

## Διαταραχές της Διάθεσης

### (ή Συναισθηματικές Διαταραχές)

Οί Διαταραχές της Διάθεσης (ή Συναισθηματικές Διαταραχές) είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood) είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Διακρίνουμε τη διάθεση ή συναισθηματική διάθεση από το συναίσθημα (a), που αποτελεί την εξωτερική έκφραση της. Και καθώς η εξωτερική έκφραση ενός καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν είναι πάντα καταθλιπτική ή ευφορική, πιο σωστά οί Συναισθηματικές Διαταραχές περιγράφονται σαν Διαταραχές της Διάθεσης,.

Όλοι μας γνωρίζουμε τι θα πει καταθλιπτική ή ευφορική διάθεση. Όλοι μας έχουμε περάσει από περιόδους απογοήτευσης ή ικανοποίησης .που επηρέασαν τη διάθεση μας προς τη μια ή την άλλη πλευρά.

Πώς ξεχωρίζει, λοιπόν, κανείς μια «φυσιολογική» διάθεση από μια «παθολογική»; Οπωσδήποτε, δεν είναι τόσο εύκολο, ούτε τόσο απόλυτο . Παρ' όλα αυτά μπορούμε να πούμε ότι όσο πιο έντονη και παρατεταμένη η συναισθηματική διάθεση της κατάθλιψης ή της έξαρσης, όσο πιο πολλά και έντονα τα φυτικά συμπτώματα - αύπνία, ανορεξία, απώλεια της ενεργητικότητας, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido ), ψυχοκινητική επιβράδυνση κτλ., όσο μεγαλύτερη η έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας ή εφόσον υπάρχουν διαταραχή της πραγματικότητας (με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.) ή αυτοκτονικές ή ανθρωποκτονικές τάσεις, τόσο η κατάσταση που πάμε να διαγνώσουμε τείνει προς την παθολογική πλευρά.

### **Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης (Καταθλιπτικών και Διπολικών)**

Όπως για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές ή σύνδρομα έτσι και για τις διαταραχές της διάθεσης δεν έχει, φυσικά, απομονωθεί ένας και μοναδικός ή συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Η έρευνα που έγινε και συνεχίζει να γίνεται απλά προτείνει ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων που φαίνεται να *συμβάλλουν* στην ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης. Οί παράγοντες αυτοί μπορεί να ομαδοποιηθούν σε *γενετικούς*, σε *ψυχοκοινωνικούς* και σε *νευροβιολογικούς*. Και, καθώς το οικογενειακό ιστορικό ασθενών με μονοπολική ή διπολική διαταραχή μας δείχνει ότι οί συγγενείς τους έχουν αυξημένη συχνότητα της αντίστοιχης διαταραχής, αλλά και σχετικά αυξημένη συχνότητα της άλλης, καθώς οί έρευνες των νευροδιαβιβαστών δείχνουν ότι υπάρχουν ανάλογες διαταραχές νευροδιαβίβασης π.χ. στην κατάθλιψη και

στους μονοπολικούς και στους διπολικούς ασθενείς κ.ο.κ., αποφασίσαμε να αναφερθούμε στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης -μονοπολικών και διπολικών - μαζί.

## Γενετικοί παράγοντες

Η συμβολή των γενετικών παραγόντων στις διαταραχές της διάθεσης φαίνεται από τα αποτελέσματα μελετών σε οικογένειες, σε διδύμους και σε υιοθετημένα άτομα και από τις έρευνες της μοριακής βιολογίας.

Μελέτες **διδύμων** έχουν δείξει σχέση μονοζυγωτών προς διζυγώτες κατά μέσο όρο περίπου 4:1 (65-14), δηλαδή, αν ένας μονοζυγώτης δίδυμος έχει διαταραχή της διάθεσης, είναι τέσσερις φορές πιθανότερο να έχει και ο άλλος απ' ό,τι αν είναι διζυγώτης.

Μελέτες **υιοθετημένων** ατόμων επίσης υποστηρίζουν τη γενετική συμμετοχή στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης.

Από την πλευρά της **μοριακής βιολογίας**, θεωρήθηκε ότι απομονώθηκε ένα γονίδιο στο βραχύ σκέλος του χρωμοσώματος 11, που συνδέεται με την εμφάνιση Διπολικής Διαταραχής σε μια μεγάλη οικογένεια Amish. Το εύρημα αυτό, όμως, δεν διασφαλίστηκε σε κατοπινές επαναλύσεις των στοιχείων. Σε άλλες μελέτες, πάλι, έχει αναφερθεί σύνδεση της Διπολικής Διαταραχής με το χρωμόσωμα X. Είναι πιθανό λοιπόν να υπάρχει σύνδεση διαφορετικών μορφών Διπολικής Διαταραχής με διαφορετικά χρωμοσώματα.

## Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες ανήκουν τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και οι ψυχολογικοί παράγοντες.

Στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Μολονότι μεθοδολογικά επαρκείς έρευνες για την αιτιολογική συμβολή των παραγόντων αυτών είναι δύσκολο να υπάρξουν, εντούτοις φαίνεται ότι οπωσδήποτε η συμμετοχή τους στην πρόκληση διαταραχών της διάθεσης είναι δεδομένη.

Ψυχολογικοί παράγοντες. Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα (ή στοιχεία προσωπικότητας) ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προδιαθέτει ή προκαλεί την κατάθλιψη ή την έξαρση.

Ιδιαίτερα, όσον αφορά τις *ψυχοδυναμικές θεωρίες* της κατάθλιψης, η βιβλιογραφία είναι τεράστια. Κατά ορισμένους θεωρητικούς, τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Κατά άλλους, η κατάθλιψη είναι θυμός ή επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του εαυτού. Άλλοι υποστηρίζουν ότι αστάθεια και

ανασφάλεια στη βρεφονηπιακή ηλικία, που προέρχεται από διαταραγμένη σχέση μητέρας-παιδιού, δημιουργούν το υπόστρωμα για ευαισθησία και ευαλωτότητα σε αποχωρισμούς αργότερα, που οδηγούν σε κατάθλιψη. Η *διαπροσωπική απώλεια* έχει τονισθεί ιδιαίτερα από τον Freud και τους οπαδούς του, που σημείωσαν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος (που είναι φυσιολογική αντίδραση) και την κατάθλιψη που ακολουθεί την απώλεια είτε ενός αγαπημένου ατόμου είτε κάποιας σημαντικής για το άτομο διάστασης (π.χ. θάνατος αγαπημένου ατόμου, απώλεια εργασίας, χωρισμός από αγαπημένο άτομο κτλ.). Έρευνες ήδη έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης σε άτομα που έχασαν κάποιο γονιό στην παιδική τους ηλικία - κατά πάσα πιθανότητα λόγω αυξημένης ευαισθησίας σε διαπροσωπικές απώλειες αργότερα. Η *γνωστική θεωρία* της κατάθλιψης, βέβαια, απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την κατάθλιψη σε αρνητική, λαθεμένη, εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον

Όσον αφορά τη μανία, ψυχοδυναμικά θεωρείται ότι είναι άμυνα (= άρνηση) του ατόμου σε υποκείμενη κατάθλιψη.

### **Νευροβιολογικοί παράγοντες**

Οί νευροβιολογικές μελέτες των διαταραχών της διάθεσης ακολούθησαν τέσσερις κυρίως μεγάλες περιοχές έρευνας: τις διαταραχές της νευροδιαβίβασης, τις διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας (ιδιαίτερα του ύπνου), τις διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας και την νευροαπεικόνιση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου.

Διαταραχές της νευροδιαβίβασης. Και στην περίπτωση των διαταραχών της διάθεσης, όπως και στη σχιζοφρένεια, η προσοχή εστιάσθηκε στους νευροδιαβιβαστές, δηλ. στις χημικές ουσίες που μεταβιβάζουν τη νευρική διέγερση από τον ένα νευρώνα στον άλλο στον εγκέφαλο και ιδιαίτερα στη νορεπινεφρίνη, στη σεροτονίνη, στην ακετυλοχολίνη, στη ντοπαμίνη και στο γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA).

*Η υπόθεση της κατεχολαμίνης*, που διερευνήθηκε ευρύτατα, είχε προτείνει ότι η κατάθλιψη προκαλείται από ανεπάρκεια νορεπινεφρίνης στις νευρικές συνάψεις του εγκεφάλου. Βασίσθηκε, κυρίως, στους μηχανισμούς δράσης των αντικαταθλιπτικών: π.χ. είναι γνωστό ότι η ιμιπραμίνη δρα αυξάνοντας την ποσότητα της νορεπινεφρίνης επειδή εμποδίζει την επαναπρόσληψή της ή ότι οί αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (MAO) επίσης αυξάνουν την ποσότητα της νορεπινεφρίνης επειδή εμποδίζουν τη διάσπαση της νορεπινεφρίνης από τη MAO. Επίσης, ορισμένες μελέτες βρήκαν σε καταθλιπτικούς ασθενείς (ίσως περισσότερο σε διπολικούς καταθλιπτικούς απ' ό,τι σε μονοπολικούς) ελάττωση του μεταβολίτη της νορεπινεφρίνης 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλγλυκόλη (MHPO) στα ούρα.

Προοδευτικά, η υπόθεση της κατεχολαμίνης διευρύνθηκε με τη διερεύνηση και άλλων κατεχολαμινών και αμινοξέων που συμμετέχουν στη νευροδιαβίβαση.

Έτσι, θεωρήθηκε ότι σε ορισμένους καταθλιπτικούς ασθενείς υπάρχει ανεπάρκεια σεροτονίνης, με βάση τη δράση και πάλι ορισμένων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που δεσμεύουν την επαναπρόσληψή της σεροτονίνης (π.χ. φλουοξετίνη) και επίσης την ανεύρεση ελαττωμένης ποσότητας του μεταβολίτη της σεροτονίνης 5-υδροξυινδολεοξικό οξύ (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ορισμένων βαριά καταθλιπτικών ασθενών καθώς και ελαττωμένων αριθμών 5-HT<sub>2</sub> υποδοχέων στους εγκεφάλους ατόμων που αυτοκτόνησαν.

Ανάλογες προτάσεις υπήρξαν και για το σύστημα ακετυλοχολίνης, για το GABA ΒΑ κτλ., όπως υπάρχουν και μελέτες των υποδοχέων των νευροδιαβιβαστών (παρόμοιες με της σχιζοφρένειας - βλ. σχετικά), χωρίς τελικά να μπορούν να εξηγήσουν ικανοποιητικά τον μηχανισμό της κατάθλιψης. Ίσως, αν όλες οι προτάσεις και μελέτες συντεθούν σε επίπεδο αλληλεπίδρασης των διαφόρων νευροδιαβιβαστών. όπως πρεσβεύουν νεότερες θεωρίες, μπορεί να υπάρξει καλύτερη εξήγηση του μηχανισμού της κατάθλιψης.

Καθώς, πάντως, πολλοί ασθενείς που είναι κλινικά καταθλιπτικοί δεν παρουσιάζουν κάποια ανιχνεύσιμη ανεπάρκεια νευροδιαβιβαστών, ούτε απαντούν οπωσδήποτε σε θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, η υπόθεση της διαταραχής της νευροδιαβίβασης δεν φθάνει για να εξηγήσει όλα τα καταθλιπτικά σύνδρομα.

Σημειώνουμε, ότι διαταραχές της νευροδιαβίβασης προτείνονται αιτιολογικά και για τα μανιακά επεισόδια με βάση τη μελέτη των μεταβολιτών των νευροδιαβιβαστών, της λειτουργίας των υποδοχέων, της δράσης των φαρμάκων κτλ.

### **Διαταραχές της Νευροφυσιολογικής Λειτουργίας.**

Και αυτές οι διαταραχές μελετήθηκαν εκτενώς σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης. Τα περισσότερα στοιχεία αφορούν τη χρήση του *HEG ύπνου* (που είναι μέρος της «πολυπνογραφίας» βλ. Εργαστηριακές Εξετάσεις στην Ψυχιατρική) και δείχνουν ότι σε μεγάλο αριθμό καταθλιπτικών και μανιακών ασθενών υπάρχουν διάφορες ανωμαλίες στο HEG που παίρνεται κατά τον ύπνο των ασθενών αυτών. Τα πιο συχνά «πολυπνογραφικά» ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς είναι: 1) διαταραχές της συνέχειας του ύπνου, όπως αύξηση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον ύπνο, αύξηση των ενδιάμεσων ξυπνημάτων και ξύπνημα νωρίς το πρωί 2) ελάττωση των σταδίων 3 και 4 NREM (Non Rapid Eye Movement) του ύπνου δηλ. του «βαθέως ύπνου» (ή ύπνου των βραδέων κυμάτων ή ύπνου δ) και μετακίνηση της δραστηριότητας των βραδέων κυμάτων μακριά από την πρώτη NREM περίοδο 3) ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον REM (Rapid Eye Movement) ύπνο (δηλ. βράχυνση της διάρκειας της πρώτης NREM περιόδου) 4) αύξηση της REM δραστηριότητας δηλ. του αριθμού των γρήγορων κινήσεων του οφθαλμού και 5) αύξηση της διάρκειας («πυκνότητας») του REM ύπνου

στην αρχή της νύχτας. Όλα τα παραπάνω συμπίπτουν με τα χαρακτηριστικά του διαταραγμένου ύπνου των καταθλιπτικών: όπως είναι γνωστό, οί καταθλιπτικοί δεν κοιμούνται βαθιά ή αρκετά και έχουν ανήσυχο ύπνο με άσχημα όνειρα και εφιάλτες.

Τα ευρήματα αυτά στο ΗΕΓ ύπνου ανευρίσκονται στο 40%-60% των εξωτερικών ασθενών και στο 90% των νοσηλευόμενων ασθενών με Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Μερικά από τα ευρήματα αυτά υπάρχουν και στο 25%-50% ενηλίκων ασθενών με Δυσθυμική Διαταραχή.

### **Διαταραχές της Νευροενδοκρινικής Λειτουργίας.**

Οί λειτουργίες του υποθαλάμου, της υπόφυσης, του φλοιού των επινεφριδίων, του θυρεοειδούς και άλλων ενδοκρινών αδένων έχουν μελετηθεί για την ανεύρεση αιτιολογικών συσχετίσεων με τις διαταραχές της διάθεσης. Ο υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδικός (ΥΥΕ) άξονας κίνησε ιδιαίτερα το ενδιαφέρον των ερευνητών, ύστερα από το εμπειρικό εύρημα ότι ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς δεν μπορούν να καταστείλουν την παραγωγή κορτιζόλης από τον επινεφριδικό φλοιό, όταν τους χορηγηθεί δοσολογία δεξαμεθαζόνης αρκετή για να καταστείλει την παραγωγή κορτιζόλης σε φυσιολογικά άτομα. Η υπερκορτιζολαιμία είναι ένα από τα σταθερά ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς και έτσι θεωρήθηκε ότι η *Δοκιμασία Καταστολής με Δεξαμεθαζόνη* (DST Dexamethasone Suppression Test), που μετρά την ικανότητα για καταστολή της παραγωγής κορτιζόλης, θα ήταν ένα ειδικό τεστ για τη διάγνωση της κατάθλιψης και ένα εργαλείο για τη διερεύνηση της νευροενδοκρινικής λειτουργίας του ΥΥΕ άξονα στην κατάθλιψη. Δυστυχώς, όμως αποδείχτηκε ότι η μη καταστολή συμβαίνει και σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές εκτός από την κατάθλιψη, όπως σε ψυχογενή ανορεξία, σε άνοια και σε κατάχρηση ουσιών.

Μολονότι η DST δεν χρησιμοποιείται πια ευρέως, εντούτοις η νευροενδοκρινική έρευνα συνεχίζεται, καθώς η ανεύρεση πιθανών δυσλειτουργιών ιδιαίτερα στον υποθάλαμο είναι συμβατή και με τη δυσλειτουργία στα συστήματα νευροδιαβίβασης που αναφέραμε προηγούμενα (η λειτουργία του υποθαλάμου ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από κατεχολαμίνες).

Όσον αφορά τις νευροαπεικονιστικές τεχνικές, η αξονική τομογραφία ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο έχει δείξει ότι βλάβες του προσθίου αριστερού ημισφαιρίου μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία, ενώ βλάβες του δεξιού λοβού είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν ευφορία η PET ενισχύει τα παραπάνω, καθώς η πρόκληση δυσφορίας σε φυσιολογικά άτομα ή η κατάθλιψη σε καταθλιπτικά άτομα συνδέονται με διαταραχή του μεταβολισμού στις αριστερές μετωπιαίες περιοχές η μαγνητική τομογραφία δείχνει

σταθερά τόσο σε διπολικούς όσο και σε μονοπολικούς ασθενείς ένα αυξημένο αριθμό εστιακών πυκνοτήτων στη λευκή ουσία κ.ο.κ.

Υπάρχουν βέβαια και άλλα ερευνητικά πεδία για τη νευροβιολογία των διαταραχών της διάθεσης, όπως τα προκλητά δυναμικά, το φαινόμενο kindling , το ΗΕΓ ημέρας κ.ά.

Επιστρέφοντας, λοιπόν, στα αρχικά μας σχόλια για την αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης, θα πρέπει και πάλι να πούμε ότι κατά πάσα πιθανότητα διάφοροι παράγοντες γενετικοί, ψυχοκοινωνικοί και νευροβιολογικοί διαπλέκονται και προκαλούν την εκδήλωση μιας διαταραχής της διάθεσης. Έτσι, π.χ. μπορούμε να υποθέσουμε ότι μια σειρά στρεσογόνων γεγονότων της ζωής μπορεί να προκαλέσει μια βιολογική αντίδραση όπως είναι μια υπερέκκριση κορτιζόλης, που εφόσον αρχίσει είναι δύσκολο να σταματήσει και που μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει ένα καταθλιπτικό σύνδρομο, το οποίο έτσι έχει αιτία και ψυχοκοινωνική και βιολογική. Και επιπλέον θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι ένας γενετικός παράγοντας, που μπορεί να μεταβιβάζεται στα άτομα μιας οικογένειας, μπορεί να είναι η τάση τους να είναι νευροβιολογικά υπερευαίσθητα στο ψυχοκοινωνικό στρες. Τέτοιου είδους - και οπωσδήποτε πολυπλοκότερα - πολυπαραγοντικά μοντέλα μπορεί να προσεγγίσουν ίσως τελικά την αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης.

## **ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Ύστερα από την έντονη ενασχόληση με το άγχος κατά το πρώτο μισό αυτού του αιώνα, στο δεύτερο μισό του η έντονη ενασχόληση είναι με την κατάθλιψη (ίσως από την απογοήτευση που συσσωρεύσε ο πρώτος μισός;). Ιδιαίτερα στην ιατρική, η κατάθλιψη με την ποικιλία των συμπτωμάτων της φαίνεται να είναι πανταχού παρούσα, γι' αυτό και οί γιατροί αλλά και οί συγγενείς προς αυτούς επιστήμονες πρέπει να μπορούν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της. Σημειώνουμε από την αρχή, ότι σε ένα καταθλιπτικό ασθενή μπορεί να μην είναι η καταθλιπτική διάθεση πάντα εμφανής ή ακόμα και παρούσα (μολονότι φυσικά είναι η πιο συχνή εμπειρία) και άλλα συμπτώματα, π.χ. από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, τη σκέψη κτλ. να μας οδηγήσουν στην διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία. Ποια είναι λοιπόν τα συμπτώματα της κατάθλιψης;

### **Συμπτώματα**

### **Συναίσθημα**

### **Καταθλιπτική διάθεση**



Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεση του σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κτλ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Συχνά είναι έτσι και τα εύκολα κλάματα. Μπορεί όμως το άτομο να περιγράψει τη διάθεση του και με λόγια όπως «δεν με νοιάζει πια» ή μπορεί ακόμη να μας λέει ότι δεν νιώθει θλίψη. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα συχνό σε παιδιά, που όμως δείχνουν την κατάθλιψη στο πρόσωπο τους. Όπως, ήδη τονίσαμε, ψάχνουμε και για άλλα συμπτώματα πέρα από την καταθλιπτική διάθεση, σε άτομα που δεν την παρουσιάζουν αλλά πιστεύουμε ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης, όπως στη συνέντευξη με κάποιο σχιζοφρενικό ασθενή που δεν έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα η αίσθηση παράξενου στον κλινικό εξεταστή μπορεί να βοηθήσει, έτσι και στην επικοινωνία με καταθλιπτικό ασθενή, ο εξεταστής μπορεί να νιώσει θλίψη, πολλές φορές αφόρητη, ενώ ο ασθενής δεν αναφέρει θλίψη.

### **Ανηδονία**

Απώλεια της ευχαρίστησης (= ανηδονία) σε δραστηριότητες που προηγουμένα ήταν ευχάριστες αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό.

Η οικογένεια του μπορεί όμως να το έχει προσέξει.

Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, το σεξ, τα χόμπι, τα σπορ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Ανάλογη προς την ανηδονία είναι και η απώλεια ενδιαφέροντος σε διάφορες δραστηριότητες (βλ. παρακάτω στην Κινητοποίηση).

### **Άγχος**

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικειμένου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κτλ. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή.

### **Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα**

Συχνή είναι η παρουσία συμπτωμάτων από το φυτικό νευρικό σύστημα. Η αναγνώριση τους είναι σημαντική τόσο για τη διάγνωση, όσο και για τη θεραπεία της κατάθλιψης.

### ***Διαταραχή τον ύπνου***

Οί περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, συνήθως αϋπνία, μερικές φορές και υπερυπνία (ιδιαίτερα παιδιά, νεαρά άτομα και ασθενείς με Διπολική Διαταραχή). Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία) και σε *αφύπνιση νωρίς το πρωί* (τελική αϋπνία), που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις τέσσερις, πέντε ή έξι το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.

### ***Διαταραχή της όρεξης***

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους. Η *απώλεια βάρους* μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Λιγότερο συχνή είναι η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους - ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες και σε άτομα με Διπολική Διαταραχή.

### ***Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)***

Συχνό παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη η ζωτικότητα ή ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο, μπορεί να παρακολουθεί τις *ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης*, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση-εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δύο καθώς προχωρά η ημέρα.

### ***Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)***

Συχνή είναι η ελάττωση της libido, που ιδιαίτερα στους άντρες, καθώς μπορεί να εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, τραυματίζει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους.

### ***Ψυχοκινητική επιβράδυνση***

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οί απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονολεκτικές, ο λόγος γίνεται μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οί κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φθάσει να μοιάζει την κατατονία.



## **Ψυχοκινητική διέγερση**

Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς - ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα - παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση αντί για επιβράδυνση. Έτσι οί ασθενείς αυτοί βηματίζουν πάνω κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν.

## **Κινητοποίηση**

### **Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες**

Οί καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κτλ. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα-διάθεση να εκτελέσει συνηθισμένες ασχολίες.

### **Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας**

Χαρακτηριστικά το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμη και απλά καθήκοντα - μέχρι και το πώς να φροντίσει την εμφάνιση του και την υγιεινή του. Επίσης, νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον ή για την κατάσταση του.

### **Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας**

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει.

## **Σκέψη-Αντίληψη**

### **Αισθήματα — σκέψεις ενοχής ή/και αδεξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση**

Οί καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτοκατηγορίας, όμως, είναι υπερβολικός, που φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμινά είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη απ' ό,τι του αναλογεί. Επίσης το αίσθημα αναξιοσύνης, το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση καθώς οί ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις (που είναι όμως και μειωμένη), αλλά και σαν συνέπεια των προηγουμένων. Ενοχή, αναξιοσύνη, χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν πια παραληρητικές ιδέες.

### ***Δυσκολία στη συγκέντρωση***

Οί καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επίσης, παραπονούνται για «έκπτωση της μνήμης» ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στην προσπάθειά τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κτλ. Επειδή τα ανούσια άτομα ουσιαστικά έχουν δυσκολία με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα.

Οί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επίσης συχνά και επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα.

### ***Ψύχωση***

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο αυτών των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών συνήθως είναι σύντονο με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες **σύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση**). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπαρκές ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του. Μπορεί επίσης να εμφανισθούν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του ατόμου, σωματικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις καρκίνου ή άλλης σοβαρής ασθένειας, παραληρητικές ιδέες φτώχειας.

Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες **ασύμφωνες με τη**

**συναισθηματική διάθεση**). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν χωρίς να μπορεί να εξηγήσει τον λόγο κτλ.

### **Σωματικά ενοχλήματα**

Εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, παθολόγοι, γενικοί γιατροί κ.ά. βομβαρδίζονται με τέτοια ενοχλήματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος στο στήθος κ.ά. Μεγάλος αριθμός εξετάσεων γίνεται χωρίς λόγο και τελικά ο γιατρός καταλήγει ότι όλα αυτά ήταν «ψυχολογικά». Ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις αυτές. Δεν πρόκειται, όμως, για άλλου είδους κατάθλιψη. Απλά, ο γιατρός πρέπει να σκεφθεί ότι το άτομο με τέτοια συμπτώματα μπορεί να έχει κατάθλιψη, *οπότε ρωτώντας για άλλα συμπτώματα κατάθλιψης* -εκτός των πόνων κτλ. - οδηγείται στη διάγνωση της.

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Κατ' αρχήν, θα πρέπει να πούμε ότι οί εφαρμοζόμενες σήμερα θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικά ότι η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή.

Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι βέβαια μεγάλο και περιλαμβάνει και *σωματικές* και *ψυχοθεραπευτικές* μεθόδους. Αυτό που έχει σημασία είναι και πάλι ότι ο κλινικός θα πρέπει να είναι έτοιμος να χρησιμοποιήσει κατάλληλο συνδυασμό μεθόδων σωματικών και/ή ψυχοθεραπευτικών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Παρακάτω θ' αναφερθούμε στις βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην κατάθλιψη.

### **Θεραπεία επείγουσών καταστάσεων**

Το πρώτο μέλημα του κλινικού είναι οί επείγουσες καταστάσεις. Η *αυτοκτονία* αποτελεί οπωσδήποτε τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τα καταθλιπτικά άτομα και γι' αυτό θα πρέπει να εκτιμάται η πιθανότητα αυτοκτονίας σε *κάθε* άτομο που παρουσιάζει κατάθλιψη. Άλλωστε, τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης αποτελούν την κατ' εξοχήν ομάδα πληθυσμού που αυτοκτονεί. Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι φανερές ή συγκαλυμμένες και έμμεσες π.χ. κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, επικίνδυνο οδήγημα κτλ.

Στην κατάθλιψη μπορεί να υπάρξει και κίνδυνος *ανθρωποκτονίας* που δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής. Ο κίνδυνος αυτός συνδέεται κυρίως με ψυχωτική κατάθλιψη - με παραληρητικές ιδέες όπως π.χ. «τα παιδιά θα είναι καλύτερα αν πεθάνουν».

*Οξεία ψυχωτική κατάθλιψη* όπως και *άρνηση λήψης τροφής ή πλήρης ανορεξία* με τη συνεπακόλουθη απίσχνανση και εξάντληση επίσης αποτελούν επείγουσες καταστάσεις, που πρέπει να αντιμετωπισθούν με νοσηλεία. Γενικότερα *οί ενδείξεις νοσηλείας* ενός καταθλιπτικού ασθενή είναι:

- Σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας
- Σοβαρός κίνδυνος ανθρωποκτονίας
- Απώλεια της ικανότητας για φροντίδα του εαυτού είτε λόγω ακινητοποιητικών συμπτωμάτων είτε λόγω ψυχωτικού τρόπου σκέψης
- Οξείες παθολογικές καταστάσεις επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου που προέρχονται από την κατάθλιψη (π.χ. ανορεξία, αφυδάτωση)
- Συνακόλουθες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. σοβαρή καρδιακή νόσος) που απαιτούν ειδική διάγνωση και θεραπεία

### **Σωματικές θεραπείες**

Τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία των Καταθλιπτικών Διαταραχών - κυρίως της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία και/ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα.

**Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα** χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιάζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα παλιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα *τρικυκλικά* αντικαταθλιπτικά. Άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι *οί αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)* και νεότερα αντικαταθλιπτικά όπως π.χ. *οί εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ)*.

Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών βασίζεται στην ικανότητα τους να ενδυναμώνουν τη δράση της νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Μελέτες με τα **τρικυκλικά** φάρμακα έχουν δείξει ότι μεταξύ 50% και 85% των ασθενών με μονοπολική κατάθλιψη βελτιώνονται ύστερα από θεραπεία με αυτά. Ορισμένα χαρακτηριστικά θεωρούνται ότι προλέγουν *καλή απάντηση* στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά (και ταυτόχρονα αποτελούν και ενδείξεις για τη χορήγηση τους). Τέτοια είναι: η παρουσία φυτικών συμπτωμάτων όπως αϋπνία, απώλεια βάρους, ψυχοκινητική επιβράδυνση, η ύπαρξη μελαγχολικών στοιχείων (προσδιοριστής Με Μελαγχολικά Στοιχεία),

ιστορικό προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων (ιδιαίτερα αν απάντησαν καλά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα), σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας από την κατάθλιψη, σχετικά οξεία έναρξη των συμπτωμάτων, οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης κ.ά.

Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά και ιδιαίτερα **οί εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ)** έχουν δείξει ότι είναι αποτελεσματικά, καλώς ανεκτά και ασφαλή σε υπερβολική δόση. Έτσι, μαζί με τα τρικυκλικά και οί ΕΑΕΣ θεωρούνται πια φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη.

Όσον αφορά τους **αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)**, είναι κατά κάποιο τρόπο η δεύτερη γραμμή επίθεσης στην κατάθλιψη, γιατί είναι λιγότερο αποτελεσματικά φάρμακα και με σοβαρότερες παρενέργειες από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ (που δεν ισχύει όμως για τους νεότερους *αναστρέψιμους* αναστολείς της ΜΑΟ). Είναι χρήσιμα φάρμακα, όμως, για τις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη έχει άτυπα συμπτώματα, δεν απαντά στα τρικυκλικά ή στους ΕΑΕΣ ή υπάρχουν αντενδείξεις στη χρησιμοποίηση των τρικυκλικού

**Το ηλεκτροσόκ** κυρίως ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη είναι τόσο βαριά ώστε να κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου και που η ταχεία βελτίωση είναι αναγκαία (π.χ. πολύ σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας, «κατατονική» κατάθλιψη) ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών (καρδιαγγειακή νόσος, εγκυμοσύνη).

Αν και εφαρμόζονται διάφορα σχήματα, συνήθως χορηγούνται 6 ως 10 συνεδρίες με ρυθμό 3 ή 4 συνεδριών την εβδομάδα. Η απάντηση συνήθως είναι ταχεία - μέσα σε μέρες παρά σε εβδομάδες. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οί ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Αν και οί λεπτομέρειες για τη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά ή ηλεκτροσόκ περιλαμβάνονται στο κεφάλαιο 25, σημειώνουμε ότι γενικά αρχίζουμε τη θεραπεία με κάποιο τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό ή κάποιον ΕΑΕΣ και αν δεν υπάρξει απάντηση μέσα σε 6-8 εβδομάδες χρησιμοποιούμε κάποιο άλλο τρικυκλικό ή ΕΑΕΣ (με διαφορετικό χημικό προφίλ όσον αφορά την επίδραση του στη νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη αλλά και στην ακετυλχολίνη). έναν αναστολέα της ΜΑΟ, ένα άλλο νεότερο αντικαταθλιπτικό ή ηλεκτροσόκ (ή ενίσχυση με λίθιο της δράσης του τρικυκλικού). Όσον αφορά την επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού πρώτης γραμμής (ποιου από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ) παρά τα όσα έχουν προταθεί, η αλήθεια παραμένει ότι ακόμη η επιλογή αυτή παραμένει σε μεγάλο βαθμό εμπειρική.

**Το λίθιο** χρησιμοποιείται κυρίως ως αντιμανιακό φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής τόσο των μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων της Διπολικής Διαταραχής. Πρόσφατες μελέτες, όμως, έχουν δείξει ότι το λίθιο είναι χρήσιμο φάρμακο

και για την πρόληψη της υποτροπής καταθλιπτικών επεισοδίων σε μονοπολικούς καταθλιπτικούς, οπότε θεραπεία συντήρησης με λίθιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί θεραπείας συντήρησης με τρικυκλικά ή άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

**Μείζονα ηρεμιστικά** (αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά) θα χρησιμοποιηθούν στην κατάθλιψη όταν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, σύγχυση ή υπερβολικό άγχος (ψυχωτική ή διεγερμένη κατάθλιψη) σε συνδυασμό φυσικά με τρικυκλικά ή ηλεκτροσόκ, που φαίνεται μόνα τους συνήθως να μη φθάνουν στις περιπτώσεις αυτές.

Όσον αφορά τα **καταπραϋντικά ή υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά** (βενζοδιαζεπίνες κτλ.) μπορεί να χρησιμοποιηθούν μερικές φορές για ν' ανακουφίσουν το άγχος, την ανησυχία, τον εκνευρισμό και την αϋπνία - συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το καταθλιπτικό σύνδρομο. Πρέπει, όμως, να σημειώσουμε ότι αφενός τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και να επιβαρύνουν έτσι την κλινική εικόνα και αφετέρου τα συμπτώματα στα οποία απευθύνονται και ιδιαίτερα η αϋπνία θεραπεύονται καλύτερα με τα αντικαταθλιπτικά παρά με αυτά τα φάρμακα (γιατί όπως είπαμε αποτελούν συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου και υποχωρούν όταν υποχωρήσει η κατάθλιψη). Επομένως, αν λάβουμε υπόψη και τον κίνδυνο εθισμού, ίσως είναι καλύτερο να αποφεύγονται, όσο είναι δυνατό, τα υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά.

## **Ψυχοθεραπείες**

Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές - **ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία** - είναι ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Φυσικά η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη, σαν σύνδρομο, βοηθείται στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έμμεσα, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής εναισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας κτλ. Η βελτίωση αυτή, βέβαια, έρχεται μέσα από την εξέταση, επαναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή — ασθενή.



Τα παραπάνω, όμως, αφορούν τη μακράς διάρκειας ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η οποία και ενδείκνυται για τις περιπτώσεις που η ζωή του ατόμου είναι χρόνια διαταραγμένη από τις ασυνείδητες συγκρούσεις του (και εφόσον βέβαια ο ασθενής είναι κινητοποιημένος).

Πολλές φορές, στην κατάθλιψη, βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (6 ως 20 συνεδρίες) μπορεί να αποβεί πολύ αποτελεσματική (και ν' ακολουθηθεί ή όχι αργότερα από μακράς διάρκειας). Η βραχείας διάρκειας αυτή θεραπεία μπορεί να είναι **υποστηρικτική** με χαρακτηριστικά επείγουσας παρέμβασης και ανακούφισης συμπτωμάτων ή μπορεί να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένες εστιακές τεχνικές να είναι δηλαδή **βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία** .

Πρόσφατα έχει διαδοθεί σημαντικά η **διαπροσωπική θεραπεία**, που είναι επίσης ουσιαστικά μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (12-16 συνεδρίες). Η διαπροσωπική θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης (ενθάρρυνση, καθοδήγηση στις καθημερινές ανάγκες του ατόμου), φαρμακοθεραπείας, διδασκαλίας της φύσης, των χαρακτηριστικών και της πορείας του συνδρόμου της κατάθλιψης και κυρίως εστιάζεται στην αναγνώριση και βελτίωση του χειρισμού *διαπροσωπικών προβλημάτων*, όπως πένθος και κάθε μορφής απώλεια, διαπροσωπικές διαμάχες, αλλαγές ρόλου στη ζωή, διαπροσωπικές ανεπάρκειες κτλ. που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη .

**Η ομαδική ψυχοθεραπεία** είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών και την ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση.

**Η γνωστική θεραπεία** είναι βέβαια μια ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Ήδη, αναφερθήκαμε στο θεωρητικό της υπόβαθρο . Πρόκειται, ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία, με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη.

### **Συνδυασμός θεραπευτικών μεθόδων**

Καμία θεραπεία - σωματική ή ψυχοθεραπεία - δεν μπορεί να διεκδικήσει την αποκλειστικότητα για την κατάθλιψη. Όπως ήδη αναφέρθηκε, αυτό που χρειάζεται είναι συνδυασμός θεραπειών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, αφού άλλωστε οί εργασίες μας δείχνουν ότι ο συνδυασμός θεραπειών είναι πιο αποτελεσματικός από οποιαδήποτε

θεραπεία μόνη. Άλλωστε οί στόχοι των θεραπειών είναι διαφορετικοί. Οί σωματικές θεραπείες στοχεύουν περισσότερο στη βελτίωση των φυσιολογικών λειτουργιών όπως ύπνος, όρεξη, libido κτλ., ενώ οί ψυχοθεραπείες στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και τη γενικότερα καλύτερη λειτουργία της προσωπικότητας — ατόμου.

Σήμερα, έχουν διαμορφωθεί ενδείξεις για φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία, όπως και ενδείξεις για τους διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας και για τους συνδυασμούς όλων των παραπάνω. Η θεραπεία της κατάθλιψης, όπως και όλων των ψυχικών διαταραχών άλλωστε, είναι *συνθετική - επιλεκτική*, δηλ. ο θεραπευτής επιλέγει για τον κάθε ασθενή την κατάλληλη σύνθεση φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας ή τύπων ψυχοθεραπείας .

## **ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Οί Διπολικές Διαταραχές είναι ασθένειες που χαρακτηρίζονται από δύο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις: έξαρση και κατάθλιψη. Στην τυπική τους μορφή, οί ασθενείς περνούν από κύκλους ή φάσεις έντονης μανίας που εναλλάσσονται με κύκλους ή φάσεις βαθιάς κατάθλιψης. Ουσιαστικά, όμως, οί Διπολικές Διαταραχές, είναι ένα φάσμα κλινικών εικόνων ποικίλης έντασης, συχνότητας και μορφής.

Τα καταθλιπτικά επεισόδια των Διπολικών Διαταραχών κλινικά είναι όμοια με των (μονοπολικών) Καταθλιπτικών Διαταραχών. Επομένως, το βασικό διακριτικό στοιχείο των Διπολικών Διαταραχών είναι η έξαρση. Όπως και στην κατάθλιψη, η έξαρση περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών διαθέσεων, από τις φυσιολογικές καταστάσεις της ευφορίας και της χαράς μέχρι τις παθολογικές καταστάσεις της υπομανίας και μανίας. Ο όρος *μανία* υποδηλώνει υπέρμετρη έξαρση, υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας συχνά με διαταραγμένη σκέψη. Ο όρος *υπομανία* αναφέρεται σ' ένα σύνδρομο παρόμοιο, αλλά όχι τόσο βαρύ ή έντονο όσο η μανία .

Πολλοί κλινικοί αποδίδουν τον όρο «υπομανία» σε κλινικές καταστάσεις που δεν παρουσιάζουν ψύχωση, ενώ χρησιμοποιούν τον όρο «μανία» στις καταστάσεις που υπάρχει διαταραγμένη σκέψη.

Βέβαια, ο όρος «έξαρση» χρειάζεται κάποια διευκρίνιση. Όσον αφορά την υποκειμενική αίσθηση και αντίληψη του ασθενή η κατάσταση της μανίας ή υπομανίας μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευχάριστη, καθώς αυτός νιώθει ανεβασμένος, ευτυχισμένος, ευφορικός, γεμάτος αυτοπεποίθηση και χαρά. Συνήθως, όμως, ο μανιακός (και λιγότερο ο υπομανιακός)

ασθενής χαρακτηρίζεται και από έντονη ευερεθιστότητα, παρανοϊκότητά και οργή. Γι' αυτό θα είμασταν πιο κοντά στην πραγματικότητα αν μιλούσαμε για *ανεβασμένη — διεγερμένη* παρά για *εξηρμένη* διάθεση.

### **Συμπτώματα της μανίας**

Ήδη περιγράψαμε αναλυτικά τα συμπτώματα των καταθλιπτικών επεισοδίων στις Καταθλιπτικές Διαταραχές. Η διάγνωση των Διπολικών Διαταραχών βασίζεται στην αναγνώριση των μανιακών επεισοδίων, οπότε είναι σημαντικό να περιγράψουμε τα συμπτώματα της μανίας και υπομανίας. *Συμπτώματα της μανίας και υπομανίας*

- Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης (ευφορία, ευερεθιστότητα)
- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση
- Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
- Πίεση λόγου
- Διάσπαση της προσοχής
- Αυξημένη δραστηριότητα / υπερκινητικότητα (κινητική ανησυχία, υπερβολική εμπλοκή κοινωνικά, στην εργασία, σεξουαλικά)
- Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες
- Συναισθηματική αστάθεια
- Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (στη μανία)

**Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης.** Ο μανιακός ασθενής συνήθως βιώνει ευφορία και αυτή η διάθεση είναι «κολλητική» στους γύρω του. Έτσι κατά τη συνέντευξη ενός μανιακού ασθενή μπορεί κανείς ασυναίσθητα να χαμογελάσει και να βρεθεί στην ανάγκη να συγκρατήσει μιαν παρόρμηση να γελάσει (είναι φυσικά αντιθεραπευτικό και αντιδεοντολογικό να γελάσει κανείς ή να κοροϊδέψει τον ασθενή). Η αντίδραση αυτή που νιώθει ο κλινικός θα πρέπει να τον κάνει να υποψιασθεί τη διάγνωση της μανίας. Για τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του ασθενή είναι σαφές ότι η ευφορία του είναι υπερβολική και έξω από το χαρακτήρα του. Οί μανιακοί ασθενείς παρουσιάζονται ιδιαίτερα ενθουσιώδεις στις διαπροσωπικές τους αντιδράσεις, μιλούν στους πάντες και

αναζητούν ανθρώπους για να μιλήσουν κατά ενοχλητικό και εξωπραγματικό τρόπο (τηλεφωνούν φίλους π.χ. στις τέσσερις το πρωί χωρίς να λογαριάζουν ότι κοιμούνται).

θυμίζουμε και πάλι όμως ότι η προεξάρχουσα συναισθηματική διάθεση σε ορισμένους μανιακούς ασθενείς είναι η *ευερεθιστότητα* κι όχι η ευφορία. Ιδιαίτερα αν οί επιθυμίες του μανιακού ασθενή δεν τύχουν της δέουσας προσοχής, μπορεί αυτός ν' απαντήσει με έντονη δυσφορία, εκνευρισμό, επιθετικότητα και ενδεχόμενα οργή και βία (από όπου και ο όρος «μανιακός»).

**Διογκωμένη αυτοεκτίμηση.** Την εξηρμένη συναισθηματική διάθεση συχνά συνοδεύει μια εξωπραγματική αίσθηση — εκτίμηση των ικανοτήτων και της σημαντικότητας του ατόμου. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζονται απλώς με διογκωμένη και υπερβολική αυτοπεποίθηση και έλλειψη αυτοκριτικής. "Άλλοι όμως αναπτύσσουν αίσθηση υπερεκτίμησης και υπεραξίας του εαυτού τους μέχρι το σημείο της εμφάνισης σαφώς εξωπραγματικών παραληρητικών ιδεών μεγαλείου. Έτσι, μανιακοί ασθενείς, μπορεί να φθάσουν να πιστεύουν ότι έχουν ειδική σχέση με το θεό, ότι έχουν ένα καταπληκτικό σχέδιο με το οποίο θα σώσουν τον κόσμο από την καταστροφή ή ότι έχουν μοναδικά ταλέντα ή ικανότητες (σε τομείς που δεν έχουν καν ειδικές γνώσεις) για το πώς π.χ. να αναμορφωθεί η Υγεία ή τα Ηνωμένα Έθνη κτλ. ή στο να συνθέσουν μουσική, να συγγράψουν ένα μυθιστόρημα κ.ο.κ.

**Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο.** Σχεδόν όλοι οί μανιακοί ασθενείς βιώνουν μian ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, που είναι χαρακτηριστική και θα πρέπει να ρωτηθεί. Οί μανιακοί ασθενείς νιώθουν γεμάτοι ενέργεια και ενεργητικότητα παρά το ότι δεν ξεκουράζονται καθόλου ή πολύ λίγο. Δεν κουράζονται, δεν νιώθουν την ανάγκη για ανάπαυση και μπορεί να συνεχίζουν χωρίς ύπνο για μέρες χωρίς να αισθανθούν κούραση.

**Πίεση λόγου.** Οί μανιακοί ασθενείς μιλούν σα να βρίσκονται κάτω από πίεση να βγάλουν τις λέξεις έξω. Μιλούν δυνατά και γρήγορα και συνήθως είναι δύσκολο να τους διακόψει κανείς. Το περιεχόμενο της ομιλίας τους μπορεί να είναι φυσιολογικό ή γεμάτο αστεία και λογοπαίγνια ή γεμάτο κατηγορίες, εχθρικότητα και υβρεολόγια. Συχνά οί μανιακοί ασθενείς μπορεί να έχουν θεατρικό στυλ, να χορεύουν και να τραγουδούν και να παρουσιάζονται αρκετά διασκεδαστικοί. Οί συνειρμοί και η επιλογή των λέξεων μπορεί να βασίζονται περισσότερο στους ήχους παρά στις ιδέες — σκέψεις με αποτέλεσμα να έχουμε *ηχητικούς συνειρμούς* (Δώσ' μου ένα μήλο - δεν σε έχω φίλο - θα φας ξύλο).

**Φυγή των ιδεών (Ιδεοφυγή).** Είναι οί απότομες αλλαγές από το ένα θέμα στο άλλο σε *μια συνεχή ροή επιταχυμένου λόγου*. Ο ασθενής κάνει συνειρμούς που είναι κατανοητοί,

αλλά βασίζονται σε λογοπαίγνια, εξωτερικά ερεθίσματα ή άλλους τυχαίους παράγοντες. Αν η φυγή των ιδεών γίνει πολύ έντονη τότε ο λόγος γίνεται αποδιοργανωμένος και ακατανόητος.

**Διάσπαση της προσοχής** συνήθως υπάρχει και εκδηλώνεται με ταχείες αλλαγές στην ομιλία ή στις δραστηριότητες σαν αποτέλεσμα ποικίλων άσχετων εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως θόρυβοι ή επιγραφές ή εικόνες στον τοίχο κτλ.

**Αυξημένη δραστηριότητα / Υπερκινητικότητα.** Περιλαμβάνει κινητική ανησυχία και υπερβολική εμπλοκή σε σεξουαλικές, ψυχαγωγικές, επαγγελματικές, πολιτικές, θρησκευτικές κ.ά. δραστηριότητες. Σχεδόν πάντα υπάρχει αυξημένη κοινωνικότητα με προσπάθειες για ανανέωση παλιών γνωριμιών και τηλεφωνήματα σε φίλους όλη τη νύχτα. Οί ασθενείς μπορεί ν' αρχίσουν ταυτόχρονα πολλά σχέδια π.χ. να βάψουν το σπίτι τους, να γράψουν ένα μυθιστόρημα, να κάνουν γενική επισκευή του αυτοκινήτου τους κτλ. - όλα την ίδια μέρα. Οποσδήποτε αυτή η υπερβολική εμπλοκή δείχνει και έλλειψη κριτικής ικανότητας.

**Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες.** Η έλλειψη κριτικής ικανότητας μαζί με την υπερβολική διαχυτικότητα, το αίσθημα μεγαλείου και την εξωπραγματική αισιοδοξία μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς σε πράξεις με οδυνηρές συνέπειες. Έτσι, π.χ. ένας μανιακός ασθενής μπορεί να ξοδέψει μια περιουσία ή ν' αγοράσει του κόσμου τα πράγματα και να καταχρεωθεί ή να οδηγήσει απρόσεκτα και επικίνδυνα, να φύγει ξαφνικά σε ταξίδι για να γυρίσει τον κόσμο, να παρουσιάσει αχαρακτήριστη σεξουαλική συμπεριφορά ή να στέκεται στις γωνιές του δρόμου και να ανοίγει ενοχλητικά συζήτηση με περαστικούς. Μπορεί επίσης να ντύνεται με χτυπητά ή προκλητικά ρούχα, να βάζεται (γυναίκες ασθενείς) χτυπητά ή απρόσεκτα και έντονα, να μοιράζει γλυκά, λεφτά κτλ.

**Συναισθηματική αστάθεια.** Ορισμένοι μανιακοί ασθενείς περνούν γρήγορα από ευφορία σε θυμό ή κατάθλιψη, παρουσιάζουν δηλαδή ευμετάβλητη ή ασταθή συναισθηματική διάθεση. Οί μεταβολές ή διακυμάνσεις αυτές του συναισθήματος μπορούν να διαρκέσουν από λεπτά μέχρι ώρες, σπάνια περισσότερο. Μερικές φορές καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα μπορεί να συμβαίνουν ταυτόχρονα ή να εναλλάσσονται γρήγορα κάθε λίγες μέρες.

**Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.** Όταν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις το περιεχόμενο τους συνήθως είναι σαφώς σύμφωνο με τη συναισθηματική διάθεση π.χ. η φωνή του θεού εξηγεί στο άτομο την ειδική αποστολή του

ή το άτομο καταδιώκεται λόγω κάποιας ειδικής σχέσης ή λόγω κάποιας συγκεκριμένης δύναμης ή ικανότητας.

Λιγότερο συχνά το περιεχόμενο είναι ασύμφωνο με τη συναισθηματική διάθεση.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΠΟΛΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Η θεραπεία των Διπολικών Διαταραχών είναι κυρίως φαρμακευτική συνεπικουρούμενη από εκπαιδευτική κατά βάση υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

### **Οξεία μανία**

Ανάλογα με τη βαρύτητα του, ένα οξύ μανιακό επεισόδιο μπορεί ν' αποτελέσει μια επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση στην οποία χρειάζεται άμεση παρέμβαση μετά από εκτίμηση:

- *της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς*, όπως τάσεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, αλλά και πράξεις που είναι συνέπεια κακής κριτικής ικανότητας και δυνητικά επικίνδυνες (π.χ. αδέξιο οδήγημα, παράτολμες πράξεις),
- *της τάσης για βίαιες πράξεις*, καθώς οι μανιακοί ασθενείς μπορεί να γίνουν βίαιοι και ακόμα και να σκοτώσουν πιστεύοντας παραληρητικά ότι βρίσκονται σε αυτοάμυνα,
- *της αδυναμίας για φροντίδα του εαυτού*, που μπορεί να εκδηλωθεί με το να γυρνά ο μανιακός ασθενής γυμνός ενώ κάνει παγωνιά, να μοιράζει τα χρήματα και τα υπάρχοντα του στους ξένους, να ξοδεύει εντελώς ασυλλόγιστα, να μην κοιμάται ή να μην τρώει για μέρες.

Οποιαδήποτε από τις παραπάνω καταστάσεις αποτελεί **ένδειξη για νοσηλεία**, όπως ένδειξη για νοσηλεία αποτελεί και το πρώτο μανιακό επεισόδιο για να διευκολυνθεί ο πλήρης ιατρικός έλεγχος και ο προγραμματισμός της θεραπείας. (Οπωσδήποτε όμως, ακόμα και στις δύσκολες περιπτώσεις δεν πρέπει ν' αποκλείεται η δυνατότητα νοσηλείας στο σπίτι, ιδιαίτερα αν υπάρχει καλή συνεργασία και επαφή με τον ασθενή και την οικογένεια).

Η θεραπεία του οξέος μανιακού επεισοδίου περιλαμβάνει κυρίως φαρμακοθεραπεία (αντιψυχωτικά, λίθιο, άλλα αντιμανιακά φάρμακα, βενζοδιαζεπίνες) και τοποθέτηση ορίων στη μανιακή συμπεριφορά του ασθενή. Δεν πρέπει να ξεχνούμε, επίσης, ότι η βαριά μανία συχνά τρομάζει τον ασθενή, γιατί του δείχνει την απώλεια του ελέγχου του (όταν έχει εναισθησία). Η νοσηλεία σε ένα τμήμα που κλειδώνει ή σε κλειδωμένο δωμάτιο



απομόνωσης με ή όχι σωματική καθήλωση μπορεί να είναι απαραίτητη σε έντονη διέγερση γιατί καθυστερεί τον ασθενή ότι άλλοι μπορούν να τον ελέγχουν (άρα μπορεί να νιώθει ασφαλής) και γιατί τον προφυλάγει από το να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους. Και, φυσικά, επικοινωνείται στον ασθενή ότι αυτοί είναι οι λόγοι της απομόνωσης ή/και καθήλωσης κι όχι η τιμωρία. Τονίζουμε, όμως, ότι καθώς οι μανιακοί ασθενείς είναι εξαιρετικά εύκολα διεγερσιμοι, ευερέθιστοι και με διασπώμενη προσοχή, η απλή ελάττωση των εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως γίνεται με την απλή απομόνωση σ' ένα ήσυχο ξεκλειδωτο δωμάτιο, μπορεί να φθάσει. Προσεκτικά, και μόνον εφόσον χρειάζεται, θα προχωρήσουμε σε σωματική καθήλωση και κλείδωμα του δωματίου. Άλλωστε για την καθυστέρηση του ασθενή βασιζόμαστε και στη «χημική καθήλωση», που μπορεί ν' αποτρέψει την ανάγκη για σωματική καθήλωση. Η χημική καθήλωση βασίζεται στη δυνατότητα του ασθενή ν' απαντήσει μέσα σε λίγες ώρες ή μέρες στη χορήγηση από το στόμα ή ενδομυϊκά **αντιψυχωτικών** (νευροληπτικών) που αποτελούν και τη βάση για την ταχεία θεραπεία του επεισοδίου. Τα αντιψυχωτικά έχουν σημαντική αντιαγχώδη δράση και η αντιψυχωτική τους δράση μπορεί να ελαττώσει αποτελεσματικά τον τρόμο, την επιθετικότητα, την παρανοϊκότητά και τη σύγχυση του ασθενή. Αν το άγχος του ασθενή δεν φαίνεται να βελτιώνεται με τα νευροληπτικά, μπορεί να χορηγήσουμε για λίγες μέρες ενδομυϊκά ή από το στόμα και **βενζοδιαζεπίνες**.

Καθώς το **λίθιο** χρειάζεται 10 ως 14 μέρες για να δράσει, τα αντιψυχωτικά (π.χ. αλοπεριδόλη, χλωροπρομαζίνη κτλ.) αποτελούν, όπως ήδη αναφέραμε, τη βάση για τη θεραπεία του οξέος μανιακού επεισοδίου. Το λίθιο, όμως, θα το αρχίσουμε αμέσως μόλις συμπληρωθεί ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος για τη χορήγηση του, οπότε εξακολουθούμε και με τα δύο φάρμακα, ελαττώνοντας προοδευτικά τα νευροληπτικά (και τις βενζοδιαζεπίνες) και τελικά σταματώντας τα, όταν το άτομο σταθεροποιηθεί στο λίθιο.

Πρόσφατα, έχει διαδοθεί η χρήση ορισμένων **αντιεπιληπτικών** για τη θεραπεία της οξείας μανίας, είτε ως πρόσθετη βοήθεια στα φάρμακα που ήδη περιγράψαμε είτε ως υποκατάστατα τους. Η **καρβαμαζεπίνη**, έχει αντιμανιακές ιδιότητες ισότιμες με των αντιψυχωτικών και δρα ταχύτερα από το λίθιο. Άτομα με ταχεία εναλλαγή φάσεων και άτομα που δεν απαντούν στο λίθιο μπορεί να απαντήσουν ιδιαίτερα καλά στην καρβαμαζεπίνη. Επίσης, αυξάνει τα αντιμανιακά αποτελέσματα του λιθίου και των αντιψυχωτικών, όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό μ' αυτά. Άλλα αντιεπιληπτικά φάρμακα, που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της οξείας μανίας είναι το **βαλπροϊκό νάτριο**, η **κλοναζεπάμη** κ.ά.

Το **ηλεκτροσόκ** μπορεί να χρησιμοποιηθεί μερικές φορές στην οξεία μανία -σαν μέσο δεύτερης γραμμής - αν αποτύχει η αντιψυχωτική αγωγή ή το λίθιο ή αν αντενδείκνυται

(όπως π.χ. σε εγκύους και σε σοβαρή καρδιαγγειακή πάθηση). Δεν θα πρέπει, όμως, να χορηγηθεί ταυτόχρονα με λίθιο (το λίθιο πρέπει να διακοπεί προσωρινά) γιατί ο συνδυασμός τους και μπορεί να ελαττώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και μπορεί ν' αυξήσει τον κίνδυνο νευροψυχολογικών παρενεργειών.

Το 60-80% των οξέων μανιακών ασθενών απαντούν ευνοϊκά στο λίθιο μέσα σε 10-14 μέρες. Το λίθιο ελαττώνει και την ένταση και τη διάρκεια του μανιακού επεισοδίου και ελαττώνει τη συχνότητα των υποτροπών, εφόσον το επίπεδο του στο αίμα είναι αυτό που πρέπει

### **Οξεία κατάθλιψη**

Πολλές εργασίες έχουν βεβαιώσει ότι το λίθιο είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη τόσο των μανιακών, όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων των Διπολικών Διαταραχών. Παρ' όλα αυτά, και σε ασθενείς σε θεραπεία συντήρησης με λίθιο, συμβαίνουν οξέα καταθλιπτικά επεισόδια (όπως και οξέα μανιακά) που απαιτούν αντικαταθλιπτική αγωγή επιπρόσθετα με τη χορήγηση λιθίου. Οί αρχές της θεραπευτικής αγωγής με αντικαταθλιπτικά είναι οί ίδιες για τα οξέα καταθλιπτικά επεισόδια των Διπολικών Διαταραχών όπως και για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Υπάρχει, όμως, μια διαφορά. Κατά τη χορήγηση των αντικαταθλιπτικών στις Διπολικές Διαταραχές χρειάζεται προσοχή γιατί μπορεί να εκλύσουν μανία. Γι' αυτό ο άρρωστος πρέπει να παρακολουθείται προσεκτικά και αν αναπτυχθεί μανία τα φάρμακα να διακοπούν.

Ακριβώς όμως για τον φόβο πρόκλησης μανίας, όποτε είναι δυνατό, καταθλιπτικά επεισόδια ήπιας ή μέτριας βαρύτητας σε άτομα με Διπολική Διαταραχή, είναι καλό να αντιμετωπισθούν πρώτα μόνο με το λίθιο (αύξηση της δόσης) και να προστεθεί το αντικαταθλιπτικό μόνον αν η απάντηση στο λίθιο δεν είναι ικανοποιητική.

### **Πρόληψη των επεισοδίων (θεραπεία συντήρησης)**

Το **λίθιο**, σήμερα, είναι το κύριο φάρμακο για τη μακρόχρονη, καθώς και την άμεση θεραπεία των Διπολικών Διαταραχών. Έχει αποδειχθεί ότι προφυλάγει από τις υποτροπές της μανίας και της κατάθλιψης σε σημαντικό βαθμό - περίπου το 70-80% των ασθενών έχει ελάττωση της συχνότητας και της έντασης μέχρι εξαφάνιση των υποτροπών. Καθώς η απάντηση στο λίθιο δεν είναι εξασφαλισμένη, είναι καλό ο κλινικός να ψάχνει για καλά προγνωστικά σημεία απάντησης, που είναι εκτός φυσικά από τη σαφή διάγνωση Διπολικής Διαταραχής, η καλή λειτουργική και συναισθηματική ποιότητα των μεσοδιαστημάτων και η χαμηλή συχνότητα των προηγούμενων επεισοδίων (1-2 το χρόνο).

Φυσικά, χρειάζεται προσεκτική ιατρική εξέταση του υποψήφιου για λίθιο ασθενή και μετά τακτική παρακολούθηση με έλεγχο του επιπέδου του λιθίου στο αίμα αλλά και άλλων βιοχημικών και αιματολογικών παραμέτρων .

Σε ασθενείς βέβαια, που παρουσιάζουν διαταραχή της σκέψης μεταξύ των επεισοδίων, μπορεί να χρησιμοποιήσουμε και **νευροληπτικά** μαζί με το λίθιο.

Σε ασθενείς που τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι βαριά και συχνά μπορεί να χρησιμοποιήσουμε **αντικαταθλιπτικά** (μαζί με το λίθιο) σαν προληπτική θεραπεία συντήρησης. Στις περιπτώσεις αυτές, όμως, θα πρέπει να προσέχουμε μήπως τα αντικαταθλιπτικά εκκλύσουν μανιακό επεισόδιο.

Τα αντιεπιληπτικά **καρβαμαζεπίνη** και βαλπροϊκό **νάτριο**, που αναφέραμε παραπάνω στη θεραπεία της οξείας μανίας, χρησιμοποιούνται επίσης και για τη θεραπεία συντήρησης μαζί με το λίθιο ή μόνα τους, ιδιαίτερα σε άτομα με ταχεία εναλλαγή φάσεων .

**Θεραπεία υποτροπών.** Σε ένα άτομο σε θεραπεία συντήρησης, η εμφάνιση *υπομανίας* θα πρέπει ν' αντιμετωπισθεί με αύξηση του λιθίου (ενώ, φυσικά, ταυτόχρονα ελέγχεται προσεκτικά το επίπεδο του στο αίμα).

Εάν η μέγιστη ανεκτή δόση λιθίου δεν επαναφέρει τον ασθενή στη νορμοθυμία, τότε πρέπει να προστεθεί ένα αντιψυχωτικά ή ένα αντιεπιληπτικό φάρμακο.

Αν εμφανισθεί ξαφνικά οξεία *μανία* τότε δεν πρέπει να περιμένει ο κλινικός έως ότου η αύξηση του λιθίου φέρει αποτέλεσμα, αλλά πρέπει να προσθέσει αμέσως ένα αντιψυχωτικά ή αντιεπιληπτικό φάρμακο. Όπως, ήδη αναφέραμε η πρώτη αντιμετώπιση υποτροπής *κατάθλιψης* είναι πάλι η αύξηση του λιθίου (καλό είναι να εκτιμηθεί και η λειτουργία του θυρεοειδούς και να αντιμετωπισθεί θεραπευτικά κάθε ένδειξη υποθυρεοειδισμού). Αν η κατάθλιψη επιμένει μετά τα παραπάνω, μπορεί να προστεθεί ένα αντικαταθλιπτικό.

### **Εκπαίδευση και ψυχοκοινωνική προσέγγιση**

Είναι πάρα πολύ σημαντικό να βοηθήσουμε τόσο τους ασθενείς όσο και τις οικογένειές τους να μάθουν να αναγνωρίζουν τα σημεία και τα συμπτώματα της αρχόμενης μανίας και κατάθλιψης, ώστε να ζητούν θεραπεία για τα οξέα επεισόδια των υποτροπών *νωρίς*, οπότε και αυξάνει πάρα πολύ η πιθανότητα να μην αναπτυχθεί ή ν' αναπτυχθεί λίγο το οξύ επεισόδιο. (Ιδιαίτερα, να ειδοποιούν με την παραμικρότερη

αϋπνία - σημείο πιθανότατης αρχής μανιακού επεισοδίου). Και θα πρέπει να είναι σαφές το με *ποιον* ή *πού* θα έρθουν σ' επαφή στην περίπτωση αυτή (γιατρός, κέντρο ψυχικής υγείας, ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου ή ψυχιατρική κλινική) με εξασφάλιση όμως της εύκολης ανεύρεσης της βοήθειας και της ταχείας παρέμβασης.

Όσον αφορά την **ψυχοκοινωνική θεραπεία** των Διπολικών Διαταραχών, αν και υπάρχει ακόμη και σήμερα αρκετή αμφισβήτηση, θα λέγαμε ότι **υποστηρικτική** κυρίως **θεραπεία** είναι η θεραπεία εκλογής, για να βοηθήσει τους ασθενείς ν' αντιμετωπίσουν τις καταστροφικές πολλές φορές κοινωνικές και επαγγελματικές συνέπειες της νόσου και να τους βοηθήσει να ακολουθήσουν τη θεραπευτική αγωγή (μια *στενή υποστηρικτική σχέση* γιατρού -διπολικού ασθενή μπορεί να προσφέρει στον ασθενή - ιδίως με την έγκαιρη αντιμετώπιση των υποτροπών - φυσιολογικό επίπεδο ζωής).

Δεν έχει δειχθεί ότι η αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία είναι χρήσιμη στη θεραπεία των Διπολικών Διαταραχών. Οπωσδήποτε, όμως, για διπολικούς ασθενείς που έχουν Διαταραχή της Προσωπικότητας, που στα ελεύθερα νόσου μεσοδιαστήματα τους δημιουργεί προβλήματα στη λειτουργία τους, μπορούμε να προσφέρουμε και αποκαλυπτικού τύπου ψυχοθεραπεία μαζί φυσικά με τη φαρμακευτική τους αγωγή.

Όσον αφορά την **Κυκλοθυμική Διαταραχή**, η θεραπεία της είναι παρόμοια με των άλλων Διπολικών Διαταραχών. Πολλοί ασθενείς μπορεί να γίνουν νορμοθυμικοί, να σταθεροποιήσουν δηλαδή τη συναισθηματική τους διάθεση, με θεραπεία συντήρησης με λίθιο.

## **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Το βασικό **διαγνωστικό** χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι μια προεξάρχουσα διαταραχή της διάθεσης που κρίνεται ότι οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Η διαταραχή της διάθεσης μπορεί να είναι καταθλιπτική διάθεση, έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση. Αν και η κλινική εικόνα της διαταραχής της διάθεσης μπορεί να είναι παρόμοια με την εικόνα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού, Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού Επεισοδίου, δεν είναι υποχρεωτικό να πληρούνται τα κριτήρια για οποιοδήποτε από αυτά.

**Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις** που μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης είναι πολλές. Σ' αυτές περιλαμβάνονται *εκφυλιστικές νευρολογικές καταστάσεις* (π.χ. νόσος του Πάρκινσον, νόσος του Huntington, πολλαπλή σκλήρυνση), *νόσος των αγγείων του εγκεφάλου* (π.χ. εγκεφαλικά επεισόδια), *μεταβολικές διαταραχές* (π.χ. ανεπάρκεια Βιταμίνης Β12), *ενδοκρινοπάθειες* (υπερ-και υποθυρεοειδισμός, υπέρ- και υποπαραθυρεοειδισμός, υπέρ- και υπολειτουργία των επινεφριδίων), *αυτοάνοσες διαταραχές* (π.χ. συστηματικός ερυθηματώδης λύκος), *λοιμώξεις από ιό* (π.χ. ηπατίτιδα, μονοπυρήνωση, νόσος από HIV) ή *άλλες λοιμώξεις, ορισμένοι όγκοι* (π.χ. καρκίνος του παγκρέατος, όγκοι του εγκεφάλου).

**Θεραπευτικά**, θα χρησιμοποιήσουμε ένα συνδυασμό υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας και κατάλληλης φαρμακοθεραπείας για τη διαταραχή της διάθεσης και φυσικά θα προσπαθήσουμε ν' αντιμετωπίσουμε την υποκείμενη γενική ιατρική κατάσταση.

## **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ**

Το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι μια προεξάρχουσα διαταραχή της διάθεσης, που κρίνεται ότι οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας δηλ. μιας ουσίας κατάχρησης, ενός φαρμάκου, μιας τοξίνης ή μιας σωματικής θεραπείας για κατάθλιψη (αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία, φωτοθεραπεία). Η διαταραχή της διάθεσης μπορεί να είναι κατάθλιψη, έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, διάχυτη ή ευερέθιστη διάθεση. Αν και η κλινική εικόνα της διαταραχής της διάθεσης μπορεί να είναι παρόμοια με ένα Μείζον Καταθλιπτικό, Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο, δεν είναι απαραίτητο να πληρούνται τα κριτήρια για οποιοδήποτε από αυτά.

Με βάση τον τύπο των προεξαρχόντων συμπτωμάτων διακρίνονται τρεις (υπό)τύποι της διαταραχής: Με Καταθλιπτικά Στοιχεία, Με Μανιακά Στοιχεία, Με Μεικτά Στοιχεία.

### **Αιτιολογικοί παράγοντες**

Διάφορες **ουσίες κατάχρησης** μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή είτε κατά την **Τοξίκωση** από αυτές είτε κατά τη διάρκεια του **Στερητικού Συνδρόμου** από αυτές. Στις *πρώτες* υπάγονται το αλκοόλ, οί αμφεταμίνες και σχετιζόμενες μ' αυτές ουσίες, η κοκαΐνη, τα ψευδαισθησιογόνα, οί εισπνεόμενες ουσίες, τα οπιοειδή, η φαινκυκλιδίνη και σχετιζόμενες μ' αυτήν ουσίες, τα καταπραϋντικά, υπνωτικά και αγχολυτικά και άλλες ή

άγνωστες ουσίες. Στις *δεύτερες* υπάγονται το αλκοόλ, τα καταπραϋντικά, υπνωτικά και αγχολυτικά και άλλες ή άγνωστες ουσίες.

**Φάρμακα** που μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή περιλαμβάνουν αναισθητικά, αναλγητικά, αντιχολινεργικά, αντιεπιληπτικά, αντιυπερτασικά, αντιπαρκινσονικά, φάρμακα για το έλκος ή για την καρδιά, αντισυλληπτικά, ψυχοτρόπα φάρμακα (π.χ. αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνες, αντιψυχωτικά, δισουλφιράμη), μυοχαλαρωτικά, στεροειδή, σουλφοναμίδες κ.ά. Σημειώνουμε ιδιαίτερα ορισμένα φάρμακα που έχουν μεγάλη πιθανότητα να προκαλέσουν κατάθλιψη: ρεσερπίνη, κορτικοστεροειδή, αναβολικά στεροειδή.

**Τοξίνες** που μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή περιλαμβάνουν πτητικές ουσίες όπως η βενζίνη και οί μπιγιές, οργανοφωσφορικά εντομοκτόνα, αέρια που προσβάλλουν το νευρικό σύστημα, το μονοξειδίο και διοξειδίο του άνθρακα. Επίσης βαριά μέταλλα μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή της διάθεσης.

**Θεραπευτικά**, η διακοπή της υπεύθυνης για τα συμπτώματα ουσίας κατάχρησης ή φαρμάκου είναι συνήθως αρκετή για αν υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Αν συνεχίζουν για κάποιο διάστημα, μπορεί να δοθούν τα κατάλληλα ψυχιατρικά φάρμακα. Σε περίπτωση Κατάχρησης ή Εξάρτησης από Ουσίες θα πρέπει, βέβαια, ν' απευθυνθούμε στο συνολικό πρόβλημα της χρήσης.