

1. Θεοδωράκης, Γ., Ζουρμπάνος, Ν., Χατζηγεωργιάδης, Α., & Δημητρακόπουλος, Σ. (2013). Άσκηση και κατάθλιψη. Στο Β. Γεροδήμος επιμέλεια), *Η άσκηση ως μέσο πρόληψης και αποκατάστασης χρόνιων παθήσεων*. (pp. 341-360)] <http://www.exerciseforhealth.gr/index.php?mod=content&cid=e-book>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Άσκηση και Κατάθλιψη

Θεοδωράκης Γιάννης

Καθηγητής στο Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Ζουρμπάνος Νίκος

Μεταδιδακτορικός Ερευνητής, Διδάσκων στο Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Χατζηγεωργιάδης Αντώνης

Επίκουρος Καθηγητής στο Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Δημητρακόπουλος Στέφανος

Στρατιωτικός Ιατρός, Ειδικευόμενος Ψυχίατρος.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	3
Ορισμοί	3
Επιδημιολογία νόσου	5
Θνησιμότητα	5
Αιτιολογία των Διαταραχών Διάθεσης	6
Οξείες επιδράσεις της άσκησης στους ασθενείς	8
Χαρακτηριστικά & διαφορές με το φυσιολογικό πληθυσμό	9
Επίδραση φαρμακοθεραπείας στις αναμενόμενες οξείες προσαρμογές της άσκησης	9
Χρόνιες επιδράσεις της άσκησης σε ασθενείς με κατάθλιψη	10
<i>Η σημασία της άσκησης σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμών με κατάθλιψη. Άσκηση σε άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή</i>	11
Προγράμματα άσκησης για άτομα με κατάθλιψη	12
<i>Στόχος των προγραμμάτων άσκησης & αποκατάστασης</i>	12
<i>Οδηγίες πριν την έναρξη προγραμμάτων άσκησης, ενημέρωση των ασθενών</i>	13
<i>Αντενδείξεις για συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης</i>	13
<i>Συνιστώμενες μορφές άσκησης & μορφές άσκησης προς αποφυγή</i>	14
<i>Οδηγίες συμμετοχής σε προγράμματα άσκησης διαχείρισης της κατάθλιψης</i>	15
<i>Προτεινόμενα προγράμματα άσκησης για άτομα με κατάθλιψη</i>	15
Παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε ένα πρόγραμμα άσκησης	17
<i>Καθορισμός στόχων σε ένα πρόγραμμα άσκησης</i>	17
<i>Διαχείριση του χρόνου</i>	20
<i>Έλεγχος της αυτοπεποίθησης και αντιμετώπισης των εμποδίων</i>	22
<i>Οδηγίες για την καλύτερη οργάνωση προγραμμάτων άσκησης για άτομα με προβλήματα άγχους, στρες ή κατάθλιψης</i>	23
Επίλογος	24
Βιβλιογραφία	25

Εισαγωγή

Ο θεραπευτικός ρόλος της άσκησης στις ψυχικές ασθένειες, και ιδιαίτερος στην κατάθλιψη, δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς, παρόλο που η άσκηση αναγνωρίζεται ως ένας σημαντικός παράγοντας με θετική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων αυτών. Μια δυσκολία αποτελεί το γεγονός ότι η άσκηση, ως μέσο θεραπείας των ατόμων με κατάθλιψη, θα πρέπει να είναι επιλογή των ίδιων των ατόμων ή των συγγενών τους, οι οποίοι συνήθως δε γνωρίζουν, δεν πιστεύουν ότι μπορούν να το κάνουν ή δύσκολα πείθονται για την αξία της.

Ωστόσο, η άσκηση αποτελεί μια θεραπευτική παρέμβαση στην κλινική κατάθλιψη, αλλά και στη δευτερογενή κατάθλιψη (δηλ. κατάθλιψη με αιτιολογία άλλη ασθένεια) και συχνά προτείνεται ως αντικαταθλιπτική παρέμβαση από γενικούς ιατρούς, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κτλ.

Η άσκηση ή η συμμετοχή σε διάφορες αθλητικές δραστηριότητες, ως θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, αν και είναι απλή, φυσιολογική και ανέξοδη, πολλές φορές παρουσιάζει δυσκολίες στην εφαρμογή της, εξαιτίας της μεγάλης εσωτερικής προσπάθειας που απαιτείται από τους ασθενείς και της κατάλληλης εκπαίδευσης του προσωπικού. Η άσκηση απαιτεί προσπάθεια, διαρκή προγραμματισμό, κούραση και συστηματική αφοσίωση. «Δεν είναι ένα χάπι που μπορεί να πάρει ο ασθενής γρήγορα και εύκολα». Παρόλα αυτά, για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και των συναφών ψυχικών διαταραχών, εκτός της φαρμακευτικής ή άλλης μορφής αγωγής, τα προγράμματα άσκησης μπορούν να συμπεριληφθούν είτε αυτόνομα, είτε σε συνδυασμό, στο πλαίσιο μιας αντικαταθλιπτικής θεραπείας [1].



Ορισμοί

Η θλίψη είναι ένα οικείο, πανανθρώπινο συναίσθημα, αλλά η επί μακρόν διατήρησή της σε βαθμό που να διαβρώνει τον ψυχισμό και τις λειτουργίες του ατόμου, αποκτά ψυχοπαθολογική βαρύτητα και συνιστά την κλινική κατάθλιψη. Η κατάθλιψη θεωρείται ως η συχνότερα παρατηρούμενη ψυχική διαταραχή διάθεσης, και ορίζεται ως μια συναισθηματική κατάσταση έντονης και επίμονης λύπης. Διακρίνεται από επεισόδια λύπης ή ήπιας θλίψης που, πολλές φορές, παρατηρούνται σε όλα τα άτομα, έως μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας, επίμονα κακής διάθεσης, απελπισίας και αδυναμίας άντλησης ικανοποίησης [2].

Οι διαταραχές της διάθεσης (παλαιότερα γνωστές ως συναισθηματικές διαταραχές) περιλαμβάνουν μια μεγάλη κατηγορία διαταραχών, στην κλινική εικόνα των οποίων προεξάρχει η παθολογική διάθεση και οι συνοδές διαταραχές. Ως διάθεση ορίζεται ένας διάχυτος συγκινησιακός τόνος, που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά του ατόμου καθώς και την αντίληψη του εαυτού, των άλλων και του περιβάλλοντος γενικά. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η ευφορία και ο θυμός. Οι μείζονες διαταραχές της διάθεσης είναι συχνές στον γενικό πληθυσμό, και

σε αυτές οι ασθενείς βιώνουν, ως επί το πλείστον, παθολογικά μία επίμονη και ακραία καταθλιπτική διάθεση που μπορεί να εναλλάσσεται με υπερβολική, παθολογική διάθεση ευφορίας (σε περίπτωση διπολικής διαταραχής). Οι διαταραχές της διάθεσης συνοδεύονται από πολλά σημεία και συμπτώματα, που επηρεάζουν όλους τους τομείς της λειτουργικότητας [3].

Σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV-TR), οι διαταραχές διάθεσης διαιρούνται στις εξής κατηγορίες:

- Μείζων καταθλιπτική διαταραχή.
- Δυσθυμική διαταραχή.
- Καταθλιπτική διαταραχή μη αλλιώς προσδιοριζόμενη.
- Διπολικές διαταραχές.
- Κυκλοθυμική διαταραχή.
- Διπολική διαταραχή μη αλλιώς προσδιοριζόμενη.
- Διαταραχή διάθεσης λόγω ιατρικής κατάστασης.
- Διαταραχή διάθεσης λόγω χρήσης ουσιών.

Σε γενικές γραμμές, η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από αισθήματα απόγνωσης και αποθάρρυνσης. Συνδέεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα ενοχής, απαισιοδοξία για το μέλλον, παραιτήση από κοινωνικές σχέσεις και διάφορα σωματικά συμπτώματα, όπως διαταραχές όρεξης και προβλήματα στον ύπνο [4]. Συμπληρωματικά, μπορεί να προκληθεί και ροπή προς τον αλκοολισμό. Η κατάθλιψη κλινικής μορφής χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση (υποκειμενικό αίσθημα λύπης ή μελαγχολίας για μεγάλο χρονικό διάστημα), απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης (όσον αφορά τις συνήθεις δραστηριότητες του ατόμου και την άντληση ικανοποίησης από αυτές) και επίσης από μια σειρά συμπτωμάτων που παρατηρούνται καθημερινά και είναι: αϋπνία ή υπερυπνία, ελάττωση ή αύξηση της όρεξης, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας, ελαττωμένη ικανότητα του ατόμου να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα. Ακόμη συχνά παρατηρούνται αισθήματα αναξιοσύνης ή υπέρμετρης, απρόσφορης ενοχής και υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου, υποτροπιάζων αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς ή με συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία.

Η κατάθλιψη συχνά αναφέρεται μεταξύ των παραγόντων που προβλέπουν την υιοθέτηση συμπεριφορών υψηλού κινδύνου στους εφήβους, όπως για παράδειγμα το κάπνισμα και η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Άτομα με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, χαρακτηρίζονται από χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, ψυχολογικό στρες και κατάθλιψη. Κατηγορίες εφήβων με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παίρνουν ρίσκο στις σεξουαλικές τους συμπεριφορές με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες [5].

Η συμμετοχή των ατόμων με κατάθλιψη σε διάφορες αθλητικές δραστηριότητες είναι μάλλον χαμηλή, αφού τείνουν να κάνουν κυρίως καθιστική ζωή. Ωστόσο, σημαντικό ερώτημα στη διεθνή βιβλιογραφία αποτελεί το αν η κατάθλιψη είναι που δημιουργεί τάσεις αδράνειας ή αν η καθιστική ζωή επιτείνει το πρόβλημα της κατάθλιψης.

Επιδημιολογία νόσου

Η κατάθλιψη θεωρείται ως το πιο κοινό ψυχιατρικό πρόβλημα. Σύμφωνα με παγκόσμιες εκτιμήσεις, η κατάθλιψη είναι η τρίτη πιο σημαντική αιτία αναπηρίας στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα παγκοσμίως [6] και η τέταρτη πιο δαπανηρή νόσος. Αντίστοιχα, η διπολική διαταραχή αποτελεί την έκτη αιτία ανικανότητας σε παγκόσμιο επίπεδο και την τρίτη κύρια αιτία πρόωρου θανάτου ή ανικανότητας μετά την κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια όσον αφορά τις ψυχικές παθήσεις [7]. Οι ασθενείς με κατάθλιψη περνούν περισσότερο χρόνο κλινήρεις από τους ασθενείς με διαβήτη, υπέρταση, αρθρίτιδα ή χρόνια πνευμονοπάθεια και έχουν τόσο λειτουργική ανικανότητα όσο και οι καρδιοπαθείς ασθενείς. Οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας ξοδεύουν περισσότερο χρόνο αντιμετωπίζοντας την κατάθλιψη από ό,τι την υπέρταση, την αρτηριοσκληρυντική καρδιοπάθεια ή το σακχαρώδη διαβήτη. Εκτιμάται ότι το 20% των ασθενών, γενικότερα, έχουν σε κάποιο βαθμό συμπτώματα κατάθλιψης. Επίσης, η κατάθλιψη αφορά το 5 με 10% του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών [8]. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι συχνή με το δια βίου επιπολασμό (κίνδυνος εμφάνισης της νόσου σε όλη τη ζωή του ατόμου) και φθάνει το 5 με 12% για τους άντρες και το 10 με 25% στις γυναίκες.

Φύλο. Η μείζων κατάθλιψη είναι συχνότερη στις γυναίκες, η διπολική διαταραχή είναι εξίσου συχνή σε άντρες και γυναίκες. Στη διπολική διαταραχή τα μανιακά επεισόδια είναι συχνότερα στις γυναίκες και τα καταθλιπτικά επεισόδια συχνότερα στους άντρες. Στους πληθυσμούς των εφήβων και των νέων η κύρια ψυχική διαταραχή είναι οι διαταραχές κατάθλιψης (16.6 %). Τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι πολύ συχνά στους εφήβους και υπολογίζονται σε ποσοστό 12 % έως 25.3 % [5].

Ηλικία. Η έναρξη της διπολικής ή συνήθως παρατηρείται στην ηλικία των 30, αλλά απαντάται επίσης σε παιδιά, καθώς και σε μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικες. Η μείζων κατάθλιψη απαντάται σε όλο το φάσμα των ηλικιών, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών.

Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι συχνότερες μεταξύ ατόμων που ζουν μόνα τους ή έχουν χωρίσει από ό,τι στα παντρεμένα άτομα. Δεν υπάρχει συσχέτιση με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Δεν παρατηρούνται διαφορές μεταξύ φυλών ή θρησκευτικών ομάδων. Όσον αφορά τη διπολική διαταραχή είναι συνηθέστερη σε διαζευγμένους ή άγαμους, ελαφρώς συχνότερη σε ανώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα και σε μετανάστες.

Θνησιμότητα

Οι μείζονες διαταραχές της διάθεσης (δηλαδή η μείζονα καταθλιπτική και η διπολική διαταραχή) συνδέονται με ελάττωση στο προσδόκιμο της επιβίωσης κατά περίπου 10 έτη. Το χαμηλότερο προσδόκιμο αποδίδεται στο συνδυασμό παραγόντων-τρόπου ζωής υψηλού κινδύνου (καθιστική ζωή, κάπνισμα), στη χρήση ψυχοφαρμάκων που συχνά επάγουν σωματικά προβλήματα υγείας (π.χ. μεταβολικό σύνδρομο) και στην κοινωνική αποστέρηση των ασθενών. Η

αυτοκτονία επίσης είναι ένα εμφανές πρόβλημα υγείας που επιπλέκει τις διαταραχές της διάθεσης συχνότερα από ότι άλλες καταστάσεις. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας στη διάρκεια της ζωής για τα άτομα με διαταραχή της διάθεσης είναι 10-15% [9] (15% των καταθλιπτικών και 19% των διπολικών ασθενών) και ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας αυξάνεται κατά 41 φορές στους καταθλιπτικούς ασθενείς συγκριτικά με εκείνους με άλλη διαταραχή. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλός τόσο στα άτομα με μανία, όπως επίσης και στα καταθλιπτικά άτομα.

Αιτιολογία των Διαταραχών Διάθεσης

Η παθοφυσιολογία των διαταραχών της διάθεσης δεν έχει αποδοθεί σε έναν και μοναδικό ή συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα, αλλά σε συνδυασμό ενός μεγάλου αριθμού παραγόντων [10]. Με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, που αποτελεί την πιο ευρέως αποδεκτή υπόθεση γύρω από την παθογένεση των συναισθηματικών διαταραχών, τόσο η αιτιολογία όσο και η έκβαση τους οφείλεται σε συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνιστωσών, οι οποίες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και μεταβάλλονται. Παρακάτω περιγράφονται, οι βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες:

A. Βιολογικοί παράγοντες [11]

1. Βιογενείς αμίνες. Οι βιολογικά ενεργές (βιογενείς) αμίνες, όπως η νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη, η ντοπαμίνη είναι οι κύριοι νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου. Επειδή αυτά τα συστήματα ρυθμίζουν τη βασική δραστηριότητα πολλαπλών νευρωνικών οδών, έχει διατυπωθεί η πρόταση ότι στις διαταραχές της διάθεσης εμφανίζεται ανώμαλη λειτουργία των βιογενών αμινών. Η μονοαμινική υπόθεση [12], υποστηρίζει ότι οι μονοαμίνες, όπως η νορεπινεφρίνη και η σεροτονίνη είναι ανεπαρκείς στην κατάθλιψη και ότι η θεραπευτική δράση των αντικαταθλιπτικών εξαρτάται από την αυξημένη διαθεσιμότητα αυτών των μονοαμινών. Η μονοαμινική υπόθεση βασίστηκε στην παρατήρηση ότι τα αντικαταθλιπτικά που εμποδίζουν την αναστολή της επαναρρόληψης της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης, βοηθούν σε ασθενείς πάσχοντες από κατάθλιψη. Η δραστηριότητα της ντοπαμίνης μπορεί να ελαττωθεί στην κατάθλιψη και να αυξηθεί στη μανία.

2. Νευροενδοκρινολογική ρύθμιση. Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων υπερδραστηριοποιείται στην κατάθλιψη οδηγώντας σε αυξημένη έκκριση κορτιζόλης. Επίσης, στην κατάθλιψη έχουμε ελαττωμένη απελευθέρωση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης, της αυξητικής ορμόνης, της θυλακιοτρόπου ορμόνης, της ωχρινοποιητικής ορμόνης, της τεστοστερόνης και ελάττωση της νυχτερινής απέκκρισης μελατονίνης. Οι ανοσολογικές λειτουργίες είναι ελαττωμένες τόσο στη μανία όσο και την κατάθλιψη.

3. Ύπνος. Στην κατάθλιψη, οι διαταραχές περιλαμβάνουν καθυστερημένη έναρξη του ύπνου, μικρότερη λανθάνουσα περίοδο REM ύπνου, αύξηση της διάρκειας της πρώτης REM περιόδου και παθολογικό ύπνο δ κυμάτων. Είναι συνηθισμένες οι πολλαπλές αφυπνίσεις και ο ελαττωμένος συνολικός χρόνος ύπνου στη μανία. Η στέρηση ύπνου έχει διαπιστωθεί ότι ασκεί αντικαταθλιπτική δράση.

4. Αναδαύλιση (kindling). Οι διαταραχές της διάθεσης μπορεί να αποτελούν συνέπεια της αναδαύλισης του κροταφικού λοβού. Η αναδαύλιση είναι μια διαδικασία μέσω της οποίας επανειλημμένη υπο-ουδική διέγερση ενός νευρώνα προκαλεί δυναμικό ενέργειας. Αυτή η διέγερση οδηγεί σε οργανικό επίπεδο στην έκλυση επιληπτικής κρίσης. Η αποτελεσματικότητα των αντιεπιληπτικών φαρμάκων ως σταθεροποιητών της διάθεσης και η περιοδική φύση ορισμένων διαταραχών διάθεσης (π.χ. εναλλαγές επεισοδίων μανίας και κατάθλιψης στις διπολικές διαταραχές) έχει οδηγήσει στη διατύπωση της θεωρίας αυτής.

5. Γενετική. Μελέτες έχουν επανειλημμένως αποδείξει ότι οι διαταραχές της διάθεσης έχουν οικογενειακή επιβάρυνση. Τόσο οι διπολικές όσο και οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν οικογενή κατανομή, αλλά οι ενδείξεις για κληρονομικότητα είναι ισχυρότερες για τη διπολική διαταραχή.

B. Ψυχολογικοί παράγοντες

1. Ψυχαναλυτική θεωρία. Ο Freud είχε πρώτος τονίσει τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος (που είναι φυσιολογική αντίδραση) και την κατάθλιψη που ακολουθεί την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου είτε κάποιας σημαντικής για το άτομο διάστασης (π.χ. απώλεια εργασίας, χωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο). Επίσης, ο Freud σημείωσε πως τόσο η θλίψη όσο και η κατάθλιψη είναι αντιδράσεις στην απώλεια, αλλά ότι στα καταθλιπτικά συμπτώματα περιλαμβάνονται οι ενοχές και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Με βάση την εμπειρία από την ψυχανάλυση καταθλιπτικών ασθενών, πίστευε ότι η θλίψη μετατρέπεται σε κατάθλιψη, όταν το αίσθημα της στέρσης μεταβάλλεται σε αμφιθυμία για το πρόσωπο της απώλειας και δεν είναι ανεκτή η αρνητική πλευρά της αμφιθυμίας [3]. Στην πλειοψηφία των μελετών που συγκρίνουν καταθλιπτικούς ασθενείς με υγιή άτομα, η απώλεια στην παιδική ηλικία (ιδίως η απώλεια ενός γονέα) έχει θετική συσχέτιση με την κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή. Επιπλέον, η κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να εκδηλωθεί μετά από απώλεια, χωρισμό ή απογοήτευση. Ψυχαναλυτικά, η μανία ή η υπερθυμία αντιμετωπίζονται ως άμυνες έναντι της υποκείμενης κατάθλιψης.

2. Ψυχοδυναμική θεωρία. Κατά ορισμένους θεωρητικούς, τα άτομα που είναι επιρρεπή στην κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Κατά άλλους, η κατάθλιψη είναι θυμός ή επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του εαυτού. Άλλοι υποστηρίζουν ότι αστάθεια και ανασφάλεια στη βρεφονηπιακή ηλικία, που προέρχεται από τη διαταραγμένη σχέση μητέρας- παιδιού, δημιουργούν το υπόστρωμα για ευαισθησία και ευαλωτότητα σε αποχωρισμούς αργότερα, που οδηγούν σε κατάθλιψη [3].

3. Γνωσιακή Θεωρία. Συνίσταται στη γνωσιακή τριάδα του Beck [13] που στην κατάθλιψη αφορά α) αρνητική εικόνα του εαυτού (π.χ. «τα πράγματα πάνε άσχημα, γιατί είμαι ανίκανος»), β) αρνητική εικόνα του κόσμου (π.χ. «τίποτα γύρω μου δεν πάει καλά και πάντα έτσι ήταν»), γ) αρνητική εικόνα του μέλλοντος (π.χ. «τίποτα δεν πρόκειται να αλλάξει προς το καλύτερο»).

4. Μαθημένη αίσθηση ανημπόριας. Είναι μια θεωρία, που αποδίδει την κατάθλιψη στην αίσθηση του ατόμου ότι δεν μπορεί να ελέγξει τα γεγονότα [14]. Η εκμάθηση αδυναμίας μοιάζει με την παθητική συμπεριφορά απόσυρσης στην κατάθλιψη και η αντίσταση στην αναστροφή μίας

αρνητικής εμπειρίας υπενθυμίζει τις αρνητικές απαιτήσεις αυτοϊκανοποίησης της κατάθλιψης.

Γ. Κοινωνικοί παράγοντες

Το κοινωνικό περιβάλλον και οι καταστάσεις ζωής που μπορεί να απορρέουν από αυτό, όπως ανεργία, φτώχεια, μετανάστευση, κακοποίηση σχετίζονται σαφώς με την ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης [15]. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής συχνά προηγούνται των πρώτων επεισοδίων διαταραχών της διάθεσης. Αυτού του είδους τα γεγονότα μπορεί να προκαλέσουν μόνιμες μεταβολές στους νευρώνες, που προδιαθέτουν ένα άτομο σε μεταγενέστερα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης. Ενδεικτικό παράδειγμα είναι ότι η απώλεια ενός γονέα πριν την ηλικία των 11 είναι ένα γεγονός στη ζωή του ατόμου που σχετίζεται ισχυρότερα με την εμφάνιση κατάθλιψης στη μετέπειτα ενήλικη ζωή.

Οξείες επιδράσεις της άσκησης στους ασθενείς

Είναι γεγονός ότι η έντονη άσκηση μπορεί να μειώσει παροδικά τα συμπτώματα κατάθλιψης και να βελτιώσει τη διάθεση, σύμφωνα με πολυάριθμες μελέτες σε μη κλινικά δείγματα [16]. Οι μετα-αναλυτικές εργασίες δείχνουν ότι η άσκηση συμβάλει στη μείωση των επιπέδων της κατάθλιψης. Αυτό ισχύει τόσο για την άμεση (μετά από μια ώρα άσκησης) όσο και για τη μακροχρόνια επίδραση της άσκησης. Σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση της Conn [17], τα παρεμβατικά προγράμματα άσκησης, λειτουργούν αποτελεσματικά στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης μη κλινικής μορφής, ιδιαίτερα όταν περιλαμβάνουν αερόβιες δραστηριότητες χαμηλής έντασης, ασκήσεις κινητικότητας (ευλυγισία-ευκαμψία) και ασκήσεις με αντιστάσεις. Επίσης, σε άλλη μετα-ανάλυση μικρού αριθμού εργασιών, που πραγματοποιήθηκε σε άτομα με μανιοκατάθλιψη, παρατηρήθηκε σημαντική επίδραση της άσκησης στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των ασθενών αυτών [18].

Οι φυσιολογικοί μηχανισμοί που διευκολύνουν την ευεργετική επίδραση της άσκησης στη συναισθηματική και διανοητική κατάσταση του ατόμου βασίζονται σε διάφορες βιοχημικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της μυϊκής προσπάθειας και μετά, και δύναται να ερμηνεύσουν τις αντικαταθλιπτικές επιδράσεις της άσκησης στον οργανισμό. Όταν ο μηχανισμός με τον οποίον η άσκηση επιδρά ευεργετικά στην ψυχική διάθεση εξακριβωθεί πλήρως, τότε η θεραπευτική διαδικασία θα βοηθηθεί ακόμη περισσότερο.

Όσον αφορά στις άμεσες επιδράσεις της άσκησης, από τις πρώτες έρευνες που μελέτησαν τη σχέση άσκησης και διάθεσης, έχει καταγραφεί το φαινόμενο της ευφορίας που ακολουθεί μία συνεδρία έντονης φυσικής δραστηριότητας, φαινόμενο το οποίο ονομάστηκε «jogger's high» ή «runner's high» και το οποίο αποδόθηκε σε διέγερση των υποδοχέων των οπιοειδών του εγκεφάλου [19]. Υπάρχουν ενδείξεις για νευρωνικά κυκλώματα μέσω των οποίων η άσκηση προκαλεί ευφορία και καλή διάθεση. Τα κυριότερα είναι το σύστημα των ενδορφινών [20, 21] και το σύστημα των κατεχολαμινών και διάφορα νευροδιαβιβαστικά συστήματα [22]. Επιπρόσθετα,



υπάρχουν ενδείξεις για τη θετική επίδραση της οξείας άσκησης στις γνωσιακές λειτουργίες, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων με κατάθλιψη [23, 24].

Συνοπτικά, ικανός αριθμός ερευνών και μετα-αναλύσεων τεκμηριώνει, πλέον, τις ευεργετικές επιδράσεις της άσκησης σε άτομα με κατάθλιψη. Σε γενικές γραμμές, η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης μειώνει τα επίπεδα της κατάθλιψης και βελτιώνει τη διάθεση. Σχετικά δε με το είδος της άσκησης που είναι πιο κατάλληλο για το σκοπό αυτό, φαίνεται ότι και τα δύο είδη άσκησης (αερόβια και αναερόβια) μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα της κατάθλιψης.

Χαρακτηριστικά & διαφορές με το φυσιολογικό πληθυσμό

Οι μετα-αναλυτικές εργασίες δείχνουν ότι γενικά η άσκηση έχει σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση της κατάθλιψης, σε όλες τις κατηγορίες των ατόμων (ανδρών και γυναικών, γυμνασμένων και αγύμναστων, υγιών και ασθενών, νέων και ενήλικων, ατόμων με χαμηλό και ατόμων με υψηλό επίπεδο κατάθλιψης). Η αλλαγή της διάθεσης, και η μείωση του στρες των ατόμων με κατάθλιψη, είναι εμφανής με το τέλος ενός προγράμματος άσκησης [8]. Για παράδειγμα, σχετική έρευνα σε ενήλικα άτομα με κατάθλιψη, έδειξε βελτίωση των γνωστικών τους λειτουργιών μετά από μια δοκιμασία βάδισης σε εργοδιάδρομο [24]. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι η μείωση της κατάθλιψης είναι συνήθως πιο έντονη σε άτομα με κατάθλιψη κλινικής μορφής. Επιπλέον, τα αποτελέσματα είναι πιο θετικά σε αγύμναστους ασθενείς καρδιακής αποκατάστασης ή ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα, σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό [4]. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με κατάθλιψη διαφέρουν από τον φυσιολογικό πληθυσμό, καθώς συνήθως νιώθουν αδυναμία, κόπωση, έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση όσον αφορά την επίτευξη στόχων, χαμηλή αυτοεκτίμηση όσον αφορά την εικόνα του σώματός τους [25], αισθήματα θυμού προς τον εαυτό τους, αλλά και το κοινωνικό σύνολο, είναι υποηδονικοί (με μειωμένο δηλαδή αίσθημα ικανοποίησης ή άντλησης χαράς) [26], με μειωμένο ενδιαφέρον και κίνητρο.



Τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί εν μέρει να ερμηνεύσουν την υποκειμενική δυσκολία των ατόμων αυτών για έναρξη και συνέχιση της φυσικής δραστηριότητας ή την άντληση ικανοποίησης από αυτή. Επιπλέον, πολλοί εξ αυτών καταφεύγουν στη χρήση ή κατάχρηση αλκοόλ, νικοτίνης ή άλλων ουσιών [27], ως μέσο αυτο-ίασης για να ανακουφιστούν από την καταθλιπτική ή αγχώδη συμπτωματολογία τους ή να μπορέσουν να κοιμηθούν. Η συχνή συννοσηρότητα της κατάθλιψης με χρήση ουσιών ή αλκοόλ αποτελεί ένα επιπλέον εμπόδιο για τον ασθενή, ώστε να στραφεί στην άσκηση και να αποκομίσει όσο το δυνατόν περισσότερα οφέλη από αυτήν.

Επίδραση φαρμακοθεραπείας στις αναμενόμενες οξείες προσαρμογές της άσκησης

Τα πιο συχνά προγράμματα για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή ή και ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, όπως είναι η τροποποίηση της γνωστικής

συμπεριφοράς. Σήμερα όμως, η άσκηση προτείνεται είτε σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία, είτε ως εναλλακτική της φαρμακοθεραπείας για άτομα με κατάθλιψη.

Όλο και πιο συχνά τελευταία, στις ήπιες ή λιγότερο ήπιες μορφές κατάθλιψης συστήνεται να αποφεύγεται η φαρμακευτική αγωγή και να προτάσσεται ως πρώτη επιλογή η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης. Σύμφωνα με έρευνες φαίνεται ότι τα προγράμματα άσκησης (πχ. περπάτημα ή τρέξιμο 6 km, 3 φορές την εβδομάδα για 10 εβδομάδες) είναι εξίσου ευεργετικά, για άτομα με σοβαρές διαταραχές άγχους, όσο και η φαρμακευτική αγωγή [4]. Σε έρευνα παρατήρησης ασθενών, μεγάλης ηλικίας, με κατάθλιψη διάρκειας 16 εβδομάδων τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα της άσκησης (ένα πρόγραμμα αερόβιας άσκησης, τρεις φορές την εβδομάδα) και η ομάδα της φαρμακευτικής αγωγής, και η ομάδα της φαρμακευτικής αγωγής και της άσκησης ταυτόχρονα, είχαν σημαντική μείωση των επιπέδων της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτικό μέσο της φαρμακευτικής αγωγής. Αν και η φαρμακευτική αγωγή είχε γρήγορα αποτελέσματα, το πρόγραμμα άσκησης για 16 εβδομάδες είχε το ίδιο καλά αποτελέσματα με τη φαρμακευτική αγωγή [28].

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τις τελευταίες δεκαετίες προτείνεται ο συνδυασμός άσκησης και φαρμακευτικής αγωγής, ως μια νέα θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Το παραπάνω ενισχύεται και από νέα επιστημονικά δεδομένα που συνδέουν την ευοδωτική δράση της άσκησης (μιας προπόνησης) και των αντικαταθλιπτικών στο νευροτροφικό παράγοντα BDNF (brain-derived neurotrophic factor). Τα ευρήματα αυτά παρέχουν αποδείξεις ότι η οξεία άσκηση (μια προπόνηση) αποτελεί μια φυσιολογική πηγή στρες που μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα των περιφερειακών ενδοκανναβινοειδών και του BDNF. Η μεταβολή αυτή θα μπορούσε να είναι ένας μηχανισμός με τον οποίο τα ενδοκανναβινοειδή επηρεάζουν τη νευροπλαστικότητα και σχετίζονται με τις αντικαταθλιπτικές και αγχολυτικές επιδράσεις της οξείας άσκησης [29].

Η οξεία και χρόνια πρόσληψη αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων (έχουν μελετηθεί τα SSRIs και τα SNRIs) [30] δεν επηρεάζουν την ικανότητα της δύναμης ή την απόδοση σε υψηλής έντασης άσκηση σε νεαρούς ενήλικες άνδρες. Οι συνήθεις αναφερόμενες πιθανές παρενέργειες της λήψης αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων περιλαμβάνουν: γαστρεντερικές διαταραχές, ξηροστομία, ναυτία, ίλιγγο, υπνηλία, εφιαλτικά όνειρα, εφίδρωση, αϋπνία, τρόμο, νευρική κατάσταση, υπέρταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, αύξηση βάρους. Είναι αυτονόητο ότι η εμφάνιση των παραπάνω ανεπιθύμητων ενεργειών δρα ανασταλτικά στη θετική επίδραση της άσκησης. Αντίθετα, φαίνεται ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία στις γυναίκες εξαιτίας πιθανής παρενέργειας της αντικαταθλιπτικής αγωγής, μπορεί να αντιστραφεί μέσω της άσκησης [31].



Χρόνιες επιδράσεις της άσκησης σε ασθενείς με κατάθλιψη

Πολλές έρευνες μελέτησαν την αντικαταθλιπτική και αγχολυτική δράση της άσκησης στον ανθρώπινο οργανισμό. Από προοπτικές έρευνες έχει δειχθεί ότι άτομα που δεν ασκούσαν στην

παιδική ηλικία έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα μετέπειτα, σε σχέση με τα άτομα που ασκούσαν [32]. Κλινικές παρατηρήσεις και επιδημιολογικές έρευνες, έχουν δείξει ότι η φυσική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης και ανάπτυξης κατάθλιψης σε ένα άτομο. Όσο πιο πολύ αθλητικό τρόπο ζωής ακολουθεί κανείς τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα της κατάθλιψης [8]. Τα άτομα που είναι κινητικά δραστήρια έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη [33]. Οι έρευνες έδειξαν τις ευεργετικές επιδράσεις της άσκησης στη μείωση των επιπέδων κατάθλιψης σε πολλές ειδικές κατηγορίες πληθυσμών με προβλήματα υγείας. Έτσι, η συμμετοχή σε διάφορες αθλητικές δραστηριότητες, μπορεί να περιορίσει τα συμπτώματα σε καρδιοπαθείς με ελαφριά και μέτρια κατάθλιψη [34, 35]. Η συμμετοχή σε πρόγραμμα άσκησης (τρέξιμο) έχει ευεργετικές επιδράσεις στη μείωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με ψυχιατρικά περιστατικά [36]. Επίσης, σε άτομα της τρίτης ηλικίας, η άσκηση θεωρείται ευεργετική στο μετριασμό των αρνητικών συναισθημάτων και της κατάθλιψης [37]. Η ελάττωση της συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες αυξάνει τον κίνδυνο για καταθλιπτικά συμπτώματα μεταξύ των ηλικιωμένων. Αυτό παραπέμπει στη λήψη μέτρων για τη διατήρηση ενός κατάλληλου επιπέδου φυσικής δραστηριότητας στον πληθυσμό των ηλικιωμένων [38].

Οι μηχανισμοί που πιθανόν ευθύνονται για τη θετική επίδραση της άσκησης στην ψυχική υγεία ατόμων με κατάθλιψη δεν έχουν πλήρως αποσαφηνιστεί. Για την απάντηση στο ερώτημα αυτό, υπάρχουν μεν δεδομένα, δεν υπάρχουν, όμως, σίγουρες ερμηνείες. Από την πλευρά της ψυχολογίας, οι γνωστικές ψυχολογικές θεωρίες αναφέρουν ότι η άσκηση αλλάζει τη διάθεση των καταθλιπτικών ατόμων, μέσω της ρύθμισης του άγχους, της βελτίωσης της αυτοεκτίμησης και της εικόνας του σώματος και της ανόδου της αυτοπεποίθησης [39]. Για τις γυναίκες ιδιαίτερα, φαινόμενα κατάθλιψης και προβλήματα διαταραχών διατροφής συνδέονται και με την αρνητική σωματική εικόνα. Μέσα από την άσκηση, τον έλεγχο του βάρους και τη βελτίωση της σωματικής εικόνας, περιορίζονται ταυτόχρονα και τα συμπτώματα της κατάθλιψης [40].

Οι θεωρίες από την πλευρά της φυσιολογίας, τονίζουν ότι, μέσω της άσκησης, αλλάζει ή ρυθμίζεται καλύτερα μια σειρά φυσιολογικών μηχανισμών στα άτομα με κατάθλιψη. Οι αλλαγές αυτές έρχονται από την έκκριση των ενδορφινών, τις αυξομειώσεις στη θερμοκρασία του σώματος, τις αλλαγές στους νευροδιαβιβαστές, κτλ. [4, 36]. Σε μελέτη έχει αναφερθεί σημαντική μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ηλικιωμένους, οι οποίοι συμμετείχαν σε 18-μηνο πρόγραμμα άσκησης (περπάτημα) [41]. Ορισμένες μελέτες υποδηλώνουν ότι η άσκηση μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας ασθενών με διπολική διαταραχή. Ενώ αντίθετα, απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, όσον αφορά στην επίδραση της άσκησης, σε άτομα με δυσθυμική ή κυκλοθυμική διαταραχή [42].



Η σημασία της άσκησης σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμών με κατάθλιψη. Άσκηση σε άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ανήκει στις αγχώδεις διαταραχές και χαρακτηρίζεται από ιδεοληψίες ή/και ψυχαναγκασμούς. Συνίσταται σε φόβους, και ανησυχίες, δυσφορία, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, κλπ. Οι ιδεοληπτικές φοβίες έρχονται συχνά με ένα επαναληπτικό και στερεότυπο τρόπο. Τα άτομα αυτά χάνουν πολύ χρόνο για τις συνήθειές τους αυτές, καταλαβαίνουν ότι αυτό που κάνουν είναι παράλογο ή μη λογικό, υπερβολικό και ανούσιο. Δεν μπορούν να τα ελέγξουν και αυτό επιτείνει περισσότερο το άγχος τους.

Σε σχετικές έρευνες εξετάστηκαν οι πιθανές αλλαγές στα συμπτώματα, μετά από ένα πρόγραμμα άσκησης 12 εβδομάδων σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 18 έως 65 χρονών. Το πρόγραμμα άσκησης το οποίο εκτελούνταν είτε σε δαπεδοεργόμετρο ή σε στατικό ποδήλατο ή σε ελλειπτικό μηχάνημα άρχιζε με 20 min και σταδιακά ανέβαινε στα 40 min, και ήταν μεσαίας έντασης 55-69%. Περιελάμβανε επίσης 10 min προθέρμανση και 5 min αποθεραπεία. Επίσης, τα άτομα ελάμβαναν οδηγίες για να επαναλαμβάνουν παρόμοιες μορφές άσκησης 2 με 3 φορές την εβδομάδα οπουδήποτε μπορούσαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι με την εφαρμογή του προγράμματος, παρουσιάστηκε μείωση των αρνητικών διαθέσεων του άγχους και των σχετικών συμπτωμάτων [43, 44].

Προγράμματα άσκησης για άτομα με κατάθλιψη

Στόχος των προγραμμάτων άσκησης & αποκατάστασης

Σύμφωνα με έρευνες φαίνεται ότι ο καθιστικός τρόπος ζωής συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης [45]. Ενώ αντίθετα, η αυξημένη φυσική δραστηριότητα μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης [46]. Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου με τακτική φυσική δραστηριότητα, συνεισφέρει σημαντικά στην απουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης [47] και ακόμα, η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες στην παιδική και εφηβική ηλικία μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο προστασίας κατά της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης σε μεγαλύτερη ηλικία [32]. Η άσκηση μπορεί να επηρεάσει θετικά τη χαμηλή ποιότητα ζωής των ατόμων με κατάθλιψη [48], και ατόμων που ακολουθούν πρόγραμμα άσκησης καρδιακής αποκατάστασης [49].

Πρόσφατη παρεμβατική έρευνα έδειξε ότι η άσκηση (με τη δυνατότητα αυτοεπιλογής της έντασης) σε συνδυασμό με πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης βελτιώνει την κατάθλιψη, τη γενική υγεία, την ποιότητα ζωής, την αυτοεκτίμηση, και την ψυχική ευεξία γυναικών με χρόνια κατάθλιψη σε 12 συνεδρίες [50-52].

Όσο περισσότερο δραστήρια είναι τα άτομα [53], όσο πιο πολύ αξιοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους με τακτικές φυσικές δραστηριότητες, [47] και όσο πιο ευχάριστες είναι οι επιλογές



τους, τόσο πιο πολύ μειώνονται τα συμπτώματα κατάθλιψης [54, 55].

Οδηγίες πριν την έναρξη προγραμμάτων άσκησης, ενημέρωση των ασθενών

- Συζητήστε, με ιδιαίτερη υπομονή, με τους ασθενείς έχοντας υπόψη τις αντιστάσεις τους, την αρνητική τους διάθεση για ενεργοποίηση και τη δυσκολία που έχουν να ενταχθούν στο πρόγραμμα άσκησης.
- Τονίστε τη σημασία της άσκησης στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.
- Εξηγήστε το πρόγραμμα άσκησης και δώστε τους την ευκαιρία να επιλέξουν.
- Αξιολογήστε το επίπεδο φυσικής κατάστασης των ασθενών και την πρότερη ενασχόλησή τους με την άσκηση. Τα άτομα με κατάθλιψη που δεν παρουσιάζουν κάποιο επιπρόσθετο πρόβλημα υγείας, δεν παρουσιάζουν διαφορές σε σχέση με τον φυσιολογικό πληθυσμό. Μπορείτε να δείτε συγκεκριμένες οδηγίες για την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης στο κεφάλαιο 1 του βιβλίου.
- Ακολουθήστε τις οδηγίες: καθορισμού προσωπικών στόχων και προσέγγισης των ασκουμένων που αναλύονται στη συνέχεια.

Αντενδείξεις για συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης

Δεν είναι εφικτό για όλες τις ομάδες των ασθενών να συμμετάσχουν σε όλα τα προγράμματα άσκησης. Αυτό σχετίζεται με το είδος, τη βαρύτητα της πάθησης ή του επεισοδίου στο οποίο ο ασθενής βρίσκεται.

Όσον αφορά στις διαταραχές διάθεσης, η άσκηση ενδείκνυται στη φάση συντήρησης ή πρόληψης των υποτροπών. Σε φάση υποτροπής υπάρχει τεκμηριωμένη θεραπευτική δράση της άσκησης στην κατάθλιψη (μονοπολική και διπολική), αλλά κυρίως για την ελάσσονα ή την μέτρια βαρύτητα αυτής. Σε μείζονος βαρύτητας καταθλιπτικό επεισόδιο, όπου πέραν της καταθλιπτικής διάθεσης μπορεί να συνυπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός ή ψυχωτικής τάξης συμπτωματολογία, προέχει η άμεση, βιολογική αντιμετώπιση του ασθενούς, χωρίς όμως η άσκηση να αποτελεί απόλυτη αντένδειξη.

Η μανιακή εκτροπή των διπολικών ασθενών είναι μια οξεία κατάσταση με έντονη ψυχοκινητική διέγερση και δυνητικά υψηλή επικινδυνότητα, που συνήθως χρήζει άμεσης νοσηλείας. Δεν υπάρχουν γνωστές μελέτες ή έρευνες για το ρόλο της άσκησης κατά τη διάρκεια μανιακών επεισοδίων. Δύσκολα όμως οι ασθενείς αυτοί, ανάλογα βέβαια και με τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας τους, μπορούν να ενταχθούν σε κάποιο πρόγραμμα άσκησης. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται και σε ασθενείς οι οποίοι είναι υπερβολικά παχύσαρκοι ή υπερβολικά απισχνασμένοι (πιθανώς σε πλαίσια άρνησης λήψης τροφής σε σοβαρές μορφές κατάθλιψης).

Άλλες καταστάσεις που αποτελούν αντένδειξη για την άσκηση αφορούν σε οξείες παρενέργειες από την λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή (π.χ. σεροτονινεργικό σύνδρομο ή τοξίκωση από λίθιο). Για παράδειγμα, σε ασθενείς που λαμβάνουν λίθιο, η απότομη αύξηση των επιπέδων λιθίου στο αίμα λόγω αφυδάτωσης (στα πλαίσια ίσως έντονης σωματικής άσκησης) είναι μια δυνητικά επικίνδυνη κατάσταση.

Άλλη συνήθης παρενέργεια που συναντάται, ιδίως σε διπολικούς ασθενείς, είναι τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα από τη λήψη αντιψυχωσικών. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να εμφανίζουν

φαρμακευτικό παρκινσονισμό, δυστονία, ακαθησία, δυσκαμψία, όψιμη δυσκινησία και σπάνια μια δυννητικά θανατηφόρο παρενέργεια, το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο. Είναι κατανοητό ότι οι καταστάσεις αυτές χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης και η άσκηση δεν ενδείκνυται.

Επίσης, ορισμένα αντιψυχωσικά ή ηρεμιστικά φάρμακα (ιδίως σε υψηλές δόσεις) έχουν κατασταλτική δράση, ενώ μπορεί να έχουν ως παρενέργεια και υπόταση. Οι ασθενείς αυτοί παραπονούνται για ζάλη, αστάθεια, υπνηλία και γι' αυτούς η άσκηση δεν ενδείκνυται, έως ότου να λάβουν ιατρική συμβουλή και να βοηθηθούν ως προς τη συμπτωματολογία τους.

Πέραν των πρωτοπαθών συναισθηματικών διαταραχών οι συναφείς με αυτές γενικές ιατρικές καταστάσεις ή συνοσπρές παθήσεις μπορούν να αποτελούν αντένδειξη για την άσκηση. Όσον αφορά καρδιαγγειακές παθήσεις, το πρόσφατο έμφραγμα, η ασταθής στηθάγχη, η στηθάγχη με την πολύ ήπια κόπωση, η μυοκαρδίτιδα (ενεργή ή πρόσφατη), η οξεία πνευμονική εμβολή, η οξεία θρομβοφλεβίτιδα, η σοβαρού βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια και η σοβαρού βαθμού υπέρταση αποτελούν απόλυτες αντενδείξεις. Απόλυτη αντένδειξη αποτελούν σοβαρής μορφής οργανική ανεπάρκεια, όπως αναπνευστική, ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια. Επίσης, οξείες λοιμώξεις (π.χ. πνευμονία, γαστρεντερίτιδα, ουρολοίμωξη) φλεγμονώδεις ή εμπύρετες καταστάσεις αποτελούν αντένδειξη για την άσκηση. Επιπλέον, μεταβολικές διαταραχές που δεν ρυθμίζονται επαρκώς, όπως αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, θυρεοτοξίκωση ή μυξοίδημα από θυρεοειδική απορρύθμιση, έχουν σχετική αντένδειξη για την άσκηση. Τέλος, ασθενείς με υψηλές δόσεις σε φάρμακα όπως διουρητικά, αντιυπερτασικά, αντιαρρυθμικά, αντιεπιληπτικά, χρήζουν προσοχής ως προς το είδος και τη μορφή της ενδεικνυόμενης άσκησης [56].

Συνιστώμενες μορφές άσκησης & μορφές άσκησης προς αποφυγή

Κάθε μορφή άσκησης έχει διαφορετική επίδραση στα άτομα με κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, μια έρευνα έδειξε ότι βελτιώθηκε η ψυχική διάθεση, μειώθηκε το άγχος και αυξήθηκε η αυτοπεποίθηση, περισσότερο σε άτομα με κατάθλιψη που ασχολήθηκαν με πολεμικές τέχνες, σε αντίθεση με άτομα που ασχολήθηκαν με άσκηση σε στατικό ποδήλατο [57].

Σχετικά με την ένταση της άσκησης, θεωρείται ότι η φυσική δραστηριότητα χαμηλής και μέτριας έντασης αποτελεί σημαντικό μέσο βελτίωσης του επιπέδου κατάθλιψης των ατόμων.

Σχετικά με τη διάρκεια, η άσκηση που συστήνεται είναι 3 φορές την εβδομάδα, από 45 έως 60 min από 10 έως 14 εβδομάδες [58]. Για άλλους ερευνητές, τα 30 min μέτριας άσκησης, 5 φορές την εβδομάδα αποτελούν ιδανικό στόχο για άτομα με κατάθλιψη [59].

Σε μια έρευνα εξετάστηκε η επίδραση ενός προγράμματος μέτριας έντασης σε άτομα με έντονες καταθλιπτικές διαταραχές 18-60 ετών. Το πρόγραμμα, εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, περιελάμβανε και πρόγραμμα αερόβιας άσκησης 12 εβδομάδων, μέτριας έντασης (περπάτημα), που πραγματοποιούνταν 5 φορές την εβδομάδα, για 30-45 min, με πολύ καλά αποτελέσματα στη μείωση των καταθλιπτικών διαταραχών [60].

Σχετικά με την αξία του βαδίσματος, σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη, διαπιστώθηκε ότι όσα δήλωναν ότι περπατούσαν καθημερινά μειώθηκε ο βαθμός της κατάθλιψης [61]. Τέλος, πιο πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι, το περπάτημα γενικά βοηθάει στη μείωση της κατάθλιψης [62]. Τέλος, για καλύτερα αποτελέσματα, συστήνονται οργανωμένα προγράμματα άσκησης σε συνδυασμό με ατομική συμβουλευτική CBT [58].

Οδηγίες συμμετοχής σε προγράμματα άσκησης διαχείρισης της κατάθλιψης

- Τόσο η αερόβια άσκηση όσο και η αναερόβια άσκηση μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα της κατάθλιψης. Επίσης, η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης, μέτριας έντασης, φαίνεται να συνδέεται με μεγαλύτερη προσκόλληση, των ασκούμενων, στην άσκηση.
- Τα υψηλότερα επίπεδα έντασης δε συμβάλλουν, απαραίτητα, σε καλύτερο αποτέλεσμα. Η άσκηση με αντιστάσεις μπορεί, επίσης, να χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία μέτριας και έντονης κατάθλιψης.
- Η άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί, ως θεραπευτική μέθοδος, για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης [8]. Ωστόσο, σε άτομα με κατάθλιψη, συστήνεται ο συνδυασμός της άσκησης με άλλες μορφές θεραπείας (πχ. ομάδες συζήτησης, ομάδες αυτο-βοήθειας ή άλλες γνωστικές θεραπείες). Ο ρόλος των γυμναστών, των ψυχολόγων και των ψυχιατρών θα πρέπει να είναι συντονισμένος και να περιλαμβάνει την ενίσχυση του ρόλου της άσκησης και της παραμονής σ' αυτήν.
- Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν ενδείξεις για αρνητικές επιδράσεις της άσκησης σε άτομα με κατάθλιψη [2]. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, όσον αφορά στην επίδραση της άσκησης, σε άτομα με κατάθλιψη.

Προτεινόμενα προγράμματα άσκησης για άτομα με κατάθλιψη

Στη συνέχεια παρουσιάζονται ενδεικτικά προγράμματα άσκησης για άτομα με κατάθλιψη.

Πρόγραμμα 1: Το συγκεκριμένο πρόγραμμα πραγματοποιείται με επίβλεψη ειδικού.

- Σχεδιάστε ένα πρόγραμμα αερόβιας άσκησης, που περιλαμβάνει άσκηση σε γυμναστήριο, τρέξιμο, γρήγορο περπάτημα κλπ.
- Η συνολική διάρκεια του προγράμματος άσκησης είναι 10 εβδομάδες. Το πρόγραμμα πραγματοποιείται 3 φορές την εβδομάδα, για τουλάχιστον 45 έως 60 min την κάθε φορά.
- Εναλλακτικά, προτείνεται ένα πρόγραμμα άσκησης, μέτριας έντασης για τουλάχιστον 30 min. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα πραγματοποιείται 5 φορές την εβδομάδα.

Πρόγραμμα 2: Το συγκεκριμένο πρόγραμμα πραγματοποιείται χωρίς επίβλεψη ειδικού.

- Παροτρύνετε τους ασκούμενους να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα άσκησης (έντονο περπάτημα ή χαλαρό τρέξιμο), χαμηλής έως μέτριας έντασης, για 150 min/εβδομάδα.
- Μετά από 2-3 μήνες, παροτρύνετε τους ασκούμενους, μέσα από ένα πρόγραμμα στόχων, να αυξήσουν το χρόνο άσκησης σε 240 min/εβδομάδα.
- Για την καλύτερη οργάνωση του προγράμματος άσκησης, ζητήστε από τους ασκούμενους να συμπληρώσουν μια φόρμα στόχων και δέσμευσης (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Στόχοι και δέσμευση.

Στόχος και δέσμευση	Καταγραφή αποτελέσματος
Για τον επόμενο μήνα δεσμεύομαι να ξεκινήσω με (μέχρι 150) min περπάτημα την εβδομάδα.	1 ^η εβδομάδα..... min. 2 ^η εβδομάδα..... min. 3 ^η εβδομάδα..... min. 4 ^η εβδομάδα..... min.
Για τον επόμενο μήνα δεσμεύομαι να συνεχίσω με (μέχρι 150) min περπάτημα ή/και χαλαρό τρέξιμο την εβδομάδα.	1 ^η εβδομάδα..... min βάδισμα/ min τρέξιμο. 2 ^η εβδομάδα..... min βάδισμα/ min τρέξιμο. 3 ^η εβδομάδα..... min βάδισμα/ min τρέξιμο. 4 ^η εβδομάδα..... min βάδισμα/ min τρέξιμο.
Για τον επόμενο μήνα δεσμεύομαι να συνεχίσω με (μέχρι 200) min περπάτημα ή/και χαλαρό τρέξιμο την εβδομάδα.	1 ^η εβδομάδα..... min βάδισμα/ min τρέξιμο. 2 ^η εβδομάδα..... min βάδισμα/ min τρέξιμο. 3 ^η εβδομάδα..... min βάδισμα/ min τρέξιμο. 4 ^η εβδομάδα..... min βάδισμα/ min τρέξιμο.
Για τον επόμενο μήνα δεσμεύομαι να συνεχίσω με (μέχρι 250) min περπάτημα ή/και χαλαρό τρέξιμο την εβδομάδα.	1 ^η εβδομάδα..... min βάδισμα/ min τρέξιμο. 2 ^η εβδομάδα..... min βάδισμα/ min τρέξιμο. 3 ^η εβδομάδα..... min βάδισμα/ min τρέξιμο. 4 ^η εβδομάδα..... min βάδισμα/ min τρέξιμο.

*Προσοχή: Ο χρόνος άσκησης (στόχος) συμπληρώνεται από τον ασκούμενο/η.

Πρόγραμμα 3: Το συγκεκριμένο πρόγραμμα, αερόβιας άσκησης, πραγματοποιείται με επίβλεψη ειδικού.

Συχνότητα άσκησης: 3 φορές την εβδομάδα.

Ένταση: Μέτρια ένταση (55 - 69 % της μέγιστης καρδιακής συχνότητας, ΜΚΣ = 220 - ηλικία).

Διάρκεια: Η διάρκεια του προγράμματος άσκησης, στην αρχή, είναι 20 min και σταδιακά αυξάνεται στα 40 min.

Δραστηριότητα: Αερόβιος χορός.

Σημεία προσοχής: Πριν την έναρξη του προγράμματος άσκησης πραγματοποιείται προθέρμανση (10 min), για τη σωστή προετοιμασία του οργανισμού να δεχθεί την επιβάρυνση. Μετά τη λήξη του προγράμματος πραγματοποιείται αποθεραπεία (5 min), η οποία τελειώνει με μια τεχνική χαλάρωσης.

Πρόγραμμα 4: Διαχείριση της κατάθλιψης μέσω της άσκησης, της θετικής σκέψης και της απορρόφησης στη δραστηριότητα. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα πραγματοποιείται με επίβλεψη.

Βήμα 1: Σε ένα στάδιο, τρέξε χαλαρά 400 min και σκέψου μόνο την αναπνοή σου. Για να το καταφέρεις καλύτερα, σε κάθε εισπνοή μέτρα 1.

Βήμα 2: Επανάλαβε το ίδιο, αλλά προσπάθησε να τρέξεις χαλαρά 400 min, και σε κάθε 10 βήματα να σκέφτεσαι τη λέξη «ήρεμα», ή «τρέχω ήρεμα και χαλαρά». Να βρεις ένα ρυθμό σε αυτό, ανάμεσα στα βήματα και τη σκέψη. Δοκίμασέ το, θα το βρεις.

Βήμα 3: Σε όλη τη διάρκεια της διαδρομής, θα πρέπει να σκέφτεσαι μόνο τις σκέψεις αυτές και τίποτα άλλο. Κάθε φορά που θα νιώθεις ότι η προσοχή σου έφυγε από τα σημεία αυτά, θα σφίγγεις τη γροθιά σου και θα αρχίζεις πάλι.

Παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε ένα πρόγραμμα άσκησης

Είναι, πλέον, κοινά αποδεκτό ότι τα άτομα με κατάθλιψη παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας συγκριτικά με υγιείς συνομηλίκους τους. Η μεγαλύτερη δυσκολία, για τα άτομα με άγχος, στρες ή κατάθλιψη, έγκειται στο να πεισθούν για τη σημασία της άσκησης στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας, και κατ' επέκταση στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Για το λόγο αυτό, κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων άσκησης, για άτομα με έντονο στρες και κατάθλιψη, είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται κατάλληλες ψυχολογικές τεχνικές και θεωρίες. Στη συνέχεια περιγράφονται, αναλυτικά, η θεωρία της εφαρμογής των στόχων, οι τεχνικές διαχείρισης του χρόνου, οι τεχνικές χαλάρωσης, οι τεχνικές ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης, και οι τρόποι ενσωμάτωσης όλων αυτών σε ένα ενιαίο πρόγραμμα άσκησης.

Καθορισμός στόχων σε ένα πρόγραμμα άσκησης

Καθώς τα άτομα με υψηλό επίπεδο άγχους και ιδιαιτέρως τα άτομα με κατάθλιψη δύσκολα παρακινούνται να ασκηθούν από μόνα τους, η θεωρία των στόχων, λόγω της πρακτικής της χρησιμότητας, μπορεί πολύ καλά να ενσωματωθεί σε ένα πρόγραμμα άσκησης των κατηγοριών αυτών και να τους βοηθήσει ουσιαστικά. Αν και είναι μια κλασική ψυχολογική θεωρία, δεν είναι όργανο μόνο των ψυχολόγων. Η θεωρία μπορεί να αξιοποιηθεί εύκολα από τον μη ειδικό. Η κατανόηση των αρχών της θεωρίας είναι αναγκαίο εργαλείο για κάθε ειδικό που εργάζεται σε χώρους προγραμμάτων άσκησης και υγείας. Αλλιώς, χάνεται πολύ ενέργεια, και δύσκολα δεσμεύεται κανείς να υλοποιήσει το πρόγραμμα ή να το ενσωματώσει στην καθημερινότητά του.

Στην κοινή γλώσσα, στόχος σημαίνει αυτό που τα άτομα προσπαθούν να πετύχουν. Όμως, ένας πιο αυστηρός ορισμός μπορεί να βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα την έννοια αυτή και να τη χρησιμοποιήσουμε πιο αποτελεσματικά σε προγράμματα άσκησης και υγείας. Έτσι, ως στόχο ορίζουμε την επίτευξη ενός ορισμένου επιπέδου απόδοσης σε μία δραστηριότητα, σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, δηλαδή τη διαδικασία για ένα αποτέλεσμα, κάτι που ελέγχεται από εμάς, είναι συγκεκριμένο, σαφές, μετρήσιμο και ρεαλιστικό. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους Locke και Latham (1990), για να ορίσουμε σωστά τους στόχους μας, πρέπει να ακολουθούμε τις παρακάτω οδηγίες:

- Να εστιάζουμε την προσοχή μας όχι σε κάτι γενικό, αλλά κυρίως στη διαδικασία, την προσπάθεια, και την απόδοση που μας οδηγούν στην επιτυχία των στόχων μας.
- Να επιλέγουμε στόχους προκλητικούς, αλλά ρεαλιστικούς, γιατί έτσι ενισχύουμε την αυτοπεποίθηση και ενεργοποιούμαστε καλύτερα.
- Να επιδιώκουμε δραστηριότητες συγκεκριμένες, βραχυπρόθεσμες και μετρήσιμες γιατί έτσι γνωρίζουμε τι θέλουμε να πετύχουμε, που είμαστε και που θέλουμε να φτάσουμε και αποδίδουμε καλύτερα.
- Να επιλέγουμε ό,τι εξαρτάται από εμάς προσωπικά, γιατί έτσι αναπτύσσουμε υπευθυνότητα.
- Να καταγράφουμε και να παρακολουθούμε την πρόοδο και να δίνουμε ανατροφοδότηση.
- Στα άτομα με κατάθλιψη είναι σημαντικό ο στόχος να είναι αυτο-καθοριζόμενος, ώστε να μην αισθάνονται ψυχολογική πίεση

Για παράδειγμα, αν ένας ασκούμενος μας πει ότι επιδιώκει να ενταχθεί σ' ένα πρόγραμμα άσκησης, ή να υιοθετήσει μια συγκεκριμένη φυσική δραστηριότητα, με σκοπό να μειώσει τα επίπεδα του στρες ή της κατάθλιψης, τότε αυτός δεν έχει ένα στόχο (με την αυστηρή έννοια του όρου). Στόχος για το άτομο αυτό, πρέπει να είναι κάτι πιο συγκεκριμένο, δηλαδή να τρέχει με χαλαρό ρυθμό για 150 min/εβδομάδα ή να γυμνάζεται σε ένα γυμναστήριο 3-4 φορές/εβδομάδα, για 1 h κάθε φορά, με σκοπό να βελτιώσει τη φυσική του κατάσταση, και κατ' επέκταση να μειώσει τα επίπεδα της κατάθλιψης.

Το να θέτει κανείς υπερβολικά υψηλούς στόχους, οδηγεί σε απογοήτευση. Πάντα χρειάζεται χρόνος, για να γίνουν ορατές οι αλλαγές στην υγεία, αλλά και στο σώμα. Συνήθως, ασκούνται καλύτερα τα άτομα που έχουν ήδη ένα αρκετά καλό επίπεδο φυσικής κατάστασης. Αντίθετα, τα άτομα με προβλήματα υγείας προφανώς, δεν έχουν υψηλό επίπεδο φυσικής κατάστασης, συνήθως, δεν πιστεύουν ότι μπορούν να τα καταφέρουν και, επειδή γρήγορα κουράζονται, απογοητεύονται περισσότερο.

Έτσι, βοηθούμε τα άτομα να ξεκινούν σταδιακά, να θέτουν στόχους που σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα άσκησης, μια συγκεκριμένη δραστηριότητα, προσαρμόζοντάς τη στο δικό τους επίπεδο της φυσικής κατάστασης και όχι των άλλων. Οι ασκούμενοι θέτουν τους δικούς τους στόχους, βασιζόμενοι στις δικές τους εσωτερικές ανάγκες και επιθυμίες, παρά σε επιθυμίες των άλλων. Ζητάμε από τους ασκούμενους να υποσχεθούν στον εαυτό τους ότι θα πραγματοποιήσουν τους στόχους τους και να δεσμευτούν γι' αυτό. Περισσότερα για το θέμα και τις εφαρμογές της θεωρίας, μπορείτε να δείτε στη σχετική βιβλιογραφία [63-65].



Οδηγίες για εφαρμογή-Προγραμματισμός: Στη συνέχεια παρουσιάζεται μια καρτέλα προγραμματισμού και μια καρτέλα καταγραφής στόχων και διάθεσης (σε καθημερινή βάση) που συμπληρώνονται από τους ασκούμενους. Η συμπλήρωση της καρτέλας προγραμματισμού από τον

ασκούμενο και η παρακολούθηση σε εβδομαδιαία βάση από τον γυμναστή/στρια, βοηθάει τα άτομα να προγραμματίζουν, να σχεδιάζουν, να παρακολουθούν την πρόοδο και να δεσμεύονται για την επόμενη προσπάθεια. Επιπρόσθετα, η συμπλήρωση της καρτέλας καταγραφής στόχων, βοηθάει τα άτομα να παρακολουθούν την πορεία των στόχων τους και της διάθεσής τους σε καθημερινή βάση.

Καρτέλα προγραμματισμού					
Στόχος					
Ημερομηνία	Πόσες ώρες θα πάω στο πρόγραμμα αυτή την εβδομάδα.	Πόσες ώρες θα ασκηθώ εκτός προγράμματος;	Πόσες ώρες θα ασκηθώ συνολικά (προσθέστε συνολικά όλες τις φυσικές δραστηριότητες αυτή την εβδομάδα).	Τι δραστηριότητες θα είναι αυτές;	Αν τρέξετε ή περπατήσετε, γράψτε ακριβώς τα χιλιόμετρα.
Εφαρμογή – πράξη					
Ημερομηνία	Πόσες ώρες πήγα στο πρόγραμμα αυτή την εβδομάδα.	Πόσες ώρες ασκήθηκα εκτός προγράμματος;	Πόσες ώρες ασκήθηκα συνολικά (προσθέστε συνολικά όλες τις φυσικές δραστηριότητες αυτή την εβδομάδα).	Τι δραστηριότητες ήταν αυτές;	Αν τρέξατε ή περπατήσατε, γράψτε ακριβώς τα χιλιόμετρα.

Καρτέλα καταγραφής στόχων σε ημερήσια βάση					
Ημερομηνία	Πόσες φορές έκανες χαλάρωση;	Πόσες φορές συγκεντρώθηκες στην αναπνοή σου;	Πόση ώρα ασκήθηκες (συνολικά);	Πως ήταν η διάθεσή σου, κατά τη διάρκεια της άσκησης; (από 1 έως 10)	Πόσο καλά ένιωσες μετά την άσκηση; (από 1 έως 10)

Δέσμευση και σύναψη συμβολαίου: Σημείο-κλειδί, για την επίτευξη των στόχων, είναι η εφαρμογή διαδικασιών δέσμευσης. Η επιλογή προσωπικών στόχων είναι προς αυτή την κατεύθυνση. Ένα άλλο παράδειγμα αποτελεί η σύναψη, από τους συμμετέχοντες, ενός συμβολαίου με αυτόν που εφαρμόζει το πρόγραμμα άσκησης. Οι γραπτές δηλώσεις που περιγράφουν ιδιαίτερες συμπεριφορές και προκαλούν συνέπειες εκπλήρωσης είναι γνωστές ως συμβόλαια. Στην ουσία, τα συμβόλαια προσδιορίζουν προσδοκίες, υπευθυνότητες και ενδεχόμενα για την αλλαγή της συμπεριφοράς. Συνήθως, ο σκοπός αυτών των συμβολαίων είναι η διατήρηση ή η αύξηση της παρακίνησης ενός ατόμου για τη συνέχιση της συμμετοχής του σε ένα πρόγραμμα άσκησης.



Έχω πάρει την απόφαση να περπατάω και να
κάνω ασκήσεις αναπνοής.

Τώρα, θα προετοιμασθώ κατάλληλα και θα το
κάνω.

Θα περπατάω km/εβδομάδα.
Θα κάνω ασκήσεις αναπνοής 2 φορές/ημέρα.

Η ημέρα που ξεκινάω είναι:

.....

Διαχείριση του χρόνου

Τα άτομα, συχνά, λένε ότι δεν βρίσκουν χρόνο, για να ασκηθούν. Αυτό συμβαίνει, γιατί δεν μπορούν να αντιληφθούν εύκολα πόσες εναλλακτικές δραστηριότητες υπάρχουν. Το σωστό για τα άτομα, είναι να ασκούνται συστηματικά ή να συμμετέχουν, συχνά, σε φυσικές δραστηριότητες. Ακόμα και αν τα παραπάνω είναι δύσκολα, ευκαιρίες για κίνηση υπάρχουν και πολλές άλλες και με λίγη φαντασία ο χρόνος είναι άφθονος, όπως αυτό φαίνεται στη συνέχεια.

Για παράδειγμα, μια εργαζόμενη μητέρα που έχει το δύσκολο ωράριο της εργασίας και ταυτόχρονα τη φροντίδα των παιδιών της τις υπόλοιπες ώρες της ημέρας, θα μπορούσε να εξασφαλίσει χρόνο για 5 km περπάτημα την εβδομάδα, απλά σταθμεύοντας το αυτοκίνητό της 500 m μακριά από την εργασία της. Απλά, φροντίζοντας να ξεκινήσει 5 min νωρίτερα από το σπίτι για το χώρο της εργασίας. Φανταστείτε τι χρόνο για άσκηση κερδίζει κανείς, όταν πηγαίνει στην αγορά ή στο σούπερ-μάρκετ της γειτονιάς με τα πόδια! Δυστυχώς, στις σημερινές εποχές έχου-

με ξεχάσει τα αυτονόητα, άλλων προηγούμενων εποχών και το πληρώνουμε ακριβά. Το κέρδος για την υγεία, ψυχική και σωματική είναι πολλαπλάσιο, ιδιαίτερα σε πόλεις με κυκλοφοριακά προβλήματα.

Οδηγίες για εφαρμογή

- ➔ Δώστε στα άτομα που παραπονιούνται ότι δεν υπάρχει στη διάθεσή τους ελεύθερος χρόνος, να συμπληρώσουν τον παρακάτω ή κάποιον παρόμοιο πίνακα, για να καταλάβουν πόσο κινητικά δραστήριοι είναι. Αν στις πιο πολλές ερωτήσεις απαντούν «σπάνια», τότε κάτι πρέπει να κάνουν για να κινούνται περισσότερο.
- ➔ Ταυτόχρονα, ζητήστε τους να σκεφτούν πόσες εναλλακτικές απλές καθημερινές δραστηριότητες υπάρχουν στις οποίες δε δίνουμε σημασία και μας βοηθάνε να κερδίσουμε χρόνο και να ασκηθούμε ταυτόχρονα.
- ➔ Ο πίνακας 2 είναι ένας ενδεικτικός πίνακας ιδεών για εναλλακτικές επιλογές διαχείρισης του χρόνου [65].

Πίνακας 2. Σωστή διαχείριση του χρόνου με εναλλακτικές κινητικές δραστηριότητες.

Σπάνια	Συχνά	
		Πόσο χρόνο την ημέρα αφιερώνεις μπροστά στην τηλεόραση;
		Κάνεις δουλειές του σπιτιού; Ξεσκονίζεις, σκουπίζεις, συγυρίζεις στο σπίτι;
		Κάνεις δουλειές σχετικές με τον κήπο, με τα λουλούδια ή τις γλάστρες στο μπαλκόνι σου;
		Ανεβαίνεις από τις σκάλες αντί να ανεβαίνεις με το ασανέρ, σε δημόσια κτήρια, στο σπίτι ή οπουδήποτε;
		Όταν έχεις χρόνο ή κάνεις ένα διάλειμμα, πηγαίνεις για έναν περίπατο;
		Κάνεις μικρά διαλείμματα, για να ξεμουδιάσεις;
		Προτιμάς να γελάς πολύ, αντί να νευριάζεις;
		Στον ελεύθερό σου χρόνο κινείσαι πολύ;
		Στις διακοπές σου, δοκιμάζεις νέες δραστηριότητες, που στη συνέχεια, ακολουθείς και στην καθημερινή σου ζωή;
		Περπατάς ή χρησιμοποιείς το ποδήλατο, για καθημερινές μετακινήσεις, για ψώνια, για μια βόλτα ή μια έξοδο;
		Χρησιμοποιείς τα μέσα μαζικής μεταφοράς, όταν εξυπηρετούν;
		Για μετακινήσεις σε απόσταση ενός χιλιομέτρου, για οποιαδήποτε εργασία προτιμάς τα πόδια ή το ποδήλατο, αντί για το αυτοκίνητο, ή οποιοδήποτε άλλο μέσο μαζικής μεταφοράς;

Έλεγχος της αυτοπεποίθησης και αντιμετώπισης των εμποδίων

Παρακάτω περιγράφονται 7 πιθανοί τρόποι για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των ασκούμενων.

1. Δημιουργούμε καταστάσεις θετικών εμπειριών και επιτυχιών. Συστήνουμε στους ασκούμενους να ακολουθούν προγράμματα άσκησης με σταδιακά αυξανόμενο βαθμό δυσκολίας.
2. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συμμετοχή και την προσπάθεια, παρά στη βελτίωση των δεικτών φυσικής κατάστασης.
3. Πραγματοποιείται σταδιακή αύξηση της επιβάρυνσης (ένταση), για να δημιουργείται η αίσθηση της επιτυχίας. Για παράδειγμα, η απόσταση που κολυμπάει ή τρέχει κανείς ή ο αριθμός των επαναλήψεων σε μία άσκηση αυξάνονται σταδιακά. Προτεραιότητα έχει η μακρόχρονη ενασχόληση με την άσκηση και η διατήρηση της συμμετοχής και λιγότερο ενδιαφέρει η επίτευξη εντυπωσιακών στόχων, όπως είναι το χάσιμο βάρους, η βελτίωση της δύναμης ή η αλλαγή της εικόνας του σώματος.
4. Γίνεται αναφορά σε παραδείγματα ατόμων που συμμετείχαν σε προγράμματα με επιτυχία για μεγάλο χρονικό διάστημα. Παρουσιάζονται πρότυπα που συμμετέχουν σε ανάλογες φυσικές δραστηριότητες. Ορίζεται για παράδειγμα ένας συνταξιούχος, συνεπής και τακτικός με το πρόγραμμα, ως υπεύθυνος μιας ομάδας συνταξιούχων για έναν περίπατο.
5. Προσπαθούμε να πείθουμε τα άτομα. Ενθαρρύνουμε και διαβεβαιώνουμε τα άτομα ότι μπορούν να τα καταφέρουν. Ζητάμε να σκέφτονται θετικά. Λέμε, για παράδειγμα σε κάποιον «μπράβο, σήμερα έπιασες έναν γρηγορότερο ρυθμό από άλλες φορές», ή «η άσκηση μας ισορροπεί σωματικά και πνευματικά». Λέμε «πολύ ωραία εκτέλεσες αυτή την άσκηση» ή «μπορείς να τα καταφέρεις».
6. Τονίζουμε ότι αυξημένη ή παρατεταμένη επιδρωση κατά τη διάρκεια ή ύστερα από άσκηση σε μία ζεστή και όχι μόνο ημέρα και ο αυξημένος αναπνευστικός ρυθμός, η ξηροστομία, και οι ακούσιοι μυϊκοί σπασμοί είναι φυσιολογικές αντιδράσεις προσαρμογής του σώματος, και όχι απαραίτητα εκδηλώσεις αναδυόμενης συμπτωματολογίας αγχώδους διαταραχής, κρίσης πανικού, κτλ. Για την απευαισθητοποίηση των παραπάνω, εφαρμόζουμε τεχνικές ελέγχου των σωματικών λειτουργιών, όπως είναι η σωματική και νοερή χαλάρωση, ο έλεγχος της αναπνοής κλπ. Τονίζεται, επίσης, ότι απαιτείται μείωση της έντασης της άσκησης ή άμεση διακοπή, αν ο ασθενής δε δύναται να ελέγξει τα παραπάνω συμπτώματα κατά τη διάρκεια της προπόνησης ή αν βιώνει τη συνοδεία οποιουδήποτε είδους ανεξέλεγκτης, έντονης ή/και επίμονης ψυχολογικής ή/και σωματικής δυσφορίας.
7. Επικοινωνία και ενθάρρυνση. Στην καθημερινή μας επικοινωνία με τους ασκούμενους, κάνουμε μερικές από τις παρακάτω ερωτήσεις. Έτσι δείχνουμε το ενδιαφέρον μας, τους βοηθάμε να θυμηθούν τα συναισθήματα που πρέπει να έχουν κατά τη διάρκεια της άσκησης. Σίγουρα θα νιώσουν καλύτερα. Μερικές χρήσιμες ερωτήσεις προς τους ασκούμενους είναι οι παρακάτω:
«Πώς αισθάνεσαι σήμερα;»
«Τι σκεφτόσουν στη διάρκεια της άσκησης;»
«Πώς νιώθεις με την αναπνοή σου σήμερα;»

«Πόσο απορροφημένος ήσουν στη δραστηριότητα;»

«Πόσο συγκεντρωμένος/η νομίζεις ότι ήσουν;»

Οδηγίες για την καλύτερη οργάνωση προγραμμάτων άσκησης σε άτομα με προβλήματα στρες, άγχους ή κατάθλιψης

1. Ξεκινήστε, πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία με τον ασθενή. Χτίσε την εμπιστοσύνη. Μάθετε, τι πιστεύει ο ασθενής για την αξία της άσκησης στην ασθένειά του. Μέσα από συζήτηση εξηγήστε τη φύση της ασθένειας, και την αξία της άσκησης, σε σχέση με άλλες θεραπευτικές μεθόδους.
2. Ενημερώστε τον ασκούμενο για το πρόγραμμα άσκησης και προτείνετε εναλλακτικές επιλογές για τη δομή, την οργάνωση και το περιεχόμενο του. Ενημερώστε τον ασκούμενο για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα διαφορετικών μορφών άσκησης.
3. Σχεδιάστε το πλάνο της προσπάθειας, αξιολογήστε το επίπεδο φυσικής κατάστασης του ασκούμενου, αναλύστε τη σχέση άσκησης και ψυχικής διάθεσης, άσκησης και ευχαρίστησης.
4. Παρουσιάστε σε εβδομαδιαίο πίνακα το πρόγραμμα άσκησης. Να είστε ανοιχτοί σε τροποποιήσεις και αλλαγές του προγράμματος άσκησης. Βάλτε από κοινού στόχους για το πρόγραμμα άσκησης. Αξιολογήστε κάθε φορά τους στόχους της προηγούμενης εβδομάδας και ορίστε τους στόχους της επόμενης.
5. Διερευνήστε τρόπους για να νιώθει το άτομο ικανό και σίγουρο ότι μπορεί να υιοθετήσει τον αθλητικό τρόπο ζωής, ενισχύστε την αυτονομία του. Σχεδιάστε την υποστήριξη από άλλους, τη συνεργασία με άλλους, τη συμμετοχή σε ομαδικά προγράμματα άσκησης, κλπ.
6. Συζητήστε με τους ασθενείς και ενισχύστε τα πιστεύω τους για την αξία της άσκησης. Δείτε αναλυτικά, τι λένε οι σχετικές θεωρίες αλλαγής συμπεριφοράς και οι θεωρίες παρακίνησης για άσκηση [66].
7. Συζητήστε και εξηγήστε: α) πώς γίνεται η άσκηση ευχάριστη εμπειρία, β) πώς ενισχύεται η αυτοπεποίθηση για άσκηση, γ) που πρέπει να εστιάζονται οι σκέψεις, δ) πώς εστιάζεται η προσοχή στην αναπνοή. Ενσωματώστε τεχνικές χαλάρωσης στο τέλος κάθε ημερήσιου προγράμματος άσκησης.
8. Ενημερώστε και δώστε ιδέες στους ασκούμενους για κατάλληλη διαχείριση του χρόνου. Προσπαθήστε να εντάξετε τα άτομα σε ομαδικά προγράμματα άσκησης.
9. Βάλτε τα άτομα να συμπληρώσουν μια φόρμα δέσμευσης στο πρόγραμμα άσκησης. Σχεδιάστε, από κοινού, το πρόγραμμα άσκησης με βάση τη θεωρία των στόχων.
10. Αν το άτομο δυσκολεύεται, δώστε του εναλλακτικές επιλογές να διαλέξει, βάλτε νέους στόχους, προσαρμόστε το πρόγραμμα άσκησης. Δείτε ποιες μορφές άσκησης, ή ποια αθλήματα προκαλούν ευχαρίστηση, είναι μη ανταγωνιστικά, περιλαμβάνουν ρυθμικά επαναλαμβανόμενες κινήσεις. Εντοπίστε την κατάλληλη ένταση άσκησης για τον κάθε ασκούμενο.

11. Ενσωματώστε στο πρόγραμμα άσκησης, των ατόμων, τεχνικές νοερής απεικόνισης, τεχνικές αυτο-ομιλίας, τεχνικές αυτοσυγκέντρωσης, αναπνευστικές ασκήσεις.
12. Επικοινωνήστε τακτικά, μέσω τηλεφώνου, με τους ασκούμενους. Τονίστε ότι η άσκηση, για να είναι αποτελεσματική, πρέπει να γίνει κομμάτι της καθημερινότητας του ατόμου. Η άσκηση πρέπει να γίνει τρόπος ζωής!
13. Τα προγράμματα άσκησης (ένταση, συχνότητα, διάρκεια προγραμμάτων άσκησης) πρέπει να προσαρμόζονται σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες (επίπεδο φυσικής κατάστασης) και τις απαιτήσεις του κάθε ατόμου. Τα άτομα πρέπει να συμμετέχουν (3-5 φορές την εβδομάδα) σε οργανωμένα προγράμματα άσκησης, μέτριας έντασης, για τουλάχιστον 30-45 min την κάθε φορά (συνολικά 150 min/εβδομάδα).
14. Τα προγράμματα άσκησης για άτομα με άγχος, στρες ή κατάθλιψη, μπορεί να περιλαμβάνουν δραστηριότητες όπως περπάτημα, τρέξιμο, χορό, κολύμβηση, ήπιες δραστηριότητες στη φύση, γιόγκα, παιχνίδια κ.α..
15. Τα προγράμματα άσκησης, σε πιο προχωρημένο επίπεδο, μπορεί να περιλαμβάνουν και άλλα αθλήματα, τα οποία όμως δεν έχουν ανταγωνιστικό χαρακτήρα, διασφαλίζουν τη χαμηλή ή μεσαία ένταση και είναι ευχάριστα για το άτομο.

[58, 59, 66]

Επίλογος

Οι σχετικές έρευνες και οι μετα-αναλύσεις καταδεικνύουν τις ευεργετικές επιδράσεις της άσκησης στα άτομα με κατάθλιψη. Ακόμα, ενδιαφέρον προκαλεί ότι, μάλλον, υπάρχουν μορφές άσκησης που να επιλέξει κανείς για το σκοπό αυτό. Ίσως, μερικά ψυχολογικά προβλήματα, όπως αυτά που σχετίζονται με την κατάθλιψη να χρειάζονται την ενεργοποίηση μιας ψυχοφυσικής εποικοδομητικής εμπειρίας από τα άτομα, για να μετριασθούν. Η άσκηση και η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες προσφέρουν αυτή την ενεργοποίηση. Από τη στιγμή που θα αρχίσουν να γυμνάζονται, επικοινωνούν με άλλους, ενεργοποιούνται πνευματικά και σωματικά, αντιλαμβάνονται αλλαγές στο σώμα τους και τη διάθεσή τους.

Ίσως, η άσκηση να λειτουργεί περισσότερο ως μηχανισμός αυτοενεργοποίησης, για να ξεφύγουν τα άτομα από τη λήνη, την απογοήτευση, την κακή διάθεση και την αδυναμία τους και να βρουν ευχαρίστηση στη ζωή. Η άσκηση αυξάνει την αυτοεκτίμηση και την αποτελεσματικότητα, και σε συνδυασμό με τις βιοχημικές προσαρμογές που προάγουν άμεσα τη βελτίωση της διάθεσης μπορεί να στηρίξει σημαντικά τη θεραπευτική αγωγή, όπως και την ποιότητα ζωής των ατόμων. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε για την πολύτιμη βοήθειά τους κατά τη συγγραφή αυτού του κεφαλαίου τον κ. Γούδα Μάριο, Καθηγητη του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και τον κ. Γιάννη Μωρρέ, Υποψήφιο Διδάκτορα στη Φυσική Δραστηριότητα και την Κατάθλιψη, του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Βιβλιογραφία

- [1] W.P. Morgan, in: C. Bouchard, R. J. Stephard, T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health*, Human Kinetics, Champaign, IL, 1994, pp. 851-867.
- [2] N. Mutrie, in: S. Biddle, K. Fox, S. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being*, Routledge, London, 2000, pp. 46-62.
- [3] Ν. Μάνος, Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη, 1997.
- [4] D. Landers, S. Arent, in: G. Tenenbaum, R. Eclund (Eds.), *Handbook of sport psychology*, John Wiley & Sons, Inc, New Jersey, 2007, pp. 469-491.
- [5] R. Diclemente, J. Santelli, R. Crosby, *Adolescent health. Understanding and Preventing Risk behavior*, John Wiley & Sons, San Francisco, 2009.
- [6] WHO, *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report/ a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht*. Prevention Research Centre, Geneva, 2004.
- [7] R.M. Hirschfeld, J.R. Calabrese, M.M. Weissman, M. Reed, M.A. Davies, M.A. Frye, P.E. Keck, Jr., L. Lewis, S.L. McElroy, J.P. McNulty, K.D. Wagner, *J Clin Psychiatry* 64 (2003) 53-59.
- [8] S.J.H. Biddle, N. Mutrie, *Psychology of physical activity: determinants, well-being, and interventions 2nd Eds ed.*, Routledge, London, 2008.
- [9] T.I. Mueller, A.C. Leon, *Psychiatr Clin North Am* 19 (1996) 85-102.
- [10] I.A. Antonijevic, *Psychoneuroendocrinology* 31 (2006) 1-15.
- [11] Kaplan, Saddock, *Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (Synopsis of psychiatry)*. Tenth Edition ed., Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- [12] J.J. Schildkraut, *Am J Psychiatry* 122 (1965) 509-522.
- [13] A.T. Beck, G. Emery, R. Greenberg, *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*, Basic Books, New York, 1985.
- [14] M. Seligman, *Helplessness: On depression, development and death*, Freeman, San Francisco, CA, 1975.
- [15] J.R. Bemporad, *Journal of Clinical Psychiatry* 49 (1988) 26-31.
- [16] R.R. Yeung, *Journal of Psychosomatic Research* 40 (1996) 123-141.
- [17] V.S. Conn, *Nurs Res* 59 (2010) 224-231.
- [18] K.A. Wright, E.S. Everson-Hock, A.H. Taylor, *Mental Health and Physical Activity* 2 (2009) 86-94.
- [19] H. van Praag, *Trends in Neurosciences* 32 (2009) 283-290.
- [20] R.K. Dishman, *Med Sci Sports Exerc* 29 (1997) 63-74.
- [21] J.L. Harte, G.H. Eifert, R. Smith, *Biol Psychol* 40 (1995) 251-265.
- [22] F. Chaouloff, *Acta Physiol Scand* 137 (1989) 1-13.
- [23] T. McMorris, B.J. Hale, *Brain and Cognition* 80 (2012) 338-351.
- [24] P.E. Vasques, H. Moraes, H. Silveira, A.C. Deslandes, J. Laks, *Clinics (Sao Paulo)* 66 (2011) 1553-1557.
- [25] W.E. Ansari, C. Stock, C. Phillips, A. Mabhala, M. Stoate, A. Adetunji, e. al., *International Journal of Environmental Research and Public Health* 8 (2011) 281-299.

- [26] A.M. Leventhal, *Am J Health Behav* 36 (2012) 860-872.
- [27] H.D. Abraham, M. Fava, *Comprehensive Psychiatry* 40 (1999) 44-50.
- [28] J.A. Blumenthal, M.A. Babyak, K.A. Moore, W.E. Craighead, S. Herman, P. Khatri, R. Waugh, M.A. Napolitano, L.M. Forman, M. Appelbaum, P.M. Doraiswamy, K.R. Krishnan, *Arch Intern Med* 159 (1999) 2349-2356.
- [29] E. Heyman, F.X. Gamelin, M. Goekint, F. Piscitelli, B. Roelands, E. Leclair, V. Di Marzo, R. Meeusen, *Psychoneuroendocrinology* 37 (2012) 844-851.
- [30] G. Parise, M.J. Bosman, D.R. Boecker, M.J. Barry, M.A. Tarnopolsky, *Arch Phys Med Rehabil* 82 (2001) 867-871.
- [31] T.A. Lorenz, C.M. Meston, *Ann Behav Med* 43 (2012) 352-361.
- [32] F.N. Jacka, J.A. Pasco, L.J. Williams, E.R. Leslie, S. Dodd, G.C. Nicholson, M.A. Kotowicz, M. Berk, *J Sci Med Sport* 14 (2011) 222-226.
- [33] E.W. Martinsen, *Nord J Psychiatry* 62 Suppl 47 (2008) 25-29.
- [34] R.A. Gary, S.B. Dunbar, M.K. Higgins, D.L. Musselman, A.L. Smith, *J Psychosom Res* 69 (2010) 119-131.
- [35] H. O' Neal, A. Dunn, E. Martinsen, *International Journal of Sport Psychology* 31 (2003) 110-135.
- [36] W. Sime, in: J. Van Raalte, B. Brewer (Eds.), *Exploring sport and exercise psychology*, American Psychological Association, Washington, 1996, pp. 159-188.
- [37] J. Willis, L. Campbell, *Exercise Psychology*, Human Kinetics, Champaign IL, 1992.
- [38] P. Lampinen, R.-L. Heikkinen, I. Ruoppila, *Preventive Medicine* 30 (2000) 371-380.
- [39] E. McAuley, in: C. B. Bouchard, R. J. Shephard, T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health*, Human Kinetics, Champaign, IL, 1994, pp. 551-568.
- [40] L. Koenig, E. Wasserman, *Sex Roles* 32 (1995) 225-249.
- [41] B.W. Penninx, W.J. Rejeski, J. Pandya, M.E. Miller, M. Di Bari, W.B. Applegate, M. Pahor, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 57 (2002) P124-132.
- [42] G.E. Mead, W. Morley, P. Campbell, C.A. Greig, M. McMurdo, D.A. Lawlor, *Cochrane Database Syst Rev* (2009) CD004366.
- [43] A.M. Abrantes, D.R. Strong, A. Cohn, A.Y. Cameron, B.D. Greenberg, M.C. Mancebo, R.A. Brown, *J Anxiety Disord* 23 (2009) 923-927.
- [44] R.A. Brown, A.M. Abrantes, D.R. Strong, M.C. Mancebo, J. Menard, S.A. Rasmussen, B.D. Greenberg, *J Nerv Ment Dis* 195 (2007) 514-520.
- [45] M. Teychenne, K. Ball, J. Salmon, *Internal Journal of Behavioral Medicine* 17 (2010) 246-254.
- [46] N.J. Wiles, A.M. Haase, D.A. Lawlor, A. Ness, G. Lewis, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47 (2012) 1023-1033.
- [47] S.B. Harvey, M. Hotopf, S. Overland, A. Mykletun, *Br J Psychiatry* 197 (2010) 357-364.
- [48] F. Schuch, M. Vasconcelos-Moreno, M. Fleck, *Mental Health and Physical Activity* 4 (2011) 43-48.
- [49] T. Yoshida, M. Kohzuki, K. Yoshida, M. Hiwatari, M. Kamimoto, C. Yamamoto, S. Meguro, N. Endo, A. Kato, M. Kanazawa, T. Sato, *Nurs Health Sci* 1 (1999) 163-170.
- [50] P. Callaghan, E. Khalil, I. Morres, T. Carter, *BMC Public Health* 11 (2011) 465.
- [51] I. Morres, P. Callaghan, *Advances in the treatment of depression through physical exercise; a*

- pragmatic randomized controlled trial in women living with depression, Proceeding of the 4th Congress of Women's Mental Health, International Association of Women's Mental Health, Madrid, Spain, 2011.
- [52] I. Morres, E.W. Martinsen, The antidepressant effects of physical exercise, Proceedings of the International Congress of the European Association of Cognitive and Behavioral Therapists, "The Art of an Integrative Science", Clinical Symposium of Physical Exercise and Mental Health, Thessaloniki, Greece, 2005.
- [53] N. Wiles, A. Haase, D.A. Lawlor, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47 (2011) 1023-1033.
- [54] J.C. Sieverdes, B.M. Ray, X. Sui, D.C. Lee, G.A. Hand, M. Baruth, S.N. Blair, *Med Sci Sports Exerc* 44 (2012) 260-265.
- [55] I. Morres, P. Van de Vliet, E. Koutsis, H. Van Coppenolle, Self-esteem and habitual physical activity in female clinically depressed adult patients, Proceedings of the IX World Congress of the World Association of Psychosocial Rehabilitation, Athens, Greece, 2006.
- [56] T.R. Walter, N.F. Gordon, L.S. Prescatello, ACSM's guidelines for exercise testing and prescription, Eighth ed., Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, 2010.
- [57] T. Bodin, E. Martinsen, *Journal of Sport & Exercise Psychology* 26 (2004) 623-633.
- [58] NICE, CG90 depression in adults: Full guidance, 2010, p. <http://guidance.nice.org.uk/CG90/Guidance/pdf/English>.
- [59] A. Haase, A. Taylor, K. Fox, H. Thorp, G. Lewis, *Mental Health and Physical Activity* 3 (2011) 85-91.
- [60] J. Mota-Pereira, J. Silverio, S. Carvalho, J.C. Ribeiro, D. Fonte, J. Ramos, *J Psychiatr Res* 45 (2011) 1005-1011.
- [61] K.E. Mobily, M.M. Rubenstein, J.H. Lemke, M.W. O'Hara, R.B. Wallace, *Journal of Aging and Physical Activity* 4 (1996) 119-135.
- [62] R. Robertson, A. Robertson, R. Jepson, M. Maxwell, *Mental Health and Physical Activity* 5 (2012) 66-75.
- [63] Y. Theodorakis, A. Hatzigeorgiadis, S. Chroni, M. Goudas, in: J. Liukkonen, Y. Vanden Auweele, B. Vereijken, Alferman, D., Y. Theodorakis (Eds.), *Psychology for physical educators*, Human Kinetics, Champaign, IL, 2007, pp. 21-34.
- [64] Γ. Θεοδωράκης, Μ. Γούδας, Πρακτικές τεχνικές για την διατήρηση της συμμετοχής ασκουμένων σε προγράμματα άσκησης γυμναστών, Εκδ. Χριστοδουλίδη, Θεσσαλονίκη, 2003.
- [65] Γ. Θεοδωράκης, Α. Τζιαμούρτας, Π. Νάτσος, Ε. Κοσμίδου, Φυσική αγωγή για το γυμνάσιο, ΟΕΔΒ, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Αθήνα 2006.
- [66] Γ. Θεοδωράκης, Άσκηση, ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής, Εκδόσεις Χριστοδουλίδη, Θεσσαλονίκη, 2010.