

Κατευθυντήρια οδηγία

**Κατάθλιψη σε ενήλικες:
θεραπευτική αντιμετώπιση και
διαχείριση της νόσου**

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

Ιούλιος 2026



Εισαγωγικό σημείωμα

Η κατευθυντήρια οδηγία NG222 «Depression in adults: treatment and management» του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) του Ηνωμένου Βασιλείου (HB), αναπτύχθηκε τον Ιούνιο του 2022, και τέθηκε στη διάθεση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ως αποτέλεσμα συμφωνίας άδειας χρήσης με τον οργανισμό NICE, με σκοπό την προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας στην πραγματικότητα του συστήματος υγείας της Κύπρου. Για τον σκοπό αυτό, ο ΟΑΥ απευθύνθηκε στην Κύπρο σε ιατρούς και άλλους/ες σχετικούς/σχετικές επαγγελματίες υγείας με ειδίκευση/εμπειρογνωμοσύνη στον τομέα της ψυχιατρικής, ψυχολογίας, παθολογίας/πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, νοσηλευτικής ψυχικής υγείας και φαρμακευτικής, καθώς και σε εκπροσώπους ασθενών, και συγκρότησε Τεχνική Επιτροπή Ειδικών (ΤΕΕ). Τα μέλη της ΤΕΕ, στο πλαίσιο μιας σειράς συνεδριάσεων, αξιολόγησαν το πεδίο εφαρμογής και το πλήρες κείμενο της κατευθυντήριας οδηγίας και πραγματοποίησαν αλλαγές, εφόσον αυτές υποστηρίζονταν επαρκώς από επιστημονικά στοιχεία. Επιπλέον, η ΤΕΕ εξέτασε τους δείκτες ποιότητας που σχετίζονται με τη θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση της κατάθλιψης που έχουν αναπτυχθεί από το NICE για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service - NHS) του HB, τους αξιολόγησε ως προς τη δυνατότητα εφαρμογής τους στο Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) της Κύπρου και επέλεξε όσους κρίθηκαν κλινικά συναφείς και τεχνικά εφικτοί. Στη διαδικασία προσαρμογής, η ΤΕΕ βοηθήθηκε, σε οργανωτικό και μεθοδολογικό επίπεδο, από τον ΟΑΥ και από εξωτερική επιστημονική Υποστηρικτική Επιτροπή (Secretariat).

Το πρώτο προσχέδιο της κατευθυντήριας οδηγίας διαμορφώθηκε από την ΤΕΕ στην αγγλική γλώσσα, για σκοπούς σύγκρισης με την πρωτότυπη οδηγία του NICE. Ακολούθως μεταφράστηκε στα ελληνικά και η τελική έκδοση της κατευθυντήριας οδηγίας και οι προτεινόμενοι δείκτες ποιότητας τέθηκαν σε δημόσια διαβούλευση, στην οποία προσκλήθηκαν δυνητικά ενδιαφερόμενα μέρη, όπως κρατικοί οργανισμοί υγείας, ιατρικές/επιστημονικές ενώσεις και εταιρείες, σύνδεσμοι ασθενών και φαρμακευτικές εταιρείες/εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού. Με το πέρας της δημόσιας διαβούλευσης, η ΤΕΕ προέβη στις τελευταίες αλλαγές επί του κειμένου και οριστικοποίησε την κατευθυντήρια οδηγία στην τελική της μορφή.

Η παρούσα κατευθυντήρια οδηγία βασίζεται στην κατευθυντήρια οδηγία του οργανισμού NICE © NICE (2022) Depression in adults: treatment and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>).

Στην Τεχνική Επιτροπή Ειδικών προσκλήθηκαν και έλαβαν μέρος οι ακόλουθοι/ες:

- Δρ Ανδρέας Χατζητοφής (Πρόεδρος ΤΕΕ, Ψυχιατρική)
- Δρ Κατερίνα Μαυρομμάτη (Αντιπρόεδρος ΤΕΕ, Ψυχιατρική)
- Δρ Μαίρη Αβρααμίδου (Μέλος, Γενική Ιατρική)
- Γεώργιος Αλεξάνδρου (Μέλος, Νοσηλευτική)
- Δρ Ειρήνη Ανδρέου (Μέλος, Ψυχιατρική)
- Πλούταρχος Γεωργιάδης (Μέλος, Φαρμακευτική)
- Πόλυ Γρηγορά (Μέλος, Εκπρόσωπος ασθενών)
- Ξενοφών Ιωαννίδης (Μέλος, Εκπρόσωπος ασθενών)
- Δρ Βασιλική Χριστοδούλου (Μέλος, Ψυχολογία)
- Δρ Νατάσα Χριστοφίδη (Μέλος, Γενική Ιατρική)

Όλα τα δικαιώματα διατηρούνται. Υπόκειται σε [γνωστοποίηση δικαιωμάτων](#). Η κατευθυντήρια οδηγία του NICE αναπτύχθηκε για το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Υπόκειται σε τακτική ανασκόπηση και αναθεώρηση και μπορεί να αποσυρθεί. Το NICE δεν αποδέχεται καμία ευθύνη για τη χρήση του περιεχομένου σε αυτή τη δημοσίευση.

Κατευθυντήρια οδηγία

Κατάθλιψη σε ενήλικες: θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση της νόσου

Τελικό, Ιούλιος 2026

Σύνοψη

Αυτή η κατευθυντήρια οδηγία καλύπτει την αναγνώριση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και τη διαχείριση της κατάθλιψης σε άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω. Παρέχει συστάσεις για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των πρώτων επεισοδίων κατάθλιψης, για θεραπείες επόμενης γραμμής, καθώς και συμβουλές για την πρόληψη των υποτροπών 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/ες επαγγελματίες που έχουν άμεση επαφή με, ή παρέχουν υπηρεσίες υγείας και άλλες υπηρεσίες σε άτομα με κατάθλιψη
- Άτομα με κατάθλιψη, τις οικογένειες τους και όσους/ες τα φροντίζουν

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 του NICE και τυχόν δηλώσεις συμφερόντων.

Περιεχόμενα

Συστάσεις	5
1.1 Αρχές φροντίδας	7
1.2 Αναγνώριση και αξιολόγηση	7
1.3 Επιλογή θεραπειών	10
1.4 Παροχή θεραπειών	12
1.5 Θεραπεία για νέο επεισόδιο λιγότερο σοβαρής κατάθλιψης	24
1.6 Αντιμετώπιση νέου επεισοδίου πιο σοβαρής κατάθλιψη	34
1.7 Θεραπεία ζεύγους για την κατάθλιψη	44
1.8 Πρόληψη υποτροπής	45
1.9 Θεραπείες επόμενης γραμμής	48
1.10 Χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα	51
1.11 Κατάθλιψη σε άτομα με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας	53
1.12 Ψυχωσική κατάθλιψη	54
1.13 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία για την κατάθλιψη	55
1.14 Διακρανιακή μαγνητική διέγερση για την κατάθλιψη	56
1.15 Ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη	57
1.16 Πρόσβαση, συντονισμός και παροχή φροντίδας	57
Όροι που χρησιμοποιούνται σε αυτήν την οδηγία	62
Σκεπτικό και Επιπτώσεις	66
Πλαίσιο	79
Παραρτήματα	80

Συστάσεις

Τα άτομα 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 εμπειρογνομόνων 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 συμβαδίζουν με τα νέα επιστημονικά δεδομένα ή αντικατοπτρίζουν 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:** Για συστάσεις όπου πιθανόν να υπάρχει νομική υποχρέωση εφαρμογής ή οι συνέπειες της μη τήρησης 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:** Για συστάσεις όπου 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 διαταραχών ψυχικής υγείας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από την απώλεια θετικών συναισθημάτων (όπως μειωμένο ενδιαφέρον και ευχαρίστηση για συνήθεις δραστηριότητες), πεσμένη διάθεση και μια σειρά συναφών συναισθηματικών, γνωστικών, σωματικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων. Για περισσότερες λεπτομέρειες, ανατρέξτε στα [διαγνωστικά κριτήρια της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων, 11^η Αναθεώρηση \(ICD-11\)](#) ή [του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών, 5^η Έκδοση \(DSM-5\)](#).

Η βαρύτητα της κατάθλιψης εκτείνεται σε ένα συνεχές και ουσιαστικά καθορίζεται 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](#).

Επομένως, η βαρύτητα της κατάθλιψης προκύπτει από των συνδυασμό όλων των παραπάνω παραγόντων.

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 διαμορφώσει έναν τρόπο αποτύπωσης της βαρύτητας της κατάθλιψης που να αντανakλά καλύτερα τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με την ταξινόμησή της 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 όρια βαθμολογίας από επικυρωμένες κλίμακες ως δείκτες βαρύτητας. Για παράδειγμα, χρησιμοποιήθηκε το όριο βαθμολογίας 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 τους ή όσους/ες τα φροντίζουν, διασφαλίστε ότι λαμβάνονται μέτρα για τη μείωση του στιγματισμού, των διακρίσεων και των εμποδίων στην αναζήτηση βοήθειας για την κατάθλιψη (για παράδειγμα, μείωση των επικριτικών στάσεων, επίδειξη ενσυναίσθησης και κατανόησης, ισότιμη αντιμετώπιση της ψυχικής και της σωματικής υγείας, παροχή εξατομικευμένης φροντίδας).

Παροχή πληροφοριών και υποστήριξης

- 1.1.2 Παρέχετε στα άτομα με κατάθλιψη επικαιροποιημένες και τεκμηριωμένες, βάσει επιστημονικών δεδομένων, προφορικές και γραπτές πληροφορίες σχετικά με την κατάθλιψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της, κατάλληλες για τις γλωσσικές, πολιτισμικές και επικοινωνιακές τους ανάγκες.
- 1.1.3 Εξετάστε το ενδεχόμενο, για από κοινού και εκ των προτέρων, λήψη αποφάσεων σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές (συμπεριλαμβανομένης της άρνησης θεραπείας), καθώς και τη διαμόρφωση δηλώσεων (advanced directives) με άτομα που παρουσιάζουν υποτροπιάζουσα σοβαρή κατάθλιψη ή κατάθλιψη με ψυχωτικά συμπτώματα, καθώς και με άτομα που έχουν λάβει θεραπεία βάσει του [Νόμου περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας του 1997](#) (όπως τροποποιήθηκε το 2003 και το 2007). Οι αποφάσεις και οι δηλώσεις αυτές θα πρέπει να αναθεωρούνται τακτικά. 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 εφόσον υπάρχει συναίνεση στην οικογένεια του ή σε όσους/ες το φροντίζουν.
- 1.1.4 Εξετάστε εάν, με βάση την ισχύουσα νομοθεσία και τους ισχύοντες κανονισμούς, παρέχεται η δυνατότητα στα άτομα με κατάθλιψη για ορισμό πληρεξουσίου, 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 γνωστική ικανότητα να λαμβάνουν οι ίδιοι/ες αποφάσεις.

1.2 Αναγνώριση και αξιολόγηση

- 1.2.1 Να βρίσκεστε σε εγρήγορση για πιθανή [κατάθλιψη](#) (ιδιαίτερα σε άτομα με ιστορικό κατάθλιψης ή με χρόνιο σωματικό πρόβλημα υγείας που συνοδεύεται από λειτουργική έκπτωση). Εξετάστε το ενδεχόμενο, τουλάχιστον σε ετήσια βάση, να υποβάλλετε στα άτομα που ενδέχεται να έχουν κατάθλιψη τις ακόλουθες ερωτήσεις:
- Κατά τον τελευταίο μήνα, έχετε συχνά νιώσει πεσμένη διάθεση, θλίψη ή απελπισία;
 - Κατά τον τελευταίο μήνα, έχετε συχνά νιώσει ότι έχετε μικρό ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για δραστηριότητες;

- 1.2.2 Εάν ένα άτομο απαντήσει θετικά σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις ανίχνευσης της κατάθλιψης (βλ. σύσταση 1.2.1), αλλά ο/η επαγγελματίας υγείας δεν είναι αρμόδιος/α να προβεί σε αξιολόγηση ψυχικής υγείας, το άτομο θα πρέπει να παραπέμπεται σε κατάλληλο/η επαγγελματία που μπορεί να την πραγματοποιήσει. Εάν ο/η επαγγελματίας αυτός/ή δεν είναι ο/η προσωπικός/ή ιατρός (ΠΙ), να ενημερώνεται ο/η ΠΙ του ατόμου για την παραπομπή, πάντοτε με τη συναίνεση του ατόμου.
- 1.2.3 Εάν ένα άτομο απαντήσει θετικά σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις ανίχνευσης της κατάθλιψης (βλ. σύσταση 1.2.1) και ο/η επαγγελματίας είναι αρμόδιος/α να διενεργήσει αξιολόγηση ψυχικής υγείας, θα πρέπει αξιολογούνται η ψυχική κατάσταση του ατόμου και οι συναφείς λειτουργικές, διαπροσωπικές και κοινωνικές δυσκολίες.
- 1.2.4 Εξετάστε τη χρήση επικυρωμένου εργαλείου αξιολόγησης/ερωτηματολογίου (για παράδειγμα, για την εκτίμηση των συμπτωμάτων, της λειτουργικότητας και/ή της αναπηρίας) κατά την αξιολόγηση ατόμου με υποψία κατάθλιψης, ώστε να υποστηριχθεί η επιλογή και η αξιολόγηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- 1.2.5 Εάν ένα άτομο έχει γλωσσικές ή επικοινωνιακές δυσκολίες (για παράδειγμα, αισθητηριακές ή γνωστικές διαταραχές ή αυτισμό), εξετάστε το ενδεχόμενο, για τη διευκόλυνση της αναγνώρισης πιθανής κατάθλιψης, να συλλέξετε πληροφορίες:
- απευθείας από το ίδιο το άτομο σχετικά με τα συμπτώματά του, χρησιμοποιώντας κατάλληλες μεθόδους επικοινωνίας ανάλογα με τις ανάγκες του (για παράδειγμα, με βοήθεια διερμηνέα Νοηματικής Γλώσσας, διερμηνέα ξένης γλώσσας ή μέσω εναλλακτικών και επαυξητικών μορφών επικοινωνίας)
 - από μέλος της οικογένειας του ή όποιον/α το φροντίζει σχετικά με τα συμπτώματά του.

Αρχική αξιολόγηση

- 1.2.6 Διενεργήστε ολοκληρωμένη αξιολόγηση κατά την εκτίμηση ατόμου που ενδέχεται να έχει κατάθλιψη, η οποία δεν θα πρέπει να βασίζεται αποκλειστικά στην απαρίθμηση των συμπτωμάτων, αλλά να λαμβάνει επίσης υπόψη τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, το ιστορικό, τη διάρκεια και την πορεία της διαταραχής. Επιπλέον, λάβετε υπόψη τόσο τον βαθμό της λειτουργικής έκπτωσης και/ή της αναπηρίας που σχετίζεται με την πιθανή κατάθλιψη, καθώς και τη διάρκεια του επεισοδίου.
- 1.2.7 Συζητήστε 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, πέρα από την αξιολόγηση των συμπτωμάτων και της σχετιζόμενης λειτουργικής έκπτωσης:
- ιστορικό κατάθλιψης και συνυπαρχουσών ψυχικών ή σωματικών διαταραχών
 - ιστορικό ανεβασμένης διάθεσης (για να διαπιστωθεί εάν η κατάθλιψη μπορεί να εντάσσεται στο πλαίσιο διπολικής διαταραχής)

- προηγούμενες εμπειρίες και ανταπόκριση σε θεραπείες που έχουν χορηγηθεί στο παρελθόν
- προσωπικά δυνατά στοιχεία χαρακτήρα και άλλοι πόροι, συμπεριλαμβανομένων των υποστηρικτικών σχέσεων
- αντιμετώπιση δυσκολιών σε 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, ή άλλα γεγονότα
- συνθήκες διαβίωσης, χρήση φαρμάκων (συνταγογραφούμενων ή παράνομων ουσιών) και αλκοόλ, χρέη, εργασιακή κατάσταση, μοναξιά και κοινωνική απομόνωση.

Αξιολόγηση και διαχείριση κινδύνου

- 1.2.8 Ρωτάτε πάντοτε και άμεσα το άτομο με κατάθλιψη για την παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού και αυτοκτονικής πρόθεσης. Εάν υπάρχει κίνδυνος αυτοτραυματισμού ή αυτοκτονίας:
- αξιολογήστε κατά πόσο το άτομο διαθέτει επαρκή κοινωνική υποστήριξη και εάν γνωρίζει τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας
 - οργανώστε την κατάλληλη υποστήριξη ανάλογα με το επίπεδο των αναγκών του ατόμου
 - συμβουλευστε το άτομο να αναζητήσει περαιτέρω βοήθεια σε περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασής του.
- 1.2.9 Εάν ένα άτομο με κατάθλιψη παρουσιάζει σημαντικό και άμεσο κίνδυνο για τον εαυτό του ή για άλλους/ες, παραπέμπετε το επειγόντως σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών που παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας/Θεράπων-ουσα Ψυχίατρος).
- 1.2.10 Συμβουλευστε το άτομο με κατάθλιψη για την πιθανότητα αυξημένης ανησυχίας, νευρικότητας, άγχους και αυτοκτονικού ιδεασμού κατά τα αρχικά στάδια της θεραπείας. Παρακολουθείτε για την εμφάνιση οποιοδήποτε από αυτά τα συμπτώματα και:
- διασφαλίστε ότι το άτομο γνωρίζει πως να αναζητήσει άμεσα βοήθεια
 - επανεκτιμήστε τη θεραπευτική αντιμετώπιση, εάν το άτομο εμφανίσει έντονη και/ή παρατεταμένη διέγερση.
- 1.2.11 Συμβουλευστε το άτομο με κατάθλιψη και την οικογένειά του ή όποιον/α το φροντίζει να βρίσκονται σε εγρήγορση για πιθανές μεταβολές στη διάθεση, ανησυχία, νευρικότητα, αρνητικότητα και απελπισία, και για αυτοκτονικό ιδεασμό, καθώς και για να επικοινωνούν με τον/την επαγγελματία υγείας, εάν προκύψει οποιαδήποτε ανησυχία. 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 άλλη φαρμακευτική αγωγή, και, εφόσον απαιτείται, περιορίστε τη διαθέσιμη ποσότητα φαρμάκου
- εξετάστε το ενδεχόμενο εντατικοποίησης της παρεχόμενης υποστήριξης, κατά προτίμηση με δια ζώσης επαφή
- εξετάστε το ενδεχόμενο παραπομπής 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 προτεραιότητα θα πρέπει συνήθως να είναι η αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Όταν το άτομο παρουσιάζει πρωτίστως αγχώδη διαταραχή και συνυπάρχουσα κατάθλιψη ή καταθλιπτικά συμπτώματα, εξετάστε το ενδεχόμενο να δοθεί προτεραιότητα στην αντιμετώπιση της αγχώδους διαταραχής.

Κατάθλιψη σε άτομα με επίκτητες γνωστικές διαταραχές

1.2.14 Κατά την αξιολόγηση ατόμου με υποψία κατάθλιψης:

- λάβετε υπόψη την παρουσία τυχόν [επίκτητων γνωστικών διαταραχών](#)
- εφόσον χρειάζεται, ζητήστε τη συνδρομή κατάλληλου/ης ειδικού κατά τον σχεδιασμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών.

1.2.15 Κατά την παροχή παρεμβάσεων σε άτομα με επίκτητη γνωστική διαταραχή που έχουν διάγνωση κατάθλιψης:

- εφόσον είναι δυνατόν, παρέχετε τις ίδιες παρεμβάσεις που προσφέρονται και σε άλλα άτομα με κατάθλιψη
- εφόσον χρειάζεται, προσαρμόστε τον τρόπο παροχής ή τη διάρκεια της παρέμβασης, ώστε να λαμβάνονται υπόψη η ικανότητα επικοινωνίας, η αναπηρία ή η έκπτωση στην γνωστική λειτουργία του ατόμου.

1.3 Επιλογή θεραπειών

1.3.1 Συζητήστε με τα άτομα με [κατάθλιψη](#):

- τι θεωρούν ότι έχει συμβάλει στην ανάπτυξη της κατάθλιψής τους (βλ. [σύσταση 1.2.7 στην ενότητα «Αρχική αξιολόγηση»](#))

- εάν έχουν οποιοσδήποτε απόψεις ή προτιμήσεις σχετικά με την έναρξη της θεραπείας και ποιες θεραπευτικές επιλογές 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 Αναπτύξτε σχέση εμπιστοσύνης με το άτομο με κατάθλιψη και διευκολύνετε τη συνέχιση της φροντίδας μέσω της:

- διασφάλισης ότι το άτομο έχει τη δυνατότητα να συνεργάζεται με τον/την ίδιο/α επαγγελματία υγείας, όποτε είναι αυτό εφικτό
- καταγραφής των απόψεων και των προτιμήσεων του, ώστε άλλοι/ες επαγγελματίες να είναι ενήμεροι/ες για αυτά τα στοιχεία.

1.3.3 Συζητήστε με τα άτομα με κατάθλιψη τις προτιμήσεις τους σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές (συμπεριλαμβανομένης της άρνησης μιας πρότασης θεραπείας ή της αλλαγής γνώμης μετά την έναρξη της θεραπείας), παρέχοντας:

- πληροφορίες σχετικά με τις συνιστώμενες θεραπείες (βλ. [πίνακα 1](#) και [πίνακα 2](#) για τις συνιστώμενες θεραπείες για νέο επεισόδιο [λιγότερο σοβαρής](#) και [περισσότερο σοβαρής](#) κατάθλιψης)
- δυνατότητα επιλογής:
 - μεταξύ των θεραπειών που συνιστώνται στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία
 - ως προς τον τρόπο παροχής τους (για παράδειγμα, ατομικά ή ομαδικά, δια ζώσης ή εξ αποστάσεως)
 - ως προς τον τόπο παροχής τους
- της δυνατότητας, όπου είναι εφικτό, να παρευρίσκεται μέλος της οικογένειας ή φίλος σε μέρος ή στο σύνολο της θεραπευτικής διαδικασίας
- της δυνατότητας να εκφράσουν προτίμηση ως προς το φύλο του επαγγελματία υγείας, να επισκεφτούν επαγγελματία υγείας με τον/την οποίο/α έχουν ήδη καλή σχέση ή να αλλάξουν επαγγελματία υγείας εάν η σχέση κρίνεται μη λειτουργική.

1.3.4 Οι πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας υγείας και οι οργανισμοί ασφάλισης υγείας, θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να εκφράζουν προτίμηση για τις συνιστώμενες θεραπευτικές επιλογές, ότι οι θεραπείες αυτές είναι έγκαιρα διαθέσιμες, ιδίως σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης, και ότι εφαρμόζονται διαδικασίες παρακολούθησης, ώστε να διασφαλίζεται η ισότητα στην πρόσβαση, στην παροχή, στα αποτελέσματα και στην εμπειρία των παρεχόμενων 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 θεραπευτικών παρεμβάσεων για άτομα με [κατάθλιψη](#):

- διενεργήστε αξιολόγηση των αναγκών
- καταρτίστε θεραπευτικό πλάνο
- λάβετε υπόψη τυχόν συνυπάρχοντα σωματικά προβλήματα υγείας
- λάβετε υπόψη τυχόν συνυπάρχοντα προβλήματα ψυχικής υγείας
- συζητήστε τους παράγοντες που θα ευνοούσαν τη συμμετοχή του ατόμου στη θεραπεία (συμπεριλαμβανομένης της ανασκόπησης θετικών και αρνητικών εμπειριών από προηγούμενες θεραπείες)
- λάβετε υπόψη το ιστορικό θεραπειών
- αντιμετωπίστε πιθανά εμπόδια στην παροχή θεραπειών που σχετίζονται με αναπηρίες, γλωσσικές ή επικοινωνιακές δυσκολίες
- διασφαλίστε τακτική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε εξειδικευμένα και μη εξειδικευμένα πλαίσια φροντίδας, εφόσον το άτομο λαμβάνει εξειδικευμένη υποστήριξη ή θεραπεία.

Για άτομα με κατάθλιψη:

- που επίσης παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες και/ή αυτισμό:
 - ο η αναγνώριση της κατάθλιψης σε άτομα με μαθησιακές δυσκολίες και/ή αυτισμό συχνά παραβλέπεται. Οι ομάδες αυτές απαιτούν εξειδικευμένη προσέγγιση για την αναγνώριση και τη διαχείριση της κατάθλιψης.
- που επίσης παρουσιάζουν άνοια:
 - ο εξετάστε το ενδεχόμενο παροχής ψυχολογικών θεραπειών εάν έχουν ήπια έως μέτρια άνοια και ήπια έως μέτρια κατάθλιψη και/ή αγχωτική διαταραχή
 - ο μην προσφέρετε συστηματικά αντικαταθλιπτική αγωγή για τη διαχείριση ήπιας έως μέτριας κατάθλιψης σε άτομα που ζουν με ήπια έως μέτρια άνοια, εκτός εάν ενδείκνυται για προϋπάρχον σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας.

- που εγκυμονούν, βρίσκονται στη λοχεία ή θηλάζουν:
 - ο η κατάθλιψη συχνά υπο-αναγνωρίζεται κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία. Συζητήστε με το άτομο τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, όπως η διακοπή, η τροποποίηση ή η συνέχιση της θεραπείας.
- που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση:
 - ο εξετάστε το ενδεχόμενο χορήγησης ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης (hormone replacement therapy - HRT) για την ανακούφιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (που δεν πληρούν τα κριτήρια διάγνωσης κατάθλιψης) με έναρξη περίπου την ίδια περίοδο με άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.
- που παρουσιάζουν άλλα σωματικά προβλήματα υγείας:
 - ο η αναγνώριση της κατάθλιψης σε άτομα με σωματικά προβλήματα υγείας συχνά παραβλέπεται. Η ομάδα αυτή απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή για την αναγνώριση και τη διαχείριση της κατάθλιψης.
 - ο ενημερώστε τα άτομα με κατάθλιψη και κάποιο χρόνιο σωματικό πρόβλημα υγείας σχετικά με την πιθανότητα εμφάνισης αυξημένης ανησυχίας, νευρικότητας, άγχους και αυτοκτονικού ιδεασμού στα αρχικά στάδια της θεραπείας της κατάθλιψης. Αναζητήστε ενεργά τα συμπτώματα αυτά και:
 - διασφαλίστε ότι το άτομο γνωρίζει πώς να αναζητήσει άμεσα βοήθεια
 - αναθεωρήστε τη θεραπεία του ατόμου εάν εμφανίσει έντονη και/ή παρατεταμένη ανησυχία ή νευρικότητα.

1.4.2 Προσαρμόστε την επιλογή της θεραπείας στις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ατόμου με κατάθλιψη. Επιλέξτε τη λιγότερο παρεμβατική και την πλέον αποδοτική ως προς τους διαθέσιμους πόρους θεραπεία που ανταποκρίνεται στις κλινικές ανάγκες του ατόμου ή που έχει αποδειχθεί αποτελεσματική για αυτό το άτομο στο παρελθόν.

1.4.3 Για όλα τα άτομα με κατάθλιψη που λαμβάνουν θεραπεία:

- επανεκτιμήστε, σε συνεργασία με το άτομο με κατάθλιψη, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας 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 ενδείξεις αυτοκτονικού ιδεασμού, ιδιαίτερα κατά 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 το ενδεχόμενο [τακτικής παρακολούθησης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων](#) (με χρήση κατάλληλων επικυρωμένων εργαλείων αξιολόγησης ανά συνεδρία, για παράδειγμα PHQ-9) και επανεξέτασης.

Ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

- 1.4.4 Διατηρείτε τακτική επικοινωνία με τα άτομα, διασφαλίστε ότι γνωρίζουν πως να έχουν πρόσβαση σε βοήθεια σε περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασής τους και με ποιον/α μπορούν να επικοινωνήσουν για ενημέρωση σχετικά με την εξέλιξη της λίστας αναμονής. Εξετάστε το ενδεχόμενο παροχής υλικού αυτοβοήθειας και αντιμετώπισης ζητημάτων κοινωνικής υποστήριξης κατά το μεσοδιάστημα. Οι πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τα άτομα εάν υπάρχουν λίστες αναμονής και για τον εκτιμώμενο χρόνο αναμονής.
- 1.4.5 Χρησιμοποιήστε [εγχειρίδια ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών θεραπειών](#) για την καθοδήγηση σε σχέση με το είδος, τη διάρκεια και τον τερματισμό της θεραπείας.
- 1.4.6 Εξετάστε το ενδεχόμενο της χρήσης πλαισίων επάρκειας που έχουν αναπτυχθεί βάσει εγχειριδίων για ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές θεραπείες, προκειμένου να υποστηριχθούν η αποτελεσματική εκπαίδευση, η παροχή και η εποπτεία τους.
- 1.4.7 Όλοι/ες οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν θεραπευτικές 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/της ασθενούς) από τον/την κλινικό/ή επόπτη/τρια τους.
- 1.4.8 Κατά την παροχή ψυχολογικών θεραπειών σε άτομα με νευροαναπτυξιακές διαταραχές ή μαθησιακές δυσκολίες, εξετάστε το ενδεχόμενο προσαρμογής της θεραπείας στις ανάγκες αυτών των ατόμων.
- 1.4.9 Όταν το άτομο πλησιάζει στην ολοκλήρωση ενός κύκλου ψυχολογικής θεραπείας, συζητήστε τρόπους με τους οποίους μπορεί να διατηρήσει τα οφέλη της θεραπείας και να υποστηριχθεί η συνέχεια της ευεξίας του.

Φαρμακευτικές 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 της θεραπείας. Το σχέδιο θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- τους λόγους για τους οποίους προτείνεται η φαρμακευτική αγωγή
- τις διαθέσιμες επιλογές φαρμάκων (εφόσον κρίνονται κατάλληλα περισσότερα από ένα αντικαταθλιπτικά)
- τη δοσολογία και τον τρόπο με τον οποίο ενδέχεται να χρειαστεί να προσαρμοστεί
- τα οφέλη, συμπεριλαμβανομένων των βελτιώσεων που το άτομο επιθυμεί να δει στη ζωή του και του τρόπου με τον οποίο η αγωγή μπορεί να συμβάλει
- τις πιθανές παρενέργειες, συμπεριλαμβανομένων τόσο των ανεπιθύμητων ενεργειών όσο και των συμπτωμάτων απόσυρσης, καθώς και οποιωνδήποτε ανεπιθύμητων ενεργειών θα ήθελε ιδιαίτερα το άτομο 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, προσαρμοσμένες στις ανάγκες και στις δυνατότητες του, για να τις μελετήσει.

1.4.11 Κατά τη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικής αγωγής, διασφαλίστε ότι το άτομο ενημερώνεται σχετικά με:

- το πώς μπορεί να επηρεαστεί με την έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής και ποιες ενδέχεται να είναι αυτές οι επιδράσεις
- το χρονικό διάστημα μέχρι να φανεί το αποτέλεσμα της θεραπείας (εφόσον η αντικαταθλιπτική αγωγή είναι αποτελεσματική, αυτό συνήθως συμβαίνει εντός 4 εβδομάδων)
- τον χρόνο πραγματοποίησης της πρώτης επανεξέτασης. Αυτή συνήθως γίνεται εντός 2 εβδομάδων για αξιολόγηση της βελτίωσης των συμπτωμάτων και ανεπιθύμητων ενεργειών, ή εντός 1 εβδομάδας από την έναρξη της αγωγής εάν πρόκειται για 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 συμμόρφωσης με τις οδηγίες λήψης 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 το ίδιο το άτομο μπορεί να παρακολουθεί τα συμπτώματά του και πώς αυτό μπορεί να συμβάλει στην ενεργό συμμετοχή του στη διαδικασία ανάρρωσης

- το γεγονός ότι η θεραπεία ενδέχεται να χρειαστεί να συνεχιστεί για τουλάχιστον 6 μήνες μετά την ύφεση των συμπτωμάτων, αλλά θα πρέπει να επανεξετάζεται τακτικά
- το 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 το άτομο που λαμβάνει αντικαταθλιπτική αγωγή να συζητήσει με τον/την επαγγελματία που του τη συνταγογράφησε (για παράδειγμα, τον/την επαγγελματία πρωτοβάθμιας φροντίδας ή ψυχικής υγείας), εάν επιθυμεί να τη διακόψει. Εξηγήστε ότι συνήθως απαιτείται σταδιακή μείωση της δοσολογίας με την πάροδο του χρόνου (γνωστή ως «σταδιακή μείωση»), αλλά τα περισσότερα άτομα διακόπτουν την αγωγή με επιτυχία.
- 1.4.13 Συμβουλευστε το άτομο που λαμβάνει αντικαταθλιπτική αγωγή ότι, εάν τη διακόψει απότομα, παραλείψει δόσεις ή δεν λάβει την πλήρη δόση, ενδέχεται να εμφανίσει συμπτώματα απόσυρσης. Επίσης ενημερώστε ότι τα συμπτώματα απόσυρσης δεν επηρεάζουν όλους/ες 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)
 - μεταβολές στη συναισθηματική κατάσταση (για παράδειγμα, ευερεθιστότητα, άγχος, πεσμένη 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 πόνο στις αρθρώσεις και στους μύες.
- 1.4.14 Εξηγήστε στο άτομο που λαμβάνει 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 διακοπή της αγωγής 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 το άτομο μπορεί να έχει φόβους και ανησυχίες σχετικά με τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής (για παράδειγμα, για τα συμπτώματα απόσυρσης που ενδέχεται να βιώσει ή για το ενδεχόμενο υποτροπής της κατάθλιψης) και ότι ενδέχεται να χρειαστεί υποστήριξη για να διακόψει με επιτυχία, ιδίως εάν προηγούμενες προσπάθειες οδήγησαν σε συμπτώματα απόσυρσης ή δεν ήταν επιτυχείς. Η υποστήριξη αυτή μπορεί να περιλαμβάνει:

- διαδικτυακό ή έντυπο ενημερωτικό υλικό που μπορεί να φανεί χρήσιμο
- ενισχυμένη υποστήριξη από επαγγελματία υγείας (για παράδειγμα, τακτικές τηλεφωνικές επικοινωνίες, συχνότερες επισκέψεις, συμβουλευτική σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου).

1.4.16 Κατά τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής ενός ατόμου:

- λάβετε υπόψη το φαρμακοκινητικό προφίλ του φαρμάκου (για παράδειγμα, τον χρόνο ημίσειας ζωής του φαρμάκου, καθώς τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα με μικρό χρόνο ημίσειας ζωής απαιτούν πιο αργή, σταδιακή μείωση) και τη συνολική διάρκεια της θεραπείας
- μειώστε τη δόση έως τη διακοπή της (στο μηδέν), σε διαδοχικά στάδια, συνταγογραφώντας σε κάθε στάδιο ποσοστό της προηγούμενης δόσης (για παράδειγμα, 50% της προηγούμενης δόσης)
- εξετάστε το ενδεχόμενο μικρότερων μειώσεων (για παράδειγμα, 25%), καθώς η δόση γίνεται μικρότερη
- όταν επιτευχθούν πολύ μικρές δόσεις και η 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 μείωσης γίνονται σε συμφωνία και καθοδηγούνται από 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 διακοπή της αγωγής μπορεί να απαιτήσει εβδομάδες ή μήνες για να ολοκληρωθεί με επιτυχία.
- 1.4.17 Παρακολουθήστε και επανεξετάστε το άτομο που λαμβάνει αντικαταθλιπτική αγωγή κατά τη διάρκεια της μείωσης της δοσολογίας, τόσο ως προς την εμφάνιση συμπτωμάτων απόσυρσης όσο και ως προς την επανεμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Η συχνότητα της παρακολούθησης θα πρέπει να καθορίζεται στις κλινικές ανάγκες και τις ανάγκες υποστήριξης 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 φαρμάκων (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 βενλαφαξίνη, σχετίζονται συχνότερα 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, η λήψη ανά δεύτερη ημέρα για ένα χρονικό διάστημα μπορεί να αποτελέσει ένα κατάλληλο τρόπο μείωσης της δόσης
 - σε άτομα που λαμβάνουν υψηλότερες δόσεις (40 mg έως 60 mg φλουοξετίνης ημερησίως), θα πρέπει να εφαρμόζεται 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 κατά τη διακοπή ή μείωση της αντικαταθλιπτικής αγωγής, 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 την πορεία των συμπτωμάτων του
- καθισχύστε το ότι τα συμπτώματα αυτά είναι συχνά και συνήθως παροδικά
- συμβουλευστε το να επικοινωνήσει με τον/την επαγγελματία υγείας που του συνταγογράφησε την αγωγή (για παράδειγμα, τον/την επαγγελματία πρωτοβάθμιας φροντίδας ή ψυχικής υγείας), εάν τα συμπτώματα δεν βελτιωθούν 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 σε άτομα που θεωρείται ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας:

- αξιολογήστε την ψυχική τους κατάσταση και τη διάθεσή τους πριν από την έναρξη της συνταγογραφημένης θεραπείας, με δια ζώσης εξέταση
- λάβετε υπόψη την πιθανή αυξημένη εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων, αυτοτραυματισμού και αυτοκτονίας στα αρχικά στάδια της λήψης αντικαταθλιπτικής αγωγής και διασφαλίστε ότι υπάρχει στρατηγική διαχείρισης του κινδύνου (βλ. την ενότητα για την [εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου](#))
- επανεξετάστε το άτομο 1 εβδομάδα μετά την έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής ή την αύξηση της δόσης ως προς στον εκτιμώμενο κίνδυνο αυτοκτονίας (ιδανικά με δια ζώσης συνάντηση)
- επανεξετάστε τη συνταγογράφηση της αντικαταθλιπτικής αγωγής εκ νέου, όσο συχνά χρειάζεται, αλλά το αργότερο εντός διαστήματος 4 εβδομάδων από τη συνεδρία κατά την οποία έγινε η αρχική συνταγογράφηση
- καθορίστε τη συχνότητα και τον τρόπο της συνεχιζόμενης παρακολούθησης με βάση τις ιδιαίτερες συνθήκες του ατόμου (για παράδειγμα, διαθεσιμότητα υποστήριξης, ασταθής στέγαση, πρόσφατα γεγονότα ζωής, όπως πένθος, χωρισμός, απώλεια εργασίας) και 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 την τοξικότητα σε περίπτωση υπερδοσολογίας. Κατά κανόνα, μην

ξεκινάτε θεραπεία με TCAs, καθώς συνδέονται με τον μεγαλύτερο κίνδυνο σε περίπτωση υπερδοσολογίας.

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 πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες
- να βρίσκεστε σε εγρήγορση για τον αυξημένο κίνδυνο πτώσεων και καταγμάτων
- να βρίσκεστε σε 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 θυρεοειδική λειτουργία και τα επίπεδα ασβεστίου πριν από την έναρξη της θεραπείας και στη συνέχεια επαναξιολογήστε τις ίδιες παραμέτρους 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 κινδύνους και τα οφέλη του λιθίου, την ανάγκη για προγραμματισμό πριν από τη σύλληψη και 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 σταθεροποιηθεί, παρακολουθήστε τα επίπεδα λιθίου κάθε 3 μήνες κατά τον πρώτο χρόνο θεραπείας
- μετά τον πρώτο χρόνο θεραπείας, 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 κλινική 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 το ενδεχόμενο τα επίπεδα να βρίσκονται μεταξύ 0,4 έως 0,6 mmol/L)
- μην προχωρήσετε σε επαναλαμβανόμενη συνταγογράφηση έως ότου σταθεροποιηθούν τα επίπεδα λιθίου και η νεφρική λειτουργία
- λάβετε υπόψη τη συνολική σωματική υγεία του ατόμου κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων (συμπεριλαμβανομένης της πιθανότητας αφυδάτωσης ή λοίμωξης)
- λάβετε υπόψη τυχόν αλλαγές στη συγχωρηγούμενη φαρμακευτική αγωγή (για παράδειγμα, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης, ανταγωνιστές υποδοχέων αγγιοτενσίνης 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 για ενδείξεις τοξικότητας από λίθιο, συμπεριλαμβανομένων διάρροιας, εμέτου, έντονου τρόμου, αταξίας, σύγχυσης και σπασμών
- ζητήστε εξειδικευμένη συμβουλή εάν υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με την ερμηνεία των αποτελεσμάτων οποιωνδήποτε 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 το ενδεχόμενο παρακολούθησης 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 φαρμάκου.

1.4.32 Η διακοπή του λιθίου θα πρέπει να πραγματοποιείται 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, για ορισμένα αντιψυχωσικά φάρμακα, χρήση εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων (off-label).

- 1.4.33 Πριν από την έναρξη αντιψυχωσικής αγωγής, ελέγξτε βασικές κλινικές παραμέτρους του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων: καρδιακής συχνότητας και αρτηριακής πίεσης, σωματικού βάρους, θρεπτικής κατάστασης, διατροφής, επιπέδου σωματικής δραστηριότητας, γλυκόζης αίματος νηστείας ή HbA1c και λιπιδαιμικού προφίλ νηστείας.
- 1.4.34 Παρακολουθήστε το άτομο που λαμβάνει αντιψυχωσικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, σύμφωνα με όσα προβλέπονται 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 ετησίως
 - παρακολούθηση με ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) (κατά την έναρξη και μετά την επίτευξη της τελικής δόσης) 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 εξωπυραμидικών εκδηλώσεων (για παράδειγμα, τρόμος, Παρκινσονισμός) και ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με την προλακτίνη (για παράδειγμα, διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας ή της εμμήνου ρύσεως) και μείωσης της δόσης εάν απαιτείται.
 - ενημέρωση για πιθανές φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις που μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα ορισμένων αντιψυχωσικών και παρακολούθηση και προσαρμογή των δόσεων όπου απαιτείται
 - διερεύνηση και κατάλληλη αντιμετώπιση σε περίπτωση ταχείας ή υπερβολικής αύξησης σωματικού βάρους ή εμφάνισης μη φυσιολογικών επιπέδων λιπιδίων ή γλυκόζης αίματος.

- 1.4.35 Η διαχείριση της συνταγογράφησης αντιψυχωσικών φαρμάκων θα πρέπει να πραγματοποιείται σε συνεργασία με άλλους/ες επαγγελματίες υγείας.
- 1.4.36 Για άτομα με κατάθλιψη που λαμβάνουν αντιψυχωσικά φάρμακα, αξιολογήστε σε κάθε επανεξέταση κατά πόσο είναι απαραίτητη η συνέχιση της αντιψυχωσικής αγωγής, 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 τι δόσεις σταδιακά σε διάστημα τουλάχιστον 4 εβδομάδων και ανάλογα 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 σε άτομα με κατάθλιψη, λόγω της αβεβαιότητας σχετικά με την κατάλληλη δοσολογία, τη διάρκεια της δράσης, τη μεταβλητότητα μεταξύ 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 το άτομο 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 το άτομο 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 με το άτομο τα παρόντα προβλήματα, τυχόν υποκείμενες ευαλωτότητες και παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη, καθώς και οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχει
 - διασφαλίστε ότι το άτομο γνωρίζει ότι μπορεί να αλλάξει γνώμη σχετικά με τη θεραπεία και πώς να αναζητήσει βοήθεια
 - παρέχετε πληροφορίες σχετικά με τη φύση και την πορεία της κατάθλιψης
 - προγραμματίστε επανεξέταση, συνήθως εντός 2 έως 4 εβδομάδων
 - επικοινωνήστε (με επανειλημμένες προσπάθειες, εάν χρειαστεί), εάν το άτομο δεν προσέλθει στα προγραμματισμένα ραντεβού παρακολούθησης.

Επιλογές Θεραπείας

- 1.5.2 Συζητήστε τις θεραπευτικές επιλογές με άτομα που παρουσιάζουν νέο επεισόδιο λιγότερο σοβαρής κατάθλιψης και προσαρμόστε την επιλογή της 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 στα πλαίσια της συζήτησης να υπάρχει καθοδήγηση και ενημέρωση
 - 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 ως προς τους πόρους θεραπεία (όπως η καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια)
 - καταλήξτε από κοινού με το άτομο σε απόφαση για την καταλληλότερη επιλογή θεραπείας λαμβάνοντας υπόψη την κλινική εικόνα του ατόμου και 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	- 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/η επαγγελματία, ο/η οποίος/α διευκολύνει την παρέμβαση αυτοβοήθειας, ενθαρρύνει την ολοκλήρωσή της και επανεξετάζει την πρόοδο και τα αποτελέσματα. - Συνήθως περιλαμβάνει 6 έως 8 δομημένες, τακτικές συνεδρίες.	- Εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο οι σκέψεις, οι πεποιθήσεις, οι στάσεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά αλληλοεπιδρούν, και διδάσκει δεξιότητες αντιμετώπισης για αποτελεσματική διαχείριση των δυσκολιών της ζωής. - Προσανατολισμένη σε στόχους και δομημένη. - Εστιάζει στην επίλυση τρεχόντων προβλημάτων.	- 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. - Περιορισμένη 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)	- 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 θεραπείας.	- Εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο οι σκέψεις, οι πεποιθήσεις, οι στάσεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά αλληλοεπιδρούν και διδάσκει δεξιότητες αντιμετώπισης για αποτελεσματική διαχείριση των δυσκολιών της ζωής. - Προσανατολισμένη σε στόχους και δομημένη. - Εστιάζει στην επίλυση τρεχόντων προβλημάτων.	- 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)	- 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 θεραπείας.	- 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.	- 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
Ατομική Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ / CBT)	- 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 θεραπείας.	- Εστιάζει στην αλληλεπίδραση σκέψεων, πεποιθήσεων, στάσεων, συναισθημάτων και συμπεριφοράς και διδάσκει δεξιότητες αντιμετώπισης. - Προσανατολισμένη σε στόχους και δομημένη. - Εστιάζει στην επίλυση τρεχόντων προβλημάτων.	- 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
Ατομική Συμπεριφορική Ενεργοποίηση (BA)	- 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 θεραπείας.	- 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.	- 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	- 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.	- Περιλαμβάνει αερόβια άσκηση μέτριας έντασης. - Δεν στοχεύει άμεσα σκέψεις και συναισθήματα.	- Μπορεί να επιτρέψει υποστήριξη από άλλα άτομα με παρόμοιες εμπειρίες. - Ενδέχεται να απαιτεί προσαρμογές σε άτομα με σωματικά προβλήματα. - Μπορεί να χρειάζεται προσαρμογή σε 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	- 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/ουσες.	- 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.	- 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
Ενσυνειδητότητα και Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (IPT)	- 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.	- 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.	- 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)	- 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.	- Η εστίαση είναι στον εντοπισμό του πώς οι διαπροσωπικές σχέσεις ή καταστάσεις σχετίζονται με συναισθήματα κατάθλιψης, τη διερεύνηση των συναισθημάτων και την αλλαγή των διαπροσωπικών αντιδράσεων. - Δομημένη προσέγγιση. - Εστιάζει στην επίλυση παρόντων προβλημάτων. - Στόχος η αλλαγή προτύπων σχέσεων, όχι άμεσα των σκέψεων.	- 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)	- 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 πληροφορίες.	Τροποποιούν τη νευρωνική μετάδοση σήματος στον εγκέφαλο.	- 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)	- 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.	- 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/τις άλλους/ες, χωρίς παροχή συγκεκριμένων συμβουλών για αλλαγή συμπεριφοράς.	- 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)	- 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.	- 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/τριας και ατόμου με κατάθλιψη περιλαμβάνεται ως πεδίο εστίασης, ώστε να υποστηριχθεί η επεξεργασία βασικών τρεχουσών συγκρούσεων.	- 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 άτομο που παρουσιάζει νέο επεισόδιο πιο σοβαρής κατάθλιψης και προσαρμόστε την επιλογή της θεραπείας στις κλινικές του/της 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**)
- καταλήξτε από κοινού με το άτομο σε απόφαση για την καταλληλότερη επιλογή θεραπείας λαμβάνοντας υπόψη την κλινική εικόνα του ατόμου και 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	• Συνδυασμός ατομικών συνεδριών CBT και κύκλου αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής (βλ. λεπτομέρειες παρακάτω).	• Συνδυάζονται τα οφέλη των τακτικών συνεδριών CBT και της φαρμακευτικής αγωγής.	• Οι συνεδρίες 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 εμφανίσουν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή και ορισμένα άτομα μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες κατά τη διακοπή των αντικαταθλιπτικών στο μέλλον.

Ατομική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT)	• 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.	• 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.	• Η προσέγγιση μπορεί να είναι χρήσιμη σε άτομα που αναγνωρίζουν αρνητικές σκέψεις ή μη βοηθητικά μοτίβα συμπεριφοράς τα οποία επιθυμούν να αλλάξουν. • Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. • Απαιτείται η προθυμία του ατόμου για ολοκλήρωση εργασιών στο σπίτι μεταξύ των συνεδριών.
--	--	--	---

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Ατομική συμπεριφορική ενεργοποίηση (Behavioural Activation – BA)	- 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.	- 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.	- 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. - Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. - Απαιτείται η προθυμία του ατόμου για ολοκλήρωση εργασιών στο σπίτι μεταξύ των συνεδριών.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή	• 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.	• 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.	• 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 ορισμένα άτομα μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Ατομική θεραπεία επίλυσης προβλημάτων (Individual problem-solving)	- Ατομικές συνεδρίες που παρέχονται από επαγγελματίες 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.	- 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.	- 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 προθυμία του ατόμου για ολοκλήρωση εργασιών στο σπίτι μεταξύ των συνεδριών.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Συμβουλευτική (Counselling)	- Ατομικές συνεδρίες που παρέχονται 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. - Χρησιμοποιείται εμπειρικά τεκμηριωμένο πρωτόκολλο, αναπτυγμένο ειδικά για την κατάθλιψη.	- 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/τις άλλους/ες, χωρίς παροχή συγκεκριμένων συμβουλών για αλλαγή συμπεριφοράς.	- 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
Βραχυπρόθεσμη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (Short-term Psychodynamic Psychotherapy – STPP)	- 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.	- 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/τριας και ατόμου με κατάθλιψη περιλαμβάνεται ως πεδίο εστίασης, ώστε να υποστηρίζεται η επεξεργασία βασικών τρεχουσών συγκρούσεων.	- 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
Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT)	- Ατομικές συνεδρίες που παρέχονται 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.	- 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 (των συνήθων διαπροσωπικών συμπεριφορών), και όχι στην άμεση στόχευση των σχετιζόμενων καταθλιπτικών σκέψεων.	- 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 προθυμία για αξιολόγηση των διαπροσωπικών σχέσεων. - Αποφεύγονται οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής.

Θεραπεία	Πώς παρέχεται	Βασικά χαρακτηριστικά	Άλλοι παράγοντες προς εξέταση
Καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια	- 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/η επαγγελματία, ο/η οποίος/α 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.	- 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.	- Σε περιπτώσεις πιο σοβαρής κατάθλιψης, τα πιθανά πλεονεκτήματα άλλων θεραπευτικών επιλογών με μεγαλύτερη επαφή με θεραπευτή/τρια θα πρέπει να 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	• Παρέχεται ομαδική παρέμβαση σωματικής δραστηριότητας από εκπαιδευμένο/η 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/ουσες.	• Περιλαμβάνει αερόβια άσκηση μέτριας έντασης. • Οι σκέψεις και τα συναισθήματα δεν αποτελούν άμεσο στόχο της παρέμβασης.	• Σε περιπτώσεις πιο σοβαρής κατάθλιψης, τα πιθανά πλεονεκτήματα άλλων θεραπευτικών επιλογών με μεγαλύτερη επαφή με θεραπευτή/τρια θα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά. • Δίνει τη δυνατότητα αλληλοϋποστήριξης μεταξύ ατόμων 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 στη 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 των συμπτωμάτων 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 λαμβάνοντας υπόψη την κλινική εικόνα και τις προτιμήσεις του ατόμου. Βλ. οπτική παρουσίαση για την πρόληψη της υποτροπής (**Παράρτημα IV**).
- 1.8.2 Συζητήστε με το άτομο ότι η πιθανότητα υποτροπής μπορεί να είναι αυξημένη όταν υπάρχει:
- ιστορικό υποτροπιαζόντων επεισοδίων κατάθλιψης, ιδιαίτερα όταν αυτά εμφανίζονται συχνά ή έχουν παρουσιαστεί εντός των τελευταίων 2 ετών
 - ιστορικό ατελούς ανταπόκρισης σε προηγούμενη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της παρουσίας υπολειπόμενων συμπτωμάτων
 - μη βοηθητικά πρότυπα αντιμετώπισης (για παράδειγμα, [αποφυγή](#) και [δεδομηρυκασμός](#))
 - ιστορικό σοβαρής κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων περιπτώσεων με σοβαρή λειτουργική έκπτωση
 - συνυπάρχοντα χρόνια σωματικά ή ψυχικά προβλήματα υγείας
 - προσωπικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί 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 το άτομο τη μακροχρόνια συνέχιση της αντικαταθλιπτικής αγωγής, λαμβάνοντας υπόψη την ισορροπία μεταξύ του κινδύνου για ανεπιθύμητες ενέργειες και του κινδύνου υποτροπής της κατάθλιψης. Στους παράγοντες που θα πρέπει να συνεκτιμηθούν περιλαμβάνονται:
- πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας ή επιδράσεις στη σεξουαλική λειτουργία
 - πιθανές δυσκολίες κατά τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής.
- 1.8.4 Σε περίπτωση που το άτομο επιλέξει τη μη συνέχιση της αντικαταθλιπτικής αγωγής για την πρόληψη της υποτροπής, 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 αποκλειστικά με 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 σαφή 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 στο πλαίσιο ψυχολογικών παρεμβάσεων μπορεί να περιλαμβάνονται:

- ανασκόπηση των γνώσεων και των αντιλήψεων που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και των στοιχείων που αποδείχθηκαν χρήσιμα
- διαμόρφωση 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 καταστάσεων, εκλυτικών παραγόντων, προειδοποιητικών σημείων (όπως άγχος ή διαταραχές ύπνου) ή μη βοηθητικών συμπεριφορών (όπως αποφυγή ή μηρυκαστική σκέψη) που έχουν προηγηθεί της επιδείνωσης των συμπτωμάτων και της προσωπικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας, καθώς και κατάρτιση λεπτομερών σχεδίων αντιμετώπισης σε περίπτωση επανεμφάνισής τους
- ανάπτυξη σχεδίων διαχείρισης για αναμενόμενα απαιτητικά γεγονότα κατά τους επόμενους 12 μήνες, συμπεριλαμβανομένων αλλαγών ζωής και επετείων δύσκολων γεγονότων.

- 1.8.8 Σε άτομα που παρουσίασαν ύφεση της κατάθλιψης αποκλειστικά με ψυχολογική θεραπεία και έχουν αξιολογηθεί ως υψηλότερου κινδύνου για υποτροπή, συζητήστε κατά πόσο επιθυμούν τη συνέχιση της ψυχολογικής θεραπείας για την πρόληψη της υποτροπής. Προχωρήστε σε από κοινού λήψη απόφασης σχετικά με την περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση.
- 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 θεραπευτικών παρεμβάσεων. Προχωρήστε σε από κοινού λήψη απόφασης σχετικά με την περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση.
- 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 θεραπευτική προσέγγιση, προσαρμοσμένη από τον/τη θεραπευτή/τρια με εστίαση στην πρόληψη της υποτροπής. Η συνέχεια αυτή θα περιλαμβάνει τουλάχιστον 4 επιπλέον συνεδρίες της ίδιας θεραπείας, με έμφαση στα συστατικά πρόληψης της υποτροπής (βλ. σύσταση 1.8.7) και στις προϋποθέσεις διατήρησης της ευεξίας.
- 1.8.11 Σε άτομα που συνεχίζουν να λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή με σκοπό την πρόληψη της υποτροπής, επανεκτιμήστε τη θεραπεία τουλάχιστον κάθε 6 μήνες. Σε κάθε επανεκτίμηση:
- παρακολουθήστε τη διάθεσή 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 κατά πόσο το άτομο επιθυμεί συνέχισης της θεραπείας. Σε περίπτωση που επιθυμεί διακοπή 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, επανεκτιμήστε τον κίνδυνο υποτροπής κατά την ολοκλήρωση της θεραπείας πρόληψης της υποτροπής και αξιολογήστε 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 Θεραπείες επόμενης γραμμής

1.9.1 Σε περίπτωση που η κατάθλιψη ενός ατόμου δεν ανταποκρίθηκε καθόλου μετά από 4 εβδομάδες αντικαταθλιπτικής αγωγής σε αναγνωρισμένη θεραπευτική δόση (ποσότητα φαρμάκου που τεκμηριωμένα μπορεί να επιφέρει το επιθυμητικό θεραπευτικό αποτέλεσμα), ή μετά από 4 έως 6 εβδομάδες ψυχολογικής θεραπείας ή συνδυασμού φαρμακευτικής και ψυχολογικής θεραπείας, διερευνήστε και συζητήστε τα ακόλουθα:

- κατά πόσο υφίστανται προσωπικοί, κοινωνικοί ή περιβαλλοντικοί παράγοντες, ή σωματικές ή άλλες ψυχικές καταστάσεις υγείας που ενδέχεται να εξηγούν τη μη ανταπόκριση στη θεραπεία
- κατά πόσο έχουν παρουσιαστεί δυσκολίες στην τήρηση του θεραπευτικού πλάνου (όπως διακοπή ή μείωση της φαρμακευτικής αγωγής λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών ή απουσίες από συνεδρίες με τον/τη θεραπευτή/τρια).

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 την 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 ανταπόκριση ή έχει παρουσιάσει περιορισμένη ανταπόκριση σε αποκλειστική ψυχολογική θεραπεία και δεν εντοπίζεται ή δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί κάποια προφανής αιτία, συζητήστε περαιτέρω θεραπευτικές επιλογές, συμπεριλαμβανομένων των παρεμβάσεων που έχουν αποδειχθεί χρήσιμες στο παρελθόν, και λάβετε από κοινού απόφαση για τη συνέχιση της θεραπείας, βάσει των κλινικών αναγκών και των προτιμήσεων του ατόμου. Οι επιλογές περιλαμβάνουν:

- μετάβαση σε διαφορετική 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 ανταπόκριση ή έχει παρουσιάσει 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 τη συνέχιση της θεραπείας, βάσει των κλινικών αναγκών και των προτιμήσεων του ατόμου. Οι επιλογές περιλαμβάνουν:

- προσθήκη ομαδικής παρέμβασης άσκησης
- μετάβαση 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 τη 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 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 εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ιδίως για συμβουλευτική υποστήριξη σχετικά με την αλλαγή αντικαταθλιπτικής αγωγής.

1.9.6 Σε περίπτωση που η κατάθλιψη δεν έχει παρουσιάσει ανταπόκριση ή έχει παρουσιάσει περιορισμένη ανταπόκριση στον συνδυασμό αντικαταθλιπτικής αγωγής και ψυχολογικής θεραπείας, συζητήστε περαιτέρω θεραπευτικές επιλογές και λάβετε από κοινού απόφαση για

τη συνέχιση της θεραπείας, βάσει των κλινικών αναγκών και των προτιμήσεων του ατόμου. Οι επιλογές περιλαμβάνουν:

- μετάβαση σε διαφορετική ψυχολογική θεραπευτική προσέγγιση
- αύξηση της δόσης ή μετάβαση σε άλλο αντικαταθλιπτικό φάρμακο(βλ. σύσταση 1.9.5)
- προσθήκη επιπρόσθετης φαρμακευτικής αγωγής (βλ. σύσταση 1.9.9).

1.9.7 Η βορτιοξετίνη (vortioxetine) συνιστάται ως επιλογή όταν δεν έχει καταγραφεί ανταπόκριση ή έχει καταγραφεί περιορισμένη ανταπόκριση σε τουλάχιστον δύο αντικαταθλιπτικά κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου.

1.9.8 Σε άτομα των οποίων η κατάθλιψη δεν έχει παρουσιάσει ανταπόκριση ή έχει παρουσιάσει 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 το ενδεχόμενο παραπομπής σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή λήψης συμβουλευτικών υπηρεσιών από ειδικό/ή. 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 την επίδραση 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 φροντίδας (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) (να λαμβάνεται υπόψη ότι τα TCAs είναι επικίνδυνα σε περίπτωση υπερδοσολογίας) ή
 - συνδυαστική θεραπεία με CBT και είτε SSRI είτε TCA.
- Συζητήστε τις θεραπευτικές επιλογές με το άτομο και λάβετε από κοινού απόφαση σχετικά με την επιλογή της θεραπείας, βάσει των κλινικών αναγκών και των προτιμήσεων του ατόμου (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](#), του [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/ή. Λάβετε υπόψη ότι η αλλαγή φαρμάκου ενδέχεται να απαιτεί επαρκή περίοδο απομάκρυνσής/απομάς (wash-out), ιδίως κατά τη μετάβαση προς ή από μη αναστρέψιμους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (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 υπερπρωλακτιναιμία 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, τα οποία επηρεάζουν σημαντικά την προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα και έχουν αξιολογηθεί 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/ες εθελοντές/τριες, 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 χωρίς ανταπόκριση ή με περιορισμένη ανταπόκριση στη θεραπεία για χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα που επηρεάζουν σημαντικά την προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα και τα οποία δεν έχουν ανταποκριθεί στις θεραπείες που προτείνονται στις ενότητες για τις [παραϊτέρω γραμμές θεραπείας](#) και [χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα](#), προσφέρετε παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παροχή συμβουλευτικής και περαιτέρω θεραπευτικής αντιμετώπισης. 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 θεραπείας και τα χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα και λαμβάνουν μακροχρόνια αντικαταθλιπτική αγωγή:

- επανεξετάστε, σε συνεργασία με το άτομο, τα οφέλη της θεραπείας
- εξετάστε το ενδεχόμενο διακοπής της αγωγής (βλ. [τις συστάσεις για τη διακοπή αντικαταθλιπτικών](#))

- συζητήστε πιθανούς λόγους μη ανταπόκρισης και διερευνήστε άλλες θεραπευτικές επιλογές 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 τον συνδυασμό αντικαταθλιπτικής αγωγής και ψυχολογικής θεραπείας (όπως BA, CBT, IPT ή STPP). Για τη διευκόλυνση της επιλογής μεταξύ των ψυχολογικών θεραπειών, παραπέμπεται κάποιος/α 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 στο πλαίσιο δομημένης, διεπιστημονικής προσέγγισης
 - 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 το ενδεχόμενο παραπομπής 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 Ψυχωσική 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 ψυχωσικά συμπτώματα, προσφέρετε παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπου η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

- εκτίμηση κινδύνου
- εκτίμηση αναγκών
- πρόγραμμα συντονισμένης διεπιστημονικής φροντίδας
- πρόσβαση σε ψυχολογικές θεραπείες, μετά τη βελτίωση των οξέων ψυχωσικών 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 ψυχωσικής κατάθλιψης (**Παράρτημα VI**).

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

1.12.3 Σε άτομα με κατάθλιψη και ψυχωσικά 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 ψυχωσικά συμπτώματα (ιδίως ως προς το ασυνήθιστο περιεχόμενο σκέψης και τις ψευδαισθήσεις).

1.12.5 Σε άτομα με κατάθλιψη και ψυχωσικά 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 ψυχωσική κατάθλιψη](#).

1.13 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία για την κατάθλιψη

- 1.13.1 Εξετάστε το ενδεχόμενο ηλεκτροσπασμοθεραπείας (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 τα άτομα. 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, την πιθανότητα αυξημένου κίνδυνου που σχετίζεται με την ECT σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα
 - τους κινδύνους που συνδέονται με τη μη χορήγηση ECT.
- Καταγράψετε τη σχετική 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 άτομα που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του ατόμου με κατάθλιψη/συγγενείς για τη διευκόλυνση της συζήτησης στη βάση ενημέρωσης.
- 1.13.4 Σε περίπτωση αδυναμίας παροχής ενημερωμένης συγκατάθεσης από άτομο με κατάθλιψη, λάβετε υπόψη το ισχύον νομικό πλαίσιο και τις επιθυμίες του/της ασθενούς.

- 1.13.5 Σε άτομα των οποίων η κατάθλιψη δεν ανταποκρίθηκε επαρκώς σε προηγούμενη ECT, εξετάστε το ενδεχόμενο επανάληψης 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 όποιον/α έχει αναλάβει τη φροντίδα του.
- 1.13.6 Η προσφορά υπηρεσιών ECT από πάροχους υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται μόνο όταν:
- οι υπηρεσίες ECT παρέχονται σύμφωνα με τα πρότυπα της Υπηρεσίας Διαπίστευσης για τη Χορήγηση ECT (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 της ECTAS.
- Προτρέπειται η τήρηση των [Προτύπων 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 των συμπτωμάτων.
- 1.13.8 Σε περίπτωση ανταπόκρισης της κατάθλιψης σε κύκλο ECT:
- ξεκινήστε ή συνεχίστε αντικαταθλιπτική αγωγή ή ψυχολογική θεραπεία για την πρόληψη υποτροπής στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης φροντίδας για τη διαχείριση της κατάθλιψης (βλ. τις [συστάσεις για την πρόληψη υποτροπής](#))
 - εξετάστε το ενδεχόμενο ενίσχυσης 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 σε ενήλικες, όταν δεν έχει υπάρξει ανταπόκριση σε τουλάχιστον 2 διαφορετικά αντικαταθλιπτικά κατά τη διάρκεια του τρέχοντος μέτρου έως σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου.
- 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 ασφαλείας, 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 πάροχοι 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**).

Τα μονοπάτια φροντίδας (pathways) πρέπει να:

- προάγουν την εύκολη πρόσβαση και την αξιοποίηση των καλυπτόμενων θεραπειών
- επιτρέπουν την άμεση αξιολόγηση ενηλίκων με κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης βαρύτητας 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 δυνατότητας αυτοπαραπομπής

- περιλαμβάνουν συστηματική συλλογή δεδομένων σχετικά με την πρόσβαση, τη χρήση και τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων θεραπειών εντός των μονοπατιών φροντίδας.

1.16.2 Οι πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας για άτομα με κατάθλιψη πρέπει να διασφαλίζουν την αποτελεσματική παροχή θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η παροχή αυτή βασίζεται στις βασικές λειτουργίες μιας κοινοτικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας ανά γεωγραφική περιοχή και να 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). Θα πρέπει να περιλαμβάνονται:

- διαδικασίες αξιολόγησης
- από κοινού λήψη αποφάσεων
- συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών
- παροχή φαρμακευτικών, 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/τριών υπηρεσιών υγείας στον σχεδιασμό, στην παρακολούθηση και στην 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/ες παρέχουν θεραπείες, υποστήριξη ή εποπτεία
- προσωπικού ψυχικής υγείας, για την παροχή ομαδικών θεραπειών στην πρωτοβάθμια φροντίδα για την πλειονότητα των ατόμων με κατάθλιψη
- ειδικών ψυχικής υγείας, οι οποίοι/ες 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 τα μονοπάτια φροντίδας (pathways), με στόχο 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/ες θεραπευτές/τριες ή ανεξάρτητους/ες διερμηνείς.

1.16.5 Κατά την προώθηση της πρόσβασης και της αξιοποίησης των υπηρεσιών, θα πρέπει 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
- ομοφυλόφιλα, αμφιφυλόφιλα και διεμφυλικά άτομα
- άτομα αφρικανικής, ασιατικής και άλλης εθνοτικής καταγωγής
- άτομα με μαθησιακές δυσκολίες ή [επίκτητες 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/ες, πρόσφυγες και αιτούντες/ουσες ασύλου.

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 παροχής [συνεργατικής φροντίδας](#) 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 συμμετοχή
- 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/η διαχειριστή/τρια περιστατικού
- παροχή ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στο πλαίσιο δομημένου πρωτοκόλλου
- ολοκληρωμένη φροντίδα σωματικής και ψυχικής υγείας
- συνεργασία μεταξύ συναδέλφων της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας
- εμπλοκή άλλων φορέων που παρέχουν υποστήριξη
- εποπτεία επαγγελματιών από έμπειρο/η 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, θα πρέπει να καταρτίζονται διεπιστημονικά πλάνα φροντίδας τα οποία:

- αναπτύσσονται από κοινού με το άτομο, τον/την προσωπικό/ή ιατρό και άλλα συναφή πρόσωπα που εμπλέκονται στη φροντίδα του (με τη συγκατάθεση του ατόμου) και παρέχεται 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
- ανασκοποούνται 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 σε περιόδους κρίσης και ενδονοσοκομειακή φροντίδα

- 1.16.10 Παραπέμπτε σε ειδικό/ή ψυχίατρο άτομα με πιο σοβαρή κατάθλιψη που διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο για:
- αυτοκτονία, ιδίως σε περιπτώσεις όπου τα άτομα διαβιούν μόνα τους
 - αυτοτραυματισμό
 - βλάβη προς τρίτους
 - αυτοπαράμεληση
 - 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 Διασφαλίστε ότι οι 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, είναι διαθέσιμες σε άτομα με κατάθλιψη που λαμβάνουν φροντίδα 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](#)

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ» ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΡΙΣΗΣ, ΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

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 συμπεριφορικής αντίδρασης, κατά την οποία το άτομο τροποποιεί τη συμπεριφορά του με σκοπό να αποφύγει τις σκέψεις, τη βίωση συναισθημάτων ή την ενασχόληση με δύσκολες καταστάσεις. Στις συμπεριφορές αποφυγής περιλαμβάνονται η αναβλητικότητα, 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, ο χρόνος και η συχνότητα λήψης φαρμάκων). Τα προγράμματα αυτά επικεντρώνονται αποκλειστικά στη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και δεν επεκτείνονται σε άλλες πτυχές της κατάθλιψης.

Εγχειρίδια θεραπείας

Τα εγχειρίδια θεραπείας βασίζονται σε εκείνα που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες, οι οποίες παρείχαν τα επιστημονικά 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 παθολογικές 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 εννέα 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 τα ίδια ότι βιώνουν κατάθλιψη ή καταθλιπτικά συμπτώματα, αναγνωρίζοντας ότι η εμπειρία, η περιγραφή και η ονομασία της κατάθλιψης διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο.

Κλιμακωτή ή αντιστοιχισμένη φροντίδα

Πρόκειται για σύστημα παροχής και παρακολούθησης θεραπειών, στο οποίο αρχικά παρέχονται οι πιο αποτελεσματικές, λιγότερο παρεμβατικές και λιγότερο απαιτητικές σε πόρους παρεμβάσεις. Η κλιμακωτή φροντίδα ενσωματώνει ένα μηχανισμό «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 της ζωής. Η

κοινωνική λειτουργικότητα ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να αλληλεπιδρά με άλλα άτομα, να αναπτύσσει σχέσεις και αποκομίζει και να διατηρεί οφέλη μέσα από αυτές τις αλληλεπιδράσεις.

Συνεργατική φροντίδα

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

- τη διαχείριση περιστατικών, η οποία εποπτεύεται και υποστηρίζεται από αντίστοιχο/η επαγγελματία ψυχικής υγείας
- τη στενή συνεργασία μεταξύ υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- την παροχή σειράς παρεμβάσεων βασισμένων σε τεκμηριωμένες κλινικές πρακτικές
- τον μακροπρόθεσμο συντονισμό της φροντίδας και τη συστηματική παρακολούθηση.

Τακτική (κατά συνεδρία) παρακολούθηση αποτελεσμάτων

Πρόκειται για ένα σύστημα παρακολούθησης των αποτελεσμάτων των θεραπευτικών παρεμβάσεων, το οποίο περιλαμβάνει τακτική αξιολόγηση (συνήθως σε κάθε επαφή, αναφερόμενη ως «κατά συνεδρία») των συμπτωμάτων ή της προσωπικής και κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου μέσω έγκυρων εργαλείων αξιολόγησης. Ενημερώνει για την πρόοδο της θεραπείας τόσο στο άτομο που λαμβάνει υπηρεσίες όσο και στον/στην επαγγελματία υγείας. Η διαδικασία συχνά υποστηρίζεται από την ηλεκτρονική χορήγηση και βαθμολόγηση των εργαλείων αξιολόγησης, με στόχο τη βελτίωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και την αποτελεσματικότερη διενέργεια ελέγχου και αξιολόγησης των υπηρεσιών φροντίδας. 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 διαγνωστικά κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο για τουλάχιστον 2 έτη, ή εμφανίζουν επίμονα υποκατώφλια συμπτώματα για τουλάχιστον 2 έτη, ή παρουσιάζουν επίμονα πεσμένη 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 ακόλουθες ενότητες παρουσιάζουν συνοπτικά το σκεπτικό διατύπωσης των συστάσεων και τον τρόπο με τον οποίο ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη κλινική πρακτική ή τις υπηρεσίες υγείας. Ως «Επιτροπή» ορίζεται η Επιτροπή ειδικών του NICE που ανέπτυξε και επικαιροποίησε την αρχική κατευθυντήρια οδηγία NG222 «Κατάθλιψη σε ενήλικες: θεραπευτική αντιμετώπιση 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 επαρκής χρόνος για ουσιαστικές συζητήσεις και για την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης με επαγγελματίες υγείας με τους/τις οποίους/ες 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 επιστημονικά δεδομένα σχετικά με τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, εξετάστηκαν και συνδυάστηκαν με τη γνώση και την κλινική εμπειρία της Επιτροπής, με αποτέλεσμα τη διαμόρφωση των συστάσεων.

Εντοπίστηκαν στοιχεία, αν και περιορισμένα, που έδειξαν ότι τα άτομα με κατάθλιψη επιθυμούν να ενημερώνονται σχετικά με τον τρόπο και τον χρόνο παρακολούθησης κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών, ενώ η δυνατότητα αυτοπαρακολούθησης των συμπτωμάτων εκλαμβάνεται ως ενδυναμωτική. Επίσης, εντοπίστηκαν δεδομένα που αναδεικνύουν το γεγονός ότι η σταδιακή μείωση της δόσης κατά τον σχεδιασμό της διακοπής της αγωγής, 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 ενημερωμένη επιλογή θεραπευτικής προσέγγισης από τα άτομα. Επιπλέον, αναδείχθηκαν οι ανάγκες πληροφόρησης και υποστήριξης των ατόμων με κατάθλιψη, σύμφωνα με τις οποίες αναδεικνύεται η ανάγκη για 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 1.4.25 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 στην 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 1.4.41 και 1.4.42](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Με βάση τη γνώση και την εμπειρία της Επιτροπής, αναγνωρίστηκε ότι η άτυπη σωματική άσκηση (φυσική δραστηριότητα που δεν αποτελεί μέρος μια δομημένης ή προγραμματισμένης προπόνησης), 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 σωματικής 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 βάση, 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, ενώ υπήρχαν ορισμένα δεδομένα 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 κάποια δεδομένα που υποστηρίζουν 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 ως ομαδική ή ατομική θεραπεία, είτε με τη 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 φάρμακα, και λαμβάνοντας υπόψη την πιθανότητα ανεπιθύμητων ενεργειών, η φαρμακευτική αγωγή δεν ορίζεται ως

προεπιλεγμένη θεραπεία (default treatment) 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 βάση, 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 λεπτομερείς πληροφορίες για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε πίνακα, με σκοπό τη διευκόλυνση της συζήτησης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ατόμων με κατάθλιψη σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές. Πέραν της σύστασης για την αρχική χρήση της καθοδηγούμενης αυτοβοήθειας για πρακτικούς λόγους, ο πίνακας διαμορφώθηκε στη βάση συναίνεσης των μελών της Επιτροπής, ώστε να παρουσιάζονται οι παρεμβάσεις κατά σειρά αποτελεσματικότητας 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 ως προς το κόστος 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 ΤCA στο παρελθόν και δεν υφίστανται αντενδείξεις, ενδέχεται να προτιμηθεί η χρήση ΤCA. 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 κάποια δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας (IPT) και της βραχυπρόθεσμης ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας (STPP). Ωστόσο, οι παρεμβάσεις αυτές δεν αξιολογήθηκαν, κατά βάση, 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 ως προς το κόστος του συνδυασμού βελονισμού και αντικαταθλιπτικών. Ωστόσο, επισημάνθηκε ότι τα δεδομένα αυτά βασίζονταν σε κινέζικο βελονισμό, ο οποίος διαφέρει από τον δυτικό, και συνεπώς τα αποτελέσματα ενδέχεται να μην είναι άμεσα εφαρμόσιμα στον πληθυσμό της Κύπρου.

Τόσο η καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια όσο και η ομαδική άσκηση φάνηκαν, κατά βάση, 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, τα πιθανά οφέλη άλλων θεραπευτικών επιλογών με μεγαλύτερη επαφή με θεραπευτή/τρια.

Πέραν των δεδομένων που ανασκοπήθηκαν, λήφθηκαν υπόψη και μεγάλης κλίμακας, πραγματιστικές (δηλαδή σε συνθήκες καθημερινής κλινικής πρακτικής) κλινικές 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 υποστήριξαν τις διατυπωθείσες συστάσεις.

Οι λεπτομέρειες των θεραπευτικών παρεμβάσεων παρατέθηκαν σε πίνακα, με σκοπό τη διευκόλυνση της συζήτησης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ατόμων με κατάθλιψη σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές. Ο πίνακας διαμορφώθηκε στη βάση συναίνεσης της Επιτροπής ως προς την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, καθώς και με την αξιολόγηση των 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 αντανakλά την υφιστάμενη πρακτική, ενώ εκτιμάται ότι συμβάλλει στη μείωση της διαφοροποίησης των πρακτικών εντός του συστήματος υγείας της Κύπρου. Οι πάροχοι φροντίδας καλούνται να διασφαλίσουν διαθεσιμότητα όλων των συνιστώμενων θεραπευτικών επιλογών, ώστε να καθίσταται εφικτή η ουσιαστική επιλογή.

[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 αντανakλά 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 που αυξάνουν την πιθανότητα υποτροπής, βάσει της γνώσης της Επιτροπής από τη διεθνή βιβλιογραφία και την κλινική εμπειρία. Συμφωνήθηκε ότι άτομα με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής θα πρέπει να αξιολογούνται για συνέχιση της θεραπείας, αναγνωρίζοντας ότι δεν επιθυμούν όλα τα άτομα τη λήψη θεραπείας για πρόληψη της 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 βάση, 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 ώστε να λαμβάνουν υπόψη θεραπείες που το άτομο έλαβε στο παρελθόν. Παράλληλα, συμφωνήθηκε ότι οι ψυχολογικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη υποτροπής περιλαμβάνουν σαφή κατεύθυνση προς την ανάπτυξη δεξιοτήτων πρόληψης της υποτροπής.

Με βάση τη γνώση και την εμπειρία της Επιτροπής, διατυπώθηκαν συστάσεις για τον προγραμματισμό της παρακολούθησης των ατόμων που λαμβάνουν θεραπεία πρόληψης της 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](#)

Θεραπείες 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 επαρκή, τεκμηριωμένα δεδομένα για τις περιπτώσεις ατόμων 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 τις περιπτώσεις ατόμων 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 που υποστηρίζουν ότι η ενίσχυση της αντικαταθλιπτικής αγωγής με ομαδική άσκηση είναι αποτελεσματική. Καταγράφηκαν επίσης πολύ περιορισμένα δεδομένα που δείχνουν ότι η μετάβαση σε διαφορετικό αντικαταθλιπτικό ή η αύξηση της δόσης του αντικαταθλιπτικού ενδέχεται να είναι αποτελεσματική. Επιπλέον, υπήρξαν στοιχεία που δείχνουν 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 η συνδυαστική χρήση αντικαταθλιπτικών ή ο συνδυασμός της χρήσης αντικαταθλιπτικού με άλλες θεραπείες (ηλεκτροσπασμοθεραπεία [ECT], αντιψυχωσικά, λίθιο, λαμοτριγίνη και τριιωδοθυρονίνη) 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 παρέμειναν ίδιες. Ωστόσο, επισημάνθηκε ότι υφίστανται πλέον επικαιροποιημένα πρότυπα για την ασφαλή και αποτελεσματική λειτουργία υπηρεσιών ECT, τα οποία έχουν εκδοθεί από το Βασιλικό Κολλέγιο Ψυχιάτρων (Ηνωμένο Βασίλειο), 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 δεδομένα που δείχνουν ότι οι συνδυασμοί ψυχολογικών θεραπειών και αντικαταθλιπτικών ενδέχεται, κατά βάση, να είναι πιο αποτελεσματικοί από τη χρήση καθεμιάς από τις θεραπείες 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 αντανakλούν 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 χρήσης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με ψυχολογικές παρεμβάσεις 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 επιστημονική 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 περιορίζει τη δυνατότητα διατύπωσης 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 που υποστηρίζουν ότι ο συνδυασμός αντικαταθλιπτικού και αντιψυχωσικού φαρμάκου ενδέχεται να προσφέρει οφέλη στη θεραπεία της ψυχωσικής κατάθλιψης. Ειδικότερα, υπήρξαν δεδομένα 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 φροντίδας ανά περίπτωση (matched care), με έμφαση στην καλή διασύνδεση μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, διασφαλίζοντας τη διαθεσιμότητα πληροφοριών σε σχέση με τις υπηρεσίες και στην αξιοποίηση ενός ευρέως φάσματος υπηρεσιών.

Καταγράφηκαν ορισμένα στοιχεία που δείχνουν ότι η διαφοροποίηση του τρόπου προσφοράς 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 αφρικανικής, ασιατικής και άλλης εθνικής καταγωγής.

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 που να συντείνει στο ότι η απλή συνεργατική φροντίδα βελτιώνει τις θεραπευτικές εκβάσεις σε άτομα με κατάθλιψη και ότι, συνολικά, αποτελεί αποδοτική ως προς το κόστος παρέμβαση για άτομα με κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων ατόμων.

Υπήρξαν ορισμένα στοιχεία που δείχνουν ότι συγκεκριμένα συστατικά της συνεργατικής φροντίδας οδηγούν σε οφέλη, και με αυτό συνηγορεί και η εμπειρία της Επιτροπής.

Δεν πραγματοποιήθηκε ειδική ανασκόπηση της επιστημονικής 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 κάποια στοιχεία που δείχνουν 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 πληθυσμιακή μελέτη 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 όποιον/α το φροντίζει, τους/τις συγγενείς του 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 κάποια θεραπεία ή φροντίδα.

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

- πριν επισκεφθείτε τον/την επαγγελματία υγείας ή φροντίδας
- κατά τη διάρκεια της επίσκεψής σας στον/στην 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 τα άτομα συνεργάζονται. Η διαδικασία αυτή τοποθετεί εσάς στο επίκεντρο των αποφάσεων που αφορούν τη δική σας θεραπεία και φροντίδα.

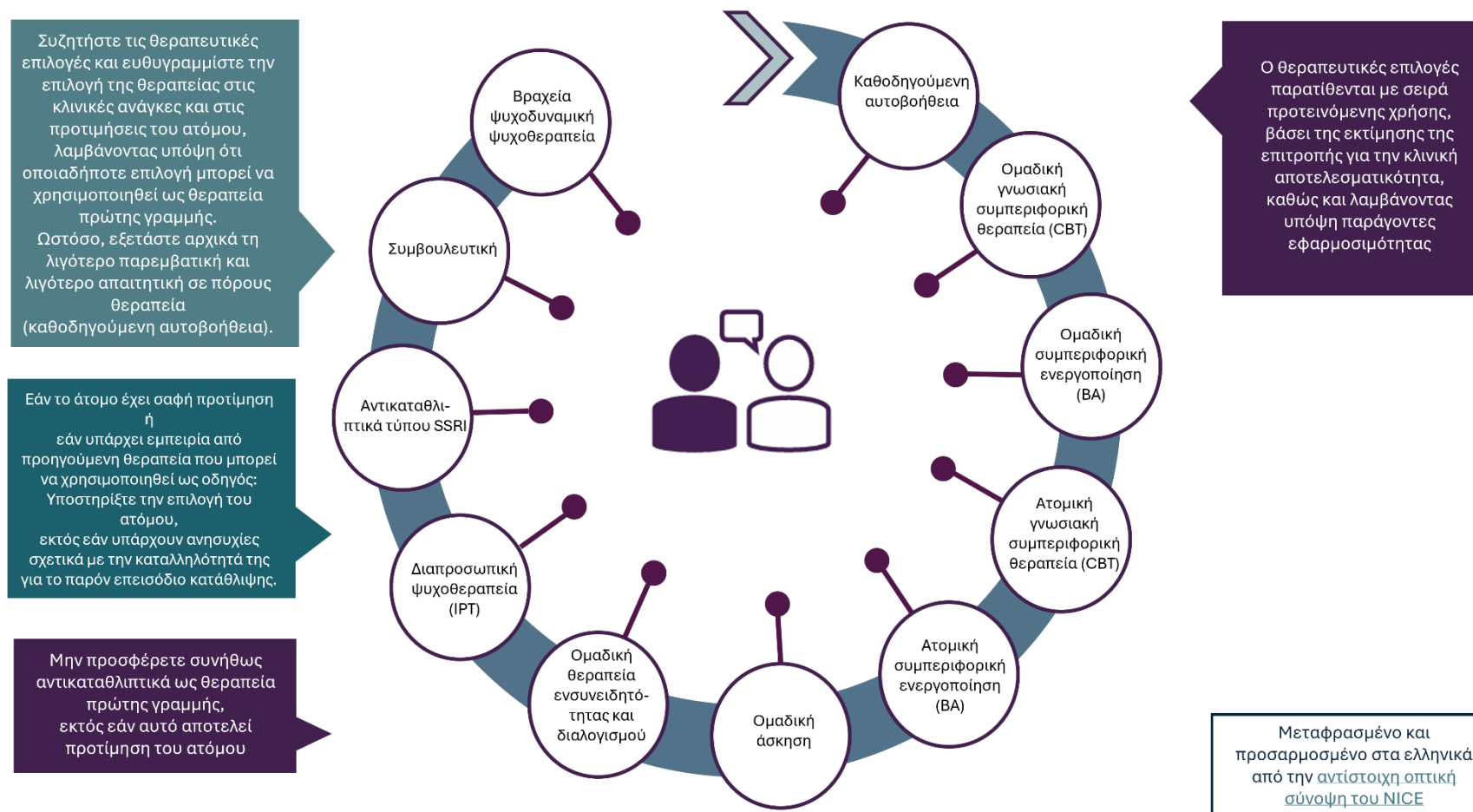
Αυτό σημαίνει ότι:

- 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/τις επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

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

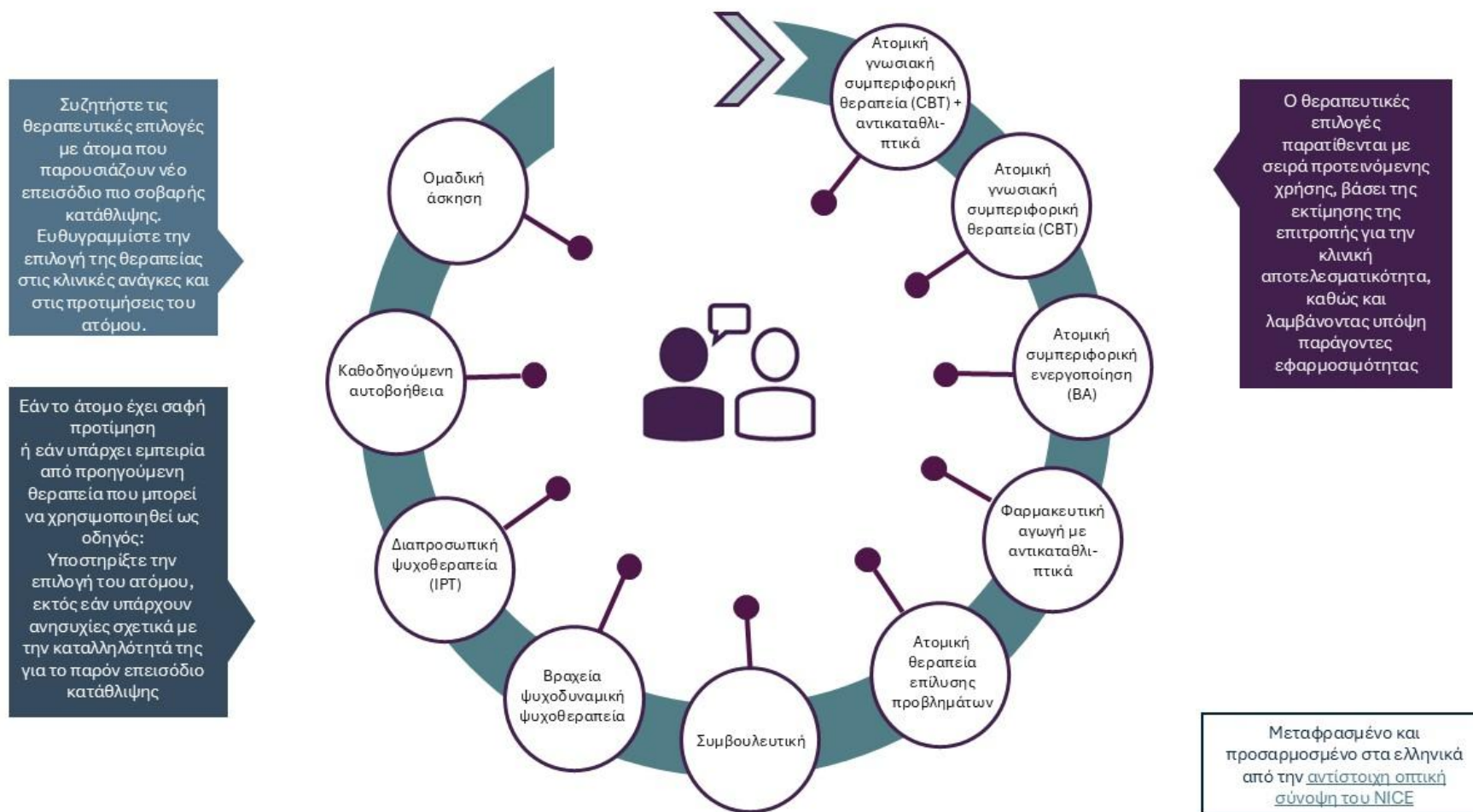
Κατάθλιψη στους ενήλικες: συζήτηση θεραπειών πρώτης γραμμής για λιγότερο σοβαρή κατάθλιψη



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

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

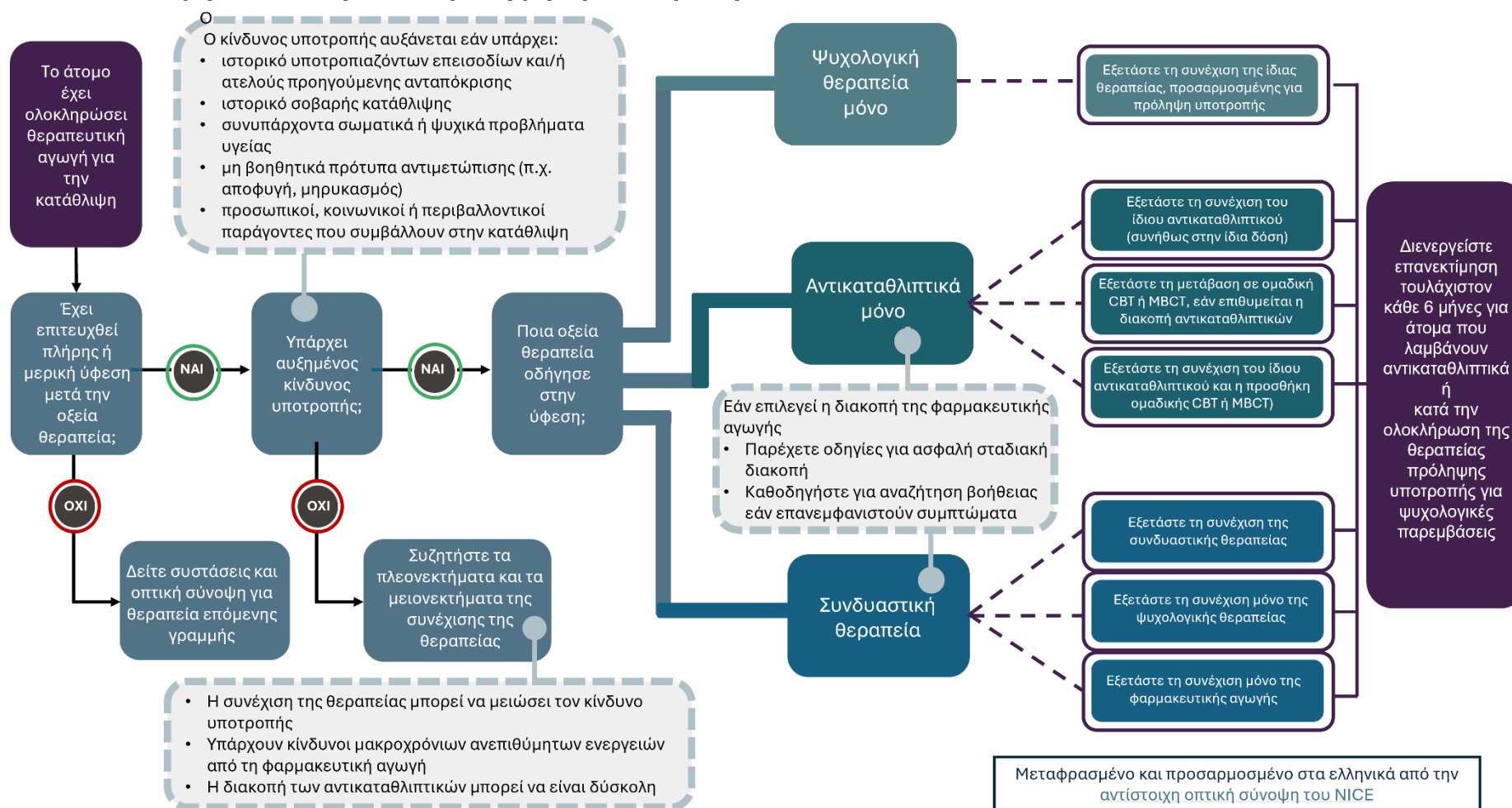
Κατάθλιψη στους ενήλικες: συζήτηση θεραπειών πρώτης γραμμής για πιο σοβαρή κατάθλιψη



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Συνοπτική οπτική παρουσίαση για την πρόληψη της υποτροπής

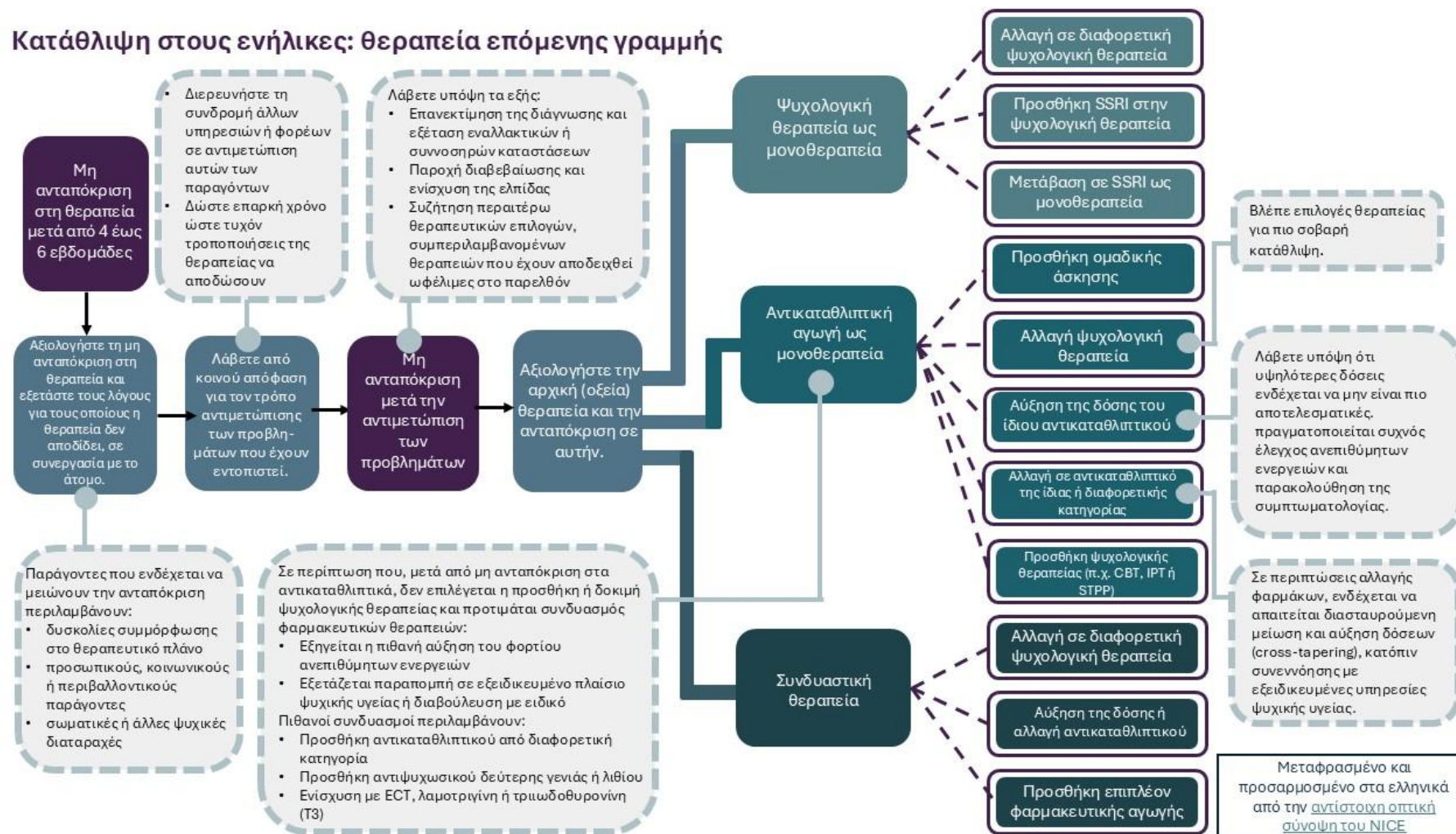
Κατάθλιψη στους ενήλικες: πρόληψη της υποτροπής



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Συνοπτική οπτική παρουσίαση για τις περαιτέρω γραμμές θεραπείας

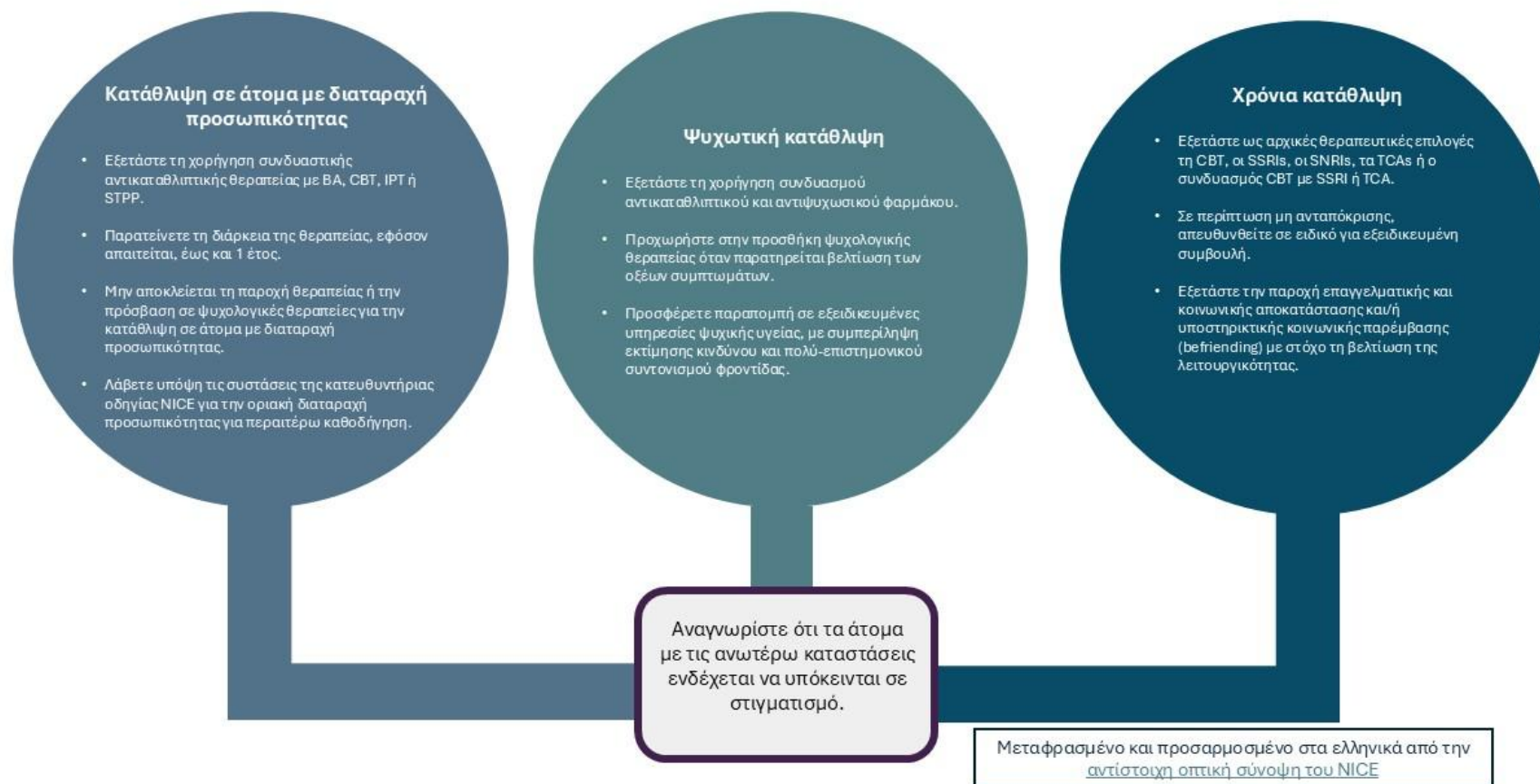
Κατάθλιψη στους ενήλικες: θεραπεία επόμενης γραμμής



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 θεραπείας
 - στις προτιμήσεις του ατόμου

Εστίαση των παρεμβάσεων

Φύση των παρεμβάσεων



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV**Right-Ad@pt checklist****για την Κλινική Κατευθυντήρια Οδηγία (ΚΚΟ)****Κατάθλιψη σε ενήλικες: θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση της νόσου**

A/A	Παράμετρος εργαλείου Right Ad@pt	Σχόλια / Απάντηση
1	Η έννοια «προσαρμογή» για την κατευθυντήρια οδηγία περιέχεται στον τίτλο	ΝΑΙ – Περιέχεται στη σελίδα τίτλου
2	Στον τίτλο περιγράφεται το θέμα/εστίαση/σκοπός της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ – Περιέχεται
3	Αναφορά των αντίστοιχων ημερομηνιών δημοσίευσης και βιβλιογραφικής αναζήτησης της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ – Ημερομηνία δημοσίευσης: 06/2026 ΝΑΙ – Τελευταίο evidence review – Ιούλιος 2022
4	Περιγραφή του φορέα ανάπτυξης και της χώρας/περιοχής της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ – Φορέας ανάπτυξης είναι ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) και η προσαρμογή έγινε για το σύστημα υγείας της Κύπρου
5	Παροχή περίληψης των συστάσεων που περιέχονται στην προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία	ΟΧΙ – Δεν ισχύει. Η μορφή της προσαρμοσμένης οδηγίας είναι η ίδια με την αρχική οδηγία του οργανισμού NICE και δεν περιλαμβάνει περίληψη των συστάσεων
6	Καθορισμός όρων κλειδιών και παροχή λίστας ακρωνυμίων (όπου ισχύει)	ΝΑΙ – Όροι κλειδιά: Άτυπα χαρακτηριστικά, Εξάρσεις, Πακέτο θεραπείας, Βοηθήματα βάδισης ΝΑΙ – Λίστα ακρωνυμίων: 1. NICE – National Institute for Health and Care Excellence 2. HB – Ηνωμένο Βασίλειο 3. ΟΑΥ – Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας 4. ΤΕΕ – Τεχνική Επιτροπή Ειδικών 5. NHS – National Health Service 6. ΓεΣΥ – Γενικό Σύστημα Υγείας 7. TCAs - Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά 8. SSRIs - Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης 9. SNRIs - Αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης

		10. MAOIs - Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης 11. ΗΚΓ – Ηλεκτροκαρδιογράφημα 12. ΓΣΘ - Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία 13. BA - Συμπεριφορική ενεργοποίηση 14. IPT - Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία 15. STPP - Βραχυπρόθεσμη Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία 16. MBCT - Γνωσιακή θεραπεία βασισμένη στην ενσυνειδητότητα 17. ECT - Ηλεκτροσπασμοθεραπεία
7	Στοιχεία επικοινωνίας του φορέα ανάπτυξης της προσαρμοσμένης ΚΚΟ	NAI – Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, Κλήμεντος 17-19, 1061 Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία Επικοινωνία – τηλ: 22557200 Επικοινωνία – ηλ. ταχ: hioguidelines@hio.org.cy
8	Αναφορά του ονόματος και του έτους δημοσίευσης της πηγής της κλινικής κατευθυντήριας οδηγίας, παροχή αναφοράς/ών και αναφορά εάν έγινε επικοινωνία με τους/τις συγγραφείς	NAI – Έτος δημοσίευσης αρχικής οδηγίας: 2022 NAI – Η προσαρμογή της οδηγίας NG226 γίνεται στο πλαίσιο της ευρύτερης συνεργασίας του ΟΑΥ με τον οργανισμό NICE. Στο πλαίσιο αυτής της συνεργασίας ο ΟΑΥ εξασφάλισε τα δικαιώματα προσαρμογής της συγκεκριμένης οδηγίας
9	Παροχή των βασικών επιδημιολογικών πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα (συμπεριλαμβανομένου του σχετικού φορτίου), τα ζητήματα που αφορούν τα συστήματα υγείας, και σημειώστε τυχόν σχετικές διαφορές σε σύγκριση με τις αρχικές κατευθυντήριες οδηγίες	NAI – Πληροφορίες σχετικά με την επιδημιολογία της κατάθλιψης στους ενήλικες και τις επιπτώσεις στο σύστημα υγείας υπάρχουν στο τμήμα «Πλαίσιο» της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας. NAI – Στην προσαρμοσμένη οδηγία, στο Τμήμα «Πλαίσιο» αναφέρονται επιδημιολογικά δεδομένα για την Κύπρο και τον κόσμο γενικότερα, ενώ στην αρχική οδηγία αναφέρονται επιδημιολογικά δεδομένα από το Ηνωμένο Βασίλειο
10	Περιγραφή του/των σκοπού/ών της προσαρμοσμένης οδηγίας, των επί μέρους στόχων και σημείωση οποιονδήποτε διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	NAI – Περίληψη του σκοπού και των στόχων της οδηγίας αναφέρεται στο τμήμα «Σύνοψη» της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας. OXI – ΔΕΝ υπήρχαν διαφορές
11	Περιγραφή του πληθυσμού-στόχου και των υπο-ομάδων (όπου ισχύει) στους οποίους αναφέρεται η προσαρμοσμένη ΚΚΟ και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	NAI – Η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία καλύπτει άτομα άνω των 18 ετών με κατάθλιψη OXI – ΔΕΝ υπήρχαν διαφορές

12	Περιγραφή των τελικών χρηστών/τριών στους/στις οποίους/ες στοχεύει η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	NAI – Στο τμήμα «Σε ποιους/ποιες απευθύνεται;» της προσαρμοσμένης οδηγίας, περιγράφονται οι τελικοί/ές χρήστες/τριες στους/στις οποίους/ες στοχεύει η προσαρμοσμένη οδηγία. NAI – Υπήρχαν διαφορές Οι χρήστες/τριες της προσαρμοσμένης ΚΚΟ διαφοροποιούνται σε σχέση με την αρχική οδηγία, για την καλύτερη προσαρμογή στα κυπριακά δεδομένα και στον σκοπό της ΚΚΟ: η έννοια trust managers προσαρμόζεται σε Providers of healthcare services and health insurance organizations (ώστε να καλύψει τον ΟΑΥ και άλλες ασφαλιστικές εταιρείες).
13	Περιγραφή του/των περιβάλλοντος/ντων για εφαρμογή στο/στα οποίο/α προορίζεται η προσαρμοσμένη ΚΚΟ και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	NAI - Στο Score περιγράφεται το περιβάλλον στο οποίο θα εφαρμόζεται η προσαρμοσμένη ΚΚΟ (Όλα τα περιβάλλοντα στα οποία παρέχονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο) NAI – Υπήρχαν διαφορές Το περιβάλλον εφαρμογής της αρχικής οδηγίας είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου, ενώ το περιβάλλον εφαρμογής της προσαρμοσμένης οδηγίας είναι οποιοδήποτε περιβάλλον στο οποίο παρέχονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο
14	Λίστα όλων όσοι συνέβαλαν στη προσαρμογή της ΚΚΟ και περιγραφή της διαδικασίας επιλογής τους και των αρμοδιοτήτων τους	NAI - Τα μέλη της Τεχνικής Επιτροπής Ειδικών (ΤΕΕ) είναι: - Δρ Ανδρέας Χατζητοφής (Πρόεδρος ΤΕΕ, Ψυχιατρική) - Δρ Κατερίνα Μαυρομάτη (Αντιπρόεδρος ΤΕΕ, Ψυχιατρική) - Δρ Μαίρη Αβρααμίδου (Μέλος, Γενική Ιατρική) - Γεώργιος Αλεξάνδρου (Μέλος, Νοσηλευτική) - Δρ Ειρήνη Ανδρέου (Μέλος, Ψυχιατρική) - Πλούταρχος Γεωργιάδης (Μέλος, Φαρμακευτική) - Πόλυ Γρηγορά (Μέλος, Εκπρόσωπος ασθενών) - Ξενοφών Ιωαννίδης (Μέλος, Εκπρόσωπος ασθενών) - Δρ Βασιλική Χριστοδούλου (Μέλος, Ψυχολογία) - Δρ Νατάσα Χριστοφίδη (Μέλος, Γενική Ιατρική)

		Η επιλογή τους έγινε κατόπιν πρότασής τους από τα επίσημα επαγγελματικά σώματα όπως την Κυπριακή Εταιρεία Ψυχιατρικής, το Σύνδεσμο Ψυχολόγων Κύπρου, τον Τομέα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας, τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, την Εταιρεία Γενικής Ιατρικής Κύπρου, την Εταιρεία Προσωπικών Ιατρών Κύπρου, την Κυπριακή Εταιρεία Παθολογίας, τον Παγκύπριο Φαρμακευτικό Σύλλογο, την Ομοσπονδία Συνδέσμων Ασθενών Κύπρου (ΟΣΑΚ) και την Κυπριακή Συνομοσπονδία Οργανώσεων Αναπήρων (ΚΥΣΟΑ)
15	Μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε	ΝΑΙ – Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι σύμφωνα με τις αρχές του ADAPTE Framework
16	Περιγραφή του τρόπου με τον οποίο επιλέχθηκε η πρωτότυπη οδηγία	Η οδηγία NG226 του οργανισμού NICE επιλέχθηκε στο πλαίσιο της ευρύτερης συνεργασίας του ΟΑΥ με τον εν λόγω οργανισμό
17	Καθορισμός των βασικών ερωτημάτων της προσαρμοσμένης ΚΚΟ	1.1 Αρχές φροντίδας 1.2 Αναγνώριση και αξιολόγηση 1.3 Επιλογή θεραπειών 1.4 Παροχή θεραπειών 1.5 Θεραπεία για νέο επεισόδιο λιγότερο σοβαρής κατάθλιψης 1.6 Αντιμετώπιση νέου επεισοδίου πιο σοβαρής κατάθλιψης 1.7 Θεραπεία ζεύγους για την κατάθλιψη 1.8 Πρόληψη υποτροπής 1.9 Θεραπεία επόμενης γραμμής 1.10 Χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα 1.11 Κατάθλιψη σε άτομα με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας 1.12 Ψυχωσική κατάθλιψη 1.13 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία για την κατάθλιψη 1.14 Διακρανιακή μαγνητική διέγερση για την κατάθλιψη

		1.15 Ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη 1.16 Πρόσβαση, συντονισμός και παροχή φροντίδας
18	Περιγραφή του τρόπου με τον οποίο αναπτύχθηκαν/τροποποιήθηκαν και/ή τέθηκαν σε προτεραιότητα τα βασικά ερωτήματα	Όλα τα ερωτήματα που υπήρχαν στην αρχική οδηγία αξιολογήθηκαν από την TEE στην πρώτη προπαρασκευαστική συνεδρία, ενώ συμπληρώθηκε και το εργαλείο AGREE για να εξακριβωθεί εάν υπήρχαν κενά στην αρχική οδηγία και αν υπάρχει ανάγκη για τροποποίηση ή προσθήκη νέων ερωτημάτων
19	Τρόπος αξιολόγηση συστάσεων της αρχικής οδηγίας	ΝΑΙ – Οι συστάσεις της αρχικής οδηγίας αξιολογήθηκαν μία προς μία από την TEE. Κατόπιν συζήτησης και εφόσον υπήρχε επαρκής τεκμηρίωση έγιναν οι απαραίτητες τροποποιήσεις. Για κάποιες από τις συστάσεις, γίνεται επιπλέον αναφορά στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις». Εκεί περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο αναπτύχθηκαν οι συστάσεις της αρχικής οδηγίας και πώς τροποποιήθηκαν ή υιοθετήθηκαν από τα μέλη της TEE κατά την προσαρμογή
20	Τεκμηρίωση με βάση σε ερευνητικά δεδομένα από την πρωτότυπη πηγή και/ή επιπρόσθετα στοιχεία	ΝΑΙ – Στη σελίδα της αρχικής οδηγίας υπάρχει διαθέσιμη η απαραίτητη τεκμηρίωση για την κάθε σύσταση. Επιπλέον, εντός του αρχείου τις οδηγίας, στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις» γίνεται αναλυτική αναφορά στο σκεπτικό για επιλογή της αρχικής σύστασης ή και της προσαρμογής της από την TEE
21	Τρόπος εύρεσης και αξιολόγησης νέων ερευνητικών δεδομένων, σε περίπτωση που χρησιμοποιήθηκαν	ΝΑΙ – Τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν, προέκυψαν από ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας, όπως αυτή αναφέρεται στην σελίδα της αρχικής οδηγίας .
22	Περιγραφή της προσέγγισης που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της βεβαιότητας/ποιότητας των επιστημονικών δεδομένων και της ισχύος των συστάσεων στην προσαρμοσμένη ΚΚΟ και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	ΝΑΙ – Η προσέγγιση για την αξιολόγηση της βεβαιότητας/ποιότητας των επιστημονικών δεδομένων περιγράφεται στην σελίδα της αρχικής οδηγίας και για ορισμένες συστάσεις γίνεται ενδελεχής αναφορά στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις»
23	Περιγραφή των διαδικασιών που ακολουθήθηκαν για τη λήψη αποφάσεων από την TEE για την προσαρμογή της ΚΚΟ, κυρίως όσον	ΝΑΙ – Οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν για τη λήψη αποφάσεων από την TEE περιγράφονται αναλυτικά στο Πλάνο Προσαρμογής που συμφωνήθηκε από τα μέλη

	αφορά στη διαμόρφωση των συστάσεων	της ΤΕΕ πριν την έναρξη της διαδικασίας προσαρμογής. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων περιγράφεται πιο κάτω: • Οι αποφάσεις της ΤΕΕ λαμβάνονται κανονικά με συναίνεση των παρόντων μελών της επιτροπής • Η ψηφοφορία χρησιμοποιείται για τη λήψη αποφάσεων μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις • Πριν από τη λήψη απόφασης για τη διεξαγωγή ψηφοφορίας, ο/η πρόεδρος εξετάζει, σε κάθε περίπτωση, κατά πόσον η συνέχιση της συζήτησης σε επόμενη συνεδρίαση είναι πιθανό να οδηγήσει σε συναίνεση • Η ψηφοφορία είναι ανώνυμη και οι αποφάσεις παίρνονται από την απλή πλειοψηφία των παρισταμένων μελών της επιτροπής • Δικαίωμα ψήφου έχουν μόνο τα μέλη της επιτροπής που παρίστανται στη συνεδρίαση. Δεν υπάρχει ψήφος μέσω τηλεξουσίου. Επιπλέον, όπου υπήρχε συζήτηση για την ανάπτυξη ή προσαρμογή συγκεκριμένης σύστασης, γίνεται αναφορά στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις»
24	Αναφορά των συστάσεων και υπόδειξη εάν αυτές τροποποιήθηκαν, υιοθετήθηκαν ή είναι καινούριες	ΝΑΙ – Στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις» υποδεικνύονται συστάσεις που είτε τροποποιήθηκαν ή υιοθετήθηκαν ή είναι καινούριες σε σύγκριση με την αρχική οδηγία
25	Δήλωση της κατεύθυνσης και της ισχύος των συστάσεων και της βεβαιότητας/ποιότητας των υποστηρικτικών αποδεικτικών επιστημονικών δεδομένων και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία (εάν ισχύει)	ΝΑΙ – Η κατευθυντήρια οδηγία ακολουθεί μια συγκεκριμένη μορφή όσον αφορά στη διατύπωση και στη δομή, ώστε η κατεύθυνση και η ισχύς των συστάσεων και της βεβαιότητας/ποιότητας των υποστηρικτικών αποδεικτικών στοιχείων να είναι σαφής στον/στην τελικό/ή χρήστη/χρήστρια. Η ισχύς της σύστασης μπορεί να ποικίλει μεταξύ υποχρεωτικής, ισχυρής και αδύναμης. ΝΑΙ – Τυχόν σημαντικές διαφοροποιήσεις από την αρχική οδηγία περιγράφονται στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις»
26	Ξεχωριστή παρουσίαση συστάσεων για ειδικές υπο-ομάδες πληθυσμού εάν η οδηγία εισηγείται σημαντικές διαφορές σε παράγοντες που επηρεάζουν τις συστάσεις και σημείωση διαφορών σε	ΝΑΙ – Στην οδηγία παρουσιάζονται ξεχωριστά οι συστάσεις οι οποίες αφορούν σε ειδικές υπο-ομάδες (για παράδειγμα: 1.2.13, 1.2.14, και 1.4.1)

	σύγκριση με την αρχική οδηγία (εάν ισχύει)	
27	Περιγραφή των κριτηρίων/παραγόντων που λήφθηκαν υπόψη στη διαμόρφωση των συστάσεων ή σημείωση σχετικών διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία (εάν ισχύει)	ΝΑΙ – Κριτήρια/παραγόντες που λήφθηκαν υπόψη στη διαμόρφωση των συστάσεων αναφέρονται στη σελίδα της αρχικής οδηγίας και περιγράφονται και στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις» για ορισμένες συστάσεις
28	Υπόδειξη εάν η προσαρμοσμένη ΚΚΟ υποβλήθηκε σε ανεξάρτητη εξωτερική αξιολόγηση. Εάν ναι, περιγράψτε τη διαδικασία.	ΝΑΙ – Η κατευθυντήρια οδηγία, μετά την προσαρμογή της και μετάφραση της στα ελληνικά από την ΤΕΕ, τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση. Με βάση προκαθορισμένο πλάνο, στη δημόσια διαβούλευση, προσκλήθηκαν να λάβουν μέρος όλοι οι ενδιαφερόμενοι φορείς, συμπεριλαμβανομένων ιατρικών εταιρειών, συνδέσμων ασθενών και φαρμακευτικών εταιρειών. Πέραν των προσκεκλημένων φορέων, κατά τη διαδικασία της δημόσιας διαβούλευσης, οποιοσδήποτε/οποιαδήποτε είχε τη δυνατότητα να υποβάλει σχόλια και ερωτήματα που αφορούσαν στην προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία. Ακολουθώντας η ΤΕΕ μελέτησε όλα τα σχόλια και, εφόσον συμφωνούσε με τη διαθέσιμη επιστημονική τεκμηρίωση, ενσωμάτωσε τις προτεινόμενες αλλαγές. Σε περίπτωση που διαφωνούσε με την επιστημονική τεκμηρίωση, απέρριπτε τα συγκεκριμένα σχόλια ή προτάσεις για αλλαγές. Με το τέλος της διαδικασίας, δόθηκαν απαντήσεις από την ΤΕΕ, για κάθε σημείο σχολιασμού, σε όλους τους φορείς που συμμετείχαν στη δημόσια διαβούλευση
29	Υπόδειξη εάν η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία έλαβε έγκριση από οργανισμό. Εάν ναι, περιγράψτε τη διαδικασία	ΝΑΙ – Τα μέλη της ΤΕΕ (εμπειρογνώμονες σε θέματα κατάθλιψης) διορίστηκαν από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας μετά από εισηγήσεις που λήφθηκαν από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς
30	Αναφορά όλων των χρηματοδοτήσεων για την προσαρμογή της ΚΚΟ και της πηγής της ΚΚΟ και τον ρόλο των χρηματοδοτών	ΝΑΙ - Η διαδικασία της προσαρμογής της κατευθυντήριας οδηγίας χρηματοδοτείται από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας, ο οποίος κατά τη διαδικασία της προσαρμογής της οδηγίας είχε ρόλο παρατηρητή. Όπου θεωρήθηκε απαραίτητο, η ΤΕΕ απευθύνθηκε στον ΟΑΥ για διευκρίνηση διαδικασιών ή για παροχή στοιχείων. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δεν είχε κανένα ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων

31	Αναφορά όλων των αντικρουόμενων συμφερόντων των μελών της ΤΕΕ που συμμετείχαν στην προσαρμογή της ΚΚΟ και πώς αυτά αξιολογήθηκαν και έτυχαν διαχείρισης	ΝΑΙ – Τυχόν ύπαρξη αντικρουόμενων συμφερόντων των μελών της ΤΕΕ που συμμετείχαν στην προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας αξιολογήθηκαν μέσω ενυπόγραφης έντυπης δήλωσης συμφερόντων. Στην εν λόγω δήλωση περιγράφονται οποιαδήποτε άμεσα ή έμμεσα συμφέροντα για κάθε μέλος της ΤΕΕ και τα οποία αξιολογήθηκαν από την εξωτερική Υποστηρικτική Επιτροπή (Secretariat) για να διαπιστωθεί εάν υπήρχε σύγκρουση συμφέροντος για κάποιο από τα μέλη της ΤΕΕ. Δεν διαπιστώθηκε σύγκρουση συμφέροντος για κάποιο μέλος.
32	Περιγραφή των πιθανών εμποδίων και στρατηγικών για την υλοποίηση της κατευθυντήριας οδηγίας (εάν ισχύει)	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ
33	Συνοπτική περιγραφή της στρατηγικής για την επικαιροποίηση της προσαρμοσμένης ΚΚΟ (εάν ισχύει)	ΝΑΙ – Θα αναπτυχθεί πλάνο αξιολόγησης και επικαιροποίησης της οδηγίας (Aftercare Plan) από εξωτερική Υποστηρικτική Επιτροπή (Secretariat) και το οποίο θα εγκριθεί από την ΤΕΕ
34	Περιγραφή των προκλήσεων και της διαδικασίας προσαρμογής, των περιορισμών στα επιστημονικά δεδομένα και παροχή εισηγήσεων για μελλοντική έρευνα	ΝΑΙ – Στην σελίδα της αρχικής οδηγίας και στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις», περιγράφονται οι περιορισμοί που παρουσιάζονται στα επιστημονικά δεδομένα και αναφέρεται η ανάγκη για μελλοντική έρευνα