

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ



Ο Κωνσταντίνος Ν. Φουντουλάκης, είναι Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, και υπηρετεί στην Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ.

Έλαβε το πτυχίο ιατρικής (1989), την ειδικότητα ψυχιατρικής (1998) και το διδακτορικό του (1999) από την Ιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Έλαβε υποτροφία 3 ετών με θέμα «Ψυχοσωματική Ιατρική» καθώς και 1 έτος μεταδιδακτορική υποτροφία από το ΙΚΥ. Μέχρι το 2003 υπηρέτησε ως αξιωματικός του Υγειονομικού του Στρατού Ξηράς και αποστρατεύτηκε με το βαθμό του Επιάτρου. Το 2005 μετεκπαιδεύτηκε σε θέματα λειτουργικής νευροπαθολογίας και νευροαπεικόνισης στην Ψυχιατρική Κλινική του πανεπιστημίου της Γενεύης.

Οι τομείς του κλινικού και ερευνητικού ενδιαφέροντός του αντανακλούνται και στα θέματα τα οποία διδάσκει: γενική ψυχιατρική, βιολογική ψυχιατρική, ψυχοφαρμακολογία διαταραχές της διάθεσης, σχιζοφρένεια και διαταραχές προσωπικότητας. Είναι ενεργό μέλος σε αριθμό εθνικών και διεθνών επιστημονικών εταιριών συμπεριλαμβανομένων των EPA, APA, WPA, CINP, ECNP, ISAD, ISBD, EBF, Cochrane Collaboration και άλλων και πρόσφατα ήταν μέλος του Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP) Advisory Board to the Task Force on the Usefulness of Antidepressants καθώς και στην Mental Health Economics Task Force of the International Psychogeriatric Association (IPA).

Το 2009 διορίστηκε από το Υπουργείο Υγείας μέλος και το 2012 Πρόεδρος της Ειδικής Επιτροπής Διοικητικού Οικονομικού και Διαχειριστικού Ελέγχου των Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Το 2013 διορίστηκε Πρόεδρος στην Επιτροπή εξωτερικών εμπειρογνομόνων, εξειδικευμένων στην αξιολόγηση υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Είναι πρόεδρος της ISNP και από το 2006, ήταν γραμματέας, από το 2008 συμπρόεδρος και στο παρόν Πρόεδρος του Κλάδου Ιδιωτικά Ασκούμενης Ψυχιατρικής της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας. Επίσης διετέλεσε πρόεδρος της CINP Credentials and Membership Committee (2010-12) και στο παρόν είναι πρόεδρος του Κλάδου Νευροψυχολογικών και Ψυχομετρικών δοκιμασιών της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρίας.

Είναι επίσης Editor in Chief του διεθνούς περιοδικού *Annals of General Psychiatry* και Guest Editor του διεθνούς περιοδικού *Current Opinion in Psychiatry*. Έχει συμμετάσχει στη συγγραφή περισσότερων από 350 εργασιών που παρουσιάστηκαν σε συνέδρια ενώ περισσότερες από 160 έχουν δημοσιευθεί σε διεθνή περιοδικά όπως το *LANCET*, *BMJ*, *Biological Psychiatry*, *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *Journal of Affective Disorders*, *Schizophrenia Research*, *Psychiatry Research*, *Bipolar Disorders*, *Annals of General Hospital Psychiatry*, και το *British Journal of Psychiatry*, ανάμεσα στα άλλα, με πάνω από 2500 αναφορές και δείκτη h=28. Έχει συμμετάσχει στη συγγραφή αριθμού κεφαλαίων σε διεθνή βιβλία συμπεριλαμβανομένου του κεφαλαίου για τις Διαταραχές της Διάθεσης στο Wiki project της World Psychiatric Association (WPA).

Έχει τιμηθεί με σημαντικά ελληνικά και διεθνή ερευνητικά βραβεία, συμπεριλαμβανομένου του 2012 Kraepelin-Alzheimer Medal της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου του Μονάχου.

1. Εισαγωγή

Η μανιοκατάθλιψη είναι γνωστή από την εποχή του Ιπποκράτη (460–357 π.Χ), του Γαληνού (131–201 μ.Χ) και του Αρεταίου από την Καππαδοκία. Οι αρχαίοι Έλληνες ήταν εκείνοι που εισήγαγαν τους όρους μελαγχολία και μανία. Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που περιέγραψε την μελαγχολία, η οποία είναι η ελληνική λέξη για την ‘μαύρη χολή’ και ταυτοχρόνως απέδωσε και μια βιοχημική αιτία σύμφωνα με τα επιστημονικά κελεύσματα της εποχής, συνδέοντας την με τον Κρόνο και το φθινόπωρο.

Αρχικά η μανία περιγράφηκε ως τρέλα με υψωμένη διάθεση αλλά περιελάμβανε εύρος ψυχωτικών καταστάσεων, όπως είναι κατανοητές σήμερα. Ο Αρεταίος ο Καπαδόκιος (2^{ος} αιώνας μ.Χ) θεωρείται πως ήταν εκείνος ο οποίος συνέδεσε την μελαγχολία με τη μανία και έκανε μια περιγραφή των μανιακών επεισοδίων που πλησιάζει την σύγχρονη προσέγγιση, συμπεριλαμβάνοντας τόσο ψυχωτικά σημεία όσο και περιοδικότητα.

Μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα θεωρία που διατυπώθηκε κατά την αρχαιότητα, αφορούσε την ιδιοσυγκρασίας (temperament) η οποία πρότεινε ότι η υγεία ήταν προϊόν της αρμονίας και ισορροπίας μεταξύ των τεσσάρων χυμών του σώματος (μελαινα χολή, κίτρινη χολή, αίμα και φλέγμα). Από τους χυμούς αυτούς το αίμα αντιπροσώπευε την υγεία, αλλά επίσης προδιέθετε στην εκδήλωση μανίας. Η μελαγχολική ιδιοσυγκρασία, συνδεόταν με την υπεροχή της μέλαινας (μαύρης) χολής και προδιέθετε την μελαγχολία (κατάθλιψη). Από την εποχή του Αριστοτέλη (384-322 π.Χ), η μελαγχολική ιδιοσυγκρασία συνδέεται και με τη δημιουργικότητα.

Κατά τη διάρκεια του 10^{ου} και 11^{ου} μ.Χ. αιώνα, κυριάρχησαν οι Άραβες μελετητές (Ishaq Ibn Imran, Avicenna και άλλοι) ενώ το 1621, ο Robert Burton, έγραψε το πρώτο αγγλόφωνο κείμενο στον τομέα των διαταραχών της διάθεσης την «Ανατομία της Μελαγχολίας». Αργότερα, η δουλειά των Jean-Philippe Esquirol (1772-1840), Benjamin Rush (1745–1813), Henry Maudsley (1835–1918), Jean-Pierre Falret (1794-1870) και Jules Gabriel Francois Baillarger (1809-1890) επιβεβαίωσε τη σύνδεση μεταξύ της κατάθλιψης και της μανίας. Τέλος ο Emil Krapelin (1856-1926), εγκαθίδρυσε την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή ως ξεχωριστή νοσολογική οντότητα (ξεχωρίζοντας την από την σχιζοφρένεια) με κριτήριο την καλύτερη γενικότερη μακροχρόνια έκβαση αλλά και με βάση την κληρονομικότητα.

Παρόλα αυτά, σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα, τείνουν να αναδιαμορφώνουν τον υπάρχοντα ορισμό και την υπάρχουσα γνώση και άποψή μας για τις διαταραχές της διάθεσης. Σήμερα, η κακή έκβαση των διαταραχών της διάθεσης είναι καλά τεκμηριωμένη ειδικά όταν εμφανίζονται σε νέους ηλικιακά ανθρώπους που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών. Η αυτοκτονία αποτελεί μια άλλη σημαντική ανησυχία καθώς πάνω από το 75% των ασθενών που πέθαναν αυτοκτονώντας φαίνεται να υπέφεραν από κάποια διαταραχή της διάθεσης.

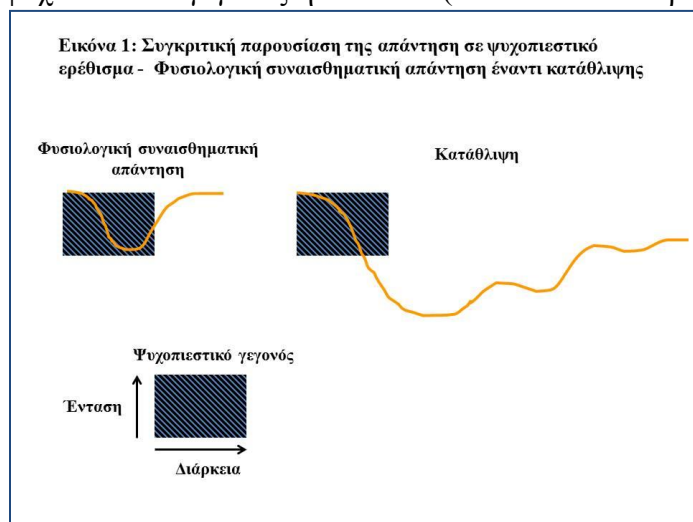
Πρόσφατα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, κατέταξε τις νευροψυχιατρικές διαταραχές ως ένα από τα κυριότερα αίτια που προκλήσης αναπηρίας παγκοσμίως. Η συνολική επιβάρυνση της αναπηρίας φαίνεται ότι είναι σημαντικά μεγαλύτερη από εκείνη που προκαλεί ο καρκίνος ή οι καρδιαγγειακές παθήσεις, και παρόμοια με την νικανότητα) που προκαλείται από τραυματισμούς από ποικίλες αιτίες. Οι νευροψυχιατρικές διαταραχές εκείνες που προκαλούν το μεγαλύτερο φορτίο αναπηρίας είναι οι διαταραχές της διάθεσης (πίνακας 1).

2. Κλινική εικόνα

Η έναρξη των επεισοδίων διάθεσης μπορεί να είναι οξεία ή ύπουλη. Η ιδιοσυστασιακή διάθεση μπορεί να είναι υποθυμική ή ασταθής στοιχεία τα οποία θα μπορούσαν να μοιάζουν με χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Παρόμοια διάθεση θα μπορούσε να επικρατεί κατά την διάρκεια της περιόδου μεταξύ των επεισοδίων προκαλώντας σημαντική αναπηρία, χαμηλή ποιότητα ζωής και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Αδρα οι διαταραχές της διάθεσης χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες που μπορούν να τεθούν κάτω από την ομπρέλλα των δύο βασικών διαγνώσεων: Της μονοπολικής κατάθλιψης και τη διπολικής διαταραχής.

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μια ψυχολογικά αρνητική και δυσάρεστη εμπειρία που έχει κάποια ομοιότητα με το πένθος αλλά είναι πολύ πιο έντονη, και σαφώς εκτός του χρονικού και ψυχολογικού πλαισίου του πένθους (εικόνα 1). Παρότι πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη τους μήνες πριν την εκδήλωσή της βιώνουν κάποιο σοβαρό ψυχοπιεστικό γεγονός ή απώλεια (ειδικά κατά τα πρώτα επεισόδια), το καταθλιπτικό



συναίσθημα είναι εντελώς υπερβολικό σε ένταση σε σχέση με το ψυχοπιεστικό γεγονός, επιμένει για υπερβολικό χρόνο μετά την αποδρομή του γεγονότος και πολλές φορές δεν επιστρέφει στην προηγούμενη νορμοθυμική κατάσταση. Σε πολλούς ασθενείς εμφανίζεται ανηδονία, δηλαδή ανικανότητα του ασθενούς να βιώσει φυσιολογικά συναισθήματα, ακόμα και της κατάθλιψης

αυτής καθαρής. Ένα καταθλιπτικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται επίσης από διαταραχές της όρεξης, του ύπνου, νευρογνωσιακές διαταραχές, κόπωση και αυτοκτονικότητα.

Το DSM-5 αναγνωρίζει επίσης τα ατυπικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Αυτός ο υπότυπος της κατάθλιψης περιλαμβάνει την παρουσία μακροχρόνιας ευαισθησίας στη διαπροσωπική απόρριψη (παρόμοια με χαρακτηριστικό προσωπικότητας) καθώς και τα λεγόμενα «αντίστροφα νευροφυτικά» συμπτώματα (υπερυπνοία, αυξημένη όρεξη και υπερφαγία, αύξηση βάρους και μολυβδώδη παράλυση). Τα συμπτώματα αυτά λέγονται «αντίστροφα» διότι είναι τα αντίστροφα των θεωρούμενων ως «κλασσικών» της κατάθλιψης (αυπνία, ανορεξία, ανηδονία κτλ) και εξαιτίας τους ο υπότυπος αυτός ονομάζεται «ατυπικός». Σημειώνεται ότι τα συμπτώματα αυτά δεν είναι ούτε «άτυπα» (δεν χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη) ούτε «μη-τυπικά» (σπάνια) καθώς χαρακτηρίζουν ως και το 40% των ασθενών σε κάποια περίοδο της ζωής τους.

Για μερικούς ανθρώπους, η κατάθλιψη αποτελεί εμφανίζεται ως ένα και μοναδικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους, περίπου όμως οι μισοί από αυτούς, θα βιώσουν κι άλλο καταθλιπτικό επεισόδιο στο μέλλον. Η πρόβλεψη μετά το δεύτερο επεισόδιο είναι πως θα βιώσουν και ένα τρίτο την επόμενη περίπου δεκαετία της ζωής τους. Το 1/3 των ασθενών, θα εμφανίσει ύφεση ή και πλήρη αποκατάσταση μέσα στους πρώτους 2-3 μήνες. Μια άλλη μερίδα ασθενών (άλλο 1/3), θα χρειαστεί 6-8 μήνες ώσπου να επέλθει η ύφεση και περίπου το 15% των ασθενών δεν θα έχει

αναρρώσει μετά από 2 χρόνια και είναι πιθανό η κατάσταση τους να χαρακτηριστεί χρόνια.

Η Διπολική Διαταραχή (ΔΔ), (επίσης ονομάζεται μανιοκαταθλιπτική ψύχωση) περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα υπομανιακό ή μανιακό επεισόδιο καθώς και τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό. Αν και μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό των ασθενών βιώνει ένα και μοναδικό μανιακό επεισόδιο, οι περισσότεροι ασθενείς με ΔΔ βιώνουν πολλαπλά επεισόδια και από τους δύο πόλους.

Ο κλασικός ορισμός της ΔΔ υποδηλώνει ότι η νόσος χαρακτηρίζεται από την παρουσία και την εναλλαγή επεισοδίων μανίας και κατάθλιψης με επιστροφή στο προνοσηρό καλό επίπεδο λειτουργίας μεταξύ των επεισοδίων. Επίσης δέχεται ότι η ΔΔ έχει γενικά θετικότερη έκβαση σε σχέση με τη Σχιζοφρένεια. Σήμερα γνωρίζουμε, ότι αυτό δεν συμβαίνει πάντα. Η άποψη αυτή που ουσιαστικά διατυπώθηκε από τον Emil Kraepelin στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ανταποκρίνεται κυρίως σε αυτο που σήμερα ονομάζουμε στην Διπολική Διαταραχή τύπου I, (ΔΔ-I) όπως ορίζεται σύμφωνα με το DSM-5. Τυπικά η ΔΔ-I εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 40 ετών. Ο άλλος τύπος, η Διπολική Διαταραχή τύπου II (ΔΔ-II), αναγνωρίζεται επισήμως ως ένας υπότυπος της διπολικής νόσου και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση υπόμανιακών και όχι πλήρων μανιακών επεισοδίων. Η ΔΔ-II, είναι συχνότερη από την ΔΔ-I.

Συχνά, τα μανιακά συμπτώματα μπορεί να μην γίνουν αντιληπτά από τον κλινικό διότι ο ασθενής, αντί να έχει ευφορική διάθεση, είναι ευερέθιστος, και επίσης έχει σκέψεις καταθλιπτικού περιεχομένου και αυτοκτονικός ιδεασμός. Συχνά στις περιπτώσεις αυτές ο κλινικός οδηγείται λανθασμένα στη διάγνωση της αγχώδους κατάθλιψης, ή χειρότερα στην διάγνωση κάποιας διαταραχής προσωπικότητας. Συχνά, αυτή η ευερέθιστη διάθεση στα πλαίσια ενός μανιακού επεισοδίου μπορεί να οδηγήσει το άτομο στο να εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά, ιδιαίτερα όταν νιώσει ότι απορρίπτεται, ή κατά την βίωση παραληρητικών ιδεών μεγαλείου και ψευδαισθήσεων. Αυτοί οι ασθενείς είναι ίσως οι πιο επιθετικοί ασθενείς που συναντά κανείς στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Ο όρος 'ταχεία εναλλαγή' αναφέρεται στους ασθενείς που εκδηλώνουν τουλάχιστον 4 επεισόδια διάθεσης το έτος. Ουσιαστικά οι ασθενείς αυτοί τείνουν να είναι συμπτωματικοί για το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους και θεωρούνται ανθεκτικοί στο λίθιο, γενικά όμως πολύ λίγες γνώσεις έχουμε για το ποιά είναι η καλύτερη θεραπεία γι αυτούς. Πρακτικά η θεραπεία τους βασίζεται σε έναν πολύπλοκο, ευαίσθητο και δύσκολο συνδυασμό φαρμάκων που περιλαμβάνει τα άτυπα αντιψυχωτικά, τα αντιεπιλιπτικά και τα αντικαταθλιπτικά ακόμη και αν θεωρείται, πως τα τελευταία μπορεί να επιδεινώνουν ή ακόμα και να προκαλούν ταχεία εναλλαγή στην διάθεση του ατόμου.

Ένα σημαντικό πρόβλημα για τη διάγνωση είναι ότι η υπομανία σχεδόν πάντα αποτελεί μια ευχάριστη κατάσταση της διάθεσης και συχνά συνοδεύεται από βελτίωση της λειτουργικότητας και όχι από αναπηρία. Συνήθως οι ασθενείς τη βιώνουν ως κατάσταση ανάρρωσης απ' την κατάθλιψη και όχι σαν παθολογική φάση. Συχνά, η σωστή διάγνωση επιτυγχάνεται μόνο μετά από χρόνια διότι αρχικά εμφανίζονται μόνο καταθλιπτικά επεισόδια οπότε ο ασθενής διαγιγνώσκεται ορθά μόνο μετά την εμφάνιση ενός μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου.

Ενώ τα μανιακά και τα υπομανιακά επεισόδια, οδηγούν άμεσα και σαφώς στη διάγνωση της Διπολικής διαταραχής, τα καταθλιπτικά επεισόδια επιφέρουν δίλημμα στον κλινικό σχετικά με το αν έχει να αντιμετωπίσει μονοπολική κατάθλιψη ή Διπολική Διαταραχή η οποία δεν έχει ακόμα πλήρως εκδηλωθεί με μανιακά επεισόδια. Το συγκεκριμένο δίλημμα είναι επιτακτική ανάγκη να διευκρινιστεί και να

λυθεί καθώς η θεραπεία των δύο νόσων είναι διαφορετική, ακόμα και όσον αφορά τη θεραπεία του οξέως καταθλιπτικού επεισοδίου, το οποίο στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής δεν απαντά σε θεραπεία με αντικαταθλιπτικά.

Εκτιμάται, πως περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που αρχικά εκδήλωσαν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, θα αποδειχθούν διπολικοί μέσα στα επόμενα 20 χρόνια. Οι ασθενείς με μονοπολική κατάθλιψη που με τον καιρό αποδείχθηκε ότι ήταν ΔΔ, εκδηλώνουν πιο συχνά τα λεγόμενα ατυπικά καταθλιπτικά χαρακτηριστικά (υπερπυνία, υπερφαγία, μολυβδώδη παράλυση, χρόνιο υπερευαίσθησία στη διαπροσωπική απόρριψη), ψυχοκινητική επιβράδυνση, ψυχωτικά χαρακτηριστικά, παθολογική ενοχή και συναισθηματική αστάθεια. Οι ασθενείς με ΔΔ, τείνουν να εμφανίζουν σε μικρότερη ηλικία τη νόσο, να έχουν περισσότερα και βραχύτερα επεισόδια κατάθλιψης, και οικογενειακό ιστορικό ΔΔ. Το οικογενειακό ιστορικό ΔΔ αποτελεί έναν ισχυρό προγνωστικό δείκτη διπολικότητας ακόμη και σε παιδιά και εφήβους.

Τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά είναι κοινά στους διπολικούς ασθενείς και περιλαμβάνουν παραλληλητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις κάθε τύπου που μπορεί να είναι είτε σύντονες ή μη-σύντονες με τη διάθεση. Σύμφωνα με το DSM-5, για να γίνει διάγνωση της Σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, πρέπει να υπάρχει ένα ψυχωτικό επεισόδιο επί απουσίας εξεχόντων συμπτωμάτων της διάθεσης. Ωστόσο στο ICD-10, αυτό το διαγνωστικό όριο είναι κάπως ασαφές και η διαφορική ταξινόμηση είναι συχνά δύσκολη.

Τα νευρογνωσιακά ελλείμματα των ασθενών με ΔΔ, δηλαδή διαταραχές και προβλήματα στη συγκέντρωση, τη μνήμη, την κρίση, τις εκτελεστικές λειτουργίες κ.α. δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Νευρογνωστική δυσλειτουργία υπάρχει τόσο σε μονοπολικούς όσο και σε διπολικούς ασθενείς με τους δεύτερους να είναι πιθανότατα περισσότερο επιβαρυνμένοι. Φαίνεται ότι η επιβάρυνση αυξάνεται όσο μετακινούμαστε από τη μονοπολική κατάθλιψη στην ΔΔ-II, στη ΔΔ-I, τη ΔΔ-I με ψυχωτικά χαρακτηριστικά και τελικά στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, όμως δεν είναι τόσο εξεσημασμένη όσο στη σχιζοφρένεια. Η νευρογνωσιακή δυσλειτουργία φαίνεται ότι είναι παρούσα ακόμα και σε περιόδους νορμοθυμίας με φαινομενικά πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων, ωστόσο φαίνεται ότι είναι σοβαρότερη στη φάση της οξείας μανίας. Οι ασθενείς με ΔΔ, σε σχέση με τους ασθενείς με Σχιζοφρένεια, εμφανίζουν λιγότερο σοβαρά ελλείμματα ιδίως όσον αφορά την προνοσηρή κατάσταση, τον τρέχον δείκτη νοημοσύνης και ίσως την προσοχή, τη λεκτική μνήμη, τη λεκτική ευφράδεια και τις εκτελεστικές λειτουργίες.

Παρακάτω παρατίθεται ένας κατάλογος των συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν τις διαταραχές της διάθεσης μαζί με την περιγραφή και την επεξήγησή τους.

Ανορεξία και απώλεια βάρους: Η ανορεξία και η απώλεια βάρους, θεωρούνται αξιόπιστα σημεία της καταθλιπτικής νόσου. Μπορούν και τα δύο να ενταχθούν στο πλαίσιο της ανικανότητας του ασθενούς να απολαύσει διάφορα πράγματα (ανηδονία). Η απώλεια βάρους πολλές φορές εμφανίζεται και σε παρανοϊκούς ασθενείς διότι μπορεί να φοβούνται πως το φαγητό τους είναι δηλητηριασμένο, και δεν πρέπει να συγχέεται με την ανορεξία και την απώλεια βάρους στα πλαίσια της κατάθλιψης. Η απώλεια βάρους είναι επίσης συχνή σε ασθενείς με κακοήθη νόσο και έτσι, μια πλήρης ιατρική διερεύνηση πρέπει να γίνεται σε κάθε ασθενή με αλλαγές στην όρεξη ή στο βάρος του.

Αυπνία: Αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και είναι ένα από τα πιο ενοχλητικά χαρακτηριστικά της. Υπάρχουν πολλοί τύποι αυπνίας. Η αρχική αυπνία αναφέρεται στην δυσκολία έλευσης του ύπνου. Η μέση αυπνία σχετίζεται με το γεγονός πως το άτομο ξυπνά πολύ συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας και η τελική αυπνία σχετίζεται με το πολύ πρωινό ξύπνημα.

Αύξηση βάρους: Έχει πρόσφατα χαρακτηριστεί ως σημείο της κατάθλιψης και μπορεί να είναι αποτέλεσμα της υπερφαγίας, της μειωμένης δραστηριότητας ή και των δύο. Εκτός από την καταστροφική επίδραση που έχει στην αυτοπεποίθηση του ατόμου, μπορεί να επιδεινώσει την γενική σωματική υγεία ιδίως σε ασθενείς που είναι παχύσαρκοι ή που πάσχουν από κάποιο μεταβολικό σύνδρομο.

Ανηδονία: Αναφέρεται στην ανικανότητα του ασθενούς να βιώσει φυσιολογικά συναισθήματα. Συχνά, οι ασθενείς με ανηδονία είναι ανίκανοι ακόμη και να νιώσουν τα ίδια τους τα καταθλιπτικά τους συναισθήματα και δεν μπορούν ούτε να κλάψουν. Εγκαταλείπουν δραστηριότητες που στο παρελθόν αποτελούσαν πηγή ευχαρίστησης και γενικότερα παραιτούνται από τα ενδιαφέροντα της ζωής. Οι ασθενείς με πιο σοβαρής μορφής κατάθλιψη αδιαφορούν ακόμη και για τα παιδιά τους και τους συζύγους τους και κλείνονται στον εαυτό τους. Η διαφορά από το επίπεδο, (αμβλύ) συναίσθημα της σχιζοφρένειας, είναι πως η ανηδονία είναι από μόνη της η ίδια επώδυνη. Καθώς η κατάθλιψη μπαίνει σε ύφεση είτε λόγω θεραπείας είτε αυτόματα, η ανηδονία είναι ένα από τα πρώτα συμπτώματα που εξαφανίζεται.

Αυτοκτονικός ιδεασμός: Αναφέρεται σε συγκεκριμένες σκέψεις αυτοκτονίας. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, από έμμεση έκφραση (π.χ η επιθυμία του ασθενούς να μην ξυπνήσει ή να πεθάνει από κάποια ασθένεια ή ατύχημα), μέχρι αυτοκτονική εμμονή (σκέψεις και σχέδια πως θα καταστρέψει τον εαυτό του) και τελικά, σχεδιασμό της αυτοκτονίας. Μερικοί ασθενείς συμπεριφέρονται με έναν παθητικό τρόπο αυτοκαταστροφής (π.χ οδηγούν ή περπατούν απρόσεκτα) ενώ άλλοι σχεδιάζουν τον θάνατο τους με κάθε λεπτομέρεια αφήνοντας σημειώματα και φροντίζοντας να μην έρθει καμία βοήθεια εγκαίρως.

Ενοχές: αφορούν την αυτό-μομφή, την αυτοκατηγορία και την ανάγκη που νιώθει ο ασθενής για τιμωρία. Οι σκέψεις και τα αισθήματα ενοχής είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό φυσιολογικά και μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια μιας διαταραχής της διάθεσης λόγω της αναπηρίας που προκαλεί η διαταραχή και της ανικανότητας του ασθενή να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του απέναντι στους οικείους του. Σε αυτό το στάδιο οι ασθενείς μπορεί να νιώθουν ντροπή. Παρ'όλα αυτά όταν η ένταση και το περιεχόμενο είναι υπερβολικά ή και ακατάλληλα, τότε οι σκέψεις ενοχής θα πρέπει να θεωρηθούν μέρος της συμπτωματολογίας και στις πιο σοβαρές καταστάσεις, αυτές οι σκέψεις θα μπορούσαν να αποκτήσουν παραληρηματικό χαρακτήρα.

Ευερέθιστοτητα είναι μία κατάσταση κατά την οποία το άτομο ενοχλείται πολύ εύκολα από τα εξωτερικά ερεθίσματα, και εκφράζει θυμό και εχθρότητα με χαμηλό ουδό. Η παρουσία της ευερέθιστης διάθεσης είναι συχνά η αιτία που δίδεται λανθασμένη διάγνωση στον ασθενή ειδικά σε συνδυασμό με μεικτές καταστάσεις.

Ευφορία: Αναφέρεται σε μία παθολογικά αυξημένη διάθεση που είναι ακατάλληλη ως προς τα πραγματικά γεγονότα. Θεωρείται πως καταλαμβάνει τον ακριβώς αντίθετο πόλο της 'καταθλιπτικής διάθεσης'. Ένδιαφέρον είναι το γεγονός ότι η

ευφορική διάθεση αφήνει ένα ευχάριστο συναίσθημα, και αυτός είναι και ο λόγος που οι ασθενείς αρκετές φορές αρνούνται να δεχτούν θεραπεία

Ιδεοφυγή είναι όρος που ναφέρεται σε επιτάχυνση της διαδικασίας της σκέψης και εκδηλώνεται μέσω της γρήγορης ομιλίας. Ο λόγος μπορεί να είναι συνεκτικός και οι σκέψεις οξείες, όταν όμως η ταχύτητα του λόγου είναι μεγάλη τότε μπορεί και τα δύο να γίνουν ασυνάρτητα και η σκέψη κατακερματισμένη με περιεχόμενο που συνεχώς αλλάζει.

Καταθλιπτική Διάθεση: Σημαίνει πως οι ασθενείς βιώνουν μια αρνητική και δυσάρεστη εμπειρία. Στα αγγλικά και σε άλλες δυτικές κουλτούρες και γλώσσες, χρησιμοποιούνται οι λέξεις (ή τα συνώνυμα αυτών) ‘καταθλιπτικός’, ‘αγωνιώδης’, ‘πενθιμος’, ‘λυπημένος’, ‘αγχώδης’, ‘άκεφος’ Η λέξη ‘καταθλιπτικός’ χρησιμοποιείται ευρέως στις μέρες μας, λόγω της άμεσης επαφής που έχει το κοινό (εν μέρει λόγω του διαδικτίου) με θέματα που αφορούν την κατάθλιψη. Ο τρόπος και ο λεκτικός κώδικας που χρησιμοποιεί ο ασθενής για να περιγράψει την κατάσταση του, εξαρτάται από το πολιτισμικό πλαίσιο και την εκπαίδευση του και μπορεί να επικεντρωθεί είτε στην σωματική λειτουργία είτε σε υπαρξιακή και διαπροσωπική δυσφορία και τις συνοδές δυσκολίες. Τα σωματικά παράπονα είναι πιο εμφανή στις ηπιότερες περιπτώσεις και συνήθως παρατηρούνται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη όπου είναι πιο συχνοί οι ασθενείς με αγχώδη κατάθλιψη. Τέτοιου είδους περιπτώσεις, θεωρείται πως υποφέρουν από ‘καλυμμένη’ κατάθλιψη, στην περίπτωση που δεν εκφράζουν καταθλιπτικό συναίσθημα αλλά μόνο σωματικά παράπονα.

Καταθλιπτικό περιεχόμενο σκέψης: Οι καταθλιπτικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από το γεγονός πως αξιολογούν αρνητικά τον εαυτό τους, τον κόσμο και το μέλλον (αρνητική γνωστική τριάδα). Σε αυτό το πλαίσιο, το περιεχόμενο των καταθλιπτικών σκέψεων περιλαμβάνει απαισιοδοξία, μειωμένο αυτοσεβασμό και χαμηλή αυτοπεποίθηση, ιδέες απώλειας, αποστέρησης, ενοχές, ανικανότητα, απελπισία, και σε έσχατο βαθμό σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.

Κατατονία: αφορά μια σύνθετη και περίπλοκη κλινική εικόνα. Περιλαμβάνει ποικίλα συμπτώματα και σημεία όπως ακινησία έως και πλήρες stupor κατά το οποίο η ψυχοκινητική επιβράδυνση είναι τόσο έντονη ώστε οι ασθενείς να καθίστανται ανίκανοι να εκπληρώσουν ακόμη και τις καθημερινές τους βασικές ανάγκες. Αντίθετα επίσης μπορεί να περιλαμβάνει υπερβολική και άσκοπη κινητική δραστηριότητα έως και διέγερση (κατατονική διέγερση) που δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα, αρνητισμό χωρίς προφανή αιτία, αλαλία, περίεργες ή στερεότυπες κινήσεις, μαννερισμοί και μερικές φορές ηχολαλία και ηχοπραξία. Παρατηρείται ως μέρος της κλινικής εικόνας τόσο των διαταραχών της διάθεσης όσο και της σχιζοφρένειας.

Λογόρροια: Αναφέρεται στον πιεστικό, έντονο και μη κατανοητό λόγο που συχνά είναι ανεξέλεγκτος. Η λογόρροια παρατηρείται κατά τη διάρκεια μανιακών επεισοδίων. Ο λόγος είναι ακατανόητος, συχνά με λανθασμένη χρήση των συντακτικών κανόνων και παράλειψη των συνδέσμων, θέτοντας μερικές φορές διαγνωστικά διλλήματα (π.χ ΑΕΕ).

Μανιακή σκέψη: Ο μανιακός τρόπος σκέψης, είναι υπερβολικά θετικός και αισιόδοξος. Χαρακτηρίζεται από μεγάλη αυτοεκτίμηση, αίσθηση μεγαλείου (που

αφορά τη σημαντικότητα, τη δύναμη, τη γνώση ή την ταυτότητα του ατόμου), υπερβολική αυτοπεποίθηση, αίσθηση υψηλών επιτευγμάτων και ικανοτήτων. Οι μανιακοί ασθενείς είναι ανθεκτικοί στις εξηγήσεις και την αντιπαράθεση και σε ένα μεγάλο βαθμό στερούνται αυτό-παρατήρησης και εναισθησίας. Λόγω της έλλειψης εναισθησίας, η μανία, αργά ή γρήγορα, αποκτά παραληρηματικό χαρακτήρα.

Μηδενιστικό Παραλήρημα (σύνδρομο Cotard):. Αυτό το ιδιαίτερο είδος παραληρηματικών ιδεών σχετίζεται με την καταθλιπτική διάθεση και αφορά την απατηλή πεποίθηση πως όλα ή μερικά από τα μέρη του σώματος του ασθενή λείπουν, ή είναι σάπια, ή βρίσκονται σε αποσύνθεση, πως τα εσωτερικά όργανα είναι σάπια ή στερεοποιημένα ή ακομή και πως είναι νεκρός. Ο κόσμος και όλα όσα σχετίζονται με αυτόν, έχουν πάψει να υφίστανται.

Παραληρητικές ιδέες μη σύντονες με τη διάθεση: Διάφορες παραληρητικές ιδέες που είναι μη σύντονες με τη διάθεση (π.χ ιδέες δίωξης ή αναφοράς, κατοχής, επίδρασης κτλ) μπορεί να θεωρηθεί πως προκύπτουν από την αίσθηση μεγαλείου και από την πεποίθηση του ασθενούς πως αυτοί οι σημαντικοί λόγοι κάνουν τους άλλους να ζηλέψουν. Ωστόσο μερικές φορές υπάρχουν παραληρητικές ιδέες των οποίων το περιεχόμενο δεν σχετίζεται με την τρέχουσα διάθεση του ασθενούς (π.χ παράξενες ιδέες χωρίς συνάφή σχέση με τη διάθεση) και ούτε ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να δώσει κάποια εξήγηση ή σύνδεση.

Παραληρητικές ιδέες σύντονες με την καταθλιπτική διάθεση: Το περιεχόμενο τους αφορά ακατάλληλες ή υπερβολικές σκέψεις ενοχής, αμαρτίας, αναξιότητας, φτώχειας και σωματικής υγείας. Οι μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες αποτελούν ένα ιδιαίτερο είδος καθώς ο ασθενής πιστεύει πως λείπουν μέρη από το σώμα του ή σαπίζουν. Οι παραληρητικές ιδέες δίωξης και ζηλοτυπίας, ενώ φαινομενικά είναι μη σύντονες με την διάθεση, θα μπορούσαν να θεωρηθούν σύντονες με αυτή, αν θα μπορούσαν να εξηγηθούν ή να συνδυαστούν στενά με σκέψεις αμαρτίας, ενοχής, ζήλιας ή αναξιότητας.

Παραληρητικές ιδέες σύντονες με την μανιακή διάθεση: Κατά τη διάρκεια μανιακών επεισοδίων, το περιεχόμενο της σκέψης γίνεται παραληρηματικό και περιλαμβάνει παραληρηματικές ιδέες εξαιρετικής νοητικής και σωματικής ικανότητας, υγείας και ιδέες μεγαλείου ή σημαντικότητας. Μερικές φορές οι παραληρητικές ιδέες, είναι τόσο υπερβολικές που αλλάζει η ίδια η ταυτότητα του ασθενούς (π.χ πιστεύει πως είναι η μετενσάρκωση του μεσσία ή πως είναι προφήτης κ.α). Οι παραληρητικές ιδέες αναφοράς και δίωξης, είναι σύντονες με τη διάθεση με βάση την πεποίθηση πως η αιτία των προβλημάτων είναι η ζήλεια των άλλων απέναντι στις ειδικές ικανότητες που έχει ο ασθενής.

Πένθος: αναφέρεται στο συναίσθημα της θλίψης ως συνέπεια απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου. Περιλαμβάνει κλάμα, θλίψη, ενασχόληση με το χαμένο πρόσωπο και συναφείς αναμνήσεις.

Σεξουαλικές διαταραχές: Οι ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και δραστηριότητα ενώ σε μερικές γυναίκες διακόπτεται προσωρινά η έμμηνος ρύση. Η σεξουαλική δυσλειτουργία ειδικά στις γυναίκες, μπορεί να προκαλέσει συζυγικές συγκρούσεις. Ένα επιπρόσθετο πρόβλημα είναι πως η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά συχνά προκαλεί σεξουαλική δυσλειτουργία ως μέρος

παρενεργειών. Αντίθετα οι ασθενείς με μανία (αλλά επίσης μία μικρή μερίδα των καταθλιπτικών ασθενών) τυπικά εμφανίζουν υπερσεξουαλικότητα που συνήθως οδηγεί σε σεξουαλική αδιακρισία συνοδευμένη από μία ριψοκίνδυνη σεξουαλική ζωή που συχνά οδηγεί σε συζυγικά προβλήματα, πολλούς χωρισμούς ή ακόμη και διαζύγια, κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, αφροδίσια και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως το AIDS.

Σκέψεις Θανάτου: Οι σκέψεις γύρω από τον θάνατο είναι εξαιρετικά σημαντικές καθώς μπορεί σταδιακά να οδηγήσουν σε αυτοκτονική συμπεριφορά. Κυμαίνονται από φόβο μήπως πεθάνει μέχρι σαφή επιθυμία να αυτοκτονήσει. Η κοινή άποψη πως είναι επικίνδυνες οι συζητήσεις αυτές καθεαυτές πάνω σε αυτές τις σκέψεις του ασθενούς διότι προκαλούν αυτοκτονική συμπεριφορά, δεν έχει επιστημονική βάση. Αντιθέτως οι ασθενείς ανακουφίζονται κατ'αυτόν τον τρόπο.

Συναισθηματική αστάθεια: Αναφέρεται σε ασταθή και γρήγορα εναλασσόμενα συναισθήματα λόγω της υπεραντιδραστικότητας στα περιβαλλοντικά ερεθίσμα. Η συναισθηματική αστάθεια δεν αποτελεί πάντα παθολογική κατάσταση.

Υπερυπνία: Μερικοί ασθενείς και ειδικότερα νέοι και γυναίκες κοιμούνται υπερβολικά πολλές ώρες ενδεχομένως και σχεδόν ολόκληρο το 24ωρο. Αυτή η κατάσταση πρέπει να διαφοροδιαγιγνωσθεί από πληθώρα ιατρικών καταστάσεων όπως για παράδειγμα η ναρκοληψία και το σύνδρομο Klein-Levin. Παρά τον παρατεταμένο ύπνο, οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι κουρασμένοι, γεγονός που υποδηλώνει πως ο ύπνος τους δεν τους ανανεώνει.

Υψωμένη διάθεση: Αναφέρεται σε μια κατάσταση διέγερσης, υπερβολικής αυτοπεποίθησης και ευχαρίστησης, με το άτομο να είναι χαρούμενο, να γελά και να κάνει ευχάριστες και εκφραστικές χειρονομίες. Η υψωμένη διάθεση δεν αποτελεί πάντοτε ένδειξη παθολογίας.

Ψευδαισθήσεις μη σύντονες με τη διάθεση: Είναι ψευδαισθήσεις που δεν σχετίζονται με την τρέχουσα διάθεση.

Ψευδαισθήσεις σύντονες με την διάθεση: είναι ψευδαισθήσεις των οποίων το περιεχόμενο είναι σύμφωνο είτε με καταθλιπτική διάθεση (π.χ φωνές που κατηγορούν ή που ταπεινώνουν τον ασθενή) είτε με μανιακή διάθεση (π.χ φωνές που υμνούν). Οι ψευδαισθήσεις που είναι σύντονες με την καταθλιπτική διάθεση, έχουν δυσάρεστο περιεχόμενο και μπορούν να προκαλέσουν επιπρόσθετη δυσφορία στον ασθενή. Μερικές φορές διατάζουν τον ασθενή να προβεί σε αυτοκτονία και μπορεί ακόμη και να υποδείξουν τη μέθοδο.

Ψευδοάνοια: Σε ακραίες καταστάσεις, και ειδικά στους ηλικιωμένους ασθενείς οι νευρογνωστικές διαταραχές (συγκέντρωση, μνήμη, κρίση κτλ) είναι πολύ σοβαρές, ώστε η εικόνα να παραπέμπει ψευδώς στην ύπαρξη κάποιας άνοιας. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται 'ψευδοάνοια'. Όμως, φαίνεται πως τουλάχιστον οι μισοί από αυτούς τους ασθενείς υποφέρουν πραγματικά από τα συμπτώματα κάποιας αρχόμενης άνοιας και αργότερα πιθανότατα θα εμφανίσουν κάποιο ανοϊκό σύνδρομο. Εάν κάποιος εξετάσει το πρόβλημα από μία άλλη οπτική πλευρά, θα δει πως η κατάθλιψη με την ήπια γνωστική διαταραχή μπορεί να είναι είτε η πρώτη εκδήλωση είτε ένας σοβαρός

παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη άνοιας, ειδικά εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό.

Ψυχοκινητική Επιβράδυνση σημαίνει πως ο ασθενής είναι αδρανής και αργός τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, αλλά αυτό δεν έχει πάντα αντίκτυπο στη συνολική απόδοση, παρότι όλα γίνονται με πολλή προσπάθεια.

Ψυχοκινητική επιτάχυνση: θεωρείται πως είναι το σήμα κατατεθέν της μανίας, χαρακτηρίζεται από έντονη δραστηριότητα η οποία όμως διατηρεί έναν άμεσο στόχο, υψηλή ενέργεια και αντοχή όπως επίσης από γρήγορο και πειστικό λόγο.

Ψυχοκινητικής Διέγερσης: Αναφέρεται σε μια υπερβολική ψυχική και σωματική υπερδραστηριότητα (πειστικός λόγος, ανησυχία, υπερβολική κινητική συμπεριφορά) και συνοδεύεται από μια αίσθηση εσωτερικής αναταραχής ή σοβαρής έντασης ή άγχους με τόσο μεγάλη σοβαρότητα ώστε, παρά το γεγονός πως ο ασθενής έχει φυσιολογικό επίπεδο εγρήγορσης (δεν είναι συγχυτικός), οι περισσότερες, αν όχι όλες από αυτές τις δραστηριότητες είναι άσκοπες.

3. Ταξινόμηση

Οι όροι «ενδογενής κατάθλιψη», «νευρωτική κατάθλιψη», «αγχώδης κατάθλιψη», «ενελεκτική μελαγχολία», «ψυχωτική καταθλιπτική αντίδραση», δεν συμπεριλαμβάνονται στα σύγχρονα συστήματα ταξινόμησης για διαφόρους λόγους. Ο όρος «νευρασθένεια» διατηρείται στο ICD-10, αλλά η σημασία του είναι ασαφής.

Η Ελλάδα έχει υποχρέωση από τις διεθνείς συμβάσεις της να χρησιμοποιεί στη δημόσια διοίκησή της (νοσοκομεία, ασφαλιστικά ταμεία, στατιστικές) τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων, 10^η έκδοση, (ICD-10) η οποία έχει αναπτυχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η ICD ανάμεσα στα άλλα περιλαμβάνει περιγραφές και καταλόγους κριτηρίων για τις διαταραχές διάθεσης που χρησιμοποιούνται σε όλον τον κόσμο και αποτελούν το επίσημο εργαλείο των στατιστικών εκθέσεων για την υγεία. Εμφανίζει σημαντική αλλά όχι απόλυτη επικάλυψη με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, 5^η έκδοση (DSM-5) το οποίο χρησιμοποιείται σχεδόν μονοπωλιακά στην έρευνα.

Η βασική αρχή και των δύο συστημάτων ταξινόμησης είναι να ορίσουν το καταθλιπτικό και το μανιακό/υπομανιακό επεισόδιο.

Καταθλιπτικό επεισόδιο

Το ICD-10 απαιτεί το καταθλιπτικό επεισόδιο να διαρκεί τουλάχιστον 2 εβδομάδες, να μην έχουν υπάρξει, σε καμία περίοδο της ζωής του ατόμου, υπομανιακά ή μανιακά επεισόδια και το επεισόδιο να μη μπορεί να αποδοθεί στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ή σε οποιαδήποτε οργανική ψυχική διαταραχή. Ο ασθενής πρέπει να εμφανίζει τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα τρία: α) καταθλιπτική διάθεση η οποία να είναι παρούσα το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα για δύο τουλάχιστον εβδομάδες, β) ανηδονία και γ) μειωμένη ενέργεια ή κόπωση. Επιπλέον θα πρέπει να είναι παρόντα και συμπτώματα από τα παρακάτω ώστε το σύνολο των συμπτωμάτων να είναι 4 για ήπια κατάθλιψη, 6 για μέτρια και 8 για σοβαρή: α)

απώλεια αυτοπεποίθησης ή αυτοσεβασμού, β) υπερβολική αυτομομφής ή έντονες και ακατάλληλες ενοχές, γ) επιμένουσες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, ή αυτοκτονική συμπεριφορά, δ) μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης, ε) ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, στ) διαταραχές του ύπνου και ζ) της όρεξης με συνέπεια μεταβολή στο σωματικό βάρος

Το ICD-10 περιγράφει επίσης το «σωματικό σύνδρομο» ως μια παραλλαγή της παλαιότερα ονομαζόμενης «ενδογενούς κατάθλιψης». Το σύνδρομο αυτό περιλαμβάνει ανηδονία, απώλεια συναισθηματικής αντίδρασης, πρωιμη πρωινή έγερση, εκσεσημασμένη ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, απώλεια όρεξης και βάρους καθώς και απώλεια της λίμπιντο.

Ο ορισμός που δίνει το DSM-5 για το καταθλιπτικό επεισόδιο, στην ουσία είναι παρόμοιος με τον ορισμό του ICD-10 υπάρχουν όμως κάποιες διαφορές. Ο χρόνος διάρκειας των δύο εβδομάδων είναι ο ίδιος, αλλά η πρώτη ομάδα κριτηρίων που πρέπει να πληρούνται περιλαμβάνει μόνο τα δύο πρώτα, που είναι η καταθλιπτική διάθεση και η απώλεια ευχαρίστησης και όχι η μειωμένη ενέργεια, και απαιτεί τουλάχιστον ένα από τα δύο να είναι παρόν εν αντιθέσει με το ICD-10 που απαιτεί τα δύο από τα τρία. Η διάγνωση του καταθλιπτικού επεισοδίου απαιτεί συνολικά πέντε συμπτώματα να είναι παρόντα από ένα σύνολο εννέα: α) καταθλιπτική διάθεση ή β) ανηδονία και επιπρόσθετα από τα παρακάτω: γ) σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους δ) αυπνία ή υπερυπνία ε) ψυχοκινητική διέγερση ή αναστολή στ) κόπωση ή απώλεια ενέργειας ζ) αισθήματα αναξιοτιμίας ή υπερβολική ή ακατάλληλη ενοχή η) μειωμένη δυνατότητα να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα και θ) επιμένουσες ιδέες θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός.

Υπάρχει ορισμός για το «ήπιο», «μέτριο» και «σοβαρό» επεισόδιο στη βάση του αριθμού των συμπτωμάτων και της σφαιρική αναπηρία.

Επίσης ορίζονται τα «μελαγχολικά» χαρακτηριστικά ενός καταθλιπτικού επεισοδίου ως η ύπαρξη ανηδονίας που αφορά όλες τις δραστηριότητες ή απώλεια της αντιδραστικότητας της διάθεσης σε συνήθως ευχάριστα ερεθίσματα (ένα από τα δύο), καθώς και τρία από τα παρακάτω: α) διαφορετική ποιότητα της καταθλιπτικής διάθεσης, β) τακτικά χειρότερη διάθεση το πρωί, γ) πρωιμη πρωινή έγερση, δ) εκσεσημασμένη ψυχοκινητική ανησυχία ή αναστολή, ε) εκσεσημασμένη απώλεια όρεξης ή βάρους και στ) εκσεσημασμένη ή ακατάλληλη ενοχή.

Ορίζονται επίσης τα «ατυπικά» χαρακτηριστικά ως μια μορφή αντίποδα στα «μελαγχολικά»: ύπαρξη αντιδραστικότητας της διάθεσης και τουλάχιστον δυο από τα παρακάτω: α) σημαντική αύξηση βάρους ή όρεξης, β) υπερυπνία, γ) μολυβδώδης παράλυση και δ) μακροχρόνια ευαισθησία στη διαπροσωπική απόρριψη.

Μανιακό/υπομανιακό επεισόδιο

Το μανιακό επεισόδιο κατά ICD-10 χαρακτηρίζεται από διάθεση ανεβασμένη διαχυτική ή ευερέθιστη και οπωσδήποτε μη φυσιολογική για το συγκεκριμένο άτομο για τουλάχιστον μια εβδομάδα ή αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτεί εισαγωγή στο νοσοκομείο. Επιπλέον πρέπει να είναι παρόντα τρία από τα ακόλουθα συμπτώματα: α) αυξημένη δραστηριότητα ή σωματική ανησυχία β) αυξημένη ομιλητικότητα (πίεση λόγου) γ) εύκολη διάσπαση ή δυσκολία συγκέντρωσης δ) μειωμένη ανάγκη ύπνου στ) αυξημένη σεξουαλική ενέργεια ζ) αύξηση των εξόδων ή αλλη ριψοκίνδυνη συμπεριφορά η) αυξημένη κοινωνικότητα ή διαπροσωπική άνεση.

Το υπομανιακό επεισόδιο απαιτεί διάρκεια μόνο 4 ημερών για την ανεβασμένη ή ευερέθιστη διάθεση. Επιπλέον πρέπει να είναι παρόντα τρία από τα ακόλουθα

συμπτώματα: α) αυξημένη δραστηριότητα ή σωματική ανυσηχία β) αυξημένη ομιλητικότητα (πίεση λόγου) γ) εύκολη διάσπαση φυγή ιδεών ή υποκειμενική εμπειρία ότι οι σκέψεις τρέχουν δ) απώλεια φυσιολογικών κοινωνικών αναστολών, ε) μειωμένη ανάγκη ύπνου στ) αυξημένη αυτό-εκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου ζ) αφηρημάδα ή συνεχείς αλλαγές στη δραστηριότητα ή τα σχέδια η) παράτολμη και ρισκοκίνδυνη συμπεριφορά θ) εκσεσημασμένη σεξουαλική ενέργεια ή σεξουαλική αθυροστομία

Το μανιακό και το υπομανιακό επεισόδιο κατά DSM-5 χαρακτηρίζονται από μια περίοδο παθολογικής και σταθερά υψωμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης που διαρκεί τουλάχιστον 1 εβδομάδα για το μανιακό και τουλάχιστον 4 ημέρες για το υπομανιακό επεισόδιο. Αν η βαρύτητα οδηγήσει σε νοσηλεία, τότε δίδεται η διάγνωση του μανιακού επεισοδίου ανεξαρτήτως διάρκειας. Επιπροσθέτως θα πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον 3 από τα παρακάτω συμπτώματα (4 αν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη): α) αυξημένη αυτοεκτίμηση ή ιδέες μεγαλείου β) μειωμένη ανάγκη για ύπνο γ) περισσότερο ομιλητικός από το συνηθισμένο ή πίεση λόγου δ) ιδεοφυγή ή σκέψεις που τρέχουν ε) εύκολη διάσπαση στ) αυξημένη στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα ή ψυχοκινητική διέγερση ζ) αυξημένη ενασχόληση με δραστηριότητες που μπορεί να έχουν επώδυνες συνέπειες

Μεικτό επεισόδιο

Κατά ICD-10, ένα μεικτό επεισόδιο χαρακτηρίζεται είτε από μια ανάμειξη είτε από μια ταχύτατη εναλλαγή (μέσα σε ώρες) υπομανιακών, μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Κατά DSM-5 μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο χαρακτηρισμός «με μεικτά χαρακτηριστικά» όταν σε πλήρη εκδήλωση μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου ή καταθλιπτικού επεισοδίου συνυπάρχουν τουλάχιστον 3 συμπτώματα του αντίθετου πόλου.

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στον τρόπο που τα δύο συστήματα αντιλαμβάνονται τις διπολικές νόσους εκτός από τις διαφορές που προκύπτουν από τους διαφορετικούς ορισμούς των επεισοδίων διάθεσης. Το DSM-5 διαχωρίζει την Διπολική Διαταραχή τύπου I (η οποία περιλαμβάνει μανιακά επεισόδια) από την Διπολική Διαταραχή τύπου II (η οποία περιλαμβάνει υπομανιακά αλλά όχι μανιακά επεισόδια). Στον πίνακα 1, δίδεται η λεπτομερής ταξινόμηση των διαταραχών της διάθεσης κατά ICD-10. Σημειώνεται η συμβατική υποχρέωση που έχει η Ελλάδα για τη χρήση της ταξινόμησης αυτής σε όλα τα δημόσια έγγραφα.

Πίνακας 1: Η ταξινόμηση των διαταραχών της διάθεσης όπως αυτή γίνεται από το ICD-10

F30-F39: Διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

F30 Μανιακό επεισόδιο

F30.0 Υπομανία

F30.1 Μανία χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα

F30.2 Μανία με ψυχωτικά συμπτώματα

F30.8 Άλλα μανιακά επεισόδια

F30.9 Μανιακό επεισόδιο μη καθοριζόμενο

F31 Διπολική συναισθηματική διαταραχή

F31.0 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο υπομανιακό

F31.1 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα

F31.2 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό με ψυχωτικά συμπτώματα

F31.3 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιας ή μέτριας κατάθλιψης

.30 χωρίς σωματικό σύνδρομο

.31 με σωματικό σύνδρομο

F31.4 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο σοβαρής κατάθλιψης χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα

F31.5 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο σοβαρής κατάθλιψης με ψυχωτικά συμπτώματα

F31.6 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μεικτό

F31.7 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, σε ύφεση

F31.8 Άλλες διπολικές διαταραχές

F31.9 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, μη καθοριζόμενη

F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο

F32.0 Ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο

.00 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.01 Με σωματικό σύνδρομο

F32.1 Μέτριο καταθλιπτικό επεισόδιο

.10 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.11 Με σωματικό σύνδρομο

F32.2 Σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα

F32.3 Σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωτικά συμπτώματα

F32.8 Άλλα καταθλιπτικά επεισόδια

F32.9 Καταθλιπτικό επεισόδιο μη καθορισμένο

F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή

F33.0 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιο

.00 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.01 Με σωματικό σύνδρομο

F33.1 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μέτριο

.10 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.11 Με σωματικό σύνδρομο

F33.2 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο σοβαρό χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα

F33.3 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο σοβαρό με ψυχωτικά συμπτώματα

F33.4 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, σε ύφεση

F33.8 Άλλες υποτροπιάζουσες καταθλιπτικές διαταραχές

F33.9 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, μη καθοριζόμενη

F34 Επιμένουσα διαταραχή της διάθεσης (συναισθηματική)

F34.0 Κυκλοθυμία

F34.1 Δυσθυμία

F34.8 Άλλες επιμένουσες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

F34.9 Επιμένουσες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές), μη καθοριζόμενες

F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

F38.0 Άλλες μονήρεις διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

.00 Μεικτό συναισθηματικό επεισόδιο

F38.1 Άλλες υποτροπιάζουσες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

- .10 Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή
F38.8 Άλλες ειδικές διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
F39 Μη καθοριζόμενες Άλλες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

4. Επιδημιολογία

Η μονοπολική μείζων καταθλιπτική διαταραχή (ΜΚΔ) είναι μία από τις πιο συχνές διαταραχές διάθεσης. Ο επιπολασμός της είναι 4.7% για τους άνδρες και 6% για τις γυναίκες. Η κατάθλιψη οποιουδήποτε τύπου, μπορεί να επηρεάσει το 10-25% των γυναικών και το 5-12% των ανδρών, κάποια στιγμή στη ζωή τους, με τους δείκτες να ποικίλουν ευρέως και να εξαρτώνται από τη φυλή και την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες και τη γενική σωματική υγεία. Τα αποτελέσματα επιδημιολογικής μελέτης στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, προτείνουν πως κατάθλιψη τέτοιας βαρύτητας ώστε να προκαλεί αναπηρία παρουσιάζεται στο 5-8% του γενικού πληθυσμού και αν λάβουμε υπόψη μας και τις πιο ήπιες μορφές κατάθλιψης και δυσθυμίας, ο επιπολασμός της αυξάνεται μέχρι και 17%. Αναφέρεται επίσης πως όταν συμπεριληφθούν και οι υποκλινικές περιπτώσεις κατάθλιψης και δυσθυμίας, τότε επηρεάζεται σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού.

Παρά τη θεραπεία, οι δείκτες αναπηρίας είναι υψηλοί και το 15% των ασθενών και ειδικά οι άνδρες, πεθαίνουν αυτοκτονώντας. Αντίστροφα, περίπου το 85% όσων αυτοκτονούν υποφέρουν από κάποιου είδους κατάθλιψη..

Τα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ΜΚΔ, είναι πλούσια αλλά ασαφή. Οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να βιώσουν ένα επεισόδιο ΜΚΔ, αλλά επίσης η ηλικία παίζει σύνθετο ρόλο. Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της ΜΚΔ, είναι μεταξύ 20 και 40, ενώ η ΔΔ εμφανίζεται συχνότερα στην αρχή της δεύτερης δεκαετίας της ζωής. Η επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων είναι ασθενής αν θεωρήσει κανείς ότι οι παράγοντες αυτοί παίζουν κάποιο ρόλο. Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της ΜΚΔ. Άνθρωποι υψηλού κινδύνου είναι εκείνοι οι οποίοι έχουν χηρέψει πρόσφατα, έχουν χωρίσει ή έχουν πάρει διαζύγιο. Από την άλλη πλευρά ωστόσο, χαμηλού κινδύνου είναι εκείνοι που δεν έχουν παντρευτεί ποτέ, καθώς και οι παντρεμένοι. Το οικογενειακό ιστορικό της ΜΚΔ, ειδικά σε συγγενείς πρώτου βαθμού μαζί με το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονικότητας και αλκοολισμού και η πρώιμη παιδική κακοποίηση και απώλεια γονέα πριν την ηλικία των 10 ετών αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Κάποια στοιχεία προσωπικότητας (εσωστρέφεια, ανησυχία, εξάρτηση και διαπροσωπική ευαισθησία) αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου. Τα γεγονότα ζωής (κυρίως η απώλεια και τα πένθος), το χρόνιο στρες (λόγω οικονομικών, οικογενειακών και διαπροσωπικών δυσκολιών) καθώς και οι καθημερινές ψυχοσωματική πίεση όπως η αλλαγή της καθημερινότητας, ακόμα και αυτή που οφείλεται σε θετικά συμβάντα (π.χ η αλλαγή του τόπου κατοικίας λόγω προαγωγής), φαίνεται ότι ενδεχομένως συντελούν στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Αρχικά, έχει προταθεί πως ο επιπολασμός της κλασικής μανιακής καταθλιπτικής ψύχωσης είναι περίπου 1% (0.4-1.6%), ωστόσο, σήμερα γνωρίζουμε πως ο πραγματικός επιπολασμός, εξαρτάται από τον ορισμό και το κατά πόσον στο φάσμα των διπολικών διαταραχών περιλαμβάνεται και μια μεγάλη ποικιλία διαταραχών της διάθεσης που χαρακτηρίζονται από συναισθηματική αστάθεια. Έτσι, η ΔΔ τύπου I και τύπου II, έχουν ένα αθροιστικό ποσοστό επιπολασμού που ανέρχεται στο 3.7%. Η βιβλιογραφία σχετικά με τον επιπολασμό της ΔΔ προτείνει ένα ποσοστό της τάξης

του 3-6.5% συμπεριλαμβάνοντας ένα ευρύτερο πλαίσιο διπολικότητας σε σχέση με τον ορισμό που δίνει το DSM και το ICD.

Όσον αφορά άλλους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΔΔ, αν και έχει προταθεί πως η νεαρή ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση (χωρισμένος/διαζευμένος) και τα αρνητικά γεγονότα ζωής, παίζουν κάποιο ρόλο, ο μόνος παράγοντας που έχει αξιόπιστα αποδειχθεί είναι μια γενετική επιβάρυνση που είναι υψηλότερη από αυτή που παρατηρείται στη ΜΚΔ.

5. Συνοσηρότητα

Τόσο οι μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες όσο και η κλινική εμπειρία υποδηλώνουν πως οι διαταραχές διάθεσης είτε συνυπάρχουν είτε επικαλύπτονται σημαντικά με τις αγχώδεις διαταραχές. Οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων, μπορεί να αποτελούν προάγγελο τους ή να εμφανιστούν κατά την πορεία μιας διαταραχής της διάθεσης. Πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν πως υπάρχει μια κοινή προδιάθεση που συνδέει τις διαταραχές της διάθεσης και τις αγχώδεις διαταραχές.

Όλες οι διαταραχές διάθεσης και ειδικά η ΔΔ, μπορεί να συνυπάρχει με κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών (κυρίως διεγερτικών), και αυτό γίνεται συνήθως στα πλαίσια της αυτό-θεραπείας από την πλευρά του ασθενούς. Η κατάχρηση αλκοόλ είναι συνηθισμένη σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς και αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της πρώιμης ενηλικίωσης. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η κατάχρηση αλκοόλ, μπορεί όχι μόνο να καταστείλει τα συμπτώματα, αλλά και να ενισχύσει συγκεκριμένες επιθυμητές δραστηριότητες (π.χ υψηλή σχολική απόδοση, φύλο κ.α). Η κατάχρηση οινοπνεύματος, μπορεί να προκαλέσει περαιτέρω άρση αναστολών και να οδηγήσει τον ασθενή στο να εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά ειδικά ως προς την οικογένεια του, διαπράττοντας ακόμη και «εγκλήματα πάθους» που είναι το πιο τραγικό αποτέλεσμα. Οι ασθενείς με ΔΔ που κάνουν χρήση ουσιών τείνουν να κάνουν περισσότερο χρήση διεγερτικών ουσιών.

Οι σωματικές νόσοι συχνά συνυπάρχουν με την κατάθλιψη και την ανησυχία και έτσι, οι διαταραχές της διάθεσης, έχουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην έκβαση των σωματικών νόσων. Ο θεραπευτής, θα πρέπει να υποψιαστεί κλινική κατάθλιψη σε όλους τους ασθενείς που αρνούνται να λάβουν ιατρική φροντίδα.

6. Διαφορική διάγνωση

Οι διαταραχές της διάθεσης πρέπει να διαφοροδιαγιγνωσθούν από πληθώρα άλλων παθολογικών καταστάσεων, τόσο ψυχιατρικών όσο και «γενικών ιατρικών».

Στις ψυχιατρικές διαταραχές αυτές περιλαμβάνονται οι διαταραχές της διάθεσης που είναι απευθείας συνέπεια μιας πρωτοπαθούς διαταραχής κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών, το φυσιολογικό πένθος, η κατάθλιψη στα πλαίσια της σχιζοφρένειας, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της προσωπικότητας ιδιαίτερα όταν υπάρχει έντονη δυσφορία και συναισθηματική αστάθεια, η άνοια καθώς και ποικιλία γενικών ιατρικών καταστάσεων που προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της κατάθλιψης. Επίσης διάφορα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία σωματικών νόσων μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη.

Η πιο σημαντική διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει μεταξύ των διαταραχών της διάθεσης και των διαταραχών της προσωπικότητας. Λόγω της διαφορετικής θεραπευτικής αντιμετώπισης αλλά και της διαφορετικής πορείας και πρόγνωσης, οι

κλινικοί θα πρέπει να αποφεύγουν να δίνουν διάγνωση διαταραχής της προσωπικότητας σε ασθενείς με ενεργή διαταραχή της διάθεσης ενδεχομένως ακόμη και σε περιπτώσεις που οι διαταραχές διάθεσης είναι υπο-ουδικές. Ένας επικίνδυνος και στερεότυπος τρόπος σκέψης οδηγεί τους γιατρούς να υποθέτουν ότι επειδή κάποιος ασθενής δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στη συνηθισμένη θεραπεία για την κατάθλιψη, υπάρχει μια υποκείμενη διαταραχή της προσωπικότητας που ευθύνεται για τη συμπτωματολογία. Αυτό, είναι ιδιαίτερος προβληματικό όσον αφορά υποουδικές ή μη κλασικές μεικτές κλινικές εικόνες που είναι σχετικά ανθεκτικές στη θεραπεία και προκαλούν απελπισία στον θεραπευτή.

Το φυσιολογικό πένθος εμφανίζεται στους ανθρώπους που έχουν χάσει κάποιο σημαντικό γι αυτούς πρόσωπο και περιλαμβάνει διάφορα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια του πρώτου και του δεύτερου έτους από την απώλεια. Μόνο όμως το 5% θα προχωρήσει τελικά να εμφανίσει καταθλιπτική διαταραχή. Το φυσιολογικό πένθος, σε αντίθεση με την κατάθλιψη διατηρεί την αντιδραστικότητα στα ευχάριστα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, και η όποια αναπηρία αν τυχόν υπάρχει είναι ήπια και περιστασιακή. Επίσης δεν υπάρχει καμία σοβαρή ψυχοπαθολογία (παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις ή αυτοκτονικός ιδεασμός).

Στους ασθενείς με διαταραχή διάθεσης συχνά εμφανίζονται αγχώδη συμπτώματα τα οποία συμπεριλαμβάνουν κρίσεις πανικού, φοβίες και ψυχαναγκασμούς. Μακροχρόνια δεδομένα προτείνουν πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα τείνουν να μετριάζονται με το πέρασμα του χρόνου, ενώ τα αγχώδη επιμένουν. Λόγω του ότι οι αγχώδεις διαταραχές σπανίως εμφανίζονται πρώτη φορά μετά την ηλικία των 40, μια όψιμη εμφάνιση αγχώδων συμπτωμάτων πρέπει να θεωρηθεί ως σημάδι κατάθλιψης. Σημαντικό είναι να τονιστεί ότι τα σωματικά συμπτώματα, ειδικά στην κατάθλιψη, μπορεί να αντανakλούν μια υποβόσκουσα σωματική νόσο παρά μια σωματοποιητική ψυχολογική διεργασία. Αυτό σημαίνει ότι παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη περιλαμβάνει μια ευρεία ποικιλία σωματικών συμπτωμάτων χωρίς να υπάρχει υποκείμενη σωματική νόσος, η πλήρης ιατρική διερεύνηση είναι απολύτως απαραίτητη ανεξάρτητα από την κλινική εντύπωση του γιατρού, καθώς οι νόσοι που μπορεί να υποκρύπτονται είναι εξαιρετικά σοβαρές.

Οι σωματικές νόσοι που συνδέονται πιο συχνά με την εμφάνιση κατάθλιψης είναι η Πολλαπλή Σκλήρυνση, η νόσος Parkinson, η κρανιοεγκεφαλική κάκωση, η επιληψία, η υπνική άπνοια, οι εγκεφαλικοί όγκοι, οι αγγειακές εγκεφαλοπάθειες, το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, κάποιες νόσοι του κολλαγόνου όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα και ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος και διάφορες νεοπλασίες από τις οποίες πιο χαρακτηριστικός είναι ο καρκίνος του παγκρέατος. Επίσης υπάρχει πληθώρα ενδοκρινικών διαταραχών όπως υπό- και υπερθυροειδισμός, υπερπαραθυρεοειδισμός, νόσος Addison, νόσος Cushing και σακχαρώδης διαβήτης, διάφορες λοιμώξεις όπως γενική παράλυση (τριτογενής σύφιλη), μόλυνση από τοξόπλασμα, γρίπη, ιογενής πνευμονία, ιογενής ηπατίτιδα, λοιμώδης μονοπυρήνωση και AIDS, καθώς και διατροφικές καταστάσεις όπως πελλάγρα και κακοήθης αναιμία.

Στις φαρμακευτικές ουσίες που ενοχοποιούνται για την πρόκληση κατάθλιψης περιλαμβάνεται η α-μεθυλντόπα, τα αντιχολινεστεράσικά εντομοκτόνα, η κυκλοσερίνη, η ινδομεθακίνη, ο υδράργυρος, κάποια αντιψυχωτικά φάρμακα, η ρεσερπίνη, τα στεροειδή αντισυλληπτικά, το θάλιο, η βινβλαστίνη και η βινκριστίνη, καθώς και κάποια αντιεπιληπτικά, κυρίως η τοπιραμάτη και η λεβιρακετάμη. Η διακοπή φαρμάκων όπως οι αμφεταμίνες ή τα υπνωτικά καθώς και η διακοπή της κατάχρησης αλκοόλ μπορεί επίσης να πυροδοτήσουν κατάθλιψη.

Στον γηριατρικό πληθυσμό, η διαφοροδιάγνωση μεταξύ της ψευδοάνοιας που προκαλείται από κατάθλιψη και πραγματικής άνοιας, είναι ζωτικής σημασίας, καθώς

ενδείκνυνται διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η διαφοροδιάγνωση μπορεί να επιτευχθεί με βάση το νευροψυχολογικό προφίλ του ασθενούς, όπως επίσης και από την κλινική του εικόνα. Κατά βάση, η ψευδοάνοια, έχει οξεία έναρξη χωρίς προηγούμενες νευρογνωσιακές διαταραχές, ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικής νόσου, με περιγεγραμμένα μνημονικά ελλείμματα και ασταθή νευρογνωσιακή δυσλειτουργία που μπορεί να αντιστραφεί με τη σωστή αντιμετώπιση.

Η ανάγκη για διαφορική διάγνωση των διαταραχών της διάθεσης από τις παραπάνω καταστάσεις αποτελεί θέμα μείζονος σημασίας για τον κλινικό γιατρό καθώς μπορεί να καθορίσει την περαιτέρω πορεία του ασθενούς με προφανείς επιπτώσεις για την υγεία του και τη ζωή του καθώς και την υγεία και τη ζωή των μελών της οικογένειάς του. Η διαφοροδιάγνωση θα στηριχθεί σε μια ενδεδειγμένη ιατρική κλινική εξέταση η οποία θα πρέπει να υποστηριχθεί και από μια σειρά εργαστηριακών εξετάσεων που συμπεριλαμβάνουν, την γενική αίματος και τις τυπικές βιοχημικές εξετάσεις, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και ηλεκτροκαρδιογράφημα, εξέταση της λειτουργίας του θυρεοειδούς, και ανάλογα με τη διαθεσιμότητα και το κόστος ακόμη και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Σε περίπτωση όψιμης έναρξης της διαταραχής της διάθεσης, ο έλεγχος καρκινικών δεικτών και η διερεύνηση για ύπαρξη κακοήθειας είναι πρώτη προτεραιότητα.

7. Αιτιοπαθογένεια

Η αιτιοπαθογένεια των ψυχικών διαταραχών και ειδικότερα των διαταραχών της διάθεσης έχει αποτελέσει πεδίο διαφωνιών και έντονων συζητήσεων. Φυσικά, σήμερα, σημασία έχουν πολύ περισσότερο τα εμπειρικά δεδομένα και οι επιστημονικές αποδείξεις και λιγότερο οι θεωρητικές και ιδεολογικές προσεγγίσεις, οι οποίες όμως εξακολουθούν να ασκούν ισχυρή επίδραση όχι μόνο στο κοινό αλλά και σε ειδικούς της ψυχικής υγείας.

Σημείο καμπής στη θεωρητική προσέγγιση της αιτιοπαθογένειας αποτέλεσε τόσο η διατύπωση του «ιστορικού δυισμού» ψυχής-σώματος από τον Καρτέσιο τον 17^ο αιώνα, όσο και η «ψυχοβιολογική» προσέγγιση στις αρχές του 20^{ου} αιώνα από τον Adolf Meyer. Η διατύπωση του «βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου» από τον Engel τη δεκαετία του 70 παρείχε ένα μη ειδικό, αφελές αλλά ταυτόχρονα περιεκτικό θεωρητικό πλαίσιο, προκειμένου να συμπεριλάβει όλους τους παράγοντες που προτείνονται από διαφορετικές προσεγγίσεις ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Δυστυχώς, ιστορικά, η προσέγγιση της αιτιοπαθογένειας στην ψυχιατρική κινείται μεταξύ επιλεκτικής ιδεολογικής προσέγγισης και άκριτης αποδοχής και «σύνθεσης».

α. Ψυχοκοινωνική προσέγγιση

Η απόδοση της αιτιολογίας των ψυχικών διαταραχών σε ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες είναι όχι μόνο απλά συνηθισμένη αλλά κυρίαρχη στο ευρύ κοινό αλλά και σε ειδικούς του χώρου. Ειδικότερα αυτό αφορά τις διαταραχές εκείνες όπως οι αγχώδεις και οι συναισθηματικές, που χαρακτηρίζονται από συμπτώματα όχι και τόσο απομακρυσμένα από την κοινή ανθρώπινη εμπειρία (όλοι οι άνθρωποι έχουν νιώσει έντονο αγχος ή «μελαγχολία» καποια στιγμή της ζωής τους μετά από καποια δυσάρεστη κατάσταση, όχι όμως ακουστικές ψευδαισθήσεις). Υπό το πρίσμα αυτο, τόσο οι άνθρωποι που δεν είναι ειδικοί, όσο και πολλές ψυχολογικές θεωρίες αποδίδουν τις διαταραχές διάθεσης σε δυσμενή γεγονότα της ζωής.

Το θέμα είναι πιο περίπλοκο απ όση δείχνει εκ πρώτης όψεως καθώς από τη μια μεριά υπάρχουν αρκετές μελέτες που αμφισβητούν τον ρόλο που παίζουν τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής στην ανάπτυξη και την πορεία της κατάθλιψης ενώ από την άλλη φαίνεται ότι αναπτύσσεται μια ευαισθητοποίηση των νευροβιολογικών συστημάτων απόκρισης στο στρες, ως πιθανή συνέπεια σε δυσμενή βιώματα σε πολύ μικρή ηλικία. Αυτό μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης και άγχους. Το ερώτημα που προκύπτει είναι κατά πόσο αυτή η σχέση είναι αντικειμενική ή αυτοί οι ασθενείς (που συνήθως έχουν προσωπικότητα με υψηλό βαθμό ψυχοπαθολογίας και ευαισθησία στη διαπροσωπική απόρριψη) τείνουν να υπεραναφέρουν και να δραματοποιούν τα γεγονότα της ζωής τους.

β. Ψυχολογικά μοντέλα των διαταραχών της διάθεσης

Ενδοβολή της επιθετικότητας:

Προτάθηκε από τον Sigmund Freud και τον Karl Abraham με βάση μια «μεταφορά» από τη φυσική στην ψυχολογία (υδραυλικό μοντέλο). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, κατά τη διάρκεια του στοματικού σταδίου (12ος - 18ος μήνας ζωής) οι διαταραχές στη σχέση μεταξύ του βρέφους και της μητέρας, εγκαθιστούν ευαλωτότητα στην ανάπτυξη κατάθλιψης. Στη συνέχεια, κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής μια πραγματική ή φανταστική απώλεια οδηγεί σε κατάθλιψη, ως αποτέλεσμα επιθετικών ενορμήσεων που στρέφονται στον ίδιο τον εαυτό (του ασθενούς) και ειδικότερα κατά του αμφιθυμικά αγαπημένου εσωτερικευμένου αντικειμένου που έχει χαθεί. Ο στόχος της ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας θεωρείται πως είναι η τιμωρία του αντικειμένου της αγάπης το οποίο απέτυχε να εκπληρώσει την ανάγκη του ίδιου του ασθενούς για αγάπη. Συνοδεύεται από αισθήματα ενοχής που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτοκτονική συμπεριφορά. Το μοντέλο εξελίχθηκε και προτάθηκαν διαφορετικές εκδοχές του από άλλους συγγραφείς. Το μειονέκτημα αυτού του μοντέλου είναι πως αντιπροσωπεύει ένα σχετικά κλειστό κύκλωμα, ανεξάρτητο από τον εξωτερικό κόσμο, ενώ η κλινική πραγματικότητα είναι πως πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς εκφράζουν ανοιχτά τον θυμό και την εχθρότητα τους απέναντι στους άλλους, συμπεριφορά που μειώνεται μετά τη θεραπεία και την ύφεση της κατάθλιψης. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την ιδέα πως η έκφραση του θυμού προς τα έξω, ώστε να αποφευχθεί η ενδοβολή του, έχει θεραπευτικά αποτελέσματα στην θεραπεία της κλινικής κατάθλιψης.

Απώλεια αντικειμένου:

Ο όρος αναφέρεται στον τραυματικό αποχωρισμό από σημαντικά αντικείμενα προσκόλλησης (π.χ. θάνατος προσφίλου προσώπου). Παρόλα αυτά σύμφωνα με εμπειρικά ερευνητικά δεδομένα μόνο κάτω από το 10% των ασθενών που βιώνουν πένθος θα εκδηλώσουν αργότερα και κλινική κατάθλιψη. Το μοντέλο περιλαμβάνει 2 βήματα. Το πρώτο βήμα αφορά μια σημαντική απώλεια κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας που δημιουργεί ευαλωτότητα, η οποία, σε δεύτερη φάση οδηγεί σε κλινική κατάθλιψη κατά την ενήλικη ζωή λόγω κάποιας άλλης σημαντικής απώλειας. Το μοντέλο αυτό ταιριάζει καλύτερα στα εμπειρικά δεδομένα σε σχέση με την θεωρία της ενδοβολής της επιθετικότητας. Υποστηρίζεται μερικώς από μελέτες σε πρωτεύοντα θηλαστικά, όμως οι μελέτες αυτές δε στηρίζουν μια ειδική σχέση της απώλειας με την κατάθλιψη, αλλά την εκδήλωση ενός γενικότερου φάσματος

ψυχοπαθολογίας, το μεγαλύτερο μέρος της οποίας σύμφωνα με τη σύγχρονη ταξινόμηση θεωρείται υπο-ουδικό.

Απώλεια αυτό-εκτίμησης:

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η κατάθλιψη προέρχεται από την αδυναμία του Εγώ να εγκαταλείψει ανέφικτους στόχους και ιδέες, με αποτέλεσμα την κατάρρευση της αυτοεκτίμησης. Αυτό το μοντέλο υποστηρίζει ότι το ναρκισσιστικό πλήγμα που καταστρέφει την αυτοεκτίμηση του ασθενούς προέρχεται από εσωτερικευμένες αξίες του Εγώ, και όχι από «υδραυλικές πιέσεις» που προέρχονται από το Εκείνο όπως έχει προταθεί από το μοντέλο ενδοβολής της επιθετικότητας. Σε αυτό το πλαίσιο η απώλεια της αυτόεκτίμησης λαμβάνει κοινωνικοπολιτισμικές και υπαρξιακές διαστάσεις. Το μειονέκτημα αυτής της θεωρίας είναι ότι δεν υποστηρίζεται από εμπειρικά δεδομένα. Τόσο τα άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση όσο και αυτά με χαμηλή, μπορεί να αναπτύξουν κατάθλιψη ή μανία χωρίς καμιά σημαντική διαφορά μεταξύ τους.

Γνωστικό Μοντέλο:

Το γνωστικό μοντέλο αναπτύχθηκε από τον Aaron Beck, και προτείνει πως ο αρνητικός τρόπος σκέψης αποτελεί τον κύριο λόγο για την εμφάνιση της κλινικής κατάθλιψης. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η κατάθλιψη γίνεται αντιληπτή στο πλαίσιο της «γνωστικής τριάδας». Αυτή η τριάδα προτείνει ότι ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, το περιβάλλον και το μέλλον με αρνητικό καταθλιπτικό τρόπο (αβοηθησία, αρνητισμό και απελπισία). Στον πυρήνα υπάρχει μια καταθλιπτική προκατάληψη στον τρόπο σκέψης και στις ερμηνείες που δίνει το άτομο, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα έναν αρνητιστικό τρόπο στάσης και συμπεριφοράς. Οι στάσεις και οι συμπεριφορές μορφοποιούνται από ανελαστικά νοητικά σχήματα με καταθλιπτικό προσανατολισμό, που θεωρείται πως είναι σφαιρικά, εσωτερικευμένα και σταθερά.

Αυτή η προκατάληψη στον τρόπο σκέψης είναι λόγω της υπερ-γενίκευσης, της μεγέθυνσης των αρνητικών γεγονότων με ταυτόχρονη ελαχιστοποίηση των θετικών, του αυθαίρετου συνειρμού και της επιλεκτικής αφαίρεσης. Συστηματικά σφάλματα στον τρόπο σκέψης, επιτρέπουν την εμμονή των αρνητικών σχημάτων, παρά τις αντίθετες ενδείξεις από το περιβάλλον. Το μεγαλύτερο μειονέκτημα αυτού του μοντέλου είναι πως βασίζεται στην αναδρομική παρατήρηση των καταθλιπτικών ασθενών, και έτσι, η αρνητική τριάδα θα μπορούσε να ερμηνευθεί ότι αποτελεί κλινική ή υποκλινική εκδήλωση της κατάθλιψης και όχι την αιτία της. Το κυριότερο πλεονέκτημα αυτού του μοντέλου είναι πως οδήγησε στην πρώτη επιστημονικά επεξεργάσιμη και ελέγξιμη ερευνητικά πρακτική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση η οποία ενδεχομένως να είναι αποτελεσματική σε μια συγκεκριμένη υποκατηγορία ασθενών.

Συμπεριφορικό μοντέλο του μαθημένου αβοήθητου:

Το μοντέλο αυτό είναι βασισμένο σε πειράματα που έγιναν με ζώα και προτείνει πως η κατάθλιψη είναι προϊόν μάθησης παλαιότερων καταστάσεων στις οποίες το άτομο δεν μπορούσε ούτε να σταματήσει ούτε να αποφύγει ανεπιθύμητα ή τραυματικά συμβάντα. Ωστόσο φαίνεται πως το παράδειγμα του μαθημένου αβοήθητου είναι πιο γενικό και αναφέρεται σε ένα εύρος ψυχολογικών καταστάσεων (π.χ κοινωνική

συμπεριφορά, διαταραχή μετατραυματικού στρες κ.α). Φαίνεται πως τα πρώιμα και τα παλαιότερα συμβάντα της ζωής, μπορούν να διαμορφώσουν ένα προφίλ προσωπικότητας το οποίο περιλαμβάνει παθητικότητα, έλλειψη εχθρότητας και αυτόμομφη αλλά αυτό δεν έχει αποδειχτεί. Από την άλλη μεριά, αυτή η θεωρία θα μπορούσε να οδηγήσει με τη σειρά της στην πρόταση ότι η κατάθλιψη και οι συμπεριφορές που τη συνδεύουν, θα μπορούσαν να είναι αποτέλεσμα ενός μαζοχιστικού τρόπου ζωής με συμπεριφορικά πρότυπα χειραγώγησης των άλλων με σκοπό τη διαχείριση διαπροσωπικών θεμάτων. Ακόμη περισσότερο, η πρόσφατη έρευνα με ζώα εμπλέκει τη σημασία των γενετικών παραγόντων στην ευαλωτότητα στο μαθημένο αβοήθητο.

Συμπεριφορικό μοντέλο της ενίσχυσης:

Σύμφωνα με το μοντέλο της ενίσχυσης, οι χαρακτηριστικές συμπεριφορές της κατάθλιψης, αναπτύσσονται λόγω έλλειψης των κατάλληλων στοχευμένων ανταμοιβών καθώς και με την αποδοχή μη τυχαίων ανταμοιβών που ευωδώνουν αυτές τις συμπεριφορές. Αυτή η θεωρία γεφυρώνει τις θεωρίες της προσωπικότητας, την χαμηλή αυτοεκτίμηση και το μαθημένο αβοήθητο με τις επιδράσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος στο άτομο. Παρόλα αυτά, φαίνεται καταλληλότερη για να ερμηνεύσει καθημερινές φυσιολογικές συμπεριφορές και κοινωνικά ζητήματα και ότι την κλινική κατάθλιψη. Με βάση τη θεωρία αυτή, μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση έχει σκοπό τη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενούς.

Ψυχολογικές θεωρίες της μανίας:

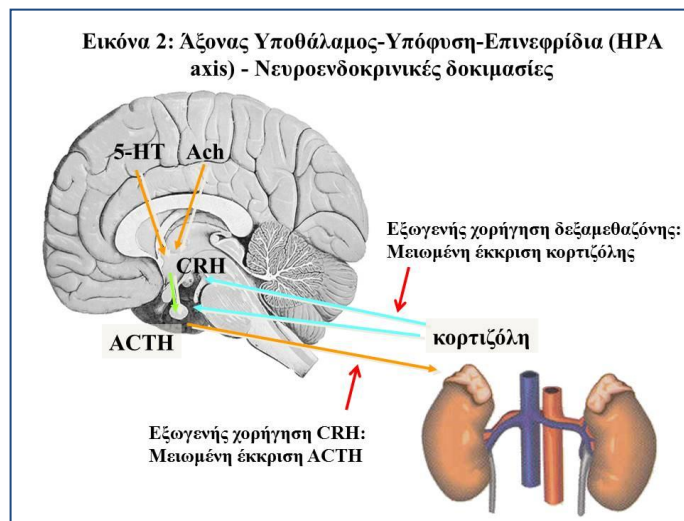
Η ψυχολογική θεώρηση της μανίας προτείνει ότι τα μανιακά συμπτώματα αποτελούν άμυνα ενάντια σε μια υποβόσκουσα κατάθλιψη. Οι μηχανισμοί άμυνας που εμπλέκονται είναι η παντοδυναμία, η άρνηση και η εξειδανίκευση. Σε αυτό το πλαίσιο, η ευφορική κατάσταση του ασθενούς είναι κατανοητή ως μια τάση να εξωστρακίσει κάθε δυσάρεστη πλευρά της πραγματικότητας και να αποστασιοποιηθεί από τα προβλήματα ακόμη και αν η κατάσταση είναι τραγική. Υπό το πρίσμα αυτό, η συνύπαρξη καταθλιπτικών και μανιακών συμπτωμάτων στα μεικτά επεισόδια είναι εύκολα κατανοητά από την ψυχοδυναμική σκοπιά καθώς τα μανιακά στοιχεία στους καταθλιπτικούς ασθενείς αναγνωρίζονται ως άμυνες. Ωστόσο η προσέγγιση αυτή συγχέει την φυσιολογική αντιδραστική αλλά παροδική ελαφρά ανοδο του συναισθήματος όταν το άτομο βιώσει ένα δυσάρεστο γεγονός με την μανία η οποία είναι σοβαρή κατάσταση, σταθερή και ενδεχομένως επιδεινώνεται από τα αντικαταθλιπτικά.

γ. Βιολογικά μοντέλα των διαταραχών της διάθεσης

Τα ερευνητικά δεδομένα το μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου καθώς και τον διεγέφαλο στην αιτιοπαθογένεια των διαταραχών της διάθεσης και πιο συγκεκριμένα τους νευρώνες που περιέχουν σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη. Πιο πολύπλοκα μοντέλα συμπεριλαμβάνουν μεταβολές στην κατάσταση (ανάλογα με την πολικότητα του επεισοδίου της διάθεσης) της λειτουργίας των διεγερτικών αμινοξέων, σε συγκεκριμένες περιοχές του φλοιού.

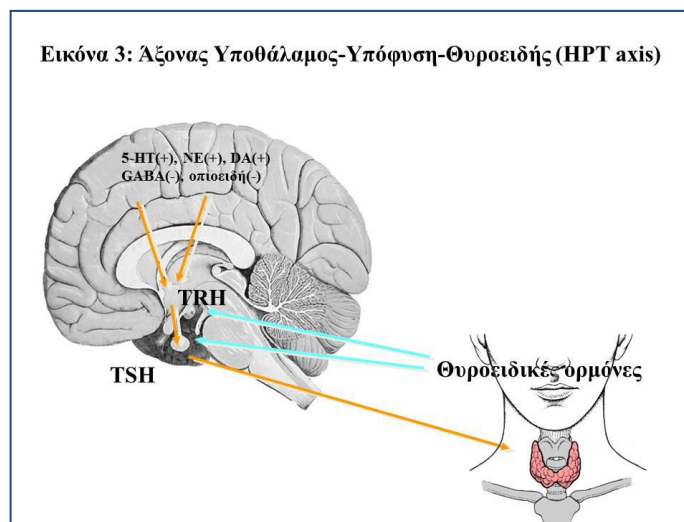
Πληθώρα βιολογικών δεικτών έχει αναπτυχθεί μέχρι σήμερα, αλλά κανένας δεν έχει αποδειχθεί αρκετά αξιόπιστος ώστε να χρησιμοποιηθεί στην κλινική πράξη. Ο πιο γνωστός από αυτούς είναι η δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθασόνη (εικόνα 2) η

οποία έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για τη μελέτη των διαταραχών στον άξονα



υποθάλαμου-υπόφυσης-επινεφριδίων σε ασθενείς με κατάθλιψη. Απαιτεί την από του στόματος χορήγηση 1mg δεξαμεθαζόνης (ένα συνθετικό γλυκοκορτικοειδές) με ταυτόχρονη μέτρηση της κορτιζόλης στις 23:00 την πρώτη ημέρα και ακολούθως μέτρηση κορτιζόλης στις 08:00, 16:00, και 23:00 τη δεύτερη ημέρα. Φυσιολογικά η τιμή της κορτιζόλης δε θα πρέπει να υπερβαίνει τα 5μg/dl, σε καμία μέτρηση της

δεύτερης ημέρας (καταστολή). Σε πολλούς ασθενείς με κατάθλιψη αλλά επίσης και σε παρα πολλούς ανθρώπους με έντονο στρες, η κορτιζόλη περνά το όριο αυτό (μη καταστολή). Έχουν προταθεί επίσης μεγαλύτερα πρωτόκολλα που απαιτούν



υψηλότερη δόση δεξαμεθαζόνης και 24ωρο διάστημα παρακολούθησης. Άλλοι σημαντικοί ψυχοενδοκρινολογικοί δείκτες είναι η δοκιμασία καταστολής με CRH (εικόνα 2), η δοκιμασία διέγερσης με TRH (εικόνα 3) και η δοκιμή φενφλουραμίνης και δεξφενφλουραμίνης οι οποίες θεωρείται πως αντανακλούν την κεντρική σεροτονινεργική δραστηριότητα (από του στόματος χορήγηση 30mg δεξφενφλουραμίνης και

μέτρηση των επιπέδων προλακτίνης στο πλάσμα κατά την έναρξη της μελέτης και 60', 120', 180', 240' και 300' μετά τη χορήγηση). Ένας μη ενδοκρινολογικός δείκτης βασίζεται στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και αφορά την παρατήρηση ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν προώθηση φάσης σε πολλούς βιορυθμούς, ειδικά όσον αφορά τον (μικρότερο) λανθάνοντα χρόνο στην έλευση του πρώτου σταδίου REM (συντομότερη λανθάνουσα περίοδος REM).

Ένα πιθανά αξιόπιστο και ολοκληρωμένο νευροβιολογικό μοντέλο θα μπορούσε να προτείνει ότι οι ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης εμφανίζουν δυσλειτουργία στην κατάλληλη ενεργοποίηση των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων όταν αντιμετωπίζουν συνεχές ή επανειλημμένο στρες. Ως αποτέλεσμα, η αλλαγή της διάθεσης είναι έντονη, παρατεταμένη και δεν αυτοπεριορίζεται ή αποκαθίσταται πλήρως. Επιπροσθέτως, μέσω ενός αποτελέσματος «ευαισθητοποίησης με αποτέλεσμα αυτο-ανάφλεξη» (kindling, όπως ακριβώς στην επιληψία), τείνει να ενεργοποιείται σταδιακά από όλο και πιο ασήμαντα γεγονότα ώσπου στο τέλος ενεργοποιείται εντελώς αυτόματα. Συνέπεια των παραπάνω είναι ότι αναμένεται πως μια πρόιμη εφαρμογή θεραπείας

με αντικαταθλιπτικά και ψυχοθεραπεία θα μπορούσε να παρεμποδίσει την ανάπτυξη αυτών των ανεπιθύμητων νευροπλαστικών αλλαγών και τη μακροχρόνια επιδείνωση της κλινικής πορείας. Πάντως πιθανότατα το νευροβιολογικό υπόστρωμα διαφέρει μεταξύ μονοπολικής και διπολικής κατάθλιψης, ακόμα και αν οι κλινικές εικόνες είναι όμοιες.

Τα δεδομένα που προέρχονται από μελέτες οικογενειών και διδύμων υποστηρίζουν στέρεα την οικογενή φύση των διαταραχών της διάθεσης. Ωστόσο, μέχρι στιγμής, ο τρόπος της γενετικής μετάδοσης παραμένει ασαφής καθώς οι γενετικές μελέτες δεν έχουν δώσει αξιόπιστα αποτελέσματα. Το πιο πιθανό μοντέλο είναι ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο. Τα δεδομένα που προέρχονται από έρευνες με διδύμους υποδεικνύουν πως περίπου γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για το 50-70% του φαινομένου της ανάπτυξης των διαταραχών της διάθεσης.

8. Φύλο

Μελέτες έχουν δείξει πως σχεδόν σε όλο τον κόσμο, οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη σε διπλάσιο ποσοστό από τους άνδρες, ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι αυτό δεν έχει επιβεβαιωθεί από μελέτες σε μη-βιομηχανικούς πολιτισμούς. Η Εθνική Μελέτη Συννοσηρότητας των ΗΠΑ (NCS) ανέφερε πως το 6% των γυναικών έναντι του 3.8% των ανδρών υποφέρει από ένα τρέχον καταθλιπτικό επεισόδιο και πως το 21.3% των γυναικών έναντι του 12.7% των ανδρών έχει εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή του ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα ποσοστά για τη διπολική διαταραχή είναι παρόμοια στα δύο φύλα και οι διαφορές αφορούν μόνο την μονοπολική κατάθλιψη. Ωστόσο δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στα φύλα όσον αφορά τον κίνδυνο υποτροπής, γεγονός που υποδηλώνει πως το φύλο είναι μεταξύ των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση των καταθλιπτικών επεισοδίων, αλλά όχι μεταξύ των παραγόντων που καθορίζουν την πορεία και την έκβαση. Ο υψηλότερος κίνδυνος για τις γυναίκες αφορά τις ηλικίες 20-30 και τα ποσοστά της πρώτης εμφάνισης καταθλιπτικού επεισοδίου κατά την παιδική ηλικία και εφηβεία αλλά και όψιμα (μέση ηλικία, ηλικιωμένοι) είναι παρόμοια και για τα δύο φύλα.

Φαίνεται εξαιρετικά απίθανο να υπάρχει ένας και μοναδικός παράγοντας που σχετίζεται με το φύλο και που είναι υπεύθυνος για τις διαφορές. Στόχος της έρευνας αποτέλεσαν οι ενδοκρινικές μεταβολές και διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, χωρίς όμως αυτό να επιφέρει πειστικά αποτελέσματα. Ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα στην ψυχική υγεία παραμένει ένα ζήτημα αμφιλεγόμενο. Το γεγονός πως η διαφορά μεταξύ των φύλων όσον αφορά την εμφάνιση κατάθλιψης δεν είναι εμφανής μέχρι την εφηβεία, και εξαφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση, υποστηρίζει την θεωρία πως υπάρχει σχέση μεταξύ της γυναικείας φυσιολογίας με τις διαταραχές της διάθεσης. Μια πιο εξελιγμένη προσέγγιση προτείνει ότι η γυναικεία φυσιολογία αυτή καθεαυτή δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου, αντιθέτως θα μπορούσε να είναι υπεύθυνη για την αύξηση της ευαισθησίας σε στρεσογόνους παράγοντες, και έτσι έμμεσα να οδηγεί σε κατάθλιψη. Αυτή η θεωρία υποστηρίζεται και από το γεγονός ότι λόγω ανισοτήτων στους κοινωνικούς ρόλους αλλά και λόγω αντικειμενικών καταστάσεων, οι γυναίκες είναι πιθανό να βιώσουν μεγαλύτερο άγχος και ακόμη και απειλητικά για τη ζωή γεγονότα και βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για πρόωμη σεξουαλική κακοποίηση και τρέχουσα συζυγική κακοποίηση. Επιπλέον μπορεί να χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια και να βιώνουν εποχικές διαταραχές διάθεσης που σχετίζονται με τη σεξουαλική τους ταυτότητα (π.χ προεμμηνόρρυσιακές ή μετά τον τοκετό διαταραχές διάθεσης).

Απ' την άλλη πλευρά πρέπει να ληφθεί υπόψη πως άνδρες και γυναίκες εκφράζουν την κατάθλιψη με διαφορετικούς τρόπους και τα διαφορετικά ποσοστά μπορεί να είναι στην πραγματικότητα πλασματικά και να οφείλονται σε μεθοδολογικά προβλήματα της έρευνας. Υπό το πρίσμα αυτό, ο διαφορετικός γνωσιακός τρόπος αντιμετώπισης που παρατηρείται στα δύο φύλα μπορεί να είναι ένας από τους παράγοντες που ευθύνονται για αυτά τα επιδημιολογικά αποτελέσματα. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με κατάθλιψη διότι αναζητούν επαγγελματική βοήθεια πιο συχνά για τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα και ίσως επειδή είναι πιο ευαίσθητες στις αρνητικές σχέσεις. Αντίθετα, θεωρείται ότι οι άνδρες αντιδρούν στο συναισθηματικό στρες με το να μην το σκέφτονται, ενώ οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να μυρηκάζουν τα προβλήματα. Σε αυτό το πλαίσιο, είναι πιο πιθανό για τις γυναίκες απ' ότι για τους άνδρες να αναφέρουν καταθλιπτικά συμπτώματα λόγω προβλημάτων στο γάμο τους. Αυτές οι συμπεριφορές και οι τρόποι σκέψης και αντιμετώπισης των προβλημάτων θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι είναι και κοινωνικο-πολιτισμικά καθοριζόμενοι ή επιβαλλόμενοι, από τη στιγμή που μελέτες αναφέρουν ότι καταθλιπτικές φοιτήτριες που απευθύνθηκαν στους φίλους τους αντιμετώπισαν με ενδιαφέρον και φροντίδα, ενώ αντίθετα οι καταθλιπτικοί φοιτητές που έκαναν τα ίδια, αντιμετώπισαν την κοινωνική απομόνωση και συχνά την ευθεία απόρριψη ακόμη και την εχθρότητα. Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η σχέση της οικογενειακής κατάστασης με την εμφάνιση κατάθλιψης στα δύο φύλα. Ενώ οι παντρεμένες, διαζευμένες και χωρισμένες γυναίκες είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη από τους άνδρες, οι άνδρες που είναι χήροι έχουν περισσότερες πιθανότητες κατάθλιψης από τις χήρες γυναίκες. Οι ανύπανδροι άνδρες και γυναίκες, μοιράζονται παρόμοια ποσοστά κατάθλιψης.

Ένας άλλος παράγοντας που θα μπορούσε να εξηγήσει τη διαφορά μεταξύ των ποσοστών, είναι πως οι άνδρες, αλλά όχι οι γυναίκες, που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να επικαλύπτουν μια υποκείμενη καταθλιπτική διαταραχή. Αυτή η απόψη παράγεται από την παρατήρηση πως η κατάχρηση αλκοόλ και οι διαταραχές διάθεσης συχνά κληρονομούνται μέσα στην ίδια οικογένεια.

9. Αυτοκτονικότητα

Σήμερα γνωρίζουμε πως η αυτοκτονία είναι μια σύνθετη συμπεριφορά με πολυπαραγοντική αιτιολογία και απαιτεί σύνθετη και εξελιγμένη προσέγγιση. Στατιστικά στοιχεία, δείχνουν μια σημαντική μείωση των ποσοστών αυτοκτονίας σε όλη την Ευρώπη, τις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά, κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, ωστόσο φαίνεται να υπάρχει μια αύξησή τους τα τελευταία χρόνια, η σχέση της οποίας με την οικονομική κρίση είναι ασαφής καθώς παρατηρείται και στις πλέον ευημερούσες περιοχές του πλανήτη.

Ο κυριότερος λόγος για την γενικότερη μείωση του αριθμού των αυτοκτονιών παγκοσμίως φαίνεται να είναι η καλύτερη αναγνώριση των διαταραχών της διάθεσης καθώς και η διαθέσιμη θεραπεία κυρίως με την ευρεία χρήση αντικαταθλιπτικών.

Η κατανόηση και η πρόληψη της αυτοκτονικότητας, είναι ένα από τα πιο δύσκολα έργα της ψυχιατρικής σήμερα. Μελέτες ψυχολογικής αυτοψίας δείχνουν σαφώς ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων που πέθαναν αυτοκτονώντας υπέφεραν από κάποια διαταραχή διάθεσης, συνήθως από ΜΚΔ που δεν είχε θεραπευτεί με συχνή συννοσηρότητα άγχους και διαταραχές κατάχρησης ουσιών. Περίπου το 60-80% όλων των αυτοκτονησάντων υπέφεραν από κατάθλιψη ενώ αντίστροφα, περίπου 15% των ασθενών με σοβαρή ΜΚΔ πεθαίνουν τελικά αυτοκτονώντας. Η αναλογία των

αποπειρών έναντι θανάτων απο αυτοκτονία είναι περίπου 5 προς 1 σε ασθενείς με οποιαδήποτε διαταραχή διάθεσης.

Αν και έχουν αναγνωριστεί πολλοί παράγοντες κινδύνου, οι περισσότεροι από αυτούς δεν είναι κλινικά χρήσιμοι. Ένας σημαντικός και χρήσιμος παράγοντας κινδύνου είναι η παρουσία μιας μεικτής καταθλιπτικής κατάστασης (3 ή περισσότερα ταυτόχρονα υπομανιακά συμπτώματα σε ασθενείς με ‘μονοπολική κατάθλιψη’) Αυτή η κλινική εικόνα επικαλύπτεται σε μεγάλο βαθμό με την αγχώδη κατάθλιψη. Άλλοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, τον υψηλό αριθμό προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων, τη συννοσηρότητα άγχους, τις διαταραχές προσωπικότητας, την εξάρτηση από το αλκοόλ, όπως και κοινωνικοδημογραφικοί και ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες όπως η νεαρή ηλικία, το διαζύγιο ή η χηρία και η εμπειρία δυσμενών καταστάσεων ζωής που σχετίζονται με την αύξηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και μεγαλύτερο αριθμό αποπειρών. Αν και οι βιολογικές έρευνες έχουν διερευνήσει μέχρι σήμερα τη σχέση διαφόρων βιολογιών δεικτών με την αυτοκτονικότητα, δεν έχει βρεθεί ένας βιολογικός δείκτης που να διαχωρίζει τις «αυτοκτονικές» με τις «μη αυτοκτονικές» καταθλίψεις.

Εντυπωσιακό είναι το γεγονός πως παρά τη συχνή επαφή με ιατρικές υπηρεσίες πριν τη διάπραξη αυτοκτονίας, μόνο μικρή μειοψηφία των θυμάτων έχει λάβει την κατάλληλη θεραπεία. Αυτό είναι ένα σημαντικό πρόβλημα ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα όπου οι περισσότεροι ασθενείς αναζητούν βοήθεια. Έτσι είναι πιθανή και δυνατή όχι μόνο μια πρώιμη αναγνώριση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς αλλά και μια πρώιμη παρέμβαση που θα μπορούσε να κάνει τη διαφορά.

Πρόσφατα, ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών (FDA) εξέδωσε μια προειδοποίηση που αφορά την χρήση αντικαταθλιπτικών σε παιδιά, εφήβους και πιθανόν σε ανθρώπους όλων των ηλικιακών ομάδων, λόγω επαγόμενης αυτοκτονικότητας (σκέψεις και συμπεριφορές αλλά όχι αυτοκτονία). Υπάρχει σήμερα, μια παρόμοια προειδοποίηση που αφορά τα αντιεπιληπτικά. Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες στην Ολλανδία και στις ΗΠΑ ανέφεραν ότι η μείωση της χρήσης των αντικαταθλιπτικών σε παιδιά, εφήβους και νέους ως συνέπεια της προειδοποίησης αυτής οδήγησε σε αύξηση των αυτοκτονιών. Είναι ωστόσο κοινή πεποίθηση ότι μια από τις πιο επικίνδυνες περιόδους για αυτοκτονία είναι οι πρώτες μέρες που εμφανίζεται το θεραπευτικό αποτέλεσμα, όταν ο ασθενής έχει βελτιωμένη ψυχοκινητικότητα και ενέργεια όμως εξακολουθεί να είναι καταθλιπτικός, οπότε στη φάση αυτή έχει και τα κίνητρα αλλά και τη δυνατότητα να αποπειραθεί να πεθάνει.

10. Διαταραχές της διάθεσης σε παιδιά και εφήβους

Αν και τα βασικά χαρακτηριστικά των διαταραχών της διάθεσης είναι στην ουσία τα ίδια καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωής, παραδοσιακά, τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι θεωρούνται κάπως ξεχωριστοί λόγω των ειδικών χαρακτηριστικών που περιλαμβάνει η φάση της ζωής τους και ο τρόπος που αυτά τα χαρακτηριστικά επηρεάζουν τη συνολική εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών και τη θεραπεία. Επιπρόσθετα, η έναρξη οποιασδήποτε διαταραχής σε πρώιμη ηλικία, θέτει το ερώτημα αν αυτό καθορίζει μια πιο σοβαρή και χρόνια νόσο με φτωχή απόκριση στη θεραπεία.

Φαίνεται πως το αναπτυξιακό στάδιο, μπορεί να επηρεάσει την έκφραση συγκεκριμένων συμπτωμάτων της διάθεσης και γι’ αυτό π.χ. η διάχυτη ανηδονία ή η σημαντική ψυχοκινητική επιβράδυνση συναντώνται σπάνια στα παιδιά με κατάθλιψη ενώ οι ακουστικές ψευδαισθήσεις και τα σωματικά συμπτώματα εμφανίζονται πιο συχνά στα παιδιά προεφηβικής ηλικίας.

Έχει αναφερθεί πως οι επιπτώσεις των διαταραχών διάθεσης στα παιδιά και τους εφήβους, έχουν αυξηθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Οι αναφορές αυτές είναι μάλλον συνεπείς και προτείνουν επίσης πως υπάρχει μια μείωση στην ηλικία έναρξης των διαταραχών διάθεσης. Η γενική εικόνα είναι ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι περίπου 0.3% στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, 0.4–3% για τα παιδιά σχολικής ηλικίας και 0.4–6.4% για τους εφήβους. Ο επιπολασμός της διπολικής διαταραχής είναι 0.2–0.4% στα παιδιά και 1% στους εφήβους. Η έρευνα δείχνει ότι το 40-70% των παιδιών και των εφήβων με διαταραχή της διάθεσης, εμφανίζουν επίσης τουλάχιστον μία συννοσηρή ψυχική διαταραχή. Οι παράγοντες κινδύνου και ο μηχανισμός αιτιοπαθογένεσης για αυτήν την ηλικιακή ομάδα είναι αβέβαιοι.

Σχετικά με την αυτοκτονικότητα και τις σχετικές συμπεριφορές, η απόπειρα αυτοκτονίας είναι 1% στα παιδιά και 1.7–5.9% στους εφήβους, ενώ τα ποσοστά αυτοκτονίας κυμαίνονται από κοντά στο 0 σε παιδιά κάτω της ηλικίας των 10, έως και 18/100,000 σε αγόρια ηλικίας 15-19 ετών. Τα δεδομένα δείχνουν πως κατά την ηλικία των 15-19 ετών, τα ποσοστά των αυτοκτονιών τετραπλασιάστηκαν κατά τη διάρκεια των περασμένων τεσσάρων δεκαετιών παγκοσμίως και ο λόγος του φαινομένου αυτού δεν είναι γνωστός. Δυστυχώς, η αυτοκτονία πλέον είναι η τέταρτη αιτία θανάτου σε παιδιά ηλικίας 10-15 ετών και η τρίτη αιτία θανάτου στους εφήβους και τους νέους ενήλικες ηλικίας 15-25 ετών. Ο τρόπος αυτοκτονίας είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας και αυτός που καθορίζει το αν η απόπειρα θα καταλήξει σε θάνατο. Η μεγάλη πλειοψηφία των αποπειρών αυτοκτονίας των παιδιών και των εφήβων έχουν δυνητικά μικρή πιθανότητα θανάτου, εν μέρει λόγω της περιορισμένης πρόσβασης σε θανατηφόρα υλικά και επειδή δεν έχουν ακόμα επαρκές νοητικό δυναμικό για να σχεδιάσουν μια επιτυχή απόπειρα. Αυτό που είναι μοναδικό σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα είναι η μίμηση αυτοκτονίας και η μετάδοση-επιμόλυνση. Έχει παρατηρηθεί ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά αυξάνεται στους εφήβους μετά από έκθεση σε νέες ιστορίες αυτοκτονίας ιδιαίτερα διασήμων ανθρώπων που υπερπροβάλλονται από τα ΜΜΕ ή το διαδίκτυο ή ακόμα και με την παρακολούθηση μιας ταινίας που περιλαμβάνει την αυτοκτονία ενός εφήβου. Ωστόσο αυτό φαίνεται πως αφορά ευάλωτα άτομα και όχι ολόκληρη την ηλικιακή ομάδα.

Η αιτιοπαθογένεια των διαταραχών διάθεσης στα παιδιά και τους εφήβους δεν είναι καλά κατανοητή. Είναι μια ηλικιακή ομάδα που συνδυάζει αναπτυξιακή ευαλωτότητα με υψηλή νευροπλαστικότητα και δυνατότητα επιδιόρθωσης τυχαίας βλάβης. Γενικά, πιστεύεται πως οι γενετικοί παράγοντες, παίζουν σημαντικό ρόλο, ωστόσο υπάρχουν ασαφή στοιχεία που υποστηρίζουν και το ρόλο περιβαλλοντικών παραγόντων.

Παραδοσιακά, έχει υπάρξει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον στις αλληλεπιδράσεις εντός της οικογένειας και στη σχέση τους με την ανάπτυξη της κατάθλιψης, αλλά οι συνθήκες είναι συνήθως περίπλοκες και πολύ δύσκολο ή και αδύνατο να ερμηνευτούν. Είναι γεγονός ότι οι οικογενειακές συγκρούσεις αναφέρονται πιο συχνά από τους εφήβους, πριν εκδηλώσουν αυτοκτονική συμπεριφορά όμως τα συμπεράσματα είναι δύσκολα. Υπάρχουν διάφορες μελέτες που υποδηλώνουν πως τα παιδιά και οι έφηβοι με κατάθλιψη, μπορεί να έχουν βιώσει περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα ζωής όπως διαπροσωπικές απώλειες, προβλήματα σχέσεων, διαζύγιο γονέων, πένθος, σωματική κακοποίηση και αυτοκτονία στο περιβάλλον τους.

Η κλινική κατάθλιψη σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, παρουσιάζει τα ίδια βασικά χαρακτηριστικά που εμφανίζονται στους ενηλίκους. Μερικές μικρές διαφορές είναι η παρουσία πιο συχνά ευερέθιστης από ότι καταθλιπτικής διάθεσης και αποτυχία επίτευξης αναμενόμενης αύξησης βάρους αντί για απώλεια βάρους. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, συχνά χάνουν το χαμόγελο τους, δείχνουν απάθεια απέναντι στο παιχνίδι, επιδεικνύουν έλλειψη εμπλοκής σε όλες τις δραστηριότητες, κάνουν

σωματικά παράπονα και επιδεικνύουν σωματική βία, ενώ για τα παιδιά σχολικής ηλικίας, η μειωμένη σχολική επίδοση, η αυξημένη ευερεθιστότητα, οι καβγάδες ή οι λογομαχίες και η αποφυγή των συνομιλικών μπορεί να είναι σημάδια της καταθλιψης. Η επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους και η σχολική άρνηση, δεν είναι ασυνήθιστα στα καταθλιπτικά παιδιά.

Η μετάβαση από τη μονοπολική κατάθλιψη στη διπολική διαταραχή είναι σημαντικά υψηλότερη στα παιδιά απ'ότι στους ενήλικες και φτάνει το 32% μέσα σε διάστημα 5 ετών. Επίσης, αναφέρεται πως η μανία στα παιδιά μπορεί να είναι παρούσα ως ένα χρόνιο μοτίβο αντί ως ένα επεισόδιο, με μεικτά και ταχεία εναλλασσόμενα χαρακτηριστικά αντί των κλασικών εκδηλώσεων. Η συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές είναι υψηλή. Αυτό υποδεικνύει ότι η έναρξη της διπολικής διαταραχής στην παιδική ηλικία είναι πιο σοβαρή μορφή της νόσου και σχετικά ανθεκτική στη θεραπεία. Οι κύριες διαταραχές από τις οποίες πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί είναι η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας και η διασπαστική διαταραχή συμπεριφοράς.

Οι ψυχολογικές θεραπείες των παιδιών και των εφήβων με διαταραχές της διάθεσης είναι παρόμοιες με αυτές των ενηλίκων. Αντίθετα υπάρχει σημαντική διαφωνία σε σχέση με τη φαρμακοθεραπεία. Δεν υπάρχουν διπλά-τυφλές μελέτες και φαίνεται πως αυτές οι ηλικιακές ομάδες είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην επαγόμενη από τα αντικαταθλιπτικά αυτοκτονικότητα.

11. Διαταραχές της διάθεσης στην τρίτη ηλικία

Η παγκόσμια τάση είναι τόσο η αύξηση των απόλυτων αριθμών όσο και η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό. Αυτό φυσικά, οδηγεί στην αύξηση και του αριθμού των γηριατρικών ψυχιατρικών ασθενών και μια μετατόπιση του βάρους των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης προς τις μεγαλύτερες ηλικίες. Φυσικά, οι γηριατρικοί ψυχικά ασθενείς παρουσιάζουν πολλαπλές προκλήσεις τόσο σε διαγνωστικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο.

Ο επιπολασμός της ΜΚΔ εκτιμάται πως είναι 2% στο γενικό πληθυσμό άνω των 65 ετών, και φτάνει το 15% μαζί με αυτούς που έχουν κάποιο άλλο είδος διαταραχής της διάθεσης. Έχει παρατηρηθεί ότι το 25-40% των ασθενών που νοσηλεύονται στο γενικό νοσοκομείο έχει κάποια υπο-ουδική κατάθλιψη. Στην κοινότητα το πιθανότερο ποσοστό ηλικιωμένων ασθενών με ΜΚΔ είναι περίπου 12%, με ένα επιπρόσθετο 30% να εκδηλώνει ηπιότερης μορφής καταθλιπτικά συμπτώματα.

Η αναγνώριση των γηριατρικών ασθενών με διαταραχές της διάθεσης (με όψιμη έναρξη της διαταραχής διάθεσης) είναι πτωχή με λιγότερο από το 50% των νοσηλευόμενων ασθενών με κατάθλιψη στη γενική ιατρική πρακτική παραπέμπονται σε έναν ψυχίατρο ενώ λιγότερο από το 20% λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία. Ταυτόχρονα, οι ηλικιωμένοι ασθενείς με κατάθλιψη, έχουν μέχρι 1.5-3 φορές υψηλότερη συννοσηρότητα, και ο κίνδυνος αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της ζωής φτάνει στο 15% στην ηλικιακή ομάδα αυτή, περίπου με το ένα δέκατο αυτών (1,5%) να πεθαίνει ετησίως. Η αναλογία των ανδρών και γυναικών με ΜΚΔ παραμένει σταθερή σε όλο το φάσμα της ηλικίας και είναι υψηλότερη στις ηλικιωμένες γυναίκες.

Οι ασθενείς με όψιμη έναρξη της διαταραχής διάθεσης, είναι λιγότερο πιθανό να έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό διαταραχών της διάθεσης σε σύγκριση με νεώτερους ασθενείς και είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίζουν δομικές αλλαγές του εγκεφάλου. Νευροαπεικονιστικές μελέτες έχουν εντοπίσει ποικιλία μορφολογικών διαταραχών που διαφοροποιούν καθαρά την κατάθλιψη που

εμφανίζεται σε μεγάλη ηλικία από την κατάθλιψη που εμφανίζεται στους νέους, και υποδηλώνουν ξεκάθαρα μία σχέση με την αυξανόμενη βαρύτητα της υποφλοιώδους αγγειακής νόσου (αγγειακή εγκεφαλοπάθεια) και τη σοβαρότερη έκπτωση της νευρογνωσιακής επίδοσης. Ακόμη, η κατάθλιψη είναι πιο συχνή και πιο σοβαρή σε ασθενείς με αγγειακή άνοια.

Ποικίλες μελέτες της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους αναφέρουν πως η διάθεση τους είναι πιο συχνά ευερέθιστη παρά καταθλιπτική. Επίσης εμφανίζονται πιο συχνά σημεία και συμπτώματα όπως η απώλεια βάρους, οι ιδέες ενοχής, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, τα μελαγχολικά χαρακτηριστικά, υποχονδρίαση και ψυχωτικά στοιχεία. Πολλοί από τους ασθενείς, εκδηλώνουν έναν τύπο συμπεριφοράς που χαρακτηρίζεται ως «παθητική» ή «αυτό-επιθετικότητα». Αρνούνται να σηκωθούν από το κρεβάτι, να φάνε, να πλυθούν ή να μιλήσουν. Επίσης κρύβουν σημαντικές πληροφορίες που αφορούν σοβαρές σωματικές νόσους οι οποίες έτσι μένουν αθεράπευτες.

Τα σωματικά συμπτώματα είναι δύσκολο να εκτιμηθούν σωστά από ιατρικής πλευράς και οι θεράποντες θα πρέπει να αποφεύγουν να τα αποδίδουν εύκολα σε μια υποβόσκουσα ψυχική διαταραχή. Είναι πολύ πιθανό, ο ασθενής να ταλανίζεται από μια πραγματική σωματική διαταραχή ακόμη και αν είναι δύσκολο να διαγνωσθεί από τους γιατρούς. Από την άλλη πλευρά, είναι φανερό πως οι ηλικιωμένοι ασθενείς με κατάθλιψη εκδηλώνουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα σε σχέση με τους νεαρότερους σε ηλικία ασθενείς. Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια της «συγκεκαλυμμένης κατάθλιψης» ήταν πολύ δημοφιλής στο παρελθόν αλλά σήμερα δεν είναι αποδεκτή από τα ταξινομικά συστήματα. Τα ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ της κατάθλιψης και των σωματικών νόσων ποικίλουν από 6% έως 45%. Η μεγάλη αυτή απόκλιση αντανακλά εν μέρει και τη δυσκολία να εφαρμοστούν τα κριτήρια για την διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με γενικευμένα προβλήματα υγείας. Η σοβαρότητα των ιατρικών νόσων, η νευρογνωσιακή επιβράδυνση, η σωματική αναπηρία και τα συμπτώματα πόνου μαζί με άλλα σωματικά συμπτώματα, φαίνεται να είναι σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες της κατάθλιψης, ισχυρότεροι από την ειδική ιατρική διάγνωση.

Περίπου το 38-58% των ηλικιωμένων που έχουν ΜΚΔ πληρούν επίσης τα κριτήρια για κάποια αγχώδη διαταραχή και η παρουσία άγχους στους ηλικιωμένους πρέπει να θεωρείται ως σημάδι της κατάθλιψης ακόμη και αν στερούνται αυθεντικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Στα ηλικιωμένα άτομα, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα συνύπαρξης κατάθλιψης και άνοιας ή κάποιου άλλου τύπου «οργανικής» νευρογνωσιακής διαταραχής. Το σύνδρομο της «ψευδοάνοιας» έχει περιγραφεί και ο όρος αναφέρεται στην εκδήλωση ανοικών συμπτωμάτων τα οποία οφείλονται αποκλειστικά και μόνον στην κατάθλιψη και εξαφανίζονται μετά από επιτυχημένη αντικαταθλιπτική θεραπεία. Έχει περιγραφεί επίσης όψιμη εμφάνιση διπολικότητας σε έδαφος αρχόμενης άνοιας.

Η αυτοκτονία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι άνδρες είναι πιο πιθανό να αυτοκτονήσουν απ' ό,τι οι ηλικιωμένες γυναίκες. Η συνύπαρξη μιας σοβαρής σωματικής νόσου όπως η νεφρική ανεπάρκεια ή ο καρκίνος αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για μια καλά οργανωμένη απόπειρα αυτοκτονίας. Άλλοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση συνήθως ως συνέπεια πένθους. Η αποτυχία ακολούθησης των ιατρικών συμβουλών σε σοβαρές γενικές ιατρικές καταστάσεις θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως τρόπος «παθητικής αυτοκτονίας». Από την άλλη πλευρά, τα «ενεργητικά» σχέδια αυτοκτονίας δεν είναι συχνά, ακόμη και σε βαριά ασθενείς. Υπάρχει πιθανότητα οξείας εμφάνισης αυτοκτονικών σχεδίων (μετά από κάποιο οξύ

περιστατικό που αφορά την γενική υγεία, π.χ εγκεφαλικό επεισόδιο ή καρδιακή προσβολή).

Βιβλιογραφία

1. Akiskal HS, Pinto O: The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am* 22:517-534, vii, 1999.
2. Alexopoulos G: Anxiety and Depression in the Elderly, in *Anxiety in the Elderly: Treatment and Research*. Edited by Salzman C, Lebowitz B. New York, Springer Publishing Company, 1991, pp. 63-74.
3. Alexopoulos G, Meyers B, Young R, et al.: The Course of Geriatric Depression with Reversible Dementia: A controlled Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 150:1693-1699, 1993.
4. Badawi MA, Eaton WW, Myllyluoma J, et al.: Psychopathology and attrition in the Baltimore ECA 15-year follow-up 1981-1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34:91-98, 1999.
5. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al.: A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 125:355-373, 1974.
6. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT: Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1543-1551, 1997.
7. Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al.: Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord*, 2006.
8. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, et al.: The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 151:979-986, 1994.
9. Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al.: Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:509-517, 1993.
10. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al.: Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301:386-389, 2003.
11. Eaton WW, Kramer M, Anthony JC, et al.: The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatr Scand* 79:163-178, 1989.
12. Evans D, Golden R: The Dexamethasone Suppression Test: A Review, in *Handbook of Clinical Psychoneuroendocrinology*. Edited by Nemeroff C, Loosen P. New York, John Wiley and Sons, 1987, pp. 313-335.
13. Fountoulakis KN, O' Hara R, Iacovides A, et al.: Unipolar late-onset depression: A comprehensive review. *Ann Gen Hospital Psychiatry* 2, 2003.
14. Fountoulakis KN, Iacovides A, Kaprinis S, et al.: Life events and clinical subtypes of major depression: a cross-sectional study. *Psychiatry Res* 143:235-244, 2006.
15. Fountoulakis KN, Giannakopoulos P, Kovari E, et al.: Assessing the role of cingulate cortex in bipolar disorder: Neuropathological, structural and functional imaging data. *Brain Res Rev* 59:9-21, 2008.

16. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, et al.: Early Evidence on the Effects of Regulators' Suicidality Warnings on SSRI Prescriptions and Suicide in Children and Adolescents. *Am J Psychiatry* 164:1356-1363, 2007.
17. Gould MS, Shaffer D: The impact of suicide in television movies. Evidence of imitation. *N Engl J Med* 315:690-694, 1986.
18. Harkness K, Luther J: Clinical risk factors for the generation of life events in major depression. *Journal of Abnormal Psychology* 110:564-572, 2001.
19. Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, et al.: Suicide in major depression. *Am J Psychiatry* 151:530-536, 1994.
20. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, et al.: A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 55:694-700, 1998.
21. Judd LL, Akiskal HS: The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord* 73:123-131, 2003.
22. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO: Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. *Am J Psychiatry* 157:1243-1251, 2000.
23. Kessler R, McGonagle K, Swartz M, et al.: Sex and depression in the National Comorbidity Survey 1: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 29:85, 1993.
24. Kupfer DJ: REM latency: a psychobiologic marker for primary depressive disease. *Biol Psychiatry* 11:159-174, 1976.
25. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, et al.: A comparison of selected risk factors for unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia from a danish population-based cohort. *J Clin Psychiatry* 68:1673-1681, 2007.
26. Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, et al.: Risk of switch in mood polarity to hypomania or mania in patients with bipolar depression during acute and continuation trials of venlafaxine, sertraline, and bupropion as adjuncts to mood stabilizers. *Am J Psychiatry* 163:232-239, 2006.
27. Lloyd C, Miller PM: The relationship of parental style to depression and self-esteem in adulthood. *J Nerv Ment Dis* 185:655-663, 1997.
28. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL: Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 159:909-916, 2002.
29. Lyness J, Conwell Y, Nelson J: Suicide Attempts in Elderly Psychiatric Inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society* 40:320-324, 1992.
30. Nazroo JY, Edwards AC, Brown GW: Gender differences in the onset of depression following a shared life event: a study of couples. *Psychol Med* 27:9-19, 1997.
31. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS: The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull* 115:424-443, 1994.
32. Paykel E, Rao B, Taylor C: Life stress and symptom pattern in out-patient depression. *Psychological Medicine* 14:559-568, 1984.
33. Rihmer Z: Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 20:17-22, 2007.
34. Thase ME: Recognition and diagnosis of atypical depression. *J Clin Psychiatry* 68 Suppl 8:11-16, 2007.

35. World Health Organization: International Classification of Diseases, Diagnostic Criteria for Research, ICD-10. Geneva 1993
36. Winokur G, Turvey C, Akiskal H, et al.: Alcoholism and drug abuse in three groups--bipolar I, unipolars and their acquaintances. *J Affect Disord* 50:81-89, 1998.