

Κατευθυντήρια οδηγία

Κατάθλιψη στους ενήλικες: θεραπεία και διαχείριση

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

XX Μήνας XXXX

Κατευθυντήρια οδηγία Κατάθλιψη στους ενήλικες: θεραπεία και διαχείριση

Προσχέδιο, Φεβρουάριος 2026

Σύνοψη

Αυτή η κατευθυντήρια οδηγία καλύπτει την αναγνώριση, τη θεραπεία και τη διαχείριση της κατάθλιψης σε άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω. Συνιστά θεραπείες για τα πρώτα επεισόδια κατάθλιψης, θεραπείες επόμενης γραμμής και παρέχει συμβουλές για την πρόληψη της υποτροπής και τη διαχείριση της χρόνιας κατάθλιψης, της ψυχωτικής κατάθλιψης και της κατάθλιψης με συνυπάρχουσα διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας.

Σε ποιους/ες απευθύνεται;

- Επαγγελματίες υγείας
- Παρόχους υπηρεσιών υγείας και οργανισμούς ασφάλισης υγείας
- Άλλους επαγγελματίες που έχουν άμεση επαφή με, ή παρέχουν υπηρεσίες υγείας και άλλες υπηρεσίες σε άτομα με κατάθλιψη
- Άτομα με κατάθλιψη, τις οικογένειες και τους φροντιστές τους

Πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο αναπτύχθηκε η κατευθυντήρια οδηγία βρίσκονται στην [ιστοσελίδα της αρχικής κατευθυντήριας οδηγίας](#). Εκεί περιλαμβάνονται: οι ανασκοπήσεις των επιστημονικών δεδομένων τεκμηρίωσης, το πεδίο εφαρμογής της οδηγίας, τα στοιχεία των μελών της Επιτροπής και τυχόν δηλώσεις συμφερόντων.

Συστάσεις

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν σε συζητήσεις και να λαμβάνουν αποφάσεις μετά από επαρκή ενημέρωση σχετικά με τη φροντίδα τους, όπως περιγράφεται στο **Παράρτημα Ι**.

Αυτή η κατευθυντήρια οδηγία χρησιμοποιεί συγκεκριμένη, περιεκτική γλώσσα για να περιγράψει τις πληθυσμιακές ομάδες που καλύπτει (για παράδειγμα, γυναίκες και άτομα που εγκυμονούν ή τρανς και μη δυαδικά άτομα) εκτός εάν:

- τα επιστημονικά δεδομένα/τεκμηρίωση για τη σύσταση δεν έχουν επανεξεταστεί και δεν είναι σαφές από τη γνώμη των εμπειρογνομώνων εάν μπορούν να καλύψουν περισσότερες ομάδες ή
- τα επιστημονικά δεδομένα/τεκμηρίωση που εξετάστηκαν, αλλά και οι πληροφορίες που ήταν διαθέσιμες για ορισμένες ομάδες κατά τη στιγμή της ανάπτυξης της οδηγίας ήταν πολύ περιορισμένες για να διατυπωθούν συγκεκριμένες συστάσεις
- μόνο ένας πολύ περιορισμένος αριθμός συστάσεων έχει επικαιροποιηθεί, ώστε να συμβαδίζει με τα νέα επιστημονικά δεδομένα ή αντικατοπτρίζοντας αλλαγές στην κλινική πρακτική.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να χρησιμοποιούν την κλινική τους κρίση κατά την εφαρμογή συστάσεων ειδικών για κάθε φύλο, λαμβάνοντας υπόψη τις περιστάσεις, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του εκάστοτε ατόμου και διασφαλίζοντας ότι όλοι οι άνθρωποι αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και σεβασμό καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας τους.

Να σημειωθεί ότι η κατευθυντήρια οδηγία ακολουθεί μία συγκεκριμένη μορφή όσον αφορά στη διατύπωση και στη δομή, ώστε η ισχύς των συστάσεων να είναι σαφής στον/στην τελικό/ή χρήστη/χρήστρια. Η ισχύς της σύστασης μπορεί να ποικίλει μεταξύ υποχρεωτικής, ισχυρής και αδύναμης.

- **Υποχρεωτική:** Εάν υπάρχει νομική υποχρέωση εφαρμογής μιας σύστασης ή εάν οι συνέπειες της μη τήρησης μιας σύστασης είναι εξαιρετικά σοβαρές, η σύσταση χρησιμοποιεί τους όρους «πρέπει» ή «δεν πρέπει» και διατυπώνεται με παθητική φωνή.
- **Ισχυρή:** Για συστάσεις ή δραστηριότητες ή παρεμβάσεις που πρέπει (ή δεν πρέπει) να προσφέρονται, η γλώσσα κατευθύνει και χρησιμοποιεί όρους όπως «προσφέρετε» (ή «μην προσφέρετε»), «συμβουλευστε» ή «ρωτήστε για».
- **Αδύναμη:** Εάν η διαφορά μεταξύ οφέλους και βλάβης είναι μικρότερη (δραστηριότητες ή παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν), ο όρος που χρησιμοποιείται είναι «εξετάστε το ενδεχόμενο».

Ορισμοί της κατάθλιψης και της σοβαρότητας

Η κατάθλιψη αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων ψυχικής υγείας που χαρακτηρίζονται από την απουσία θετικού συναισθήματος (απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης για συνήθη πράγματα και εμπειρίες), χαμηλή διάθεση και μια σειρά συναφών συναισθηματικών, γνωστικών, σωματικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων. Για περισσότερες λεπτομέρειες, ανατρέξτε στα [διαγνωστικά κριτήρια της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων, 11η Αναθεώρηση \(ICD-11\)](#) ή [του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών, 5η Έκδοση \(DSM-5\)](#).

Η βαρύτητα της κατάθλιψης υφίσταται κατά μήκος ενός συνεχούς και ουσιαστικά αποτελείται από 3 στοιχεία:

- τα συμπτώματα (τα οποία μπορεί να διαφέρουν ως προς τη συχνότητα και την ένταση)
- τη διάρκεια της διαταραχής
- τον αντίκτυπο στην [προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα](#).

Η βαρύτητα της κατάθλιψης είναι, συνεπώς, αποτέλεσμα της συνεισφοράς όλων αυτών των στοιχείων.

Παραδοσιακά, η βαρύτητα της κατάθλιψης έχει ομαδοποιηθεί σε 4 κατηγορίες (υποκατώφλια, ήπια, μέτρια και σοβαρή), ωστόσο κατά την ανάπτυξη της παρούσας κατευθυντήριας οδηγίας, η Επιτροπή επιδίωξε να αναπτύξει έναν τρόπο αποτύπωσης της βαρύτητας της κατάθλιψης που να αντανακλά καλύτερα τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με την ταξινόμηση και να διευκολύνει την εφαρμογή των συστάσεων στην καθημερινή κλινική πρακτική. Για τον λόγο αυτό, η παρούσα κατευθυντήρια οδηγία καθορίζει τα νέα επεισόδια κατάθλιψης ως [λιγότερο σοβαρή](#) ή [περισσότερο σοβαρή](#) κατάθλιψη.

Η λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη περιλαμβάνει την υποκατώφλια και την ήπια κατάθλιψη, ενώ η περισσότερο σοβαρή κατάθλιψη περιλαμβάνει τη μέτρια και τη σοβαρή κατάθλιψη. Στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία χρησιμοποιήθηκαν κατώφλια σε επικυρωμένες κλίμακες ως δείκτες βαρύτητας. Για παράδειγμα, χρησιμοποιήθηκε βαθμολογία 16 στην κλίμακα PHQ-9, με βαθμολογίες μικρότερες του 16 να ορίζονται ως λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη και βαθμολογίες ίσες ή μεγαλύτερες του 16 να ορίζονται ως περισσότερο σοβαρή κατάθλιψη.

1.1 Αρχές φροντίδας

- 1.1.1 Κατά τη συνεργασία με άτομα με [κατάθλιψη](#) και τις οικογένειες ή τους φροντιστές τους, να διασφαλίζεται ότι λαμβάνονται μέτρα για τη μείωση του στιγματισμού, των διακρίσεων και των εμποδίων για τα άτομα που αναζητούν βοήθεια για την κατάθλιψη (για παράδειγμα, μείωση των επικριτικών στάσεων, επίδειξη ενσυναίσθησης και συμπόνιας, ισοτιμία εκτίμησης μεταξύ ψυχικής και σωματικής νόσου, εξατομικευμένη αντιμετώπιση).

Παροχή πληροφοριών και υποστήριξης

- 1.1.2 Παρέχετε στα άτομα με κατάθλιψη ενημερωμένες και τεκμηριωμένες, βάσει επιστημονικών δεδομένων, προφορικές και γραπτές πληροφορίες σχετικά με την κατάθλιψη και τη θεραπεία της, κατάλληλες για τις γλωσσικές, πολιτισμικές και επικοινωνιακές τους ανάγκες.
- 1.1.3 Εξετάστε την, εκ των προτέρων, από κοινού ανάπτυξη αποφάσεων σχετικά με τις επιλογές θεραπείας (συμπεριλαμβανομένης της άρνησης θεραπείας) και ανάπτυξη δηλώσεων με τα άτομα που έχουν υποτροπιάζουσα σοβαρή κατάθλιψη ή κατάθλιψη με ψυχωτικά συμπτώματα, καθώς και για όσους έχουν λάβει θεραπεία βάσει του [Νόμου περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας του 1997](#) (όπως τροποποιήθηκε το 2003 και το 2007) και την τακτική αναθεώρησή τους. Καταγράψτε τις αποφάσεις και τις δηλώσεις στο πλάνο φροντίδας του ατόμου, τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Δώστε αντίγραφα στο ίδιο το άτομο και στην οικογένεια ή τον φροντιστή του, εφόσον το άτομο συμφωνεί.
- 1.1.4 Εξετάστε εάν, με βάση την ισχύουσα νομοθεσία και κανονισμούς, παρέχεται η δυνατότητα στα άτομα με κατάθλιψη να συστήσουν πληρεξούσιο, προκειμένου ένα έμπιστο πρόσωπο να μπορεί να εκπροσωπεί τα συμφέροντά τους και να λαμβάνει αποφάσεις εκ μέρους τους, εάν σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο δεν έχουν τη νοητική ικανότητα να λαμβάνουν οι ίδιοι αποφάσεις.

1.2 Αναγνώριση και αξιολόγηση

- 1.2.1 Να είστε σε εγρήγορση για πιθανή [κατάθλιψη](#) (ιδίως σε άτομα με ιστορικό κατάθλιψης ή με χρόνιο σωματικό πρόβλημα υγείας που συνοδεύεται από λειτουργική έκπτωση) και να εξετάστε το ενδεχόμενο να ερωτηθούν τα άτομα που ενδέχεται να έχουν κατάθλιψη οι ακόλουθες ερωτήσεις:
- Κατά τον τελευταίο μήνα, έχετε νιώσει συχνά ότι έχετε χαμηλή διάθεση και είστε καταθλιπτικοί ή απελπισμένοι;
 - Κατά τον τελευταίο μήνα, έχετε νιώσει συχνά ότι έχετε μικρό ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση στο να κάνετε πράγματα;

- 1.2.2 Εάν ένα άτομο απαντήσει «ναι» σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις αναγνώρισης της κατάθλιψης (βλ. σύσταση 1.2.1), αλλά ο επαγγελματίας υγείας δεν είναι αρμόδιος να διενεργήσει αξιολόγηση ψυχικής υγείας, να παραπέμπεται το άτομο σε κατάλληλο επαγγελματία που μπορεί να την πραγματοποιήσει. Εάν ο επαγγελματίας αυτός δεν είναι ο προσωπικός ιατρός (ΠΙ) του ατόμου, να ενημερώνεται ο ΠΙ του ατόμου για την παραπομπή, πάντοτε με τη συναίνεση του ατόμου.
- 1.2.3 Εάν ένα άτομο απαντήσει «ναι» σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις αναγνώρισης της κατάθλιψης (βλ. σύσταση 1.2.1) και ο επαγγελματίας είναι αρμόδιος να διενεργήσει αξιολόγηση ψυχικής υγείας, να αξιολογείται η ψυχική κατάσταση του ατόμου και οι συναφείς λειτουργικές, διαπροσωπικές και κοινωνικές δυσκολίες.
- 1.2.4 Εξετάστε τη χρήση επικυρωμένου εργαλείου-ερωτηματολογίου (για παράδειγμα, για τα συμπτώματα, τη λειτουργικότητα και/ή την αναπηρία) κατά την αξιολόγηση ατόμου με υποψία κατάθλιψης, προκειμένου να ενημερωθεί και να αξιολογηθεί η θεραπεία.
- 1.2.5 Εάν ένα άτομο έχει γλωσσικές ή επικοινωνιακές δυσκολίες (για παράδειγμα, αισθητηριακές ή γνωστικές διαταραχές ή αυτισμό), για τη διευκόλυνση της αναγνώρισης πιθανής κατάθλιψης, εξετάστε:
- να ζητήσετε πληροφορίες απευθείας από το άτομο σχετικά με τα συμπτώματά του, με χρήση κατάλληλης μεθόδου επικοινωνίας ανάλογα με τις ανάγκες του (για παράδειγμα, με βοήθεια διερμηνέα Νοηματικής Γλώσσας, διερμηνέα ξένης γλώσσας ή εναλλακτική και επαυξητική επικοινωνία)
 - να ζητήσετε πληροφορίες από μέλος της οικογένειας ή τον/την φροντιστή του σχετικά με τα συμπτώματα του ατόμου.

Αρχική αξιολόγηση

- 1.2.6 Διενεργείστε ολοκληρωμένη αξιολόγηση, η οποία δεν βασίζεται αποκλειστικά στην καταμέτρηση των συμπτωμάτων κατά την εκτίμηση ατόμου που ενδέχεται να έχει κατάθλιψη, αλλά λαμβάνει επίσης υπόψη τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, το προηγούμενο ιστορικό, τη διάρκεια και την πορεία της νόσου. Επιπλέον, λάβετε υπόψη τόσο το βαθμό της λειτουργικής έκπτωσης και/ή της αναπηρίας που σχετίζεται με την πιθανή κατάθλιψη όσο και τη διάρκεια του επεισοδίου.
- 1.2.7 Συζητείστε με το άτομο τον τρόπο με τον οποίο οι παρακάτω παράγοντες ενδέχεται να έχουν επηρεάσει την ανάπτυξη, την πορεία και τη βαρύτητα της κατάθλιψής του, πέραν της αξιολόγησης των συμπτωμάτων και της συναφούς λειτουργικής έκπτωσης:
- οποιοδήποτε ιστορικό κατάθλιψης και συνυπαρχουσών ψυχικών ή σωματικών διαταραχών
 - οποιοδήποτε ιστορικό ανεβασμένης διάθεσης (για να διαπιστωθεί εάν η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μέρος διπολικής διαταραχής)
 - οποιαδήποτε προηγούμενη εμπειρία και ανταπόκριση σε προγενέστερες θεραπείες

- προσωπικά δυνατά σημεία και θετικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων υποστηρικτικών σχέσεων
- δυσκολίες με προηγούμενες και τρέχουσες διαπροσωπικές σχέσεις
- συνήθειες/τρόπος ζωής (για παράδειγμα, διατροφή, σωματική δραστηριότητα, ύπνος)
- οποιαδήποτε πρόσφατη ή παλαιότερη εμπειρία στρες ή τραυματικών γεγονότων, όπως απώλεια εργασίας, διαζύγιο, πένθος, τραυματικό γεγονός.
- συνθήκες διαβίωσης, χρήση φαρμάκων (συνταγογραφούμενων ή παράνομων) και αλκοόλ, χρέη, εργασιακή κατάσταση, μοναξιά και κοινωνική απομόνωση.

Αξιολόγηση και διαχείριση κινδύνου

- 1.2.8 Ρωτάτε πάντοτε και άμεσα τα άτομα με κατάθλιψη για αυτοκτονικό ιδεασμό και αυτοκτονική πρόθεση. Εάν υπάρχει κίνδυνος αυτοτραυματισμού ή αυτοκτονίας:
- αξιολογήστε εάν το άτομο διαθέτει επαρκή κοινωνική υποστήριξη και εάν γνωρίζει τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας
 - οργανώστε βοήθεια ανάλογη με το επίπεδο των αναγκών του ατόμου
 - συμβουλευστε το άτομο να αναζητήσει περαιτέρω βοήθεια εάν η κατάσταση επιδεινωθεί.
- 1.2.9 Εάν ένα άτομο με κατάθλιψη παρουσιάζει σημαντικό και άμεσο κίνδυνο για τον εαυτό του ή για άλλους, παραπέμπετε το επειγόντως σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών που παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας/Θεράπων Ψυχίατρος).
- 1.2.10 Συμβουλευστε τα άτομα με κατάθλιψη για την πιθανότητα αυξημένης ανησυχίας, νευρικότητας, άγχους και αυτοκτονικού ιδεασμού στα αρχικά στάδια της θεραπείας. Ελέγχεται εάν εμφανίζουν οποιοδήποτε από αυτά τα συμπτώματα και:
- διασφαλίστε ότι το άτομο γνωρίζει πώς να αναζητήσει άμεσα βοήθεια
 - αναθεωρήστε τη θεραπεία του ατόμου εάν εμφανίσει έντονη και/ή παρατεταμένη διέγερση.
- 1.2.11 Συμβουλευστε το άτομο με κατάθλιψη και την οικογένεια ή τον/την φροντιστή του/της να είναι σε εγρήγορση για μεταβολές της διάθεσης, ανησυχία, νευρικότητα, αρνητικότητα και απελπισία, και για αυτοκτονικό ιδεασμό, καθώς και να επικοινωνούν με τον επαγγελματία υγείας εάν ανησυχούν. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό κατά τις περιόδους αυξημένου κινδύνου, όπως κατά την έναρξη ή την αλλαγή της θεραπείας και σε περιόδους αυξημένου προσωπικού στρες.
- 1.2.12 Εάν ένα άτομο με κατάθλιψη εκτιμάται ότι διατρέχει κίνδυνο αυτοκτονίας:
- μην αναστέλλετε τη θεραπεία της κατάθλιψης λόγω του κινδύνου αυτοκτονίας
 - λάβετε υπόψη την τοξικότητα σε περίπτωση υπερδοσολογίας, εάν συνταγογραφείται αντικαταθλιπτικό ή εάν το άτομο λαμβάνει άλλα φάρμακα, και, εφόσον απαιτείται, να περιορίσετε τη διαθέσιμη ποσότητα φαρμάκου.

- εξετάστε την αύξηση του επιπέδου της παρεχόμενης υποστήριξης, κατά προτίμηση δια ζώσης, είτε μέσω βιντεοκλήσης ή τηλεφωνικής επικοινωνίας
- εξετάστε τη παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Κατάθλιψη με άγχος

- 1.2.13 Όταν η κατάθλιψη συνοδεύεται από συμπτώματα άγχους, κάτι που είναι ιδιαίτερα συχνό σε ηλικιωμένα άτομα, η πρώτη προτεραιότητα θα πρέπει συνήθως να είναι η αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Όταν το άτομο παρουσιάζει πρωτίστως αγχώδη διαταραχή και συνυπάρχουσα κατάθλιψη ή καταθλιπτικά συμπτώματα, εξετάστε την αντιμετώπιση της αγχώδους διαταραχής ως προτεραιότητα.

Κατάθλιψη σε άτομα με επίκτητες γνωστικές διαταραχές

- 1.2.14 Κατά την αξιολόγηση ατόμου με υποψία κατάθλιψης:
- λάβετε υπόψη τυχόν [επίκτητες γνωστικές διαταραχές](#)
 - εφόσον χρειάζεται, ζητήστε τη συνδρομή αρμόδιου ειδικού κατά την κατάρτιση σχεδίων και στρατηγικών θεραπείας.
- 1.2.15 Κατά την παροχή παρεμβάσεων σε άτομα με επίκτητη γνωστική διαταραχή που έχουν διάγνωση κατάθλιψης:
- εφόσον είναι δυνατόν, παρέχετε τις ίδιες παρεμβάσεις όπως και σε άλλα άτομα με κατάθλιψη
 - εφόσον χρειάζεται, προσαρμόστε τον τρόπο παροχής ή τη διάρκεια της παρέμβασης ώστε να λαμβάνονται υπόψη η ικανότητα επικοινωνίας του ατόμου, η αναπηρία ή η έκπτωση στην γνωστική λειτουργία.

1.3 Επιλογή θεραπειών

- 1.3.1 Συζητήστε με τα άτομα με [κατάθλιψη](#):
- τι είναι αυτό, εάν θεωρούν ότι υπάρχει κάτι, που μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη της κατάθλιψής τους (βλ. [σύσταση 1.2.7 στην ενότητα «Αρχική αξιολόγηση»](#))
 - εάν έχουν οποιοσδήποτε ιδέες ή προτιμήσεις σχετικά με την έναρξη της θεραπείας και ποιες επιλογές θεραπείας έχουν βρει χρήσιμες στο παρελθόν ή ενδέχεται να προτιμούν
 - την εμπειρία τους από προηγούμενα επεισόδια κατάθλιψης ή από θεραπείες για την κατάθλιψη
 - τι προσδοκούν να αποκομίσουν από τη θεραπεία.

- 1.3.2 Συμβάλετε στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με το άτομο με κατάθλιψη και διευκολύνετε τη συνέχιση της φροντίδας μέσω:
- διασφάλισης ότι το άτομο μπορεί να βλέπει τον ίδιο επαγγελματία υγείας, όποτε είναι δυνατόν
 - καταγραφής των απόψεων και των προτιμήσεων του, ώστε άλλοι επαγγελματίες να είναι ενήμεροι για αυτά τα στοιχεία.
- 1.3.3 Συζητήστε με τα άτομα με κατάθλιψη τις προτιμήσεις τους για τις θεραπείες (συμπεριλαμβανομένης της άρνησης μιας πρότασης θεραπείας ή της αλλαγής γνώμης μετά την έναρξη της θεραπείας), με την παροχή:
- πληροφοριών σχετικά με ποιες θεραπείες συνιστώνται (βλ. [πίνακα 1](#) και [πίνακα 2](#) για τις συνιστώμενες θεραπείες για νέο επεισόδιο [λιγότερο σοβαρής](#) και [περισσότερο σοβαρής](#) κατάθλιψης)
 - δυνατότητας επιλογής:
 - μεταξύ των θεραπειών που συνιστώνται στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία
 - για τον τρόπο παροχής τους (για παράδειγμα, ατομικά ή ομαδικά, δια ζώσης ή εξ αποστάσεως)
 - του τόπου παροχής τους
 - της δυνατότητας, όπου είναι εφικτό, να παρευρίσκεται μέλος της οικογένειας ή φίλος σε μέρος ή στο σύνολο της θεραπείας
 - της δυνατότητας να εκφράσουν προτίμηση ως προς το φύλο του επαγγελματία υγείας, να επισκεφτούν επαγγελματία υγείας με τον οποίο έχουν ήδη καλή σχέση ή να αλλάξουν επαγγελματία υγείας εάν η σχέση δεν λειτουργεί.
- 1.3.4 Οι παρόχοι υπηρεσιών φροντίδας υγείας και οι οργανισμοί ασφάλισης, θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι τα άτομα μπορούν να εκφράζουν προτίμηση για θεραπείες που συνιστώνται, ότι οι θεραπείες αυτές είναι διαθέσιμες έγκαιρα, ιδίως σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης, και ότι παρακολουθούνται ώστε να διασφαλίζεται η ισότητα στην πρόσβαση, την παροχή, τα αποτελέσματα και την εμπειρία των υπηρεσιών.

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και του τρόπου με τον οποίο ενδέχεται να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με την επιλογή θεραπειών.](#)

1.4 Παροχή θεραπειών

Όλες οι θεραπείες

1.4.1 Κατά την επιλογή θεραπειών για άτομα με [κατάθλιψη](#):

- διενεργήστε αξιολόγηση των αναγκών
- καταρτίστε θεραπευτικό πλάνο
- λάβετε υπόψη τυχόν σωματικά προβλήματα υγείας
- λάβετε υπόψη τυχόν συνυπάρχοντα προβλήματα ψυχικής υγείας
- συζητήστε τους παράγοντες που θα καθιστούσαν το άτομο πιο πιθανό να συμμετάσχει στη θεραπεία (συμπεριλαμβανομένης της ανασκόπησης θετικών και αρνητικών εμπειριών από προηγούμενες θεραπείες)
- λάβετε υπόψη το προηγούμενο ιστορικό θεραπειών
- αντιμετωπίστε τυχόν εμπόδια στην παροχή θεραπειών λόγω αναπηριών, γλωσσικών ή επικοινωνιακών δυσκολιών
- διασφαλίστε τακτική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε εξειδικευμένα και μη εξειδικευμένα πλαίσια, εφόσον το άτομο λαμβάνει εξειδικευμένη υποστήριξη ή θεραπεία.

Για άτομα με κατάθλιψη:

- που επίσης έχουν μαθησιακές δυσκολίες και/ή αυτισμό:
 - ο η αναγνώριση της κατάθλιψης σε άτομα με μαθησιακές δυσκολίες και/ή αυτισμό συχνά παραβλέπεται. Οι ομάδες αυτές απαιτούν ειδικές προσεγγίσεις για την αναγνώριση και τη διαχείριση της κατάθλιψης.
- που επίσης έχουν άνοια:
 - ο εξετάστε το ενδεχόμενο να παρέχετε ψυχολογικές παρεμβάσεις εάν έχουν ήπια έως μέτρια άνοια και ήπια έως μέτρια κατάθλιψη και/ή αγχωτική διαταραχή.
 - ο μην προσφέρετε συστηματικά αντικαταθλιπτικά για τη διαχείριση ήπιας έως μέτριας κατάθλιψης σε άτομα που ζουν με ήπια έως μέτρια άνοια, εκτός εάν ενδείκνυνται για προϋπάρχον σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας.
- που εγκυμονούν, μόλις έχουν γεννήσει (λοχεία) ή θηλάζουν:
 - ο η κατάθλιψη συχνά υποαναγνωρίζεται κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία. Συζητήστε με το άτομο τις διαθέσιμες επιλογές, όπως η διακοπή, η αλλαγή ή η συνέχιση της θεραπείας.
- που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση:

- ο εξετάστε την ορμονική θεραπεία υποκατάστασης (HRT) για την ανακούφιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (που δεν πληρούν τα κριτήρια διάγνωσης κατάθλιψης) με έναρξη περίπου την ίδια περίοδο με άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση.
 - που έχουν άλλα σωματικά προβλήματα υγείας:
 - ο η αναγνώριση της κατάθλιψης σε άτομα με σωματικά προβλήματα υγείας συχνά παραβλέπεται. Η ομάδα αυτή απαιτεί ειδική μέριμνα για την αναγνώριση και τη διαχείριση της κατάθλιψης.
 - ο ενημερώστε τα άτομα με κατάθλιψη και κάποιο χρόνιο σωματικό πρόβλημα υγείας για την πιθανότητα αυξημένης ανησυχίας, νευρικότητας, άγχους και αυτοκτονικού ιδεασμού στα αρχικά στάδια της θεραπείας της κατάθλιψης. Αναζητήστε ενεργά τα συμπτώματα αυτά και:
 - διασφαλίστε ότι ο ασθενής γνωρίζει πώς να αναζητήσει άμεσα βοήθεια
 - αναθεωρήστε τη θεραπεία του ατόμου εάν εμφανίσει έντονη και/ή παρατεταμένη ανησυχία ή νευρικότητα.
- 1.4.2 Αντιστοιχίστε την επιλογή της θεραπείας με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ατόμου με κατάθλιψη. Χρησιμοποιήστε τη λιγότερο παρεμβατική και πιο αποτελεσματική ως προς τους πόρους θεραπεία που είναι κατάλληλη για τις κλινικές ανάγκες του ατόμου ή εκείνη που έχει αποδειχθεί αποτελεσματική για αυτό το άτομο στο παρελθόν.
- 1.4.3 Για όλα τα άτομα με κατάθλιψη που λαμβάνουν θεραπεία:
- επανεξετάστε, σε συνεργασία με το άτομο με κατάθλιψη, για το πόσο καλά λειτουργεί η θεραπεία μεταξύ 2 και 4 εβδομάδων μετά την έναρξή της
 - παρακολουθείτε και αξιολογείτε τη συμμόρφωση στη θεραπεία
 - παρακολουθείτε τις παρενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας
 - παρακολουθείτε για σημάδια αυτοκτονικού ιδεασμού, ιδίως τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας (βλ. επίσης τις [συστάσεις για αντικαταθλιπτική αγωγή σε άτομα με κίνδυνο αυτοκτονίας](#) και τις [συστάσεις για την αξιολόγηση κινδύνου](#))
 - Εξετάστε τη [τακτική παρακολούθηση των αποτελεσμάτων](#) (με χρήση κατάλληλων επικυρωμένων εργαλείων αξιολόγησης ανά συνεδρία, για παράδειγμα PHQ-9) και τη παρακολούθηση μετά τη θεραπεία.

Ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

- 1.4.4 Διατηρείτε τακτική επικοινωνία με τα άτομα, διασφαλίστε ότι γνωρίζουν πώς να έχουν πρόσβαση σε βοήθεια σε περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασής τους και με ποιο μπορούν να επικοινωνήσουν σχετικά με την πρόδοό τους στη λίστα αναμονής. Εξετάστε την παροχή

υλικού αυτοβοήθειας και την αντιμετώπιση ζητημάτων κοινωνικής υποστήριξης στο μεσοδιάστημα. Οι πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τα άτομα εάν υπάρχουν λίστες αναμονής για έναν κύκλο θεραπείας και πόσος είναι ο πιθανός χρόνος αναμονής.

- 1.4.5 Εξετάστε [εγχειρίδια ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών θεραπειών](#) για την καθοδήγηση της μορφής, της διάρκειας και τον τερματισμό των παρεμβάσεων.
- 1.4.6 Εξετάστε τη χρήση πλαισίων επάρκειας που έχουν αναπτυχθεί βάσει εγχειριδίων θεραπείας για ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, ώστε να υποστηρίξετε την αποτελεσματική εκπαίδευση, την παροχή και την εποπτεία των παρεμβάσεων.
- 1.4.7 Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν παρεμβάσεις σε άτομα με κατάθλιψη πρέπει:
- να λαμβάνουν τακτική κλινική εποπτεία
 - να παρακολουθείται και να αξιολογείται η επάρκειά τους. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την ανασκόπηση βιντεοσκοπήσεων και ηχογραφήσεων της εργασίας τους (με τη συναίνεση του ασθενούς) από τον επιβλέπον τους.
- 1.4.8 Κατά την παροχή ψυχολογικών θεραπειών σε άτομα με νευροαναπτυξιακές διαταραχές ή μαθησιακές δυσκολίες, εξετάστε το ενδεχόμενο προσαρμογής της παρέμβασης στις συνθήκες αυτών των ατόμων.
- 1.4.9 Όταν τα άτομα πλησιάζουν στο τέλος ενός κύκλου ψυχολογικής θεραπείας, συζητήστε τρόπους με τους οποίους μπορούν να διατηρήσουν τα οφέλη της θεραπείας και να διασφαλιστεί η συνεχιζόμενη ευεξία τους.

Φαρμακολογικές θεραπείες

Έναρξη αντικαταθλιπτικής αγωγής

- 1.4.10 Όταν προτείνετε φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία της κατάθλιψης, συζητήστε και συμφωνήστε με το άτομο ένα σχέδιο διαχείρισης. Να περιλαμβάνονται:
- οι λόγοι για τους οποίους προτείνεται η φαρμακευτική αγωγή
 - οι διαθέσιμες επιλογές φαρμάκων (εφόσον είναι κατάλληλα περισσότερα από ένα αντικαταθλιπτικά)
 - η δοσολογία και ο τρόπος με τον οποίο ενδέχεται να χρειαστεί να προσαρμοστεί

- τα οφέλη, συμπεριλαμβανομένων των βελτιώσεων που θα ήθελε το άτομο να δει στη ζωή του και του τρόπου με τον οποίο η αγωγή μπορεί να βοηθήσει
- οι πιθανές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων τόσο των ανεπιθύμητων ενεργειών όσο και των συμπτωμάτων απόσυρσης, καθώς και οποιωνδήποτε ανεπιθύμητων ενεργειών θα ήθελε ιδιαίτερα να αποφύγει (για παράδειγμα, αύξηση βάρους, καταστολή, επιδράσεις στη σεξουαλική λειτουργία)
- οποιεσδήποτε ανησυχίες έχει σχετικά με τη λήψη ή τη διακοπή της αγωγής (βλ. επίσης τις [συστάσεις για τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής](#)).

Διασφαλίστε ότι το άτομο λαμβάνει γραπτές πληροφορίες, κατάλληλες για τις ανάγκες του, για να τις αξιολογήσει.

1.4.11 Κατά τη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικής αγωγής, διασφαλίστε ότι τα άτομα ενημερώνονται σχετικά με:

- το πώς ενδέχεται να επηρεαστούν με την έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής και ποιες μπορεί να είναι αυτές οι επιδράσεις
- το χρονικό διάστημα μέχρι να φανεί το αποτέλεσμα της θεραπείας (εάν η αντικαταθλιπτική αγωγή πρόκειται να είναι αποτελεσματική, συνήθως εντός 4 εβδομάδων)
- το πότε θα πραγματοποιηθεί η πρώτη επανεξέταση. Αυτή συνήθως γίνεται εντός 2 εβδομάδων για έλεγχο βελτίωσης των συμπτωμάτων και ανεπιθύμητων ενεργειών, ή εντός 1 εβδομάδας από την έναρξη της αγωγής εάν η νέα συνταγή αφορά άτομο ηλικίας 18 έως 25 ετών ή εάν υπάρχει ιδιαίτερη ανησυχία για κίνδυνο αυτοκτονίας (βλ. τις [συστάσεις για αντικαταθλιπτική αγωγή σε άτομα με κίνδυνο αυτοκτονίας](#))
- τη σημασία της τήρησης των οδηγιών για τη λήψη της αγωγής (για παράδειγμα, ώρα της ημέρας, αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και το αλκοόλ)
- τον λόγο για τον οποίο απαιτείται τακτική παρακολούθηση και πόσο συχνά θα χρειάζεται να προσέρχονται για επανεξέταση
- τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να παρακολουθούν οι ίδιοι τα συμπτώματά τους και πώς αυτό μπορεί να τους βοηθήσει να αισθάνονται ενεργά εμπλεκόμενοι στη δική τους ανάρρωση
- ότι η θεραπεία ενδέχεται να χρειαστεί να συνεχιστεί για τουλάχιστον 6 μήνες μετά την ύφεση των συμπτωμάτων, αλλά θα πρέπει να επανεξετάζεται τακτικά
- ότι ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να επιμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας
- τα συμπτώματα απόσυρσης και τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να ελαχιστοποιηθούν (βλ. επίσης τις συστάσεις για τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής).

Διακοπή αντικαταθλιπτικής αγωγής

- 1.4.12 Συμβουλευστε τα άτομα που λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή να συζητούν με τον επαγγελματία που τους τη συνταγογράφησε (για παράδειγμα, τον επαγγελματία πρωτοβάθμιας φροντίδας ή ψυχικής υγείας) εάν επιθυμούν να τη διακόψουν. Εξηγήστε ότι συνήθως είναι απαραίτητη η μείωση της δόσης σε στάδια με την πάροδο του χρόνου (γνωστή ως «σταδιακή μείωση»), αλλά οι περισσότεροι άνθρωποι διακόπτουν τα αντικαταθλιπτικά με επιτυχία.
- 1.4.13 Συμβουλέψτε τα άτομα που λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή ότι, εάν τη διακόψουν απότομα, παραλείψουν δόσεις ή δεν λάβουν την πλήρη δόση, ενδέχεται να εμφανίσουν συμπτώματα απόσυρσης. Επίσης ενημερώστε ότι τα συμπτώματα απόσυρσης δεν επηρεάζουν όλους και μπορεί να διαφέρουν ως προς τον τύπο και τη βαρύτητα μεταξύ των ατόμων. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν:
- αστάθεια, ίλιγγο ή ζάλη
 - αλλοιωμένες αισθήσεις (για παράδειγμα, αίσθηση σαν ηλεκτρισμός)
 - αλλοιωμένα συναισθήματα (για παράδειγμα, ευερεθιστότητα, άγχος, χαμηλή διάθεση, ευσυγκινησία, κρίσεις πανικού, παράλογους φόβους, σύγχυση ή, πολύ σπάνια, αυτοκτονικές σκέψεις)
 - ανησυχία ή διέγερση
 - προβλήματα ύπνου
 - εφίδρωση
 - κοιλιακά συμπτώματα (για παράδειγμα, ναυτία)
 - αίσθημα παλμών, κόπωση, πονοκεφάλους και πόνους στις αρθρώσεις και τους μύες.
- 1.4.14 Εξηγήστε στα άτομα που λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή ότι:
- τα συμπτώματα απόσυρσης μπορεί να είναι ήπια, να εμφανιστούν μέσα σε λίγες ημέρες από τη μείωση ή τη διακοπή της αγωγής και συνήθως υποχωρούν εντός 1 έως 2 εβδομάδων
 - η απόσυρση μπορεί μερικές φορές να είναι πιο δύσκολη, με συμπτώματα που διαρκούν περισσότερο (σε ορισμένες περιπτώσεις αρκετές εβδομάδες και, περιστασιακά, αρκετούς μήνες)
 - τα συμπτώματα απόσυρσης μπορεί μερικές φορές να είναι σοβαρά, ιδίως εάν η αντικαταθλιπτική αγωγή διακοπεί απότομα.
- 1.4.15 Αναγνωρίστε ότι τα άτομα μπορεί να έχουν φόβους και ανησυχίες σχετικά με τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής (για παράδειγμα, για τα συμπτώματα απόσυρσης που ενδέχεται να βιώσουν ή για το ενδεχόμενο υποτροπής της κατάθλιψης) και ότι ενδέχεται να χρειάζονται

υποστήριξη για να διακόψουν με επιτυχία, ιδίως εάν προηγούμενες προσπάθειες οδήγησαν σε συμπτώματα απόσυρσης ή δεν ήταν επιτυχείς. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει:

- πληροφορίες για διαδικτυακό ή γραπτό πληροφοριακό υλικό που μπορεί να είναι χρήσιμο
- αυξημένη υποστήριξη από επαγγελματία υγείας (για παράδειγμα, τακτικές τηλεφωνικές επικοινωνίες, συχνότερες επισκέψεις, παροχή συμβουλών για την ποιότητα του ύπνου).

1.4.16 Κατά τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής ενός ατόμου:

- λάβετε υπόψη το φαρμακοκινητικό προφίλ (για παράδειγμα, το χρόνο ημιζωής του φαρμάκου, καθώς τα αντικαταθλιπτικά με μικρό χρόνο ημιζωής απαιτούν πιο αργή σταδιακή μείωση) και τη διάρκεια της θεραπείας
- μειώστε τη δόση στο μηδέν, σε διαδοχικά στάδια, συνταγογραφώντας σε κάθε στάδιο ποσοστό της προηγούμενης δόσης (για παράδειγμα, 50% της προηγούμενης δόσης)
- εξετάστε τη χρήση μικρότερων μειώσεων (για παράδειγμα, 25%) καθώς η δόση γίνεται χαμηλότερη
- εάν, όταν επιτευχθούν πολύ μικρές δόσεις, η αργή σταδιακή μείωση δεν μπορεί να επιτευχθεί με δισκία ή κάψουλες, εξετάστε τη χρήση υγρών μορφών, εφόσον είναι διαθέσιμες
- διασφαλίστε ότι η ταχύτητα και η διάρκεια της απόσυρσης καθοδηγούνται από και συμφωνούνται με το άτομο που λαμβάνει τη συνταγογραφούμενη αγωγή, διασφαλίζοντας ότι τυχόν συμπτώματα απόσυρσης έχουν υποχωρήσει ή είναι ανεκτά πριν από την επόμενη μείωση της δόσης
- λάβετε υπόψη το ευρύτερο κλινικό πλαίσιο, όπως το ενδεχόμενο όφελος μιας ταχύτερης απόσυρσης εάν υπάρχουν σοβαρές ή μη ανεκτές ανεπιθύμητες ενέργειες (για παράδειγμα, υπονατριαιμία ή αιμορραγία του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα)
- λάβετε υπόψη ότι πιο ταχεία απόσυρση μπορεί να είναι κατάλληλη κατά την αλλαγή αντικαταθλιπτικών
- αναγνωρίστε ότι η απόσυρση μπορεί να απαιτήσει εβδομάδες ή μήνες για να ολοκληρωθεί με επιτυχία.

1.4.17 Παρακολουθήστε και επανεξετάστε τα άτομα που λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή κατά τη διάρκεια της μείωσης της δόσης, τόσο ως προς τα συμπτώματα απόσυρσης όσο και ως προς την επανεμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Βασίστε τη συχνότητα της παρακολούθησης στις κλινικές και υποστηρικτικές ανάγκες του ατόμου.

1.4.18 Κατά τη μείωση της δόσης της αντικαταθλιπτικής αγωγής ενός ατόμου, λάβετε υπόψη ότι:

- τα συμπτώματα απόσυρσης μπορεί να εμφανιστούν με ευρύ φάσμα αντικαταθλιπτικών (συμπεριλαμβανομένων των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών [TCAs], των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης [SSRIs], των αναστολέων επαναπρόσληψης

σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης [SNRIs] και των αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης [MAOIs])

- ορισμένα συχνά χρησιμοποιούμενα αντικαταθλιπτικά, όπως η παροξετίνη και η βενλαφαζίνη, είναι πιο πιθανό να σχετίζονται με συμπτώματα απόσυρσης, επομένως απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή με αυτά
- η παρατεταμένη διάρκεια δράσης της φλουοξετίνης σημαίνει ότι μερικές φορές μπορεί να διακοπεί με ασφάλεια ως εξής:
 - σε άτομα που λαμβάνουν 20 mg φλουοξετίνης ημερησίως, μια περίοδος λήψης ανά δεύτερη ημέρα μπορεί να προσφέρει κατάλληλη μείωση της δόσης
 - σε άτομα που λαμβάνουν υψηλότερες δόσεις (40 mg έως 60 mg φλουοξετίνης ημερησίως), να χρησιμοποιείται σταδιακό πρόγραμμα απόσυρσης
 - παρέχετε διάστημα 1 έως 2 εβδομάδων για την αξιολόγηση των επιδράσεων της μείωσης της δόσης πριν εξεταστούν περαιτέρω μειώσεις.

1.4.19 Εάν ένα άτομο εμφανίσει συμπτώματα απόσυρσης όταν διακόπτει την αντικαταθλιπτική αγωγή ή μειώνει τη δόση, καθησυχάστε το ότι δεν πρόκειται για υποτροπή της κατάθλιψής του. Εξηγήστε ότι:

- τα συμπτώματα αυτά είναι συχνά
- η υποτροπή συνήθως δεν συμβαίνει αμέσως μετά τη διακοπή ή τη μείωση της δόσης της αντικαταθλιπτικής αγωγής
- ακόμη και εάν αρχίσουν ξανά να λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή ή αυξήσουν τη δόση, τα συμπτώματα απόσυρσης μπορεί να χρειαστούν μερικές ημέρες για να υποχωρήσουν.

1.4.20 Εάν ένα άτομο έχει ήπια συμπτώματα απόσυρσης κατά τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής:

- παρακολουθήστε τα συμπτώματά του
- καθησυχάστε το ότι τα συμπτώματα αυτά είναι συχνά και συνήθως παροδικά
- συμβουλευστε το να επικοινωνήσει με τον επαγγελματία υγείας που του συνταγογράφησε την αγωγή (για παράδειγμα, τον επαγγελματία πρωτοβάθμιας φροντίδας ή ψυχικής υγείας) εάν τα συμπτώματα δεν βελτιώνονται ή εάν επιδεινωθούν.

1.4.21 Εάν ένα άτομο εμφανίσει πιο σοβαρά συμπτώματα απόσυρσης, εξετάστε την επανέναρξη της αρχικής αντικαταθλιπτικής αγωγής στην προηγούμενη δόση και, αφού υποχωρήσουν τα συμπτώματα, επιχειρήστε εκ νέου τη μείωση της δόσης με βραδύτερο ρυθμό και μικρότερες μειώσεις.

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με την έναρξη και τη διακοπή των αντικαταθλιπτικών.](#)

Αντικαταθλιπτική αγωγή για άτομα με κίνδυνο αυτοκτονίας

1.4.22 Κατά τη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικής αγωγής σε άτομα με κατάθλιψη που είναι ηλικίας 18 έως 25 ετών ή θεωρείται ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας:

- αξιολογήστε τη ψυχική τους κατάσταση και τη διάθεσή τους πριν από την έναρξη της συνταγογράφησης, με εξέταση δια ζώσης
- λάβετε υπόψη την πιθανή αυξημένη εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων, αυτοτραυματισμού και αυτοκτονίας στα αρχικά στάδια της αντικαταθλιπτικής θεραπείας και να διασφαλίζεται ότι υπάρχει στρατηγική διαχείρισης του κινδύνου (βλ. την ενότητα για την [εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου](#))
- επανεξετάστε 1 εβδομάδα μετά την έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής ή την αύξηση της δόσης ως προς τον κίνδυνο αυτοκτονικότητας (ιδανικά με δια ζώσης εξέταση)
- επανεξετάστε εκ νέου όσο συχνά χρειάζεται, αλλά το αργότερο εντός 4 εβδομάδων από το ραντεβού κατά το οποίο ξεκίνησε η αντικαταθλιπτική αγωγή
- βασίστε τη συχνότητα και το τρόπο της συνεχιζόμενης παρακολούθησης στις περιστάσεις του ατόμου (για παράδειγμα, διαθεσιμότητα υποστήριξης, ασταθής στέγαση, νέα γεγονότα ζωής όπως πένθος, διακοπή σχέσης, απώλεια εργασίας) και σε τυχόν αλλαγές στον αυτοκτονικό ιδεασμό ή στον εκτιμώμενο κίνδυνο αυτοκτονίας.

1.4.23 Κατά τη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικής αγωγής σε άτομα με σημαντικό κίνδυνο αυτοκτονίας, λάβετε υπόψη τη τοξικότητα σε περίπτωση υπερδοσολογίας. Κατά κανόνα, μην ξεκινάτε θεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), καθώς συνδέονται με τον μεγαλύτερο κίνδυνο σε υπερδοσολογία.

Αντικαταθλιπτική αγωγή για ηλικιωμένα άτομα

1.4.24 Κατά τη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικής αγωγής σε ηλικιωμένα άτομα:

- λάβετε υπόψη τη γενική σωματική υγεία του ατόμου, τις συννοσηρότητες και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που ενδέχεται να λαμβάνουν
- παρακολουθήστε προσεκτικά για ανεπιθύμητες ενέργειες
- έχετε αυξημένη εγρήγορση για τον κίνδυνο πτώσεων και καταγμάτων
- έχετε αυξημένη εγρήγορση για τον κίνδυνο υπονατριαιμίας (ιδίως σε άτομα με άλλους παράγοντες κινδύνου για υπονατριαιμία, όπως η ταυτόχρονη χρήση διουρητικών).

Χρήση λιθίου ως ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής

1.4.25 Για άτομα με κατάθλιψη που λαμβάνουν λίθιο, αξιολογήστε το σωματικό βάρος, τη νεφρική και η θυρεοειδική λειτουργία και τα επίπεδα ασβεστίου πριν από την έναρξη της θεραπείας και στη συνέχεια παρακολουθήστε τουλάχιστον κάθε 6 μήνες κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ή συχνότερα εάν υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής νεφρικής δυσλειτουργίας.

- 1.4.26 Για γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, και ιδίως εάν προγραμματίζουν εγκυμοσύνη, συζητήστε τους κίνδυνους και τα οφέλη του λιθίου, τον προγραμματισμό πριν από τη σύλληψη και την ανάγκη για πρόσθετη παρακολούθηση.
- 1.4.27 Παρακολουθήστε τα επίπεδα λιθίου στον ορό 12 ώρες μετά τη δόση, 1 εβδομάδα μετά την έναρξη της θεραπείας και 1 εβδομάδα μετά από κάθε αλλαγή δόσης, και στη συνέχεια εβδομαδιαία έως ότου σταθεροποιηθούν τα επίπεδα. Προσαρμόστε τη δόση σύμφωνα με τα επίπεδα ορού έως ότου επιτευχθούν τα επίπεδα-στόχος.
- όταν η δόση είναι σταθερή, παρακολουθήστε κάθε 3 μήνες για τον πρώτο χρόνο
 - μετά τον πρώτο χρόνο, μετρήστε τα επίπεδα λιθίου στο πλάσμα κάθε 6 μήνες, ή κάθε 3 μήνες για άτομα που ανήκουν σε οποιαδήποτε από τις παρακάτω ομάδες:
 - ηλικιωμένα άτομα
 - άτομα που λαμβάνουν φάρμακα που αλληλεπιδρούν με το λίθιο
 - άτομα με κίνδυνο διαταραχής της νεφρικής ή θυρεοειδικής λειτουργίας, αυξημένα επίπεδα ασβεστίου ή άλλες επιπλοκές
 - άτομα με ανεπαρκή έλεγχο των συμπτωμάτων
 - άτομα με χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία
 - άτομα των οποίων το τελευταίο επίπεδο λιθίου στο πλάσμα ήταν 0,8 mmol ανά λίτρο ή υψηλότερο.
- 1.4.28 Καθορίστε τη δόση του λιθίου με βάση την ανταπόκριση και την ανεκτικότητα:
- τα επίπεδα λιθίου στο πλάσμα δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν το 1,0 mmol/L (τα θεραπευτικά επίπεδα για ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι συνήθως ίσα ή μεγαλύτερα από 0,4 mmol/L. Για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, εξετάστε επίπεδα 0,4 έως 0,6 mmol/L)
 - μην ξεκινήσετε επαναλαμβανόμενη συνταγογράφηση έως ότου τα επίπεδα λιθίου και η νεφρική λειτουργία είναι σταθερά
 - λάβετε υπόψη τη συνολική σωματική υγεία του ατόμου κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων (συμπεριλαμβανομένης πιθανής αφυδάτωσης ή λοίμωξης)
 - λάβετε υπόψη τυχόν αλλαγές στη συγχορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή (για παράδειγμα, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτενσίνης II, διουρητικά και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα [ΜΣΑΦ], ή μη συνταγογραφούμενα σκευάσματα), που μπορεί να επηρεάσουν τα επίπεδα λιθίου, και ζητήστε εξειδικευμένη συμβουλή εάν χρειάζεται
 - σε κάθε επανεξέταση, παρακολουθήστε σημεία τοξικότητας από λίθιο, συμπεριλαμβανομένων διάρροιας, εμέτου, έντονου τρόμου, αταξίας, σύγχυσης και σπασμών

- ζητήστε εξειδικευμένη συμβουλή εάν υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με την ερμηνεία οποιωνδήποτε αποτελεσμάτων εξετάσεων.
- 1.4.29 Η συνταγογράφηση λιθίου να γίνεται στο πλαίσιο κοινής φροντίδας. Εάν υπάρχουν ανησυχίες για τοξικότητα ή ανεπιθύμητες ενέργειες (για παράδειγμα, σε ηλικιωμένα άτομα ή άτομα με νεφρική δυσλειτουργία), η διαχείριση της αγωγής με λίθιο να γίνεται σε συνεργασία με εξειδικευμένες υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.
- 1.4.30 Εξετάστε τη παρακολούθηση με ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) σε άτομα που λαμβάνουν λίθιο και έχουν υψηλό κίνδυνο ή ήδη υπάρχουσα καρδιαγγειακή νόσο.
- 1.4.31 Παρέχετε στα άτομα που λαμβάνουν λίθιο πληροφορίες σχετικά με την ασφαλή λήψη του.
- 1.4.32 Η διακοπή του λιθίου να γίνεται μόνο από εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή με τη συμβουλή τους. Κατά τη διακοπή του λιθίου, όπου είναι δυνατόν, οι δόσεις να μειώνονται σταδιακά σε διάστημα 1 έως 3 μηνών.

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με τη χρήση λιθίου ως ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής.](#)

Χρήση από στόματος αντιψυχωσικών ως ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής

Τον Ιανουάριο του 2026, η χρήση αντιψυχωσικών για τη θεραπεία της κατάθλιψης αποτελούσε χρήση εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων (off-label) για ορισμένα αντιψυχωσικά.

- 1.4.33 Πριν από την έναρξη αντιψυχωσικής αγωγής, ελέγξτε τις βασικές κλινικές παραμέτρους του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων: σφύξεων και αρτηριακής πίεσης, σωματικού βάρους, θρεπτικής κατάστασης, διατροφής, επιπέδου σωματικής δραστηριότητας, γλυκόζης αίματος νηστείας ή HbA1c και λιπιδίων νηστείας.
- 1.4.34 Παρακολουθήστε τα άτομα που λαμβάνουν αντιψυχωσικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, όπως προβλέπεται στη σύνοψη χαρακτηριστικών του προϊόντος για κάθε επιμέρους φαρμακευτικό σκεύασμα. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει:
- παρακολούθηση γενικών αναλύσεων αίματος, ουρίας και ηλεκτρολυτών, ηπατικής λειτουργίας και προλακτίνης
 - παρακολούθηση του σωματικού βάρους εβδομαδιαίως για τις πρώτες 6 εβδομάδες, στη συνέχεια στις 12 εβδομάδες, στον 1 χρόνο και κατ' έτος
 - παρακολούθηση της γλυκόζης νηστείας ή HbA1c και των λιπιδίων νηστείας στις 12 εβδομάδες, στον 1 χρόνο και στη συνέχεια κατ' έτος

- παρακολούθηση με ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) (κατά την έναρξη και όταν επιτευχθεί η τελική δόση) σε άτομα με καρδιαγγειακή νόσο ή συγκεκριμένο καρδιαγγειακό κίνδυνο (όπως διάγνωση υπέρτασης) και σε άτομα που λαμβάνουν άλλα φάρμακα, τα οποία παρατείνουν το καρδιακό διάστημα QT (για παράδειγμα, σιταλοπράμη ή εσιταλοπράμη)
 - σε κάθε επανεξέταση, παρακολούθηση για ανεπιθύμητες ενέργειες, συμπεριλαμβανομένων εξωπυραμιδικών εκδηλώσεων (για παράδειγμα, τρόμος, Παρκινσονισμός) και ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με την προλακτίνη (για παράδειγμα, διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας ή της εμμήνου ρύσεως), και μείωση της δόσης εάν απαιτείται.
 - ενημέρωση για πιθανές φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις που μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα ορισμένων αντιψυχωσικών, και παρακολούθηση και προσαρμογή των δόσεων εάν απαιτείται
 - διερεύνηση και κατάλληλη αντιμετώπιση εάν παρατηρηθεί ταχεία ή υπερβολική αύξηση σωματικού βάρους ή μη φυσιολογικά επίπεδα λιπιδίων ή γλυκόζης αίματος
- 1.4.35 Η διαχείριση της συνταγογράφησης αντιψυχωσικών να γίνεται σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας.
- 1.4.36 Για άτομα με κατάθλιψη που λαμβάνουν αντιψυχωσικό, αξιολογήστε σε κάθε επανεξέταση εάν θα συνεχιστεί η αντιψυχωσική αγωγή, με βάση τους τρέχοντες κινδύνους για τη σωματική και ψυχική τους υγεία.
- 1.4.37 Προχωρήστε σε διακοπή των αντιψυχωσικών μόνο σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή με τη συμβουλή τους.
- Κατά τη διακοπή των αντιψυχωσικών, μειώστε τις δόσεις σταδιακά σε διάστημα τουλάχιστον 4 εβδομάδων και αναλογικά με τη διάρκεια της θεραπείας.

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με τη χρήση από του στόματος αντιψυχωσικών ως ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής.](#)

Χρήση του St John's Wort

- 1.4.38 Παρότι υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να είναι ωφέλιμο σε [λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη](#), οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει:
- να ενημερώνουν τα άτομα με κατάθλιψη ότι υπάρχουν σκευάσματα με διαφορετική ισχύ και ότι το St John's Wort μπορεί να έχει δυνητικά σοβαρές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα

- να μη συνταγογραφούν ούτε να συστήνουν τη χρήση του από άτομα με κατάθλιψη, λόγω αβεβαιότητας σχετικά με τις κατάλληλες δόσεις, τη διάρκεια της επίδρασης, τη μεταβλητότητα των σκευασμάτων και τις πιθανές σοβαρές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των ορμονικών αντισυλληπτικών, των αντιπηκτικών και των αντιεπιληπτικών σκευασμάτων).

Σωματικές θεραπείες και δραστηριότητες

Χρήση φωτοθεραπείας

- 1.4.39 Εξετάστε τη χρήση φωτοθεραπείας για άτομα με χειμερινή κατάθλιψη που χαρακτηρίζεται από εποχικότητα, εφόσον επιθυμούν να δοκιμάσουν τη φωτοθεραπεία αντί της αντικαταθλιπτικής αγωγής ή της ψυχολογικής θεραπείας.
- 1.4.40 Εξετάστε τη χρήση φωτοθεραπείας ως συμπληρωματικής θεραπείας για άτομα με μη εποχική κατάθλιψη.

Δραστηριότητες για την ενίσχυση της ευεξίας

- 1.4.41 Συμβουλευστε τα άτομα ότι η τακτική ενασχόληση με οποιαδήποτε μορφή σωματικής δραστηριότητας (για παράδειγμα, περπάτημα, τζόκινγκ, κολύμβηση, χορός, κηπουρική) μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της αίσθησης ευεξίας. Τα οφέλη μπορεί να είναι μεγαλύτερα όταν η δραστηριότητα αυτή πραγματοποιείται σε εξωτερικούς χώρους.
- 1.4.42 Συμβουλευστε τα άτομα ότι η διατήρηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (για παράδειγμα, ισορροπημένη διατροφή, αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, επαρκής ύπνος) μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της αίσθησης ευεξίας.

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με τις δραστηριότητες για την ενίσχυση της ευεξίας.](#)

1.5 Θεραπεία για νέο επεισόδιο λιγότερο σοβαρής κατάθλιψης

Στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία, ο όρος [λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη](#) περιλαμβάνει τις παραδοσιακές κατηγορίες υποκατώφλιων συμπτωμάτων και ήπιας κατάθλιψης.

Ενεργός παρακολούθηση σε άτομα που δεν επιθυμούν θεραπεία

- 1.5.1 Για άτομα με λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη που δεν επιθυμούν θεραπεία ή άτομα που αισθάνονται ότι τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα βελτιώνονται:

- συζητήστε τα παρόντα προβλήματα και τυχόν υποκείμενες ευαλωτότητες και παράγοντες κινδύνου, καθώς και οποιοσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχει το άτομο
- διασφαλίστε ότι το άτομο γνωρίζει ότι μπορεί να αλλάξει γνώμη και πώς να αναζητήσει βοήθεια
- παρέχετε πληροφορίες σχετικά με τη φύση και την πορεία της κατάθλιψης
- προγραμματίστε νέα αξιολόγηση, συνήθως εντός 2 έως 4 εβδομάδων
- επικοινωνήστε (με επανειλημμένες προσπάθειες, εάν χρειαστεί), εάν το άτομο δεν προσέλθει στα ραντεβού παρακολούθησης.

Επιλογές Θεραπείας

- 1.5.2 Συζητήστε τις θεραπευτικές επιλογές με άτομα που παρουσιάζουν νέο επεισόδιο λιγότερο σοβαρής κατάθλιψης και αντιστοιχίστε την επιλογή θεραπείας με τις κλινικές τους ανάγκες και προτιμήσεις:
- χρησιμοποιήστε τον [Πίνακα 1](#) και την οπτική σύνοψη για τη συζήτηση των θεραπειών πρώτης γραμμής για λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη (**Παράρτημα II**), ώστε να καθοδηγήσετε και να ενημερώσετε η συζήτηση
 - λάβετε υπόψη ότι όλες οι θεραπείες του Πίνακα 1 μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως θεραπείες πρώτης γραμμής, αλλά προτιμήστε αρχικά τη λιγότερο παρεμβατική και λιγότερο απαιτητική σε πόρους θεραπεία (καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια)
 - Φτάστε σε κοινή απόφαση για την επιλογή θεραπείας που είναι κατάλληλη για την κλινική εικόνα του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις του (βλ. επίσης [συστάσεις σχετικά με την επιλογή θεραπειών](#))
 - αναγνωρίστε ότι τα άτομα έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν τη θεραπεία.
- 1.5.3 Κατά κανόνα, μην προσφέρετε αντικαταθλιπτική αγωγή ως θεραπεία πρώτης γραμμής για λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη, εκτός εάν αυτό αποτελεί προτίμηση του ατόμου.

Πίνακας 1

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια	<ul style="list-style-type: none"> • Έντυπο ή ψηφιακό υλικό που ακολουθεί τις αρχές της καθοδηγούμενης αυτοβοήθειας, συμπεριλαμβανομένων δομημένων παρεμβάσεων γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (ΓΣΘ), δομημένης συμπεριφορικής ενεργοποίησης (ΒΑ), επίλυσης προβλημάτων ή ψυχοεκπαιδευτικού υλικού. Μπορεί να παρέχεται δια ζώσης, τηλεφωνικά ή διαδικτυακά. • Υποστήριξη από εκπαιδευμένο επαγγελματία, ο οποίος διευκολύνει την παρέμβαση αυτοβοήθειας, ενθαρρύνει την ολοκλήρωσή της και επανεξετάζει την πρόοδο και τα αποτελέσματα. • Συνήθως περιλαμβάνει 6 έως 8 δομημένες, τακτικές συνεδρίες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο οι σκέψεις, οι πεποιθήσεις, οι στάσεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά αλληλεπιδρούν, και διδάσκει δεξιότητες αντιμετώπισης για διαφορετική διαχείριση των δυσκολιών της ζωής. • Προσανατολισμένη σε στόχους και δομημένη. • Εστιάζει στην επίλυση τρεχόντων προβλημάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να είναι κατάλληλη για άτομα που δεν επιθυμούν να συζητούν την κατάθλιψή τους σε ομαδικό πλαίσιο. • Απαιτεί το άτομο να είναι κινητοποιημένο και πρόθυμο να δουλέψει μόνο του (παρότι παρέχεται τακτική υποστήριξη). • Παρέχει ευελιξία ως προς τον προγραμματισμό των συνεδριών σε συνδυασμό με άλλες υποχρεώσεις. • Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πρόσβαση και η ικανότητα χρήσης ψηφιακών προγραμμάτων για τις ψηφιακές μορφές. • Μικρότερη δυνατότητα εξατομικευμένων προσαρμογών σε σύγκριση με τις ατομικές ψυχολογικές θεραπείες. • Αποφεύγει τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Ομαδική Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ / CBT)	<ul style="list-style-type: none"> • Ομαδική παρέμβαση που παρέχεται από 2 επαγγελματίες, εκ των οποίων τουλάχιστον 1 διαθέτει εξειδικευμένη εκπαίδευση και επάρκεια στη θεραπεία. • Συνήθως αποτελείται από 8 τακτικές συνεδρίες. • Συνήθως συμμετέχουν 8 άτομα στην ομάδα. • Παρέχεται σύμφωνα με τα ισχύοντα εγχειρίδια θεραπειάς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο οι σκέψεις, οι πεποιθήσεις, οι στάσεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά αλληλεπιδρούν και διδάσκει δεξιότητες αντιμετώπισης για διαφορετική διαχείριση των δυσκολιών της ζωής. • Προσανατολισμένη σε στόχους και δομημένη. • Εστιάζει στην επίλυση τρεχόντων προβλημάτων 	<ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να είναι χρήσιμη για άτομα που μπορούν να αναγνωρίσουν αρνητικές σκέψεις ή μη βοηθητικά πρότυπα συμπεριφοράς που επιθυμούν να αλλάξουν. • Μπορεί να επιτρέπει υποστήριξη από άλλα άτομα με παρόμοιες εμπειρίες. • Αποφεύγει τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. • Το άτομο πρέπει να είναι πρόθυμο να ολοκληρώνει θεραπευτικές ασκήσεις στο σπίτι.
Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Ομαδική Συμπεριφορική Ενεργοποίηση (BA)	<ul style="list-style-type: none"> • Ομαδική παρέμβαση που παρέχεται από 2 επαγγελματίες, εκ των οποίων τουλάχιστον 1 διαθέτει εξειδικευμένη εκπαίδευση και επάρκεια στη θεραπεία. • Συνήθως αποτελείται από 8 τακτικές συνεδρίες. • Συνήθως συμμετέχουν 8 άτομα στην ομάδα. • Παρέχεται σύμφωνα με τα ισχύοντα εγχειρίδια θεραπειάς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στον εντοπισμό της σύνδεσης μεταξύ των δραστηριοτήτων του ατόμου και της διάθεσής του. • Βοηθά το άτομο να αναγνωρίσει πρότυπα και να σχεδιάσει πρακτικές αλλαγές που μειώνουν την αποφυγή και εστιάζουν σε συμπεριφορές που συνδέονται με βελτιωμένη διάθεση. • Προσανατολισμένη σε στόχους και δομημένη. • Δεν στοχεύει άμεσα τις σκέψεις και τα συναισθήματα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να είναι χρήσιμη για άτομα των οποίων η κατάθλιψη έχει οδηγήσει σε κοινωνική απόσυρση, μειωμένη δραστηριότητα ή αδράνεια, ή έχει ακολουθήσει αλλαγή συνθηκών ή ρουτίνας. • Μπορεί να επιτρέπει υποστήριξη από άλλα άτομα με παρόμοιες εμπειρίες. • Αποφεύγει τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. • Το άτομο πρέπει να είναι πρόθυμο να ολοκληρώνει θεραπευτικές ασκήσεις στο σπίτι.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
<p>Ατομική Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ / CBT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ατομική παρέμβαση που παρέχεται από επαγγελματία με εξειδικευμένη εκπαίδευση και επάρκεια στη θεραπεία. • Συνήθως αποτελείται από 8 τακτικές συνεδρίες, αν και μπορεί να απαιτηθούν επιπλέον συνεδρίες για άτομα με συνυπάρχοντα ψυχικά ή σωματικά προβλήματα ή σύνθετες κοινωνικές ανάγκες, ή για την αντιμετώπιση υπολειπόμενων συμπτωμάτων. • Παρέχεται σύμφωνα με τα ισχύοντα εγχειρίδια θεραπειάς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στην αλληλεπίδραση σκέψεων, πεποιθήσεων, στάσεων, συναισθημάτων και συμπεριφοράς και διδάσκει δεξιότητες αντιμετώπισης. • Προσανατολισμένη σε στόχους και δομημένη. • Εστιάζει στην επίλυση τρεχόντων προβλημάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να είναι χρήσιμη για άτομα που αναγνωρίζουν αρνητικές σκέψεις ή μη βοηθητικά πρότυπα συμπεριφοράς. • Κατάλληλη για άτομα που δεν επιθυμούν να συζητούν την κατάθλιψή τους σε ομαδικό πλαίσιο. • Δεν παρέχει δυνατότητα υποστήριξης από άλλα άτομα με παρόμοιες εμπειρίες. • Αποφεύγει τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. • Το άτομο πρέπει να είναι πρόθυμο να ολοκληρώνει θεραπευτικές ασκήσεις στο σπίτι.
Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
<p>Ατομική Συμπεριφορική Ενεργοποίηση (BA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ατομική παρέμβαση που παρέχεται από επαγγελματία με εξειδικευμένη εκπαίδευση και επάρκεια. • Συνήθως αποτελείται από 8 τακτικές συνεδρίες, με δυνατότητα επιπλέον συνεδριών όπου απαιτείται. • Παρέχεται σύμφωνα με τα ισχύοντα εγχειρίδια θεραπειάς 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στη σύνδεση μεταξύ δραστηριοτήτων και διάθεσης. • Βοηθά στον σχεδιασμό πρακτικών αλλαγών που μειώνουν την αποφυγή και ενισχύουν συμπεριφορές που συνδέονται με βελτιωμένη διάθεση. • Προσανατολισμένη σε στόχους και δομημένη. • Δεν στοχεύει άμεσα τις σκέψεις και τα συναισθήματα 	<ul style="list-style-type: none"> • Χρήσιμη για άτομα με κοινωνική απόσυρση, αδράνεια ή αλλαγές στη ρουτίνα. • Κατάλληλη για άτομα που δεν επιθυμούν ομαδική θεραπεία. • Δεν παρέχει υποστήριξη από άλλα άτομα με παρόμοιες εμπειρίες. • Αποφεύγει τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. • Απαιτεί προθυμία για εργασίες στο σπίτι.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Ομαδική Άσκηση	<ul style="list-style-type: none"> • Ομαδική σωματική δραστηριότητα που παρέχεται από εκπαιδευμένο επαγγελματία. • Χρησιμοποιεί πρόγραμμα άσκησης ειδικά σχεδιασμένο για άτομα με κατάθλιψη. • Συνήθως περισσότερες από 1 συνεδρίες την εβδομάδα για 10 εβδομάδες. • Συνήθως συμμετέχουν 8 άτομα 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιλαμβάνει αερόβια άσκηση μέτριας έντασης. • Δεν στοχεύει άμεσα σκέψεις και συναισθήματα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να επιτρέψει υποστήριξη από άλλα άτομα με παρόμοιες εμπειρίες. • Ενδέχεται να απαιτεί προσαρμογές σε άτομα με σωματικά προβλήματα. • Μπορεί να χρειάζεται προσαρμογή για ψυχολογικούς παράγοντες (π.χ. άγχος, ντροπή) που μπορεί να δρουν ως εμπόδια για την συμμετοχή. • Απαιτεί σημαντική χρονική δέσμευση. • Συμβάλλει και στη σωματική υγεία. • Αποφεύγει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.
Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Ομαδική παρέμβαση Ενσυνειδητότητα και Διαλογισμός	<ul style="list-style-type: none"> • Ομαδική παρέμβαση που παρέχεται κατά προτίμηση από 2 επαγγελματίες, εκ των οποίων τουλάχιστον 1 διαθέτει εξειδικευμένη εκπαίδευση. • Χρησιμοποιεί πρόγραμμα όπως η Γνωσιακή Θεραπεία Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα ειδικά σχεδιασμένη για άτομα με κατάθλιψη. • Συνήθως 8 τακτικές συνεδρίες. Συνήθως 8 έως 15 συμμετέχοντες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στη συγκέντρωση στο παρόν, στην παρατήρηση σκέψεων, συναισθημάτων και σωματικών αισθήσεων και σε ασκήσεις αναπνοής. • Περιλαμβάνει την ενίσχυση της επίγνωσης και της αναγνώρισης των σκέψεων και των συναισθημάτων, αντί της άμεσης προσπάθειας αλλαγής τους. • Δεν συμβάλλει άμεσα στην αντιμετώπιση ζητημάτων σχέσεων, απασχόλησης ή άλλων στρεσογόνων παραγόντων που μπορεί να συμβάλλουν στην κατάθλιψη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χρήσιμη για άτομα που επιθυμούν διαφορετική οπτική σε αρνητικές σκέψεις ή σωματικές αισθήσεις. • Μπορεί να είναι δύσκολη για άτομα με έντονα ή ιδιαίτερα δυσφορικά συμπτώματα (σκέψεις, σωματικές αισθήσεις) ή σε άτομα που έχουν δυσκολία να εστιάσουν στο σώμα τους • Μπορεί να προσφέρει υποστήριξη από άλλα άτομα με παρόμοιες εμπειρίες. • Αποφεύγει ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων. • Απαιτεί προθυμία για ασκήσεις στο σπίτι, όπως χρήση ηχογραφήσεων ενσυνειδητότητας μεταξύ των συναντήσεων.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
<p>Ενσυνειδητότητα και Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (IPT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ατομική παρέμβαση από επαγγελματία με εξειδικευμένη εκπαίδευση και επάρκεια στη μέθοδο. • Συνήθως 8–16 τακτικές συνεδρίες, αν και ενδέχεται να χρειαστούν περισσότερες συνεδρίες σε περιπτώσεις συννοσηρότητας, σύνθετων κοινωνικών αναγκών ή υπολειπόμενων συμπτωμάτων. • Παρέχεται σύμφωνα με τα ισχύοντα θεραπευτικά εγχειρίδια/πρωτόκολλα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στο πώς οι διαπροσωπικές σχέσεις ή οι συνθήκες ζωής συνδέονται με τα αισθήματα κατάθλιψης. • Περιλαμβάνει διερεύνηση συναισθημάτων και αλλαγή διαπροσωπικών αντιδράσεων. • Δομημένη προσέγγιση. • Επικεντρώνεται στην επίλυση τρεχόντων προβλημάτων. • Στόχος η αλλαγή προτύπων σχέσεων και όχι η άμεση στόχευση των καταθλιπτικών σκέψεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χρήσιμη σε άτομα με κατάθλιψη που σχετίζεται με διαπροσωπικές δυσκολίες. • Ιδιαίτερα βοηθητική σε μεταβάσεις σχέσεων, απώλεια ή αλλαγή ρόλων. • Κατάλληλη για άτομα που δεν επιθυμούν να μιλούν για την κατάθλιψή τους σε ομαδικό πλαίσιο. • Απαιτεί προθυμία διερεύνησης διαπροσωπικών σχέσεων. • Αποφεύγει πιθανές παρενέργειες φαρμακευτικής αγωγής.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (IPT)	<ul style="list-style-type: none"> Ατομική παρέμβαση από επαγγελματία με εξειδικευμένη εκπαίδευση. Συνήθως 8 έως 16 συνεδρίες, αν και ενδέχεται να χρειαστούν περισσότερες συνεδρίες σε περιπτώσεις συννοσηρότητας, σύνθετων κοινωνικών αναγκών ή υπολειπόμενων συμπτωμάτων. Παρέχεται σύμφωνα με εγχειρίδια θεραπείας. 	<ul style="list-style-type: none"> Η εστίαση είναι στον εντοπισμό του πώς οι διαπροσωπικές σχέσεις ή καταστάσεις σχετίζονται με συναισθήματα κατάθλιψης, την εξερεύνηση των συναισθημάτων και την αλλαγή των διαπροσωπικών αντιδράσεων. Δομημένη προσέγγιση. Εστιάζει στην επίλυση παρόντων προβλημάτων Στόχος η αλλαγή προτύπων σχέσεων, όχι άμεσα των σκέψεων. 	<ul style="list-style-type: none"> Χρήσιμη για άτομα με κατάθλιψη που συνδέεται με διαπροσωπικές δυσκολίες, ειδικά στην προσαρμογή σε μεταβάσεις στις σχέσεις, απώλειες ή αλλαγές στους διαπροσωπικούς ρόλους. Κατάλληλη για άτομα που δεν επιθυμούν ομαδική θεραπεία. Απαιτεί προθυμία για διερεύνηση σχέσεων. Αποφεύγει ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων.
Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης (SSRIs)	<ul style="list-style-type: none"> Φαρμακευτική αντικαταθλιπτική αγωγή. Συνήθως λαμβάνεται για τουλάχιστον 6 μήνες (συμπεριλαμβανομένης της περιόδου μετά την ύφεση των συμπτωμάτων). Βλ. τις συστάσεις για την έναρξη και τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής για περισσότερες λεπτομέρειες.. 	<ul style="list-style-type: none"> Τροποποιούν τη νευρωνική μετάδοση σήματος στον εγκέφαλο. 	<ul style="list-style-type: none"> Απαιτείται ελάχιστη χρονική δέσμευση, αν και χρειάζονται τακτικές επανεξετάσεις (ιδίως κατά την έναρξη και τη διακοπή της θεραπείας). Τα οφέλη αναμένεται να γίνουν αισθητά εντός 4 εβδομάδων. Ενδέχεται να εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες και ορισμένα άτομα μπορεί να δυσκολευτούν αργότερα στη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Συμβουλευτική (Counselling)	<ul style="list-style-type: none"> • Ατομική παρέμβαση από επαγγελματία με ειδική εκπαίδευση και επάρκεια στη θεραπεία. • Συνήθως αποτελείται από 8 τακτικές συνεδρίες, αν και μπορεί να χρειαστούν επιπλέον συνεδρίες για άτομα με συνυπάρχοντα ψυχικά ή σωματικά προβλήματα υγείας ή σύνθετες κοινωνικές ανάγκες, ή για την αντιμετώπιση υπολειπόμενων συμπτωμάτων. • Χρησιμοποιεί εμπειρικά επικυρωμένο πρωτόκολλο, ειδικά αναπτυγμένο για την κατάθλιψη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στη συναισθηματική επεξεργασία και στην εύρεση συναισθηματικού νοήματος, ώστε να βοηθήσει τα άτομα να βρουν τις δικές τους λύσεις και να αναπτύξουν μηχανισμούς αντιμετώπισης. • Παρέχει ενσυναισθητική ακρόαση, διευκολυνόμενη συναισθηματική διερεύνηση και ενθάρρυνση. • Συνεργατική χρήση δραστηριοτήτων εστιασμένων στο συναίσθημα για την ενίσχυση της αυτοεπίγνωσης και τη βαθύτερη κατανόηση του εαυτού, των σχέσεων και των αντιδράσεων προς τους άλλους, χωρίς παροχή συγκεκριμένων συμβουλών για αλλαγή συμπεριφοράς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να είναι χρήσιμη για άτομα με ψυχοκοινωνικά, διαπροσωπικά ή επαγγελματικά προβλήματα που συμβάλλουν στην κατάθλιψη. • Μπορεί να ταιριάζει σε άτομα που δεν επιθυμούν να μιλούν για την κατάθλιψή τους σε ομάδα. • Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Βραχυπρόθεσμη Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία (STPP)	<ul style="list-style-type: none"> Ατομικές συνεδρίες από επαγγελματία με ειδική εκπαίδευση και επάρκεια στη θεραπεία. Συνήθως αποτελείται από 8 έως 16 τακτικές συνεδρίες, αν και μπορεί να χρειαστούν επιπλέον συνεδρίες για άτομα με συνυπάρχοντα ψυχικά ή σωματικά προβλήματα υγείας ή σύνθετες κοινωνικές ανάγκες, ή για την αντιμετώπιση υπολειπόμενων συμπτωμάτων. Χρησιμοποιεί εμπειρικά επικυρωμένο πρωτόκολλο, ειδικά αναπτυγμένο για την κατάθλιψη. 	<ul style="list-style-type: none"> Εστιάζει στην αναγνώριση δύσκολων συναισθημάτων σε σημαντικές σχέσεις και στρεσογόνες καταστάσεις, και στον εντοπισμό του τρόπου με τον οποίο επαναλαμβάνονται μοτίβα. Προσανατολισμένη τόσο στη διορατικότητα όσο και στο συναίσθημα. Η σχέση μεταξύ θεραπευτή και ατόμου με κατάθλιψη περιλαμβάνεται ως πεδίο εστίασης, ώστε να υποστηριχθεί η επεξεργασία βασικών τρεχουσών συγκρούσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> Μπορεί να είναι χρήσιμη για άτομα με συναισθηματικές και αναπτυξιακές δυσκολίες στις σχέσεις που συμβάλλουν στην κατάθλιψη. Μπορεί να είναι λιγότερο κατάλληλη για άτομα που δεν επιθυμούν να εστιάσουν στα συναισθήματά τους ή που δεν θέλουν ή δεν αισθάνονται έτοιμα να συζητήσουν στενές και/ή οικογενειακές σχέσεις. Μπορεί να ταιριάζει σε άτομα που δεν επιθυμούν να μιλούν για την κατάθλιψή τους σε ομάδα. Η εστίαση σε επώδυνες εμπειρίες από στενές και/ή οικογενειακές σχέσεις μπορεί αρχικά να είναι δυσάρεστη. Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με τη θεραπεία ενός νέου επεισοδίου λιγότερο σοβαρής κατάθλιψης](#).

1.6 Αντιμετώπιση νέου επεισοδίου πιο σοβαρής κατάθλιψης

Στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία, ο όρος [πιο σοβαρή κατάθλιψη](#) περιλαμβάνει τις παραδοσιακές κατηγορίες της μέτριας και της σοβαρής κατάθλιψης.

Επιλογές θεραπείας

1.6.1 Συζητήστε τις θεραπευτικές επιλογές με άτομα που παρουσιάζουν νέο επεισόδιο πιο σοβαρής κατάθλιψης και προσαρμόστε την επιλογή της θεραπείας στις κλινικές τους ανάγκες και προτιμήσεις:

- Καθοδηγήστε και υποστηρίξτε τη συζήτηση με τον Πίνακα 2 και τη συνοπτική οπτική παρουσίαση για τη συζήτηση των θεραπειών πρώτης γραμμής για πιο σοβαρή κατάθλιψη (Παράρτημα III)

- Λάβετε από κοινού απόφαση για την επιλογή θεραπείας που είναι κατάλληλη για τις κλινικές ανάγκες του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις του (βλ. επίσης τις [συστάσεις σχετικά με την επιλογή θεραπειών](#))
- Αναγνωρίστε ότι τα άτομα έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν τη θεραπεία.

Πίνακας 2

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Συνδυασμός ατομικής γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας (CBT) και αντικαταθλιπτικής αγωγής	<ul style="list-style-type: none"> • Συνδυασμός ατομικών συνεδριών CBT και κύκλου αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής (βλ. λεπτομέρειες παρακάτω). 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνδυάζονται τα οφέλη των τακτικών συνεδριών CBT με θεραπευτή και της φαρμακευτικής αγωγής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι συνεδρίες με τον θεραπευτή παρέχουν άμεση υποστήριξη, ενώ η φαρμακευτική αγωγή απαιτεί χρόνο για να επιδράσει. Εναλλακτικά, η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να ξεκινά άμεσα και η CBT να ακολουθεί το συντομότερο δυνατό, ώστε να επιτυγχάνεται συνδυαστικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. • Τα άτομα ενδέχεται να εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή και σε ορισμένα άτομα μπορεί να παρατηρείται δυσκολία κατά τη διακοπή των αντικαταθλιπτικών.
Ατομική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT)	<ul style="list-style-type: none"> • Ατομική παρέμβαση που παρέχεται από επαγγελματία με εξειδικευμένη εκπαίδευση και επάρκεια στη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση. • Συνήθως περιλαμβάνονται 16 τακτικές συνεδρίες, με δυνατότητα πρόσθετων συνεδριών σε άτομα με συννοσηρότητα ψυχικών ή σωματικών προβλημάτων, σύνθετες κοινωνικές ανάγκες ή υπολειπόμενα συμπτώματα. • Η παρέμβαση παρέχεται σύμφωνα με τα ισχύοντα θεραπευτικά εγχειρίδια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο αλληλοεπιδρούν οι σκέψεις, οι πεποιθήσεις, οι στάσεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά, και διδάσκονται δεξιότητες αντιμετώπισης για διαφορετική διαχείριση των καταστάσεων της ζωής. • Η παρέμβαση είναι στοχοκατευθυνόμενη και δομημένη. • Δίνεται έμφαση στην επίλυση τρεχόντων προβλημάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η προσέγγιση μπορεί να είναι χρήσιμη σε άτομα που αναγνωρίζουν αρνητικές σκέψεις ή μη βοηθητικά μοτίβα συμπεριφοράς τα οποία επιθυμούν να τροποποιηθούν. • Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. • Απαιτείται η διάθεση του ατόμου για ολοκλήρωση εργασιών μεταξύ των συνεδριών.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
<p>Ατομική συμπεριφορική ενεργοποίηση (Behavioural Activation – BA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ατομική παρέμβαση που παρέχεται από επαγγελματία με εξειδικευμένη εκπαίδευση και επάρκεια στη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση. • Συνήθως περιλαμβάνονται 12 έως 16 τακτικές συνεδρίες, με δυνατότητα πρόσθετων συνεδριών σε άτομα με συννοσηρότητα ψυχικών ή σωματικών προβλημάτων, σύνθετες κοινωνικές ανάγκες ή υπολειπόμενα συμπτώματα. • Η παρέμβαση παρέχεται σύμφωνα με τα ισχύοντα θεραπευτικά εγχειρίδια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στον εντοπισμό της σχέσης μεταξύ των δραστηριοτήτων του ατόμου και της διάθεσής του. Υποστηρίζεται η αναγνώριση προτύπων και ο σχεδιασμός πρακτικών αλλαγών που μειώνουν την αποφυγή και ενισχύουν συμπεριφορές συνδεδεμένες με βελτίωση της διάθεσης. • Η παρέμβαση είναι στοχοκατευθυνόμενη και δομημένη. • Δίνεται έμφαση στην επίλυση τρεχόντων προβλημάτων. • Οι σκέψεις και τα συναισθήματα δεν αποτελούν άμεσο στόχο της παρέμβασης 	<ul style="list-style-type: none"> • Η προσέγγιση μπορεί να είναι χρήσιμη σε άτομα των οποίων η κατάθλιψη έχει οδηγήσει σε κοινωνική απόσυρση, μειωμένη δραστηριότητα ή αδράνεια, ή έχει ακολουθήσει αλλαγή συνθηκών ή ρουτίνας. • Μπορεί να είναι κατάλληλη για άτομα που δεν επιθυμούν να συζητούν την κατάθλιψή τους σε ομαδικό πλαίσιο. • Δεν παρέχεται δυνατότητα υποστήριξης από άλλα άτομα με παρόμοιες εμπειρίες. • ομότιμους με παρόμοιες εμπειρίες. • Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. • Απαιτείται η διάθεση του ατόμου για ολοκλήρωση εργασιών μεταξύ των συνεδριών

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή	<ul style="list-style-type: none"> • Η αγωγή λαμβάνεται συνήθως για τουλάχιστον 6 μήνες (και για κάποιο διάστημα μετά την ύφεση των συμπτωμάτων). • Μπορεί να χορηγείται εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης (SNRI) ή άλλο αντικαταθλιπτικό, ανάλογα με το προηγούμενο κλινικό και θεραπευτικό ιστορικό. • Για περισσότερες λεπτομέρειες, βλ. τις συστάσεις σχετικά με την έναρξη και τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι SSRIs γενικά είναι καλά ανεκτοί και διαθέτουν ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας και αποτελούν συνήθως την πρώτη επιλογή για τα περισσότερα άτομα. • Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) είναι επικίνδυνα σε περίπτωση υπερδοσολογίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η επιλογή της αγωγής καθορίζεται από την προτίμηση για συγκεκριμένες φαρμακολογικές επιδράσεις (όπως η καταστολή), τη συνύπαρξη άλλων παθήσεων ή φαρμάκων, τον κίνδυνο αυτοκτονίας και το προηγούμενο ιστορικό ανταπόκρισης σε αντικαταθλιπτικά. • Απαιτείται ελάχιστος χρόνος για τη θεραπεία, αν και προβλέπονται τακτικές επανεκτιμήσεις, ιδίως κατά την έναρξη και τη διακοπή της αγωγής. • Τα θεραπευτικά οφέλη συνήθως γίνονται αντιληπτά εντός 4 εβδομάδων. • Ενδέχεται να εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες και σε ορισμένα άτομα μπορεί να παρατηρείται δυσκολία κατά τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
<p>Ατομική θεραπεία επίλυσης προβλημάτων (Individual problem-solving)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ατομικές συνεδρίες που παρέχονται από επαγγελματία με εξειδικευμένη εκπαίδευση και επάρκεια στη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση. • Συνήθως περιλαμβάνονται 6 έως 12 τακτικές συνεδρίες. • Η παρέμβαση παρέχεται σύμφωνα με τα ισχύοντα θεραπευτικά εγχειρίδια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εστιάζει στον εντοπισμό προβλημάτων, στη δημιουργία εναλλακτικών λύσεων, στην επιλογή της καταλληλότερης επιλογής, στην ανάπτυξη σχεδίου δράσης και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς του ως προς την επίλυση του προβλήματος. • Η παρέμβαση είναι στοχοκατευθυνόμενη και δομημένη. • Δίνεται έμφαση στην επίλυση τρεχόντων ζητημάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η προσέγγιση μπορεί να είναι χρήσιμη σε άτομα που επιθυμούν να αντιμετωπίσουν τις τρέχουσες δυσκολίες και να βελτιώσουν μελλοντικές εμπειρίες. • Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. • Απαιτείται η διάθεση του ατόμου για ολοκλήρωση εργασιών μεταξύ των συνεδριών.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
<p>Συμβουλευτική (Counselling)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ατομικές συνεδρίες που παρέχονται από επαγγελματίες με εξειδικευμένη εκπαίδευση και επάρκεια στη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση. Συνήθως περιλαμβάνονται 12 έως 16 τακτικές συνεδρίες, με δυνατότητα πρόσθετων συνεδριών σε άτομα με συννοσηρότητα ψυχικών ή σωματικών προβλημάτων, σύνθετες κοινωνικές ανάγκες ή υπολειπόμενα συμπτώματα. Χρησιμοποιείται εμπειρικά τεκμηριωμένο πρωτόκολλο, αναπτυγμένο ειδικά για την κατάθλιψη. 	<ul style="list-style-type: none"> Εστιάζει στη συναισθηματική επεξεργασία και στην αναζήτηση συναισθηματικού νοήματος, με στόχο την υποστήριξη του ατόμου στην εύρεση προσωπικών λύσεων και στην ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης. Παρέχεται ενσυναισθητική ακρόαση, διευκολυνόμενη συναισθηματική διερεύνηση και ενθάρρυνση. Χρησιμοποιούνται, συνεργατικά, δραστηριότητες εστιασμένες στο συναίσθημα για την ενίσχυση της αυτογνωσίας και της κατανόησης του εαυτού, των σχέσεων και των αντιδράσεων προς τους άλλους, χωρίς παροχή συγκεκριμένων <u>συμβουλών/οδηγιών</u> για αλλαγή συμπεριφοράς. 	<ul style="list-style-type: none"> Η προσέγγιση μπορεί να είναι χρήσιμη σε άτομα με ψυχοκοινωνικά, διαπροσωπικά ή επαγγελματικά προβλήματα που συμβάλλουν στην κατάθλιψη. Μπορεί να είναι κατάλληλη για άτομα που δεν επιθυμούν να συζητούν την κατάθλιψή τους σε ομαδικό πλαίσιο. Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
<p>Βραχυπρόθεσμη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (Short-term Psychodynamic Psychotherapy – STPP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ατομικές συνεδρίες που παρέχονται από επαγγελματίες με εξειδικευμένη εκπαίδευση και επάρκεια στη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση. • Συνήθως περιλαμβάνονται 16 τακτικές συνεδρίες, με δυνατότητα πρόσθετων συνεδριών σε άτομα με συννοσηρότητα ψυχικών ή σωματικών προβλημάτων, σύνθετες κοινωνικές ανάγκες ή υπολειπόμενα συμπτώματα. • Χρησιμοποιείται εμπειρικά τεκμηριωμένο πρωτόκολλο, αναπτυγμένο ειδικά για την κατάθλιψη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η εστίαση δίνεται στην αναγνώριση δύσκολων συναισθημάτων σε σημαντικές σχέσεις και σε στρεσογόνες καταστάσεις, καθώς και στον εντοπισμό επαναλαμβανόμενων προτύπων. • Η προσέγγιση είναι τόσο προσανατολισμένη στη διερεύνηση της ενόρασης όσο και εστιασμένη στο συναίσθημα. • Η σχέση μεταξύ θεραπευτή και ατόμου με κατάθλιψη περιλαμβάνεται ως πεδίο εστίασης, ώστε να υποστηρίζεται η επεξεργασία βασικών τρεχουσών συγκρούσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η προσέγγιση μπορεί να είναι χρήσιμη σε άτομα με συναισθηματικές και αναπτυξιακές δυσκολίες στις σχέσεις, οι οποίες συμβάλλουν στην κατάθλιψη. • Μπορεί να είναι λιγότερο κατάλληλη για άτομα που δεν επιθυμούν να εστιάσουν στα συναισθήματά τους ή δεν είναι έτοιμα να συζητήσουν στενές ή/και οικογενειακές σχέσεις. • Μπορεί να είναι κατάλληλη για άτομα που δεν επιθυμούν να συζητούν την κατάθλιψή τους σε ομαδικό πλαίσιο. • Η εστίαση σε επώδυνες εμπειρίες από στενές ή/και οικογενειακές σχέσεις ενδέχεται αρχικά να είναι ψυχολογικά επιβαρυντική. • Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
<p>Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ατομικές συνεδρίες που παρέχονται από επαγγελματίες με εξειδικευμένη εκπαίδευση και επάρκεια στη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση. • Συνήθως περιλαμβάνονται 16 τακτικές συνεδρίες, με δυνατότητα πρόσθετων συνεδριών σε άτομα με συννοσηρότητα ψυχικών ή σωματικών προβλημάτων, σύνθετες κοινωνικές ανάγκες ή υπολειπόμενα συμπτώματα. • Η παρέμβαση παρέχεται σύμφωνα με τα ισχύοντα θεραπευτικά εγχειρίδια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η εστίαση δίνεται στον εντοπισμό του τρόπου με τον οποίο οι διαπροσωπικές σχέσεις ή οι συνθήκες συνδέονται με τα συναισθήματα κατάθλιψης, στη διερεύνηση των συναισθημάτων και στην τροποποίηση των διαπροσωπικών αντιδράσεων. • Η προσέγγιση είναι δομημένη. • Δίνεται έμφαση στην επίλυση τρεχόντων ζητημάτων. • Στοχεύει στην αλλαγή προτύπων σχέσεων, και όχι η άμεση στόχευση των σχετιζόμενων καταθλιπτικών σκέψεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η προσέγγιση μπορεί να είναι χρήσιμη σε άτομα με κατάθλιψη που συνδέεται με διαπροσωπικές δυσκολίες, ιδιαίτερα σε περιόδους προσαρμογής σε αλλαγές σχέσεων, απώλειες ή μεταβολές διαπροσωπικών ρόλων. • Μπορεί να είναι κατάλληλη για άτομα που δεν επιθυμούν να συζητούν την κατάθλιψή τους σε ομαδικό πλαίσιο. • Απαιτείται διάθεση για εξέταση των διαπροσωπικών σχέσεων. • Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια	<ul style="list-style-type: none"> • Χρησιμοποιούνται έντυπα ή ψηφιακά υλικά που ακολουθούν τις αρχές της καθοδηγούμενης αυτοβοήθειας, συμπεριλαμβανομένων δομημένων παρεμβάσεων CBT, BA, επίλυσης προβλημάτων ή ψυχοεκπαιδευτικού υλικού. Η παροχή μπορεί να πραγματοποιείται δια ζώσης, τηλεφωνικά ή διαδικτυακά. • Παρέχεται υποστήριξη από εκπαιδευμένο επαγγελματία, ο οποίος διευκολύνει την εφαρμογή της αυτοβοήθειας, ενθαρρύνει την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων και αξιολογεί την πρόοδο και τα αποτελέσματα. • Η υποστήριξη συνήθως περιλαμβάνει 6 έως 8 δομημένες, τακτικές συνεδρίες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η εστίαση δίνεται στον τρόπο με τον οποίο αλληλοεπιδρούν οι σκέψεις, οι πεποιθήσεις, οι στάσεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά, και διδάσκονται δεξιότητες αντιμετώπισης για διαφορετική διαχείριση των καταστάσεων της ζωής. • Η παρέμβαση είναι στοχοκατευθυνόμενη και δομημένη. • Δίνεται έμφαση στην επίλυση τρεχόντων ζητημάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Σε περιπτώσεις πιο σοβαρής κατάθλιψης, τα πιθανά πλεονεκτήματα παροχής άλλων θεραπευτικών επιλογών με μεγαλύτερη επαφή με θεραπευτή εξετάζονται προσεκτικά. • Απαιτείται το άτομο να είναι κινητοποιημένο και πρόθυμο να δουλέψει μόνο του, με παροχή τακτικής υποστήριξης. • Παρέχεται ευελιξία ως προς την προσαρμογή των συνεδριών σε άλλες υποχρεώσεις. • Λαμβάνονται υπόψη η πρόσβαση και η ικανότητα χρήσης ψηφιακών προγραμμάτων, όταν χρησιμοποιούνται ψηφιακές μορφές. • Παρέχεται μικρότερη δυνατότητα εξατομίκευσης σε σύγκριση με τις ατομικές ψυχολογικές θεραπείες. • Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Ομαδική άσκηση	<ul style="list-style-type: none"> • Παρέχεται ομαδική παρέμβαση σωματικής δραστηριότητας από εκπαιδευμένο επαγγελματία. • Χρησιμοποιείται πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας ειδικά σχεδιασμένο για άτομα με κατάθλιψη. • Συνήθως περιλαμβάνονται περισσότερες από μία συνεδρίες ανά εβδομάδα για διάστημα 10 εβδομάδων. • Η ομάδα συνήθως αποτελείται από 8 συμμετέχοντες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιλαμβάνει αερόβια άσκηση μέτριας έντασης. • Οι σκέψεις και τα συναισθήματα δεν αποτελούν άμεσο στόχο της παρέμβασης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Σε περιπτώσεις πιο σοβαρής κατάθλιψης, τα πιθανά πλεονεκτήματα παροχής άλλων θεραπευτικών επιλογών με μεγαλύτερη επαφή με θεραπευτή εξετάζονται προσεκτικά. • Μπορεί να παρέχεται υποστήριξη από ομότιμους με παρόμοιες εμπειρίες. • Ενδέχεται να απαιτείται προσαρμογή σε άτομα με σωματικά προβλήματα που περιορίζουν τη δυνατότητα άσκησης. • Ενδέχεται να απαιτείται προσαρμογή για την αντιμετώπιση ψυχολογικών παραγόντων, όπως το άγχος ή το αίσθημα ντροπής, που μπορεί να λειτουργούν ως εμπόδια στη συμμετοχή. • Απαιτείται σημαντική χρονική δέσμευση. • Παρέχονται οφέλη και για τη σωματική υγεία. • Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με τη θεραπεία νέου επεισοδίου πιο σοβαρής κατάθλιψης](#).

1.7 Θεραπεία ζεύγους για την κατάθλιψη

1.7.1 Το ενδεχόμενο για θεραπεία ζεύγους μπορεί να εξετάζεται για άτομα με [λιγότερο σοβαρή](#) ή [πιο σοβαρή](#) κατάθλιψη που αντιμετωπίζουν προβλήματα στη σχέση με τον/την σύντροφό τους, εάν:

- τα προβλήματα της σχέσης ενδέχεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση ή τη διατήρηση της κατάθλιψης, ή
- η εμπλοκή του/της συντρόφου μπορεί να υποστηρίξει τη θεραπευτική διαδικασία της κατάθλιψης.

1.8 Πρόληψη υποτροπής

- 1.8.1 Συζητήστε με τα άτομα ότι η συνέχιση της θεραπείας (αντικαταθλιπτική αγωγή ή ψυχολογικές θεραπείες) μετά από πλήρη ή μερική ύφεση μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής και να συμβάλει στη διατήρηση της ευεξίας. Προχωρήστε σε από κοινού λήψη απόφασης σχετικά με τη συνέχιση ή μη της θεραπείας για την κατάθλιψη βάσει της κλινικής εικόνας και των προτιμήσεων του ατόμου. Βλ. οπτική παρουσίαση για την πρόληψη της υποτροπής (**Παράρτημα IV**)
- 1.8.2 Συζητήστε με τα άτομα ότι η πιθανότητα υποτροπής μπορεί να είναι αυξημένη όταν χαρακτηρίζονται από:
- ιστορικό υποτροπιαζόντων επεισοδίων κατάθλιψης, ιδιαίτερα όταν αυτά έχουν εμφανιστεί συχνά ή εντός των τελευταίων 2 ετών
 - ιστορικό ατελούς ανταπόκρισης σε προηγούμενη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων υπολειπόμενων συμπτωμάτων
 - μη βοηθητικά πρότυπα αντιμετώπισης (για παράδειγμα, [αποφυγή](#) και [ιδεομηρυκασμός](#))
 - ιστορικό σοβαρής κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων περιπτώσεων με σοβαρή λειτουργική έκπτωση
 - άλλα χρόνια σωματικά ή ψυχικά προβλήματα υγείας
 - προσωπικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που συνέβαλαν στην κατάθλιψη (βλ. [σύσταση 1.2.7 στην ενότητα της αρχικής αξιολόγησης](#)) και εξακολουθούν να υφίστανται (για παράδειγμα, προβλήματα σχέσεων, παρατεταμένο στρες, φτώχεια, κοινωνική απομόνωση και ανεργία).
- 1.8.3 Συζητήστε με τα άτομα σχετικά με τη μακροχρόνια συνέχιση της αντικαταθλιπτικής αγωγής, με συνεκτίμηση της ισορροπίας μεταξύ των κινδύνων ανεπιθύμητων ενεργειών και του κινδύνου υποτροπής της κατάθλιψης. Στους αυτούς περιλαμβάνονται:
- πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας ή επιδράσεις στη σεξουαλική λειτουργία
 - δυσκολία κατά τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής
- 1.8.4 Σε περίπτωση που το άτομο επιλέγει τη μη συνέχιση της αντικαταθλιπτικής αγωγής για την πρόληψη της υποτροπής, παρέχεται καθοδηγήστε το σχετικά με:
- τον τρόπο διακοπής της αντικαταθλιπτικής αγωγής (βλ. τις [συστάσεις για τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής](#)) και
 - την αναζήτηση βοήθειας το συντομότερο δυνατό, εάν τα συμπτώματα της κατάθλιψης επανεμφανιστούν ή τα υπολειπόμενα συμπτώματα επιδεινωθούν.

- 1.8.5 Για άτομα που παρουσίασαν ύφεση της κατάθλιψης με αποκλειστική χρήση αντικαταθλιπτικής αγωγής και έχουν αξιολογηθεί ως υψηλότερου κινδύνου για υποτροπή, εξετάστε τις ακόλουθες επιλογές:
- συνέχιση της αντικαταθλιπτικής αγωγής για την πρόληψη υποτροπής, με διατήρηση της δόσης που οδήγησε σε πλήρη ή μερική ύφεση, εκτός εάν υφίσταται επαρκής λόγος για μείωση (όπως ανεπιθύμητες ενέργειες), **ή**
 - έναρξη ψυχολογικής θεραπείας (ομαδική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία [CBT] ή γνωσιακή θεραπεία βασισμένη στην ενσυνειδητότητα [MBCT]) για άτομα που δεν επιθυμούν τη συνέχιση της αντικαταθλιπτικής αγωγής (ακολουθήστε τις [συστάσεις για τη διακοπή των αντικαταθλιπτικών](#)) **ή**
 - συνέχιση της αντικαταθλιπτικής αγωγής σε συνδυασμό με ψυχολογική θεραπεία (ομαδική CBT ή MBCT).
- 1.8.6 Σε άτομα που ξεκινούν ομαδική CBT ή MBCT για την πρόληψη της υποτροπής, παρέχετε ένα κύκλο θεραπείας με απόλυτη εστίαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων πρόληψης της υποτροπής και στις προϋποθέσεις διατήρησης της ευεξίας. Ο κύκλος αυτός συνήθως περιλαμβάνει 8 συνεδρίες σε διάστημα 2 έως 3 μηνών, με δυνατότητα πρόσθετων συνεδριών κατά τους επόμενους 12 μήνες.
- 1.8.7 Στα στοιχεία πρόληψης υποτροπής των ψυχολογικών παρεμβάσεων μπορεί να περιλαμβάνονται:
- ανασκόπηση των γνώσεων και των αντιλήψεων που αποκτήθηκαν κατά τη θεραπεία και των στοιχείων που αποδείχθηκαν χρήσιμα
 - κατάρτιση συγκεκριμένων σχεδίων για τη διατήρηση της προόδου μετά τη λήξη της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της εδραίωσης των αλλαγών και της συνέχισης της εφαρμογής ωφέλιμων στρατηγικών
 - εντοπισμό στρεσογόνων συνθηκών, αφορμών, προειδοποιητικών σημείων (όπως άγχος ή διαταραχές ύπνου) ή μη βοηθητικών συμπεριφορών (όπως αποφυγή ή μηρυκαστική σκέψη) που έχουν προηγηθεί επιδείνωσης των συμπτωμάτων και της προσωπικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας, καθώς και κατάρτιση λεπτομερών σχεδίων αντιμετώπισης για την περίπτωση επανεμφάνισής τους
 - κατάρτιση σχεδίων για αναμενόμενα απαιτητικά γεγονότα κατά τους επόμενους 12 μήνες, συμπεριλαμβανομένων αλλαγών ζωής και επτεείων δύσκολων γεγονότων
- 1.8.8 Σε άτομα που παρουσίασαν ύφεση της κατάθλιψης με αποκλειστική χρήση ψυχολογικής θεραπείας και έχουν αξιολογηθεί ως υψηλότερου κινδύνου για υποτροπή, συζητήστε εάν επιθυμούν τη συνέχιση της ψυχολογικής θεραπείας για την πρόληψη της υποτροπής. Προχωρήστε σε από κοινού λήψη απόφασης για την περαιτέρω θεραπεία.

- 1.8.9 Σε άτομα που παρουσίασαν ύφεση της κατάθλιψης με συνδυασμό αντικαταθλιπτικής αγωγής και ψυχολογικής θεραπείας και έχουν αξιολογηθεί ως υψηλότερου κινδύνου για υποτροπή, συζητήστε εάν επιθυμούν τη συνέχιση της μίας ή και των δύο θεραπειών. Προχωρήστε σε από κοινού λήψη απόφασης για την περαιτέρω θεραπεία.
- 1.8.10 Σε άτομα που επιλέγουν τη συνέχιση ψυχολογικής θεραπείας για την πρόληψη υποτροπής (είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτική αγωγή), συνεχίστε την ίδια θεραπεία, προσαρμοσμένη από τον θεραπευτή με εστίαση στην πρόληψη υποτροπής. Η συνέχεια αυτή περιλαμβάνει τουλάχιστον 4 επιπλέον συνεδρίες της ίδιας θεραπείας, με έμφαση στα συστατικά πρόληψης υποτροπής (βλ. σύσταση 1.8.7) και στις προϋποθέσεις διατήρησης της ευεξίας.
- 1.8.11 Σε άτομα που συνεχίζουν αντικαταθλιπτική αγωγή με σκοπό την πρόληψη υποτροπής, επανεξετάστε τη θεραπεία τουλάχιστον κάθε 6 μήνες. Σε κάθε επανεξέταση:
- παρακολουθήστε τη διάθεση τους με χρήση επικυρωμένης κλίμακας αξιολόγησης (βλ. [συστάσεις για την παροχή θεραπειών](#))
 - Επαναξιολογήστε τις ανεπιθύμητες ενέργειες
 - Επανεκτιμήστε τους ιατρικούς, προσωπικούς, κοινωνικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν τον κίνδυνο υποτροπής και ενθαρρύνετε την πρόσβαση σε υποστήριξη από άλλους φορείς
 - Διερευνήστε την επιθυμία συνέχισης της θεραπείας· σε περίπτωση επιθυμίας διακοπής της αντικαταθλιπτικής αγωγής, βλ. [τις συστάσεις για τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής](#).
- 1.8.12 Σε άτομα που συνεχίζουν ψυχολογική θεραπεία με σκοπό την πρόληψη υποτροπής, επαναξιολογήστε τον κίνδυνο υποτροπής κατά την ολοκλήρωση της θεραπείας πρόληψης της υποτροπής και εκτιμήστε την ανάγκη για περαιτέρω παρακολούθηση.

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με την πρόληψη της υποτροπής](#).

1.9 Περαιτέρω γραμμές θεραπείας

- 1.9.1 Σε περίπτωση που η κατάθλιψη ενός ατόμου δεν έχει ανταποκριθεί καθόλου μετά από 4 εβδομάδες αντικαταθλιπτικής αγωγής σε αναγνωρισμένη θεραπευτική δόση, ή μετά από 4 έως 6 εβδομάδες ψυχολογικής θεραπείας ή συνδυασμού φαρμακευτικής και ψυχολογικής θεραπείας, διερευνήστε και συζητήστε τα ακόλουθα:
- εάν υφίστανται προσωπικοί, κοινωνικοί ή περιβαλλοντικοί παράγοντες, ή σωματικές ή άλλες ψυχικές καταστάσεις υγείας που ενδέχεται να εξηγούν τη μη αποτελεσματικότητα της θεραπείας

- εάν έχουν παρουσιαστεί δυσκολίες στην τήρηση του θεραπευτικού πλάνου (όπως διακοπή ή μείωση της αγωγής λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών ή απουσίες από συνεδρίες με τον θεραπευτή).

Σε περίπτωση που διαπιστωθεί κάποιο από τα πιο πάνω, λάβετε από κοινού απόφαση σχετικά με τον καταλληλότερο τρόπο αντιμετώπισης των ζητημάτων που έχουν αναδειχθεί, συμπεριλαμβανομένης της ενδεχόμενης συνδρομής άλλων φορέων ή υπηρεσιών (βλ. συνοπτική οπτική παρουσίαση για τις περαιτέρω γραμμές θεραπείας (**Παράρτημα V**))

- 1.9.2 Εφόσον η κατάθλιψη δεν έχει ανταποκριθεί στη θεραπεία μετά την αντιμετώπιση των ζητημάτων που έχουν αναδειχθεί (βλ. σύσταση 1.9.1) και μετά την παρέλευση επαρκούς χρόνου για την εμφάνιση αποτελεσμάτων από τις τροποποιήσεις της θεραπείας, επανεξετάστε τη διάγνωση και διερευνήστε τη πιθανότητα εναλλακτικών καταστάσεων ή συννοσηροτήτων που ενδέχεται να περιορίζουν την ανταπόκριση στις θεραπείες της κατάθλιψης.
- 1.9.3 Διαβεβαιώστε το άτομο ότι, παρότι η προηγούμενη θεραπεία δεν υπήρξε αποτελεσματική, υπάρχουν διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές που μπορούν να δοκιμαστούν και ενδέχεται να αποδειχθούν αποτελεσματικές.
- 1.9.4 Σε περίπτωση που η κατάθλιψη δεν έχει παρουσιάσει καμία ή περιορισμένη ανταπόκριση σε αποκλειστική ψυχολογική θεραπεία και δεν εντοπίζεται ή δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί προφανής αιτία, συζητήστε περαιτέρω θεραπευτικές επιλογές, συμπεριλαμβανομένων των παρεμβάσεων που έχουν αποδειχθεί χρήσιμες στο παρελθόν, και λάβετε από κοινού απόφαση για τον τρόπο συνέχισης, βάσει των κλινικών αναγκών και των προτιμήσεων του ατόμου. Οι επιλογές περιλαμβάνουν:
- μετάβαση σε άλλη ψυχολογική θεραπεία
 - προσθήκη εκλεκτικού αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) στην ψυχολογική θεραπεία
 - μετάβαση σε αποκλειστική αγωγή με SSRI
- 1.9.5 Σε περίπτωση που η κατάθλιψη δεν έχει παρουσιάσει καμία ή περιορισμένη ανταπόκριση σε αποκλειστική αντικαταθλιπτική αγωγή και δεν εντοπίζεται ή δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί προφανής αιτία, συζητήστε περαιτέρω θεραπευτικές επιλογές και λάβετε από κοινού απόφαση για τον τρόπο συνέχισης, βάσει των κλινικών αναγκών και των προτιμήσεων του ατόμου. Οι επιλογές περιλαμβάνουν:
- προσθήκη ομαδικής παρέμβασης άσκησης
 - αλλαγή σε ψυχολογική θεραπεία (βλ. [ενότητα προτεινόμενων θεραπευτικών επιλογών για πιο σοβαρή κατάθλιψη](#))
 - συνέχιση της αντικαταθλιπτικής αγωγής με αύξηση της δόσης ή αλλαγή του φαρμάκου, όπως για παράδειγμα:

- αύξηση της δόσης του τρέχοντος φαρμάκου εντός του εγκεκριμένου δοσολογικού εύρους, εφόσον η αγωγή είναι καλά ανεκτή. Λαμβάνεται υπόψη ότι οι υψηλότερες δόσεις ενδέχεται να μην είναι πιο αποτελεσματικές και μπορεί να αυξήσουν τη συχνότητα και τη βαρύτητα των ανεπιθύμητων ενεργειών. Διασφαλίστε την μελλοντική παρακολούθηση και τη συχνή αξιολόγηση των συμπτωμάτων και των ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από αυξήσεις της δόσης.
- μετάβαση σε άλλο φάρμακο της ίδιας κατηγορίας (για παράδειγμα, σε άλλον SSRI)
- μετάβαση σε φάρμακο διαφορετικής κατηγορίας (για παράδειγμα, SSRI, SNRI ή, στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, TCA ή MAOI), με συνεκτίμηση ότι:
 - η αλλαγή φαρμάκου ενδέχεται να απαιτεί σταδιακή διασταυρούμενη μείωση και αύξηση (cross-tapering)
 - η μετάβαση προς ή από MAOI, ή μεταξύ MAOI, πραγματοποιείται σε δευτεροβάθμια φροντίδα ή κατόπιν σχετικής εξειδικευμένης συμβουλής
 - Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) είναι επικίνδυνα σε περίπτωση υπερδοσολογίας
- μετάβαση σε συνδυασμό ψυχολογικής θεραπείας (όπως CBT, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία [IPT] ή βραχυπρόθεσμη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία [STPP]) και φαρμακευτικής αγωγής.

Εξετάστε εάν ορισμένες από τις παραπάνω αποφάσεις και παρεμβάσεις απαιτούν τη συμμετοχή άλλων υπηρεσιών, όπως εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ιδίως για συμβουλευτική υποστήριξη σχετικά με την αλλαγή αντικαταθλιπτικών.

1.9.6 Σε περίπτωση που η κατάθλιψη δεν έχει παρουσιάσει καμία ή περιορισμένη ανταπόκριση σε συνδυασμό αντικαταθλιπτικής αγωγής και ψυχολογικής θεραπείας, συζητήστε περαιτέρω θεραπευτικές επιλογές και λάβετε από κοινού απόφαση για τον τρόπο συνέχισης, βάσει των κλινικών αναγκών και των προτιμήσεων του ατόμου. Οι επιλογές περιλαμβάνουν:

- μετάβαση σε άλλη ψυχολογική θεραπεία
- αύξηση της δόσης ή μετάβαση σε άλλο αντικαταθλιπτικό (βλ. σύσταση 1.9.5)
- προσθήκη επιπρόσθετης φαρμακευτικής αγωγής (βλ. σύσταση 1.9.9)

1.9.7 Η βορτιοξετίνη (vortioxetine) συνιστάται ως επιλογή όταν έχει καταγραφεί καμία ή περιορισμένη ανταπόκριση σε τουλάχιστον δύο αντικαταθλιπτικά εντός του τρέχοντος επεισοδίου.

1.9.8 Σε άτομα των οποίων η κατάθλιψη δεν έχει παρουσιάσει καμία ή περιορισμένη ανταπόκριση σε αντικαταθλιπτική αγωγή και τα οποία δεν επιθυμούν την έναρξη ψυχολογικής θεραπείας, αλλά προτιμούν συνδυασμό φαρμάκων, εξηγήστε την πιθανή αύξηση του φορτίου ανεπιθύμητων ενεργειών.

1.9.9 Σε άτομα με κατάθλιψη που επιθυμούν συνδυαστική φαρμακευτική θεραπεία και αποδέχονται την πιθανότητα αυξημένου φορτίου ανεπιθύμητων ενεργειών (βλ. σύσταση 1.9.8), εξετάστε παραπομπή σε εξειδικευμένο πλαίσιο υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή διαβούλευση με ειδικό. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν:

- προσθήκη δεύτερου αντικαταθλιπτικού από διαφορετική κατηγορία (για παράδειγμα, προσθήκη μιρταζαπίνης ή τραζοδόνης σε SSRI)
- συνδυασμό αντικαταθλιπτικής αγωγής με αντιψυχωσικό δεύτερης γενιάς (όπως αριπιπραζόλη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη ή ρισπεριδόνη) ή με λίθιο
- ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής με ηλεκτροσπασμοθεραπεία (βλ. τις [συστάσεις για την ηλεκτροσπασμοθεραπεία στην κατάθλιψη](#)), λαμοτριγίνη ή τριωδοθυρονίνη (λιοθυρονίνη)

Λαμβάνετε υπόψη ότι ορισμένοι συνδυασμοί κατηγοριών αντικαταθλιπτικών είναι δυνητικά επικίνδυνοι και αποφεύγονται (για παράδειγμα, συνδυασμός SSRI, SNRI ή TCA με MAOI). Επίσης, κατά τη χρήση αντιψυχωσικών, επανεκτιμήστε προσεκτικά τις επιδράσεις τους στην κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας ενδιαφερόντων και κινήτρων.

Τον Ιούνιο του 2022, ορισμένες από τις παραπάνω χρήσεις αντιψυχωσικών, της λαμοτριγίνης και της τριωδοθυρονίνης (λιοθυρονίνης) πραγματοποιούνταν εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων (off-label).

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» και αντίκτυπος σχετικά με τις περαιτέρω γραμμές θεραπείας](#).

1.10 Χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα

1.10.1 Αναγνωρίστε ότι άτομα που εμφανίζουν [χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα](#) ενδέχεται να μην έχουν αναζητήσει προηγουμένως θεραπεία για την κατάθλιψη και να μην γνωρίζουν ότι πάσχουν από αυτήν. Η έναρξη συζήτησης σχετικά με τη διάθεση και τα συμπτώματα από επαγγελματία υγείας μπορεί να διευκολύνει την πρόσβαση σε θεραπεία και υπηρεσίες. Βλ συνοπτική οπτική παρουσίαση για τη θεραπεία της χρόνιας κατάθλιψης. (**Παράρτημα VI**)

1.10.2 Για άτομα που παρουσιάζουν χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία επηρεάζουν σημαντικά την [προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα](#) και δεν έχουν λάβει προηγούμενη θεραπεία για την κατάθλιψη, οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν:

- γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT) ή
- εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) ή

- αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης (SNRIs) ή
- τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) (λαμβάνεται υπόψη ότι τα TCAs είναι επικίνδυνα σε περίπτωση υπερδοσολογίας) ή
- συνδυαστική θεραπεία με CBT και είτε SSRI είτε TCA.

Συζητήστε τις επιλογές θεραπείας με το άτομο και λάβετε από κοινού απόφαση σχετικά με την επιλογή της θεραπείας, βάσει των κλινικών αναγκών και των προτιμήσεών του (βλ. επίσης τις [συστάσεις για την επιλογή θεραπειών](#)).

1.10.3 Σε άτομα με χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα, παρέχετε γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία η οποία:

- επικεντρώνεται στα χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα
- καλύπτει συναφείς μηχανισμούς συντήρησης της κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένης της [αποφυγής](#), [ιδεομηρυκασμού](#) και των διαπροσωπικών δυσκολιών.

1.10.4 Για άτομα που έχουν λάβει ή εξακολουθούν να λαμβάνουν θεραπεία για την κατάθλιψη και παρουσιάζουν χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα, βλ. τις [συστάσεις για τις περαιτέρω γραμμές θεραπείας](#).

1.10.5 Σε άτομα με χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα που επηρεάζουν σημαντικά την προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα και δεν ανέχονται συγκεκριμένο SSRI, εξετάστε τη χορήγηση εναλλακτικού SSRI.

1.10.6 Σε άτομα με χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα που επηρεάζουν σημαντικά την προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα και δεν έχουν ανταποκριθεί σε SSRIs ή SNRIs, εξετάστε τη χορήγηση εναλλακτικής φαρμακευτικής αγωγής σε εξειδικευμένο πλαίσιο ή κατόπιν διαβούλευσης με ειδικό. Λάβετε υπόψη ότι η αλλαγή φαρμάκου ενδέχεται να απαιτεί επαρκή περίοδο αποδέσμευσης (wash-out), ιδίως κατά τη μετάβαση προς ή από μη αναστρέψιμους MAOIs. Οι εναλλακτικές επιλογές περιλαμβάνουν:

- TCAs
- μη αναστρέψιμους MAOIs, όπως η φαινελζίνη
- χαμηλή δόση αμισουλπρίδης (μέγιστη ημερήσια δόση 50 mg, καθώς υψηλότερες δόσεις ενδέχεται να επιδεινώσουν την κατάθλιψη και να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως υπερπρολακτιναιμία και παράταση του διαστήματος QT).

Τον Ιούνιο του 2022, η χρήση της αμισουλπρίδης πραγματοποιούνταν εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων (off-label).

1.10.7 Σε άτομα με χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα που επηρεάζουν σημαντικά την προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα και έχει εκτιμηθεί ότι ενδέχεται να ωφεληθούν από πρόσθετη κοινωνική ή επαγγελματική υποστήριξη, εξετάστε τα εξής:

- παρέμβαση συντροφικότητας (befriending) σε συνδυασμό με υπάρχουσα αντικαταθλιπτική αγωγή, εφόσον διατίθεται, ή με ψυχολογική θεραπεία. Η παρέμβαση αυτή πρέπει παρέχεται από εκπαιδευμένους εθελοντές, συνήθως με τουλάχιστον εβδομαδιαία επαφή για περίοδο 2 έως 6 μηνών
- πρόγραμμα αποκατάστασης, σε περιπτώσεις όπου η κατάθλιψη έχει οδηγήσει σε απώλεια εργασίας ή σε μακροχρόνια απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες.

1.10.8 Σε άτομα με καμία ή περιορισμένη ανταπόκριση στη θεραπεία για χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα που επηρεάζουν σημαντικά την προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα και δεν έχουν ανταποκριθεί στις θεραπείες που προτείνονται στις ενότητες για τις [περαιτέρω γραμμές θεραπειών](#) και [χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα](#), προσφέρετε παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παροχή συμβουλών και περαιτέρω θεραπεία. Ανατρέξτε επίσης στις [συστάσεις για συνεργατική φροντίδα](#).

1.10.9 Σε άτομα με χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν έχουν ανταποκριθεί στις θεραπείες που προτείνονται στις ενότητες για τις περαιτέρω γραμμές θεραπειών και τα χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα και λαμβάνουν μακροχρόνια αντικαταθλιπτική αγωγή:

- επανεξετάστε τα οφέλη της θεραπείας σε συνεργασία με το άτομο
- εξετάστε τη διακοπή της αγωγής (βλ. τις [συστάσεις για τη διακοπή αντικαταθλιπτικών](#))
- συζητήστε πιθανούς λόγους μη ανταπόκρισης και διερευνήστε άλλες θεραπείες και μορφές υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης της συνδρομής άλλων φορέων ή υπηρεσιών.

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» και αντίκτυπος σχετικά με τα χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα](#).

1.11 Κατάθλιψη σε άτομα με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας

1.11.1 Μην παραλείπετε τη θεραπεία για την κατάθλιψη λόγω της συνύπαρξης διαταραχής προσωπικότητας. Ανατρέξτε στη συνοπτική οπτική παρουσίαση για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε άτομα με διαταραχή προσωπικότητας (**Παράρτημα VI**)

1.11.2 Σε άτομα με κατάθλιψη και διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας, εξετάστε συνδυασμό αντικαταθλιπτικής αγωγής και ψυχολογικής θεραπείας (όπως BA, CBT, IPT ή STPP). Για τη διευκόλυνση της επιλογής μεταξύ των ψυχολογικών θεραπειών, παραπέμπεται κανείς στις πληροφορίες που παρέχονται στους [πίνακα 1](#) και [πίνακα 2](#).

1.11.3 Κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής σε συνδυασμό με ψυχολογική θεραπεία σε άτομα με κατάθλιψη και διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας:

- παρέχετε υποστήριξη στο άτομο και ενθαρρύνετε τη συνέχιση της θεραπείας
- παρέχετε τη θεραπεία σε δομημένο, διεπιστημονικό πλαίσιο
- χρησιμοποιήστε επικυρωμένο εργαλείο προοπτικής παρακολούθησης της διάθεσης ή κατάλογο/διάγραμμα συμπτωμάτων για την αξιολόγηση της ανταπόκρισης ή της επιδείνωσης της συναισθηματικής αστάθειας
- παρατείνετε τη διάρκεια της θεραπείας, εφόσον απαιτείται, έως και για ένα έτος

1.11.4 Σε άτομα με κατάθλιψη και διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας, εξετάστε παραπομπή σε εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα ψυχικής υγείας.

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με την κατάθλιψη σε άτομα με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας](#).

1.12 Ψυχωτική κατάθλιψη

Τον Ιανουάριο του 2026, η χρήση αντιψυχωσικών για τη θεραπεία της κατάθλιψης πραγματοποιούνταν εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων (off-label) για ορισμένα αντιψυχωσικά.

1.12.1 Σε άτομα με κατάθλιψη και ψυχωτικά συμπτώματα, προσφέρετε παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπου η θεραπεία περιλαμβάνει:

- εκτίμηση κινδύνου
- εκτίμηση αναγκών
- πρόγραμμα συντονισμένης διεπιστημονικής φροντίδας
- πρόσβαση σε ψυχολογικές θεραπείες, μετά τη βελτίωση των οξέων ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Συζητήστε τις θεραπευτικές επιλογές και, σε άτομα με ικανότητα λήψης απόφασης, λάβετε από κοινού απόφαση βάσει των κλινικών αναγκών και των προτιμήσεών τους. Ανατρέξτε στη συνοπτική οπτική παρουσίαση για τη θεραπεία της ψυχωτικής κατάθλιψης (**Παράρτημα VI**)

1.12.2 Σε άτομα με κατάθλιψη και ψυχωτικά συμπτώματα, εξετάστε το ενδεχόμενο για συνδυαστική θεραπεία με αντικαταθλιπτική και αντιψυχωσική αγωγή (όπως ολανζαπίνη ή κουετιαπίνη).

1.12.3 Σε άτομα με κατάθλιψη και ψυχωτικά συμπτώματα που δεν επιθυμούν τη λήψη αντιψυχωσικής αγωγής επιπλέον της αντικαταθλιπτικής, χορηγήστε αντικαταθλιπτική αγωγή ως μονοθεραπεία.

1.12.4 Παρακολουθήστε την ανταπόκριση στη θεραπεία σε άτομα με κατάθλιψη και ψυχωτικά συμπτώματα (ιδίως ως προς το ασυνήθιστο περιεχόμενο σκέψης και τις ψευδαισθήσεις).

- 1.12.5 Σε άτομα με κατάθλιψη και ψυχωτικά συμπτώματα, εξετάστε τη συνέχιση της αντιψυχωσικής αγωγής για διάστημα αρκετών μηνών μετά την ύφεση, εφόσον είναι ανεκτή. Η απόφαση σχετικά με το εάν και πότε θα διακοπεί η αντιψυχωσική αγωγή λαμβάνεται από, ή σε διαβούλευση με, εξειδικευμένες υπηρεσίες.
- 1.12.6 Για περισσότερες οδηγίες σχετικά με τη συνταγογράφηση και την παρακολούθηση των αντιψυχωσικών, ανατρέξτε στις [συστάσεις για τη χρήση από του στόματος αντιψυχωσικών ως ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής](#).

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με την ψυχωτική κατάθλιψη](#).

1.13 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία για την κατάθλιψη

- 1.13.1 Εξετάστε τη ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) για τη θεραπεία της σοβαρής κατάθλιψης όταν:
- το άτομο προτιμά την ECT έναντι άλλων θεραπειών, βάσει προηγούμενης εμπειρίας και αποτελεσματικότητας για το ίδιο ή
 - απαιτείται ταχεία ανταπόκριση (για παράδειγμα, όταν η κατάθλιψη είναι απειλητική για τη ζωή, όπως σε περιπτώσεις άρνησης λήψης τροφής ή υγρών) ή
 - άλλες θεραπείες έχουν αποδειχθεί ανεπιτυχείς (βλ. τις [συστάσεις για περαιτέρω γραμμές θεραπείας](#)).
- 1.13.2 Διασφαλίστε ότι τα άτομα με κατάθλιψη που πρόκειται να υποβληθούν σε ECT ενημερώνονται πλήρως σχετικά με τους κινδύνους, καθώς και για κινδύνους και οφέλη που αφορούν ειδικά τα ίδια. Λάβετε υπόψη:
- τους κινδύνους που συνδέονται με τη γενική αναισθησία
 - τυχόν συνυπάρχουσες ιατρικές παθήσεις
 - πιθανές ανεπιθύμητες επιπτώσεις, ιδίως τη γνωστική έκπτωση
 - σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, τον ενδεχομένως αυξημένο κίνδυνο που σχετίζεται με την ECT σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα
 - τους κινδύνους που συνδέονται με τη μη χορήγηση ECT.
- Καταγράψετε την συγκεκριμένη εκτίμηση και συζήτηση.
- 1.13.3 Συζητήστε τη χρήση της ECT ως θεραπευτική επιλογή με το άτομο με κατάθλιψη και λάβετε από κοινού απόφαση για την εφαρμογή της, βάσει των κλινικών αναγκών και των προτιμήσεών του, εφόσον υπάρχει ικανότητα παροχής συναίνεσης. Λάβετε υπόψη την ικανότητα του ατόμου

και τις απαιτήσεις του Νόμου περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας του 1997 (όπως τροποποιήθηκε το 2003 και 2007), όπου εφαρμόζεται, και διασφαλίστε ότι:

- η ενημερωμένη συγκατάθεση παρέχεται χωρίς πίεση ή εξαναγκασμό από τις περιστάσεις ή το κλινικό πλαίσιο
- το άτομο είναι ενήμερο για το δικαίωμα αλλαγής γνώμης και ανάκλησης της συγκατάθεσης οποιαδήποτε στιγμή
- τηρούνται αυστηρά οι αναγνωρισμένες κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τη συγκατάθεση και, όπου ενδείκνυται, εμπλέκονται συνήγοροι ή φροντιστές για τη διευκόλυνση της ενημερωμένης συζήτησης.

1.13.4 Σε περίπτωση αδυναμίας παροχής ενημερωμένης συγκατάθεσης από άτομο με κατάθλιψη, λάβετε υπόψη το ισχύον νομικό πλαίσιο και τις επιθυμίες του ασθενούς.

1.13.5 Σε άτομα των οποίων η κατάθλιψη δεν ανταποκρίθηκε επαρκώς σε προηγούμενη ECT, εξετάστε την επανάληψη δοκιμαστικής χορήγησης, μόνο μετά από:

- επανεξέταση της επάρκειας της προηγούμενης θεραπευτικής αγωγής
- εξέταση όλων των άλλων διαθέσιμων επιλογών
- συζήτηση των κινδύνων και των οφελών με το άτομο ή, όπου ενδείκνυται, με τον συνήγορο ή τον φροντιστή του.

1.13.6 Η προσφορά υπηρεσιών ECT από παρόχους υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται μόνο όταν:

- οι υπηρεσίες ECT παρέχονται σύμφωνα με τα πρότυπα του ECTAS
- οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας υποβάλουν δεδομένα, συμπεριλαμβανομένων των αποτελεσμάτων κάθε κύκλου, για κάθε κύκλο οξείας ECT και ECT συντήρησης που παρέχεται, όπως απαιτείται για το ελάχιστο σύνολο δεδομένων του ECTAS.

Να τηρούνται τα [Πρότυπα της Υπηρεσίας Διαπίστευσης για τη Χορήγηση ECT](#).

1.13.7 Διακόψετε τη θεραπεία με ECT σε άτομα με κατάθλιψη:

- άμεσα, όταν οι ανεπιθύμητες ενέργειες υπερβαίνουν τα πιθανά οφέλη ή
- όταν έχει επιτευχθεί σταθερή ύφεση.

1.13.8 Σε περίπτωση ανταπόκρισης της κατάθλιψης σε κύκλο ECT:

- ξεκινήστε ή συνεχίστε αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή ή ψυχολογική παρέμβαση για την πρόληψη υποτροπής στα πλαίσια της συνεχιζόμενης φροντίδας για τη διαχείριση της κατάθλιψης (βλ. τις [συστάσεις για την πρόληψη υποτροπής](#))

- εξετάστε την ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής με λίθιο (βλ. τις [συστάσεις για περαιτέρω γραμμές θεραπείας](#)).

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με τις περαιτέρω γραμμές θεραπείας](#).

1.14 Διακρανιακή μαγνητική διέγερση για την κατάθλιψη

- 1.14.1 Ανατρέξτε στις κατευθυντήριες οδηγίες διενέργειας θεραπείας του επαναληπτικού Διακρανιακού Μαγνητικού Ερεθισμού (rTMS) που έχουν εκδοθεί από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (Παράρτημα VII).

1.15 Ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη

- 1.15.1 Η ρινική χορήγηση εσκεταμίνης σε συνδυασμό με εκλεκτικό αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) ή αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης (SNRI) δεν συνιστάται για την ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη που δεν έχει ανταποκριθεί σε τουλάχιστον 2 διαφορετικά αντικαταθλιπτικά κατά το τρέχον μέτριο έως σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο σε ενήλικες.
- 1.15.2 Ωστόσο, σε εξειδικευμένα ψυχιατρικά πλαίσια, η εσκεταμίνη μπορεί να εξεταστεί βάσει εξατομικευμένης αξιολόγησης για ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη, η οποία δεν έχει ανταποκριθεί σε θεραπεία με βάση προηγούμενες συστάσεις.
- 1.15.3 Τα δεδομένα σχετικά με την ασφάλεια της εμφυτευμένης διέγερσης του πνευμονογαστρικού νεύρου για την ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη δεν εγείρουν σημαντικές ανησυχίες ασφάλειας, ωστόσο αναφέρονται συχνές και καλά αναγνωρισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα χαρακτηρίζονται από περιορισμένη ποιότητα. Ως εκ τούτου, η διαδικασία αυτή εφαρμόζεται μόνο με ειδικές ρυθμίσεις για την κλινική διαχείριση, τη συναίνεση και τον έλεγχο ή την έρευνα.

1.16 Πρόσβαση, συντονισμός και παροχή φροντίδας

Πρόσβαση στις υπηρεσίες

- 1.16.1 Οι παρόχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να εξετάζουν τη χρήση μοντέλων, όπως η [κλιμακωτή φροντίδα ή η αντιστοιχισμένη φροντίδα](#) για την οργάνωση της παροχής φροντίδας και της θεραπείας ατόμων με κατάθλιψη. Ανατρέξτε στην συνοπτική οπτική παρουσίαση του μοντέλου αντιστοιχισμένης φροντίδας (Παράρτημα VIII)

Οι διαδρομές φροντίδας (pathways) πρέπει να:

- προάγουν την εύκολη πρόσβαση και την αξιοποίηση των καλυπτόμενων θεραπειών
- επιτρέπουν την άμεση αξιολόγηση ενηλίκων με κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης σοβαρότητας και κινδύνου
- διασφαλίζουν τον συντονισμό και τη συνέχεια της φροντίδας, με συμφωνημένα πρωτόκολλα ανταλλαγής πληροφοριών
- υποστηρίζουν την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, ώστε να αποφεύγονται κενά στην παροχή υπηρεσιών
- διαθέτουν σαφή κριτήρια εισόδου σε όλα τα επίπεδα της κλιμακωτής φροντίδας
- παρέχουν πολλαπλά σημεία εισόδου και τρόπους πρόσβασης, συμπεριλαμβανομένης της αυτοπαραπομπής
- περιλαμβάνουν συστηματική συλλογή δεδομένων σχετικά με την πρόσβαση, τη χρήση και τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων θεραπειών εντός της διαδρομής φροντίδας.

1.16.2 Οι πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας για άτομα με κατάθλιψη πρέπει να διασφαλίζουν την αποτελεσματική παροχή θεραπειών. Η παροχή αυτή βασίζεται στις βασικές λειτουργίες μιας κοινοτικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας ανά γεωγραφική περιοχή και υλοποιείται στο πλαίσιο συντονισμένης πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, καθώς και κοινοτικών υπηρεσιών (όπως κοινωνική φροντίδα, εκπαίδευση, στέγαση, θεσμικές υπηρεσίες και ο εθελοντικός και κοινωνικός τομέας). Πρέπει να περιλαμβάνονται:

- διαδικασίες αξιολόγησης
- από κοινού λήψη αποφάσεων
- συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών
- παροχή φαρμακολογικών, ψυχολογικών και σωματικών παρεμβάσεων (π.χ. άσκηση, ECT)
- παροχή παρεμβάσεων για προσωπικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (π.χ. στεγαστικά προβλήματα, απομόνωση, ανεργία)
- συντονισμός φροντίδας
- συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών στον σχεδιασμό, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών
- αποτελεσματική παρακολούθηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών.

1.16.3 Οι πάροχοι υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας πρέπει να διασφαλίζουν την ύπαρξη υποστήριξης για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών μέσω:

- μεμονωμένων επαγγελματιών (συμπεριλαμβανομένων επαγγελματιών υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας), οι οποίοι παρέχουν θεραπείες, υποστήριξη ή εποπτεία
- προσωπικού ψυχικής υγείας, για ομαδικές θεραπείες στην πρωτοβάθμια φροντίδα για την πλειονότητα των ατόμων με κατάθλιψη

- ειδικών ψυχικής υγείας, οι οποίοι παρέχουν συμβουλές, διαβούλευση και υποστήριξη στο προσωπικό πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας
- εξειδικευμένων ομάδων ψυχικής υγείας, για άτομα με σοβαρές και σύνθετες ανάγκες.

1.16.4 Οι πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να διασφαλίζουν ότι οι διαδρομές φροντίδας (pathways), για την προώθηση της πρόσβασης και της αυξημένης συμμετοχής και διατήρησης στη φροντίδα, περιλαμβάνουν:

- υπηρεσίες διαθέσιμες εκτός του κανονικού ωραρίου εργασίας
- υπηρεσίες που παρέχονται σε κοινοτικά περιβάλλοντα, όπως στην οικία του ατόμου, σε κοινοτικά κέντρα, κέντρα αναψυχής, δομές φροντίδας, κοινωνικά κέντρα και ολοκληρωμένες κλινικές εντός της πρωτοβάθμιας φροντίδας (ιδίως για ηλικιωμένα άτομα)
- υπηρεσίες που παρέχονται από κοινού με φιλανθρωπικούς ή εθελοντικούς φορείς
- δίγλωσσους θεραπευτές ή ανεξάρτητους διερμηνείς.

1.16.5 Κατά την προώθηση της πρόσβασης και της αξιοποίησης των υπηρεσιών, να εντοπίζονται και να αναγνωρίζονται οι ανάγκες ομάδων που ενδέχεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης ή να υφίστανται στιγματισμό ή διακρίσεις κατά τη χρήση ορισμένων ή όλων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτές μπορεί περιλαμβάνουν:

- άνδρες
- ηλικιωμένα άτομα
- ομοφυλόφιλοι, αμφιφυλόφιλοι και διεμφυλικά άτομα
- άτομα από μαύρες, ασιατικές και άλλες εθνοτικές μειονότητες
- άτομα με μαθησιακές δυσκολίες ή επικτήτες γνωστικές διαταραχές
- άτομα με σωματικές ή αισθητηριακές αναπηρίες, για τα οποία απαιτούνται εύλογες προσαρμογές στις υπηρεσίες, όπως ορίζεται από τη νομοθεσία, για τη διευκόλυνση της πρόσβασης
- άτομα με καταστάσεις που επηρεάζουν την ικανότητα επικοινωνίας
- άστεγοι, πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο.

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες.

Συνεργατική φροντίδα

- 1.16.6 Εξετάστε το ενδεχόμενο για [συνεργατική φροντίδα](#) για άτομα με κατάθλιψη, ιδίως για ηλικιωμένα άτομα, άτομα με σημαντικά προβλήματα σωματικής υγείας ή κοινωνική απομόνωση, ή άτομα με πιο χρόνια κατάθλιψη που δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη εξειδικευμένη φροντίδα.
- 1.16.7 Η συνεργατική φροντίδα για άτομα με κατάθλιψη περιλαμβάνει:
- ασθενοκεντρική αξιολόγηση και εμπλοκή
 - μέτρηση και παρακολούθηση συμπτωμάτων
 - [διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής](#) (σχέδιο για την έναρξη, την ανασκόπηση και τη διακοπή της αγωγής)
 - ενεργό σχεδιασμό φροντίδας και παρακολούθηση από ορισμένο διαχειριστή περιστατικού
 - παροχή ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων εντός δομημένου πρωτοκόλλου
 - ολοκληρωμένη φροντίδα σωματικής και ψυχικής υγείας
 - κοινή εργασία με συναδέλφους πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας
 - εμπλοκή άλλων φορέων που παρέχουν υποστήριξη
 - εποπτεία επαγγελματιών από έμπειρο επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Εξειδικευμένη φροντίδα

- 1.16.8 Παραπέμπτε άτομα με [πιο σοβαρή κατάθλιψη](#) ή [χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα](#) σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για συντονισμένη διεπιστημονική φροντίδα, όταν:
- η κατάθλιψη επηρεάζει σημαντικά την [προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα](#) και
 - δεν έχει υπάρξει όφελος από προηγούμενες θεραπείες και συνυπάρχουν είτε
 - πολλαπλά επιβαρυντικά προβλήματα, όπως ανεργία, ακατάλληλη στέγαση ή οικονομικές δυσκολίες, είτε
 - σημαντικές συνυπάρχουσες ψυχικές και σωματικές παθήσεις.
- 1.16.9 Σε άτομα με πιο σοβαρή κατάθλιψη ή χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα (τα οποία επηρεάζουν σημαντικά την προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα) και με πολλαπλά επιβαρυντικά προβλήματα ή σημαντικές συνυπάρχουσες παθήσεις, να καταρτίζονται διεπιστημονικά πλάνα φροντίδας τα οποία:
- αναπτύσσονται από κοινού με το άτομο, τον προσωπικό ιατρό και άλλα συναφή πρόσωπα που εμπλέκονται στη φροντίδα του (με τη συγκατάθεση του ατόμου) και προσφέρεται στο άτομο αντίγραφο σε κατάλληλη μορφή

- καθορίζουν τους ρόλους και τις αρμοδιότητες όλων των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας που συμμετέχουν στην παροχή φροντίδας
- περιλαμβάνουν πληροφορίες για 24ωρες υπηρεσίες υποστήριξης και τον τρόπο επικοινωνίας με αυτές
- περιλαμβάνουν σχέδιο κρίσης που προσδιορίζει πιθανούς εκλυτικούς παράγοντες και στρατηγικές διαχείρισής τους και των συνεπειών τους
- επικαιροποιούνται σε περίπτωση σημαντικών αλλαγών στις ανάγκες ή την κατάσταση του ατόμου
- ανασκοπούνται σε συμφωνημένα τακτικά χρονικά διαστήματα
- περιλαμβάνουν διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής (σχέδιο για την έναρξη, την ανασκόπηση και τη διακοπή της αγωγής).

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με τη συνεργατική και την εξειδικευμένη φροντίδα.](#)

Φροντίδα κρίσης και ενδονοσοκομειακή φροντίδα

- 1.16.10 Παραπέμπτε σε ειδικό ψυχίατρο άτομα με πιο σοβαρή κατάθλιψη που διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο για:
- αυτοκτονία, ιδίως σε περιπτώσεις όπου τα άτομα διαβιούν μόνα τους
 - αυτοτραυματισμού
 - βλάβη προς τρίτους
 - αυτοπαραμέληση
 - επιπλοκές σε σχέση με τη θεραπευτική αγωγή, όπως σε ηλικιωμένα άτομα με συνυπάρχουσες ιατρικές παθήσεις,
- 1.16.11 Εξετάστε την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία για άτομα με πιο σοβαρή κατάθλιψη.
- 1.16.12 Καταστήστε τις ψυχολογικές θεραπείες που συνιστώνται για τη θεραπεία της πιο σοβαρής κατάθλιψης, την πρόληψη υποτροπής, τα χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα και την κατάθλιψη με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας, διαθέσιμες για άτομα με κατάθλιψη σε δομές δευτεροβάθμιας φροντίδας (συμπεριλαμβανομένων κοινοτικών και ενδονοσοκομειακών δομών).
- 1.16.13 Κατά την παροχή ψυχολογικών θεραπειών σε άτομα με κατάθλιψη σε ενδονοσοκομειακό περιβάλλον:

- αυξήστε την ένταση και τη διάρκεια των παρεμβάσεων
- διασφαλίστε την αποτελεσματική και έγκαιρη συνέχισή τους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Για μια σύντομη επεξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, ανατρέξτε στην ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» αντίκτυπος σχετικά με τη φροντίδα κρίσης, την κατ' οίκον θεραπεία και την ενδονοσοκομειακή φροντίδα](#).

Όροι που χρησιμοποιούνται στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται όροι που χρησιμοποιούνται με συγκεκριμένο τρόπο για τους σκοπούς της παρούσας κατευθυντήριας οδηγίας.

Αποφυγή

Η αποφυγή ορίζεται ως μη βοηθητική μορφή συμπεριφοράς αντιμετώπισης, κατά την οποία η συμπεριφορά του ατόμου τροποποιείται με σκοπό την αποφυγή της σκέψης, της βίωσης συναισθημάτων ή της ενασχόλησης με δύσκολες καταστάσεις. Περιλαμβάνονται η αναβολή, η μείωση δραστηριοτήτων, η αποφυγή αντιμετώπισης προβλημάτων, η αποφυγή διεκδίκησης των αναγκών του ατόμου, η απόσπαση της προσοχής και η χρήση αλκοόλ ή ουσιών για την καταστολή συναισθημάτων.

Διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής

Η διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής ορίζεται ως η παροχή στο άτομο συμβουλευτικής καθοδήγησης σχετικά με την τήρηση του θεραπευτικού σχήματος φαρμάκων (όπως ο τρόπος λήψης, ο χρόνος λήψης και η συχνότητα). Στα εν λόγω προγράμματα, η εστίαση περιορίζεται αποκλειστικά στη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και δεν επεκτείνεται σε άλλες πτυχές της κατάθλιψης.

Εγχειρίδια θεραπείας

Τα εγχειρίδια θεραπείας βασίζονται σε εκείνα που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες οι οποίες παρείχαν τα τεκμήρια για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών που συνιστώνται στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία.

Επίκτητες γνωστικές διαταραχές

Οι γνωστικές διαταραχές ορίζονται ως νευρολογικές διαταραχές που επηρεάζουν τις γνωστικές ικανότητες (όπως η μάθηση, η μνήμη, η επικοινωνία και η επίλυση προβλημάτων). Οι επίκτητες διαταραχές μπορεί να οφείλονται σε ιατρικές καταστάσεις που επηρεάζουν τη νοητική λειτουργία (όπως η άνοια, η νόσος του Πάρκινσον ή η τραυματική εγκεφαλική κάκωση).

Κατάθλιψη

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων ICD-11, η κατάθλιψη ορίζεται ως η παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης ή μειωμένου ενδιαφέροντος για δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα, για τουλάχιστον 2 εβδομάδες, συνοδευόμενη από άλλα συμπτώματα, όπως:

- μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και διατήρησης της προσοχής ή έντονη αναποφασιστικότητα
- πεπιοθήσεις χαμηλής αυτοεκτίμησης ή υπερβολικής ή αδικαιολόγητης ενοχής
- απαισιοδοξία ή απελπισία για το μέλλον
- επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός ή ενδείξεις απόπειρας αυτοκτονίας
- σημαντικά διαταραγμένος ύπνος ή υπερβολικός ύπνος
- σημαντικές μεταβολές της όρεξης ή του σωματικού βάρους
- ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
- μειωμένη ενέργεια ή κόπωση.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-5, η κατάθλιψη ορίζεται ως η παρουσία 5 ή περισσότερων συμπτωμάτων από κατάλογο 9 συμπτωμάτων, εντός της ίδιας περιόδου 2 εβδομάδων, εκ των οποίων τουλάχιστον 1 είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στη κοινωνική, επαγγελματική ή άλλη σημαντική λειτουργικότητα. Τα 9 συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- καταθλιπτική διάθεση – όπως δηλώνεται υποκειμενικά ή παρατηρείται από τρίτους
- απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε σχεδόν όλες τις δραστηριότητες – όπως δηλώνεται υποκειμενικά ή παρατηρείται από τρίτους
- σημαντική ακούσια απώλεια ή αύξηση βάρους (άνω του 5% σε έναν μήνα) ή μείωση ή αύξηση της όρεξης
- διαταραχές ύπνου (αϋπνία ή υπερυπνία)
- ψυχοκινητικές μεταβολές (διέγερση ή επιβράδυνση) επαρκώς έντονες ώστε να είναι παρατηρήσιμες από τρίτους
- κόπωση, χαμηλή ενέργεια ή μειωμένη αποτελεσματικότητα στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων
- αίσθημα αναξιότητας ή υπερβολική, αδικαιολόγητη ή παραληρητική ενοχή (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή λόγω ασθένειας)
- διαταραγμένη ικανότητα σκέψης, συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων – όπως δηλώνεται υποκειμενικά ή παρατηρείται από τρίτους

- επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), αυτοκτονικός ιδεασμός ή απόπειρες αυτοκτονίας.

Στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία χρησιμοποιείται ο όρος «άτομα με κατάθλιψη». Με τον όρο αυτόν περιλαμβάνονται τόσο άτομα με κλινική διάγνωση κατάθλιψης όσο και άτομα που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως βιώνοντα κατάθλιψη ή καταθλιπτικά συμπτώματα, αναγνωρίζοντας ότι η εμπειρία, η περιγραφή και η ονομασία της κατάθλιψης διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο.

Κλιμακωτή ή προσαρμοσμένη φροντίδα

Πρόκειται για σύστημα παροχής και παρακολούθησης θεραπειών, στο οποίο αρχικά παρέχονται οι πιο αποτελεσματικές, λιγότερο παρεμβατικές και λιγότερο απαιτητικές σε πόρους παρεμβάσεις. Στην κλιμακωτή φροντίδα ενσωματώνεται μηχανισμός «αυτοδιόρθωσης», μέσω του οποίου τα άτομα που δεν ωφελούνται από τις αρχικές παρεμβάσεις μεταβαίνουν, κατά περίπτωση, σε πιο εντατικές θεραπείες. Η προσαρμοσμένη φροντίδα ακολουθεί τις αρχές της κλιμακωτής φροντίδας, ενώ λαμβάνονται επιπλέον υπόψη παράγοντες όπως η κλινική εικόνα, η προηγούμενη εμπειρία θεραπείας, καθώς και οι επιλογές και προτιμήσεις του ατόμου.

Ανατρέξτε στη συνοπτική οπτική παρουσίαση του μοντέλου αντιστοιχισμένης φροντίδας (**Παράρτημα VIII**)

Λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη

Η λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη περιλαμβάνει την υποκατώφλια και την ήπια κατάθλιψη και, στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία, ορίζεται ως κατάθλιψη με βαθμολογία μικρότερη από 16 στην κλίμακα PHQ-9.

Ιδεομηρυκασμός-Μηρυκαστική σκέψη

Η μηρυκαστική σκέψη ορίζεται ως επαναλαμβανόμενη και παρατεταμένη αρνητική σκέψη σχετικά με την κατάθλιψη, τα συναισθήματα και τα συμπτώματα, τον εαυτό, τα προβλήματα ή τα δύσκολα γεγονότα ζωής, καθώς και σχετικά με τα αίτια, τις συνέπειες, τα νοήματα και τις επιπτώσεις τους (για παράδειγμα: «Γιατί μου συνέβη αυτό;», «Γιατί δεν μπορώ να γίνω καλύτερα;»).

Πιο σοβαρή κατάθλιψη

Η πιο σοβαρή κατάθλιψη περιλαμβάνει τη μέτρια και τη σοβαρή κατάθλιψη και, στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία, ορίζεται ως κατάθλιψη με βαθμολογία 16 ή μεγαλύτερη στην κλίμακα PHQ-9.

Προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα

Η προσωπική λειτουργικότητα ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να συμμετέχει αποτελεσματικά στις συνήθεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και να ανταποκρίνεται στις εμπειρίες. Η κοινωνική λειτουργικότητα ορίζεται ως η ικανότητα αλληλεπίδρασης με άλλα άτομα, ανάπτυξης σχέσεων και αποκόμισης και εξέλιξης ωφελειών από αυτές τις αλληλεπιδράσεις.

Συνεργατική φροντίδα

Η συνεργατική φροντίδα ορίζεται ως προσέγγιση κατά την οποία το άτομο που λαμβάνει υπηρεσίες και ο επαγγελματίας υγείας προσδιορίζουν από κοινού τα προβλήματα και συμφωνούν τους στόχους της θεραπείας. Συνήθως περιλαμβάνει:

- τη διαχείριση περιστατικών, η οποία εποπτεύεται και υποστηρίζεται από ανώτερο επαγγελματία ψυχικής υγείας
- τη στενή συνεργασία μεταξύ υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας σωματικής υγείας και εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά την παροχή υπηρεσιών
- τη παροχή σειράς παρεμβάσεων βασισμένων σε τεκμήρια
- τον μακροπρόθεσμο συντονισμό της φροντίδας και η παρακολούθηση.

Τακτική (κατά συνεδρία) παρακολούθηση αποτελεσμάτων

Πρόκειται για σύστημα παρακολούθησης των αποτελεσμάτων των θεραπειών, το οποίο περιλαμβάνει τακτική αξιολόγηση (συνήθως σε κάθε επαφή, αναφερόμενη ως «κατά συνεδρία») των συμπτωμάτων ή της προσωπικής και κοινωνικής λειτουργικότητας μέσω έγκυρης κλίμακας. Η πρόοδος της θεραπείας καθίσταται γνωστή τόσο στο άτομο που λαμβάνει υπηρεσίες όσο και στον επαγγελματία. Η διαδικασία υποστηρίζεται συχνά από ηλεκτρονική χορήγηση και βαθμολόγηση των εργαλείων μέτρησης, με στόχο τη βελτίωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και τη διενέργεια ελέγχου και αξιολόγησης σε επίπεδο υπηρεσίας. Εναλλακτικοί όροι, όπως «παρακολούθηση αποτελεσμάτων κατά συνεδρία» ή «αποτελέσματα κατά συνεδρία», χρησιμοποιούνται επίσης, για να υπογραμμιστεί ότι τα αποτελέσματα καταγράφονται σε κάθε επαφή.

Χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα

Στα άτομα με χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα περιλαμβάνονται εκείνα που πληρούν συνεχώς τα κριτήρια διάγνωσης μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου για τουλάχιστον 2 έτη, ή εμφανίζουν επίμονα υποκατώφλια συμπτώματα για τουλάχιστον 2 έτη, ή παρουσιάζουν επίμονα χαμηλή διάθεση, με ή χωρίς ταυτόχρονα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης, για τουλάχιστον 2 έτη. Τα άτομα με καταθλιπτικά συμπτώματα ενδέχεται επίσης να παρουσιάζουν σειρά κοινωνικών και προσωπικών δυσκολιών που συμβάλλουν στη διατήρηση των χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Σκεπτικό και Επιπτώσεις

Οι πιο κάτω ενότητες εξηγούν συνοπτικά τους λόγους για τους οποίους διατυπώθηκαν οι συστάσεις και τον τρόπο με τον οποίο ενδέχεται να επηρεαστεί η συνήθης πρακτική ή οι υπηρεσίες. Ως «Επιτροπή» ορίζεται η Επιτροπή ειδικών του NICE που ανέπτυξε και επικαιροποίησε την αρχική κατευθυντήρια οδηγία NG222 «Κατάθλιψη στους ενήλικες: θεραπεία και διαχείριση» και ως «Τεχνική Επιτροπή Ειδικών - ΤΕΕ» ορίζεται η Επιτροπή ειδικών από την Κύπρο που έχει διεκπεραιώσει την προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας, ούτως ώστε να είναι συμβατή με την Κυπριακή πραγματικότητα.

Επιλογή θεραπειών

[Συστάσεις 1.3.1 to 1.3.4](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Τα διαθέσιμα δεδομένα έδειξαν ότι τόσο τα άτομα με κατάθλιψη όσο και οι επαγγελματίες υγείας επιθυμούν να αφιερώνεται χρόνος για ουσιαστικές συζητήσεις και για την οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης με επαγγελματίες υγείας με τους οποίους αισθάνονται άνετα, ώστε να διευκολύνεται η ενεργός συμμετοχή των ατόμων στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων επηρεάζεται από προκαταλήψεις σχετικά με τις διάφορες θεραπευτικές επιλογές, από τα ίδια τα συμπτώματα της κατάθλιψης και από τους διαθέσιμους πόρους.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Η Επιτροπή εκτιμά ότι η παροχή πληροφοριών σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές συνδέεται με βελτιωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία και καλύτερα αποτελέσματα για τα άτομα με κατάθλιψη. Η ΤΕΕ τονίζει ότι η σύσταση αναμένεται να βοηθήσει στη βελτίωση της τρέχουσας πρακτικής στην Κύπρο.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Έναρξη και διακοπή αντικαταθλιπτικών

[Συστάσεις 1.4.10 έως 1.4.21](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τα αντικαταθλιπτικά, εξετάστηκαν και συνδυάστηκαν με τη γνώση και την εμπειρία της Επιτροπής, με αποτέλεσμα τη διαμόρφωση των συστάσεων.

Εντοπίστηκαν περιορισμένα στοιχεία που έδειξαν ότι τα άτομα με κατάθλιψη επιθυμούν ενημέρωση σχετικά με τον τρόπο και τον χρόνο παρακολούθησης κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών, καθώς και ότι η δυνατότητα αυτοπαρακολούθησης των συμπτωμάτων εκλαμβάνεται ως ενδυναμωτική. Επίσης, αναδείχθηκαν ενδείξεις ότι, κατά τον σχεδιασμό της διακοπής της αγωγής, η σταδιακή μείωση της δόσης συνδέεται με μείωση των συμπτωμάτων απόσυρσης. Με βάση τη γνώση της επιτροπής, προστέθηκαν λεπτομέρειες σχετικά με τεχνικές σταδιακής μείωσης, με φάρμακα που συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα απόσυρσης, καθώς και με φάρμακα για τα οποία είναι δυνατή ταχύτερη μείωση, όπως η φλουοξετίνη.

Καταγράφηκαν στοιχεία σχετικά με το εύρος των ανεπιθύμητων ενεργειών που βιώνονται κατά τη διακοπή των αντικαταθλιπτικών. Ωστόσο, κρίθηκε ότι απαιτούνται πιο αναλυτικές πληροφορίες για τη συχνότητα και τη σοβαρότητα ανά συγκεκριμένη παρέμβαση, προκειμένου να ενισχυθεί η τεκμηριωμένη επιλογή των ατόμων. Επιπλέον, αναδείχθηκαν οι ανάγκες πληροφόρησης και υποστήριξης των ατόμων με κατάθλιψη, σύμφωνα με τις οποίες επιθυμείται η παροχή ρεαλιστικών πληροφοριών σχετικά με τα πιθανά οφέλη και τις ενδεχόμενες βλάβες των αντικαταθλιπτικών, τον χρόνο έναρξης της δράσης τους, τη διάρκεια της θεραπείας και τη διαδικασία διακοπής. Παράλληλα, εκτιμάται ιδιαίτερα η υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας κατά τη φάση της διακοπής, συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης των φόβων και των ανησυχιών που σχετίζονται με τη διαδικασία απόσυρσης.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Η σύσταση αντικατοπτρίζει την τρέχουσα πρακτική στην Κύπρο, επομένως η ΤΕΕ συμφώνησε ότι δεν αναμένεται να υπάρξει αλλαγή στην πρακτική.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Χρήση λιθίου ως ενισχυτικής θεραπείας

[Συστάσεις 1.4.26 έως 1.4.29, 1.4.31 και 1.4.32](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Οι συστάσεις σχετικά με τη χρήση του λιθίου διατυπώθηκαν μέσω άτυπης συναίνεσης της Επιτροπής και βασίστηκαν στη γνώση και την εμπειρία της, σε συνάφεια με τις απαιτήσεις παρακολούθησης που καθορίζονται στο Βρετανικό Εθνικό Συνταγολόγιο (BNF).

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Οι συστάσεις αντανakλούν την υφιστάμενη πρακτική, ενώ εκτιμάται ότι συμβάλλουν στη μείωση της διαφοροποίησης των πρακτικών εντός του συστήματος υγείας της Κύπρου.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Χρήση από του στόματος αντιψυχωσικών ως ενισχυτικής θεραπείας

[Συστάσεις 1.4.33 έως 1.4.37](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Οι συστάσεις σχετικά με τη χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων διατυπώθηκαν μέσω άτυπης συναίνεσης της επιτροπής και βασίστηκαν στη γνώση και την εμπειρία της, σε συνάφεια με τις απαιτήσεις παρακολούθησης για αντιψυχωσικά φάρμακα που καθορίζονται στο Βρετανικό Εθνικό Συνταγολόγιο (BNF).

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Οι συστάσεις αντανakλούν την υφιστάμενη πρακτική, ενώ εκτιμάται ότι συμβάλλουν στη μείωση της διαφοροποίησης των πρακτικών εντός του συστήματος υγείας της Κύπρου.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Δραστηριότητες για την ενίσχυση της ευεξίας

[Συστάσεις 1.4.40 και 1.4.41](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Με βάση τη γνώση και την εμπειρία της Επιτροπής, αναγνωρίστηκε ότι η άτυπη σωματική άσκηση, και ιδίως η άσκηση σε εξωτερικούς χώρους, συνδέεται με βελτιωμένη αίσθηση ευεξίας. Επίσης, αναγνωρίστηκε ότι ένας υγιεινός τρόπος ζωής συνδέεται με ενίσχυση της ευεξίας. Οι απόψεις αυτές επιβεβαιώθηκαν από τα σχόλια των εμπλεκόμενων φορέων.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Οι συστάσεις ενδέχεται να ενθαρρύνουν τη διεξαγωγή συζητήσεων σχετικά με την αξία της άτυπης άσκησης και ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Η ΤΕΕ εκτιμά ότι συμβάλλουν στη μείωση της διαφοροποίησης των πρακτικών εντός του συστήματος υγείας της Κύπρου.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Αντιμετώπιση νέου επεισοδίου λιγότερο σοβαρής κατάθλιψης

[Συστάσεις 1.5.2 και 1.5.3](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Διαπιστώθηκε επαρκής τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα της ομαδικής γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας (CBT) και της ομαδικής συμπεριφορικής ενεργοποίησης (BA), οι οποίες αξιολογήθηκαν ως, κατά μέσο όρο, οι πλέον αποδοτικές ως προς το κόστος για ενήλικες με λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη. Επιπλέον, καταγράφηκε ισχυρή τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα της ατομικής BA και της ατομικής CBT, καθώς και ορισμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της καθοδηγούμενης αυτοβοήθειας, παρεμβάσεις οι οποίες επίσης εκτιμήθηκαν ως αποδοτικές ως προς το κόστος. Ως εκ τούτου, οι εν λόγω επιλογές διατυπώθηκαν ως εναλλακτικές για άτομα που δεν επιθυμούν συμμετοχή σε ομαδική θεραπεία.

Αναγνωρίστηκε ότι, στην πράξη, κρίνεται σκόπιμο να προσφέρονται αρχικά οι λιγότερο παρεμβατικές και λιγότερο απαιτητικές σε πόρους θεραπείες, με δυνατότητα κλιμάκωσης σε άλλες παρεμβάσεις εφόσον αυτό καταστεί αναγκαίο. Για τον λόγο αυτό, συμφωνήθηκε ότι, για τους περισσότερους ανθρώπους με λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη, η καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια λαμβάνεται υπόψη ως πρώτη επιλογή.

Επιπλέον, καταγράφηκαν ορισμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της ομαδικής ενσυνειδητότητας και του διαλογισμού, της ομαδικής άσκησης, της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας (IPT) και των αντικαταθλιπτικών, τα οποία αξιολογήθηκαν επίσης ως αποδοτικά ως προς το κόστος. Οι παρεμβάσεις αυτές διατυπώθηκαν ως εναλλακτικές επιλογές για άτομα που δεν επιθυμούν τη λήψη CBT ή BA, είτε σε ομαδική, ατομική ή μορφή αυτοβοήθειας. Παράλληλα, επισημάνθηκε ότι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) προκρίνονται ως τα αντικαταθλιπτικά πρώτης επιλογής σε άτομα με λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη, λόγω του προφίλ ασφάλειας και ανεκτικότητάς τους.

Συζητήθηκε ότι, καθώς τα διαθέσιμα στοιχεία υποδεικνύουν ότι ορισμένες ψυχολογικές θεραπείες παρουσιάζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με τα αντικαταθλιπτικά, και λαμβάνοντας υπόψη την πιθανότητα ανεπιθύμητων ενεργειών, η φαρμακευτική αγωγή δεν τεκμαίρεται ως προεπιλεγμένη θεραπεία για άτομα με λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη, εκτός εάν αυτό αποτελεί σαφή προτίμηση του ατόμου έναντι της συμμετοχής σε ψυχολογική παρέμβαση.

Υπήρξαν ορισμένα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η συμβουλευτική και η βραχυπρόθεσμη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (STPP) ενδέχεται να είναι αποτελεσματικές. Ωστόσο, οι παρεμβάσεις αυτές δεν αξιολογήθηκαν, κατά μέσο όρο, ως εξίσου αποδοτικές ως προς το κόστος στη βελτίωση των συμπτωμάτων της λιγότερο σοβαρής κατάθλιψης. Παρά ταύτα, αναγνωρίστηκε ότι οι θεραπείες αυτές δύνανται να είναι ωφέλιμες για ορισμένα άτομα και, για τον λόγο αυτό, συμπεριλήφθηκαν ως διαθέσιμες επιλογές.

Παρουσιάστηκαν λεπτομέρειες των θεραπειών σε πίνακα, με σκοπό τη διευκόλυνση της συζήτησης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ατόμων με κατάθλιψη σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές. Πέραν της πρακτικής σύστασης για την αρχική χρήση της καθοδηγούμενης αυτοβοήθειας, ο πίνακας διαρθρώθηκε σύμφωνα με τη συναίνεση της επιτροπής ως προς τη μέση αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών επιλογών. Παράλληλα, ελήφθησαν υπόψη παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή, όπως η αρχική χρήση των λιγότερο παρεμβατικών θεραπειών. Ωστόσο, επισημάνθηκε ότι η επιλογή της θεραπείας συνιστά εξατομικευμένη απόφαση και ότι η προτίμηση σε θεραπεία χαμηλότερα στον πίνακα αποτελεί έγκυρη και αποδεκτή επιλογή.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Οι συστάσεις αντανakλούν την υφιστάμενη πρακτική, ενώ εκτιμάται ότι συμβάλλουν στη μείωση της διαφοροποίησης των πρακτικών εντός του συστήματος υγείας της Κύπρου.!

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Αντιμετώπιση νέου επεισοδίου πιο σοβαρής κατάθλιψης

[Σύσταση 1.6.1](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε την σύσταση

Καταγράφηκε επαρκής τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας (CBT) με αντικαταθλιπτικά, της ατομικής CBT και των ατομικών συμπεριφορικών θεραπειών. Οι παρεμβάσεις αυτές αξιολογήθηκαν, κατά μέσο όρο, ως αποδοτικές ως προς το κόστος για ενήλικες με πιο σοβαρή κατάθλιψη.

Υπήρξε επίσης ισχυρή τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα κόστους των αντικαταθλιπτικών (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης [SSRIs], αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης [SNRIs], τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά [TCAs] και μιρταζαπίνη). Συμφωνήθηκε ότι οι SSRIs και οι SNRIs προκρίνονται ως θεραπείες πρώτης γραμμής λόγω της καλύτερης ανεκτικότητάς τους. Ωστόσο, για άτομα των οποίων τα συμπτώματα είχαν ανταποκριθεί ικανοποιητικά σε TCA στο παρελθόν και δεν υφίστανται αντενδείξεις, ενδέχεται να προτιμηθεί η χρήση

TCA. Παράλληλα, αποφασίστηκε η μιρταζαπίνη να μη συμπεριληφθεί ως επιλογή πρώτης γραμμής και να διατηρηθεί για χρήση σε επόμενες γραμμές θεραπείας.

Υπήρξαν ορισμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής και της ατομικής θεραπείας επίλυσης προβλημάτων, παρεμβάσεις που αξιολογήθηκαν επίσης ως αποδοτικές ως προς το κόστος.

Καταγράφηκαν επίσης ορισμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας (IPT) και της βραχυπρόθεσμης ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας (STPP). Ωστόσο, οι παρεμβάσεις αυτές δεν αξιολογήθηκαν, κατά μέσο όρο, ως εξίσου αποδοτικές ως προς το κόστος στη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Παρά ταύτα, αναγνωρίστηκε ότι δύνανται να είναι ωφέλιμες για ορισμένα άτομα και, για τον λόγο αυτό, συμπεριλήφθηκαν ως διαθέσιμες επιλογές.

Υπήρξαν ορισμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα κόστους του συνδυασμού βελονισμού και αντικαταθλιπτικών. Ωστόσο, επισημάνθηκε ότι τα δεδομένα αυτά βασίζονταν σε κινεζικό βελονισμό, ο οποίος διαφέρει από τον δυτικό βελονισμό, και συνεπώς τα αποτελέσματα ενδέχεται να μην είναι άμεσα εφαρμόσιμα στον πληθυσμό της Κύπρου.

Τόσο η καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια όσο και η ομαδική άσκηση καταδείχθηκαν, κατά μέσο όρο, ως αποτελεσματικές και αποδοτικές ως προς το κόστος. Ωστόσο, εκφράστηκε ανησυχία ότι, στην κλινική πρακτική, οι παρεμβάσεις αυτές ενδέχεται να προσφέρονται σε άτομα με σοβαρή κατάθλιψη, για τα οποία η τακτική επαφή με επαγγελματία υγείας μπορεί να είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη. Ως εκ τούτου, συστάθηκε να λαμβάνονται προσεκτικά υπόψη, κατά προτεραιότητα, οι πιθανές ωφέλειες άλλων θεραπευτικών επιλογών με μεγαλύτερη επαφή με θεραπευτή.

Πέραν των δεδομένων που ανασκοπήθηκαν, λήφθηκαν υπόψη και μεγάλης κλίμακας, πραγματολογικές μελέτες που εξαιρέθηκαν από τη μετα-ανάλυση δικτύου, λόγω συμμετοχής πληθυσμών που δεν πληρούσαν συγκεκριμένα κριτήρια αναζήτησης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα των μελετών αυτών ήταν σε γενικές γραμμές συνεπή με τα ανασκοπηθέντα δεδομένα και υποστήριζαν τις διατυπωθείσες συστάσεις.

Οι λεπτομέρειες των θεραπειών παρατέθηκαν σε πίνακα, με σκοπό τη διευκόλυνση της συζήτησης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ατόμων με κατάθλιψη σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές. Ο πίνακας διαρθρώθηκε σύμφωνα με τη συναίνεση της επιτροπής ως προς τη μέση αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, καθώς και με την εξέταση παραγόντων εφαρμογής, με τις πλέον αποτελεσματικές και αποδοτικές επιλογές να παρατίθενται στην κορυφή. Παράλληλα, επισημάνθηκε ότι η επιλογή θεραπείας αποτελεί εξατομικευμένη απόφαση και ότι η προτίμηση σε θεραπεία χαμηλότερα στον πίνακα συνιστά έγκυρη επιλογή.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Η σύσταση αντανακλά την υφιστάμενη πρακτική, ενώ εκτιμάται ότι συμβάλλει στη μείωση της διαφοροποίησης των πρακτικών εντός του συστήματος υγείας της Κύπρου. Οι παρόχοι φροντίδας καλούνται να διασφαλίσουν τη διαθεσιμότητα ουσιαστικής επιλογής όλων των συνιστώμενων θεραπειών.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Θεραπεία ζεύγους

[Σύσταση 1.7.1](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε την σύσταση

Υπήρξαν περιορισμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της συμπεριφορικής θεραπείας ζεύγους σε άτομα με κατάθλιψη και δυσκολίες στη σχέση τους. Ωστόσο, αναγνωρίστηκε από την ΤΕΕ ότι η εν λόγω παρέμβαση διατίθεται στην Κύπρο και συμπεριλήφθηκε ως διαθέσιμη επιλογή στην κατευθυντήρια οδηγία.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Η σύσταση αντανακλά την υφιστάμενη πρακτική, ενώ εκτιμάται ότι συμβάλλει στη μείωση της διαφοροποίησης των πρακτικών εντός του συστήματος υγείας της Κύπρου.

[Επιστροφή στη σύσταση](#)

Πρόληψη υποτροπής

[Συστάσεις 1.8.1 έως 1.8.12](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Αναδείχθηκε σειρά παραγόντων κινδύνου, βάσει της γνώσης της επιτροπής από τη διεθνή βιβλιογραφία και την κλινική εμπειρία, οι οποίοι αυξάνουν την πιθανότητα υποτροπής. Συμφωνήθηκε ότι άτομα με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής ενδείκνυται να λαμβάνονται υπόψη για συνέχιση της θεραπείας, ενώ αναγνωρίστηκε ότι δεν επιθυμούν όλα τα άτομα τη λήψη θεραπείας πρόληψης υποτροπής. Επιπλέον, συμφωνήθηκε ότι τα άτομα που επιλέγουν τη μακροχρόνια συνέχιση αντικαταθλιπτικής αγωγής ενημερώνονται για τις ενδεχόμενες μακροπρόθεσμες επιπτώσεις.

Καταγράφηκε επαρκής τεκμηρίωση ότι οι SSRIs, οι SNRIs και τα TCAs, καθώς και η ομαδική CBT και η γνωσιακή θεραπεία βασισμένη στην ενσυνειδητότητα (mindfulness-based cognitive therapy – MBCT), είναι αποτελεσματικές για την πρόληψη υποτροπής και, κατά μέσο όρο, αποδοτικές ως προς το κόστος για άτομα με υψηλό κίνδυνο υποτροπής, με δεδομένα που αφορούν περιόδους θεραπείας έως και 2 έτη. Ως εκ τούτου, συστάθηκε η συνέχιση της αντικαταθλιπτικής αγωγής ή η συμμετοχή σε ομαδική CBT ή MBCT, με τις συστάσεις να διατυπώνονται λαμβάνοντας υπόψη τη θεραπεία που έχει ήδη λάβει το άτομο.

Παράλληλα, συμφωνήθηκε ότι οι ψυχολογικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη υποτροπής περιλαμβάνουν ρητή εστίαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων πρόληψης υποτροπής.

Με βάση τη γνώση και την εμπειρία της επιτροπής, διατυπώθηκαν συστάσεις για τις ρυθμίσεις παρακολούθησης των ατόμων που λαμβάνουν θεραπεία πρόληψης υποτροπής, με στόχο την αποφυγή απεριόριστης διάρκειας θεραπείας χωρίς επανεκτίμηση.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Οι συστάσεις αντανakλούν την υφιστάμενη πρακτική, ενώ εκτιμάται ότι συμβάλλουν στη μείωση της διαφοροποίησης των πρακτικών εντός του συστήματος υγείας της Κύπρου. Οι πάροχοι φροντίδας καλούνται να διασφαλίσουν την παροχή θεραπειών που περιλαμβάνουν ρητό σκέλος πρόληψης υποτροπής.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Θεραπίες επόμενης γραμμής

[Συστάσεις 1.9.1 έως 1.9.9 και 1.13.1 έως 1.13.9](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Οι συστάσεις διατυπώθηκαν βάσει της γνώσης και της εμπειρίας της επιτροπής, σύμφωνα με τις οποίες τα συμπτώματα της κατάθλιψης ενδέχεται να μην ανταποκρίνονται στη θεραπεία για διάφορους λόγους. Συμφωνήθηκε ότι οι λόγοι αυτοί πρέπει να διερευνώνται και να αντιμετωπίζονται πριν από την εξέταση θεραπειών επόμενης γραμμής.

Δεν εντοπίστηκαν τεκμηριωμένα δεδομένα για άτομα των οποίων η κατάθλιψη δεν ανταποκρίθηκε σε ψυχολογικές θεραπείες ως θεραπεία πρώτης γραμμής. Ωστόσο, βάσει της εμπειρίας της επιτροπής, διατυπώθηκαν συστάσεις για επιλογές θεραπείας επόμενης γραμμής σε άτομα των οποίων η κατάθλιψη αντιμετωπίστηκε αρχικά με ψυχολογικές παρεμβάσεις. Δεδομένης της έλλειψης τεκμηρίωσης για τα άτομα των οποίων τα συμπτώματα δεν ανταποκρίθηκαν στις αρχικές ψυχολογικές θεραπείες, διατυπώθηκε σύσταση για περαιτέρω έρευνα σχετικά με τις θεραπείες επόμενης γραμμής.

Για άτομα των οποίων η κατάθλιψη δεν ανταποκρίθηκε σε αντικαταθλιπτική αγωγή, καταγράφηκαν ορισμένα στοιχεία ότι η ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής με ομαδική άσκηση είναι αποτελεσματική. Καταγράφηκαν επίσης πολύ περιορισμένα στοιχεία ότι η μετάβαση σε διαφορετικό αντικαταθλιπτικό ή η αύξηση της δόσης του αντικαταθλιπτικού ενδέχεται να είναι αποτελεσματική. Επιπλέον, υπήρξαν στοιχεία ότι ο συνδυασμός ψυχολογικής θεραπείας και αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι αποτελεσματικός και, ως εκ τούτου, συστάθηκε και η χρήση συνδυαστικής θεραπείας.

Με βάση τα δεδομένα από την ανασκόπηση της θεραπείας πρώτης γραμμής για πιο σοβαρή κατάθλιψη, συμφωνήθηκε ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις που αξιολογήθηκαν ως αποτελεσματικές και αποδοτικές ως προς το κόστος για τη θεραπεία πρώτης γραμμής μπορούν να χρησιμοποιούνται και σε άτομα των οποίων τα συμπτώματα δεν ανταποκρίθηκαν στην αντικαταθλιπτική αγωγή και τα οποία επιθυμούν να δοκιμάσουν ψυχολογική θεραπεία.

Καταγράφηκαν στοιχεία ότι οι συνδυασμοί αντικαταθλιπτικών ή οι συνδυασμοί αντικαταθλιπτικού με άλλες θεραπείες (ηλεκτροσπασμοθεραπεία [ECT], αντιψυχωσικά, λίθιο, λαμοτριγίνη και τριωδοθυρονίνη) είναι αποτελεσματικοί. Ωστόσο, συμφωνήθηκε ότι οι συνδυασμοί αυτοί απαιτούν εξειδικευμένη ιατρική καθοδήγηση.

Υπήρξαν περιορισμένα στοιχεία για τη χρήση της ECT ως θεραπείας επόμενης γραμμής, είτε ως μονοθεραπεία είτε σε συνδυασμό με άσκηση. Συμφωνήθηκε, επομένως, ότι η ECT θα πρέπει να παραμένει διαθέσιμη ως επιλογή για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν δεν έχει επιτευχθεί καμία ή επαρκής ανταπόκριση σε άλλες παρεμβάσεις.

Βάσει της γνώσης και της εμπειρίας της επιτροπής, καθώς και της ευρύτερης βιβλιογραφίας για την ECT, επισημάνθηκε ότι η θεραπεία αυτή οδηγεί σε ταχεία κλινική ανταπόκριση. Ως εκ τούτου, συστάθηκε να λαμβάνεται υπόψη και σε άλλες περιστάσεις, όχι μόνο ως θεραπεία επόμενης γραμμής, όταν απαιτείται άμεση ανταπόκριση. Επιπλέον, αναγνωρίστηκε ότι ορισμένα άτομα που έχουν λάβει ECT στο παρελθόν, γνωρίζουν την αποτελεσματικότητά της και εκφράζουν προτίμηση για τη χρήση της. Για τον λόγο αυτό, τονίστηκε εκ νέου ότι οι προτιμήσεις των ατόμων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την εξέταση της ECT ως θεραπευτικής επιλογής, σύμφωνα με τις γενικές συστάσεις για την επιλογή θεραπείας.

Οι υφιστάμενες συστάσεις σχετικά με τη χορήγηση της ECT επανεξετάστηκαν και κρίθηκαν ως ορθές, και ως εκ τούτου διατηρήθηκαν. Ωστόσο, επισημάνθηκε ότι υφίστανται πλέον επικαιροποιημένα πρότυπα που έχουν εκδοθεί από το Βασιλικό Κολλέγιο Ψυχιάτρων και τα οποία καθορίζουν τα απαιτούμενα πρότυπα παροχής υπηρεσιών για την ασφαλή και αποτελεσματική λειτουργία υπηρεσιών ECT, καθώς και αναγνωρισμένο σύστημα διαπίστευσης (ECTAS). Για τον λόγο αυτό, συστάθηκε οι κλινικές και οι οργανισμοί που παρέχουν ECT να είναι διαπιστευμένοι και να συμμορφώνονται με τα εν λόγω πρότυπα.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Οι συστάσεις για τις θεραπείες επόμενης γραμμής αντανakλούν την υφιστάμενη πρακτική, ενώ εκτιμάται ότι συμβάλλουν στη μείωση της διαφοροποίησης των πρακτικών εντός του συστήματος υγείας της Κύπρου. Οι συστάσεις σχετικά με την ECT αναμένεται να διασφαλίσουν τη διαθεσιμότητα της θεραπείας για άτομα στα οποία αυτή ενδείκνυται, υπογραμμίζοντας παράλληλα ότι αποτελεί θεραπευτική επιλογή μόνο σε συγκεκριμένες περιστάσεις.

[Επιστροφή στις συστάσεις 1.9.1 έως 1.9.9 και 1.13.1 έως 1.13.9](#)

Χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα

[Συστάσεις 1.10.1 έως 1.10.6, 1.10.8 και 1.10.9](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Καταγράφηκαν ορισμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας (CBT), των SSRIs, των SNRIs και των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (TCAs) στη θεραπεία των χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, υπήρξαν πολύ περιορισμένα στοιχεία ότι οι συνδυασμοί ψυχολογικών θεραπειών και αντικαταθλιπτικών ενδέχεται, κατά μέσο όρο, να είναι πιο αποτελεσματικοί από τη χρήση καθεμιάς από αυτές μεμονωμένα.

Καταγράφηκαν ορισμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα και άλλων φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων των TCAs, της φαινελζίνης και της αμισουλπρίδης, σε άτομα με χρόνια κατάθλιψη. Ως εκ τούτου, εκτιμήθηκε ότι οι θεραπείες αυτές μπορούν να χρησιμοποιούνται ως εναλλακτικές επιλογές, με εξειδικευμένη καθοδήγηση, σε άτομα των οποίων τα συμπτώματα δεν ανταποκρίθηκαν στους SSRIs ή στους SNRIs. Ωστόσο, διευκρινίστηκε ότι η εκτίμηση αυτή βασίζεται σε εξαγωγή συμπερασμάτων από δεδομένα που αφορούσαν θεραπεία πρώτης γραμμής και όχι θεραπείες επόμενης γραμμής.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Οι συστάσεις αντανακλούν την υφιστάμενη πρακτική, ενώ εκτιμάται ότι συμβάλλουν στη μείωση της διαφοροποίησης των πρακτικών εντός του συστήματος υγείας της Κύπρου.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Κατάθλιψη σε άτομα με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας

[Συστάσεις 1.11.1 έως 1.11.4](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Καταγράφηκαν περιορισμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού ψυχολογικών θεραπειών και αντικαταθλιπτικών στη θεραπεία της κατάθλιψης σε άτομα με διαταραχή προσωπικότητας. Επιπλέον, αναγνωρίστηκε ότι η παρατεταμένη διάρκεια της θεραπείας και η διεπιστημονική υποστήριξη ενδέχεται να είναι ωφέλιμες για τη βελτίωση της προσέλευσης και της συμμόρφωσης στη θεραπεία. Ωστόσο, η τεκμηρίωση κρίθηκε περιορισμένη, καθώς βασιζόταν σε μικρές μελέτες χαμηλής ή πολύ χαμηλής ποιότητας. Ως εκ τούτου, δεν κατέστη δυνατή η σύσταση συγκεκριμένου αντικαταθλιπτικού ή ψυχολογικής θεραπείας, και συμφωνήθηκε ότι η επιλογή της θεραπείας θα πρέπει να καθοδηγείται από

τις προτιμήσεις του ατόμου. Επιπλέον, αναγνωρίστηκε ότι τα διαθέσιμα δεδομένα αφορούσαν μικτούς ή μη προσδιορισμένους τύπους διαταραχής προσωπικότητας, γεγονός που περιορίσει τη δυνατότητα διατύπωσης διαφοροποιημένων συστάσεων ανά τύπο διαταραχής.

Βάσει της γνώσης και της εμπειρίας της επιτροπής, επισημάνθηκε ότι η εξειδικευμένη αντιμετώπιση της διαταραχής προσωπικότητας από αρμόδιες υπηρεσίες ενδέχεται να οδηγήσει σε βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Οι συστάσεις εκτιμάται ότι συμβάλλουν στη μείωση της διαφοροποίησης της παρεχόμενης φροντίδας σε άτομα με κατάθλιψη και διαταραχή προσωπικότητας, ενισχύοντας την υφιστάμενη πρακτική παραπομπής και θεραπείας σε εξειδικευμένα προγράμματα.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Ψυχωσική κατάθλιψη

[Συστάσεις 1.12.1 έως 1.12.6](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Καταγράφηκαν περιορισμένα στοιχεία ότι ο συνδυασμός αντικαταθλιπτικού και αντιψυχωσικού φαρμάκου ενδέχεται να προσφέρει οφέλη στη θεραπεία της ψυχωσικής κατάθλιψης. Υπήρξαν στοιχεία ειδικότερα για την ολανζαπίνη και την κουετιαπίνη, ενώ αναγνωρίστηκε ότι η κουετιαπίνη διαθέτει τόσο αντικαταθλιπτικές όσο και αντιψυχωσικές ιδιότητες και, ως εκ τούτου, χρησιμοποιείται ευρέως στη θεραπεία της ψυχωσικής κατάθλιψης. Συζητήθηκε ότι η έναρξη συνδυαστικής θεραπείας δεν πραγματοποιείται συνήθως στην πρωτοβάθμια φροντίδα και, κατά συνέπεια, τα άτομα που επιθυμούν την έναρξη αντιψυχωσικού φαρμάκου θα πρέπει να παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Βάσει της εμπειρίας της επιτροπής, συμφωνήθηκε ότι η αποτελεσματικότητα του συνδυασμού αυτού θα πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά και ότι τα άτομα θα πρέπει να επανεκτιμώνται σε τακτά διαστήματα, ώστε να μην παραμένουν στη συνδυαστική αγωγή περισσότερο από το αναγκαίο. Επιπλέον, επισημάνθηκε ότι απαιτείται εξειδικευμένη καθοδήγηση για τον καθορισμό του κατάλληλου χρόνου διακοπής του αντιψυχωσικού φαρμάκου.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Οι συστάσεις αντανakλούν την υφιστάμενη πρακτική, ενώ εκτιμάται ότι συμβάλλουν στη μείωση της διαφοροποίησης των πρακτικών εντός του συστήματος υγείας της Κύπρου.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Πρόσβαση στις υπηρεσίες

[Συστάσεις 1.16.1 έως 1.16.5](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Για τις συστάσεις σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες για όλα τα άτομα με κατάθλιψη, αξιοποιήθηκε η γνώση και η εμπειρία της επιτροπής σχετικά με τη βελτίωση της πρόσβασης μέσω προσέγγισης σταδιακής φροντίδας (stepped care) ή αντιστοιχισμένης φροντίδας (matched care), με έμφαση στην καλή διασύνδεση μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, στη διασφάλιση της διαθεσιμότητας πληροφοριών για τις υπηρεσίες και στη χρήση ποικίλων μεθόδων παροχής υπηρεσιών.

Καταγράφηκαν ορισμένα στοιχεία ότι η τροποποίηση του τρόπου παροχής των παρεμβάσεων για τη θεραπεία της κατάθλιψης, όπως η συν-στέγαση υπηρεσιών σωματικής και ψυχικής υγείας, η χρήση τηλεφωνικών ή διαδικτυακών παρεμβάσεων μέσω βιντεοκλήσης, η συνεργατική φροντίδα και οι πολιτισμικά προσαρμοσμένες υπηρεσίες, οδήγησε σε αυξημένη προσέλευση και συμμετοχή σε ορισμένες ομάδες, όπως άνδρες, ηλικιωμένα άτομα και άτομα από μαύρες, ασιατικές και άλλες εθνοτικές μειονότητες.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Η τροποποίηση του τρόπου παροχής των θεραπειών για τη βελτίωση της πρόσβασης ορισμένων ομάδων ενδέχεται να απαιτήσει προσαρμογές στις υπηρεσίες. Ωστόσο, η έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης εκτιμάται ότι μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένα μακροπρόθεσμα θεραπευτικά αποτελέσματα σε αυτές τις ομάδες.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Συνεργατική και εξειδικευμένη φροντίδα

[Συστάσεις 1.16.5 έως 1.16.8](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Καταγράφηκε επαρκής τεκμηρίωση ότι η απλή συνεργατική φροντίδα βελτιώνει τα αποτελέσματα σε άτομα με κατάθλιψη και ότι, συνολικά, αποτελεί αποδοτική ως προς το κόστος παρέμβαση, συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων ατόμων με κατάθλιψη.

Υπήρξαν ορισμένα στοιχεία ότι συγκεκριμένα συστατικά της συνεργατικής φροντίδας οδηγούν σε οφέλη, τα οποία συμπληρώθηκαν από την εξειδίκευση και την εμπειρία της επιτροπής.

Δεν πραγματοποιήθηκε ειδική ανασκόπηση της τεκμηρίωσης για την εξειδικευμένη φροντίδα ατόμων με σοβαρή κατάθλιψη και πολλαπλά επιβαρυντικά προβλήματα ή σημαντικές συνυπάρχουσες καταστάσεις. Ωστόσο, βάσει της εις βάθος γνώσης της βιβλιογραφίας και της κλινικής εμπειρίας της επιτροπής, αναγνωρίστηκαν μελέτες που υποδηλώνουν οφέλη για την ομάδα αυτή, και, ως εκ τούτου, συστάθηκε η παροχή εξειδικευμένης φροντίδας.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Οι συστάσεις για τη συνεργατική φροντίδα ενδέχεται να αυξήσουν τη χρήση πόρων, ωστόσο υπάρχουν στοιχεία ότι η προσέγγιση αυτή είναι αποδοτική ως προς το κόστος. Η εξειδικευμένη φροντίδα είναι πιθανό να αυξήσει τη χρήση πόρων, αλλά αναμένεται να αφορά μικρό αριθμό ατόμων και ενδέχεται να αντισταθμίσει μελλοντικές δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας και θεραπείας.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Φροντίδα κρίσης και ενδονοσοκομειακή φροντίδα

[Συστάσεις 1.16.10 έως 1.16.13](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Καταγράφηκαν ορισμένα στοιχεία ότι οι κατ' οίκον θεραπείες βελτιώνουν τα συμπτώματα σε άτομα με σοβαρές ή ψυχωσικές ψυχικές διαταραχές και ότι αποτελούν αποδοτική ως προς το κόστος επιλογή σε σύγκριση με τη συνήθη ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Ωστόσο, βάσει της εμπειρίας της επιτροπής, αναγνωρίστηκε ότι άτομα με πιο σοβαρή κατάθλιψη ενδέχεται να χρειάζονται νοσηλεία.

Βάσει της γνώσης και της εμπειρίας της επιτροπής και εφόσον δεν είναι διαθέσιμες στην Κύπρο κατ' οίκον θεραπείες σε άτομα με σοβαρές ή ψυχωσικές ψυχικές διαταραχές, η ΤΕΕ συμφώνησε ότι οι ψυχολογικές θεραπείες θα πρέπει να είναι διαθέσιμες για άτομα με κατάθλιψη σε ενδονοσοκομειακά περιβάλλοντα.

Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Η σύσταση αντικατοπτρίζει την τρέχουσα πρακτική, επομένως δεν θα πρέπει να υπάρξει αλλαγή στην πρακτική.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Πλαίσιο

Με βάση μια ευρωπαϊκή μελέτη πληθυσμιακής βάσης που διεξήχθη σε 30 χώρες, εκτιμήθηκε ότι ο μέσος σημειακός επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ανέρχεται σε 6,54%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Κύπρο εκτιμήθηκε σε 2,09% (de la Torre JA, 2023). Παρά ταύτα, αναμένεται ότι κατά τη διάρκεια της ζωής τους περισσότερο από το 15% των ατόμων θα βιώσουν ένα επεισόδιο κατάθλιψης. Η μέση διάρκεια ενός επεισοδίου εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ 6 και 8 μηνών. Για πολλούς ανθρώπους το επεισόδιο είναι ήπιο, ωστόσο για περισσότερο από το 30% η κατάθλιψη είναι μέτρια ή σοβαρή και ασκεί σημαντική επίδραση στην καθημερινή τους ζωή. Τα ποσοστά υποτροπής είναι υψηλά: εκτιμάται ότι υπάρχει πιθανότητα 50% για υποτροπή μετά από ένα πρώτο επεισόδιο, η οποία αυξάνεται σε 70% και 90% μετά από δεύτερο ή τρίτο επεισόδιο, αντίστοιχα.

Οι γυναίκες διαγιγνώσκονται με κατάθλιψη σε ποσοστό 1,5 έως 2,5 φορές υψηλότερο σε σύγκριση με τους άνδρες. Ωστόσο, παρότι οι άνδρες διαγιγνώσκονται λιγότερο συχνά με κατάθλιψη, παρατηρείται ότι παρουσιάζονται υψηλότερα ποσοστά θανάτων από αυτοκτονία, αυξημένα επίπεδα κατάχρησης ουσιών και μικρότερη πιθανότητα αναζήτησης βοήθειας σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης δύνανται να είναι εξουθενωτικά και οι επιπτώσεις της νόσου να είναι εκτεταμένες. Σημαντική αρνητική επίδραση μπορεί να ασκηθεί στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου, επιβαρύνοντας τόσο το ίδιο το άτομο όσο και τους φροντιστές και τα εξαρτώμενα μέλη του, καθώς και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αναμένεται ότι η κατάθλιψη θα καταστεί η δεύτερη συχνότερη αιτία απώλειας ετών ζωής προσαρμοσμένων στην αναπηρία (disability-adjusted life years – DALYs) παγκοσμίως, μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Η κατάθλιψη αναγνωρίζεται ως η κύρια αιτία αυτοκτονίας, καθώς αποδίδονται σε αυτήν τα δύο τρίτα όλων των θανάτων από αυτοκτονία.

.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πληροφορίες σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα σας

Η φροντίδα σας

Έχετε το δικαίωμα να συμμετέχετε ενεργά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα σας. Για να λάβετε μια απόφαση, χρειάζεται να γνωρίζετε ποιες επιλογές έχετε και τι μπορεί να συμβεί αν δεν επιλέξετε καμία θεραπεία ή φροντίδα.

Συνιστάται να ζητάτε πληροφορίες σχετικά με το τι πρέπει να κάνετε:

- πριν επισκεφθείτε τον επαγγελματία υγείας ή φροντίδας
- κατά τη διάρκεια της επίσκεψής σας στον επαγγελματία υγείας ή φροντίδας
- όταν εμπλέκετε άλλα άτομα στη διαδικασία
- όταν δεν μπορείτε να δώσετε συγκατάθεση.

Κοινή λήψη αποφάσεων

Η κοινή λήψη αποφάσεων πραγματοποιείται όταν οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς συνεργάζονται. Η διαδικασία αυτή τοποθετεί εσάς στο επίκεντρο των αποφάσεων που αφορούν τη δική σας θεραπεία και φροντίδα.

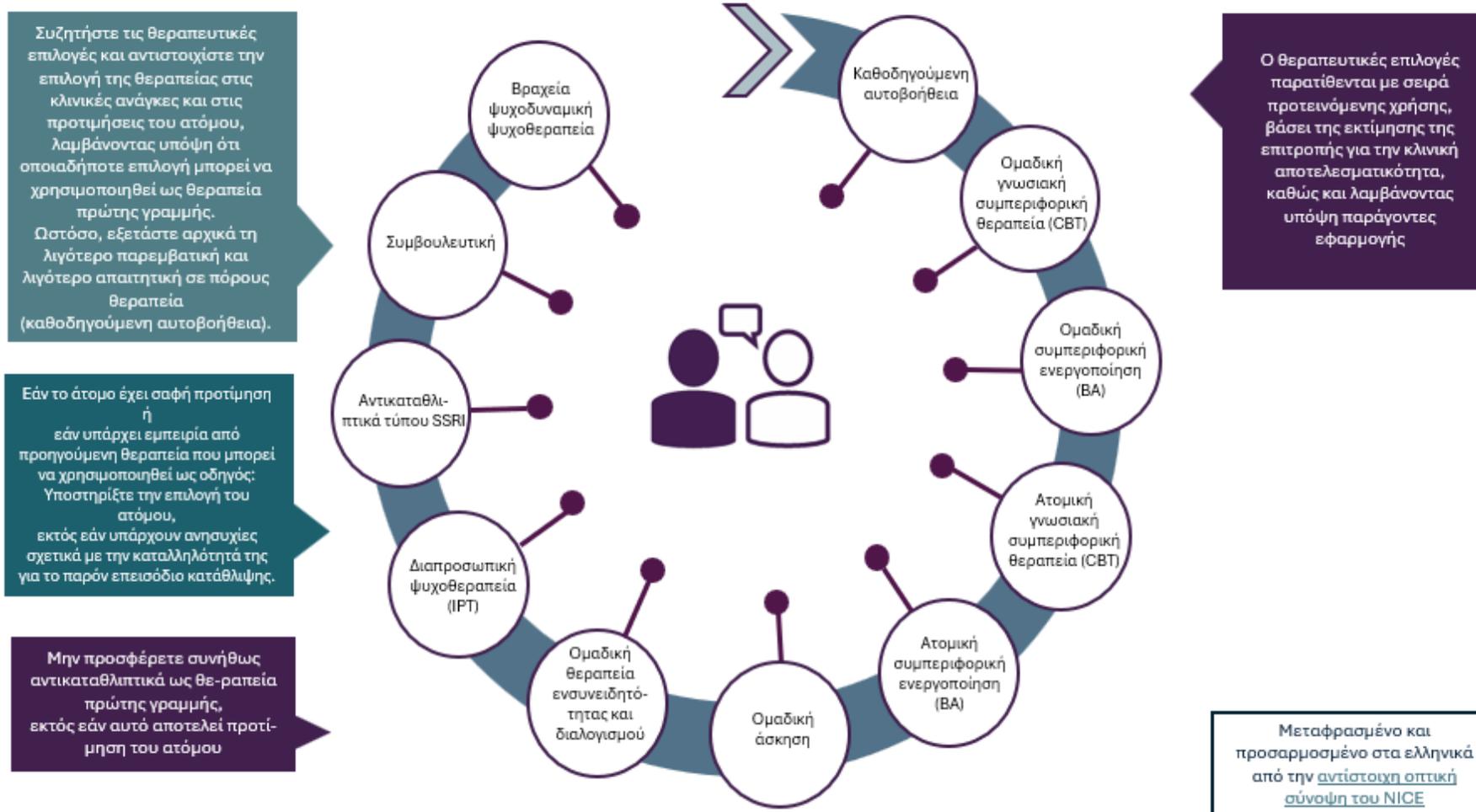
Αυτό σημαίνει ότι:

- συζητάτε τις διαφορετικές επιλογές που έχετε στη διάθεσή σας
- διερευνάτε πλήρως τις επιλογές φροντίδας ή θεραπείας, μαζί με τους πιθανούς κινδύνους και τα οφέλη
- λαμβάνετε την απόφαση από κοινού με τους επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Οπτική σύνοψη για τη συζήτηση των θεραπειών πρώτης γραμμής για λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη

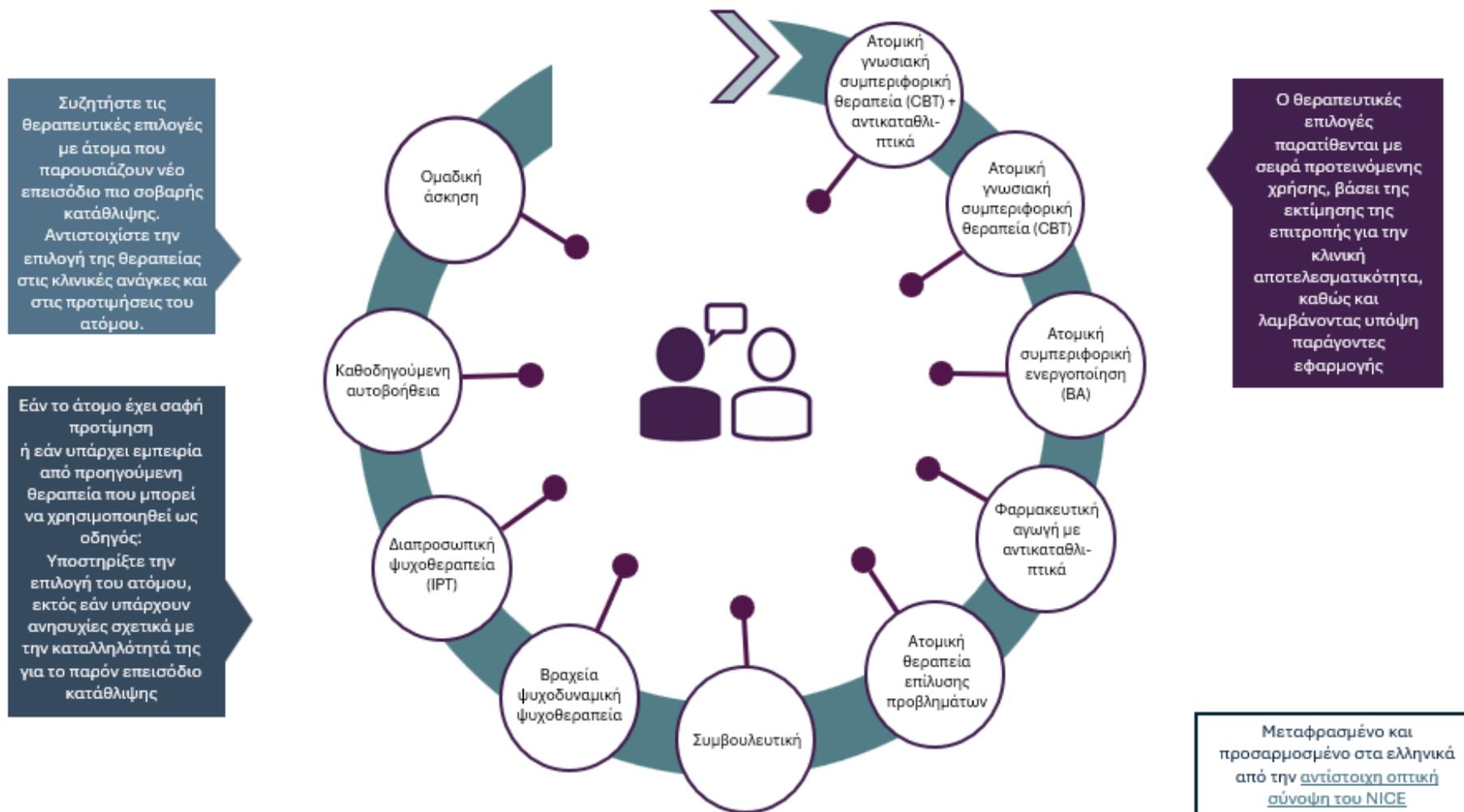
Κατάθλιψη στους ενήλικες: συζήτηση θεραπειών πρώτης γραμμής για λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Συνοπτική οπτική παρουσίαση για τη συζήτηση των θεραπειών πρώτης γραμμής για πιο σοβαρή κατάθλιψη

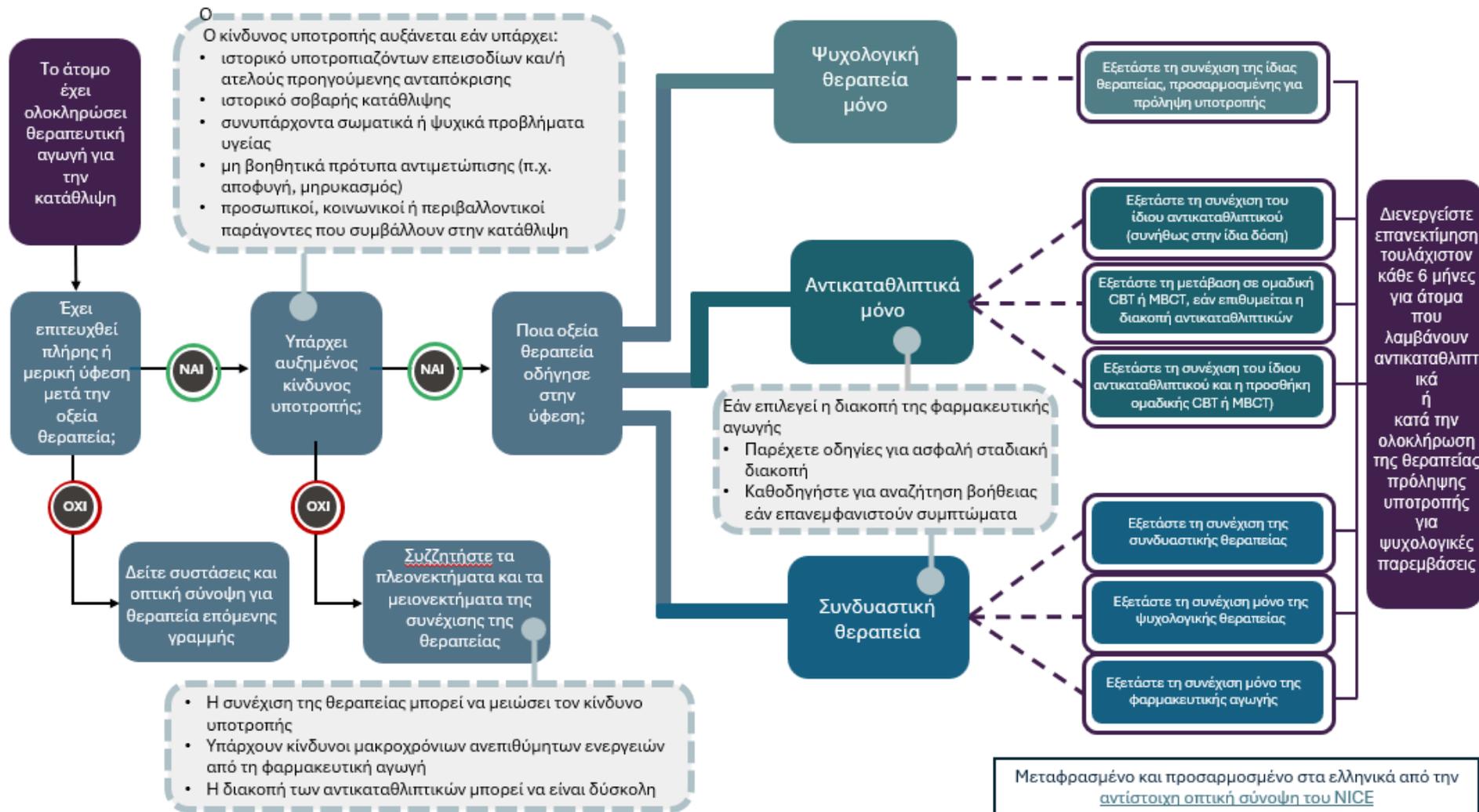
Κατάθλιψη στους ενήλικες: συζήτηση θεραπειών πρώτης γραμμής για πιο σοβαρή κατάθλιψη



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Συνοπτική οπτική παρουσίαση για την πρόληψη της υποτροπής.

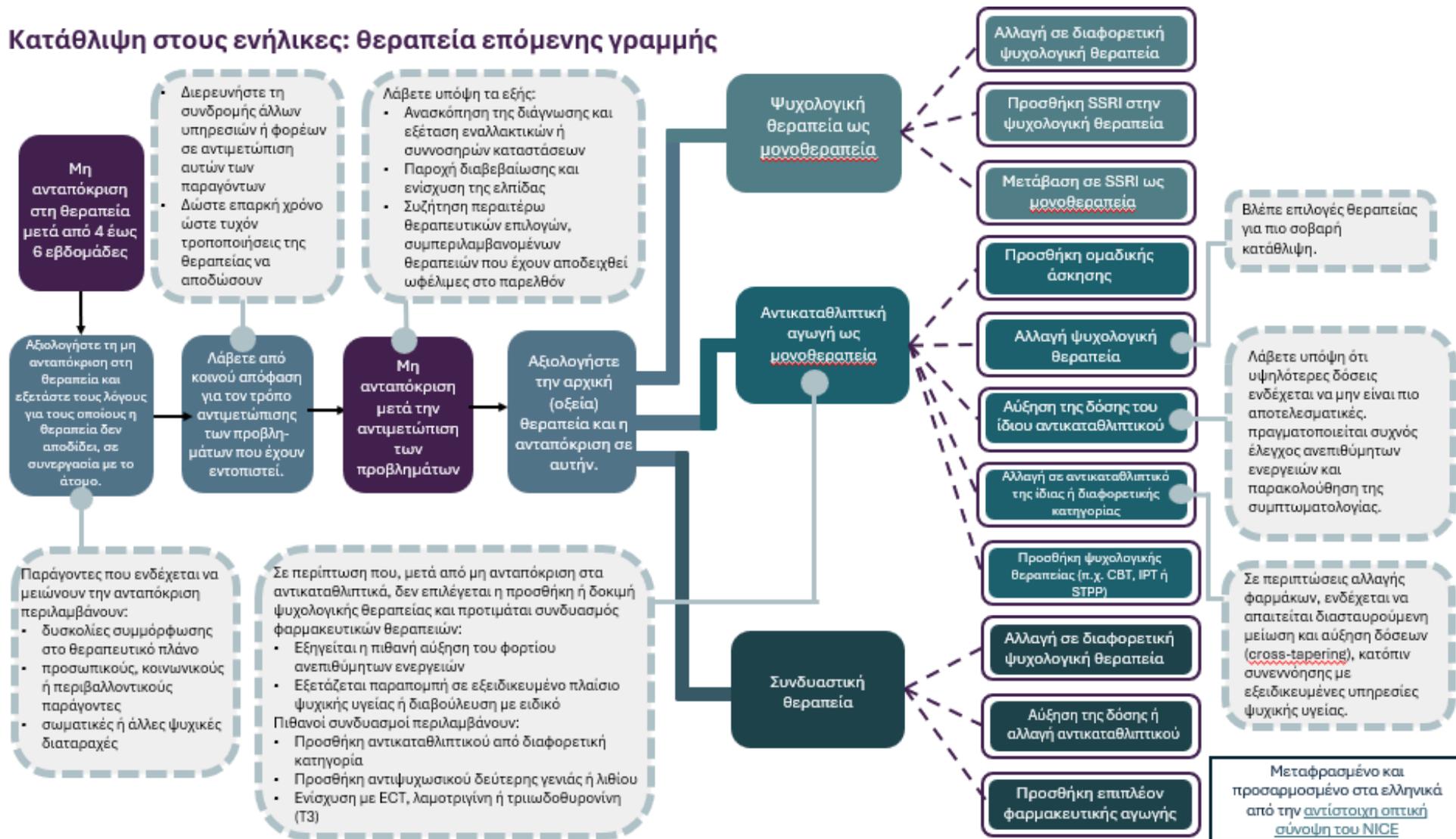
Κατάθλιψη στους ενήλικες: πρόληψη της υποτροπής



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Συνοπτική οπτική παρουσίαση για τις περαιτέρω γραμμές θεραπείας

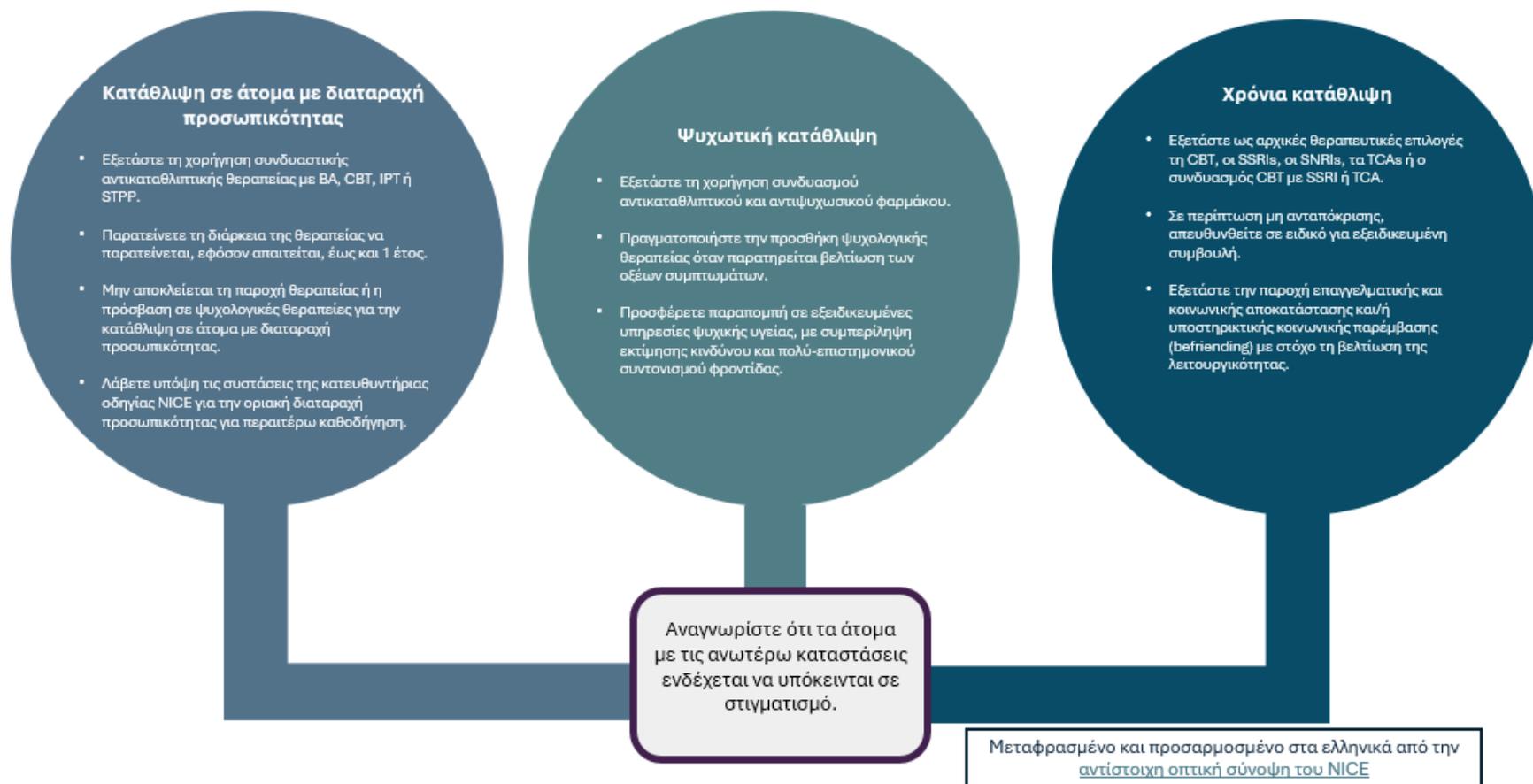
Κατάθλιψη στους ενήλικες: θεραπεία επόμενης γραμμής



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

Συνοπτική οπτική παρουσίαση για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε άτομα με διαταραχή προσωπικότητας

Κατάθλιψη σε ενήλικες: θεραπευτικές επιλογές για τη χρόνια κατάθλιψη, την κατάθλιψη σε άτομα με διαταραχή προσωπικότητας ή την ψυχωτική κατάθλιψη



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII

Κατευθυντήριες οδηγίες διενέργειας θεραπείας του επαναληπτικού Διακρανιακού Μαγνητικού Ερεθισμού (rTMS)

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας - Αρ. Ανακοίνωσης: 032024SP01688

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΝΔΕΙΞΗ	Δικαιούχος >18 ετών με επιβεβαιωμένη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (ΜΚΔ), μεμονωμένου ή υποτροπιάζοντος επεισοδίου.
ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ (πρέπει να ισχύει ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ μία)	Έλλειψη κλινικά σημαντικής ανταπόκρισης σε φαρμακευτική αγωγή για ΜΚΔ, έπειτα από τέσσερις (4) πλήρεις δοκιμές ψυχοφαρμακολογικών παραγόντων από τουλάχιστον δύο (2) διαφορετικές κατηγορίες φαρμάκων (θεωρείται πλήρης η δοκιμή εάν υπάρχει η μέγιστη ανεκτή θεραπευτική δόση και διάρκεια όχι μικρότερη από τέσσερις (4) εβδομάδες ανά φάρμακο). <i>Ο κύκλος συνεδριών δεν δύναται να ξεπεράσει τις σαράντα πέντε (45) συνεδρίες, συμπεριλαμβανομένων των συνεδριών συντήρησης εφόσον ενδείκνυνται.</i>
	Αδυναμία ανοχής σε φαρμακευτική αγωγή για ΜΚΔ, σε τέσσερις (4) διαφορετικούς ψυχοφαρμακολογικούς παράγοντες με καταγεγραμμένες ανεπιθύμητες ενέργειες. <i>Ο κύκλος συνεδριών δεν δύναται να ξεπεράσει τις σαράντα πέντε (45) συνεδρίες, συμπεριλαμβανομένων των συνεδριών συντήρησης εφόσον ενδείκνυνται.</i>
	Ιστορικό κλινικά σημαντικής ανταπόκρισης σε rTMS σε προηγούμενο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο με ανταπόκριση μεγαλύτερη από 50% σε κάποια από τις τυπικές κλίμακες αξιολόγησης για την κατάθλιψη MADRS ή HDRS. Η επανάληψη συνεδριών δύναται να πραγματοποιηθεί σε περίπτωση υποτροπιάζοντος καταθλιπτικού επεισοδίου μετά από έναν επιτυχή κύκλο συνεδριών (βλ. πιο πάνω). <i>Ο κύκλος συνεδριών δεν δύναται να ξεπεράσει τις σαράντα πέντε (45) συνεδρίες, συμπεριλαμβανομένων των συνεδριών συντήρησης εφόσον ενδείκνυνται. Η επανάληψη συνεδριών δύναται να πραγματοποιηθεί μόνο μία φορά.</i>
ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ:	Ψύχωση, οξεία ή χρόνια (π.χ. μείζονα κατάθλιψη με ψυχωσικά χαρακτηριστικά, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια). Παρουσία μεταλλικής ή αγωγίμης συσκευής στο κεφάλι ή το σώμα (π.χ. μεταλλικά κλιπ ανευρύσματος, θραύσματα σφαίρας, βηματοδότες, εμφυτευμένος απινιδωτής καρδιομετατροπής (ICD), Διεγέρτης Πνευμονογαστρικού Νεύρου).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII

Συνοπτική οπτική παρουσίαση του μοντέλου αντιστοιχισμένης φροντίδας

Κατάθλιψη στους ενήλικες: το μοντέλο αντιστοιχισμένης φροντίδας

Η επιλογή της θεραπείας βασίζεται:

- στη βαρύτητα του προβλήματος
- στις προηγούμενες εμπειρίες θεραπειών
- στις προτιμήσεις του ατόμου

Εστίαση των παρεμβάσεων

Φύση των παρεμβάσεων



Μεταφρασμένο και προσαρμοσμένο στα ελληνικά από την [αντίστοιχη οπτική σύνοψη του NICE](#)