

---

**«Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΙΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ  
ΚΑΙ ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ»**

**Μετέχουσες  
Σπουδάστριες:  
Ιωάννου Δέσποινα  
Κουρنيώτη Γλυκερία**

**Υπεύθυνη  
Καθηγήτρια:  
Πανταζάκα Αθανασία**

**Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία  
από το τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας, της Σχολής Επαγγελματιών  
Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος  
(Τ.Ε.Ι.) Πάτρας**

---

**Πάτρα, 2001**

Η τριμελής Επιτροπή για την Έγκριση της Πτυχιακής Εργασίας

**Υπογραφή**

**Υπογραφή**

**Υπογραφή**

**ΠΑΤΡΑ, 2001**

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ψ Με την ολοκλήρωση της Πτυχιακής Εργασίας μας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στην υπεύθυνη Καθηγήτρια Συντονισμού κ. Πανταζάκα Αθανασία, για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε, τις κατευθύνσεις και τις συμβουλές που μας έδωσε καθ' όλη τη διάρκεια ετοιμασίας της Εργασίας.

Ψ Ακόμα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ψυχολόγους και Ψυχιάτρους που μας προσέφεραν τις πολύτιμες γνώσεις και απόψεις τους.

Ψ Τέλος, ευχαριστούμε πολύ τις οικογένειές μας για τη συμπαράστασή τους όλο αυτό το διάστημα αλλά και σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

\*\*\*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>7</b>
<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>9</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι</b>	
Το πρόβλημα	10
Ο σκοπός	11
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ</b>	
<b>ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ</b>	<b>13</b>
<b>Α. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ</b>	<b>13</b>
<b>Β. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΠΟΧΗ – ΚΑΤΑΝΟΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b>	<b>15</b>
Συμπτώματα κατάθλιψης	18
Ταξινόμηση των καταθλιπτικών διαταραχών και μορφές κατάθλιψης	23
<b>Γ. ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b>	<b>35</b>
Διαφορές των δύο φύλων ως προς την εκδήλωση της κατάθλιψης	35

Σελίδα

Παράγοντες εκδήλωσης της γυναικείας κατάθλιψης	39
<b>Δ. ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ</b>	56
Αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων στις καταθλιπτικές γυναίκες	81
Η συμβολή των υπηρεσιών του τριεπιπέδου κοινωνικής κοινοτικής ψυχιατρικής	83
Εφαρμογή της ψυχοθεραπείας ανά επίπεδο	86
Η σημασία της λειτουργίας των μονάδων ημερησίας νοσηλείας και των μετανοσοκομειακών ξενώνων	89
<b>Ε. Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</b>	93
Ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός ως μέλος της Διεπιστημονικής ομάδας	95
Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην διαδικασία θερα- πευτικής παρέμβασης	97
Οι ρόλοι των υπολοίπων επαγγελματιών στην διαδικασία θεραπευτικής παρέμβασης	101
Ψ Ο Ψυχίατρος	101
Ψ Ο Ψυχολόγος	102
Ψ Ο Επισκέπτης Υγείας	102
Ψ Ο Εργοθεραπευτής	103
Ψ Ο Νοσηλευτής	104

Σελίδα

Ψ Ο Λογοθεραπευτής	105
Έκβαση της θεραπείας – Μόνιμη και συνεχής φροντίδα (follow-up)	106
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ</b>	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	108
ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	111
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>113</b>

\*\*\*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια προσπάθεια προσέγγισης του φαινομένου της κατάθλιψης που παρουσιάζεται στις ενήλικες γυναίκες. Ειδικότερα μελετούνται οι παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη της κατάθλιψης στη γυναίκα και κυρίως τα είδη των θεραπευτικών παρεμβάσεων και η συμβολή των υπηρεσιών και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη θεραπεία της.

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία είναι βιβλιογραφική και βασίζεται σε αναφορές και έρευνες Ελλήνων και ξένων μελετητών.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το πρόβλημα της μελέτης και ο σκοπός της.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αρχικά μια ανασκόπηση άλλων μελετών και συγγραμμάτων, και ακολουθούν τέσσερις επί μέρους θεματικές ενότητες.

Στην πρώτη ενότητα γίνεται ανάλυση των συμπτωμάτων, των μορφών και του τρόπου ταξινόμησης των καταθλιπτικών διαταραχών για την καλύτερη κατανόηση της φύσεώς του.

Στη δεύτερη ενότητα αναφέρονται οι λόγοι για τους οποίους η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στο γυναικείο φύλο έναντι του ανδρικού και αναλύονται οι συγκεκριμένοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης στις γυναίκες-νεαρής, μέσης και τρίτης ηλικίας.

Στην τρίτη ενότητα παρουσιάζονται αναλυτικά τα είδη των θεραπευτικών παρεμβάσεων και η αποτελεσματικότητά τους. Στην ίδια ενότητα αναφέρεται η συμβολή των υπηρεσιών κοινωνικής – κοινοτικής

ψυχιατρικής όπου εφαρμόζονται οι θεραπευτικές προσεγγίσεις και ιδιαίτερα η ψυχοθεραπεία, στη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών.

Η τέταρτη και τελευταία ενότητα του δευτέρου κεφαλαίου αναφέρεται στη διεπιστημονική ομάδα θεραπευτικής παρέμβασης και στους ρόλους του Κοινωνικού Λειτουργού και των άλλων επαγγελματιών της ομάδας στη διαδικασία της θεραπείας.

Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη συγκεκριμένη μελέτη καθώς και τις προσωπικές προτάσεις που πιστεύουμε ότι θα μπορούσαν να βοηθήσουν σε μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση και παροχή βοήθειας στις καταθλιπτικές γυναίκες.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι βιβλιογραφική και βασίζεται σε μελέτες και έρευνες Ελλήνων και ξένων μελετητών.

Η βιβλιογραφία στην οποία στηρίζεται η εργασία συγκεντρώθηκε από τις βιβλιοθήκες της πόλης της Θεσσαλονίκης όπως είναι: η βιβλιοθήκη του Ψυχιατρικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, η βιβλιοθήκη του Τμήματος Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, η βιβλιοθήκη του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο» και η βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ». Από τη βιβλιοθήκη της ψυχιατρικής Κλινικής «Κοντογούνη» του νομού Κοζάνης. Από τις βιβλιοθήκες του Πανεπιστημίου Πατρών και του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών καθώς επίσης από τις Κεντρικές βιβλιοθήκες των πόλεων Λεμεσού και Λευκωσίας της Κύπρου.

Για την καλύτερη καταγραφή των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν από τις παραπάνω βιβλιοθήκες στηριχθήκαμε στις κατευθύνσεις και τις εμπειρίες επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας. Συγκεκριμένα συμβουλευτήκαμε τους Ψυχιάτρους του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού της Κύπρου καθώς επίσης και τον Κοινωνικό Λειτουργό και τον Ψυχολόγο του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης.

Μετά την συγκέντρωση όλων των στοιχείων ακολούθησε η μελέτη και η καταγραφή τους για την ολοκλήρωση της εργασίας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

## **ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Η κατάθλιψη είναι μια έννοια που προσφέρεται δύσκολα για ένα συγκεκριμένο ορισμό. Χρησιμοποιείται με διάφορες έννοιες που άλλοτε αναφέρονται στην καθημερινή στεναχώρια και άλλοτε σε μια σοβαρή ψυχική διαταραχή (Βάγγερ, 1985).

Με όποια όμως έννοια κι αν χρησιμοποιείται είναι μια από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές με μεγάλο προσωπικό και κοινωνικό κόστος. Η σημασία της προσδιορίζεται από το βαθμό που το άτομο υποφέρει, από τη διάλυση των οικογενειών, την απώλεια εργασίας, τη διαφυγή πολλές φορές της διάγνωσης και τη θνησιμότητα που προκαλεί (Αλεβίζος, 1999).

Από έρευνες που έχουν γίνει τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ποσοστό 2-26% των γυναικών και 5-12% των ανδρών εμφανίζουν ένα επεισόδιο στη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους. Ενώ ποσοστό 4,5-9% των γυναικών και 2,3%-3,2% των ανδρών ταλαιπωρούνται από κατάθλιψη στη διάρκεια του χρόνου (Φωτιάδου, Περτέση, Μπατιστάτου, Κουτουβίδης, 1997).

Εκτός όμως από τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης η κατάθλιψη στις γυναίκες έχει σε σχέση με τους άνδρες, προϊμότερη έναρξη, μακρότερη πορεία, μικρότερη συχνότητα αυτόματης ύφεσης και υψηλότερη συχνότητα υποτροπών (Meagher, Murray, 1997).

Οι λόγοι στους οποίους οφείλεται η υψηλή αυτή συχνότητα εμφάνισης στις γυναίκες είναι πολλοί και πέρα από τους γενετικούς, οι οποίοι μπορεί να επιδράσουν υπάρχουν και άλλοι βιολογικοί, κοινωνικοί

και ψυχολογικοί παράγοντες που επιδρούν. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η συχνότητα στις γυναίκες αυξάνεται στη διάρκεια της αναπαραγωγικής τους ζωής. Όλοι όμως αυτοί οι λόγοι στους οποίους οφείλεται η διαφορά στη συχνότητα μεταξύ γυναικών και ανδρών δεν έχουν διευκρινιστεί επακριβώς (Bebbington, 1998).

Υπάρχουν επίσης περίοδοι στη ζωή των γυναικών όπως η εγκυμοσύνη ή η λοχεία κατά τις οποίες συγκεκριμένα είδη θεραπείας ενδείκνυνται περισσότερο ή λιγότερο όπως υπάρχουν επίσης είδη θεραπείας στα οποία οι γυναίκες ανταποκρίνονται περισσότερο (Meagher και Murray, 1997).

Παρόλο όμως που υπάρχει η κοινή αποδοχή ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες, οι λόγοι δεν έχουν εξηγηθεί ακόμη ικανοποιητικά (Bebbington, 1998).

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Η εργασία που ακολουθεί αποσκοπεί στο να μελετήσει και να καταγράψει τα στοιχεία τα οποία συγκεντρώθηκαν από έγκυρες επιστημονικές πηγές γύρω από το φαινόμενο της κατάθλιψης στις γυναίκες και τους τρόπους αντιμετώπισής της.

Βασικός στόχος αυτής της εργασίας είναι να πλησιάσει όσο το δυνατόν περισσότερο όλο αυτό το φάσμα που καλείται «κατάθλιψη». Να πληροφορήσει για τους τρόπους με τους οποίους μπορεί σήμερα η κατάθλιψη να αντιμετωπιστεί έγκαιρα και αποτελεσματικότερα, λαμβάνοντας υπ' όψη όλους τους παράγοντες που αφορούν το γυναικείο οργανισμό και πολύ περισσότερο το γυναικείο ψυχικό κόσμο.

Φιλοδοξεί να ευαισθητοποιήσει και να βοηθήσει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κυρίως τους κοινωνικούς λειτουργούς να κατανοήσουν

τη σημασία και το ρόλο που διαδραματίζουν, εκτός από τους βιολογικούς παράγοντες, οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες στην ψυχική υγεία των γυναικών. Πολύ περισσότερο όμως φιλοδοξεί να κατανοήσουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας τη σημαντικότητα της επαγγελματικής τους συνεργασίας και τη συνεισφορά του κοινωνικού λειτουργού τόσο για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της κατάθλιψης, όσο και για την περαιτέρω διατήρηση της ψυχικής υγείας των γυναικών.

Επειδή κατά τη μελέτη των στοιχείων που ακολουθούν, συναντήσαμε πολλούς ψυχιατρικούς και ιατρικούς όρους προσπαθήσαμε να αποδώσουμε αυτά τα στοιχεία όσο το δυνατόν κατανοητότερα, αποφεύγοντας να υπερβούμε τα όρια της αρμοδιότητάς μας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

#### Α. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχιατρική διαταραχή γνωστή από τους αρχαίους χρόνους.

Έχει περιγραφεί σε πολλά αρχαία κείμενα αυτό που σήμερα ονομάζεται διαταραχή της διάθεσης. Η ιστορία της αυτοκτονίας του Αίαντα, στην Ιλιάδα, όπως και η ιστορία του Βασιλιά Σαούλ, στην Παλαιά Διαθήκη περιγράφουν σύνδρομα κατάθλιψης (Kaplan και Sadock's, 2000).

Ο Ιπποκράτης το 400 π.Χ. χρησιμοποίησε τους όρους «μανία» και «μελαγχολία» προκειμένου να περιγράψει ψυχικές διαταραχές (ο.π.).

Γύρω στο 300 μ.Χ. ο Aulus Corneilus Celsus περιέγραψε τη μελαγχολία, σαν μια από μέλαινα χολή προκαλούμενη κατάθλιψη (ο.π.).

Το 1686 ο Boner περιέγραψε μια ψυχική διαταραχή την οποία ονόμασε «maniacο melancholicus» (ο.π.).

Το 1882 ο Γερμανός ψυχίατρος Karl Kahlbaum χρησιμοποιώντας τον όρο «κυκλοθυμία», περιέγραψε τη μανία και την κατάθλιψη ως φάσεις της ίδιας νόσου (ο.π.).

Ενώ το 1899 ο Emil Kraepelin περιέγραψε την έννοια της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, η οποία κάλυπτε τα περισσότερα από τα

κριτήρια που χρησιμοποιούν σήμερα οι ψυχίατροι. Επίσης περιέγραψε έναν ακόμη τύπο κατάθλιψης, στις γυναίκες, με έναρξη μετά την εμμηνόπαυση και στους άνδρες κατά την όψιμη ενήλικη ζωή που έγινε γνωστή ως μελαγχολία της εξέλιξης. Σήμερα θεωρείται μια μορφή διαταραχής της διάθεσης με όψιμη έναρξη (ο.π.).

Ο Kraepelin το 1921 χρησιμοποίησε τον όρο «κατάθλιψη» για πρώτη φορά στις εκφράσεις Depressions – zusehnde (καταθλιπτικές καταστάσεις) και manisch – depressive Irresein (μανιοκαταθλιπτική ψύχωση) (Βάγγερ, 1985).

Το 1905 ο Adolf Meyer πρότεινε την εγκατάλειψη του μέχρι τότε διαδεδομένου όρου «μελαγχολία» και την υιοθέτηση του όρου κατάθλιψη. Αυτή η αντικατάσταση προτάθηκε για τον ακριβέστερο διαχωρισμό και την περιγραφή των διαφόρων καταθλιπτικών διαταραχών, που ο όρος «μελαγχολία» δεν επέτρεπε (ο.π.).

## **B. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΠΟΧΗ – ΚΑΤΑΝΟΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Τα τελευταία χρόνια η εμφάνιση της κατάθλιψης γίνεται όλο και πιο συχνή, γεγονός που προκαλεί το ενδιαφέρον τόσο των ειδικών και γενικότερα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όσο και της ευρύτερης κοινότητας.

Υπολογίζεται, σύμφωνα με τον Τρίκκα (1997), ότι περίπου το 15% του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει στη διάρκεια της ζωής του καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ όσον αφορά το γυναικείο πληθυσμό τα αντίστοιχα ποσοστά ανέρχονται στο 25% (Ιατρική, τεύχ. 1<sup>ο</sup>, τομ. 71<sup>ο</sup>, 1997).

Η εμφάνιση της κατάθλιψης, όπως αναφέρει ο Κλεφτάρας (1998), τις περισσότερες φορές δεν γίνεται απροσδόκητα αλλά συνήθως έχει άμεση σχέση με κάποια επώδυνη κατάσταση στη ζωή του ατόμου. Πρόκειται για μια ανθρώπινη κατάσταση που συχνά συνδέεται με κάποιες αναπόφευκτες ματαιώσεις καθώς και με μία καθόλου ανώδυνη αλλά ταυτόχρονα εποικοδομητική, προσωπική ενδοσκόπηση γύρω από το νόημα της πορείας του κάθε ατόμου και γενικότερα της μοναξιάς και της ματαιότητας της ανθρώπινης ύπαρξης. Είναι μια «συνάντηση» με την απελπισία, που όμως, όταν δεν υπερβαίνει κάποια όρια, περιλαμβάνει ταυτόχρονα το «καλύτερο» και το «χειρότερο» της ανθρώπινης εμπειρίας.

Η λέξη «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται συνήθως για να περιγράψει ένα σύνολο συναισθηματικών καταστάσεων είτε αυτές είναι «φυσιολογικές» είτε είναι «παθολογικές» και διαφέρουν στο βαθμό και στην έκταση τους. Όταν το άτομο διανύει μια περίοδο στη ζωή του κατά την οποία νοιώθει θλίψη, που θεωρείται ως αντίδραση προς κάποιο γεγονός που του προκαλεί

άγχος με διάρκεια όχι περισσότερο από μια εβδομάδα, τότε μιλάμε για «φυσιολογική» κατάθλιψη. Στην περίπτωση που η συμπεριφορά του ατόμου χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενδιαφέροντος για όσα συμβαίνουν γύρω του, αισθήματα απάθειας, αδυναμίας και υποτονικότητας, χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης και αίσθημα ενοχής, με διάρκεια που υπερβαίνει τη μια εβδομάδα, τότε μιλάμε για «παθολογική» κατάθλιψη. Σε πιο ακραίες όμως περιπτώσεις όταν η κατάθλιψη εκφράζεται με υποχονδριακά συμπτώματα, σεξουαλική ανικανότητα, διαταραχή της προσωπικότητας, υπερβολική θλίψη με τύψεις και μανιακά επεισόδια τότε αγγίζει τα όρια της ψύχωσης.

Επειδή πολλές φορές, όπως επισημαίνει ο Τρίκκας (1997) δημιουργείται εννοιολογική σύγχυση, η εσφαλμένη ταύτιση μεταξύ θλίψης και κατάθλιψης μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη λανθασμένη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης. Αν και σε συναισθηματικές εμπειρίες οι δύο έννοιες σχεδόν ταυτίζονται, για την αποφυγή σύγχυσης είναι απαραίτητο να γίνει ένας διαχωρισμός των δύο όρων. Έτσι, θλίψη καλείται η φυσιολογική και αναμενόμενη συναισθηματική αντίδραση σε κάποιες ψυχοτραυματικές συνθήκες όπως είναι η απώλεια αγαπημένου προσώπου (ή και υλικού αγαθού), ματαίωση κάποιας προσδοκίας, επαγγελματική ή κοινωνική αποτυχία. Απ' την άλλη όπως παραπάνω αναφέρθηκε, κατάθλιψη καλείται η παθολογική συναισθηματική έκφραση, έντονη σε έκταση, διάρκεια και συμπτωματολογία. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι η κατάθλιψη δεν είναι δυνατόν να θεραπευτεί από τη μια στιγμή στην άλλη. Γιατί η εμφάνισή της δεν οφείλεται σε μια μόνο αιτία αλλά και γιατί συνδέεται άμεσα με σωματικά ενοχλήματα, αφού ως γνωστό τα συναισθήματα επιδρούν στο σώμα και αντίστροφα οι αλλαγές σ' αυτό επηρεάζουν το συναισθηματικό κόσμο του ατόμου.

Οι κυριότεροι παράγοντες που επιδρούν στην εκδήλωση της κατάθλιψης σύμφωνα με την Κακατόλη (1998), είναι:

- i.** Γενετικοί (η κληρονομικότητα θεωρείται παράγοντας κινδύνου. Το άτομο που κληρονομεί τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, βιολογικά, που εμπλέκονται στην εκδήλωση της κατάθλιψης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης, από κάποιο άλλο άτομο, όταν επιδράσουν και άλλοι παράγοντες).
- ii.** Νευροβιολογικοί (η επίδραση των νευρομεταβιβαστών, ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Οι κυριότερες είναι η νορεπινεφρίνη και η σεροτονίνη και θεωρείται ότι εμπλέκονται στη δημιουργία της κατάθλιψης. Επίσης θεωρείται ότι ευθύνονται πολλές φορές οι διαταραχές στη λειτουργία του θυροειδούς και άλλων ενδοκρινικών αδένων).
- iii.** Ψυχοκοινωνικοί (αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν: Στοιχεία της προσωπικότητας όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η έντονη αυτοκριτική, η λανθασμένη εκτίμηση του εαυτού, αστάθεια και ανασφάλεια που προέρχονται από τη διαταραγμένη σχέση μητέρας και παιδιού κατά την βρεφονηπιακή ηλικία.

Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής σε νεαρή ηλικία, όπως θάνατος ή χωρισμός γονέων, σωματική απώλεια αλλά και στη μετέπειτα ζωή, όπως θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο, απώλεια εργασίας κ.λ.π.

Τέλος, σημαντικό παράγοντα αποτελεί ο τρόπος σκέψης και αντίληψης του κάθε ατόμου απέναντι σε τέτοια γεγονότα όπως τα παραπάνω αλλά και του κόσμου γενικότερα. Μερικά δηλαδή άτομα δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα σε αυτά τα γεγονότα και τη σημασία τους με αποτέλεσμα πολλές φορές να αποκτούν λανθασμένη εκτίμηση του κόσμου γύρω τους (Κακατόλη, Διπλωματική Εργασία, 1998).

Για την καλύτερη κατανόηση της κατάθλιψης παρακάτω αναλύουμε τα συμπτώματα και τις μορφές με τις οποίες αυτή εμφανίζεται.

## **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Όπως προαναφέρθηκε η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία συμπτωμάτων ψυχολογικών και οργανικών.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί, σύμφωνα με τον Κλεφταρά (1998) πως δεν είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν όλα τα συμπτώματα ταυτόχρονα για να διαγνωστεί η κατάθλιψη σε ένα ασθενή αλλά και αυτά εξαρτώνται από τη διάρκεια, το βαθμό και την έκταση με την οποία εμφανίζονται σε κάθε περίπτωση και συνιστούν την καταθλιπτική διάθεση του ασθενή.

Τα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζεται η κατάθλιψη κατά τον Μάνο (1997) είναι τα εξής:

### **1. Καταθλιπτική διάθεση**

Τις περισσότερες φορές τα καταθλιπτικά άτομα περιγράφουν τη διάθεσή τους αναφέροντας πως αισθάνονται δυστυχείς, απογοήτευση, λύπη, θλίψη ή ακόμα να χαρακτηρίζουν αυτή τη διάθεση με φράσεις όπως «δεν με ενδιαφέρει πια τίποτα». Η διάθεση αυτή κυριαρχεί στη ζωή των καταθλιπτικών, θεωρούν την κατάστασή τους μη αναστρέψιμη, κλαίνει εύκολα και συχνά αν αναφερθεί κάποια λέξη «κλειδί» ξεσπούν σε λυγμούς.

## **2. Ανηδονία – Απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης από συνήθειες δραστηριότητες**

Η ανηδονία που σημαίνει απώλεια της ευχαρίστησης και έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που πριν ήταν ευχάριστες ή δραστηριότητες ρουτίνας είναι ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της κατάθλιψης. Πολύ συχνά τα καταθλιπτικά άτομα δείχνουν να έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για τις δραστηριότητες που τους προκαλούσαν ευχαρίστηση όπως τα σπορ, τα χόμπυ, οι κοινωνικές εκδηλώσεις, οι φιλικές και οικογενειακές συγκεντρώσεις, το φαγητό, το σεξ κ.ά. Ακόμα μπορεί να παραπονιούνται ότι και τα πιο απλά πράγματα τους φαίνονται πραγματικά δύσκολα, γιατί θεωρούν πως δεν έχουν την ικανότητα να τα κάνουν. Ουσιαστικά βιώνουν μια απώλεια της ικανότητας για ικανοποίηση και κινητοποίηση για όλες της εκδηλώσεις της ζωής τους.

## **3. Άγχος**

Ένα μεγάλο ποσοστό καταθλιπτικών ασθενών αναφέρουν ότι νιώθουν άγχος το οποίο εκφράζεται με αισθήματα φόβου, πανικού, απειλής από ένα επικείμενο κίνδυνο που συχνά συνοδεύεται από συμπτώματα εφίδρωσης, ταχυκαρδίας, ευερεθιστότητα και συμπεριφορική διέγερση.

## **4. Διαταραχή του ύπνου**

Άλλο ένα χαρακτηριστικό σύμπτωμα που παρουσιάζουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι η διαταραχή του ύπνου, στις διάφορες μορφές του. Συνηθέστερη η αϋπνία η οποία μπορεί να είναι αρχική όταν το άτομο δυσκολεύεται να κοιμηθεί, μέση αϋπνία όταν το άτομο ξυπνά κατά τη διάρκεια της νύχτας και αδύνατη να ξανακοιμηθεί και τελική αϋπνία όταν το άτομο ξυπνά νωρίς το πρωί. Λιγότερο συχνή

είναι η υπερυπνία κατά την οποία το άτομο μπορεί να κοιμάται πάνω από δεκαπέντε ώρες τη μέρα.

**5. Διαταραχή της όρεξης**

Πολλοί καταθλιπτικοί υποφέρουν από ανορεξία λόγω της οποίας παρουσιάζουν απώλεια βάρους άλλοτε μεγάλη και επικίνδυνη για τη ζωή τους και άλλοτε μικρή. Μικρότερο είναι το ποσοστό των ασθενών που παρουσιάζουν αύξηση της όρεξης και κατά συνέπεια αύξηση του βάρους (η μορφή αυτή είναι συνηθέστερη στις νεαρές γυναίκες).

**6. Κόπωση – Απώλεια ενέργειας**

Συχνά οι καταθλιπτικοί ασθενείς αισθάνονται κόπωση και παραπονιούνται για εξάντληση και αδυναμία και δυσκολεύονται να διεκπεραιώσουν δραστηριότητες.

**7. Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης**

Η ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης είναι συχνό φαινόμενο στους καταθλιπτικούς ασθενείς και στους άντρες μπορεί να συνοδεύεται με διαταραχή της στύσης τους, γεγονός που μειώνει ακόμα περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους.

**8. Επιβράδυνση σκέψης, κίνησης και λόγου**

Χαρακτηριστικό είναι ότι πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης και του λόγου τους. Έτσι οι απαντήσεις σε ερωτήσεις είναι αργές και φτωχές σε λεξιλόγιο έως και μονολεκτικές. Επίσης παρουσιάζουν επιβράδυνση των κινήσεων και μοιάζουν να είναι αδύναμοι και κουρασμένοι.

## **9. Διέγερση – Ανησυχία**

Αντίθετα, από την επιβράδυνση, μερικοί ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν διέγερση εκνευρισμό και ανησυχία. Λόγω αυτών των συναισθημάτων που τους διακατέχουν παρουσιάζουν έντονη κινητικότητα, βηματίζουν πάνω-κάτω, στριφογυρίζουν τα χέρια τους, φωνάζουν κ.λ.π.

## **10. Ανικανότητα, απελπισία**

Τα συναισθήματα ανικανότητας και απελπισίας είναι έντονα στους καταθλιπτικούς και αντιλαμβάνονται τον κόσμο γύρω τους ανούσιο χωρίς καμία ελπίδα ακόμα και για την ίδια τους την κατάσταση.

## **11. Τάσεις αυτοκτονίας**

Η σοβαρότερη και πιο επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης είναι η τάση αυτοκτονίας. Αν και το ποσοστό των καταθλιπτικών δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλο όμως η πιο επικίνδυνη περίοδος για τις απόπειρες αυτοκτονίας είναι 6 με 9 μήνες μετά τη βελτίωση των συμπτωμάτων. Αυτό συμβαίνει γιατί αν και η διάθεση του ασθενή έχει βελτιωθεί, η θεώρησή του για τη ζωή παραμένει αρνητική. Έτσι είναι σε θέση να σχεδιάσει την αυτοκτονία του.

## **12. Σκέψεις και συναισθήματα ενοχής, ντροπής και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση**

Πολύ συχνά οι καταθλιπτικοί κυριαρχούνται από συναισθήματα και σκέψεις ενοχής και τύψεων για λάθη και αποτυχίες που έκαναν τώρα ή στο παρελθόν. Κατηγορούν τον εαυτό τους για αναξιότητα σε σχέση με όλες εκείνες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά που οι ίδιοι θεωρούν σημαντικά (νοημοσύνη, ομορφιά, δεξιότητα, κ.ά.). Το μέγεθος της αυτοκατηγορίας τους είναι υπερβολικό γιατί συνήθως ο

ασθενής αποδίδει στον εαυτό του μεγαλύτερη ευθύνη απ' ό τι του αναλογεί, γεγονός που επηρεάζει άμεσα την αυτοεκτίμησή του καθώς δεν είναι σε θέση να εκτιμήσει ρεαλιστικά την απόδοσή του.

### **13. Δυσκολία σκέψης και συγκέντρωσης**

Μερικές φορές οι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν δυσκολία στη συγκέντρωση και μείωση της ικανότητας μνήμης και αυτό φαίνεται καθώς συχνά δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν σε πράγματα και καταστάσεις που συμβαίνουν γύρω τους. Άλλες πάλι φορές εμμένουν σε σκέψεις που τους εμποδίζουν να πάρουν αποφάσεις σε σημείο που μπορεί να χαρακτηριστεί ως ψυχαναγκαστική συμπεριφορά.

### **14. Σωματικές ενοχλήσεις**

Πέραν όμως από τα παραπάνω συμπτώματα υπάρχει και ένα σύνολο σωματικών συμπτωμάτων που συνοδεύουν την κατάθλιψη.

Συχνά οι καταθλιπτικοί ασθενείς αναφέρουν στο γιατρό ότι υποφέρουν από πονοκεφάλους, πόνο στον αυχένα και τη μέση, ναυτία και εμέτους, κράμπες, κόμπο το λαιμό, δυσκολία στην αναπνοή και πολλά άλλα. Έτσι υποβάλουν τους εαυτούς τους σε συνεχείς εξετάσεις πριν ο γιατρός τους παραπέμψει στον ψυχοθεραπευτή αφού τα αποτελέσματα των εξετάσεων δεν δείχνουν κάποια οργανική πάθηση.

Ο Κλεφτάρας (1998) αναφέρει ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί για τους τρίτους να είναι παράλογα. Ακόμα και όταν παρατηρούν κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά του ατόμου θεωρούν ότι σίγουρα είναι κάτι παροδικό και περιμένουν ότι θα «ξεπεράσει δυναμικά» την κατάθλιψη και θα «σταματήσει να λυπάται τον εαυτό του». Με αυτή τους όμως τη στάση υπάρχει κίνδυνος να δημιουργηθούν συγκρούσεις, γεγονός που πυροδοτεί στο ασθενή μια σειρά έντονων συναισθημάτων ενοχής,

απελπισίας με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται ακόμα περισσότερο η κατάσταση του.

Η παραπάνω ανασκόπηση κάνει σαφή την τεράστια ποικιλία των συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη και αποτελούν τα διαγνωστικά κριτήρια απαραίτητα τόσο για την έγκαιρη διάγνωση όσο και για την σωστή θεραπευτική αντιμετώπισή τους.

## **ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ - ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Ανάλογη με την ποικιλία των συμπτωμάτων είναι και η ποικιλία των μορφών με τις οποίες παρουσιάζεται η κατάθλιψη.

Λόγω αυτής της ποικιλίας έχουν γίνει μέχρι σήμερα πολλές προσπάθειες από μια σειρά ερευνητών για την ταξινόμηση της κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (1998)

«Η ταξινόμηση των καταθλιπτικών συνδρόμων παρουσιάζει δυσκολίες και αποτελεί αντικείμενο πολλών συζητήσεων και διαφωνιών. Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με μια συγκεκριμένη και κοινώς αποδεκτή ταξινόμηση. Η κυριότερη αιτία για τις υπάρχουσες διαφωνίες οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο με τον οποίο τα διάφορα θεωρητικά μοντέλα αντιλαμβάνονται την αιτιολογία της κατάθλιψης» (σελ. 50).

Επίσης οι ταξινομήσεις που προτείνονται στηρίζονταν σε θεωρίες και μοντέλα της κατάθλιψης γεγονός που αποτελούσε εμπόδιο, για τους

ειδικούς που εξέφραζαν άλλες διαφορετικές απόψεις, στο να τις χρησιμοποιήσουν.

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), λόγω της πολυμορφίας των μορφών έχουν προταθεί ως τώρα ταξινομήσεις της κατάθλιψης βασιζόμενες σε θεωρίες που δεν έχουν αποδειχθεί. Σήμερα υπάρχουν παλαιότερα συστήματα που αν και ανακριβή χρησιμοποιούνται από τους περισσότερους κλινικούς και τα νεότερα όπως το DSM-III, στο DSM-III-R, DSM-IV που θεωρούνται πιο ακριβή γιατί βασίζονται στα συμπτώματα και την κλινική μελέτη.

Εκτός όμως από το τελευταίο σύστημα ταξινόμησης DSM-IV το οποίο χρησιμοποιεί η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, υπάρχει και το σύστημα ICD-10 το οποίο χρησιμοποιείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και είναι περιγραφικό (Κλεφτάρας, 1998).

Κατά την άποψη της Deidre Sanders (1989), η κατάθλιψη διακρίνεται σε αντιδραστική και ενδογενής.

1. Η αντιδραστική κατάθλιψη αναφέρεται στη μορφή εκείνη κατά την οποία η καταθλιπτική διάθεση προέρχεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες στον ασθενή και ενέχουν το στοιχείο της απώλειας. Μερικά χαρακτηριστικά αυτής της κατάθλιψης είναι η ύπαρξη εμφανών γεγονότων που την προκαλούν και το στρες, η διακύμανση στα συναισθήματα ανάλογα με τους περιβαλλοντικούς και τους ψυχολογικούς παράγοντες.
2. Αντίθετα η ενδογενής κατάθλιψη αναφέρεται στη μορφή εκείνη κατά την οποία η πρόκληση της καταθλιπτικής διάθεσης οφείλεται σε βιολογικούς παράγοντες. Χαρακτηριστικά αυτής της μορφής είναι η ύπαρξη παραγόντων μη εμφανών όπως οι ορμονικές διαταραχές, διαταραχή του ύπνου ή της όρεξης.

Ο διαχωρισμός όμως αυτός σύμφωνα με το Μάνο (1997), έχει χαρακτηριστεί από πολλούς ειδικούς ανεπαρκής για τη διάκριση της κατάθλιψης για τους λόγους ότι είναι δύσκολο να καθοριστεί ακριβώς αν η κατάθλιψη προκλήθηκε από ένα συγκεκριμένο γεγονός περιβαλλοντικό ή βιολογικό αλλά και γιατί αρκετές φορές καταθλιπτικά άτομα μπορεί να παρουσιάζουν ταυτόχρονα και περιβαλλοντικά και βιολογικά χαρακτηριστικά.

Πέραν όμως από τις δύο αυτές μορφές κατάθλιψης αναφέρονται από τους συγγραφείς και άλλες ανάλογα με τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν και διακρίνονται. Έτσι ο Μάνος (1997) αναφέρει ότι σύμφωνα με τα παλαιότερα συστήματα η κατάθλιψη εκτός από ενδογενής και αντιδραστική διακρίνεται σε ψυχωτική και νευρωτική, σε διεγερμένη και επιβραδυμένη και τέλος σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή κατάθλιψη.

3. Η ψυχωτική κατάθλιψη αναφέρεται στη μορφή εκείνη κατά την οποία το άτομο χάνει την επαφή με την πραγματικότητα και μπορεί να παρουσιάζει παραισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις. Αυτή η αλλοίωση της πραγματικότητας μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου στις καθημερινές του δραστηριότητες.
4. Στη νευρωτική κατάθλιψη το άτομο διατηρεί την επαφή με την πραγματικότητα και η λειτουργικότητά του δεν μειώνεται σε έντονο βαθμό. Σε αντίθεση με τη ψυχωτική κατάθλιψη που μπορεί να προκαλείται από βιολογικά αίτια η νευρωτική κατάθλιψη προκαλείται από κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Ούτε όμως και αυτή η διάκριση δεν μπορεί να χαρακτηριστεί επαρκής όσον αφορά στη διάγνωση είναι όμως απαραίτητη εκτός της θεραπευτικής διαδικασίας και για την πρόληψη των αυτοκτονιών.

Την παραπάνω διάκριση οι θεωρητικοί Beck (1967) και Kendell (1968, 1976) υποστηρίζουν ότι:

«Ο διαχωρισμός μεταξύ νευρωσικής και ψυχωσικής κατάθλιψης είναι κατά κύριο λόγο ποσοτικός παρά ποιοτικός» (Κλεφτάρας, 1998, σελ. 53).

5. Η διεγερμένη κατάθλιψη αφορά στη μορφή εκείνη κατά την οποία το καταθλιπτικό άτομο παρουσιάζει ψυχοκινητική διέγερση όπως βηματισμό πάνω – κάτω, αναστεναγμούς, φωνές, τράβηγμα των μαλλιών κ.ά. Η διεγερμένη κατάθλιψη είναι περισσότερο συχνή στα ηλικιωμένα άτομα.

Ενώ η επιβραδυνόμενη κατάθλιψη αφορά στην μορφή κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει ψυχοκινητική επιβράδυνση με αργές κινήσεις, αργή σκέψη και λόγο.

6. Η πρωτοπαθής κατάθλιψη περιγράφεται ως η μορφή εκείνη της οποίας δεν προηγείται ούτε και συνδέεται με κάποια άλλη διαταραχή όπως ψυχωσική, νεύρωση ή αλκοολισμό.

Ενώ η δευτεροπαθής κατάθλιψη αποτελεί τη μορφή αυτή που έχει άμεση σχέση με κάποια ψυχιατρική διαταραχή.

Ο Κλεφτάρας (1998), με βάση τα παλαιότερα συστήματα ταξινόμησης αναφέρει μερικές ακόμα μορφές όπως η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή, η πρώιμη και όψιμη κατάθλιψη, η διπολική και μονοπολική κατάθλιψη και τέλος η συγκαλυμμένη κατάθλιψη ή άλλως καταθλιπτικό ισοδύναμο. Έτσι,

7. Η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή αφορά στα άτομα που αναπτύσσουν κατάθλιψη συγκεκριμένες εποχές μέσα στο χρόνο. Έτσι ένα άτομο μπορεί να παρουσιάζει κατάθλιψη το χειμώνα (αυτή η περίπτωση αφορά κατά κύριο λόγο στις γυναίκες), και κάποιοι άλλοι το καλοκαίρι. Ενώ υπάρχουν άτομα που μπορεί να παρουσιάσουν

κατάθλιψη το χειμώνα και το καλοκαίρι και στις ενδιάμεσες εποχές (φθινόπωρο, άνοιξη) η διάθεσή τους να αποκαθίσταται.

8. Οι μορφές της πρώιμης και όψιμης κατάθλιψης έχουν να κάνουν με την ηλικία έναρξης της κατάθλιψης. Οι Weissman, Warner, Wickra Maratne και Punsoff (1988) σε έρευνά τους βρήκαν ότι όταν «η ηλικία έναρξης της μείζονος κατάθλιψης στους γονείς είναι κάτω των είκοσι, ο κίνδυνος που διατρέχει το παιδί να αναπτύξει μείζονα κατάθλιψη σε κάποια στιγμή της ζωής του είναι δύο φορές πιο αυξημένος συγκριτικά με τον κίνδυνο που έχει όταν η έναρξη της κατάθλιψης στους γονείς γίνει μετά την ηλικία των τριάντα χρόνων» (Κλεφτάρας, 1998, σελ. 61).
9. Η διπολική κατάθλιψη χαρακτηρίζει τη μορφή εκείνη κατά την οποία το καταθλιπτικό άτομο διανύει περιόδους τόσο μανίας όσο και κατάθλιψης.  
Αντιθέτως η μονοπολική κατάθλιψη χαρακτηρίζει τη μορφή η οποία περιλαμβάνει μόνο καταθλιπτικά επεισόδια χωρίς να συνδέεται με κάποια μορφή μανίας ή υπομανίας και αποτελεί την πιο συχνή μορφή.
10. Η μορφή της συγκαλυμμένης κατάθλιψης ή αλλιώς καταθλιπτικό ισοδύναμο, αναφέρεται στην περίπτωση που το καταθλιπτικό άτομο κάνει χρήση ουσιών, αλκοόλ ή παρουσιάζει εγκληματική παραβατική συμπεριφορά.

Οι Μπλουμφίλντ και Γουίλλιαμς (1997) θεωρούν πως τρεις βασικοί τύπου της κατάθλιψης είναι η μείζων κατάθλιψη, η χρόνια κατάθλιψη και η μανιοκατάθλιψη, όπου:

- Η μείζων κατάθλιψη είναι ο τύπος της κατάθλιψης που έχει αρχικό, μέσο και τελευταίο στάδιο και πολλές φορές διαρκεί για πολλούς μήνες. Αυτός ο τύπος κατάθλιψης έχει την τάση να ξαναεμφανίζεται. Με κάθε

επανεμφάνιση η διάρκεια της είναι μεγαλύτερη και καταβάλλει το άτομο περισσότερο από την προηγούμενη.

- Η χρόνια κατάθλιψη αφορά στην ήπια μορφή κατάθλιψης που μπορεί να διαρκεί για χρόνια. Η χρόνια κατάθλιψη είναι γνωστή και ως δυσθυμία που σημαίνει δυσλειτουργία της ψυχικής διάθεσης.
- Η μανιοκατάθλιψη, γνωστή και ως διπολική την οποία προαναφέραμε, αφορά στη μορφή κατά την οποία η κατάθλιψη εναλλάσσεται με τη μανία, οπότε το άτομο παρουσιάζει υπερβολική έξαρση, μεγαλεπίβολες σκέψεις που μπορεί να συνοδεύονται από επικίνδυνες πράξεις.

Βάσει των δύο νεότερων συστημάτων ταξινόμησης DSM-IV και ICD-10, κατά τον Κλεφτάρα, (1998), η κατάθλιψη υπάγεται στις «διαταραχές της διάθεσης» και ταξινομούνται όπως παρακάτω:

#### - **ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-IV:**

##### **Ø Καταθλιπτικές Διαταραχές**

α) Μείζων καταθλιπτική διαταραχή η οποία μπορεί να χαρακτηρίζεται από ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο τότε διαγνώζεται ως «μείζων καταθλιπτική διαταραχή» μοναδικό επεισόδιο ή να χαρακτηρίζεται από περισσότερα οπότε διαγνώζεται ως «μείζων καταθλιπτική διαταραχή, υποτροπιάζουσα».

Επίσης η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να χαρακτηρίζεται είτε βάσει του πρόσφατου μείζονος επεισοδίου οπότε χωρίζεται σε ήπια, μέτρια, σοβαρή, χωρίς ψυχωσικά στοιχεία, σοβαρή με ψυχωσικά στοιχεία. Με μερική ύφεση, χρόνια, με κατατονικά χαρακτηριστικά, με μελαγχολικά χαρακτηριστικά, με άτυπα χαρακτηριστικά και με επιλόχεια έναρξη, είτε βάση της πορείας της οπότε η μείζων καταθλιπτική διαταραχή

υποτροπιάζουσα χωρίζεται σε με ή χωρίς πλήρη ανάρρωση μεταξύ των επεισοδίων και με εποχιακό σχήμα.

Πιο αναλυτικά:

Για να χαρακτηριστεί μείζον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο πρέπει τουλάχιστον για ένα διάστημα δύο εβδομάδων να υπάρχει καταθλιπτική διάθεση ή απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για τις διάφορες δραστηριότητες του ατόμου. Επιπλέον το άτομο θα πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον τέσσερα ακόμα συμπτώματα, από τον κατάλογο συμπτωμάτων όπως: αλλαγή της όρεξης, του βάρους, του ύπνου, μείωση ενέργειας, αισθήματα ενοχής και αναξιότητας, δυσκολίες στη σκέψη, τη συγκέντρωση, σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας.

Ακόμα ένα επεισόδιο για να χαρακτηριστεί μείζον θα πρέπει απαραίτητα να συνοδεύεται από κλινικά σοβαρή έκπτωση στους τομείς λειτουργικότητας σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο.

Επιπλέον όπως προαναφέρθηκε η μείζον καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να χαρακτηριστεί βάσει συγκεκριμένων προσδιοριστών οι οποίοι αναφέρονται στο τρέχον ή στο πιο πρόσφατο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και στην πορεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, υποτροπιάζουσας. Πιο αναλυτικά οι σπουδαιότεροι αυτών είναι:

#### 1. Μείζον καταθλιπτική διαταραχή με ψυχωσικά στοιχεία.

Με βάση αυτόν τον προσδιοριστή το τρέχον ή το πιο πρόσφατο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο περιλαμβάνει ψυχωσικά χαρακτηριστικά, όπως παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις. Τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να είναι σύμφωνα προς τη διάθεση του ατόμου οπότε το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων είναι πλήρως εναρμονισμένο με τα τυπικά καταθλιπτικά θέματα όπως παραληρητικές ιδέες ενοχής μηδενισμού, φτώχειας κ.λ.π. Μπορεί όμως να είναι και

ασύμφωνα οπότε το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων δεν περιλαμβάνει τυπικά καταθλιπτικά θέματα αλλά παραληρητικές ιδέες δίωξης, εξωτερικού ελέγχου κ.λ.π.

2. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή με κατατονικά χαρακτηριστικά

Αυτός ο προσδιορισμός χρησιμοποιείται όταν το τρέχον ή πρόσφατο μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο συνοδεύεται από ψυχοκινητική διαταραχή η οποία περιλαμβάνει ακινησία, υπερβολική κινητική δραστηριότητα, αλαλία, ηχολαλία ή ηχοπραξία, υπερβολικό αρνητισμό.

3. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή με μελαγχολικά χαρακτηριστικά.

Κύριο χαρακτηριστικό του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου με μελαγχολικά χαρακτηριστικά είναι η απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες. Ακόμα θα πρέπει παράλληλα να υπάρχουν και τρία από τα παρακάτω συμπτώματα: μια ξεχωριστή ποιοτικά καταθλιπτική διάθεση που να είναι χειρότερη το πρωί, πρώιμη πρωινή αφύπνιση, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, ανορεξία ή απώλεια βάρους, υπερβολικά αισθήματα ενοχής.

4. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή με επιλόχεια έναρξη

Το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο σ' αυτή την περίπτωση κάνει την εμφάνισή του τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό και χαρακτηρίζεται από ψυχωσικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις που αφορούν στο νεογέννητο (ότι έχει ειδικές δυνάμεις, ότι είναι δαιμονισμένο κ.ά.). Σ' αυτή την περίπτωση η παιδοκτονία συνδέεται με ψευδαισθήσεις που δίνουν την εντολή θανάτωσης του νεογνού. Τα

μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια αυτής της μορφής συνοδεύονται με άγχος, πανικό, αυθόρμητο κλάμα, έλλειψη ενδιαφέροντος για το νεογέννητο, ιδέες αυτοκτονίας, αϋπνία, και ψυχαναγκαστικές σκέψεις για άσκηση βίας στο παιδί.

5. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή, υποτροπιάζουσα, με εποχιακό σχήμα

Ο χαρακτηρισμός «με εποχιακό σχήμα» χρησιμοποιείται όταν η έναρξη και η ύφεση των μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων εμφανίζεται σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές του έτους. Συνήθως η έναρξη των επεισοδίων γίνεται το φθινόπωρο και η ύφεση την άνοιξη. Ο προσδιορισμός «με εποχιακό σχήμα» δίνεται μόνο εφόσον η έναρξη και η ύφεση των επεισοδίων έχουν συμβεί σταθερά τα δύο τελευταία χρόνια στις συγκεκριμένες εποχές του έτους. Τα άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, υποτροπιάζουσα, με εποχιακό σχήμα κατά τη διάρκεια του επεισοδίου παρουσιάζουν συχνά υπερυπνία, υπερφαγία, αύξηση βάρους, έλλειψη ενέργειας.

**β) Δυσθυμική διαταραχή** η οποία έχει πολλά κοινά συμπτώματα με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Όμως το κυριότερο χαρακτηριστικό της είναι ότι η καταθλιπτική διάθεση διαρκεί για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες μέρες για διάστημα τουλάχιστον δύο χρόνων.

Εκτός όμως από την καταθλιπτική διάθεση θα πρέπει να υπάρχουν δύο ακόμη συμπτώματα όπως αϋπνία ή υπερυπνία, ελαττωμένη ενάργεια ή κόπωση, μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων, αισθήματα απελπισίας. Επίσης αυτά τα συμπτώματα θα πρέπει να προκαλούν στο άτομο μείωση της λειτουργικότητάς τους σε επαγγελματικό, κοινωνικό επίπεδο και σε άλλους σημαντικούς τομείς.

Τέλος η δυσθυμική διαταραχή προσδιορίζεται ακόμα ως πρώιμη ή όψιμη ανάλογα με το αν η έναρξη έγινε πριν την ηλικία των είκοσι ενός ετών ή μετά καθώς με άτυπα χαρακτηριστικά όταν κατά τη διάρκεια των δύο ετών:

- (1) η διάθεση ανεβαίνει λόγω θετικών γεγονότων- συμβάντων,
- (2) υπάρχουν δύο τουλάχιστον συμπτώματα όπως αύξηση βάρους ή όρεξης, με αποτέλεσμα την κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση και
- (3) δεν πληρούνται τα κριτήρια για το χαρακτηρισμό «με μελαγχολικά χαρακτηριστικά» ή «με κατατονικά χαρακτηριστικά» κατά τη διάρκεια του ίδιου επεισοδίου.

γ) Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς στην οποία περιλαμβάνονται οι διαταραχές που παρουσιάζουν καταθλιπτικά στοιχεία αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια ώστε να χαρακτηριστούν ως μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμική διαταραχή, διαταραχή της προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση ή διαταραχή της προσαρμογής μεικτή με άγχος και καταθλιπτική διάθεση.

#### - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ICD-10

Με βάση τον πίνακα ταξινόμησης αυτού του συστήματος το καταθλιπτικό επεισόδιο και η υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζονται με τους κωδικούς F32 και F33 αντίστοιχα και περιλαμβάνουν επιμέρους κωδικούς για κάθε υποκατηγορία, όπως παρακάτω:

1. F 32 Καταθλιπτικό επεισόδιο  
F 32.0 Ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο

- 0.0 Χωρίς σωματικό σύνδρομο
  - 0.1 Με σωματικό σύνδρομο
  - F 32.1 Μέτριας βαρύτητας καταθλιπτικό επεισόδιο
    - 1.0 Χωρίς σωματικό σύνδρομο
    - 1.1 Με σωματικό σύνδρομο
  - F 32.3 Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα
  - F 32.3 Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωσικά συμπτώματα
  - F 32.8 Άλλα καταθλιπτικά επεισόδια
  - F 32.9 Καταθλιπτικό επεισόδιο μη καθοριζόμενο
2. F 33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
- F 33.0 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή παρόν επεισόδιο, ήπιο
    - 0.0 Χωρίς σωματικό σύνδρομο
    - 0.1 Με σωματικό σύνδρομο
  - F 33.1 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή παρόν επεισόδιο μέτριας βαρύτητας
    - 1.0 Χωρίς σωματικό σύνδρομο
    - 1.1 Με σωματικό σύνδρομο
  - F 33.2 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα
  - F 33.3 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ με ψυχωσικά συμπτώματα
  - F 33.4 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, σε απαδρομή κατά την παρούσα φάση
  - F 33.8 Άλλου τύπου υποτροπιάζουσες καταθλιπτικές διαταραχές
  - F 33.9 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή μη καθοριζόμενη

Θα πρέπει όμως να αναφερθεί, σύμφωνα με τον Χριστοδούλου (1996), ότι οι επιστήμονες και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, κυρίως στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις ταξινομήσεις τους βασισμένοι στα δύο αυτά συστήματα.

Ένα από τα κύρια προβλήματα που παρουσιάζεται είναι από τη μία η χρησιμοποίηση και των δύο συστημάτων σε διεθνές επίπεδο και από την άλλη η συνεχής τροποποίηση και αναθεώρηση τους εφόσον διαρκώς προκύπτουν νεότερα δεδομένα και στοιχεία. Αν και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες εναρμόνισης των δύο συστημάτων υπάρχουν πολλά ακόμα που πρέπει να γίνουν για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο. Είναι επιτακτική η ανάγκη εναρμόνισης και ενοποίησης των δύο αυτών συστημάτων, για την αποφυγή συγχύσεων. Το νέο σύστημα που θα προκύψει από την ενοποίηση αυτών των δύο να τροποποιείται μόνο μετά από σοβαρό λόγο (22<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 1996).

## **Γ. ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

### **ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Η διαφορετικότητα των δύο φύλων στην συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης είναι ένα θέμα που απασχολεί την έρευνα αρκετά συχνά τα τελευταία χρόνια.

Σύμφωνα με τον Leibenluft (1996), οι ερευνητές μελετούν συστηματικά την ανά φύλο κατανομή, αναλύουν τα ευρήματά τους για τη διευκρίνιση των διαφορών μεταξύ των φύλων στην εκδήλωση κατάθλιψης και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα ποσοστά εκδήλωσης στις γυναίκες είναι διπλάσια σχεδόν από εκείνα των ανδρών (Επιλογές, τεύχος Νοεμβρίου – Δεκεμβρίου, 1996).

Συγκεκριμένα οι Meyers, Weissman και Tischer et al (1984), αναφέρουν ότι «τα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης και δυσθυμίας κυμαίνονται μεταξύ 2,9% και 5,4% στις γυναίκες και μεταξύ 1,2% και 2,6% στους άνδρες» (Κλεφτάρας, 1998, σελ. 30).

Όσον αφορά στον ελλαδικό χώρο, σύμφωνα με τον Χριστοδούλου (1996), οι επιδημιολογικές έρευνες από το 1978 έως πρόσφατα δείχνουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών και μικρότερο ανδρών ηλικίας 18-64 ετών στο γενικό πληθυσμό υποφέρει από καταθλιπτικά συμπτώματα.

Επίσης σε έρευνα το 1994 επανεξετάζονται τα στοιχεία έρευνας που είχε γίνει την περίοδο 1980-1981 βρέθηκε ότι από τις γυναίκες που την περίοδο αυτή παρουσιάζουν δυσθυμία το 1994 ένα ποσοστό 40% είχε

περιπέσει σε μείζονα κατάθλιψη ενώ οι υπόλοιπες νόσησαν από αγχώδεις ή οργανικές διαταραχές (22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 1996).

Υπάρχει όμως ένα σημείο πάνω στο οποίο συμφωνούν οι περισσότεροι συγγραφείς (όπως ο Leibenluft 1996, οι Meagher και Murray 1997, ο Bebbington 1998, ο Κλεφτάρας 1998) σε σχέση με τα ποσοστά συχνότητας της κατάθλιψης στις γυναίκες, ότι οι λόγοι της διαφοράς στα δύο φύλα δεν έχουν εξηγηθεί ακόμη πλήρως και την αποδίδουν σε μια σειρά βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων.

Ψ Όσον αφορά στους βιολογικούς παράγοντες σύμφωνα με την Sanders (1989) και τους Kaplan & Sadock's (2000), οι μεταβολές των ορμονών όπως η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα, η προλακτίνη, τα ανδρογόνα, που συμβαίνουν στο γυναικείο οργανισμό κατά τον καταμήνιο κύκλο και την εμμηνόπαυση καθώς και κατά την εγκυμοσύνη ή και μετά τον τοκετό, επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και ενοχοποιούνται τόσο για τις σωματικές όσο και για τις συναισθηματικές διαταραχές των γυναικών.

Ψ Από πλευράς ψυχολογίας η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με την προσαρμοστική συμπεριφορά ως προς τα ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής ο Bebbington (1998) υποστηρίζει πως η εμφάνιση της κατάθλιψης επηρεάζεται σημαντικά από τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου στην αρχική πτώση του συναισθήματος. Κατά τον συγγραφέα ο τρόπος προσαρμογής στις γυναίκες είναι συνήθως «θεωρητικός» σε αντίθεση με τους άνδρες που είναι «ενεργητικός» (Επιλογές, Ιούλιος-Αύγουστος, 1998).

Ανάλογη είναι και η άποψη των Meagher και Murray (1997), σύμφωνα με τους οποίους οι γυναίκες ενδέχεται να είναι πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη λόγω παραγόντων ψυχικής καταπόνησης που σχετίζονται με το φύλο σε συνδυασμό με τον τρόπο προσαρμογής τους στα ψυχοπιεστικά γεγονότα. Υποστηρίζουν ακόμα ότι οι γυναίκες αντιδρούν

στην ψυχική καταπόνηση με εντονότερη συμπτωματολογία σε αντίθεση με τους άνδρες. Έτσι ενώ μερικοί τύποι συμπεριφοράς μπορεί να αυξήσουν την προσαρμοστικότητά τους ή να αντιδράσουν με τρόπους που θεωρούνται «υποκατάστατα» της κατάθλιψης όπως για παράδειγμα μερικοί άνδρες που παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά ή κάνουν κατάχρηση αλκοόλ σε αντίθεση με τις γυναίκες που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Ένας ακόμη ψυχολογικός παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση της κατάθλιψης στις γυναίκες είναι η μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτό γιατί οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν έλλειψη εμπιστοσύνης προς τον εαυτό τους, να βασίζονται στη γνώμη των τρίτων και να αυτοκατηγορούνται για τις τυχόν αποτυχίες στη ζωή τους, σε σχέση με τους άνδρες (Επιλογές, τεύχος Μαρτίου-Απριλίου, 1997).

Ψ Σε ό,τι αφορά στους κοινωνικούς παράγοντες οι Meagher και Myrgray (1997) αναφέρουν ότι η εξωοικιακή εργασία αποτελεί θετικό παράγοντα για την ψυχική υγεία των γυναικών όταν όμως προκύπτουν δυσκολίες στη φροντίδα του σπιτιού και της οικογένειας γίνεται μάλλον επιβαρυντικός. Ασχολίες τις οποίες αναλαμβάνουν κυρίως οι γυναίκες όπως η φροντίδα μικρών παιδιών, ηλικιωμένων ή αρρώστων είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης και αυτό γιατί οι γυναίκες πολλές φορές υποτάσσουν τις ανάγκες τους στις ανάγκες των ατόμων που φροντίζουν.

Η έλλειψη σχέσης εμπιστοσύνης και υποστήριξης με το σύντροφο αποτελεί ακόμη έναν επιβαρυντικό παράγοντα για τις γυναίκες. Για τους άνδρες η στενή σχέση δεν είναι τόσο σημαντική και η καταθλιπτική διάθεση προκύπτει μόνο όταν οι δεσμοί εμπιστοσύνης επιβαρύνονται αρκετά.

Εξίσου σημαντικός παράγοντας στην εκδήλωση της κατάθλιψης των ενήλικων γυναικών θεωρείται η κακοποίηση και κυρίως η σεξουαλική κατά την παιδική ηλικία, κάτι που συμβαίνει συχνά στα κορίτσια. Το 25% των γυναικών με κατάθλιψη αναφέρουν ότι ως παιδιά είχαν υποστεί κάποιο είδος κακοποίησης (σωματική, σεξουαλική, ή ψυχολογική). Σε μεγαλύτερο όμως ποσοστό η κακοποίηση στις γυναίκες ασκείται από τον ίδιο τους το σύντροφο και αυτό επιβαρύνει ακόμη περισσότερο την ψυχική τους υγεία (ο.π.).

Εκτός όμως από το φύλο, ο Μαδιανός (1989), υποστηρίζει ότι υπάρχουν ορισμένες κοινωνικές δημογραφικές μεταβολές όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η καταγωγή, ο τόπος μόνιμης κατοικίας, η κοινωνική τάξη, η μετανάστευση, το είδος της απασχόλησης που σε συνάρτηση με τη μεταβλητή του φύλου κατατάσσουν τις γυναίκες στις ομάδες υψηλού κινδύνου στην εκδήλωση της κατάθλιψης.

Παρόλα αυτά οι Meagher και Murray (1997) αναφέρουν ότι όπου οι κοινωνικοί ρόλοι είναι ελεγχόμενοι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων.

Συμπερασματικά, οι ίδιοι συγγραφείς καταλήγουν, σύμφωνα με τα στοιχεία που διαθέτουν από έρευνες, στο ότι κάθε ένας από τους παράγοντες που αναφέραμε πιο πάνω δεν είναι σε θέση από μόνος του να εξηγήσει τη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων. Αλλά γίνεται σαφές ότι υπάρχει αλληλεπίδραση των ποικίλων παραγόντων στην εκδήλωση της κατάθλιψης στις γυναίκες. Καταλήγουν ακόμα στο ότι η διάκριση μεταξύ των φύλων είναι αποτέλεσμα της κατάθλιψης καθώς επίσης η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της διάκρισης των φύλων (Επιλογές, Τεύχος Μαρτίου-Απριλίου, 1997).

## **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Όπως ήδη έχει αναφερθεί για την εκδήλωση της κατάθλιψης στις γυναίκες ενοχοποιούνται παράγοντες που σχετίζονται με τον αναπαραγωγικό κύκλο κάθε γυναίκας, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες αλλά και παράγοντες που αφορούν στην υγεία της (γυναικολογικός καρκίνος).

Παρακάτω αναλύονται όλοι αυτοί οι παράγοντες σε μια προσπάθεια να εξηγηθεί ο τρόπος με τον οποίο συμβάλλουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης.

Παράγοντες που σχετίζονται με τον αναπαραγωγικό κύκλο είναι:

### **α Το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο (ή προεμμηνορρυσιακή τάση)**

Πρόκειται σύμφωνα με τον Ταντανάση (1997) για ένα φάσμα σωματικών και ψυχολογικών ενοχλημάτων όπως, αύξηση βάρους, πόνος στο στήθος και αίσθημα πρηξίματος, πονοκέφαλοι, πόνος στη μέση, οξυθυμία, έλλειψη ενδιαφέροντος, για δραστηριότητες, δυσκολία συγκέντρωσης, άγχος και καταθλιπτική διάθεση. Τα συμπτώματα εμφανίζονται αμέσως μετά την ωορρηξία, αυξάνονται σταδιακά και κορυφώνονται πέντε μέρες πριν την εμμηνόρρυση. Περίπου το 70-90% του συνόλου των γυναικών που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία αναφέρουν πως παρουσιάζουν τουλάχιστον μερικά συμπτώματα.

Βασική αιτία των σωματικών και ψυχολογικών ενοχλημάτων που χαρακτηρίζουν το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο είναι η διαταραχή της

ισορροπίας μεταξύ των ορμονών των ωοθηκών, των οιστρογόνων και της προγεστερόνης εις βάρος της τελευταίας, που συντελούνται πριν την έμμηνο ρύση.

Σύμφωνα με ψυχαναλυτικές μελέτες οι γυναίκες με αυτό το σύνδρομο αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αποδοχή του ρόλου τους ως γυναίκες και έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους και την περίοδό τους ως σύμβολο της γυναικείας φύσης (Ταντανάσης, 1997).

Η Sanders (1989) αναφέρει ότι ενώ πολλές γυναίκες λίγες μέρες πριν την περίοδό τους αρχίζουν να νοιώθουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, σπάνια το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο αποτελεί τη μόνη αιτία στην εμφάνισή τους.

Θα πρέπει, τέλος, να ληφθεί υπόψη σύμφωνα με τον Μπαλλή (2000), ότι για να θεωρηθεί πως μια γυναίκα πάσχει από προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο θα πρέπει τα συμπτώματα που προαναφέρθηκαν να παρουσιάζονται στους περισσότερους αν όχι σε όλους τους έμμηνο κύκλους της γυναίκας και να εξαφανίζονται λίγο πριν την εμμηνορρυσία.

#### **α Εγκυμοσύνη – Τοκετός**

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός θεωρούνται σύμφωνα με τον Μπαλλή (2000), μορφές «κρίσης» στην ολοκλήρωση της ψυχολογίας κάθε γυναίκας που απαιτούν κάποιες δυνατότητες προσαρμογής στη νέα κατάσταση.

Μέχρι πρόσφατα πιστεύονταν ότι η εγκυμοσύνη δρα προστατευτικά για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Αποδείχτηκε όμως ότι αυτό δεν αφορά τόσο στην πρώτη εκδήλωση αλλά όσο στην υποτροπή (ο.π.).

Η συχνότητα της κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη αφορά σ' ένα ποσοστό περίπου 10% των γυναικών και μπορεί να αποτελεί επιδείνωση μιας προϋπάρχουσας διαταραχής ή εμφάνιση για πρώτη φορά που όμως συνδέεται με μια σχετική τάση προδιάθεσης της γυναίκας (ο.π.).

Η κατάθλιψη συνήθως εμφανίζεται τους τρεις πρώτους μήνες της κύησης και η ένταση της μειώνεται στο τέλος του δεύτερου και στην αρχή του τρίτου τριμήνου. Επανεμφανίζεται όμως λίγες εβδομάδες πριν από τον τοκετό και συνοδεύεται από έντονες εκδηλώσεις άγχους (ο.π.)

Και σ' αυτήν την περίπτωση άμεση είναι η επίδραση των ορμονών καθώς όπως αναφέρει η Sanders (1989) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η μήτρα μετατρέπεται σε ένα «εργοστάσιο» παραγωγής ορμονών, που παράγει μεγάλες ποσότητες οιστρογόνων και προγεστερόνης. Χαρακτηριστικό είναι πως τα επίπεδα προγεστερόνης την περίοδο αυτή φθάνουν ίσως το εφταπλάσιο του ανώτερου φυσιολογικού επιπέδου που παρατηρείται στη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου.

Επίσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και του τοκετού παρατηρείται σύμφωνα με τον Προκοπάκη (1994) βαθμιαία αύξηση της ορμόνης της κορτιζόλης, η οποία θεωρείται από τους ειδικούς επίσης ένοχη για την εκδήλωση της κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

Σύμφωνα με τον Μπαλλή (2000) οι κυριότεροι παράγοντες για την εμφάνιση της κατάθλιψης σ' αυτήν την περίοδο είναι:

- η εγκυμοσύνη σε ηλικία κάτω των είκοσι ετών.
- Η προηγούμενη έκτρωση.
- Η αμφιθυμική αντιμετώπιση της παρούσας εγκυμοσύνης από την έγκυο γυναίκα και
- Η διαταραγμένη ενδοσυζυγική και ενδοοικογενειακή ζωή της εγκύου (Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής, 2000).

#### α Λοχεία

Η λοχεία σύμφωνα με τον Μπαλλή (2000) είναι η περίοδος που η γυναίκα μπορεί να παρουσιάσει ψυχικές διαταραχές κυρίως αν δεν είναι

έτοιμη «να δεχθεί το μωρό της» και το αντιμετωπίζει ως μία απειλητική παρουσία υπεύθυνη της κακής της κατάστασης.

Η κατάθλιψη της λοχείας γνωστή και ως επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 10-20% των γυναικών και ίσως να αποτελεί το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο για μια γυναίκα που πριν ήταν φυσιολογική ή να αποτελεί υποτροπή μιας προϋπάρχουσας διαταραχής (Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής, 2000).

Η εμφάνισή της τοποθετείται στην 4<sup>η</sup> με 6<sup>η</sup> εβδομάδα μετά τον τοκετό ή ακόμα και μετά τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό (ο.π.).

Η καταθλιπτική μητέρα αισθάνεται ότι δεν την αγαπούν, θεωρεί τον εαυτό της ανίκανο να φροντίσει το παιδί της σωστά, νιώθει κουρασμένη και εκνευρίζεται εύκολα. Συχνά ξεσπά σε κλάματα γιατί πιστεύει ότι η ασχολία της με το παιδί δεν την ευχαριστεί και γι' αυτό δεν το περιποιείται όσο θα έπρεπε. . Ακόμα αδιαφορεί για τον εαυτό της και το σύζυγό της και παρουσιάζει δυσκολίες στη συγκέντρωση, δεν παίζει με το μωρό, αδιαφορεί γι' αυτό και είναι πιθανό μερικές φορές να εκνευριστεί και να το κακοποιήσει.

Το αίσθημα ενοχής ότι δεν είναι καλή μητέρα μπορεί να την οδηγήσει σε αυτοκτονία ή και παιδοκτονία (ο.π.).

Ο κίνδυνος όμως αυτοκαταστροφής η βρεφοκτονίας σύμφωνα με τους Δημητρίου, Βλάσση και Καλογερόπουλο (1995) σ' αυτή την περίπτωση δεν ξεπερνά το 5% των περιπτώσεων σε αντίθεση με τα ποσοστά στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται ψύχωση κατά τη λοχεία (Ψυχιατρική, Τεύχος Ιανουαρίου-Μάρτιου, 1995).

Και σ' αυτή τη μορφή κατάθλιψης σημαντική είναι η επίδραση των ορμονών καθώς σύμφωνα με την Sanders (1984) και τον Προκοπάκη (1994) η μειωμένη προγεστερόνη στον οργανισμό μέχρι τις δεκαπέντε μέρες πριν την πρώτη περίοδο και τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης κατά το τέλος της

εγκυμοσύνης σχετίζονται άμεσα με τις περισσότερες επιλόχειες καταθλίψεις.

Κατά τον Inwood, οι κυριότεροι παράγοντες εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης είναι:

- Η εγκυμοσύνη ιδιαίτερα αν είναι η πρώτη και πολύ περισσότερο αν συνοδεύεται από αμφιθυμία της εγκύου ως προς τη διατήρηση της.
- Η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος και η εξάρτηση της λεχωΐδας από το σύζυγό της ή τους γονείς της.
- Η έλλειψη θερμών σχέσεων με τους γονείς κατά την παιδική ηλικία ή ο πρόωρος αποχωρισμός από αυτούς και περισσότερο από τον πατέρα (Δημητρίου, Βλάσσης, Καλογερόπουλος, Ψυχιατρική, 1995).

Είναι σημαντικό ακόμα να αναφερθεί ότι, αν και η πορεία αυτής της κατάθλιψης είναι ομαλή και υποχωρεί μετά από θεραπεία, αρκετές είναι οι γυναίκες που υποτροπιάζουν γεγονός που επηρεάζει ακόμα περισσότερο από πριν τόσο την συναισθηματική σχέση μεταξύ μητέρας και παιδιού όσο και την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού (ο.π.).

Αυξημένος επίσης είναι ο κίνδυνος υποτροπής για την επόμενη κύηση καθώς σύμφωνα με τους Περιστέρη και Μαρίνο (1990) το ποσοστό φθάνει το 60% των περιπτώσεων (Τετράδια Ψυχιατρικής, Νοέμβ. - Δεκεμ. N° 32, 1990).

#### α **Εμμηνόπαυση (κλιμακτήριος)**

Η εμμηνόπαυση χαρακτηρίζει το τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και σαν γεγονός επέρχεται στην ηλικία των 45 έως 50 χρόνων. Σε μερικές όμως περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί πιο νωρίς στην ηλικία

των 35 ετών (Καλογερόπουλος, Μαθήματα Γυναικολογίας - Ενδοκρινολογίας, 1975).

Σύμφωνα με τους Kaplan και Sadock's (2000), η εμμηνόπαυση αρχίζει τη στιγμή που η έμμηνος ρύση απουσιάζει για έναν ολόκληρο χρόνο. Τα σωματικά συμπτώματα εκτός από τις ανωμαλίες στην εμμηνόρρυση περιλαμβάνουν εξάψεις, εφίδρωση τη νύχτα, κοκκίνισμα του δέρματος, ζάλες, πονοκεφάλους κ.ά.

Εμμηνόπαυση όμως επέρχεται και μετά τη χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών καθώς ο όρος κλιμακτήριος αναφέρεται στην αλλοίωσή τους.

Είναι σαφές ότι η εμμηνόπαυση είναι μια κρίσιμη περίοδος αλλαγής στη ζωή κάθε γυναίκας και πολλά ψυχολογικά συμπτώματα εμφανίζονται την περίοδο αυτή όπως η κατάθλιψη και το άγχος αλλά και η κόπωση, η αϋπνία, οι συναισθηματικές μεταπτώσεις, η ευερεθιστότητα.

Κατά την άποψη του Λυκέτσου (1990), σχεδόν κάθε γυναίκα είναι πιθανό να περάσει μια βραχεία περίοδο κατάθλιψης κατά την κλιμακτήριο.

Οι καταθλιπτικές αντιδράσεις της γυναίκας ενόψει της απώλειας της αναπαραγωγής της ικανότητας είναι συνηθισμένες κατά την κλιμακτήριο.

Αποτελούν αντιδράσεις ψυχικής οδύνης, εξαιτίας του κόσμου που χάνεται και της απειλής του επικείμενου «ευνουχισμού» της.

Για ορισμένες καταθλιπτικές γυναίκες η κλιμακτήριος αποτελεί το πλησίασμα προς το θάνατο. Η ψυχή της γυναίκας διακατέχεται από ψυχικό πόνο ενώ η ίδια συνεχίζει να μετέχει στις εκδηλώσεις της ζωής. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι τόσο ήπια, ώστε μόνο τα στενά πρόσωπα της γυναίκας να αντιληφθούν την ύπαρξή της (Εφηβική Γυναικολογία, Αναπαραγωγή και Εμμηνόπαυση, Τομ. 2<sup>ος</sup>, Τεύχος 2<sup>ο</sup>, Απρίλιος, 1990).

Σύμφωνα με τον Καλογερόπουλο (1975) με την έναρξη της εμμηνόπαυσης οι γυναίκες συνειδητοποιούν ότι μπαίνουν στη διαδικασία της γήρανσης, η αντίδραση όμως δεν είναι σε όλες η ίδια. Αυτό που παίζει

πρωτεύοντα ρόλο είναι η προσωπικότητα κάθε γυναίκας η οποία άλλωστε καθορίζει και τις περισσότερες αντιδράσεις στα γεγονότα της ζωής της.

Οι Kaplan και Sadock's (2000), αναφέρουν ότι γυναίκες με χαμηλή αυτοεκτίμηση και μειωμένη ευχαρίστηση από τη ζωή είναι πιθανόν κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης να είναι πιο ευάλωτες.

Φαίνεται όμως ότι το μέγεθος των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, η ικανοποίηση της γυναίκας να αντέξει τη διαδικασία και το ψυχολογικό νόημα της γήρανσης εξαρτάται και από τις μεταβολές των ορμονών. Κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης οι ορμόνες των ωοθηκών στο αίμα μειώνονται σταδιακά για αρκετά χρόνια. Τα μειωμένα επίπεδα των οιστρογόνων της προγεστερόνης και των ανδρογόνων επιδρούν άμεσα στην λειτουργία του εγκεφάλου. Κατά την εμμηνόπαυση η επίδραση των οιστρογόνων στη διάθεση μειώνεται έμμεσα καθώς επιδρούν στην παραγωγή των ανδρογόνων. Η βαρύτητα των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων κατά την εμμηνόπαυση αποδεικνύουν τη σπουδαιότητα αυτών των ορμονικών αλλαγών (ο.π.).

Όμως αν και μέχρι πρόσφατα υπήρχε η υπόθεση ότι η συχνότητα της κατάθλιψης αυξάνεται στην εμμηνόπαυση, τελευταίες επιδημιολογικές μελέτες δεν έδειξαν αύξηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης σε γυναίκες που βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση έναντι των νεότερων γυναικών (ο.π.).

#### α Κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες

##### - Γάμος – συζυγικές σχέσεις

Έρευνες των τελευταίων σαράντα χρόνων έδειξαν ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ των ψυχικών διαταραχών και της συζυγικής κατάστασης. Καθώς από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι τα άγαμα άτομα παρουσιάζουν

υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από ότι τα έγγαμα (Σέρμπου, Διπλωματική Εργασία, 1997).

Αυτό παραπέμπει στο γεγονός ότι ο γάμος ίσως βοηθάει τα άτομα να αντιμετωπίσουν τα διάφορα προβλήματα (οικονομικά, κοινωνικά) και τα στρεσογόνα γεγονότα πιο αποτελεσματικά και πιο ευχάριστα (ο.π.).

Ωστόσο υποστηρίζεται ότι ο προστατευτικός αυτός ρόλος του γάμου αφορά μάλλον περισσότερο στους άνδρες απ' ότι τις γυναίκες, αφού έρευνες έδειξαν ότι τα ποσοστά κατάθλιψης στις παντρεμένες γυναίκες εμφανίζονται υψηλότερα από εκείνα των ανύπαντρων γυναικών και των παντρεμένων ανδρών (ο.π.).

Σύμφωνα με τη Steil (1997), ο γάμος αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τις γυναίκες λόγω της προνομιακής θέσης του άνδρα σε βάρος της μειωμένης ισχύος της γυναίκας ως προς τη λήψη αποφάσεων και την κατανομή των ρόλων.

Η συγγραφέας τονίζει επίσης, πως όσο κι αν στις μέρες μας ο γάμος και η συζυγική σχέση θεωρούνται από ορισμένους ότι έχουν αποκτήσει προστατευτική λειτουργία και για τις γυναίκες, λόγω της βελτίωσης της θέσης της μέσα σ' αυτόν, παρόλα αυτά η λειτουργία αυτή είναι σχετική καθώς η ανισότητα στη λήψη αποφάσεων και στην κατανομή υπευθυνοτήτων εξακολουθεί να υφίσταται στους περισσότερους γάμους (Τσονίδης, Διπλωματική Εργασία, 1999).

Σημαντικές είναι οι έρευνες των Hirsch και Rapkin (1986) και των Whisman και Jacobson (1989), από τις οποίες προκύπτει ότι η ανισότητα μέσα στο γάμο, είτε ωθεί τις γυναίκες στην εκδήλωση της κατάθλιψης, είτε παρατηρείται σε οικογένειες όπου η σύζυγος είναι καταθλιπτική (ο.π.).

Μια άλλη αιτία για την εκδήλωση της κατάθλιψης αποτελεί το γεγονός ότι πολλές γυναίκες στην προσπάθειά τους να ανταποκριθούν στους ρόλους τους ως σύζυγοι και μητέρες, δίνουν βαρύτητα στην ικανοποίηση

των αναγκών των άλλων μελών της οικογένειας, παραγκωνίζοντας τις δικές τους, με αποτέλεσμα κάποια στιγμή να νοιώσουν αίσθημα ανικανοποίητου και θλίψης (Σέρμπου, Διπλωματική Εργασία, 1997).

Επιπλέον, οι γυναίκες που δεν αναπτύσσουν δραστηριότητες πέρα από την φροντίδα της οικογένειας, στηρίζουν την αυτοεκτίμησή τους στη στάση που οι σύζυγοι δείχνουν απέναντί τους και η συναισθηματική τους κατάσταση επηρεάζεται άμεσα από το βαθμό επικοινωνίας με το σύζυγό τους και τη δυνατότητα να τους εκφράζουν ελεύθερα τα συναισθήματά τους (ο.π.).

Η ποιότητα λοιπόν της συζυγικής σχέσης αποτελεί βασικό παράγοντα στην εκδήλωση της κατάθλιψης καθώς σύμφωνα με τις αναφορές των Paymel et al (1964), Brown Harris (1978), Freden (1982) και Hammer (1992), αρκετές γυναίκες ανέφεραν πως πριν την εκδήλωση του καταθλιπτικού επεισοδίου αντιμετώπιζαν στο γάμο τους προβλήματα, όπως συνεχείς καβγάδες, έλλειψη εμπιστοσύνης και υπερβολικές απαιτήσεις από τους συζύγους προς τις ίδιες (ο.π.).

Η ποιότητα όμως της συζυγικής σχέσης επηρεάζει σημαντικά εκτός από την εμφάνιση και την πορεία της κατάθλιψης. Ενώ το αποτέλεσμα της θεραπείας μπορεί να είναι λιγότερο ευνοϊκό στα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα και νοιώθουν απογοήτευση γι' αυτό ακόμα οι πιθανότητες υποτροπής είναι αυξημένες στις γυναίκες που μετά από τη θεραπεία επιστρέφουν σε ένα γάμο που δεν τις ικανοποιεί (ο.π.).

#### **- Κοινωνικοί ρόλοι – Εργασία**

Αρκετές δεκαετίες τώρα το φαινόμενο της ανάληψης πολλαπλών ρόλων από τις γυναίκες και η μαζική είσοδός τους στην αγορά εργασίας έχει επιφέρει ριζικές μεταβολές στην κοινωνική και προσωπική ζωή των γυναικών αλλά και του άμεσου περιβάλλοντός τους.

Κατά τον Goude (1960), η ανάληψη εργασίας από τις γυναίκες πολλαπλασίασε τα καθήκοντά τους καθώς η εργασία προστέθηκε στους παραδοσιακούς ρόλους της γυναίκας/μητέρα, σύζυγος, νοικοκυρά). Το γεγονός αυτό, δημιούργησε συνθήκες ψυχολογικής και κοινωνικής πίεσης σε πολλές εργαζόμενες γυναίκες (Α. Τσονίδης, Διπλωματική Εργασία, 1999).

Όπως όμως ήδη έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι Meagner και Murray (1998), επισημαίνουν ότι η εργασία συνδέεται με την αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης όταν προκύπτουν δυσκολίες στη φροντίδα του σπιτιού και των παιδιών (Επιλογές, Μάρτιος-Απρίλιος, 1998).

Αλλά και μέσα στο χώρο εργασίας, σύμφωνα με τους Sander's (1989), Kaplan και Sadock's (2000), οι αρνητικοί παράγοντες που μπορεί να υπάρξουν όπως ο χαμηλότερος μισθός, η έλλειψη δυνατότητας για ανάληψη ανώτερης θέσης, η έλλειψη συνεργασίας και υποστήριξης από συναδέλφους, η απόρριψη από τον εργοδότη λόγω έλλειψης προηγούμενης εμπειρίας, κυρίως σε γυναίκες, που για πρώτη φορά μπαίνουν στην αγορά εργασίας ή ακόμα η έλλειψη αναγνώρισης από τον εργοδότη του διπλού ρόλου της γυναίκας ως εργαζόμενη και μητέρα, συμβάλλουν σημαντικά στην εκδήλωση κατάθλιψης και τη δημιουργία αισθήματος δυσφορίας.

Αρκετοί όμως είναι οι μελετητές που τονίζουν την ευεργετική ιδιότητα της εργασίας και της ανάληψης περισσότερων κοινωνικών ρόλων από την γυναίκα ως προς την ψυχική της υγείας.

Ο Μαδιανός (1989), αναφέρει ότι η εργασία αποτελεί πηγή ικανοποίησης των αναγκών του ανθρώπου και ένας ικανοποιητικός μισθός παρέχει αυτονομία και κοινωνικό γόητρο, συμβάλλοντας στην αυτοεκτίμηση του κάθε ατόμου.

Σύμφωνα με τη Sanders (1989), η γυναίκα είναι δύσκολο να έχει αυτοπεποίθηση, όταν εξαρτάται οικονομικά από τον σύζυγό της γιατί δεν της επιτρέπει να αισθάνεται ίση με αυτόν.

Η δουλειά έξω από το σπίτι δίνει στην γυναίκα τη δυνατότητα απόκτησης χρημάτων αλλά και συναναστροφής με άλλους ανθρώπους. Αποκτά δική της οντότητα και τονώνει την αυτοπεποίθηση. Όσο κι αν ο ρόλος της συζύγου και της μητέρας της προσφέρει το σεβασμό και την εκτίμηση της κοινωνίας, η απομόνωση στο σπίτι και η ενασχόληση αποκλειστικά με τη φροντίδα της οικογένειας, ενδεχομένως να της δημιουργήσει άγχος και ανασφάλεια. Γυναίκες που εμποδίζονται να εργαστούν λόγω των παιδιών έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη. Αλλά και οι γυναίκες που ασχολούνται με την περιποίηση ηλικιωμένων ατόμων ή ασθενών και αναγκάζονται να αφήσουν τη δουλειά τους είναι πιο επιρρεπείς.

Οι έρευνες των Gove και Zeiss (1978) και της Menaghan (1989), απέδειξαν ότι η εργασία σε συνδυασμό με το συζυγικό ρόλο έχει θετικές επιδράσεις στην ψυχολογική κατάσταση των γυναικών (Τσονίδης, Διπλωματική Εργασία, 1999).

Ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν από την έρευνα των Coleman, Antonucci και Adelman (1987), σύμφωνα με τους οποίους η εργασία σε συνδυασμό με το συζυγικό και μητρικό ρόλο προστατεύει τη γυναίκα από την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (ο.π.).

Οι Ross, Mirowsky και Huber (1983), υποστηρίζουν ότι οι εργαζόμενες γυναίκες που στις δουλειές του σπιτιού δέχονται τη βοήθεια του συζύγου τους, εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Η βοήθεια από τους συζύγους μειώνει την πίεση που προκαλείται στις γυναίκες από την ανάληψη πολλών ρόλων και ταυτόχρονα δηλώνει και μια αναγνώριση προς την εργασιακή της δραστηριότητα (ο.π.).

Η θετική ή αρνητική επίδραση του εργασιακού ρόλου στην ψυχική υγεία της γυναίκας εξαρτάται από την αποδοχή ή την απόρριψη αυτού του ρόλου από τον σύζυγό της.

Επιπλέον η δυσαρέσκεια ή ικανοποίηση της γυναίκας από την ανάληψη ενός ρόλου εξαρτάται σημαντικά από τον τρόπο που η ίδια αντιμετωπίζει τον κάθε ρόλο, τις προσδοκίες που έχει απέναντι στους διαφιλικούς ρόλους. Έρευνα της Parry (1978), έδειξε ότι εργαζόμενες γυναίκες που εξέφραζαν συντηρητική στάση ως προς τους ρόλους των δύο φύλων, παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης από τις γυναίκες των οποίων οι απόψεις ήταν πιο φιλελεύθερες (ο.π.).

Οι παραπάνω έρευνες, σχετικά με τους ρόλους και την ψυχική υγεία των γυναικών, αποδεικνύουν πως η ανάληψη πολλαπλών ρόλων από τη γυναίκα έχει ευεργετική επίδραση στην ψυχολογία της και μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης σε αντίθεση με παλαιότερες αναφορές (Goode, 1960), που τόνιζαν τις δυσάρεστες συνέπειες (ο.π.).

#### - **Ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής**

Ψυχοπιεστικά γεγονότα θεωρούνται τα γεγονότα που συμβάλλουν σε μια σημαντική αλλαγή της ζωής του ατόμου και που απαιτούν προσπάθεια προσαρμογής, αλλαγή στάσης ή ακόμα επανεξέταση των προσδοκιών και των στόχων του. (Σέρμπου, Διπλωματική Εργασία, 1997).

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (1989), ψυχοπιεστικά γεγονότα αποτελούν η απώλεια αγαπημένου προσώπου, τα προβλήματα υγείας (αναπηρία, σοβαρή ασθένεια του ίδιου του ατόμου ή κάποιου άλλου μέλους της οικογένειάς του), τα σοβαρά οικονομικά προβλήματα, η απώλεια εργασίας, το διαζύγιο ή η εγκατάλειψη και η αναγκαστική αλλαγή του τόπου κατοικίας.

Η πτώση του συναισθήματος, οι αρνητικές σκέψεις και η καταθλιπτική διάθεση αποτελούν αναμενόμενες αντιδράσεις μετά από τέτοια γεγονότα (Σέρμπου, Διπλωματική Εργασία, 1997).

Η εκδήλωση της κατάθλιψης σ' αυτές τις περιπτώσεις έχει άμεση σχέση με τη προδιάθεση του ατόμου. Εκείνο όμως που έχει μεγαλύτερη σημασία στην εκδήλωσή της είναι όχι τόσο το ίδιο το γεγονός, όσο η ερμηνεία που το κάθε άτομο δίνει σ' αυτό (ο.π.).

Οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες απέναντι σε τέτοια γεγονότα και κυρίως σ' αυτά που αφορούν την απώλεια αγαπημένων προσώπων, λόγω του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τα συναισθήματά τους, μετά από το γεγονός. Η κατάθλιψη μετά από τέτοια γεγονότα επέρχεται στη γυναίκα που θεωρεί ότι χάθηκε από τη ζωή της ένα σημαντικό κομμάτι που δεν μπορεί να αντικατασταθεί, γεγονός που το συνδέει με την απώλεια της αξίας του εαυτού της (ο.π.).

Σύμφωνα με τους Φουντουλάκη, Ιακωβίδη, Τσολάκη, Ιεροδιακόνου (1997), πιο συχνά αντιμέτωπες με ψυχοπιεστικά γεγονότα έρχονται οι γυναίκες της τρίτης ηλικίας, με πιο οδυνηρό την απώλεια του συζύγου λόγω θανάτου. Έχει βρεθεί ότι το 58% των ηλικιωμένων γυναικών που χήρευσαν παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό κατάθλιψης (Εγκέφαλος, Τόμος 34, Τεύχος 4<sup>ο</sup>, Οκτώβριος – Δεκέμβριος, 1997).

Ψυχοπιεστικά επίσης γεγονότα, που επιβαρύνουν την ψυχολογία των ηλικιωμένων γυναικών και τις κάνουν πιο ευάλωτες στην κατάθλιψη, κατά τον Μπαλλή (2000) αποτελούν, η κοινωνική απομόνωση λόγω ελάττωσης των κοινωνικών επαφών, των δραστηριοτήτων και των πρωτοβουλιών που παρατηρείται στην τρίτη ηλικία. Καθώς και η φροντίδα άλλου γηράσκοντος ατόμου, η σωματική και ψυχική κόπωση, τα αλληλοσυγκρουόμενα συναισθήματα και η οικονομική επιβάρυνση που επιφέρει αυτή η φροντίδα.

Σε περιπτώσεις που η πτώση των συναισθημάτων και οι αρνητικές σκέψεις διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, μετά από το ψυχοπιεστικό γεγονός, η καταθλιπτική διάθεση επιδεινώνεται με κίνδυνο πολλές φορές την αυτοκτονία. Για το λόγο αυτό τα ψυχοπιεστικά γεγονότα θεωρούνται

από τους πιο επιβαρυντικούς παράγοντες (Σέρμπου, Διπλωματική Εργασία, 1997).

#### - **Βιασμός – κακοποίηση**

Ο βιασμός και η σωματική κακοποίηση είναι ένας ακόμα παράγοντας επικίνδυνος για την ψυχική υγεία των γυναικών και των εμφάνιση της κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τους Kaplan και Sadock's (2000), τα θύματα βιασμού μπορεί να είναι οποιασδήποτε ηλικίας από παιδιά 15 ετών μέχρι και γυναίκες 82 ετών. Οι περισσότερες όμως περιπτώσεις αφορούν στις ηλικίες 16 έως 24 ετών.

Κατά τη διάρκεια του βιασμού η γυναίκα δέχεται ισχυρότατα σωματικά και ψυχολογικά τραύματα. Ο τρόμος και το σοκ φθάνουν τα όρια του πανικού.

Μετά το βιασμό συναισθήματα ντροπής, φόβου οργής και ταπείνωσης διακατέχουν τη γυναίκα που μπορεί να συνεχιστούν και ένα χρόνο μετά το γεγονός, δημιουργώντας το λεγόμενο μετατραυματικό στρες περιλαμβάνονται ακόμα εφιάλτες, αυξημένη επιθετικότητα, φόβο ως προς τη σεξουαλική πράξη. Οι εκδηλώσεις εξαρτώνται από το βαθμό βιαιότητας κατά την επίθεση, την ευπάθεια της γυναίκας και την υποστήριξη που δέχεται από το περιβάλλον της μετά το γεγονός.

Ακόμα η κακομεταχείριση και η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία σύμφωνα με τον Bebbington (1998), συμβάλλει στην εκδήλωση της κατάθλιψης στις γυναίκες κατά την ενήλικη ζωή τους.

Υποστηρίζεται ότι η κακομεταχείριση κατά την παιδική ηλικία προκαλεί γνωσιακές μεταβολές που μπορούν να συνδεθούν με την κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή (Επιλογές, Ιούλιος – Αύγουστος, 1998).

Σύμφωνα με τον Star και τους συνεργάτες του (1981), η βία εκτός από σωματική και σεξουαλική μπορεί να είναι και ψυχολογική υπό μορφή πίεσης και απειλής από το δράστη ότι θα προβεί σε σωματική βία. Στις

διαπροσωπικές σχέσεις των γυναικών η βία αρχίζει είτε αμέσως μετά τη γνωριμία με τον μέλλοντα σύζυγο, είτε αμέσως μετά το γάμο (Σκόδρα, 1993).

Πέρα όμως από το χώρο της οικογένειας η βία κατά των γυναικών ασκείται στο χώρο εργασίας ή ακόμα στο χώρο εκπαίδευσης κυρίως με τη μορφή της σεξουαλικής κακοποίησης (ο.π.).

#### - Γυναικολογικός καρκίνος

Ένας άλλος παράγοντας που αφορά όμως στην υγεία των γυναικών και έχει άμεση επίδραση στην εκδήλωση της κατάθλιψης είναι ο γυναικολογικός καρκίνος (καρκίνος του μαστού και της μήτρας).

Σύμφωνα με τον Dolligner et al (1994), ο καρκίνος και ειδικότερα του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες που πεθαίνουν από κάποια μορφή κακοήθειας. Μία στις εννιά γυναίκες εμφανίζει κάποια μορφή γυναικολογικού καρκίνου (Ν. Αποστολίδου, Μεταπτυχιακή Εργασία, 1997).

Ο Ιακωβίδης (1992), αναφέρει ότι η γυναίκα που έρχεται αντιμέτωπη με την διάγνωση του καρκίνου, το φόβο για την απώλεια της ζωής, τις επεμβάσεις που θα επακολουθήσουν και τους τυχόν ακρωτηριασμούς της, βιώνει έντονη ψυχολογική κρίση καθώς πιστεύει πως θα πάψει να είναι επιθυμητή και ελκυστική.

Η κατάθλιψη είναι η πιο συνηθισμένη συναισθηματική αντίδραση απέναντι στον καρκίνο.

Η συναισθηματική «παράλυση» το άγχος, ο θυμός, η ενοχή, η ντροπή καθώς και τα αισθήματα αβεβαιότητας και ματαιώσης που κατακλύζουν τη γυναίκα μετά τη διάγνωση του καρκίνου οδηγούν πολύ συχνά στην εκδήλωση της κατάθλιψης (Εφηβική Γυναικολογία Αναπαραγωγή και Εμμηνόπαυση Απρίλιος – Ιούνιος Τόμος 4<sup>ος</sup>, Τεύχος 2<sup>ο</sup>, 1992).

Ιδιαίτερα μετά από την μαστεκτομή ή την υστερεκτομή, η αφαίρεση του μαστού και της μήτρας δημιουργούν στην γυναίκα αισθήματα ανεπάρκειας πιστεύοντας ότι χάνει την αναπαραγωγική της ικανότητα και το δικαίωμα στον έρωτα (ο.π.).

Για τη γυναίκα τα όργανα του μαστού και της μήτρας έχουν μια ιδιαίτερα συμβολική σημασία.

Όπως αναφέρει ο Ρηγάτος (1991), ο μαστός είναι σύμβολο μητρότητας, θηλυκότητας αλλά και αγάπης και ασφάλειας (Γκιανέ και Μούχαλη, Πτυχιακή Εργασία, 2000).

Σύμφωνα επίσης με τον Ιακωβίδη (1992), πολλές γυναίκες συνδέουν τη μήτρα με τη θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητά τους και πιστεύουν ότι ο οργανισμός χωρίς τη μήτρα δεν είναι δυνατόν να συμβεί. Μεγαλύτερος όμως είναι ο αντίκτυπος στις γυναίκες νεαρής ηλικίας και κυρίως σ' αυτές που δεν έχουν αποκτήσει παιδιά γιατί πλέον δεν θα μπορούν να γευτούν τη μητρότητα.

Έχει βρεθεί ότι ένα χρόνο μετά από τη μαστεκτομή ή την υστερεκτομή το 20% των γυναικών εμφανίζουν κατάθλιψη, πάνω από 44% έχουν δυσκολίες επανένταξης και 28% εξακολουθούν να έχουν σεξουαλικά προβλήματα (Ιακωβίδου, 1992).

Είναι λοιπόν σημαντικό για να αντιμετωπιστεί η επικείμενη ψυχολογική κρίση της γυναίκας, λόγω των αλλαγών που συμβαίνουν στη ζωή της, η γυναίκα να ενθαρρύνεται ώστε να εκφράζει τους μύθους, τις άγνοιες και τις εσφαλμένες εντυπώσεις της γύρω από τη γυναικεία φυσιολογία και ανατομία και τα αποτελέσματα που θα έχει σ' αυτήν η αφαίρεση των συγκεκριμένων οργάνων (ο.π.).

Η σωστή ενημέρωση πρέπει να γίνεται τη στιγμή ακόμη της διάγνωσης, από τους θεραπευτές (ο.π.)

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί, όπως επισημαίνει ο Μπαζίνης (1992), ότι πολλά συμπτώματα της κατάθλιψης όπως η απώλεια βάρους,

απώλεια όρεξης, αϋπνία, έλλειψη ενδιαφέροντος και μείωση της ενεργητικότητας αποδίδονται στον καρκίνο, γεγονός που εμποδίζει την διάγνωσή της κατά τη διάρκεια της νόσου και επιδεινώνει την ποιότητα ζωής της ασθενούς (Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. Τεύχος 3<sup>ο</sup>, Τόμος 3<sup>ος</sup>, Ιούλιος – Σεπτέμβριος , 1992).

## **Δ. ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης έχει σαν στόχους:

- (α) την αναγνώριση και άμεση θεραπεία της οξείας κατάστασης,
- (β) τη συνέχιση της θεραπείας για ένα διάστημα έξι μηνών για να μειωθεί η πιθανότητα υποτροπής πριν τη λήξη του παρόντος επεισοδίου,
- (γ) τη διατήρηση της θεραπείας για την προφύλαξη και πρόληψη νέων επεισοδίων ης νόσου (Ιατρική, 1999, Τεύχος 5<sup>ο</sup>).

Σύμφωνα με τον Jack Dominan (1998), η θεραπεία της κατάθλιψης είναι αρκετά σύνθετη. Τα τελευταία σαράντα χρόνια στο θέμα της κατάθλιψης έχει δοθεί τεράστια ψυχολογική σημασία ενώ συγχρόνως μπορούν να γίνουν πολλά έτσι ώστε η κατάσταση αυτή να βελτιωθεί ή να θεραπευτεί οριστικά. Συνεχίζοντας λέει ότι η θεραπεία της κατάθλιψης μπορεί να γίνει μέσω φαρμάκων ή μέσω ψυχοθεραπείας στις διάφορες της μορφές.

Όσον αφορά στην φαρμακευτική θεραπεία η Deidre Sanders (1989), αναφέρει ότι τα πιο συνηθισμένα φάρμακα που χορηγούνται από τους ψυχιάτρους για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι:

- (α) τα ελάσσονα ηρεμιστικά,
- (β) τα μείζονα ηρεμιστικά και
- (γ) τα αντικαταθλιπτικά.

## **A) ΕΛΑΣΣΟΝΑ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ**

Είναι εκείνα τα ηρεμιστικά τα οποία έχουν ως σκοπό τους την ανακούφιση του άγχους και τη χαλάρωση μυϊκής έντασης. Συμβάλλουν έτσι ώστε το άτομο να μπορέσει να αντιμετωπίσει μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο. Τα ηρεμιστικά αυτά δεν θεραπεύουν την κατάθλιψη ή το άγχος απλώς ανακουφίζουν προσωρινά τα συμπτώματα. Ως ελαφρά ηρεμιστικά δεν έχουν σοβαρές σωματικές παρενέργειες.

Οι ψυχολογικές όμως παρενέργειες που παρουσιάζουν, μπορεί να είναι περισσότερο σοβαρές, γιατί γίνονται τα ηρεμιστικά αυτά συνήθεια.

Πολλές φορές προκαλούν εξάρτηση από το γεγονός ότι το άτομο φοβάται ν' αντιμετωπίσει μια κατάσταση χωρίς να πάρει το ηρεμιστικό.

## **B) ΜΕΙΖΟΝΑ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ**

Δίνονται στα άτομα τα οποία παρουσιάζουν σοβαρή διανοητική και ψυχολογική διαταραχή και υποφέρουν από ψευδαισθήσεις. Προκαλούν μεγάλη ανακούφιση στα άτομα από τα συμπτώματα. Χρησιμοποιούνται επίσης όταν υπάρχει άγχος σ' ένα άτομο για να το θεραπεύσουν. Και αυτά τα ηρεμιστικά συνοδεύονται από κάποιες σωματικές (παχυσαρκία, απώλεια βάρους) και ψυχολογικές (αίσθημα αδιαφορίας για τη ζωή) παρενέργειες.

## **Γ) ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Τα φάρμακα αυτά συμβάλλουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της ενδογενούς κατάθλιψης όχι όμως κατά κανόνα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της αντιδραστικής κατάθλιψης. Τα φάρμακα αυτά είναι για

ένα μικρό αριθμό ασθενών μια και το 80% των περιπτώσεων ανήκουν στην αντιδραστική κατάθλιψη.

Στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αναφέρονται τα τρικυκλικά και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά καθώς και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης.

## **Δ) ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ ΚΑΙ ΤΕΤΡΑΚΥΚΛΙΚΑ**

Είναι τα πιο συνηθισμένα αντικαταθλιπτικά. Πιστεύεται ότι αυτά συμβάλλουν έτσι ώστε ν' ανεβούν τα επίπεδα των αμινών, των ουσιών δηλαδή που επηρεάζουν τις ικανότητές μας ν' αντιδρούμε στην ευχαρίστηση και τον πόνο.

Τα φάρμακα αυτά θεραπεύουν απλώς τα συμπτώματα και όχι τις αιτίες μιας κατάστασης. Επίσης τόσο τα τρικυκλικά όσο και τα τετρακυκλικά δεν προκαλούν εθισμό.

## **ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΟΑΜΙΝΟΞΕΙΔΑΣΗΣ**

Τα φάρμακα αυτά έχουν σοβαρές παρενέργειες και γι' αυτό μόνο το 3% των φαρμάκων αυτών χορηγούνται για την κατάθλιψη. Βοηθούν τα άτομα που δεν μπορούν να βοηθηθούν από τα άλλα φάρμακα. Τα φάρμακα αυτά ανεβάζουν τα επίπεδα των αμινών στον οργανισμό με διαφορετικό όμως τρόπο από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, μπλοκάροντας τη διαδικασία διάσπασης των αμινών από τα ένζυμα.

Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά και ιδιαίτερα οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) έχουν δεχθεί ότι είναι

αποτελεσματικά. Έτσι οι (ΕΑΕΣ) και τα τρικυκλικά θεωρούνται φάρμακα πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Μάνος Ν., 1997).

Εκτός από τις πιο πάνω κατηγορίες φαρμάκων, υπάρχουν και πολλά φάρμακα που δεν ανήκουν σε κάποια από τις κατηγορίες αυτές. Τέτοιο παράδειγμα αποτελεί το λίθιο το οποίο χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της μανιακής φάσης και ως θεραπεία συντήρησης και στις δύο φάσεις της διπολικής ασθένειας. Το λίθιο επίσης ενδείκνυται για να προλάβουμε υποτροπή καταθλιπτικών επεισοδίων σε μονοπολικούς ασθενείς και ως θεραπεία συντήρησης (Ελληνική Ιατρική, Τόμος 55, Τεύχος 1-6, 1989).

Οι ανεπιθύμητες όμως ενέργειες της φαρμακοθεραπείας (αύξηση σωματικού βάρους, μείωση σεξουαλικής λειτουργίας κ.λ.π.) κυρίως με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά, η αρνητική στάση και συμμόρφωση των ασθενών απέναντι σ' αυτή, καθώς και οι απόπειρες αυτοκτονιών σε ορισμένες περιπτώσεις με αντικαταθλιπτικά περιορίζουν τη χρήση ψυχοφαρμάκων. Έτσι εκτός από τη φαρμακοθεραπεία εφαρμόζονται και μη φαρμακευτικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Ιατρική, Τεύχος 5<sup>ο</sup>, 1999).

## **ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

### **I. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική ιδίως στους ασθενείς με ελαφρά καταθλιπτική συμπτωματολογία (Ιατρική του σήμερα, Τεύχος 26<sup>ο</sup>, 1999).

Η ψυχοθεραπεία αναφέρεται σε μια θεραπευτική αγωγή που γίνεται με ψυχολογικά μέσα σε μια σχέση ψυχοθεραπευτή-ψυχοθεραπευόμενου που

αναπτύσσεται με τη βοήθεια του προφορικού λόγου της συνομιλίας (Χαρτοκόλης Π., 1986).

Κατά τον Dr. Robert Backman και Anne Charlish (1999), η ψυχοθεραπεία δεν είναι εύκολη επιλογή. Απαιτεί δέσμευση, χρήματα και συνοδεύεται από επώδυνα συναισθήματα. Έχει μεγάλη όμως σημασία για το άτομο γιατί μπορεί να του εξασφαλίσει μακροχρόνια οφέλη. Η ψυχοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν συνδυάζεται με φαρμακευτική αγωγή.

Όλα τα είδη ψυχοθεραπείας που ακολουθούν αναλύονται σύμφωνα με τον Μάνο (1997), και είναι:

## **A. (ΨΥΧΟ)ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία κατέχει ιδιαίτερη θέση στο σύνολο των διαφόρων ψυχοθεραπειών. Βασίζεται στην ψυχοδυναμική θεωρία.

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία οφείλει τη σημαντική θέση που κατέχει στο γεγονός, ότι:

- (1) αποτέλεσε τη βάση πάνω στην οποία στηρίχτηκαν οι άλλες ψυχοθεραπείες
- (2) γιατί έχει μεγαλύτερη χρησιμοποίηση απ' ότι οι άλλες ψυχοθεραπείες και τέλος,
- (3) γιατί η γνώση των ψυχοδυναμικών έχουν μεγάλη σημασία και αποτελούν βασική προϋπόθεση για τον κάθε θεραπευτή στη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσει με τον ασθενή.

Στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνεται μεγάλη σημασία στο παρελθόν του ατόμου. Οι παιδικές εμπειρίες αποτελούν σημαντικό στοιχείο στους κόλπους αυτής της μορφής ψυχοθεραπείας, όχι όμως με τη μορφή

ενός συγκεκριμένου ψυχικού τραύματος. Η έννοια της σύγκρουσης εδώ παίζει σημαντικό ρόλο και αφορά πάντοτε αντιθετικές και ασυμφιλίωτες δυνάμεις.

Στους τύπους ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, αναφέρονται:

α) ατομική ψυχοθεραπεία, στην οποία περιλαμβάνονται:

- 1) η ψυχανάλυση,
- 2) η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία

β) Βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία, στην οποία περιλαμβάνονται:

- 1) η ομαδική ψυχοθεραπεία,
- 2) η οικογενειακή ψυχοθεραπεία και
- 3) Η συζυγική ψυχοθεραπεία.

## **A.1. ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Τόσο η ψυχανάλυση όσο και η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία βασίζονται στη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Και οι δύο προσπαθούν να μεταβάλουν τη συμπεριφορά του ατόμου με τη χρησιμοποίηση διαφόρων ψυχολογικών μεθόδων όπως είναι η διευκρίνιση, η ερμηνεία και η αντιπαράθεση. Αυτή η αντιμετώπιση των βιωμάτων του ατόμου χαρακτηρίζεται ως κατά μέτωπο αντιμετώπιση . Και οι δύο μέθοδοι δίνουν μεγάλη σημασία στις έννοιες εμπάθεια και αντιμεταβίβαση. Η εμπάθεια αναφέρεται στον θεραπευτή ο οποίος θα πρέπει να έχει την ικανότητα για συναισθηματική συμμετοχή και κατανόηση στη σχέση του με τον θεραπευόμενο, χωρίς όμως ο πρώτος να χάνει την αντικειμενικότητά του.

Όσον αφορά την αντιμεταβίβαση συναισθημάτων από τον θεραπευτή προς τον ασθενή χρειάζεται μεγάλη προσοχή.

Η ψυχανάλυση βασίζεται στην ερμηνεία των στοιχείων που συμβαίνουν στην ασθενή. Η σχέση αυτή έχει ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τη μεταβίβαση, τη μεταφορά δηλαδή διαφόρων συναισθημάτων από τον ασθενή στον θεραπευτή. Η μεταβίβαση στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία έχει μικρότερη ένταση και παίρνει τη μορφή μεταβιβαστικών αντιδράσεων. Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιεί και διάφορα υποστηρικτικά μέσα, όπως είναι οι συμβουλές και ο χειρισμός του περιβάλλοντος.

Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία διακρίνεται:

- στην αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία,
- στην ψυχοθεραπεία σχέσης και
- την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

Βέβαια η ψυχοθεραπεία που εφαρμόζεται σ' ένα συγκεκριμένο ασθενή, περιέχει στοιχεία και από τις τρεις πιο πάνω μορφές.

### **(1) Αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία:**

Η αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία μέσα από την χρησιμοποίηση της ερμηνείας προσπαθεί ν' αποκαλύψει σε ασθενείς με αρκετά ισχυρό εγώ ασυνείδητες συγκρούσεις. Εδώ ερμηνεύονται τόσο τα διάφορα διαπροσωπικά γεγονότα όσο και τα διάφορα μεταβιβαστικά στοιχεία. Η αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία τείνει να υποκαταστήσει τελείως την ψυχανάλυση .

Οι ενδείξεις της, στις οποίες περιλαμβάνονται και ψυχωτικοί ασθενείς και σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας, είναι ελαστικότερες απ' αυτές της ψυχανάλυσης.

## **(2) Ψυχοθεραπεία σχέσης**

Δεν προϋποθέτει τόσο ισχυρό εγώ όπως η αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία. Ούτε και δίνει τόσο μεγάλη σημασία στις μεταβιβαστικές αντιδράσεις. Τα διαπροσωπικά γεγονότα έχουν μεγαλύτερη σημασία. Βασίζεται σ' όλα αυτά τα στοιχεία που αναπτύσσονται και συμβάλλουν στην ανάπτυξη μιας σωστής θεραπευτικής σχέσης (δημιουργία κλίματος αποδοχής, διορθωτικές συναισθηματικές εμπειρίες του ασθενή, ταυτοποίηση του ασθενή με τον θεραπευτή κ.λ.π.).

## **(3) Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία**

Παρέχει υποστήριξη στον ασθενή ο οποίος υποφέρει από μια κατάσταση φυσικής αρρώστιας και ψυχολογικής αναστάτωσης. Αποσκοπεί ν' ανακουφίσει το άτομο από το άγχος και να συμβάλλει έτσι ώστε οι αμυντικοί μηχανισμοί και οι διάφορες λειτουργίες του εγώ να βρουν την παλιά τους ισορροπία. Σαν μέσα για την εφαρμογή της μπορεί να χρησιμοποιήσει συμβουλές, νοσηλεία, φαρμακευτική αγωγή και να δεχθεί την εξάρτηση του ασθενή απ' αυτά για μεγάλο χρονικό διάστημα όπως συμβαίνει και με τους ψυχωτικούς ασθενείς.

## **B. ΒΡΑΧΕΙΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ανάγκη για εξεύρεση χρονικά βραχύτερων και λιγότερο δαπανηρών μορφών ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας οδήγησε στην εμφάνιση νέων τύπων ψυχοδυναμικής παρέμβασης που αναφέρονται κάτω από τον γενικό τίτλο βραχεία ψυχοθεραπεία.

Οι βραχείες δυναμικές ψυχοθεραπείες έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά που είναι τα εξής:

1. ο αριθμός των συνεδρίων είναι περιορισμένος με εξαίρεση τη θεραπεία του malari,
2. από την αρχή προσδιορίζεται συγκεκριμένη περιοχή σύγκρουσης και γίνεται ο εστιασμός σ' αυτή χωρίς εκτεταμένη όμως ανάλυση,
3. η μεγάλη χρήση της κατά μέτωπο αντιμετώπισης της συγκεκριμένης σύγκρουσης του ασθενή,
4. ο θεραπευτής κρατά μια άμεση και ενεργητική στάση ενώ συγχρόνως προσπαθεί να κρατήσει συγκεντρωμένη την προσοχή του ασθενή στην εστία, στο κέντρο της σύγκρουσης.

Όπως συμβαίνει και στις άλλες ψυχοδυναμικές θεραπείες οι ασθενείς πρέπει να προβαίνουν σε μια ενδοσκόπηση, να επιζητούν την αλλαγή και να διαθέτουν ισχυρό εγώ για να μπορεί ν' αντιμετωπίσει το άγχος της θεραπείας.

Η βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία είναι μια πολύ σημαντική πρόοδος στα πλαίσια του ψυχοδυναμικού κινήματος .

Στην βραχεία ψυχοθεραπεία περιλαμβάνονται εκτός από τη βραχεία δυναμική και άλλες ψυχοθεραπείες, όπως η είναι: η παρέμβαση σε κρίση (κυρίως συμβουλευτικής – υποστηρικτικής κατεύθυνσης, οι περισσότερες από τις συμπεριφορικές, συζυγικές ή οικογενειακές θεραπείες, η γνωστική και διαπροσωπική θεραπεία.

## **B. 1. ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Στην περίπτωση της ομαδικής ψυχοθεραπείας ορισμένοι ασθενείς που προηγουμένως επιλεκτικά τοποθετούνται σε μια ομάδα η οποία καθοδηγείται από τον ψυχοθεραπευτή.

Σκοπός της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι να αλληλοβοηθηθούν οι ασθενείς για να αλλάξουν την συμπεριφορά ή και την προσωπικότητά τους. Ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ομάδας (σύνθεση ομάδας είδος θεραπευτικής διεργασίας, τρόπος συντονισμού και καθοδήγησης που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής), υπάρχουν διάφοροι τύποι ομαδικής ψυχοθεραπείας.

Το ψυχαναλυτικό σύστημα αναφοράς στην ομαδική ψυχοθεραπεία εκφράζεται με τρεις διαφορετικούς τρόπους θεραπευτικής παρέμβασης, που είναι:

- α) ως προς το άτομο,
- β) προς τις διάφορες διαντιδράσεις μεταξύ των μελών,
- γ) προς την ομάδα σαν σύνολο.

Πιο πολύ όμως ο θεραπευτής εστιάζει την προσοχή του στις διαντιδράσεις ανάμεσα στα μέλη.

Στην ομαδική ψυχοθεραπεία μπορούν να ενταχθούν ασθενείς που ανήκουν σε οποιανδήποτε διαγνωστική κατηγορία, εφόσον βέβαια γίνει επιλογή του κατάλληλου τύπου ομάδας.

Υπάρχουν δύο τύποι ομαδικής ψυχοθεραπείας:

- η ομαδική ψυχοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει νευρωτικά άτομα και άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας και

- η ομαδική ψυχοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει ψυχωσικά άτομα και που μπορεί η δεύτερη να παρέχεται είτε μέσα στο νοσοκομείο είτε έξω από το νοσοκομείο.

Μια ομάδα ψυχοθεραπείας μπορεί να περιλαμβάνει από τρία ως δέκα πέντε μέλη. Κατά τη σύνθεση της ομάδας ιδιαίτερα αυτής που αποτελείται από νευρωσικά άτομα και διαταραγμένη προσωπικότητα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το φύλο, η ηλικία και το είδος των ψυχικών συγκρούσεων έτσι ώστε να υπάρχει μια κάποια ισορροπία και ν' αποφεύγονται οι μεγάλες διαφορές αναφορικά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μελών. Συχνά γίνεται συνδυασμός ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας.

Αναφορικά με τις διάφορες ομάδες αυτοβοήθειας που λειτουργούν, αυτές δεν έχουν εκπαιδευμένο θεραπευτή, έχουν όμως αποτελεσματικότητα για διάφορες καταστάσεις, όπως π.χ. αλκοόλ, ναρκωτικά κ.λ.π.

## **B. 2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η οικογενειακή θεραπεία συνιστά την άμεση και ταυτόχρονη θεραπεία ολόκληρης της οικογένειας.

Το θεωρητικό της υπόβαθρο περιλαμβάνει εκτός από την ψυχοδυναμική θεωρία:

- α) τη θεωρία των γενικών συστημάτων. Η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ατόμων-μελών της .
- β) τη θεωρία της ανθρώπινης επικοινωνίας – σχέση λέξεων μεταξύ τους, σχέση της σημασίας τους, σχέση λέξεων και συμπεριφοράς, συμμετρική ή συμπληρωματική επικοινωνία,

- γ) τις απόψεις για τη διαπροσωπική αντίληψη που αφορούν τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσεται η αίσθηση – αντίληψη του εαυτού μας και τα διαπροσωπικά μηνύματα που την επηρεάζουν,
- δ) τις θεωρίες της κοινωνικής (εκ)μάθησης που υποδεικνύουν πως ολόκληρη η οικογένεια, που είναι ένα κοινωνικό σύστημα μπορεί να εκμάθει σ' ένα μέλος της το ρόλο του αρρώστου.

Ο θεραπευτής τόσο στην οικογενειακή όσο και στην ομαδική ψυχοθεραπεία θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από την αμεσότητα και ενεργητικότητα και επίσης θα πρέπει να παρεμβαίνει με συγκεκριμένο τρόπο, με συμβουλές, με σχόλια, να διδάσκει νέα δεξιότητες ή νέα πρότυπα συμπεριφοράς. Η οικογενειακή θεραπεία καλύπτει ένα μεγάλο (σχεδόν όλο) φάσμα της ψυχιατρικής: όπως σχιζοφρένεια, μείζονες συναισθηματικές διαταραχές, ψυχοσωματικές διαταραχές, σωματόμορφες διαταραχές, προβλήματα συζύγων καθώς και τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν από τις διάφορες σωματικές αρρώστιες.

### **B. 3. ΣΥΖΥΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Ή ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΖΕΥΓΟΥΣ**

Αυτή η μορφή θεραπείας έχει ως σκοπό να βοηθήσει ν' αντιμετωπιστούν τα διάφορα προβλήματα που εμφανίζονται στη σχέση των δύο ατόμων. Απευθύνεται σε παντρεμένα ζευγάρια, σε ζευγάρια που ζουν μαζί χωρίς να έχουν παντρευτεί. Η θεραπεία αυτή έχει ως απώτερο στόχο να βοηθήσει τα ζευγάρια να λύσουν τα διάφορα διαπροσωπικά προβλήματα και συγκρούσεις και να βελτιώσουν τη διαπροσωπική τους επικοινωνία, να διευκρινίσει τους στόχους του καθενός μέσα στη σχέση και τέλος να βοηθήσει τον καθένα από τους συντρόφους να κατανοήσει τον τρόπο

συμπεριφοράς του, η οποία μπορεί να επηρεάζεται από προηγούμενες εμπειρίες με γονείς, αδέρφια κ.λ.π.

Η θεραπεία αυτή δεν προσπαθεί να κρατήσει οπωσδήποτε το ζευγάρι μαζί αλλά να το βοηθήσει πάνω απ' όλα να λύσει τα διάφορα προβλήματα που δρουν στους κόλπους του. Η συζυγική θεραπεία μπορεί να συνδυάζεται και με ατομική ψυχοθεραπεία του ενός ή και των δύο συζύγων.

## **2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση απευθύνεται σε ειδική κατηγορία συμπτωμάτων ή προβλημάτων συμπεριφοράς (π.χ. φοβίες, κατάθλιψη, αλκοολισμός, αγχώδεις καταστάσεις κ.λ.π.). Η θεωρία της θεραπείας της συμπεριφοράς βασίζεται στις θεωρίες της εξαρτημένης μάθησης, δηλαδή την κλασσική και συντελεστική μάθηση. Από τις θεωρίες αυτές απορρέουν ορισμένες βασικές υποθέσεις, που είναι οι εξής:

- i.** οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα συνδυασμό βιολογικών και μαθησιακών παραγόντων,
- ii.** Η παθολογική συμπεριφορά εγκαθίσταται και τηρείται με τις ίδιες αρχές όπως και η φυσιολογική συμπεριφορά,
- iii.** Οι διάφορες δυσλειτουργίες που οφείλονται σε ανεπαρκή ή λανθασμένη μάθηση και άλλες διαταραχές με βιολογικό προσδιορισμό, μπορούν ν' ανακουφισθούν με τεχνικές που απορρέουν από τις διάφορες αρχές της μάθησης,
- iv.** Τα προβλήματα αντιμετωπίζονται καθεαυτά και όχι ως συμπτώματα,
- v.** Το παρόν ενδιαφέρει περισσότερο απ' ό,τι το παρελθόν γι' αυτό και ο εστιασμός γίνεται σ' αυτό το πρώτο,
- vi.** Η εκτίμηση της διάγνωσης γίνεται μέσα από την διερεύνηση και ανάλυση των διαφόρων λειτουργιών (συμπεριφορική, γνωστική,

διαπροσωπική) με σκοπό την ανακάλυψη των συγκεκριμένων δυσλειτουργιών και εκείνων των παραγόντων που συμβάλλουν στην ενίσχυση της προβληματικής συμπεριφοράς και τέλος,

- vii. Την εφαρμογή νέων συμπεριφορικών μεθόδων για διόρθωση ή νέα εκμάθηση.

### **3. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Αυτό το είδος ψυχοθεραπείας χρησιμοποιείται με επιτυχία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και διαφόρων αγχώδων φοβιών και άλλων διαταραχών. Είναι σχετικά μια καινούργια μορφή ψυχοθεραπείας. Η γνωστική θεραπεία έχει ως βάση της την θεωρία του Aaron Beck, η οποία υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη και οι άλλες διαταραχές (αγχώδεις/φοβικές) οφείλονται στα διάφορα παρα-μορφωμένα γνωστικά (νοητικά) σχήματα. Δηλαδή η καταθλιπτική αγχώδης και φοβική διαταραχή είναι κυρίως νοητικές (γνωστικές) διαταραχές που εμφανίζονται όταν διαταράσσεται η διάθεση .

Σύμφωνα με τη θεωρία του Beck, το άτομο σκέφτεται μ' ένα εσφαλμένο (αρνητικό) τρόπο, τόσο για τον εαυτό του, τον άμεσο διαπροσωπικό κόσμο και το μέλλον. Αυτές οι αρνητικές σκέψεις κρατούν το άτομο σε κατάθλιψη ή καταθλιπτικογόνο ετοιμότητα, αφού εκτιμά τον εαυτό του, τις διάφορες σχέσεις του, το παρελθόν και το μέλλον του μ' ένα αρνητικό τρόπο σκέψης .

Η προσέγγιση που χρησιμοποιείται στη γνωστική θεραπεία χαρακτηρίζεται από συμπεριφορικές και γνωστικές τεχνικές.

Οι συμπεριφορικές τεχνικές σκοπεύουν να διορθώσουν τις αρνητικές συνέπειες που προκύπτουν από τον αρνητικό τρόπο σκέψης μέσα από

συγκεκριμένες πράξεις – ασκήσεις. Αντίθετα οι γνωστικές τεχνικές, βοηθούν το άτομο ν' αναγνωρίσει και στη συνέχεια να διορθώσει τα δυσλειτουργικά γνωστικά του σχήματα.

Για τον λόγο αυτό η γνωστική θεραπεία ονομάζεται και γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Ο θεραπευτής στη γνωστική θεραπεία έχει ρόλο εκπαιδευτικό και προσπαθεί να αποφύγει τον εξουσιαστικό τρόπο χειρισμού στην σχέση του με τον θεραπευόμενο. Ο θεραπευτής προσπαθεί ν' αναπτύξει μια σωστή και θετική σχέση με τον θεραπευόμενο και να εμποδίσει την ανάπτυξη από τον δεύτερο αρνητικών στοιχείων τόσο για τη θεραπευτική διεργασία όσο και για τη θεραπευτική σχέση. Στην περίπτωση όμως που ο θεραπευόμενος, παρ' όλες τις προσπάθειες του θεραπευτή αναπτύξει αρνητικές αντιδράσεις και αντίσταση στη θεραπευτική σχέση, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί αυτές τις αντιδράσεις για να δείξει στον θεραπευόμενο πως ο τρόπος που διαστρεβλώνει τη θεραπευτική σχέση είναι ακριβώς ο ίδιος που τον οδηγεί και στο να διαστρεβλώνει την πραγματικότητα σ' όλες τις σχέσεις που αναπτύσσει στη ζωή του.

Η πρώτη φάση στη γνωστική θεραπεία προσπαθεί να μειώσει τα συμπτώματα μιας κατάστασης και επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στο ν' αναγνωρίσει τις αυτοκαταστροφικές σκέψεις. Οι επόμενες φάσεις έχουν σαν στόχο την προφύλαξη και επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στην τροποποίηση των διαφόρων αρνητικών σχημάτων που παρουσιάζονται τόσο μέσα στη θεραπεία όσο και έξω απ' αυτή.

Η εφαρμογή της γνωστικής θεραπείας, είτε ως μονοθεραπεία είτε σε συνδυασμό με φάρμακα ή άλλες ψυχοθεραπείες παρουσιάζει μια συνεχή διεύρυνση, καθώς η αναγνώριση των αρνητικών (εσφαλμένων) γνωστικών σχημάτων, μπορεί να γίνει και σε άλλες διαταραχές και να συμβάλλει στη θεραπεία του ασθενή.

Παραδείγματα διαταραχών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι γνωστικές τεχνικές, είναι:

- i. Στη θεραπεία παχυσαρκίας,
- ii. Θεραπεία αλκοολισμού,
- iii. Θεραπεία χρόνιου πόνου,
- iv. Θεραπεία διαταραχών της προσωπικότητας, κ.λ.π.

#### **4. ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η μορφή αυτή ψυχοθεραπείας είναι πρόσφατη και αναπτύχθηκε για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Η διαπροσωπική θεραπεία υποστηρίζει ότι στην κατάθλιψη παίζει μεγάλο ρόλο το κοινωνικό ή διαπροσωπικό περιβάλλον του ασθενή. Η διαπροσωπική προσέγγιση υποστηρίζει ότι οι διαταραγμένοι κοινωνικοί ρόλοι και οι μη ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις στην ενήλικη ζωή του ατόμου, μπορεί ν' αποτελούν αιτία, δηλαδή να προηγούνται της κατάθλιψης ή να είναι συνέπεια της κατάθλιψης. Η διαπροσωπική θεραπεία παρουσιάζει ομοιότητες τόσο με τη ψυχοδυναμική όσο και τη γνωστική θεραπεία. Χρησιμοποιεί για την επίλυση των διαπροσωπικών προβλημάτων – που είναι και ο βασικός της στόχος – τόσο υποστηρικτικές και συμπεριφορικές στρατηγικές όσο και κατευθύνσεις και διερευνητικές μεθόδους (π.χ. συλλογή πληροφοριών, καθοδήγηση, διευκρίνιση κ.λ.π.).

Αποτελείται από δύο θεραπευτικές φάσεις:

- Την αρχική φάση, και
- Την κύρια φάση.

Η αρχική φάση σκοπεύει ν' ανακουφίσει τα συμπτώματα ενώ η κύρια φάση προσπαθεί να τροποποιήσει – βελτιώσει τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική προσαρμογή του ασθενή.

Ο ρόλος του θεραπευτή στη διαπροσωπική θεραπεία είναι να προσφέρει στον ασθενή υποστήριξη, ενθάρρυνση, συμβουλές και να τον καθησυχάζει.

Επίσης ο θεραπευτής κρατά μια διερευνητική και κατευθυντική στάση. Άρα ο ρόλος του είναι επιπλέον κατευθυντικός και διερευνητικός. Η διαπροσωπική θεραπεία γενικά αποσκοπεί στη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής προσαρμογής γιατί μ' αυτόν τον τρόπο βελτιώνεται και η καταθλιπτική διάθεση του ατόμου.

Σύμφωνα με τον Παπαδημητρίου (1999), υπάρχουν εκτός από την ψυχοθεραπεία και άλλες μη φαρμακευτικές θεραπείες, που είναι:

## 1. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία εφαρμόστηκε πριν από 60 χρόνια. Αυτή η θεραπεία παρά το γεγονός ότι ήταν αμφιλεγόμενη κατάφερε να επιζήσει και επίσης η στάση του κοινού απέναντί της τροποποιήθηκε ριζικά. Στο γεγονός αυτό συνέβαλε η ερευνητική κυρίως προσπάθεια με σκοπό την μετατροπή της θεραπείας από εμπειρική σε καθαρά ιατρική πράξη. Επίσης η βελτίωση των συνθηκών μέσα στις οποίες εφαρμόζεται δημιούργησε περισσότερη ασφάλεια και ελαχιστοποιήθηκαν οι επιπλοκές της .

Για να μπορέσει να εφαρμοστεί αυτή η μέθοδος, χρειάζεται ηλεκτρικό ερέθισμα και τονικοκλονικός σπασμός.

Όταν θα γίνει η τελική επιλογή της ΗΣΘ ως μέθοδο για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης θα πρέπει να ληφθούν υπόψη η φύση και η βαρύτητα των κλινικών συμπτωμάτων, ενώ υπάρχουν και καταστάσεις που

αυτή η αντικαταθλιπτική μέθοδος εφαρμόζεται ως θεραπεία πρώτης επιλογής, δηλαδή πριν χορηγηθούν ψυχοφάρμακα.

Αυτό βέβαια συμβαίνει:

- i.** Όταν υπάρχει ανάγκη άμεσης και αποτελεσματικής επέμβασης για λόγους ψυχιατρικούς και ιατρικούς,
- ii.** Οι κίνδυνοι που προκαλούνται από άλλες θεραπείες είναι μεγαλύτεροι από τους κινδύνους της ΗΣΘ,
- iii.** Ανεπιτυχής ή μειωμένη απόδοση φαρμακοθεραπεία ή θετικά αποτελέσματα της ΗΣΘ στο παρελθόν,
- iv.** Όταν η ΗΣΘ επιλεγεί – προτιμάται από τον άρρωστο.

Οι πιο πολλές μελέτες που έγιναν έδειξαν ότι η ΗΣΘ είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης.

Η ΗΣΘ είναι αποτελεσματικότερη σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, για την αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης. Επίσης περιορίζει το χρόνο νοσηλείας των ασθενών σε σχέση με το χρόνο νοσηλείας που απαιτείται κατά τη χορήγηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Αναφορικά με την ΗΣΘ, δεν υπάρχει κάποια μελέτη που να αναφέρει ότι η ΗΣΘ υστερεί από άποψη αποτελεσματικότητας σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά.

Την ΗΣΘ μπορούν να την ανεκτούν και ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις, ενώ παράλληλα, εφαρμόζεται και σε ασθενείς με όγκο του εγκεφάλου.

Η ΗΣΘ μπορεί να παρουσιάσει ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες, που είναι οι εξής:

- i.** Γνωσιακή δυσλειτουργία,
- ii.** Καρδιαγγειακή δυσλειτουργία,
- iii.** Παρατεταμένη άπνοια,

- iv. Παρατεταμένοι σπασμοί,
- v. Σωματικά ενοχλήματα,
- vi. Εμφάνιση μανιακής συμπτωματολογίας.

Η ΗΣΘ αποτελεί λοιπόν μια σημαντική θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Έχει αρκετά υψηλή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια ενώ οι ασθενείς την ανέχονται αρκετά καλά.

Ο σύγχρονος τρόπος που εφαρμόζεται έχει αλλάξει τους μύθους και την προκατάληψη που τρέφονταν απέναντί της στο ότι ταυτίζεται με το ηλεκτροσόκ, ότι είναι επικίνδυνη θεραπεία που προκαλεί βλάβη στον εγκέφαλο και τέλος ότι κανείς δεν γνωρίζει τίποτα αναφορικά για τον τρόπο δράσης της .

## 2. Στέρηση ύπνου

Η στέρηση ύπνου άρχισε να εφαρμόζεται ως αντικαταθλιπτική θεραπεία μετά από τη διαπίστωση ότι η κλινική εικόνα ενός καταθλιπτικού ασθενούς παρουσίασε βελτίωση ύστερα από μια νύχτα αϋπνίας.

Η εφαρμογή αυτής της θεραπευτικής μεθόδου, της υπνικής στέρησης μπορεί να γίνει τόσο σε νοσηλευόμενους όσο και σε εξωτερικούς ασθενείς είτε ως μονοθεραπεία είτε με συνδυασμό με χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική η εφαρμογή της στην ενδογενή κατάθλιψη ενώ αντίθετα η δράση της στη νευρωσική και μεταψυχωσική κατάθλιψη είναι λιγότερο φανερή. Η υπνική στέρηση μπορεί να εφαρμοστεί και μετά την αντιμετώπιση της δύσκολης φάσης της κατάθλιψης με σκοπό την ύπαρξη σταθερότητας και την αποφυγή υποτροπών. Η εφαρμογή της

στέρησης ύπνου δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός από κάποια σωματικά ενοχλήματα τα οποία αναφέρουν οι ασθενείς.

Πιστεύεται ότι η στέρηση ύπνου επανασυγχρονίζει τους βιολογικούς ρυθμούς που αποσυγχρονίζονται στην κατάθλιψη.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η χρησιμοποίηση στέρησης ύπνου ως μονοθεραπεία, συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης ενώ συγχρόνως γίνεται ανεκτή από τους περισσότερους ασθενείς. Από αυτή τη θεραπεία απουσιάζουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.

### 3. Φωτοθεραπεία

Η εφαρμογή της φωτοθεραπείας ως θεραπευτικής μεθόδου βασίστηκε στην υπόθεση ότι η χρησιμοποίηση τεχνητού φωτός θα είχε θετικές επιδράσεις όσον αφορά τον επανασυγχρονισμό των διαταραγμένων βιολογικών ρυθμών που προκαλούνται από την κατάθλιψη.

Στους καταθλιπτικούς ασθενείς τα συμπτώματα εμφανίζουν διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας και επιδεινώνονται συνήθως το πρωί ενώ επίσης παρουσιάζεται και διαταραχή στον ημερήσιο ρυθμό έκκρισης διαφόρων ορμονών.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα στη φωτοθεραπεία δεν εξαρτάται από την ώρα της ημέρας που εφαρμόζεται η φωτοθεραπεία αλλά από τη διάρκεια που έχει η φωτοθεραπεία.

Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι ο συνδυασμός φωτοθεραπείας, φαρμακοθεραπείας και μερικής στέρησης ύπνου συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Οι διάφορες μελέτες υποστηρίζουν ότι η φωτοθεραπεία μπορεί να συμβάλλει με ταχύ ρυθμό στη θεραπεία της κατάθλιψης και μάλιστα σε μερικούς ασθενείς από την πρώτη κιόλας εβδομάδα που εφαρμόζεται. Τα θετικά όμως αποτελέσματα της θεραπείας αυτής δεν έχουν μεγάλη διάρκεια παρά μόνο όσο διάστημα εφαρμόζεται η θεραπεία με αποτέλεσμα να είναι αναγκαία η εφαρμογή της σ' όλη τη διάρκεια του χειμώνα. Η μέθοδος αυτή γίνεται καλά ανεκτή από τους ασθενείς και επίσης δεν έχουν παρατηρηθεί σημαντικές παρενέργειες (πέρα από εμφάνιση κεφαλαλγίας) που να απαιτούν την διακοπή της εφαρμογής της.

Η φωτοθεραπεία και η υπνική στέρηση παρά το γεγονός ότι έχουν μεγάλη αποτελεσματικότητα - φαίνεται μέσα από τη βιβλιογραφία - εν τούτοις χρησιμοποιούνται σε περιορισμένο βαθμό λόγω των πρακτικών δυσκολιών που παρουσιάζουν ή λόγω της λήψης φαρμάκων που θεωρείται η περισσότερο απλή θεραπευτική μέθοδος.

#### **(4) ΨΥΧΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**

Η ψυχοχειρουργική θεωρείται η πλέον αμφιλεγόμενη μέθοδος παρέμβασης στη ψυχιατρική θεραπεία. Αυτό οφείλεται:

- (α) στα νομικά και δεοντολογικά προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν όταν εφαρμοστεί,
- (β) στην αμφισβήτηση της επιστημονικής της κατοχύρωσης και της αποτελεσματικότητάς της.

Για να εφαρμοστεί η ψυχοχειρουργική πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις:

1. Η νόσος να έχει χρονική διάρκεια όχι μικρότερη από πέντε χρόνια,

2. Ο ασθενής να μην παρουσιάσει βελτίωση μετά από εντατική θεραπεία – τουλάχιστον ενός έτους – με βιολογικές και μη βιολογικές θεραπείες είτε ως μονοθεραπείες είτε σε ένα συνδυασμό των παραπάνω θεραπειών (φάρμακα, ψυχοθεραπεία, ηλεκτροσπασμοθεραπεία),
3. Όταν η λειτουργικότητα του ατόμου στο οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο παρουσιάσει σημαντική μείωση λόγω της επιδείνωσης των συμπτωμάτων και της επανεμφάνισης της ψυχικής διαταραχής,
4. Η κακή πρόγνωση της νόσου,
5. Η συγκατάθεση από τον ασθενή.

Η αποτελεσματικότητα της ψυχοχειρουργικής περιορίζεται λόγω οργανικών ψυχικών διαταραχών, παραληρητικής διαταραχής, εξάρτησης ουσιών και διαταραχής της προσωπικότητας (Ιατρική, Τόμος 75, Τεύχος 5<sup>ο</sup>, Μάιος, 1999).

## **5. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ**

Σημαντική μέθοδος για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι και η συμβουλευτική. Χρησιμοποιείται σε ήπιες καταθλίψεις (Χριστιανόπουλος, Ελληνική Ιατρική, 1989).

Σύμφωνα με την Δημοπούλου – Λαγωνίκα (1993), η συμβουλευτική κατευθύνεται προς την επίλυση ενός προβλήματος, στην καθοδήγηση του ατόμου που χρειάζεται βοήθεια πάνω σ' ένα συγκεκριμένο τομέα και όχι στην παροχή υπηρεσιών.

Οι παράγοντες για την εφαρμογή της συμβουλευτικής είναι:

1. το άτομο, που χρειάζεται βοήθεια με σκοπό να βελτιώσει τη λειτουργικότητά του σ' ένα συγκεκριμένο τομέα όπως είναι η συμβουλευτική γάμου, συμβουλευτική εργασίας και
2. ο ειδικός ο οποίος κατέχει όλες τις γνώσεις με τις οποίες θα μπορέσει να βοηθήσει το άτομο να πραγματοποιήσει τους στόχους του.

Στη συμβουλευτική ο σύμβουλος επικεντρώνει το ενδιαφέρον του στο συγκεκριμένο θέμα που επιζητά βοήθεια το άτομο και όχι στα ψυχοκοινωνικά του προβλήματα ως σύνολο.

Κατά τον Hamilton (1961), η συμβουλευτική αποσκοπεί στο να κατανοήσει το άτομο το πρόβλημά του, στο να ξεκαθαρίσει τις συγκρούσεις του σε σχέση με την πραγματικότητα, να εκτονώσει τα συναισθήματά του και σταδιακά να βελτιώσει τη λειτουργικότητά του (Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού, Τεύχος 24-25, Μάρτιος – Ιούνιος 1993).

Η ίδια συγγραφέας (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, 1993), αναφέρει στη συνέχεια ότι στη συμβουλευτική ο ειδικός χρησιμοποιεί τις συνειδητές πτυχές της προσωπικότητας του ατόμου, εργάζεται με τις δυνάμεις του εγώ και τέλος δέχεται μηνύματα που προέρχονται από τον εσωτερικό κόσμο του ατόμου μέσα από την συνέντευξη.

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), καμία θεραπεία είτε είναι σωματική είτε ψυχοθεραπεία δεν μπορεί να εφαρμοστεί αποκλειστικά ως μονοθεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Θα πρέπει λοιπόν, να γίνεται ένας συνδυασμός θεραπειών γιατί μ' αυτόν τον τρόπο η θεραπεία είναι αποτελεσματικότερη για κάθε ασθενή και επειδή η κάθε θεραπεία έχει

τους δικούς της στόχους. Οι στόχοι των σωματικών θεραπειών διαφέρουν από τους στόχους των ψυχοθεραπειών.

Για παράδειγμα οι σωματικές θεραπείες αποσκοπούν στην βελτίωση των φυσικών λειτουργιών του ασθενούς ενώ οι ψυχοθεραπείες και η συμβουλευτική στη βελτίωση της προσωπικής και διαπροσωπικής λειτουργικότητας του ατόμου.

## **6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ**

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), σε μερικές περιπτώσεις που κρίνονται επείγουσες θα πρέπει να γίνεται άμεση παρέμβαση του κλινικού. Στα καταθλιπτικά άτομα η πιθανότητα αυτοκτονίας αποτελεί τον μεγαλύτερο κίνδυνο. Παράλληλα με τον κίνδυνο αυτοκτονίας μπορεί να υπάρξει και κίνδυνος ανθρωποκτονίας. Ο δεύτερος κίνδυνος δηλαδή ο κίνδυνος της ανθρωποκτονίας συνδέεται κυρίως με την ψυχωτική κατάθλιψη.

Σε περιπτώσεις που η ψυχωτική κατάθλιψη είναι οξεία και υπάρχει άρνηση στη λήψη τροφής ή πλήρης ανορεξία, συνιστάται η νοσηλεία του ασθενή.

Γενικότερα οι λόγοι που καθιστούν αναγκαία τη νοσηλεία των ασθενών είναι :

- (α) όταν υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονίας του ατόμου,
- (β) σοβαρός κίνδυνος ανθρωποκτονίας,

- (γ) έλλειψη ικανότητας του ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του (παραμέληση εαυτού),
- (δ) οξείες παθολογικές καταστάσεις που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου (ανορεξία, αφυδάτωση),
- (ε) κάποιες άλλες παθολογικές καταστάσεις οι οποίες ακολουθούν τις πιο πάνω και απαιτούν ειδική διάγνωση και θεραπεία.

## **Δ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

Σύμφωνα με τους Meagner D. και Murray D. (1997), η φαρμακοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία θεωρούνται αποτελεσματικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Υπάρχουν ορισμένες ψυχοθεραπείες που είναι πιο αποτελεσματικές στις γυναίκες κυρίως σε ιδιαίτερες καταστάσεις της ζωής τους όπως η περίοδος της κύησης και της λοχείας.

Οι ίδιοι συγγραφείς (Meagner και Murray), αναφέρουν ότι η γνωσιακή και διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αποτελούν στις πιο πάνω περιπτώσεις αξιόπιστη εναλλακτική λύση ή και σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά αυξάνουν την αποτελεσματικότητά τους (Επιλογές, Μάρτιος – Απρίλιος, 1997).

Όμως, όπως αναφέρει ο Μπαλλής (2000), στην περίπτωση που κατά την κύηση θεωρηθεί απαραίτητη η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων θα πρέπει πρώτα να αξιολογηθεί η έκταση της διαταραχής και οι επιπτώσεις της τόσο στη ζωή της εγκύου όσο και του εμβρύου. Οι κίνδυνοι που μπορεί να προκληθούν από τη χορήγηση είναι οι πιθανότητες τερατογέννησης, νεογνικής τοξικότητας και συναισθηματικών διαταραχών. Σε κάθε περίπτωση η χορήγηση των φαρμάκων πρέπει να εξατομικεύεται.

Αλλά και κατά τη λοχεία πριν τη χορήγηση οποιουδήποτε αντικαταθλιπτικού θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η πιθανότητα έκκρισής του με το γάλα. Γι' αυτό το λόγο η χορήγηση του αντικαταθλιπτικού πρέπει να γίνεται σε κατάλληλες δόσεις.

Όσον αφορά στην ανταπόκριση των γυναικών στις θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως επίσης αναφέρουν οι Meagner και Murray (1997),

υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που μπορεί να παίξουν σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, η χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων στον οργανισμό. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι στις γυναίκες τα αντικαταθλιπτικά δρουν βραδύτερα και πως οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στις παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων (τρικυκλικών, αναστολών της μονοαμινοξειδάσης και λιθίου). Σε αρκετές περιπτώσεις, η θεραπεία είναι ανεπαρκής ενώ αρκετές είναι οι γυναίκες που διακόπτουν την αγωγή πολύ σύντομα αφού θεωρούν ότι τα αντικαταθλιπτικά είναι εξαρτησιογόνα. Το ίδιο ισχύει συχνά και για τις ψυχοθεραπείες καθώς υπάρχουν γυναίκες που θεωρούν ότι αυτές οι θεραπείες δεν παρουσιάζουν πρόοδο (Επιλογές, Μάρτιος-Απρίλιος, 1997).

Ένας ακόμα πολύ σημαντικός παράγοντας είναι ότι η παροχή της θεραπείας, κατά τη διάρκεια νοσηλείας, στις γυναίκες είναι πιο δύσκολη επειδή για οικογενειακούς ή κοινωνικούς λόγους παίρνουν πιο γρήγορα εξιτήριο σε σχέση με τους άνδρες.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες είναι απαραίτητο να εξετάζονται και να λαμβάνονται υπόψη τόσο για τις δυσκολίες που μπορεί να προκαλέσουν όσο αφορά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα όσο και για τις συνέπειες που μπορεί να έχουν για την ασθενή και την οικογένειά της.

Γενικότερα όμως οι γυναίκες θεωρείται ότι ανταποκρίνονται καλύτερα στις ομαδικές και στις ατομικές ψυχοθεραπείες απ' ότι οι άνδρες. Επίσης πολύ μεγάλη θεραπευτική αξία έχει για τις γυναίκες η κοινωνική υποστήριξη (ο.π.).

Πάνω σ' αυτό η Κιζυρίζου, Μάνου, Ιορδανίδης και Ιεροδιακόνου (1994), αναφέρουν ότι οι γυναίκες ωφελούνται ιδιαίτερα όταν έχουν κοινωνική υποστήριξη και αυτό ίσως γιατί έτσι επιλύονται τα προβλήματά τους στα πλαίσια της οικογένειας. Αλλά και γιατί οι περισσότερες δυνατότητες για απασχόληση, εκπαίδευση κ.λ.π., που τους προσφέρεται μέσω της κοινωνικής υποστήριξης, αναβαθμίζουν το ρόλο τους και

αυξάνουν την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθησή τους (Θέματα Προληπτικής Ιατρικής, 1994).

## **Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ – ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

Σύμφωνα με τον Μάνο (1983), η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας γίνεται σήμερα στα πλαίσια ενός εκσυγχρονισμένου συστήματος. Τα διάφορα ψυχιατρικά προβλήματα αντιμετωπίζονται από την κοινωνική κοινοτική ψυχιατρική και ιδιαίτερα στο τριεπίπεδο σύστημα: Κέντρο ψυχικής υγείας, ψυχιατρικός τομέας γενικού Νοσοκομείου, Ειδικό ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Με τα τρία όμως αυτά επίπεδα έχουν άμεση σύνδεση και άλλες υπηρεσίες όπως νοσοκομεία ή μονάδες περίθαλψης ημέρας ή νύχτας, ξενώνες, κ.λ.π. (Ιατρική, Τόμος 47<sup>ος</sup>, Τεύχος 5<sup>ο</sup>, Μάιος, 1983).

Η κοινωνική –κοινοτική ψυχιατρική προσπαθεί να καλύψει όλες τις υπηρεσίες που αναφέρονται κάτω από τον τίτλο «ψυχική υγεία», προσπαθεί να παρέχει την κατάλληλη υπηρεσία ή υπηρεσίες σε κάθε μέλος ή ομάδα της κοινότητας και τέλος προσπαθεί να παρέχει υπηρεσίες με υψηλό επίπεδο ποιότητας.

Στα πλαίσια της κοινωνικής – κοινοτικής ψυχιατρικής καλύπτονται περιπτώσεις που αφορούν τόσο βαριάς μορφής ψυχιατρικά περιστατικά όσο και ψυχιατρικά περιστατικά ήπιας μορφής (διαταραχές προσωπικότητας, προβλήματα μέσης και γερωντικής ηλικίας) (ο.π.).

Σύμφωνα με τον Αγοραστίδη (1986), η κοινωνική ψυχιατρική δεν απορρίπτει την φαρμακοθεραπεία αλλά αντίθετα συνυπάρχει μ' αυτή και

επίσης δέχεται το κοινωνικό στοιχείο στη γένεση και εξέλιξη της ψυχικής διαταραχής και το χρησιμοποιεί στη θεραπεία. Η κοινοτική ψυχιατρική αποτελεί την πρακτική πλευρά της κοινωνικής ψυχιατρικής, δέχεται και χρησιμοποιεί την κοινότητα ως θεραπευτικό τόπο, μέσο και θεραπευτική μέθοδο. Η κοινωνική ψυχιατρική βασίζεται στην ιδέα η οποία αποβλέπει την αποκέντρωση των διαφόρων υπηρεσιών ψυχιατρικού τομέα και την απομάκρυνσή τους από το ψυχιατρείο. Στην ίδια ιδέα, δηλαδή την ιδέα της αποκέντρωσης αποβλέπει και ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας ο οποίος προτρέπει τους ψυχιάτρους να εγκαταλείψουν τα ψυχιατρεία και να επικεντρωθούν στην κοινοτική ψυχιατρική (Γαληνός, Τόμος 28, τεύχος 5<sup>ο</sup>, 1986).

Επίσης η αποκέντρωση αποτελεί τον βασικό στόχο της ψυχιατρικής πρακτικής η οποία για να πετύχει το στόχο αυτό προβαίνει στον περιορισμό του ρόλου του μεγάλου ψυχιατρείου μέσα από την υιοθέτηση καινούργιων μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης όπως είναι το κέντρο ψυχικής υγείας και ο ψυχιατρικός τομέας του Γενικού Νοσοκομείου (ο.π.).

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν μπορεί βέβαια ν' αποσυρθεί τελείως αλλά ο ρόλος του θα περιορίζεται συνεχώς από την ανάπτυξη των διαφόρων κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών (ο.π.).

Σύμφωνα με τον Regier et al (1990), είναι αρκετά συνηθισμένο ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο να διαθέτει τουλάχιστον 50 κρεβάτια για την θεραπεία των εσωτερικών ασθενών ενώ σε μερικά νοσοκομεία τα κρεβάτια μπορεί να είναι κατά ένα μεγάλο αριθμό περισσότερα. Τα πιο πολλά ψυχιατρικά νοσοκομεία παρέχουν φροντίδα στα εξωτερικά ιατρεία. Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν την ευθύνη να παρέχουν μια σύνθετη φροντίδα η οποία περιλαμβάνει και ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή παροχή υπηρεσιών για τις σοβαρές διαταραχές, όπως είναι η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση καθώς επίσης και για τις ελαφρότερες

μορφές διαταραχών, όπως είναι η μείζων κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές προσωπικότητας.

Τέλος, πολλά ψυχιατρικά νοσοκομεία εφαρμόζουν εξειδικευμένα προγράμματα θεραπείας σε ενδονοσοκομειακό ή εξωνοσοκομειακό επίπεδο για διαταραχές που προέρχονται από τη χρήση διαφόρων ουσιών (Lynda A. Heiden – Michel Hersen, 1998).

Σύμφωνα με τον Folly (1974), ένα κέντρο κοινοτικής ψυχικής υγείας περιλαμβάνει ένα μεγάλο φάσμα υπηρεσιών όπως κλινική Άμεσης Προσπέλασης και Επανεξετάσεων, τμήμα Συμβουλευτικής, Μονάδα Ημερησίας Περίθαλψης και Αποκατάστασης. Ο αριθμός των κρεβατιών που διαθέτει είναι μικρός. Συνδέεται με ενδονοσοκομειακή Μονάδα και άλλες υπηρεσίες, όπως ξενώνες οι οποίοι καλύπτουν τις ανάγκες των χρονίων ψυχικά αρρώστων σε κοινοτικό επίπεδο. Στο Κ.Κ.Ψ.Υ. εργάζονται διάφοροι επαγγελματίες (Μαδιανός, 1998<sup>B</sup>).

Κατά τον Αγοραστίδη (1986), λειτουργούν σε ορισμένα γενικά νοσοκομεία που βρίσκονται στις πόλεις, ψυχιατρικοί τομείς. Ο ψυχιατρικός τομέας με βαριά ψυχιατρικά προβλήματα. Περιλαμβάνει κρεβάτια με αριθμό όχι μεγαλύτερο από 25. Λειτουργεί όλη την ημέρα και καλύπτει τον πληθυσμό ενός συγκεκριμένου γεωγραφικού χώρου (Γαληνός, Τόμος 28<sup>ος</sup>, Τεύχος 5<sup>ο</sup>, 1986)..

Συσχετίζεται με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που φιλοξενεί ενώ παράλληλα αναπτύσσει τη διασυνδεδετική ψυχιατρική στο χώρο του γενικού νοσοκομείου. Ο ψυχιατρικός τομέας του γενικού νοσοκομείου έχει μεγάλη σημασία ενώ η εφαρμογή του είναι αναγκαία λόγω της μεγάλης συχνότητας που παρουσιάζουν οι ψυχικές διαταραχές (ο.π.).

Ο Μάνος (1983), αναφέρει τη σημασία που κατέχει η ψυχοθεραπεία στο τριεπίπεδο της κοινωνικής κοινοτικής ψυχιατρικής και τον τρόπο εφαρμογής της ανά επίπεδο, όπως παρακάτω.

## **ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΝΑ ΕΠΙΠΕΔΟ**

### **Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Η ψυχοθεραπεία τα πλαίσια του ειδικού ψυχιατρικού νοσοκομείου περιλαμβάνει την ομαδική ψυχοθεραπεία, την ατομική, συμπεριφοράς και οικογενειακή. Η ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελεί την βασική προσέγγιση των ομάδων και περιλαμβάνει στους κόλπους της το τριεπίπεδο σύστημα που προαναφέρθηκε.

Οι ομάδες στην ψυχιατρική κλινική ειδικού νοσοκομείου λειτουργούν από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς ή νοσοκόμες εφ' όσον έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα. Όταν λειτουργούν πολλές ομάδες και υπάρχουν πολλοί θεραπευτές θα πρέπει να γίνονται συχνές συναντήσεις μεταξύ των θεραπευτών για τον καλύτερο συντονισμό της θεραπείας. Εκτός από την ομαδική ψυχοθεραπεία σημαντική για τον νοσηλευόμενο ασθενή είναι και η ατομική θεραπεία. Η θεραπεία συμπεριφοράς δεν έρχεται σε αντίθεση με το ψυχαναλυτικό σύστημα αναφοράς που χρησιμοποιείται από την υποστηρικτική ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία αλλά αντίθετα τις συμπληρώνει.

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται όταν διάφορα στοιχεία αποδεικνύουν ότι οι διαταραγμένες σχέσεις του ασθενή με την οικογένεια του αποτελούν την αιτία διαταραχής της συμπεριφοράς του.

## **Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Η ψυχοθεραπεία που εφαρμόζεται στο ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου είναι όπως και στην ψυχιατρική κλινική του ειδικού ψυχιατρικού νοσοκομείου, ατομική, ομαδική, συμπεριφοράς και οικογενειακή. Η κατεύθυνση της ψυχοθεραπείας στο χώρο αυτό τείνει όσο το δυνατό προς τη βραχεία νοσηλεία του ασθενή. Σε περίπτωση που στα εξωτερικά ιατρεία αναπτυχθεί κλινική ψυχοθεραπεία τότε θα είναι δυνατή η προσφορά προς την κοινότητα ψυχοθεραπειών που θα κατευθύνονται προς μη ψυχωτικούς ασθενείς.

Παραδείγματα τέτοιων ψυχοθεραπειών είναι η βραχεία και μακρά ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, γνωστική ψυχοθεραπεία, θεραπεία συμπεριφοράς κ.λ.π.

Στον ψυχιατρικό τομέα του Γενικού νοσοκομείου υπάρχει και η συμβουλευτική – διασυνδεδετική υπηρεσία η οποία υπηρεσία διαχωρίζει τον τομέα αυτό από τα άλλα δύο επίπεδα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η υπηρεσία αυτή διαθέτει κατάλληλο εκπαιδευμένο προσωπικό, συνδέεται με τις άλλες ειδικότητες, γεφυρώνει τον ψυχιατρικό τομέα με τον ιατρικό τομέα, συμβάλλει στην προαγωγή της βιο-ψυχο-κοινωνικής διάστασης του ασθενή και βοηθάει στα προβλήματα των άλλων ειδικοτήτων που ασχολούνται με το αντικείμενο της ψυχικής υγείας.

***Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ  
ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ***

Η ψυχοθεραπεία στα κέντρα ψυχικής υγείας εφαρμόζεται σ' ένα ευρύτερο επίπεδο απ' ότι στα προηγούμενα επίπεδα. Περιλαμβάνει την παρέμβαση κρίσης, συμβουλευτική θεραπεία, συζυγική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, βραχεία και μακρά ατομική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, ομαδική ψυχοθεραπεία ψυχωτικών, ομαδική ψυχοθεραπεία νευρωτικών, θεραπεία συμπεριφοράς και γνωστική θεραπεία.

Όσο πιο καλά και πληρέστερα γίνεται η διαγνωστική διαδικασία τόσο πιο εξειδικευμένη είναι και η μορφή της ψυχοθεραπείας που προσφέρεται και ο συνδυασμός των διαφόρων θεραπειών που γίνεται (Μάνος, Ιατρική, Τόμος 47<sup>ος</sup>, Τεύχος 5<sup>ο</sup>, Μάιος, 1983).

## **Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΞΕΝΩΝΩΝ**

Η ημερήσια νοσηλεία σύμφωνα με τους Κυζιρίδου και Ιεροδιακόνου (1994), αποτελεί μια μορφή μερικής νοσηλείας.

Οι μονάδες ημερήσιας νοσηλείας διακρίνονται ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο λειτουργούν. Υπάρχουν μονάδες που λειτουργούν ως αυτόνομες υπηρεσίες (Νοσοκομεία Ημέρας) και μονάδες που λειτουργούν ενταγμένες σε ένα μεγαλύτερο ίδρυμα (όπως Ψυχιατρικό νοσοκομείο, Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού νοσοκομείου, Κέντρο Ψυχικής Υγείας) (Θέματα Προληπτικής Ιατρικής, 1994).

Άλλη μια διάκριση αυτών των μονάδων αφορά στο σκοπό λειτουργίας τους. Μπορεί δηλαδή μια μονάδα ημερήσιας νοσηλείας να αναλάβει τη θεραπεία ασθενών από την αρχή μέχρι την ολοκλήρωση της αποτελώντας με αυτό τον τρόπο την εναλλακτική λύση στην πλήρη νοσηλεία. Μπορεί όμως να λειτουργήσει και σαν μεταβατική υπηρεσία που δέχεται ασθενείς μετά την πλήρη νοσηλεία τους, με σκοπό την προετοιμασία της επιστροφής τους στο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον (ο.π.).

Ανεξάρτητα όμως από το πλαίσιο όπου λειτουργούν και το σκοπό τους, ο ρόλος των μονάδων ημερησίας νοσηλείας είναι σημαντικός εφ' όσον όμως εντάσσονται στο δίκτυο των ψυχιατρικών υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα, όπου θα λειτουργούν σε συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες.

Παρέχουν ένα φάσμα υπηρεσιών που δίνουν τη δυνατότητα της φροντίδας η οποία είναι άμεσα συνδεδεμένη με την πρόληψη των

υποτροπών που αποτελεί τον κύριο στόχο κάθε θεραπευτικής προσπάθειας (ο.π.).

Δέχονται ασθενείς για τους οποίους η υπηρεσία εξωτερικών ασθενών δεν επαρκεί αλλά μια εισαγωγή σε τμήμα πλήρης νοσηλείας δεν είναι απαραίτητη ή μπορεί να έχει αρνητικά αποτελέσματα. Ακόμα μπορεί να δεχθούν ασθενείς με βαριά ψυχοπαθολογία σε οξεία ή υποξεία φάση με την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει σοβαρού βαθμού διαταραγμένη συμπεριφορά ή κίνδυνος αυτοκτονίας.

Για τους νοσηλευόμενους ασθενείς η προετοιμασία μετάβασης από την πλήρη στην μερική νοσηλεία ξεκινά με τη συμμετοχή τους στις δραστηριότητες της μονάδας μαζί με τους εξωτερικούς ασθενείς. Έτσι αποτρέπεται η παθητικότητά τους και η αποκοπή τους από τον έξω κόσμο (ο.π.).

Στους ασθενείς που εφαρμόζεται η μερική νοσηλεία η θεραπευτική πρακτική γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε ο χρόνος του ασθενή μοιράζεται ανάμεσα στο θεραπευτικό και στο άμεσο περιβάλλον του. Έτσι ο ασθενής βρίσκεται σε εγρήγορση και έχει την αίσθηση ότι εργάζεται για κάτι πολύ σημαντικό, τη θεραπεία του.

Πολύ σημαντική επίσης είναι η όλη διαμόρφωση του θεραπευτικού χώρου όπου η απουσία κρεβατιών βοηθά στη αποφυγή της απόσυρσης διεγείροντας τα ενδιαφέροντα του ασθενή, αυξάνει την αυτοεκτίμησή του και δίνει τη δυνατότητα δημιουργίας, έκφρασης και ανταλλαγής εμπειριών με τα άλλα άτομα.

Ο ασθενής αναπτύσσει σχέσεις με άλλους ασθενείς και με τη θεραπευτική ομάδα σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο (ο.π.).

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα που επιδιώκεται από τις μονάδες επεκτείνεται, πέρα από την εξάλειψη των κλινικών συμπτωμάτων, στην επίτευξη των ενδοψυχικών ανακατατάξεων και βελτίωση της

λειτουργικότητας του ατόμου. Έτσι εκτός από την ιατροφαρμακευτική φροντίδα χρησιμοποιούν οι μέθοδοι και οι τεχνικές ψυχοθεραπείας και αναπτύσσονται δραστηριότητες που σκοπό έχουν την κινητοποίηση του σώματος και του πνεύματος (ο.π.).

Ο σχεδιασμός της «επόμενης μέρας» μετά την νοσηλεία είναι ένας ακόμη ρόλος των μονάδων ημερήσιας νοσηλείας. Στο στάδιο αυτό απαραίτητη προϋπόθεση είναι να λυθούν όλα τα προβλήματα που αφορούν στην κοινωνική επανένταξη (οικογενειακά, εργασιακά, επαγγελματικής αποκατάστασης, ένταξη σε κοινωνικό φορέα, πληροφόρηση), και τη συνέχιση της φροντίδας. Το έργο αυτό αναλαμβάνει η κοινωνική υπηρεσία κάθε μονάδας που συνδέει τη μονάδα με την κοινότητα (ο.π.).

Όσον αφορά στους μετανοσοκομειακούς ξενώνες, σύμφωνα με την Λυμπεροπούλου- Ντόντου (1986), η δημιουργία τους ως ειδικές μονάδες, αποσκοπεί στο να προετοιμάσει το ψυχικά διαταραγμένο άτομο να αποκτήσει την αυτονομία του μέσα στην κοινότητα.

Ειδικότερα οι στόχοι των ξενώνων, είναι οι εξής:

- Ø αποτελούν προσωρινή κατοικία μετά την έξοδο από το ψυχιατρικό νοσοκομείο για τα άτομα που δεν έχουν κατοικία και εργασία ή που έχει επιλεγεί η απομάκρυνσή τους από το οικογενειακό περιβάλλον, σε συμφωνία με τον άρρωστο, τον οικογενειακό γιατρό και τον Κοινωνικό Λειτουργό.
- Ø Βοηθούν τόσο στην επαγγελματική αποκατάσταση όσο και στην αποκατάσταση των δεσμών με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Γενικός στόχος των ξενώνων είναι η λειτουργία τους να γίνεται με τρόπο αποψυχιατροποιημένο, ώστε να αποτελεί για τους ενοίκους το «σπίτι» τους. Η παραμονή στους ξενώνες διαρκεί συνήθως 4-6 μήνες (Εγκέφαλος, τεύχος 23<sup>ο</sup>, 1986).

## **Ε. Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

Η αναγνώριση ότι στην έναρξη της κατάθλιψης όπως και σε όλες τις ψυχικές διαταραχές – αλληλεπιδρά και συμβάλλει ένα σύνολο παραγόντων, δημιούργησε σύμφωνα με τους Παπαδάτο και Στογιαννίδου (1988), την αντίληψη ότι όλοι αυτοί οι παράγοντες (βιολογικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί) έχουν ανάγκη πληρέστερης μελέτης. Από την αντίληψη αυτή ξεπήδησε η ανάγκη σχηματισμού της διεπιστημονικής ομάδας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπου κάθε επαγγελματίας προσφέρει τις γνώσεις και τις εμπειρίες του.

Η διεπιστημονική ομάδα, αποτελούμενη από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτη υγείας, νοσηλεύτη, εργοθεραπευτή και λογοθεραπευτή, έχει σαν στόχους:

1. τη διάγνωση της διαταραχής,
2. την ανεύρεση των κοινωνικών παραγόντων που επιδρούν στην εκδήλωση, από το άμεσο περιβάλλον, και
3. το σχεδιασμό προγράμματος θεραπευτικής παρέμβασης (Παπαδάτος, Στογιαννίδου, 1988).

Με βάση αυτούς τους στόχους η παρέμβαση της ομάδας δεν αφορά μόνο στην κλασσική εξέταση, ανεύρεση και διάγνωση της ψυχοπαθολογικής εικόνας, αλλά επεκτείνεται σε μια θεραπευτική στρατηγική όπου προσεγγίζονται κάθε ένας παράγοντας που συμβάλλει στην διαταραχή.

Ταυτόχρονα λαμβάνονται υπόψη οι στάσεις, οι άμυνες και οι αρνήσεις των συγγενών, στοιχεία που είναι απαραίτητο να γίνουν γνωστά για την επιτυχία της θεραπείας (ο.π.).

Σύμφωνα με τους Μπόμπο, Χαλκούση, Λάλα, Παπακωνταντίνου, Δουπκάρη και Γκάλιου (1994), για το χειρισμό κάθε περιστατικού ανάλογα με τη φύση του και το αίτημα, η διαγνωστική φάση ακολουθεί τα εξής στάδια:

- α) τη συνέντευξη με τον ψυχίατρο,
- β) τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού, και
- γ) τις ψυχολογικές δοκιμασίες.

Αφού συγκεντρωθούν όλα τα απαραίτητα στοιχεία που αφορούν στο περιστατικό η διεπιστημονική ομάδα συζητά για τη διαφορική διάγνωση και τον τρόπο της θεραπευτικής παρέμβασης και λαμβάνονται υπόψη όλα τα δεδομένα που η ομάδα έχει στη διάθεσή της.

Η μορφή της αντιμετώπισης ανάλογα με το περιστατικό μπορεί να είναι: ανάληψη του περιστατικού από την υπηρεσία, παραπομπή σε άλλη υπηρεσία του ίδιου φορέα ή παραπομπή σε άλλο φορέα ψυχικής υγείας.

Η θεραπεία θα αφορά είτε φαρμακευτική αγωγή είτε ψυχοθεραπεία ή ακόμα χειρισμούς που αφορούν στην οικογένεια, συνεργασία με την οικογένεια κ.λ.π. όπως αναλύθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Στη συνέχεια ορίζεται ο ειδικός που θα αναλάβει το περιστατικό και αν κρίνεται αναγκαίο θα συνεργαστεί με κάποιο επαγγελματία άλλης ειδικότητας, από την ομάδα. Για παράδειγμα, ο ψυχίατρος που θα αναλάβει την ασθενή θα συνεργαστεί με τον Κοινωνικό Λειτουργό που θα υποστηρίξει και θα βοηθήσει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων της καθώς και θα συμβουλευσει την οικογένεια, όταν χρειαστεί.

Η ομάδα συνεργάζεται και συναντάται σε εβδομαδιαία βάση. Με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στους επαγγελματίες των διαφορετικών ειδικοτήτων να ανταλλάξουν και να συζητήσουν τις θεωρητικές και κλινικές σκέψεις σχετικά με την ιδιαιτερότητα του κάθε περιστατικού. Αποφεύγονται έτσι τα στεγανά κάθε ειδικότητας και η κατάτμηση του ατόμου: τα ψυχιατρικά συμπτώματα για τον ψυχίατρο, τα ψυχολογικά προβλήματα για τον ψυχολόγο, τα κοινωνικά προβλήματα για τον κοινωνικό λειτουργό. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στο άτομο ως ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα και όχι στο συγκεκριμένο σύμπτωμα διαχωρισμένο από το σύνολο της προσωπικότητας και το πλέγμα των σχέσεων με το περιβάλλον.

Κάθε επαγγελματίας χρησιμοποιεί τις δικές του εξειδικευμένες γνώσεις και τεχνικές ταυτόχρονα με την ικανότητά του να συνεργάζεται συμβάλλοντας στην αποτελεσματικότερη θεραπεία, την καλύτερη λειτουργία της ομάδας και της υπηρεσίας όπου εργάζεται (Θέματα Προληπτικής Ιατρικής, 1994).

## **Ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ**

Η Κοινωνική Εργασία σήμερα συναντιέται με την Ψυχιατρική Πράξη σε πολλά σημεία και η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα της Ψυχικής Υγείας κρίνεται απαραίτητη θεωρητικά και πρακτικά τόσο στον τομέα της πρόληψης όσο και στην αποκατάσταση (Λυμπεροπούλου-Ντόντου, Εγκέφαλος, τεύχος 23<sup>ο</sup>, 1986).

Η συνεργασία του Ψυχιάτρου με τον Κοινωνικό Λειτουργό έγινε αναγκαία αλλά και πιο γόνιμη λόγω της νέας κατεύθυνσης της Ψυχιατρικής, την Κοινωνική Ψυχιατρική, η οποία διευρύνει το ρόλο του Ψυχιάτρου και απαιτεί πέρα από την εφαρμογή της θεραπείας, το ενδιαφέρον του για την κοινωνική ένταξη κάθε αρρώστου (ο.π.).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός επικεντρώνεται περισσότερο στον κοινωνικό χώρο και συνδέει το κάθε πλαίσιο θεραπείας (ψυχιατρικό νοσοκομείο, ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου, κέντρο ψυχικής υγιεινής) με την κοινότητα και αντίστροφα.

Συμμετέχει στην έρευνα και εφαρμόζει τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας με άτομα, με ομάδες, με κοινότητα σε διαφορετική έκταση ανάλογα με την περίπτωση (ο.π.).

Στην έρευνα η συμμετοχή του είναι σημαντική γιατί είναι ο ειδικός που θα μελετήσει τα κοινωνικά φαινόμενα, θα διαγνώσει τις κοινωνικές καταστάσεις και θα προειδοποιήσει για την πρόληψη και τη θεραπεία.

Η εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας με ομάδες είναι αποτελεσματική στην πρόληψη και τη θεραπεία και ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει πρωτεύοντα ρόλο. Στα ψυχιατρικά νοσοκομεία η εφαρμογή της μεθόδου βοηθά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που αφορούν στη ζωή και την προσαρμογή στο νοσοκομείο αλλά και των προβλημάτων που αφορούν στην επανένταξη στην κοινότητα μετά τη θεραπεία.

Η Κοινωνική Εργασία με κοινότητα, αφορά μια ακόμη δυναμική μέθοδο που εφαρμόζει ο Κοινωνικός Λειτουργός με σκοπό να ενεργοποιήσει και τον συντονισμό των κοινωνικών ιδρυμάτων για την πρόληψη της ψυχικής υγείας.

Η Κοινωνική Εργασία με άτομα είναι η τρίτη εξίσου δυναμική μέθοδος που εφαρμόζει ο Κοινωνικός Λειτουργός με σκοπό την στήριξη του ίδιου του ατόμου και της οικογένειάς του (ο.π.).

Σύμφωνα με τον Λυμπεράκη (1978), ο Κοινωνικός Λειτουργός χρησιμοποιώντας τις ειδικές του γνώσεις και δεξιότητες ασχολείται με τις διαπροσωπικές, κοινωνιολογικές και πολιτιστικές όψεις των πολύπλοκων καταστάσεων (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

Ο Κοινωνικός Λειτουργός παρέχει στη θεραπευτική ομάδα πληροφορίες τις οποίες συλλέγει και τις αξιολογεί, που αφορούν στην κοινωνική πλευρά του ατόμου, την οικογένεια και την κοινοτική ζωή του (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Έχει τη δυνατότητα να ενημερωθεί για το φάκελο του ατόμου στην δουλειά του, στον γενικό γιατρό κ.λ.π. Συλλέγει πληροφορίες για την προηγούμενη σχέση τόσο του ίδιου ατόμου όσο και της οικογένειάς του με τους κοινοτικούς φορείς και εκτιμά ποιοι φορείς είναι αποδεκτοί από την οικογένεια με σκοπό να τους ενεργοποιήσει και να τους ενσωματώσει στο σχέδιο θεραπείας και στην υποστήριξη των ατόμων που στερούνται κοινωνικής υποστήριξης (ο.π.).

Η οικογένεια αποτελεί την πιο σημαντική πηγή πληροφοριών. Γι' αυτό ο Κοινωνικός Λειτουργός παίρνει το ιστορικό της οικογένειας, με σκοπό να αναγνωριστούν και να αξιολογηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με αυτή και επιδρούν στην διαταραχή (διαζύγιο, έλλειψη επικοινωνίας και υποστήριξη από το σύζυγο και τα άλλα μέλη). Με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στα μέλη της οικογένειας να έχουν επαφή με τον ειδικό, ο οποίος ενδιαφέρεται για τις ανάγκες τους και τα

προβλήματα που δημιουργούνται λόγω της διαταραχής της συγγενούς τους. Ακόμα ο Κοινωνικός Λειτουργός θα ενημερώσει τα μέλη της οικογένειας, θα τα συμβουλευσει μέσω της συζήτησης και κυρίως θα τα ενεργοποιήσει για την επίλυση των προβλημάτων τους (ο.π.).

Όπου οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια είναι διαταραγμένες η στάση της απέναντι στο διαταραγμένο μέλος είναι απορριπτικά, παρεμβαίνει με σκοπό να επηρεάσει θετικά την οικογένεια ως προς τις σχέσεις μεταξύ των μελών της αλλά και προς το διαταραγμένο μέλος της (Μαδιανός, 1998<sup>β</sup>).

Ειδικότερα η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού:

∅ -Στα ψυχιατρικά νοσοκομεία σύμφωνα με την Λυμπεροπούλου-Ντόντου (1986), ακολουθεί τα εξής στάδια:

1. Πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο ο Κοινωνικός Λειτουργός μέσα από την επαφή με το περιβάλλον του ατόμου ερευνά και διαπιστώνει τα βαθύτερα αίτια ή επισημαίνει τους παράγοντες που εμποδίζουν την οικογένεια να πάρει την πιο συμφέρουσα απόφαση για την ασθενή, επειδή πολλές φορές παρατηρείται η οικογένεια να συμπεριφέρεται με βάση τις δικές της ανάγκες.
2. Στο στάδιο της υποδοχής ο Κοινωνικός Λειτουργός βοηθά ώστε το άτομο να δεχθεί την ψυχιατρική βοήθεια. Στη συνέχεια, το ενημερώνει σχετικά με το πρόγραμμα του νοσοκομείου και το βοηθά να αντιληφθεί ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται συνδέοντας τον ίδιο με την οικογένεια του και την κοινότητα.
3. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο ο Κοινωνικός Λειτουργός παίρνει το κοινωνικό ιστορικό του ατόμου που θα του χρησιμεύσει στην καλύτερη κατανόηση του ατόμου στο σύνολό του.

4. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ατόμου ο Κοινωνικός λειτουργός εργάζεται ενισχύοντας την προσωπικότητα του ατόμου, το βοηθά σε προβλήματα που αφορούν στις σχέσεις με τα άλλα άτομα, και στην επίλυση των προβλημάτων πρακτικής φύσεως.
  5. Το στάδιο της εξόδου και της μετανοσοκομειακής φροντίδας είναι η μεταβατική περίοδος από την έξοδο του ατόμου στην ένταξή του στο κοινωνικό περιβάλλον και αποτελεί σταθμό στην όλη θεραπευτική προσπάθεια. Απαιτείται η προετοιμασία τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειάς του για να το δεχθεί. Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα αξιολογήσει το περιβάλλον και θα επισημάνει τα θετικά στοιχεία τις πιέσεις και τις εντάσεις που ίσως υπάρχουν και θα προσπαθήσει να τις μειώσει ώστε το ίδιο το περιβάλλον να βοηθήσει στην προσαρμογή του ατόμου. Τέλος θα αξιοποιήσει μέσα στην κοινότητα τις οικονομικές δυνατότητες που αυτή έχει ώστε να αποκτήσει το άτομο οικονομική ανεξαρτησία είτε με την επαναπρόσληψή του στην προηγούμενη εργασία είτε με την ανεύρεση νέας (Εγκέφαλος, Τεύχος 23<sup>ο</sup>, 1986).
- Ø Στις μονάδες Ημερήσιας νοσηλείας η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού, σύμφωνα με τους Κυζιρίδου, Μένου, Ιορδανίδη, Ιεροδιακόνου (1994), διακρίνεται στα εξής στάδια:
- α Συνεργάζεται με το άτομο και την οικογένεια με σκοπό την ομαλή ένταξη του ατόμου στο πρόγραμμα της μονάδας.
  - α Συμβάλλει στην ομαλή παρακολούθηση του προγράμματος από το άτομο επιλύοντας τυχόν προβλήματα στη μετακίνηση ή την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

- α Συμμετέχει στο πρόγραμμα της μονάδας εφαρμόζοντας τις μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας με άτομα και με ομάδες.

Ταυτόχρονα με την ένταξη του ατόμου στο πρόγραμμα αρχίζει και ο σχεδιασμός για την επιστροφή του στην κοινότητα αφού αξιολογηθούν οι ιδιαίτερες ανάγκες του σε σχέση με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τη συγκεκριμένη διαταραχή και τους προσωπικούς του στόχους.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός στο στάδιο αυτό παρεμβαίνει στο οικογενειακό περιβάλλον εφόσον υπάρχει και ελέγχει τις δυνατότητες επιστροφής σ' αυτό. Εάν υπάρξει πρόβλημα στέγης, διερευνά τις δυνατότητες ανεύρεσης νέας.

Στον τομέα της εργασίας παρεμβαίνει με σκοπό την επίλυση προβλημάτων στο χώρο της ήδη υπάρχουσας. Εφόσον όμως δεν υπάρχει φροντίζει για την ανεύρεση κατάλληλης εργασίας και τον επαγγελματικό προσανατολισμό.

Τέλος, φροντίζει για την ένταξη του ατόμου σε κάποιο κοινωνικό φορέα καθώς και για τη διατήρηση της επαφής του με την ομάδα (Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, 1994).

Από τα παραπάνω, γίνεται σαφές ότι η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ένα έργο πολυδιάστατο με ιδιαίτερη σημασία, τόσο για θεραπευτικό αποτέλεσμα όσο και για την λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας.

## **ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΩΝ ΥΠΟΛΟΙΠΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

### **α Ο/Η ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ**

Ο ρόλος του Ψυχιάτρου, σύμφωνα με τους Παπαδάτο και Στογιαννίδου (1988), στην ομάδα ψυχικής υγιεινής επεκτείνεται πέρα από τον κλασικό ιατρικό ρόλο και αποτελεί ένα πιο σύνθετο ρόλο.

Ο Ψυχίατρος λόγω των ιατρικών και νευρολογικών γνώσεών του είναι ο ειδικός που θα προσδιορίσει τα ιατρικά σύνδρομα της διαταραχής και τις ιατρικές πλευρές των πολύπλοκων περιπτώσεων.

Κατά τον Λυμπεράκη (1978), ο ρόλος του Ψυχιάτρου είναι να κάνει διάγνωση, να δίνει θεραπεία επιλέγοντας το κατάλληλο φάρμακο, να παρακολουθεί την ασθενή και να βοηθάει την πρόληψη της διαταραχής και τη διατήρηση της ψυχικής υγείας μέσα από την έγκαιρη διάγνωση, την κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία και την σωστή έρευνα (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

Στις σύγχρονες υπηρεσίες ανοιχτής περίθαλψης ο Ψυχίατρος αποτελεί έναν από τους κρίκους στην αλυσίδα της διεπαγγελματικής ομάδας.

Πολλές φορές ο ρόλος του δεν περιορίζεται μόνο στη νοσολογική προσέγγιση αλλά επεκτείνεται και στην κοινότητα παραπέμποντας την ασθενή σε συναδέλφους γιατρούς άλλης ειδικότητας, που είναι ίσως πιο κατάλληλοι για συγκεκριμένη περίπτωση θεραπείας.

Είναι ο ειδικός επαγγελματίας που προσφέρει τις ιατρικές γνώσεις και εμπειρίες του για την αποτελεσματική αντιμετώπιση και θεραπεία σε συνεργασία με τους υπολοίπους επαγγελματίες της ομάδας ψυχικής υγείας (ο.π.).

#### α Ο/Η ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με τους Παπαδάτο και Στογιαννίδου (1988), ο Ψυχολόγος συμμετέχει στην ομάδα ψυχικής υγείας με τη χρησιμοποίηση και αξιολόγηση των ψυχολογικών δοκιμασιών (test) που είναι αποκλειστικά δική του ευθύνη. Διεξάγει την ψυχολογική έρευνα για τη διερεύνηση της νόησης, της προσωπικότητας και γενικότερα την αποσαφήνιση των μηχανισμών που διέπουν τις εκδηλώσεις τη ανθρώπινης συμπεριφοράς. Τα στοιχεία της ψυχολογικής έρευνας έχουν άμεση εφαρμογή στη θεραπευτική διαδικασία και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου εφαρμόζεται η ψυχοθεραπεία.

Η συμμετοχή του μπορεί επίσης να περιλαμβάνει ατομική παρέμβαση, συμβουλευτική ή θεραπεία οικογένειας και ζεύγους όταν παρίσταται ανάγκη.

Η Ρότσικα (1986), αναφέρει ότι ο Ψυχολόγος συμμετέχει και στις δύο φάσεις κλινικής προσέγγισης, τη διάγνωση και τη θεραπεία και ως ειδικός στην χρήση των ψυχομετρικών δοκιμασιών και την διεξαγωγή της ψυχολογικής έρευνας συνεισφέρει στην εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του ατόμου δίνοντας έτσι στην ομάδα μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για το συγκεκριμένο άτομο και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας (Παπαδάτος και Στογιαννίδου, 1988).

#### α Ο/Η ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τη Δημοπούλου (1993), ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας είναι να παρακολουθεί αν η ασθενής ακολουθεί την φαρμακευτική

αγωγή ή αν παρουσιάστηκαν παρενέργειες από τα φάρμακα. Ελέγχει τις συνθήκες διαβίωσης και τη διατροφή της. Συνεργάζεται με τον Ψυχίατρο και την οικογένεια για κάθε νέο σχήμα φαρμακευτικής αγωγής. Ακόμα συνεργάζεται με τον ψυχίατρο της Συμβουλευτικής υπηρεσίας του γενικού νοσοκομείου για τις παραπομπές στο ψυχολόγο, την συνέχιση της παρακολούθησης των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Κάνει κατ' οίκον επισκέψεις, ελέγχει την καταλληλότητα του περιβάλλοντος που θα επιστρέψει η ασθενής. Συνεργάζεται και διαπαιδαγωγεί την οικογένεια της ασθενούς και την ίδια, για την σωστή συνέχιση της θεραπείας στο σπίτι. Φροντίζει ώστε να υπάρχει συνεργασία και συντονισμός του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας που τυχόν χρησιμοποιεί η ασθενής.

Τέλος, ελέγχει την πορεία της διαταραχής και τις αντιδράσεις υγείας σχετικά με τη θεραπεία και ενημερώνει το θεραπευτή και την ομάδα.

Η συμμετοχή του Επισκέπτη Υγείας στην ομάδα ψυχικής υγείας είναι εξίσου σημαντική καθώς συμμετέχει και στα τρία επίπεδα πρόληψης στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και τον έλεγχο προδιαθεσικών καταστάσεων (πρωτογενής πρόληψη), στην ψυχιατρική θεραπεία και αποκατάσταση (δευτερογενής πρόληψη) και στην αποκατάσταση και ψυχιατρική παρακολούθηση (τριτογενής πρόληψη). (Πρακτικά Συνεδρίου «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα», 26-27 Νοεμβρίου, 1993).

#### α **Ο/Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ**

Ο Εργοθεραπευτής σύμφωνα με την Κωστάκη (1986), απασχολεί με τρόπο θεραπευτικό και κατευθυνόμενο, το άτομο ώστε να διατηρήσει ή να βελτιώσει την ψυχική του υγεία. Θεραπευτικός στόχος του

Εργοθεραπευτή είναι η βελτίωση του συντονισμού των κινήσεων σε περιπτώσεις με επιβράδυνση της κίνησης. Παρέχει δυνατότητες απασχόλησης με σκοπό την αντίχνευση ενδιαφερόντων ή την καλλιέργεια νέων, την απόκτηση χόμπυ και γενικότερα την οργάνωση του ελεύθερου χρόνου. Αξιολογεί το βαθμό ικανότητας στις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτοεξυπηρέτηση, με σκοπό τη βελτίωση των δεξιοτήτων και αύξηση της κοινωνικοποίησης (Εγκέφαλος, τεύχος 23<sup>ο</sup>, 1986).

Ο Willson (1987), αναφέρει πως η εργασιακή απασχόληση συμβάλλει σημαντικά στην επαναδραστηριοποίηση των ψυχικά ασθενών στο καθημερινό και κοινωνικό επίπεδο προσφέροντας ευκαιρίες για την βελτίωση της αυτοαντίληψης, την αύξηση της ικανότητας λήψης αποφάσεων και αυτοπειθαρχίας και την υγιή συνεργασία με τους άλλους εκπαιδευόμενους (Παπαδάτος, Στογιαννίδου, 1988).

#### α **Ο/Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ**

Ο Νοσηλευτής ομάδας, όπως αναφέρει ο Κλήμης (1993), παρέχει νοσηλευτική φροντίδα στα άτομα με ψυχική διαταραχή και στις οικογένειές τους.

Οργανώνει και συντονίζει όλες τις διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας των ψυχικά αρρώστων και αξιολογεί την ποιότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αναλαμβάνει την ευθύνη για την καθημερινή υγιεινή φροντίδα όταν το άτομο παρουσιάζει σωματική, νοητική και συναισθηματική ανικανότητα (Πρακτικά Συνεδρίου, 1993).

Ιδιαίτερη είναι η συνεισφορά του νοσηλευτή, σύμφωνα με τους Παπδάτο και Στογιαννίδου (1988), όταν δημιουργείται η ανάγκη για

συνέχιση των επαφών με την ασθενή ίσως και για χρόνια, με επισκέψεις στο σπίτι για επιπλέον υποστήριξη και φροντίδα του σώματος και της ψυχικής κατάστασης του ατόμου.

#### α **Ο/Η ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ**

Ο Λογοθεραπευτής είναι ένας ακόμα επαγγελματίας μέλος της ομάδας. Όπως αναφέρουν οι Παπαδάτος και Στογιαννίδου (1988), ο Λογοθεραπευτής κάνει τη διαγνωστική εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου όσον αφορά στην κατανόηση του λόγου ή στην έκφραση και επικοινωνία. Σε περιπτώσεις επιβράδυνσης του λόγου και της σκέψης ο Λογοθεραπευτής αναλαμβάνει την επέκταση των λεκτικών δεξιοτήτων επικοινωνίας του ατόμου.

Η παρέμβασή του επεκτείνεται και στα μέλη της οικογένειας με σκοπό να προσφέρει συμβουλές για την καλύτερη επικοινωνία τους με το ψυχικά διαταραγμένο άτομο.

Το ίδιο σημαντική αποτελεί η συμβολή του Λογοθεραπευτή για τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας καθώς βοηθά στην επικοινωνία των μελών με το άτομο.

## **ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

### **ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (FOLLOW-UP)**

Σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο (1989), στις περιπτώσεις που η διαταραχή αφορά βαριές καταστάσεις τότε η θεραπευτική σχέση δεν διακόπτεται αλλά συνεχίζεται. Ακόμα και όταν τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι θετικά το διαταραγμένο άτομο διατηρεί την επαφή με τους θεραπευτές (Lemperiete, Feline και συνεργάτες, Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων, 1995).

Η συνέχιση της επαφής, όπως αναφέρει ο ίδιος συγγραφέας (Σακελλαρόπουλος και συνεργ. 1990), μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους είτε για παράδειγμα το άτομο θα διατηρήσει την επαφή με τον θεραπευτή ή κάποιο από τα μέλη της ομάδας και θα συναντιέται μαζί του μια φορά το μήνα με σκοπό τη διατήρηση της κοινωνικοποίησής του και την πρόληψη πιθανής υποτροπής. Είτε η θεραπευτική ομάδα θα αποσυρθεί προοδευτικά και ο Κοινωνικός Λειτουργός θα διατηρήσει την επαφή, έχοντας την στήριξη του θεραπευτή που είχε αναλάβει το περιστατικό, για την παροχή βοήθειας στην επίλυση πρακτικών προβλημάτων (ο.π.)

Όταν λοιπόν το διαταραγμένο άτομο και η οικογένεια ξεπεράσουν την κρίση της θεραπευτικής διαδικασίας ακολουθεί η συνεχής φροντίδα του ατόμου σε τακτά χρονικά διαστήματα ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του.

Εκτός όμως από το άτομο η επαφή διατηρείται με όλη την οικογένεια καθώς η σχέση που αναπτύχθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης με τα μέλη της και η ανάπτυξη της υπευθυνότητάς τους είναι σημαντικές για τη συνέχιση της θεραπείας και την πρόληψη των υποτροπών (ο.π.).

Σύμφωνα με τον Παναγούτσο (1993), σ' αυτή τη φάση η θεραπευτική ομάδα δραστηριοποιείται για την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη του ατόμου, κάτι που απαιτεί συνέχεια και συνέπεια καθώς οι δυσκολίες που υπάρχουν είναι το ίδιο σοβαρές με αυτές στην διάρκεια της διαταραχής. Έτσι εξασφαλίζεται η αποφυγή υποτροπών καθώς και μια πιο ικανοποιητική ποιότητα ζωής στο άτομο (ο.π.).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά από την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας και μέσα από τη μελέτη των στοιχείων που συγκεντρώσαμε καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

1. Η κατάθλιψη, είναι η πιο συχνή από τις ψυχικές διαταραχές που συναντάται στην κοινότητα αφού όπως αναφέρει ο Τρίκκας (1997), υπολογίζεται ότι το 15% του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει κατά τη διάρκεια της ζωής του καταθλιπτικά συμπτώματα.
2. Η κατάθλιψη επιφέρει μια γενικότερη διαταραχή στη λειτουργικότητα του ατόμου, καθώς όπως αναφέρει ο Μάνος (1997), τα κυριότερα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζεται αυτή είναι: η απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης από συνήθειες δραστηριότητες, αίσθηση κόπωσης, επιβράδυνση του λόγου, της σκέψης και της κίνησης, αλλαγές στην όρεξη, σωματικά παράπονα μείωση της σεξουαλικής διάθεσης, συναισθήματα αναξιότητας και απαισιοδοξίας και ακόμα σκέψεις αυτοκτονίας.
3. Η κατάθλιψη αποτελεί ένα βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο, καθώς σύμφωνα με τους περισσότερους μελετητές (Κλεφτάρας 1998, Μάνος 1997, Kaplan και Sadock's 2000, κ.ά.) στην έναρξή της συμβάλλει ένα σύνολο βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων αντίστοιχα.

4. Η κατάθλιψη παρουσιάζεται σχεδόν δύο φορές συχνότερη στο γυναικείο φύλο απ' ό τι στο ανδρικό καθώς - όπως αναφέρουν οι Φωτιάδου, Περτέση, Μπατιστάτου και Κουντουβίδης (1997) – μελέτες σε Ευρώπη και Η.Π.Α. έδειξαν ότι τα ποσοστά κατάθλιψης στις γυναίκες κυμαίνονται από 9-26% ενώ στους άνδρες κυμαίνονται από 5-12%.
  
5. Οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στην εκδήλωση της κατάθλιψης, γεγονός που οφείλεται σε ιδιαίτερους παράγοντες που αφορούν το γυναικείο φύλο. Οι περισσότεροι μελετητές [Σκόδρα (1993), Kaplan και Sadock's (2000), Meagher και Murray (1997), Leidenluft (1996)], αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι οι παράγοντες όπως οι ορμονικές διαφορές, οι επιπτώσεις από τη γέννηση παιδιών, το διαφορετικό είδος στρεσογόνων παραγόντων που υφίστανται οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, η προσωπικότητα, ο τρόπος σκέψης και αντίληψης των γεγονότων της ζωής και του εαυτού τους, είναι πιθανόν οι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά κατάθλιψη.
  
6. Η ανάληψη πολλαπλών ρόλων από τις γυναίκες και η αναγνώριση των ρόλων αυτών από το άμεσο περιβάλλον, σε συνδυασμό με τις αρμονικές σχέσεις μέσα σ' αυτό δρουν ευεργετικά στη ψυχική υγεία των γυναικών. Χαρακτηριστικά στη μελέτη των Ross, Mirowsky και Huber, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενες γυναίκες που στις δουλειές του σπιτιού δέχονται τη βοήθεια του συζύγου τους παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης.
  
7. Ο συνδυασμός των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι αποτελεσματικότερος, γιατί όπως αναφέρει ο Μάνος (1997), καμία

θεραπεία δεν μπορεί να διεκδικήσει την αποκλειστικότητα. Από τη μια πλευρά η σωματική θεραπεία (φαρμακοθεραπεία) στοχεύει στη βελτίωση των φυσιολογικών λειτουργιών (ύπνο, όρεξη, libido κ.τ.λ.) του ατόμου ενώ από την άλλη η ψυχοθεραπεία στοχεύει στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργίας και γενικότερα στην καλύτερη λειτουργία της προσωπικότητας του ατόμου.

8. Τα είδη των θεραπευτικών παρεμβάσεων αφορούν και τα δύο φύλα, η ανταπόκριση όμως των γυναικών μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το είδος της θεραπείας. Όπως χαρακτηριστικά υποστηρίζουν οι Meagner και Murray (1997) σ' αυτό επιδρούν διάφοροι παράγοντες. Για παράδειγμα το αντισυλληπτικά μπορούν να μειώσουν την επίδραση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ενώ οι γυναίκες είναι πιθανόν πιο επιρρεπείς στις παρενέργειες ορισμένων αντικαταθλιπτικών. Επίσης δυσκολίες στη χορήγηση φαρμάκων προκύπτουν σε ιδιαίτερες περιόδους της γυναίκας όπως η σύλληψη, η κύηση και η γαλουχία. Τέλος, οι γυναίκες πιθανόν ν' ανταποκρίνονται καλύτερα στις ομαδικές και ατομικές ψυχοθεραπείες απ' ότι οι άνδρες ενώ η κοινωνική υποστήριξη είναι ευεργετική σ' αυτές.
9. Η διεπιστημονική συνεργασία στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας συμβάλλει σημαντικά στην ολοκληρωμένη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Παπαδάτος και Στογιαννίδης (1998), κάθε ένας παράγοντας από τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς που επιδρούν στην εκδήλωση της κατάθλιψης, έχουν ανάγκη πληρέστερης μελέτης αλλά και τον αντίστοιχο ειδικό που θα παρέμβει και θα τους εξετάσει.

## **ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

- 2 Ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης γύρω από το φαινόμενο της κατάθλιψης σε κοινοτικό και κοινωνικό επίπεδο. Βασικοί στόχοι των προγραμμάτων αυτών θα είναι η πρόληψη και πολύ περισσότερο η ενημέρωση για την έγκαιρη διαπίστωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης από το ίδιο το άτομο και την οικογένειά του.
- 2 Είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να εξειδικεύονται σε ότι αφορά τους ιδιαίτερους παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση της κατάθλιψης για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.
- 2 Ενημέρωση των Κοινωνικών Λειτουργών μέσω επιμορφωτικών σεμιναρίων – σε θέματα που αφορούν και το ιατρικό κομμάτι των καταθλιπτικών διαταραχών – έτσι ώστε να μπορούν να προσφέρουν περισσότερο εμπειριστατωμένα τις γνώσεις και τις τεχνικές τους στην σφαιρική αντιμετώπιση της κατάθλιψης.
- 2 Διεξαγωγή σεμιναρίων πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας για τους σπουδαστές Κοινωνικούς Λειτουργούς με την οργάνωση των οποίων θα αναλαμβάνουν οι σχολές Κοινωνικής Εργασίας. Αυτό θα πρέπει να γίνει διότι πιστεύουμε ότι μόνο η ύπαρξη ορισμένων μαθημάτων ψυχιατρικού περιεχομένου δεν επαρκεί.

- 2 Θεωρούμε επιτακτική την ανάγκη τοποθέτησης ψυχολόγων και κυρίως Κοινωνικών Λειτουργών στους χώρους εργασίας. Στην Ελλάδα η δυνατότητα αυτή παραμένει ακόμα στα χέρια και στην πρωτοβουλία των ιδιωτικών επιχειρήσεων.
  
- 2 Δημιουργία διεπαγγελματικών ομάδων ψυχικής υγείας σ' όλα τα κέντρα υγείας και τοπικά ιατρεία με στόχο την μεγαλύτερη δυνατότητα πρόσβασης ακόμα και στις πιο απομακρυσμένες περιοχές.
  
- 2 Τέλος, προτείνουμε να ενταθούν οι προσπάθειες της ανάπτυξης του θεσμού της κοινωνικής – κοινοτικής ψυχιατρικής με την ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση του κοινού με σκοπό την ολική εξάλειψη του στιγματικού των ψυχικά ασθενών που δημιουργείται λόγω προκαταλήψεων.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Buckman R. και Charlish A., Κατάθλιψη, Εκδόσεις Χρυσή Πέννα, Αθήνα 2000.
2. Sanders D., Γυναίκα και Κατάθλιψη, Μετάφραση Αβραμίδης, Εκδόσεις Διοδός, Αθήνα 1989.
3. Dominian J., Μαθήματα Γάμου, Μετάφραση Μεταξάς Σ., Επιμέλεια Μοιράλη Π., Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
4. Καλογερόπουλος Α. Π., Μαθήματα Γυναικολογίας – Ενδοκρινολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης, Θεσσαλονίκη 1975.
5. Kaplan H. I. και Sadock's B. J., Ψυχιατρική, Τόμος Β', (Έκδοση Έβδομη), Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000.
6. Κλεφτάρας Γ., Η κατάθλιψη σήμερα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
7. Κυζιρίδου Σ., Μένου Φ., Ιορδανίδης Π., Ιεροδιακόνου Χ., «Η Κοινωνική Υπηρεσία στη μονάδα ημερήσιας νοσηλείας ως παράγοντας καλύτερης πρόγνωσης της νόσου», στα Θέματα Προληπτικής Ιατρικής, Τόμος Β', Επιμέλεια Προληπτικής Ιατρικής, Τόμος Β', Επιμέλεια Έκδοσης Χριστοδούλου Γ. Ν. και Κονταξάκης Β. Π., Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 1994.

8. Κυζιρίδου Σ. και Ιεροδιακόνου Χ., «Ο ρόλος της μονάδας ημερήσιας νοσηλείας ψυχιατρικού τομέα γενικού Νοσοκομείου στην πρόληψη Ψυχικών διαταραχών», στα Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, Επιμέλεια Έκδοσης Χριστοδούλου Γ. Ν. και Κονταξάκης Β. Π., Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 1994.
9. Leimperiere I. – Feline A. και συνεργάτες, Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων – Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές στην Ελλάδα, Τόμος Α', Υπεύθυνος Έκδοσης Σακελλαρόπουλος Π., Επιμελητής Έκδοσης Λειβαδίτης Μ. , Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1195.
10. Μαδιανός Γ.Μ., Κοινωνία και Ψυχική Υγεία – «Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική», Τόμος Α', Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989.
11. Μαδιανός Γ. Μ., Κοινωνία και Ψυχική Υγεία – «Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή», Τόμος Β', Τεύχος Α', (δεύτερη έκδοση), Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1998<sup>β</sup>.
12. Μάνος Μ., Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής (αναθεωρημένη έκδοση), Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS , Θεσσαλονίκη 1997.
13. Μπαλλής Θ. Ι., Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2000.

14. Μπλούμφιλντ Χ. Χ. και Μακ Γουίλιαμς Π., Θεραπεύοντας την Κατάθλιψη, Μετάφραση Αποστόλου Π., Επιστημονική Επιμέλεια Νέστορος Ι. Ν., (δεύτερη έκδοση) Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 1997.
15. Μπόμπος Φ., Χαλκούση Γ., Λάλας Κ., Παπακωνταντίνου Ι., Δούπκαρη Χ., Γκάλκου Β., «Τα νέα περιστατικά μιας Συμβουλευτικής Υπηρεσίας του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής σε διάστημα ενός έτους», στα Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, Τόμος Β' Επιμέλεια Έκδοσης Χριστόδουλου Γ.Ν. και Προκοπάκης Β.Π., Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 1994.
16. Παπαδάτος Γ. και Στογιαννίδου Α., Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή. Η εναλλακτική Πρόταση στην παραδοσιακή Ψυχιατρική, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1988.
17. Προκοπάκης Ε.Σ., Το βιολογικό υπόστρωμα των ψυχικών διαταραχών της λοχείας, Θεσσαλονίκη 1994.
18. Σκόδρα Ε., Η ψυχολογία της γυναίκας, (Έκδοση Β' ), Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993.
19. Ταντανάσης Θ.Α., Η γνώση είναι δύναμη, Επιμέλεια Αποστολοπούλου Μ., Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997.
20. Χαρτοκόλλης Π., Εισαγωγή στην ψυχιατρική, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1986.









48. Σέρμπου Μ., «Η κατάθλιψη σταπλαΐσια της Γνωσιακής – Συμπεριφορικής προσέγγισης», Διπλωματική Εργασία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης, Θεσσαλονίκη 1997.
49. Τσονίδης Α. «Πολλαπλοί ρόλοι και Κατάθλιψη: Η επίδραση της ανάληψης πολλαπλών ρόλων στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε γυναίκες», Μεταπτυχιακή Εργασία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης, Θεσσαλονίκη 1999.

#### ***ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ - ΛΕΞΙΚΑ***

50. Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, Εκδόσεις Πάπυρος, Αθήνα 1980.
51. Εγκυκλοπαίδεια «Υγεία», Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1992.
52. Νέο Λεξικό της Ελληνικής, Εκδόσεις Σταφυλίδη, Αθήνα 1992.
53. Σύντομο Ερμηνευτικό Λεξικό ψυχολογικών όρων, Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα 1989.