



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:

«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση του επιπολασμού Μείζονος Κατάθλιψης και
κινδύνου αυτοκτονίας σε ασθενείς Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας του νομού Καρδίτσας.**

Αναγνωστοπούλου Όλγα

Ψυχολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- 1) Κωνσταντίνος Σπ. Μπονώτης Λέκτορας Ψυχιατρικής Ψυχιατρική Κλινική Π.Γ.Ν. Λάρισα.(Επιβλέπων Καθηγητής)
- 2)Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. (Μέλος Τριμελούς Επιτροπής)
- 3) Ιωάννα Γ. Τσιούρη Ψυχολόγος, Ψυχιατρική Κλινική Π.Γ.Ν. Λάρισας (Μέλος Τριμελούς Επιτροπής)

ΛΑΡΙΣΑ 2014

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	6
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	7
1.2 ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	8
2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	10
3. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	11
3.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	11
3.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	12
4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	14
5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	15
6. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	17
6.1 ΦΥΛΟ	17
6.2 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	17
6.3 ΕΙΣΟΔΗΜΑ	17
6.4 ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ.....	18
7. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	19
8. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	23
9. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	24
10. Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	26
11. ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	29
12. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	31
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	33
13. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	33
Δείγμα της μελέτης.....	33
Εργαλεία	34
Ανάλυση δεδομένων	35
14. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	36
15. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης δεν θα ήταν δυνατή χωρίς τη συμβολή κάποιων προσώπων προς τα οποία δράττομαι της ευκαιρίας να εκφράσω το σεβασμό και την ευγνωμοσύνη. Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον Καθηγητή κύριο Κωνσταντίνο Σπ. Μπονώτη, για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπο μου με την ανάθεση του θέματος. Επιπλέον αισθάνομαι βαθύτατα ευγνώμων για την καθοδήγηση του κατά την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας και το συνεχές ενδιαφέρον του.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά τον Καθηγητή Πνευμονολογίας και Πρύτανη του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κύριο Κωνσταντίνο Ι. Γουργουλιάνη και την κυρία Τσιούρη Γ. Ιωάννα, για τη συμμετοχή τους στην τριμελή επιτροπή.

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τους Διευθυντές των δυο Κέντρων Υγείας, Μουζακίου και Παλαμά κύριο Βρατσίστα Φίλιππο και τον κύριο Χρουμπ Γιουσέφ αλλά και τους Ιατρούς όλων των ειδικοτήτων αλλά και τους Αγροτικούς Ιατρούς, διότι χάριν της δικής τους καλής συνεργασίας και βοήθειας από την πρώτη στιγμή, αγκαλιάστηκε η προσπάθεια μου και έγινε κατορθωτή η συλλογή των περιστατικών, για να γίνει η επιδημιολογική έρευνα που αποτελεί σημαντικό κομμάτι για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους ανεξαιρέτως τους εργαζομένους των παραπάνω Κέντρων Υγείας αλλά και τους συναδέλφους μου από την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας για την άριστη συνεργασία και συμπεριφορά τους και τις διευκολύνσεις που μου παρείχαν κατά το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας.

Τέλος αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω από καρδιάς τους δυο Ψυχιάτρους της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας κύριο Ορέστη Γιωτάκο και κύριο Απόστολο Αποστολικά που σε όλα τα χρόνια της συνεργασίας μας στο χώρο της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας μου παρείχαν γνώσεις και εμπειρία που ήταν απαραίτητα για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή : Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συχνές νόσους παγκοσμίως, με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα.

Σκοπός : Ήταν η διερεύνηση των της συχνότητας της καταθλιπτικής διαταραχής σε γενικό πληθυσμό στην κοινότητα

Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε πληθυσμό κοινότητας που προσερχόταν σε δύο κέντρα υγείας του νομού Καρδίτσας. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιελάμβανε ερωτήσεις διαλογής (screening) και την κλίμακα κατάθλιψης Hamilton. Στη μελέτη συμμετείχαν 450 άτομα.

Αποτελέσματα : Γυναίκες ήταν το 61,2% των συμμετεχόντων. Η μέση τιμή της βαθμολογίας στην κλίμακα Hamilton ήταν 25,16±11,23, άνω της τιμής 24 που σηματοδοτεί σοβαρή συμπτωματολογία. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης εκτιμήθηκε σε 14%. Όσοι διέμεναν μόνοι τους ή φιλοξενούνταν σε τρίτους, είχαν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ήταν σε χηρεία ή διαζευγμένοι, καθώς και οι γυναίκες είχαν εντονότερη συμπτωματολογία.

Συμπέρασμα : Η κατάθλιψη είναι πολύ συχνή και σε επίπεδο κοινότητας πιθανότατα υποδιαγιγνώσκεται. Με απλές ερωτήσεις ο γενικός ιατρός μπορεί εύκολα να ανιχνεύσει πιθανή καταθλιπτική διαταραχή και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ευαισθητοποιηθούν στην πρόωμη ανίχνευση των καταθλιπτικών διαταραχών.

Λέξεις κλειδιά: Κατάθλιψη, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, επιπολασμός, κοινότητα

ABSTRACT

Introduction: Depression is one of the most common diseases worldwide, with significant morbidity and mortality.

Aim : It was to investigate the prevalence of depressive disorders in the general population in the community

Method: The study was conducted in a population attending community health centers in two of Karditsa. A self-report questionnaire including simple screening questions and the Hamilton Depression Scale was used. The study comprised 450 people.

Results: Women were 61.2 of the sample %. The mean score on the Hamilton scale was $25,16 \pm 11,23$, over the 24 cut-off point that signals serious symptoms. The prevalence of depression was estimated at 14%. Those who lived alone or hosted, those with low educational level, widowed or divorced, and women had more severe symptoms.

Conclusion: Depression is very common in the community and probably underdiagnosed. The general practitioner can easily detect possible depressive disorder with simple questions. Health care professionals should be aware of the early detection of depressive disorders.

Keywords: Depression, primary health care, prevalence, community

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι από τις πιο συχνές κατηγορίες ψυχικών διαταραχών που συναντάμε στο χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και του γενικού νοσοκομείου. Υπολογίζεται ότι η κατάθλιψη είναι η τρίτη πιο συχνή αιτία προσέλευσης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας¹.

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, εκτιμάται να επηρεάζει περίπου 121 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, καθώς είναι μια νόσος συχνή, υποτροπιάζουσα και δυνητικά αυτοκαταστροφική, που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως χρόνια πάθηση. Υπολογίζεται ως το 2020 πως θα είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία νοσηρότητας μετά από την ισχαιμική καρδιακή νόσο.²

Στοιχεία αναγνώρισης κυρίως για την έναρξη των μειζόνων διαταραχών είναι η ηλικία δηλαδή οι νεότερες ηλικίες και το ιστορικό, όπου υπάρχει συνήθως οικογενειακή επιβάρυνση. Συχνές εκδηλώσεις που απαιτούν διαφορική διάγνωση είναι η σωματοποίηση(συχνά στην κατάθλιψη) η αλλαγή της συμπεριφοράς, και η αλλαγή των κοινωνικών δρώμενων(συχνά στη σχιζοφρένεια)³.

Η αναγνώριση ατόμων με ψυχιατρική συμπτωματολογία στην κοινότητα συντελεί στην αποτελεσματικότερη εκτίμηση παραγόντων που διαμορφώνουν τη χρήση υπηρεσιών, την παρακολούθηση της εξέλιξης στο χρόνο ψυχιατρικών καταστάσεων, όπως η συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων ψυχιατρικών διαταραχών, και τέλος, τη διερεύνηση της συσχέτισης της επίπτωσης ψυχιατρικών συμπτωμάτων με διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς, οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες⁴. Έρευνες έδειξαν ότι η καλή πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας αυξάνει τη δυνατότητα για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία ψυχικών διαταραχών, καθώς και για μείωση του αριθμού των αυτοκτονιών⁵.

Η παρούσα μελέτη έχει ως αντικείμενο τον επιπολασμό μείζονος κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού σε άτομα που επισκέπτονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του νομού Καρδίτσας καθώς και η διερεύνηση συσχέτισης με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές. Η επίπτωση της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό έχει περιγραφεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία καθώς και η αξία και η αποτελεσματικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην πρόληψη ανάπτυξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων⁶. Οι μελέτες αυτές καταγράφουν υψηλά ποσοστά μη διαγνωσμένης κατάθλιψης και έχουν αναδείξει συνιστώσες του προβλήματος, οι οποίες, αφορούν στη συσχέτιση του κοινωνικοοικονομικού

περιβάλλοντος με την πορεία της νόσου και τη συνδέουν με το φαινόμενο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Στον ελληνικό πληθυσμό δεν υπάρχουν σχετικές μελέτες⁶.

Η έλλειψη επιδημιολογικών δεδομένων παραμένει ένα βασικό πρόβλημα παρά τις σημαντικές αλλαγές που έχουν επέλθει στο δημόσιο σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών τα τελευταία 25 έτη. Οι ευρείες μελέτες του επιπολασμού των ψυχιατρικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό είναι πολύ περιορισμένες και αφορούν κυρίως σε αστικά περιβάλλοντα.

1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Οι επιδημιολογικές έρευνες των ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό αποτελούν βασικό εργαλείο για την εκτίμηση των αναγκών σε επίπεδο ψυχικής υγείας και την οργάνωση προγραμμάτων⁷.

Στον Ευρωπαϊκό χώρο, η μελέτη του επιπολασμού των ψυχιατρικών διαταραχών είναι αρκετά συνηθισμένη τόσο σε συγχρονικό όσο και σε διαχρονικό επίπεδο, ενώ έχουν προκύψει ποικίλα και ενδιαφέροντα αποτελέσματα⁸.

Το 2001, στο Οσλο της Νορβηγίας πραγματοποιήθηκε μια διαχρονική επιδημιολογική μελέτη, που έδειξε πως οι ψυχικές διαταραχές σε ετήσιο επίπεδο είναι 32,8%. Η κατάχρηση και η εξάρτηση από το οινόπνευμα, καθώς και η μείζονα κατάθλιψη, ήταν οι διαταραχές με τη μεγαλύτερη επικράτηση. Σε όλες τις ψυχιατρικές διαταραχές, οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερη νοσηρότητα από ότι οι άνδρες, εκτός από τη χρήση οινόπνευματος όπου συμβαίνει το αντίθετο⁸. Σε ανάλογη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ευρωπαϊκό επίπεδο, όπου πήραν μέρος το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιταλία, η Ολλανδία και η Ισπανία, όπου μετρήθηκαν οι ψυχιατρικές διαταραχές που επικρατούσαν φάνηκε ότι η μείζονα κατάθλιψη και οι ειδικές φοβίες ήταν οι κύριες διαταραχές που εμφανίζονταν χωρίς συννοσηρότητα. Επίσης σε αυτή την έρευνα φάνηκε ότι οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν διαταραχές της διάθεσης ή διαταραχές άγχους, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερα απ' ότι οι γυναίκες ποσοστά διαταραχών που σχετίζονται με τη χρήση οινόπνευματος⁹. Στην έρευνα του ΠΟΥ στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βρέθηκε ότι ο επιπολασμός των ψυχιατρικών διαταραχών στη ΠΦΥ, στην Ελλάδα, σε ένα μήνα ήταν 22%¹⁰.

Στις περισσότερες χώρες το ποσοστό των ατόμων που θα εμφανίσει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται μεταξύ 8- 12%,¹¹ όπου ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης εκτιμάται να είναι περίπου δύο φορές υψηλότερος στις γυναίκες από ότι στους άνδρες¹². Ο κίνδυνος της δια βίου εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης στις Η.Π.Α. και σε άλλες

χώρες έχει αναφερθεί ότι κυμαίνεται περίπου από 5 με 25% στις γυναίκες και από 2 ως 12% στους άνδρες. Τα άτομα που έχουν παρουσιάσει στο παρελθόν τρία ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια έχουν 9 στις 10 πιθανότητες να υποτροπιάσουν παρουσιάζοντας ένα επόμενο επεισόδιο¹³.

1.2 ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

Εμπειρικά ευρήματα της αγροτικής κοινωνιολογίας, τόσο από την διεθνή όσο και από την ελληνική βιβλιογραφία, δείχνουν ότι οι αγρότες και οι σύγχρονες αγροτικές κοινότητες είναι αντιμέτωπες με σημαντικές αλλαγές, όπως κλιματικές, δημογραφικές, κοινωνικές και οικονομικές. Οι επιπτώσεις αυτών των αλλαγών στην κοινωνική ζωή των σύγχρονων αγροτικών κοινοτήτων και την ψυχολογική κατάσταση των αγροτών μόλις πρόσφατα προσέκλυσαν το ενδιαφέρον ενός νέου, πολυεπιστημονικού πεδίου που ονομάζεται «ψυχική υγεία υπαίθρου».

Το συγκεκριμένο πεδίο εξετάζει την ψυχική υγεία πληθυσμών που ζουν σε ιδιαίτερες γεωγραφικές, όπως μικρές και απομονωμένες με αγροκτηνοτροφική οικονομία κοινότητες, συνδέοντας την με τοπικά χαρακτηριστικά, όπως δημογραφική σύνθεση, υποδομές και υπηρεσίες, οικονομική οργάνωση, κοινωνική ζωή και πολιτισμικές πρακτικές¹⁴.

Αν θέλουμε να μιλήσουμε για τις αγροτικές περιοχές, ένα περιορισμένο σώμα ερευνών, που εστίασε κυρίως στην ποιότητα ζωής των αγροτών, είχε δείξει ότι αυτοί είναι αντιμέτωποι με ιδιαίτερα στρεσογόνες συνθήκες, που αφορούν κυρίως σε οικονομικές δυσκολίες, αβεβαιότητα για τη σοδειά λόγω της κλιματικής αποσταθεροποίησης, κοινωνική απομόνωση και αποσύνδεση από τις διευκολύνσεις και τις ευκαιρίες αναψυχής του αστικού περιβάλλοντος^{15,16}. Ευρήματα των προηγούμενων δεκαετιών που βασίζονται στην αγγλοσαξονική κοινωνική επιδημιολογία δείχνουν ότι οι αυτοκτονίες στις αγροτικές κοινότητες σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες έχουν αυξηθεί, και περισσότερο στην επαγγελματική κατηγορία των αγροτών, ενώ η αύξηση αυτή εκτιμήθηκε ως υψηλότερη συγκριτικά με πληθυσμούς των αστικών κέντρων.¹⁷

Τα εμπειρικά ευρήματα των ερευνών είναι αντιφατικά, καθώς υπάρχουν μελέτες που τεκμηριώνουν τον ευαλωτότητα των κατοίκων της υπαίθρου σε προβλήματα ψυχικής υγείας, ενώ άλλες δείχνουν το αντίστροφο: οι κάτοικοι των αστικών κέντρων να εμφανίζουν χειρότερη ψυχολογική εικόνα συγκριτικά με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών λόγω του μεγαλύτερου stress και των περισσότερων κοινωνικών αντίξοων συνθηκών που αντιμετωπίζουν. Τα ευρήματα μιας μελέτης των Paykel et al¹⁸ έδειξαν ότι κάτοικοι των

αστικών περιοχών εμφάνισαν υψηλότερη επικράτηση ψυχικών διαταραχών συγκριτικά με κατοίκους αγροτικών περιοχών, καθώς οι πρώτοι έρχονται αντιμέτωποι υψηλότερο stress και πιο δύσκολες συνθήκες διαβίωσης. Σε παρόμοια μελέτη των Tomas et al ¹⁸ τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συχνότερη κατηγορία συμπτώματος είναι η κόπωση(15%), ενώ ακολούθησαν οι κατηγορίες ευερεθιστότητα και τα προβλήματα ύπνου (κατά προσέγγιση 8,5%). Βρέθηκε ότι το 5,9% του δείγματος εμφάνισε κλινικά σημαντική νευρωσική συμπτωματολογία, ενώ το 4-5% ανέφερε κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης ή καταθλιπτικών ιδεών. Οι συγκρίσεις που διεξήχθησαν με αντίστοιχες επιδημιολογικές τιμές από το βρετανικό πληθυσμό έδειξαν παρόμοια εικόνα αλλά με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και καταθλιπτικών ιδεών μεταξύ των αγροτών, μολονότι το 3% εκτίμησε ότι «η ζωή δεν αξίζει», ενώ ποσοστό 0,7% ανέφερε σκέψεις αυτοκτονίας¹⁸.

Εντούτοις οι αυτοκτονίες στις αστικές περιοχές είναι συνήθως συχνότερες από ότι στις αγροτικές, με εξαίρεση λίγων μόνο χωρών (Φιλανδία, Ιρλανδία, Ιαπωνία, Κίνα) μεταξύ των οποίων είναι και η χώρα μας. Οι υπερδιπλάσιοι δείκτες αυτοκτονίας των αγροτικών ως προς τις αστικές περιοχές πιθανόν σχετίζονται με την ανεπάρκεια υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ύπαιθρο και την επακόλουθη ανεπαρκή παρακολούθηση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.¹⁹ Έχει βρεθεί ότι ο αριθμός των αυτοκτονιών σχετίζεται με την κατανομή των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ανάμεσα στις αστικές και τις αγροτικές περιοχές⁵. Πρέπει να τονιστεί ότι η διαθεσιμότητα των ψυχιάτρων, αλλά και του λοιπού υγειονομικού προσωπικού που σχετίζεται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, είναι μικρότερη στις αγροτικές περιοχές, συγκριτικά με τις αστικές, και οι δείκτες αυτοκτονίας είναι υψηλότεροι στις αγροτικές περιοχές.⁵

2.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων. Η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μια διακύμανση στη διάθεση ή ένα συναίσθημα, όπως για παράδειγμα συμβαίνει μετά από μία σημαντική για το άτομο απώλεια ή θάνατο, ή ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μία μορφή αντίδρασης στο στρες, ή μια δευτερογενή αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα, και τέλος μπορεί να αποτελεί μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο, όπως η «μείζων καταθλιπτική διαταραχή». Η «ήπια» ή ελάσσων κατάθλιψη», η «δυσθυμική διαταραχή» και οι «δυπολικές διαταραχές», που μεταξύ άλλων κατατάσσονται, σύμφωνα με το ICD-10²⁰ και με το DSM-IV²¹ στις «Διαταραχές της διάθεσης».

Η κατάθλιψη στις διάφορες μορφές της (μείζων κατάθλιψη, δυσθυμία, καταθλιπτική φάση της διπολικής διαταραχής) είναι για τη σύγχρονη κοινωνία ένα πολύ διαδεδομένο φαινόμενο που προκαλεί μεγάλη αναπηρία και ανικανότητα. Προκαλεί μεγάλο πόνο, αλλά και έχει μεγάλο οικονομικό κόστος στα άτομα που πάσχουν από αυτή και για την κοινωνία κυρίως λόγω των μεγάλων συνεπειών της αλλά και λόγω του ότι υποθεραπεύεται σε όλα τα κοινωνικά στρώματα.¹³ Αν και σήμερα υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία, διάφοροι παράγοντες και από την πλευρά των πασχόντων αλλά και από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας εμποδίζουν την αναγνώριση των σημείων της κατάθλιψης και στη συνέχεια, την αναζήτηση και την επίτευξη της ιδανικής θεραπείας από πεπειραμένους θεραπευτές. Τα καταθλιπτικά άτομα συχνά αισθάνονται το στίγμα που συνοδεύει τους ψυχικά ασθενείς. Αυτό τα κάνει να αρνούνται να αναζητήσουν βοήθεια στα πρώιμα στάδια της διαταραχής, πριν εγκατασταθούν και ενισχυθούν μέσα τους αρνητικά γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά πρότυπα¹³.

3. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Παρά τις αξιόλογες προόδους σε όλα τα πεδία, η αιτιοπαθογένεια των περισσότερων καταθλίψεων παραμένει άγνωστη. Τα θεωρητικά μοντέλα που έχουν προταθεί για τη διευκρίνηση της αιτιοπαθογένειας τους, συγκεντρώνονται κυρίως σε δύο κατευθύνσεις: Οι βιολογικές θεωρίες δέχονται ότι η κατάθλιψη προκαλείται από μεταβολές στις συγκεντρώσεις στον εγκέφαλο συγκεκριμένων νευροπεπτιδίων και νευροδιαβιβαστών σε συνδυασμό με νευροφυσικές και ενδοκρινολογικές ανωμαλίες. Οι ψυχοκοινωνικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η αιτιοπαθογένεια των καταθλίψεων έχει την αφετηρία της σε ένα συνδυασμό στρεσογόνων γεγονότων και χρόνιων ψυχοκαταπονήσεων σε ένα διαπροσωπικό και κοινωνικό πλαίσιο. Φαίνεται όμως ότι οι περισσότερες ενδείξεις οδηγούν σε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο, κατά το οποίο βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες εμπλέκονται στη διαμόρφωση των προκλητικών μηχανισμών της κατάθλιψης.²²

3.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ

Εδώ και πολλά χρόνια ήταν γνωστό ότι τόσο η μονοπολική όσο και η διπολική συναισθηματική διαταραχή εμφανίζονται συχνότερα στις οικογένειες των πασχόντων σε σχέση με τις οικογένειες του γενικού πληθυσμού. Ο ρόλος των γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια των συναισθηματικών διαταραχών είναι αδιαμφισβήτητος, δεν είναι όμως γνωστός ο ακριβής τρόπος μεταβίβασης. Η επικρατούσα αντίληψη, είναι ότι αυτό που κληρονομείται είναι η ευαισθησία του ατόμου, που κάτω από την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση της διαταραχής της κατάθλιψης²³.

ΝΕΥΡΟΧΗΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες έχουν στραφεί στους νευροδιαβιβαστές. Υπάρχουν ενδείξεις ότι κυρίως η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη παίζουν σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη και ότι το καταθλιπτικό σύνδρομο υποχωρεί με την ενίσχυση της νευροδιαβιβαστικής δραστηριότητας των δύο αυτών αμινεργικών συστημάτων²³.

ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Η σχέση ορμονών και κατάθλιψης έχει επισημανθεί εδώ και αρκετά χρόνια. Πολλές ορμονικές διαταραχές συνδέονται με κατάθλιψη, όπως ο υπο-θυρεοειδισμός, η νόσος Addison, η νόσος Cushing, αλλά και οι ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν πριν από την

έμμηνο ρύση, μετά την εμμηνόπαυση και κατά τη λοχεία, συχνά συνοδεύονται από κατάθλιψη²³.

ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μερικά σωματικά νοσήματα όπως η νόσος Parkinson, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι ουσίες όπως το αλκοόλ, ο καρκίνος της κεφαλής του παγκρέατος μπορεί δευτερογενώς να προκαλέσουν κατάθλιψη. Το χαρακτηριστικό τους είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και επηρεάζουν τη λειτουργία εκείνων των περιοχών του εγκεφάλου, οι οποίοι ρυθμίζουν το συναίσθημα²⁴.

3.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΤΥΠΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η σημασία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην αιτιολογία της κατάθλιψης έχει τονιστεί σε αρκετές μελέτες. Παρά το ότι κάθε κατάθλιψη έχει τις δικές της χαρακτηριστικές σχέσεις με τη δομή της προσωπικότητας, δύο τύποι προσωπικότητας είναι ευάλωτοι: ο ένας χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και υψηλή ψυχαναγκαστικότητα και ο δεύτερος από χαμηλή ανοχή στις ματαιώσεις, μεγάλη συναισθηματική ευαισθησία και μεγάλη εξάρτηση από τους άλλους για υποστήριξη και αναγνώριση²².

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΙΕΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΡΩΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ

Έχει επισημανθεί ότι λίγο πριν από την εκδήλωση της κατάθλιψης, συμβαίνουν ψυχοπιεστικά γεγονότα. Η έρευνα έχει επικεντρωθεί στα γεγονότα που συνιστούν απώλεια (λόγω θανάτου ή χωρισμού) ή εκφράζουν δυσαρμονία με πρόσωπα-κλειδιά στη ζωή του ατόμου²⁵.

Η γονεϊκή στέρηση στην πρώτη δεκαετία της ζωής έχει βρεθεί ότι προδιαθέτει σε κατάθλιψη, ιδιαίτερα αν η στέρηση αυτή είναι αποτέλεσμα δυσαρμονίας ή χωρισμού των γονέων. Η κακή ποιότητα γονεϊκής φροντίδας, που απορρέει από τις παραπάνω συνθήκες, καθώς και η έκθεση σε σωματική ή φυσική βία φαίνεται ότι είναι παράγοντες με την αποφασιστική σημασία²⁴⁻²⁵.

Ακόμα στρεσογόνα γεγονότα ζωής όπως ένα διαζύγιο, οι συνθήκες ή η αλλαγή του τόπου διαμονής, η οικονομική δυσχέρεια, η απώλεια της εργασίας, η έλλειψη ενός προσώπου εμπιστοσύνης για διαπροσωπική επικοινωνία και γενικότερα έλλειψη υποστηρικτικού κοινωνικού συστήματος αποτελούν προδιαθεσικές καταστάσεις, που θεωρήθηκαν ως παράγοντες ευαλωτότητας για της εμφάνιση κατάθλιψης²⁶.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κοινωνικοί παράγοντες, όπως χαμηλή κοινωνική τάξη, ανεργία, ανυπαρξία κοινωνικής υποστήριξης και απώτερα ή πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα που αναφέραμε πριν, φαίνεται ότι συμβάλλουν σημαντικά ως αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες. Σε άτομα χωρισμένα, κυρίως στις γυναίκες, η συχνότητα της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη, σε αντίθεση με τα ανύπανδρα ή τα νεόνυμφα, που παρουσιάζουν τη μικρότερη συχνότητα ²²

Σε μία μελέτη για την κοινωνική διάσταση της αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης στις γυναίκες, το 1978, οι Brown και Harris διαπίστωσαν την άποψη ότι ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης αυξάνει με την έκθεση σε απειλητικά γεγονότα και σε παρατεταμένες δυσκολίες. Οι παράγοντες από μόνοι τους δεν προκαλούν κατάθλιψη παρά μόνο όταν συνυπάρχουν με 4 παράγοντες ευαλωσίας, που είναι η απώλεια της μητέρας πριν την ηλικία των 11 ετών, η απουσία στενής και ζεστής σχέσης, η ύπαρξη τριών ή περισσότερων παιδιών κατά των 14 ετών και η ανεργία²².

4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κατάθλιψη, είναι μία από τις οδυνηρότερες δοκιμασίες και καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα συναισθηματικών διαταραχών. Μπορεί να είναι απλώς ένα φυσιολογικό συναίσθημα που υποκειμενικώς έχει το χαρακτήρα ενός λιγότερου ή περισσότερο ισχυρού βιώματος θλίψης. Αποκτά παθολογικό χαρακτήρα όταν η στενοχώρια, η θλίψη ή ακόμα περισσότερο η απελπισία είναι παρατεταμένης διάρκειας και επικρατεί απώλεια της δυνατότητας για ευχαρίστηση(ανυδονία)για τα ενδιαφέροντα ή τις δραστηριότητες. Τα άτομα που καταφεύγουν σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συχνά αναφέρονται για μια επίμονη αίσθηση κατάπτωσης, παρουσιάζουν οξυθυμία, ότι έχουν χάσει το ενδιαφέρον για τη ζωή, είναι συχνά δακρυσμένα λυπημένα και δεν συμμετέχουν σε δραστηριότητες που υπο άλλες συνθήκες θα τους προκαλούσαν ευχαρίστηση. Η παρουσία των παραπάνω υποδηλώνει φτωχή προγνωστική πορεία και ύπαρξη ιδεών αυτοκτονίας²⁷.

Σύμφωνα με τον Beck, τα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν ένα διαφορετικό γνωστικό προφίλ από εκείνα με άλλα ψυχιατρικά προβλήματα, εμφανίζοντας πρωταρχικά στο γνωστικό τους περιεχόμενο θέματα απώλειας, ήττας και αποτυχίας. Στα άτομα αυτά, ο αυθόρμητα εκφερόμενος λόγος αποκαλύπτει πολλά παραδείγματα σκέψεων στα οποία διαφαίνεται μία συστηματικά αρνητική προκατάληψη. Αυτό το φαινόμενο καθρεπτίζεται στις βαθύτερες, μη ομολογούμενες παραδοχές του ατόμου για πολλά σημεία των εμπειριών του κατά το παρελθόν. Διατηρούν μία ξεκάθαρη και σταθερή τάση να περιγράφουν τον εαυτό τους, το μέλλον τους και την περιρέουσα εμπειρία τους σχεδόν με αρνητικούς όρους¹³

5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η κλινική εικόνα στη μείζονα κατάθλιψη, χαρακτηρίζεται από έλλειψη εναισθησίας και συνοδεύονται από μία σειρά χαρακτηριστικών συμπτωμάτων. Η νόσος είναι πολύ σοβαρή, και οι ασθενείς δεν πάσχουν όλοι από όλα τα καταθλιπτικά συμπτώματα, ούτε όλα έχουν το ίδιο διαγνωστικό βάρος.

Τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης είναι τα παρακάτω:

1. Καταθλιπτικό συναίσθημα κατά τη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας. Όταν πάσχει από μείζονα κατάθλιψη, ο ασθενής αισθάνεται χειρότερα τις πρωινές ώρες, ενώ κατάθλιψη του υποχωρεί κάπως το απόγευμα.
2. Μείωση του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης από ασχολίες που προηγουμένως ευχαριστούσαν τον ασθενή. Ο ασθενής είναι λυπημένος, αισθάνεται απογοητευμένος και έχει χάσει το ενδιαφέρον του για ζωή. Αυτή η κατάσταση λέγεται ανυδονία και υπάρχει σχεδόν πάντα στην κατάθλιψη.
3. Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής. Κυρίως μείωση της όρεξης(απώλεια βάρους μεγαλύτερη του 5% σε ένα μήνα) ή σπανιότερα αύξηση της όρεξης(αύξηση του μεγαλύτερη του 5% σε ένα μήνα)
4. Διαταραχές του ύπνου. Χαρακτηριστική είναι η αϋπνία επέλευσης, συχνά συνοδευόμενη από πρόωμη πρωινή αφύπνιση. Ο αριθμός των αφυπνίσεων κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι μεγάλος. Σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθεί υπερυπνία.
5. Ψυχοκινητική ανησυχία(νευρικότητα) ή αντίθετα ψυχοκινητική επιβράδυνση(βραδύτητα). Τόσο στο ψυχολογικό όσο και στο σωματικό επίπεδο. Η έκφραση του προσώπου δείχνει δυστυχία, είναι ακίνητη και αδιάφορη προς τα εξωτερικά ερεθίσματα.
6. Κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας. Για πολλούς καταθλιπτικούς η κόπωση είναι το κυριότερο σύμπτωμα. Ο ασθενής αισθάνεται εξαντλημένος και ανίκανος να επιτελέσει ακόμη και πολύ απλές δραστηριότητες, χωρίς να μπορεί να εξηγήσει την αιτία αυτής της κόπωσης. Το σύμπτωμα αυτό οδηγεί τον ασθενή σε παραίτηση από τις εργασιακές και κοινωνικές του υποχρεώσεις.
7. Συναίσθημα απαξίας ή ενοχής. Αισθήματα αναξιοσύνης, μείωση της αυτοεκτίμησης. Ο ασθενής αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να αναλάβει ακόμη και απλά καθήκοντα ή ευθύνες και κατηγορεί τον εαυτό του για σημαντικά πλημμελήματα.
8. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και σκέψης, αναποφασιστικότητα.
9. Αυτοκτονικός ιδεασμός. Οι σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας είναι συχνές. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγάλος, διότι οι παραληρητικές ιδέες που έχουν αυτοί οι

ασθενείς τους οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τους αξίζει να πεθάνουν. Ποσοστό 75% των καταθλιπτικών ασθενών έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Ένας στους εκατό ασθενείς αυτοκτονεί μέσα στους 12 μήνες που ακολουθούν ενός καταθλιπτικού επεισοδίου²⁴.

6. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

6.1 ΦΥΛΟ

Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στο γυναικείο φύλο. Οι επιδημιολογικές μελέτες συνεχώς καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη δύο έως τρεις φορές συχνότερα από ότι οι άνδρες. Μερικοί αποδίδουν αυτή τη διαφορά στον κοινωνικό ρόλο που καλούνται να διαδραματίσουν οι γυναίκες και όχι στις βιολογικές διαφορές, ενώ άλλοι δίνουν έμφαση στη δυναμική αλληλεπίδραση της βιοψυχολογίας που συμμετέχει στο φαινόμενο της κατάθλιψης μεταξύ των γυναικών. Σύμφωνα με τους Bhatia & Bhatia (1999) ο υψηλότερος επιπολασμός της κατάθλιψης μεταξύ των γυναικών οφείλεται πιθανότατα στις διαφορές που εμφανίζουν τα φύλα και οι οποίες σχετίζονται σε γνωστικά σχήματα, ορισμένους βιολογικούς παράγοντες και με υψηλότερη συχνότητα έκθεσης σε ψυχολογικά και οικονομικά ερεθίσματα άγχους. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ποικίλουν από την εκδήλωση μελαγχολικής διάθεσης έως την απάθεια, το άγχος, την ευερεθιστότητα και τις σκέψεις περί θανάτου και αυτοκτονίας. Οι γυναίκες είναι ευάλωτες απέναντι σε συναισθήματα όπως απελπισία και το αίσθημα μειωμένης αυτοεκτίμησης²⁸. Η πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αυξάνεται στις γυναίκες μετά από τη γέννηση ενός παιδιού (επιλόχεια κατάθλιψη), στους άνεργους, στα άτομα μεγάλης ηλικίας και μετά από καρδιαγγειακές, νευρολογικές και άλλες παθήσεις όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος του Πάρκινσον, πολλαπλή σκλήρυνση, υποθυρεοειδισμός, νόσος του Cushing, AIDS, λοιμώδης μονοπυρήνωση, αναιμία και μεταστατικός καρκίνος²⁹.

6.2 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, όπως και η οικογενειακή κατάσταση. Μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη έχουν οι έγγαμοι σε σχέση με τους διαζευγμένους, χήρους ή μοναχικά άτομα και χρόνια προβλήματα υγείας μπορεί επίσης να επηρεάσουν την εμφάνιση κατάθλιψης³⁰.

6.3 ΕΙΣΟΔΗΜΑ

Επίσης άτομα με χαμηλό εισόδημα παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης απ' ότι άτομα τα οποία βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση. Φαίνεται πως άτομα που δεν έχουν επαρκή οικονομική ή συναισθηματική υποστήριξη συχνά εκφράζουν αισθήματα απογοήτευσης και ματαιότητα³⁰.

Πολλές έρευνες δείχνουν τη συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής ανέχειας και της κατάθλιψης³¹.

6.4 ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

Η μετα- ανάλυση των Paul & Moser έδειξε ότι οι άνεργοι βιώνουν πιο συχνά ψυχικές διαταραχές, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους παρουσιάζοντας μεικτά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και μειωμένη αυτοεκτίμηση³¹.

Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική στάθμη του ατόμου, όπως αυτή προσδιορίζεται από το χαμηλό εισόδημα, η χαμηλή εκπαίδευση, η εργασία χαμηλών δεξιοτήτων και ο κοινωνικός αποκλεισμός, έδειξε να συνδέονται με κακή σωματική υγεία, κακή ψυχολογική και συναισθηματική υγεία και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας³¹. Σε πρόσφατες εκθέσεις η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αναφέρει: «Δεν θα πρέπει να εκπλαγούμε αν δούμε αύξηση ψυχικών και αυτοκτονιών», «οι φτωχοί και οι ευάλωτοι είναι οι πρώτοι που θα υποφέρουν», « η προάσπιση των κονδυλίων για την υγεία θα γίνει πιο δύσκολη». Αυτές οι φράσεις υποδηλώνουν συσχέτιση μεταξύ χαμηλότερου εισοδήματος ή ανεργίας και επιβαρυσμένης ψυχικής υγείας.³¹.

Λαμβάνοντας υπόψη την τρέχουσα οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα, αποκτά ιδιαίτερη σημασία η γνώση των συνεπειών της στην ψυχική υγεία, και ιδιαίτερα στο φαινόμενο των αυτοκτονιών³¹. Πρόσφατη μελέτη για την κατάσταση στην Ελλάδα έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας σχετίζεται σημαντικά με αύξηση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικής των νοσοκομείων που μελετήθηκαν, καθώς και με αύξηση του αριθμού αυτοκτονιών. Παράλληλα, η μείωση του μέσου εισοδήματος έδειξε να σχετίζεται σημαντικά με αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών³².

Φαίνεται λοιπόν ότι πολλές μελέτες διερευνούν τα επίπεδα γενικής νοσηρότητας, θνητότητας, κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας και τα συσχετίζουν με την ποιότητα ζωής των ατόμων. Το γεγονός αυτό αποτελεί συγχρόνως ευκαιρία ώστε να προστατευθούν ουσιώδεις υπηρεσίες της κοινωνίας που απευθύνονται στους ευάλωτους πληθυσμούς και να δημιουργηθούν αντίστοιχες εκεί που δεν υπάρχουν , προωθώντας έγκαιρες παρεμβάσεις όπως η καταγραφή ομάδων υψηλού κινδύνου, η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας προς ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης αλλά και άλλων συνήθων διαταραχών, καθώς και η καλύτερη πρόσβαση στο σύστημα παροχής ψυχικής υγείας.

7. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ψυχιατρικές διαταραχές ή συμπτώματα που είναι στενά συνδεδεμένες με την αυτοκτονία είναι η κατάθλιψη ως αυτόνομος παράγοντας αφού το 15% των καταθλιπτικών ασθενών αυτοκτονούν.

Ευρύτατες διακυμάνσεις των δεικτών αυτοκτονιών παρατηρούνται σε διάφορες χώρες του κόσμου. Ο αριθμός αυτοκτονιών σε ορισμένες χώρες φτάνει το μέχρι και τις 45/100.000 κατοίκους(π.χ. Ουγγαρία). Στις χώρες της Ευρώπης καταγράφεται ένα ευδιάκριτο μοντέλο κατανομής των αυτοκτονιών, όπου οι χώρες της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης εμφανίζουν συνήθως υψηλούς δείκτες αυτοκτονιών(<15/100.000 κατοίκους), ενώ, αντίθετα, οι χώρες της Νότιας Ευρώπης εμφανίζουν χαμηλούς δείκτες(<10/100.000κατοίκους)³³. Η Ελλάδα παρουσιάζει έναν από τους χαμηλότερους δείκτες αυτοκτονίας διεθνώς(4/100.000κατοίκους). Παράλληλα όμως σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της ζώνης των 15 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαθέτει την παλαιότερη νομοθεσία για την ψυχική υγεία(1999), ενώ είναι η μόνη χώρα που δεν έχει θεσμοθετήσει πολιτική για την ψυχική υγεία στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης⁵.

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Κατά τη γνωσιακή προσέγγιση, υποστηρίζεται ότι ο τρόπος που οι καταθλιπτικοί επεξεργάζονται την πληροφορία δημιουργεί προϋποθέσεις για την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.²⁷

Η βούληση του καταθλιπτικού ασθενούς είναι μειωμένη. Θα περίμενε κανείς να είναι μειωμένη και η ικανότητα του να αποφασίσει και να σχεδιάσει την αυτοκαταστροφή του. Δυστυχώς, αυτό γίνεται μόνο όταν η κατάθλιψη του έχει πολύ μεγάλο βάθος. Σε περιόδους όμως, όπως κατά την έναρξη και κατά την αποδρομή της καταθλιπτικής φάσης και συγκεκριμένα μερικούς μήνες μετά τη βελτίωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, παραμένει άθικτη η ικανότητα για αυτοκτονία, την οποία ο ασθενής μπορεί να σχεδιάσει με απίθανες λεπτομέρειες. Αυτή η παραδοξότητα οφείλεται στο ότι ο ασθενής ανακτά τη βουλευτική του ικανότητα πριν ακόμη αποβάλει την αρνητική του στάση απέναντι στη ζωή²⁴. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς σχεδόν πάντα όταν επιχειρούν την αυτοκτονία νιώθουν ενοχή και βαθιά ψυχική οδύνη. Συχνά η πρόθεση αποκρύπτεται, το εγχείρημα προετοιμάζεται λεπτομερώς και εκτελείται μέσα στη μοναξιά με βίαιο τρόπο, όσον αφορά την επιλογή των μέσων, ενώ επιβεβαιώνει τραγικά την ύπαρξη επιθυμίας θανάτου^{34,35}. Ο κόσμος όπως τον

αντιλαμβάνονται οι καταθλιπτικοί ασθενείς, είναι αποπνικτικός, ανυπόφορος, και αισθάνονται ανήμποροι και απελπισμένοι μέσα σ' αυτόν. Δεδομένης αυτής της πεποίθησης, η αυτοκτονία μπορεί να φαντάζει ως ο μοναδικός τρόπος για να ξεφύγουν από το πρόβλημα τους. Το άτομο αυτοκτονεί από απελπισία πιστεύοντας ότι υπάρχουν ελάχιστες ή καθόλου εναλλακτικές λύσεις για εκείνο στη ζωή του. Η μόνη εναλλακτική λύση που βλέπει ως αποτελεσματικό μέσο είναι η αυτοκτονία.³⁴ Η αυτοκτονία στα μάτια των καταθλιπτικών φαντάζει ως ο μόνος τρόπος για να ξεφύγουν από αυτήν την σκληρή πραγματικότητα. Πολλοί καταθλιπτικοί σκέφτονται το θάνατο και έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Συχνά λένε : «Θα 'θελα να ξεφύγω απ' όλα αυτά», «Δεν έχω λόγους να θέλω να ζω», «Εύχομαι να μην είχα ποτέ γεννηθεί», «Θα 'θελα να είχα πεθάνει». Η αυτοκτονία αποτελεί την πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης²⁸.

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία που σχετίζεται με αυτοκτονικότητα:

- Αισθήματα απελπισίας και αδιεξόδου
- Ιδέες αναξιότητας, υποτίμησης και πεσσιμισμού
- Διαταραχές του ύπνου
- Διαταραχές της συγκέντρωσης
- Διαταραχές της συγκέντρωσης και προσοχής
- Μείωση των ενδιαφερόντων και κοινωνική μόνωση
- Παραμέληση του εαυτού
- Απώλεια βάρους
- Άγχος και ανησυχία
- Αίσθημα εχθρικότητας

Τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού ασθενούς:

- Άνδρας
- Ωριμής ηλικίας
- Χωρισμένος, χήρος, διαζευγμένος ή άγαμος
- Έχει πραγματοποιήσει απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν
- Έχει πρόωμη εμπειρία γονεϊκής στέρησης

Δεν έχει καλή συνεργασιμότητα στη θεραπεία

Παίρνει ανεπαρκείς δόσεις αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε ότι ένας σημαντικός αριθμός αυτοκτονιών δεν καταγράφεται ως αυτοκτονία³³.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Οι αιτίες που οδηγούν στην αυτοκτονία παρουσιάζουν μεγάλη ομοιότητα παγκοσμίως, όπως και τα χαρακτηριστικά αυτών που αυτοκτονούν³⁶. Στην αιτιοπαθογένεια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς συμμετέχουν βιολογικοί παράγοντες (γενετικοί, νευροχημικοί), ψυχοπαθολογικοί παράγοντες και κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, χωρίς ο καθένας να θεωρείται καθοριστικός³⁷. Είναι προφανές ότι όσο περισσότερους παράγοντες καλύπτει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Πιο αναλυτικά, όσον αφορά την κατάθλιψη, το 15% των καταθλιπτικών τελικά θα αυτοκτονήσει, ενώ ποσοστό 45-70% αυτών που αυτοκτονούν πάσχει από κατάθλιψη³⁶. Οι ψυχικές διαταραχές σε ένα μεγάλο ποσοστό- ιδιαίτερα η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών συνδέονται με το φαινόμενο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς^{38,39}. Η κατάθλιψη ως σύμπτωμα, παρατηρείται στην πλειονότητα των ατόμων που εμπλέκονται σε αυτοκαταστροφικού τύπου συμπεριφορές. Εξάλλου, υψηλά ποσοστά ψυχικής νοσηρότητας (80%-95%) έχουν εντοπιστεί σε άτομα που αυτοκτόνησαν³³.

Από το σύνολο των παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας, ισχυρότεροι προγνωστικοί δείκτες θεωρούνται η ύπαρξη προηγούμενης απόπειρας και η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής. Σε έρευνες φαίνεται ότι το 19% με 24% των ατόμων που αυτοκτονούν, έχει προβεί προηγούμενα σε ανάλογη πράξη. Μελέτες δείχνουν ότι περίπου το 40% των καταθλιπτικών ασθενών που αυτοκτόνησαν, είχαν στο ιστορικό τους προηγούμενη απόπειρα. Μία προηγούμενη απόπειρα είναι, ίσως, ο καλύτερος δείκτης για το γεγονός ότι ο ασθενής είναι στην ομάδα υψηλού κινδύνου για αυτοκτονία⁴⁰.

ΑΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Οι αιτιολογικές και ψυχοδυναμικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα μιας διαπροσωπικής ή ενδοπροσωπικής κρίσης με συναισθήματα αμφιθυμίας, θυμού, μοναξιάς και απόγνωσης, που εκδηλώνεται ως αντίδραση στην απορριπτική συμπεριφορά, την εσωτερική υπαρξιακή σύγκρουση και κυρίως ως αποτυχία όλων των προσαρμοστικών μηχανισμών του ατόμου^{35,41}. Ο S.Freud στο άρθρο του «Πένθος και Μελαγχολία» διατύπωσε την άποψη ότι η αυτοκτονία αντιστοιχεί σε επιθετικότητα που στρέφεται ενάντια

σ' ένα ενδοβλημένο και αμφιθυμικά αντικείμενο αγάπης⁴². Η αυτοκτονία δείχνει να είναι το ύστατο δραματικό μήνυμα ενός ατόμου προς τους συνανθρώπους και προς τη ζωή. Χαρακτηρίζεται από ένα εύρος συμπεριφορών, των οποίων ή έμμεση κατάληξη είναι ο τερματισμός της ζωής⁴³.

ΣΧΕΣΗ ΑΠΟΠΕΙΡΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ

Η αυτοκτονία είναι το αποτέλεσμα μιας εκούσιας αυτοκαταστροφικής πράξης που την εκτελεί ένα άτομο το οποίο συνειδητοποιεί και γνωρίζει πλήρως την θανάσιμη κατάληξη της. Η αυτοκτονία είναι τώρα ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, αποτελεί ένα από τα πλέον πολύπλοκα φαινόμενα της ανθρώπινης υπόστασης, με ψυχιατρικές, ψυχολογικές, φιλοσοφικές και κοινωνικές διαστάσεις³⁸, ενώ οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές προς οποιαδήποτε κατεύθυνση, συχνά προτείνονται ως παράγον που συμβάλλει στην αύξηση των αυτοκτονιών²⁵.

Διαχωρίζεται στις απόπειρες αυτοκτονίας, κατά τις οποίες το άτομο δεν επιτυγχάνει τον τελικό του στόχο και τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες κατά τις οποίες επιτυγχάνεται ο στόχος της αυτοκαταστροφής του. Αυτοκτονία είναι η ενέργεια με την οποία το ίδιο το άτομο τερματίζει εσκεμμένα και συνειδητά τη ζωή του. Απόπειρα αυτοκτονίας είναι μία αποτυχημένη προσπάθεια αυτοκτονίας, που μπορεί να είναι γνήσια, μπορεί όμως να είναι και σκοπίμως αποτυχημένη⁴⁵. Υπάρχουν φορές που οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με τον ίδιο τους τον εαυτό και μη βρίσκοντας άλλη λύση προβαίνουν σε ενέργειες εις βάρος τους, με πράξεις αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Φαίνεται λοιπόν, πόσο σημαντική είναι, τόσο από ψυχιατρικής, όσο και από κοινωνικής πλευράς, η αναγνώριση των χαρακτηριστικών των ατόμων που προέβησαν προηγουμένα σε μία απόπειρα αυτοκτονίας ή και αυτοτραυματισμού.

8.ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η αυτοκτονία έχει συνδεθεί με μία σειρά χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ή στάσεων, όπως η ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα και η παρορμητική συμπεριφορά. Άκαμπτη καταναγκαστική προσωπικότητα, αδυναμία προσαρμογής σε εναλλασσόμενες καταστάσεις, ασθενική προσωπικότητα, εξαρτητική προσωπικότητα, άτομα με αμφυθημικά χαρακτηριστικά, ανασφαλή άτομα, είναι παράγοντες της προσωπικότητας που με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο έχουν συνδεθεί με αυτοκτονικές συμπεριφορές⁴⁶.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι περίπου το 10-20% αυτών που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας δεν παρουσιάζουν τυπική συμπτωματολογία. Πρόκειται για άτομα που βρίσκονται κάτω από συνθήκες «ψυχολογικής κρίσης» και έντονου stress.³³

Ο αλκοολισμός αν και δεν είναι ο κύριος παράγοντας της αυτοκτονίας, παίζει σημαντικό ρόλο στο 20-30% των αποπειρών. Όταν συνυπάρχει αλκοολισμός και κατάθλιψη τότε οι πιθανότητες αυτοκτονίας είναι ακόμη μεγαλύτερες. Σε αντίθεση με τα άτομα που αυτοκτονούν, οι αποπειραθέντες αυτοκτονία εμφανίζουν συνήθων ελάσσονα ψυχοπαθολογία, όπως δυσθυμία, αγχώδεις εκδηλώσεις, διαταραχές προσωπικότητας.

Οι σημασίες της αυτοκτονίας σχετίζονται με τις σημασίες που δίνει στο θάνατο ο αυτόχειρας. Απελπισία, αυτοτιμωρία και εξιλέωση, η ανυπαρξία δυνατότητας για ευχαρίστηση, διάφορες ιδέες ενοχής ή ντροπής, αναξιότητας αυτομομφής, η τάση του υποψηφίου αυτόχειρα να ερμηνεύει τις εμπειρίες του συστηματικά κατά τρόπο αρνητικό και να κάνει δυσοίωνες προβλέψεις για την εξέλιξη των προβλημάτων του. Τα παραπάνω είναι παράγοντες που η παρουσία του προοιωνίζει απόπειρα αυτοκτονίας, ιδίως όταν αποτελούν συμπτώματα ψυχιατρικής διαταραχής και κυρίως μιας καταθλιπτικής συνδρομής⁴⁶.

9.ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η εμπλοκή των ιατρών άλλων ειδικοτήτων πλην της Ψυχιατρικής στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών είναι αναπόφευκτη, αφού αυτές οι διαταραχές συνοδεύονται πολύ συχνά από σωματικά συμπτώματα και, αντιστρόφως, συχνά συνοδεύουν σωματικές νόσους. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη απευθύνονται σε υπηρεσίες υγείας αρχικά για σωματικά συμπτώματα σε ποσοστό 70%-80% ¹. Ωστόσο, πληθώρα μελετών έχει καταδείξει τα χαμηλά ποσοστά αναγνώρισης της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ακόμα και οι πλέον ευαισθητοποιημένοι κλινικοί αναγνωρίζουν την κατάθλιψη σε ποσοστό 36%- 56% ¹. Οι δυσκολίες στην ανίχνευση της κατάθλιψης προκύπτουν τόσο από τη στάση των ασθενών όσο και των ιατρών. Οι ασθενείς συχνά δυσκολεύονται είτε να αποδώσουν τα συμπτώματά τους σε ψυχολογικές αιτίες είτε να αναφέρουν ψυχολογικά προβλήματα σε ιατρούς ¹. Οι γιατροί συχνά δυσκολεύονται να διερευνήσουν τα ψυχολογικά συμπτώματα, εάν δεν τα αναφέρουν αυθόρμητα οι ίδιοι οι ασθενείς, ή επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των σωματικών αιτιάσεων κάτω από την πίεση του χρόνου ¹.

Το αυξημένο ενδιαφέρον για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης δεδομένων των δυσκολιών στην ανίχνευσή της από τις υπηρεσίες υγείας, οδήγησε στη δημιουργία μεθόδων με πολύ μικρό αριθμό ερωτήσεων. Παρόλο που με αυτές τις μεθόδους εξασφαλίζεται η σύντομη και εύκολη στην εφαρμογή της ανίχνευση, είναι δύσκολο το να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή ακρίβεια, δηλαδή ο βέλτιστος συνδυασμός υψηλής ευαισθησίας και ειδικότητας.

Οι Whooley et al ⁴⁷ και Arroll et al ⁴⁸ χρησιμοποίησαν πρώτοι για την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τις παρακάτω δύο ερωτήσεις-σχετικές με την καταθλιπτική διάθεση και την ανυδονία- από το ερωτηματολόγιο Primary Care Evaluation of Mental Disorders(PRIME- MD)⁴⁹

1. Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δύο εβδομάδων αισθανόσασταν κακοδιάθετος(η), θλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η);
2. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων αισθανόσασταν έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης για τις δραστηριότητές σας;

Οι απαντήσεις είναι διχοτομημένες και ως θετικό αποτέλεσμα ορίστηκε η θετική απάντηση και στις δύο ερωτήσεις.

Όσον αφορά στην κλινική εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων για την αναγνώριση της κατάθλιψης στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έχει αναγνωριστεί από τον οδηγό του National Institute for Health and Clinical Excellence στη Μ. Βρετανία η χρήση

των δύο ερωτήσεων για την αρχική ανίχνευση των περιστατικών, αλλά προτείνεται να ακολουθείται από εκτίμηση των συμπτωμάτων που περιγράφονται από τα διαγνωστικά κριτήρια.¹ Από την επιτροπή για τις υπηρεσίες πρόληψης των ΗΠΑ επίσης προτάθηκε η ανίχνευση της κατάθλιψης ακολουθούμενη από κλινική διάγνωση σε δεύτερη φάση¹ όχι από συγκεκριμένο εργαλείο. Συμπεράνουμε λοιπόν ότι η κλινικά αξιόπιστη μέθοδος για την αναγνώριση της κατάθλιψης σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πρέπει να περιλαμβάνει μία αρχική συνέντευξη αποτελούμενη από δύο ερωτήσεις αλλά να ακολουθείται από τη δομημένη εκτίμηση 4 πυρηνικών συμπτωμάτων(διαταραχές ύπνου, ανηδονία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μεταβολές στην όρεξη)¹. Πρέπει να επισημανθεί όμως ότι η δεύτερη φάση αυτής της στρατηγικής απαιτεί ημιδομημένη συνέντευξη από ειδικό ή εκπαιδευμένο κλινικό και δεν έχει δοκιμασθεί να γίνει μέσω ερωτηματολογίου.

Έχουν χρησιμοποιηθεί αρκετά ερωτηματολόγια ως ανιχνευτικά εργαλεία της κατάθλιψης και των συναφών διαταραχών. Ανάμεσά τους, τα δημοφιλέστερα είναι η κλίμακα Hamilton , το ερωτηματολόγιο του Beck, η κλίμακα Zung, η κλίμακα Bedford και Foulds και άλλα. Πρόκειται για ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς που συμπληρώνονται σχετικά εύκολα και είναι κατάλληλα και για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Έχει διαπιστωθεί πως η κατάθλιψη ανήκει στα νοσήματα που, ακόμα και στις πιο βαριές μορφές, μπορεί να αντιμετωπιστούν σε μεγάλο ποσοστό με επιτυχία εάν διαγνωσθούν έγκαιρα. Για αυτό κρίνεται απαραίτητη η έγκαιρη διάγνωση ψυχικών διαταραχών, κυρίως στις ευπαθείς ομάδες³⁰. Αρκετές μελέτες έδειξαν αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό αυτοκτονιών και τη δυνατότητα ανίχνευσης των ψυχικών διαταραχών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Για παράδειγμα στη Σουηδία παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των αυτοκτονιών μετά την ολοκλήρωση προγράμματος εκπαίδευσης των γενικών ιατρών για τη βελτίωση των δεξιοτήτων αναγνώρισης της κατάθλιψης⁵. Έρευνα στην Ουγγαρία έδειξε ότι ο αριθμός των παθολόγων σχετίζεται θετικά με το δείκτη διαγνωσμένων καταθλίψεων και αντίστροφα με τον αριθμό των αυτοκτονιών⁵. Έρευνες στις Η.Π.Α. έδειξαν ότι δυνατότητες πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας⁵, ο αριθμός ψυχιάτρων και το ύψος των επιδομάτων υγείας, καθώς και η ποιότητα της φροντίδας ψυχικής υγείας, όπως αυτή προέκυψε από τη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, σχετίζεται αντίστροφα με τον αριθμό των αυτοκτονιών⁵.

10.Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η ΠΦΥ είναι ο ιδανικός χώρος για την ταυτόχρονη παροχή γενικών ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η διεπιστημονική συνεργασία κρίνεται απαραίτητη στις περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζουν ψυχιατρική συμπτωματολογία η οποία οδήγησε δευτερογενώς σε σωματική παθολογία, σε ασθενείς με εμφανή σωματικού τύπου συμπτωματολογία, η οποία όμως μπορεί να υποκρύπτει στη βάση της ψυχολογικά αίτια και σε ασθενείς με αμιγώς σωματική παθολογία, της οποίας όμως η ένταση, η κατάληξη ή τα συμπτώματα, καθιστούν απαραίτητη τη συμβολή του ειδικού ψυχικής υγείας προκειμένου να υποστηριχθεί το πάσχον άτομο ⁵⁰

Η ΠΦΥ αποτελεί την πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα υγείας και, εκτός των άλλων, παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, καθώς και συνεχούς φροντίδας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα. Στην Ελλάδα οι μελέτες του επιπολασμού των ψυχιατρικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό είναι περιορισμένες και αφορούν κυρίως αστικά περιβάλλοντα. Παλαιότερες σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι ένα ποσοστό 16% του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ οι γυναίκες, οι χήροι και τα άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου είχαν υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας ⁵¹. Οι γιατροί της ΠΦΥ είναι συνήθως οι πρώτοι στους οποίους θα απευθυνθούν οι ασθενείς με κατάθλιψη, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει χρόνια σωματική νόσος ή όταν στην κλινική εικόνα κυριαρχούν σωματικά συμπτώματα.. Η παρουσία υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα ΚΥ επιτρέπει την άμεση παραπομπή των καταθλιπτικών ασθενών για διάγνωση και θεραπεία. Ακόμα αποτελεί μια καλή ευκαιρία για εκπαίδευση των γενικών ιατρών σε θέματα ψυχικής υγείας ⁵². Η διασύνδεση της ΠΦΥ με τις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως οι κινητές μονάδες, επιτρέπει την εφαρμογή του μοντέλου της συνεργατικής φροντίδας για τη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών, που όπως φαίνεται είναι ο καλύτερος τρόπος παροχής φροντίδας σε αυτό το επίπεδο ⁵³.

Η κλινική εμπειρία διδάσκει ότι τόσο η αποδοχή των ψυχολογικών διαταραχών όσο και η αναζήτηση θεραπείας στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μειώνουν το στίγμα της ψυχιατρικής νόσου, σε αντίθεση με το ψυχιατρείο(Ποταμιανός, 2005) Η πρόωμη εκτίμηση και η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών, καθώς και η αγωγή κοινότητας, αποτελούν πρωταρχικούς στόχους για να είναι ομαλή η μετάβαση του πάσχοντος, έτσι ώστε από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, να μπορεί να γίνει η συνέχεια να γίνει χρήστης των λοιπών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ⁵⁴. Η σημασία των ψυχικών και ιδιαίτερα των συναισθηματικών διαταραχών για τη δημόσια υγεία φαίνεται από το γεγονός ότι κατατάσσονται ανάμεσα στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική ανικανότητα, ενώ

οι διαταραχές αυτές αναμένεται να αυξηθούν και να γίνουν μέχρι το 2020 δεύτερες σε συχνότητα μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια όπως αναφέραμε πιο πάνω³¹. Πρόσφατο άρθρο στο Lancet ³¹ αναφέρει ότι αναμένεται κατακόρυφη αύξηση των καταθλιπτικών διαταραχών και των αυτοκτονιών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται τριπλασιασμός των ψυχωσικών επεισοδίων, διπλασιασμός της κατάχρησης αλκοόλ και δι ή τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων, ενώ πρόσφατες αναφορές δείχνουν ήδη αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία . Ενδεικτικά, στις ΗΠΑ, κατά το χρονικό διάστημα 1990-2000 το συνολικό κόστος θεραπείας αυξήθηκε σε ποσοστό 31,2%(από 19,8 στα 26,08 εκατομμύρια\$), ενώ ο συνολικός χρόνος απουσίας από την εργασία σε 50%.³¹

Η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς που καταφεύγουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι εξαιρετικά συχνή. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν γίνει με χορήγηση ερωτηματολογίων και ψυχιατρική συνέντευξη. Στατιστικές μελέτες που έγιναν σε Κέντρα Υγείας σε όλον τον κόσμο από τον Π.Ο.Υ. έδειξαν σε μεγάλο ποσοστό: κατάθλιψη, άγχος ή χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, με πιθανή συνυπάρχουσα συνοσηρότητα. Επίσης δεν υπάρχουν διαφορές ως προς την εμφάνιση μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση των ψυχικών διαταραχών είναι η ταχύτητα των κοινωνικών αλλαγών, η φτώχεια- ανεργία και η γήρανση του πληθυσμού. Επίσης οι οικονομικοί μετανάστες και οι πρόσφυγες συμβάλλουν στην αύξηση του πληθυσμού που ζει στα όρια της φτώχειας και, που απαιτούνται για αυτούς αυξημένες απαιτήσεις περίθαλψης και πρόληψης⁵⁵.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι ένας ευρύς όρος, που αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών⁵⁶ που ευοδώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του ψυχικά ασθενούς στην κοινότητα του. Αποσκοπεί στην ανίχνευση πρόληψη και έγκαιρη θεραπεία του ψυχικών διαταραχών σε ομάδες πληθυσμού, όπως αυτές που αναπτύσσονται στην κοινότητα με την κινητοποίηση των αναγκαίων πόρων και όχι όπως αυτές γίνονται αντιληπτές ή αντιμετωπίζονται στο ψυχιατρείο²⁵.

Υπάρχουν αδιαμφισβήτητα στοιχεία που δείχνουν ότι η επαρκής πρόληψη και θεραπεία ορισμένων συμπεριφορικών και ψυχικών διαταραχών μειώνουν το ποσοστό αυτοκτονιών, είτε πρόκειται για παρεμβάσεις σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, είτε σε σχολεία και άλλους τομείς της κοινότητας. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης, αποτελούν σημαντικές στρατηγικές στην πρωτογενή πρόληψη πολλών αυτοκτονιών. Τα προγράμματα που εκπαιδεύουν τους γενικούς ιατρούς και το προσωπικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ώστε να κάνουν τη διάγνωση της κατάθλιψης και να δίνουν θεραπεία, είναι πολύ σημαντικά. Ωστόσο σήμερα δεν υπάρχουν στοιχεία ότι οι παρεμβάσεις που προτείνονται για πρωτοβάθμια πρόληψη της κατάθλιψης είναι αποτελεσματικές παρά

μόνο σε λίγες μεμονωμένες μελέτες. Οι στόχοι της θεραπείας της κατάθλιψης είναι η μείωση των συμπτωμάτων, η πρόληψη των υποτροπών, και τελικά η πλήρης ύφεση. Σήμερα η πρώτη γραμμή αντιμετώπισης της κατάθλιψης στις περισσότερες περιπτώσεις περιλαμβάνει την χορήγηση αντικαταθλιπτικών, ψυχοθεραπεία, ή συνδυασμό αυτών των δύο ²⁵.

11. ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Επιδημιολογικές έρευνες, όπως αναφέραμε και παραπάνω δείχνουν ότι το 20-30% των ασθενών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ για οποιοδήποτε λόγο πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και κυρίως από καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Οι πολύ υψηλές τιμές επικράτησης (επιπολασμού) των ψυχικών διαταραχών σε ορισμένα κέντρα(π.χ. Χιλή) οφείλονται στο ότι σε αυτά η έρευνα έλαβα χώρα σε περιοχές υποβαθμισμένες, με πολλά κοινωνικά προβλήματα. Επιπρόσθετα στην έρευνα αυτή, αλλά και σε άλλες παρόμοιες, αποδείχθηκε ότι η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών είναι καλύτερη στις χώρες με καλά αναπτυγμένα συστήματα ΠΦΥ και με επαρκή εκπαίδευση των ιατρών και του λοιπού προσωπικού τους στην αναγνώριση και θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Η συχνότητα αναγνώρισης ποικίλει από κέντρο σε κέντρο, στη δε Αθήνα λαμβάνει μία από τις χαμηλότερες τιμές.

Άλλοι λόγοι που δυσκολεύουν τη διαδικασία της αναγνώρισης είναι ο τύπος της ψυχικής διαταραχής, κυρίως όταν αυτή σχετίζεται με σωματική νόσο ή όταν συνυπάρχει ανεξάρτητα η μία με την άλλη. Αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό το το βιο- ψυχο- κοινωνικό μοντέλο, που τείνει στις μέρες μας να γίνει το επικρατούν μοντέλο στην άσκηση της Ιατρικής. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του σε έναν από τους αρχαίους κλάδους της Ψυχιατρικής, την ψυχοσωματική Ιατρική και μελετά τις σχέσεις ψυχολογικών, συμπεριφορικών και κοινωνικών φαινομένων με τις σωματικές λειτουργίες (φυσιολογικές ή παθολογικές), καθώς και την αλληλεπίδραση των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που οδηγούν στην εκδήλωση και εξέλιξη των νόσων.

Τα χαρακτηριστικά και οι στάσεις των αρρώστων φαίνεται επίσης ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση της ψυχικής διαταραχής στην ΠΦΥ καθώς και τα χαρακτηριστικά που έχουν σχέση με τον ιατρό, δηλαδή την προσωπικότητα του και τη στάση του απέναντι στην ψυχική διαταραχή, τις γνώσεις του σε θέματα ψυχικής υγείας, αλλά και τις δεξιότητες του ως εξεταστής⁵⁷.

Η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τη γενική Ιατρική είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει τους ερευνητές. Η ικανότητα των ιατρών στην ΠΦΥ να διαγιγνώσκουν ψυχικές διαταραχές άλλοτε θεωρείται ως επαρκής σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και άλλοτε αναφέρεται ότι οι ιατροί της ΠΦΥ αδυνατούν να αναγνωρίσουν περιπτώσεις σε ποσοστό 88%.^{58, 59}

Θα πρέπει να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο, πως η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με κατάθλιψη που επισκέπτονται έναν επαγγελματία υγείας δεν αντιμετωπίζεται από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας αλλά από γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας. Έτσι λόγω του

ότι κάποιες σωματικής διαταραχές μπορεί να παρουσιάζουν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της κατάθλιψης, πολλοί γιατροί δε διαγιγνώσκουν σωστά η έγκαιρα την κατάθλιψη στην πλειοψηφία των ασθενών τους. Για το λόγο αυτό, ούτε θεραπεύουν την υπάρχουσα κατάθλιψη, ούτε παραπέμπουν τον καταθλιπτικό ασθενή τους σε έναν πιο ικανό επαγγελματία ψυχικής υγείας¹³.

12. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Μέσα από της απουσία μιας γνώσης για μια συγκεκριμένη αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων, η πρωτοβάθμια πρόληψη πρέπει να κατευθύνεται στην προαγωγή των υποστηρικτικών συστημάτων μέσα στην κοινότητα για τη μείωση των συνθηκών ή παραγόντων κίνδυνου που μπορεί να ευθύνονται για τη δημιουργία μιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης.

Ο όρος Προληπτική Ψυχιατρική αναφέρεται στο σύνολο της θεωρητικής και πρακτικής γνώσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων που μειώνουν την επίπτωση, δηλαδή τις νέες περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα(πρωτοβάθμια πρόληψη). Ας σημειωθεί ότι για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, η πρωτοβάθμια ψυχιατρική προληπτική εργασία απαιτεί το συντονισμό και τη συνεργασία πολλών υπηρεσιών, φορέων και οργανώσεων, για να γίνει αποτελεσματική και αποδοτική^{60, 61}.

Κατά πρώτον, πρέπει να υπάρχουν επαρκείς και προσιτές στον πληθυσμό υπηρεσίες ΠΦΥ. Η κατάσταση στη χώρα μας χαρακτηρίζεται μέχρι σήμερα από ανεπαρκείς υπηρεσίες ΠΦΥ. Επιπλέον, οι ιατροί της ΠΦΥ πρέπει να έχουν επαρκή εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας, έτσι ώστε να βελτιωθούν οι διαγνωστικές τους ικανότητες.

Ως εκ τούτου, ο ΠΟΥ έχει εκπονήσει ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης των ιατρών της ΠΦΥ στη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των έξι συχνότερων ψυχικών διαταραχών μεταξύ των οποίων είναι και η κατάθλιψη. Ανάλογα προγράμματα έχει εκπονήσει και η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία⁶¹.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται από τη σύγχρονη Ψυχιατρική στις διαφοροποιήσεις της ψυχοπαθολογίας και στη μελέτη της ψυχοπαθολογίας σε συνάρτηση με τις διάφορες εξελικτικές περιόδους της ζωής.

Πιο, συγκεκριμένα, καταβάλλεται προσπάθεια να επισημανθούν οι διαχρονικές διαφορές ως προς την επίπτωση και την επικράτηση(επιπολασμό) διαφόρων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται σήμερα σε νεότερες ηλικίες από ότι στο παρελθόν.

Παράλληλα ο κύκλος της ζωής και οι διαφοροποιήσεις της ψυχοπαθολογίας σε συνάρτηση με τις διάφορες περιόδους του κύκλου αυτού αποτελούν αντικείμενο ιδιαίτερης προσοχής. Άλλη είναι η έκφραση της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία, άλλη στην εφηβική ηλικία, άλλη στην γεροντική ηλικία.

Ένας άλλος προβληματισμός με εξαιρετική σημασία είναι κατά πόσο ψυχικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας μεταφέρονται στις επόμενες ηλικίες και πως μετασχηματίζονται. Μελετάται επίσης το ερώτημα της συνέχειας ή της ασυνέχειας στην ευεπιφορότητα στη νόσο, αλλά και στην προσαρμοστικότητα στις διάφορες αντίξοες συνθήκες ζωής.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

13. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας της καταθλιπτικής διαταραχής σε γενικό πληθυσμό στην κοινότητα

Ερευνητικά ερωτήματα

Πιο συγκεκριμένα τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται είναι:

1. Ποια είναι η συχνότητα της κατάθλιψης στην ΠΦΥ, όπως αυτή ανιχνεύεται με τη βοήθεια της χρήσης ειδικών ερωτηματολογίων ;
2. Μπορούν δυο βασικές ερωτήσεις να χρησιμοποιηθούν ως δοκιμασία διαλογής στην κοινότητα;
3. Συσχετίζεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία με δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά στην κοινότητα;

Δείγμα της μελέτης

1. Πληθυσμός, περιοχή και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο νομό Καρδίτσας και συγκεκριμένα στα Κέντρα Υγείας Παλαμά και Μουζακίου, στα εξωτερικά τους ιατρεία και στο χώρο επειγόντων. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε την περίοδο 1^η Μαΐου έως 10 Σεπτεμβρίου 2014.

2. Κριτήρια εισόδου

Οι συμμετέχοντες θα έπρεπε να πληρούν τα εξής κριτήρια:

1. Να γνωρίζουν καλά την ελληνική γλώσσα
2. Να είναι ενήλικες
3. Να μην πάσχουν από χρόνιο νόσημα τελικού σταδίου ή άνοια
4. Να επιθυμούν να συμμετέχουν στην έρευνα
5. Σε περίπτωση επειγόντος περιστατικού, να πρόκειται για ήσσονος σημασίας (πχ μικρό θλαστικό τραύμα), ώστε να μην παρεμποδίζεται η συμμετοχή τους.

Εργαλεία

Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος περιέχονταν ερωτήσεις σχετικά με κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, στο δεύτερο μέρος ερωτήσεις σχετικές με τη δοκιμασία διαλογής για κατάθλιψη:

1. « Κατά την διάρκεια των προηγούμενων δύο εβδομάδων αισθανόσασταν κακοδιάθετος, θλιμμένος ή απελπισμένος;».....

2. «Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δύο εβδομάδων αισθανόσασταν έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στις δραστηριότητες σας;».....

το δε τρίτο μέρος αποτελούσε η κλίμακα Hamilton

Η κλίμακα Hamilton Rating Scale for Depression ή για συντομία (HDR) αποτελείται στην παρούσα της εκδοχή από 24 ερωτήσεις κλειστού τύπου και οι απαντητικές επιλογές είναι βαθμονομημένες σε 5βαθμη κλίμακα Likert. Αν και δίνει έμφαση σε σωματικά συμπτώματα για πολλά χρόνια (αρχικά εισήχθη το 1960) αποτέλεσε σημείο αναφοράς για τη διερεύνηση της κλινικής κατάθλιψης. Βαθμολογία άνω του 20 και ιδιαίτερα άνω 24 σηματοδοτεί σοβαρή συμπτωματολογία.

Πριν από τη διανομή των ερωτηματολογίων, προηγήθηκε τηλεφωνική ενημέρωση όλων των προϊστάμενων και των υπεύθυνων τμημάτων των Κέντρων Υγείας για τη διεξαγωγή και το σκοπό της έρευνας. Κατόπιν ακολούθησε παράδοση των ερωτηματολογίων από την ίδια την ερευνήτρια στους συμμετέχοντες. Όλοι όσοι προσήλθαν για εξέταση στο διάστημα που η ερευνήτρια ήταν παρούσα (3 φορές την εβδομάδα) συμπλήρωσαν πρόθυμα το ερωτηματολόγιο , παρουσία της.

Το τελικό δείγμα ανέρχεται σε 450 άτομα. 89 άτομα απάντησαν τις δύο πρώτες ερωτήσεις διαλογής και 85 από αυτά προχώρησαν στη συμπλήρωση της κλίμακας Hamilton

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο Παράρτημα Α και η σχετική άδεια εκπόνησης της έρευνας στο Παράρτημα Β.Επισημαίνεται ότι κλίμακα Hamilton εξαιρετική εσωτερική αξιοπιστία στην παρούσα μελέτη , με συντελεστή α Cronbach =0,86.

Μετά τη συμπλήρωση της Hamilton από την ερευνήτρια, ακολούθησε κλινική συνέντευξη όσων απάντησαν στην κλίμακα από την ίδια.

Δεοντολογία

Προστατεύτηκαν τα δικαιώματα των συμμετεχόντων, τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας καθώς και ότι είχαν την δυνατότητα να αποσύρουν τη συμμετοχή τους οποτεδήποτε το επιθυμούσαν. Η συμπλήρωση και η επιστροφή των ερωτηματολογίων είχε θέση συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα.

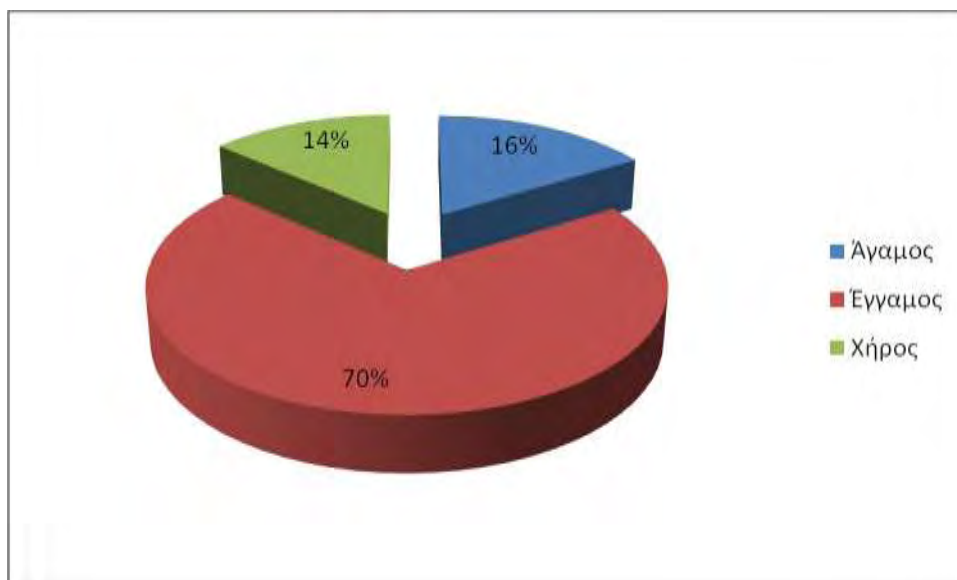
Ανάλυση δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Ο έλεγχος κανονικότητας των κατανομών έγινε με τις δοκιμασίες Kolmogorov –Smirnov και Shapiro-Wilk. Εφαρμόστηκαν παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης : t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα, ANOVA για περισσότερα δείγματα, με post-hoc ανάλυση κατά Bonferonni, ενώ οι συσχετίσεις πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία Pearson. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$. Όλες οι δοκιμασίες ήταν αμφίπλευρες. Η μεταβλητή ηλικία διχοτομήθηκε στη διάμεσο τιμή της 947 έτη). Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0.

14.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Άνδρες ήταν 175 άτομα και γυναίκες 275, ποσοστά 38,8% και 61,2%. Η μέση ηλικία ήταν $54,67 \pm 14,11$ έτη. Η πλειονότητα τους ήταν έγγαμοι (70%).

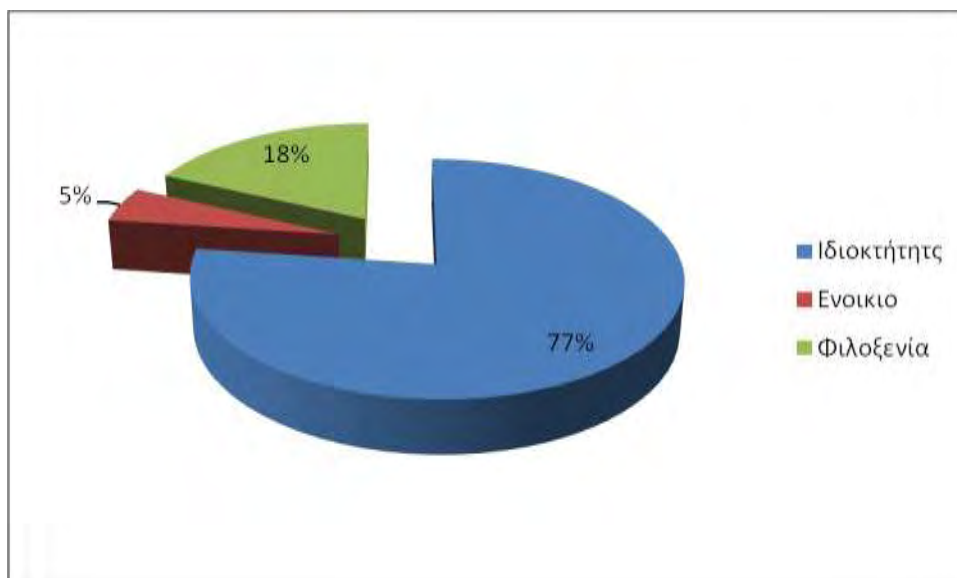
Γράφημα 1. Οικογενειακή κατάσταση



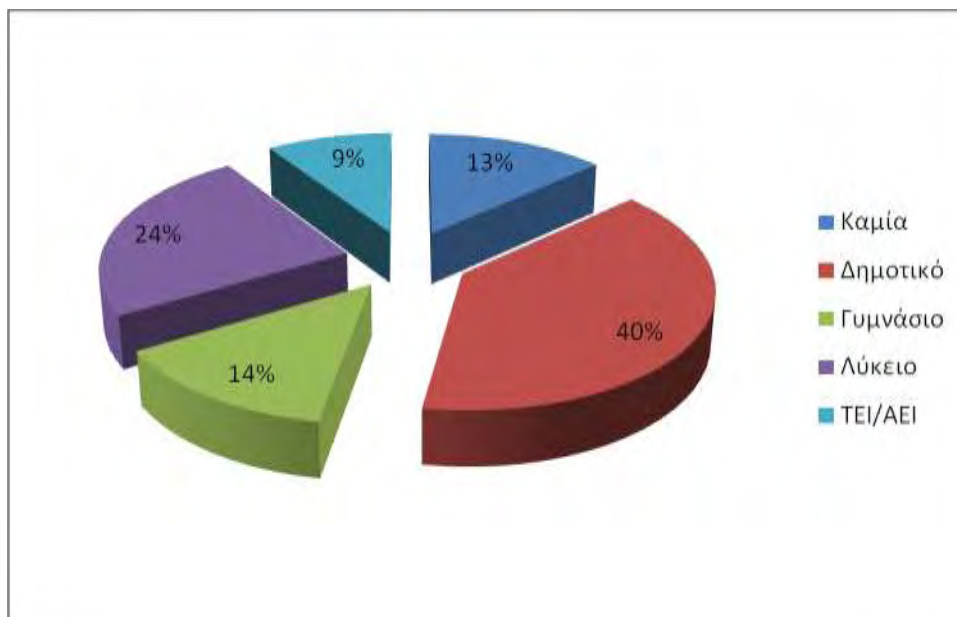
Το 53% ήταν απόφοιτοι δημοτικού ή χωρίς καμία εκπαίδευση

Δικό του σπίτι διέθετε το 77%.

Γράφημα 2. Ιδιοκατοίκηση

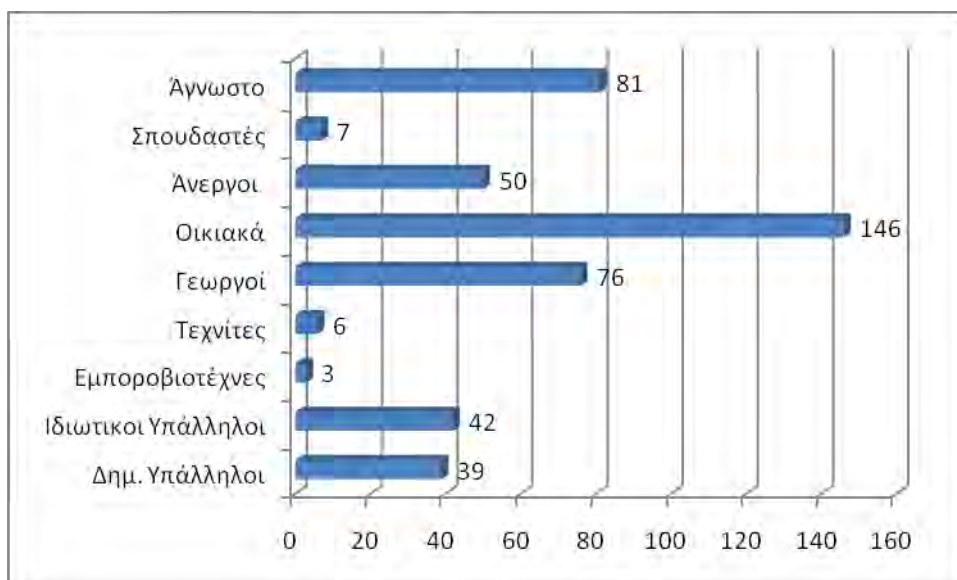


Γράφημα 3. Επίπεδο εκπαίδευσης



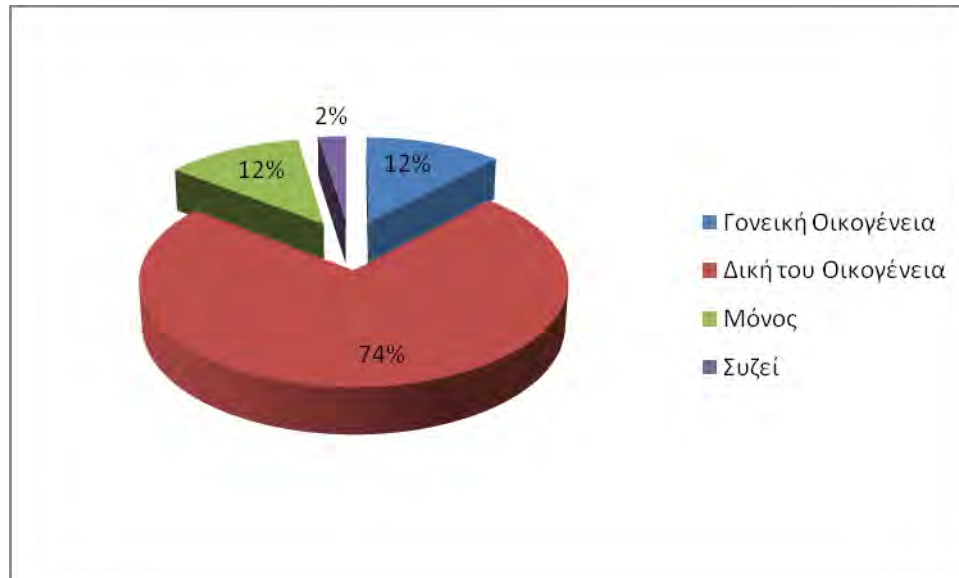
Το 38,4% ήταν εργαζόμενοι , στην πλειονότητά τους γεωργοί. Το 11,1% δήλωσαν άνεργοι και το 32,4% (146 άτομα) οικιακά.

Γράφημα 4. Επάγγελμα



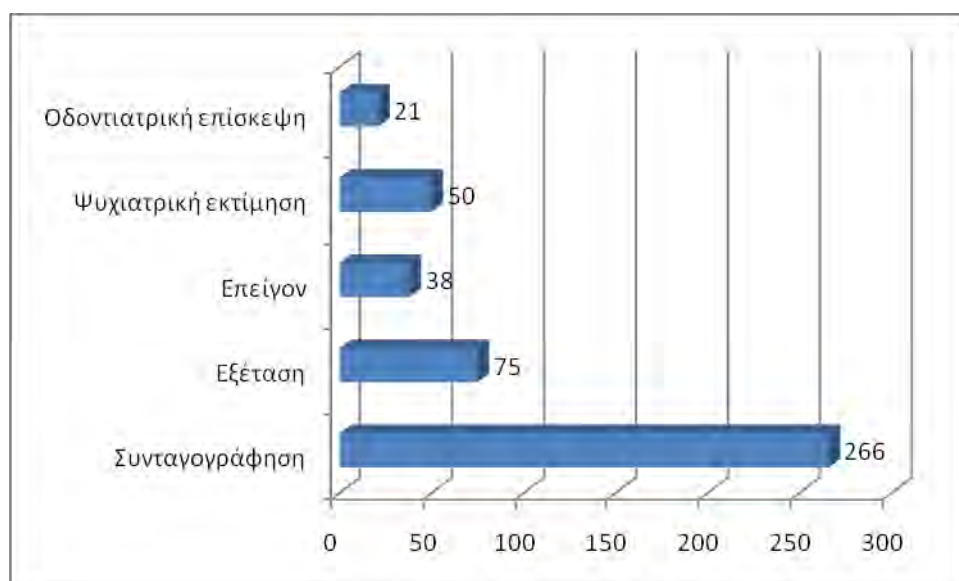
Με δική του οικογένεια ζούσε το 74% και μόνοι τους το 14%.Το 12% ζούσε με τη γονική του οικογένεια.

Γράφημα 5. Περιβάλλον διαμονής



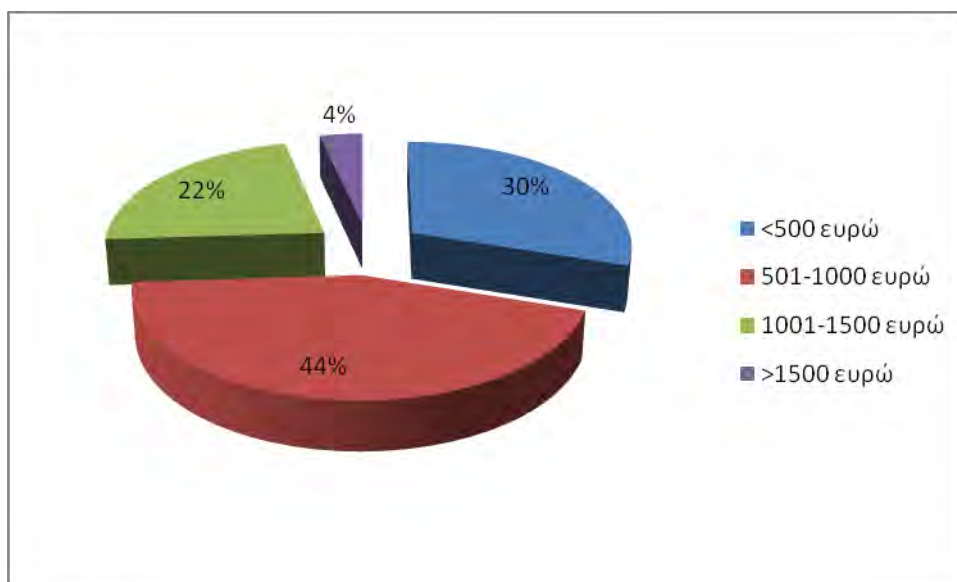
Αναφορικά με το λόγο προσέλευσης, η συνταγογράφηση ήταν η βασική αιτία στο 59,1% των περιπτώσεων (266 άτομα).

Γράφημα 6. Αιτιολογία προσέλευσης



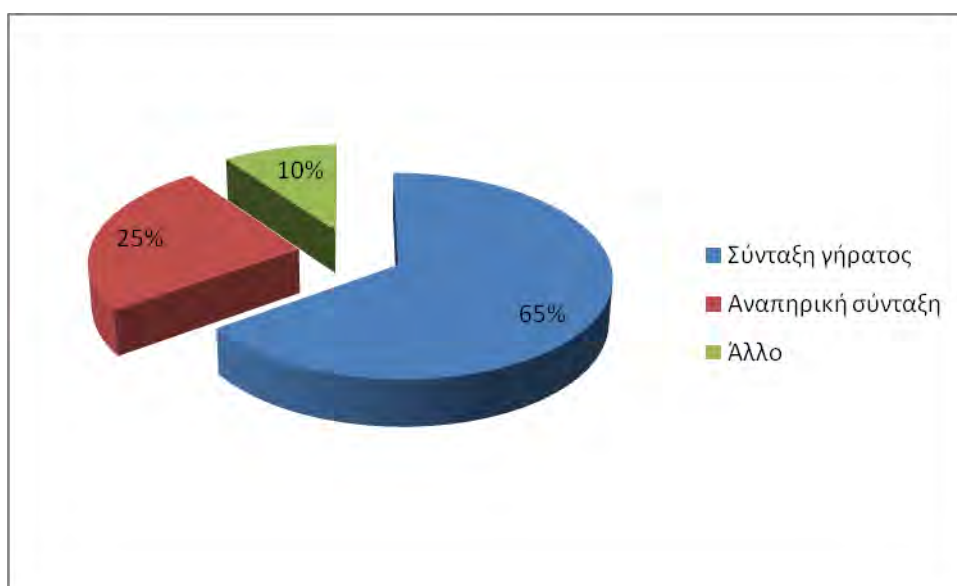
Το 74% είχε ατομικό μηνιαίο εισόδημα μικρότερο από 1000 ευρώ.

Γράφημα 7. Μηνιαίο εισόδημα



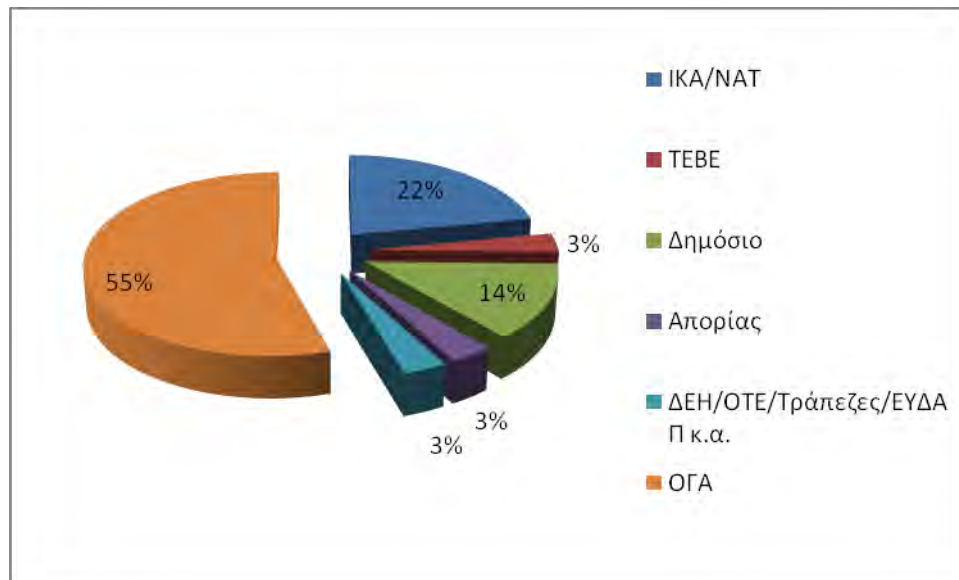
Σύνταξη γήρατος έπαιρνε το 65% των συνταξιούχων.

Γράφημα 8. Είδος σύνταξης



Η πλειονότητα (55%) ήταν ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ.

Γράφημα 9. Ασφαλιστικός φορέας.



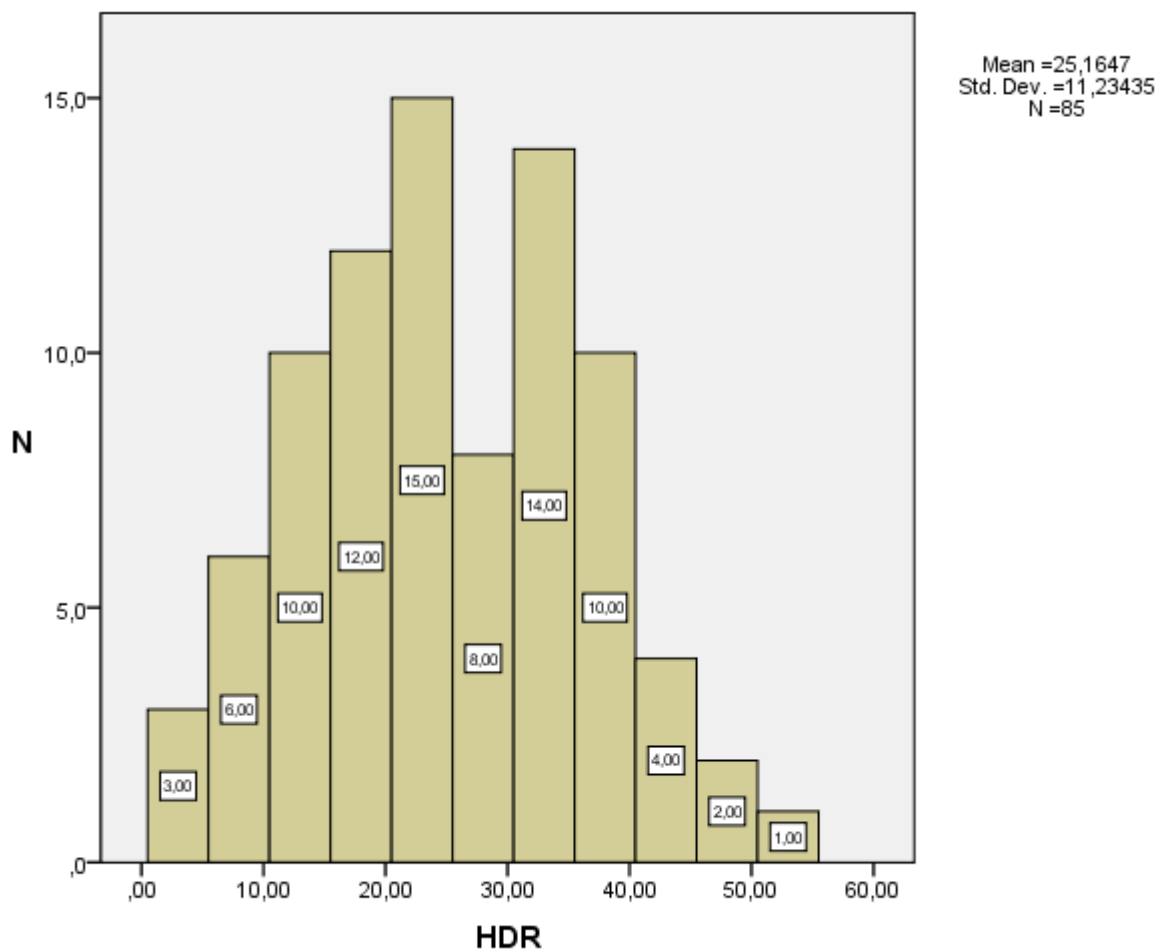
Στις ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν ως «screening» τεστ, 89 άτομα απάντησαν θετικά και στις δύο (ποσοστό 19,7%).

Γράφημα 10. Συμμετέχοντες με πιθανή κατάθλιψη



Η μέση τιμή της βαθμολογίας στην κλίμακα Hamilton ήταν $25,16 \pm 11,23$, άνω της τιμής 24 που σηματοδοτεί σοβαρή συμπτωματολογία.

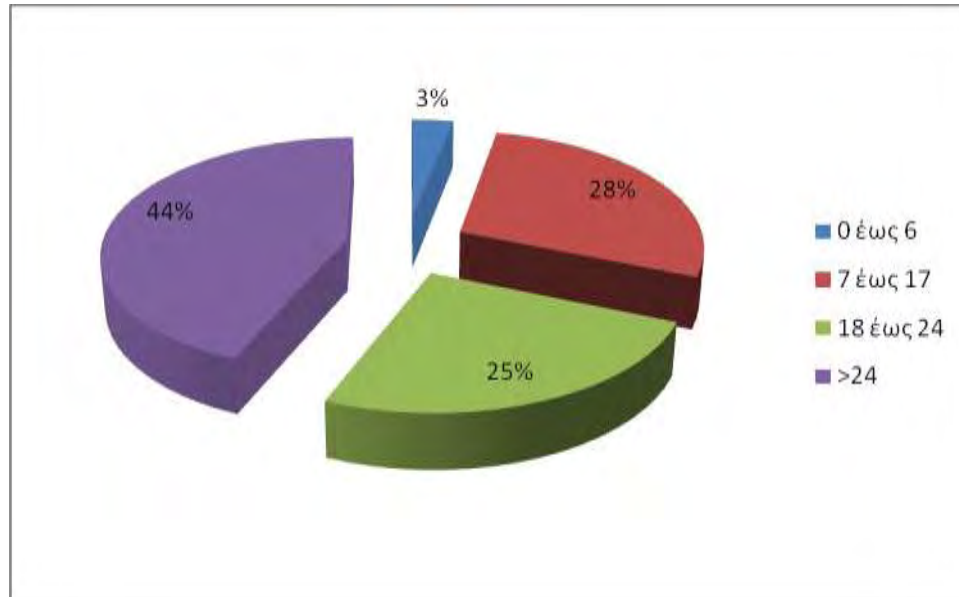
Γράφημα 11. Κατανομή βαθμολογίας στην Κλίμακα Hamilton



Το 3% των συμμετεχόντων δεν παρουσίαζε κανένα αξιολογικό σύμπτωμα κατάθλιψης , ενώ το 44% κινούνταν άνω της οριακής τιμής 24 που σηματοδοτεί σοβαρή

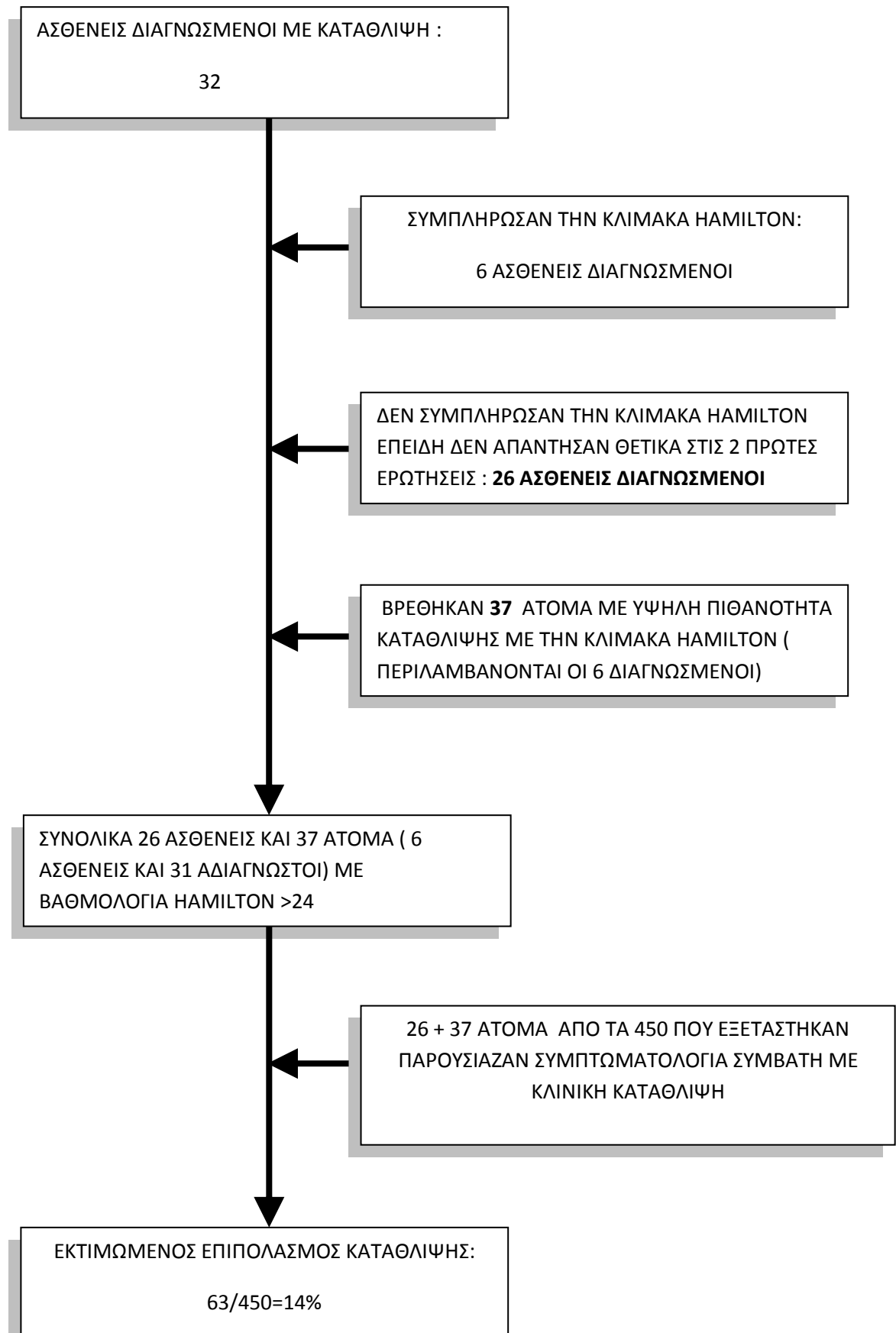
συμπτωματολογία, προσδιορίζοντας την εξαιρετικά πιθανή κλινική κατάθλιψη στο σύνολο του δείγματος στο 8,6%.

Γράφημα 12. Κατηγοριοποίηση βαθμολογίας στην κλίμακα Hamilton

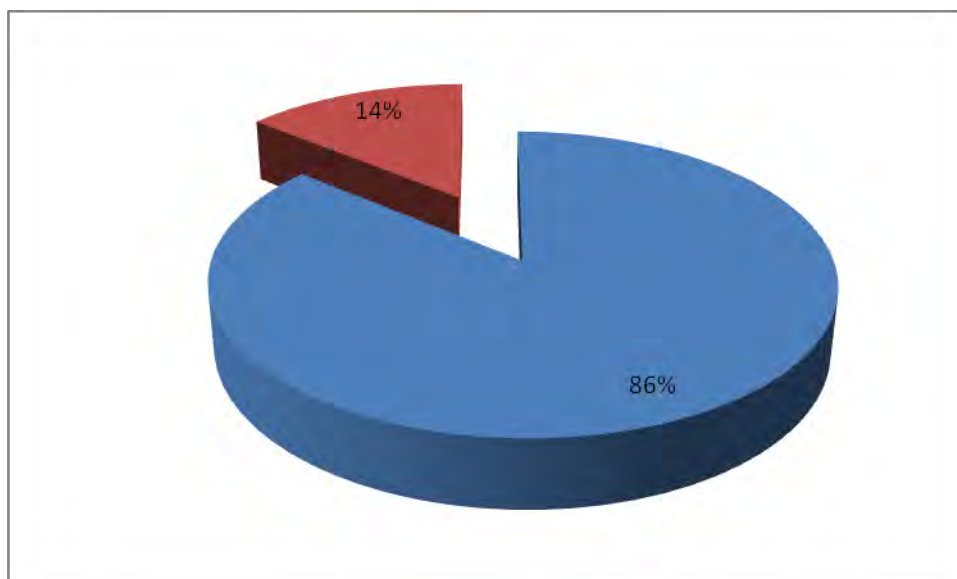


Στο παρακάτω σχήμα φαίνεται η εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης με βάση τη βαθμολογία Hamilton. Σημειώνεται ότι είναι μια μάλλον συντηρητική εκτίμηση.

Σχήμα 1. Αλγόριθμος εκτίμησης του επιπολασμού της κατάθλιψης

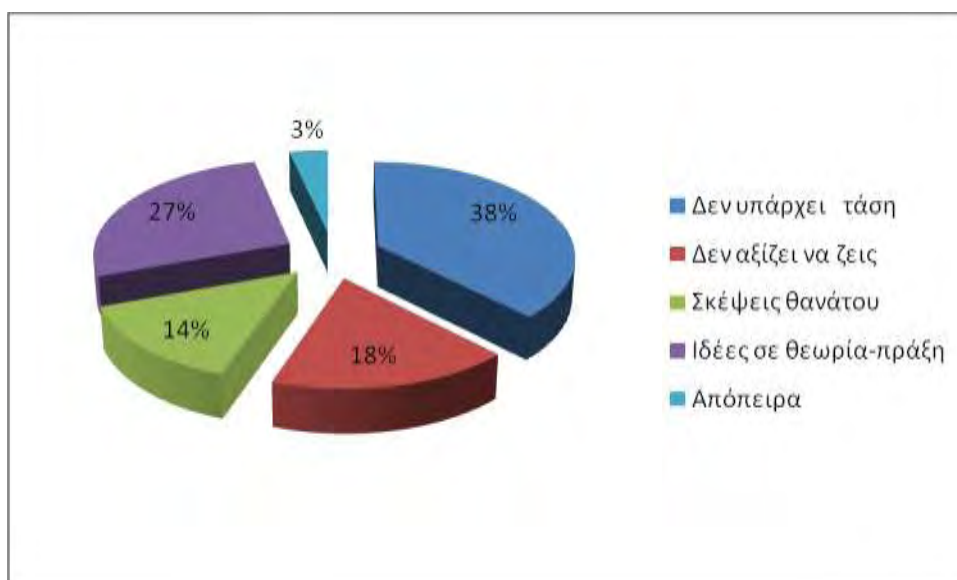


Γράφημα 13. Ο εκτιμώμενος επιπολασμός της κατάθλιψης στην κοινότητα (κόκκινο χρώμα)



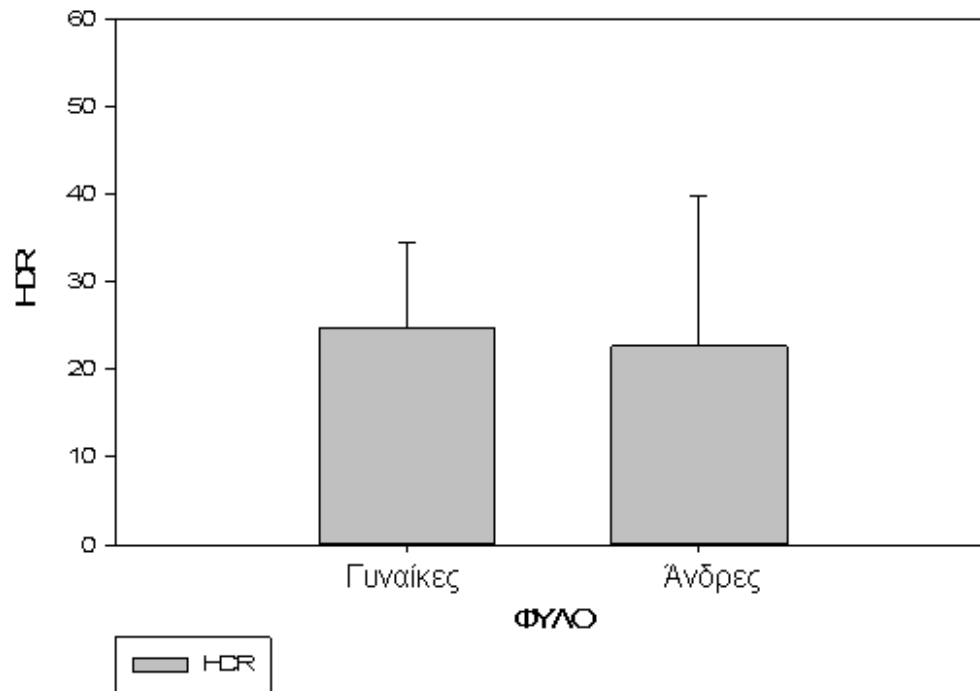
Το 3% όσων απάντησαν στη Hamilton ανέφεραν απόπειρα στο παρελθόν, ενώ στο 38% δεν διαπιστώθηκε καμία αυτοκτονική τάση.

Γράφημα 14. Αυτοκτονικός ιδεασμός



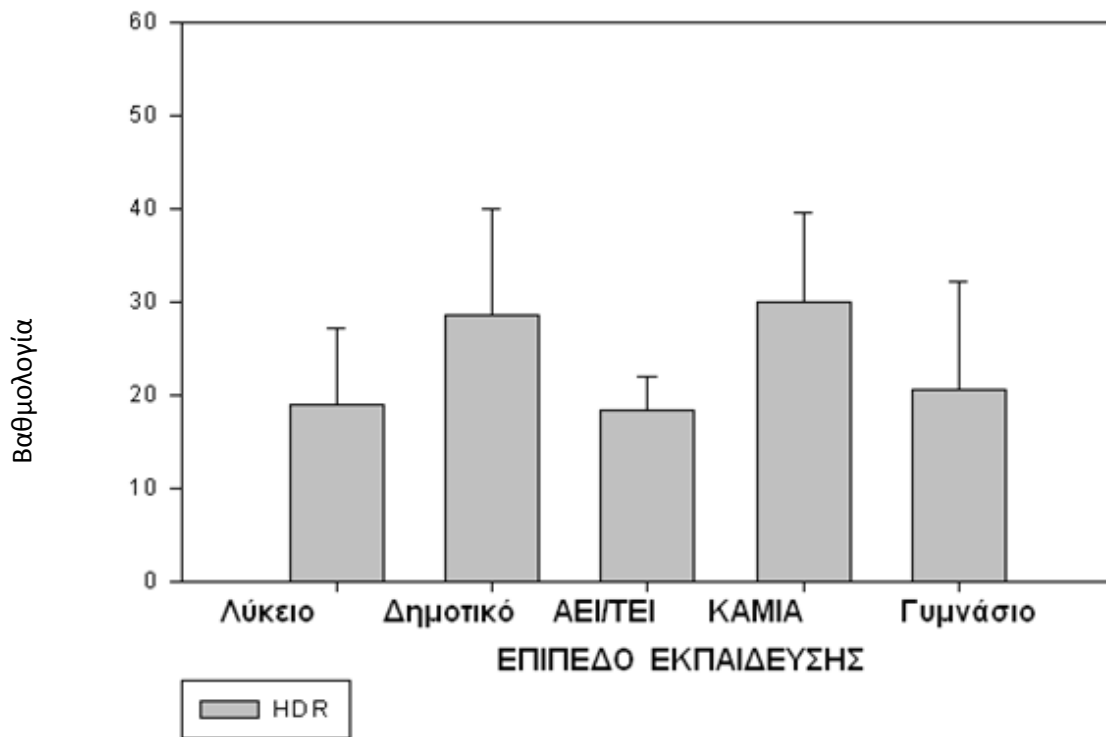
Οι γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τους άνδρες ($25,59 \pm 9,60$ έναντι $23,55 \pm 16,17$ των ανδρών) αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,497$).

Γράφημα 15. Διαφορά ανδρών-γυναικών στη βαθμολογία Hamilton



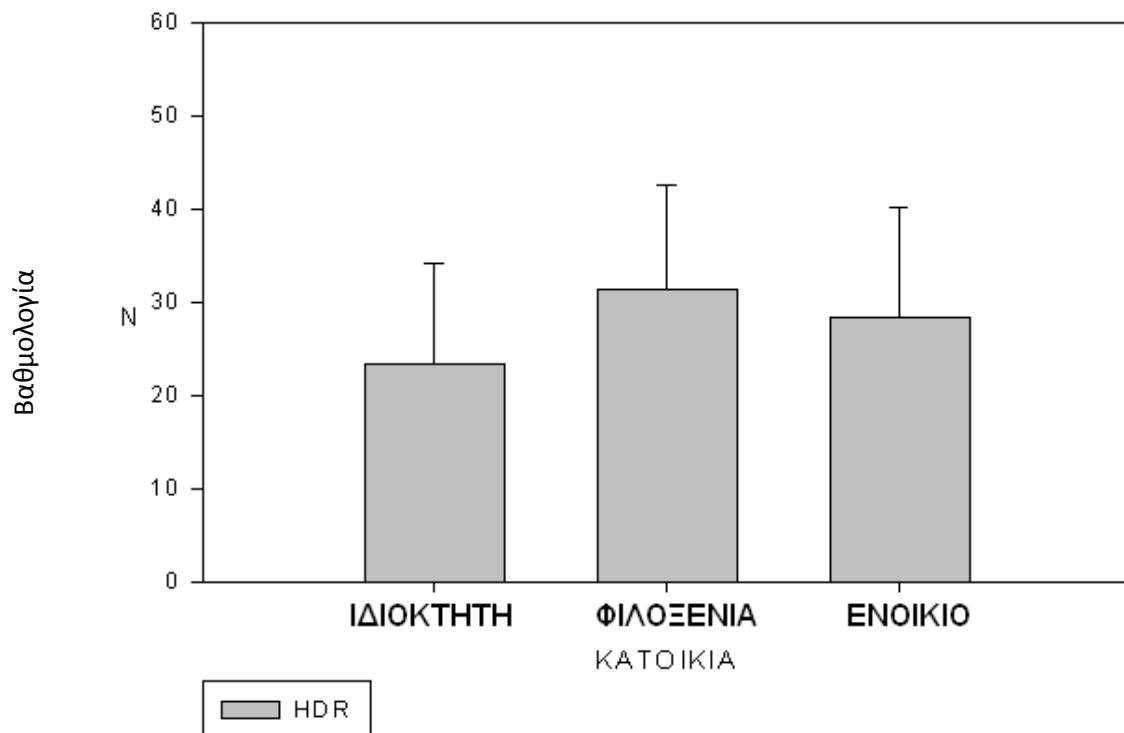
Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, με εκείνους που δεν είχαν καμιά εκπαίδευση ή ήταν απόφοιτοι δημοτικού να έχουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ($30,80 \pm 9,52$ και $28,71 \pm 11,29$) από τους αποφοίτους Λυκείου ($19,00 \pm 8,32$), $p=0,014$ και $p=0,05$ αντίστοιχα (post hoc t-test).

Γράφημα 15. Επίπεδο εκπαίδευσης και βαθμολογία Hamilton



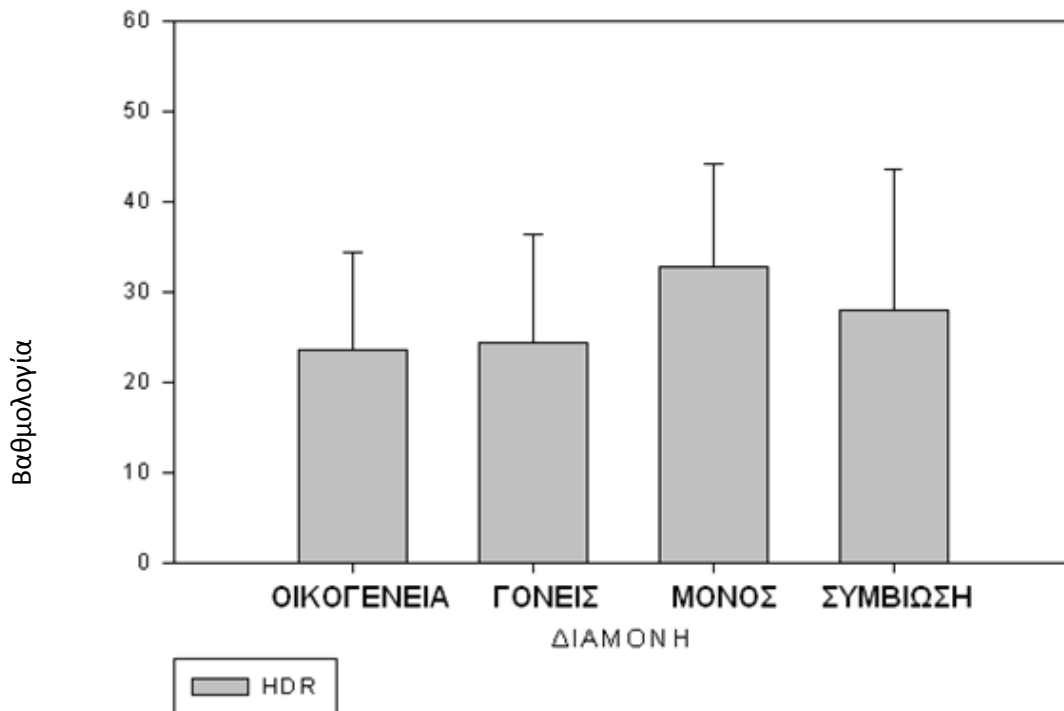
Όσοι έμεναν ως φιλοξενούμενοι σε κάποιο σπίτι είχαν υψηλότερη βαθμολογία από εκείνους που διέθεταν ιδιόκτητη κατοικία ($31,41 \pm 11,32$ έναντι $23,50 \pm 14,18$, $p=0,048$, t-test).

Γράφημα 16. Ιδιοκατοίκηση και βαθμολογία Hamilton



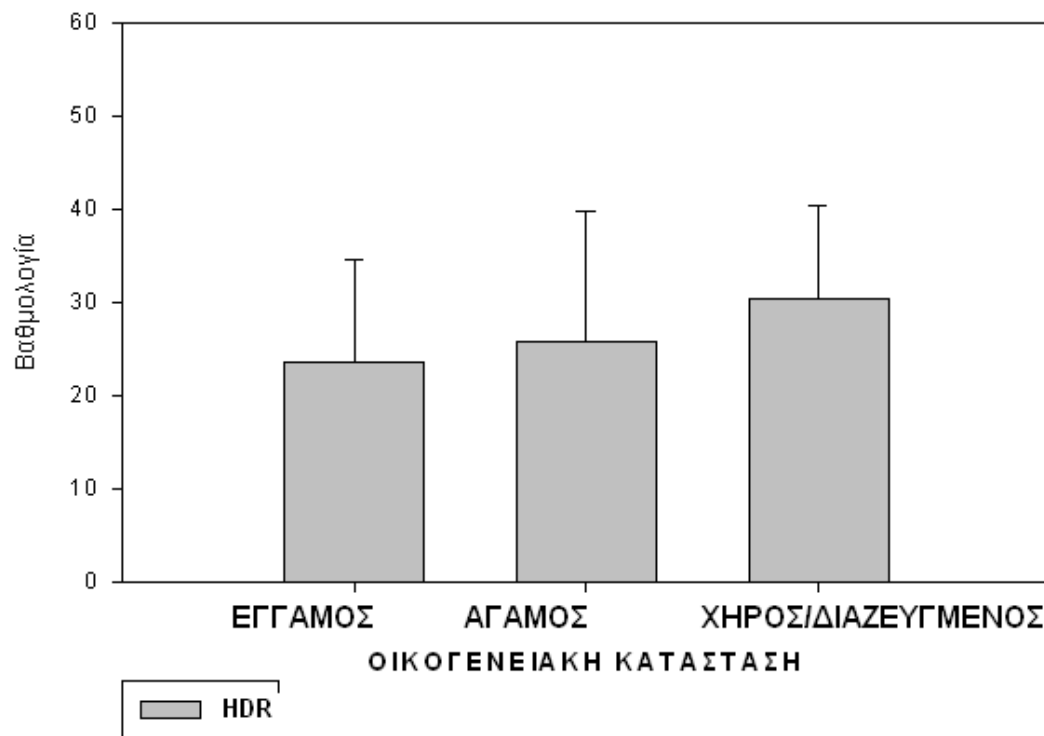
Όσοι έμεναν μόνοι τους είχαν βαθμολογία υψηλότερη των υπολοίπων και με στατιστικά σημαντική διαφορά ειδικά από εκείνους που έμεναν με την οικογένειά τους ή τους γονείς τους: ($32,83 \pm 11,47$ έναντι $23,70 \pm 10,68$ και $23,50 \pm 12,50$ όσων έμεναν με την οικογένειά τους ή τους γονείς τους αντίστοιχα, $p=0,05$, t-test).

Γράφημα 17. Περιβάλλον διαμονής και βαθμολογία Hamilton



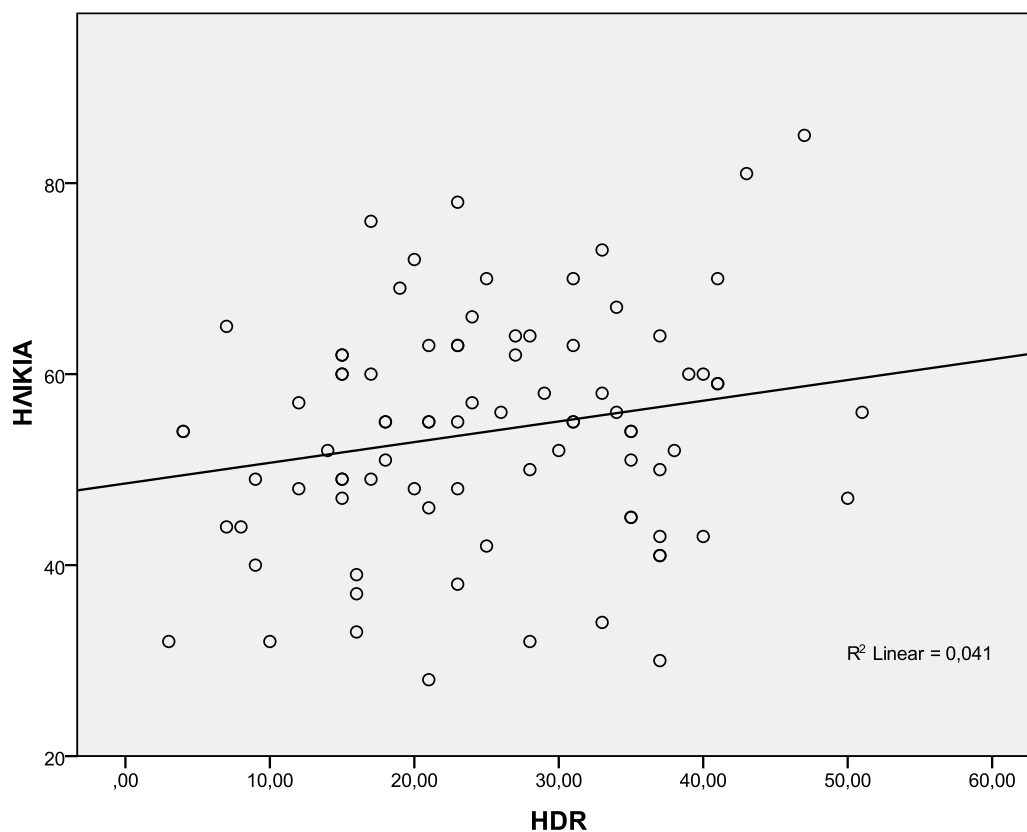
Οι παντρεμένοι είχαν επίσης χαμηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους χήρους /διαζευγμένους ($23,67 \pm 10,90$ έναντι $30,50 \pm 9,90$ αντίστοιχα, $p=0,09$, ενδεικτικό στατιστικής σημαντικότητας)

Γράφημα 18. Οικογενειακή κατάσταση



Αν και με οριακά στατιστικά σημαντική συσχέτιση, η μεγαλύτερη ηλικία συνοδεύεται από εντονότερα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Γράφημα 19. Συσχέτιση κατάθλιξης-ηλικίας.



Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές σε σχέση με το οικογενειακό εισόδημα, το επάγγελμα ή τον ασφαλιστικό φορέα ($p > 0.3$), ενώ όσοι είχαν διαγνωσμένη κατάθλιψη (6 άτομα) παρουσίαζαν μικρότερη βαθμολογία στη Hamilton ($22,61 \pm 9,92$ έναντι $25,39 \pm 11,35$ των υπολοίπων), διαφορά ωστόσο επίσης μη στατιστικά σημαντική

15.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι η κατάθλιψη σε επίπεδο κοινότητας πιθανότατα υποδιαγιγνώσκεται, ενώ με δύο απλές ερωτήσεις ο γενικός ιατρός μπορεί πολύ εύκολα να ανιχνεύσει πιθανή διαταραχή με συνέπειες ακόμα και για την ασφάλεια του ασθενούς, αν ληφθεί υπόψη ότι μέρος των ασθενών αναμένεται να εμφανίζει και αυτοκτονικό ιδεασμό. Παράλληλα, δείχνει ότι η συχνότητά της είναι αρκετά υψηλή στο γενικό πληθυσμό και ίσως ακόμα υψηλότερη στον αγροτικό πληθυσμό συνδυαζόμενη με συγκεκριμένα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά.

Σε επίπεδο ΠΦΥ οι σχετικές έρευνες δεν είναι συχνές διεθνώς και εστιάζουν περισσότερο στην επίδραση σημαντικών ψυχοπαιστικών γεγονότων στη ζωή του ασθενούς, χωρίς να εξετάζουν σχετικά «καθημερινές» καταστάσεις και την επίπτωση που μπορεί να έχουν στον ψυχισμό των ατόμων που διαβιούν στην κοινότητα και δεν έχουν παραπεμφθεί ή δεν έχουν αναζητήσει οι ίδιοι βοήθεια σε κάποιο κέντρο υποστήριξης. Η ανεργία, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, η συγκατοίκηση ενός ατόμου ως φιλοξενούμενου, όχι σπάνιο σε αποχές χαλεπές οικονομικά και άλλοι παράγοντες έχουν σημαντική επίπτωση στην ψυχική λειτουργία και πιθανότατα δε διερευνώνται σε επίπεδο κοινότητας, προτού υπάρξει κλινική εκδήλωση της νόσου, έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η έγκαιρη παρέμβαση στον τόπο κατοικίας του ασθενούς.

Ο επιπολασμός στην παρούσα μελέτη τοποθετείται κοντά στο 14%, μια μάλλον συντηρητική εκτίμηση. Είναι γεγονός ότι παγκοσμίως αναφέρεται μεγάλη διακύμανση ποσοστών στο γενικό πληθυσμό, που σχετίζεται με τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία και την επιλογή του δείγματος και μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ από 5 έως και 50%. Στη μελέτη των Al-Qadhi et al. βρέθηκε συχνότητα μέτριας ή σοβαρής κατάθλιψης σε ποσοστό 19%⁶³, ενώ σε άλλες μελέτες αναφέρονται χαμηλότερα (12%) ή και παρόμοια ποσοστά^{64,65}. Οι αριθμοί αυτοί είναι πολύ πιθανό να βρίσκονται κοντά στην πραγματικότητα, αν ληφθεί υπόψη ότι το 30-50% των ασθενών με κατάθλιψη διαφεύγουν των υπηρεσιών υγείας, ενώ από όσους διαγιγνώσκονται το 50% περίπου παίρνει την κατάλληλη αγωγή^{63,66}. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα με μελέτη στις ΗΠΑ, τα ποσοστά στην παρούσα μελέτη εμφανίζονται υψηλότερα στην κατηγορία μεγάλης βαρύτητας συμπτωμάτων 8,6% έναντι 0,5% στις σοβαρές περιπτώσεις, ενώ είναι εφάμιλλα στη μέτρια και ήπια συμπτωματολογία (5% έναντι 4%)⁶⁷. Στις μελέτες που διεξάγονται στην κοινότητα, με ελάχιστες εξαιρέσεις, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η χηρεία και η φτώχη κοινωνική υποστήριξη συνοδεύονται από υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, ενώ συσχέτιση υπάρχει και με το θήλυ φύλο, ευρήματα που επιβεβαιώνονται και στην παρούσα μελέτη^{63,64,67,68}. Ωστόσο, σημασία αποκτά και η γενικότερη δυναμική που αναπτύσσει το άτομο στην κοινότητα. Έχει λχ βρεθεί ότι άτομα υψηλού επιπέδου, όταν μένουν μακροχρόνια άνεργα μπορεί να εμφανίζουν υψηλά ποσοστά

κατάθλιψης, υψηλότερα εκείνων με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Ωστόσο γενικά το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο συνδυάζεται με 5-8 φορές υψηλότερη πιθανότητα κατάθλιψης⁶⁶. Συσχέτιση με το εισόδημα δε βρέθηκε στην παρούσα μελέτη, πιθανόν γιατί η πλειονότητα ήταν ήδη χαμηλού εισοδήματος, γεγονός που μπορεί να συνέβαλλε και στη μεγάλη συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Ένα ακόμα εύρημα είναι η συσχέτιση ηλικίας και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, που συναντάται σε αρκετές μελέτες, με ιδιαίτερη έμφαση στο γηριατρικό πληθυσμό και δείχνει ότι οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να στοχεύουν και σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες που εμφανίζουν αυξημένη ευπάθεια⁶⁴ και που ενδεχομένως να συγκεντρώνουν και άλλους παράγοντες κινδύνου: να διαμένουν μόνοι τους, να έχουν χαμηλό εισόδημα, να φιλοξενούνται, και ακόμα να έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, όπως συχνά συμβαίνει με τους συνταξιούχους αγρότες της ελληνικής υπαίθρου. Άλλωστε και η μέση ηλικία του δείγματος, σε συνδυασμό με το ότι η τυπική απόκλιση ήταν 14 χρόνια δείχνει ότι στο δείγμα εκπροσωπούσαν σε σημαντικό βαθμό και η τρίτη ηλικία.

Αναφορικά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, το 62% όσων συμπλήρωσαν την κλίμακα Hamilton εξέφρασε κάποιας μορφής αυτοκτονική τάση. Το γεγονός αυτό δείχνει πόσο σημαντική είναι η επαγρύπνηση σε επίπεδο κοινότητας για την έγκαιρη ανίχνευση της κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας. Πράγματι, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι ενδεικτικά του μεγέθους του προβλήματος και των παρεμβάσεων που απαιτούνται σε επίπεδο κοινότητας. Χρειάζεται τακτικός έλεγχος των προσερχόμενων για εξέταση, αντίστοιχος ίσως με τις εξετάσεις ρουτίνας. Αρκεί μια συνέντευξη με έναν εκπαιδευμένο γενικό ιατρό για να γίνει αντιληπτή μια λανθάνουσα συμπτωματολογία και να παρακολουθηθεί σωστά ένας εν δυνάμει καταθλιπτικός ασθενής.

Συχνές επισκέψεις ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας με κινητές μονάδες στην κοινότητα θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην κατεύθυνση αυτή. Μπορεί στα αστικά κέντρα να διαπιστώνονται συχνότερα πολύ σοβαρές ψυχιατρικές παθήσεις, αλλά η ύπαιθρος έχει και αυτή ανάγκες που δεν καλύπτονται, όπως προκύπτει από το εύρημα ότι λιγότερα από τα μισά περίπου άτομα από όσα εκτιμήθηκε ότι πάσχουν από κατάθλιψη, ήταν διαγνωσμένα. Κοινωνικοί λειτουργοί και παρεμφερείς ειδικότητας μπορούν να δράσουν συνεργικά για καλύτερη πρόληψη της εκδήλωσης των καταθλιπτικών διαταραχών. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας και η πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας πρέπει να επικεντρώνεται στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινωνία, με την ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων και τη μείωση των παραγόντων κινδύνου.

Στους περιορισμούς της μελέτης θα πρέπει να αναφερθεί ότι λόγω του χρόνου διεξαγωγής της μελέτης πιθανόν περιστατικά εποχικής κατάθλιψης να μην περιελήφθησαν, ενώ το δείγμα προέρχονταν από δύο ΚΥ ενός μόνο νομού, γεγονός που δεν επιτρέπει την αβίαστη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Κωνσταντακόπουλος Γ, Σοφianoπούλου Ε, Τουλούμη Γ, Πλουμίδης Δ., Σύντομα ερωτηματολόγια για την ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους *Ψυχιατρική* 24(4), 2013
- 2) World Health Organization (WHO). Depression 2009. Available from <http://www.who.int/mental health/management/depression/definition/en/>
- 3) Φωτιάδου Α, Πρίφτης Φ, Κυπριανός Σ. (2004) Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή. *Εγκέφαλος - Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, 41(1).
- 4) Στυλιανίδης Σ, Σκαπινάκης Π, Παντελίδου Σ, Χονδρός Π, Αυγουστάκη Α, Ζιακούλης Μ. Επιπολασμός κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε μια νησιωτική περιοχή. Εκτίμηση αναγκών και σχεδιασμός δράσεων ψυχικής υγείας 2010, 27(4):675-683
- 5) Γιωτάκος Ο, Τσουβέλας Γ, Κονταξάκης Β, Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 23(1), 2012
- 6) Λόττι-Λυκούσα Μ, Παπαδόπουλος ΑΑ, Βρεττός Ι, Καμποσιώρας Κ, Παππά Ε, Ανδριόπουλος Π, Νιάκας Δ., Εκτίμηση συχνότητας της κατάθλιψης σε ασθενείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2012, 29(1): 77-84
- 7) Thornicroft G. (2001) *Measuring Mental Health Needs* (2nd edition). Gaskell, Royal College of Psychiatrist, London.
- 8) Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. (2001) A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *Am J Psychiatry*, 2001, 158: 1091-1098.
- 9) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 420: 21-27.
- 10) MAVREAS V, KONTEA D, DIKEOS E. Results from the Athens centre. In: Ustun TB, Sartorius N (eds) *Mental illness in general health care*. John Wiley & Sons Ltd, New York, 1986
- 11) Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 2003, 74:5-13
- 12) Kurlowicz L, Greenberg SA. The Geriatric Depression Scale (GDS). *AJN* 2007, 107:67-68

13) Σίμος Γ. Γνωστική και συμπεριφορική θεραπεία Οδηγός για την κλινική πράξη 21-24

14) Ζήση Α. Σκαπινάκης Π. Τσελώνη Μ. Σαββίδου Μ. Χίου Μ. Κοινωνικό κεφάλαιο και ψυχική υγεία σε μικρές αγροτικές «κοινότητες» στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου: μεθοδολογία και περιγραφικά ευρήματα, *Ψυχολογία*, 2008,15(2) 139-153.

15) Deary J, Willcock J, McGregor M. Stress in farming. *Stress Med* 1997, 13:131–136

16) Booth N, Lloyd K. Stress in farmers. *Int J Soc Psychiatry* 2000,46:67–73

17) Gallagher A, Sheehy N. Suicide in rural communities. *J Commun Appl Soc Psychol* 1994, 4:145–155

18) Σκαπανάκης Π, Ζήση Α, Σαββίδου Μ, Τσελώνη Μ, Χίου Μ, Επιπολασμός και κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε αγροτικές κοινότητες της περιφέρειας του βορείου Αιγαίου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007, 24(Συμπλ1) : 30-36

19) Zacharakis CA, Madianos MG, Papadimitriou GN, Stefanis CN. Epidemiology of suicide in Greece: 1980–1997. *Arch Hellen Med* 2003, 20:191–199

20) World Health Organization (WHO) 2007. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Version for 2006

21) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

22) Αγγελόπουλος Ν. Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία Αιτιοπαθογένεια Στο : Συναισθηματικές διαταραχές ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις 2009 : 584-587

23) Χριστοδούλου Γ., Κατάθλιψη. Στο : Ψυχιατρική , Τόμος Α΄, Ψυχιατρική Κλινική Παν/μιου Αθηνών, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις 2000: 315-316

24) Χριστοδούλου Γ., Κατάθλιψη. Στο : Ψυχιατρική , Τόμος Α΄, Ψυχιατρική Κλινική Παν/μιου Αθηνών, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις 2000: 323- 326, 332

25) (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2002). Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001: Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα. Επιμέλεια έκδοσης στα ελληνικά: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας

- 26) Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής Πρόγραμμα κατά του στίγματος της ψυχικής ασθένειας , Ενημέρωση για την κατάθλιψη
- 27) Αγγελόπουλος Ν. Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία, Οι καταθλίψεις Στο : Συναισθηματικές διαταραχές ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις 2009 : 577-578
- 28) Η γνωστική και συμπεριφορική θεραπεία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς Γιώργος Κλεφτάρας, Η Κατάθλιψη σήμερα: περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα 1998
- 29) Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A et al. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005, 20:350–357
- 30) Αργυρόπουλος Κ, Γουρζής Φ, Γελαστοπούλου Ε., Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων. *Ψυχιατρική* 23(1), 2012
- 31) Γιωτάκος Ο. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία, *Ψυχιατρική Κλινική*, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο , Αθήνα, *Ψυχιατρική* 2010, 21: 195-204
- 32) Giotakos O, Karabelas D, Kafkas A. Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatriki* 2011, 22:109–119
- 33)Χριστοδούλου Γ. Κατάθλιψη. Στο : *Ψυχιατρική* , Τόμος Β, *Ψυχιατρική Κλινική Παν/μιου Αθηνών*, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις 2000: 596-599
- 34) Ηλίας Σ, Γεωργιάδης Σ, Κασιακόγια Α, Βασιλάκου Ι, Μιχαλακέας Α, Αντωνάτος Σ. Απόπειρες αυτοκτονίας: Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. *Ψυχιατρική* 2005, 16:154–165
- 35) Κουλούρη Α. Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, *Νοσηλευτική* 2009,48(3): 292-299
- 36)Δημητρίου Χ. Ευάγγελος. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στην Ελλάδα: δημογραφικά και κλινικά ευρήματα. *Ψυχιατρική* 1995, 6:260-269.
- 37)Σολδάτος Ρ. Κ. Η ψυχοβιολογική θεώρηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς: Εισαγωγή *Ψυχιατρική* 1995, 6:221-224.
- 38)Diekstra RFW. Suicide and parasuicide. Duphar Laboratories Limited, Great Britain, 1991
- 39)Stone G. Suicide and attempted suicide. PGW, New York, 2001
- 40)Κουρτής Α. Πατσίκα Ε., Καραουλάνη Π., Παυλίδης Ι., Πετρίκης Π., Ζλατάνος Δ., Σαΐτης Μ., Αδαμοπούλου Α., Γαρύφαλος Γ. Δημογραφικά και κλινικά

χαρακτηριστικά ασθενών με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού
Εγκέφαλος

41)Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ. Θέματα προληπτικής Ψυχιατρικής. Κέντρο
Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994

42)Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's Ψυχιατρική. Τόμος Β,
Κεφ. 31.1, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, VII έκδοση, 2000.

43)Ραγιά Α. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Δ' έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις
Παρισιάνου, Αθήνα, 2004:306–308

44) Diekstra RFW. Suicide and parasuicide. Duphar Laboratories Limited, Great
Britian,1991

45) Γιωτάκος Ο. Παρέμβαση στην Κρίση : Επείγοντα Ψυχολογικά Προβλήματα.
Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, 2008: 199-215

46)) Αγγελόπουλος Ν. Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία Ψυχοπαθολογία στην
αυτοκτονία Στο : Διαταραχές της επιθετικότητας. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις 2009 :
493-494

47) Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for
depression: two questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997, 12:439–445

48) Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two
verbally asked questions: cross sectional study. BMJ 2003, 327:1144–1146

49) Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, de Gruy FV, Hahn SR et al.
Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The
PRIME-MD 1000 study. JAMA 1994, 272:1749–1756

50) Minas, I.H. (1991) “Psychiatric services research in a multicultural Society”, In:
Minas IH eds, Cultural Diversity and Mental Health, Melbourne, Australia, pp. 35-51

51) Mavreas, V.G., Beis, A., Mouyias, A., Rigoni, F., Lyketsos, G.C. Prevalence of
psychiatric disorders in Athens: a community study. Social Psychiatry, 21, pp. 172-
181, 1986

52) ΒΑΡΤΖΙΩΤΗΣ Α, ΚΑΛΑΘΑΣ Χ, ΠΕΡΙΤΟΓΙΑΝΝΗΣ Β. Ανάγκες γιατρών της
ΠΦΥ για συνεργασία με μονάδες ψυχικής υγείας: Το παράδειγμα της κατάθλιψης.
Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2012:20–29

53) Περιτογιάννης Β., Μαυρέας Β., Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας στην
Ελλάδα, Το παράδειγμα των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας. Αρχεία Ελληνικής
Ιατρικής 2014, 31(1): 71-76

- 54) Μαυρατζώτου, Κ. (2003) «Σχεδιασμός και ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», στο Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, Επιμ. έκδοσης Δαμίγος Δ., εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα,, σελ. 136-146.
- 55)Caplan G. Organization of preventive psychiatry programs. *Communit Ment Health J.* 1993, 4: 365-392.
- 56) Burns T. *Community Mental Health Teams*. New York: Oxford University Press, 2004
- 57) Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Οι ψυχικές Διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Οδηγίες για τη Διάγνωση και την Αντιμετώπιση. ICD-10 , Κεφ. V. Ειδική έκδοση για την Πρωτοβάθμια φροντίδα. Μετάφραση και επιμέλεια: Γ.Ν . Χριστοδούλου, β. Αλεβίζος, Β. Μαυρέας. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 1998
- 58) MAVREAS V, KONTEA D, DIKEOS E. Results from the Athens centre. In: Ustun TB, Sartorius N (eds) *Mental illness in general health care*. John Wiley & Sons Ltd, New York, 1986
- 59) MAYPEAS B. Η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Λιάππας ΙΑ, Τομαράς ΒΔ, Βασιλειάδου ΜΣ (Επιμ.). *Η Ψυχιατρική στη Γενική Ιατρική*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2003:1–7
- 60) Caplan G. *Principles of Preventive Psychiatry*. New York, Basic Books, 1964
- 61) Μαδιανός Μ., Πρωτοβάθμια Πρόληψη. Στο : *Ψυχιατρική* , Τόμος Β, Ψυχιατρική
- 62)Κλινική Παν/μιου Αθηνών, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις 2000: 825-826, 83
- 63).Al-Qadhi W, Ur Rahman S, Ferwana MS, Abdulmajeed IA. Adult depression screening in Saudi primary care: prevalence, instrument and cost. *BMC Psychiatry*. 2014, 3;14:190.
- 64).Luppa M, Sikorski C, Luck T, Weyerer S, Villringer A, König HH, Riedel-Heller SG.Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life--results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+).*Int J Geriatr Psychiatry*. 2012, 27:286-95. 27
- 65).Hailemariam S, Tessema F, Asefa M, Tadesse H, Tenkolu G.The prevalence of depression and associated factors in Ethiopia: findings from the National Health Survey. *Int J Ment Health Syst*. 2012, 25;6:23.
- 66).Weissman M. Depression.*Ann Epidemiol*. 2009, 19:264-7.
- 67).Shim RS, Baltrus P, Ye J, Rust G: Prevalence, treatment, and control of depressive symptoms in the United States: results from the National

Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2005–2008. *J Am Board Fam Med* 2011, 24(1):33–38

68). Gibson RC, Neita SM, Abel WD, James K, Eldemire-Shearer D. Sociodemographic factors associated with depressive symptoms among elderly persons from two communities in Kingston, Jamaica. *West Indian Med J.* 2013, 62:615-9.