



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ : 2021-2023

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Η Ψυχαναλυτική θεραπεία στην κατάθλιψη

Χειμάρας Φώτιος

AM: mdy21088

Επιβλέπουσα : Ελένη Κορνάρου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2024



UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY

POSTGRADUATE PROGRAM IN PUBLIC HEALTH
SPECIALIZATION: PUBLIC HEALTH SCIENCE AND POLICY
ACADEMIC YEAR : 2021-2023

Master Thesis

Psychoanalytic Therapy in Depression

Cheimaras Fotios

Registration Number: mdy21088

Supervisor : Eleni Kornarou, Associate Professor

Athens, September 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ:

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ : 2021-2023

Η Ψυχαναλυτική θεραπεία στην κατάθλιψη

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Επιβλέποντα

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή :

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ /ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΕΛΕΝΗ ΚΟΡΝΑΡΟΥ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
2	ΝΑΪΡ - ΤΩΝΙΑ ΒΑΣΙΛΑΚΟΥ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
3	ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΣΕΡΓΕΝΤΑΝΗΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

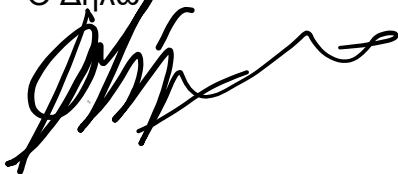
Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος **Φώτιος Χειμάρας** του **Αντωνίου**, με αριθμό μητρώου **mdy21088** φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο Δηλών



Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

*** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η Επιβλέπων/ουσα Καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6).**

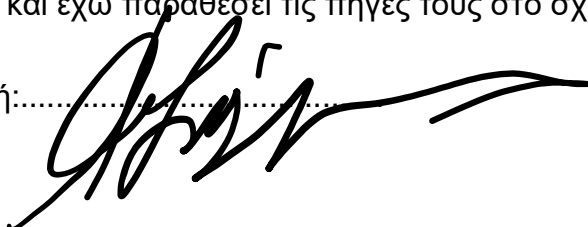
Copyright © , Φώτιος Χειμάρας , 2024

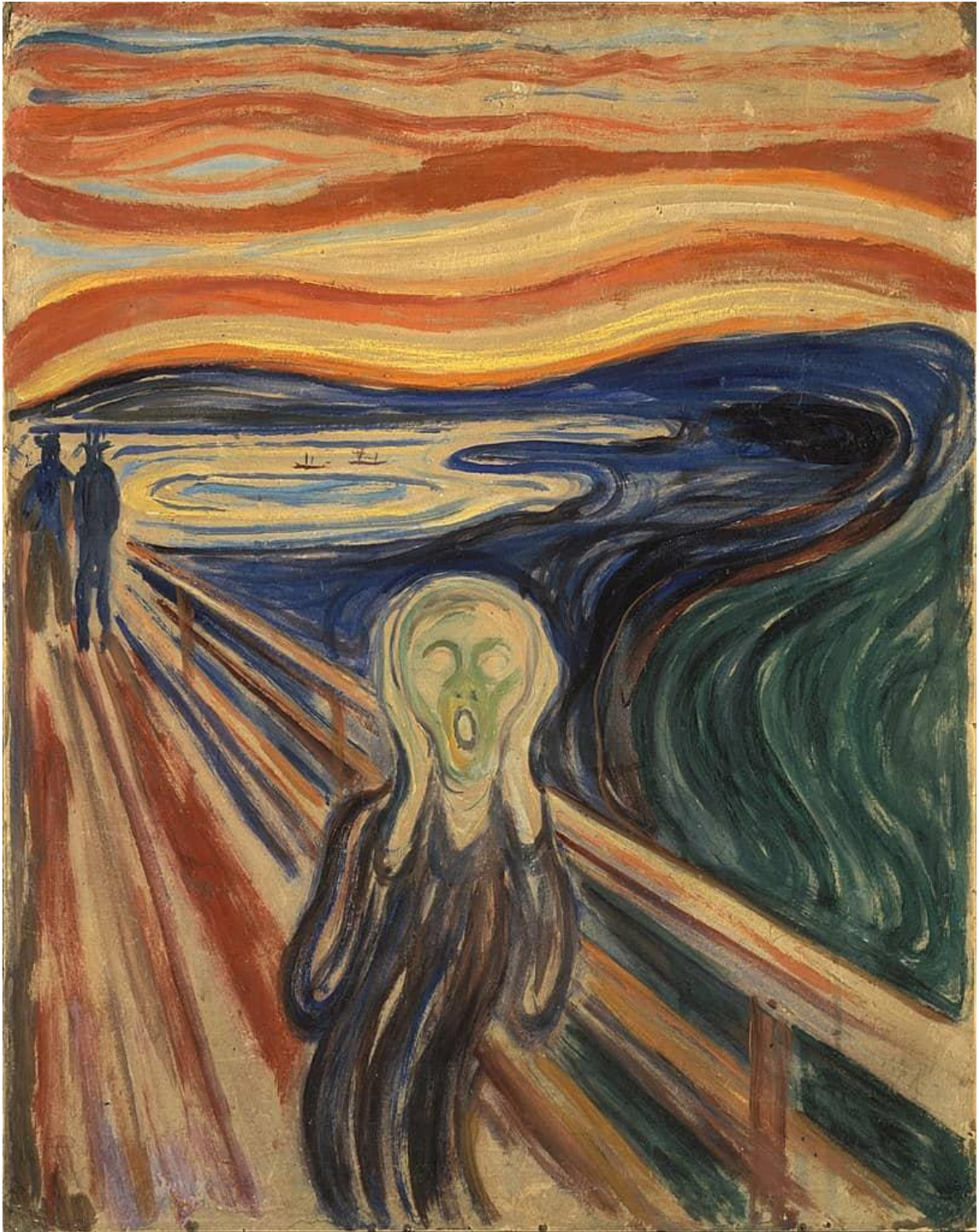
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα Διπλωματική Εργασία είναι αποτέλεσμα προσωπικής μου εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο σχετικό τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:.....

A handwritten signature in black ink, written over a dotted line. The signature is stylized and appears to be the name 'Α. Π. Π.' followed by a long horizontal flourish.



The Scream, 1893 by Edvard Munch
“Η κραυγή”

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εσαγωγή: Η κατάθλιψη αποτελεί μία νόσο που διαχρονικά πλήττει την υγεία των ανθρώπων παγκόσμια. Επιπολάζει αδιακρίτως σε όλες τις ηλικίες ενώ καταγράφεται σταδιακά μείωση της ηλικίας πρώτης εμφάνισής της. Είναι μία νόσος που επηρεάζει αρνητικά την ευεξία των ασθενών και παράλληλα επιβαρύνει σημαντικά τα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Τα σύγχρονα συστήματα ταξινόμησης διακρίνουν διάφορες μορφές της, που απαιτούν κι ανάλογες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Παράλληλα, υπάρχουν πολλές θεωρίες για την κατάθλιψη, καθώς και διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι.

Σκοπός: Στην παρούσα εργασία στόχος είναι να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας στην κατάθλιψη τόσο αυτόνομα, όσο και σε σχέση με τις πλέον κατοχυρωμένες μορφές θεραπείας (βιολογικές και μη) και να μελετηθεί η θέση της στον θεραπευτικό αλγόριθμο.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μία βιβλιογραφική ανασκόπηση με αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων (Scopus, PubMed και Google Scholar) αλλά και με ελεύθερη αναζήτηση στο διαδίκτυο δημοσιευμένων άρθρων σε επιστημονικά περιοδικά, βιβλίων και αναφορών σχετικά με τις λέξεις-κλειδιά που επιλέχθηκαν. Το χρονικό εύρος της αναζήτησης ήταν εξαιρετικά ευρύ (1917–2024) καθώς βρέθηκαν λίγες μελέτες, που να πληρούν τα κριτήρια που τέθηκαν και τα οποία όμως κριτήρια ήταν πλήρη σύμφωνα με το ερώτημα που μελετάται. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε κατά διαστήματα τα τελευταία δύο χρόνια αλλά πιο επισταμένως τον Ιούλιο και Αύγουστο του 2024.

Αποτελέσματα: Οι πλέον τεκμηριωμένοι μέθοδοι στην θεραπεία της κατάθλιψης είναι οι βιολογικές θεραπείες (φάρμακα, ECT κ.α) και η συμπεριφορική γνωσιακή ψυχοθεραπεία (CBT). Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία όμως φαίνεται να έχει βαθύτερες και με μεγαλύτερη διάρκεια αλλαγές στην προσωπικότητα του ασθενούς (συγκρινόμενη με την καλά τεκμηριωμένη γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία - CBT) αυξάνοντας την ανθεκτικότητά του και μειώνοντας την πιθανότητα υποτροπών. Απαιτεί όμως υψηλή δέσμευση από τον ασθενή, είναι μακροχρόνια και συνεπώς το κόστος της υψηλό. Πέρα από τα άμεσα κόστη για την περίθαλψη και θεραπεία των ατόμων με κατάθλιψη, προκύπτουν και σημαντικά έμμεσα κόστη. Οι

επιστημονικές μελέτες για την αποτελεσματικότητα της ψυχανάλυσης στη θεραπεία της κατάθλιψης είναι ολιγάριθμες.

Συμπεράσματα: Η κατάθλιψη ως νόσημα αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τη Δημόσια Υγεία, καθώς οι επιπτώσεις της επηρεάζουν όχι μόνο τον ασθενή αλλά και το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, με σημαντικό κόστος για τα συστήματα υγείας. Για την θεραπεία της υπάρχουν διάφορες ψυχοθεραπευτικές θεωρίες όπως ψυχαναλυτικές, λοιπές ψυχοδυναμικές και γνωσιακές-συμπεριφορικής αλλά καλύτερα τεκμηριωμένες είναι οι βιολογικές θεραπείες. Χρειάζονται περισσότερες έρευνες για να υπάρξει επαρκέστερη τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας της ψυχανάλυσης και των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών καθώς και της θέσης τους στον θεραπευτικό αλγόριθμο της κατάθλιψης.

Λέξεις κλειδιά: κατάθλιψη, δημόσια υγεία, ψυχική υγεία, θεωρίες κατάθλιψης, θεραπεία κατάθλιψης, ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία

ABSTRACT

Introduction: Depression is a disease that affects the health of people worldwide. It is prevalent indiscriminately at all ages while a gradual decrease in the age of its first appearance is recorded. It is a disease that negatively affects the well-being of patients and at the same time puts a significant burden on health systems worldwide. Modern classification systems distinguish various forms of it, which also require different therapeutic approaches. At the same time, there are many theories about depression, as well as various treatment methods.

Background and Objective: In this paper, the aim is to study the effectiveness of psychoanalytic psychotherapy in depression both autonomously and in relation to the most established forms of treatment (biological and non-biological) and to study its place in the therapeutic algorithm.

Methods: It is a literature review based in a search in databases (Scopus, PubMed and Google Scholar) but also with a free internet search of articles published in scientific journals, books and reports related to the selected keywords. The time range of the search was extremely wide (1917–2024) as few studies were found that met the criteria set but which criteria were complete according to the question being studied. The search has been carried out intermittently over the last two years but most intensively in July and August 2024.

Results: The best proven methods in the treatment of depression are biological treatments (drugs, ECT, etc.) and cognitive behavioral therapy (CBT). However, psychoanalytic psychotherapy appears to have deeper and longer-lasting changes in the patient's personality (compared to the well-documented cognitive behavioral therapy - CBT) increasing their resilience and reducing the likelihood of relapse. However, it requires a high commitment from the patient, it is long-term and therefore its cost is high. In addition to the direct costs for the care and treatment of people with depression, there are also significant indirect costs. Scientific studies on the effectiveness of psychoanalysis in the treatment of depression are few.

Conclusions: Depression is an important issue for Public Health, as its effects affect not only the patient but also his family and social environment, with significant costs for health care systems. For its treatment there are various psychotherapeutic

theories such as psychoanalytical, other psychodynamic and cognitive-behavioral, but the best established and proven to be effective are the biological treatments. More research and studies are needed to prove effectiveness of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapies and to establish its place in the treatment algorithm for depression.

Keywords: depression, public health, mental health, theories of depression, treatment of depression, psychoanalytic psychotherapy

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

“Skrik” Edvard Munch	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΖΗΤΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-V.....	23
5.1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή.....	25
5.2. Εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή (δυσθυμία).....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ICD-10.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	30
7.1. Βιολογικές θεωρίες.....	30
7.2. Γνωσιακές-συμπεριφορικές θεωρίες.....	31
7.3. Συμπεριφορικές θεωρίες.....	33
7.4. Ψυχαναλυτικές και Ψυχοδυναμικές θεωρίες.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	36
8.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	36
8.2. Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	38
8.3. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	40
8.3.1. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ-ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	40
8.3.2. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ.....	43
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΚΟΠΟΣ-ΣΤΟΧΟΙ.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	59
ΕΠΙΜΥΘΙΟ Ή ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ.....	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	63

Πρόλογος

Η κατάθλιψη δεν αποτελεί μία ενιαία νόσο. Καλύτερα θα μπορούσε να περιγραφεί ως ένας αστερισμός ή ένα φάσμα ψυχοπαθολογίας και φαινομενολογίας που μπορεί να περιλαμβάνει μία επιπλοκή στη διαδικασία πένθους, μία ύπουλη χρόνια δυσθυμία, μία αντίδραση σε ένα στρεσογόνο γεγονός, μία βαριά κλινική νόσο με ή χωρίς αυτοκτονικότητα ή ακόμα και μία κατατονική άκρως επικίνδυνη για τη ζωή μορφή. Το σίγουρο είναι πως ταλαιπωρεί εκατομμύρια ανθρώπους έχει παγκόσμια κατανομή και αυξητικές τάσεις αλλά και όλο μεγαλύτερη διείσδυση στις νεαρότερες ηλικίες.

Ως «μάστιγα της σύγχρονης ζωής και του αστικού τρόπου διαβίωσης» την περιγράφουν ποιητές, συγγραφείς, σκηνοθέτες, δημοσιογράφοι και στο συνειδητό όλων μας έχει τη μορφή που απέδωσε αριστοτεχνικά ο Edvard Munch στο διάσημο πίνακά του «Η κραυγή». Αλλά έρχεται από πολύ παλιότερα από αυτό που ονομάζουμε σύγχρονο. Μία περιγραφή της ανθυμηθούμε υπάρχει στην Ιλιάδα όπου ο Αϊάντας πέφτει σε κατάθλιψη και τελικά αυτοκτονεί.

Μέχρι σήμερα οι βιολογικές θεραπείες αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της αντιμετώπισής της. Το πρώτο αντικαταθλιπτικό η ιμιπραμίνη ανακαλύπτεται μόλις το 1957 από τον Kuhn στη Βασιλεία της Ελβετίας ενώ στη δεκαετία του '80 ανακαλύπτονται τα 2ης γενιάς αντικαταθλιπτικά. Η ανάγκη για συνεχιζόμενη φαρμακευτική αγωγή για μακρύ χρονικό διάστημα, ο κίνδυνος από τις ανεπιθύμητες τους ενέργειες, οι συχνές υποτροπές της νόσου ως αποτέλεσμα της διακοπής ή της μη συμμόρφωσης στη θεραπεία, αλλά και ένα ικανό ποσοστό ασθενών που δεν ανταποκρίνονται στις φαρμακευτικές ή άλλες βιολογικές θεραπείες έχει ξαναστρέψει το ενδιαφέρον στις ψυχοθεραπείες.

Με το κλασικό σύγγραμμα του Sigmund Freud «Πένθος και Μελαγχολία» ξεκινά η πρώτη ψυχαναλυτική προσέγγιση για θεωρητική εξήγηση και θεραπεία της κατάθλιψης από το όχι και τόσο μακρινό 1917 αλλά πάντως 40 χρόνια νωρίτερα από την ανακάλυψη της ιμιπραμίνης. Στη συνέχεια ένα άλλος ψυχαναλυτής ο Abraham Beck στη δεκαετία του '60 εισάγει στην θεραπεία της κατάθλιψης την γνωσιακή ψυχοθεραπεία που η μετεξέλιξή της σε γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αποτελεί σήμερα την καλύτερα τεκμηριωμένη ψυχοθεραπευτική μέθοδο για την κατάθλιψη.

Σύγχρονες μελέτες νευροαπεικόνισης δείχνουν μεταβολές στην δραστηριότητα του εγκεφάλου μετά από επιτυχή ψυχοθεραπεία παρόμοιες με αυτές της

φαρμακοθεραπείας. Σήμερα είναι συνήθης κλινική πρακτική κατά τη νοσηλεία ασθενών παράλληλα με τις βιολογικές θεραπείες να ακολουθείται και κάποια ψυχοθεραπευτική μέθοδος.

Η ψυχανάλυση αποτελεί την «μητέρα των ψυχοθεραπειών» καθώς προηγήθηκε χρονικά και με τον ένα ή άλλο τρόπο επηρέασε τις υπόλοιπες. Είναι πλέον αποδεκτή και καταξιωμένη στην συνείδηση των ανθρώπων τόσο που να αναφερόμαστε πια στις ψυχοθεραπείες λέγοντας «κάνει ψυχανάλυση» ακόμα κι αν κάποιος ακολουθεί άλλης μορφής ψυχοθεραπεία. Η έλλειψη ουσιαστικών παρενεργειών (δεν υπάρχουν αντίθετα εμπειρικά δεδομένα), σε συνδυασμό με την καταξίωσή της και την πολύ στέρεη θεωρητική της βάση, μου κίνησαν το ενδιαφέρον για να ελέγξω και την τεκμηρίωσή της. Περιορισμοί που θέτει το ίδιο το ψυχαναλυτικό πλαίσιο όπως η μακρόχρονη θεραπεία, η υψηλή δέσμευση, το υψηλό κόστος, η εχεμύθεια για τα διαμειβόμενα στην ψυχαναλυτική σχέση περιορίζει τη δυνατότητα μελετών και έρευνας τουλάχιστον σε εξωνοσοκομειακό πλαίσιο. Αυτό ήταν αναμενόμενο και πριν γυρίσουν λιγοστά αποτελέσματα από την αναζήτηση άρθρων σε συνήθεις επιστημονικές βάσεις ακόμα και με μεγάλο χρονικό εύρος.

Ουσιαστικά αποτελεί η παρούσα διπλωματική όχι μια προσπάθεια να φωτίσω το σκοτάδι που μας περιβάλλει σχετικά με την επιστημονική τεκμηρίωση της ψυχαναλυτικής μεθόδου στην θεραπεία της κατάθλιψης αλλά ανάβοντας το σπίρτο αυτής της ανασκόπησης να δείξω πόσο πυκνό είναι το σκοτάδι αυτό και την ανάγκη για έρευνα, έρευνα, έρευνα, από πολλούς, διαφορετικούς και ανεξάρτητους ερευνητές. Αλλά και πάλι ανάβοντας το σπίρτο μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ένα κάποιο φως θα μπει. Όλα αυτά έχοντας μερική επίγνωση του κινδύνου ενός τραύματος στην ερευνητική μου αξιοπιστία τόσο λόγω των αναφερομένων δυσκολιών όσο και της υποκειμενικής δυσκολίας της κατανόησης των δύσκολων ψυχαναλυτικών εννοιών και φαινομένων. Σας ζητώ να είστε επιεικής με τα πολλά λάθη που σίγουρα θα βρείτε γιατί ο σκοπός είναι αγαθός αλλά νομίζω άνιση η αναμέτρηση με ένα τόσο απαιτητικό θέμα.

Κλείνοντας να επισημάνω πως δεν βοηθά την επιστημονική τεκμηρίωση η επιμονή των ασκούντων την ψυχαναλυτική μέθοδο στην εμπειρική αξία της μεθόδου σε αντιδιαστολή με την ερευνητική μέθοδο. Μεταφέρω προσωπική εμπειρία όταν ρωτώντας τον πολύ καταξιωμένο επιστημονικά υπεύθυνο ενός πρωτοποριακού προγράμματος ψυχαναλυτικής θεραπείας σε δημόσια δομή ποια ήταν τα αποτελέσματα από την δεκαετή εφαρμογή του πήρα την απάντηση πως «δεν είναι όλα τα πράγματα μετρήσιμα».

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αίσθηση της δυστυχίας, όταν βιώνουμε μία δύσκολη περίοδο, αποτελεί μέρος της φυσιολογικής ανθρώπινης εμπειρίας. Η παρατεταμένη όμως ή με πολύ μεγάλη ένταση ή και χωρίς να υπάρχει ένα εκκριντικό ψυχοπιεστικό γεγονός αίσθηση της δυστυχίας μαζί με άλλα συμπτώματα, όπως ανηδονία, αρνητικές σκέψεις, μειωμένη ενεργητικότητα κ.α. μας εισάγει στον αστερισμό των καταθλιπτικών διαταραχών ή αλλιώς της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη αποτελεί μία βαριά νόσο που εξαντλεί τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, ενώ σχετίζεται με αυξημένη και πρόωρη θνησιμότητα. Συχνά η κατάθλιψη εμφανίζει συνοσηρότητα με άλλες ψυχικές παθήσεις, όπως οι αγχώδεις διαταραχές, αλλά και σωματικές παθήσεις, γεγονός που επιβαρύνει την πρόγνυσή τους και δυσχεραίνει τη θεραπεία τους.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει σε 5% τον ενήλικο πληθυσμό σε παγκόσμιο επίπεδο που υποφέρει από κατάθλιψη (1). Παρόλο που υπάρχουν σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών, ο επιπολασμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε διάστημα ενός έτους υπολογίζεται περίπου στο 6% (2). Κατά τη διάρκεια της ζωής, ο κίνδυνος μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής υπολογίζεται σε 15-18% (3). Αυτό σημαίνει πως ένας άνθρωπος στους πέντε παγκοσμίως θα βιώσουν ένα επεισόδιο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μία φορά στη ζωή τους. Αποτελεί λοιπόν η κατάθλιψη σημαντικό πρόβλημα Δημόσιας Υγείας με πολλές και σοβαρές κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις που απαιτεί ποικιλία θεραπευτικών χειρισμών.

Οι θεραπείες που εφαρμόζονται σήμερα για την κατάθλιψη αποσκοπούν στην ύφεση των συμπτωμάτων και την προφύλαξη των υποτροπών και περιλαμβάνουν σειρά φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών μέτρων (όπως οι ψυχοθεραπείες και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία). Η ψυχανάλυση ως ψυχοθεραπεία για την κατάθλιψη θα μας απασχολήσει σε αυτή την βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η ψυχανάλυση για να εξηγήσει την κατάθλιψη στηρίζεται στο θεωρητικό μοντέλο που ο θεμελιωτής της S. Freud εισήγαγε για αυτήν, στην κλασική του εργασία «Πένθος και μελαγχολία» το 1917. Το βασικό θεωρητικό μοντέλο εστιάζει στις ομοιότητες ανάμεσα στο πένθος και στα συμπτώματα της κατάθλιψης με κοινή την έννοια της απώλειας. Μόνο που σε αντιπαράθεση με το πένθος, στην κατάθλιψη η απώλεια δεν αναφέρεται σε ένα υπαρκτό πρόσωπο αλλά σε κάποιο «αντικείμενο» που μπορεί να είναι μια

εσωτερική αναπαράσταση ή κάποια αφηρημένη ιδέα. Η απώλεια του αντικειμένου, το οποίο είχε επενδυθεί με αμφιθυμικά αισθήματα (αγάπης και επιθετικότητας), ανακατευθύνει προς τον εαυτό τα εχθρικά αισθήματα που απευθύνονταν προς το απολεσθέν αντικείμενο, με αποτέλεσμα την βίωση αισθημάτων αυτομομφής, ενοχών, επικριτικότητας προς τον εαυτό, ιδεών αναξιοτήτας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, ακόμα και αυτοκαταστροφικού ιδεασμού. Η αιτία αυτής της αδυναμίας διαχείρισης των συναισθημάτων που προκαλεί η απώλεια του αντικειμένου αγάπης αποδίδεται σε διαταραγμένη σχέση με την/ον τροφό (συνηθέστερα το ρόλο αυτό έχει η μητέρα) στους πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους.

Αν και η ψυχανάλυση αρχικά απευθυνόταν κυρίως σε ασθενείς που ανήκουν στο φάσμα των νευρώσεων, σε αυτή την βιβλιογραφική ανασκόπηση θα ασχοληθούμε με το αν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην θεραπεία της κατάθλιψης. Από μία πρώτη αναζήτηση σε επιστημονικές βάσεις φαίνεται να είναι ολιγάριθμες οι μελέτες και έρευνες που μετρούν την αποτελεσματικότητα της ψυχανάλυσης ως θεραπευτικής μεθόδου στην κατάθλιψη, ενώ αντίθετα η βιβλιογραφία σχετικά με τις θεωρητικές βάσεις και τα εμπειρικά δεδομένα φαίνεται να είναι επαρκής και να επεκτείνεται ευρύτατα χρονικά από το 1917 έως σήμερα.

Με την παρούσα μελέτη στοχεύουμε να προσεγγίσουμε, μεταξύ άλλων, και τους λόγους που η επιστημονική τεκμηρίωση στη θεωρία της ψυχανάλυσης είναι πτωχή, αλλά και πώς η ίδια αποτελεί μία από τις πιο μακροχρόνιες πρακτικές στις ψυχοθεραπείες, παρά την έλλειψη κλασσικής τεκμηρίωσης. Στο τέλος της ανασκόπησης θα πρέπει να απαντηθεί και το βασικό ερώτημα, αν η ψυχανάλυση έχει θέση στη θεραπεία της κατάθλιψης και πώς μπορεί αυτή να εισαχθεί στον θεραπευτικό αλγόριθμο.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Επιχειρώντας να προσδιορίσουμε και να εντοπίσουμε ιστορικά την κατάθλιψη, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ύπαρξή της χάνεται στους αιώνες της ανθρώπινης ιστορίας, καθώς πάντα αποτελούσε πρόβλημα υγείας για τους ανθρώπους όλων των εποχών και πάντα γίνονταν προσπάθειες για την διαχείριση και τη θεραπεία της. Ήδη αναφέρεται η νόσος αυτή με τη μορφή της «μελαγχολίας», από τη δεύτερη χιλιετία π.Χ. σε κείμενα της αρχαίας Μεσοποταμίας, κυρίως ως μία ασθένεια του πνεύματος και όχι του σώματος, αποδίδοντάς την στην επέλαση δαιμονικών στοιχείων στο πνεύμα του ασθενούς (4).

Είναι αναμενόμενο και απόλυτα κατανοητό, για τις συνθήκες της εποχής, η απόδοσή της σε κάτι υπερφυσικό, πέρα από τα ανθρώπινα όρια, ως κάτι που δαίμονες και πνεύματα κατέχουν το πνεύμα των ανθρώπων και το εξουσιάζουν, γι' αυτό και συχνά για την αντιμετώπισή της κατέφευγαν σε βάναυσες τεχνικές, όπως αυτή του εξορκισμού, με σκοπό να διώξουν τα «κακά πνεύματα» από τον ασθενή (5).

Ανατρέχοντας πίσω στον Ιπποκράτη, θα έρθουμε σε επαφή με τη θεωρία του για τους τέσσερις «χυμούς» του σώματος που εισήγαγε ο ίδιος και τους οποίους συσχέτιζε με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ανθρώπου και τις ασθένειές τους, αποδίδοντας την μελαγχολία στην υπερέκκριση μέλαινας χολής που πίστευε πως παράγεται από τον σπλήνα και αποσυνδέοντας με αυτό τον τρόπο τις νόσους από θεϊκές ή μαγικές επιδράσεις (6). Χαρακτηριστικό αυτής της προσπάθειάς του για αποσύνδεση των ψυχικών νόσων από μαγικές επιδράσεις είναι το σύγγραμμά του «Περί ιερής νόσου» αναφορικά με την επιληψία, στο οποίο αναφέρει *«... τοῦτο δὲ ὄρῳ μαινομένους ἀνθρώπους καὶ παραφρονέοντας ἀπὸ οὐδεμιῆς προφάσιος ἐμφανέος, καὶ πολλὰ τε καὶ ἄκαιρα ποιέοντας, ἐν τε τῷ ὕπνῳ οἶδα πολλοὺς οἰμῶζοντας καὶ βοῶντας, τοὺς δὲ πνιγομένους, τοὺς δὲ καὶ ἀναΐσσοντάς τε καὶ φεύγοντας ἔξω καὶ παραφρονέοντας μέχρι ἐπέγρωνται, ἔπειτα δὲ ὑγίαιας ἐόντας καὶ φρονέοντας ὥσπερ καὶ πρότερον, ἐόντας τ' αὐτοὺς ὠχροὺς τε καὶ ἀσθενέας, καὶ ταῦτα οὐχ ἅπαξ, ἀλλὰ πολλάκις. ἄλλα τε πολλὰ ἐστὶ καὶ παντοδαπά, ὧν περὶ ἐκάστου λέγειν πολὺς ἂν εἴη λόγος.....»* (μετάφραση Δ. Λυπουρλή : *«... Ἐπειτα βλέπω ανθρώπους που χωρίς φανερό αιτία χάνουν τα λογικά τους και*

καταντούν τρελοί και κάνουν πλήθος παράλογα πράγματα. Ξέρω και άλλους πολλούς που στον ύπνο τους βάζουν τα κλάματα και τις φωνές, ή τους κόβεται η αναπνοή, ή πηδούν από το κρεβάτι τους και ορμούν έξω από το σπίτι με σαλεμένο το μυαλό· όλα αυτά ώσπου να ξυπνήσουν· ύστερα γίνονται πάλι καλά και το μυαλό τους λειτουργεί πάλι κανονικά -όπως πρωτύτερα, μόνο που τώρα είναι ωχροί και αδύναμοι· και όλα αυτά όχι μόνο μια φορά αλλά πολλές.»)

Εν συνεχεία οι γιατροί των Ρωμαίων και των Ελλήνων ήταν εκείνοι που αναγνώρισαν πλέον την κατάθλιψη ως ασθένεια της ψυχής, προσπαθώντας με διάφορους εμπειρικούς τρόπους να απαλύνουν τα συμπτώματα που αυτή προκαλούσε στους ανθρώπους.

Αλλά και στην εποχή του Μεσαίωνα άρχισαν και πάλι να αναδύονται οι απόψεις ότι δαίμονες και πνεύματα επελαύνουν και μολύνουν το μυαλό των ανθρώπων και οι πρακτικές για την αντιμετώπιση αυτών των «διαβολικών» πνευμάτων ήταν άκρως απάνθρωπες και βάρβαρες.

Βγαίνοντας η Δυτική Ευρώπη από το Μεσαίωνα και βιώνοντας την άνθιση του πνεύματος στην Αναγέννηση, αρχίζουν να αναθεωρούνται τα δεδομένα για τους ψυχικά διαταραγμένους ανθρώπους, φτάνοντας πλέον στην εποχή του Διαφωτισμού, κατά την οποία η κατάθλιψη αποδίδεται στην κληρονομικότητα, αλλά και στην ίδια την ιδιοσυγκρασία του ατόμου (7).

Φτάνοντας στον 19^ο αιώνα πλέον, οι «ενδεδειγμένες» θεραπευτικές μέθοδοι για την κατάθλιψη περιλάμβαναν εμβύθιση σε νερό, ειδικές δίαιτες, ακόμα και ηλεκτροσόκ (8). Και παρόλο που ο Freud το 1917 ερμήνευσε την κατάθλιψη ως την αντίδραση του ατόμου σε κάποια απώλεια, είτε πραγματική είτε συμβολική, που οδηγεί στην αποδυνάμωση του «εγώ» και σε τάσεις αυτοκαταστροφής, προτείνοντας ως ενδεικτική μέθοδο αντιμετώπισης της κατάστασης αυτής την ψυχανάλυση, για χρόνια συνήθεις πρακτικές που ακολουθούνταν ήταν οι λοβοτομές και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (που κατέχει και σήμερα σημαντική θέση ειδικά στην θεραπεία της ανθεκτικής κατάθλιψης), ελλείπει άλλων θεραπευτικών εργαλείων ακόμα (9).

Στις δεκαετίες του '50 και του '60 οι εμφανίζεται στην επιστημονική κοινότητα μία θεωρία που διακρίνει δύο υποτύπους στην κατάθλιψη, την «ενδογενή» που την απέδιδαν σε γενετικό πρόβλημα, κατά την οποία τα άτομα θεωρούσαν τους εαυτούς τους υπαίτιους για όλα όσα τους συνέβαιναν, ανεξάρτητα από το εξωτερικό τους περιβάλλον και την «νευρωτική» ή «αντιδραστική» κατάθλιψη που το αίτιό της εντοπιζόταν σε εξωγενείς παράγοντες που επισυνέβαιναν στη ζωή του ατόμου π.χ. ένας θάνατος ή μια άλλου είδους απώλεια και μπορούσε να οδηγήσει σε

αυτοκτονικές τάσεις, σε μια προσπάθεια απόσπασης του ενδιαφέροντος και της προσοχής του ευρύτερου περιβάλλοντός τους (7).

Στα χρόνια που ακολούθησαν διάφορες θεωρίες προτάθηκαν, άλλες βιολογικές άλλες ψυχολογικές, ενώ ξεκίνησε και μία συστηματική προσπάθεια ταξινόμησης των ψυχικών παθήσεων (συνεπώς και της κατάθλιψης). Η σύγχρονη προσέγγιση δεν εντοπίζει αλλά και ούτε διακρίνει τις αιτίες της κατάθλιψης στο δίπολο μόνο των ψυχικών ή των σωματικών αιτίων. Αντίθετα αποδέχεται ότι πιθανότερο είναι να αποτελεί έκφραση και συγκερασμό τόσο βιολογικών, όσο και ψυχολογικών ή και κοινωνικών παραγόντων, στοχεύοντας σε μια πιο ολιστική θεραπευτική προσέγγιση για την θεραπεία, ανακούφιση και την υποστήριξη των ατόμων (9).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί πλέον μία από τις πιο συνήθεις νόσους που οδηγούν σε άλλωτε άλλου βαθμού αναπηρία τα άτομα που πάσχουν από αυτήν, αλλά και επιβαρύνοντας και το κοινωνικό σύνολο ως ολότητα, καθώς επηρεάζει τα άτομα ανεξάρτητα από την ηλικία ή την κοινωνική τους κατάσταση, με σημαντικό αντίκτυπο σε κοινωνικό, οικονομικό, επαγγελματικό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο κοινωνικής συνοχής και κοινωνικών σχέσεων, με επιπτώσεις πολύ σημαντικές είτε αυτόνομα είτε συγκριτικά με άλλες χρόνιες παθήσεις (10).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (11), η κατάθλιψη μπορεί να πλήξει οποιονδήποτε. Κύρια χαρακτηριστικά της είναι χαμηλή ή απουσία διάθεσης, αίσθημα ανικανοποίητου, έλλειψη ενδιαφέροντος για πράγματα και καταστάσεις που πρότερα ικανοποιούσαν τον ασθενή και γενικά μία κατάσταση αδράνειας (σωματικής ή και συναισθηματικής) που διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Διαφοροποιείται από την συνηθισμένη εναλλαγή της διάθεσης που μπορεί να παρατηρηθεί στην καθημερινή ζωή και που μπορεί να προκύπτει από διάφορα γεγονότα και συμβάντα που αντιμετωπίζει το άτομο και μπορούν να επιφέρουν αλλαγές στη διάθεση και τα συναισθήματά του. Τα μη σύντονα με τις συνθήκες καταθλιπτικά συναισθήματα και η διάρκειά τους είναι αυτά που καθορίζουν και ορίζουν την κατάθλιψη ως κλινική διαταραχή, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα, όπως διαταραχές ύπνου, όρεξης και libido, από χαμηλή αυτοεκτίμηση, ανηδονία (αδυναμία δηλαδή του ασθενή να αντλεί χαρά και ικανοποίηση από δραστηριότητες που παλαιότερα του προκαλούσαν χαρά), ιδέες αυτομομφής, αλλά και από σκέψεις απελπισίας, ευχές θανάτου, ακόμα και ιδέες θανάτου με σχέδιο, με συχνά συνοδά συμπτώματα την κόπωση και την έλλειψη συγκέντρωσης και προσοχής.

Αντίθετα με την κοινή πεποίθηση, η κατάθλιψη δεν εμφανίζεται αποκλειστικά σε άτομα που έχουν βιώσει δυσκολίες σε κοινωνικές, ψυχολογικές ή ακόμα και βιολογικές καταστάσεις και γενικά ψυχοπιεστικά γεγονότα σε διάφορους τομείς της προσωπικής και κοινωνικής τους ζωής, αν και αυτά αποτελούν συχνούς ευοδοτικούς παράγοντες. Ο «ελέφαντας στο δωμάτιο» είναι πως μεγάλο ποσοστό των ατόμων που έρχονται αντιμέτωπα με την κατάθλιψη, αλλά και γενικά με ψυχιατρικές διαταραχές, συχνά δεν έχουν πρόσβαση σε κατάλληλη θεραπεία,

κυρίως στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος αλλά και στα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα των κοινωνιών παγκοσμίως.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στον τρέχοντα ορισμό του για την «Υγεία», περιλαμβάνει την ψυχική υγεία ως ένα αναπόσπαστο κομμάτι της γενικότερης υγείας του ατόμου και της ευεξίας του, δίνοντας παράλληλα ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός ότι και η ψυχική υγεία αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα που χρήζει προστασίας και κρατικής μέριμνας.

Η ψυχική υγεία και ευρωστία παρέχει στο άτομο την δυνατότητα να συνδεθεί με τους άλλους, να λειτουργήσει, να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της καθημερινότητας και τελικά να ευδοκιμήσει, συχνά μέσα σε καταστάσεις αντίξοες σωματικά και ψυχικά, συμβάλλοντας θετικά στην ανθεκτικότητά του απέναντι στα στρεσογόνα ερεθίσματα του περιβάλλοντός του. Σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, υπάρχουν κάποιοι προστατευτικοί παράγοντες που δύνανται να ενισχύσουν την ανθεκτικότητά του. Αυτοί μπορεί να είναι είτε ατομικοί (όπως είναι οι προσωπικές κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες του καθενός), είτε να σχετίζονται με την αλληλεπίδραση του ατόμου με το κοινωνικό σύνολο, όπως είναι, η κοινωνική συνοχή, η αξιοπρεπής και σταθερή εργασία, το ασφαλές οικογενειακό περιβάλλον κ.ά. Μπορεί όμως οι προστατευτικοί παράγοντες αυτοί, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες κρίσης, να εξαντλούνται και να μην επαρκούν ώστε να ενισχύουν την ψυχική του υγεία του ατόμου, αυτό τελικά να μην έχει το σθένος και τις εφεδρείες εκείνες που θα το βοηθήσουν να αντιταχθεί σε ό,τι υπονομεύει τον ψυχικό του κόσμο και να αντιμετωπίσει την κατάσταση που βρίσκεται μπροστά του με ψυχική ευρωστία (12).

Σε όλες τις χώρες του κόσμου, αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες, ποσοστό περίπου 12,5% των ανθρώπων βιώνουν μια ψυχική νόσο, με τον επιπολασμό τους να ποικίλλει και να εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως μπορεί να είναι το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό στάτους, ή ακόμα και το οικογενειακό περιβάλλον, το πολιτισμικό υπόβαθρο, ή άλλοι παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με συλλογικές πεποιθήσεις θρησκευτικές ή άλλου είδους προκαταλήψεις κλπ.

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί μια (ιδιαίτερα συχνή και διαδεδομένη) διαχρονική και παγκόσμια πάθηση που πλήττει άτομα όλων των ηλικιών ανά τον κόσμο με διαφορετικό επιπολασμό ανά ηλικιακή ομάδα. Κύρια χαρακτηριστικά της αποτελούν συναίσθημα καταθλιπτικό ή δυσφορικό και η ανηδονία, με συνοδά συμπτώματα τη μείωση ψυχοκινητικότητας, η χρόνια κόπωση, έλλειψη ενεργητικότητας, διαταραχές στον ύπνο (κυρίως αϋπνία ή υπερυπνία), μείωση της

όρεξης με επακόλουθη απώλεια βάρους (καμία φορά και το αντίθετο), μείωση της libido ή/και της σεξουαλικής επίδοσης αλλά και η έκπτωση σε ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, ιδέες αυτομομφής και αναξιότητας, ελάττωση συγκέντρωσης και προσοχής που οδηγούν τελικά σε αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Σήμερα υπάρχουν διαθέσιμες διάφορες θεραπείες, κατά κύριο λόγο αποτελεσματικές, ωστόσο τα περιστατικά καταθλιπτικών διαταραχών συχνά είτε υποδιαγιγνώσκονται είτε υποθεραπεύονται μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο, ενώ δεν πρέπει να παραβλέπουμε και τις ανθεκτικές στη θεραπεία μορφές της κατάθλιψης. Δεν πρέπει επίσης να υποτιμούμε και το στίγμα που συνδέεται με την κατάθλιψη, αλλά και την ελλιπή ενημέρωση για τη συστηματική διάγνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τους υγειονομικούς στις δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης (13). Επιπλέον, ιδιαίτερη σημασία πρέπει να αποδώσουμε και στους κοινωνικούς προσδιοριστές της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, οι οποίοι συνοψίζονται κυρίως στην ενδοοικογενειακή βία, τις κοινωνικές σχέσεις, την επισιτιστική ανασφάλεια, τις συνθήκες διαβίωσης, την αστικοποίηση του πληθυσμού, αλλά και τις φυλετικές διακρίσεις, τις φυσικές και ανθρωπογενείς καταστροφές και τη μετανάστευση. Όλα αυτά αποτελούν παράγοντες που μπορούν να ενισχύσουν και να επιτείνουν την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών και να εξηγήσουν τη συχνότερη εμφάνισή τους στη σύγχρονη εποχή (14).

Συνεπεία των παραπάνω, η κατάθλιψη πλέον έχει αποκτήσει ιδιαίτερη βαρύτητα και αποτελεί σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, όχι μόνο λόγω των προβλημάτων που η ίδια δημιουργεί, όσο και εξαιτίας της αύξησης του επιπολασμού των χρόνιων παθήσεων, κυρίως στο σύγχρονο δυτικό κόσμο, οι οποίες αυξάνουν κατά πολύ την πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών στα άτομα που νοσούν, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Παράλληλα, παρατηρείται και το αντίστροφο φαινόμενο, δηλαδή οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, συχνά να παρουσιάζουν σημαντικό ποσοστά συνοσηρότητας με χρόνια νοσήματα (15). Επίσης, η διαρκής αύξηση του προσδόκιμου ζωής παγκοσμίως, σε συνδυασμό με τον αυξημένο επιπολασμό της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία, όχι μόνο επιδεινώνει την κατάθλιψη ως πρόβλημα δημόσιας υγείας, αλλά αναμένεται να αυξήσει την σημαντικότητά της και να απαιτηθούν νέες στρατηγικές αντιμετώπισής της.

Τα συμπτώματα που παρατηρούνται σε ασθενείς με κατάθλιψη δεν είναι μόνο αυτά της διάθεσης. Μπορεί να σχετίζονται με προβλήματα συμπεριφοράς αλλά και με σωματικές αιτιάσεις ή ενοχλήματα. Χωρίς να είμαστε περιοριστικοί, μερικά από τα πιο συχνά παρατηρούμενα συμπτώματα είναι η έλλειψη διάθεσης, η ευερεθιστότητα, η έλλειψη ενδιαφέροντος και κινήτρων, η απαισιοδοξία, η χαμηλή

αυτοεκτίμηση, η μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή, η χαμηλή libido και πολλά άλλα, με σοβαρότερα ίσως τις ιδέες θανάτου, τις απόπειρες αυτοκτονίας ή και αυτοκτονίες, καθώς επίσης σκέψεις ή πράξεις ετεροκαταστροφικότητας. Σε επίπεδο συμπεριφοράς αντίστοιχα, ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε την μειωμένη παραγωγικότητα, τη χρήση/κατάχρηση ουσιών καθώς και την εξάρτηση από αυτές, την επιθετική συμπεριφορά, εξάρσεις κλάματος/θυμού, απόπειρες αυτοκαταστροφής, χωρίς η λίστα να εξαντλείται στα παραπάνω. Ως σωματικά συμπτώματα αναφέρονται η κόπωση, η απώλεια ή η αύξηση βάρους, συχνοί πονοκέφαλοι, γαστρεντερικές διαταραχές, ταχυκαρδία, διαταραχές ύπνου κ.ά. (13). Συχνά, αρκούν να είναι δύο από τα παραπάνω συμπτώματα παρόντα για να οριστεί η καταθλιπτική διαταραχή, καθώς τις περισσότερες φορές συνυπάρχουν πολλά από αυτά. Ωστόσο, για να διαγνωστεί η κατάθλιψη, είναι αναγκαίο να υπάρχει αποδεδειγμένα απόκλιση από τις φυσιολογικές μεταβλητές της διάθεσης και της λειτουργικής ευρωστίας. Σημασία επίσης έχει και η διάρκεια των συμπτωμάτων, καθώς και οι υποτροπές τους.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία για τις καταθλιπτικές διαταραχές συντείνουν στο συμπέρασμα ότι αποτελούν διαδεδομένες διαταραχές στο γενικό πληθυσμό, καθώς ο επιπολασμός τους στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και στη Δυτική Ευρώπη βρέθηκε να κυμαίνεται σε ποσοστό μεταξύ 13,3 – 17,1% (15) και ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή τους κατά κύριο λόγο είναι το φύλο, οι άσχημες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, στρεσογόνα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή του ατόμου, αλλά και χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, ενώ σημαντικό ρόλο παίζει και το κριτήριο της κληρονομικότητας για την εκδήλωσή τους.

Κι ενώ περίπου ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι σε ολόκληρο τον πλανήτη έχουν διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή (όχι αποκλειστικά μόνο με κατάθλιψη), οι περισσότεροι από αυτούς δεν έχουν πρόσβαση σε αποτελεσματική φροντίδα, είτε λόγω μη διαθέσιμων υπηρεσιών ή λόγω στίγματος ή λόγω πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων, προκαταλήψεων και πεποιθήσεων γύρω από την ψυχική υγεία, παράγοντες που επηρεάζουν κατά πολύ το κατά πόσο κάποιος θα αναζητήσει και θα λάβει αντίστοιχα την πρέπουσα βοήθεια και συνδρομή (12).

Παράλληλα, δεν πρέπει να παραβλέπουμε και να υποτιμούμε το γεγονός ότι σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ολοένα αυξανόμενες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες, η αυξανόμενη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αλλά και οι παρατεταμένες συγκρούσεις, σε συνδυασμό με την πρόσφατη πανδημία του COVID-19, επηρέασαν και συνεχίζουν να επηρεάζουν την ψυχική υγεία και ευεξία των ανθρώπων, επιδεινώνοντας και επιτείνοντας έτσι την κατάσταση ευαλωτότητας

τους και αποτελώντας ευοδοτικούς παράγοντες για την περαιτέρω αύξηση της επίπτωσης και του επιπολασμού ψυχικών διαταραχών. Παράλληλα έχουμε στον αντίποδα να αντιμετωπίσουμε την αυξανόμενη αδυναμία των υπηρεσιών και συστημάτων υγείας να ανταποκριθούν με αποτελεσματικό τρόπο σε αυτά τα προβλήματα δημόσιας υγείας που αρχίζουν να εξαπλώνονται με πιο ανησυχητικά από ποτέ.

Χαρακτηριστικά σε σχέση με τα ανωτέρω σχετικά με την περίπτωση της πρόσφατης πανδημίας του COVID-19, ενώ οι επιστήμονες είχαν αρχικά εκτιμήσει μία ενδεχόμενη αύξηση της τάξεως του 25-27% στον επιπολασμό της κατάθλιψης κατά τον πρώτο χρόνο της πανδημίας (16), μεταγενέστερες ανασκοπήσεις επιβεβαίωσαν την αύξηση αυτή και μάλιστα ήδη από τους πρώτους μήνες της επέλασής της (17).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη είναι μία ασθένεια που μπορεί να εμφανισθεί σε οποιονδήποτε άνθρωπο και σε οποιαδήποτε φάση της ζωής του. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, μπορεί να επηρεάζεται από παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, αλλά και το πολιτισμικό και κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο του ατόμου.

Ωστόσο, η υπάρχουσα βιβλιογραφία προσδιορίζει διάφορους παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου. Ενδεικτικά αναφέρουμε τους παρακάτω:

- **Οικογενειακό ιστορικό:** άτομα, που έχουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον συγγενείς εξ αίματος με κατάθλιψη, ή άλλα ψυχικά νοσήματα, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.
- **Εμπειρίες στην πρώιμη παιδική ηλικία:** αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης εμφανίζουν τα άτομα που στην παιδική τους ηλικία βίωσαν έντονα παιδικά τραύματα ή απώλειες.
- **Χρήση ουσιών/αλκοόλ:** επίσης παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης σε άτομα που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ή κατάχρηση αλκοόλ.

Και άλλοι παράγοντες έχουν συσχετισθεί με την εμφάνιση κατάθλιψης, όπως νοσήματα από τα οποία μπορεί να πάσχει κάποιο άτομο (πχ υπο/υπερθυροειδισμός, ν. Addison, τεταρτογενής σύφιλης, ρευματοειδής αρθρίτιδα, ν. Parkinson, νεοπλασίες κ.α) ή η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση άλλων παθήσεων (ενδεικτικά στεροειδή, αμφεταμίνες, κοκαΐνη, μεθυλντόπα, ινδομεθακίνη, φαινοθειαζίνη κ.α), ή ακόμα η οικογενειακή και εργασιακή κατάσταση, ο τρόπος διαμονής ή το κοινωνικό περιβάλλον, οι διαταραχές ύπνου και πολλοί άλλοι. Ιδιαίτερα ανησυχητικό, που χρήζει περαιτέρω έρευνας και επιστημονικής μελέτης και επαγρύπνησης, είναι η παρατηρούμενη διαρκής ελάττωση των ηλικιακών ορίων εμφάνισης της κατάθλιψης, καθώς συναντάται όλο και πιο συχνά σε παιδιά και εφήβους και νεαρούς ενήλικες (18). Ενδεικτικά να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με την Έκθεση σχετικά με την ψυχική υγεία (2023/2074(INI)) της Επιτροπής Περιβάλλοντος, Δημόσιας Υγείας και Ασφάλειας των Τροφίμων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, το ποσοστό των εφήβων ηλικίας 10 έως 19 ετών που ζουν με ψυχικές παθήσεις, άγχος και κατάθλιψη στην Ευρώπη ανέρχεται σε περίπου εννέα

εκατομμύρια, με το ποσοστό αυτό να είναι μεγαλύτερο από το 50% των συνολικών περιπτώσεων των αντίστοιχων ψυχικών νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό (19).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΖΗΤΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι γεγονός ότι η κατάθλιψη, αλλά γενικότερα οι ψυχικές παθήσεις, αποτελεί σημαντικό ζήτημα δημόσιας και παγκόσμιας υγείας και απαιτεί βελτιωτικές κινήσεις, τόσο για την θεραπεία της όσο και για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, ιδανικά σε κοινοτική βάση ως μια καλύτερη και πιο αποδεκτή λύση σε σχέση με την ιδρυματική περίθαλψη και με πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση, στη βάση των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων (20).

Χαρακτηριστικά η Παγκόσμια Ημέρα Υγείας η οποία έχει καθιερωθεί να τιμάται στις 7 Απριλίου από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, για το έτος 2017 ήταν αφιερωμένη στην κατάθλιψη, με θέμα «Κατάθλιψη: Ας μιλήσουμε» (Depression: Let's talk), στοχεύοντας κατά κύριο λόγο στην ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση γύρω από αυτήν, σε μια προσπάθεια μείωσης του στίγματος και ενίσχυσης της ανάγκης των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη, για αναζήτηση αποτελεσματικής βοήθειας. Να σημειώσουμε επίσης εδώ ότι, σύμφωνα με έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής που αναφέρεται σε στοιχεία του έτους 2014, στην Ελλάδα, ποσοστό 4,7% του πληθυσμού έπασχε από κατάθλιψη, με εντυπωσιακή επικράτηση σε ποσοστό 80,8% στις γυναίκες, ενώ αντίστοιχα αποκαρδιωτικά και παράλληλα ανησυχητικά είναι και τα στοιχεία που καταγράφηκαν σχετικά με τη δυνατότητα των ατόμων να αγοράσουν τη φαρμακευτική τους αγωγή ή την οικονομική τους ικανότητα για πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα και θεραπεία (21).

Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει το γεγονός ότι οι οικονομικές ανισότητες σχετίζονται με την αύξηση του επιπολασμού διάφορων ψυχικών παθήσεων, μεταξύ των οποίων και της κατάθλιψης, με τα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα να πλήττονται περισσότερο, σε συνδυασμό και με την κοινωνική πόλωση και αποκλεισμό που βιώνουν τα άτομα αυτά (22). Αντίστοιχα επισημαίνεται και ότι υπάρχουν τεράστια κενά στην κάλυψη των υπηρεσιών φροντίδας ψυχικής υγείας ανά τον κόσμο (23) και μάλιστα χωρίς μεγάλη διαφοροποίηση ανάμεσα στις χώρες με υψηλό ή χαμηλό εισόδημα, πράγμα αρνητικά εντυπωσιακό, με δεδομένο ότι ως σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, η κατάθλιψη θα έπρεπε να χρήζει μεγαλύτερης προσοχής και αντιμετώπισης.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το μεγάλο «αγκάθι» στην ελλιπή αναζήτηση βοήθειας, τόσο για την κατάθλιψη όσο και γενικότερα για όλα τα θέματα ψυχικής υγείας, αποτελεί το στίγμα και οι διακρίσεις. Ένα στίγμα, που παρά τα μεγάλα βήματα που έχουν γίνει, παραμένει βαθιά ριζωμένο σε όλο τον κόσμο, σε όλες τις κοινωνίες και, στερεοτυπικά, τα καταθλιπτικά άτομα αντιμετωπίζονται ως οι τεμπέληδες και οι αδύναμοι, οι βίαιοι και επικίνδυνοι ή ακόμα οι μη ευφυείς και οι «δύσκολοι», γεγονός που αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για το άτομο στην αναζήτηση βοήθειας και θεραπευτικής αντιμετώπισης (24), (25).

Από την άποψη της δημόσιας υγείας, δεν πρέπει να παραβλέπουμε το γεγονός ότι η ψυχική υγεία είναι αλληλένδετη με χρόνια σωματικά νοσήματα, τα οποία την επηρεάζουν και επηρεάζονται από αυτήν. Πρόκειται για μία σχέση αμφίδρομη, καθώς σωματικά νοσήματα, λόγω του στρες που προκαλούν στο άτομο, μπορούν να ευοδώσουν την εμφάνιση της κατάθλιψης ή και αντίστροφα, η κατάθλιψη μπορεί να αλληλοεπιδράσει και να ενισχύσει την ευαλωτότητα του ατόμου σε μια σειρά χρόνιων παθήσεων (26). Είναι μια σχέση αλληλένδετη, που σε επίπεδο δημόσιας υγείας, δεν πρέπει να υποτιμάται, αλλά αντίθετα να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν, τόσο σε επίπεδο χάραξης πολιτικών δημόσιας υγείας, όσο και στοχευμένα σε επίπεδο πρόληψης αλλά και παροχής υγειονομικής φροντίδας και θεραπείας.

Επιπλέον, τόσο η κατάθλιψη όσο και οι λοιπές ψυχικές διαταραχές, έχουν σημαντικές έμμεσες και άμεσες επιπτώσεις σε οικονομικό επίπεδο. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ειδικών, σε παγκόσμιο επίπεδο ετησίως καταγράφονται 12 δισεκατομμύρια χαμένες παραγωγικές εργατοώρες λόγω κατάθλιψης και αγχώδων διαταραχών συμπεριλαμβανομένων των ημερών που οι πάσχοντες μπορεί να είναι υπο-παραγωγικοί αν και πηγαίνουν στη δουλειά τους. Και αυτό σε χρήματα μεταφράζεται σε περίπου 1 τρισεκατομμύρια δολάρια (27). Συνεπώς, γίνεται απόλυτα κατανοητή η ανάγκη για αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις και πολιτικούς σχεδιασμούς από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας, αλλά και από δημοσιονομική άποψη (οικονομικά της υγείας), για τον μετριασμό των αρνητικών επιπτώσεων της κατάθλιψης σε πολλαπλά επίπεδα, αλλά κυρίως για τον ίδιο τον πάσχοντα. Και οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να στοχεύουν τόσο στην προαγωγή και την πρόληψη, αλλά και την διάγνωση και την θεραπεία, ενώ δεν πρέπει να παραλείπεται και το στάδιο της αποκατάστασης, προκειμένου τα πάσχοντα άτομα να μπορούν να γίνουν και πάλι λειτουργικά για τον ίδιο τον εαυτό τους, αλλά και παραγωγικά για την κοινωνία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-V

Η κατάταξη των ψυχικών και νοητικών διαταραχών διεθνώς βασίζεται κυρίως στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Αποτελεί το πιο ευρέως διαδεδομένο διαγνωστικό εργαλείο και στην Ελλάδα χρησιμοποιείται καθ' υπερροχήν στην κλινική πράξη (σε συνδυασμό όμως με το ταξινομικό σύστημα του ΠΟΥ το ICD 10) .

Η τελευταία έκδοση που χρησιμοποιείται είναι το DSM-V του 2013, με την πιο πρόσφατη αναθεώρησή του το 2022.

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο αυτό, στις καταθλιπτικές διαταραχές εν γένει συμπεριλαμβάνονται η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, η εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή, η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή, η καταθλιπτική διαταραχή που οφείλεται σε άλλη σωματική κατάσταση, η διαταραχή που προκαλείται από ουσίες ή φάρμακα, η απροσδιόριστη καταθλιπτική διαταραχή, η διασπαστική διαταραχή απορρύθμισης της διάθεσης και άλλες, ωστόσο κοινά συμπτώματα αυτών αποτελεί η καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση, με συναισθηματικές εναλλαγές και μεταπτώσεις που έχουν ως αποτέλεσμα τη διαταραχή της λειτουργικότητας του ατόμου. Διαφοροποιούνται ως προς τη χρονική διάρκεια και την ένταση των συμπτωμάτων, τη χρονική στιγμή που συμβαίνουν και την αιτιολογία (που συνήθως δεν είναι εμφανής και εντοπισμένη, αλλά εικάζεται) (28).

Για κάθε μία από τις καταθλιπτικές διαταραχές που περιγράφονται στο DSM-V, αντιστοιχούν συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια, με βάση τα συμπτώματα, τη συχνότητα και τους παράγοντες κινδύνου και ο ειδικός ψυχίατρος καλείται να κάνει τη σωστή διαφοροδιάγνωση που αποσκοπεί στην πρόγνωση και στην επιλογή κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Για το σκοπό της παρούσας εργασίας, δεν είναι ενδιαφέρον να γίνει εκτεταμένη αναφορά στις διάφορες μορφές των καταθλιπτικών διαταραχών. Ωστόσο, θα ήταν σκόπιμο να αναφέρουμε κάποια γενικά χαρακτηριστικά τους, τα οποία κυρίως συνοψίζονται στα παρακάτω:

- Εναλλαγές και μεταπτώσεις της διάθεσης / Δυσθυμία
- Απώλεια της αίσθησης της ικανοποίησης
- Ευερεθιστότητα και ευσυγκινησία

- Ανηδονία
- Διαταραχές ύπνου
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση
- Αλλαγή στον τρόπο σκέψης (ιδέες αναξιότητας, ενοχής , ανικανότητας κ.α.)
- Ελαττωμένη σεξουαλικής διάθεσης (libido) και επίδοση.
- Κόπωση
- Σωματικοί πόνοι
- Μείωση της λειτουργικότητας
- Αίσθημα απελπισίας και αδιαφορίας
- Ενοχές
- Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και προσοχής
- Ιδέες αυτοκαταστροφής με ή χωρίς σχέδιο, ευχές θανάτου

Παράλληλα, τα συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη, κατανέμονται σε πέντε βασικές κατηγορίες / διαστάσεις, ως εξής:

- **Συναισθηματική - βιωματική:** που σχετίζεται με το πώς νιώθει το άτομο. Τέτοια είναι ο θυμός, η ευερεθιστότητα, ο εκνευρισμός, η ανηδονία και η διάθεση αυτή παραμένει σταθερή, ακόμα και όταν οι εξωτερικές συνθήκες δεν συνάδουν με αυτή.
- **Συμπεριφορική:** αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το καταθλιπτικό άτομο συμπεριφέρεται. Υπάρχει μια αδρανής συμπεριφορά ακόμα και για την εκτέλεση απλών λειτουργιών, που μπορεί να ερμηνευθεί ως δυσκολία λήψης αποφάσεων ή ακόμα και ως τρόπος για να αποφύγει το άτομο να αναλάβει οποιαδήποτε ευθύνη.
- **Σωματική:** εδώ περιλαμβάνονται η απώλεια της όρεξης, η απώλεια βάρους, η σωματική κόπωση ή ακόμα, σπανιότερα αύξηση βάρους και ακανόνιστης διατροφής, που μπορεί να οδηγήσει και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις. Εδώ εντάσσονται επίσης και οι διαταραχές του ύπνου (συνηθέστερα της αϋπνίας), αλλά και η έκπτωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido).
- **Γνωστική:** στη διάσταση αυτή εντάσσεται η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αλλαγή στον τρόπο σκέψης, η απαισιοδοξία και οι αρνητικές σκέψεις, παράλληλα με τη μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή.
- **Λειτουργική:** η κατηγορία αυτή σχετίζεται με τον τρόπο που το άτομο λειτουργεί και συμπεριφέρεται στο εργασιακό αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον. Εδώ εντάσσεται η μειωμένη απόδοση, αλλά και οι συγκρούσεις με τους άλλους (29) .

Ενδεικτικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε κάποιους τύπους καταθλιπτικών διαταραχών, για να γίνει πιο κατανοητή ίσως η ταξινόμηση που προσφέρει αυτό το διαγνωστικό εργαλείο, το DSM-V.

Στην παρούσα εργασία θα αναφερθούμε στα κριτήρια για την ταξινόμηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και της εμμένουσας καταθλιπτικής διαταραχής (δυσθυμία), της πρώτης γιατί αποτελεί την βαρύτερη κλινική εικόνα της κατάθλιψης και κυριότερο λόγο για νοσηλεία (ειδικά αν συνοδεύεται από αυτοκτονικότητα ή κατατονία) και της δεύτερης γιατί συχνά διαλάθει της διάγνωσης, καταπονεί τον ασθενή επί μακρόν και γι' αυτό μένει αδιάγνωστη, αθεράπευτη ή υποθεραπευόμενη.

5.1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Ως διαγνωστικά κριτήρια θεωρούνται τα παρακάτω:

- Πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα που διαρκούν για δύο εβδομάδες και δεν αντιστοιχούν σε κάποια αλλαγή που οφείλεται σε κάποια άλλη παθολογική κατάσταση, από τα οποία τουλάχιστον το ένα θα πρέπει να είναι η θλιμμένη διάθεση ή η απώλεια του ενδιαφέροντος για το οτιδήποτε. Τα συμπτώματα αυτά, εκτός των παραπάνω, είναι η αϋπνία/υπερυπνία, υπερδιέγερση ή κατάπτωση, κόπωση και έλλειμμα ενέργειας, αίσθημα ενοχής και έλλειψη αυτοεκτίμησης, έλλειμμα συγκέντρωσης ή ορθής σκέψης, συχνές σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός.
- Τα συμπτώματα προκαλούν δυσκολία να ανταποκριθεί το άτομο σε κοινωνικό, εργασιακό ή άλλο λειτουργικό επίπεδο
- Το καταθλιπτικό επεισόδιο δεν αποδίδεται σε χρήση ουσιών ή άλλων παθολογικών καταστάσεων
- Το καταθλιπτικό επεισόδιο δεν αποδίδεται σε άλλους είδους ψυχική νόσο όπως σχιζοειδή ή ψυχωτική διαταραχή
- Δεν έχει προηγηθεί μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο

Η διαγνωστική διαδικασία προϋποθέτει ότι τα συμπτώματα θα πρέπει να εμφανίζονται καθημερινά, με εξαίρεση τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις αλλαγές στο βάρος. Η κούραση και οι διαταραχές ύπνου εμφανίζονται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Η διάθεση επίσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διάγνωση. Πολλές φορές η θλίψη και η απελπισία συνοδεύεται από απουσία συναισθημάτων,

ή από συναισθήματα όπως ο θυμός, το άγχος, η ευερεθιστότητα ή σωματοποιείται και αντικατοπτρίζεται σε πονοκεφάλους ή άλλους σωματικούς πόνους. Και η έλλειψη ενδιαφέροντος είναι ένα σύμπτωμα που εμφανίζεται συχνά και μπορεί, για παράδειγμα, να συνοδεύεται από το αίσθημα της μη άντλησης ικανοποίησης για δραστηριότητες που πριν ήταν ενδιαφέρουσες και ευχάριστες για το άτομο. Διαταραχές στην όρεξη μπορεί να εμφανίζονται είτε με έλλειψη διάθεσης για πρόσληψη τροφής ή με αντίθετη μορφή και πολλές φορές με ιδιαίτερη προτίμηση στα γλυκά και τους υδατάνθρακες. Επίσης οι διαταραχές στον ύπνο μπορεί να εμφανίζονται είτε ως αϋπνία (συνήθως της μορφής πρόωρης αφύπνισης) που είναι και το πιο σύνηθες είτε ως υπερυπνία με αύξηση του ύπνου.

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή αποδράμει περίπου μετά από 3 μήνες με ένα έτος από την έναρξη της νόσου. Ωστόσο, η συχνότητα υποτροπών αποτελεί σημαντικό προσδιοριστή της βραχυπρόθεσμης ή μη ανάρρωσης. Άλλοι παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με χαμηλά ποσοστά ανάρρωσης είναι ψυχωσικά χαρακτηριστικά, το έντονο άγχος που μπορεί να διατρέχει το άτομο, αλλά και πιθανές διαταραχές προσωπικότητας. Η απουσία νέων καταθλιπτικών επεισοδίων, μειώνει σημαντικά το κίνδυνο υποτροπών, λαμβάνοντας υπ' όψιν το γεγονός ότι η επιμονή ήπιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα για υποτροπή.

Για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία έχει προσδιορίσει διαφορετικούς υποτύπους της, που τους ονομάζει «προσδιοριστές» και που χαρακτηρίζουν τα καταθλιπτικά επεισόδια με βάση την βαρύτητά τους, το αν περιλαμβάνουν ψυχωσικά στοιχεία, την διάρκειά τους στο χρόνο. Αντίστοιχα, προσδιοριστής είναι και η ύφεση των επεισοδίων, καθώς και το αν περιλαμβάνουν στοιχεία μελαγχολίας, άτυπα ή μικτά στοιχεία, αν συνοδεύονται από αγχώδη δυσφορία, κατατονία ή αν εμφανίζονται περιγεννητικά (κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό).

5.2. Εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή (δυσθυμία)

Τα διαγνωστικά κριτήρια για αυτήν την διαταραχή είναι τα παρακάτω:

- Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για τουλάχιστον δύο χρόνια, κατόπιν παρατήρησης από τους άλλους

- Κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης, παράλληλα εμφάνιση δύο ή περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα: χαμηλή όρεξη ή υπερβολική κατανάλωση φαγητού, αϋπνία ή υπερυπνία, χαμηλή ενέργεια ή κόπωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειμμα συγκέντρωσης ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, συναισθήματα απελπισίας / απόγνωσης
- Κατά τη διάρκεια των δύο ετών, το άτομο δεν έχει βρεθεί περισσότερο από δύο μήνες τη φορά χωρίς τα δύο προηγούμενα διαγνωστικά κριτήρια
- Μπορεί να πληροί για τη διάρκεια των δύο ετών τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής
- Δεν έχει συμβεί μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο
- Δεν υπάρχει κάποιου άλλου είδους σχιζοειδούς διαταραχή, άλλη ψυχωτική διαταραχή ή διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας
- Δεν υπάρχει κάποια παθολογική κατάσταση (π.χ. υποθυρεοειδισμός) ή δεν αποδίδονται τα συμπτώματα στη χρήση ουσιών ή φαρμάκων
- Τα συμπτώματα συνοδεύονται από έλλειμμα στην κοινωνική και εργασιακή «συνηθισμένη» λειτουργία του ατόμου

Σε ό,τι αφορά τη διαγνωστική διαδικασία, θα πρέπει να έχουμε υπ' όψιν μας ότι μπορεί να έχει προηγηθεί μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Ωστόσο, επειδή τα συμπτώματα αποτελούν πλέον μέρος της καθημερινής εμπειρίας του ατόμου, είναι πιθανό να μην αναφέρονται από το ίδιο το άτομο, καθώς τα θεωρεί ως κάτι συνηθισμένο και μη προβληματικό και πολλές φορές η παρατήρηση από εξωτερικά άτομα, είναι εκείνη που συμβάλλει περισσότερο σε μια τέτοια διάγνωση.

Η εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή συνήθως εμφανίζεται σε αρκετά νεαρή ηλικία, συχνά εμφανίζει συνοσηρότητα με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας και σε αντίθεση με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, τα συμπτώματα είναι περισσότερο πιθανό να υποχωρήσουν μετά από ένα συγκεκριμένο και προσδιορισμένο χρονικά διάστημα (28)(28).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ICD-10

Επιπρόσθετα στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει δημιουργήσει την Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD), σε μια προσπάθεια κωδικοποίησης των νοσημάτων κυρίως με βάση την αιτιολογία τους, αποσκοπώντας να αναλυθούν και να επεξεργαστούν οι ιατρικές διαγνώσεις σε παγκόσμιο επίπεδο, με πιο συστηματικό τρόπο. Η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη έκδοση της κωδικοποίησης αυτής είναι η δέκατη (ICD-10).

Στον κωδικό, λοιπόν, **F32** του εγχειριδίου αυτού, συναντούμε το «Καταθλιπτικό επεισόδιο», με παρόμοια συμπτώματα με αυτά που έχουν αναφερθεί και παραπάνω, όπως η έλλειψη ενέργειας, η μειωμένη ευχαρίστηση και το ενδιαφέρον, η ελλιπής συγκέντρωση, οι διαταραχές ύπνου και όρεξης, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το αίσθημα της αυτομομφής, μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα κ.ά.. Το καταθλιπτικό επεισόδιο, με βάση τη συχνότητα και τη βαρύτητα των εμφανιζόμενων συμπτωμάτων, μπορεί να χαρακτηριστεί ως ήπιο, μέτριας βαρύτητας, βαρύ χωρίς ή με ψυχωσικά συμπτώματα ή ακόμα και ως μη καθορισμένο.

Για το ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο αρκούν τέσσερα ή παραπάνω από τα αναφερθέντα συμπτώματα, ενώ στο βαρύ επεισόδιο με ψυχωσικά συμπτώματα προστίθεται και αυτοκτονικές ή παραληρηματικές τάσεις.

Μια άλλη κατηγορία (**F33**) αποτελεί και η «υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή», στην οποία οι πιο βαριές μορφές της έχουν κοινά χαρακτηριστικά με αυτά που παλιότερα ονομάζαμε μανιοκαταθλιπτική ψύχωση ή μελαγχολία ή ενδογενή κατάθλιψη. Και αυτή μπορεί να συνοδεύεται από ψυχωσικά συμπτώματα, ενώ η εμφάνιση μανιακού επεισοδίου μεταβάλλει τη διάγνωση σε διπολική συναισθηματική διαταραχή.

Στην κατηγορία των άλλων αγχώδων διαταραχών (**F41**), εμφανίζεται και η «μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή» (**F41.2**), η οποία χρησιμοποιείται όταν κανένα από τα συμπτώματα, είτε του άγχους είτε της κατάθλιψης, δεν είναι το κυρίαρχο κατά την παρούσα κλινική εικόνα.

Ωστόσο, η κατάθλιψη αποτελεί συνοδό σύμπτωμα και σε άλλα νοσήματα, όπως είναι η «διαταραχή με προεξάρχουσες ιδεοληπτικές σκέψεις ή ιδεομηρυκασμούς»,

η «μετατραυματική αγχώδης διαταραχή», η «διπολική συναισθηματική διαταραχή», η «σχιζοφρένεια».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

7.1. Βιολογικές θεωρίες

Ήδη από τη δεκαετία του 1960 άρχισαν να διατυπώνονται βιολογικές θεωρίες για την κατάθλιψη, όπως η θεωρία των βιογενών αμινών που υποστηρίχθηκε από τους Schildkraut (1965) και Glassman (1969), με βάση την οποία, αιτία της κατάθλιψης αποτελεί η μείωση των επιπέδων του νευροδιαβιβαστή νορεπινεφρίνης (NE) και της σεροτονίνης (5-HT) στον εγκέφαλο, θεωρώντας ότι η φυσιολογική λειτουργία τους μεταφράζεται σε φυσιολογική λειτουργία της διάθεσης. Να επισημανθεί πως τα περισσότερα σύγχρονα αντικαταθλιπτικά δρουν σε κάποιο σημείο του κύκλου της σεροτονίνης στον εγκέφαλο (σύνθεση, μεταφορά, απελευθέρωση, σύνδεση και επαναπρόσληψη). Επίσης και η ντοπαμίνη θεωρείται πως παίζει κάποιο ρόλο στην κατάθλιψη με ενδείξεις πως η ντοπαμινεργική δραστηριότητα είναι μειωμένη στην κατάθλιψη.

Πέρα από τις ανωμαλίες των νευροδιαβιβαστών, πιθανολογούνται επίσης δομικές και λειτουργικές διαταραχές του. Αναφέρεται η παρατηρούμενη αυξημένη συχνότητα σήματος (σε απεικονίσεις του εγκεφάλου) σε παθολογικές τιμές σε υποφλοιώδεις περιοχές (θάλαμος, βασικά γάγγλια, περικοιλιακές περιοχές), ενώ αναφέρονται λιγότερο συχνά ατροφία του φλοιού, διεύρυνση των αυλάκων και των κοιλιών του εγκεφάλου. Επίσης αναφέρονται μείωση του όγκου ιπποκάμπου ή/και του κερκοφόρου πυρήνα. Σε λειτουργικές δοκιμασίες με PET (Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων) συχνό εύρημα είναι η ελάττωση του μεταβολισμού στον πρόσθιο εγκέφαλο, εντονότερο στην αριστερή πλευρά του εγκεφάλου. Τέλος παρατηρήθηκε με λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (fMRI) σε καταθλιπτικούς ασθενείς όταν συγκρίνονται με μη καταθλιπτικούς, όταν εκτίθενται σε αρνητικά ερεθίσματα ελαττωμένη απάντηση στο ραβδωτό σώμα (ραχιαίως) και στο προμετωπιαίο φλοιό (ραχιοπλαγίως) και αυξημένη στην αμυγδαλή και τη νήσο του Reil και τέλος ενεργοποίηση του θαλάμου (συγκεκριμένα του πυρήνα του προσκεφάλου).

Επίσης καλά τεκμηριωμένη είναι η σχέση της κατάθλιψης με την υπερλειτουργία του υποθαλαμομο-υποφυσιο-επινεφριδιακού άξονα και οι καταθλιπτικοί ασθενείς

εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης (ορμόνης που σχετίζεται με την απάντηση στο stress). Η κατάθλιψη έχει βρεθεί πως επηρεάζει διάφορα ενδοκρινικά συστήματα μεταξύ των οποίων ενδεικτικά αναφέρουμε τη λειτουργία των θυροειδικών ορμονών (αυξημένα επίπεδα θυροειδοτρόπου ορμόνης TSH ή αυξημένη απάντησή της μετά από έγχυση εκλυτικής ορμόνης θυροειδοτροπίνης TRH) , της σωματοστατίνης (χαμηλά επίπεδα στο ENY των καταθλιπτικών), της προλακτίνης (μειωμένη απάντηση σε ανταγωνιστές της σεροτονίνης), του εγκεφαλικού νευροτροφικού παράγοντα BDNF (αυξημένος στο ENY στην κατάθλιψη) κ.α.

Ωστόσο, στην παρούσα εργασία, λόγω του συγκεκριμένου ερευνητικού ερωτήματος που έχει τεθεί, δεν θα γίνει πιο εκτεταμένη αναφορά σε αυτές και θα εστιάσουμε περισσότερο στις ψυχολογικές, ψυχαναλυτικές, ψυχοδυναμικές, γνωστικές-συμπεριφορικές θεωρίες (30).

7.2. Γνωσιακές-συμπεριφορικές θεωρίες

Στο παρελθόν έχουν γίνει πολλές προσπάθειες των επιστημόνων προκειμένου να μελετήσουν την κατάθλιψη, με βάση την συμπεριφορά του ατόμου και θεωρείται ως αποτέλεσμα των αρνητικών σκέψεων και υποθέσεων που κάνει το άτομο, οδηγώντας το σε καταστροφικές σκέψεις και διαρκώς αρνητικά συμπεράσματα για τον εαυτό του, αλλά και για τις απαιτήσεις που μπορεί να έχει το περιβάλλον του από αυτό.

Στη γνωσιακή θεωρία που διατύπωσε ο Aaron Beck για την κατάθλιψη, υποστηρίζει ότι όσο αυξάνονται οι αρνητικές σκέψεις, τόσο αντίστοιχα αυξάνεται και η πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης. Σύμφωνα με αυτόν, τα καταθλιπτικά άτομα επικεντρώνονται κυρίως σε τρία βασικά αρνητικά σχήματα/θέματα, γνωστά και ως η «αρνητική γνωσιακή τριάδα». Το άτομο θεωρεί δηλαδή ότι είναι ανεπαρκές (εαυτός), ότι οτιδήποτε και αν επιχειρήσει να κάνει θα οδηγηθεί σε ήττα ή αποτυχία (κόσμος) και κατά συνέπεια δεν υπάρχει μέλλον (μέλλον), παρά μόνο απελπισία (31). Πυρηνικό στοιχείο είναι η απώλεια. Αυτές οι απώλειες μπορεί να είναι φυσικές (πχ απώλεια αγαπημένου) ή συμβολικές (πχ απώλεια αυτοεκτίμησης), πρώιμες, οξείες ή αθροιστικές και οι οποίες συμβάλλουν στην δημιουργία των αρνητικών γνωσιών.

Ουσιαστικά το άτομο αντιλαμβάνεται με αρνητικό τρόπο, τόσο τον εαυτό του, όσο και το περιβάλλον αλλά και το μέλλον του. Εφ' όσον το ίδιο αισθάνεται ανεπαρκές, προβληματικό και ανεπιθύμητο, αντίστοιχα ο κόσμος και το περιβάλλον γύρω του

θα είναι απαιτητικό, πιθανώς επικριτικό και συνεπώς απορριπτικό. Το γεγονός αυτό θα οδηγήσει το άτομο σε απογοήτευση και απόσυρση και το επόμενο στάδιο είναι η πλήρης απελπισία για το μέλλον, καθώς διαγράφεται ζοφερό και χωρίς εναλλακτικές λύσεις που θα μπορούσαν να ανατρέψουν την κατάσταση αυτή. Η απόσυρση αυτή έχει ως αποτέλεσμα και την σταδιακή απομάκρυνση των γύρω του, καθώς μπορεί να εκλάβουν αυτή τη συμπεριφορά ως απόρριψη για τους ίδιους, με αποτέλεσμα να διογκώνεται η μεταξύ τους απόσταση.

Ωστόσο, αυτό που θα πρέπει να εντοπίσουμε, είναι το γεγονός ότι τελικά τα καταθλιπτικά άτομα έχουν μια επιλεκτική διάθεση στο να αρνητικοποιούν γεγονότα και καταστάσεις, παρόλο που η πραγματικότητα είναι τελείως διαφορετική, αλλά αρνούνται να επεξεργαστούν τις πληροφορίες της και να αντιστρέψουν την άποψή τους (32). Το πρόβλημα ουσιαστικά εντοπίζεται σε διεργασιακά λάθη που κάνουν τα ίδια τα άτομα και τα οποία τα οδηγούν σε εσφαλμένα συμπεράσματα για τα ίδια, αλλά και για τα πράγματα που συμβαίνουν γύρω τους. Έχοντας επικεντρωθεί με επιλεκτική προσοχή στις αρνητικές πλευρές των γεγονότων που τους συμβαίνουν, συχνά υπερ-γενικεύουν τις αρνητικές τους συνέπειες και δεν αντιλαμβάνονται τα ενδιάμεσα ενδεχόμενα που μπορεί να υπάρχουν. Παράλληλα, συνηθίζουν να υποτιμούν τα θετικά, και μεγιστοποιούν τα αρνητικά γεγονότα, ενώ συχνά το αίσθημα της ενοχής και της οργής τα κυριεύει, χωρίς καμία διάθεση διαπραγμάτευσης, προσωποποιώντας τα όσα συμβαίνουν και ενοχοποιώντας για την αρνητική έκβαση τον ίδιο τους τον εαυτό.

Έτσι λοιπόν, μπορούμε εδώ να εντοπίσουμε την λεγόμενη **θεωρία της «μαθημένης ανικανότητας»**, η οποία σχετίζεται με το γεγονός ότι το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να έχουν κάποιες τραυματικές εμπειρίες, αποδίδοντας τις σε εσωτερικά αίτια. Αντίστοιχη είναι και η **θεωρία της «έλλειψης ελπίδας ή απελπισίας»**, με βάση την οποία το άτομο είναι πεπεισμένο ότι δεν μπορεί να του συμβεί κάτι θετικό και γι' αυτό δεν αντιδρά για να αλλάξει την κατάσταση αυτή. Τέλος, με βάση τη **θεωρία του «κέντρου ελέγχου»**, το άτομο θεωρεί ότι τα θετικά συμβαίνουν μόνο από εξωτερικούς παράγοντες, όπως η τύχη ή από άτομα που θεωρούν ότι «κινούν» τα νήματα της επιτυχίας και σε καμία περίπτωση δεν σχετίζονται με τη δική τους συμπεριφορά (33).

7.3. Συμπεριφορικές θεωρίες

Για τους συμπεριφοριστές, η κατάθλιψη κατά κύριο λόγο προκαλείται από την έλλειψη θετικών ενισχύσεων στο άτομο. Οι «ενισχυτές» είναι οι παράγοντες εκείνοι που μπορούν να κρατήσουν το καταθλιπτικό άτομο συνδεδεμένο με τα γεγονότα της πραγματικότητας και να του ενισχύσουν το αίσθημα της ικανοποίησης και της εκτίμησης του εαυτού του σε σημαντικούς τομείς της ζωής του.

Κατά τον Seligman, η κατάθλιψη αποτελεί αποτέλεσμα της «μαθημένης αβοηθητότητας», δηλαδή μιας κατάστασης κατά την οποία το άτομο έχει πλέον πειστεί ότι όσες προσπάθειες και αν καταβάλει, δεν θα καταφέρει να αντιστρέψει το σε βάρος του αρνητικό αποτέλεσμα. Για το λόγο αυτό αποσύρεται από την προσπάθεια, με αποτέλεσμα την αδράνεια και την παθητικότητα, με αρνητικές συνέπειες παράλληλα και στο κοινωνικό του περιβάλλον και πιθανώς και στις σχέσεις του με τους άλλους (34).

Αντίστοιχα κατά τη θεωρία του Lewinsohn, το επίπεδο της θετικής ενίσχυσης προς το καταθλιπτικό άτομο είναι ιδιαίτερα χαμηλό, γεγονός που διατηρεί και συντηρεί την καταθλιπτική συμπεριφορά. Βασικός είναι ο ρόλος των «ενισχυτών» που θα πρέπει να ανταποκρίνονται απόλυτα στις ανάγκες του ατόμου, καθώς μπορεί να έχουν και αρνητικά αποτελέσματα, αν δεν ανταποκρίνονται με προσεγγμένο και στοχευμένο τρόπο στην κατάσταση και τις δεξιότητες του καταθλιπτικού ατόμου (35).

7.4. Ψυχαναλυτικές και Ψυχοδυναμικές θεωρίες

Ο S. Freud μιλώντας για πένθος και μελαγχολία αποδίδει με τον ορό μελαγχολία αυτό που ταξινομικά ορίζουμε ως κατάθλιψη, σε αντιδιαστολή με το πένθος που αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση σε απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου ή ακόμα και αντικειμένου. Αν και στο πένθος το χαμένο πρόσωπο ή αντικείμενο βρίσκονται στο συνειδητό στην μελαγχολία το χαμένο αντικείμενο δεν είναι συνειδητό, έχει απωθηθεί στο ασυνείδητο. Το αντικείμενο ή η απώλειά του εσωτερικεύεται χωρίς το εγώ να έχει συνειδητή επίγνωση αυτής της απώλειας. Αισθήματα θλίψης, απώλειας, ανησυχίας και αναξιοσύνης κατακλύζουν τον ψυχισμό του ασθενούς ενώ μία εσωτερική ταύτιση του ασθενούς με το απολεσθέν αντικείμενο κατευθύνει τα αισθήματα θυμού και ενοχής προς το ίδιο. Καθώς το ασυνείδητο παίζει κυρίαρχο ρόλο στη σκέψη του Freud όσο αφορά την ψυχική ζωή του ατόμου,

τα καταπιεσμένα αισθήματα από την απώλεια του αντικειμένου κατακλύζουν την φαινομενολογία του ασθενούς ενισχυόμενα από ένα αυστηρό Υπερεγώ που κατακρίνει το Εγώ και επιτείνει τα αισθήματα ενοχής και ανεπάρκειας. Το τιμωρητικό Υπερεγώ προάγει εν τέλει και αισθήματα αυτοκαταστροφής, γνωστά στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η ταύτιση αυτή με το χαμένο αντικείμενο είναι που γεννά μία αμφιθυμία στο άτομο που βρίσκεται διαρκώς σε μια αέναη κίνηση μεταξύ αγάπης και μίσους προς το χαμένο αντικείμενο, άρα και προς τον ίδιο του τον εαυτό. Το χαμένο αντικείμενο στην ψυχαναλυτική θεωρία μπορεί να είναι κάποιο πρόσωπο, πράγμα ή ακόμα και ιδέα.

Ειδική αναφορά γίνεται χαρακτηριστικά στο έργο του «Πένθος και Μελαγχολία» το 1917, στο μηχανισμό αυτό από τη στέρηση του ατόμου για την ικανοποίηση του στοματικού σταδίου κατά την παιδική του ηλικία, με το χαμένο αντικείμενο να αποτελεί ο μαστός που το θρέφει. Στη σκέψη του Freud γίνεται αναφορά στη ναρκισσιστική ταύτιση με το αντικείμενο, όπου τόσο τα αισθήματα αγάπης όσο και μίσους ανακατευθύνονται προς το ίδιο του το Εγώ αφού αντικείμενο κι εαυτός γίνονται ένα.

Έτσι όταν ο πόνος και η θλίψη του παιδιού στην παιδική ηλικία προέρχεται από τον φροντιστή του, τότε ο πόνος αυτός μετατρέπεται σε θυμό, ο οποίος όμως στη συνέχεια στρέφεται προς τον ίδιο του τον εαυτό, μέσω της σωματικής ενδοβολής του αντικειμένου και οδηγείται σε μία αρνητική και καταθλιπτική συμπεριφορά (36). Την ίδια άποψη υποστηρίζει και ο Karl Abraham, υποστηρίζοντας ότι το άτομο επειδή δεν μπορεί να εκφράσει τον θυμό του που αποτελεί το αρχικό συναίσθημα προς τα αγαπημένα του πρόσωπα, στρέφουν την ευθύνη στον εαυτό τους. Ένας λόγος γι' αυτό μπορεί να είναι ο φόβος να μην εγκαταλειφθούν από τα αγαπημένα πρόσωπα από τα οποία η εξάρτησή τους είναι ζωτικής σημασίας ή ακόμα και η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τον ίδιο τους τον εαυτό (37).

Το καταθλιπτικό άτομο προσπαθεί να αποκτήσει τα χαρακτηριστικά του αντικειμένου του θυμού του και να το αναπαράγει μέσα από το «εγώ» του. Και σε αυτό το «εγώ» θα μπορεί πλέον να εκφράσει τον θυμό και την οργή του, καθώς έχει πλέον μπει στο ρόλο του αντικειμένου του θυμού του (38).

Αργότερα η Melanie Klein υποστήριξε την άποψη ότι το καταθλιπτικό άτομο «υποκαθιστά» το εξωτερικό αντικείμενο που του έχει προκαλέσει τη μελαγχολία και τον πόνο, αποδίδοντας την ευθύνη για την «απώλεια» στον ίδιο του τον εαυτό, ενώ η ενοχή και η άρνηση χαρακτηρίζουν την καταθλιπτική του συμπεριφορά (39).

Επομένως, η κατάθλιψη είναι μία συνεχής προσπάθεια του ατόμου να διατηρήσει με κάθε τρόπο την επαφή με το αντικείμενο που αγαπά και επιθυμεί και αποτελεί

μία εσωτερική σύγκρουση ανάμεσα στο αν η εξάρτηση του ατόμου από το αντικείμενο είναι τέτοια και τόσο μεγάλη που αν η σχέση αυτή απειλείται ή χάνεται, η θλίψη είναι τεράστια ή από το αν το άτομο αισθάνεται αποτυχημένο και ελλειμματικό απέναντι στις απαιτήσεις που νομίζει ότι έχει η σχέση του με το επιθυμητό αντικείμενο (32).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω, η κατάθλιψη αποτελεί ένα νόσημα που εμφανίζεται με συνεχώς αυξητική τάση στο πέρασμα των χρόνων. Πρόκειται για μία ψυχική διαταραχή, για τη διάγνωση της οποίας υπάρχουν αξιόπιστα εργαλεία και μπορεί να αντιμετωπιστεί σε ικανοποιητικό επίπεδο, ιδιαίτερα αν διαγνωστεί έγκαιρα, ακόμα και σε πρωτοβάθμιο επίπεδο υγείας. Αποτελεί το νόσημα που θεραπεύεται περισσότερο σε σχέση με τα υπόλοιπα ψυχικά νοσήματα και η θεραπεία που θα ακολουθηθεί, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από τη μορφή και τη σοβαρότητά της ανά ασθενή.

Η κατάθλιψη, κατά κύριο λόγο, αντιμετωπίζεται στην κοινότητα και μόνο οι σοβαρότερες περιπτώσεις με νοσηλεία. Κυρίως η θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να συνδυαστεί με κάποια ψυχοθεραπεία και ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Επομένως, αν θέλουμε, μπορούμε να χωρίσουμε τη θεραπεία της κατάθλιψης σε δύο μεγάλες αδρές κατηγορίες:

- τις βιολογικές-σωματικές θεραπείες και
- τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες (40)

8.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η θεραπευτική αγωγή για την κατάθλιψη περιλαμβάνει τη θεραπεία της οξείας φάσης, τη θεραπεία της συνέχισης που διαρκεί περίπου τόσο όσο η θεραπεία της οξείας φάσης, την θεραπεία συντήρησης και τη θεραπεία χρονιότητας (κυρίως σε ανθεκτικές μορφές της νόσου). Τα θεραπευτικά ορόσημα αποτελούν η ανταπόκριση (response, αφορά στην υποχώρηση της ενεργούς συμπτωματολογίας κατά 50%), η ύφεση (remission, όταν τα συμπτώματα έχουν υποχωρήσει πλήρως) των συμπτωμάτων, η αντιμετώπιση των υποτροπών του επεισοδίου (relapse, επανεμφάνιση συμπτωματολογίας πριν το τέλος της θεραπείας συνέχισης) και της υποτροπής της νόσου (recurrence, επανεμφάνιση συμπτωματολογίας μετά τη θεραπεία συντήρησης συμπτωματολογίας για μεγάλο χρονικό διάστημα), με απώτερο στόχο την αποκατάσταση (recovery, ο ασθενής να παραμείνει ελεύθερος

καταθλιπτικής συμπτωματολογίας για μεγάλο χρονικό διάστημα). Επίσης σημαντικό στόχος της θεραπείας είναι ο δυνατόν μεγαλύτερος περιορισμός της πιθανότητας αυτοκαταστροφής του ασθενούς και εν τέλει η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η διαδικασία της θεραπείας πρέπει να είναι δομημένη και με στρατηγική και φυσικά πολυδιάστατη, καθώς θα πρέπει να αποκαταστήσει τόσο βιολογικές βλάβες, όσο και ψυχολογικές αλλά και ψυχοκοινωνικές (41).

Σε ό,τι αφορά την φαρμακευτική αγωγή που παρέχεται για την κατάθλιψη, αυτή συμπεριλαμβάνει αδρά τις παρακάτω κατηγορίες φαρμάκων, σε μονοθεραπεία ή σε συνδυασμούς κι πάντα σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες ανά είδος καταθλιπτικής διαταραχής :

- τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ιμιπραμίνη, αμιτριπυλίνη, νορτριπυλίνη, χλωμιπραμίνη κ.α.), οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI, όπως παροξετίνη, σερτραλίνη, σιρταλοπράμη, φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη κ.α.), οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRI, βενλαφαξίνη και ντουλοξετίνη), αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO, μοκλοβεμίδη), αυτά που δρουν κυρίως στο νοραδρενεργικό σύστημα (NaSSA & NDRI όπως μιρταζαπίνη και βουπροπιόνη), φάρμακα που δεν κατατάσσονται στις πιο πάνω κατηγορίες όπως η αγομελατίνη και το βότανο του Αγίου Ιωάννη (St John's wort) κ. ά. (42)
- τα αγχολυτικά και ηρεμιστικά, όπως είναι οι βενζοδιαζεπίνες, τα βαρβιτουρικά κ.ά. (42)
- αντιψυχωσικά (κλασσικά και άτυπα)
- σταθεροποιητικά της διάθεσης (Λίθιο, βαλπροϊκό οξύ, καρβαμαζεπίνη)
- νεότερα αντιεπιληπτικά (λαμοτριγίνη, γκαμπαπεντίνη, τοπιραμάτη)
- εσκεταμίνη (η πιο πρόσφατη και υπό μελέτη ακόμα φαρμακευτική θεραπεία)

Ωστόσο, δεν πρέπει να αγνοήσουμε τις παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ειδικά στις πρώτες μέρες της χορήγησής τους, που περιλαμβάνουν, ανάλογα με την κατηγορία τους, γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές από το καρδιαγγειακό σύστημα (μείωση ή αύξηση αρτηριακής πίεσης, διαταραχές στο διάστημα QT, αύξηση του καρδιακού ρυθμού), διαταραχές ύπνου, αστάθεια, μείωση των αντανακλαστικών, σεξουαλικές δυσλειτουργίες (μείωση ερωτικής επιθυμίας, καθυστερημένη εκσπερμάτιση/επέλευση οργασμού, προβλήματα στύσης κ.α),

εφίδρωση, άγχος, κεφαλαλγία, ακόμα και αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας κατά την έναρξη της θεραπείας με SSRI ή και το δυνητικά επικίνδυνο για τη ζωή σεροτινεργικό σύνδρομο (43). Ποικίλες παρενέργειες εμφανίζουν και οι υπόλοιπες από τις παραπάνω κατηγορίες φαρμάκων και ενδεικτικά για τις ευρέως χρησιμοποιούμενες αναφέρουμε τις διαταραχές ύπνου, τον κίνδυνο εξάρτησης και φαινόμενα που σχετίζονται με την διαδικασία απόσυρσής τους.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα τη μακρόχρονης φαρμακευτικής αγωγής είναι η επανεμφάνιση επεισοδίων κατάθλιψης είτε λόγω μη συμμόρφωσης του ασθενούς είτε λόγω ανθεκτικότητας της νόσου. Αν κάτι τέτοιο συμβεί σε σύντομο χρονικό διάστημα (μέσα σε έξι μήνες περίπου από την έναρξη της θεραπείας), τότε αυτό αποδίδεται στο αρχικό επεισόδιο κι αναφέρεται ως υποτροπή του επεισοδίου. Όταν όμως συμβεί αργότερα, τότε μιλάμε πλέον για υποτροπή, πράγμα που σημαίνει ότι θα πρέπει να τροποποιηθεί η αρχική αγωγή (44).

Οι βιολογικές θεραπείες εκτός από την φαρμακοθεραπεία περιλαμβάνουν την Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ, με ενδείξεις για την ανθεκτική στη φαρμακοθεραπεία κατάθλιψη, την κατατονία, σε περιπτώσεις ασθενών με έντονο αυτοκαταστροφικό ιδεασμό, όταν πρέπει να αποφεύγεται η φαρμακοθεραπεία όπως στην εγκυμοσύνη κ.α), ο Διακρανιακός Μαγνητικός Συντονισμός (TMS, με καλά αποτελέσματα σε ανθεκτική κατάθλιψη), ο επαναλαμβανόμενος Διακρανιακός Μαγνητικός συντονισμός (rTMS), η φωτοθεραπεία (ιδιαίτερη αποτελεσματική στην εποχική κατάθλιψη), η στέρηση ύπνου (αναφέρεται προσωρινή βελτίωση συμπτωματολογίας), και την Διέγερση του Πνευμονογαστρικού Νεύρου.

8.2. Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, όντας σχετικά πολύ νεότερη στην ψυχοθεραπευτική σκηνή, εμφανίστηκε με μεγάλη ελπίδα και ενθουσιασμό για τη γρήγορη βελτίωση των ψυχικών διαταραχών. Όμως η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ήρθε κατά κάποιο τρόπο να ανακαλύψει εκ νέου τα ίδια φαινόμενα, κάτι που είχε κάνει ήδη νωρίτερα η ψυχανάλυση. Αυτά τα φαινόμενα, βέβαια, σχετίζονται με υποσυνείδητες διαδικασίες, με την πολυπλοκότητα του εσωτερικού κόσμου του ανθρώπου και, κατά συνέπεια, και με μεγάλες δυσκολίες στις ψυχολογικές αλλαγές. Σύμφωνα με τον Aaron Beck, έναν από τους εισηγητές της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και ψυχαναλυτή αρχικά, από μόνη της η ψυχανάλυση

αποτελεί μια γνωσιακή διαδικασία που πρέπει να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της «ψυχής».

Βασικά, η ψυχαναλυτική μέθοδος αποτελεί περισσότερο μια τάση για «αποσύνθεση» και μετάβαση σε κάτι πιο απλό, μέσα στον εσωτερικό κόσμο. Αντίθετα η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία εμφανίζεται ως λιγότερο «ενοχλητική» και «διεισδυτική» και αυτός μπορεί να είναι και ένας λόγος που προτιμάται περισσότερο από τα άτομα. Το αποτέλεσμά της θα λέγαμε ότι είναι περισσότερο γνωσιακό παρά αναλυτικό.

Ένας λόγος που προκρίνεται η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία στο δημόσιο τομέα είναι ότι τα περισσότερα δεδομένα για την ψυχαναλυτική θεραπεία είναι κυρίως εμπειρικά. Επίσης η πρώτη είναι σίγουρα πιο οικονομική και χρειάζεται και πιο σύντομη εκπαίδευση για τους θεραπευτές.

Αν και ο ίδιος ο Beck ξεκίνησε ως ψυχαναλυτής, στην πορεία θεώρησε ότι η ψυχανάλυση δεν είναι εντελώς στοχευμένη, στέκεται προσκολλημένη σε αμφίβολα θεωρητικά υπόβαθρα και δεν ακολουθεί την σύγχρονη πραγματικότητα του ασθενούς. Και ενώ η ψυχανάλυση αποτελούσε την κυρίαρχη κουλτούρα για την ψυχιατρική, ο Beck υποστήριξε ότι η «γνωσιακή θεωρία» αποτελεί μία σύντομη θεραπευτική προσέγγιση για την κατάθλιψη.

Στην κλασική της μορφή, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι μία σύντομη, δομημένη μέθοδος επίλυσης του προβλήματος, κατά την οποία ο ασθενής μαθαίνει να αναγνωρίζει και να τροποποιεί την αδυναμία προσαρμογής του και τις σκέψεις και τις απόψεις του που αποτελούν το πρόβλημα και του δημιουργούν άσχημα συναισθήματα. Γίνεται ουσιαστικά ένα παρατηρητής του εαυτού του και των σκέψεών του, αναζητώντας τη λογική βάση στα «πιστεύω» του. Μια συνηθισμένη διάρκεια αυτού του είδους της θεραπείας είναι μεταξύ δέκα με είκοσι συνεδρίες και για τον θεραπευτή δεν απαιτείται προσωπική θεραπεία, αλλά μία σύντομη σχετικά εκπαίδευσή του. Ωστόσο, όπως επισημαίνει ο Beck, ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει ιδιαίτερες διαπροσωπικές δεξιότητες και ευαισθησία, για να μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε μια τέτοια θεραπεία.

Ο ψυχαναλυτής αναλαμβάνει το ρόλο του μεταβατικού αντικειμένου στην ψυχοθεραπευτική σχέση με τον θεραπευόμενο, που εμφανίζεται και αντανάκλαται στις προβολές του θεραπευόμενου και συνεχώς προσπαθεί να καθορίσει το ρόλο του θεραπευτή. Αντίθετα στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, θεραπευτής και θεραπευόμενος μιλούν μεταξύ τους για τον ασθενή και αναζητούν το πώς μπορεί να αποκτήσει λογικά συναισθήματα που μπορούν να ενδυναμώσουν τον ασθενή,

μέσα από μια διαιρετική διαδικασία, μεταξύ λογικού και άλογου, συνειδητού και ασυνειδητού.

Στην ψυχαναλυτική διαδικασία αντίθετα, ο ασθενής έρχεται στη συνεδρία με όλα του τα συναισθήματα και το ψυχικό του δράμα και ενθαρρύνεται να κάνει τις προβολές του, τα παράπονά του και να συμπεριλαμβάνει τον ψυχαναλυτή σε όλο του το ψυχικό δράμα. Ακόμα και αρχέγονες φαντασιώσεις που σχετίζονται τόσο με το σώμα όσο και με το πνεύμα, μπορούν να κάνουν την εμφάνισή τους (45).

8.3.ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Πέρα από την κλασική ψυχανάλυση του Freud, στη σύγχρονη εποχή υπάρχουν διάφορες μορφές ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας. Τέτοιες είναι οι:

- Μακρόχρονη ψυχαναλυτική θεραπεία (λιγότερο ή περισσότερο εντατική)
- Σύντομης διάρκειας ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία
- Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία
- Δυναμική διαπροσωπική ψυχοθεραπεία
- Ψυχοθεραπεία που βασίζεται στη μεταβίβαση

Ωστόσο, κοινό χαρακτηριστικό σε όλες είναι ότι όλες βασίζονται στην αποδοχή του ασυνειδητού, το οποίο και προσπαθούν να κατανοήσουν και να διερευνήσουν (46).

8.3.1. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ-ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με το θεωρητικό έργο του Edward Bibring «Ο Μηχανισμός της Κατάθλιψης», το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν διαμετρικά αντίθετες αποκρίσεις του «εγώ». Το άγχος αποτελεί την αντίδραση στον κίνδυνο και υποδηλώνει την επιθυμία του «εγώ» για επιβίωση. Αντίθετα στην κατάθλιψη, το «εγώ» παραλύει καθώς βλέπει ότι είναι ανίκανο να ανταπεξέλθει στον κίνδυνο (47).

Κοινός τόπος στους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας είναι το γεγονός ότι οι ρίζες των καταθλιπτικών διαταραχών είναι τόσο σε γενετικούς, όσο και σε κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Πολλές μελέτες υπογραμμίζουν ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το μεγάλο στρες, οι χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις αλλά και το δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον σχετίζονται με τις ψυχιατρικές διαταραχές. Παράλληλα, αντίστοιχοι είναι και οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και στην παιδική ηλικία.

Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες για την κατάθλιψη εντοπίζουν την αιτία της στην απώλεια του «αντικείμενου» και στο αίσθημα της ενοχής που νιώθει το άτομο. Με την έννοια «αντικείμενο», σύμφωνα με τις θεωρίες που θεμελιώθηκαν από τον Freud, τον Abraham και την Klein, συχνά αναφερόμαστε σε εξωτερικές πρόσωπα (συνήθως την πατρική ή μητρική φιγούρα) και στην εσωτερική αναπαράσταση αυτών.

Οι τεχνικές της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας αρχικά βασίζονται στην στενή και λεπτομερή παρατήρηση της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ του ατόμου και του θεραπευτή. Τα άτομα μπορούν να ωφεληθούν από την ψυχαναλυτική θεραπεία, καθώς βοηθάει στην ανακατασκευή των δεσμών με το αντικείμενο που έχουν διαρραγεί ή δεν έχουν επαρκώς αναπτυχθεί. Στην κλασική ψυχανάλυση γίνεται χρήση του ντιβανιού από τον αναλυόμενο με τον αναλυτή εκτός του οπτικού του πεδίου. Με αυτό το τρόπο ευοδώνεται η χρήση των ελεύθερων συνειρμών που ενθαρρύνονται και εξασφαλίζεται η ουδετερότητα του ψυχαναλυτή. Εξέλιξη της ψυχανάλυσης αποτελεί η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία όπου αναλυτής και αναλυόμενος κάθονται «πρόσωπο με πρόσωπο» σε δύο πολυθρόνες και με αραιότερη συχνότητα συνεδριών (περίπου δύο ανά εβδομάδα). Βασικές έννοιες κατά την διαδικασία της ανάλυσης αποτελούν δύο φαινόμενα που συμβαίνουν ασυνείδητα, η μεταβίβαση μέσω της οποίας ο αναλυόμενος μεταβιβάζει συναισθήματα, σκέψεις και άλυτες ψυχικές συγκρούσεις προς τον θεραπευτή του και στον αντίποδα η αντιμεταβίβαση του αναλυτή προς τον αναλυόμενο συναισθημάτων, σκέψεων ή και φαντασιώσεων. Η ανάλυση αυτών των δύο φαινομένων και η προσπάθεια λύσης/ανάλυσης των αντιστάσεων που προβάλλει ο αναλυόμενος λόγω του αναδυόμενου άγχους και ψυχικού πόνου κατά την ανάλυση αποτελούν τη βάση της θεραπείας που αποσκοπεί στην ανάπτυξη της εναισθησίας του και επιτυγχάνεται με την ψυχαναλυτική διαδικασία.

Η θεραπευτική σχέση μπορεί να θεωρηθεί ως ο μεταβατικός χώρος στον οποίο ο θεραπευόμενος μπορεί να γεφυρώσει τις υποκειμενικές και αντικειμενικές πραγματικότητες. Δίνοντας ο θεραπευτής τον χώρο και τον χρόνο στο θεραπευόμενο, μπορεί ο δεύτερος να δημιουργήσει τρόπους έκφρασης και να βιώσει το περιβάλλον εκείνο που θα του επιτρέψει να αναπτύξει τη σχέση του με ένα «μεταβατικό» αντικείμενο. Τέτοια μεταβατικά αντικείμενα μπορεί να είναι στο ψυχαναλυτικό πλαίσιο, προϊόντα τέχνης ή άλλοι τρόποι έκφρασης του ατόμου.

Αν και σε ερευνητικό επίπεδο, δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής θεραπείας, ωστόσο υπάρχουν πολλά εμπειρικά στοιχεία που αναφέρουν το θεραπευτικό της όφελος για διάφορους υπότυπους της κατάθλιψης. Σε κάθε περίπτωση όμως θα πρέπει να λαμβάνεται υπ'

όψιν το γεγονός ότι δεν είναι όλες οι θεραπείες για όλους, αλλά εξαρτάται τόσο από τον συγκεκριμένο θεραπευόμενο αλλά και την ευαλωτότητά του στην κατάθλιψη (48).

Οι ψυχολογικές θεραπευτικές μέθοδοι κερδίζουν έδαφος στις παρεμβάσεις που γίνονται σε άτομα που έχουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονικού ή αυτοκαταστροφικού κινδύνου. Το ποσοστό αποτελεσματικότητας ωστόσο παραμένει χαμηλό, καθώς δεν γίνονται πολλές κλινικές μελέτες και όσες γίνεται θα είναι πολύ σημαντικό να είναι πιο επικεντρωμένες σε συγκεκριμένα αποτελέσματα (49).

Ερώτημα παραμένει το αν τα αποτελέσματα της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας είναι υψηλότερα όταν γίνεται ενδονοσοκομειακά. Η περίπτωση αυτή έχει μεγαλύτερο όφελος για τα άτομα που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο για αυτοκαταστροφή ή αυτοκτονικές τάσεις και δυσκολία γενικότερα να ανταποκριθούν στην καθημερινή ζωή και έντονες συγκρούσεις με το κοινωνικό τους περιβάλλον. Ενδονοσοκομειακά υπάρχει η δυνατότητα συνεργασίας μεταξύ μιας μεγαλύτερης διεπιστημονικής ομάδας που μπορεί να συμβάλλει στη θεραπεία του ατόμου. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί και συχνά συνδυάζεται και με γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (50).

Η ψυχαναλυτική (ψυχοδυναμική) ψυχοθεραπεία δέχεται κριτική πως δεν είναι «evidence-based» (ερευνητικά τεκμηριωμένη) και ιστορικά δεν αποτελεί αξιόλογο επιστημονικό κριτήριο αξιολόγησης. Ωστόσο πρόσφατα γίνονται συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις προσπαθώντας να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητά της σε διάφορες καταστάσεις, όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος κλπ. Τα αποτελέσματα αυτών των ανασκοπήσεων δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητά της είναι συγκρίσιμη και παρόμοια με αυτήν άλλου είδους ψυχοθεραπειών, όπως η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, ενώ υποστηρίζεται πως η ψυχαναλυτική (ψυχοδυναμική) ψυχοθεραπεία έχει μεγαλύτερη διάρκεια στα αποτελέσματά της και φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική στη μακροχρόνια παρακολούθηση, χωρίς να υπάρχει σημαντική διαφορά για το διάστημα των 6 και 12 μηνών (51).

Σύμφωνα με την παραδοσιακή προσέγγιση της ψυχανάλυσης του Freud, το κύριο αίσθημα της κατάθλιψης ήταν η οργή και ο θυμός για το χαμένο αντικείμενο, η οποία μεταβαλλόταν σε οργή και θυμό προς το ίδιο το άτομο και το «εγώ» του. Επομένως σκοπός της κλασικής θεραπείας ήταν να δοθεί το σχετικό κίνητρο ούτως ώστε να εξωτερικευθεί το συναίσθημα της οργής και του θυμού και να μεταφερθεί από τον θεραπευόμενο στον θεραπευτή (μεταβίβαση).

Βασικό στοιχείο της κατάθλιψης είναι η απογοήτευση που προκύπτει από την ασυμφωνία μεταξύ μιας πραγματικής κατάστασης και μιας αναμενόμενης, κάτι που συμβαίνει και εντοπίζεται κυρίως στις απώλειες, γι' αυτό και συνήθως το πλήγμα μιας απώλειας αφήνει την αίσθηση μιας βαθιάς πληγής. Η αντίδραση αυτή σε κάθε περίπτωση είναι οδυνηρή, αλλά και φυσιολογική (όπως συμβαίνει αντίστοιχα και σε ένα σωματικό τραύμα). Αυτό που διαφοροποιείται όμως στην περίπτωση ενός καταθλιπτικού ατόμου είναι ο βαθμός και ο τρόπος που βιώνει αυτή την ασυμφωνία και κατά ποσό μπορεί να ακολουθήσει μία διαδικασία για να αντιστρέψει τις επιπτώσεις της απογοήτευσης.

Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή στο σημείο αυτό είναι να παρατηρήσει το άτομο καθώς και τον συνειδητό και ασυνείδητο τρόπο συμπεριφοράς του σχετικά με τις διαδικασίες αναστροφής της απογοήτευσης, αλλά και τις συνέπειες της αποτυχίας για δημιουργία νέων προσδοκιών.

Η άμυνά μας απέναντι στην απογοήτευση είναι αυτό ακριβώς: να έχουμε την ικανότητα να ενεργοποιούμε θετικά αυτό-αντικείμενα για να επανορθώσουμε τη βλάβη και να αλληλεπιδρούμε με θετικότητα με τους άλλους, κάτι που κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ενισχύεται για τη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου.

Όταν ο θεραπευτής εργάζεται με καταθλιπτικούς ασθενείς, μέσα από το ιστορικό που λαμβάνει, προσπαθεί να διερευνήσει το πότε προκύπτουν τέτοιου είδους ελλείμματα και δυσλειτουργίες. Αναζητώντας τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής έχει ανταποκριθεί αντίστοιχα στο παρελθόν, προσπαθεί να διατηρήσει τη συνοχή και την επαφή με τις αυτοπαρουσιάσεις του για να ενεργοποιήσει σκέψεις και συναισθήματα που μπορούν να ανατρέψουν την παρούσα κατάσταση και να επενδύσει στις επανορθωτικές ρουτίνες και στρατηγικές του ίδιου του ασθενή (52).

8.3.2. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ

Είναι γεγονός ότι υπάρχουν διάφορες επιλογές, είτε φαρμακευτικές είτε ψυχοθεραπευτικές για την θεραπεία της κατάθλιψης. Η αποτελεσματικότητά τους είναι αναμφισβήτητη, αλλά δυστυχώς περιορισμένη. Τα καταθλιπτικά άτομα αποτελούν μια ετερογενή ομάδα ασθενών και είναι προφανές ότι κάθε άτομο χρειάζεται μια εξειδικευμένη θεραπεία. Μία τέτοιου είδους προσέγγιση αποτελεί και η βραχείας διάρκειας ψυχαναλυτική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, που προέκυψε από την ανάγκη για πιο σύντομα και μετρήσιμα αποτελέσματα.

Αυτό που αποτελεί προεξάρχον κομμάτι της θεραπείας είναι η ανάγκη να αισθανθεί το άτομο συνδεδεμένο, αγαπητό και προστατευμένο, στην οποία σημαντικό ρόλο παίζουν τα κίνητρα και οι ανάγκες του θεραπευόμενου, κάνοντας διάκριση μεταξύ των εσωτερικών αλληλεπιδράσεων του ατόμου, αλλά και των εξωτερικών με τον υπόλοιπο «κόσμο».

Πρόκειται για μια θεραπεία που συνίσταται σε 16 συνεδρίες, συνολικής διάρκειας 6 μηνών, στην οποία το θεραπευτικό πλαίσιο συμφωνείται από κοινού μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, με πρωτεύοντα στόχο τη θεραπεία της κατάθλιψης και δευτερεύοντα τη μείωση της ευαλωτότητας του ατόμου έναντι της νόσου. Βέβαια, λόγω της περιορισμένης διάρκειας αυτού του μοντέλου θεραπείας, αντίστοιχα υπάρχουν και περιορισμοί στα αποτελέσματα της μονιμότερης αλλαγής της προσωπικότητας του ατόμου. Ο θεραπευτής θα πρέπει να αναπτύξει μια υποστηρικτική θεραπευτική σχέση με το άτομο. Πρόκειται για μία διαδραστική σχέση ανάμεσα στα δύο πρόσωπα, που σε κάθε περίπτωση το καθένα έχει τη δική του προσωπικότητα, ιστορία και βιώματα, επομένως ο θεραπευτής οφείλει να είναι ευέλικτος και να προσαρμόζει την τεχνική του ανάλογα με τον κάθε θεραπευόμενο που έχει μπροστά του(53).

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν και άλλες μορφές ψυχοθεραπείας όπως η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία, η οικογενειακή θεραπεία κ.ά., οι οποίες των επιστημονικών δεδομένα και αποτελεσμάτων σε σχέση με την γνωσιακή για παράδειγμα και δεν αποτελούν αντικείμενο περαιτέρω ανάλυσης και μελέτης σε αυτή την εργασία (30).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΚΟΠΟΣ-ΣΤΟΧΟΙ

Η νόσος που διερευνά η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι η κατάθλιψη. Μελετώντας τη διαθέσιμη βιβλιογραφία εξετάζεται κατά πόσο η κατάθλιψη είναι σημαντικό θέμα Δημόσιας Υγείας, πώς την επηρεάζει και γιατί είναι σημαντικό να έχουμε αποτελεσματικές θεραπείες για αυτήν.

Σε αυτό το πλαίσιο κύριος σκοπός αυτής της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας είναι να διερευνήσει τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της ψυχανάλυσης στην κατάθλιψη. Πέρα όμως από τον αν η ψυχανάλυση είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της κατάθλιψης μελετώνται και επιμέρους παράμετροι όπως :

- Πώς η ψυχανάλυση βοηθά στην θεραπεία της κατάθλιψης και αν υπάρχουν επαρκή στοιχεία τεκμηρίωσης και πόση αξιοπιστία έχουν.
- Ποια είναι η θέση της στον αλγόριθμο της θεραπευτικής προσέγγισης της κατάθλιψης και αν μπορεί να δράσει ως μόνη θεραπεία ή σε συνδυασμό με άλλες.
- Αν είναι το ίδιο αποτελεσματική για όλους τους τύπους της καταθλιπτικής διαταραχής.
- Ποιοι είναι οι περιορισμοί της και ποια τα πλεονεκτήματά της ως θεραπευτική επιλογή.

Γενικότερα στόχος αυτής της εργασίας είναι να ενημερώσει τους αναγνώστες με τεκμηριωμένο τρόπο για τα σύγχρονα δεδομένα σχετικά με την κατάθλιψη και την θέση της ψυχαναλυτικής θεραπείας στην αντιμετώπισή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία αποτελεί μια ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σε ό,τι αφορά την απόδειξη της αποτελεσματικότητας της ψυχανάλυσης και ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας για τη θεραπεία της κατάθλιψης είτε αυτόνομα είτε σε αντιπαράβολή με άλλες διαθέσιμες μορφές θεραπείας για τη συγκεκριμένη νόσο.

Αναζητήθηκαν βιβλιογραφικές πηγές τόσο στις βάσεις δεδομένων Scopus, PubMed και Google Scholar, αλλά και με ελεύθερη αναζήτηση στο διαδίκτυο άρθρων δημοσιευμένων σε επιστημονικά περιοδικά, βιβλίων και αναφορών σχετικά με τις λέξεις-κλειδιά που είχαν επιλεγθεί.

Επειδή από τις πρώτες απόπειρες για αναζήτησή βιβλιογραφίας ο αριθμός των **μελετών** ήταν πάντα εξαιρετικά **ολιγάριθμος** ανεξάρτητα από ποιες λέξεις κλειδιά χρησιμοποιούνταν και τον συνδυασμό αυτών, έγινε κατανοητό εξ αρχής πως **ΔΕΝ** θα μπορούσε να γίνει συστηματική ανασκόπηση ή μετα-ανάλυση και γι αυτό και δεν ακολουθήθηκε ή μέθοδος **PRISMA** κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η έρευνα επεκτάθηκε σε μεγάλο χρονικό εύρος (από το 1917 – πρώτο έτος δημοσίευσης του έργου του S.Freud «Πένθος και μελαγχολία» -έως σήμερα), καθώς δεν βρέθηκε ικανός αριθμός πρόσφατων μελετών που να ανταποκρίνονται στα κριτήρια αναζήτησης και να μπορούν να δώσουν στοιχεία για το ερευνητικό ερώτημα.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι : κατάθλιψη, δημόσια υγεία, ψυχική υγεία, θεωρίες κατάθλιψης, θεραπεία κατάθλιψης, ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.

Η πιο πρόσφατη μελέτη είναι η Tavistock Adult Depression Study (TADS), από την ομώνυμη κλινική του Ηνωμένου Βασιλείου με παράδοση στις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις της, που δημοσιεύτηκε το 2015, ενώ αντίθετα υπάρχουν πολλές μελέτες που εστιάζουν στην αποτελεσματικότητα της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας.

Τέλος, από το υλικό που συλλέχθηκε και μελετήθηκε, χρησιμοποιήθηκε μόνο αυτό που ανταποκρινόταν στις απαιτήσεις της εν λόγω εργασίας, ενώ μελετήθηκαν και τα αποτελέσματα σχετικά με τη γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (σε σχέση με την ψυχαναλυτική) που αποτελεί την πιο τεκμηριωμένη μορφή ψυχοθεραπείας στη θεραπεία της κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες είναι αποτελεσματικές και βελτιώνουν την κατάσταση του ασθενούς, όχι μόνο σε ό,τι αφορά την σοβαρότητα των συμπτωμάτων, αλλά κυρίως στην οργάνωση της προσωπικότητας των ασθενών. Επίσης, θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν μας και το γεγονός ότι η χρόνια κατάθλιψη επιφέρει τεράστια άμεσα και έμμεσα κόστη για τα συστήματα υγείας και τη Δημόσια Υγεία.

Οι ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη χρειάζονται προσαρμοσμένες ψυχοθεραπευτικές θεραπείες που να ανταποκρίνονται στις ατομικές τους κλινικές ανάγκες. Βέβαια μελέτες δείχνουν ότι και άλλες διάφορες μορφές σύντομης διάρκειας θεραπειών έχουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας στη μείωση της βαρύτητας των συμπτωμάτων, αλλά δεν μειώνουν παράλληλα σημαντικά και τα ποσοστά υποτροπών. Αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται περισσότερο εντατική και μακροχρόνια θεραπεία για να επιτευχθεί μια σταθερή βελτίωση τόσο σε επίπεδο συμπτωμάτων, όσο και λειτουργικότητας (54).

Μία μετα-ανάλυση του 2010, 16 τυχαιοποιημένων δοκιμών εξέτασε τα αποτελέσματα γενικά των ψυχοθεραπειών στην δυσθυμία και τη χρόνια κατάθλιψη. Η μετα-ανάλυση αυτή βρήκε μία μικρή αλλά σημαντική αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας συγκριτικά με τις ομάδες ελέγχου. Βρέθηκε όμως να είναι, και ήταν αναμενόμενο αυτό, πως υπολείπονταν σημαντικά σε αποτελεσματικότητα σε σχέση την φαρμακοθεραπεία σε άμεσες συγκρίσεις, ειδικά όταν η σύγκριση γινόταν με τους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs). Όταν συγκρινόταν η συγχορήγηση ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας αυτή εμφανιζόταν να είναι πιο αποτελεσματική σε σχέση με την χορήγηση μόνο φαρμακοθεραπείας και πολύ πιο αποτελεσματική όταν η σύγκριση γινόταν μόνο με την χορήγηση ψυχοθεραπείας. Επίσης τα στοιχεία έδειξαν πως χρειαζόταν τουλάχιστον 18 συνεδρίες ψυχοθεραπείας για να έχουν αυτές τη μέγιστη αποτελεσματικότητα. Συμπερασματικά στον θεραπευτικό αλγόριθμο η φαρμακοθεραπεία είναι σημαντικά αποτελεσματικότερη σε σχέση με τις ψυχοθεραπείες αλλά οι θεραπείες συγχορήγησης φαίνεται να υπερτερούν σε αποτελεσματικότητα. Επίσης σε κάθε περίπτωση τεκμηριώνεται και η αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών στη χρόνια κατάθλιψη και στην δυσθυμία.(55)

Για τις μακροχρόνιες ψυχοθεραπείες για την κατάθλιψη δεν υπάρχει μεγάλη βιβλιογραφία. Σημαντικές είναι δύο σχετικά πρόσφατες μελέτες.

Η πρώτη είναι η Tavistock Adult Depression Study (TADS), κατά την οποία παρακολούθησαν 129 ασθενείς για διάστημα δύο ετών και η οποία διερεύνησε την αποτελεσματικότητα της μακροχρόνιας ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας (Long Term Psychoanalytic Psychotherapy – LTPP) όταν αυτή συγχωρηγείται με την συνήθη θεραπεία (Treatment As Usual - TAU) για χρονικό διάστημα 18 μηνών ως συμπληρωματική της στη θεραπεία της ανθεκτικής στην θεραπεία κατάθλιψης (Treatment Resistance Depression -TRD). Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων έγινε με χρήση της κλίμακας Hamilton για την κατάθλιψη κατά την έναρξη της θεραπείας, στη συνέχεια σε διαστήματα 3 μηνών κατά τη διάρκεια της θεραπείας και στο τέλος της θεραπείας και εν συνεχεία στους 24,30 και 42 μήνες μετά τη θεραπεία. Σε σύγκριση με αυτούς που έλαβαν μόνο την συνηθισμένη θεραπεία (TAU) η συγχωρήγηση LTPP και TAU βρέθηκε να είναι κλινικά αποτελεσματική στη θεραπεία της ανθεκτικής κατάθλιψης (TRD), με την αποτελεσματικότητά της να διατηρείται αρκετά στα δύο χρόνια παρακολούθησης μετά το τέλος της παρέμβασης. Τα προσαρμοσμένα έτη ποιότητας ζωής (QALYs) βρέθηκαν να είναι 0,16 υψηλότερα στην ομάδα που χορηγούνταν η συνδυαστική θεραπεία (LTPP & TAU) σε σχέση με την ομάδα που ελάμβανε μόνο TAU και δεν βρέθηκε να είναι οικονομικά πιο αποδοτική (cost effective). Η διετής παρακολούθηση (follow up) θεωρήθηκε πιθανό να μην επαρκούσε για να αποτυπώσει όλα τα πιθανά οφέλη της συγχωρήγησης της μακροχρόνιας ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας (LTPP) με την συνήθη θεραπεία (TAU). Συμπερασματικά όμως η TADS κατέληξε πως χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να τεκμηριωθεί η πιθανής σχέση κόστους αποτελεσματικότητας.(56,57)

Η δεύτερη μελέτη είναι η LAC Study (Langzeitbehandlungen chronisch depressiver Patienten) (58) μία πολυκεντρική μελέτη διάρκειας 5 ετών, που συγκρίνει την αποτελεσματικότητα ανάμεσα στην μακρόχρονη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT) έναντι της μακρόχρονης ψυχαναλυτικής θεραπείας (PAT) σε ένα δείγμα 252 καταθλιπτικών ασθενών. Για την αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Beck Depression Inventory-II (BDI-II) και Quick Inventory of Depressive Symptoms (QIDS-C). Επίσης σε ένα υπο-δείγμα αξιολογήθηκαν οι δομικές αλλαγές στην προσωπικότητα των ασθενών με χρήση της Κλίμακας Αναδιάρθρωσης της Χαϊδελβέργης (HRS), με τυφλές αξιολογήσεις ειδικών κατά την έναρξη και μετά στα 1, 3 και 5 έτη θεραπείας. Η LAC βρήκε πως η μακρόχρονη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία (PAT) είναι αποτελεσματική

στους ασθενείς, με χρόνια κατάθλιψη και ιστορικό ανεπιτυχών θεραπειών, και βοηθά να επιτύχουν μόνιμη βελτίωση στη συμπτωματολογία τους. Και οι δύο θεραπείες (PAT & CBT) οδήγησαν σε μόνιμες και συγκρίσιμες αλλαγές στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των ασθενών με την μακροχρόνια ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία (PAT) να πετυχαίνει μία πιο επιτυχημένη δομική αλλαγή στην οργάνωση της προσωπικότητάς τους σε σχέση με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT).

Δύο μετα-αναλύσεις εξέτασαν την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών σε σχέση με τη διάρκεια και τη συχνότητα που αυτές παρέχονται στον ασθενή που πάσχει από κατάθλιψη και αναφέρουν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βελτίωσης των συμπτωμάτων σε σχέση με τη συχνότητα των θεραπευτικών συνεδριών. Αλλά γενικά η συχνότητα των συνεδριών αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τη αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας γενικότερα. Υπάρχει επίσης και η άποψη ότι τα καλύτερα αποτελέσματα δεν σχετίζονται τόσο με το χρόνο διάρκειας της ψυχαναλυτικής θεραπείας όσο με τη συχνότητα των συνεδριών σε ό,τι αφορά τη μείωση των συμπτωμάτων(59,60).

Η ψυχανάλυση και η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία θα πρέπει καλύτερα να θεωρηθεί ως όρος «ομπρέλα», κάτω από τον οποίο εντάσσονται διάφορες θεωρίες για τη ψυχική λειτουργία και την θεραπεία (53) .

Στη βιβλιογραφία συνήθως συναντάμε τους παρακάτω όρους, που εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από την διάρκεια της θεραπείας. Έτσι, λοιπόν, γίνεται λόγος για **βραχυπρόθεσμη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία**, για **μακροχρόνια ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία** και για **ψυχανάλυση**. Ανάμεσα στις δύο τελευταίες, που είναι και οι δύο μακροχρόνιες, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα σημεία που τις διαχωρίζουν είναι τα εξής: στην ψυχανάλυση οι συνεδρίες είναι τακτικές, συνήθως δύο με πέντε φορές την εβδομάδα ενώ στη μακροχρόνια ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία οι συνεδρίες είναι μία με δύο φορές την εβδομάδα. Επίσης η ψυχανάλυση είναι η ανάλυση του «ντιβανιού», δηλαδή ο αναλυόμενος ξαπλώνει σε έναν καναπέ και ο θεραπευτής κάθεται πίσω του σε μία καρέκλα (χωρίς να έχουν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας οπτική επαφή).

Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία να διερευνηθεί, καθώς δεν υπάρχουν πολλά διαθέσιμα δεδομένα, είναι κατά πόσο η αποτελεσματικότητα αυτού του είδους της θεραπείας διατηρείται αρκετά χρόνια μετά την ολοκλήρωσή της, κατά πόσο δηλαδή υπάρχει διάρκεια στο χρόνο των θετικών αποτελεσμάτων, χωρίς υποτροπές ή χωρίς σημαντικές ψυχικές μεταπτώσεις.

Επίσης έχουν καταγραφεί βιβλιογραφικά και διαφορές στα αποτελέσματα της ψυχαναλυτικής θεραπείας, με βάση το αν γίνεται ενδο ή εξω-νοσοκομειακά. Μπορούμε να αναφέρουμε ενδεικτικά μία μελέτη που έγινε το 2009 (61), στην οποία καταγράφεται ότι τα συμπτώματα των ασθενών βελτιώθηκαν ελάχιστα κατά τους πρώτους τρεις μήνες, ενώ η βελτίωση ήταν ιδιαίτερα σημαντική μεταξύ των τεσσάρων και των δώδεκα μηνών και παρέμεναν οι ασθενείς σε αυτά τα επίπεδα ακόμα και μετά από άλλους δώδεκα μήνες. Η μελέτη εντοπίζει ότι τα εντυπωσιακά αυτά αποτελέσματα της ενδονοσοκομειακής ψυχαναλυτικής θεραπείας οφείλονται κυρίως στους παρακάτω παράγοντες: οι ασθενείς είχαν πρόσβαση σε ατομικές αλλά και ομαδικές ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες, υπήρχαν θεραπευτικές συνεδρίες μη λεκτικές (όπως για παράδειγμα μουσικοθεραπεία, ψυχοκινητική και δημιουργική θεραπεία), οι ασθενείς είχαν εύκολα πρόσβαση σε ψυχιατρική συμβουλευτική, παρείχαν κοινωνική εργασία εντός του χώρου του νοσοκομείου, είχαν ατομικές και ομαδικές συνεδρίες με το νοσηλευτικό προσωπικό και συμμετείχαν σε συναντήσεις των ασθενών και του προσωπικού του νοσηλευτικού ιδρύματος. Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε στο σημείο αυτό ότι η ένταξη σε μία τέτοιου είδους κανονική και οριοθετημένη καθημερινότητα συνέβαλε και στα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας.

Παρόλο που η εμπειρία της ψυχανάλυσης και της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας χρονολογείται ήδη από τον 19ο αιώνα, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι σε ερευνητικό επίπεδο τα στοιχεία που υπάρχουν είναι πολύ περιορισμένα.

Θα πρέπει ακόμη να εξεταστεί και η παράμετρος του αν η αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών αυξάνει όταν χρησιμοποιείται και άλλη συμπληρωματική θεραπεία. Ωστόσο, η υπάρχουσα βιβλιογραφία οδηγεί στο συμπέρασμα ότι μερικές φορές είναι χρήσιμη η συμπληρωματική θεραπεία για να συμβάλει στην σταθερότητα της κατάστασης του ατόμου για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, κυρίως όταν εφαρμόζεται η βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Βέβαια, υπάρχουν σχετικές έρευνες που υποστηρίζουν ότι ακόμα και αν υπάρχει συμπληρωματική θεραπεία με ψυχοτρόπα φάρμακα, η βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία μπορεί να προσφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα, με αρκετά μικρότερο κόστος σε σχέση με τη μακρόχρονη θεραπεία, αλλά χρειάζεται περισσότερη μελέτη για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για το θέμα αυτό.

Θα λέγαμε, συνοπτικά, ότι το κλειδί στην ψυχοθεραπεία εν γένει, είναι να εφαρμόζεται αυτό που δουλεύει και μπορεί να φέρει τα καλύτερα αποτελέσματα για την θεραπεία του ασθενούς.

Μία αυστραλιανή βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2014 (54) σχετικά με την αποτελεσματικότητα ψυχανάλυσης και των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών επιβεβαιώνει την παρατεταμένη διατήρηση των θεραπευτικών οφελών τους πέρα από τον τερματισμό της θεραπείας, πως τα θεραπευτικά αποτελέσματα που επιτεύχθηκαν βρέθηκαν να είναι ισοδύναμα με αυτές που λαμβάνονται μέσω άλλων ψυχοθεραπειών αλλά απαιτείται επιπλέον έρευνα για την εγκυρότερη τεκμηρίωση. Από την ψυχαναλυτική σκοπιά, οι ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη έχουν σε παθολογικό βαθμό αναπαραστάσεις του εαυτού και του αντικειμένου, που σχετίζονται κατά κύριο λόγο με τα αισθήματα που βίωσαν κατά τη διάρκεια του «τραύματος απώλειας» και τα οποία δεν μπόρεσαν να ξεπεράσουν, αλλά και με έκπτωση των ψυχικών τους δυνατοτήτων και ελάττωση έως εξάλειψη βασικών αισθημάτων, όπως της εμπιστοσύνης στους άλλους για την παροχή βοήθειας. Η διαδικασία για την αλλαγή δομικών αδυναμιών στις αναπαραστάσεις του εαυτού και του αντικειμένου είναι μια διαδικασία που παίρνει και χρειάζεται αρκετό χρόνο και εντατική δουλειά μεταξύ του αναλυόμενου και του αναλυτή, προκειμένου να δημιουργηθεί και να σταθεροποιηθεί μια ισχυρή σχέση εμπιστοσύνης. Ίσως τέτοιου είδους «δομικές» αλλαγές αποτελούν και το λόγο για τον οποίο η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία δεν προκρίνεται, καθώς έχει αργά θεραπευτικά αποτελέσματα στον θεραπευόμενο.

Αντίθετα από τη γνωσιακή-συμπεριφορική σκοπιά, θα πρέπει να καταλάβουμε πώς οι θεραπευόμενοι καταφέρνουν να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους με λιγότερο εντατικές παρεμβάσεις (62).

Σημαντική παράμετρος για μια επιτυχημένη θεραπεία αποτελεί η ενεργή συμμετοχή του θεραπευόμενου στην διαδικασία. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν οι προτιμήσεις του θεραπευόμενου. Όταν ο θεραπευόμενος αισθάνεται μέρος της διαδικασίας και μπορεί να εκφράζει τις προτιμήσεις του για τα θεραπευτικά μοντέλα που θα ακολουθήσει ο θεραπευτής, τότε αυξάνεται η συμμόρφωσή του στη θεραπεία και αυξάνεται σημαντικά η πιθανότητα για σταθερότερα θεραπευτικά αποτελέσματα προϊόντος του χρόνου.

Υπάρχουν αρκετές μετα-αναλύσεις που αναφέρουν ότι δεν είναι εξίσου αποτελεσματικές οι βραχείες θεραπείες, καθώς εμφανίζουν υψηλά ποσοστά υποτροπών και η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει διάρκεια. Αλλά οι περισσότερες περιλαμβάνουν στα συμπεράσματά τους πως χρειάζεται περισσότερη και πιο μεθοδική έρευνα σε αυτή τη κατεύθυνση. Από την άλλη η μακρόχρονη ψυχαναλυτική θεραπεία και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ίσως είναι

δύσκολο να συγκριθούν, καθώς διαφέρουν ως προς τη συχνότητά των συνεδριών και τη διάρκεια της θεραπείας (63–67).

Σε μία σχετικά πρόσφατη ελεγχόμενη δοκιμή (Controlled Trial) του 2019 (68), στην οποία συμμετείχαν 252 ασθενείς 21-62 ετών με χρόνια κατάθλιψη, συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα μακροχρόνιων ψυχαναλυτικών έναντι των γνωσιακών – συμπεριφορικών ψυχοθεραπειών. Η κατανομή των ασθενών στις δύο ομάδες έγινε είτε τυχαιοποιημένα είτε λόγω προτίμησης. Δεν αποδείχθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ψυχαναλυτική και τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία σε ό,τι αφορά τον περιορισμό των συμπτωμάτων, ούτε διαφορές σχετικά με την ένταξη στην ομάδα (με τυχαιοποιημένο τρόπο ή με προτίμηση), αν και παρατηρήθηκαν μεγαλύτερες δομικές αλλαγές στο άτομο μέσω της ψυχαναλυτικής θεραπείας.

Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός όμως ότι η αυξημένη συχνότητα και διάρκεια στη θεραπεία συμβάλλει σε καλύτερη συμμόρφωση σε αυτήν. Ωστόσο, η σημαντικότερη κριτική που δέχεται η ψυχαναλυτική θεραπεία δεν αφορά την αποτελεσματικότητά της, αλλά κυρίως το κόστος και τη διάρκειά της (απαιτεί αρκετό χρόνο και διάρκεια και συνεπώς και χρήματα για να έχει αποτελεσματικότητα) καθώς απαιτεί τακτικές συνεδρίες μεταξύ του αναλυόμενου και του αναλυτή για αρκετό χρονικό διάστημα. Γενικά οι μελέτες δείχνουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην ψυχοθεραπεία όσο αυξάνεται το χρονικό διάστημα της έκθεσης σε αυτήν. Σε κάθε περίπτωση όμως θα πρέπει να λαμβάνουμε υπ' όψιν και το όφελος που προκύπτει από την ψυχολογική ευεξία των ίδιων των ασθενών, καθώς βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής τους και συνεπώς μπορούν να γίνουν λειτουργικά μέλη του κοινωνικού συνόλου. Μην ξεχνάμε πως κατά την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ο στόχος της επεκτείνεται πολύ μακρύτερα από την ανακούφιση από τα συμπτώματα και τον ψυχικό πόνο που αυτά συνεπάγονται και στοχεύει σε μια περισσότερο δομική και μόνιμη αλλαγή στο χαρακτήρα και την προσωπικότητα του ασθενούς που περιλαμβάνει την ικανότητα για πιο ουσιαστικές διαπροσωπικές σχέσεις και οικειότητα, ικανότητα στο άτομο να βιώνει όλο το φάσμα των συναισθημάτων χωρίς να τα απωθεί, χτίσιμο σχέσεων εμπιστοσύνης, ακόμα και ικανότητα για θρήνο κ.α. (69) Πιο συγκεκριμένα μία μελέτη των Freedman et al το 1999 μελέτησε την αποτελεσματικότητα της ψυχοαναλυτικής ψυχοθεραπείας σε σχέση με τη διάρκεια, τη συχνότητα και τη θεραπευτική σχέση. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με ένα ερωτηματολόγιο αποτελεσματικότητας (Effectiveness Questionnaire, EQ) από 99 εξωτερικούς ασθενείς της κλινικής IPTAR Clinical Center (ICC) και έδειξαν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα όσο μεγαλύτερη η διάρκεια θεραπείας (πάνω από 6 έως 12 μήνες), καλύτερα αποτελέσματα όσο αυξάνει η συχνότητα των συνεδριών (από 1

στις 2 ή 3 εβδομαδιαίως) και πως όσο καλύτερη ήταν η ψυχαναλυτική σχέση με τον ψυχαναλυτή τόσο καλύτερη και η αποτελεσματικότητα (69).

Η μακροχρόνια ψυχαναλυτική θεραπεία θεωρείται ότι είναι ιδιαίτερα δαπανηρή για τα ψυχικά νοσήματα εν γένει. Αν και οι έρευνες έχουν δείξει υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας για την μακρόχρονη ψυχαναλυτική θεραπεία, πολλές φορές γίνεται λόγος για το υψηλό κόστος, ιδιαίτερα κυρίως σε χώρες που δεν καλύπτονται από το ασφαλιστικό τους πρόγραμμα. Όμως, δεν θα πρέπει να αγνοούμε και το ότι γενικότερα τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη και δεν ακολουθούν κάποια θεραπεία, επιβαρύνουν ιδιαίτερα το γενικό σύστημα υγείας, έχοντας αντίστοιχα επιπτώσεις και σε κοινωνικό επίπεδο.

Είναι προφανές ότι μια ψυχαναλυτικού τύπου θεραπεία θα πρέπει να ακολουθείται από τα άτομα για τα οποία αποτελεί ισχυρή ένδειξη και αντιστοιχεί στην παθολογία της ψυχικής τους διαταραχής, έχοντας προηγηθεί μια ενδελεχής εκτίμηση μέσω διαφόρων ενδεδειγμένων μεθόδων.

Είναι, επομένως, χρήσιμη μια ανάλυση κόστους – οφέλους, προκειμένου να αποδειχθεί ότι οι μακροχρόνιες ψυχαναλυτικές θεραπείες μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερα οικονομικά αποτελέσματα. Το βασικότερο σημαντικό αποτέλεσμά τους μπορεί να είναι η μείωση του ποσοστού απουσίας από την εργασία και συνεπώς αύξηση της παραγωγικότητας των ατόμων που υποβάλλονται σε αυτές αλλά παράλληλα και σε μείωση της αναίτιας χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

Ο βασικός στόχος της ψυχαναλυτικής θεραπείας δεν πρέπει να είναι άλλος από τη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς. Ωστόσο, καλό θα είναι να συνηγορούμε και τα έμμεσα και άμεσα κόστη που μπορεί να προκύπτουν από αυτό, χωρίς να στεκόμαστε στο γεγονός ότι για να είναι μία θεραπεία αποτελεσματική από άποψη κόστους πρέπει οπωσδήποτε να είναι και η φθηνότερη. Αντίθετα, τα μακροπρόθεσμα οφέλη τόσο σε οικονομικό όσο και σε γενικότερα κοινωνικό επίπεδο, θα πρέπει να υπερτερούν του αντικειμενικού της κόστους, ώστε να ενισχύεται η αξία για την χρήση της (70).

Μία Ολλανδική συγκριτική μελέτη του 2010 (Berghout et al) (70), που εξέτασε την μακροχρόνια ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία (LTPP) αναφορικά με την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών, την παραγωγικότητα στην εργασία και τα συνδεδεμένα κόστη, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από μακροχρόνια ψυχαναλυτική θεραπεία σε ένα δείγμα 231 εξωτερικών ασθενών (N=231) έδειξε:

- μειωμένη κατανάλωση ιατρικής περίθαλψης και υψηλότερη παραγωγικότητα εργασίας αμέσως μετά την ψυχαναλυτική θεραπεία

- η μακροχρόνια ψυχαναλυτική θεραπεία μπορεί να αποφέρει οικονομικά οφέλη μακροπρόθεσμα αλλά δεν μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι όλα τα επενδυμένα κόστη θα επιστραφούν τελικά
- και συνεπώς απαιτείται περισσότερη έρευνα σχετικά με τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας της ψυχαναλυτικής θεραπείας.

Η μακρόχρονη ψυχαναλυτική θεραπεία έχει μεγαλύτερο κόστος σε σχέση με τη βραχεία, τόσο λόγω της αυξημένης συχνότητας όσο και λόγω της μεγαλύτερης διάρκειας της θεραπείας. Ωστόσο, το ατομικό όφελος για τον ίδιο τον ασθενή όσο και το κοινωνικό οικονομικό όφελος που προκύπτει μακροπρόθεσμα υπερτερεί του αυξημένου κόστους της ίδιας της θεραπείας. Παρ' όλα αυτά είναι καλό να γίνουν επιπλέον μελέτες ανάλυσης κόστους-οφέλους για να τεκμηριωθεί ισχυρότερα η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης θεραπείας, στις οποίες θα πρέπει να υπολογίζονται και τα QALYs (quality-adjusted life years), δηλαδή τα ποιοτικά χρόνια ζωής που προστίθενται για τους ασθενείς από την θεραπεία στην οποία αναφερόμαστε (71).

Τέλος σε εργασία τους οι Busch et al. (2009) (72) σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών στην διαταραχή πανικού, αναφέρουν ως αιτίες έλλειψης επιστημονικής τεκμηρίωσης των ψυχαναλυτικών θεραπειών:

A) τις δυσκολίες που υπάρχουν για διεξαγωγή τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών για μεγάλο χρονικό διάστημα

B) τις πεπειθήσεις ορισμένων ψυχαναλυτών ότι :

- η κλινική εμπειρία είχε ήδη αποδείξει την αποτελεσματικότητα των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών,
- οι ψυχαναλυτικές έννοιες είναι πολύ περίπλοκες για να μελετηθούν συστηματικά,
- τα ερευνητικά πρωτόκολλα διαταράσσουν την ίδια θεραπεία και
- οι ψυχαναλυτικές θεραπείες δεν μπορούν να “προτυπωθούν” και να αξιολογηθούν στη συνέχεια βάσει προτύπωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα διπλωματική αποσκοπεί να απαντήσει ένα βασικό ερώτημα αν οι ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπείες (κυρίως η ψυχανάλυση) έχουν θέση στον θεραπευτικό αλγόριθμο της κατάθλιψης και ενδεχομένως ποια είναι αυτή. Γνωρίζοντας από προσωπική εμπειρία όμως πως η επιστημονική τεκμηρίωση του ερωτήματος αυτού αναμένεται να είναι ελλιπής λόγω της φύσης του ψυχαναλυτικού μοντέλου, στο πίσω μέρος της σκέψης μου υπόβοσκε από την αρχή η ανάδειξη της απουσίας επαρκούς επιστημονικής τεκμηρίωσης της σχέσης που ερευνώ (ελπίζοντας αυτό να μην αποτελέσει προκατάληψη του μελετητή από την πλευρά μου – sic).

Η κατάθλιψη σε όλες τις μορφές, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα ατομικής και δημόσιας υγείας που επιβαρύνει ιδιαίτερα τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ παρατηρείται μια αύξηση του επιπολασμού και της συχνότητάς της τα τελευταία χρόνια. Ιδιαίτερα αξιοσημείωτη είναι η επιβάρυνση στην ίδια την ποιότητα της ζωής των ατόμων που πάσχουν από αυτήν, αλλά και τον αντίκτυπο που έχει σε άλλα νοσήματα που μπορεί να προκαλούν είτε το θάνατο είτε να οδηγούν σε αναπηρία και φυσικά οι οικονομικές συνέπειές της, αλλά και το βάρος που προσθέτουν και στο οικογενειακό τους περιβάλλον (73).

Υπάρχουν αρκετές συστηματικές ανασκοπήσεις και μελέτης κοόρτης που αποδεικνύουν τη συσχέτιση των καταθλιπτικών διαταραχών με διάφορες άλλες χρόνιες ασθένειες και ατυχήματα, όπως είναι η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος, η άνοια κ.ά (74).

Λαμβάνοντας σοβαρά υπ' όψιν τους κοινωνικούς προσδιοριστές για την ψυχική υγεία, στόχος είναι όχι τόσο η βελτίωση της φαρμακευτικής αγωγής και της θεραπείας, όσο η διαμόρφωση δημόσιων πολιτικών τέτοιων που να μπορούν να παρέχουν σε όλους ίσες ευκαιρίες για μια ικανοποιητική και υγιή ζωή και να δημιουργήσουν ισχυρά κοινωνικά πρότυπα (75).

Ας αναλογιστούμε επίσης ότι στο πολύπλοκο και συνεχώς εξελισσόμενο περιβάλλον που ζούμε, οι επόμενες γενιές των ψυχοθεραπευτών θα έρθουν αντιμέτωποι με νέες, πιο περίπλοκες ψυχικές διαταραχές, που θα χρειάζονται για την προσέγγισή τους καινοτομία και δημιουργικότητα και όχι τα «σχήματα» που εφαρμόζονται εδώ και τόσες δεκαετίες. Μέσα στον ραγδαία μεταβαλλόμενο κόσμο

μας, είναι επιτακτική ανάγκη για την καλύτερη επαγγελματική προετοιμασία των ειδικών ψυχικής υγείας, για να ανταπεξέλθουν στις επόμενες ανάγκες αντιμετώπισης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών στο νέο παγκοσμιοποιημένο και πλουραλιστικό περιβάλλον που εμφανίζονται (76).

Η κατάθλιψη αποτελεί σε κάθε περίπτωση ένα πολύπλευρο και πολυδιάστατο φαινόμενο. Αφ' ενός αποτελεί μια νευροσυμπεριφορική κατάσταση, από την άλλη σχετίζεται με κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες και θα πρέπει να υπάρχει μια ολιστική προσέγγιση, τόσο για τον προσδιορισμό της επιδημιολογίας της, γνωρίζοντας το βιολογικό, γενετικό ή κοινωνικό υπόστρωμά της, όσο και για την κατανόησή της και την θεραπεία της.

Αναδεικνύεται η ανάγκη για συνεχή έρευνα και επιστημονικό διάλογο, αλλά και για συνεχή εκτίμηση και εντοπισμό των αναγκών τόσο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αλλά και των ίδιων των ασθενών, για να έχουμε σημαντική πρόοδο στην αντιμετώπιση και θεραπεία αυτού του πολυδιάστατου φαινομένου, που αποτελεί σημαντικό θέμα της δημόσιας υγείας εν γένει.

Για την ψυχοδυναμική θεωρία είναι ιδιαίτερα σημαντικές οι έννοιες της μεταβίβασης, αντιμεταβίβασης και των εσωτερικών αναπαραστάσεων. Οι αναπαραστάσεις, τόσο του εαυτού όσο και των άλλων, συμπυκνώνουν όλες τις πρώιμες συναισθηματικές εμπειρίες του ατόμου και λειτουργούν ως ασυνείδητα πρότυπα στο τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τον κόσμο και αναπτύσσει και διαμορφώνει τις σχέσεις του, που τις περισσότερες φορές είναι δυσλειτουργικές. Επίσης μέσω των αντιμεταβιβάσεων ο θεραπευτής βρίσκει τον τρόπο για να εισχωρήσει στον ασθενή και στον τρόπο σκέψης του και να «ξεκλειδώσει» τα κομμάτια εκείνα που θα βελτιώσουν την θεραπευτική του εικόνα.

Στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στα τρέχοντα συναισθήματα και συμπεριφορές του ατόμου, προσπαθώντας να ερμηνεύσει τι είναι αυτό που τις προκαλεί αλλά και ταυτόχρονα τις διατηρεί, στηριζόμενη κυρίως στη βιολογική πλευρά και το βιολογικό υπόστρωμα του ατόμου.

Η ψυχοδυναμική θεραπεία στηρίζεται κατά κύριο λόγο στη σχέση μεταξύ αναλυόμενου και αναλυτή, θεωρώντας την τον κύριο μοχλό για την αλλαγή της κατάστασης, ενώ αντίθετα η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται κυρίως στη θεραπεία της συμπεριφοράς, μέσα από τις βασικές αρχές της μάθησης (77).

Για να αποδειχθεί ότι ένα είδος θεραπείας είναι κατάλληλο στην πράξη, χρειάζεται να υπάρχουν μελέτες που να μετρούν την αποτελεσματικότητά της. Για την ψυχοθεραπεία όμως, καθώς δεν αποτελεί ένα φάρμακο που μπορεί να λειτουργεί

με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις συνθήκες, η διαδικασία για την απόδειξη της αποτελεσματικότητας είναι περισσότερο περίπλοκη (78).

Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ατόμων, καθώς ενισχύει την δραστηριοποίησή τους τόσο στον εργασιακό όσο και γενικότερα στον κοινωνικό τομέα, αυξάνει το αίσθημα της αυτοεκτίμησής τους και μειώνει σημαντικά τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Βοηθά στην ουσία τα άτομα να ανακτήσουν τις δυνάμεις τους και να μπορούν να αντιμετωπίσουν όχι μόνο τη νόσο, αλλά και άλλα ψυχοπιεστικά γεγονότα στη ζωή τους (79).

Η ψυχανάλυση ίσως κερδίσει σημαντικό έδαφος στο μέλλον στον αλγόριθμο της θεραπείας της κατάθλιψης, όταν αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά της, τόσο σε εμπειρικό, όσο και σε κλινικό και διατομεακό επίπεδο. Στην εποχή μας που οι δυτικές κοινωνίες όπου τα κέντρα ελέγχου είναι πολιτικά και οικονομικά και η επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης είναι κυρίαρχη, εκεί όπου οι επιστήμονες βρίσκουν το έδαφος να διαλέγονται σε όλα τα επίπεδα αυθεντίας και αξιοπιστίας, η ψυχανάλυση μπορεί να ενισχύσει το κύρος της ως εξειδικευμένη, αναντικατάστατη, αποτελεσματική και παραγωγική κλινική μέθοδο θεραπείας και ως θεραπεία της σκέψης και της κουλτούρας. Μέσω της ιδιαίτερης θεωρητικής της μεθόδου, αναπτύσσοντας θεραπείες τόσο βραχύχρονες όσο και μακροχρόνιες και με την ιδιότητά της να δίνει καινοτόμες εξηγήσεις για τα σύνθετα φαινόμενα που απασχολούν τα άτομα, ομάδες ατόμων αλλά και την κοινωνία στο σύνολό της, η ψυχανάλυση μπορεί να αυξήσει τη «δημοτικότητά» της ως μια «εξειδικευμένη επιστήμη του ασυνείδητου» (80).

Θα πρέπει επίσης να αναλογιστούμε και τη συχνότητα με την οποία τα άτομα με κατάθλιψη καταφεύγουν στην αναζήτηση βοήθειας. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την μη έγκαιρη αναζήτηση, με κυριότερο ίσως παράγοντα να αποτελεί το κοινωνικό στίγμα, όπως επίσης σημαντική είναι και η μη παραδοχή της υφιστάμενης κατάστασης του ατόμου από το ίδιο το άτομο, ενώ σημαντικό ρόλο στην κατεύθυνση αυτή της αναζήτησης βοήθειας παίζει τις περισσότερες φορές το υποστηρικτικό περιβάλλον του ατόμου (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς κλπ). Αποτρεπτικός παράγοντας, επίσης σημαντικός, είναι και ο φόβος για την φαρμακευτική αγωγή και τις παρενέργειές της, που συχνά οδηγεί και σε χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία ή σε εγκατάλειψή της. Άλλο σημαντικό εμπόδιο για την αναζήτηση βοήθειας είναι ο οικονομικός παράγοντας, ίσως πολύ περισσότερο στη χώρα μας, όπου το κόστος για την αναζήτηση ψυχικής βοήθειας στον ιδιωτικό τομέα είναι σήμερα υψηλό και φτάνει σε πολλές περιπτώσεις σε δυσθεώρητα επίπεδα, στα

οποία ένα άτομο μεσαίου οικονομικού επιπέδου, να μην μπορεί εύκολα να ανταποκριθεί, καθώς δεν υπάρχει οργανωμένο πλαίσιο για την παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (81).

Είναι ζωτικής σημασίας η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση των ατόμων σχετικά με τις δυνατότητες που υπάρχουν για την θεραπεία της κατάθλιψης, αλλά περισσότερη σημασία έχει η διαμόρφωση υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο κοινότητας, στενή συνάρτηση με βελτιωμένες παρεχόμενες υπηρεσίες σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, κάτι που θα κάνει προσιτή την αναζήτηση φροντίδας και βοήθειας από όλους και στον απαιτούμενο χρόνο που να εγγυάται παράλληλα και καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία. Επίσης είναι ιδιαίτερα σημαντική η έγκαιρη διάγνωση των συμπτωμάτων που θα κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου και σε αυτό μπορεί να συμβάλουν προγράμματα προαγωγής για την ψυχική υγεία αλλά και συνεχείς ενημερωτικές δράσεις σε άτομα όλων των ηλικιών και όλων των μορφωτικών επιπέδων, σε επίπεδο πρόληψης και προαγωγής με στόχο το καλό της δημόσιας υγείας στο σύνολό της (82).

Αυτό που είναι σημαντικό για τη θεραπεία της κατάθλιψης, η οποία πρέπει να γίνεται από ειδικούς της ψυχικής υγείας, όπως προκύπτει και από τη μελέτη των Westen et al. (83) είναι το γεγονός ότι δεν πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση μόνο των συγκεκριμένων συμπτωμάτων ή μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, αλλά στο σύνολο της προσωπικότητας του ατόμου, δηλαδή ολιστικά, με όλη του την πολυπλοκότητα, προκειμένου οι αλλαγές που θα επέλθουν να έχουν διάρκεια και να διατηρήσουν το άτομο σε ισορροπία και λειτουργικότητα για όσο το δυνατό περισσότερο διάστημα, βελτιώνοντας παράλληλα και την ποιότητα της ζωής του (10).

Η ικανότητα της μακρόχρονης ψυχαναλυτικής θεραπείας για δομικές αλλαγές στην προσωπικότητά τους με αποτέλεσμα την αύξηση της ανθεκτικότητάς του και αντίστοιχα την μείωση της ευαλωτότητάς τους, σύμφωνα και με τη μελέτη LAC Study (Langzeitbehandlungen chronisch depressiver Patienten) (58) φαίνεται να είναι το σημείο κλειδί που της δίνει πραγματικό πλεονέκτημα σε σχέση με τις άλλες διαθέσιμες μορφές θεραπείας. Αναμφίβολα όμως ο φτωχός αριθμός μελετών περιορίζει την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων. Αν και υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα που επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα της μακράς διάρκειας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με κατάθλιψη, ακόμα δεν είναι ξεκάθαρο αν η αποτελεσματικότητα οφείλεται στις ίδιες τις τεχνικές της θεραπείας ή στον μεγάλο αριθμό συνεδριών που απαιτούνται για το σκοπό αυτό (84).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αφεταιρία για την αυτή την διπλωματική είναι το ερώτημα που αντιμετωπίζω στην καθημερινή κλινική μου πράξη: βοηθά η ψυχανάλυση τους ασθενείς με κατάθλιψη, με ποιο τρόπο και πως θα μπορούσε να δράσει, αυτόνομα ή σε συνδυασμό με κάποια άλλη θεραπεία. Δηλαδή ποια θέση έχει η ψυχανάλυση στο θεραπευτικό αλγόριθμο της κατάθλιψης αλλά (και κυρίως) πως τεκμηριώνεται επιστημονικά αυτό. Και όλα αυτά υπό το πρίσμα, όπως είδαμε και πριν, πως ο όρος κατάθλιψη είναι μία διάγνωση ομπρέλα που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα της νοσολογίας-φαινομενολογίας. Πολύ ψηλός ο πήχης από την αρχή με εγγενείς δυσκολίες που κυρίως εντοπίζονται στην ψυχαναλυτική τεχνική και πλαίσιο και στην προκατάληψη αυτών που την ασκούν για πρωτογενή έρευνα.

Η φαρμακευτική αγωγή κατά της κατάθλιψης βελτιώνει και ανακουφίζει τα συμπτώματα αλλά δεν επηρεάζει τον ψυχισμό του ασθενούς που για πολλούς θεωρείται αιτιώδους σημασίας για την ανάπτυξη οποιασδήποτε ψυχικής νόσου. Η μείωση της οξείας συμπτωματολογίας με την φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να εξασφαλιστεί η συμμετοχή του ασθενούς μέσα στο ψυχαναλυτικό πλαίσιο που είναι ο κύριος στόχος της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας. Στον αντίποδα αυτής της θέσης και παρά την αναμφισβήτητη και καλά τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα της ψυχοφαρμακοθεραπείας, συχνά η χρήση φαρμάκων αντιμετωπίζεται ως «απειλή» για την ψυχαναλυτική διαδικασία, καθώς της καταλογίζεται πως επηρεάζει τον ασθενή σε επιφανειακό επίπεδο και ενδεχομένως τον παλινδρομεί σε ένα αναπτυξιακά πιο στοματικό στάδιο. Η φαρμακευτική αγωγή, καθώς τις περισσότερες φορές οδηγεί στην ύφεση της συμπτωματολογίας, είναι πιθανό κάνοντας τον ασθενή να νιώθει καλύτερα, να αποτελεί και ανασταλτικό παράγοντα για να ακολουθήσει στη συνέχεια μία ψυχαναλυτική θεραπεία που είναι μακροχρόνια, απαιτεί δέσμευση, είναι κοστοβόρα και κυρίως επίπονη αφού προσομοιάζει με μία «μαιευτική μέθοδο». Αυτή η δυνατότητα της φαρμακευτικής αγωγής για σχετικά γρήγορη ανακούφιση των συμπτωμάτων σε συνδυασμό με το γεγονός πως ακόμα δεν ξέρουμε τον ακριβή μηχανισμό δράσης της, δίνει εφελκτήριο για κριτική πως λειτουργεί όπως τα αντιπυρετικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για να πέσει η θερμοκρασία από τον πυρετό, δηλαδή θεραπεύουν το σύμπτωμα κι όχι την αιτία της νόσου. Όμως

πιστεύεται ότι καθώς κάνουν τον ασθενή να νιώθει καλύτερα, πιθανώς να μειώνει το κίνητρό του για να ακολουθήσει σε βάθος την ψυχαναλυτική θεραπεία.

Η χρόνια κατάθλιψη πιθανόν να χρειάζεται και μεγαλύτερο χρόνο θεραπείας για να επιτευχθούν αποτελέσματα με διάρκεια, παρ' όλο που οι περισσότερες κλινικές μελέτες περιορίζονται στα αποτελέσματα της μικρής διάρκειας θεραπείας.

Μελέτες δείχνουν παρόμοια αποτελεσματικότητα όσο αφορά την βελτίωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας συγκρίνοντας την ψυχαναλυτική και την γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, αν και παρατηρήθηκαν μεγαλύτερες δομικές αλλαγές στο άτομο μέσω της ψυχαναλυτικής θεραπείας.

Και είναι γεγονός ότι αυτές οι δομικές αλλαγές στον ψυχισμό του ατόμου και στις διαπροσωπικές σχέσεις και τη λειτουργικότητά του είναι βαθιές και με διάρκεια, κάτι που αποτελεί καλή πρόγνωση για καλύτερα αποτελέσματα μέσω της ψυχαναλυτικής θεραπείας. Καθώς το άτομο καταφέρνει να αντιμετωπίσει τις εσωτερικές του συγκρούσεις και την ευαλωτότητά του, βελτιώνεται η ικανότητά του για ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων, αυξάνεται η διάθεσή του για δημιουργικότητα τόσο σε προσωπικό όσο και σε εργασιακό επίπεδο και μειώνεται σημαντικά το βάρος των συμπτωμάτων, δίνοντας κυρίως βαρύτητα στην ενεργοποίηση της προσωπικής του λειτουργικότητας, καθώς κυρίως η ψυχαναλυτική θεωρία βασίζεται στη δομή της προσωπικότητας του ατόμου, στην οποία αλληλεπιδρούν διάφορες ψυχολογικές διεργασίες, που μπορεί όμως είτε να είναι προσαρμοστικές είτε να μετατραπούν σε δυσλειτουργικές. Βέβαια ένα αντίστοιχο αποτέλεσμα σε ό,τι αφορά τη δομή της προσωπικότητας σε τομείς όπως η αυτοαντίληψη και η αυτορρύθμιση, μπορεί να επιφέρει και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Όμως αν και οι δομικές αλλαγές εμφανίζονται νωρίτερα μέσω της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, η ψυχαναλυτική θεραπεία συμβάλλει περισσότερο στην σταθερότητα και διάρκεια αυτών των αλλαγών που οδηγούν και σε μακροπρόθεσμα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και σε καλύτερη ποιότητα ζωής, καθώς στοχεύει στην απαρτίωση της συνειδητότητας των αναλυόμενων, μεταβάλλοντας ως προς το ανθεκτικότερο και πιο εναισθητικό τις ψυχικές τους ικανότητες, χρησιμοποιώντας στην ανάλυση όσα αναδύονται στις συνεδρίες με τους ελεύθερους συνειρμούς, εκμεταλλευόμενα τα φαινόμενα της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης.

Βέβαια η ψυχαναλυτική θεραπεία αν και απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο σε σχέση με τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, τα αποτελέσματά της φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια, να μειώνονται τα ποσοστά των υποτροπών και κατ' επέκταση να περιορίζει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και συνεπώς και τις δαπάνες της.

Ωστόσο για αυτό το τελευταίο, οι μελέτες δεν επαρκούν για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων και το πεδίο για τέτοιους είδους έρευνες είναι ευρύ και ανοιχτό.

Τα εμπειρικά δεδομένα, τόσο παλιά όσο σχεδόν και η ψυχαναλυτική τεχνική (ας θυμηθούμε πως αυτή εισάχθηκε ως θεραπευτική μέθοδος από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα), φαίνεται να επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα της μακράς διάρκειας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με κατάθλιψη, χωρίς όμως να έχει πλήρως αποσαφηνιστεί αν αυτή οφείλεται στις ίδιες τις τεχνικές της θεραπείας ή στον μεγάλο αριθμό συνεδριών που απαιτούνται για το σκοπό αυτό.

Είναι φανερό λοιπόν πως απαιτείται περισσότερη πρωτογενής έρευνα στο επίπεδο αυτό για την εξαγωγή ασφαλών και καλά τεκμηριωμένων συμπερασμάτων που να βασίζονται σε ισχυρά δεδομένα και μελέτες σε ικανό αριθμό ασθενών που να επιβεβαιώνουν την υπεροχή της ψυχανάλυσης σε σχέση με άλλες μορφές θεραπείας.

Εν κατακλείδι απαιτείται πρωτογενής έρευνα, έρευνα , έρευνα !!!

ΕΠΙΜΥΘΙΟ Ή ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας συνέπεσε και με την ψήφιση του Νόμου 5129/ (ΦΕΚ Α' 124/1-8-2024) (85) σχετικά με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, σε μια προσπάθεια αναδιοργάνωσης των δομών ψυχικής υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωσή τους και την καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος που ακολουθεί την ψυχική νόσο, συμπεριλαμβανομένης και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε περιπτώσεις κρίσεων και φυσικών καταστροφών.

Και παρ' όλο που ο νόμος αυτός έχει εγείρει θύελλα αντιδράσεων, υποστηρίζοντας ότι ενισχύει την ιδιωτικοποίηση και στον τομέα της ψυχικής υγείας με αμφίβολες προοπτικές βελτίωσης της δημόσιας υγείας, το αδιαμφισβήτητο είναι πως οι διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες στον τομέα της ψυχικής υγείας πιέζουν τις εκάστοτε κυβερνήσεις να δώσουν αποτελεσματικές και καινοτόμες λύσεις και να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις των καιρών. Δεν περισσεύει χρόνος για καθυστερήσεις και η ελπίδα μας είναι η εφαρμογή του Νόμου να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην κατεύθυνση της απο-ιδρυματοποίησης, του μετριασμού του στίγματος και της παροχής ποιοτικών και προσαρμοσμένων στις ανάγκες των ασθενών, υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μακριά από την εμπορευματοποίηση της υγείας στο σύνολό της και ειδικά της ψυχικής υγείας. Στην Αγγλία που η κοινοβουλευτική εμπειρία είναι μακράιωνη από την εποχή της Magna Carta λένε πως ο καλύτερος τρόπος για να καταργηθεί ένας κακός νόμος είναι η πιστή εφαρμογή του. Ελπίζουμε τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του νόμου αυτού να είναι θετικά.

Κλείνοντας να μην ξεχνάμε , όπως έδειξε και η τελευταία κρίση Δημόσιας Υγείας με την πανδημία του Covid-19, πως αν δεν επενδύουμε προκαταβολικά, συστηματικά και οργανωμένα στην πρόληψη, επιφυλακή και ετοιμότητα στη Δημόσια Υγεία το κόστος που θα κληθούμε στο τέλος να πληρώσουμε θα είναι πολλαπλάσιο και υψηλό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet*. 2018 Nov 24;392(10161):2299–312.
2. Arieti S. Psychoanalysis of severe depression: theory and therapy. *J Am Acad Psychoanal*. 1976 Jul;4(3):327–45.
3. Blatt SJ. Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *J Am Psychoanal Assoc*. 1998;46(3):722–52.
4. Dualde Beltrán F. Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., and Cowen, P. (1996); *Oxford Textbook of Psychiatry*; 3^a ed., Oxford, Oxford University Press. *Arch Neurobiol*. 1996 Jan 1;59:141.
5. Minois G. Η ιστορία της κατάθλιψης. Νάρκισσος; 2010.
6. Ιπποκράτης. Ιατρική θεωρία και πράξη:Περί αρχαίας ιητρικής, Περί αέρων, υδάτων και τόπων, Προγνωστικόν, Περί διαίτης οξέων, Περί ιερής νούσου,. Θεσσαλονίκη, 2000: Ζήτρος; 382 p.
7. Alexander FG, Selesnick ST. The history of psychiatry: an evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to the present. Harper and Row: New York; 1966. (The history of psychiatry: an evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to the present).
8. Berrios GE. Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1988 Sep;153:298–304.
9. Francis Ancibure, Marivi Galan-ancibure. *Le harcèlement moral*. Paris : Les Essentiels Milan. Paris: Milan; 2006. (Les Essentiels Milan).
10. Ribeiro Â, Ribeiro JP, von Doellinger O. Depression and psychodynamic psychotherapy. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. 2018;40(1):105–9.
11. Newsletter4.pdf [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://psychoanalysis-psychotherapy.gr/wp-content/uploads/2020/03/Newsletter4.pdf>
12. World mental health report: Transforming mental health for all [Internet]. [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
13. Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res*. 2002 Oct;53(4):849–57.
14. Alon N, Macrynika N, Jester DJ, Keshavan M, Reynolds CF, Saxena S, et al. Social determinants of mental health in major depressive disorder: Umbrella review of 26 meta-analyses and systematic reviews. *Psychiatry Res*. 2024 May 1;335:115854.
15. Carta MG, Carpiniello B, Kovess V, Porcedda R, Zedda A, Rudas N. Lifetime prevalence of major depression and dysthymia: results of a community survey in Sardinia. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1995 Jan 1;5:103–7.
16. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries

- and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021 Nov 6;398(10312):1700–12.
17. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022 [Internet]. [cited 2024 Sep 26]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
 18. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018 Oct 27;392(10157):1553–98.
 19. CERDAS S. ΕΚΘΕΣΗ σχετικά με την ψυχική υγεία | A9-0367/2023 | Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο [Internet]. [cited 2024 Sep 26]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0367_EL.html
 20. Tudor K. *Mental health promotion: Paradigms and practice*. Routledge; 2013.
 21. Υπουργείο Υγείας [Internet]. [cited 2024 Sep 26]. Παγκόσμια Ημέρα Υγείας. Available from: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/draseis-kai-programmata-agwghs-ygeias/pagkosmies-hmeres/4986-pagkosmia-hmera-ygeias>
 22. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*. 2018 Apr 1;5(4):357–69.
 23. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000-2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2022 Feb;19(2):e1003901.
 24. Mental health and development : targeting people with mental health conditions as a vulnerable group [Internet]. [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563949>
 25. Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against people with mental illness* [Internet]. Oxford University Press; 2003 [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://doi.org/10.1093/med/9780198570981.001.0001>
 26. Scott KM, Von Korff M, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, et al. Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Aug;68(8):838–44.
 27. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016 May;3(5):415–24.
 28. Abraham M, Nussbaum. *DSM-5® ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ*. Μιχόπουλος Ιωάννης, editor. Κωνσταντάρας, Ιατρικές Εκδόσεις; 2020. 372 p.
 29. Queiros C, Carlotto MS, Kaiseler M, Dias S, Pereira AM. Predictors of burnout among nurses: an interactionist approach. *Psicothema*. 2013;25(3):330–5.
 30. *Biology of Depression - an overview* | ScienceDirect Topics [Internet]. [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/biology-of-depression>

31. Allen NB. Cognitive therapy of depression. Aaron T Beck, A John Rush, Brian F Shaw, Gary Emery. New York: Guilford Press, 1979. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002 Apr;36(2):275–8.
32. Nemade R., Reiss N. S., Dombeck, M. Current understanding of major depression- Biopsychological Model [Internet]. 2007. Available from: http://www.mhcinc.org/poc/view_doc.php?type=doc&id=12997&cn=5
33. Μωραΐτου Μ. Το βίωμα της μητρότητας. Βήτα Ιατρικές; 2004.
34. Seligman ME, Abramson LY, Semmel A, von Baeyer C. Depressive attributional style. *J Abnorm Psychol*. 1979 Jun;88(3):242–7.
35. Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M. An integrative Theory of depression. In Reiss, S. & Bootzin (Hg.) *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: , 1985. N Y Acad Press. 1985;
36. Huprich SK. Depressive personality disorder: theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clin Psychol Rev*. 1998 Aug;18(5):477–500.
37. Abraham, H.C. Freud, E.L, eds. *A Psycho-Analytic Dialogue: The Letters of Sigmund Freud and Karl Abraham*. New York: Basic Books; 1965.
38. Sarkhel S. Kaplan and Sadock’s *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 10th edition. *Indian J Psychiatry*. 2009;51(4):331.
39. Klein M. Mourning and its relation to manic-depressive states. *Int J Psychoanal* [Internet]. 1940; Available from: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:31205814>
40. Αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης: Κλινικές κατευθύνσεις: Sidney H Kennedy, Raymond W Lam, David J Nutt, Michael E Thasse | metabook.gr [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://metabook.gr/books/apotelesmatiki-therapia-tis-katathlipsis-klinikes-katefthynseis-sidney-h-kennedy-raymond-w-lam-david-j-nutt-michael-e-thasse-350182>
41. Κλινική Ψυχιατρική: Γεώργιος Σ. Φιλιππόπουλος | metabook.gr [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://metabook.gr/books/kliniki-psikhiatriki-gewrghios-s-filipporoylos-380606>
42. Kovich H, Kim W, Quaste AM. Pharmacologic Treatment of Depression. *Am Fam Physician*. 2023 Feb;107(2):173–81.
43. Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία: Paul Bennett | metabook.gr [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://metabook.gr/books/kliniki-psikhologia-kai-psikhopathologia-paul-bennett-6537>
44. www.vima-asklipiou.gr [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς - Vima Askliou. Available from: <https://www.vima-asklipiou.gr/articles/433/>
45. Milton J. Psychoanalysis and cognitive behaviour therapy--rival paradigms or common ground? *Int J Psychoanal*. 2001 Jun;82(Pt 3):431–47.
46. Kalita L, Chrzan-Dętkoś M. Internship program as an effective and economical approach to increasing the availability of psychotherapy. *Psychoterapia*. 2018 Jan 1;186:39–53.
47. Elizabeth RZ. Panel IV: On the Psychoanalytic Concepts of the Depressive Illnesses: The Predisposition to Depression. *Can Psychiatr Assoc J*. 1966 Dec 1;11(1_suppl):236–49.

48. Stavrou PD. Psychoanalytic Psychotherapy as a Treatment for Depression in Adolescents: A Case Study. 2018 Sep 20;4:91–101.
49. Briggs S, Netuveli G, Gould N, Gkaravella A, Gluckman NS, Kangogyere P, et al. The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2019 Jun;214(6):320–8.
50. Fizke E, Mueller A, Huber D. Psychoanalytic inpatient psychotherapy of depression – Two naturalistic samples throughout the course of a decade. *Eur J Psychother Couns.* 2017 Oct 2;19(4):396–414.
51. Deitz J. The psychodynamics and psychotherapy of depression: contrasting the self-psychological and the classical psychoanalytic approaches. *Am J Psychoanal.* 1991 Mar;51(1):61–70.
52. de Jonghe F, de Maat S, Van R, Hendriksen M, Kool S, van Aalst G, et al. Short-Term Psychoanalytic Supportive Psychotherapy for Depressed Patients. *Psychoanal Inq.* 2013 Nov 1;33(6):614–25.
53. Introduction to the Practice of Psychoanalytic Psychotherapy. In: *Introduction to the Practice of Psychoanalytic Psychotherapy* [Internet]. 2003 [cited 2024 Oct 2]. p. 1–14. Available from: <https://doi.org/10.1002/9780470713426.ch>
54. Gaskin C. The effectiveness of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: A literature review of recent international and Australian research. *Psychother Couns J Aust* [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2024 Oct 2];4(1). Available from: <https://pacja.org.au/article/71168-the-effectiveness-of-psychoanalysis-and-psychoanalytic-psychotherapy-a-literature-review-of-recent-international-and-australian-research>
55. Cuijpers P, van Straten A, Schuurmans J, van Oppen P, Hollon SD, Andersson G. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2010 Feb 1;30(1):51–62.
56. Koeser L, Rost F, Gabrio A, Booker T, Taylor D, Fonagy P, et al. Cost-effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: RCT evidence from the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *J Affect Disord.* 2023 Aug 15;335:313–21.
57. Fonagy P, Rost F, Carlyle J, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon R, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry.* 2015 Oct;14(3):312–21.
58. Beutel M, Krakau L, Kaufhold J, Bahrke U, Grabhorn A, Hautzinger M, et al. Recovery from chronic depression and structural change: 5-year outcomes after psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term treatments (LAC depression study). *Clin Psychol Psychother.* 2023 Jan;30(1):188–201.
59. Cuijpers P, Huibers M, Daniel Ebert D, Koole SL, Andersson G. How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *J Affect Disord.* 2013 Jul 1;149(1):1–13.
60. Ciharova M, Karyotaki E, Miguel C, Walsh E, de Ponti N, Amarnath A, et al. Amount and frequency of psychotherapy as predictors of treatment outcome for adult depression: A meta-regression analysis. *J Affect Disord.* 2024 Aug 15;359:92–9.

61. Vermote R, Fonagy P, Vertommen H, Verhaest Y, Stroobants R, Vandeneede B, et al. Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *J Personal Disord*. 2009 Jun;23(3):294–307.
62. Leuzinger-Bohleber M, Hautzinger M, Fiedler G, Keller W, Bahrke U, Kallenbach L, et al. Outcome of Psychoanalytic and Cognitive-Behavioural Long-Term Therapy with Chronically Depressed Patients: A Controlled Trial with Preferential and Randomized Allocation. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2019 Jan;64(1):47–58.
63. Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010 Aug;30(6):710–20.
64. Beutel ME, Leuzinger-Bohleber M, Ruger B, Bahrke U, Negele A, Haselbacher A, et al. Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2012 Jul 26;13:117.
65. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Dec 1;61(12):1208–16.
66. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SCM, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJM. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2010 Feb;30(1):25–36.
67. Lynch D, Laws KR, McKenna PJ. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet] [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2010 [cited 2024 Oct 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK80441/>
68. Leuzinger-Bohleber M, Hautzinger M, Fiedler G, Keller W, Bahrke U, Kallenbach L, et al. Outcome of Psychoanalytic and Cognitive-Behavioural Long-Term Therapy with Chronically Depressed Patients: A Controlled Trial with Preferential and Randomized Allocation. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2019 Jan;64(1):47–58.
69. Freedman N, Hoffenberg JD, Vorus N, Frosch A. The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: the role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. *J Am Psychoanal Assoc*. 1999;47(3):741–72.
70. Berghout CC, Zevalkink J, Hakkaart-Van Roijen L. The effects of long-term psychoanalytic treatment on healthcare utilization and work impairment and their associated costs. *J Psychiatr Pract*. 2010 Jul;16(4):209–16.
71. Koeser L, Rost F, Gabrio A, Booker T, Taylor D, Fonagy P, et al. Cost-effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: RCT evidence from the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *J Affect Disord*. 2023 Aug 15;335:313–21.
72. Busch FN, Milrod BL, Sandberg LS. A Study Demonstrating Efficacy of a Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder: Implications for Psychoanalytic Research, Theory, and Practice. *J Am Psychoanal Assoc*. 2009 Feb 1;57(1):131–48.
73. Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res*. 2002 Oct;53(4):849–57.
74. A national cohort study (2000-2018) of long-term air pollution exposure and incident dementia in older adults in the United States - PubMed [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34799599/>

75. Shim RS, Compton MT. Addressing the Social Determinants of Mental Health: If Not Now, When? If Not Us, Who? *Psychiatr Serv Wash DC*. 2018 Aug 1;69(8):844–6.
76. Fonagy P, Botto A, Jiménez JP. Etiopathogenic theories and models in depression. Cham, Switzerland: Springer; 2022. (Depression and Personality).
77. Charis C, Panayiotou G. Depression Conceptualization and Treatment Dialogues from Psychodynamic and Cognitive Behavioral Perspectives: Dialogues from Psychodynamic and Cognitive Behavioral Perspectives. 2021.
78. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *Int J Psychoanal*. 2005 Jun;86(Pt 3):841–68.
79. Conceição CTM, Meinão IM, Bombana JA, Sato EI. Psychoanalytic psychotherapy improves quality of life, depression, anxiety and coping in patients with systemic lupus erythematosus: a controlled randomized clinical trial. *Adv Rheumatol Lond Engl*. 2019 Jan 22;59(1):4.
80. Leuzinger-Bohleber M, Kallenbach-Kaminski L, Krasberg-Schött M. Pluralistic approaches to the study and outcome in psychoanalysis. The LAC depression study: a case in point. *Psychoanal Psychother*. 2016 Apr 15;30.
81. Souliotis K, Agapidaki E, Tzavara C, Economou M. Psychiatrists role in primary health care in Greece: findings from a quantitative study. *Int J Ment Health Syst*. 2017 Oct 23;11(1):65.
82. Skoura E, Koulierakis G, Fouskas T. Delay in seeking treatment for depression. Perceptions of patients with depressive disorders. *Psychol J Hell Psychol Soc*. 2023 Jul 3;28(1):139–58.
83. Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychol Bull*. 2004;130(4):631–63.
84. Zimmermann J, Löffler-Stastka H, Huber D, Klug G, Alhabbo S, Bock A, et al. Is It All about the Higher Dose? Why Psychoanalytic Therapy Is an Effective Treatment for Major Depression. *Clin Psychol Psychother*. 2015;22(6):469–87.
85. ΦΕΚ 124-1.8.2024-τ.Α´ – Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης – Ιατρικός Σύλλογος Πάτρας [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://www.ispatras.gr/%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B1/%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B1/%CF%86%CE%B5%CE%BA-124-1-8-2024-%CF%84-%CE%B1%CE%84-%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%BA%CE%BB%CE%AE%CF%81%CF%89%CF%83%CE%B7-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82/>