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διάφορες μορφές κατάθλιψης & Νοσηλευτική διεργασία.

1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κατάθλιψη.

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στο πώς ο νοσηλευτής ως ειδικός ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει και να δώσει συμβουλές, να εκπαιδεύσει τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και διαταραχές διάθεσης . Δηλαδή πώς μπορεί να θεραπεύσει μέσα από την ψυχοθεραπεία τα παιδιά, τους εφήβους, τους ενήλικες, τους ηλικιωμένους και τα άτομα με αυτοκτονικές τάσεις με τη βοήθεια της συζήτησης, της συμβουλής, εμπνέοντας σιγουριά και εμπιστοσύνη.

Πρώτα από όλα, για να λειτουργήσει ως ψυχοθεραπευτής ένας νοσηλευτής θα πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να ξαναβρουν τον παλιό τους εαυτό. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σύμβουλος, δάσκαλος και εκπαιδευτής απέναντι στον ασθενή ώστε να επιτευχθούν οι απαραίτητοι στόχοι. Μέσα από τις συνεδρίες ο νοσηλευτής θα βοηθήσει τον ασθενή να βρει την ψυχική του υγεία και την ηρεμία ενισχύοντας την ταυτότητα του και την αυτοπεποίθησή του. (*Chitty, K.K. 2010*).

Σκοπός του νοσηλευτή είναι να βρεθεί πρώτα από όλα ένα ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον για την ψυχική ηρεμία του ασθενή. Για παράδειγμα ένας ασθενής με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή καλό θα είναι να νοσηλεύεται σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο τόσο για την δική του ασφάλεια όσο και για των γύρω του. Ένας τρόπος είναι ο ψυχοθεραπευτής να απομονώσει τον ασθενή σε ένα μονόκλινο δωμάτιο το οποίο θα είναι ήσυχο, δε θα ακούγεται κανένας ήχος και ο φωτισμός θα είναι χαμηλός ώστε ο ασθενής να μπορέσει να ηρεμήσει. Όταν θα είναι ικανοί πια να αντιμετωπίσουν τα ερεθίσματα της ζωής τότε θα μπορούν να αποχωρήσουν από εκείνο το δωμάτιο. Ορισμένες ψυχιατρικές κλινικές διαθέτουν τέτοια δωμάτια γνωστά ως «ήσυχια δωμάτια». Επίσης τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν μπορούν να συνυπάρξουν εύκολα με άλλους ανθρώπους, όπως για παράδειγμα η συμμετοχή σε κάποια ομαδική δραστηριότητα τους κάνει περισσότερο νευρικούς και διεγερτικούς.

Ο νοσηλευτής θα βοηθήσει με τη μείωση αυτής της συμμετοχής σε δραστηριότητες μέχρι να ηρεμήσει ο ασθενής. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να είναι συνέχεια σε επίβλεψη από τους νοσηλευτές, ώστε να μην κάνουν κακό στον εαυτό τους ή στους γύρω τους. Μπορεί να θέλουν να καπνίσουν, όμως, αντί για αυτό να βάλουν φωτιά ή να καούν και οι ίδιοι, όποτε πρέπει να καπνίσουν κάτω από την επίβλεψη κάποιου νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς βάζοντας τους να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες όπως χορός, περπάτημα γυμναστική κ.α. Σκοπός του νοσηλευτή εδώ είναι να επαινέσει αυτήν τους τη προσπάθεια.

Απ' την άλλη πλευρά, η επίβλεψη του ασθενή με ψυχική διαταραχή από τον νοσηλευτή μπορεί να γίνει και στο σπίτι με τη βοήθεια της οικογένειας. Ρόλος του νοσηλευτή σε αυτήν την περίπτωση είναι να βοηθήσει τον ασθενή να μείνει όσο το δυνατόν περισσότερο γίνεται με την οικογένεια του. Η φροντίδα στο σπίτι μπορεί να συνιστάται σε άτομα που προηγουμένως είχαν νοσηλευτεί σε κάποιο νοσοκομείο ή αυτό να γίνει στη συνέχεια. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να παρακολουθεί σε καθημερινή βάση τη σχέση του ασθενή με την οικογένεια του και πόσο η οικογένεια μπορεί να διαταράσσει ή όχι την ψυχική ηρεμία του ασθενή. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής εκπαιδεύει την οικογένεια του ασθενή στη φαρμακευτική αγωγή, στις ανεπιθύμητες δόσεις, στη σωστή δοσολογία και τήρηση των οδηγιών για τον τρόπο χορήγησης και τη δόση χορήγησης, και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα ή τροφές. Ακόμη, συνεργάζονται με άλλους ειδικούς υγείας όπως ψυχολόγους, ψυχίατρους κοινωνικούς λειτουργούς ώστε να βελτιωθεί η σχέση και η επικοινωνία μεταξύ τους.

Τέλος, ο νοσηλευτής ενημερώνει την οικογένεια για την πορεία και την εξέλιξη της νόσου και της θεραπείας και για το πότε η οικογένεια πρέπει να αναζητήσει και πάλι τη βοήθεια ειδικού σε περίπτωση υποτροπής της νόσου (Nardi DA, 2007).

1.1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε άτομα με αυτοκτονικές τάσεις.

- Βασική επιδίωξη του νοσηλευτή είναι πάνω απ' όλα η προστασία της ζωής του αυτοκτονικού άτομου, η παροχή ασφάλειας και προστασίας. Γι' αυτό το λόγο πρώτη προτεραιότητα του είναι η συστηματική παρατήρηση και

εκτίμηση της κατάστασης του ώστε να προληφθούν τυχόν αυτοκαταστροφικές ενέργειες. Ο νοσηλευτής λοιπόν οφείλει:

- Να διασφαλίσει ένα ασφαλές περιβάλλον για τον ασθενή απομακρύνοντας επικίνδυνα ή αιχμηρά αντικείμενα, ακόμη και χάπια, που θα μπορούσαν να τον βλάψουν.
- Να λάβει σοβαρά υπόψη του κάθε έκκληση ή ένδειξη για βοήθεια.
- Να μιλήσει ξεκάθαρα και ανοιχτά για την αυτοκτονία χωρίς περιστροφές και ενδοιασμούς.
- Να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς μιλώντας του με ειλικρίνεια και εκφράζοντας τη συμπάρασταση του.
- Να μεριμνήσει για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών του ασθενούς.
- Να τοποθετήσει τον ασθενή σε έναν χώρο εύκολα προσδύκσιμο με τη δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης.
- Να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του αρρώστου παροτρύνοντας τον να συνεχίσει την ατομική του φροντίδα και τις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Να οργανώσει ένα σχέδιο φροντίδας μαζί με τον ασθενή, ιεραρχώντας και ταξινομώντας τα βασικά του προβλήματα ώστε να καταγραφούν οι απαιτούμενες ενέργειες και να ανατεθούν αρμοδιότητες στους υπευθύνους.
- Να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός με τη συμπεριφορά του προσωπικού ώστε να μην δημιουργηθεί η λανθασμένη εντύπωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος.
- Να συνεννοηθεί με τον ασθενή για το ποια μέλη της οικογένειας του και του φιλικού του περιβάλλοντος θα έρχονται σε επαφή μαζί του και ποιες ώρες.
- Να είναι οπλισμένος με ψυχραιμία και ανεκτικότητα για οποιαδήποτε αντίδραση προερχόμενη από την οικογένεια του ασθενούς.
- Να φροντίζει ο ασθενής να λαμβάνει την τυχόν φαρμακευτική αγωγή που του έχει χορηγηθεί.
- Να βρίσκεται σε διαρκή εγρήγορση και επαγρύπνηση καθώς για ένα άτομο που θέλει να αυτοκτονήσει δεν αρκεί η απομάκρυνση των «ύποπτων» από κοντά του αντικειμένων. Το αυτοκτονικό άτομο μπορεί να σκαρφιστεί χιλίους τρόπους επίτευξης της πράξης αυτής.
- Να συγκεντρώσει πληροφορίες για τον ίδιο (προηγούμενο ιστορικό αυτοκτονίας) και το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον (Sadock Benjamin J., Sadock Virginia A., 2007).

1.2 Νοσηλευτική διεργασία για ασθενή με καταθλιπτική διαταραχή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

1. Η νοσηλευτική εκτίμηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, όπου αρχίζει με τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού του ασθενούς κατά το οποίο συλλέγονται τα δεδομένα για τη γενικότερη κατάσταση του.
2. Σημειώνουμε τα χαρακτηριστικά του (συμπτώματα), τη γνωσιακή, συναισθηματική και συμπεριφοριστική απάντηση του ατόμου εξατομικευμένα με τη βοήθεια του προσχεδιασμένου ιστορικού για τις συναισθηματικές διαταραχές.
3. Εκτιμούμε τους αυτοκτονικούς παράγοντες κινδύνου και πιθανές αυτοκτονικές συμπεριφορές που μπορεί να αποβούν θανατηφόρες.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. Αναλύουμε την επικρατέστερη διάθεση του ασθενούς, τα επίπεδα άγχους, το βαθμό αυτοελέγχου και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Καθορίζουμε την επικινδυνότητα για αυτοκτονία, κατανοούμε ότι ο ασθενής με κατάθλιψη είναι υψηλού κινδύνου.
2. Εφαρμόζουμε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση για τα άτομα ή την οικογένεια με καταθλιπτική διαταραχή ή αυτοκτονική συμπεριφορά και ιεραρχούμε τα παρακάτω:
 - Άγχος
 - Αντιμέτωπιση αναποτελεσματικής οικογένειας: συμβιβαστική λύση.
 - Αντιμέτωπιση, αναποτελεσματική προσωπικότητα του ατόμου.
 - Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας
 - Λύπη, δυσλειτουργία
 - Έλλειψη ελπίδας

- Ελλειμματική γνώση
- Διαταραχή στη διατροφή, κίνδυνος λήψης λιγότερης ποσότητας από την αναγκαία.
- Καταβολή δυνάμεων.
- Έλλειψη αυτοεκτίμησης.
- Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς.
- Διαταραχή του ύπνου.
- Κοινωνική απομόνωση.
- Πνευματικές ανησυχίες.
- Μειωμένη κριτική ικανότητα.
- Κίνδυνος για άσκηση βίας και στον εαυτό του και στους άλλους.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Σ' αυτό το στάδιο προκαθορίζουμε τους στόχους για το αναμενόμενο αποτέλεσμα μαζί με τον ασθενή. Καθορίζουμε αρχικά τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα όσο αφορά τον ασθενή, και σε δεύτερο πλάνο τα κριτήρια για τη συμβολή της οικογένειας του στο το επιθυμητό αυτό αποτέλεσμα.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ

Αυτό είναι το στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας κατά το οποίο εφαρμόζεται στην πράξη το σχέδιο φροντίδας του ασθενούς, σε συνεργασία με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία.

1. Ο ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος και φυσιολογική, καλή διάθεση.
2. Ο ασθενής δεν έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του

να ζήσει.

3. Ο ασθενής τρώει κάθε μέρα υγιεινά γεύματα και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.
4. Ο ασθενής παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας έχει ικανοποιητική ενέργεια.
5. Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάζει πέρα με τις τρέχουσες αλλαγές της ζωής και ότι είναι ικανός να βρίσκει κατάλληλους τρόπους για να τις αντιμετωπίσει.
6. Ο ασθενής παρουσιάζει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.
7. Ο ασθενής εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
8. Ο ασθενής εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο που είχε επίδραση πάνω του και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.
9. Ο ασθενής εκδηλώνει δείγματα καθαρής σκέψης, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία παραπλάνησης, υπερβολικά συναισθήματα ενοχής ή ιδέες φυγής.
10. Ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν γνώσεις σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή, το πρόγραμμα θεραπείας του, τη φαρμακευτική αγωγή, και τα συμπτώματα που δείχνουν μια ανερχόμενη κρίση. (Mood Disorders and Suicidal Behaviour, chapter 6, p. 106- 112, 2002).

1.3 Νοσηλευτική διεργασία περιστατικού με συμπτώματα κατάθλιψης.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γυναίκα ασθενής η οποία νοσηλευόταν στο ογκολογικό τμήμα γενικού νοσοκομείου και η οποία είχε υποβληθεί σε διπλή μαστεκτομή, κατά την δεύτερη εβδομάδα νοσηλείας της έκανε εμφανή συμπτώματα καταθλιπτικής διάθεσης που έγιναν αντιληπτά στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η ασθενής ήταν 43 ετών, μητέρα 2 ανήλικων παιδιών, με ιστορικό καρκίνου από την πλευρά της μητέρας της, την οποία είχε χάσει σε νεαρή ηλικία και χαμηλού οικογενειακού εισοδήματος. Είχε υπάρξει 15ετής καπνίστρια και στο παρελθόν της είχε δοθεί αγωγή (LADOSE 20mg 1x2, XANAX 50mg 1x1).

Τα συμπτώματα που εμφάνισε ήταν: έντονη θλίψη και απώλεια ενδιαφέροντος σε ό, τι αφορούσε τη θεραπεία, αντίδραση και θυμό στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, κλάμα κατά τις νυχτερινές ώρες καθώς και αϋπνία.

	<i>Ανάγκες & Προβλήματα</i>	<i>Αντικειμενικός σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός & Νοσηλευτική φροντίδα</i>	<i>Εφαρμογή</i>	<i>Αξιολόγηση αποτελέσματος</i>
1	θλίψη και απώλεια ενδιαφέροντος	τόνωση διάθεσης	ενθαρρυντική συζήτηση από το προσωπικό για θέματα που απασχολούν τον ασθενή	αφιέρωση χρόνου από το προσωπικό	μείωση αισθήματος θλίψης
2	αντίδραση και θυμός	άρση θυμού και επιθετικότητας	ήπια αντικαταθλιπτική αγωγή	χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής	αισθητά μειωμένος θυμός
3	Κλάμα	περιορισμός κλάματος	συντροφικότητα τις περισσότερες ώρες της ημέρας από τα μέλη της οικογένειας	συνεχή παρουσία οικογενειακών μελών	άρση εξάρσεων κλάματος
4	Αϋπνία	σωστή διέλευση του ύπνου	διαμόρφωση κατάλληλου περιβάλλοντος	σωστά διαμορφωμένο περιβάλλον	επαρκείς ώρες ύπνου

Επίλογος - Συμπεράσματα

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή της διάθεσης, της σκέψης και του σώματος που χαρακτηρίζεται από διαφορετικούς βαθμούς θλίψης, απογοήτευσης, μοναξιάς, απελπισίας, αυτο-αμφιβολίας και ενοχής. Ο κίνδυνος εμφάνισης της κατάθλιψης μπορεί να σχετίζεται με ένα συνδυασμό γενετικών, σωματικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τις σκέψεις, τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα ενός ατόμου και την αίσθηση της ευημερίας του. Οι άνθρωποι με καταθλιπτική διάθεση μπορεί να αισθάνονται λυπημένοι, ανήσυχοι, άδριοι, χωρίς ελπίδα, ανήμποροι, άχρηστοι, ένοχοι, οξύθυμοι, επίσης να αισθάνονται ντροπή ή ανησυχία. Μπορεί να χάσουν το ενδιαφέρον τους σε δραστηριότητες που κάποτε τους ήταν ευχάριστες, να ταλανίζονται από υπερφαγία ή απώλεια της όρεξης, να έχουν προβλήματα συγκέντρωσης, να μη θυμούνται λεπτομέρειες ή να μην είναι ικανοί για λήψη αποφάσεων, και μπορεί να σκέφτονται ή να προσπαθήσουν να αυτοκτονήσουν. Επίσης μπορεί να πάσχουν από αϋπνία, υπερβολικό ύπνο, κόπωση, πόνους, πεπτικά προβλήματα ή να έχουν μειωμένη ενεργητικότητα (Ancibure, Ancibure, & Sauret, 2010).

Η κατάθλιψη συνεισφέρει σημαντικά στην παγκόσμια επιβάρυνση από τη νόσο και επηρεάζει τους ανθρώπους, σε όλες τις κοινότητες, σε όλο τον κόσμο. Σήμερα, η κατάθλιψη εκτιμάται ότι επηρεάζει 350 εκατομμύρια ανθρώπους. Η Παγκόσμια Έρευνα για την Ψυχική Υγεία που διεξήχθη σε 17 χώρες, έδειξε ότι κατά μέσο όρο περίπου 1 στα 20 άτομα αντιμετώπισε κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο τα τελευταία τρία χρόνια. Οι καταθλιπτικές διαταραχές, οι οποίες συνήθως ξεκινούν σε νεαρή ηλικία και συχνά επαναλαμβάνονται, μειώνουν τις ανθρώπινες λειτουργίες. Για το λόγο αυτό, η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως. Η απαίτηση για αναχαίτιση/περιορισμό της κατάθλιψης και άλλων καταστάσεων ψυχικής υγείας βρίσκεται σε άνοδο σε παγκόσμιο επίπεδο. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει και η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, η οποία ζήτησε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και τα κράτη μέλη να αναλάβουν δράση προς την κατεύθυνση αυτή (Burton, 2011).

Ένας στους δέκα ανθρώπους υποφέρει από σοβαρή κατάθλιψη και σχεδόν ένας στα πέντε άτομα έχει πληγεί από αυτή τη διαταραχή στη διάρκεια της ζωής του. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μέχρι το 2020 η κατάθλιψη θα είναι

η δεύτερη κύρια αιτία της παγκόσμιας αναπηρίας και από το 2030 και μετά αναμένεται να είναι ο κύριος παράγοντας εμφάνισης των ασθενειών (Field, 2010).

Ενώ η κατάθλιψη αποτελεί την κύρια αιτία αναπηρίας τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, η επιβάρυνση της κατάθλιψης είναι 50% υψηλότερη για τις γυναίκες παρά για τους άνδρες. Στην πραγματικότητα, η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία επιβάρυνσης της νόσου για τις γυναίκες τόσο για τις χώρες υψηλού εισοδήματος όσο και για τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Η έρευνα στις αναπτυσσόμενες χώρες δείχνει ότι η μητρική κατάθλιψη ενδέχεται να είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου κακής ανάπτυξης των μικρών παιδιών. Αυτός ο παράγοντας κινδύνου μπορεί να σημαίνει ότι η ψυχικής υγείας της μητέρας, στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη των ατόμων κατά την παιδική τους ηλικία, με τις επιπτώσεις της κατάθλιψης να επηρεάζουν όχι μόνο αυτή τη γενιά αλλά και την επόμενη (Goodman, 2004).

Για τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη υπάρχουν πολλοί επαγγελματίες και υπηρεσίες υγείας που μπορούν να βοηθήσουν, παρέχοντάς στα άτομα αυτά πληροφορίες, θεραπεία και υποστήριξη. Επιπλέον τα άτομα μπορούν να κάνουν πολλά πράγματα και από μόνα τους για να βοηθήσουν τον εαυτό τους. Η αποτελεσματική θεραπεία βοηθά τα άτομα αυτά να μάθουν πώς να ελέγχουν δύσκολες καταστάσεις και πώς να μην αφήνουν τις καταθλιπτικές διαταραχές να τους ελέγχουν και να τους ταλαιπωρούν. Το είδος της θεραπείας εξαρτάται από το είδος της κατάθλιψης που βιώνουν. Τα ήπια συμπτώματα μπορούν να ανακουφιστούν με αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως για παράδειγμα η τακτική σωματική άσκηση. Όταν όμως τα συμπτώματα είναι μέτρια έως σοβαρά, τις περισσότερες φορές απαιτείται ψυχολογική ή / και ιατρική θεραπεία (DeMello, DeJesusMari, Bacaltchuk, Verdeli, &Neugebauer, 2005).

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνει με την ηλικία όπως δείχνουν διεθνείς στατιστικές. Όμως μόνο ένα μικρό ποσοστό των καταθλιπτικών, που δε ξεπερνά το 20%, αναγνωρίζει τη νόσο και ζητά βοήθεια. Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη δεν καλείται μόνο να αντιμετωπίσει τις σοβαρές επιπτώσεις της κατάθλιψης, αλλά και τις αλλαγές όπως είναι οι σωματικές ασθένειες, η έκπτωση των βιολογικών και διανοητικών λειτουργιών, οι συναισθηματικές και οικονομικές απώλειες καθώς επίσης η κοινωνική απομόνωση και το στίγμα της ψυχικής ασθένειας (Burton, 2011).

Σύμφωνα με τον WHO (2012), πολλά από τα προβλήματα ψυχικής υγείας

συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης μπορούν να αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά, αλλά τα περισσότερα κράτη στερούνται πολιτικής, προγραμμάτων και υπηρεσιών για την αντιμετώπιση αυτών των αναγκών (WHO, 2012).

Στα διάφορα στάδια της ζωής του ο άνθρωπος καλείται να υπερβεί μια δεδομένη κατάσταση ισορροπίας και να προσαρμοστεί σε διάφορες νέες καταστάσεις. Κατά την προσαρμογή του ενεργοποιούνται οι ψυχολογικές δυνατότητες του παρελθόντος και διαρθρώνουν τις προοπτικές του μέλλοντος. Κάθε άνθρωπος βιώνει την κρισιμότητα των καταστάσεων της ζωής του, με ένα τρόπο ιδιαίτερα προσωπικό, μοναδικό και ανεπανάληπτο. Η οδύνη, η ανασφάλεια και η αγωνία συνοδεύουν πάντοτε το πέρασμα από το γνωστό στο άγνωστο (Andrews, Poulton, & Skoog, 2005).

Μεταξύ των λειτουργικών ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και των συνδρόμων η κατάθλιψη έχει τη μεγαλύτερη συχνότητα. Η δυσθυμία, με επικρατέστερη τη μελαγχολική διάθεση, επηρεάζει τις γνωστικές και τις συναισθηματικές εμπειρίες του καταθλιπτικού ατόμου, γεγονός που γίνεται φανερό σε όλη τη συμπεριφορά του. Σε ορισμένα άτομα η δυσθυμία συνοδεύεται με κινητική επιβράδυνση και έλλειψη ενδιαφέροντος. Σε άλλα άτομα η δυσφορία συνοδεύεται με ανησυχία, αϋπνία και σωματικές ενοχλήσεις (Field, 2010).

Η κατάθλιψη δεν είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δεν πρέπει να θεωρείται φυσιολογική μια καταθλιπτική αντίδραση σε αυτή την ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων προσαρμόζεται με επιτυχία στις μεταβολές όταν εισέρχονται σε αυτό το στάδιο ζωής (CentralStatisticsOffice, 2008).

Η φυσική σωματική ασθένεια, ειδικά η χρόνια, είναι προδιαθεσικός παράγοντας. Ακόμα κοινωνικοί παράγοντες, όπως η απομόνωση, οι οικογενειακές απώλειες, οι συναισθηματικές απώλειες αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης.

Η παρουσία ποικίλων σωματικών νόσων έχει σχετιστεί άμεσα ή έμμεσα με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η ύπαρξη προβλημάτων υγείας αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα, που οδηγεί σε ανικανότητα και μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Τα χρόνια προβλήματα υγείας και η συνεχής ενασχόληση με αυτά επιφέρουν ψυχολογικές διαταραχές ευρέος φάσματος, όπως και οι οργανικές εγκεφαλικές διαταραχές όταν συνεπάγονται την κάμψη των νοητικών ικανοτήτων και την αλλοίωση της προσωπικότητας. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιο εκτεταμένα στους ανθρώπους που είναι εύθραυστοι, φιλάσθενοι και καχεκτικοί και η

σωματική υγεία και η κατάθλιψη αλληλεπιδρούν επηρεάζοντας η μία την άλλη με αποτέλεσμα την επιδείνωση της μιας όταν επιδεινώνεται και η άλλη (Gelder, Andreasen, Lopez-Ibor, & Geddes, 2009).

Τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης συνδέονται με την καλύτερη υγεία διότι τα άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης τείνουν να υιοθετούν υγιέστερους τρόπους ζωής έχοντας καλύτερη πρόσβαση στην πληροφόρηση και στη φροντίδα υγείας. Η κατάθλιψη συνδέεται με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, άποψη που ενισχύεται από σύγχρονες μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς διαφέρουν σημαντικά από τους μη καταθλιπτικούς όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο. Οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και χαμηλό εισόδημα φαίνεται να μην έχουν τη δυνατότητα να μεριμνήσουν για την υγεία τους σε αντίθεση με αυτούς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Οι δύο αυτοί παράγοντες φαίνεται ότι επιδρούν τελικά πάνω στην υγεία (Field, 2010).

Η ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί ανεξάρτητα όσον αφορά την καθημερινή του ζωή εξαρτάται από την ηλικία του, τη φυσική του κατάσταση, τις χρόνιες παθήσεις του, τη συναισθηματική του κατάσταση καθώς και την υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον. Η απώλεια της ανεξαρτησίας και αυτονομίας έχει σχετιστεί πολλές φορές με τη κατάθλιψη. Η θεραπεία της βελτιώνει τη λειτουργικότητα ακόμα κι αν δεν επέλθει καμία αλλαγή στη σωματική κατάσταση που προκάλεσε την ανικανότητα. Τα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων, που αφορούν την προσωπική τους φροντίδα και υγιεινή καθώς και την κινητική τους δραστηριότητα (Campbell, Norcross, Vasquez, & Kaslow, 2013).

Οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη χαρακτηρίζονται κατά κανόνα από δυσλειτουργίες της προσωπικότητας στις νεότερες ηλικίες. Αυτό σημαίνει ότι οι νέοι και ώριμοι ενήλικες, που εμφανίζουν δυσλειτουργία της προσωπικότητας έχουν προδιάθεση για ανάπτυξη κατάθλιψης σε μεγαλύτερη ηλικία. Ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενοχοποιούνται για την εκδήλωση κατάθλιψης. Άτομα επιρρεπή στο άγχος και εξαρτημένα συναισθηματικά κινδυνεύουν περισσότερο. Επίσης άτομα που δεν έχουν αναπτύξει στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων σε νεαρή ηλικία και επιπλέον χαρακτηρίζονται από φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη (DeMello, DeJesusMari, Bacaltchuk, Verdelli, & Neugebauer, 2005).

Ο άνθρωπος από τη φύση του είναι κοινωνικό ον οπότε κατά συνέπεια

αλληλεπίδρά, σχετίζεται με τους άλλους και αλληλοεπηρεάζεται από το περιβάλλον του με τέτοιο τρόπο ώστε μια αλλαγή θετική ή αρνητική να επηρεάζει αμφίδρομα άτομο και περιβάλλον. Ο παράγοντας λοιπόν της κοινωνικής υποστήριξης είναι σημαντικός για το άτομο, ώστε αυτό να αναπτύξει δεσμούς και κοινωνικές σχέσεις μέσω των οποίων οι άνθρωποι αισθάνονται ότι ανήκουν σε κάποια ομάδα, έχουν αξία, εισπράττουν αναγνώριση και έχουν σκοπό και νόημα στη ζωή τους (Joyce, 2009).

Στη σύγχρονη εποχή οι θεωρίες που υπάρχουν για αυτήν είναι πολλές. Οι πιο γνωστές είναι οι ψυχαναλυτικές και ψυχοδυναμικές θεωρίες, οι θεωρίες της γνωστικής συμπεριφοράς, η γενετική θεωρία, η ιδιοπαθής θεωρία και η βιολογική θεωρία. Υπάρχουν ακόμα και σήμερα πολλές διαφωνίες ως προς το που είναι σημαντικό να επικεντρωθεί κανείς και τι μεθόδους είναι καλύτερο να χρησιμοποιήσει για τη μελέτη του θέματος της κατάθλιψης. Κατά συνέπεια, οι διαφορετικές σχολές σκέψης στον τομέα της ψυχολογίας έχουν αναπτύξει τις δικές τους θεωρίες ως προς το γιατί κάποιος γίνεται καταθλιπτικός (Minois, 2010).

Βιβλιογραφία

Ξενογλώσση

- Alexander, F. G., & Selesnick, S. T. (1966). *The history of psychiatry*. USA: Harper and Row.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. American Psychiatric Publishing; 5 edition.
- Ancibure, F., Ancibure, M. G., & Sauret, M. J. (2010). *Κατάθλιψη*. Αθήνα: Νόβολι.
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373, pp. 2234-2246.
- Andrews, G., Poulton, R., & Skoog, I. (2005). 'Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most?'. *British Journal of Psychiatry*, 187, pp. 495-496.
- Association, A. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. . *Am J Psychiatry*, 157, pp. 1-45.
- Baghai, T., Möller, H., & Rupprecht, R. (2006). "Recent Progress in Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment Options of Major Depression". *Current Pharmaceutical Design*, 12 (4), pp. 503-15.
- Baldessarini, R., Vázquez, G., & Tondo, L. (2011). Treatment of cyclothymic disorder: commentary. *Psychother Psychosom* 80 (3), pp. 131-5.
- Bar, M. (2011). *Predictions in the Brain: Using Our Past to Generate a Future*. Oxford University Press.
- Beck, A. (2014). "Advances in cognitive theory and therapy". *Annu Rev Clin Psychol*, 10, pp. 1–24.
- Beck, S. J. (2013). *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beloucif, S. (2013). "Informed consent for special procedures: electroconvulsive therapy and psychosurgery". *Curr Opin Anaesthesiol*, 26, pp. 182–5.
- Berrios, G. (1998). Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual

- History. *British Journal of Psychiatry*, 153, pp. 298-304.
- Bloch, Y., Grisaru, N., Harel, E., Beitler, G., Faivel, N., Ratzoni, G., Levkovitz, Y. (2008). Repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression in adolescents: an open-label study. *J ECT*, 24, pp. 156-159.
- Bschor, T., & Baethge, C. (2010). "No evidence for switching the antidepressant: Systematic review and meta-analysis of RCTs of a common therapeutic strategy". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121 (3), pp. 174-9.
- Burton, R. (2011). *Η ανατομία της μελαγχολίας*. Αθήνα: Ηριδανός.
- Byrne, G. (2002). What happens to anxiety disorders in later life? . *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), pp. 74-80.
- Byrne, G., & Pachana, N. (2010). Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory. *the GAI-SF. International Psychogeriatrics*, pp. 132-151.
- Campbell, L., Norcross, J., Vasquez, M., & Kaslow, N. (2013). "Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution". . *Psychotherapy (Chic)*, 50 (1), pp. 98-101.
- Central Statistics Office. (2008). "*National Disability Survey 2006: First Results*". Dublin: Stationary Office.
- Chanpattana, W., Kunigiri, G., Kramer, B., & Gangadhar, B. (2005). "Survey of the practice of electroconvulsive therapy in teaching hospitals in India". *J ECT*, 21 (2), pp. 100-4.
- Chitty, K.K., Professional Nursing (text only) 6th (Sixth) edition, (2010).
- Clark, A. D., & Beck, T. A. (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* . New York: The Guilford Press.
- Cole, M., Johnstone, S., Newman, J., Kagey, M., & Young, R. (2008). Tcf3 is an integral component of the core regulatory circuitry of embryonic stem cells. *Genes & Dev* 22, pp. 746–755.
- Cuijpers, P., Muñoz, R., Clarke, G., & Lewinsohn, P. (2009). "Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later". . *Clinical Psychology Review* 29 (5), pp. 449–458.
- De Mello, M., De Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H., & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255, pp. 75-82.

- DeJong, H., et al., (2014). "A systematic review of interventions used to treat catatonic symptoms in people with autistic spectrum disorders". *J Autism Dev Disord*, 44 (9), pp. 2127-36.
- Dierckx, B., Heijnen, W., Van Den Broek, W., & Birkenhäger, T. (2012). "Efficacy of electroconvulsive therapy in bipolar versus unipolar major depression: A meta-analysis". *Bipolar Disorders*, 12 (2), pp. 146-150.
- Dobson, K. S., et al., (2008). "Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Prevention of Relapse and Recurrence in Major Depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (3), pp. 468-77.
- Driessen, E., & Hollon, S. D. (2010). "Cognitive Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators". *Psychiatric Clinics of North America*, 33 (3), pp. 537-55.
- Economou, M., Madianos, M., Theleritis, C., & al., e. (2011). Increased suicidality amid economic crisis in Greece. . *Lancet*, 378, p. 1459.
- Field, T. (2010). "Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review". *Infant Behavior and Development*. 33, pp. 1-6.
- Flint, A. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients: Epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs and Aging*, 22(2), pp. 101-114.
- Fournier, J., DeRubeis, R., Hollon, S., Dimidjian, S., Amsterdam, J., Shelton, R., & Fawcett, J. (2010). "Antidepressant Drug Effects and Depression Severity". *JAMA . The Journal of the American Medical Association*, 303 (1), pp. 47-53.
- Freeman, M., Mischoulon, D., Tedeschini, E., Goodness, T., Cohen, L., Fava, M., & al., e. (2010). "Complementary and alternative medicine for major depressive disorder: a meta-analysis of patient characteristics, placebo-response rates, and treatment outcomes relative to standard antidepressants". . *J Clin Psychiatry*, 71 (6), pp. 682-8.
- Gelder, M., Andreasen, N., Lopez-Ibor, J., & Geddes, J. (2009). *'The New Oxford textbook of Psychiatry'*. Oxford: Oxford University Press.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. (1998). *Oxford textbook of psychiatry, 3rd rev ed.* New York: Oxford University Press Inc.
- Gibbons, R., Hur, K., Brown, C., Davis, J., & Mann, J. (2012). "Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine.". *Archives*

- of general psychiatry*, 69 (6), pp. 572-9.
- Glass, A., Mendes De Leon, F., Bassuk, S., & Berkman, F. (2006). Social engagement and Depressive Symptoms in Late Life: Longitudinal Findings. *J Aging Health*, 18(4), pp. 604-628.
- Golden, N. R., & Janowsky, S. D. (1990). *Biological Theories of Depression. Depressive Disorders*. New York: Wiley.
- Goldman, H. (2000). *Review of general psychiatry*. New York /London: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- Goodman, J. (2004). "Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health". *J Adv Nurs* 45 (1), pp. 26–35.
- Grady, M. M., & Stahl, S. M. (2012). "Practical guide for prescribing MAOIs: debunking myths and removing barriers". *CNS Spectrums*, 17, pp. 2-10.
- Guillem, K., Vouillac, C., Azar, M., et al., (2005). "Monoamine oxidase inhibition dramatically increases the motivation to self-administer nicotine in rats". *J. Neurosci.*, 25 (38), pp. 8593-600.
- Haddad, P., & Anderson, I. (2007). "Recognising and managing antidepressant discontinuation symptoms". *Advances in Psychiatric Treatment*, 13 (6), pp. 447–457.
- Haddad, P., & Dursun, S. (2008). "Neurological complications of psychiatric drugs: clinical features and management". *Hum Psychopharmacol*, 23 (1), pp. 15-26.
- Hagen, E., & Barrett, H. (2007). "Perinatal sadness among Shuar women: support for an evolutionary theory of psychic pain". *Med Anthropol Q* 21 (1), pp. 22-40.
- Hocking, C. (2004). Making a difference: The romance of occupational therapy. *South African Journal of Occupational Therapy*, 34 (2), pp. 3-5.
- Hollon, S., Jarrett, R., Nierenberg, A., Thase, M., Trivedi, M., & Rush, A. (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry*, 66, pp. 455-468.
- Hong, J., Knapp, M., & McGuire, A. (2011). Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry*, 10, pp. 40-4.
- Jelovac, A., et al., (2013). "Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: a meta-analysis". *Neuropsychopharmacology*, 38 (12),

pp. 2467–74.

- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., & al., e. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med*, 38, pp. 1485-93.
- Johnson, B. A. (2011). *Addiction medicine : science and practice*. New York : Springer, pp. 301-303.
- Joyce, A., Piper, W., & Ogrodniczuk, J. (2007). "Therapeutic Alliance and Cohesion Variables as Predictors of Outcome in Short-Term Group Psychotherapy.". *International Journal of Group Psychotherapy*, 57 (3), pp. 269–97.
- Joyce, P. (2009). 'Epidemiology of mood disorder'. In M. A.-I. Gelder, *'The New Oxford textbook of Psychiatry'* (pp. 645-650). Oxford: Oxford University Press.
- Kala, A. (2013). Time to face new realities; mental health care bill. *Indian J Psychiatry*, 55(3), pp. 216-9.
- Kanba, S., Kato, T., Terao, T., & Yamada, K. (2012). "Guideline for treatment of bipolar disorder by the Japanese Society of Mood Disorders". *Psychiatry Clin Neurosci*, 67 (5), pp. 285-300.
- Kessing, L., Bukh, J., Bock, C., et al., (2010). Does bereavement-related first episode depression differ from other kinds of first depressions? . *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45, pp. 801–808.
- Kirmizioglu, Y., Dogan, O., Kugu, N., & Akyuz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), pp. 1026-1033.
- Klainin, P., & Arthur, D. (2009). "Postpartum depression in Asian cultures: a literature review". *Int J Nurs Stud* 46 (10), pp. 1355–73.
- Ladin, K., Daniels, N., & Kawachi, I. (2010). Exploring the relationship between absolute and relative position and late-life depression: evidence from 10 European countries. . *Gerontologist*, 50, pp. 48–59.
- Langlieb, A., & DePaulo, J. (2008). 'Etiology of depression and implications on work environment' . *Journal of Occupational and Environmental*, 50 (4), pp. 391-5.
- Laursen, T., Munk-Olsen, T., Mortensen, P., Abel, K., Appleby, L., & Webb, R. (2011). "Filicide in offspring of parents with severe psychiatric disorders: a population-based cohort study of child homicide.". *The Journal of clinical psychiatry*, 72 (5), pp. 698-703.
- Lee, S., Guo, W., Tsang, A., et al., (2010). Evidence for the 2008 economic crisis

- exacerbating depression in Hong Kong. . *J Affect Disord*, 126, pp. 125-33.
- Lepping, P., & Menkes, D. (2007). "Abuse of dosulepin to induce mania". *Addiction*, 102 (7), pp. 1166–7.
- Linden, D. (2006). How psychotherapy changes the brain—the contribution of functional neuroimaging. *Mol Psychiatry*, 11, pp. 528-538.
- Mayberg, H. (2003). Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression: towards development of brain-based algorithms for diagnosis and optimised treatment. . *British Medical Bulletin*, 65, pp. 193–207.
- McElroy, A., & Townsend, P. K. (2009). "Culture, Ecology, and Reproduction". *Medical Anthropology in Ecological Perspective*, pp. 217-66.
- McGivern, G., & Fischer, M. D. (2012). "Reactivity and reactions to regulatory transparency in medicine, psychotherapy and counselling". *Social Science & Medicine*, 74 (3), pp. 289-96.
- Minois, G. (2010). *Η ιστορία της κατάθλιψης, μετ. Βάλια Σερέτη. - 1η έκδ.* Αθήνα: Νάρκισσος.
- Mondimore, F. (2006). *Depression, the mood disease*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Mood Disorders and Suicidal Behaviour, chapter 6, p. 106- 112 (2002).
- Morrison, J. (1995). *DSM-IV Made Easy: The Clinician's Guide to Diagnosis*. New York: Guilford Press.
- Nardi DA, American Academy of Nursing Expert Panel on Global Nursing and Health: White paper on global nursing and health, *Journal of Transcultural Nursing*, 2007).
- NHS CRD. (2002). Improving the recognition and management of depression in primary care. *Effective Health Care*, 7 (5), pp. 1-12.
- Nutt, D. (2008). "Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder". *Journal of Clinical Psychiatry*. 69 Suppl E1, pp. 4-7.
- Öst, L. (2008). "Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis". *Behaviour research and therapy*, 46(3), pp. 296-321.
- Pachana, N., Helmes, E., Byrne, G., et al., (2010). Screening for mental disorders in residential aged care facilities. . *Int Psychogeriatr*, pp. 1-14.
- Padberg, F., & George, M. (2009). Repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex in depression. *Experimental Neurology*, 219 (1), pp. 2-13.

- Papakostas, G. (2008). "Tolerability of modern antidepressants". *J Clin Psychiatry* 69 (E1), pp. 8-13.
- Paykel, E. (2001). 'Continuation and maintenance therapy in depression.' . *British Medical Bulletin*, 57, pp. 145-159.
- Pearlstein, et al., (2009). Postpartum depression. *American journal of obstetrics and gynecology*, 200 (4), pp. 357-364.
- Petersen, T. (2006). "Enhancing the efficacy of antidepressants with psychotherapy". *Journal of Psychopharmacology* 20 (3), pp. 19–28.
- Pickett, K., & Wilkinson, R. (2010). Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. . *Br J Psychiatry*, 197, pp. 426-428.
- Pompili, M. (2011). *Antidepressants therapy and risk of suicide among patients with major depressive disorders*. Hauppauge, N.Y.: Nova Biomedical Books.
- Pompili, M., et al., (2014). "Electroconvulsive treatment during pregnancy: a systematic review". *Expert Rev Neurother*, 14 (12), pp. 1377-90.
- Porter, & Gavin. (2010). Infanticide and Neonaticide: A Review of 40 Years of Research Literature on Incidence and Causes. *Trauma Violence & Abuse*, 11 (3), pp. 99-112.
- Porter, R. (2002). *Madness: a brief history*. New York: Oxford University Press.
- Prudic, J., Olfson, M., & Sackeim, H. (2001). "Electro-convulsive therapy practices in the community". *Psychol Med*, 31 (5), pp. 929-34.
- Read, J., & Bentall, R. (2010). "The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review." . *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 19 (4), pp. 333–47.
- Richardson, T., & Friedman, B. (2012). Depression and its correlates among older adults accessing aging services. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), pp. 346-354.
- Riise, T., & Lund, A. (2001). 'Prognostic factors in major depression: the long term follow-up study of 323 patients. *Journal Of Affective Disorders*, 65, pp. 297-306.
- Robertson, D. (2010). *The Philosophy of Cognitive-Behavioural Therapy: Stoicism as Rational and Cognitive Psychotherapy*. Karnac: Karnac.
- Roecklin, K., & Rohan, K. (2005). Seasonal affective disorder: an overview and update. *Psychiat (Edgmont)*, 2(1), pp. 20-26.
- Rosenbaum, T., & Kou, M. (2005). "Are one or two dangerous? Tricyclic antidepressant exposure in toddlers". *J Emerg Med*, 28 (2), pp. 169–74.

- Rost, K. (2009). 'Disability from depression: the public health challenge to primary care'. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63 (1), pp. 17-21.
- Rozzini, L., Chilovi, B., Peli, M., et al., (2009). Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24, pp. 300–305.
- Sadock Benjamin J., Sadock Virginia A., Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 2007.
- Schmahmann, J., Weilburg, J., & Sherman, J. (2007). "The neuropsychiatry of the cerebellum – insights from the clinic". *Cerebellum* 6 (3), pp. 254-67.
- Schwartz, A., & Schwartz, R. M. (1993). *Theories and Treatments : Psychological, Biological, and Social Perspectives*. Columbia University Press.
- Serretti, A., & Chiesa, A. (2009). "Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis". *J Clin Psychopharmacol*, 29 (3), pp. 259-66.
- Sexton, L. (2011). *Half in love: Surviving the legacy of suicide*. New York, N.Y.: Counterpoint Publishing.
- Shelton, R. (2006). "The nature of the discontinuation syndrome associated with antidepressant drugs". *J Clin Psychiatry*, 67 (4), pp. 3-7.
- Sienaert, P., Vansteelandt, K., Demyttenaere, K., & Peuskens, J. (2010). Randomized comparison of ultra-brief bifrontal and unilateral electroconvulsive therapy for major depression: cognitive side-effects. *J Affect Disord*, 122 , pp. 60-67.
- Steffens, D., & McQuoid, D. (2005). Impact of symptoms of generalized anxiety disorder on the course of late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13, pp. 40–47.
- Stuart-Parrigon, K., & Stuart, S. (2014). "Perinatal depression: an update and overview.". *Current psychiatry reports* 16 (9), p. 468.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., et al., (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374, pp. 315-23.
- Tartakovsky, M. (2014). *A New Treatment for Depression*. Retrieved from Psych Central: <http://psychcentral.com/lib/a-new-treatment-for-depression/>
- Terman, M., Terman, J., & Ross, D. (2006). Treatment of seasonal affective disorder with a high-output negative ionizer. *J Alt Comp Med*, 1(1), pp. 87-92.
- Uher, R., Farmer, A., Henigsberg, N., Rietschel, M., Mors, O., Maier, W., & Aitchison, K. J. (2009). "Adverse reactions to antidepressants". *The British*

- Journal of Psychiatry*, 195 (3), pp. 202-210.
- Uutela, A. (2010). Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry*, 23, pp. 127-30.
- Van Meter, A., & Youngstrom, E. (2012). *Cyclothymic disorder in youth: why is it overlooked, what do we know and where is the field headed?* *Neuropsychiatry (London)*. 2(6): 509–519. . Retrieved from doi: 10.2217/np.12.64 PMID: PMC3609426 NIHMSID: NIHMS437143.
- Vialou, V., Feng, J., Robison, A., & Nestler, E. (2013). "Epigenetic mechanisms of depression and antidepressant action". *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* 53 (1), pp. 59-87.
- Vilhauer, J. (2014). *Think Forward to Thrive: How to Use the Mind's Power of Anticipation to Transcend Your Past and Transform Your Life*. Novato, CA: New World Library.
- Volicer, L. (2006). Caregiver burden in dementia care: Prevalence and health effects. *Current Psychosis and Therapeutic Reports*, 3(1), pp. 20-25.
- Wagenaar, D. (2007). Communicating with the elderly. *Dialogue and Diagnosis*, 4, pp. 19-21.
- Warner, C., Bobo, W., Warner, C., Reid, S., & Rachal, J. (2006). "Antidepressant discontinuation syndrome". *Am Fam Physician*, 74 (3), pp. 449–56.
- Weismann, M. (2006). A Brief History of Interpersonal Psychotherapy. *Psychiatric Annals*. 36, p. 8.
- WHO. (2012). *World Health Organisation, 'Mental Health Disorders Management – Depression*. Retrieved from www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en at http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en
- WHO Regional Office for Europe. (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Ελληνική

- Αγγελόπουλος, Ν. (2009). *Ιατρική ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία (τόμος Α)*. Αθήνα: Βήτα.

- Γαρούφαλλος, Γ. (2008). Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. *Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου*, 5, pp. 37-46.
- Κωνσταντίνος, Ε., Αργαλιά, Ε., Κασκαμπά, Ε., & Μακρή, Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα; *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ*, 50, pp. 22-30.
- Χριστοδούλου, Γ., & Χριστοδούλου, Ν. (2013). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. . *Ψυχιατρική*, 24, pp. 95-98.