



Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς

Πολυκανδριώτη Μαρία¹, Στεφανίδου Σπυριδούλα¹

1. Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί ψυχική ασθένεια που εμποδίζει την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί φυσιολογικά. Η δομική συγκρότηση της καταθλιπτικής διαταραχής επιβάλλει την κατανομή των επιμέρους συμπτωμάτων στις εξής πέντε βασικές διαστάσεις: α) συναισθηματική/βιωματική, β) συμπεριφορική, γ) σωματική, δ) γνωστική, και ε) λειτουργική. Πιθανά, η κατάθλιψη προκαλείται από έναν συνδυασμό γενετικών, βιολογικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων. Οι κύριες θεραπευτικές επιλογές είναι η λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής και η ψυχοθεραπεία. Δεδομένου ότι, η κατάθλιψη αποτελεί ιάσιμη νόσο, η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι επιτακτική ανάγκη.

Λέξεις Κλειδιά: Κατάθλιψη- διάγνωση και θεραπεία κατάθλιψης.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Πολυκανδριώτη Μαρία, Αθήνα, Ελλάδα, e-mail : mpolik2006@yahoo.co

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklepiou" Journal

Volume 12, Issue 4 (October - December 2013)

SPECIAL ARTICLE

Depression in non-psychiatric patients

Polikandrioti Maria¹, Stephanidou Spyridoula¹

1. Laboratory Instructor, Department of Nursing, Technological Educational Institute (T.E.I.), Athens, Greece

ABSTRACT

Depression is disabling chronic mental illness that prevents a person from functioning normally. The structural setting of depressive disorder requires the distribution of individual symptoms on the five following key - dimensions : a) emotional / experiential, b) behavioral, c) physical, cognitive, and e) functional. Most likely, depression is caused by a combination of genetic, biological, environmental, and psychological factors. The most common treatment options are medication and psychotherapy. Taken for granted that depression can be effectively treated, early screening and treatment are imperative.

Keywords: Depression, diagnosis and treatment of depression.

Corresponding Author: Polikandrioti Maria, Athens, Greece, e-mail:mpolik2006@yahoo.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που ακολουθεί την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής της έως σήμερα. Αποτελεί διαταραχή που είναι δυνατόν να εκδηλωθεί τόσο στο χώρο της Ψυχιατρικής όσο και στο χώρο της Γενικής Ιατρικής, η οποία αναμένεται έως το 2020 να αποτελέσει τη κύρια αιτία αδειών για λόγους ασθένειας, τη δεύτερη αιτία

ανικανότητας και το συχνότερο αίτιο αυτοκτονίας. Η κατάθλιψη συνεπάγεται τεράστιες αρνητικές προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων, όπως φτωχή ποιότητα ζωής, κίνδυνος αυτοκτονίας, κατάχρηση ουσιών, δυσκολία αντιμετώπισης

άλλων συννοσηρών σωματικών διαταραχών, κ.ά.¹⁻⁶

Η κατάθλιψη ως νοσολογική οντότητα είναι γνωστή από την αρχαιότητα, όταν ο Ιπποκράτης, αναφέροντας τους όρους μελαγχολία και μανία απέδιδε την κατάθλιψη σε βιολογικές μεταβολές. Ο όρος μανία αντιστοιχούσε στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ ο όρος μελαγχολία στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές και όχι στη νοσολογική έννοια της κατάθλιψης, όπως έχει διαμορφωθεί έως σήμερα. Επίσης, ο Όμηρος στην Ιλιάδα περιγράφει την αυτοκτονία του Αίαντα ως αποτέλεσμα της λύπης και της κατάθλιψής του. Η ονομασία «Κατάθλιψη» δόθηκε για πρώτη φορά το 1660 μ.Χ., ενώ η ευρεία χρήση του όρου «Κατάθλιψη» επικράτησε τον 19ο αιώνα μ.Χ.¹⁻⁶

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η αναγνώριση, αξιολόγηση και θεραπεία της κατάθλιψης έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των επιστημών Υγείας, αφού ολοένα και περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς. Ο σημαντικότερος λόγος που καθιστά τη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης αναγκαία είναι η πρόληψη των αυτοκτονιών. Δεδομένου ότι, οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν συναισθήματα ενοχής, αναξιοσύνης και απελπισίας, αντιλαμβάνονται τα προβλήματά τους ως ανυπέρβλητα και

γενικότερα πιστεύουν ότι βρίσκονται σε αδιέξοδο, καταφεύγουν στην αυτοκτονία ως ένα τρόπο να σταματήσουν να υποφέρουν.¹⁻⁶ Η ευρεία χρήση του όρου «κατάθλιψη» συχνά δημιουργεί συγχύσεις, ασάφειες και διαγνωστικές δυσκολίες και για το λόγο αυτό θεωρείται απαραίτητη η διάκριση μεταξύ των εξής όρων:¹⁻⁶

Καταθλιπτικό συναίσθημα: Είναι το βραχύβιο, δυσάρεστο ή αρνητικό υποκειμενικό αίσθημα ή βίωμα του ατόμου που είναι δυνατό να εκδηλωθεί σε κάθε δεδομένη στιγμή.

Καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση: Είναι η παρουσία κατ' εξοχήν καταθλιπτικών συναισθημάτων κατά τη διάρκεια σχετικά μεγάλου χρονικού διαστήματος (πολλών ημερών- εβδομάδων- μηνών). Ενίοτε μπορεί να ασκεί διαβρωτική επίδραση στην όλη λειτουργικότητα του ατόμου.

Καταθλιπτική διαταραχή: Είναι κλινικό σύνδρομο το οποίο συγκροτεί διάφορα συμπτώματα με προέχων χαρακτηριστικό την ύπαρξη καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης. Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν δομή συνδρόμου ο οποίος περιλαμβάνει σχηματισμό σημείων και συμπτωμάτων που σχετίζονται μεταξύ τους και έχει συγκεκριμένη χρονική πορεία και έκβαση. Ως



συμπτωματική δομή διακρίνεται από τις άλλες ψυχοπαθολογικές δομές.

Δομική συγκρότηση της κατάθλιψης

Η δομική συγκρότηση της καταθλιπτικής διαταραχής επιβάλλει την κατανομή των επιμέρους συμπτωμάτων στις εξής πέντε βασικές διαστάσεις: α) συναισθηματική/βιωματική δηλαδή πως νοιώθει τα άτομο, β) συμπεριφορική δηλαδή πως συμπεριφέρεται, γ) σωματική δηλαδή τι εκδηλώνεται μέσω των σωματικών λειτουργιών, δ) γνωστική δηλαδή πως σκέπτεται και εκτιμά τη ζωή του, και ε) λειτουργική δηλαδή πως λειτουργεί στην εργασία του και στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Αναλυτικότερα : ¹⁻⁶

Συναισθηματική διάσταση: Η παθολογία της καταθλιπτικής διάθεσης συνιστάται στο ότι είναι δυσανάλογη προς αυτό που συμβαίνει στη ζωή του ατόμου, επιδρά σε όλη τη λειτουργικότητα του ατόμου και έχει αυτονομία σε σχέση με άλλες συγκυρίες, για παράδειγμα δεν μεταβάλλεται με τις μεταβολές των εξωτερικών συνθηκών. Στη συναισθηματική διάσταση μπορούν να παρατηρηθούν: καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση, άγχος και ευερεθιστότητα, ένταση, θυμός, εκνευρισμός σε κάθε αντιξοότητα, απελπισία, απόγνωση. Επίσης, συχνά υπάρχει απώλεια ενδιαφέροντος για τις συνήθειες

δραστηριότητες και ανηδονία δηλ., απώλεια ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που προηγούμενα ήταν ευχάριστες, π. Σε σοβαρού βαθμού κατάθλιψη, υπάρχει πλήρης απώλεια του ενδιαφέροντος και αδυναμία βίωσης συναισθημάτων ακόμα και των πιο τραγικών συμβάντων.

Οι αλλαγές στη συναισθηματική διάθεση περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα διαβαθμίσεων, όπου στις ηπιότερες καταθλιπτικές διαταραχές υπάρχει πτώση του γενικού συμπαθητικού τόνου ενώ στις σοβαρότερες διαταραχές υπάρχει έντονα αρνητική συγκινησιακή διέγερση. Η καταθλιπτική διάθεση παρουσιάζει διακυμάνσεις ως προς τον χρόνο για παράδειγμα μπορεί να είναι εντονότερη το πρωί και βελτιωμένη το βράδυ, να είναι συνεχής ή να παρουσιάζεται εντονότερη σε περιόδους τις οποίες ο ασθενής βιώνει ως δύσκολες.

Συμπεριφορική διάσταση: Σε αυτή τη διάσταση, ο ασθενής δυσκολεύεται ακόμα και να κινητοποιηθεί για να κάνει τις πιο απλές πράξεις, ενώ η προτροπή ή απειλή τον κάνει πιο αδρανή. Επίσης, συχνά χρονοτριβεί, αποφεύγει να αναλάβει ευθύνες και δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις. Στη μείζονα κατάθλιψη υπάρχει ψυχοκινητική επιβράδυνση με απουσία ή μείωση των αυθόρμητων κινήσεων, σκυφτή στάση σώματος και χαμηλωμένο βλέμμα, μειωμένη

ροή λόγου, καθυστέρηση στις απαντήσεις, υποκειμενική αίσθηση επιβράδυνσης της σκέψης ή σταματήματος του χρόνου. Λιγότερο συχνά κυρίως στη μονοπολική Μείζονα Κατάθλιψη εμφανίζεται ψυχοκινητική διέγερση.

Σωματική διάσταση: Οι κυριότερες σωματικές εκδηλώσεις είναι η ανορεξία, η απώλεια βάρους και η κόπωση. Σε σοβαρές περιπτώσεις, η ανορεξία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υποσιτισμό και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ενώ αντιθέτως σε ηπιότερες καταστάσεις είναι δυνατόν να οδηγήσει σε αύξηση της προσλαμβανόμενης τροφής και αύξηση του σωματικού βάρους, γεγονός, που επιδεινώνει άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα, όπως υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη, κ.ά. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές ως προς την αρχιτεκτονική και επάρκεια του ύπνου (:μείωση του συνολικού χρόνου, συχνές αφυπνίσεις). Συχνά υπάρχει μειωμένη ή ανύπαρκτη σεξουαλική επιθυμία και σε μερικές γυναίκες προσωρινή αμηνόρροια. Η συχνότητα και σοβαρότητα των συμπτωμάτων από τη σωματική διάσταση αυξάνεται ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάθλιψης και την ηλικία.

Γνωστική διάσταση: Το άτομο έχει αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ιδέες ανεπάρκειας, απώλειας, αποτυχίας,

ήττας, αναξιότητας και αποστέρησης. Ως προς τη λειτουργία της σκέψης, υπάρχουν μηχανισμοί γνωστικής διαστρέβλωσης με τάση για ανεύρεση αποδείξεων που να στηρίζουν την αρνητική εκτίμηση του εαυτού και με εκλεκτική επιλογή των δεδομένων ώστε να απαρτίζουν την αρνητική εικόνα. Η διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης μπορεί να φθάσει έως τις παραληρητικές ιδέες και αφορά στο 15% της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Επίσης, υπάρχει απαισιοδοξία και απώλεια της ελπίδας, η οποία σχετίζεται με ιδέες θανάτου και αυτοκτονικό ιδεασμό ως μια προσπάθεια απαλλαγής από τα βάσανα.

Στις μείζονες καταθλίψεις, υπάρχει διαταραχή των νοητικών λειτουργιών, όπως διαταραχή της συγκέντρωσης και της προσοχής και εμφανείς διαταραχές της μνήμης, όπως εύκολη απώλεια μνήμης και έκπτωση της μνημονικής ανάκλησης. Επίσης, υπάρχει ακαμψία στην επεξεργασία πληροφοριών και στις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων.

Λειτουργική διάσταση: Σε αυτή τη διάσταση υπάρχει διαταραχή της συνολικής λειτουργικότητας του ατόμου. Όσον αφορά τον εργασιακό χώρο παρατηρείται ελάττωση της αποδοτικότητας και δημιουργικότητας ενώ στις διαπροσωπικές σχέσεις παρατηρείται δυσλειτουργία, κακή επικοινωνία, ένταση, τριβές, αντιδικίες, συγκρούσεις ρόλων ή δυσκολία ανάληψης



νέων ρόλων. Ωστόσο, δεν έχει διευκρινισθεί εάν αυτά σχετίζονται με τη βαρύτητα της κατάθλιψης.

Το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών, της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM- IV) που δημοσιεύθηκε το 1994, διαχωρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές κυρίως στις παρακάτω κατηγορίες:¹⁻⁶

- Μείζων καταθλιπτική διαταραχή (μοναδικό επεισόδιο ή υποτροπιάζουσα)
- Καταθλιπτικό επεισόδιο διπολικής διαταραχής της διάθεσης (Διπολική διαταραχή τύπου I)
- Δυσθυμική διαταραχή (που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα μικρότερης βαρύτητας από τα επεισόδια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής)
- Κυκλοθυμική διαταραχή (που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα μικρότερης βαρύτητας από αυτά της διπολικής διαταραχής τύπου I)
- Διπολική διαταραχή τύπου II (που χαρακτηρίζεται από εναλλαγή μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων με επεισόδια υπομανίας)
- Μη προσδιορισμένη διαφορετικά «άτυπη» καταθλιπτική διαταραχή π.χ. Ελάχιστων καταθλιπτική διαταραχή, υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή, μεταψυχωτική

καταθλιπτική διαταραχή στη σχιζοφρένεια, μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο επικαθήμενο σε ψυχωτικές διαταραχές, προεμμηνορυσιακή δυσφορική διαταραχή

- Καταθλιπτική διαταραχή λόγω σωματικής νόσου
- Καταθλιπτική διαταραχή προκαλούμενη από χρήση ουσιών
- Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση.

Αιτιολογία κατάθλιψης

Στη σημερινή εποχή, η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Αρχικά, λόγω της στενής σχέσης με το πένθος και το συναίσθημα της θλίψης, η κατάθλιψη θεωρήθηκε ως αντίδραση σε τραυματικά γεγονότα της ζωής. Όμως κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η αλματώδης ανάπτυξης της ψυχοφαρμακολογίας, της νευρογενετικής και των άλλων νευροεπιστημών έφερε στο προσκήνιο άλλους βιολογικούς - εγκεφαλικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για την εκδήλωσή της. Σήμερα, πιστεύεται, ότι η κατάθλιψη αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο, που οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό στην εκδήλωσή της.^{2-4,8-9}

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως «νόσος του εγκεφάλου» (οφειλόμενη σε εγκεφαλική

δυσλειτουργία) ανεξαρτήτως πιθανής συμμετοχής άλλων ποικίλων παραγόντων στην αιτιοπαθογένειά της. Αναλυτικότερα, η εγκεφαλική λειτουργία σχετίζεται με διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων (ιδιαίτερος μείωση της σεροτονινεργικής και της νοραδρενεργικής δραστηριότητας) και υπερδραστηριότητα ορισμένων νευρικών ομάδων (του αμυγδαλοειδούς πυρήνος και άλλων περιοχών του μεταιχμιακού συστήματος, του προμετωπιαίου φλοιού και του θαλάμου). Η ακριβής φύση της διαταραχής της νευρομεταβιβαστικής λειτουργίας δεν είναι γνωστή, θεωρείται όμως ότι στην κατάθλιψη παρατηρείται αύξηση του αριθμού και της λειτουργικής ετοιμότητας των υποδοχέων σεροτονίνης και νοραδρεαλίνης, που οδηγεί σε ελάττωση της διαθεσιμότητας αυτών των νευρομεταβιβαστών. Επίσης, κεντρικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης παίζει η διαταραχή των αυτό- και ετερορρυθμιστικών ομοιοστατικών μηχανισμών της νευρομεταβιβαστικής λειτουργίας.^{2-4,8-9}

Όσον αφορά τις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την κατάθλιψη, θεωρείται ότι υπάρχει ενεργοποίηση του μεταιχμιακού συστήματος (κυρίως του αμυγδαλοειδούς πυρήνα), του προμετωπιαίου φλοιού, του ραβδωτού σώματος και του θαλάμου. Πιστεύεται ότι, η ενεργοποίηση του αμυγδαλοειδούς πυρήνα σχετίζεται

πρωταρχικά με την εμφάνιση της νόσου. Αναλυτικότερα, ο αμυγδαλοειδής πυρήνας (ή αμυγδαλή) συμμετέχει στην πολύπλοκη εσωτερική διαδικασία παραγωγής των συναισθημάτων όπως η ευχαρίστηση, ο πόνος, η ανταμοιβή και η τιμωρία. Ενεργοποιείται τόσο σε συνειδητά, όσο και σε ασυνείδητα συναισθήματα και μέσω των συνδέσεων της με τον υποθάλαμο και το νευρικό σύστημα εκφράζει τις διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις. Η βιολογική/εγκεφαλική συνιστώσα της κατάθλιψης επίσης εκδηλώνεται μέσω της σχέσης της με διαταραχές ορισμένων ενδοκρινών λειτουργιών, κυρίως με την ενεργοποίηση του υποθάλαμο-υποφυσιακού άξονα.^{2-4,8-9}

Η συμμετοχή της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της κατάθλιψης είναι πάρα πολύ σημαντική. Αναλυτικότερα, η κατάθλιψη παρατηρείται στο 15% των πρώτου βαθμού συγγενών καταθλιπτικών ασθενών, στο 8% των συγγενών δεύτερου βαθμού και στο 4% συγγενών υγιών μαρτύρων ενώ από μελέτες διδύμων και υιοθετημένων έχει αποδειχθεί ότι για την οικογενή εμφάνιση της νόσου ευθύνονται κυρίως τα κοινά γονίδια παρά το κοινό περιβάλλον των μελών της οικογένειας. Παρά τη βέβαιη συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης, παρατηρείται αδυναμία ταυτοποίησης γονιδιακής βλάβης, η οποία



αποδίδεται στην ετερογένεια της κατάθλιψης. ^{2-4,8-9}

Από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, το πένθος, η μετανάστευση, η ανεργία και η εμφάνιση σοβαρής σωματικής νόσου πολλές φορές προηγούνται της πρώτης εκδήλωσης της κατάθλιψης. Η νόσος αργότερα "αυτονομείται" και δεν χρειάζεται πλέον η παρουσία ψυχοπιεστικών γεγονότων για την εμφάνιση υποτροπών. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι με την πάροδο του χρόνου ο εγκέφαλος ευαισθητοποιείται όλο και περισσότερο με αποτέλεσμα να εμφανίζονται επεισόδια χωρίς την ύπαρξη ερεθισμάτων. Η πρώιμη απώλεια ενός γονέα ή η ύπαρξη ιστορικού κακής γονεϊκής συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία του ατόμου, η κοινωνική απομόνωση, το χαμηλό μορφωτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, οι κακές συζυγικές σχέσεις και η χηρεία σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης. Η ύπαρξη ορισμένων "δυσλειτουργικών"

χαρακτηριστικών της προσωπικότητας επίσης προδιαθέτει σε εμφάνιση κατάθλιψης.

^{2-4,8-9}

Οι βιολογικοί παράγοντες, που ευθύνονται για την εκδήλωση της κατάθλιψης αφορούν μη ψυχιατρικές παθήσεις που σχετίζονται με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και επηρεάζουν τη λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα, όπως για παράδειγμα η σκλήρυνση κατά πλάκας, κ.ά. Επίσης, για την εκδήλωση της

κατάθλιψης είναι δυνατόν να ευθύνονται ενδοκρινολογικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, λοιμώξεις που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, λοιμώδη μονοπυρήνωση και η λήψη διαφόρων φαρμάκων, όπως τα στεροειδή, τα αντιπαρκινσονικά και η ρεσερπίνη. ^{2-4,8} Τέλος, μια άλλη παράμετρος που σχετίζεται με την εκδήλωση της κατάθλιψης είναι η ευαλωτότητα του νευρικού κυττάρου ως προς το χρόνιο άγχος. Το μοντέλο προδιάθεσης άγχους επιχειρεί να συνδέσει τη γονιδιακή με την περιβαλλοντική επίδραση στην ανάπτυξη αυτής της διαταραχής.⁹

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια, τα οποία κυμαίνονται ως προς τη βαρύτητα από ήπια έως σοβαρά και προκαλούν διαφορετική λειτουργική έκπτωση.

Διάγνωση

Παρά το γεγονός, ότι η κατάθλιψη αποτελεί ιάσιμη νόσο, εντούτοις εάν δεν ανιχνευτεί και θεραπευτεί εγκαίρως είναι δυνατόν να επηρεάζει σημαντικά τη ψυχοκοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Όταν η κατάθλιψη συνυπάρχει με άλλο νόσημα αυξάνει τον κίνδυνο νοσηρότητας και αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα για την πορεία και την έκβαση της εν δυνάμει νόσου. Οι πιο συχνές νόσοι που μπορούν να εκδηλωθούν με καταθλιπτική

συμπτωματολογία είναι ο υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Cushing, τα νεοπλάσματα (κυρίως καρκίνοι του πεπτικού και του παγκρέατος), η ένδεια βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος (αλκοολισμός) και η κατάθλιψη που σχετίζεται με αγγειακού τύπου άνοια. Επίσης, κινητικές διαταραχές όπως η νόσος του Parkinson και η νόσος του Huntington.^{4,10-15}

Δυστυχώς στην ιατρική πρακτική, μόνο το ¼ των καταθλιπτικών ασθενών διαγιγνώσκεται και παραπέμπεται στον ψυχίατρο, ενώ το υπόλοιπο των περιπτώσεων συχνά παραμένει αδιάγνωστο για πολλούς και ποικίλους λόγους. Συνήθως, η κατάθλιψη μπορεί να μην εκδηλώνεται με καταθλιπτικό συναίσθημα αλλά με άτυπη συμπτωματολογία όπου κυριαρχούν τα σωματικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα τα άτομα να καταφεύγουν σε άλλες ειδικότητες ιατρών και όχι στον ψυχίατρο. Συνήθως, οι επαγγελματίες υγείας μη-ψυχιατρικής ειδικότητας αδυνατούν να κατανοήσουν τη συμπτωματολογία της νόσου λόγω έλλειψης εξοικείωσης ή εκπαίδευσης. Όταν η κατάθλιψη συμπορεύεται με άλλο νόσημα, πολύ συχνά οι επαγγελματίες υγείας εστιάζουν την προσοχή τους στην αντιμετώπιση της εν δυνάμει νόσου θεωρώντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία ως φυσική συνέπεια. Επίσης, η κατάθλιψη εκδηλώνεται με εχθρότητα προς το ιατρο-νοσηλευτικό

προσωπικό, αδιαφορία απόσυρση και κακή συμμόρφωση προς τις οδηγίες.^{4,10-15}

Η διάγνωση των καταθλιπτικών διαταραχών είναι πάντοτε κλινική καθώς οι ψυχομετρικές διαδικασίες και οι βιολογικοί δείκτες έχουν μόνο επικουρικό ρόλο. Συνεπώς, η διάγνωση είναι φαινομενολογική –περιγραφική και όχι αιτιολογική. Η διάγνωση της κατάθλιψης αποτελεί ιατρική διαδικασία, η οποία βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια μιας καταθλιπτικής διαταραχής, στη δομική συγκρότηση της καταθλιπτικής διαταραχής και στην ποιοτική διαφορά όσον αφορά τη δυσλειτουργικότητα του ατόμου συγκριτικά με την προηγούμενη.^{4,10-15}

Αρχικά είναι σημαντικό να αναγνωρίσει ότι η κατάθλιψη που παρουσιάζει ένας ασθενής είναι πρωτοπαθής και δεν οφείλεται σε άλλους οργανικούς παράγοντες. Επόμενο πολύ σημαντικό βήμα είναι η αξιολόγηση της βαρύτητας της κατάθλιψης προκειμένου να καθοριστεί το είδος της προτεινόμενης θεραπείας, όπως για παράδειγμα χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ψυχοθεραπεία και η συμμόρφωση του ασθενή προς τις θεραπευτικές οδηγίες.

Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού (ατομικού και οικογενειακού) συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση. Για παράδειγμα, η λήψη κάποιων φαρμάκων ή και ψυχοτρόπων ουσιών που επηρεάζουν το συναίσθημα, με κυριότερες το αλκοόλ και το σύνδρομο στέρησης από κοκαΐνη και αμφεταμίνες μπορεί να

Οι δυο επικρατέστερες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή/και νοραδρεναλίνης από τον προσυναπτικό νευρώνα και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ). Κοινός τόπος δράσης τους είναι η αύξηση της σεροτονινεργικής ή/και νοραδρενεργικής δραστηριότητας στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα κλασικά αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά και άλλα), τους νεώτερους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) και μερικά νεότερα αντικαταθλιπτικά με εκλεκτικό μηχανισμό δράσης. Τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας έχουν την ίδια σχεδόν αποτελεσματικότητα, ενώ τα νεότερα από αυτά SSRI και λοιπά εκλεκτικώς δρώντα εμφανίζουν ηπιότερες και λιγότερες παρενέργειες και μικρότερη τοξικότητα από τα κλασικά φάρμακα. Τα τρικυκλικά εμφανίζουν αντιχολινεργική δράση, ορθοστατική υπόταση και ταχυκαρδία.¹⁻⁶

Τα SSRI έχουν αντιαιμοπεταλιακή δράση η οποία σχετίζεται με επιπλοκές. Για παράδειγμα, η μεταβολή στην ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων αποτελεί βασικό μηχανισμό αιφνίδιων θανάτων στους καρδιολογικούς ασθενείς. Επί συνχορήγησης με αντιπηκτική αγωγή, η πρόκληση αιμορραγίας μέσω της παράτασης του χρόνου προθρομβίνης αποτελεί την κύρια

ανεπιθύμητη ενέργεια. Πολλές φορές χορηγούνται βενζοδιαζεπίνες σε συνδυασμό με την αντικαταθλιπτική αγωγή για βραχύ χρονικό διάστημα. Τα αντιψυχωσικά σε μπορούν να χορηγηθούν για την ανησυχία σε χαμηλό δοσολογικό σχήμα στους ηλικιωμένους κυρίως για την πρόληψη παρενεργειών.¹⁻⁶

Παρότι, οι κλασικοί αναστολείς της ΜΑΟ, είχαν ικανοποιητική αποτελεσματικότητα κυρίως στην άτυπη κατάθλιψη, εντούτοις δεν χορηγούνται πλέον διότι μπορούν να προκαλέσουν δυνητικά θανατηφόρες φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις και υπερτασική κρίση. Όσον αφορά την μακροχρόνια πρόληψη των υποτροπών της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται τα θυμορρυθμιστικά φάρμακα, τα οποία σταθεροποιούν το συναίσθημα (άλατα λιθίου, η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό νάτριο). Τα φάρμακα αυτά μπορεί να χορηγούνται εφ' όρου ζωής, υπό την προϋπόθεση ότι μετρώνται και αξιολογούνται τα επίπεδα τους στο πλάσμα.¹⁻⁶

Η επανεμφάνιση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα μακροχρόνιας χορήγησης αντικαταθλιπτικής αγωγής. Η επανεμφάνιση της νόσου εντός έξι μηνών από την έναρξη της αγωγής θεωρείται ότι οφείλεται σε αναζωπύρωση του προηγθέντος επεισοδίου. Αντιθέτως, η εμφάνιση νέου επεισοδίου πέραν του



διαστήματος των 6 μηνών και εφόσον η κατάθλιψη είχε αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά, πρέπει να θεωρείται ως υποτροπή. Η επανεμφάνιση της νόσου όσον ο ασθενής είναι υπό φαρμακευτική αγωγή, περιλαμβάνει αλλαγή θεραπείας, θεραπεία συνδυασμού ή/και ενισχυτική θεραπεία. Επί λήψης χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής είναι πιθανό ανά διαστήματα να εκδηλωθεί ελαφρά καταθλιπτική συμπτωματολογία στα πλαίσια κάποιων καταθλιπτικών επεισοδίων τα οποία λόγω της ακολουθούμενης αγωγής δεν φτάνουν στη συνήθη έντασή τους.¹⁻⁶

Οι μη φαρμακολογικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης αποτελούν συμπληρωματική θεραπευτική παρέμβαση που δρα συνεπικουρικά και περιλαμβάνει κυρίως διάφορες μορφές ψυχοθεραπείες, όπως συμπεριφορικού ή γνωσιακού τύπου και διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Οι ψυχοθεραπείες δεν διαρκούν περισσότερο από έξι μήνες και στοχεύουν στην ενεργοποίηση του ασθενή για την επίλυση προβλημάτων και στην αντιμετώπιση αγχογόνων και καταθλιπτικών γνωσιακών σχημάτων και πεποιθήσεων. Κυρίως οι ήπιες έντασης καταθλιπτικές διαταραχές είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν με ψυχοθεραπεία, το οποίο δεν ισχύει σε μέτριας και σοβαρής έντασης.¹⁻⁶

Αναλυτικότερα, η γνωστική θεραπεία έχει ως στόχο την καταπολέμηση των συμπτωμάτων με αναγνώριση και

αναθεώρηση από τον ασθενή των δυσπροσαρμοστικών και αρνητικών τρόπων σκέψης. Η συμπεριφορική θεραπεία προϋποθέτει την συνεργασία θεραπευτή - ασθενή για τον προσδιορισμό συμπεριφορών που απαιτούν τροποποίηση. Ο ασθενής υιοθετεί νέους θετικούς τρόπους συμπεριφοράς αντικαθιστώντας τη προγενέστερη δυσλειτουργική συμπεριφορά. Η διαπροσωπική θεραπεία εστιάζεται στην αναγνώριση και επίλυση προβλημάτων του ασθενή που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική λειτουργικότητα, τα οποία θεωρούνται ως αιτιολογικοί επιβαρυντικοί παράγοντες για την κατάθλιψη.¹⁻⁶

Συμπεράσματα

Η ανάγκη ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας μη-ψυχιατρικής ειδικότητας στην αναγνώριση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι πολύ μεγάλης σημασίας. Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι πολύ σημαντική σε ατομικό, κοινωνικό και εθνικό επίπεδο διότι συνεπάγεται απώλεια της εργασίας, μείωση των οικονομικών πόρων της οικογένειας, αδυναμία συμμετοχής σε προγράμματα αποκατάστασης, και το σημαντικότερο αύξηση των δαπανών υγείας.

Στη σύγχρονη εποχή αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ο σπουδαίος ρόλος της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής όπως επίσης η

αναγκαιότητα δημιουργίας τόσο διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών που να αφορούν την αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Χριστοδούλου ΓΝ. Ψυχιατρική. Εκδ. Βήττα, Αθήνα, 2005.
2. Χριστοδούλου ΓΝ. Κατάθλιψη. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2005.
3. Λυκούρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2009.
4. Σολδάτος Κ. Άγχος και κατάθλιψη : εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. 25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο, 2005.
5. Αλεβίζος Β. Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2008.
6. Brown E. Η Νοσηλευτική στη ψυχική Υγεία. Επιμέλεια: Κυρίτση Ελένη, Εκλ., Λαγός, Αθήνα, 2009.
7. Γαρούφαλλος Γ. Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. *Hellenic Psychiatry*. 2008;5(1):37-46.
8. Tsigos C., Chrousos G. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 53(4) : 865- 871.
9. Χατζάκη Α. Σύγχρονη και βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης. *Νευροπεπτίδια* και νέες θεραπευτικές επιλογές. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2008;25(4):456-462.
10. Christensen KS., Sokolowski I., Olesen F. Case-finding and risk-group screening for depression in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2011;29(2):80-4.
11. Lane DA., Chong AY., Lip GY. Psychological interventions for depression in heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD003329.
12. Rihmer Z., Dome P., Gonda X. The role of general practitioners in prevention of depression-related suicides. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2012;14(4):245-51.
13. Lecrubier Y. Improved ability to identify symptoms of major depressive disorder (MDD) in general practice. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2001;5:3-10.
14. Luoma JB., Martin CE., Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(6): 909-916.
15. Thompson C., Kinmonth AL., Stevens L., Peveler RC., Stevens A., Ostler KJ., et al. Effects of a clinical practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355 (9199): 185-191.