ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΝΕΥΡΟΧΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Δικαία Παπαδοπούλου
ΑΜ..: 2563

Ακαδημαϊκό έτος 2013-2014

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια, η κατάθλιψη έχει ιδιαίτερα ποσοστά αυξημένης συχνότητας, προκαλώντας τόσο σοβαρές προσωπικές, όσο και κοινωνικές επιπτώσεις, ενώ συνδέεται άμεσα και με κίνδυνο αυτοκτονίας. Η μεγάλη αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας και των αυτοκτονιών είχε ως αποτέλεσμα την διεξαγωγή πολλών μελετών με αντικείμενο την επιδημιολογία, την κλινική εικόνα, την αιτιοπαθογένεια και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η έναρξη και η πορεία της συγκεκριμένης νόσου συνδέεται άμεσα με γενετικούς, οικογενειακούς, δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς, γνωσιακούς, αλλά και βιολογικούς παράγοντες.

Επίσης, πολλές είναι οι προσεγγίσεις αντιμετώπισής της και αφορούν τις γνωσιακές, συμπεριφορικές, ψυχαναλυτικές και συστημικές, οι οποίες περιλαμβάνουν πολλές φορές και τη φαρμακοθεραπεία. Η διαγνωστική εκτίμηση και θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να γίνεται προσεκτικά, καθότι η νόσος είναι αρκετά επικίνδυνη για τον ασθενή. Επιπρόσθετα, η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι εστιασμένη στο κάθε άτομο ξεχωριστά, συμπεριλαμβάνοντας παράλληλα και την οικογένεια, η οποία συνήθως αποτελεί σημαντική αιτία εξέλιξης της νόσου.

SUMMARY

In recent years, depression is manifested at an increasing frequency, with detrimental effects on the personal and social life and it is directly related to the risk of attempted suicide. The increase of suicide attempts and actual suicide led to many studies on the epidemiology, clinical picture, pathogenesis and treatment of depression. Moreover, many genetic, familial, demographic, psychosocial, cognitive and biological factors are correlated with the onset and the development of the depression.

There are also many cognitive, behavioral, psychoanalytic and systemic approaches in attempting to treat depression in conjunction with pharmacotherapy or not. In addition, depression demands great concentration on its diagnostic assessment and therapeutic intervention. Finally, therapeutic intervention needs to be focused on each person and involve the family too, which may be a factor in the pathogenesis and development of the depression.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ **6**
ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ **7**
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Τι είναι κατάθλιψη **10**
1.1 Ορισμός (DSM) 10
1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα 12
1.3 Διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης 14
1.4 Τύποι κατάθλιψης και συμπτώματα 16
1.4.1 Μείζων Κατάθλιψη 16
1.4.2 Μονοπολική - Διπολική Διαταραχή 18
1.4.3 Ψυχωτική Κατάθλιψη 19
1.4.4 Νευρωτική Κατάθλιψη 19
1.4.5 Η Ταυτόχρονη Ύπαρξη Κατάθλιψης και Άγχους 20
1.4.6 Ο Αρνητισμός 20
1.4.7 Η Δυσθυμία 21
1.5 Αίτια Κατάθλιψης 23
1.6 Κατάθλιψη και ηλικιακές ομάδες 24
1.7 Κατάθλιψη και ασθένειες 25
1.8 Ψυχοβιολογικές Θεωρίες για την κατάθλιψη 28
1.9 Περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη νόσο 35
1.10 Επιπτώσεις Κατάθλιψης 41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης **45**
2.1 Πρόληψη 45
2.2 Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις 47
2.2.1 Γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία 47
2.2.2 Συμπεριφορική και Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία 49
2.2.3 Η Ατομική, η Ομαδική και Οικογενειακή θεραπεία 49
2.2.4 Η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων 50
2.2.5 Η Διαπροσωπική, Υπαρξιακή και Κινητική θεραπεία 51
2.2.6 Η θεραπεία μέσω Αυτοελέγχου και η Άσκηση 51
2.3 Φαρμακευτική θεραπεία και Αντικαταθλιπτικά φάρμακα 52

2.4 Άλλοι τρόποι αντιμετώπισης 60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Συμπεράσματα-Προτάσεις..... 62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 66

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αντικείμενο της παρούσης πτυχιακής εργασίας είναι "Η νευροχημεία της κατάθλιψης".

Η εργασία εκπονήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2013-2014 υπό την επίβλεψη του κύριου Καστελλάκη, στον οποίο και οφείλω ιδιαίτερες ευχαριστίες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Από την αρχαιότητα ακόμη η έννοια της κατάθλιψης αποτελούσε ξεχωριστή κλινική οντότητα, ενώ πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να την περιγράψουν και να προσδιορίσουν την αιτιοπαθογένεια της μέσα από διάφορες θεωρίες (Kaplan & Sadock, 2004. Stanley & Jackson, 1986).

Στην αρχαία Ελλάδα, ο Ιπποκράτης (460-357π.Χ.) περιέγραψε τον όρο της ψυχικής πάθησης της μελαγχολίας ως απέχθεια για το φαγητό, ανικανότητα, αϋπνία, ευερεθιστότητα και ανησυχία. Υποστήριζε δε την αντίληψη ότι η έναρξη της ασθένειας γινόταν από το υπόστρωμα της μελαγχολικής ψυχοσύνθεσης, η οποία υπό την επίδραση του πλανήτη Κρόνου, έκανε τη σπλήνα να εκκρίνει μαύρη χολή, η δράσης της οποίας επηρέαζε αρνητικά τον εγκέφαλο και τη διάθεση. Επίσης, υποστήριξε την άμεση σχέση άγχους και κατάθλιψης, καθώς και ότι άτομα με χρόνιες καταστάσεις φόβου είχαν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν με μελαγχολία.

Η θεωρία του Γαληνού (131-201 μ.Χ.) αναφέρει ότι η εκδήλωση της μελαγχολίας γίνεται με φόβο, θλίψη, καθώς και μίσος για τους ανθρώπους. Ο Αυρηλιανός (214-274 μ.Χ.) από την άλλη, υποστήριξε τη σημασία της επιθετικότητας στη μελαγχολία και το συσχετισμό της με την αυτοκτονία και την παρανοϊκή χροιά. Όπως φαίνεται, οι Ρωμαίοι στράφηκαν περισσότερο στον τρόπο που επιδρά το περιβάλλον στο ψυχισμό κάθε ατόμου. Τις πιο σημαντικές αιτίες μελαγχολίας που ξεχώρισαν ήταν η πολύ μεγάλη κατανάλωση κρασιού, οι διαταραχές της ψυχής λόγω παθών, αλλά και οι διαταραχές στον ύπνο.

Πολλά αρχαιοελληνικά κείμενα που αφορούν τη μελαγχολία έχουν μεταφραστεί στην αραβική και λατινική γλώσσα από τους Ishaq Ibn Imran και Αβικέννα αντίστοιχα. Ο δεύτερος ανέπτυξε τη θεωρία της ψυχοσύνθεσης με σκοπό την εξήγηση των διαφορετικών συναισθηματικών καταστάσεων. Τόσο οι Έλληνες με τον Ιπποκράτη, όσο και οι Ρωμαίοι με τον Γαληνό, στήριξαν τις αντιλήψεις τους σχετικά με την υγεία στην ισορροπία των τεσσάρων χυμών, οι οποίοι είναι το αίμα, η μαύρη και η κίτρινη χολή, καθώς και το φλέγμα. Η άποψη αυτή υποστήριζε ότι το καθένα είχε ιδιαίτερη επίδραση στο ψυχισμό, οπότε το αίμα έκανε τα άτομα δραστήρια και αγαπητά, η μαύρη χολή οδηγούσε σε μελαγχολία, ενώ η κίτρινη σε ευερεθιστότητα και εχθρικότητα και τέλος, το φλέγμα προκαλούσε νωθρότητα,

διστακτικότητα και συστολή. Ο πρώτος υποστήριξε την αλληλεπίδραση γενετικών παραγόντων και ιδιοσυγκρασίας κάθε ατόμου ξεχωριστά, η οποία επηρεάζει τον κανονικό ρυθμό ύπνου – αφύπνισης.

Το 1621 εκδόθηκε το πρώτο σύγγραμμα για την κατάθλιψη ήταν το "Anatomy of Melancholy" του Robert Burton με εκτενή αναφορά στις συναισθηματικές διαταραχές και περιγραφή των αιτιών της κατάθλιψης. Ο Jean Philippe Esquirol (1772-1840 μ.Χ.) διαχώρισε πρώτος την κατάθλιψη ως περισσότερο ήπια πάθηση σε σχέση με την παραφροσύνη, ενώ ο Kreapelin (1856-1926 μ.Χ.) αναφέρθηκε στην κατάθλιψη και την μανία ως εκφάνσεις της μανιοκατάθλιψης. Το 1960 και έπειτα όμως, έγινε ο διαχωρισμός της μείζονος κατάθλιψης από τη διπολική διαταραχή από τους κλινικούς διαφόρων χωρών.

Τον προηγούμενο αιώνα, επικράτησε για λίγο η τάση διαχωρισμού της κατάθλιψης σε ενδογενή και εξωγενή. Ο Meyer (1866-1950 μ.Χ.) από την πλευρά του, εισήγαγε τον όρο ψυχοβιολογία με σκοπό να αποδείξει ότι οι ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες συσχετίζονται με τα αίτια της ασθένειας. Η μελέτη του όμως, στράφηκε πιο πολύ στα ψυχοκοινωνικά αίτια, διότι οι επιστημονικές γνώσεις για τον εγκέφαλο δεν μπορούσαν να στηρίξουν επαρκώς την όποια βιολογική βάση. Επιπρόσθετα, καθιέρωσε τον όρο κατάθλιψη αντί για μελαγχολία, αν και ο νέος όρος δημιούργησε σύγχυση στην ιατρική κοινότητα, λόγω αναφοράς του σε πλήθος νοσολογικών οντοτήτων. Το πρόβλημα αυτό λύθηκε αργότερα με τη βοήθεια των δύο διαγνωστικών συστημάτων του DSM και ICD.

Η κατάθλιψη σήμερα αποτελεί ιδιαίτερα συχνή ψυχιατρική διαταραχή καταλαμβάνοντας ποσοστό περίπου 11% των ενηλίκων ατόμων ανά έτος σε παγκόσμια κλίμακα. Υπολογίζεται μάλιστα ότι έως το 2020 θα κατέχει την δεύτερη θέση μεταξύ των δέκα πρώτων αιτιών νοσηρότητας παγκοσμίως σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2012). Συγκριτικά με τις συνηθισμένες ιατρικές παθήσεις, η κατάθλιψη έχει μεγαλύτερη διάρκεια και άμεση σχέση με περισσότερες σωματικές δυσλειτουργίες ή δυσκολίες εκπλήρωσης κοινωνικών και επαγγελματικών υποχρεώσεων, ενώ παράλληλα επανεμφανίζεται και υποτροπιάζει συχνότερα. Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης αφορούν τον ίδιο τον ασθενή, την οικογένεια, τον εργασιακό τομέα, το ευρύτερο περιβάλλον, αλλά και τις εθνικές οικονομίες, καθώς αποτελεί μεγάλο πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Σκοπός λοιπόν,

της παρούσας εργασίας είναι η γενική μελέτη της κατάθλιψης και η αντιμετώπισή της.

Το πρώτο κεφάλαιο περιέχει τα γενικότερα χαρακτηριστικά της νόσου. Πιο συγκεκριμένα δίνεται ο ορισμός της και παραθέτονται τα επιδημιολογικά της στοιχεία και τα διαγνωστικά της κριτήρια. Συμπληρωματικά, δίνονται οι διάφοροι τύποι κατάθλιψης, αλλά και τα συμπτώματα που προκαλούν στο άτομο. Αναλύονται τα αίτια και η κατανομή της στις διάφορες ηλικιακές ομάδες, αλλά και οι ασθένειες με τις οποίες μπορεί να συσχετιστεί και να προκύψει ως επακόλουθο. Επιπλέον, παρουσιάζονται οι ψυχοβιολογικές θεωρίες και οι επιπτώσεις που προκαλεί στο άτομο. Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά την αντιμετώπιση και πρόληψη της ασθένειας, όπου αναλύονται οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και η φαρμακευτική θεραπευτική διαδικασία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Στο τελευταίο κεφαλαίο γίνεται μια ουσιαστική ανακεφαλαίωση, η οποία οδηγεί σε χρήσιμα συμπεράσματα με πιθανή μελλοντική χρησιμότητα μιας περαιτέρω επιστημονικής έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ (DSM)

Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνή ψυχική διαταραχή, καθώς εκατομμύρια άνθρωποι σε παγκόσμιο επίπεδο νοσούν από αυτήν, ενώ συνιστά σημαντικό ιατρικό πρόβλημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η σημασία της ασθένειας δεν έγκειται μόνο στον ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό των πασχόντων που υποφέρουν, αλλά και στον υψηλό κίνδυνο αυτοκαταστροφής, τις επιπτώσεις στην οικογένεια, στην εργασία και στον κοινωνικό περίγυρο, καθώς και τις οικονομικές επιπτώσεις που απορρέουν από αυτήν (Χριστοδούλου, 2000).

Επιπλέον, η κατάθλιψη προκαλεί προβλήματα στον εργασιακό χώρο, εξάρτηση από διάφορες ουσίες, τροχαία ατυχήματα, αλλά και σημαντικές επιπτώσεις στην οικογένεια του ασθενή. Παρόλα αυτά, η κατάθλιψη προκαλεί πολλές συνέπειες και στο ίδιο το άτομο, το οποίο αντιλαμβάνεται τον θάνατο ως λύτρωση και οδηγείται συχνά στην αυτοκτονία (Judd, 1995).

Η συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή ανήκει στην ομάδα των Διαταραχών της Διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση αφορά τον σταθερό συναισθηματικό τόνο που βιώνεται εσωτερικά από τον ασθενή και διακρίνεται από το συναίσθημα που αποτελεί την εξωτερική έκφραση της διάθεσης. Επειδή ωστόσο, η εξωτερική έκφραση δεν είναι πάντοτε καταθλιπτική, η Καταθλιπτική Διαταραχή περιγράφεται ως Διαταραχή Διάθεσης και όχι ως Συναισθηματική Διαταραχή.

Η έννοια της ψυχικής διαταραχής περιλαμβάνει το σύνολο των ψυχολογικών συμπτωμάτων, παθολογικών συμπεριφορών και ελαττωμένης λειτουργικότητας του ατόμου που του προκαλούν ιδιαίτερη ενόχληση και έκπτωση σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο. Οι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δύναται να είναι οργανικοί, κοινωνικοί, γενετικοί και ψυχολογικοί (American Psychological Association, 2007). Η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης αυξάνεται έπειτα από την γέννηση ενός παιδιού στις γυναίκες μετά από τη γέννηση ενός παιδιού, αλλά και στους άνεργους, στα άτομα μεγάλης ηλικίας και έπειτα από καρδιαγγειακές, νευρολογικές παθήσεις, κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο, ή ακόμη και καρκίνο (Rickards, 2005).

Η κατάθλιψη είναι στην ουσία η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση λόγω έντονης, παρατεταμένης και παθολογικής κυρίως θλίψης, με μείωση του αισθήματος της προσωπικής αξίας και επώδυνης συνείδησης της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών φυσιολογικών ή παθολογικών καταστάσεων και περιλαμβάνει την φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, εξαιτίας της απώλειας ή θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου (πένθος), την έντονη και παρατεταμένη θλίψη στα πλαίσια μιας Καταθλιπτικής ή Διπολικής Διαταραχής που απαιτεί την κλινική προσοχή, αλλά και την ψυχική διαταραχή ή σύνδρομο. Επιπρόσθετα, μπορεί να αφορά ένα σύμπτωμα, αντίδραση στο στρες, ή δευτερογενή αντίδραση σε ασθενείς που πάσχουν από οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τα ταξινομικά συστήματα ICD-10 (World Health Organization, 1993) και DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή και η Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Επίσης, η Διαταραχή της Διάθεσης μπορεί να οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση ή να προκαλείται από ουσίες, όταν σε αυτές η επικρατούσα συναισθηματική διάθεση είναι καταθλιπτική.

Τα άτομα που πρόκειται να εμφανίσουν την συγκεκριμένη νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής τους αναλογούν σε ποσοστό 8-12% (Andrade & Caraveo, 2003. Kessler, 2003). Ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης είναι δύο φορές μεγαλύτερος στο γυναικείο φύλο από ότι στο ανδρικό (Kuehner, 2003. Kurlowicz & Greenberg, 2007). Επιπλέον, σε ηλικιακές ομάδες άνω των 65 ετών αποτελεί την πιο συχνή ψυχική διαταραχή και επηρεάζει κατά αναλογία ένα στα επτά άτομα (WHO, 2009).

Τέλος, όσον αφορά τους παράγοντες πρόκλησης κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, είναι το γυναικείο φύλο, συννοσηρότητα, έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και χηρεία (Schoevers et al., 2000. Kathleen, 2006). Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα, τα ποσοστά επιπολασμού της ασθένειας αυτής σε πληθυσμό άνω των 60 ετών κυμαίνεται από 6% έως 70% για καταθλιπτική συμπτωματολογία που σχετίζεται με μέτρια και κλινικού τύπου κατάθλιψη (Stylianopoulou et al., 2010. Mamplekou et al., 2010).

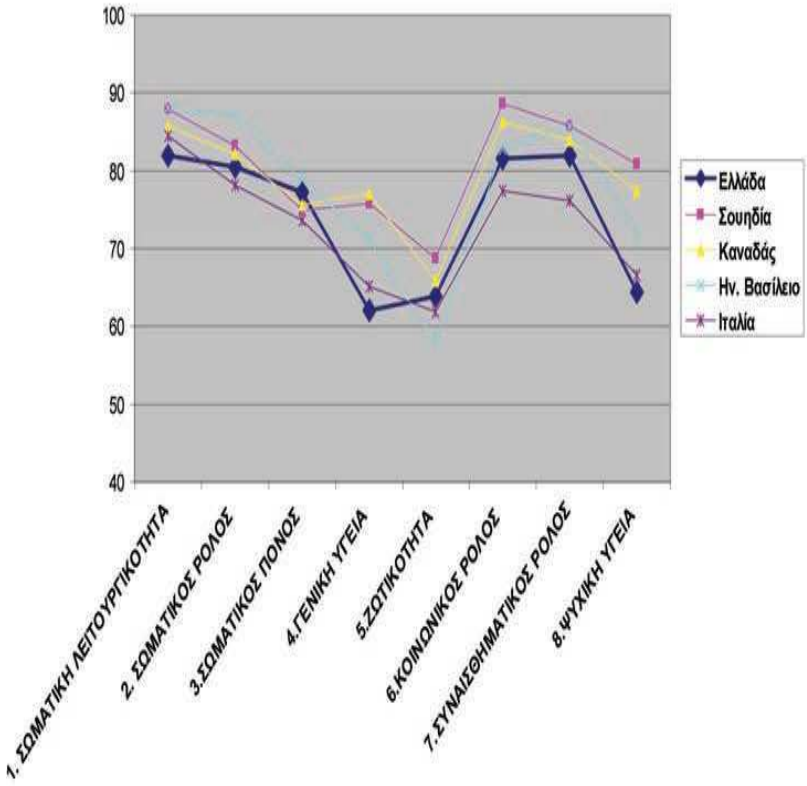
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Όπως ειπώθηκε, η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνή ψυχική διαταραχή, καθώς ένας στους δέκα ανθρώπους είναι δυνατό να νοσήσει σε κάποια περίοδο της ζωής του. Παρόλα αυτά όμως, μόνο ένα μικρό ποσοστό 10-25% των πασχόντων ακολουθούν θεραπευτική αντιμετώπιση. Η μελέτη της επιδημιολογίας της διαταραχής αυτής έχει αρκετές δυσκολίες λόγω της πολυμορφίας της, της ετερογένειας των καταθλιπτικών συνδρόμων, των σωματικών συμπτωμάτων της, αλλά και της σύγχυσης μεταξύ των επιδημιολογικών μελετών, καθώς κάποιες αφορούν την νόσο κατάθλιψη, ενώ άλλες το σύμπτωμα κατάθλιψη (Kessler et al., 1994).

Έρευνες σε παγκόσμιο αλλά και σε τοπικό επίπεδο, απέδειξαν ότι σε κάποια χρονική στιγμή πάνω από το 20% του πληθυσμού είναι δυνατό να αποκτήσει ψυχική διαταραχή (WHO, 2001). Τα ποσοστά της μείζονος κατάθλιψης ανά χώρα ήταν υψηλότερα στον γυναικείο πληθυσμό από ότι στον ανδρικό. Επιπλέον, υψηλά ποσοστά εμφάνιζαν και τα άτομα που είτε είχαν χωρίσει, είτε ήταν σε διάσταση σε σχέση με τους έγγαμους. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη το 1996, τα ποσοστά της διαταραχής για όλη τη διάρκεια ζωής κυμαίνονταν στην Ταιβάν από 1.5 περιπτώσεις ανά 100 κατοίκους, έως 19.0 περιπτώσεις ανά 100 κατοίκους στη Βηρυτό (Weissman et al., 1996).

Επιπρόσθετα, μελέτη που διεξήχθη από τους Mavreas και συν., (1982) σε δείγμα 487 ατόμων στην πόλη της Αθήνας, απέδειξε την επικράτηση της διαταραχής σε 7.4 άτομα ανά 100 συνολικό πληθυσμό. Η σύγκριση ανάμεσα σε Έλληνες που διαμένουν στην Αθήνα και Ελληνοκύπριους μετανάστες στην Αγγλία, δεν παρουσίασε σημαντικές διαφοροποιήσεις στα ποσοστά της κατάθλιψης, παρά μόνο κάποια αυξημένα ποσοστά άγχους στους μετανάστες, σε σχέση με τους αυτούς που παρέμεναν στη χώρα τους (Mavreas & Bedington, 1988).

Οι διαφορές στον επιπολασμό των καταθλιπτικών διαταραχών αφορούν κυρίως τους ενήλικες, ενώ οι αιτίες που εξηγούν το μεγαλύτερο επιπολασμό τους στις γυναίκες είναι βιολογικοί, γενετικοί και ορμονικοί παράγοντες, αλλά και κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί. Επιπλέον, τα στρεσσογόνα γεγονότα είναι περισσότερα στη ζωή των γυναικών, ενώ σημαντική είναι και η έκθεση τους στην οικογενειακή και σεξουαλική βία (WHO, 2001).



Εικόνα 1.1 Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία σε 5 χώρες. Πηγή: Κατέρη Ε., (2007).

Η κατάθλιψη δύναται να προσβάλλει άτομα όλων των ηλικιακών ομάδων, ωστόσο εμφανίζεται συχνότερα στην εφηβεία, όπως και στην πρώιμη ενήλικη ζωή (Lewinsohn et al., 1993). Συνήθως είναι υποτροπιάζουσα και διαρκεί λίγους μήνες ή μερικά χρόνια με φυσιολογικά μεσοδιαστήματα. Το 20% των ασθενών όμως, έχει χρόνια κατάθλιψη χωρίς ύφεση, ιδίως όταν δεν υπάρχει θεραπευτική αντιμετώπιση (Thornicroft & Sartorius, 1993).

Όσον αφορά τους έφηβους, η επίπτωσή της κυμαίνεται σε 2,8-8,3% (Anderson, & McGee, 1994. Lewinsohn et al., 1994), ενώ τα κορίτσια εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά έναντι των αγοριών (Rutter, 1986. Petersen et al., 1991). Έρευνα σε 2.300 μαθητές, ηλικίας 16-17 ετών, έδειξε την ύπαρξη μείζονος κατάθλιψης σε ποσοστό 5,8% και αναλογία φύλου 4 κορίτσια έναντι 1 αγοριού (Olsson, Von-Knorring, 1999). Αντίστοιχη έρευνα στην Ελλάδα με δείγμα 1.316 εφήβων, ηλικίας 12-17 ετών, τόνισε τα ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά της κατάθλιψης που ανήλθαν σε ποσοστό 20,3% (Madianos et al., 1993).

Οι υποτροπές είναι πιο συχνές στις ηλικιακές ομάδες άνω των 45 ετών, ενώ με την αύξηση της ηλικίας επικρατεί αυξημένος επιπολασμός. Τα κύρια αίτια είναι η δυσκολία αναγνώρισης και διάγνωσης της κατάθλιψης λόγω άτυπης εμφάνισής της στους ηλικιωμένους, η προτεραιότητα αντιμετώπισης σωματικών προβλημάτων και η υποτίμηση συχνότητας εμφάνισής της.

Τέλος, οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι δυνατό να δημιουργήσουν μεγάλες αλλαγές τόσο σε ανοσοποιητικές, όσο και σε ενδοκρινικές λειτουργίες, κάτι που οδηγεί στην ευαισθησία των ασθενών σε ένα ευρύ φάσμα σωματικών νόσων (Ferketich et al., 2000). Επιπλέον, ως μεγαλύτερη συνέπεια της νόσου είναι η αυτοκτονία, η οποία αναλογεί σε ποσοστό 15-20% των πασχόντων με σοβαρή κατάθλιψη (Goodwin & Jamison, 1990).

1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα DSM-IV ορίζουν ως μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, εκείνο που πληροί τουλάχιστον 5 από τα παρακάτω κριτήρια σε διάρκεια 2 εβδομάδων, επιφέροντας σημαντική αλλαγή στην λειτουργικότητα του ατόμου. Επιπλέον, τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα του ασθενή πρέπει να είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

Τα κριτήρια διάγνωσης κατά DSM-IV αφορούν την καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο τμήμα της ημέρας με καθημερινή σχεδόν συχνότητα, σύμφωνα με το ίδιο το άτομο ή βάσει της παρατήρησης από άλλους. Σημαντικό κριτήριο αποτελεί το μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση στις καθημερινές δραστηριότητες σχεδόν σε καθημερινή βάση ή ακόμη και η μεγάλη απώλεια βάρους δίχως δίαιτα, γρήγορη πρόσληψη βάρους ή μείωση της όρεξης. Συχνό φαινόμενο είναι και η αϋπνία ή υπερυπνία, η ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση, αλλά και η καταβολή και απώλεια ενέργειας σχεδόν καθημερινώς.

Ο ασθενής επίσης, δύναται να βιώσει αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ενοχής, ενώ είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσει μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης. Συχνά διακατέχεται από επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου και αυτοκτονικού ιδεασμού, δίχως συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας με

συγκεκριμένο σχέδιο. Οι περιπτώσεις κατάθλιψης που αποκλείονται είναι αυτές που δύναται να συμπληρώνουν κριτήρια για μεικτό επεισόδιο, αλλά και περιπτώσεις καταθλιπτικών επεισοδίων λόγω σωματικής κατάστασης, χρήσης τοξικών ουσιών ή πένθους (American Psychiatric Association, 1994).

Η αντιστοιχία του όρου της μείζονος κατάθλιψης (DSM-IV) είναι καταθλιπτικό επεισόδιο σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα ICD-10, τα συμπτώματα του οποίου περιλαμβάνουν καταθλιπτικό συναίσθημα, απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης, ελαττωμένη ενεργητικότητα και κόπωση. Τα κριτήρια διάγνωσης είναι η μειωμένη συγκέντρωση, προσοχή, αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό, διαταραγμένος ύπνος και μείωση της όρεξης. Επιπλέον, ο ασθενής μπορεί να διακατέχεται από ιδέες ενοχής και αναξιότητας, απαισιόδοξες μελλοντικές προοπτικές, ιδέες ή πράξεις αυτοκαταστροφής ή ακόμη και αυτοκτονίας.

Το επεισόδιο χαρακτηρίζεται ως ήπιο, μέτριο και σοβαρό ή βαρύ, τόσο στο ταξινομικό σύστημα DSM-IV, όσο και στο ICD-10. Ως χρονική διάρκεια θεωρείται η περίοδος των δύο εβδομάδων, αν και στο ταξινομικό σύστημα ICD-10 η διάρκεια ίσως είναι βραχύτερη, εφόσον τα συμπτώματα είναι έντονα με αιφνίδια έναρξη. Το βαρύ επεισόδιο χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ψυχωσικών συμπτωμάτων και στα δύο συστήματα, ενώ για τα ήπια και μέτρια δίδεται σημασία στην ύπαρξη τεσσάρων τουλάχιστον συμπτωμάτων σωματικού συνδρόμου μόνο στο ταξινομικό σύστημα ICD-10.

Το σωματικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από την έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης για δραστηριότητες και συναισθηματικής απαντητικότητας σε ευχάριστα γεγονότα. Επιπρόσθετα, περιλαμβάνει πρωινή έγερση του ασθενή δύο ώρες πριν από την καθορισμένη ώρα, μεγαλύτερη συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τις πρωινές ώρες, επιβράδυνση ή διέγερση, απώλεια όρεξης, βάρους, αλλά και της σεξουαλικής επιθυμίας. Τέλος, στο ταξινομικό σύστημα ICD-10 καταγράφονται και τυχόν απόπειρες αυτοκτονίας. Η εκτίμηση της βαρύτητας βασίζεται στον αριθμό, στον τύπο και στη βαρύτητα των συμπτωμάτων, όπως και σε τυχόν επίπτωση στις κοινωνικές και εργασιακές δραστηριότητες (WHO, 2001).

1.4 ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

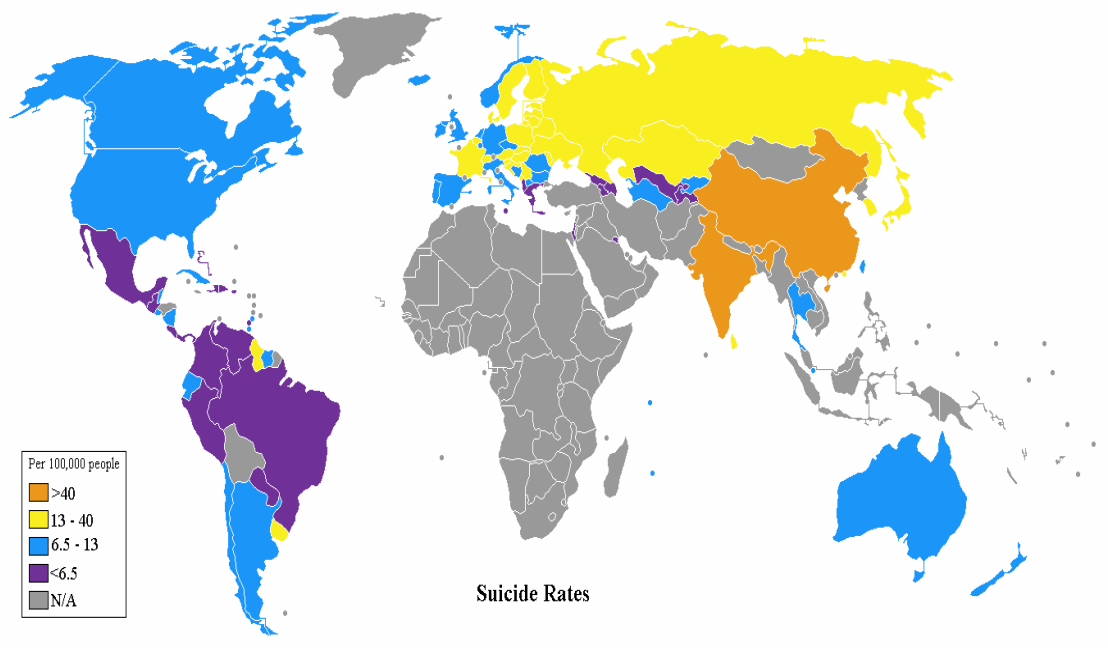
Η έννοια της κατάθλιψης υποδηλώνει στην ουσία την αδυναμία ενός ατόμου να αντλήσει ικανοποίηση, αλλά και την ψυχική του καταπόνηση που εκφράζεται με διαφορετικό τρόπο και ένταση σε κάθε άτομο. Ιδιαίτερα συχνή είναι η σύνδεση της κατάθλιψης με σωματικές, βιολογικές και ψυχολογικές λειτουργίες όπως για παράδειγμα κόπωση, μειωμένη ενεργητικότητα, διαταραχές όρεξης, ύπνου ή ακόμη και σεξουαλικότητας, υψηλά επίπεδα άγχους, ευερεθιστότητα, ελάττωση νοητικών ικανοτήτων, απαισιοδοξία, αυτοκτονικές τάσεις και άλλες ψυχωσικές εκδηλώσεις.

Σύμφωνα με τα συστήματα κατάταξης, ο χαρακτηρισμός μιας καταθλιπτικής κατάστασης ως παθολογική απαιτεί την εμφάνιση κάποιων από των παραπάνω εκδηλώσεων που αναφέρθηκαν σε τέτοια ένταση, συχνότητα ή διάρκεια που να προκαλούν ιδιαίτερη υποκειμενική ενόχληση ή δυσλειτουργία στον ασθενή (Λειβαδίτης, 2003).

1.4.1 Μείζων Κατάθλιψη

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα DSM-IV, η μείζων κατάθλιψη διαχωρίζεται σε: α) μερική ή ολική ίαση, β) ελαφριά, μέτρια, ή σοβαρή, γ) μελαγχολία, δ) κατάθλιψη με συναισθηματικά ψυχωτικά χαρακτηριστικά, όπως παραισθήσεις τύψεων ή μη συναισθηματικά, όπως παραισθήσεις καταδίωξης (American Psychiatric Association, 1994).

Τα κριτήρια διάγνωσης της μείζονος κατάθλιψης αφορούν την καταθλιπτική διάθεση και την έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης την περισσότερη μέρα, σχεδόν κάθε μέρα, όπως αναφέρεται από άλλους. Επιπλέον, περιλαμβάνουν τις διατροφικές διαταραχές, την υπνηλία ή αϋπνία, τη ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση και την έλλειψη ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.



Εικόνα 1.2 Παγκόσμιος χάρτης με τα ποσοστά αυτοκτονίας ανά 100,000. Πηγή : World Health Organization, 2009

Σημαντικά κριτήρια αποτελούν και τα συναισθήματα μειωμένης αυτοεκτίμησης και ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης. Ακόμη, η έλλειψη αποφασιστικότητας, οι επίμονες σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας χωρίς σχέδιο, η απόπειρα ή ο σχεδιασμός αυτοκτονίας. Πρέπει να τονιστεί ότι από τα εννέα κριτήρια διάγνωσης που περιλαμβάνει η μείζων κατάθλιψη, ο ασθενής πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον πέντε (American Psychiatric Association, 1994).

1.4.2 Μονοπολική - Διπολική Διαταραχή

Όσον αφορά τη διπολική διαταραχή, υπάρχουν τρείς κατηγορίες ασθενών. Πιο αναλυτικά, η πρώτη κατηγορία αφορά τους Διπολικούς Ι ασθενείς που έχουν οικογενειακό ιστορικό και νοσηλεύονται για κατάθλιψη, αλλά και παράλληλα για μανία, η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τους Διπολικούς ΙΙ ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό, που νοσηλεύονται για κατάθλιψη και τέλος, η τρίτη κατηγορία με τους Διπολικούς ΙΙΙ ασθενείς που έχουν μεν οικογενειακό ιστορικό, αλλά έχουν βιώσει ένα και μοναδικό καταθλιπτικό επεισόδιο. Στην μονοπολική κατάθλιψη όμως, ο διαχωρισμός δεν είναι και τόσο εύκολος, καθώς επικρατεί μίξη

διαφορετικών και ετερογενών ομάδων με σημάδια κατάθλιψης και απουσία διπολικών χαρακτηριστικών (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Η κατάθλιψη δύναται να αποτελεί μέρος της διπολικής διαταραχής και της μανιοκατάθλιψης. Αν και παλαιότερα η διάγνωση της μανιοκατάθλιψης σε παιδιά και έφηβους ήταν ανύπαρκτη (Carlson et al., 1994) παρόλα αυτά πλέον είναι ιδιαίτερα αυξημένη η έναρξη της στην εφηβεία (Flemimg & Offord, 1990) και η συνέχειά της μετέπειτα στην ενήλικη ζωή. Τα συμπτώματα της έναρξης της διπολικής διαταραχής είναι προεφηβική κατάθλιψη, η οποία κατά την εφηβεία μετατρέπεται σε υπομανία ή μανία.

Η κλινική εικόνα της διπολικής διαταραχής διαθέτει εναλλασσόμενα καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα σε διάστημα λίγων ημερών ή ακόμα και την ίδια ημέρα. Χαρακτηριστική είναι και η μεγάλη ευερεθιστότητα κατά τις πρωινές ώρες σε συνδυασμό με ξεσπάσματα θυμού αρκετά μεγάλης διάρκειας. Πρέπει να τονιστεί ότι, η συγκεκριμένη νόσος κατά την εφηβική ηλικία δύναται να προκαλέσει μεγαλύτερο κίνδυνο κακής έκβασης από κάποια άλλη αντίστοιχη νόσο που μπορεί να εμφανιστεί σε μεγαλύτερη ηλικία. Αυτό συμβαίνει επειδή λειτουργεί παρεμβατικά σε σημαντικές αναπτυξιακές διαδικασίες, που αφορούν κυρίως τη ρύθμιση των συναισθημάτων, την απόκτηση ικανοτήτων και την επίτευξη, αλλά και τη διατήρηση των διαφόρων κοινωνικών σχέσεων (Nottelmann & Jensen, 1995).

1.4.3 Ψυχωτική Κατάθλιψη

Τα ψυχωτικά συμπτώματα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη και υποδιαιρούνται σε σχετικά και μη άσχετα με τα συναισθήματα. Τα τελευταία μάλιστα υποδηλώνουν συχνά και την ύπαρξη σχιζοφρένειας. Από την άλλη, η προδιάθεση στην ψυχωτική σκέψη δεν σχετίζεται με την προδιάθεση κατάθλιψης, διότι τόσο η σχιζοτυπική σκέψη, όσο και η κατάθλιψη συνδέονται με τη λειτουργία των ημισφαιρίων του εγκεφάλου (Claridge, 1985. Tucker, 1981). Αυτό συμβαίνει εξαιτίας των ατομικών διαφορών του τρόπου λειτουργίας των ημισφαιρίων, που αλληλεπιδρούν με τις αλλαγές που προκαλεί η κατάθλιψη, δημιουργώντας κατά αυτόν τον τρόπο ψυχωτικά συμπτώματα μόνο σε κάποια άτομα.

Η πρωτογενής κατάθλιψη δύναται να είναι μονοπολική ή διπολική, ενώ η δευτερογενής συνήθως έπεται ή συνοδεύει και άλλες ψυχιατρικές ή φυσικές διαταραχές. Όσον αφορά την ενδογενή κατάθλιψη, τα κριτήρια διάγνωσής της είναι η απώλεια ψυχογένεσης, η καταθλιπτική ψυχοκινητική δραστηριότητα, η κατάλληλη προσωπικότητα, τουλάχιστον ένα προηγούμενο επεισόδιο, συνεχές άγχος, απώλεια βάρους, ιδιόμορφη διάθεση και τύψεις (Carney et al., 1965). Τα κριτήρια σύμφωνα με τους Spitzer et al., (1975) συμπεριλαμβάνουν επίσης και την επίμονη απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, την αυτό-κατηγορία και την μειωμένη διάθεση για σεξουαλική επαφή.

1.4.4 Νευρωτική Κατάθλιψη

Η νευρωτική κατάθλιψη είναι μια ασθενέστερη διαταραχή σε σχέση με την ψυχωτική και ενδογενή κατάθλιψη (Lee & Murray, 1988) με κύρια συμπτώματα την συνεχόμενη απώλεια ευχαρίστησης και αντίδρασης, την ιδιόμορφη διάθεση, τις τύψεις σε υπερβολικό βαθμό, τη μείζονα ψυχοκινητική αλλαγή, αλλά και την ελλιπή πνευματική δραστηριότητα. Τα επιμέρους συμπτώματα αφορούν κυρίως την ποικίλη δραστηριότητα κατά τις νυχτερινές ώρες, το πολύ πρωινό ξύπνημα, την συνεχή απώλεια βάρους, την αυπνία, τις σκέψεις αυτοκτονίας, το άγχος, την έλλειψη συγκέντρωσης, τα αισθήματα αυτό-λύπησης, την συνεχή εριστικότητα, την απώλεια διάθεσης, αλλά και του σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Ο συγκεκριμένος τύπος διαταραχής δεν αναφέρεται σήμερα στη βιβλιογραφία. Αναφέρεται ως δυσθυμία (δείτε παρακάτω).

1.4.5 Η Ταυτόχρονη Ύπαρξη Κατάθλιψης και Άγχους

Η κατάθλιψη και το άγχος, σύμφωνα με τον Mullaney (1989), αποτελούν αλληλένδετες μεν, αλλά ξεχωριστές δε διαταραχές σε θέματα διάστασης και κατηγορίας. Επιπλέον, υποστηρίζει ότι το άγχος είναι μέρος της κατάθλιψης, ενώ τα συμπτώματα και των δύο μπορεί να διαφέρουν, όμως δεν αλληλοαναιρούνται. Τόσο

το άγχος, όσο και η κατάθλιψη είναι δυνατό να εμφανιστούν ταυτόχρονα, όμως η νόσος της κατάθλιψης ίσως εμφανιστεί και μόνη της.

Έρευνες έδειξαν μεγάλη σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, μελέτες των Sanderson et al. (1990) απέδειξαν ότι το 66% του δείγματος των ασθενών είχε τουλάχιστον μία επιπλέον διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα, στη δυσθυμία επικρατούσε το άγχος με ποσοστό 47.6%, η κοινωνική φοβία με ποσοστό 27% και η γενικευμένη αγχωτική διαταραχή με 22.2%. Στη μείζονα κατάθλιψη πρώτο ήταν πάλι το άγχος με ποσοστό 41.6% και ακολουθούσε η κοινωνική φοβία με 15.2% και η γενικευμένη αγχωτική διαταραχή με 20.3%. Όσον αφορά την μονοπολική - διπολική κατάθλιψη, νεότερες έρευνες έδειξαν ότι οι μονοπολικοί, όπως και οι διπολικοί ασθενείς ήταν αγχωτικοί σε τέτοιο βαθμό, όσο ήταν και οι χρόνια αγχωμένοι νευρωτικοί (Κλεφτάρας, 2000. Kleftaras, 2004).

1.4.6 Ο Αρνητισμός

Ο αρνητισμός, σύμφωνα με τους Watson & Clark, (1984), εμφανίζεται σε αρκετές ψυχιατρικές διαταραχές και αποτελεί την ποικιλία αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία συνδέονται σε γενικό πλαίσιο άμεσα. Τα άτομα με την προδιάθεση αυτή βιώνουν γενική δυσαρέσκεια, έχουν ιδιαίτερα χαμηλή ποιότητα ζωής, κάνουν αρνητική ενδοσκόπηση και διακρίνουν μόνο την αρνητική πλευρά των καταστάσεων.

Πολύ συχνά υπάρχει σύνδεση μεταξύ αρνητισμού, κατάθλιψης, άγχους και λοιπών διαταραχών. Παρόλα αυτά όμως, η έλλειψη θετικότητας είναι αυτή που χαρακτηρίζει την νόσο της κατάθλιψης, καθώς οι συγκεκριμένοι ασθενείς είναι λιγότερο ευαίσθητοι στην επιτυχία. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι, η κατάθλιψη προκαλείται εξαιτίας της έντονης διέγερσης ορισμένων εγκεφαλικών περιοχών που σχετίζονται με την τιμωρία, την επιβράβευση, ή συνδυασμό των δύο. Το αποτέλεσμα της χρήσης των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε αυτήν την περίπτωση είναι η επίδραση στις περιοχές αυτές (Clark & Watson, 1991).

1.4.7 Η Δυσθυμία

Τα κριτήρια της δυσθυμίας σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα DSM περικλείουν την καταθλιπτική διάθεση τις περισσότερες μέρες για δύο έτη το λιγότερο και δύο συμπτώματα από αυτά που ακολουθούν, όπως έλλειψη όρεξης ή λαιμαργία, αϋπνία ή υπνηλία, μειωμένη ενέργεια ή διαρκή κούραση, μικρή αυτοεκτίμηση, απουσία συγκέντρωσης ή δυσκολία λήψης αποφάσεων, αίσθημα απελπισίας.

Η δυσθυμία περιλαμβάνει την υπερθυμική διαταραχή με κύκλους επεισοδίων υπομανίας, τη κυκλοθυμική διαταραχή με κύκλους υπομανίας και κατάθλιψης, καθώς και την υπό-δυσθυμική διαταραχή, όπου οι κύκλοι αφορούν την κατάθλιψη. Οι συναισθηματικές διαταραχές προκύπτουν από την κληρονομικότητα και τους εξελικτικούς παράγοντες, οι οποίοι δημιουργούν βιολογικώς κωδικοποιημένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και στο τέλος καταλήγουν σε προδιάθεση υπερβολικής αντίδρασης στο άγχος (Akiskal, Hirschfeld, & Yerevenian, 1983).

Η προδιάθεση είναι δυνατό να έχει ως προέλευση την κληρονομικότητα ή ακόμη και την πρώιμη εμπειρία απώλειας ή αποχωρισμού ή ακατάλληλους γονείς. Μια κυκλοθυμική προσωπικότητα χαρακτηρίζεται συνήθως από την ασταθή συμπεριφορά, που περιλαμβάνει διαστήματα υπερενεργητικότητας, μεγάλης αυτοπεποίθησης, αϋπνίας και ιδιαίτερης δημιουργικότητας, ή διαστήματα απουσίας της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης, απομόνωσης, εριστικότητας και νευρικότητας.

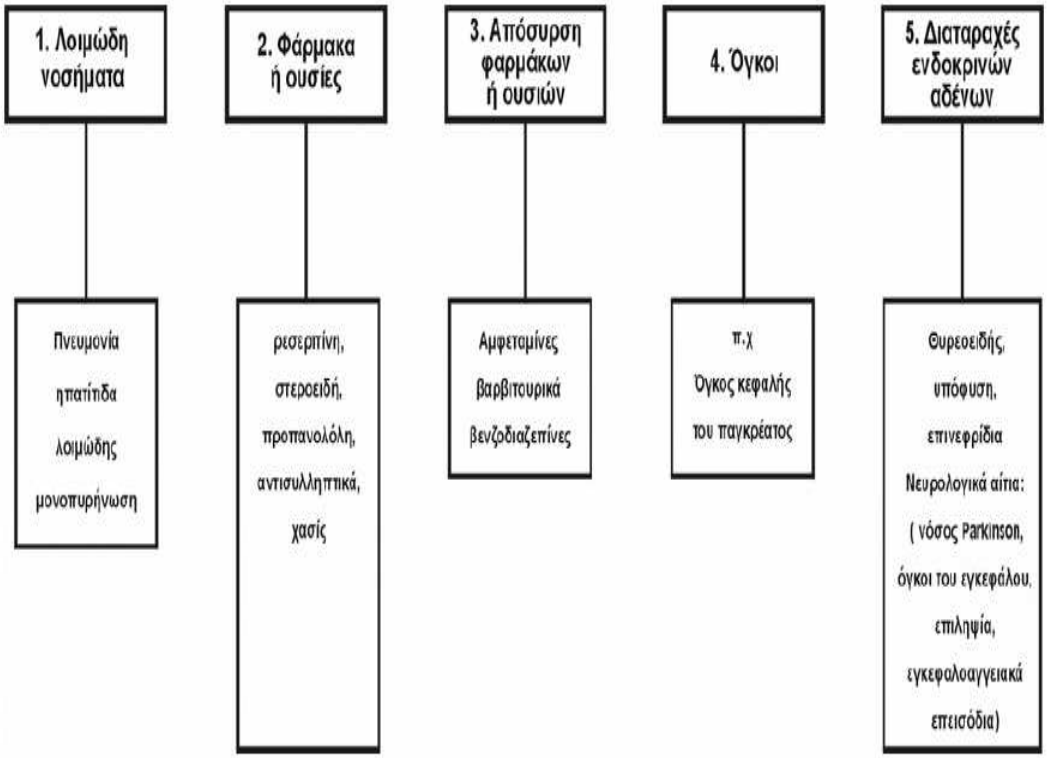
Οι ασθενείς που πάσχουν από υπό-δυσθυμία θεωρούνται καταθλιπτικοί από χαρακτήρα, ειδικά εάν είχαν τη νόσο αυτή από την εφηβεία τους. Τα χαρακτηριστικά τους είναι η μειωμένη αυτοεκτίμηση, η τάση αρνητικής αυτοκριτικής, η παθητικότητα, η απαισιοδοξία και κάποιες φορές ακόμη και η εξάρτηση από άλλους. Οι ασθενείς αυτοί διακρίνονται σε αυτούς που αντιδρούν σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα και έχουν οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής, και σε εκείνους που δεν αντιδρούν στην φαρμακευτική αγωγή και έχουν ιστορικό αλκοολισμού και πρώιμης απώλειας. Σε σχέση με τα συμπτώματα της κατάθλιψης, αυτά αφορούν κυρίως τη διάθεση, τη σκέψη, τη συμπεριφορά και τη φυσιολογία, ενώ η διάγνωσή της απαιτεί πλήθος συμπτωμάτων (Akiskal, Hirschfeld & Yerevenian, 1983).

Όσον αφορά τη διάθεση, ο ασθενής αισθάνεται μελαγχολία, δυστυχία, θλίψη, αποθάρρυνση, απόγνωση, εχθρότητα και άγχος. Το τελευταίο ειδικότερα το έχει μόνο στα πρώτα στάδια της νόσου, διότι αποτελεί φυσική αντίδραση του οργανισμού στον κίνδυνο, ενώ αργότερα αντικαθίσταται από την κατάθλιψη. Σε σχέση με την συμπεριφορά, τα καταθλιπτικά άτομα είναι συνήθως παθητικά, αναποφάσιστα και με αυτοκτονικές τάσεις, καθώς έχουν εμμονή με το θάνατο. Επιπρόσθετα, απογοητεύονται πολύ συχνά στο πρώτο εμπόδιο. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η ικανότητα επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων έχει άμεση σχέση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία και τις ιδέες θανάτου (Kleftaras, 2000). Ιδιαίτερα μεγάλη είναι η σχέση κατάθλιψης και αυτοκτονίας, καθώς σύμφωνα με μελέτες, το 85% των αυτοχείρων έχουν σοβαρή κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη είναι δυνατόν να δημιουργεί και αρκετά οργανικά συμπτώματα, όπως αϋπνία, μείωση της όρεξης και της διάθεσης για σεξουαλική ευχαρίστηση και συντροφικότητα. Επιπλέον, το ανοσοποιητικό σύστημα δεν αντιμετωπίζει εύκολα τις ασθένειες. Τέλος, οι βιογενείς αμίνες, όπως η νοραδρεναλίνη κι η σεροτονίνη, καθίστανται λιγότερο διαθέσιμες, ενώ τα επίπεδα της ενδορφίνης και η ουδός του πόνου αυξάνονται (Kleftaras, 2000).

1.5 ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα αίτια των καταθλιπτικών διαταραχών είναι πολλά και ποικίλλουν. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες είναι γενετικοί, νευροχημικοί, νευροενδοκρινικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί, η προσωπικότητα και ο σωματότυπος, ψυχοπιεστικά γεγονότα, προδιαθεσικές καταστάσεις και τέλος, διάφορα σωματικά νοσήματα (Χριστοδούλου, 2000).



Εικόνα 1.3 Κύριες οργανικές αιτίες της κατάθλιψης. Πηγή Χριστοδούλου (2000).

Σημαντικό αίτιο αποτελεί και το φύλο, καθώς στις γυναίκες παρουσιάζει εμφάνιση ι σε ποσοστό διπλάσιο απ' ότι στους άνδρες. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας των ορμονικών αλλαγών κατά τον εμμηνορρυσιακο κύκλο, την εγκυμοσύνη, τη γέννα και την εμμηνόπαυση. Πολύ σημαντικοί παράγοντες είναι και οι περιβαλλοντικοί, που περιλαμβάνουν τα φάρμακα, διάφορες σωματικές νόσους και στρεσσογόνους παράγοντες. Οι στρεσσογόνοι παράγοντες συνήθως περικλείουν την ανεργία, το διαζύγιο, το πένθος και την κακή οικονομική κατάσταση. Ο διαχωρισμός τους γίνεται σε ψυχολογικούς, καθότι επηρεάζουν το συναίσθημα προκαλώντας φόβο, άγχος ή απογοήτευση και σε φυσικούς, διότι περιέχουν διαταραχές του εσωτερικού περιβάλλοντος, ακραίες εξωτερικές συνθήκες και επιβλαβή ερεθίσματα λόγω φυσικής έντασης (Δίκαιος, 2006).

Όσον αφορά την κατάθλιψη στην εφηβεία, αυτή αποτελεί ετερογενή διαταραχή με πολλές αιτίες παθογένεσης, με κυρίαρχο τη γενετική συμμετοχή. Επιπλέον, οι οικογένειες των καταθλιπτικών εφήβων διακρίνονται για τις έντονες συγκρούσεις, την απόρριψη, τα προβλήματα στην επικοινωνία, τη μικρότερη έκφραση των

συναισθημάτων, τη μικρή υποστήριξη και τα αυξημένα ποσοστά παιδικής κακοποίησης των παιδιών. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής συνδέονται και αυτά με την εμφάνιση κατάθλιψης, όπως και με τις φτωχές ικανότητες προσαρμογής και τις γνωσιακές δυσλειτουργίες (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

1.6 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

Η εφηβεία αφορά το σύνολο των ψυχολογικών αναπτυξιακών διαδικασιών που έχουν άμεση σχέση με τις ωριμοποιητικές μεταβολές της ήβης, διαμέσου συγκεκριμένων ιστορικών και κοινωνικών συνθηκών. Συχνά οι έφηβοι διανύουν περιόδους κατάθλιψης και εμφανίζουν συμπτώματα λύπης, διέγερσης, θυμού, θλίψης, απαισιοδοξίας, αυτο-υποτίμησης, απομόνωσης, αδιαφορίας, αλλά και αισθημάτων ενοχής, ντροπής, απογοήτευσης, τα οποία εναλλάσσονται με εξάρσεις πάθους και μεγαλομανίας. Συχνή είναι και η απότομη αλλαγή διάθεσης και το σταθερό καταθλιπτικό συναίσθημα.

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση συσχετίζει σημαντικό τμήμα των διεργασιών της εφηβείας με αυτές του πένθους, καθότι ο έφηβος αποχωρίζεται σταδιακά τους γονείς του και αφήνει πίσω του την παιδική ηλικία. Παράλληλα, ο έφηβος είναι δυνατό να περάσει και σε μια περίοδο όπου ασχολείται μόνο με τον εαυτό του, έχει δηλαδή ναρκισσιστική παλινδρόμηση, καθώς διακατέχεται από αισθήματα ντροπής, κατωτερότητας και μειωμένης αυτοεκτίμησης.

Πολύ συχνά κατά τη διάρκεια της εφηβείας παρουσιάζονται πράξεις ετερο-και αυτο-επιθετικότητας, καθώς ο έφηβος διέρχεται σταδιακά από διεργασίες που θα τον οδηγήσουν πέρα από την επώδυνη κατάσταση. Παρόλα αυτά υπάρχει και η άποψη ότι η εφηβεία δεν συνδέεται άμεσα με την κατάθλιψη, καθώς πολύ συχνά η μετάβαση στην ενήλικη ζωή γίνεται σταδιακά δίχως πολλές ανακατατάξεις. Σύμφωνα μ' αυτή τη θεωρία, η εμφάνιση κατάθλιψης σηματοδοτεί απλώς την ύπαρξη παθολογίας και απαιτεί άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Επιπλέον έρευνες απέδειξαν ότι η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνει με την ηλικία. Ειδικότερα στους ηλικιωμένους, η συγκεκριμένη νόσος είναι υποδιαγνωσμένη και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενη, ενώ μόνο ένα ποσοστό 20% ηλικιωμένων καταθλιπτικών λαμβάνει αντικαταθλιπτική αγωγή. Η κατάθλιψη δεν

πρέπει να θεωρείται ως φυσιολογική αντίδραση σ' αυτή την ηλικία, διότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων έχει την δυνατότητα επιτυχούς προσαρμογής στις μεταβολές που υφίστανται σ' αυτό το στάδιο της ζωής. Διάφορα συμπτώματα όπως για παράδειγμα η μείωση των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων ή λήψης πρωτοβουλιών, καθώς και το άγχος υποδηλώνουν την παρουσία κατάθλιψης. Παρόλα αυτά, πολλοί ασθενείς, όπως και οι συγγενείς τους δεν μπορούν να διακρίνουν ότι τα συγκεκριμένα συμπτώματα αφορούν την νόσο της κατάθλιψης, οπότε και δεν αναζητούν ποτέ βοήθεια (Μπαμπάτσικου, 2007).

1.7 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

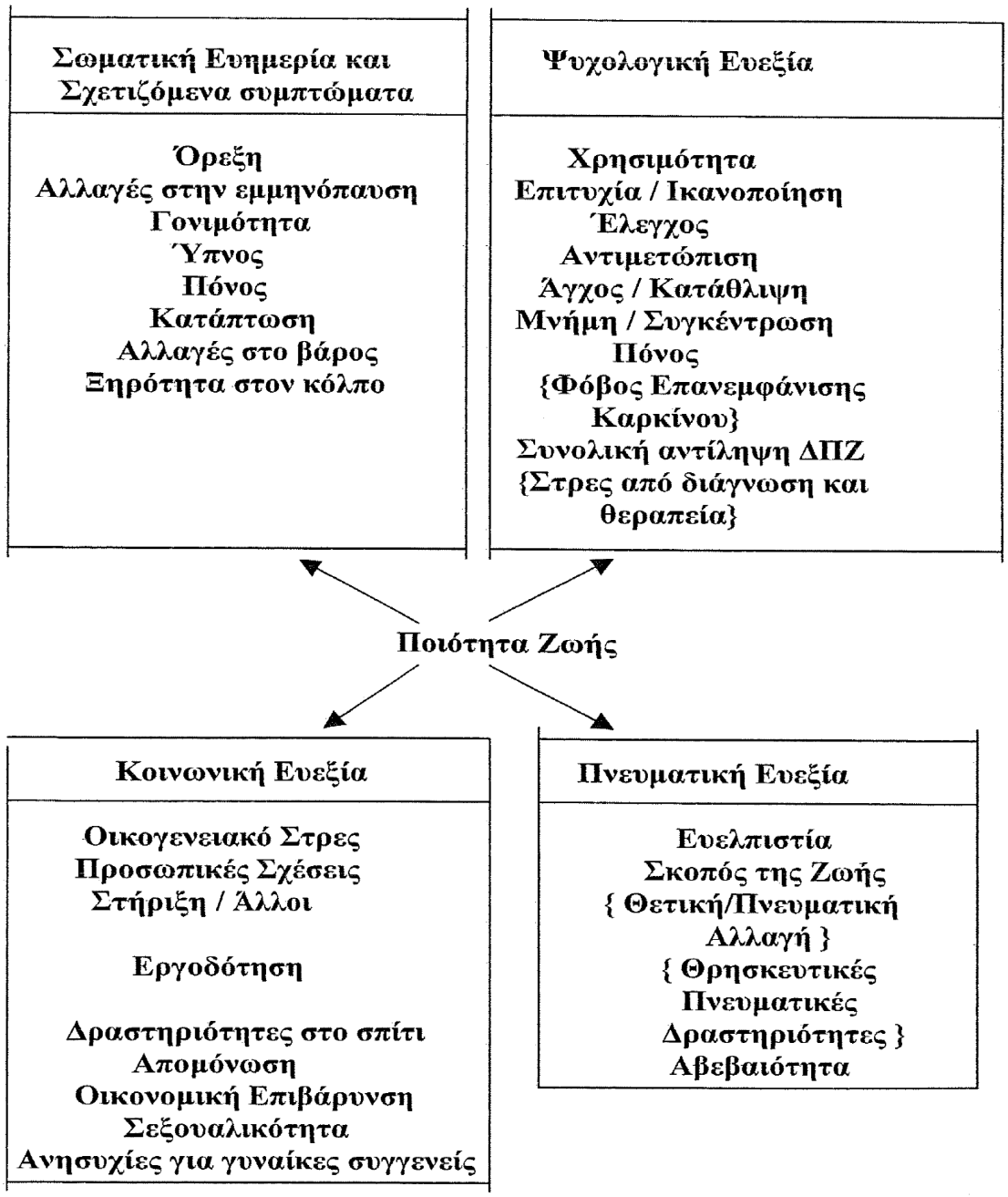
Η κατάθλιψη σχετίζεται παράλληλα και με πολλές σωματικές ασθένειες, όπως καρδιακά νοσήματα, καρκίνος και άλλα. Στο παρόν κεφάλαιο θα αναλυθεί η σχέσης της κατάθλιψης και των ασθενειών της στεφανιαίας νόσου, αλλά και του καρκίνου.

Η στεφανιαία νόσος είναι η πρώτη αιτία θανάτου και ανικανότητας στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Τα τελευταία χρόνια, πολλές μελέτες έχουν στοχεύσει στη διερεύνηση της σχέσης στεφανιαίας νόσου και ψυχικής υγείας, η οποία συνδέεται με το άγχος και την κατάθλιψη. Τα προηγούμενα έτη, η αντιμετώπιση της περιορίζονταν στη θεραπεία και στην πρόληψη των επιπλοκών, ενώ πλέον, δίνεται έμφαση στην επίδραση των ψυχικών επιπλοκών κατά την εκδήλωση και έκβαση της στεφανιαίας νόσου, αλλά και στην επίλυση των διαγνωστικών προβλημάτων (Χριστοδούλου και συν., 2005).

Συγκεκριμένα, ένα σημαντικό ποσοστό 70-80% των ατόμων με οξύ καρδιακό επεισόδιο αποδείχτηκε ότι βιώνει άγχος, το οποίο συνήθως επιμένει και μακροπρόθεσμα στο 20-25% των ασθενών. Όσον αφορά τους ασθενείς που νοσηλεύονται, η εκδήλωση του άγχους γίνεται αμέσως μετά το έμφραγμα, ενώ η κορύφωσή του λαμβάνει χώρα τη δεύτερη ημέρα και υποχωρεί έπειτα από τις πρώτες ημέρες. Ένα ποσοστό 8-16% των ασθενών με στεφανιαία νόσο είναι δυνατό να βιώσουν μετεμφραγματικό άγχος, ενώ παράλληλα έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να υποστούν κατά τη νοσηλεία τους αρρυθμίες ή νέα ισχαιμικά επεισόδια (Λύκουρας και συν., 2009).

Θα πρέπει να τονιστεί ότι, ενώ στο γενικό πληθυσμό η εμφάνισης της κατάθλιψης ποικίλει σε ποσοστό 3-10%, στους ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία νόσο ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 25%. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με κατάθλιψη έχουν ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της στεφανιαίας νόσου, ενώ όταν ήδη υπάρχει η στεφανιαία νόσος, η κατάθλιψη είναι δυνατό να ενισχύσει τον κίνδυνο νέων καρδιακών επεισοδίων. Αξίζει να αναφερθεί ότι, η κατάθλιψη πολλές φορές προϋπάρχει της αγχώδους διαταραχής και αποδίδεται σε ψυχοπιεστικά γεγονότα που βιώνουν οι ασθενείς. Επιπλέον, κυρίαρχο ρόλο για την εκδήλωσή της διαδραματίζουν και οι γενετικοί, περιβαλλοντικοί και ψυχοκοινωνικοί συντελεστές (Σολδάτος, 2005).

Όσον αφορά την σχέση κατάθλιψης και ατόμων που πάσχουν από καρκίνο, οι τελευταίοι βιώνουν πολλούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες, οι οποίοι θα μπορούσαν να είναι η αφορμή για μια καταθλιπτική διαταραχή κατά την πορεία της νόσου. Σε γενικές γραμμές, η κατάθλιψη είναι αρκετά συχνή στον πληθυσμό, οπότε είναι δυνατό ένας αριθμός ασθενών με καρκίνο να έχει ιστορικό κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, πολλοί είναι οι παράγοντες στη νόσο του καρκίνου που ίσως δράσουν ως αίτιο δευτερογενούς κατάθλιψης, όπως για παράδειγμα διάφορες ορμονικές ή ανοσολογικές θεραπείες.



Εικόνα 1.4 Το Μοντέλο ποιότητας ζωής για ασθενείς με καρκίνου του μαστού (Breast Cancer Quality Of Life Model). Πηγή: Ferrel et al., (1998).

Παλαιότερα, η κατάθλιψη στους ασθενείς με καρκίνο ήταν από τους επιστήμονες ως η επικρατέστερη έναντι άλλων σωματικών νοσημάτων, κάτι το οποίο πλέον δεν ισχύει. Επίσης, υπήρχε η άποψη ότι η επικράτηση της αυτοκτονίας στους καρκινοπαθείς ασθενείς ήταν υψηλή, κάτι που αντιστράφηκε, διότι τελικά λίγοι κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας. Επιπλέον, θα πρέπει να τονιστεί ότι ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής είναι μόλις διπλάσιος από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Όσον

αφορά τη θεραπεία, οι καταθλιπτικοί ασθενείς με καρκίνο συνδυάζουν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα με την ψυχοθεραπεία, η οποία συνήθως είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική (Holland, 2002).

1.8 ΨΥΧΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Κυριολεκτικά, έχει γίνει τεράστιος όγκος έρευνας σχετικά με τις αιτίες της κατάθλιψης. Ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί έναν αριθμό χημικών ουσιών ως αγγελιοφόρους προκειμένου να επικοινωνούν με άλλα τμήματα του ίδιου και με το νευρικό σύστημα γενικότερα. Αυτοί οι χημικοί αγγελιοφόροι, που ονομάζονται νευροδιαβιβαστές, απελευθερώνονται από τις απολήξεις νευρώνων (νευρικών κυττάρων) και προσδένονται στην επιφάνεια πολλών νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου. Οι νευρώνες συνεχώς επικοινωνούν μεταξύ τους μέσω των νευροδιαβιβαστών. Αυτό το σύστημα επικοινωνίας είναι σε γενικές γραμμές απαραίτητο για όλες τις λειτουργίες του εγκεφάλου (Ernst, 2002).

Ένας μικρός χώρος που ονομάζεται σύναψη χωρίζει τους νευρώνες μεταξύ τους. Σε ένα απλό σενάριο, ένας νευρώνα (ο αποστολέας) στέλνει ένα μήνυμα νευροδιαβιβαστή σε όλες τις συνάψεις του και ο επόμενος νευρώνας (ο αποδέκτης) λαμβάνει αυτό το μήνυμα μέσω κατάλληλων υποδοχέων ενσωματωμένων στην επιφάνειά του. Οι υποδοχείς είναι μικροσκοπικά μόρια που λειτουργούν όπως μια κλειδαριά σε μια πόρτα. Οι υποδοχείς έχουν θέσεις με συγκεκριμένα σχήματα, τα οποία ταιριάζουν απόλυτα με το σχήμα των μορίων του νευροδιαβιβαστή που αποστέλλονται στη σύναψη. Όταν οι νευροδιαβιβαστές και οι υποδοχείς έρχονται σε επαφή μεταξύ τους, ο νευροδιαβιβαστής προσδένεται στις συγκεκριμένες θέσεις επί του μορίου του υποδοχέα. Ως αποτέλεσμα, ο υποδοχέας ενεργοποιείται ή ανοίγει, ακριβώς όπως όταν ένα κλειδί εισέρχεται σε μια κλειδαριά και τελικά την ανοίγει. Όταν δεν υπάρχουν μόρια του νευροδιαβιβαστή για να «ξεκλειδώσουν» τους υποδοχείς, οι υποδοχείς παραμένουν σε ανενεργή κατάσταση (Sheline, 2003).

Η κατάθλιψη έχει συνδεθεί με προβλήματα ή ελλείμματα στον εγκέφαλο σε σχέση με τη σεροτονίνη, τη νορεπινεφρίνη και τη ντοπαμίνη. Τα στοιχεία είναι κάπως έμμεσα σε αυτά τα σημεία, διότι είναι πολύ δύσκολο να μετρηθούν τα πραγματικά επίπεδα του νευροδιαβιβαστή στον εγκέφαλο ενός ατόμου. Αυτό που

είναι γνωστό είναι ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της κατάθλιψης) είναι γνωστό ότι δρουν σε αυτούς τους συγκεκριμένους νευροδιαβιβαστές και τους υποδοχείς τους (AMA, 1998).

Η σεροτονίνη εμπλέκεται στη ρύθμιση πολλών σημαντικών φυσιολογικών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένου του ύπνου, της επιθετικότητας, του φαγητού, της σεξουαλικής συμπεριφοράς, και της διάθεσης. Η σεροτονίνη παράγεται από τους σεροτονεργικούς νευρώνες. Έρευνες δείχνουν ότι μια μείωση στην παραγωγή της σεροτονίνης από αυτούς τους νευρώνες μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη σε μερικούς ανθρώπους, και ενδεχομένως μια τάση για αυτοκτονία (Reis, 2002).

Την δεκαετία του 1960, η «υπόθεση των κατεχολαμινών» αποτελούσε μια δημοφιλή εξήγηση για τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι ανέπτυσσαν κατάθλιψη. Αυτή η υπόθεση πρότεινε ότι ένα έλλειμμα της νορεπινεφρίνης (επίσης γνωστής ως νοραδρεναλίνης) σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου ήταν υπεύθυνο για τη δημιουργία καταθλιπτικής διάθεσης. Πιο πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει πράγματι ένα υποσύνολο των καταθλιπτικών ατόμων που έχουν χαμηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης. Για παράδειγμα, μελέτες αυτοψίας δείχνουν ότι οι άνθρωποι που έχουν βιώσει πολλαπλά καταθλιπτικά επεισόδια έχουν λιγότερους νορεπινεφρινικούς νευρώνες από τους ανθρώπους που δεν έχουν ιστορικό κατάθλιψης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν παράλληλα ότι δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι αλλαγές της διάθεσης λόγω μειωμένων επίπεδων της νορεπινεφρίνης. Μερικοί άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη εμφανίζουν στη πραγματικότητα αυξημένη δραστηριότητα εντός των νευρώνων που παράγουν νορεπινεφρίνη. Περισσότερες τρέχουσες μελέτες δείχνουν ότι σε μερικούς ανθρώπους, τα χαμηλά επίπεδα της σεροτονίνης μπορεί να προκαλέσουν μια πτώση στα επίπεδα νορεπινεφρίνης, η οποία στη συνέχεια οδηγεί σε κατάθλιψη (Gallagher, 2001).

Μια άλλη γραμμή έρευνας συσχετίζει στρες, κατάθλιψη και νορεπινεφρίνη. Η νορεπινεφρίνη βοηθά τους οργανισμούς των ανθρώπων να αναγνωρίζουν και να απαντούν σε στρεσογόνες καταστάσεις. Οι ερευνητές προτείνουν πως οι άνθρωποι που είναι ευάλωτοι στην κατάθλιψη μπορεί να έχουν ένα νορεπινεφρινικό σύστημα

το οποίο δε διαχειρίζεται τις συνέπειες του στρες πολύ αποτελεσματικά (Markowitz, 1999).

Ο νευροδιαβιβαστής ντοπαμίνη συνδέεται επίσης με την κατάθλιψη. Η ντοπαμίνη παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση των ενστίκτων μας προς αναζήτηση επιβεβαιώσεων, καθώς και στην ικανότητά μας να αποκτήσουμε μια αίσθηση ευχαρίστησης. Τα χαμηλά επίπεδα ντοπαμίνης μπορούν εν μέρει να εξηγήσουν γιατί οι καταθλιπτικοί άνθρωποι δεν αντλούν την ίδια αίσθηση της ευχαρίστησης από δραστηριότητες ή ανθρώπους όπως πριν από την κατάθλιψη. Πρόσφατα, ένας άλλος νευροδιαβιβαστής, το γλουταμινικό, ενοχοποιήθηκε για κατάθλιψη, αλλά περισσότερη έρευνα είναι απαραίτητη αυτή τη στιγμή για να προσδιοριστεί η φύση αυτής της σχέσης (NIMH, 2003).

Οι ψυχοβιολογικές θεωρίες για την κατάθλιψη αφορούν τη διαταραχή των βιογενών αμινών, το συνδετικό μοντέλο και τη νευροφυσιολογική άποψη. Η θεωρία των βιογενών αμινών στηρίχτηκε στο ότι μερικά φάρμακα, όπως η ρεσερπίνη προκαλούσαν κατάθλιψη σε κάποιους ασθενείς. Επίσης, σύμφωνα με την ίδια θεωρία τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αύξαναν τη διαθέσιμη ποσότητα των βιογενών αμινών, που αποτελούνται από την αδρεναλίνη, τη σεροτονίνη και τη ντοπαμίνη. Βάσει των παραπάνω παρατηρήσεων, αλλά και του συνδυασμού της ευαισθησίας κάθε ατόμου ξεχωριστά και των περιβαλλοντικών επιδράσεων, διατυπώθηκε η άποψη της διπλής επίδρασης. Σύμφωνα με αυτήν, οι εξωγενείς παράγοντες προκαλούν εξάντληση των αμινών ειδικότερα σε άτομα με προδιάθεση. Επιπρόσθετες έρευνες που σχετίζονταν με τη λειτουργία του άξονα υπόφυσης - επινεφριδίων και της ανεπαρκούς καταστολής, έπειτα από τη χορήγηση δεξαμεθαζόνης σε καταθλιπτικά άτομα, απέδειξαν ότι στο μηχανισμό πρόκλησης της κατάθλιψης εμπλέκονται και διάφοροι ορμονικοί παράγοντες (Nutt et al., 2006).

Η Νευροφυσιολογική άποψη στηρίζεται στην παρατήρηση περίσσειας ιόντων νατρίου εντός του νευρικού κυττάρου, κατά τη διάρκεια καταθλιπτικού - μανιακού επεισοδίου και αποκατάσταση με την επάνοδο στην κανονική κατάσταση μετά την ανάρρωση. Οι νεότερες έρευνες πλέον στοχεύουν στη βιοχημεία των δυσλειτουργικών συναισθημάτων, στη διαταραχή των κιρκάδιων ρυθμών, στο πιθανό όφελος των καταθλιπτικών ασθενών με τη στέρηση ύπνου και στην έκθεσή τους σε δυνατό λευκό φως (Ende et al., 2006).

Από την άλλη, το συνδετικό μοντέλο επιχειρεί τη σύνδεση της εμπειρίας και της συμπεριφοράς με το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η επικρατέστερη υπόθεση είναι ότι οι ψυχοβιολογικοί παράγοντες καταλήγουν σε αναστρέψιμα ελλείμματα στην περιοχή του διεγκεφάλου, οπότε επηρεάζεται η ικανότητα ευχαρίστησης και ανταμοιβής (Sheline, 2003, Kalia, 2006, Leppanen, 2006).

Στην εκδήλωση της νόσου, ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζουν παράγοντες όπως, η κληρονομικότητα, η αναπτυξιακή προδιάθεση, η ψυχοσύνθεση, τα γεγονότα της ζωής, βιολογικοί στρεσσογόνοι παράγοντες, αλλά και το φύλο. Όσον αφορά την κληρονομικότητα, τελευταίες έρευνες αποδεικνύουν την ιδιαίτερη συμβολή της στην υποτροπιάζουσα κατάθλιψη και στην διπολική διαταραχή, καθώς είναι πολύ πιθανή η ύπαρξη γενετικής ετερογένειας, η οποία εμπλέκει γονίδια με κυρίαρχο και πολυ-παραγοντικό χαρακτήρα (McGuffin P., Katz R, 1989).

Σε σχέση με την αναπτυξιακή προδιάθεση, το σύνηθες είναι οι γονείς με συναισθηματικές διαταραχές να προκαλούν στρεσσογόνες καταστάσεις στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Ως αποτέλεσμα, το τελευταίο προδιαθέτει για συναισθηματικές διαταραχές, ενώ είναι δυνατόν οι διάφορες περιβαλλοντικές εντάσεις να οδηγήσουν σε πρώιμη εκδήλωση της νόσου (Klein et al., 2005). Αναλογικά με την ψυχοσύνθεση, άτομα επιρρεπή στην ανάπτυξη μανίας ή κατάθλιψης ίσως εμφανίσουν προδιάθεση πολύ νωρίς πριν ακόμη διαγνωστεί η νόσος. Η δυσθυμία ειδικότερα, υποδεικνύει την πιθανότητα έκφρασης μείζονος κατάθλιψης. (Kendler et al., 2006).

Τα γεγονότα της ζωής αποτελούν και αυτά πολύ σημαντικό παράγοντα, καθώς άτομα με καταθλιπτική προδιάθεση δύναται να είναι πιο επιρρεπή στην εκδήλωση της νόσου (Sloman et al., 2003). Σημαντική θέση κατέχουν και οι βιολογικοί στρεσσογόνοι παράγοντες για την εκδήλωση της νόσου, όπως διάφορες ασθένειες και φαρμακευτικές θεραπείες (Hansen et al., 2001. Clarke et al., 2006). Τέλος, πολλές μελέτες έδειξαν ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη κατάθλιψης, καθώς εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα μονοαμινικής οξειδάσης, έχουν πιο ασταθή λειτουργία θυρεοειδούς, έχουν προ-εμμηνορρυσιακό σύνδρομο ή επιλόχειο κατάθλιψη και είναι επιρρεπείς στη δράση των στεροειδών (George et al., 1995).

Νευροχημική Υπόθεση της κατάθλιψης

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι πιο βαριές καταθλίψεις συνοδεύονται από βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου και συγκεκριμένα σε τρεις νευροδιαβιαστικές ουσίες, όπως η Σεροτονίνη, η Νοραδρεναλίνη και η Ντοπαμίνη. Πολλές είναι οι υποθέσεις που έχουν προταθεί ανά καιρούς με σκοπό την αιτιολογία της κατάθλιψης σε σχέση με τις περιοχές του εγκεφάλου, όπως για παράδειγμα αυτή της μονοαμινεργικής ανεπάρκειας, των βιολογικών μεταβολών των υποδοχέων, των κατεχολαμίνων και άλλων.

Σύμφωνα με την θεωρία των μονοαμινών, η κατάθλιψη οφείλεται σε υπολειτουργία των νοραδρενεργικών (NA) και των σεροτονινεργικών (5-HT) συνάψεων, εξαιτίας της ελάττωσης της συγκέντρωσης της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης στο μεσοσυναπτικό διάστημα. Η συγκεκριμένη υπόθεση στηρίζεται στο ότι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, τα τρικυκλικά αντικαταθληπτικά και οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης δρουν αγωνιστικά στην σεροτονίνη, την νορεπινεφρίνη ή και στις δύο μαζί. Μετά από μεταθανάτιες μελέτες του Nemeroff (1998) σε καταθλιπτικά άτομα, τα οποία δεν έλαβαν φαρμακευτική αγωγή, βρέθηκε ότι είχαν αυξημένο αριθμό υποδοχέων σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης το οποίο επιβεβαιώνει ύπαρξη διαταραχής στην απελευθέρωση των μονοαμινών, μέσω μιας διαδικασίας που ονομάζεται "προς τα άνω ρύθμιση". Αυτή η υπόθεση παρουσιάζει ορισμένα προβλήματα, καθώς βασίζεται στη θεραπεία της κατάθλιψης με τη χρήση αγωνιστών των μονοαμινών, ενώ ελάχιστοι ασθενείς βοηθιούνται μέσω αυτής της θεραπείας (Pinel, 2009).

Σύμφωνα με την υπόθεση των βιολογικών μεταβολών των υποδοχέων, η κατάθλιψη οφείλεται στις μακροχρόνιες επιπτώσεις της μικρής συγκέντρωσης των νοραδρενεργικών (NA) και των σεροτονινεργικών (5-HT) συνάψεων. Αυτό όμως έχει ως αποτέλεσμα την αντιρροπιστική υπερευαισθητοποίηση των β-αδρενεργικών υποδοχέων της νοραδρεναλίνης και των σεροτονικών υποδοχέων της σεροτονίνης. Η υπερευαισθητοποίηση αυτή σημαίνει και την αύξηση του αριθμού και της δραστηριότητας των υποδοχέων, κάτι που προσπαθούν να καταστείλουν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Coppen, 1967).

Από την άλλη, η χολινεργική υπόθεση των συναισθηματικών διαταραχών υποστηρίζει ότι μία ανισορροπία μεταξύ του χολινεργικού και του συστήματος των κατεχολαμινών οδηγούσε στις μεταβολές της διάθεσης. η κατάθλιψη οφείλεται σε

μείωση ενός ή περισσοτέρων κατεχολαμινικών νευροδιαβιβαστών σε κάποιες εγκεφαλικές συνάψεις (Janowsky et al., 1972) Παρόλα αυτά, η υπόθεση αυτή αποδείχτηκε ασύμβατη με τα ερευνητικά δεδομένα.

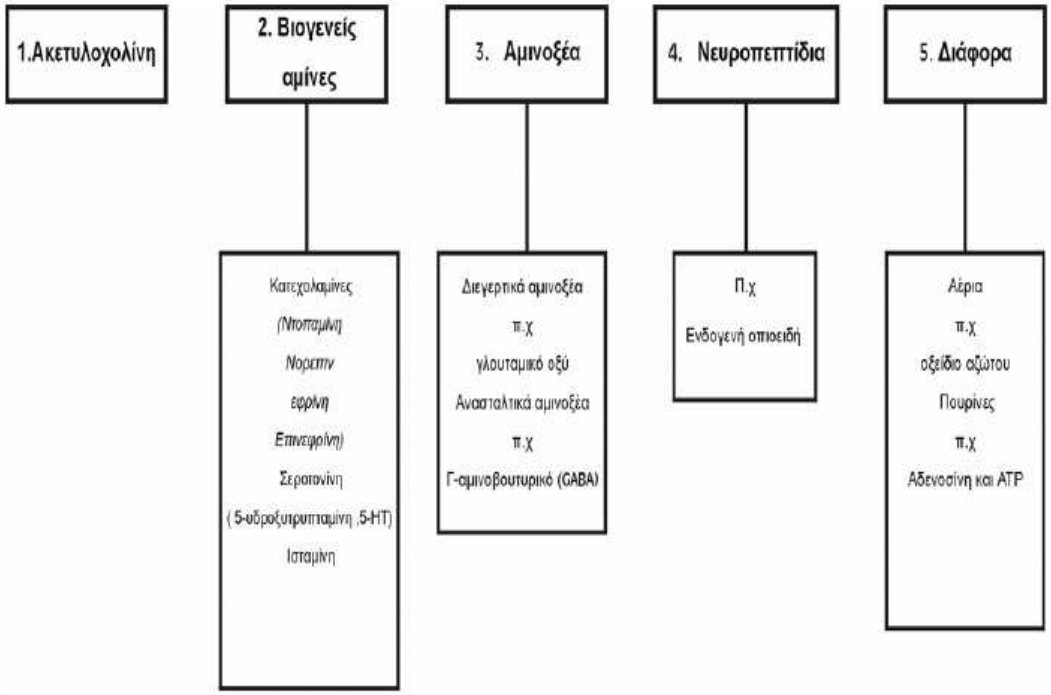
Brain Derived Neurotrophic Factor

Στον τομέα της κατάθλιψης μεγαλύτερη προσοχή έχει δοθεί στις μετωπιαίες περιοχές του φλοιού και του ιπποκάμπου για τους ρόλους τους σε καταθλιπτική και αντικαταθλιπτική δράση. Αν και αυτές οι περιοχές παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ασθένεια, έχει βρεθεί ότι και άλλες περιοχές του εγκεφάλου εμπλέκονται επίσης. Ο εγκεφαλικός νευροτροφικός παράγοντας (BDNF) εκφράζεται κυρίως στον αναπτυσσόμενο και στον ενήλικο εγκέφαλο των θηλαστικών και έχει εμπλακεί στην ανάπτυξη, την νευρική αναγέννηση, την συναπτική διαβίβαση, τη συναπτική πλαστικότητα και την νευρογένεση. Η νευροτροφική υπόθεση της κατάθλιψης αναφέρει ότι μια ανεπάρκεια σε νευροτροφική στήριξη μπορεί να συμβάλει στην παθολογία του ιππόκαμπου κατά την ανάπτυξη της κατάθλιψης και η αναστροφή αυτής της ανεπάρκειας με αντικαταθλιπτικές θεραπείες μπορεί να συμβάλει στην επίλυση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Από διάφορες νευροτροφίνες, οι περισσότερες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στον BDNF, έναν από τους πιο διαδεδομένους νευροτροφικούς παράγοντες στον εγκέφαλο των ενηλίκων (Yu et al., 2011).

Πρόσφατα βρέθηκε μια αλλαγή του ανθρώπινου γονιδίου BDNF, η οποία προκαλεί την μετατροπή της μεθειονίνης σε βαλίνη στην προ-περιοχή της πρωτεΐνης BDNF, βρέθηκε να μειώνεται η δραστηριο-εξαρτώμενη έκκριση του BDNF (Egan et al., 2003), και να συνδέεται με αυξημένη ευαισθησία σε νευροψυχιατρικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, και διπολική διαταραχή (Post, 2007).

Μελέτες προτείνουν ότι ο πολυμορφισμός του BDNF, Val66Met, θα μπορούσε να προκαλέσει ανάπτυξη μικρότερου προμετωπιαίου φλοιού και ιππόκαμπου και έτσι να δημιουργηθεί ευαισθησία σε διαταραχές της διάθεσης, το οποίο ενισχύει την υπόθεση ότι ο BDNF παίζει σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη. Ο ρόλος του BDNF στην κατάθλιψη έχει επίσης υποστηριχθεί από την υπόθεση ότι BDNF επεμβαίνει στη δράση των αντικαταθλιπτικών. Μελέτες υποδεικνύουν ότι οι αντικαταθλιπτικές θεραπείες, αυξάνουν την έκφραση του BDNF και του υποδοχέα TrkB στον ιππόκαμπο σε ζωικά μοντέλα.. Αυτό υποδηλώνει ότι η ρύθμιση του BDNF και του

TrkB εμπλέκονται στην παθολογία και την ανάπτυξη της κατάθλιψης (Yu et al., 2007). Ωστόσο, αν και το BDNF ασκεί αντικαταθλιπτικού τύπου δράσεις στον ιππόκαμπο, οι δράσεις του μπορεί να είναι διαφορετικές ή ακόμη και αντίθετες, σε διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου (Yu et al., 2011).



Εικόνα 1.5 Κατηγορίες μερικών χημικών ουσιών που είναι γνωστό ή υποθέτουμε ότι είναι νευροδιαβιβαστές ή νευρορυθμιστές. Πηγή Χριστοδούλου (2000)

Η Σεροτονίνη (5-υδροξυτρυπταμίνη, 5-HT), η οποία αποτελεί νευροδιαβιβαστική ουσία, υπεισέρχεται και αυτή στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης. Οι κυριότερες αιτίες είναι η μειωμένη συγκέντρωση του 5-υδροξυ-ινδολεϊκού οξέος (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό πασχόντων από κατάθλιψη, η μειωμένη συγκέντρωση και ο αριθμός των υποδοχέων σεροτονίνης τύπου 2 (5-HT2) σε εγκεφάλους ατόμων που αυτοκτόνησαν, οι μειωμένες νευροενδοκρινικές λειτουργίες που επιτελούνται μέσω σεροτονινεργικών (5-HT) νευροδιαβιβάσεων σε

καταθλιπτικούς ασθενείς, καθώς και το γεγονός ότι πολλά φάρμακα με αντικαταθλιπτική δράση αυξάνουν την σεροτονινεργική λειτουργία. Τελευταία, έχουν κατασκευαστεί ειδικά φάρμακα, τα οποία είναι ιδιαιτέρως αποτελεσματικά και είναι στην ουσία οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) για την αύξηση της σεροτονινεργικής δραστηριότητας (Garlow et al., 1999).

1.9 ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΟ

Νευροπαθολογία

Σύμφωνα με έρευνες, η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με νευρωνική ατροφία και απώλεια νευρωνικών κυττάρων, ιδιαίτερα στον ιππόκαμπο και τον εγκεφαλικό φλοιό (Duman et al., 2000). Τα ελλείμματα αυτά στον ιππόκαμπο ασθενών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης τα οποία μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στη φυσιολογία του ιππόκαμπου και, ως εκ τούτου, να αλλάξει τη γνωστική επίδοση σε άτομα με την ασθένεια. αναφορές από διάφορα εργαστήρια έχουν δείξει μια μείωση του όγκου του ιπποκάμπου σε ασθενείς που είναι πιο σοβαρά οι οποίοι είχαν πρώιμη ηλικία έναρξης της ασθένειας, πολλά προηγούμενα επεισόδια, μεγάλη χρονική διάρκεια χωρίς θεραπεία της ασθένειας και ιστορικό με παιδική κακοποίηση. Φαίνεται ότι το οπίσθιο τμήμα του ιππόκαμπου εμπλέκεται στην μείωση του όγκου σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Γνωστικές μελέτες δείχνουν ότι η μάθηση και η μνήμη έχουν μεταβληθεί στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή με ανωμαλία στο οπίσθιο ιππόκαμπο. Κυτταρικές αλλαγές στον οπίσθιο ιππόκαμπο σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή δεν έχουν ακόμη διευκρινιστεί, αλλά υπάρχουν ενδείξεις εμπλοκής μιας αλλαγής στα συστήματα σεροτονίνης και νευροτροπίνης (Neumeister et al., 2005).

Σε αξονικές τομογραφίες παρατηρούνται μεγαλύτερες κοιλίες των ασθενων με διαταραχές διάθεσης στο 10-30% σε σχέση με την ομάδα ελέγχου αν και τα αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται στη χρήση των φαρμάκων. Παρατηρήθηκε

επίσης μείωση της γλυκόζης στον αριστερό μετωπιαίο λοβό των ασθενών με κατάθλιψη (Baxter et al., 1989).

Σε έρευνα των Davidson et al. (1991), σε καταθλιπτικούς ασθενείς βρέθηκε μειωμένη μετωπιαία ενεργοποίηση. Σύμφωνα με τους Drevets και συνεργάτες (1997), σε νευροαπεικονιστική μελέτη παρατηρήθηκε μειωμένη δραστηριότητα του προμετωπιαίου φλοιού κοντά στη κορυφή του μεσολοβίου σε ασθενείς με διαταραχές συναισθήματος, αυτό το τμήμα ονομάζεται πρόσθια έλικα του προσαγωγίου, η ίδια περιοχή και συγκεκριμένα το τμήμα sg24 βρέθηκε να είναι μεγαλύτερο στο αριστερό ημισφαίριο. Μετά από διερεύνηση των Drevets et al. της κυτταρικής δομή της της περιοχής sg24, σε άτομα με διαταραχές συναισθήματος, βρέθηκε μείωση πυκνότητας των κυττάρων και μείωση των γλοιακών κυττάρων.

Η αμυγδαλή είναι μια βασική δομή του πρόσθιου εγκεφάλου η οποία σχετίζεται με το συναίσθημα έχει σύνθετη δομή, δύο από τις μονάδες της οι οποίες έχουν ενοχοποιηθεί ιδιαίτερα στον έλεγχο των συναισθηματικών διεργασιών είναι ο κεντρικός πυρήνας (CEA) και η βασοπλευρική αμυγδαλή (BLA) (Phelps et al., 2005). Η επικρατούσα άποψη είναι ότι η BLA είναι υπεύθυνη για τη συναισθηματική μάθηση, ενώ ο CeA ενεργεί ως «υπεύθυνος του εγκεφαλικού στελέχους». Δυσλειτουργία στην πλαστικότητα της αμυγδαλής μπορεί να σχετίζεται θεωρητικά με την κατάθλιψη και την διπολική διαταραχή (BD) (Quiroz et al., 2004). Οι μελέτες λειτουργικότητας ενηλίκων σε κατάσταση ηρεμίας είναι ενδεικτικές της αυξημένης βασικής δραστηριότητας της αμυγδαλής, η οποία συσχετίζεται θετικά με τη βαρύτητα της κατάθλιψης (Mah et al., 2007). Η σύνδεση μεταξύ άγχους και της κατάθλιψης έχει παρατηρηθεί από καιρό, ιδίως σε κλινικό επίπεδο, όπου η χρόνια έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα της ζωής έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το στρες προκαλεί επίσης αλλαγές στη δομή της αμυγδαλής, το οξύ και χρόνιο στρες αυξάνει τον σχηματισμό συνάψεων στην αμυγδαλή (Pawlak et al., 2005).

Νευροπλαστικότητα

Ο εγκέφαλος έχει μια θαυμάσια ικανότητα να ανιχνεύει και να ανταποκρίνεται στο περιβάλλον του. Η "νευροπλαστικότητα" αναφέρεται στην ευέλικτη ικανότητα

του εγκεφάλου να αναπτυχθεί και να πάρει νέα σχήματα, και να επιτρέψει έτσι τη μνήμη και τη μάθηση. Για παράδειγμα, οι νευρώνες μπορούν να προσαρμόσουν την απόκρισή τους και κυριολεκτικά να αυξήσουν τόσο τις νέες συνάψεις όσο και να ενισχύσουν τις υφιστάμενες, ανάλογα με τα είδη της διέγερσης που λαμβάνουν. Επιπλέον, οι νευρώνες μπορούν να «επαναπρογραμματιστούν» σε απόκριση προς διάφορες καταστάσεις. Για παράδειγμα, οι νευράξονες μπορούν να αλλάξουν τη διαδρομή από μια περιοχή του εγκεφάλου σε ένα άλλο ώστε να λειτουργούν σε ένα κατεστραμμένο τμήμα του εγκεφάλου μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο (Linden, 2006).

Μια σημαντική πτυχή της νευροπλαστικότητας περιλαμβάνει την παρακολούθηση των δραστηριοτήτων του νευροδιαβιβαστή. Ειδικοί υποδοχείς βοηθούν τους νευρώνες να ανιχνεύουν το περιβάλλον και να μετατρέψουν τα γονίδια που προκαλούν την παραγωγή των νευροδιαβιβαστών και των υποδοχέων τους ή να τα απενεργοποιήσουν. Για παράδειγμα, εάν ένα άτομο έχει βιώσει μόνο μια αγχωτική κατάσταση, ο εγκέφαλος αντιλαμβάνεται την αύξηση του επιπέδου στρες και μπορεί να απενεργοποιήσει ή να χαμηλώσει τα γονίδια που δημιουργούν τους υποδοχείς του νευροδιαβιβαστή. Όταν λιγότεροι υποδοχείς είναι διαθέσιμοι, τα μηνύματα που αποστέλλονται μέσω των συνάψεων λαμβάνονται πιο αργά ή με λιγότερη ευαισθησία. Εάν οι υποδοχείς που έχουν υποβαθμιστεί ή αναβαθμιστεί επίσης εμπλέκονται στη ρύθμιση της διάθεσης, τότε η αναβάθμιση και η υποβάθμιση θα έχουν επίδραση στη διάθεση (Waite, 2008).

Μέχρι πρόσφατα, πιστευόταν πως ο εγκέφαλος δεν δημιουργούσε νέους νευρώνων προκειμένου να αντικαταστήσουν αυτούς που καταστράφηκαν, και ότι ο ενήλικος εγκέφαλος είχε παράγει όλους τους νευρώνες οι οποίοι θα παράγονταν ποτέ. Η άποψη αυτή έχει αποδειχθεί ότι είναι ανακριβής, ωστόσο. Σήμερα οι επιστήμονες έχουν ανακαλύψει πως συνεχώς σε όλη τη ζωή ενός ατόμου, δημιουργούνται νέοι νευρώνες και νευρωνικές οδοί σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στη μνήμη και στο συναίσθημα. Επιπλέον, έρευνες δείχνουν ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) φαίνεται να αυξάνουν την ανάπτυξη νέων νευρώνων σε αυτές τις βασικές περιοχές του εγκεφάλου. Σε αντίθεση, το χρόνιο άγχος φαίνεται να μειώνει την κυτταρική ανάπτυξη στις περιοχές αυτές. Με βάση αυτά τα στοιχεία, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ένας μειωμένος αριθμός των νευρώνων στα συναισθηματικά

κέντρα του εγκεφάλου μπορεί να οδηγήσει σε βραδύτερη αντιδραστικότητα και σε καταθλιπτικά συμπτώματα (Lune, 2002).

Η κίνηση των νευροδιαβιβαστών και η νευροπλαστική δραστηριότητα στον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα είναι σταθερή και περίπλοκη. Η έρευνα για την εξεύρεση οριστικών αιτιών για την κατάθλιψη συνεχίζεται, με την ανάπτυξη διαγνωστικών τεστ και καλύτερων θεραπειών που βασίζονται σε αυτά τα βασικά συστήματα του εγκεφάλου (Goldman, 2000).

Ενδοκρινολογία

Οι νευροδιαβιβαστές δεν είναι οι μόνοι σημαντικοί χημικοί αγγελιοφόροι στο σώμα. Το σώμα χρησιμοποιεί επίσης τις ορμόνες ως χημικούς αγγελιοφόρους. Αν και παράγονται στο ενδοκρινικό σύστημα, οι ορμόνες κυκλοφορούν από το ένα όργανο στο άλλο μέσω της κυκλοφορίας του αίματος. Το ενδοκρινικό και το νευρικό σύστημα συνδέονται μέσω του υποθάλαμου (ένα κεντρικό «σταθμό μεταγωγής» εντός του εγκεφάλου). Ο υποθάλαμος είναι μια εξαιρετικά σύνθετη περιοχή του εγκεφάλου, η οποία ελέγχει πολλές διαφορετικές λειτουργίες του σώματος όπως την αρτηριακή πίεση, την όρεξη, τις ανοσοαποκρίσεις, τη θερμοκρασία του σώματος, τη μητρική συμπεριφορά, και τους ρυθμούς του σώματος σχετικά με κιρκαδικούς και εποχικούς ρυθμούς (Sheline, 2010).

Ο όρος κιρκαδικός ρυθμός αναφέρεται στον 24ωρο κύκλο του σώματος, ο οποίος καθορίζεται από την ποσότητα του φωτός που ανιχνεύει ο υποθάλαμος σε ένα κύκλο ημέρας-νύχτας. Τόσο η δραστηριότητα κυμάτων του εγκεφάλου όσο και η παραγωγή ορμονών είναι συζευγμένα με αυτόν τον κύκλο, και όταν ο κιρκαδικός ρυθμός έχει διαταραχθεί, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε διαταραχές της διάθεσης. Παρόμοια με τους κιρκαδικούς ρυθμούς, οι εποχιακοί ρυθμοί καθορίζονται από την ποσότητα του φωτός της ημέρας μέσα σε μια δεδομένη περίοδο, και μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη διάθεση. Τα άτομα με εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (SAD) αρχίζουν να αισθάνονται όλο και πιο πολύ κατάθλιψη, καθώς η ποσότητα του φωτός εξαφανίζεται στη διάρκεια του χειμώνα. Αντίθετα, τα άτομα αυτά βιώνουν μια αύξηση στη διάθεση προσεγγίζοντας την άνοιξη όπου υπάρχει περισσότερο φως. Κατά τη διάρκεια άλλων περιόδων του έτους, τα άτομα με SAD βιώνουν φυσιολογικές "εμπειρίες" ψυχικής υγείας (Pampolona et al., 2004).

Ο υποθάλαμος είναι επίσης υπεύθυνος για την απελευθέρωση των ορμονών του στρες. Όταν ο εγκέφαλος αξιολογεί μια δυνητική απειλή, παράγει μια σειρά από ορμόνες που βοηθούν ένα άτομο να αντιδράσει στην κατάσταση. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι τα καταθλιπτικά άτομα έχουν αυξημένα επίπεδα των ορμονών του στρες. Εκτός από τον υποθάλαμο, άλλα ενδοκρινή όργανα όπως ο θυρεοειδής, τα επινεφρίδια, οι ωοθήκες και οι όρχεις έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη. Ο θυρεοειδής αδένας, που βρίσκεται στο λαιμό, παράγει θυρεοειδικές ορμόνες. Η κατάθλιψη συνδέεται συχνά με χαμηλά επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών (ή υποθυρεοειδισμό) και ανύψωση διάθεσης συνδέεται συχνά με τα υψηλά επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών (ή υπερθυρεοειδισμό). Η θεραπεία του υποθυρεοειδισμού με τη συμπλήρωσή του ή με την αντικατάσταση των θυρεοειδικών ορμονών μπορεί μερικές φορές να ανακουφίσει την κατάθλιψη (APA, 2000).

Τα επινεφρίδια, που βρίσκονται πάνω στους νεφρούς, παράγουν ορμόνες που εμπλέκονται στο μεταβολισμό, τη λειτουργία του ανοσοποιητικού, και την απόκριση του στρες. Η κύρια ορμόνη των επινεφριδίων, η κορτιζόλη, είναι υψηλότερη σε καταθλιπτικά άτομα. Οι ωοθήκες, οι οποίες παράγουν οιστρογόνα, πιστεύεται ότι συνιστούν ένα από τους κύριους λόγους για τους οποίους οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης από ό, τι οι άνδρες. Τα μειωμένα επίπεδα των οιστρογόνων μπορούν να μεταβάλουν τη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών όπως η σεροτονίνη και η νορεπινεφρίνη, που μπορεί στη συνέχεια να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Μερικές φορές στη ζωή των γυναικών, όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι χαμηλότερα από το συνηθισμένο, όπως κατά τη διάρκεια της προεμμηνορροϊκή φάσης, μετά τη γέννηση ενός μωρού (περίοδος μετά τον τοκετό), ή γύρω από την περίοδο της εμμηνόπαυσης, η αυξημένη τάση ή ευπάθεια για κατάθλιψη είναι κοινή (Sheline, 2003).

Η τεστοστερόνη, μια ορμόνη που παράγεται από τους όρχεις στους άνδρες, μπορεί επίσης να συνδέεται με την κατάθλιψη. Μία μείωση της τεστοστερόνης μετά την ηλικία των 50 είναι καλά τεκμηριωμένη, και μπορεί ενδεχομένως να είναι ένας από τους λόγους που οι άνδρες αυτής της ηλικίας γίνονται πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Σε αντίθεση με την σύνδεση μεταξύ της μείωσης των οιστρογόνων και της κατάθλιψης, η σχέση μεταξύ τεστοστερόνης και της κατάθλιψης δεν είναι τόσο σαφής. Οι ερευνητές εξακολουθούν να προσπαθούν να καθορίσουν εάν υπάρχει

αξιόπιστη σύνδεση μεταξύ τεστοστερόνης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (APA, 2002).

Γενετική

Για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι γιατροί γνωρίζουν ότι η κατάθλιψη "τρέχει" σε οικογένειες. Πολλά άτομα με κατάθλιψη μπορούν να ονομάσουν άλλα μέλη της οικογένειας που επίσης αγωνίζονται με την ίδια ή παρόμοια ασθένεια. Οι πρωταρχικές μελέτες σχετικά με τη γενετική της κατάθλιψης διεξήχθησαν με δίδυμα. Τα μονοζυγωτικά δίδυμα μοιράζονται τα ίδια γονίδια, ενώ τα διζυγωτικά δίδυμα (και μη δίδυμα αδέλφια) μοιράζονται μόνο το 50% του γενετικού υλικού τους. Ερευνητές από όλο τον κόσμο έχουν διαπιστώσει ότι όταν ένας δίδυμος έχει κατάθλιψη, το άλλο δίδυμο θα έχει, επίσης, κατάθλιψη το 76% του χρόνου. Οι ερευνητικές μελέτες οι οποίες εξετάζουν δίδυμα σε διαφορετικά σπίτια έχουν ενισχύσει περαιτέρω τα αποδεικτικά στοιχεία για τη γενετική σύνδεση (και όχι μόνο την κοινωνική μάθηση) και την κατάθλιψη. Μεταξύ πανομοιότυπων διδύμων που ανατράφηκαν σε ξεχωριστά σπίτια όταν το ένα δίδυμο έχει κατάθλιψη, το άλλο δίδυμο ανέπτυξε επίσης την ίδια διαταραχή το 67% του χρόνου (Cadieux, 1998).

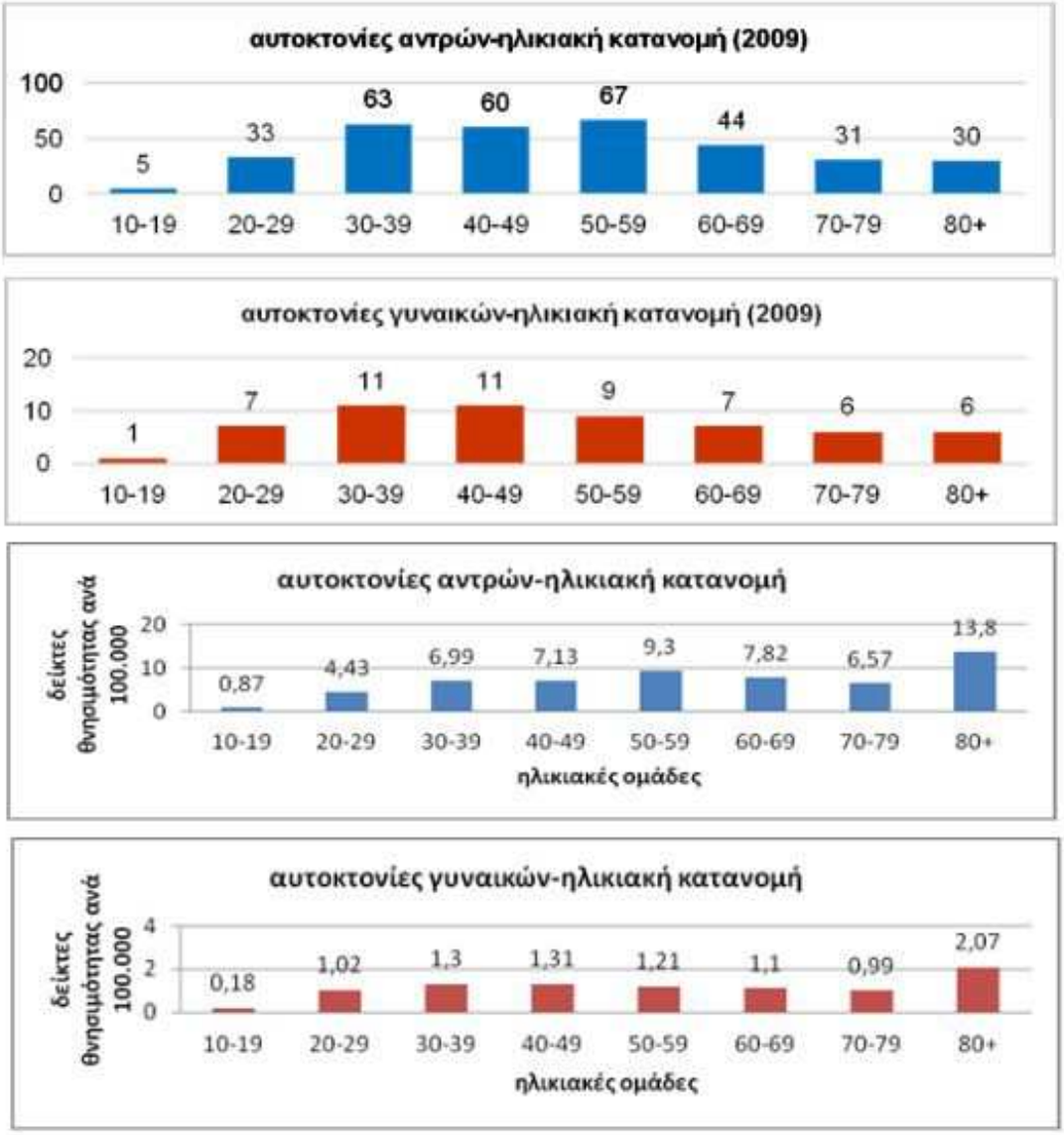
Μεταξύ του γενικού πληθυσμού, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή είναι 1,5 έως 3 φορές πιο συχνή μεταξύ των πρώτου βαθμού βιολογικών συγγενών των προσβεβλημένων ατόμων από ό, τι είναι σε λιγότερο σχετικά άτομα. Με άλλα λόγια, ένα άτομο που έχει ένα γονέα ή αδελφό με κατάθλιψη είναι σχεδόν τρεις φορές πιθανότερο να αναπτύξει μείζωνα κατάθλιψη από κάποιον που δεν έχει ιστορικό κατάθλιψης στους γονείς ή τα αδέλφια τους. Υπάρχει επίσης αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση κατάθλιψης, αν κάποιος έχει συγγενή πρώτου βαθμού που είναι εξαρτημένος από το αλκοόλ. Η δυσθυμική διαταραχή είναι πιο συχνή μεταξύ του πρώτου βαθμού βιολογικών συγγενών των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή από ό, τι στον γενικό πληθυσμό. Το αντίστροφο είναι επίσης αλήθεια. Η δυσθυμική διαταραχή και η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή είναι πιο συχνές σε συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με δυσθυμική διαταραχή (Anderson, 2006).

Προς το παρόν, δεν έχουν αποκαλυφθεί συγκεκριμένα γονίδια που είναι υπεύθυνα για την πρόκληση της κατάθλιψης. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι ορισμένοι τύποι της κατάθλιψης μπορεί να πηγάζουν από τα γονίδια σε μια

συγκεκριμένη περιοχή του χρωμοσώματος 15. Με πρόσθετη έρευνα, θα βρεθούν πιθανώς πρόσθετα γονίδια που σχετίζονται με καταθλιπτικές ασθένειες. Θα πρέπει όμως να διατηρείται στο μυαλό ότι απλά το γεγονός ότι ένα μέλος της οικογένειας έχει κατάθλιψη ή «γονίδια της κατάθλιψης» δεν είναι αρκετό για να προκαλέσει τους ανθρώπους να γίνουν και οι ίδιοι καταθλιπτικοί. Όπως προτείνεται από το μοντέλο της προδιάθεσης-άγχους, είναι πιθανό ότι μια γενετική τάση ή ευπάθεια για να δημιουργηθεί κατάθλιψη μεταδίδεται στην πραγματικότητα από γενιά σε γενιά. Αυτή η τάση να πάθει κάποιος κατάθλιψη, στη συνέχεια, αλληλεπιδρώντας με ιδιαίτερα στρεσογόνους παράγοντες μπορεί να οδηγήσει τελικά σε μονοπολική κατάθλιψη (Nemerof, 2008).

1.10 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης έχουν αντίκτυπο στην υγεία, ενώ δύναται να επιφέρει αλλαγές σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Επιπλέον, έχει άμεση επίδραση στην ψυχοσύνθεση του ασθενούς και στις σχέσεις του με τον κοινωνικό περίγυρο, ενώ οι αρνητικές επιπτώσεις εκτείνονται και στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Τέλος, η νόσος συνδέεται με προβλήματα μνήμης, αλλά και αυτοκτονικά επεισόδια.



Εικόνα 1.6 Αυτοκτονίες ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα λόγω κατάθλιψης. Πηγή www.encephalos.gr

Η κατάθλιψη είναι ένας από τους πιο μεγάλους παράγοντες κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας σε ενήλικα και νεαρά άτομα. Τα αίτια που ίσως οδηγήσουν σε αυτοκτονικό επεισόδιο είναι ψυχολογικά, κοινωνικά και βιολογικά. Τα συμπτώματα αφορούν κυρίως την έλλειψη κοινωνικών συναναστροφών, διατάραξη των διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, απομόνωση, απελπισία και άλλα. Τα βιολογικά αίτια σχετίζονται με τυχόν σφάλματα στους υποδοχείς των νευρομεταβιστών του εγκεφάλου, καθώς τα ελαττωμένα επίπεδα της σεροτονίνης και

της σεροτονινεργικής μεταβολικής δραστηριότητας επηρεάζουν τη συμπεριφορά και δύναται να προκαλέσουν ακόμη και κάποιο αυτοκτονικό επεισόδιο (Trigoboff, 2009).

Τα πιο συνηθισμένα προειδοποιητικά σημάδια μιας απόπειρας αυτοκτονίας λόγω της κατάθλιψης είναι οι σκέψεις θανάτου, η απομόνωση, η ακραία συμπεριφορά, οι διαταραχές στον ύπνο και στις διατροφικές συνήθειες και τέλος, τα αισθήματα απόγνωσης, απελπισίας, ματαιότητας, ενοχής, αποτυχίας και αναξιότητας. Η αυτοκτονική διάθεση είναι δυνατό να προληφθεί μέσω της έγκαιρης διάγνωσής της. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τον καθορισμό των παραγόντων που προκάλεσαν την κατάθλιψη και την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση.

Όσον αφορά τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, κυρίαρχη συνέπεια της κατάθλιψης είναι η τάση απομόνωσης από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, καθώς και οι ενοχές που καταλαμβάνουν τον ασθενή. Στην κοινωνική αλλοτρίωση συμβάλλει κατά πολύ και ο φόβος της απόρριψης, καθώς το άτομο εμφανίζει δισταγμούς ως προς την επικοινωνία του με τους άλλους (Χριστοδούλου, 2000).

Η οικογένεια του ασθενούς είναι αυτή που δέχεται τις μεγαλύτερες επιπτώσεις, καθώς βρίσκεται σε καθημερινή επαφή με το καταθλιπτικό άτομο. Πολύ συχνό φαινόμενο είναι οι εντάσεις μεταξύ των μελών, ενώ υπάρχει και η πιθανότητα αισθημάτων ενοχής, εξαιτίας του καταλογισμού των ευθυνών στον εαυτό τους. Ένας ακόμη τομέας που επηρεάζεται πολύ είναι και η εργασία, εξαιτίας της μειωμένης αποδοτικότητας του ασθενούς που προκαλείται από την αδυναμία συγκέντρωσης, την απώλεια ενέργειας και της ψυχικής και σωματικής κόπωσης. Σε ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η κατάθλιψη επιβαρύνει σημαντικά τον στον κρατικό προϋπολογισμό και ιδιαίτερα τον τομέα της υγείας.

Η κατάθλιψη δύναται να επηρεάσει ακόμη και τη μνήμη του ασθενούς, προκαλώντας του απώλεια μνήμης, αδυναμία συγκέντρωσης, διάσπαση προσοχής, μειωμένη εγρήγορση και αισθητηριακές διαταραχές. Επιπλέον, μειώνει την ικανότητα δημιουργίας μακροπροθέσμων αναμνήσεων, καθώς το άτομο μπορεί και θυμάται μόνο τα πιο σημαντικά γεγονότα και όχι τις περισσότερο ασήμαντες πληροφορίες. Αυτό συμβαίνει διότι, η εκτελεστική λειτουργία του εγκεφάλου σε σχέση με την απομνημόνευση πληροφοριών είναι μειωμένη (Μπαμπάτσικου, 2007).

Suicides

Deaths per 100 000 population

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Australia	10.6	..	8.3	10.6	10.9	10.7	10.9	10.1
Austria	16.7	16.2	14.7	14.5	14.1	14.1	13.9	14.0
Belgium	18.4	18.6	17.7	16.7	17.9	17.9	..	..
Canada	11.0	11.2	10.5	10.6	10.7	11.1	..	..
Chile	11.8	11.2	11.7	11.8	13.1	13.3	..	..
Czech Republic	15.0	14.8	13.1	12.7	12.6	13.2	13.5	14.3
Denmark	12.0	11.3	11.6	10.2	10.6	10.7	9.7	10.1
Estonia	23.9	19.8	17.4	18.3	17.3	19.3	15.8	15.3
Finland	20.0	18.3	19.6	18.2	19.0	18.9	17.3	16.4
France	17.5	17.1	16.5	15.8	16.1	16.2	..	..
Germany	12.0	11.4	10.7	10.2	10.3	10.3	10.8	10.8
Greece	3.0	3.4	3.3	2.8	3.1	3.2	3.1	..
Hungary	26.5	25.2	23.4	23.3	23.4	23.3	23.4	22.8
Iceland	12.5	11.5	10.8	12.0	12.4	11.8	..	..
Ireland	11.5	10.8	10.6	10.4[2]	11.5	11.7	11.0	..
Israel[1]	7.1	7.3	6.0	5.3	5.7	6.2	7.4	..
Italy	..	..	5.6	5.7	5.8	5.9	5.8	..
Japan	21.9	22.1	21.6	22.1	21.8	22.2	21.2	20.9
Korea	29.5	29.9	26.2	28.7	29.0	33.6	33.5	33.3
Luxembourg	13.5	10.5	13.5	16.2	8.4	9.3	10.3	10.4
Mexico	4.5	4.6	4.5	4.5	4.7	5.0	4.8	..
Netherlands	9.1	9.4	9.1	8.0	8.4	8.9	9.2	9.5
New Zealand	12.4	12.7	12.7	11.9	12.3	12.0	..	..
Norway	11.8	11.6	11.5	10.5	10.6	11.9	11.2	12.1
Poland	15.6	15.5	14.8	13.4	14.4	16.3	15.8	15.1
Portugal	..	..	..	8.9	9.0	8.9	9.3	8.5
Slovak Republic	12.5	12.6	..	..	10.7	10.8	11.3	..
Slovenia	24.0	23.6	24.6	19.9	18.6	20.0	18.6	..
Spain	7.7	7.3	6.9	6.7	7.0	6.9	6.3	6.2
Sweden	12.4	13.1	12.7	11.9	12.2	12.9	11.7	..
Switzerland	16.6	16.6	16.5	16.9	16.0	13.4	11.9	..
Turkey	..	..	..	..	..	..	..	..
United Kingdom	6.9	6.7	6.7	6.3	6.9	6.8	6.7	..
United States	11.3	11.2	11.3	11.7	11.9	12.1	12.5	..

Εικόνα 1.6 Ποσοστά αυτοκτονικών επεισοδίων λόγω κατάθλιψης. Πηγή: OECD Health Statistics at a Glance

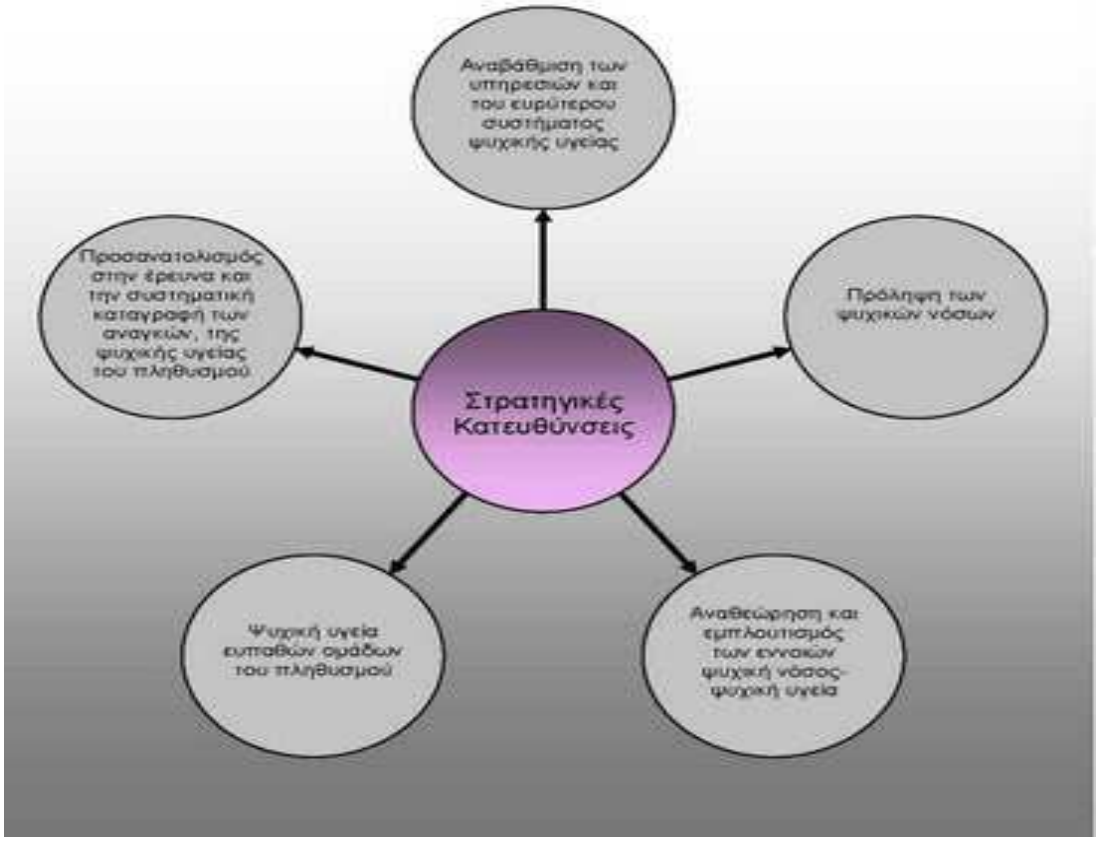
Η κατάθλιψη μπορεί να επιφέρει εμφανείς σωματικές αλλαγές, διαταραχές στον ύπνο και στις διατροφικές συνήθειες, αλλά και απώλεια βάρους. Επιπρόσθετα, μπορεί να διαταραχτεί η γαστρεντερική λειτουργία και να εκδηλωθούν διάφορα προβλήματα,

όπως στομαχικοί πόνοι, ναυτίες, εντερικά προβλήματα και άλλα. Η κατάθλιψη θεωρείται επικίνδυνη και στην περίπτωση της συννοσηρότητας, ειδικά όταν οι ασθενείς πάσχουν από ασθένειες όπως ο καρκίνος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης και άλλες. Παράλληλα, το άγχος και η κατάθλιψη μπορούν να προκαλέσουν ακόμη και σωματικές ή ψυχοσωματικές ασθένειες, όπως ακμή, αλλεργικές αντιδράσεις, αρρυθμίες, βρογχικό άσθμα, ημικρανία, έρπητα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, στεφανιαία νόσο, καρκίνο, σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, έλκος και άλλα (Χριστοδούλου, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

2.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου μπορεί να μειωθεί μέσω της έγκαιρης θεραπευτικής παρέμβασης και της συνεχούς φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής υποστήριξης, προστατεύοντας παράλληλα από τυχόν υποτροπές. Στους έφηβους ειδικότερα, το διάστημα που μεσολαβεί από την έναρξη της δυσθυμίας έως το πρώτο επεισόδιο της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι πολύ σημαντικό για τυχόν προληπτική παρέμβαση. Επίσης, έφηβοι που προέρχονται από οικογένειες με καταθλιπτικούς γονείς, έχουν τη δυνατότητα να ωφεληθούν από διάφορα προληπτικά προγράμματα (Kovacs et al., 1994).



Εικόνα 2.1 Σχηματική παράσταση στρατηγικών κατευθύνσεων Πηγή : mentalhealth-law.blogspot.com

Η περαιτέρω ανάπτυξη προληπτικών στρατηγικών θα ενισχύσει την έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία της νόσου στην εφηβεία, με σκοπό την ασφαλή μετάβαση στην ενήλικη ζωή και την προστασία της από τις επιπτώσεις της κατάθλιψης (Beardslee et al., 1993). Η έννοια της πρόληψης ορίζεται ως το σύνολο των παρεμβάσεων που προηγούνται της εμφάνισης της διαταραχής και έχουν ως στόχο τον όσο το δυνατό μεγαλύτερο περιορισμό των συμπτωμάτων. Επιπρόσθετα, οι παρεμβάσεις αυτές συμπεριλαμβάνουν παρακολούθηση για σημαντικό χρονικό διάστημα, κατά το οποίο που θεωρείται πιθανή μια υποτροπή του ασθενούς. Πολλοί μελετητές διακρίνουν την πρόληψη σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Η πρωτογενής έχει σχέση με την αναχαίτιση της διαταραχής πριν την εμφάνισή της, η δευτερογενής αφορά την πρώιμη ανίχνευση και θεραπεία των περιπτώσεων, ενώ η τριτογενής σχετίζεται με τη μείωση των αρνητικών συνεπειών μιας ήδη υπάρχουσας κατάστασης (Gillham et al., 2000).

2.2 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.2.1 Γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία

Η γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αποτελεί μία βραχεία δομημένη ψυχοθεραπεία, κατά την οποία απαιτείται η ενεργός συνεργασία ασθενή και θεραπευτή. Ο πρωταρχικός στόχος της είναι ο προσανατολισμός στα τρέχοντα προβλήματα και η επίλυσή τους, καθώς και η ανακατασκευή των σκεπτικών παραμορφώσεων που έχουν οδηγήσει τον ασθενή σε κατάθλιψη. Ο ασθενής δηλαδή, εστιάζει μόνο στην αρνητική πλευρά κάθε κατάστασης που βιώνει, οπότε θεωρεί την αποτυχία του δεδομένη σε οτιδήποτε επιχειρήσει. Σκοπός της θεραπείας λοιπόν, είναι ο εντοπισμός των αρνητικών πεποιθήσεων του ατόμου, η ανατροπή των διαστρεβλωμένων γνωστικών σχημάτων και η υποβοήθηση απόκτησης προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Το τελευταίο είναι δυνατό να επιτευχθεί με τη βοήθεια της δοκιμής νέων γνωστικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων (Beck, 1995).

Οι τεχνικές που ακολουθούνται στην συγκεκριμένη θεραπεία είναι η διδακτική στάση, σύμφωνα με την οποία διδάσκεται στον ασθενή η σχέση σκέψης και κατάθλιψης, συναισθήματος και συμπεριφορά, οι γνωστικές τεχνικές, που αφορούν τον εντοπισμό και αξιολόγηση των αυτόματων σκέψεων και δυσλειτουργικών παραδοχών, και τέλος, συμπεριφορικές τεχνικές, όπως ο προγραμματισμός δραστηριοτήτων, ο καταμερισμός δραστηριοτήτων, η σωματική δραστηριότητα και άλλες. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία φέρει πολύ καλά αποτελέσματα σε περιπτώσεις ήπιας έως μέσης βαρύτητας καταθλίψεις και όχι τόσο σε περισσότερο σοβαρής (Simons et al., 1986. Evans et al., 1992).

2.2.2 Συμπεριφορική και Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία στηρίζεται στην υπόθεση ότι τα δυσπροσαρμοστικά συμπεριφορικά σχήματα εμποδίζουν τη λήψη της θετικής ανατροφοδότηση από την κοινωνία. Γι αυτό το λόγο, η συγκεκριμένη θεραπεία

στοχεύει στην αλλαγή των δυσπροσαρμοστικών σχημάτων, με τρόπο τέτοιο ώστε το άτομο να μπορεί να λάβει θετική ανατροφοδότηση.

Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία έχει τρείς προσεγγίσεις. Η πρώτη έχει ως στόχο την αύξηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων και διαντιδράσεων με το γύρω περιβάλλον. Η δεύτερη στοχεύει στη διάρθρωση των ελλειμμάτων του ασθενούς στον αυτοέλεγχο, στην αυτοεκτίμηση και στην αυτοανατροφοδότηση. Τέλος, η τρίτη επικεντρώνεται στην εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες για την αύξηση της θετικής κοινωνικής διαντίδρασης και ανατροφοδότησης.

Και οι τρείς παραπάνω συμπεριφορικές προσεγγίσεις χρησιμοποιούν συγκεκριμένες αρχές, όπως για παράδειγμα η αυστηρή δόμηση, η συνεχής ανατροφοδότηση, η παρακολούθηση τυχόν αλλαγής της συμπεριφοράς, καθώς και ο σαφής καθορισμός των στόχων και η προσπάθεια επίτευξής τους. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αφορούν την καταγραφή της διάθεσης και των δραστηριοτήτων, την ενίσχυση των ευχάριστων και την ελάττωση των δυσάρεστων δραστηριοτήτων, την ανάπτυξη νέων αυτοτροφοδοτούμενων μοντέλων και τεχνικών χαλάρωσης, την αύξηση των κοινωνικών δεξιοτήτων, τη διαχείριση του χρόνου και την εκπαίδευση σε γενικές γνωστικές δεξιότητες (Kaplan & Sadock, 2004).

Από την άλλη, η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ασχολείται κυρίως με τυχόν άλυτες συγκρούσεις της παιδικής ηλικίας, καθώς σύμφωνα με αυτή, η κατάθλιψη προέρχεται από το πένθος, λόγω της απώλειας κάποιου γονέα, σημαντικού προσώπου ή της αγάπης. Συχνά οι ασθενείς αυτοί καταλαμβάνονται από θυμό ή διαμορφώνουν μια καταθλιπτική εξαρτημένη προσωπικότητα, που έχει ανάγκη από συνεχή επιβεβαίωση, αγάπη και θαυμασμό. Η θεραπεία έχει διάρκεια μερικούς μήνες ή ακόμη και πολλά έτη, ενώ ο κύριος στόχος της είναι η αλλαγή στο χαρακτήρα του ασθενούς, ο οποίος δύναται να βιώσει έντονο άγχος. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται αφορούν την ερμηνεία της μεταβίβασης, την ταύτιση, την έμφαση στα αναπτυσσόμενα δυναμικά, την συνεργασία ασθενή - θεραπευτή και την αποφυγή της παλινδρόμησης. Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη θεραπεία δεν επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα στην θεραπεία της νόσου της κατάθλιψης (Cardine & Chambon, 1999).

2.2.3 Η Ατομική, η Ομαδική και Οικογενειακή θεραπεία

Η ατομική θεραπεία επικεντρώνεται κυρίως σε παρελθούσες και τρέχουσες συγκρούσεις, τις οποίες και θεωρεί ως βάση της κατάθλιψης. Πρωταρχικός της στόχος είναι η ελάττωση τυχόν συμπτωμάτων, αλλά και η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων του ασθενούς (Mufson et. al., 1996).

Όσον αφορά την ομαδική θεραπεία για την θεραπεία της κατάθλιψης, αξίζει να αναφερθεί ότι είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη και έχει χαμηλό κόστος. Παρόλα αυτά όμως, έχει και άλλα πλεονεκτήματα, όπως το γεγονός ότι είναι πολύ διδακτική, καθώς προσφέρει ψυχοεκπαιδευτικές μεθόδους μέσω διαλέξεων, εργαστηρίων και άλλων. Με αυτόν τον τρόπο, τα άτομα κατανοούν καλύτερα λανθασμένες ιδέες και συμπεριφορές, ενώ η μάθηση είναι πολύ πιο εύκολη.

Οι θεραπευτικοί παράγοντες της ομάδας αφορούν τη συνοχή, την εξομολόγηση, την ανατροφοδότηση, τη διαπροσωπική μάθηση και την αναβίωση της οικογένειας. Το πρώτο λειτουργεί ως προϋπόθεση της θεραπευτικής αλλαγής, το δεύτερο βοηθά τα μέλη της ομάδας να ανοίγονται, ενώ το τρίτο οδηγεί σε μεγαλύτερη εξομολόγηση, άρα και διαπροσωπική μάθηση. Επιπλέον, η αναβίωση των οικογενειακών σχέσεων ενισχύει την καλύτερη κατανόησή τους, αλλά και την επίλυση των προβλημάτων τους μέσα στην ομάδα (Tschuschke & Dies, 1994).

Η ομαδική θεραπεία της κατάθλιψης στηρίζεται στις γνωστικές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις και έχει επικεντρωθεί κυρίως στην εκμάθηση της χαλάρωσης και των κοινωνικών δεξιοτήτων, την αύξηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων, καθώς και την αποφυγή αρνητικών σκέψεων και παράλογων πεποιθήσεων (Covi & Lipman, 1987).

Οι στόχοι της ομαδικής θεραπείας είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα, η εύρεση των πληροφοριών και των προβληματικών περιοχών που συμβάλουν στη νόσο, η ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπισή τους, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης μέσω αλληλοβοήθειας και αλληλοϋποστήριξης και τέλος, η παροχή εμπειριών κοινωνικοποίησης και κοινωνικής υποστήριξης. Τα αποτελέσματα αφορούν την ελάττωση των επιπέδων κατάθλιψης, της γενικής συμπτωματολογίας, της συχνότητας των καταθλιπτικών σκέψεων και των δυσκολιών στις σχέσεις. Επίσης, στις θετικές συνέπειες της ομαδικής θεραπείας είναι η αύξηση της αυτοεκτίμησης, της κοινωνικής επαφής και στήριξης.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, ο συνδυασμός διαφόρων θεραπευτικών προσανατολισμών και τεχνικών είναι περισσότερο ωφέλιμος (Lieberman, 1983), ειδικά όταν θίγει ζητήματα αντιμετώπισης του άγχους, της απώλειας, των σχέσεων, των σκέψεων, και των συμπεριφορών, μέσω της παροχής εμπειριών που συμβάλλουν στην ανακούφιση από τα συμπτώματα και στην αλλαγή προβληματικών τρόπων σκέψης και μοντέλων συμπεριφοράς (Dobson, 1988).

Η οικογενειακή θεραπεία γενικότερα, στηρίζεται στο γεγονός ότι η κατάθλιψη οφείλεται στην πιθανή δυσλειτουργία της ίδιας της οικογένειας, γι αυτό και ο κύριος σκοπός της είναι η βελτίωση της επικοινωνίας και η αλλαγή των δυσλειτουργικών στερεότυπων στις σχέσεις. Πιο συγκεκριμένα, η συμπεριφορική οικογενειακή θεραπεία έχει ως στόχο την αλλαγή ορισμένων μοντέλων συμπεριφοράς για τη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Brent et. al., 1996).

Η οικογενειακή θεραπεία εξαρτάται από το κάθε μοντέλο, οπότε επικεντρώνεται σε θέματα όπως καλυτέρευση της επικοινωνίας και αλλαγή των δυσλειτουργικών μοντέλων συμπεριφοράς και συμμαχιών στη δομή της οικογένειας. Διάφορα μοντέλα οικογενειακής θεραπείας είναι το Problem-Centered Systems Therapy of the Family και το McMaster Model of Family Functioning. Το τελευταίο μοντέλο ειδικότερα εξετάζει την υγιή και μη λειτουργία της οικογένειας, εφαρμόζει τεχνικές για την καλυτέρευσή της, και τέλος θεραπεύει την οικογένεια (Epstein et al., 2003).

2.2.4 Η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων

Η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων υποστηρίζει ότι τα καταθλιπτικά άτομα έχουν μειωμένες ικανότητες επίλυσης των διαπροσωπικών προβλημάτων τους, οπότε και είναι πιο ευάλωτοι σε στρεσσογόνα γεγονότα (Nezu et al., 1989). Σύμφωνα με αυτήν, η ικανότητα επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων είναι καθοριστική για την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Από την άλλη, η αδυναμία αντιμετώπισης αυτών των γεγονότων οδηγεί στην επιδείνωση της κατάθλιψης και στην αύξηση των στρεσογόνων γεγονότων. Η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων μοιάζει κατά πολύ με τη γνωστική-συμπεριφορική, διότι περιέχει τον ορισμό του προβλήματος, τη σύλληψη των λύσεων, την επιλογή και την εφαρμογή των λύσεων (Kleftaras, 2000).

2.2.5 Η Διαπροσωπική, Υπαρξιακή και Κινητική θεραπεία

Η Διαπροσωπική Θεραπεία υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη οφείλεται σε δυσλειτουργικές διαπροσωπικές σχέσεις, οπότε η θεραπεία επικεντρώνεται στην αναγνώριση και τροποποίηση των συγκεκριμένων προβληματικών κοινωνικών συνθηκών. Στόχος της θεραπείας αυτής είναι το παρόν και αφορά κυρίως το άτομο και όχι μια ομάδα ατόμων (Klerman et al., 1984). Η διάρκεια της θεραπείας αυτής είναι μικρής διάρκειας και αποτελείται από εβδομαδιαίες συνεδρίες με τηλεφωνικές συνομιλίες μεταξύ θεραπευτή και ασθενή. Η κάθε συνεδρία επικεντρώνεται σε κάθε θέμα που απασχολεί τον ασθενή, αλλά και σε προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων (Moreau et al., 1991).

Η Υπαρξιακή Θεραπεία από την άλλη, αφορά ζητήματα, όπως «απώλεια του νοήματος», «αυθεντικότητα» και «άγχος του θανάτου». Η Κινητική Ψυχοθεραπεία πρόκειται για ομαδική ψυχοθεραπεία με έμφαση σε μη λεκτικές ασκήσεις. Ο κύριος στόχος της είναι να ενισχύσει την καλύτερη έκφραση των συναισθημάτων των ασθενών, αλλά και την αυτοεκτίμησή τους (Becker, 1964. Yalom, 1985).

2.2.6 Η θεραπεία μέσω Αυτοελέγχου και η Άσκηση

Η άσκηση, και ιδιαίτερα η αεροβική, αποτελεί και αυτή ένα πολύ σημαντικό είδος θεραπευτικής παρέμβασης σε περιπτώσεις ελαφριάς ως μέτριας κατάθλιψης σε μεσήλικα ή μεγαλύτερα άτομα (Doyne et al., 1987). Η Θεραπεία μέσω Αυτοελέγχου υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη προέρχεται από αδυναμίες στην αυτό-παρακολούθηση, αυτο-αξιολόγηση και αυτο-ενίσχυση. Τα άτομα μέσω του συγκεκριμένου ομαδικού προγράμματος μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τα συγκεκριμένα γεγονότα που προηγούνται και τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους, και έπειτα να αυτό-επιβραβεύονται ή να αυτό-τιμωρούνται με σκοπό την ενίσχυση των θετικών συμπεριφορών και τη μείωση των αρνητικών (Rehm, 1977).

2.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Το πρώτο φάρμακο που χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της κατάθλιψης "ανακαλύφθηκε", ενώ ερευνητές μελετούσαν άλλη ιατρική διαταραχή. Η Ιπρονιαζίδη αναπτύχθηκε αρχικά ως θεραπεία για τη φυματίωση το 1950. Από τη στιγμή που κατέστη σαφές ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ήταν δυνατόν να δημιουργηθούν, η ιατρική επιστήμη εστίασε την προσοχή προς την έρευνα και την ανάπτυξη της συγκεκριμένα φάρμακα για τη κατάθλιψη όπως και πολλά άλλα χρήσιμα φάρμακα για τη θεραπεία ψυχικών ασθενειών (Hollonetal, 2000).

Τα σύγχρονα αντικαταθλιπτικά φάρμακα πιστεύεται ότι επιδρούν με βάση την ικανότητά τους να μεταβάλλουν την ισορροπία των νευροχημικών υποδοχέων στο επίπεδο συνάψεων μέσα στον εγκέφαλο. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και τα νεότερα αντικαταθλιπτικά ξαδέλφια τους, οι αναστολείς σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRIs), θεωρούνται σήμερα πρώτη επιλογή ως φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης. Άλλα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων των παλαιότερων τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (TCAs) και των αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης (αναστολείς MAO), χρησιμοποιούνται ως επιλογές δεύτερης γραμμής (Knawlinger, 2001).

Τα αντικαταθλιπτικά είναι φάρμακα και όπως όλα τα φάρμακα, θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν μόνο όπως ορίζεται από έναν γιατρό. Τα φάρμακα μπορεί να είναι επικίνδυνα, ακόμα και θανατηφόρα, όταν λαμβάνονται με τυχαίο τρόπο. Για παράδειγμα, συγκεκριμένες αντικαταθλιπτικά θεωρούνται ασφαλή για τις εγκύους ή θηλάζουσες γυναίκες. Παράλληλα, το φάρμακο θα πρέπει να λαμβάνεται από αξιόπιστο φαρμακείο και μόνο όπως αναφέρεται στη συνταγή από το γιατρό. Όλες οι ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια των συγκεκριμένων φαρμάκων θα πρέπει να συζητηθούν με το γιατρό (Matheus, 2006).

Ακόμα κι αν τα αντικαταθλιπτικά επηρεάζουν τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών ενός ατόμου μέσα σε λίγες ώρες, συνήθως χρειάζονται αρκετές εβδομάδες για να ασκηθεί σημαντική επίδραση στη διάθεση. Αυτό συμβαίνει επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα πιστεύεται ότι προκαλούν τη δημιουργία νέων υποδοχέων για την αύξηση συνάψεων, και αυτή η διαδικασία ανάπτυξης διαρκεί μερικές εβδομάδες. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δεν είναι άμεσα εμφανή, αλλά μπορεί να χρειαστούν αρκετές εβδομάδες

για να φτάσουν μέχρι τα επίπεδα που επηρεάζουν την διάθεση κάποιου. Τα αποτελέσματα της θεραπείας, εμφανίζονται σταδιακά. Οι ασθενείς συχνά αδυνατούν να παρατηρήσουν τη θετική επίδραση που έχει η φαρμακευτική αγωγή, αλλά γενικά αυτά παρατηρούνται από την οικογένεια και τους φίλους. Είναι σημαντικό να συνεχίσει ο ασθενής να παίρνεει ένα αντικαταθλιπτικό που συνταγογραφείται για αρκετές εβδομάδες πριν από τη λήψη μιας απόφασης σχετικά με το αν είναι ή όχι είναι αποτελεσματικό. Μέχρι έξι εβδομάδες δεν μπορεί να είναι υποχρεωμένος να γνωρίζει αν ένα φάρμακο θα λειτουργήσει (Nemerof, 2008).

Ίσως χρειαστεί ο ασθενής να δοκιμάσει διάφορα αντικαταθλιπτικά φάρμακα πριν από την εύρεση ενός που λειτουργεί καλά. Ακόμη και μέσα σε μια οικογένεια παρόμοιων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, μερικοί άνθρωποι ανταπεξέρχονται καλύτερα σε ένα από ότι σε κάποιο άλλο. Οι αποφάσεις για το πότε είναι η ώρα να δοκιμάσουν νέα φάρμακα γίνονται καλύτερα όταν ο ασθενής, γιατρός, και ο ψυχοθεραπευτής (εάν υπάρχει) εργάζονται μαζί σαν ομάδα. Οι ασθενείς με κατάθλιψη συχνά προεξοφλούν ή αγνοούν τις θετικές αλλαγές που επέφερε η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αντιμετωπίσουν αυτήν την τάση να αγνοούν θετική αλλαγή, προσφέροντας πιο αντικειμενικά τις παρατηρήσεις τους, ενώ οι ασθενείς μπορούν να συνεισφέρουν με τις δικές τους εντυπώσεις σχετικά με θετικά αποτελέσματα και ανησυχητικές παρενέργειες (Goldman, 2000).

Πολλοί άνθρωποι ανησυχούν πως θα χρειάζεται να παίρνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα για το υπόλοιπο της ζωής τους. Συνήθως, τα άτομα αρχίζουν να λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά, όταν η κατάθλιψή τους είναι στα χειρότερά της. Η φαρμακευτική αγωγή, σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία, θα επιτρέψει σε περισσότερους ανθρώπους να φτάσουν σε ένα σημείο όπου μπορούν να μειώσουν σταδιακά ή να διακόψουν τη χρήση των αντικαταθλιπτικών και να διατηρήσουν την ευημερία, χρησιμοποιώντας δεξιότητες που έχουν μάθει στην ψυχοθεραπεία. Ωστόσο, για τα άτομα των οποίων η κατάθλιψη επιστρέφει όταν σταματούν τη χρήση φαρμάκων, η μακροχρόνια χρήση των αντικαταθλιπτικών μπορεί να είναι απαραίτητη (Reis, 2002).

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs)

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή SSRIs για συντομία, είναι μια δημοφιλής οικογένεια αντικαταθλιπτικών φαρμάκων η τα οποία συνταγογραφούνται συχνά σήμερα. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης πιστεύεται ότι λειτουργούν με την επιβράδυνση της επαναπρόσληψης των μορίων των νευροδιαβιβαστών από τους νευρώνες της προ-σύναψης. Επειδή η επαναπρόσληψη σεροτονίνης εμποδίζεται, τα μόρια της σεροτονίνης καταλήγουν να παραμένουν στη σύναψη περισσότερο από ό, τι συνήθως και έχουν περισσότερες από μια ευκαιρίες για να ενεργοποιήσουν την μετα-συναπτική νευρώνα. Υπάρχουν διάφοροι τύποι υποδοχέων της σεροτονίνης, και ορισμένα φάρμακα λειτουργούν σε ειδικούς υποδοχείς καλύτερα από άλλα (Sheline, 2003).

Η φλουοξετίνη (Prozac) χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, για τη νευρική βουλιμία, και τη διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία. Το Prozac χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του προεμμηνορροϊκού συνδρόμου και συσκευάζεται ως Sarafem (υδροχλωρική φλουοξετίνη). Οι παρενέργειες του Prozac περιλαμβάνουν: πόνο στο στήθος, ρίγη, αιμορραγία (ή τη μη φυσιολογική ροή του αίματος), υπέρταση (υψηλή αρτηριακή πίεση, αίσθημα παλμών, αυξημένη όρεξη, ναυτία, έμετο, αύξηση του σωματικού βάρους, διέγερση, αμνησία (διαταραχή της μνήμης), σύγχυση, συναισθηματική αστάθεια (ταχέως μεταβαλλόμενη διάθεση), προβλήματα στον ύπνο, και αυξημένη ανάγκη για ούρηση (Klondimort, 2006).

Το Prozac δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ), η οποία είναι ένας άλλος τύπος αντικαταθλιπτικού φαρμάκου, ή θειοριδαζίνη. Επιπλέον, οι άνθρωποι πρέπει να είναι προσεκτικοί σχετικά με τη χρήση του Prozac σε συνδυασμό με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (αναλγητικά φάρμακα, όπως η ιβουπροφαίνη), ασπιρίνη ή άλλα φάρμακα που επηρεάζουν την πήξη του αίματος καθώς αυτό αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας. Υπάρχει επίσης ο κίνδυνος ανάπτυξης συνδρόμου σεροτονίνης, ένα σύμπλεγμα δυσάρεστο με δυνητικά επικίνδυνες παρενέργειες όπως διέγερση, ψευδαισθήσεις, κώμα, ρίγη, κεφαλαλγία, διακυμάνσεις της αρτηριακής πίεσης, ταχυπαλμία, αυξημένη θερμοκρασία σώματος, ναυτία, έμετος, διάρροια, άφθονη εφίδρωση, σύγχυση και ανησυχία. Ως αποτέλεσμα, άτομα που λαμβάνουν Prozac πρέπει να αποφεύγουν τη λήψη άλλων φαρμάκων που επηρεάζουν την σεροτονίνη, όπως οι

τριπτάνες (χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ημικρανιών), τρυπτοφάνη (5-HTP, ένα συμπλήρωμα διατροφής που χρησιμοποιείται για την κατάθλιψη), linezolid (ένα αντιβιοτικό που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία λοιμώξεων), τραμαδόλη (χρησιμοποιείται για τον πόνο), βαλσαμόχορτο (ένα βότανο που χρησιμοποιείται για την κατάθλιψη), ή άλλα SSRIs / SNRIs (Nemerof, 2008).

Η σερταλίνη (Zoloft) χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, της διαταραχής πανικού, της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD), του προεμμηνορροϊκού συνδρόμου και τη διαταραχή κοινωνικού άγχους. Οι παρενέργειες του Zoloft περιλαμβάνουν: αίσθημα παλμών της καρδιάς, πόνο στο στήθος, υπερτονία (αυξημένο μυϊκό σφίξιμο), αυξημένη όρεξη, οσφυαλγία, μυαλγία (πόνος στους μυς), χασμουρητό, σεξουαλική δυσλειτουργία, ρινίτιδα, και εμβοή. Όπως και με το Prozac, το Zoloft δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται με αναστολείς ΜΑΟ ή θειοριδαζίνη. Επιπλέον, άτομα που παίρνουν Zoloft δεν πρέπει να λαμβάνουν πιμοζίδη, ένα φάρμακο που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της διαταραχής του Tourette. Το Zoloft μπορεί επίσης να επηρεάσει τα επίπεδα του λιθίου ενός ατόμου (που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής), έτσι στενή παρακολούθηση μπορεί να είναι απαραίτητη. Υπάρχει επίσης ο κίνδυνος του συνδρόμου Serontonin κατά τη λήψη Zoloft (Cadieux, 1998).

Η παροξετίνη (Paxil) χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, της διαταραχής κοινωνικού άγχους, της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, της διαταραχής πανικού, της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και του PTSD. Οι παρενέργειες περιλαμβάνουν: αδυναμία (έλλειψη ενέργειας), εφίδρωση, ναυτία, μειωμένη όρεξη, υπνηλία, ζάλη, αϋπνία, τρόμος, νευρικότητα, ανικανότητα, προβλήματα με την εκσπερμάτιση και άλλα αρσενικά γεννητικά διαταραχές, ξηροστομία και δυσκοιλιότητα. Τα άτομα που λαμβάνουν Paxil θα πρέπει να αποφεύγουν τα ΜΑΟ και τη πιμοζίδη (Linden, 2006).

Η σιταλοπράμη (Celexa) χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Οι παρενέργειες περιλαμβάνουν: ταχυκαρδία (γρήγορος καρδιακός ρυθμός), ορθοστατική υπόταση (πτώση της αρτηριακής πίεσης που οφείλεται στην αλλαγή της θέσης του σώματος), υπόταση (χαμηλή αρτηριακή πίεση), παραισθησία (μη φυσιολογική υφή του δέρματος, όπως μούδιασμα, μυρμήγκιασμα, τσιμπήματα, κάψιμο ή), ημικρανία, αυξημένος μετεωρισμός, αύξηση του σωματικού

βάρους, απώλεια βάρους, ελάττωση της ικανότητας συγκέντρωσης, αμνησία (διαταραχή της μνήμης), αυξάνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα, αυξημένη όρεξη, απόπειρες αυτοκτονίας, σύγχυση, αμηνόρροια (διακοπή της περιόδου μιας γυναίκας), βήχας, θολή όραση, εξάνθημα, κνησμός και αυξημένη ανάγκη για ούρηση. Όπως και με τα παραπάνω φάρμακα, άτομα που λαμβάνουν Celexa πρέπει να αποφεύγουν τα ΜΑΟ, τη θειοριδαζίνη, τη πιμοζίδη, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, την ασπιρίνη ή άλλα φάρμακα που επηρεάζουν την πήξη και να προσέχουν για ενδείξεις του συνδρόμου σεροτονίνης (Anderson, 2006).

Η εσιταλοπράμη (Lexapro) χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και της ΓΑΔ. Οι παρενέργειες περιλαμβάνουν: έντονους παλμούς στη καρδιά, υπέρταση (υψηλή αρτηριακή πίεση), ζάλη, ημικρανία, αίσθημα καύσου, κράμπες στην κοιλιά, γαστρεντερίτιδα (φλεγμονή ή λοίμωξη του στομάχου ή του εντέρου), τη σωματική ακεραιότητα / μυϊκό / αρθρικό πόνο, πυρετό, εξάψεις, στήθος πόνο, αύξηση του σωματικού βάρους, αυξημένη όρεξη, λήθαργο, ευερεθιστότητα, δυσκολία στη συγκέντρωση, βρογχίτιδα (φλεγμονή και οίδημα των αεραγωγών των πνευμόνων) ρινική / ρινική συμφόρηση, βήχα, εξάνθημα, θολή όραση, εμβοές (βούισμα στα αυτιά), αυξημένη ανάγκη για ούρηση, και λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Όπως και με τα παραπάνω φάρμακα, άτομα που λαμβάνουν Lexapro πρέπει να αποφεύγουν τα ΜΑΟ, τη θειοριδαζίνη, τη πιμοζίδη, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, την ασπιρίνη ή άλλα φάρμακα που επηρεάζουν την πήξη και να προσέχουν για ενδείξεις του συνδρόμου σεροτονίνης (Drever, 1997).

Πρακτικά μιλώντας, οι SSRI είναι εύκολοι στη χρήση. Τα φάρμακα λαμβάνονται μόνο μία φορά την ημέρα, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα οι άνθρωποι να συμμορφώνονται με τη θεραπεία και να λαμβάνουν τα φάρμακά τους. Αυτά είναι διαθέσιμα σε μορφή χαπιών και μερικές φορές ως υγρά. Η μορφή χαπιού συνταγογραφείται πιο συχνά. Όπως και με κάθε φαρμακευτική αγωγή, ο κίνδυνος της υπερδοσολογίας είναι πάντα μια πιθανότητα. Η υπερβολική δόση μπορεί να προκαλέσει εμετό, σπασμούς, ακόμα και θάνατο, ιδιαίτερα όταν οι άνθρωποι αναμειγνύουν τους SSRI με άλλα φάρμακα ή με αλκοόλ. Σε γενικές γραμμές, οι εκθέσεις της υπερδοσολογίας μ τους SSRIs είναι σπάνιες, και οι SSRIs θεωρούνται αρκετά ασφαλή φάρμακα. Για να μειωθεί ο κίνδυνος για υπερβολική δόση, ο γιατρός

μπορεί να γράψει μια συνταγή για μια μικρή ποσότητα του φαρμάκου σε έναν χρόνο (ως άνω).

Εκλεκτικοί αναστολείς σεροτονίνης και επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης (SNRIs)

Νεότερα αντικαταθλιπτικά, γνωστά ως εκλεκτικοί αναστολείς σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης, ή αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης, ή για συντομία SNRIs, επηρεάζουν τη σεροτονίνη, καθώς επίσης και τη νορεπινεφρίνη και άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών όπως η ντοπαμίνη. Οι SNRIs λειτουργούν όπως οι SSRIs κατά το ότι αναστέλλουν την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών κατά την συναπτική διασταύρωση (Anderson, 2006).

Η τραζοδόνη (Desyrel) αναστέλλει την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και επιπλέον αποκλείει ορισμένους τύπους της σεροτονίνης, νορεπινεφρίνης και κάποιους υποδοχείς ισταμίνης. Η ισταμίνη είναι μια τόσο βιολογική όσο και χημική και εμπλέκεται σε ανοσοαποκρίσεις, αλλά είναι και νευροδιαβιβαστής. Σε χαμηλές δόσεις, η τραζοδόνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ενίσχυση του ύπνου, ειδικά για τους ανθρώπους που βιώνουν την αϋπνία, ως μέρος της κατάθλιψης τους. Οι παρενέργειες της Trazodone περιλαμβάνουν: αλλεργικές αντιδράσεις, καρδιακή αρρυθμία, παρατεταμένη και επώδυνη στύση, υπνηλία, κόπωση, λήθαργο (εξάντληση), ψυχοκινητική επιβράδυνση (αργές κινήσεις), πονοκέφαλο, ζαλάδα, δυσκολία συγκέντρωσης, σύγχυση, διαταραχές της μνήμης, αποπροσανατολισμό, διέγερση, διέγερση , άγχος, ένταση, νευρικότητα, ανησυχία, αϋπνία, εφιάλτες, θυμός, εχθρότητα και, σπάνια, υπομανίες και οπτικές παραμορφώσεις (Association AP, 2002).

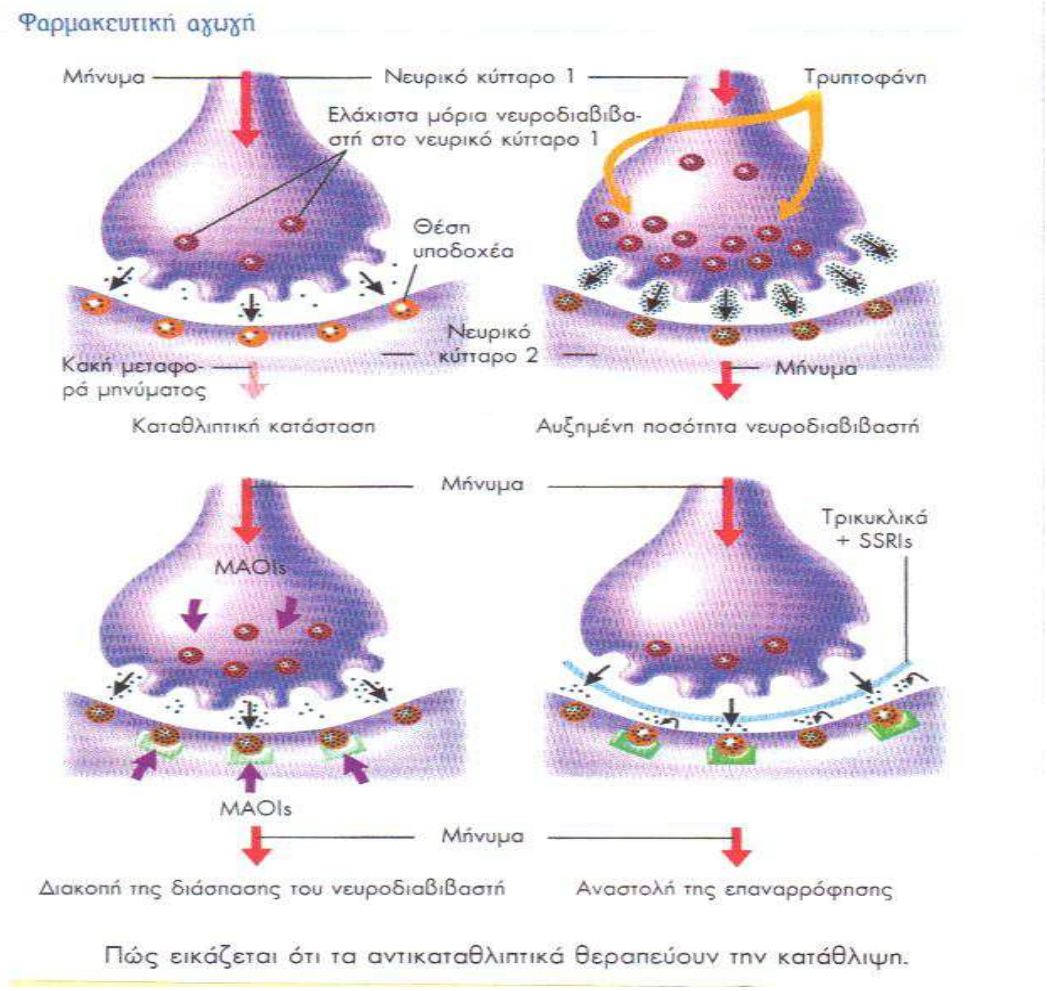
Η βουπροπιόνη (Wellbutrin) είναι συχνά η πρώτη επιλογή θεραπείας για την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Αυτό το φάρμακο είναι εξίσου αποτελεσματικό ως SSRIs στη θεραπεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, με μικρότερο κίνδυνο αύξησης βάρους και σεξουαλικές παρενέργειες. Εκτός από την σεροτονίνη και τη νορεπινεφρίνη, η βουπροπιόνη αναστέλλει επίσης την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της βουπροπιόνης είναι η ξηροστομία, η δυσκοιλιότητα, οι πονοκέφαλοι και η αϋπνία. Πρέπει να ληφθεί μέριμνα κατά τη χρήση βουπροπιόνης σε υψηλότερες δόσεις, καθώς όπως έχει γίνει γνωστό μπορεί να προκαλέσει επιληπτικές κρίσεις (Cadieux, 1998).

Η βενλαφαξίνη (Effexor) χρησιμοποιείται συχνά για τη θεραπεία των καταθλιπτικών ασθενειών, αλλά οι μεγάλοι αριθμοί των μελετών αποδεικνύουν

μεγάλες περιπτώσεις αναποτελεσματικότητας της θεραπείας. Εκτός από την αναστολή της επαναπρόσληψης σεροτονίνης, η βενλαφαξίνη επαναπροσλαμβάνει τη νορεπινεφρίνη και αναστέλλει την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης. Η βενλαφαξίνη δεν παρεμβάλλεται με άλλες χημικές ουσίες του εγκεφάλου, κάτι το οποίο τη καθιστά λιγότερο "ακατάστατη" και πιο ισχυρή από ό, τι άλλα αντικαταθλιπτικά. Ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι η βενλαφαξίνη ανακουφίζει καταθλιπτικά συμπτώματα πιο γρήγορα από ό, τι άλλα φάρμακα με λιγότερες παρενέργειες, και ότι μπορεί να συνδυαστεί με ασφάλεια με άλλα φάρμακα. Ωστόσο, απαιτείται περισσότερη έρευνα για να τεκμηριωθούν αυτοί οι ισχυρισμοί (Sheline, 2010).

Η νεφαζοδόνη (Serzone) αναστέλλει την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης αναστέλλοντας ένα συγκεκριμένο τύπο του υποδοχέα σεροτονίνης. Η νεφαζοδόνη είναι κατασταλτική, και είναι χρήσιμη για την ανακούφιση του άγχους και για τη σοβαρή αϋπνία. Επιπλέον, οι παρενέργειες της σεξουαλικής ενέργειες είναι ήπιες, αν υπάρχουν. Δυστυχώς όμως, η νεφαζοδόνη είναι ένας ισχυρός αναστολέας των ηπατικών ενζύμων και πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή. Πολλά φάρμακα μεταβολίζονται στο ήπαρ, και τα λειτουργικά ηπατικά ένζυμα είναι απαραίτητα για την σωστή λειτουργία του ήπατος και τη γενική υγεία (McCullagh, 2000).

Η μιρταζαπίνη (Remeron) αναστέλλει τη σεροτονίνη και τη νορεπινεφρίνη. Η μιρταζαπίνη είναι κατασταλτική, και έχει την δυσάρεστη παρενέργεια τις αύξησης του σωματικού βάρους σε σύγκριση με άλλους SSRIs. Παρά το γεγονός ότι λίγες μελέτες αποδεικνύουν με σαφήνεια τη χρησιμότητα της μιρταζαπίνης στην θεραπεία της μονοπολικής κατάθλιψης, αυτό το φάρμακο μπορεί να είναι μια καλή επιλογή για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει σημαντική απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων τους (Andersen, 1997).



Εικόνα 2.1 Σχηματική παράσταση λειτουργία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Πηγή : www.mazi.org.gr

2.4 ΆΛΛΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Άξια αναφοράς είναι η θεραπεία μέσω στέρηση του ύπνου μερική ή ολική. Η μερική στέρηση του ύπνου REM, επιτυγχάνεται ελέγχοντας το ηλεκτρεγκεφαλογράφημα των ατόμων και ξυπνώντας τους όταν ξεκινά ο ύπνος REM (Vogel et al., 1975. Vogel, Buffenstein, Minter & Hennessey, 1990). Η ολική στέρηση ύπνου είναι έχει άμεσα αποτελεσματα σε αντίθεση με τη μερική στέρηση η οποία απαιτεί αρκετες εβδομάδες για να μειώσει την κατάθλιψη (Wu & Bunney, 1990).

Λόγω του αυξημένου κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας, η νόσος της κατάθλιψης απαιτεί άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση με διάφορους τρόπους. Οι περισσότεροι από αυτούς λαμβάνουν χώρα εξωνοσοκομειακά μέσω φαρμακοθεραποείας και ψυχοθεραπείας, ενώ όταν η κατάσταση είναι πολύ σοβαρή ενδεχομένως να χρειαστεί ακόμη και νοσηλεία του ασθενούς. Το τελευταίο ειδικότερα, απαιτείται σε καταστάσεις έντονου αυτοκτονικού ιδεασμού ή όταν το οικογενειακό περιβάλλον δεν μπορεί να φροντίσει για τη θεραπεία ή υπάρχουν διαγνωστικές αμφιβολίες.

Αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν δύο ειδών εναλλακτικές οργανικές θεραπείες, οι οποίες είναι η ηλεκτροσπασμο-θεραπεία [(Electroconvulsive therapy (ECT)] και η φωτοθεραπεία. Η χρήση της πρώτης γίνεται όταν δεν υπάρχει ανταπόκριση του ασθενή στη φαρμακευτική αγωγή ή δεν μπορεί να την ανεχθεί. Επιπλέον, χρησιμοποιείται και όταν η κατάσταση είναι πολύ σοβαρή και χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Έχει αποδειχθεί ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην καταπολέμηση της κατάθλιψης. Η χρήση της φωτοθεραπείας γίνεται όταν η νόσος έχει εποχιακή εμφάνιση και ιδιαίτερα σε ήπιες περιπτώσεις ή συνδυαστικά με κάποια φαρμακευτική αγωγή στις περισσότερο σοβαρές (Χριστοδούλου, 2000).

Οι τεχνικές συμπληρωματικής και εναλλακτικής Ιατρικής, όπως η παραδοσιακή κινεζική ιατρική, ο βελονισμός, η Ayurveda, η ομοιοπαθητική, και η θεραπεία με βότανα δεν είναι ιατρικές ούτε απολύτως ψυχολογικές στη φύση τους, αλλά αντίθετα εμπίπτουν σε μια κατηγορία από μόνες τους. Αν και πολλοί άνθρωποι στρέφονται σε αυτές τις τεχνικές για την ανακούφιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους πολύ λίγες από αυτές τις προσεγγίσεις έχουν δοκιμαστεί σε κλινικές δοκιμές για την κατάθλιψη. Αν και συχνά υπάρχουν ελάχιστα επιστημονικά στοιχεία που να υποστηρίζουν αυτές τις πρακτικές, υπάρχει ωστόσο μια μακρά

ιστορία της χρήσης αναφορικά με πολλές από αυτές τις πρακτικές. Επιπλέον, αρκετά άτομα αναφέρουν ότι έχουν κερδίσει την ανακούφιση από τη χρήση προσεγγίσεων συμπληρωματικής και εναλλακτικής Ιατρικής για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Η παραδοχή αυτών των εναλλακτικών θεραπειών είναι ότι κανείς δεν υποφέρει από κατάθλιψη με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, ή για τους ίδιους λόγους. Ως εκ τούτου, η θεραπεία της κατάθλιψης πρέπει να λαμβάνει υπόψη το άτομο ως σύνολο προκειμένου να βρει την θεραπεία που θα μειώσει τα συμπτώματα (Quinn, 2000).

Ίσως η καλύτερη και πιο διάσημη θεραπεία συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής για την κατάθλιψη περιλαμβάνει τη χρήση του βαλσαμόχορτου, το οποίο είναι ένα φυτικό σκεύασμα εκχυλίσματος φυτών. Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί δεν υποστηρίζουν τη χρήση του βαλσαμόχορτου ως stand-alone εναλλακτικής θεραπείας για την κατάθλιψη. Σε ορισμένα μέρη της Ευρώπης, το βότανο αυτό είναι συχνά η προτιμώμενη θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Αυτή τη στιγμή, το βαλσαμόχορτο είναι ίσως η μόνη αληθινή stand-alone θεραπεία που μπορεί και χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Όλες οι άλλες θεραπείες συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής συνήθως θεωρούνται συμπληρώματα (προσθήκες) σε άλλες θεραπείες. Τα οφέλη που παρέχονται από άλλες θεραπείες συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής, όπως η άσκηση και έλαια είναι λιγότερο συνεπή, και φαίνεται να εξαρτώνται από τη σοβαρότητα της κατάθλιψης του ατόμου, καθώς επίσης και από την ατομική του αντίδραση του σε τέτοιες θεραπείες. Περαιτέρω έρευνα για να διευκρινιστεί πιο αναλυτικά ο ρόλος αυτών των θεραπειών συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής για την κατάθλιψη κρίνεται απαραίτητη. Σύμφωνα με πολλούς επαγγελματίες συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής, ένας συντονισμένος συνδυασμός θεραπειών θα παράγει πιθανόν καλύτερα τα οφέλη της θεραπείας από οποιοδήποτε μεμονωμένο φάρμακο το οποίο λαμβάνεται μόνο. Αυτό είναι ιδιαίτερα αληθές για τη θεραπεία της κατάθλιψης (Mondimore, 2006).

Αν και πολλές θεραπείες συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής είναι διαθέσιμες προς πώληση, με τη μορφή βοτάνων και συμπληρωμάτων τα οποία είναι συχνά θεωρούνται ακίνδυνο\α, τα προϊόντα αυτά μπορεί να είναι επικίνδυνα όταν γίνεται κατάχρηση. Δεν είναι αρκετό κάποιος να διαβάσει ένα βιβλίο για τα οφέλη και προϊόντα της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής, Αντί αυτού, το σοφό

είναι να διαβουλεύεται με έναν καταρτισμένο επαγγελματία συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής που μπορεί να βοηθήσει να προσδιοριστεί ποιος συνδυασμός των θεραπειών, και σε ό, τι δόσεις, θα ήταν πιο επωφελής για το άτομο (Payne, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό και ολοένα αυξανόμενο πρόβλημα των σύγχρονων κοινωνιών. Καθότι αποτελεί διαταραχή της διάθεσης επηρεάζει πολλές και ποικίλες πλευρές της προσωπικότητας ενός ατόμου, όπως την κοινωνικότητα του και την ανάπτυξη σχέσεων, καθώς πολύ συχνά το απομονώνει από τον περίγυρο. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι δύναται να συνυπάρχει με αυτοκτονικό ιδεασμό, κάτι που μπορεί να οδηγήσει το άτομο ακόμη και στο θάνατο.

Τα τελευταία χρόνια, η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα συχνή ψυχιατρική διαταραχή με ποσοστό εκδήλωσης περίπου 11% των ενηλίκων ανά έτος. Πιο συγκεκριμένα, το 1998 κατείχε παγκοσμίως την τέταρτη θέση ανάμεσα στις δέκα πρώτες αιτίες νοσηρότητας, ενώ υπολογίζεται ότι έως και το 2020 θα είναι στη δεύτερη θέση.

Συγκριτικά με άλλες ασθένειες, όπως ο διαβήτης και άλλες, οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν μεγαλύτερη σχέση με τις διάφορες σωματικές δυσλειτουργίες, τη δυσκολία εκπλήρωσης κοινωνικών και επαγγελματικών υποχρεώσεων και τη χαμηλότερη αποτίμηση της γενικότερης υγείας ενός ατόμου. Επιπρόσθετα, υπάρχει πολύ μεγάλη πιθανότητα επανεμφάνισης, υποτροπής και χρονιότητας, κάτι που έχει μεγάλη επίπτωση στις εθνικές οικονομίες, διότι αποτελεί μεγάλο πρόβλημα της δημόσιας υγείας.

Η κατάθλιψη, εκτός από τις αρνητικές συνέπειες στο ίδιο το άτομο, έχει και μεγάλες επιπτώσεις στην οικογένεια, στην εργασία και στο ευρύτερο περιβάλλον. Ειδικότερα δε στον εργασιακό χώρο, αποτελεί ένα από τα τρία συχνότερα προβλήματα. Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί και η μεγάλη συμβολή της νόσου στην εγκατάσταση και διατήρηση πολλών εξαρτησιακών καταστάσεων, όπως ο αλκοολισμός και η κατάχρηση ουσιών, αλλά και ο βαθμός συμμετοχής της στην πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων.

Η θεραπευτική προσέγγιση της κατάθλιψης περιλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης, όπως για παράδειγμα η φαρμακοθεραπεία και

οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες συγκεκριμένα είναι και οι πιο αποτελεσματικές. Ειδικότερα, η ομαδική ψυχοθεραπεία βοηθά τους ασθενείς να κατανοήσουν ότι υπάρχουν και άλλοι με την ίδια νόσο, αλλά και να δουν θετικά την προσπάθεια άλλων καταθλιπτικών ατόμων που κατάφεραν να εξέλθουν από αυτή την κατάσταση. Σημαντικός είναι και ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας, ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ακόμη και ο νοσηλευτής.

Παρότι τελευταία με τη βοήθεια της επιστήμης έχουν δημιουργηθεί πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα, πολλοί ασθενείς δεν επιζητούν και συχνά αποφεύγουν την αντικαταθλιπτική αγωγή. Πολλοί από αυτούς δεν ανταποκρίνονται στην αντικαταθλιπτική θεραπεία, σημαντικό ποσοστό από τους ασθενείς αποτυγχάνει να πετύχει και να διατηρήσει πλήρη ύφεση, ενώ υπάρχουν και αυτοί που δύναται να έχουν επανεμφάνιση της νόσου παρά την συνεχόμενη αγωγή. Επιπλέον, η αντικαταθλιπτική αγωγή υπάγεται σε πολλούς περιορισμούς, γι αυτό το λόγο και είναι πολύ σημαντική η συνύπαρξή της με διάφορες άλλες μορφές θεραπείας, όπως η ψυχοθεραπεία. Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικός θεωρείται και ο τομέας της πρόληψης και πιο συγκεκριμένα η προαγωγή και την ανάπτυξη προγραμμάτων στους τομείς της ψυχικής υγείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Η Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης της Κατάθλιψης του Zung W.W (1965) (Self-Rating Depression Scale, SDS-*Zung*)

ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALE

Patient's Initials

Date of Assessment

Please read each statement and decide how much of the time the statement describes how you have been feeling during the past several days.

Make check mark (✓) in appropriate column.	A little of the time	Some of the time	Good part of the time	Most of the time
1. I feel down-hearted and blue				
2. Morning is when I feel the best				
3. I have crying spells or feel like it				
4. I have trouble sleeping at night				
5. I eat as much as I used to				
6. I still enjoy sex				
7. I notice that I am losing weight				
8. I have trouble with constipation				
9. My heart beats faster than usual				
10. I get tired for no reason				
11. My mind is as clear as it used to be				
12. I find it easy to do the things I used to				
13. I am restless and can't keep still				
14. I feel hopeful about the future				
15. I am more irritable than usual				
16. I find it easy to make decisions				
17. I feel that I am useful and needed				
18. My life is pretty full				
19. I feel that others would be better off if I were dead				
20. I still enjoy the things I used to do				

Adapted from Zung, A self-rating depression scale, *Arch Gen Psychiatry*, 1965;12:63-70.

Presented as a service by

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome Inc.
Research Triangle Park, NC 27709
Web site: www.glaxowellcome.com

© 1997 Glaxo Wellcome Inc. All rights reserved. Printed in USA. WEL05680 February 1997

KEY TO SCORING THE ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALE

Consult this key for the value (1-4) that correlates with patients' responses to each statement. Add up the numbers for a total score. Most people with depression score between 50 and 69. The highest possible score is 80[1].

Make check mark (✓) in appropriate column.	A little of the time	Some of the time	Good part of the time	Most of the time
1. I feel down-hearted and blue	1	2	3	4
2. Morning is when I feel the best	4	3	2	1
3. I have crying spells or feel like it	1	2	3	4
4. I have trouble sleeping at night	1	2	3	4
5. I eat as much as I used to	4	3	2	1
6. I still enjoy sex	4	3	2	1
7. I notice that I am losing weight	1	2	3	4
8. I have trouble with constipation	1	2	3	4
9. My heart beats faster than usual	1	2	3	4
10. I get tired for no reason	1	2	3	4
11. My mind is as clear as it used to be	4	3	2	1
12. I find it easy to do the things I used to	4	3	2	1
13. I am restless and can't keep still	1	2	3	4
14. I feel hopeful about the future	4	3	2	1
15. I am more irritable than usual	1	2	3	4
16. I find it easy to make decisions	4	3	2	1
17. I feel that I am useful and needed	4	3	2	1
18. My life is pretty full	4	3	2	1
19. I feel that others would be better off if I were dead	1	2	3	4
20. I still enjoy the things I used to do	4	3	2	1

Adapted from Zung.[2]

References: 1. Carroll BJ, Fielding JM, Blashki TC. Depression rating scales: a critical review. *Arch Gen Psychiatry*. 1973; 28:361-366.
2. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965; 12:63-70.

Presented as a service by

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome Inc.
Research Triangle Park, NC 27709
Web site: www.glaxowellcome.com

© 1997 Glaxo Wellcome Inc. All rights reserved. Printed in USA. WEI 365580 July 1997

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Δικαίος Δ., (2006). Συναισθηματικές Διαταραχές. Στο Κ. Σολδάτος, & Λ. Λύκουρας (Επιμ. Έκδοσης), *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής* (Α΄ Τόμος, σελ. 285-320). Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

- Καβάσης Ι., (2007). *Κατάθλιψη: διάγνωση, εκτίμηση της βαρύτητας και παρακολούθηση της εξέλιξης*. Ανέκδοτη διδακτορική διατριβή. Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Ελλάδα.

- Κατέρη Ε., (2011). *Η Σχέση της Κατασκευής του Εαυτού με τον Επιπολιτισμό και με την Υγεία / Ψυχολογική Προσαρμογή Αλβανών και Ινδών Μεταναστών*, Ανέκδοτη διδακτορική διατριβή. Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, Ελλάδα.

- Κλεφτάρας, Γ. (2000). Γνωστική ιδιαιτερότητα κατάθλιψης και άγχους: Μεθοδολογικά θέματα και ερευνητικά δεδομένα. *Ψυχολογία, 7*, 46-62.

- Λαζαράτου, Ε., & Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ., (2001). Εφηβεία και κατάθλιψη, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18*(5), 466-474.

- Λειβαδείτης, Μ., (2003). Πολιτισμός και Ψυχιατρική (σελ.333-382). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

- Λύκουρας, Λ., Σολδάτος, Κ., & Ζέρβας, Γ. (2009). *Διασυνδετική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

- Μπαμπάτσικου, Φ. (2007). Κατάσταση υγείας και προσδιοριστικοί παράγοντες σε ηλικιωμένους. Ανέκδοτη διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Ελλάδα.

- Πολυκανδριώτη, Μ., & Φούκα Γ. (2013). Σχέση στεφανιαίας νόσου και άγχους – κατάθλιψης. *Το Βήμα του Ασκληπιού, 12*(1) (Ιανουάριος - Μάρτιος 2013).

- Σικλαφίδου Π., Ζελένη Δ., & Λειβαδίτης Μ., (2011). Διαπολιτισμική Ψυχιατρική και κατάθλιψη. *Εγκέφαλος 48*, 146-150.

- Σολδάτος, Κ. (2005). Άγχος και κατάθλιψη. Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. 25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο.
- Χριστοδούλου, Γ. (2000). *Ψυχιατρική* (Α΄ & Β΄ τόμος). Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Χριστοδούλου, Γ.Ν. Ραμπαβίλας, Α.Δ., Σολδάτος, Κ., & Αλεβίζος, Β.Η. (2005). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Ξενόγλωσση

- Akiskal, H.S., Hirschfeld, R. M. A., & Yerevenian, B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 40*, 801-810.
- American Psychiatric Association. (1980). *Task Force on Nomenclature and Statistics., American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Medical Association (1998). Essential guide to depression. New York: Pocket Books.
- American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1-45.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- IV*. (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2007). *APA Dictionary of Psychology.* Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- IV*. (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andersson, G.(2006). Internet-based cognitive-behavioral self help for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics, 6*, 1637-1642.
- Andrews, G., Stade, T., Peters L. (1999). *Classification in Psychiatry*. ICD-10 versus DSM-IV». *The British Journal of Psychiatry, 174*, 3-5.

- Andrade, L., & Caraveo, A. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12(3*), 165.
- Anderson, J. C., McGee, R. (1994). Comorbidity of depression in children and adolescents. In W. M. Reynolds & H. F. Johnson (Eds.) *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 581-601). New York: Plenum.
- Beardslee, W. R., Salt, P., & Porterfield, K. (1993). Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*(2), 254-263.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond.* New York: Guilford.
- Brent, D. A., Roth, C. M., Holder, D. P., Kolko, D. J., Birmaher, B., Johnson, B. A., & Schweers, J. A. (1996). Psychosocial interventions for treating adolescent suicide and depression: a comparison of three psychosocial interventions. In E.D. Hibbs & P.S. Jensen (Eds.). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice* (pp. 187-206). Washington D.C: American Psychological Association Press.
- Becker, H. S. (1964). *The other side.* New York: Free Press.
- Cadieux, R. J. (1998). Practical management of treatment-resistant depression. *American Family Physician, 58,* 2059-2062.
- Carney, M. W. P., Roth, M., & Garside, R. F. (1965). *The* diagnosis of depressive syndromes and the prediction of E.C.T. response. *The British Journal of Psychiatry, 111*, 659-674.
- Cardine, M., & Chambon, O. (1999). Psychotherapy in depression. *La Revue du Praticien*, *49*(7), 739-43.
- Clark, L.A. & Watson, D. (1991b). Theoretical and empirical issues in differentiating depression from anxiety. In J. Becker & A. Kleinman (Eds.), *Psychosocial aspects of depression.* (pp. 39-65). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Clarke, D. M., Cook, K. E., Coleman, K. J. & Smith, G. C. (2006). A qualitative examination of the experience of 'depression' in hospitalized medically ill patients. *Psychopathology, 39*(6), 303-312.
- Claridge, G. (1985). *Origins of mental illness*. Oxford: Blackwell.

- Carlson GA, Fennig S, Bromert EJ. (1994*)*, The confusion between bipolar disorder and schizophrenia in youth: where does it stand in the 1990s? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 453460.
- Coppen, A. (1967). The biochemistry of affective disorders. *The British Journal of Psychiatry;113*:1237-64
- Covi, L., & Lipman, R. S. (1987). Cognitive behavioural group psychotherapy combined with imipramine in major depression. *Psychopharmacology Bulletin,* 23, 173-176.
- Davidson, R. J. (2000). *Anxiety, Depression and Emotion.* Oxford: Oxford University Press.
- Dobson, K.S. (1988). *Handbook of cognitive-behavioural therapies.* New York: Guildford.
- Doyne, E. J., Ossip-Klein, D. J., Bowman, E. D., Osborn, K. M., Mcdougall-Wilson, I. B., & Neimeyer, R. A. (1987). Running versus weight lifting in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 748-754.
- Drevets, W. C. (2001). Neuroimaging and neuropathological studies of depression: implications for the cognitive emotional features of mood disorders. *Current Opinion of Neurobiology, 11,* 824-827.
- Drevets, W. C., Price, J. L., Simpson, J. R., Todd, R. D., Reich, T., Vannier, M., & Raichle, M. E. (1997). Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. *Nature, 386,* 824-827.
- Drevets, W. C., Price, J. L., Simpson, J. R. Jr, Todd, R. D., Reich, T., Vannier, M., & Raichle, M. E. (1997). Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. *Nature, 386*(6627), 824 - 827.
- Duman, R. S., Malberg, J., & Nakagawa S. (2000). Neuronal plasticity and survival in mood disorders. *Biological Psychiatry, 48,* 732-9.
- Egan, M. F., Kojima, M., Callicott, J. H., Goldberg, T. E., Kolachana, B. S., Bertolino, A., Zaitsev, E., Gold, B., Goldman, D., Dean, M., Lu, B., & Weinberger, D.R. (2003). The BDNF val66met polymorphism affects activitydependent secretion of BDNF and human memory and hippocampal function. *Cell, 112,* 257–69.

- Ende, G, Demirakca, T, & Tost, H. (2006). The biochemistry of dysfunctional emotions: proton MR spectroscopic findings in major depressive disorder. *Progress in Brain Research, 156,* 481-501.
- Ernst, E. (2002). The risk-benefit profile of commonly used herbal therapies: Ginkgo, St. John's Wort, Ginseng, Echinacea, Saw Palmetto, and Kava. *Annals of Internal Medicine, 136,* 42-53.
- Evans, M. D., Holon, S. D., De Rubuis, R. J., Plasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J., & Tuason, V. B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry, 49,* 802.
- Epstein, N. B., Ryan, C.E., Bishop, D.S., Miller, I.W., & Keitner, G.I. (2003). The McMaster model: a view of healthy family functioning. In: F. Walsh (Ed.) *Normal Family Processes* (pp. 581-607). New York: Guilford Press.
- Ferketich, A. K., Schwartbaum, J. A., Frid, D. J., & Moeschberger, M. L. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine, 160*(9), 1261-1268.
- Flemimg, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 571-580.
- Garlow, S., Musselman, D., & Nemeroff, C. (1999). The neurochemistry of mood disorders: clinical studies. In: CharneyD, Nestler E, Bynney Beds. The neurobiological foundation of mental illness'. New York : Oxford University press
- George, M. S., Ketter, T. A., Pareckh, P. I., Horowitz, B., Herskowitz, P., & Post, R. M. (1995). Brain activity during transient sadness and happiness in healthy women. *The American Journal of Psychiatry, 152,* 341.
- Gillham, J. E., Shatte, A. J., & Freres, D. R. (2000). *Preventing* depression: a review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied & Preventive Psychology, 9,* 63-88.
- Goldman, H. H. (2000). *Review of general psychiatry.* New York London: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- Goodwin, A., & Jamison, K. R. (1990). *Suicide, in manic-depressive illness* (pp. 227-244). New York: Oxford University Press.

- Hansen, M. S., Fink, P., Frydenberg, M., Oxhoj, M., Sondergaard, L., & Munk-Jorgensen, P. (2001). Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *Journal of Psychosomatic Research, 50(*4), 199-204.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine, 64,* 206-221.
- Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Nierenberg, A. A., Thase, M. E, Trivedi, M., & Rush, A. J. (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *The Journal of Clinical Psychiatry, 66,* 455-468.
- Jackson, S.W. (1986). *Melancholia and Depression. From Hippocratic Times to Modern Times*. Yale University Press.
- Judd, L. L. (1995). Mood disorders in the general population represent an important and worldwide public health problem. *International Clinical Psychopharmacology, 10,* 5-10.
- Kleftaras, G. (2004). La depression: Approche cognitive et comportementale (pp. 255). Paris: L'Harmattan.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal Affective Disorders, 74,* 5-13.
- Kathleen, E. (2006). Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice. *Home Health Care Services Quarterly, 25,* 115-148.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. (2004). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed.). Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kalia, M. (2005). Neurobiological basis of depression: an update. *Metabolism, 54,* 24-27.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Zhao, S. (1994). Lifetime and 12month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 51,* 8-19.
- Klein, D. N., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Olino, T. M. (2005). Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychological Medicine, 35*(3), 353-365.

- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2006). A Swedish national twin study of lifetime major depression. *The American Journal of Psychiatry, 163(*1), 109-114.
- Kleftaras, G. (2000). Interpersonal problem-solving of means-ends thinking, frequency and strength of pleasant and unpleasant activities and symptoms of depression in French older adults. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 17,* 43-63.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rousanville, B. J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression.* New York: Basic Books.
- Kovacs, M., Akiskal, S., Gatsonis, C., & Parrone, P. L. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder. *Archives of General Psychiatry, 51,* 365-374.
- Kramlinger, K. (2001). Mayo Clinic. Mayo Clinic on depression. Rochester, Minn.: Mayo Clinic.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108,* 163-174.
- Kurlowicz, L., & Greenberg, S. A. (2007). The Geriatric Depression Scale (GDS). *American Journal of Nursing, 107*(10), 67-68.
- Lee, A. S., & Murray, R. M. (1988). The long-term outcome of Maudsley depressives. *British Journal of Psychiatry, 153,* 741-750.
- Leppanen, J. M. (2006). Emotional information processing in mood disorders: a review of behavioral and neuroimaging findings. *Current Opinion in Psychiatry, 19(*1), 34-39.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology, 517,* 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 809-818.

- Lieberman, M. A. (1983). Comparative analysis of change mechanisms in groups. In: H.H. Blumberg, A.P. Hare, V. Kent & M. Davies (Eds.). *Small groups and social interaction* (Vol. 2, pp. 239-252). New York: John Wiley.
- Linden, D. E. (2006). How psychotherapy changes the brain--the contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry, 11,* 528-538.
- Lurie, S. J., Gawinski, B., Pierce, D., & Rousseau, S. J. (2006). Seasonal affective disorder. *American Family Physician, 74,* 1521-1524.
- Markowitz, J. C. (1999). Developments in interpersonal psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry, 44,* 556-561.
- Mamplekou, E., Bountziouka, V., Psaltopoulou, T., Zeimbekis, A., Tsakoundakis, N., & Papaerakleous, N. (2010). Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean islands: the MEDIS (MEDiterranean ISlands Elderly) study. *The Journal of Nutrition, Health and Aging, 14,* 449-455.
- Mavreas, V. G., & Bedington, P. E. (1988). Greeks, British Greek Cypriots and Londoners: A comparison of morbidity. *Psychological Medicine, 18,* 433-442.
- Mavreas, V., Lyketsos, G., Lialiopoulos, D., Oldham, A., Patritsis, N., & Paterakis, P. (1982), The Present State Examination (in Greek). *Encephalos,* 3-77.
- Madianos, M. G., Gefou-Madianou, D., & Stefanis, C. N. (1993). Depressive symptoms and suicidal behavior among general population adolescents and young adults across Greece. *European Psychiatry, 8,* 139-146.
- Mah, L., Zarate, C. A. Jr., Singh, J., Duan, Y. F., Luckenbaugh, D. A., Manji, H. K., & Drevets, W.C. (2007). Regional cerebral glucose metabolic abnormalities in bipolar II depression. *Biological Psychiatry, 61*(6), 765–775.
- McCullough, M. E., & Larson D. B. (1999). Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research [Twin Research & Human Genetics], 2,* 126-136.
- McGuffin, P., & Katz, R. (1989). The genetics of depression: Current approaches. *The British Journal of Psychiatry. Supplement, Oct*(6),18-26.
- Mondimore, F. M. (1999). *Bipolar disorder: a guide for patients and families*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Mondimore, F. M. (2006). *Depression, the mood disease.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

- Moreau, D., Mufson, L., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1991). Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: description of modification and preliminary application. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 642651.
- Mufson, L., Moreau, D., & Weissman, M. M. (1996). Focus on relationships: interpersonal psychotherapy for adolescent depression. In: E.D. Hibbs & P.S. Jensen (Eds.). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice* (pp. 187-206). Washington D.C: American Psychological Association.
- Mullaney, J. A. (1989). The measurement and classification of affective disorders. In: P. Gilbert (Ed.). *Depression: the evolution of powerlessness.* Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates.
- Nemerof, C. B.(2008). Recent Findings in the Pathophysiology of Depression. *Focus, 6,* 3-14.
- Neumeister, A., Charney, D. S., & Drevets W. C. (2005). Hippocampus, VI: Depression and the hippocampus. *The American Journal of Psychiatry, 162,* 1057-1057.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). Problem-solving therapy for depression: theory, research and clinical guidelines. New York: John Wiley.
- National Institute of Mental Health (2003). In Harms Way: Suicide in America. NIMH (NIH Publication No. 03-4594).
- Nottelmann, E., & Jensen, P. (1995). Bipolar affective disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 705708.
- Nutt, D. J., Demyttenaere, K., Janka, Z., Aarre, T., Bourin, M., Canonico, P. L., Carrasco, J. L., & Stahl, S. (2006). The other face of depression, reduced positive affect: the role of catecholamines in causation and cure. *Journal of Psychopharmacology, 21*(5), 461-471.
- Olsson, G. I., & Von-Knorring, A. L. (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99,* 324-331.

- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of General Psychiatry, 61,* 714-719.
- Payne, J.L. (2003). The role of estrogen in mood disorders in women. *International Review of Psychiatry, 15,* 280-290.
- Pawlak, R., Rao, B. S., Melchor, J. P., Chattarji, S., McEwen, B., Strickland, S. (2005). Tissue plasminogen activator and plasminogen mediate stressinduced decline of neuronal and cognitive functions in the mouse hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences (USA), 102,* 18201–6.
- Petersen, A. C., Sarigiani, P. A., & Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: why more girls? *Journal of Youth and Adolescence, 20,* 245-269.
- Phelps, E. A., & LeDoux, J. E. (2005). Contributions of the amygdala to emotion processing: from animal models to human behavior. *Neuron, 48,* 175–87.
- Pinel, J. P. J. (2009). *Biopsychology* (7th ed.). Boston: Pearson/Allyn and Bacon.
- Porter, R. (2002*). Madness: A brief history.* Oxford: Oxford University Press.
- Post, R. M. (2007). Role of BDNF in bipolar and unipolar disorder: clinical and theoretical implications. *Journal of Psychiatric Research, 41,* 979–90.
- Quinn, B. (2000). *The depression sourcebook*. Los Angeles: Lowell House.
- Quiroz, J. A., Singh, J., Gould, T. D., Denicoff, K. D., Zarate, C. A., & Manji, H. K. (2004). Emerging experimental therapeutics for bipolar disorder: clues fromthe molecular pathophysiology. *Molecular Psychiatry, 9,* 756–76.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression, behaviour therapy. In: P. Gilbert (Ed.) *Depression: the evolution of powerlessness.* Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates.
- Reis, S., & Grenyer, B. F. (2002). Pathways to anaclitic and introjective depression. *Psychology and Psychotherapy, 75,* 445-459.
- Rickards, H. (2005). Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis, and stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 76*(Suppl 1), i48-i52.
- Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: issues and perspectives. In Rutter M, Izard CE, Read PB (Eds.) *Depression in Young People* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.

- Sanderson, W.C., Beck, A.T., Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression and dysthymia: prevalence and temporal relationships. *The American Journal of Psychiatry, 46,* 1047-1051.
- Sheline, Y. I. (2003). Neuroimaging studies of mood disorder effects on the brain. *Biological Psychiatry, 54*(3), 338-52.
- Sheline, Y. I., Gado, M. H., & Kraemer, H. C. (2003). Untreated depression and hippocampal volume loss. *The American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1516-8.
- Sheline, Y. I., Price, J. L., Yan, Z., & Mintun, M. A. (2010). Resting-state functional MRI in depression unmasks increased connectivity between networks via the dorsal nexus. *Proceedings of the National Academy of Sciences (U S A), 107*(24), 11020-5.
- Stylianopoulou, C., Koulierakis, G., Karagianni, V., Babatsikou, F., & Koutis, C. (2010). Prevalence of depression among elderly on open care centers for older people. *Vima-Asklipiou, 9,* 490-504.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Geerlings, M. I., Jonker, C., &Van Tilburg, W. (2000). Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL*). Journal of Affective Disorders, 59*, 127-137.
- Schildkraut, J. J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *The American Journal of Psychiatry, 122*, 509-522.
- Simons, A. D., Murphy, G. E., Levine, F. L. & Wetzel, R.D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry, 43*, 43-48.
- Sloman, L., Gilbert, P., & Hasey, G. (2003). Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders, 74* (2), 107-21.
- Spitzer, R., Endicott, J., & Robins, E. (1975). Research diagnostic criteria. In: P. Gilbert (Ed.). *Depression: the evolution of powerlessness*. Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates.
- Thornicroft, G., & Sartorius, N. (1993). The course and and outcome of depression in different cultures: 10 year follow up of the WHO Collaborative

Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychological Medicine. 23,* 1023-1032.

- Trigoboff, E. (2009). Γνωσιακές και Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις. Στο Kneisl, C.R & Wilson, H.S & Trigoboff, E. (Eds.) *Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας* (Μετάφραση: Κρομμύδας Γ., σελ. 840-858). Αθήνα: Έλλην.
- Tschuschke, V., & Dies, R. R. (1994). Intensive analysis of therapeutic factors and outcome in long-term inpatient groups. *International Journal of Group Psychotherapy, 44*(2), 185-208.
- Tucker, D. M. (1981). Lateral brain function, emotion and conceptualisation. *Psychological Bulletin, 89,* 19-46.
- Vogel, G. W., Buffenstein, A., Minter, K., & Hennessey, A. (1990). Drug effects on REM sleep and on endogenous depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 14,* 49-63.
- Waite, L. J., & Gallagher, M. (2001). *The case for marriage: why married people are happier, healthier, and better off financially*. New York, NY: Broadway Books.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96,* 465-490.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2009). *Depression*. Available from http://www.who.int/mental health/management/depression/definition/en/
- WHO- World Health Organization (2012). *World suicide prevention day* http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/
- WHO (1997). *Multiaxial of the ICD-10 for use m adult psychiatry*. Cambridge. Cambridge University Press.
- WHO (1996*).* ICD-10 Chapter V. Primary care version: Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care. Geneva: World Health Organization (απόδοση στα ελληνικά και επιμέλεια: Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β. Αλεβίζος, Β. Μαυρέας). Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα, 1998.

- WHO (2001). *Pocket guide to the ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders with glossary and diagnostic criteria for research*. Edinburgh: Churchill.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope.* Genewa: WHO.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., & Canino, G. J. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *The Journal of American Medical Association, 276*, 293-299.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yu, H., Wang, Y., Pattwell, S., Jing, D., Liu, T., Zhang, Y., Bath, K.G., Lee, F.S., Chen, Z.Y. (2009). Variant BDNF Val66Met polymorphism affects extinction of conditioned aversive memory. *Journal of Neuroscience, 29,* 4056–64.
- Yu, H., & Chen, Z. Y. (2011). The role of BDNF in depression on the basis of its location in the neural circuitry. *Acta Pharmacologica Sinica, 32*, 3-11.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry, 12*, 63–70.