



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση και εκτίμηση παραγόντων που σχετίζονται με
την έναρξη, τη διάρκεια και την πορεία λήψης
αντικαταθλιπτικής αγωγής σε πληθυσμό αγροτικής περιοχής**

**Καρακοντάκη Φωτεινή
Φαρμακοποιός**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μπονώτης Κ. Λέκτορας Ψυχιατρικής. ... Επιβλέπων Καθηγητής
Γουργουλιάνης Κ. Καθηγητής Πνευμονολογίας... Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Τσιούρη Ι. Ψυχολόγος... Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2014



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



“Investigation and assessment of the factors related to the initiation, the duration and the course of antidepressant medication in population of rural area”

Περιεχόμενα	σελ 3
	4
Περίληψη	
Abstract	5
Εισαγωγή	6
Γενικό μέρος	8
1. Υγεία – Ορισμός	8
2. Ψυχικής Υγείας – Ορισμός	11
3. Κατάθλιψη	12
3.1 Εισαγωγή – Ορισμός	12
3.2 Επιδημιολογία	14
3.3 Αιτιολογία	18
3.4 Κλινική εικόνα	21
3.5 Διάγνωση	23
3.5.1 Διαφορική διάγνωση	24
3.6 Θεραπεία	26
Ειδικό μέρος	31
4.1 Μεθοδολογία έρευνας	31
4.1.1 Σκοπός έρευνας	31
4.1.2 Δείγμα έρευνας	31
4.1.3 Δομή ερωτηματολογίου	32
4.1.4 Επεξεργασία δεδομένων	32
4.2 Αποτελέσματα	33
4.3 Συζήτηση	57
Βιβλιογραφικές αναφορές	63
Παράρτημα	66

Περίληψη

Σκοπός: Ο σκοπός της εν λόγω διπλωματικής, είναι η διερεύνηση της λήψης αντικαταθλιπτικής αγωγής και η μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται με την έναρξη της αγωγής, τη διάρκεια και την πορεία της, σε πληθυσμό αγροτικής περιοχής. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 152 άτομα που διαμένουν στην επαρχία Φαρσάλων και λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Μέθοδος: Διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε ασθενείς- κατοίκους της επαρχίας Φαρσάλων που λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα για τη θεραπεία ψυχικής διαταραχής που είναι κυρίως κατάθλιψη, αλλά και αγχώδης διαταραχή, διαταραχή στη λήψη τροφής, κρίσεις πανικού ή και ψύχωση. Ερωτήθηκαν για τα αρχικά συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής, τους λόγους που τους οδήγησαν στην αναζήτηση βοήθειας, την ηλικία έναρξης της αγωγής και τη διάρκεια αυτής, την ειδικότητα του γιατρού που συνταγογράφησε την αγωγή και τη συχνότητα επισκέψεων σε αυτόν. Ακόμη τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν το επίπεδο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας της περιοχής τους, αλλά και το πώς η διαμονή τους στην επαρχία επηρεάζει την ψυχική τους διαταραχή.

Αποτελέσματα: Το 47,4% των ερωτηθέντων ξεκίνησαν την αντικαταθλιπτική αγωγή μεταξύ 51-70 ετών, Μόλις το 23% αναφέρει την οικονομική κρίση ως κύρια αιτία εμφάνισης των συμπτωμάτων Το 47,4% παρακολουθείται από ειδικό παθολόγο ή γενικό γιατρό και το 55,9% επισκέπτεται σπάνια τον θεράποντα ιατρό. Το 42% όσων συμμετείχαν, αξιολογεί ως ανύπαρκτη τη φροντίδα ψυχικής υγείας στην επαρχία και το 1/ 3 θεωρεί πως η ζωή στην επαρχία επιδρά αρνητικά στη θεραπεία τους.

Συμπεράσματα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν, συμπεραίνουμε πως οι ασθενείς λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα συχνά χωρίς την ορθή διάγνωση και καθοδήγηση ειδικού ψυχιάτρου, με αρνητικά αποτελέσματα για την πορεία της θεραπείας τους. Ιδιαίτερα στην επαρχία επιβάλλεται ενίσχυση των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας με ειδικούς επαγγελματίες υγείας που θα καθοδηγήσουν τους ασθενείς με σκοπό την ανάκτηση της ψυχικής τους υγείας.

Abstract

Purpose: Purpose of the project is to investigate and estimate the factors related with the initiation, the duration and the course of antidepressants reception in population of rural region. The sample of the research is constituted of 152 individuals living in the province of Farsala, and taking antidepressant medicine.

Method: For the achievement of this aim, questionnaires were distributed to patients living in the province of Farsala who take antidepressants to treat mental disorders, mainly depression, anxiety disorder, eating disorders, panic attacks, or psychosis. They were questioned about the initial symptoms of the mental disorder, the age at which they took the medicine for first time, the duration of the remedie, the specialization of the doctor who prescribed the treatment and the frequency of the visits to the doctor. They were even asked to assess the quality of the mental health services in their region, but also how their stay in the province affects their mental disorder.

Results. 47,4% of the patients, began taking antidepressants at the age of 51-70. Just 23% mentioned economic crisis as main cause of having depression symptoms. 47,4% of the participants is cured by general practitioner or pathologist and about 55% rarely visits their physician.. 42% of the participants, assess the mental health care in province as inadequate, while 33% of them considers that living in province has negative impact to their mental health.

Conclusions: From the analysis of the results obtained we conclude that patients often take antidepressants without proper diagnosis and guidance of a special psychiatrist, with negative results on the course of their treatment. Particularly in the province, it is important to enhance the primary care structures with specialists in mental health, who can guide patients so as to regain their mental health.

Εισαγωγή

Οι ψυχικές ασθένειες προσβάλλουν κάθε χρόνο πάνω από το 27% των ενηλίκων ευρωπαίων και ευθύνονται για περισσότερους από 58.000 θανάτους ετησίως, λόγω αυτοκτονίας. Η κατάθλιψη αποτελεί στις μέρες μας, τη συχνότερη ψυχική διαταραχή. Είναι σήμερα παγκόσμιο ζήτημα δημόσιας υγείας καθώς είναι μία νόσος συχνή, υποτροπιάζουσα και δυνητικά αυτοκαταστροφική/ Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, η κατάθλιψη παγκοσμίως κατέχει σήμερα την 4^η θέση, από πλευράς απώλειας ετών ζωής, αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας. Προβλέπεται ότι το 2020 θα καταλάβει τη 2^η θέση παγκοσμίως και στις ανεπτυγμένες χώρες την πρώτη, ενώ ήδη αποτελεί ένα από τα τρία συχνότερα προβλήματα υγείας στον εργασιακό χώρο. Από επιδημιολογικές μελέτες υπολογίζεται πως το 6-8% του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη. Υπολογίζεται πως 1 στα 5 άτομα θα αντιμετωπίσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, στις μέρες μας υπάρχουν φάρμακα ικανά να βοηθήσουν τους περισσότερους ασθενείς. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική αύξηση στην χρήση αντικαταθλιπτικών. Την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας οι πωλήσεις των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σημείωσαν άνοδο της τάξης 515%. και είναι δεύτερα σε μερίδιο αγοράς σύμφωνα με τον Ι.Φ.Ε.Τ. μετά τα φάρμακα για τις καρδιαγγειακές παθήσεις.

Για να δοθεί όμως η κατάλληλη θεραπεία, είναι αρχικά απαραίτητο να προηγηθεί ορθή διάγνωση. Οι ασθενείς συχνά δεν μπορούν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα, ή δεν απευθύνονται στο γιατρό για βοήθεια. Επιπλέον η έλλειψη ενημέρωσης, οι κακές υποδομές δημόσιας υγείας και η δυσκολία που υπάρχει στην αναγνώριση της νόσου, συμβάλλουν ώστε σε αρκετές περιπτώσεις να μην γίνεται ορθή διάγνωση, και η θεραπεία να είναι λανθασμένη.ως προς το είδος της αγωγής, τη διάρκειά της και τον τρόπο λήψης αυτής. Έχει υπολογιστεί πως μόνο ένας στους τρεις ασθενείς με κατάθλιψη λαμβάνει την περίθαλψη που χρειάζεται. Είναι λοιπόν σαφές πως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο τόσο στην ενημέρωση υγιών και ψυχικά ασθενών, όσο και στη διάγνωση και ορθή επιστημονικά καθοδήγηση των πασχόντων, με σκοπό κατ'ά το δυνατό τη θεραπεία τους.

Στην παρούσα μελέτη εξετάζουμε αν η συχνότητα της κατάθλιψης σχετίζεται με δημογραφικούς παράγοντες(φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) και από την ύπαρξη συννοσηρότητας. Ακόμη μελετούμε την αιτία έναρξης της αγωγής, τη διάρκειά της, τη στάση των ασθενών, τη συχνότητα παρακολούθησης, τις πιθανές αλλαγές στην αγωγή και τις παρενέργειές της, Τέλος εξετάζουμε την αντίληψη που έχουν οι ασθενείς για την πορεία

της αγωγής τους, και την επίδραση που έχουν σε αυτή το επίπεδο υπηρεσιών υγείας αλλά και οι συνθήκες ζωής στην επαρχία. Πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση και ακολουθεί ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν σε άτομα που διαμένουν στην επαρχία Φαρσάλων και λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά.

Γενικό μέρος

1. Υγεία - Ορισμός

Η υγεία, η σωματική και ψυχική ευεξία, είναι το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου. Ταυτόχρονα αποτελεί τη βάση της ευημερίας του γενικότερου κοινωνικού συνόλου, της προόδου και της ευτυχίας των λαών (Κατσουγιαννόπουλος, 2001, σ. 11).

Ο πιο γνωστός ορισμός για την υγεία προέκυψε από το Σύνταγμα του Π.Ο.Υ., το 1948. Στην 55η έκδοση του Συντάγματος του Π.Ο.Υ. η υγεία ορίζεται ως εξής:

«Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 2006, p. 1).

Ο ορισμός αυτός επιβεβαιώθηκε και στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε από τον ΠΟΥ στην Alma-Ata τον Σεπτέμβριο του 1978. Στα πορίσματα της συνδιάσκεψης αυτής τονίζεται ότι:

«Η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι κοινωνικός στόχος που αφορά όλο τον κόσμο και η πραγματοποίησή του απαιτεί τη δραστηριότητα πολλών τομέων» (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007).

Οι Lucas & Lloyd (2005, p. 6), σε μια προσπάθεια ερμηνείας και κριτικής του ορισμού για την υγεία, αναφέρουν πως οποιοσδήποτε έχει κάποια σωματική, ψυχολογική ή κοινωνική ατέλεια δεν μπορεί να θεωρηθεί υγιής. Τόσο οι Lucas & Lloyd (2005) όσο και οι Green & Tones (2010) αναφέρουν πως ο ορισμός του Π.Ο.Υ. έχει χαρακτηριστεί ουτοπικός, γιατί διευρύνει τα όρια της υγείας πέρα από την απουσία ασθένειας και ταυτόχρονα περιλαμβάνει την ευημερία, την πολυδιάστατη και ολιστική φύση της υγείας.

Η άποψη αυτή βασίζεται στο Σύνταγμα του Π.Ο.Υ. (2006) που χαρακτηριστικά αναφέρει:

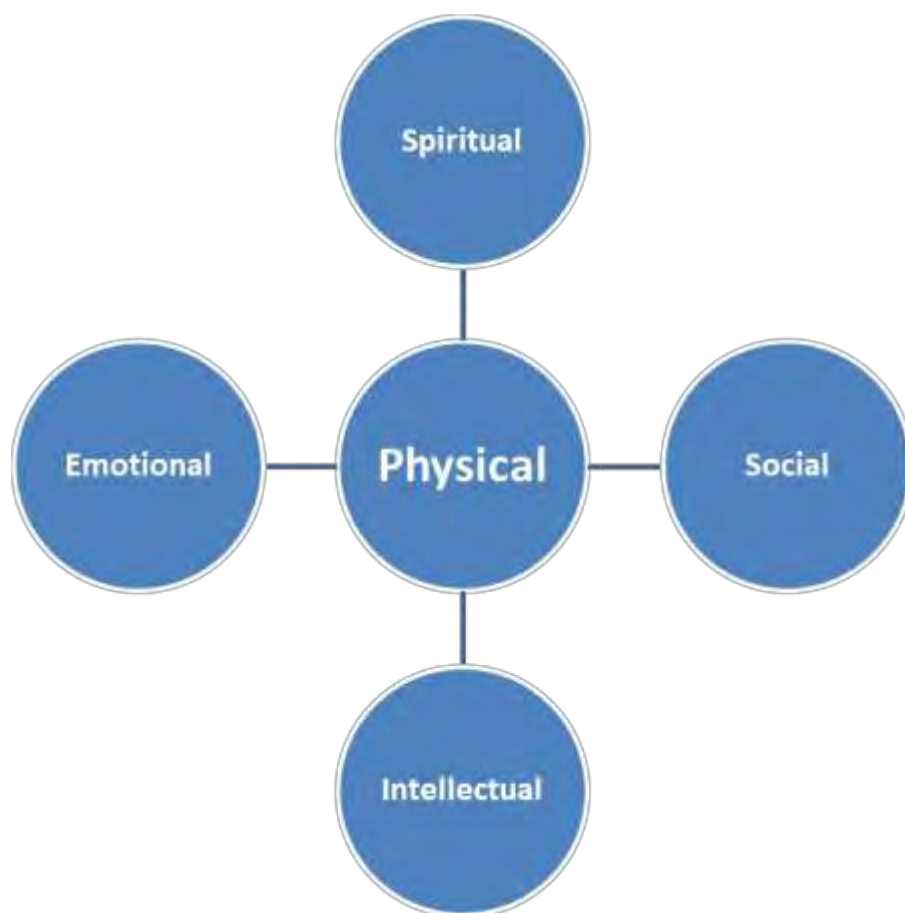
«Η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπινου όντος χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών απόψεων, οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης.» (WHO, 1984, p. 1. WHO, 2006, p. 1).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, παρατηρούμε ότι πέρα από τη σωματική υγεία συμπεριλαμβάνονται και άλλοι παράγοντες (ψυχο-κοινωνικοί), που θεωρείται ότι συμβάλλουν στον καθορισμό αυτού που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε «υγεία υψηλού επιπέδου».

Με βάση το λειτουργικό ορισμό (Parsons, 1979), υγεία θεωρείται η ικανότητα που διαθέτει το άτομο να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους. Εδώ η υγεία ορίζεται με βάση τη σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον.

Σε αντίθεση με το λειτουργικό ορισμό ο βιωματικός (Kelman, 1975), εστιάζεται περισσότερο στο άτομο και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την υγεία. Εδώ δεν είναι η κοινωνία αλλά το ίδιο το άτομο που μέσα από τις προσωπικές του εμπειρίες μπορεί να θεωρήσει τον εαυτό του υγιή ή μη (Ε. Ιωαννίδη, Α. Λοπατατζίδης, Π. Μάντη, 1999:19).

Προκειμένου να κατανοηθεί περαιτέρω η έννοια της υγείας, οι Green & Tones (2010, pp. 14-15), οι Ewles & Simnett (2011, σ. 34) και η Scriven (2010, pp. 6-7) παρουσιάζουν κάποιες διαστάσεις της υγείας, που ως βάση έχουν τον ορισμό που παρουσιάστηκε από τον Π.Ο.Υ. και παρουσιάζονται πολύ εύστοχα στο Σχήμα 1.



Σχήμα 1: Dimensions of optimal health

Πηγή: O'Donnell, 2009

- **Σωματική Υγεία (Physical Health):** Είναι η πιο εμφανής διάσταση της υγείας και αφορά στη μηχανιστική λειτουργία του σώματος. Η σωματική υγεία από τη μια συνδέεται με την ελαχιστοποίηση της ασθένειας και της αναπηρίας και από την άλλη μπορεί να αναφέρεται σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο φυσικής κατάστασης, ώστε το άτομο να κατακτήσει τους στόχους του ή/ και τις απαραίτητες εμπειρίες για την ευημερία του.
- **Ψυχική Υγεία (Mental Health):** Αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται καθαρά και συνεκτικά. Η έννοια της ψυχικής υγείας μπορεί να έχει γνωστικές και συναισθηματικές διαστάσεις. Η συναισθηματική διάσταση της ψυχικής υγείας εμπεριέχει συναισθήματα. Η γνωστική διάσταση της ψυχικής υγείας μπορεί να ενσωματωθεί στο ολιστικό μοντέλο της υγείας αναφερόμενη στο επίπεδο το οποίο τα άτομα εκπληρώνουν το μέγιστο πνευματικό δυναμικό τους.
- **Συναισθηματική Υγεία (Emotional Health):** Αφορά τόσο στην ικανότητα να αναγνωρίζονται τα συναισθήματα και να εκφράζονται κατάλληλα, όσο και στην αντιμετώπιση του άγχους, της έντασης, της κατάθλιψης και της ανησυχίας.
- **Κοινωνική Υγεία (Social Health):** Είναι η ικανότητα δημιουργίας σχέσεων με τους άλλους ανθρώπους. Υπάρχουν δύο κατηγορίες κοινωνικής υγείας: η κοινωνική υγεία του ατόμου και η υγεία της ίδιας της κοινωνίας. Υπάρχουν τρεις πτυχές της κοινωνικής υγείας του ατόμου: η ανεξαρτησία, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η ευθύνη.
- **Πνευματική υγεία (Spiritual Health):** Αναφέρεται στα θρησκευτικά πιστεύω ή στις προσωπικές αντιλήψεις των ανθρώπων και στις αρχές συμπεριφοράς τους.
- **Υγεία της Κοινωνίας (Societal health):** Αφορά στην ευρύτερη έννοια της κοινωνίας και στο πώς η υγεία ενός ατόμου είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το περιβάλλον γύρω από αυτόν. Δεν μπορεί ένας άνθρωπος να είναι υγιής σε ένα «άρρωστο» περιβάλλον, σε ένα περιβάλλον που δεν καλύπτονται οι βασικές σωματικές και συναισθηματικές ανάγκες του. Η θέση αυτή γίνεται εμφανής και στον ορισμό του WHO (1984) για την προαγωγή της υγείας (θα γίνει εκτενέστερη αναφορά στον όρο αυτό στην επόμενη ενότητα), στον οποίο αναγνωρίζεται η δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο δρουν, προκειμένου να κερδίσουν τον έλεγχο της ζωής τους και της υγείας τους.

2. Ψυχικής Υγείας - Ορισμός

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ψυχική υγεία είναι:

«Η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα». (WHO, 2006).

Πιο συγκεκριμένα ο ίδιος οργανισμός, ορίζει την ψυχική υγεία ως:

«Μία κατάσταση ευημερίας κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να ανταπεξέλθει στις φυσιολογικές πιέσεις που δημιουργεί η ζωή, να εργαστεί παραγωγικά και αποδοτικά και να είναι σε θέση να συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο όπου ανήκει» (WHO, 2006).

Τα υψηλά επίπεδα ψυχικής υγείας επιτρέπουν τη βίωση της ζωής ως ευχάριστης ή ακόμη και ικανοποιητικής (Helvik A.S., et.al. 2011).

Η Jahoda (1958) έχει ιδιαίτερα ασχοληθεί με τον ορισμό της ψυχικής υγείας και η θέση της έγινε δεκτή από την Έκθεση της Joint Commission on Mental Illness and Health.

Ορίζει, λοιπόν, τη θετική ψυχική υγεία ως μια κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά:

- την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητάς του,
- τη δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο,
- τη δυνατότητα αντίστασης στο stress (μια σύνθεση της πρώτης και δεύτερης ιδιότητας),
- τη δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές,
- την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον,
- την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και
- τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματά του (Jahoda, 1958).

3. Κατάθλιψη

3.1 Εισαγωγή – Ορισμός

Μία από τις σημαντικότερες διαταραχές ψυχικής υγείας είναι η κατάθλιψη, η οποία αποτελεί σημαντικό παγκόσμιο ζήτημα δημόσιας υγείας καθώς είναι μία νόσος συχνή, υποτροπιάζουσα και δυνητικά αυτοκαταστροφική. Επηρεάζει περίπου 121 εκατομμύρια άτομα, παγκοσμίως, ενώ μέχρι το 2020, προβλέπεται ότι θα γίνει η δεύτερη συχνότερη αιτία νοσηρότητας, σε παγκόσμιο επίπεδο, για όλες τις ηλικίες και για τα δύο φύλα, μετά από την ισχαιμική καρδιακή νόσο (Μπαμπάτσικου, 2007; Γαρύφαλλος, 2008; WHO, 2009).

Η κατάθλιψη ως νοσολογική οντότητα είναι γνωστή από την αρχαιότητα, όταν ο Ιπποκράτης, αναφέροντας τους όρους μελαγχολία και μανία απέδιδε την κατάθλιψη σε βιολογικές μεταβολές.

Η ονομασία «Κατάθλιψη» δόθηκε για πρώτη φορά το 1660 μ.Χ., ενώ η ευρεία χρήση του όρου «Κατάθλιψη» επικράτησε τον 19ο αιώνα μ.Χ.

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που ακολουθεί την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής της έως σήμερα. Αποτελεί διαταραχή που είναι δυνατόν να εκδηλωθεί τόσο στο χώρο της Ψυχιατρικής όσο και στο χώρο της Γενικής Ιατρικής, η οποία αναμένεται έως το 2020 να αποτελέσει τη κύρια αιτία αδειών για λόγους ασθένειας, τη δεύτερη αιτία ανικανότητας και το συχνότερο αίτιο αυτοκτονίας. Η κατάθλιψη συνεπάγεται τεράστιες αρνητικές προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων, όπως φτωχή ποιότητα ζωής, κίνδυνος αυτοκτονίας, κατάχρηση ουσιών, δυσκολία αντιμετώπισης άλλων συννοσηρών σωματικών διαταραχών, κ.ά. (Χριστοδούλου, 2005; Λυκούρας, Σολδάτος, Ζέρβας, 2009; Brown, 2009).

Η διαφορά ανάμεσα στην φυσιολογική θλίψη και στην νόσο κατάθλιψη έγκειται στο πλήθος των συμπτωμάτων, την ένταση, την σοβαρότητα και την διάρκεια τους. Προκειμένου να θέσουν την διάγνωση της κατάθλιψης, οι ειδικοί θεωρούν ότι το άτομο πρέπει να εμφανίζει παθολογικά συμπτώματα στις σωματικές και γνωστικές του λειτουργίες αλλά και στο συναίσθημα και την συμπεριφορά τις περισσότερες ώρες της ημέρας, σχεδόν σε καθημερινή βάση ή για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.

Τα βασικά συμπτώματα είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η απουσία ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος. Τα συμπτώματα αυτά αντιπροσωπεύουν μία εμφανή αλλαγή στην συνηθισμένη διάθεση του ατόμου. Μερικές φορές τα συμπτώματα αυτά είναι πιο έντονα το πρωί και υποχωρούν κατά την διάρκεια της ημέρας.

Η κατάθλιψη δεν είναι μία αντικειμενικά μετρήσιμη κατάσταση και η διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στα αναμενόμενα «πεσμένη» διάθεση και το παθολογικό, βαρύ καταθλιπτικό συναίσθημα δεν είναι πάντα σαφής και ευδιάκριτη. Ο ειδικός μπορεί να καταλήξει στη σωστή διάγνωση μόνο ύστερα από λεπτομερή συζήτηση και πλήρη οργανική διερεύνηση.

Η κατάθλιψη εισβάλλει ως:

- Ατονία, κατήφεια
- Διαταραχές του ύπνου
- Αποφυγή κοινωνικών επαφών
- Περιορισμένο ενδιαφέρον για τους άλλους, μειωμένες δραστηριότητες
- Απαισιοδοξία, άγχος, βραδύτητα
- Βραδύτητα στη σκέψη και στην εκφορά του λόγου
- Βαρύ πεσμένο συναίσθημα

Στην κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία οι παραληρητικές ιδέες συντονίζονται με το καταθλιπτικό συναίσθημα και παίρνουν την μορφή των ιδεών ενοχής, μεγάλης αυτουποτίμησης, αναξιοσύνης και ταπεινότητας. Σε 1 στους 5 ασθενείς, οι ιδέες αυτές εξελίσσονται σε ιδέες επικείμενης καταστροφής, μηδενισμού και θανάτου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μία ολοένα και μικρότερη δυνατότητα κατανόησης των πραγματικών γεγονότων ([http:// www. Psychologia.gr](http://www.Psychologia.gr)).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η αναγνώριση, αξιολόγηση και θεραπεία της κατάθλιψης έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των επιστημών Υγείας, αφού ολοένα και περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς. Ο σημαντικότερος λόγος που καθιστά τη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης αναγκαία είναι η πρόληψη των αυτοκτονιών.

Δεδομένου ότι, οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν συναισθήματα ενοχής, αναξιοσύνης και απελπισίας, αντιλαμβάνονται τα προβλήματά τους ως ανυπερβλήτα και γενικότερα πιστεύουν ότι βρίσκονται σε αδιέξοδο, καταφεύγουν στην αυτοκτονία ως ένα τρόπο να σταματήσουν να υποφέρουν (Χριστοδούλου, 2005; Brown, 2009; Πολυκανδριώτη, Στεφανίδου, 2013).

3.2 Επιδημιολογία

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, με βάση το δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική & κοινωνική ζωή, πέντε από τις δέκα αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές. Σύμφωνα με το δείκτη DALYs, η κατάθλιψη παγκοσμίως κατέχει σήμερα την 4^η θέση, από πλευράς απώλειας ετών ζωής, αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας. Προβλέπεται ότι το 2020 θα καταλάβει τη 2^η θέση παγκοσμίως και στις ανεπτυγμένες χώρες την πρώτη, ενώ ήδη αποτελεί ένα από τα τρία συχνότερα προβλήματα υγείας στον εργασιακό χώρο.

Οι ψυχικές ασθένειες προσβάλλουν κάθε χρόνο πάνω από το 27% των ενήλικων Ευρωπαίων και ευθύνονται για τους περισσότερους από τους 58.000 ετήσιους θανάτους λόγω αυτοκτονίας. Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή. Από επιδημιολογικές μελέτες υπολογίζεται ότι το 6%-8% περίπου του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή 450-500 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο. Υπολογίζεται πως 1 στα 5 άτομα θα αντιμετωπίσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε κάποια στιγμή της ζωής του. Η διπολική διαταραχή είναι πιο σπάνια, εμφανίζεται σε 1 άτομο στα 100 και η συχνότητα εμφάνισης είναι ίδια και για τα δύο φύλα

Μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες αναπτύσσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους, σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία. Για τη χώρα μας, πρακτικά αυτό σημαίνει ότι ανά πάσα στιγμή πάσχει από κατάθλιψη το 8% του πληθυσμού κατά μέσον όρο. Επίσης, σύμφωνα με τα υπάρχοντα επιδημιολογικά στοιχεία για την Ελλάδα, το 50%-85% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια μελαγχολία, το 10%-15% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια κατάθλιψη και το 0,1%- 0,2% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια ψύχωση. Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σ' όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 12% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και μόλις το 5,8% των ανδρών θα νοσήσουν μέσα σ' ένα έτος. Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της κατάθλιψης και τις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τοκετοί, ανατροφή παιδιών), στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, συμμετέχουν καθοριστικά στην διαμόρφωση αυτών των ποσοστών. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε ηλικία, η έναρξή της όμως τοποθετείται συνήθως στη μέση ηλικία. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται σχετικά συχνά στα παιδιά και τους εφήβους. Στον γενικό πληθυσμό, 2% των

παιδιών και 4%-8% των εφήβων πάσχουν από κατάθλιψη. Στις ηλικίες 12-17 ετών, περίπου το 4% παρουσιάζει μείζονα κατάθλιψη, ενώ στην ηλικία των 18 ετών πάσχει περίπου το 9%.

Η μείζονα κατάθλιψη έχει υψηλό δείκτη θνησιμότητας: μέχρι και 15 % των ασθενών αυτοκτονούν. Επιπλέον, στους ασθενείς πάνω από 55 ετών η συχνότητα αυτοκτονίας είναι τετραπλάσια της συχνότητας θανάτου του γενικού πληθυσμού.

Η κατάθλιψη, όμως, χτυπάει και τους μετανάστες. Ένας στους τρεις μετανάστες στη χώρα μας που εξετάστηκαν το διάστημα 2000-2004 στο ειδικό Ιατρείο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο έχει εκδηλώσει συναισθηματικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη εξαιτίας της ανεργίας και της έλλειψης υποστηρικτικού συστήματος. στους άνδρες (Μιχαηλίδης, Παπανικολάου, Κανγά-Παλτόγλου, Μπέλλος, 2000).

Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου (2006), οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι, οι συνταξιούχοι και οι εργαζόμενοι στο σπίτι (οι κατηγορίες αυτές είναι πιθανό να αλληλοκαλύπτονται) δηλώνουν συχνότερα ότι αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα σωματικής υγείας, καθώς και αρνητικά συναισθήματα σχετικά με την ψυχική τους ευεξία. Οι τρεις στους πέντε Ευρωπαίους (60%) δεν είχαν ποτέ προβλήματα με κοινωνικές δραστηριότητες όπως η επίσκεψη σε φίλους ή συγγενείς λόγω ψυχικών προβλημάτων. Ωστόσο, το 40% των ερωτηθέντων που είτε αναζήτησαν ψυχολογική στήριξη, είτε υποβλήθηκαν σε ψυχοθεραπεία δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στις επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα προβλημάτων είτε στη σωματική είτε στην ψυχική τους υγεία και το 21% δήλωσαν ότι κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες απουσίασαν από την εργασία τους. Από τα άτομα που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για ψυχολογικά προβλήματα, το 84% έλαβε φάρμακα, το 40% επισκέφθηκε ψυχοθεραπευτή και το 17% νοσηλεύτηκε σε ειδικό νοσοκομείο. Μεταξύ των ερωτηθέντων που αναζήτησαν ψυχολογική στήριξη, το 41% έλαβε φάρμακα, το 23% επισκέφθηκε ψυχοθεραπευτή και το 9% νοσηλεύτηκε σε ειδικό νοσοκομείο. Γενικά, οι Ευρωπαίοι φαίνεται να υιοθετούν ανεκτική αντίληψη έναντι εκείνων που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά ή συγκινησιακά προβλήματα υγείας. Εντούτοις, το 37% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα αποτελούν κίνδυνο για τους άλλους. Όσοι έχουν προσωπικές εμπειρίες από προβλήματα ψυχικής υγείας τείνουν να αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχολογικές δυσχέρειες με περισσότερη κατανόηση.

Η πορεία της υποτροπιάζουσας μείζονος κατάθλιψης ποικίλλει. Κάποιοι ασθενείς έχουν μεμονωμένα επεισόδια μεταξύ των οποίων μεσολαβούν πολλά χρόνια, άλλοι βιώνουν ομάδες επεισοδίων και άλλοι έχουν ένα προοδευτικά αυξανόμενο αριθμό επεισοδίων, μεγαλώνοντας. Περίπου οι μισοί από τους ασθενείς με ένα μείζονα καταθλιπτικό επεισόδιο

έχουν και ένα δεύτερο. Τα άτομα που έχουν δύο επεισόδια έχουν 70% πιθανότητα να έχουν και τρίτο. Επιπλέον, 5% έως 10% των ασθενών με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο στην πορεία εμφανίζουν μανιακό επεισόδιο (π.χ. διπολική ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή). Τα συμπτώματα του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου μπορούν να αναπτυχθούν μέσα σε μέρες η εβδομάδες, ενώ τα πρόδρομα συμπτώματα όπως το άγχος και τα ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν εβδομάδες ή και μήνες. Ένα επεισόδιο που δεν έχει αντιμετωπιστεί συνήθως διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες ανεξάρτητα με την ηλικία έναρξης. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν πλήρη ύφεση. Στο 20% έως 30% των περιπτώσεων η ύφεση είναι μόνο μερική και στο 5% έως 10% το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να διαρκέσει για 2 ή περισσότερα χρόνια.

Συνυπάρχουσες ψυχιατρικές καταστάσεις ενδέχεται να είναι η δυσθυμία, σε 10% - 15% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές (π.χ. διαταραχή πανικού, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή), οι διαταραχές της διατροφής (π.χ. ψυχογενής ανορεξία, βουλιμία), οι διαταραχές προσωπικότητας (π.χ. οριακή διαταραχή προσωπικότητας) και οι διαταραχές λόγω κατάχρησης ουσιών (παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συννοσηρότητα με την κατάχρηση από οινόπνευματώδη, σε ποσοστό που ξεπερνάει το 30%). Μέχρι και 25% των ασθενών με χρόνιες νόσους, όπως ο διαβήτης, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο καρκίνος, αναπτύσσουν μείζονα κατάθλιψη.

Η σχέση σωματικής νόσου-κατάθλιψης είναι αμφίδρομη. Μελέτες έχουν δείξει ότι 4 στους 10 πάσχοντες από χρόνια νοσήματα αναπτύσσουν κατάθλιψη εξαιτίας της σωματικής ασθένειάς τους, όταν η συχνότητα της στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου η μισή. Οι Beekman et al αναφέρουν ότι η συσχέτιση χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων με την κατάθλιψη είναι πιο ισχυρή στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες

Σύμφωνα με τα στοιχεία από την επιδημιολογική μελέτη ΑΤΤΙΚΗ, που πραγματοποιήθηκε από την Α΄ Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου Αθηνών με δείγμα πάνω από 3000 άνδρες και γυναίκες, άνω των 18 ετών φαίνεται ότι το 25% των ανδρών (περίπου 850.000 Έλληνες) και το 33% των γυναικών (περίπου 1,1 εκ Ελληνίδες) στη χώρα μας πάσχουν από ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη, ενώ το 55% των γυναικών και το 50% των ανδρών έχουν έντονο άγχος.

Στην Ελλάδα, έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού και της επικράτησης της κατάθλιψης σε αγροτικούς πληθυσμούς άνω των 60 ετών έχουν δείξει επιπολασμό ήπιας/μέτριας κατάθλιψης, της τάξης του 27% και μέτριας / σοβαρής κατάθλιψης, της τάξης του 12%, ενώ η επικράτηση της νόσου στις γυναίκες κυμαίνεται από 29,9% ως 33% και στους άνδρες από 19,6% ως 20% (Argyriadou et. al., 2001; Papadopoulos et. al., 2005).

Πιο πρόσφατη μελέτη και με το μεγαλύτερο δείγμα (428 άτομα) είναι αυτή της Μπαμπάτσικου (2007), η οποία διερεύνησε την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων σε αστική περιοχή της Ελληνικής επικράτειας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε άνδρες και γυναίκες άνω των 60 ετών, σε εννέα Κ.Α.Π.Η. του νομού Αττικής.

Τα αποτελέσματα έδειξαν 33,6% «μέτρια» και 12,25% «σοβαρή» κατάθλιψη, ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν, στοιχεία σοβαρής κατάθλιψης σε τριπλάσιο ποσοστό (18,4%), συγκριτικά με τους άνδρες (6,1%).

Άλλη έρευνα σε άτομα που προσέρχονταν στα τακτικά ιατρεία ενός Κέντρου Υγείας, η καταθλιπτική συμπτωματολογία αναγνωρίστηκε σε ποσοστό 15,38% στις γυναίκες και 7,37%

Επιδημιολογική μελέτη στον ελληνικό πληθυσμό και διεξήχθη επίσης από την Α΄ Καρδιολογική κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και από το ΕΛΙΚΑΡ έδειξε ότι ένα πρόσφατο καταθλιπτικό επεισόδιο αυξάνει κατά 12% την πιθανότητα για καρδιαγγειακό νόσημα..

Η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει. Τα επεισόδια που αναδύονται κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρά. Μπορεί να εμφανιστεί ένα και μοναδικό επεισόδιο ή η νόσος να μεταπέσει σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα μορφή. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη αναφέρουν συχνότερα: πόνο και σωματικές νόσους, κάνουν περισσότερες επισκέψεις στους γιατρούς και έχουν μειωμένη συνολική λειτουργικότητα. Με τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα η κατάθλιψη είναι μια νόσος που μπορεί να αντιμετωπιστεί, ωστόσο, μόνο το 10-25% των ασθενών υποβάλλονται σε θεραπευτική αγωγή.

Η πολυμορφία με την οποία εμφανίζεται, η άτυπη πολλές φορές συμπτωματολογία της, η ικανότητά της να υποδύεται και να μιμείται οποιαδήποτε νόσο ξεγελούν πολλές φορές τους μη ειδικούς ιατρούς, με αποτέλεσμα μόνο στο 50% των ασθενών να γίνεται σωστή διάγνωση από τους γενικούς ιατρούς. Επιπλέον, η προκατάληψη και ο στιγματισμός που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές αποθαρρύνουν ή αποτρέπουν τους πάσχοντες να απευθυνθούν στους ειδικούς. Γι' αυτόν το λόγο συχνά δεν αναγνωρίζεται (διαγιγνώσκεται) και δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά ως μια νόσος που μπορεί να επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην προσωπική ζωή του ατόμου (κατάχρηση ή εξάρτηση από ουσίες, πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων), όπως, επίσης, στις οικογενειακές σχέσεις και στις επαγγελματικές του δραστηριότητες.

Την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας εξαπλασιάστηκε η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) σήμερα καταναλώνονται περίπου 144 εκατομμύρια χάπια το χρόνο. Η κατανάλωση των αντικαταθλιπτικών χαπιών στην Ελλάδα ακολουθεί αυξητική πορεία: το

1995 δαπανήθηκαν 25.861.293 ευρώ, το 2000 δαπανήθηκαν 62.599.136 ευρώ, ενώ το 2005 το ποσό δαπάνης έφτασε τα 144.000.000 ευρώ. Οι αιτίες για την αύξηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι πολλές, όπως υποστηρίζουν οι ειδικοί επιστήμονες. Ως σημαντικότεροι λόγοι προβάλλονται η αύξηση στη συχνότητα των καταθλιπτικών συνδρόμων, η καλύτερη διάγνωση της νόσου, αλλά και η κυκλοφορία στο εμπόριο νέων σκευασμάτων τα οποία έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα προηγούμενα σκευάσματα.

Η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων αναδεικνύει επίσης δύο πλευρές ενός πολυεπίπεδου προβλήματος. Αφενός, οι σύγχρονοι Έλληνες ενημερώνονται καλύτερα για τις ψυχικές νόσους και πηγαίνουν πολύ πιο εύκολα σε ένα ειδικό της ψυχικής υγείας καταρρίπτοντας κοινωνικά ταμπού ετών. Αφετέρου, η σύγχρονη πιεστική και αγχώδης καθημερινότητα αυξάνει τα κρούσματα κατάθλιψης με ιλιγγιώδη ταχύτητα.

3.3 Αιτιολογία

Στη σημερινή εποχή, η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Αρχικά, λόγω της στενής σχέσης με το πένθος και το συναίσθημα της θλίψης, η κατάθλιψη θεωρήθηκε ως αντίδραση σε τραυματικά γεγονότα της ζωής. Όμως κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η αλματώδης ανάπτυξης της ψυχοφαρμακολογίας, της νευρογενετικής και των άλλων νευροεπιστημών έφερε στο προσκήνιο άλλους βιολογικούς – εγκεφαλικούς – μηχανισμούς που ευθύνονται για την εκδήλωσή της.

Σήμερα, πιστεύεται, ότι η κατάθλιψη αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο, που οφείλεται στην αλληλεπίδραση:

- γενετικών,
- βιολογικών και
- ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό στην εκδήλωσή της.

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως «νόσος του εγκεφάλου» (οφειλόμενη σε εγκεφαλική δυσλειτουργία) ανεξαρτήτως πιθανής συμμετοχής άλλων ποικίλων παραγόντων στην αιτιοπαθογένειά της. Αναλυτικότερα, η εγκεφαλική λειτουργία σχετίζεται με διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων (ιδιαίτερως μείωση της σεροτονινεργικής και της νοραδρενεργικής δραστηριότητας) και υπερδραστηριότητα ορισμένων νευρικών ομάδων (του

αμυγδαλοειδούς πυρήνος και άλλων περιοχών του μεταιχμιακού συστήματος, του προμετωπιαίου φλοιού και του θαλάμου). Η ακριβής φύση της διαταραχής της νευρομεταβιβαστικής λειτουργίας δεν είναι γνωστή, θεωρείται όμως ότι στην κατάθλιψη παρατηρείται αύξηση του αριθμού και της λειτουργικής ετοιμότητας των υποδοχέων σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, που οδηγεί σε ελάττωση της διαθεσιμότητας αυτών των νευρομεταβιβαστών. Επίσης, κεντρικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης παίζει η διαταραχή των αυτό- και ετερορρυθμιστικών ομοιοστατικών μηχανισμών της νευρομεταβιβαστικής λειτουργίας. Νοσήματα όπως του Parkinson και φαρμακευτικές ουσίες όπως η ρεζεπίνη που μειώνουν τα επίπεδα της ντοπαμίνης, σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Πάντως πολλοί ασθενείς που είναι κλινικά καταθλιπτικοί, δεν παρουσιάζουν καμία ανιχνεύσιμη ανεπάρκεια νευροδιαβιβαστών, ούτε απαντούν με τον ίδιο τρόπο σε θεραπεία με αντικαθλιπτικά.

Όσον αφορά τις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την κατάθλιψη, θεωρείται ότι υπάρχει ενεργοποίηση του μεταιχμιακού συστήματος (κυρίως του αμυγδαλοειδούς πυρήνα), του προμετωπιαίου φλοιού, του ραβδωτού σώματος και του θαλάμου. Πιστεύεται ότι, η ενεργοποίηση του αμυγδαλοειδούς πυρήνα σχετίζεται πρωταρχικά με την εμφάνιση της νόσου.

Αναλυτικότερα, ο αμυγδαλοειδής πυρήνας (ή αμυγδαλή) συμμετέχει στην πολύπλοκη εσωτερική διαδικασία παραγωγής των συναισθημάτων όπως η ευχαρίστηση, ο πόνος, η ανταμοιβή και η τιμωρία. Ενεργοποιείται τόσο σε συνειδητά, όσο και σε ασυνειδητά συναισθήματα και μέσω των συνδέσεων της με τον υποθάλαμο και το νευρικό σύστημα εκφράζει τις διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις.

Η συμμετοχή της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της κατάθλιψης είναι πάρα πολύ σημαντική. Αναλυτικότερα, η κατάθλιψη παρατηρείται στο 15% των πρώτου βαθμού συγγενών καταθλιπτικών ασθενών, στο 8% των συγγενών δεύτερου βαθμού και στο 4% συγγενών υγιών μαρτύρων ενώ από μελέτες διδύμων και υιοθετημένων έχει αποδειχθεί ότι για την οικογενή εμφάνιση της νόσου ευθύνονται κυρίως τα κοινά γονίδια παρά το κοινό περιβάλλον των μελών της οικογένειας.

Παρά τη βέβαιη συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης, παρατηρείται αδυναμία ταυτοποίησης γονιδιακής βλάβης, η οποία αποδίδεται στην ετερογένεια της κατάθλιψης.

Η βιολογική/εγκεφαλική συνιστώσα της κατάθλιψης επίσης εκδηλώνεται μέσω της σχέσης της με διαταραχές ορισμένων ενδοκρινών λειτουργιών, κυρίως με την ενεργοποίηση του υποθάλαμο-υποφυσιακού άξονα. Για την εκδήλωση της κατάθλιψης είναι δυνατό να ευθύνονται ενδοκρινολογικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, αφού περίπου 5-10% των

ασθενών που διερευνώνται για κατάθλιψη έχουν λανθάνοντα υποθυρεοειδισμό. Μεταξύ των ασθενών με νόσο του Cushing, πάνω από το 50% αυτών παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση

Μια άλλη παράμετρος που σχετίζεται με την εκδήλωση της κατάθλιψης είναι η ευαλωτότητα του νευρικού κυττάρου ως προς το χρόνιο άγχος. Το μοντέλο προδιάθεσης άγχους επιχειρεί να συνδέσει τη γονιδιακή με την περιβαλλοντική επίδραση στην ανάπτυξη αυτής της διαταραχής (Tsigos C., Chrousos, 2002; Χριστοδούλου, 2005; Σολδάτος, 2005; Χατζάκη, 2008; Πολυκανδριώτη, Στεφανίδου, 2013).

Από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, το πένθος, η μετανάστευση, η ανεργία και η εμφάνιση σοβαρής σωματικής νόσου πολλές φορές προηγούνται της πρώτης εκδήλωσης της κατάθλιψης. Η νόσος αργότερα “αυτονομείται” και δεν χρειάζεται πλέον η παρουσία ψυχοπιεστικών γεγονότων για την εμφάνιση υποτροπών. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι με την πάροδο του χρόνου ο εγκέφαλος ευαισθητοποιείται όλο και περισσότερο με αποτέλεσμα να εμφανίζονται επεισόδια χωρίς την ύπαρξη ερεθισμάτων. Η πρώιμη απώλεια ενός γονέα ή η ύπαρξη ιστορικού κακής γονεϊκής συμπεριφορά κατά την παιδική ηλικία του ατόμου, η κοινωνική απομόνωση, το χαμηλό μορφωτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, οι κακές συζυγικές σχέσεις και η χηρεία σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης. Η ύπαρξη ορισμένων “δυσλειτουργικών” χαρακτηριστικών της προσωπικότητας επίσης προδιαθέτει σε εμφάνιση κατάθλιψης.

3.4 Κλινική εικόνα

Η περιγραφή που ακολουθεί καλύπτει την μεγάλη κατάθλιψη και το καταθλιπτικό επεισόδιο των διπολικών διαταραχών. Αντιστοιχεί σε μεγάλο βαθμό με τον καταθλιπτικό τύπο της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης του συστήματος ICD-9-CM, με την «ενδογενή», την «ψυχωτική» και την «υποστροφική» κατάθλιψη ή μελαγχολία παλιότερων ταξινομήσεων. Μπορεί να εγκατασταθεί απότομα. Συχνότερα προηγείται μια υποθυμία, υποδραστηριότητα, αίσθημα σωματοψυχικής καταβολής και αϋπνία ή αντίθετα, με υπερθυμία, υπεραπασχόληση και υπερδραστηριότητα (υπομανία). Άλλοτε η κατάθλιψη διαδέχεται ένα κανονικό μανιακό επεισόδιο.

Κύριο χαρακτηριστικό είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα. Επικρατεί ακεφιά με αποθάρρυνση, λύπη με απογοήτευση, ή θλίψη με απελπισία. Χάνεται κάθε ικανότητα για ευχαρίστηση με τις συνηθισμένες χαρές της ζωής (ανηδονία), κάθε ενδιαφέρον για τη ζωή (απόσυρση), και κάθε προηγούμενη συμμετοχή στις συνηθισμένες δραστηριότητες

(ανενέργεια). Προοδευτικά, εγκαθίσταται βαθύς ψυχικός πόνος, οι άρρωστοι αρνούνται την συμπάθεια των άλλων και κατέχονται από μόνιμη επιθυμία θανάτου.

Η σκέψη φθίνει και ο συνειρμός επιβραδύνεται (λίμναση της σκέψης). Το περιεχόμενο αποτελούν σύντονες με το συναίσθημα καταθλιπτικές ιδέες, οι οποίες σε βαριές μορφές, παίρνουν παραληρητικό χαρακτήρα (ιδέες αυτοκατηγορίας, αναξιότητας, εξαμάρτησης και αυτοκαταστροφής).

Η βούληση και η τάση για ενέργεια (πρωτοβουλία) είναι επιβραδυμένη, ανασταλμένη ή καταργημένη. Οποιαδήποτε δραστηριότητα ή απόφαση αναβάλλεται. Στις βαριές καταστάσεις, κάθε ψυχοκινητική δραστηριότητα καταργείται και το πρόσωπο εκφράζει βαθιά θλίψη και ψυχικό πόνο (μελαγχολική εμβροντησία ή stupor).

Η ψυχοκινητικότητα είναι ανασταλμένη. Όταν όμως η κατάθλιψη συνοδεύεται από έντονο άγχος, η ψυχοκινητικότητα είναι αυξημένη, το προσωπείο εναγώνιο, η όψη ανήσυχη, οι κόρες διασταλμένες, η ομιλία διστακτική και η φωνή εξασθενημένη. Η αγχώδης κατάθλιψη, είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και η ανασταλμένη μορφή στους πιο νέους.

Το επίπεδο της συνείδησης παραμένει φυσιολογικό, ακόμα και στην πιο βαριά κατάθλιψη. Συσχετικά φαινόμενα, διαταραχές του προσανατολισμού και διαταραχές της μνήμης είναι συμπτώματα οργανικότητας, για αυτό παρατηρούνται σε ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη.

Διαταραχές της αντίληψης και της συνειδητοποίησης δεν είναι συχνές. Όταν υπάρχουν επίμονες ψευδαισθήσεις, μη σύντονες με το συναίσθημα, η διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής ή της οργανικής διαταραχής είναι πολύ πιθανή. Στην κατάθλιψη, τα βιώματα παραποίησης της αντίληψης και της συνειδητοποίησης είναι σύντονα με το συναίσθημα και αποτελούν προέκταση των μελαγχολικών ιδεών.

Οι διαταραχές της μνήμης αποτελούν συχνό παράπονο. Πρόκειται για υποκειμενική αίσθηση ή για αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, για αυτό η εξέταση της μνήμης δίνει συνήθως φυσιολογικά αποτελέσματα. Η αδυναμία στη συγκέντρωση και την καθήλωση της προσοχής είναι συχνή.

Η απώλεια της ενεργητικότητας, ο καταθλιπτικός ιδεασμός της αναξιότητας, το βάρος και το βάθος του καταθλιπτικού συναισθήματος και η αίσθηση της αναποτελεσματικότητας δημιουργούν στον άρρωστο μια επώδυνη εμπειρία ανυπέβλητης κατάπτωσης και αδυναμίας, από την οποία ούτε ο ύπνος, ούτε οι προσπάθειες για ανάπαυση μπορούν να τον λυτρώσουν.

Ο βαθμός της απελπισίας και της παραίτησης από την ζωή, η άρνηση κάθε προσπάθειας ή προοπτικής για μελλοντική βελτίωση και ο ιδεασμός αυτομομφής και ενοχής οδηγούν συχνά στην απόφαση της αυτοκτονίας.

Υπολογίζεται ότι από όλες τις απόπειρες αυτοκτονίας το 40%-50% γίνεται από αρρώστους με μέτρια και βαριά κατάθλιψη. Ιδέες αυτοκτονίας έχουν οι καταθλιπτικοί σε ποσοστό πάνω από 70%. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υπαρκτός σε κάθε περίοδο της κατάθλιψης, όμως είναι πολύ μεγαλύτερος στα πρώτα στάδια και στην αρχή της βελτίωσης, όταν η αναστολή υποχωρεί και αυξάνεται η ικανότητα για τον σχεδιασμό και την εκτέλεση της αυτοκτονίας. Άρρωστοι με προηγούμενες απόπειρες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Κάθε απόπειρα προειδοποιεί για την επόμενη που συχνά θα είναι και η αποτελεσματική.

Η βία δεν είναι συνηθισμένη. Η παιδοκτονία ή η δολοφονία αγαπημένων προσώπων (συζύγου, αδελφών) πριν από την αυτοκτονία, αποτελούν την τραγική επέκταση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στη βαριά ψυχωτική κατάθλιψη (διευρυμένη αυτοκτονία, σύνδρομο Μήδειας). Ο ύπνος είναι διαταραγμένος και τα όνειρα εφιαλτικά.

Γενικά συμπτώματα όπως, ανορεξία και μείωση του βάρους, σεξουαλική αδιαφορία και ανηδονία, καθώς και επίμονη δυσκολιότητα είναι πολύ συχνά. Οι κίνδυνοι της αστίας και η άρνηση του φαγητού σε βαριές καταθλιπτικές εμβροντησίες είναι δυνατό να αναγκάσουν σε σίτιση με καθετήρα. Οι σωματικοί πόνοι είναι συχνοί. Εμφανίζονται με τις μορφές χρόνιας κεφαλαλγίας, αυχενάλγίας, χαμηλής οσφυαλγίας, προκάρδιας θωρακαλγίας ή επιγαστραλγίας. Συχνά, τα γενικά σωματικά συμπτώματα καλύπτουν τη συναισθηματική διαταραχή (καλυμμένη κατάθλιψη) ([http://www. Psychologia.gr](http://www.Psychologia.gr)).

3.5 Διάγνωση

Παρά το γεγονός, ότι η κατάθλιψη αποτελεί ιάσιμη νόσο, εντούτοις εάν δεν ανιχνευτεί και θεραπευτεί εγκαίρως είναι δυνατόν να επηρεάζει σημαντικά τη ψυχοκοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Όταν η κατάθλιψη συνυπάρχει με άλλο νόσημα αυξάνει τον κίνδυνο νοσηρότητας και αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα για την πορεία και την έκβαση της εν δυνάμει νόσου. Οι πιο συχνές νόσοι που μπορούν να εκδηλωθούν με καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι ο υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Cushing, τα νεοπλάσματα (κυρίως καρκίνοι του πεπτικού και του παγκρέατος), η ένδεια βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος (αλκοολισμός) και η κατάθλιψη που σχετίζεται με αγγειακού ύπνου άνοια. Επίσης, κινητικές διαταραχές όπως η νόσος του Parkinson και η νόσος του Huntington.

Δυστυχώς στην ιατρική πρακτική, μόνο το ¼ των καταθλιπτικών ασθενών διαγιγνώσκεται και παραπέμπεται στον ψυχίατρο, ενώ το υπόλοιπο των περιπτώσεων συχνά παραμένει αδιάγνωστο για πολλούς και ποικίλους λόγους.

Συνήθως, η κατάθλιψη μπορεί να μην εκδηλώνεται με καταθλιπτικό συναίσθημα αλλά με άτυπη συμπτωματολογία όπου κυριαρχούν τα σωματικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα τα άτομα να καταφεύγουν σε άλλες ειδικότητες ιατρών και όχι στον ψυχίατρο. Συνήθως, οι επαγγελματίες υγείας μνήμη-ψυχιατρικής ειδικότητας αδυνατούν να κατανοήσουν τη συμπτωματολογία της νόσου λόγω έλλειψης εξοικείωσης ή εκπαίδευσης.

Όταν η κατάθλιψη συμπορεύεται με άλλο νόσημα, πολύ συχνά οι επαγγελματίες υγείας εστιάζουν την προσοχή τους στην αντιμετώπιση της εν δυνάμει νόσου θεωρώντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία ως φυσική συνέπεια.

Επίσης, η κατάθλιψη εκδηλώνεται με εχθρότητα προς το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό, αδιαφορία απόσυρση και κακή συμμόρφωση προς τις οδηγίες.

Η διάγνωση των καταθλιπτικών διαταραχών είναι πάντοτε κλινική καθώς οι ψυχομετρικές διαδικασίες και οι βιολογικοί δείκτες έχουν μόνο επικουρικό ρόλο. Χρησιμοποιούνται στις μέρες μας για να διευκολυνθεί η αναγνώριση της κατάθλιψης από τους γιατρούς, ερωτηματολόγια και κλίμακες (Hamilton Depression Rating Scale HDRS, MDRS, Zung Depression Scale κτλ) Συνεπώς, η διάγνωση είναι φαινομενολογική – περιγραφική και όχι αιτιολογική. Η διάγνωση της κατάθλιψης αποτελεί ιατρική διαδικασία, η οποία βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια μιας καταθλιπτικής διαταραχής, στη δομική συγκρότηση της καταθλιπτικής διαταραχής και στην ποιοτική διαφορά όσον αφορά τη δυσλειτουργικότητα του ατόμου συγκριτικά με την προηγούμενη κατάσταση.

Αρχικά είναι σημαντικό να αναγνωρίσει ότι η κατάθλιψη που παρουσιάζει ένας ασθενής είναι πρωτοπαθής και δεν οφείλεται σε άλλους οργανικούς παράγοντες. Επόμενο πολύ σημαντικό βήμα είναι η αξιολόγηση της βαρύτητας της κατάθλιψης προκειμένου να καθοριστεί το είδος της προτεινόμενης θεραπείας, όπως για παράδειγμα χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ψυχοθεραπεία και η συμμόρφωση του ασθενή προς τις θεραπευτικές οδηγίες.

Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού (ατομικού και οικογενειακού) συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση. Για παράδειγμα, η λήψη κάποιων φαρμάκων ή και ψυχοτρόπων ουσιών που επηρεάζουν το συναίσθημα, με κυριότερες το αλκοόλ και το σύνδρομο στέρησης από κοκαΐνη και αμφεταμίνες μπορεί να προκαλέσουν καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα (Thompson et al., 2000; Σολδάτος, 2005; Christensen, Sokolowski, Olesen, 2011 Πολυκανδριώτη, Στεφανίδου, 2013).

3.5.1 Διαφορική διάγνωση

Συμπτώματα όμοια με αυτά της κατάθλιψης που χρειάζονται παρόμοια θεραπεία, συναντούμε και σε άλλες ψυχικές διαταραχές όπως:

- **Γεροντικές και προγεροντικές άνοιες** με κατάθλιψη. Σε αυτές προέχουν οι διαταραχές της μνήμης, της κρίσης και της νοημοσύνης και οι ψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν οργανικότητα.
- **Σύνδρομα από ψυχοδραστικές ουσίες** (αλκοολικά, στερητικά αμφεταμινών, κοκαΐνης και μερικών ψευδαισθησιογόνων, φαρμάκων και άλλων ουσιών). Η διαφοροδιάγνωση θα βασιστεί στην παρουσία διαταραχών της συνείδησης, στο ιστορικό λήψης ουσιών και στην ανίχνευση τους στα υγρά του σώματος.
- **Λοιμώδη, μεταβολικά και ενδοκρινικά νοσήματα**, όπως: γρίπη, τυφοειδής, μεληταίος, Addison, υποθυρεοειδισμός. Η διαφοροδιάγνωση θα γίνει από τα γενικά συμπτώματα, το ιστορικό και την παρακλινική έρευνα.
- **Τη σχιζοφρένεια:** σε περιπτώσεις κατατονικής εμβροντησίας, η απόλυτη απόσυρση και η αναστολή της ψυχοκινητικότητας μοιάζουν με βαριά κατάθλιψη. Στην κατατονία το πρόσωπό μένει ανέκφραστο ενώ στην καταθλιπτική εμβροντησία το πρόσωπό εκφράζει βαθύ πόνο και θλίψη.

- **Τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή:** διαφοροδιάγνωση χρειάζεται στις περιπτώσεις που υπάρχουν τα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού συνδρόμου και παραληρητικά ή ψευδαισθητικά συμπτώματα μη σύντονα με την συναισθηματική διαταραχή. Το είδος της προνοσηρής προσωπικότητας και ο βαθμός της αποδιοργάνωσής της είναι χρήσιμα διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία.
- **Την κυκλοθυμική διαταραχή:** αυτή εξελίσσεται με συχνά ήπια ή μέτρια επεισόδια κατάθλιψης αλλά και ευφορίας και με καλή αποκατάσταση της ψυχικής υγείας, στα μεσοδιαστήματα.
- **Το άγχος αποχωρισμού:** ακολουθεί χαρακτηριστικά τον αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα.
- **Το «μη επιτελεγμένο» πένθος:** ακολουθεί το θάνατο προσφιλούς προσώπου. Οι ιδέες ενοχής, αν υπάρχουν, αναφέρονται σε έμμονες σκέψεις εγκατάλειψης ή αναποτελεσματικής φροντίδας του αρρώστου προς τον θανόντα.
- **Τη δυσθυμία (καταθλιπτική νεύρωση):** εξελίσσεται με χρόνια, επίμονα, αλλά ηπιότερα συμπτώματα και μπορεί να υπάρχουν μεσοδιαστήματα λίγων ημερών ή εβδομάδων με φυσιολογικό συναίσθημα.
- Ιδιαίτερες εικόνες κατάθλιψης και αντίστοιχα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα δημιουργούνται από **συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη στις διάφορες ηλικίες.** Στην προεφηβική ηλικία η κατάθλιψη συνοδεύεται συχνά με υπερβολικό άγχος, άρνηση της παρακολούθησης του σχολείου και φόβους επικείμενου θανάτου, του ίδιου του παιδιού ή των γονιών του. Στην εφηβική ηλικία παρατηρούνται αντικοινωνικές εκδηλώσεις, φυγές από το σπίτι ή από το σχολείο, αντιθετική ή και επιθετική συμπεριφορά. Στην ενελικτική (κλιμακτηριακή) ηλικία παρατηρείται έντονο άγχος, εξάψεις και ιδρώτες ποικίλες υποχονδριακές αιτιάσεις (κυρίως κεφαλαλγίας), παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπίας ή και δίωξης και τάσεις αυτοκτονίας («ενελικτική μελαγχολία»). Στην γεροντική ηλικία τα συνοδά συμπτώματα μπορεί να είναι διαταραχές του προσανατολισμού, της μνήμης και της συνείδησης σε βαθμό που να διαμορφώνονται ψευδοανοϊκές εικόνες.
- **Η κατάχρηση και η εξάρτηση από ουσίες,** η αλκοόλη είναι αρκετά συχνά αποτέλεσμα κατάθλιψης, ιδιαίτερα στην εφηβική και την μετεφηβική ηλικία. Και αυτές οι καταστάσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση.

3.6 Θεραπεία

Η επικρατέστερη θεραπευτική πρακτική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, είναι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Παράλληλα μπορεί να εφαρμόζεται και ψυχοθεραπεία, αφού έχει αποδειχθεί πως ο συνδυασμός τους συμβάλει στη γρηγορότερη απάντηση στη θεραπεία και μειώνει τις υποτροπές. Οι πλέον συνήθεις θεραπείες που εφαρμόζονται είναι η γνωσιακή θεραπεία, η οικογενειακή, η συμπεριφορική, η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Η επαναφορά του καταθλιπτικού ασθενή στην προνοσηρή του κατάσταση, τόσο όσον αφορά την υποχώρηση των συμπτωμάτων όσο και την αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας επιτυγχάνεται συνήθως μέσα σε διάστημα 3 έως 6 εβδομάδων (Αλεβίζος, 2008).

Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες φαρμάκων:

- τα αντικαταθλιπτικά,
- τις βενζοδιαζεπίνες και
- τα αντιψυχωσικά φάρμακα.

Στις ΗΠΑ το 10% του πληθυσμού από 12 ετών και πάνω βρισκόταν υπό αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα τη χρονική περίοδο 2005-2008. Στην Ολλανδία, στο 6% του συνολικού πληθυσμού είχαν συνταγογραφηθεί αντικαταθλιπτικά φάρμακα το 2012 .

Τα πρώτα αντικαταθλιπτικά φάρμακα εμφανίσθηκαν στο προσκήνιο στη δεκαετία του 1950. Σταδιακά, διάφοροι ερευνητές, ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο, παρατήρησαν ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αύξαναν τη δραστηριότητα στις κατεχολαμινεργικές συνάψεις του εγκεφάλου (Stein, 1962).

Έτσι, συμπέραναν ότι η κατάθλιψη θα μπορούσε να συσχετισθεί με περιορισμένη διέγερση των ντοπαμινεργικών και των νοραδρενεργικών συνάψεων. Τα σημερινά αντικαταθλιπτικά φάρμακα ανήκουν σε κύριες κατηγορίες, τα τρικυκλικά, τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOI), τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης(SSRIs) και τους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRIs)

Τα τρικυκλικά λειτουργούν εμποδίζοντας τον προσυναπτικό νευρώνα να επαναπρολάβει τις κατεχολαμίνες ή τη σεροτονίνη μετά από την απελευθέρωσή τους, με αποτέλεσμα οι νευροδιαβιβαστές να παραμένουν περισσότερο στο συναπτικό χάσμα και να συνεχίσουν να διεγείρουν το μετασυναπτικό κύτταρο. Έχουν περισσότερες παρενέργειες σε

σχέση με τα πιο σύγχρονα αντικαταθλιπτικά και για αυτό δεν χρησιμοποιούνται πλέον ευρέως. Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες των τρικυκλικών είναι η ζαλάδα, η υπνηλία, η θαμπή όραση, η ταχυκαρδία και γενικότερα καρδιακές αρρυθμίες, η ξηροστομία, η διαταραχή της πρόσφατης μνήμης, η κινητική ανησυχία, η δυσαρθρία, ο πυρετός, η κατακράτηση υγρών, οι σπασμοί, η υπόταση, και η υπερβολική εφίδρωση. Πολλοί άνθρωποι βιώνουν τόσο σοβαρές παρενέργειες, ώστε εξαναγκάζονται να σταματήσουν τη λήψη του φαρμάκου ή να μειώσουν τη δόση σε επίπεδα που το καθιστούν μη δραστικό.

Οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOI) (όπως είναι η φαινελζίνη) αναστέλλουν το ένζυμο μονοαμινοξειδάση (MAO), το οποίο μεταβολίζει τις κατεχολαμίνες και τη σεροτονίνη σε αδρανείς μορφές. Όταν οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης αναστέλλουν τη δράση αυτού του ενζύμου, τα μόρια του νευροδιαβιβαστή που απελευθερώνονται παραμένουν περισσότερο από το σύνθητες στη σύναψη, χωρίς να έχουν αδρανοποιηθεί, επομένως διεγείρουν το μετασυναπτικό κύτταρο περισσότερο από ό,τι συνήθως. Όσοι παίρνουν MAO πρέπει να ακολουθούν αυστηρή διαίτα και να είναι προσεκτικοί με την ταυτόχρονη λήψη άλλων φαρμάκων. Λόγω των αλληλεπιδράσεων αυτών και οι MAO έχουν πλέον περιορισμένη κλινική χρήση.

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης SSRIs, όπως η παροξετίνη και η φλουοξετίνη, είναι μια νέα γενιά φαρμάκων που είναι πλέον φάρμακα πρώτης επιλογής μεταξύ των αντικαταθλιπτικών. Ονομάζονται εκλεκτικοί, επειδή επηρεάζουν σχεδόν αποκλειστικά τη σεροτονίνη και όχι άλλους νευροδιαβιβαστές. Εκτός από την αντικαταθλιπτική δράση, είναι χρήσιμα στις ιδεοψυχαναγκαστικές καταστάσεις, στα αγοραφοβικά συμπτώματα, στις κρίσεις πανικού, και στην ψυχογενή βουλιμία. Έχουν ήπιες παρενέργειες, συνήθως ναυτία, διάρροια και σπανιότερα κεφαλαλγία, νευρικότητα, άγχος. Ενδεχομένως προκαλούν ήπια εξωπυραμιδικά συμπτώματα και σε μη παρκινσονικούς ασθενείς. Η λήψη σεροτονινεργικών αντικαταθλιπτικών κατά την εγκυμοσύνη, εξαπλασιάζει τον κίνδυνο πνευμονικής υπέρτασης του νεογνού. (Kallen&Olausson 2008)

Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης, (SNRIs, είναι ακόμη μία σημαντική κατηγορία που επειδή συνδυάζει σετονονεργική και νοραδρενεργική δραστηριότητα, χρησιμοποιούνται εκτός από την αντικαταθλιπτική, και για την αναλγητική τους δράση (χρόνιος νευροπαθητικός πόνος). Οι παρενέργειές τους, εμφανίζονται παρόμοιες αλλά σχετικά πιο ήπιες σε σχέση με τους SSRIs. (ξηροστομία, κεφαλαλγία, σεξουαλική δυσλειτουργία)

Ένα ακόμη αντικαταθλιπτικό που αξίζει να αναφερθεί, είναι η μιρταζαπίνη, που είναι ανταγωνιστής των α1 νοραδρενεργικών υποδοχέων και θεωρείται μεγεθυντής της νευροδιαβίβασης της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης. Είναι ιδιαίτερα ευεργετικό

φάρμακο σε καταθλιπτικούς ασθενείς με άγχος και διαταραχές ύπνου. Θεωρείται καλύτερα αποδεκτό από τους ηλικιωμένους ασθενείς. Έχει το πλεονέκτημα της ταχείας εμφάνισης των σημείων ίασης σε λιγότερο από τέσσερις εβδομάδες. Στις ανθεκτικές καταθλίψεις, αν συνδιαστεί με σεροτονεργικά αντικαταθλιπτικά, ενισχύεται σημαντικά το αποτέλεσμα. Υπνηλία και αύξηση βάρους είναι οι συχνότερες παρενέργειες του φαρμάκου.

Η αποτελεσματικότητα του λιθίου ως αντικαταθλιπτικό έχει αποδειχθεί και μπορεί να συγκριθεί με αυτή των αμιγώς αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Η πλήρης απάντηση στο λίθιο γίνεται σε 8 εβδομάδες και τα ποσοστά της αποτελεσματικότητας του είναι υψηλά, σύμφωνα με εννέα ανεξάρτητες μελέτες που διεξήχθησαν.

Για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών επεισοδίων είναι κατάλληλες όλες οι κατηγορίες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Εντοπίζονται όμως ορισμένες αρνητικές ιδιότητες όπως:

- κατά την έναρξη της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά, υπάρχει η πιθανότητα σε ποσοστό 50% να εμφανιστούν επεισόδια μανίας, με αποτέλεσμα να είναι αναγκαία η ταυτόχρονη χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση των μανιακών αυτή τη φορά επεισοδίων (χρησιμοποιείται κυρίως λίθιο όπως θα δούμε στην επόμενη ενότητα)
- η περίοδος της διαταραχής ενδέχεται να επιταχυνθεί (δηλαδή ο κύκλος της νόσου να γίνει πιο σύντομος) με τη χρήση των αντικαταθλιπτικών

Οι αρνητικές αυτές ιδιότητες αντιμετωπίζονται με την αλλαγή κατηγορίας αντικαταθλιπτικών (π.χ από τρικυκλικό σε αναστολέα της MAO). Σε περίπτωση που μια τέτοια αλλαγή δεν θα έχει καμία θετική επίδραση στον ασθενή, καταφεύγουμε στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Arana, Hyman, 2003).

Όταν ο συνδυασμός αντιμανιακών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δεν είναι αποτελεσματικός στη θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά ή επικουρικά κάποια άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα εκτός από την κλοζαπίνη, τα οποία έχουν αντικαταθλιπτικές ιδιότητες και μπορεί να φανούν χρήσιμα σε σοβαρές ψυχωσικές καταστάσεις αλλά και στη μη ψυχωσική διπολική κατάθλιψη.

Κάθε φορά η φαρμακοθεραπεία πρέπει να διέπεται από τις παρακάτω αρχές:

- ο ιατρός θα πρέπει πριν από τη χορήγηση ψυχοτρόπων σκευασμάτων να γνωρίζει τυχόν αλληλεπιδράσεις και παρενέργειές τους και χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών από τον ασθενή

- να υπάρχει βεβαιότητα για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής. Σε διαφορετική περίπτωση θα πρέπει ο ασθενής να παρακολουθείται και να λαμβάνει τις ελάχιστες δυνατές δόσεις των απαιτούμενων φαρμάκων
- η θεραπεία πρέπει να έχει στοχοποιήσει συμπτώματα έτσι ώστε να είναι δυνατή ή ανίχνευση της επιτυχίας της και η έγκαιρη διόρθωσή της (στην κατεύθυνση αυτή, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο ένα ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων το οποίο συμπληρώνεται είτε από την οικογένεια του ασθενούς είτε από νοσηλευτικό προσωπικό)
- πρέπει να εξασφαλίζεται η επάρκεια στη δοσολογία και το χρόνο της φαρμακευτικής αγωγής, έτσι ώστε τυχόν αποτυχία της θεραπείας να αποκλείει τη χρήση του ίδιου φαρμάκου ή συνδυασμού φαρμάκων στο μέλλον
- η διακοπή των φαρμάκων πρέπει να γίνεται με αργό ρυθμό και μεγάλη προσοχή έτσι ώστε να αποφευχθεί τυχόν υποτροπή ή σύνδρομο στέρησης του ασθενούς
- αν είναι δυνατό, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η εκούσια συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική του αγωγή, ενώ τυχόν ανικανότητά του θα πρέπει να υποκαθίσταται από άδεια της οικογένειάς του ή κάποιο σχετικό νομικό μηχανισμό.

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι σε αυτή την κατηγορία των φαρμάκων παρατηρείται συχνά υπερσυνταγογράφηση. Με βάση επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Καταλονία της Ισπανίας το 2012 σε ασθενείς στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που λάμβαναν αντικαταθλιπτικά, το 11% περίπου δεν πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια για κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή. Η υπερσυνταγογράφηση μπορεί εν μέρει να εξηγήσει και τα ποσοστά μη συμμόρφωσης στην αγωγή. Ένα σημαντικό μειονέκτημα των αντικαταθλιπτικών, είναι η χαμηλή συμμόρφωση των σθενών στη θεραπεία που φτάνει το 40% (Montgomery&Kasper 1995).

Το φαινόμενο αυτό σχετίζεται με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντικαταθλιπτικών (υπνηλία, καταστολή), αλλά και στη μοιρασμένη σε δύο ή τρεις δόσεις την ημέρα χορήγηση, που συνέβαινε κυρίως με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά. Για να είναι αποτελεσματική η αντικαταθλιπτική θεραπεία έχει αποδειχθεί πως έχει μεγάλη σημασία να πιστέψουν οι ασθενείς πως η αγωγή τους θα έχει αποτέλεσμα, και να προσπαθήσουν να κατανοήσουν όσο το δυνατόν καλύτερα σε συνεργασία με το γιατρό τους, το σωστό τρόπο λήψης της αγωγής τους. Με τον τρόπο αυτό, μειώνονται τα ποσοστά της εκούσιας μη συμμόρφωσης στο θεραπευτικό σχήμα που έχει προταθεί από τον θεράποντα ιατρό, αναφέρονται λιγότερες και πιο ήπιες παρενέργειες και είναι πιο πιθανό να έχει τελικά η αγωγή το προσδοκώμενο αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής (Wouters, Bouvy 2014).

Δραστική ουσία	Εμπορική ονομασία	δοσολογία
Βουπροπριόνη	Wellbutrin	300mg
Βενλαφαξίνη	efexor	75-150mg
Δουλοξετίνη	Cymbalta	60mg
Δοξεπίνη	sinequan	75-200mg
Εσιταλοπράμη	cipralex, entact	10-20mg
Σερτραλίνη	Zoloft	50-200mg
Σιταλοπράνη	Seopram	20-60mg
Παροξετίνη	Seroxat	20-40mg
Τραζοδόνη	Trittico	50-300mg
Φλουοξετίνη	Ladose	20-60mg
Αμιτριπτιλίνη	Saroten, stelminal	10-25mg
Μιρταζαπίνη	Remeron	15-30mg
Χλωριμιπραμίνη	Anafranil	100-150mg
Αγομελατίνη	Valdoxan	25

Πίνακας 1: Κυκλοφορούντα Αντικαταθλιπτικά

Ειδικό μέρος

4.1 Μεθοδολογία έρευνας

4.1.1 Σκοπός έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της λήψης αντικαταθλιπτικής αγωγής και η μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται με την έναρξη της αγωγής, τη διάρκεια και την πορεία της, σε πληθυσμό αγροτικής περιοχής.

4.1.2 Δείγμα έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 152 άτομα που διαμένουν στην επαρχία Φαρσάλων. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους ερωτηθέντες και ακολούθησε η συμπλήρωσή του. Παρά το γεγονός ότι τα θέματα ψυχικών διαταραχών είναι ευαίσθητα, και είναι δύσκολο να συζητηθούν, μόλις 10 είναι αυτοί που τους διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια και αρνήθηκαν ή απέφυγαν να τα συμπληρώσουν. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη είναι άνω των 18 ετών και λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα με συνταγή γιατρού για τη θεραπεία ψυχικής διαταραχής που είναι κυρίως κατάθλιψη, αλλά και αγχώδης διαταραχή, διαταραχή στη λήψη τροφής, κρίσεις πανικού ή και ψύχωση. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειώσουμε πως η επαρχία Φαρσάλων που είναι και η περιοχή της μελέτης μας, αποτελείται από την πόλη των Φαρσάλων και 52 μικρότερα χωριά και έχει πληθυσμό 18565 κατοίκους. Οι κάτοικοι ασχολούνται στην πλειοψηφία τους με τον πρωτογενή τομέα (γεωργία, κτηνοτροφία). Στην επαρχία Φαρσάλων λειτουργεί κέντρο υγείας, που παρέχει πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στους κατοίκους της περιοχής και στο οποίο εργάζονται τέσσερις γενικοί γιατροί και ένας ειδικός παθολόγος. Δεν υπάρχει υπηρεσία ψυχικής υγείας, ούτε επισκέπτης ψυχίατρος ή ψυχολόγος στο κέντρο υγείας. Ακόμη στην περιοχή της μελέτης δεν υπάρχει ούτε ιδιώτης ψυχίατρος. Οι πλησιέστερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας βρίσκονται στην πόλη της Λάρισας (σε απόσταση δηλαδή 45 χιλιομέτρων) όπου υπάρχει η ψυχιατρική κλινική στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Λάρισας με δυναμικότητας 22 κλινών, αλλά και ειδικοί νευρολόγοι-ψυχίατροι που παρέχουν υπηρεσίες σε ιδιωτικά ιατρεία ή κλινικές.

4.1.3 Δομή ερωτηματολογίου

Αφού πρώτα πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και συντάχτηκε το θεωρητικό μέρος της εργασίας, δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν ο διαχωρισμός του ερωτηματολογίου σε μέρη, δηλαδή:

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, αποτελείται από 5 ερωτήσεις κλειστού τύπου και αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων όπως: το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα, η εκπαίδευσή του και η οικογενειακή τους κατάσταση.

Στο δεύτερο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελεί το κύριο μέρος του ερωτηματολογίου και διερευνάται η στάση των ερωτηθέντων απέναντι στην αντικαταθλιπτική αγωγή. Πιο συγκεκριμένα, το μέρος αυτό αποτελείται από 20 ερωτήσεις κλειστού τύπου και σχετίζονται με: την ηλικία έναρξης λήψης αντικαταθλιπτικών, την αιτία εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής, ποιο πρότεινε να απευθυνθεί σε γιατρό, ποια ήταν η αρχική στάση σχετικά με τη λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, η ειδικότητα και η θέση του γιατρού έναρξης αγωγής, η επισκεψιμότητα στον γιατρό, η πιθανότητα και τα αίτια αλλαγής γιατρού και φαρμακευτική αγωγή στην πορεία της αγωγής, οι παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών, η πιθανότητα λήψης και άλλων ψυχοτρόπων φαρμάκων, οι συνυπάρχουσες παθήσεις του ερωτηθέντα, η πιθανότητα ταυτόχρονης κατανάλωσης αλκοόλ με την αγωγή, οι συνέπειες της φαρμακευτικής αγωγής στην ποιότητα ζωής του, τους πιθανούς άλλους τρόπους εκτός της φαρμακευτικής αγωγής, επιδίωξης της θεραπείας, τα επίπεδα αξιολόγησής τους για την φροντίδα υγείας που λαμβάνουν σχετικά με την ψυχική διαταραχή κατοικώντας σε αγροτική περιοχή και η επίδραση της διαμονή σε αγροτική περιοχή στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών συμπτωμάτων. Το υπόδειγμα του ερωτηματολογίου παρατίθεται στο παράρτημα. Το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της μελέτης ήταν από το Μάρτιο έως και τον Ιούλιο του 2014.

4.1.4 Επεξεργασία δεδομένων

Η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό Microsoft Office Word 2003 και με την βοήθεια των στατιστικών πακέτων SPSS. Στο επόμενο κεφάλαιο, παρουσιάζονται αρχικά κάποιοι περιγραφικοί δείκτες των στοιχείων

των ερωτηθέντων, και στη συνέχεια γίνεται στατιστική ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια.

4.2 Αποτελέσματα

Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο	Frequency	Percent (%)
Άνδρας	106	69.7
Γυναίκα	46	30.3
Σύνολο	54	98.2

Πίνακας 1: Το φύλο των ερωτηθέντων

Με βάση τον πίνακα 1, οι περισσότεροι ερωτηθέντες είναι άνδρες με ποσοστό 69.7% και έπειτα ακολουθούν με ποσοστό 30.3% οι γυναίκες.

Ηλικία	Frequency	Percent (%)
18-30	5	3.3
31-50	42	27.6
51-70	63	41.4
70<	42	27.6
Σύνολο	152	100

Πίνακας 2: Η ηλικία των ερωτηθέντων

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 2, οι περισσότεροι ερωτηθέντες με ποσοστό 41.4% είναι ηλικίας 51-70 ετών, έπειτα ακολουθούν με ποσοστό 27.6% ηλικίες 31-50 ετών και οι άνω των 70 ετών, αντίστοιχα, και τέλος οι ηλικίες 18-30 ετών με ποσοστό 3.3%.

Επάγγελμα	Frequency	Percent (%)
Αγρότης-κτηνοτρόφος	24	15.8
Οικιακά	53	34.9
Συνταξιούχος	46	30.3
Δημόσιος υπάλληλος	6	3.9
Ελεύθερος επαγγελματίας	10	6.6
Ιδιωτικός υπάλληλος	2	1.3
Άνεργος	3	2
Σύνολο	144	94.7
Λείπουν	8	5.3

Πίνακας 3: Το επάγγελμα των ερωτηθέντων

Σύμφωνα με τον πίνακα 3, το επάγγελμα των περισσότερων ερωτηθέντων είναι Οικιακά με ποσοστό 34.9% και ακολουθούν οι Συνταξιούχοι με ποσοστό 30.3%. έπειτα μεγάλο ποσοστό έχουν οι Αγρότες - Κτηνοτρόφοι με ποσοστό 15.8% και μετέπειτα με χαμηλά ποσοστά ακολουθούν τα επαγγέλματα Ελεύθεροι επαγγελματίες με 6.6%, Δημόσιοι υπάλληλοι με 3.9%, οι Άνεργοι με 2% και οι Ιδιωτικοί υπάλληλοι με 1.3%.

Εκπαίδευση	Frequency	Percent (%)
Υποχρεωτική	85	55.9
Απόφοιτος λυκείου	41	27
Ανώτερη-ανώτατη	24	15.8
Σύνολο	152	100

Πίνακας 4: Η εκπαίδευση των ερωτηθέντων

Με ποσοστό 55.9%, όπως προκύπτει από τον πίνακα 4, η εκπαίδευση των ερωτηθέντων είναι η Υποχρεωτική εκπαίδευση, έπειτα οι Απόφοιτοι Λυκείου με 27% και τέλος με χαμηλό ποσοστό η Ανώτερη-ανώτατη εκπαίδευση με 15.8%.

Οικογενειακή κατάσταση	Frequency	Percent (%)
Ελεύθερος	26	17.1
Παντρεμένος	84	55.3
Διαζευγμένος	9	5.9
Χήρος	32	21.1
Σύνολο	151	99.3
Λείπουν	1	0.7

Πίνακας 5: Η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων

Από τον πίνακα 5, παρατηρούμε ότι η οικογενειακή κατάσταση των περισσότερων ερωτηθέντων με ποσοστό 55.3% είναι Παντρεμένοι. Με ποσοστό 21.1% ακολουθούν οι Χήροι, έπειτα οι Ελεύθεροι με 17.1% και τέλος με ποσοστό 5.9% οι Διαζευγμένοι.

Κύριο μέρος

Πότε ξεκινήσατε τη λήψη αντικαταθλιπτικών;	Frequency	Percent (%)
Τους τελευταίους 6 μήνες	4	2.6
Από 6 μήνες έως 1 χρόνο πριν	12	7.9
1 έως 3 χρόνια πριν	79	52
Περισσότερα	56	36.8
Σύνολο	152	100

Πίνακας 6: Η ημερομηνία έναρξης λήψη αντικαταθλιπτικών των ερωτηθέντων

Πριν από 1 έως 3 χρόνια ξεκίνησαν οι περισσότεροι ερωτηθέντες με ποσοστό 52% την λήψη αντικαταθλιπτικών, σύμφωνα με τον πίνακα 6. Το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό είναι 36.8% για εκείνους που την ξεκίνησαν πριν από περισσότερα από 3 χρόνια. Το 6.9% την ξεκίνησε πριν από 6 μήνες έως 1 χρόνο και το 22.6% ξεκίνησε τους τελευταίους 6 μήνες.

Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε τη λήψη αντικαταθλιπτικών;	Frequency	Percent (%)
18-30	10	6.6
31-50	42	27.6
51-70	72	47.4
70<	26	17.1
Σύνολο	150	98.7
Λείπουν	2	1.3

Πίνακας 7: Η ηλικία έναρξης λήψη αντικαταθλιπτικών των ερωτηθέντων

Η ηλικία έναρξης λήψη αντικαταθλιπτικών των περισσότερων ερωτηθέντων είναι 51-70 ετών σύμφωνα με τον πίνακα 7, έπειτα το 27.6% την ξεκίνησε σε ηλικία 31-50 ετών, μετέπειτα το 17.1% σε ηλικία άνω των 70 ετών και τέλος χαμηλό ποσοστό κατέχουν οι ηλικίες 18-30 ετών με 6.6%.

Εκτιμώμενη αιτία εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής:	Frequency	Percent (%)
Θάνατος προσφιλούς προσώπου	26	17.1
Οικονομική κρίση	36	23.7
Εμμηνόπαυση	30	19.7
Συνταξιοδότηση	13	8.5
Οικογενειακοί-προσωπικοί λόγοι	65	42.8
Άλλο	15	9.9
Δεν υπήρξε κάποια αιτία	12	7.9

Πίνακας 8: Οι εκτιμώμενες αιτίες εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής των ερωτηθέντων

Με βάση τον πίνακα 8, η κύρια εκτιμώμενη αιτία εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής των ερωτηθέντων είναι οι Οικογενειακοί-προσωπικοί λόγοι με ποσοστό 42.8%. με διαφορά έπεται η αιτία της Οικονομικής κρίσης με ποσοστό 23.7%, με πολύ μικρή διαφορά είναι η αιτία της Εμμηνόπαυσης με 19.7%. έπειτα ακολουθούν ο Θάνατος προσφιλούς προσώπου με 17.1%, άλλος λόγος που δεν μας τον προσδιορίζουν οι ερωτηθέντες, με ποσοστό 9.9%, μετέπειτα η Συνταξιοδότηση με 8.5% και τέλος το 7.9% δήλωσε ότι δεν υπήρχε κάποια αιτία εμφάνισης συμπτωμάτων της ψυχικής διαταραχής.

Ποιο από τα παρακάτω σας οδήγησε στην αναζήτηση βοήθειας;	Frequency	Percent (%)
Συνεχής θλίψη, απογοήτευση, αίσθημα ματαιότητας, αδημονία	73	48.1
Δυσκολία στην ενασχόληση με τις καθημερινές δραστηριότητες, αίσθημα κόπωσης	35	23.1
Διαταραχές στη λήψη τροφής (ανορεξία, υπερφαγία), αυπνία ή υπνηλία	20	13.1
Γενικευμένο άγχος	29	19.1
Κρίσεις πανικού	12	7.9
Καταναγκασμοί (επίμονες, επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις ή πράξεις)	16	10.5
Άλλο	6	3.9

Πίνακας 9: Συμπτώματα εμφάνισης ψυχικής διαταραχής των ερωτηθέντων

Οι ερωτηθέντες, δήλωσαν ότι τα συμπτώματα εμφάνισης ψυχικής διαταραχής ήταν η συνεχής θλίψη, η απογοήτευση, το αίσθημα ματαιότητας και η αδημονία με ποσοστό 48.1%, έπειτα η δυσκολία στην ενασχόληση με τις καθημερινές δραστηριότητες και το αίσθημα της κόπωσης με ποσοστό 23.1%, μετέπειτα δήλωσαν το γενικευμένο άγχος με ποσοστό 19.1%, με ποσοστό 10.5% ακολουθούν οι καταναγκασμοί (επίμονες, επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις ή πράξεις), οι διαταραχές στη λήψη τροφής (ανορεξία, υπερφαγία), αυπνία ή υπνηλία με 13.1%, οι κρίσεις πανικού με 7.9% και τέλος άλλα συμπτώματα με ποσοστό 3.9% που δεν τα προσδιόρισαν οι ερωτηθέντες.

Ποιος σας πρότεινε να απευθυνθείτε σε γιατρό που διέγινε την ψυχική διαταραχή και συνταγογράφησε τη σχετική αγωγή;	Frequency	Percent (%)
Μέλος της οικογένειας	31	20.4
Φιλικό πρόσωπο	14	9.2
Φαρμακοποιός	43	28.3
Γιατρός άλλης ειδικότητας	34	22.4
Προσωπική απόφαση	29	19.1
Σύνολο	151	99.3
Λείπουν	1	0.7

Πίνακας 10: Άτομο που παρότρυνε τους ερωτηθέντες σε γιατρό για την διάγνωση της ψυχικής διαταραχής και την συνταγογράφηση της σχετική αγωγή

Η Παρότρυνση των περισσότερων ερωτηθέντων σε γιατρό για την διάγνωση της ψυχικής διαταραχής και την συνταγογράφηση αυτής, με ποσοστό 28.3% έγινε από Φαρμακοποιό, έπειτα από γιατρό άλλης ειδικότητας με ποσοστό 22.4%, μετέπειτα με ποσοστό 20.4% από κάποιο μέλος της οικογένειας, μετά ακολουθεί με ποσοστό 19.1% με προσωπική απόφαση και τέλος παροτρύνθηκαν από φιλικό πρόσωπο με 9.2%

Ποια ήταν η αρχική σας στάση σχετικά με τη λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων;	Frequency	Percent (%)
Αρνητική	28	18.4
Επιφυλακτική	95	62.5
Θετική	27	17.8
Σύνολο	150	98.7
Λείπουν	2	1.3

Πίνακας 11: Στάση των ερωτηθέντων σχετικά με τη λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Η στάση των ερωτηθέντων σχετικά με τη λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, με ποσοστό 62.5% ήταν επιφυλακτική, το 18.4% είχε αρνητική στάση και μόλις το 17.8% είχε θετική στάση.

Ειδικότητα γιατρού έναρξης αγωγής	Frequency	Percent (%)
Ψυχίατρος	77	50.7
Ειδικός παθολόγος	51	33.6
Ειδικός γενικής ιατρικής	21	13.8
Ειδικός καρδιολόγος	0	0
Άλλη ειδικότητα	1	0.7
Σύνολο	150	98.7
Λείπουν	2	1.3

Πίνακας 12: Ειδικότητα γιατρού έναρξης αγωγής ερωτηθέντων

Με ποσοστό 50.7% δήλωσαν οι ερωτηθέντες ότι η ειδικότητα του γιατρού έναρξης της αγωγής ήταν νευρολόγος - ψυχίατρος, με ποσοστό 33.6% ήταν ειδικός παθολόγος και το 13.8% ήταν ειδικός γενικής ιατρικής.

Θέση γιατρού έναρξης αγωγής	Frequency	Percent (%)
Τοπικό κέντρο υγείας	29	19.1
Νοσοκομείο	20	13.2
Ιδιωτικό ιατρείο	102	67.1
Σύνολο	151	99.3
Λείπουν	1	0.7

Πίνακας 13: Θέση γιατρού έναρξης αγωγής ερωτηθέντων

Η θέση του γιατρού της έναρξης αγωγής των ερωτηθέντων ήταν με ποσοστό 67.1% το Ιδιωτικό ιατρείο, το Τοπικό κέντρο υγείας ήταν με ποσοστό 19.1% και το Νοσοκομείο με 13.2%.

Επισκέπτεστε τακτικά τον ιατρό που σας χορήγησε τη φαρμακευτική αγωγή;	Frequency	Percent (%)
Πολύ συχνά	18	11.8
Μία φορά στους 3 μήνες	40	26.3
Σπανίως	85	55.9
Καμία φορά μετά την έναρξη της αγωγής	9	5.9
Σύνολο	152	100

Πίνακας 14: Συχνότητα επίσκεψης των ερωτηθέντων στον ιατρό που χορήγησε τη φαρμακευτική αγωγή

Σύμφωνα με τον πίνακα 14, οι περισσότεροι ερωτηθέντες επισκέπτονται τον ιατρό που χορήγησε τη φαρμακευτική αγωγή τους Σπανίως, με ποσοστό 55.9%. Μία φορά στους 3 μήνες επισκέπτονται τον γιατρό το 26.3%, μόλις το 11.8% τον επισκέπτεται Πολύ συχνά και το 5.9% δεν έχει επισκεφτεί τον γιατρό Καμία φορά μετά την έναρξη της αγωγής του.

Απευθυνθήκατε σε άλλο γιατρό στην πορεία της αγωγής:	Frequency	Percent (%)
Καμία φορά	94	61.8
Μία φορά	31	20.4
Δύο φορές	21	13.8
Περισσότερες	3	2
Σύνολο	149	98
Λείπουν	3	2

Πίνακας 15: Πιθανότητα επίσκεψης των ερωτηθέντων σε άλλο γιατρό στην πορεία της αγωγής

Με βάση τον πίνακα 15, το 61.8% των ερωτηθέντων δεν έχει επισκεφτεί άλλον γιατρό στην πορεία της αγωγής Καμία φορά, το 20.4% έχει επισκεφτεί Μία φορά, το 13.8% επισκέφτηκε Δύο φορές και το 2% Περισσότερες από Δύο φορές.

Αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή	Frequency	Percent (%)
Καμία φορά	74	48.7
Μία φορά	36	23.7
Δύο φορές	24	15.8
Περισσότερες	13	8.6
Σύνολο	147	96.7
Λείπουν	5	3.3

Πίνακας 16: Πιθανότητα αλλαγής της φαρμακευτικής αγωγής των ερωτηθέντων

Το 48.7% των ερωτηθέντων δεν έχει αλλάξει την φαρμακευτική αγωγή του Καμία φορά, Με βάση τον πίνακα 16. Το 23.7% την έχει αλλάξει Μία φορά, το 15.8% την άλλαξε Δύο φορές και το 8.6% Περισσότερες από Δύο φορές.

Για ποιο λόγο προχωρήσατε σε αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής;	Frequency	Percent (%)
Μη ανεκτές ανεπιθύμητες ενέργειες	15	9.9
Δύσκολο στην τήρηση δοσολογικό σχήμα	3	2
Μικρή ή καθόλου βελτίωση	52	34.2
Επιδείνωση	9	5.9
Υποτροπή	5	3.3
Σύνολο	84	55.3
Λείπουν	68	44.7

Πίνακας 17: Αιτιολογία αλλαγής της φαρμακευτικής αγωγής των ερωτηθέντων

Η αιτία αλλαγής της φαρμακευτικής αγωγής των ερωτηθέντων με ποσοστό 34.2%, έγκειται στην Μικρή ή καθόλου βελτίωση, έπειτα έγκειται στις Μη ανεκτές ανεπιθύμητες ενέργειες με ποσοστό 9.9%, μετέπειτα με ποσοστό 5.9% λόγω Επιδείνωση, μετά λόγω Υποτροπή με 3.3% και τέλος η Δυσκολία στην τήρηση του δασολογικού σχήματος με ποσοστό 2%.

Ποια είναι η κύρια παρενέργεια που παρατηρείτε από τη λήψη των αντικαταθλιπτικών;	Frequency	Percent (%)
Αύξηση βάρους	67	44
Υπνηλία, αίσθημα κόπωσης	42	27.7
Ναυτία	12	7.9
Ξηροστομία	22	17.4
Στυτική δυσλειτουργία, μειωμένη λίμπιντο	12	7.9
Αυτοκτονικές τάσεις	5	3.3

Πίνακας 18: Πιθανές παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών στους ερωτηθέντες

Οι παρενέργειες που αντιμετώπισαν οι ερωτηθέντες κατά την αγωγή των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ήταν με ποσοστό 44% η Αύξηση του βάρους, έπειτα η Υπνηλία και το αίσθημα της κόπωσης με 27.7%, μετέπειτα η Ξηροστομία με 17.4%, μετά η Ναυτία και η Στυτική δυσλειτουργία και η μειωμένη λίμπιντο με ποσοστό 7.9% αντίστοιχα, και τέλος οι Αυτοκτονικές τάσεις με 3.3%.

Λαμβάνετε ταυτόχρονα άλλα ψυχοτρόπα φάρμακα;	Frequency	Percent (%)
Αγχολυτικά	78	51.3
Υπνωτικά	21	13.8
Αντιψυχωσικά	15	9.9
Σύνολο	114	75
Λείπουν	38	25

Πίνακας 19: Λήψη και άλλων ψυχοτρόπων φαρμάκων των ερωτηθέντων

Τα άλλα ψυχοτρόπα φάρμακα που λαμβάνουν οι ερωτηθέντες ταυτόχρονα με τα αντικαταθλιπτικά είναι με ποσοστό 51.3% τα Αγχολυτικά έπειτα τα Υπνωτικά με 13.8% και τέλος τα Αντιψυχωσικά με 9.9%.

Συνυπάρχουσες παθήσεις	Frequency	Percent (%)
Σακχαρώδης διαβήτης	18	11.9
Υπερλιπιδαιμία	41	26.9
Αρτηριακή υπέρταση	43	28.3
Καρδιοπάθεια	9	5.9
Θυρεοειδοπάθεια	20	13.2
Νεοπλασία	3	2
Παχυσαρκία	26	17.1
ΧΑΠ (αποφρακτική πνευμονοπάθεια)	11	7.3
Ημικρανία	7	12.5

Πίνακας 20: Συνυπάρχουσες παθήσεις των ερωτηθέντων

Οι συνυπάρχουσες παθήσεις των ερωτηθέντων ήταν η Αρτηριακή υπέρταση με 28.3%, έπειτα η Υπερλιπιδαιμία με 26.9%, μετέπειτα η Παχυσαρκία με 17.1, μετά η Θυρεοειδοπάθεια με 13.2%. Ακόμη ακολουθεί η Ημικρανία με 12.5%, ο Σακχαρώδης διαβήτης με 11.9%, η ΧΑΠ (αποφρακτική πνευμονοπάθεια) με 7.3% και τέλος η Καρδιοπάθεια με 5.9%.

Κατανάλωση αλκοόλ ταυτόχρονα με την αγωγή.	Frequency	Percent (%)
Ποτέ	61	40.1
Περιστασιακά	60	39.5
2-3 φορές την εβδομάδα	16	10.5
Καθημερινά	7	4.6
Σύνολο	144	94.7
Λείπουν	8	5.3

Πίνακας 21: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ ταυτόχρονα με την αγωγή των ερωτηθέντων

Το 40.1% των ερωτηθέντων δεν καταναλώνει Ποτέ αλκοόλ ταυτόχρονα με την αγωγή του, το 39.5% καταναλώνει Περιστασιακά, το 10.5% 2-3 φορές την εβδομάδα και το 4.6% καταναλώνει Καθημερινά.

Πόσο πιστεύετε πως έχει επηρεάσει η φαρμακευτική αγωγή την ποιότητα ζωής σας;	Frequency	Percent (%)
Καθόλου	14	9.2
Θετικά	113	74.3
Αρνητικά	15	9.9
Πλήρης ίαση	7	4.6
Σύνολο	149	98
Λείπουν	3	2

Πίνακας 22: Ποσοστό επηρεασμού της φαρμακευτικής αγωγής στην ποιότητα της ζωής των ερωτηθέντων

Η ποιότητα της ζωής των ερωτηθέντων επηρεάστηκε θετικά από την φαρμακευτική αγωγή με ποσοστό 74.3%, το 9.9% επηρεάστηκε Αρνητικά, το 9.2% δεν επηρεάστηκε Καθόλου και μόλις το 4.6% είχε Πλήρης ίαση.

Με ποιους άλλους τρόπους εκτός της φαρμακευτικής αγωγής, επιδιώκετε τη θεραπεία;	Frequency	Percent (%)
Ψυχοθεραπεία	13	8.6
Άσκηση, δραστηριότητες στη φύση	18	11.8
Τροποποίηση καθημερινών συνηθειών-δραστηριοτήτων	28	18.4
Καμία άλλη αλλαγή πλην της λήψης αντικαταθλιπτικών	81	53.3
Σύνολο	140	92.1
Λείπουν	12	7.9

Πίνακας 23: Επιπλέον τρόποι θεραπείας, εκτός της φαρμακευτικής αγωγής, των ερωτηθέντων

Κανέναν άλλο τρόπο θεραπείας, εκτός της φαρμακευτικής αγωγής, δεν υιοθετούν οι ερωτηθέντες με ποσοστό 53.3%, αντιθέτως το 18.4% τροποποιεί καθημερινές συνήθειες-δραστηριότητες, το 11.8% υιοθετεί την Άσκηση και τις δραστηριότητες στη φύση, ενώ το 8.6% κάνει Ψυχοθεραπεία.

Πως αξιολογείτε την φροντίδα υγείας που μπορείτε να έχετε σχετικά με την ψυχική διαταραχή κατοικώντας σε αγροτική περιοχή.	Frequency	Percent (%)
Ανύπαρκτη (απουσία δομών ψυχικής υγείας και ιδιώτη ψυχιάτρου, ανεπαρκής πρωτοβάθμια φροντίδα)	65	42.8
Σχετικά ικανοποιητική	59	38.8
Ικανοποιητική - εύκολη πρόσβαση στους ειδικούς ψυχικής υγείας κοντινών αστικών κέντρων.	19	12.5
Σύνολο	143	94.1
Λείπουν	9	5.9

Πίνακας 24: Αξιολόγηση της φροντίδας υγείας σχετικά με την ψυχική διαταραχή στην αγροτική περιοχή των ερωτηθέντων

Το 42.8% των ερωτηθέντων, αξιολογεί την φροντίδα υγείας τους σχετικά με την ψυχική διαταραχή στην αγροτική περιοχή που διαμένουν Ανύπαρκτη (απουσία δομών ψυχικής υγείας και ιδιώτη ψυχιάτρου, ανεπαρκής πρωτοβάθμια φροντίδα), το 38.8% την αξιολογεί Σχετικά ικανοποιητική, ενώ το 12.5% την θεωρεί Ικανοποιητική δηλαδή με εύκολη πρόσβαση στους ειδικούς ψυχικής υγείας κοντινών αστικών κέντρων.

Πως θεωρείτε πως επιδρά η διαμονή σας σε αγροτική περιοχή στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών συμπτωμάτων;	Frequency	Percent (%)
Θετικά (πιο στενές διαπροσωπικές σχέσεις, επαφή με τη φύση, χαλαρός ρυθμός ζωής)	52	34.2
Καμία επίδραση	45	29.6
Αρνητικά (έλλειψη διεξόδων, ελλιπής ιατρική φροντίδα)	51	33.6
Σύνολο	148	97.4
Λείπουν	4	2.6

Πίνακας 25: Επίδραση διαμονής σε αγροτική περιοχή στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών συμπτωμάτων των ερωτηθέντων

Με ποσοστό 34.2% οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η διαμονή σε αγροτική περιοχή σχετικά με την αντιμετώπιση των ψυχολογικών συμπτωμάτων επιδρά Θετικά (πιο στενές διαπροσωπικές σχέσεις, επαφή με τη φύση, χαλαρός ρυθμός ζωής) ενώ με μικρή διαφορά έπεται η άποψη της Αρνητικής επίδρασης (έλλειψη διεξόδων, ελλιπής ιατρική φροντίδα) με ποσοστό 33.6% και το 29.6% θεωρεί ότι δεν υπάρχει κάποια επίδραση.

4.3 Συζήτηση

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική αύξηση στην χρήση αντικαταθλιπτικών. Την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας οι πωλήσεις των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σημείωσαν άνοδο της τάξης 515%. Στην Ελλάδα από τον Ιανουάριο έως το Σεπτέμβριο του 2013, τα τέσσερα πιο δημοφιλή αντικαταθλιπτικά (zoloft, ladose, efexor, seroxat) σημείωσαν πωλήσεις συνολικού ύψους άνω των πενήντα εκατομμυρίων ευρώ. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι η κατηγορία των αντικαταθλιπτικών είναι η δεύτερη σε κατανάλωση στη χώρα μας μετά τα φάρμακα για τις καρδιαγγειακές παθήσεις με μερίδιο αγοράς 16,6%. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) σήμερα καταναλώνονται περίπου 144 εκατομμύρια χάπια το χρόνο. Η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων αναδεικνύει επίσης δύο πλευρές ενός πολυεπίπεδου προβλήματος. Αφενός, οι σύγχρονοι Έλληνες ενημερώνονται καλύτερα για τις ψυχικές νόσους και πηγαίνουν πολύ πιο εύκολα σε ένα ειδικό της ψυχικής υγείας καταρρίπτοντας κοινωνικά ταμπού ετών. Αφετέρου, η σύγχρονη πιεστική και αγχώδης καθημερινότητα αυξάνει τα κρούσματα κατάθλιψης με ιλιγγιώδη ταχύτητα. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε η λήψη αντικαταθλιπτικών σε κατοίκους της επαρχίας Φαρσάλων. Αρχικά, σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι είναι άνδρες, με συχνότητα 69%, αποτέλεσμα που δεν παρατηρείται συχνά σε σχετικές μελέτες όπου η πλειοψηφία των ασθενών με συναισθηματικές και ψυχικές διαταραχές είναι γυναίκες. Στην Ελλάδα, έρευνες (Argyriadou et. al., 2001; Papadopoulos et. al., 2005) για την εκτίμηση του επιπολασμού και της επικράτησης της κατάθλιψης σε αγροτικούς πληθυσμούς άνω των 60 ετών έχουν δείξει επιπολασμό ήπιας/μέτριας κατάθλιψης, της τάξης του 27% και μέτριας/σοβαρής κατάθλιψης, της τάξης του 12%. Η επικράτηση της νόσου στις γυναίκες κυμαίνεται από 29,9% ως 33% και στους άνδρες από 19,6% ως 20%. Πιο πρόσφατη μελέτη (Μπαμπάτσικου, 2007) και με δείγμα (428 άτομα), διερεύνησε την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων σε αστική περιοχή της Ελληνικής επικράτειας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε άνδρες και γυναίκες άνω των 60 ετών, σε εννέα Κ.Α.Π.Η. του νομού Αττικής. Τα αποτελέσματα έδειξαν 33,6% «μέτρια» και 12,25% «σοβαρή» κατάθλιψη, ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν, στοιχεία σοβαρής κατάθλιψης σε τριπλάσιο ποσοστό (18,4%), συγκριτικά με τους άνδρες (6,1%). Το ποσοστό που βρήκαμε στη δική μας μελέτη εξηγείται ίσως από το είδος του δείγματος, αλλά αποδεικνύει ότι η αγροτική ζωή, συχνά μακριά από τα παιδιά ή μετά την απώλεια της συζύγου, είναι επιβαρυντική συναισθηματικά και για τους άνδρες, κυρίως στην ηλικία 50-70. Στην ηλικιακή αυτή ομάδα εντάσσεται η πλειοψηφία των συμμετεχόντων.

Το επάγγελμα των περισσότερων είναι οικιακά και ακολουθούν οι συνταξιούχοι. Η έλλειψη ενασχόλησης και η παραμονή στο σπίτι το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, αποδεικνύεται ότι αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης ψυχικής διαταραχής. Το αποτέλεσμα αυτό είναι όμοιο με τα στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου (2006), σύμφωνα με το οποίο οι συνταξιούχοι και οι εργαζόμενοι στο σπίτι δηλώνουν συχνότερα πως αντιμετωπίζουν αρνητικά συναισθήματα.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, οι περισσότεροι είναι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης, αποτέλεσμα αναμενόμενο, αφού η μεγάλη πλειοψηφία των κατοίκων της περιοχής ανήκει στην κατηγορία αυτή.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι παντρεμένοι, αλλά και οι χήροι και οι διαζευγμένοι καταλαμβάνουν αθροιστικά σημαντικό ποσοστό(39%), αποτέλεσμα που συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που υποστηρίζουν πως η μοναξιά είναι παράγοντας επιβαρυντικός για την ψυχική υγεία.

Η ηλικία έναρξης λήψης της αγωγής είναι κυρίως στην ομάδα 51-70 και έπεται η ηλικιακή ομάδα 31-50 ετών. Συμπεραίνουμε πως η ηλικιακή ομάδα 51-70 ετών κατά την οποία αντιμετωπίζονται καταστάσεις όπως η εμμηνόπαυση στις γυναίκες, συχνά επαγγελματικά-οικονομικά προβλήματα, ή η συνταξιοδότηση, είναι περισσότερο πιθανό να παρουσιάσει καταθλιπτικά συμπτώματα.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ξεκίνησαν τη λήψη αντικαταθλιπτικών πριν από 1 έως 3 χρόνια, ενώ συνολικά το 80% περίπου των ερωτηθέντων παίρνει την αγωγή για περισσότερο από ένα χρόνο. Επιβεβαιώνεται έτσι πως οι ψυχικές διαταραχές απαιτούν συχνά μακροχρόνια αντιμετώπιση, αλλά είναι πιθανό, μέρος των περιστατικών αυτών να προβαίνει σε άσκοπη ή λανθασμένη μακροχρόνια χορήγηση χωρίς τις απαραίτητες ιατρικές ενδείξεις. Πρέπει να επισημανθεί πως τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι ακίνδυνα σκευάσματα και η λήψη τους πρέπει να διαρκεί μόνο όσο χρειάζεται για την ίαση του ασθενούς, υπό την παρακολούθηση και τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού.

Στην εν λόγω έρευνα, συμπεραίνουμε ότι τα συμπτώματα που οδήγησαν τους ερωτηθέντες στην αναζήτηση βοήθειας, ήταν κατά κύριο λόγο η συνεχής θλίψη, η απογοήτευση, το αίσθημα ματαιότητας και η αδημονία έπειτα η δυσκολία στην ενασχόληση με τις καθημερινές δραστηριότητες και το αίσθημα της κόπωσης, τα πιο χαρακτηριστικά δηλαδή γνωρίσματα της μείζονος κατάθλιψης, ενώ σε πολύ μικρότερο ποσοστό(27% αθροιστικά), χρησιμοποιήθηκαν για την ανακούφιση αγχώδους διαταραχής ή κρίσεων πανικού.

Η κύρια εκτιμώμενη αιτία εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής των ερωτηθέντων είναι οι Οικογενειακοί-προσωπικοί λόγοι και ακολουθεί αυτή της

Οικονομικής κρίσης με ποσοστό 23,7%. Φαίνεται πως η οικονομική δυσπραγία των τελευταίων ετών έχει επηρεάσει κυρίως τους άνδρες ερωτηθέντες, το ποσοστό όμως δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό. Συμπεραίνουμε πως στην επαρχία και συγκεκριμένα στον αγροτικό πληθυσμό, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης δεν είναι τόσο έντονες όσο σε αστικούς πληθυσμούς, των οποίων το εισόδημα έχει πληγεί περισσότερο.. Ακόμη αξίζει να επισημάνουμε πως σχεδόν 2 στις 3 γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη, θεώρησαν τις ορμονικές αλλαγές της εμμηνόπαυσης ως μία από τις κύριες αιτίες της εμφάνισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία, που περιγράφει την περίοδο αυτή ως την πλέον δύσκολη για τη σωματική και την ψυχική υγεία της γυναίκας.

Ακόμα, από την παρούσα έρευνα προκύπτει πως η αρχική παρότρυνση για αναζήτηση βοήθειας, ήταν για άλλους από γιατρό άλλης ειδικότητας, από φαρμακοποιό ή μέλος της οικογένειας χωρίς να προηγείται σημαντικά κάποιο από τα παραπάνω..Σημαντικός πάντως φαίνεται να είναι ο ρόλος του φαρμακοποιού προς την κατεύθυνση αυτή, αφού ιδίως στην επαρχία, έχει προσωπική σχέση με τους ασθενείς-πελάτες του, μπορεί να αναγνωρίζει μεταβολές στη συμπεριφορά τους και είναι ένας λειτουργός υγείας που εμπιστεύονται και σε ευαίσθητα ζητήματα όπως αυτά της ψυχικής υγείας.

Η αρχική στάση των ερωτηθέντων σχετικά με τη λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ήταν επιφυλακτική. στο μεγαλύτερο ποσοστό (62,5%). Παρατηρούμε πως ακόμη και στον πληθυσμό αγροτικής περιοχής όπου πραγματοποιήθηκε η μελέτη, είναι μικρό το ποσοστό όσων είχαν αρνητική στάση ως προς τη λήψη αντικαταθλιπτικών (18,4%). Η ενημέρωση για τα προβλήματα ψυχικής υγείας, αν και ακόμη ανεπαρκής, έχει σαφώς περιορίσει την προκατάληψη και το στιγματισμό που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές και αποθαρρύνουν ή αποτρέπουν τους πάσχοντες να απευθυνθούν στους ειδικούς.

Η ειδικότητα του γιατρού έναρξης της αγωγής των ερωτηθέντων μας, ήταν ψυχίατρος σε ποσοστό 50% περίπου, ενώ πολύ σημαντικό ποσοστό αυτών λαμβάνει τα αντικαταθλιπτικά υπό την παρακολούθηση παθολόγου ή γενικού γιατρού. Πρέπει να σημειωθεί πως οι γιατροί άλλων ειδικοτήτων λόγω της πολυμορφίας με την οποία εμφανίζεται, η άτυπη πολλές φορές συμπτωματολογία της, η ικανότητά της να υποδύεται και να μιμείται οποιαδήποτε νόσο, μόνο στο 50% των ασθενών κάνουν σωστή διάγνωση. Οι γενικοί γιατροί θα έπρεπε να παραπέμπουν τους ασθενείς σε ειδικούς ψυχιάτρους οι οποίοι είναι σε θέση να κάνουν διαφορική διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, να τους ενημερώσουν και να τους καθοδηγήσουν για την ορθή λήψη της αγωγής τους. Το ποσοστό αυτό στην περιοχή της μελέτης μας μπορεί εν μέρει να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι η παρακολούθηση από ειδικό ψυχίατρο επιβάλλει μετακίνηση στα πλησιέστερα αστικά κέντρα. Επιπρόσθετα προκύπτει από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, πως η πλειοψηφία

των συμμετεχόντων (67,1%) παρακολουθείται από ιδιώτες γιατρούς, γεγονός που καταδεικνύει τις ελλείψεις του δημόσιου συστήματος υγείας και ιδιαίτερα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, που είναι ανεπαρκής για την κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας των πολιτών, ιδίως στην επαρχία.

Η συχνότητα επισκέψεων στον θεράποντα ιατρό φαίνεται πως είναι πολύ μικρή, αφού το 55,9% των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, τον επισκέπτονται σπάνια.. Φαίνεται λοιπόν πως οι περισσότεροι δεν είναι σωστά ενημερωμένοι για τον τρόπο που πρέπει να αντιμετωπίζονται οι διαταραχές του συναισθήματος και είναι σχεδόν βέβαιο πως με πλημμελή παρακολούθηση γίνεται άσκοπη ή λανθασμένη χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Η κατάσταση αυτή εγκυμονεί κινδύνους για τη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή και δρα ανασταλτικά στη θεραπεία της ψυχικής διαταραχής.

Η πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν δεν έχει επισκεφτεί άλλο γιατρό κατά την πορεία της αγωγής. Ένα ποσοστό βέβαια που προσεγγίζει το 30%, δήλωσε πως απευθύνθηκε και σε άλλο γιατρό, αποβλέποντας στην πλήρη ίαση της ψυχικής διαταραχής. Σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων δεν άλλαξε ποτέ την αρχικά προτεινομένη αγωγή. Από όσους προχώρησαν σε αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής, οι περισσότεροι επικαλέστηκαν στασιμότητα στην κατάστασή τους. Παρατηρούμε πως μόλις το 10% αυτών θεώρησε τις ανεπιθύμητες ενέργειες της αγωγής μη ανεκτές, στοιχείο που επιβεβαιώνει τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, με βάση τα οποία τα νεότερα αντικαταθλιπτικά έχουν ελάχιστες και ήπιες παρενέργειες. Μόλις το 2% όσων τροποποίησαν τη φαρμακευτική αγωγή, απέδωσε την αλλαγή στο δύσκολο δασολογικό σχήμα, αφού τα νεότερα φάρμακα της κατηγορίας λαμβάνονται σε μία δόση την ημέρα. Οι παρενέργειες που αντιμετώπισαν οι ερωτηθέντες, ήταν (κατά φθίνουσα σειρά) η αύξηση του βάρους, η Υπνηλία και το αίσθημα της κόπωσης, η Ξηροστομία, η Ναυτία, η Στυτική δυσλειτουργία και η μειωμένη λίμπιντο και τέλος οι Αυτοκτονικές τάσεις όπως αναφέρεται και στη βιβλιογραφία (Kramer 1998).

Σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά το 50% περίπου των ερωτηθέντων λαμβάνει και αγχολυτικά φάρμακα, ενώ πολύ λιγότεροι είναι αυτοί που λαμβάνουν υπνωτικά ή αντιψυχωσικά. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι τα αντικαταθλιπτικά συχνά λαμβάνονται και για τη θεραπεία αγχωδών διαταραχών ή ψυχώσεων, και συχνά τα όρια των διαταραχών αυτών είναι ασαφή, ή αλληλεπικαλύπτονται.

Στις συνυπάρχουσες παθήσεις, σημαντική θέση κατέχει η υπερλιπιδαιμία, η αρτηριακή υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης, κάτι που μπορεί να ερμηνευτεί και από τον υψηλό τελικά μέσο όρο ηλικίας των συμμετεχόντων. Η θυρεοειδοπάθεια σε ποσοστό 13,2% μπορεί να είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Αρκετά μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων προέκυψε πως δεν καταναλώνει ποτέ αλκοόλ ταυτόχρονα με την αγωγή του, αλλά το 455 περίπου συνεχίζει να καταναλώνει αλκοόλ από περιστασιακά, μέχρι και σε καθημερινή βάση, αγνοώντας τις συνέπειες για την πορεία της αγωγής του. Με βάση τα όσα ειπώθηκαν προηγουμένως, πρέπει να σημειωθεί ότι όταν κανείς λαμβάνει θεραπευτική αγωγή ψυχιατρικών φαρμάκων, δεν πρέπει να καταναλώνει αλκοόλ. Οι αλληλεπιδράσεις με το αλκοόλ είναι πολύπλοκες και γενικά είτε οδηγούν σε σοβαρές και ανεπιθύμητες παρενέργειες είτε υποβαθμίζουν τη θεραπευτική ικανότητα των φαρμάκων ως αποτέλεσμα να μένει αυτό το φάρμακο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μέσα στον οργανισμό. Ακόμη και σε μικρές ποσότητες το οινόπνευμα αυξάνει τη δράση των φαρμάκων και συνεπώς προκαλεί παρενέργειες πιο έντονες και μεγαλύτερης διάρκειας, ιδιαίτερα υπνηλία και απότομη πτώση του επιπέδου της αυτοσυγκέντρωσης. Όταν αυτή η τακτική συνεχίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να παρατηρηθεί και εθισμός στο φάρμακο με συνέπεια αυτό να μην έχει καμιά επίδραση στον οργανισμό. Επίσης η αντικαταθλιπτική αγωγή σε συνδυασμό με το αλκοόλ οδηγεί σε καταστολή λόγω της αθροιστικής τους δράσης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Επίσης ελλοχεύει και ο κίνδυνος αύξησης της αρτηριακής πίεσης (Ιμπιάλος και συν., 2010).

Η ποιότητα της ζωής των ερωτηθέντων σύμφωνα με τη δική τους εκτίμηση, επηρεάστηκε θετικά από την φαρμακευτική αγωγή στην πλειοψηφία τους. Μικρός είναι όμως ο αριθμός αυτών που εκτιμούν πως έχουν επιστρέψει στην κατάσταση πλήρους ψυχικής ευεξίας. Ακόμη το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών αντιμετωπίζει τη φαρμακευτική αγωγή ως το μόνο τρόπο θεραπείας της ψυχικής διαταραχής. Λίγοι είναι αυτοί που κάνουν ταυτόχρονα ψυχοθεραπεία και ελάχιστοι τροποποιούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες αποσκοπώντας στη βελτίωση της ψυχικής τους διάθεσης.

Οι ερωτηθέντες αξιολογούν την φροντίδα υγείας σχετικά με την ψυχική διαταραχή τους στον Δήμο Φαρσάλων και την περιφέρεια αυτής, ως ανύπαρκτη (απουσία δομών ψυχικής υγείας και ιδιώτη ψυχιάτρου, ανεπαρκής πρωτοβάθμια φροντίδα) σε ποσοστό 42,8%. Λιγότεροι είναι αυτοί που τη θεωρούν σχετικά ικανοποιητική, ενώ ελάχιστοι είναι αυτοί που θεωρούν πως οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που τους παρέχονται κατοικώντας στην επαρχία, καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες τους.

Τέλος, το 1/3 περίπου των ερωτηθέντων, θεωρούν πως η διαμονή τους στην επαρχία επιδρά θετικά στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών συμπτωμάτων, αφού πιστεύουν πως η επαφή με τη φύση και οι στενότερες διαπροσωπικές σχέσεις με τους συμπολίτες τους βελτιώνουν την ψυχική τους υγεία. Περίπου ίσο ποσοστό συμμετεχόντων θεωρεί πως η έλλειψη διεξόδων που χαρακτηρίζει τη ζωή στην επαρχία και η ελλιπής ιατρική φροντίδα επιδεινώνει τις ψυχικές διαταραχές. Είναι ενδιαφέρον να σημειώσουμε, πως όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα οι ασθενείς που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες άνω των 50 ετών

είναι αυτοί που κρίνουν ως θετική για την ψυχική τους υγεία τη ζωή στην επαρχία. Αντίθετα όσο μειώνεται η ηλικία των ερωτηθέντων, αυξάνεται η δυσαρέσκεια τους για τη ζωή στην επαρχία και την επίδραση της στην εμφάνιση και αντιμετώπιση συναισθηματικών και ψυχικών διαταραχών.

	Θετικά	Καμία επίδραση	Αρνητικά
18-30	0.7% (n=1)	0% (n=0)	2.6% (n=4)
31-50	3.3% (n=5)	6.6% (n=10)	15.8% (n=24)
51-70	15.8% (n=24)	15.8% (n=24)	9.9% (n=15)
70 και άνω	14.5% (n=22)	7.2% (n=11)	5.3% (n=8)

Πίνακας 26: Επίδραση της διαμονής στην επαρχία στην ψυχική υγεία των ερωτηθέντων

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε πως η λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται με τη σύσταση και τη συνεχή παρακολούθηση ειδικού γιατρού.. Ο ασθενής πρέπει με τη βοήθεια του θεράποντος ιατρού, αλλά και του φαρμακοποιού, να ενημερώνεται πλήρως για τον τρόπο δράσης και τις παρενέργειες των φαρμάκων που του χορηγούνται, ώστε να πιστέψει στην αγωγή του και να συμμορφωθεί πλήρως με τις οδηγίες τους. Η πλήρης ίαση της ψυχικής διαταραχής είναι τότε πιο πιθανή. Ακόμη επιβάλλεται η ενίσχυση των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας με επαγγελματίες υγείας εξειδικευμένους στις ψυχικές διαταραχές, ώστε να διακρίνουν, να διαγνώσουν ορθά και να καθοδηγήσουν τους πάσχοντες, με σκοπό την ανάκτηση της ψυχικής τους υγείας.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Αγγελόπουλος Νικηφόρος Ιατρική Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία Εκδ. Βήτα 2008
- Αλεβίζος Β. Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2008.
- Brown E. Η Νοσηλευτική στη ψυχική Υγεία. Επιμέλεια: Κυρίτση Ελένη, Εκλ., Λαγός, Αθήνα, 2009.
- Γαρούφαλλος Γ. Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου 2008; 5:37-46.
- Ewles, L. & Simnett, I. (2011). *Προάγοντας την Υγεία: Ένας Πρακτικός Οδηγός*. (Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Μεράκου, Α. Κ., Μπαρμπούνη, Κ. Α. & Κουρέα-Κρεμαστινού, Τζ.) Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης Α.Ε..
- George Arana, .D Steven E.Hyman, .D., *Ψυχοφαρμακολογία*, Επιμέλεια: Ιωάννης Ν.Νέστορος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, σελ.66,123135, 175177, 192 , 2003
- Ιμπιάλος και συν., 2010. Αλκοόλ: Όλη η ιατρική πραγματικότητα, *Η ιατρική σήμερα*. ΙΘ (60): 36-37
- Ιωαννίδη Ελισάβετ, Μάντη Παναγιώτα, Λοπατατζίδης Αθανάσιος (1999) *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*. Τόμος Α. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Κατσουγιαννόπουλος, Β. (2001). (2η εκδ.) *Υγιεινή και Κοινωνική Ιατρική. Τόμος Πρώτος Υγιεινή*. Αθήνα: Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε..
- Κουρέα- Κρεμαστινού Τ., (2007), *Δημόσια Υγεία, Θεωρία-Πράξη-Πολιτικές*, Τεχνόγραμμα.
- Λυκούρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2009.
- Μπαμπάτσικου Φ. Κατάσταση υγείας και προσδιοριστικοί παράγοντες σε ηλικιωμένους. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα 2007.
- Μιχαηλίδης Ε, Παπανικολάου Ν, Κανγά-Παλτόγλου, Μπέλλος Γ. Ανίχνευση της κατάθλιψης σε γηριατρικό πληθυσμό με αυξημένη συχνότητα επισκέψεων στα τακτικά ιατρεία Κέντρου Υγείας. Πρακτικά 6^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου για Θέματα Γεροντολογίας και Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρεία. Σύνοδρον, Αθήνα 2000; 276-277.
- Πολυκανδριώτη Μ., Στεφανίδου Σ., (2013), Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς, *Το βήμα του Ασκληπιού*. 12(4): 397
- Σολδάτος Κ. Άγχος και κατάθλιψη : εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. 25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο, 2005.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2008). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία, Δημόσια Διαβούλευση για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη

Χριστοδούλου ΓΝ. Κατάθλιψη. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2005.

Χατζάκη Α. Σύγχρονη και βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης. Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές επιλογές. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2008;25(4):456-462.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Argyriadou S, Melissopoulou H, Krania E, Karagiannidou A, Vlachonicolis I, Lionis C. Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece Family Practice. Fam Pract 2001; 18 (1): 87-91

American psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-VI*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Christensen KS., Sokolowski I., Olesen F. Case-finding and risk-group screening for depression in primary care. Scand J Prim Health Care. 2011;29(2):80-4.

Compton MT, Nemeroff CB: The treatment of bipolar depression. J Clin Psychiatry62, 2000.

Green, J. & Tones, K. (2010). (2nd ed.) *Health Promotion: Planning and Strategies*.

London: Sage Publications Ltd

Jahoda M. Current Concepts of Positive Mental Health. Basic Books, New York, 1958

Helvik A.S., Engedal K., Krokstad S, Selbaek G. (2011). *A comparison of life satisfaction in elderly medical inpatients and the elderly in a population-based study: Nord-Trondelag Health Study 3*. Scandinavian journal of public health, 39(4), 337-44.

Kramer P.D. «*Listening to Prozac*», New York: Viking, 1993

Lucas, K. & Lloyd, B. (2005). *Health Promotion: Evidence and Experience*. London: Sage Publications Ltd.

Nolen WA, Bloemkolk D: Treatment bipolar dipression: a review of the literature and a suggestion for an algorithm. Neuropsychobiology 42, 2000.

O'Donnell, M. (2009). *American Journal of Health Promotion*, 24(1):iv.

Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A, Katsiardani KP, Trichopoulos D, Lyketsos C. Prevalence and correlates of depression in late

life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20 (4):350-357.

Scriven, A. (2010). (6th ed) *Promoting Health: A Practical Guide*. Elsevier Ltd.

Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, et al: The Expert Consensus Guideline Series: medication treatment of bipolar disorder 2000. Postcard Med

Stein L. «*Effects and interactions of imipramine, chlorpromazine, reserpine, and amphetamine on self-stimulation. Possible neurophysiological basis of depression*», In Wortis J. (Editions), *Recent advances in biological psychiatry*, σελ. 288308, 1962

Thase ME, Sachs GS: Bipolar depression. *Biol psychiatry* 2000.

Thompson C., Kinmonth AL., Stevens L., Peveler RC., Stevens A., Ostler KJ., et al.. Effects of a clinical practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355 (9199): 185-191.

Tsigos C., Chrousos G. Hypothalamic– pituitary–adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 53(4) : 865– 871.

Zarate CA, Jr, Tohen M, Baldessarone RJ: Clozapine in severe mood disorders *J Psychiatry*, 1995.

Zornberg GL, Pope HG Jr: Treatment of depression in bipolar disorder: new directions for research. *G Clin psychopharmacol* 1993.

WHO (1984). *Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts and Principles*. Copenhagen: WHO.

Wouters H, Bouvy ML, Van Geffen ECH antidepressants in primary care *Dovepress* feb 2014
vol2014:8 p179-190

Πηγές από το διαδίκτυο

WHO (2006). *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents*, 45th edition. Geneva: WHO. Διαθέσιμο στο: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf .

WHO. Depression 2009. Διαθέσιμο από http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

<http://www.Psychologia.gr>

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1.Φύλο

_γυναίκα

_άνδρας

2.Ηλικία

_18-30

_30-50

_50-70

_>70

3.Επάγγελμα

_αγρότης-κτηνοτρόφος

_οικιακά

_συνταξιούχος

_δημόσιος υπάλληλος

_ελεύθερος επαγγελματίας

-ιδιωτικός υπάλληλος

-άνεργος

4.Εκπαίδευση

_υποχρεωτική

_απόφοιτος λυκείου

_ανώτερη-ανώτατη

5.Οικογενειακή κατάσταση

_ελεύθερος

_παντρεμένος

_διαζευγμένος

_χήρος

6..Πότε ξεκινήσατε τη λήψη αντικαταθλιπτικών;

_ τους τελευταίους 6 μήνες

_από 6 μήνες έως 1 χρόνο πριν

1 έως 3 χρόνια πριν
 περισσότερα

7. Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε τη λήψη αντικαταθλιπτικών;

18-30
 30-50
 50-70
 >70

8. Εκτιμώμενη αιτία εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής:

θάνατος προσφιλούς προσώπου
 οικονομική κρίση
 εμμηνόπαυση
 συνταξιοδότηση
 οικογενειακοί-προσωπικοί λόγοι
 άλλο
Δεν υπήρξε κάποια αιτία

9. Ποιο από τα παρακάτω σας οδήγησε στην αναζήτηση βοήθειας;

συνεχής θλίψη, απογοήτευση, αίσθημα ματαιότητας, ανηδονία
 δυσκολία στην ενασχόληση με τις καθημερινές δραστηριότητες, αίσθημα κόπωσης
 διαταραχές στη λήψη τροφής (ανορεξία, υπερφαγία), αυπνία ή υπνηλία
γενικευμένο άγχος
κρίσεις πανικού
καταναγκασμοί (επίμονες, επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις ή πράξεις)
 άλλο

10. Ποιος σας πρότεινε να απευθυνθείτε σε γιατρό που διέγνωσε την ψυχική διαταραχή και συνταγογράφησε τη σχετική αγωγή;

μέλος της οικογένειας
 φιλικό πρόσωπο
 φαρμακοποιός
 γιατρός άλλης ειδικότητας
 προσωπική απόφαση

11. Ποια ήταν η αρχική σας στάση σχετικά με τη λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων;

αρνητική

επιφυλακτική

θετική

12.Ειδικότητα γιατρού έναρξης αγωγής

ειδικός νευρολόγος - ψυχίατρος

ειδικός παθολόγος

ειδικός γενικής ιατρικής

ειδικός καρδιολόγος

άλλη ειδικότητα

13.Θέση γιατρού έναρξης αγωγής

τοπικό κέντρο υγείας

νοσοκομείο

ιδιωτικό ιατρείο

14. Επισκέπτεστε τακτικά τον ιατρό που σας χορήγησε τη φαρμακευτική αγωγή;

Πολύ συχνά

Μία φορά στους 3 μήνες

Σπανίως

Καμία φορά μετά την έναρξη της αγωγής

15. Απευθυνθήκατε σε άλλο γιατρό στην πορεία της αγωγής:

Καμία φορά

μία φορά

δύο φορές

περισσότερες

16. Αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή

Καμία

μία

δύο

περισσότερες

17. Για ποιο λόγο προχωρήσατε σε αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής;

μη ανεκτές ανεπιθύμητες ενέργειες

δύσκολο στην τήρηση δοσολογικό σχήμα

μικρή ή καθόλου βελτίωση

επιδείνωση

υποτροπή

18. Ποια είναι η κύρια παρενέργεια που παρατηρείτε από τη λήψη των αντικαταθλιπτικών;

αύξηση βάρους

υπνηλία, αίσθημα κόπωσης

ναυτία

ξηροστομία

στυτική δυσλειτουργία, μειωμένη λίμπιντο

αυτοκτονικές τάσεις

19. Λαμβάνετε ταυτόχρονα άλλα ψυχοτρόπα φάρμακα;

αγχολυτικά

υπνωτικά

αντιψυχωσικά

20. Συνυπάρχουσες παθήσεις

σακχαρώδης διαβήτης

υπερλιπιδαιμία

αρτηριακή υπέρταση

καρδιοπάθεια

θυρεοειδοπάθεια

νεοπλασία

παχυσαρκία

ΧΑΠ (αποφρακτική πνευμονοπάθεια)

ημικρανία

21. Κατανάλωση αλκοόλ ταυτόχρονα με την αγωγή.

ποτέ

περιστασιακά

2-3 φορές την εβδομάδα

καθημερινά

22. Πόσο πιστεύετε πως έχει επηρεάσει η φαρμακευτική αγωγή την ποιότητα ζωής σας;

καθόλου

θετικά

- _ αρνητικά
- _ πλήρης ίαση

23. Με ποιους άλλους τρόπους εκτός της φαρμακευτικής αγωγής, επιδιώκετε τη θεραπεία;

- _ ψυχοθεραπεία
- _ άσκηση, δραστηριότητες στη φύση
- _ τροποποίηση καθημερινών συνηθειών- δραστηριοτήτων
- _ καμία άλλη αλλαγή πλην της λήψης αντικαταθλιπτικών

24. Πως αξιολογείτε την φροντίδα υγείας που μπορείτε να έχετε σχετικά με την ψυχική διαταραχή κατοικώντας σε αγροτική περιοχή.

- _ ανύπαρκτη (απουσία δομών ψυχικής υγείας και ιδιώτη ψυχιάτρου, ανεπαρκής πρωτοβάθμια φροντίδα)
- _ σχετικά ικανοποιητική
- _ ικανοποιητική - εύκολη πρόσβαση στους ειδικούς ψυχικής υγείας κοντινών αστικών κέντρων.

25. Πως θεωρείτε πως επιδρά η διαμονή σας σε αγροτική περιοχή στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών συμπτωμάτων;

- _ θετικά (πιο στενές διαπροσωπικές σχέσεις, επαφή με τη φύση, χαλαρός ρυθμός ζωής)
- _ καμία επίδραση
- _ αρνητικά (έλλειψη διεξόδων, ελλιπής ιατρική φροντίδα)