

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ – ΕΝΑ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Κα ΝΟΜΙΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ

ΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΝΑ
ΚΑΝΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΡΒΑΡΑ
ΧΑΛΔΗ ΕΙΡΗΝΗ

ΠΑΤΡΑ, 2005



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 4154

*Καθένας δεν είναι τόσο ικανός
να νιώσει ευγνωμοσύνη,
όσο αυτός που επιστρέφει
από το βασίλειο της νύχτας*

ELIE WIESEL

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτριά μας Κα Νομικού Αντωνία για την πολύτιμη βοήθεια και στήριξη που μας προσέφερε στην διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μελέτης.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ψυχιάτρους και Ψυχολόγους, οι οποίοι συνέβαλαν με τις γνώσεις τους στη συγγραφή της πτυχιακής εργασίας.

Τέλος, επιθυμούμε να αφιερώσουμε την εργασία αυτή σε όλες τις γυναίκες που υποφέρουν από κατάθλιψη ...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	5
1.1 Η σημασία του όρου κατάθλιψη	5
1.2 Διάγνωση και ταξινόμηση των καταθλιπτικών συνδρόμων ..	7
1.3 Μορφές και τύποι κατάθλιψης	13
1.4 Βαθμοί κατάθλιψης	20
1.5 Αιτίες κατάθλιψης	21
1.6 Συμπτώματα	26
1.7 Επιπλοκές	30
1.8 Επιδημιολογία	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	34
2.1 Η συχνότητα της κατάθλιψης στις γυναίκες	34
2.2 Η εμφάνιση της κατάθλιψης σε διάφορα γεγονότα ή περιόδους στη ζωή μιας γυναίκας	36
2.2.1 Κατά την προεμμηνοπαυσιακή περίοδο	36
2.2.2 Κατά την σεξουαλική λειτουργία	37
2.2.3 Κατά τη διάρκεια της κύησης	39
2.2.4 Κατά την επιλόχεια περίοδο	41
2.2.5 Κατά την αποβολή και τη θεραπευτική διακοπή της κύησης	44

2.2.6	Κατά την έκτρωση	45
2.2.7	Κατά την στειρότητα και την εξωσωματική γονιμοποίηση	46
2.2.8	Κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης	48
2.2.9	Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια του γάμου	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΤΗΝ ΑΥΓΗ ΤΟΥ 21^{ου}

	ΑΙΩΝΑ	53
3.1	Οι πολυάριθμοι ρόλοι και ο ψυχικός κόσμος των γυναικών .	53
3.2	Ισότητα των 2 φύλων: μύθος ή πραγματικότητα	55
3.3	Το ζήτημα της επαγγελματικής αποκατάστασης	56
3.4	Το φαινόμενο της ανεργίας	59
3.5	Η κοινωνία απέναντι στην καταθλιπτική γυναίκα	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΚΚΛΗΣΙΑ	62
	Η συμβολή της Εκκλησίας απέναντι στην κατάθλιψη	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

	ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	69
--	-------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	74
6.1	Βιολογικές	74
	6.1.1 Φαρμακοθεραπεία	74
	6.1.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή ηλεκτροσόκ	82
	6.1.3 Φωτοθεραπεία	83
	6.1.4 Ψυχοχειρουργική	84
6.2	Ψυχολογικές	85
	6.2.1 Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία	85

6.2.2	Συμβουλευτική ψυχοθεραπεία	86
6.2.3	Συζυγική θεραπεία	87
6.2.4	Ομαδική ψυχοθεραπεία	87
6.2.5	Ψυχοθεραπεία	88
6.2.6	Γνωστική θεραπεία	89
6.2.7	Διαπροσωπική θεραπεία	91
6.2.8	Θεραπεία συμπεριφοράς	93
6.2.9	Ψυχανάλυση	93
 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ		96
ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ		103
ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ		105
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....		108
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ		112
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄		
ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ		115
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄		
ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		116
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		120

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ζωή μας απαρτίζεται από στιγμές. Άλλες κακές και άλλες λιγότερο (καλές). Στιγμές ευτυχίας, ηρεμίας, γαλήνης αλλά και στιγμές δυστυχίας, θλίψης και μεγάλου πόνου. Όταν οι δυστυχισμένες υπερτερούν των ευτυχισμένων στιγμών, μερικές εβδομάδες της ζωής μας επηρεάζουν τις συνηθισμένες μας δραστηριότητες και υπάρχει το ενδεχόμενο νόησης από μια ασθένεια, την κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη είναι ένα σύγχρονο και παγκόσμιο φαινόμενο, που ταλαιπωρεί εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Μάλιστα θεωρείται ως μια από τις πιο σοβαρές ασθένειες. Αυτό αποτέλεσε και την αφετηρία για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος. Μέσω της εργασίας αυτής λοιπόν, γίνεται μια απόπειρα περιγραφής του φαινομένου της κατάθλιψης. Ειδικότερα, θα επικεντρωθούμε στη μελέτη της νόσου, σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, τις γυναίκες, μέσα από κάποια γεγονότα της ζωής τους.

Οι κυριότερες επιδιώξεις από την εκπόνηση αυτής της μελέτης παρατίθενται παρακάτω:

- Να διερευνηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο το φαινόμενο της γυναικείας κατάθλιψης καθώς και των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτού του φαινομένου.
- Να επισημανθούν οι τρόποι με τους οποίους μπορεί σήμερα να θεραπευτεί και κυρίως να προληφθεί έγκαιρα η νόσος της κατάθλιψης.
- Να γίνει αναφορά στο αν και κατά πόσο η ύπαρξη της πάθησης αυτής, επηρεάζει τις σχέσεις των γυναικών με το σύντροφό τους, το εργασιακό περιβάλλον και το κοινωνικό σύνολο.
- Να διαπιστωθεί με ποιους τρόπους, ένας Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Πιο συγκεκριμένα, σε μια σχηματική περιγραφή του περιεχομένου της εργασίας μας παρουσιάζονται τα εξής:

Στο 1^ο κεφάλαιο, γίνεται μια προσέγγιση του φαινομένου της κατάθλιψης με βάση τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης και της επιστήμης της ψυχολογίας (παράθεση ορισμού, ταξινόμηση καταθλιπτικών συνδρόμων, μορφές, τύποι).

Στο 2^ο κεφάλαιο, αναλύεται το θέμα της κατάθλιψης ως προς την πληθυσμιακή ομάδα των γυναικών, μέσα από διάφορα γεγονότα ή από διάφορες περιόδους της ζωής τους.

Στο 3^ο κεφάλαιο, αντιμετωπίζεται η κοινωνική διάσταση του φαινομένου της κατάθλιψης καθώς και η στάση της κοινωνίας απέναντι στις καταθλιπτικές γυναίκες.

Στο 4^ο κεφάλαιο, αναπτύσσεται η θέση της εκκλησίας απέναντι στο ζήτημα της κατάθλιψης, καθώς και η γενικότερη συμβολή της πίστης στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Στο 5^ο κεφάλαιο, παρατίθεται η σπουδαιότητα ανάληψης κάποιων προληπτικών μέτρων τόσο από το κράτος, όσο και από την κοινωνία, την οικογένεια και άλλους φορείς.

Αντίθετα, στο 6^ο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι θεραπευτικές μέθοδοι της κατάθλιψης με μια περαιτέρω διάκριση τους σε βιολογικές και ψυχολογικές.

Στη συνέχεια, περιγράφεται ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού τόσο στο προληπτικό τομέα όσο και στο θεραπευτικό, ενώ γίνεται και αναφορά στο νομοθετικό πλαίσιο και στα δικαιώματα των ασθενών καθώς παραβάλλονται και οι μονάδες και τα διάφορα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που έχουν δημιουργηθεί για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

Εν κατακλείδι, παρατίθενται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που εκπονήθηκαν κατά τη συγγραφή της εργασίας.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η κατάθλιψη, είναι μια ασθένεια που απασχόλησε το ανθρώπινο γένος από τα πρώτα χρόνια της ύπαρξής του. Αυτό αποδεικνύεται από Αιγυπτιακά και Σουμερικά κείμενα του 2600 π.Χ., στα οποία γίνεται μια αναφορά στην μελαγχολία. Δεν είναι όμως λίγα τα αρχαία ελληνικά κείμενα, τα οποία κάνουν λόγο για άτομα με καταθλιπτική διάθεση, όπως η τάση αυτοκτονίας του Αίαντα στην Ιλιάδα, καθώς και η ιστορία του βασιλιά Σαούλ στην Παλαιά Διαθήκη.

Βέβαια, ο Ιπποκράτης (460 – 370 π.Χ.) ήταν εκείνος που για πρώτη φορά χρησιμοποίησε τις έννοιες «μελαγχολία» και «μανία» για να περιγράψει τη διαταραχή αυτή της διάθεσης. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η έννοια της «μανίας» αναλογεί στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ η έννοια της «μελαγχολίας» αναλογεί στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές και όχι στην έννοια της κατάθλιψης (νοσολογικά), η οποία επικρατεί σήμερα. Επιπλέον, ο Χαρτοκόλλης (1986) αναφέρει στο κείμενό του, ότι ο Ιπποκράτης χαρακτήρισε τη διαταραχή της διάθεσης σαν μελαγχολία, διότι νόμιζε πως επιδρά η «μαύρη χολή» στον εγκέφαλο του ατόμου. Ο Φίλιππος Pinel (1745 – 1826) φάνηκε να συμφωνεί με τη γνώμη του Ιπποκράτη και έτσι υιοθέτησε ένα παρόμοιο σύστημα ταξινόμησης.

Οι Γάλλοι ψυχίατροι J. Baillarger και J. Falret μίλησαν, κατά τα μέσα του 19^{ου} αιώνα, για τη διπολική συναισθηματική διαταραχή.

Ο Γερμανός ψυχίατρος Kahlbaum (1882) αφού περιέγραψε εκ νέου τη διπολική συναισθηματική διαταραχή, την μετονόμασε σε «κυκλοθυμία».

Ένας άλλος Γερμανός ψυχίατρος, ο Emil Kraepelin (1856 – 1926) προ του 20^{ου} αιώνα, προσδιόρισε τα κριτήρια διάγνωσης της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης και ξεχώρισε την ασθένεια αυτή από την πρόωρη άνοια, την οποία

μετονόμασε ο Bleuler σε σχιζοφρένεια. Ακόμη, ο Kraepelin στηριζόμενος σε προηγούμενες παρατηρήσεις δημιούργησε ένα σύστημα ταξινόμησης, το οποίο δεν βασίζεται μονάχα στην κλινική περιγραφή, αλλά κατορθώνει να ξεχωρίζει την σχιζοφρένεια από την μανιοκαταθλιπτική ασθένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1 Η σημασία του όρου κατάθλιψη

Πριν αποδοθεί η έννοια του όρου κατάθλιψη, θεωρείται απαραίτητο να γίνει κάποια διάκριση μεταξύ της μελαγχολίας, της θλίψης και του άγχους σε σχέση με την κατάθλιψη. Διότι, οι τρεις αυτές έννοιες πολύ συχνά συγχέονται από τους ανθρώπους με την κατάθλιψη, χωρίς να σημαίνουν απαραίτητα το ίδιο πράγμα. Αρχικά, εξετάζεται η διαφορά μεταξύ μελαγχολίας και κατάθλιψης.

Σύμφωνα με την Λ. Βογιατζή (2003), η μελαγχολία έχει μάλλον περισσότερες διαφορές από ό,τι ομοιότητες με την κατάθλιψη. Λόγω του ότι δεν θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μια ψυχική διαταραχή που χρήζει θεραπείας, όπως συμβαίνει με την κατάθλιψη. Όπως και από το γεγονός ότι τα μελαγχολικά άτομα έχουν την ικανότητα να χειριστούν τα συναισθήματά τους και να διατηρούν την ευαισθησία και το ενδιαφέρον τους για τη ζωή, παρ' όλη τη λύπη που νιώθουν, αντίθετα με τα καταθλιπτικά άτομα. Εν συνεχεία, παρουσιάζεται η διαφορά που υπάρχει μεταξύ της θλίψης και της κατάθλιψης.

Κατά τον Κλεφτάρα (1998), το θλιμμένο άτομο χαρακτηρίζεται ουσιαστικά από μια οδυνηρή απώλεια που συνέβη σε κάποια φάση της ζωής του, σε αντίθεση με το καταθλιπτικό άτομο που χαρακτηρίζεται από έλλειψη κάθε ελπίδας για τη ζωή και μιας κακής διάθεσης, που έχει περιγραφεί ως «επώδυνη αναισθησία». Με τον όρο «επώδυνη» θέλει να δείξει ότι το άτομο

έχει συνείδηση πως η ζωή του ήταν κάποτε χαρούμενη και με τον όρο «αναισθησία» το γενικό μούδιασμα και την καθήλωση που νιώθει το άτομο.

Όπως αναφέρει και ο Flach (1989), ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων, συγχέει τη θλίψη με την κατάθλιψη, επειδή η θλίψη που νιώθουν όταν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά, πολλές φορές ερμηνεύεται ως προπομπός της κατάθλιψης.

Εξίσου σημαντική είναι και η διαφορά μεταξύ κατάθλιψης και άγχους ως προς τα χαρακτηριστικά τους. Έτσι, οι Alloy, Kelly, Mineka και Clements (1990), αναφέρουν ότι:

«Στην κατάθλιψη παρατηρείται έντονη θλίψη και απελπισία, χαμηλό θετικό συναίσθημα, ψυχοκινητική επιβράδυνση, ανηδονία, απώλεια του ενδιαφέροντος, αυτοκτονικός ιδεασμός και ενέργειες, μειωμένη διεγερσιμότητα του συμπαθητικού συστήματος, μειωμένη όρεξη, μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, αισθήματα έλλειψης ελπίδας και αίσθηση απώλειας. Αντίθετα, στο άγχος παρατηρείται έντονος φόβος και ένταση, αυξημένη δραστηριότητα, συμπεριφορική διέγερση, αυξημένη διεγερσιμότητα του συμπαθητικού συστήματος, αίσθηση κινδύνου και απειλής, αβεβαιότητα και υπερεγρήγορηση»¹.

Παρ' όλο όμως που στις προηγούμενες έννοιες υπάρχει ένας σαφής διαχωρισμός με την κατάθλιψη, η συγκεκριμένη έννοια έχει και μια υψηλή συνάφεια με την κατάθλιψη, παρ' ότι και οι δύο αποτελούν ξεχωριστές κλινικές οντότητες. Οι Fyer, Liebowitz, Klein (1990)² και ο Ραμπαβίλας (1996)³ τονίζουν ότι η συνάφεια αυτή βρίσκεται στο ότι:

«Τα συμπτώματα και των δύο αυτών διαταραχών αλληλεπικαλύπτονται και τα άτομα που πάσχουν τόσο από κατάθλιψη, όσο και από άγχος τείνουν να ανταποκρίνονται στα ίδια αντικαταθλιπτικά φάρμακα»

Επίσης, όπως αναφέρουν και οι Heninger, Poland, Merikangus, Torgersen και Weissman (1990).

¹ Ο Κλεφτάρας παραθέτει τους: Alloy L., Kelly K., Mineka S. Και Clements C.: Comorbidity of anxiety and depressive disorders, American Psychiatric Press, Washington 1990, p.p. 499 – 543.

² Ο Κλεφτάρας παραθέτει τους: Fyer, Liebowitz, Klein: Treatment trials, Comorbidity and syndromal complexity, American Psychiatric Press, Washington 1990.

³ Ο Κλεφτάρας παραθέτει τους: Ραμπαβίλας: Συννοσηρότητα της κατάθλιψης με τις αγχώδεις διαταραχές, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.

«Τα άτομα αυτά, παρουσιάζουν παρόμοιες ενδοκρινικές παθήσεις και έχουν οικογενειακό ιστορικό τόσο της κατάθλιψης, όσο και των διαταραχών άγχους».⁴

Εν κατακλείδι, γίνεται αναφορά και στην έννοια του όρου κατάθλιψη:
«Η κατάθλιψη ορίζεται ως μια παθολογική κατάσταση ψυχικού πόνου, που συνοδεύεται από σημαντική πτώση του αισθήματος της προσωπικής αξίας, προσωρινή και αντιστρεπτή μείωση της πνευματικής, ψυχοκινητικής και οργανικής δραστηριότητας» (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, τόμος 32, εκδόσεις Πάπυρος, Αθήνα 1988, σελ. 324).

Εξίσου σημαντικός ορισμός της κατάθλιψης θεωρείται και ο εξής:
«Η κατάθλιψη, είναι μια ασθένεια που επηρεάζει την ψυχική υγεία του ατόμου. Χαρακτηρίζεται από ένα μίγμα συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών τα οποία διαχωρίζονται αυστηρώς από τα καθημερινά συναισθήματα και τις λειτουργίες».
(INTERNET: www.wyeth.gr)

1.2 Διάγνωση και Ταξινόμηση των καταθλιπτικών συνδρόμων

Διάγνωση των καταθλιπτικών συνδρόμων

Είναι αρκετά πολύπλοκο έως και δύσκολο τις περισσότερες φορές, να διαγνωστεί η κατάθλιψη από τον ειδικό, διότι τα άτομα που εμφανίζουν αυτή την ασθένεια, μπορεί να παρουσιάζουν διαφορετικά συμπτώματα. Πρόκειται για τις περιπτώσεις των ψυχοσωματικών ασθενειών, που τις προκαλεί ο ίδιος ο ασθενής, χωρίς να τις αντιλαμβάνεται συνήθως.

Οι Buckman R. και Charlish A. (2000) όμως, τονίζουν ότι η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί και σαν μια δευτερεύουσα πάθηση όταν η πρωταρχική πάθηση είναι ο αλκοολισμός, οι διάφορες κρίσεις πανικού ή άγχους, η αγοραφοβία, οι έμμονες ιδέες και η ανθρωποφοβία. Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί και στις ακόλουθες σωματικές ασθένειες όπως: η νόσος του Πάρκινσον, το εγκεφαλικό, ο καρκίνος, οι καρδιοπάθειες και η αρθρίτιδα.

⁴ Ο Κλεφτάρας παραθέτει τους: Heninger, Poland, Merikangus, Torgersen και Weissman A biologic perspective on comorbidity of major depressive disorder and panic disorder, American Psychiatric Press, Washington 1990.

Οι Bloomfield και McWilliams (2003), επισημαίνουν ότι για να έχει ο ασθενής μια σαφή διάγνωση της κατάστασής του, θα πρέπει αρχικά να επισκεφτεί κάποιον γιατρό ή κατά προτίμηση τον οικογενειακό του γιατρό, προκειμένου να συζητήσει μαζί του για τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάζει και τα οποία κατά τη γνώμη του, ίσως να συντελούν στην εμφάνιση της κατάθλιψης.

Κατά τη γνώμη μας, ο γιατρός θα πρέπει να καθησυχάσει τον ασθενή από την πρώτη επίσκεψη έτσι ώστε αυτός να μην πανικοβληθεί προτού να γίνουν οι απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες θα πιστοποιήσουν αν έχει κατάθλιψη ή όχι.

Εν συνεχεία, όπως τονίζει ο Bloomfield και ο McWilliams (2003), θεωρείται απαραίτητο ο ίδιος ο γιατρός να έχει μελετήσει το ιατρικό, το οικογενειακό και το προσωπικό ιστορικό του ασθενούς, καθώς και τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων που έχουν πραγματοποιηθεί. Τότε λοιπόν, ο γιατρός θα είναι σε θέση να δώσει την τελική διάγνωση, δηλαδή αν ο ασθενής πάσχει από κατάθλιψη έτσι ώστε να του χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Αν όμως ο γιατρός, έχει κάποιες αμφιβολίες σχετικά με τη διάγνωση, τότε θα πρέπει να τον παραπέμπει σε κάποιους άλλους ειδικούς (κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, ψυχοθεραπευτής, θεραπευτής συμπεριφοράς, γνωσιοθεραπευτής), οι οποίοι είναι σε θέση να τον βοηθήσουν, αφού θα συζητήσει μαζί τους για το πρόβλημά του με περισσότερες λεπτομέρειες και για περισσότερη ώρα, από ό,τι με τον οικογενειακό του γιατρό.

Από όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω επισημαίνεται ότι η συστηματική εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων προς τους οικογενειακούς γιατρούς τόσο σε θέματα διάγνωσης, όσο και σε θέματα θεραπείας της κατάθλιψης, έχει βελτιώσει κατά πολύ τις γνώσεις τους όσον αφορά την κατάθλιψη και την αντιμετώπισή της, κάτι το οποίο θεωρείται απαραίτητο να συνεχιστεί και στο μέλλον.

Ταξινόμηση καταθλιπτικών διαταραχών

Όπως θα δούμε και παρακάτω, η κατάθλιψη ενδέχεται να παρουσιαστεί μετά από μια επώδυνη εμπειρία που το άτομο μπορεί να βιώσει, αλλά μπορεί επίσης να παρουσιαστεί και όταν δεν συντρέχει κάποιος σοβαρός λόγος. Όμως, υπάρχουν και κάποιες περιπτώσεις που η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται είτε σε κληρονομικούς παράγοντες, είτε σε παράγοντες που μπορεί να συμβούν στη μετέπειτα ζωή του ατόμου.

Εξαιτίας αυτής της ποικιλομορφίας που υπάρχει, έχουν προταθεί πολλές ταξινομήσεις της κατάθλιψης, όπου σύμφωνα με τον Μάνο (1997) δεν ήταν δυνατόν να αποδειχθούν λόγω του ότι βασίστηκαν μόνο σε αιτιολογικές θεωρίες. Γι' αυτό λοιπόν, υπάρχουν σήμερα και τα παλαιότερα συστήματα ταξινόμησης, που αν και δεν είναι τόσο ακριβή, εν τούτοις χρησιμοποιούνται από τους κλινικούς. Επιπλέον, υπάρχει και το νεότερο σύστημα ταξινόμησης που περιέχεται στο DSM-IV και θεωρείται πιο ακριβές επειδή αναφέρεται και στα συμπτώματα.

Αρχικά θα αναλυθούν τα παλαιότερα συστήματα ταξινόμησης και στη συνέχεια τα νεότερα. Ως προς τα συστήματα αυτά, ο Μάνος (1997), κάνει την ακόλουθη ταξινόμηση:

ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ

1. Ενδογενής κατάθλιψη έναντι αντιδραστικής κατάθλιψης .

Η ενδογενής κατάθλιψη προκαλείται από διάφορους βιολογικούς παράγοντες, οι οποίοι είναι ανεξάρτητοι από περιβαλλοντικές επιδράσεις. Σε αντίθεση, η αντιδραστική κατάθλιψη οφείλεται περισσότερο σε περιβαλλοντικούς παράγοντες από ότι σε βιολογικούς.

2. Ψυχωτική κατάθλιψη έναντι νευρωτικής κατάθλιψης

Στην ψυχωτική κατάθλιψη, το άτομο έχει χάσει την ικανότητα να μπορεί να αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται ψευδαισθήσεις, βαθιά σύγχυση και παραληρητικές ιδέες. Από την άλλη, στη νευρωτική κατάθλιψη το άτομο διατηρεί την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας, καθώς και την καθημερινή λειτουργικότητά του.

3. Διεγερμένη κατάθλιψη έναντι επιβραδυμένης κατάθλιψης

Στη διεγερμένη κατάθλιψη, ο ασθενής παρουσιάζει ψυχοκινητική διέγερση μη παραγωγική (τράβηγμα των μαλλιών, βηματισμός πάνω – κάτω) που έχει σκοπό την ανακούφιση της έντασης. Η διεγερμένη κατάθλιψη εμφανίζεται περισσότερο σε άτομα τρίτης ηλικίας. Στην επιβραδυμένη κατάθλιψη όμως, αυτό που κυριαρχεί, είναι η ψυχοκινητική επιβράδυνση (έλλειψη αυθορμητισμού στη σκέψη και στη δραστηριότητα).

4. Πρωτοπαθής κατάθλιψη έναντι δευτεροπαθούς κατάθλιψης

Στην πρωτοπαθή κατάθλιψη, δεν προηγείται κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή – ψύχωση, νευρώση, αλκοολισμός. Σε αντιπαράθεση με την πρωτοπαθή, στη δευτεροπαθή κατάθλιψη, προηγείται συνήθως και κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή.

ΝΕΟΤΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ

Ο Χριστοδούλου (1996) επισημαίνει ως νεότερο σύστημα ταξινόμησης το ICD-10, το οποίο δημοσιεύτηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το 1992. Σύμφωνα με αυτό η κατάθλιψη υπάγεται στις διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές διαταραχές) και έτσι δεν επικρατούν πια οι όροι «ενδογενής» και «νευρωτική» κατάθλιψη. Με το σύστημα ICD-10, οι διαταραχές της διάθεσης κατηγοριοποιούνται ως εξής:

F30 Μανιακό Επεισόδιο

- F31 Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή
- F32 Καταθλιπτικό Επεισόδιο
- F33 Υποτροπιάζουσα Καταθλιπτική Διαταραχή
- F34 Επίμονες Διαταραχές της Διάθεσης
- F38 Άλλες Διαταραχές της Διάθεσης
- F39 Μη Καθοριζόμενες Διαταραχές της Διάθεσης

Ο Κλεφτάρας (1998), αναφέρει ότι σύμφωνα με το DSM-IV, οι διαταραχές της διάθεσης ταξινομούνται σε:

1. Καταθλιπτικές Διαταραχές

α) **Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή:** Μπορεί να χαρακτηριστεί από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

β) **Δυσθυμική Διαταραχή:** Το βασικό χαρακτηριστικό της είναι μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση που έχει το άτομο κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, για τουλάχιστον δύο χρόνια και συνοδεύεται από διάφορα συμπτώματα κατάθλιψης που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

γ) **Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς:** Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται διαταραχές με καταθλιπτικά χαρακτηριστικά που δεν πληρούν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή της Προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση ή Διαταραχή Προσαρμογής μικτή με άγχος και καταθλιπτική διάθεση.

2. Διπολικές Διαταραχές

α) **Διπολική Διαταραχή I:** Το βασικό χαρακτηριστικό της είναι ότι αποτελείται από ένα ή περισσότερα Μανιακά ή Μικτά Επεισόδια και συχνά εναλλάσσονται με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

β) Διπολική Διαταραχή II: Σε αυτήν την κατηγορία παρατηρούνται ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, τα οποία συνοδεύονται από τουλάχιστον ένα Υπομανιακό Επεισόδιο. Σε αντίθεση με ένα Μανιακό Επεισόδιο, το Υπομανιακό Επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει έντονη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας.

γ) Κυκλοθυμική Διαταραχή: Στην διαταραχή αυτή, είναι δυνατόν να υπάρχουν εναλλακτικές περιόδους με Καταθλιπτικά ή Υπομανιακά Συμπτώματα, τα οποία μπορεί να διαρκέσουν τουλάχιστον για δύο χρόνια και που δεν φτάνουν όμως ποτέ να συμπληρώσουν τα κριτήρια για ένα Καταθλιπτικό ή Μανιακό Επεισόδιο αντίστοιχα.

δ) Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς: Αυτή η διαταραχή αναφέρεται σε όλες εκείνες τις διαταραχές οι οποίες έχουν διπολικά χαρακτηριστικά, τα οποία όμως δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία από τις παραπάνω διπολικές διαταραχές.

3. Άλλες Διαταραχές της Διάθεσης

α) Διαταραχή της Διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση: Συνήθως η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από μια επίμονη και προϋπάρχουσα Διαταραχή της Διάθεσης, η οποία μπορεί να αποδίδεται σε κάποια οργανική αιτία. Αυτό είναι συνέπεια μιας γενικότερης ιατρικής κατάστασης.

β) Διαταραχή της Διάθεσης οφειλόμενη σε ψυχοδραστικές ουσίες: Εδώ, η επίμονη και προϋπάρχουσα Διαταραχή της Διάθεσης, θεωρείται ως η άμεση συνέπεια της κατάχρησης ενός φαρμάκου, μιας χημικής ουσίας ή μιας τοξίνης.

γ) Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς: αναφέρεται για διαταραχές που έχουν συμπτώματα διάθεσης, αλλά δεν πληρούν τα

κριτήρια για καμία από τις Διαταραχές της Διάθεσης. Γι' αυτό το λόγο είναι αρκετά δύσκολο να γίνει επιλογή μεταξύ Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς και Διπολικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς.

Κατά τον Χριστοδούλου (1996), αξίζει να τονιστεί ότι οι επιστήμονες και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, κυρίως στην Ελλάδα, αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα ως προς την εξοικείωσή τους με τα συστήματα ταξινόμησης του DSM και του ICD. Επιπλέον, ένα βασικό πρόβλημα που παρουσιάζεται είναι, από τη μια πλευρά η χρησιμοποίηση και των δύο περιγραφικών συστημάτων (DSM-IV και ICD-10) σε διεθνές επίπεδο και από την άλλη, οι συνεχείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις τους, εφόσον προκύπτουν καινούργια δεδομένα και στοιχεία.

Αν και έχουν γίνει συστηματικά βήματα για την εναρμόνιση των δύο αυτών συστημάτων, παρ' όλα αυτά χρειάζεται να γίνουν περισσότερα πράγματα, για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο. Επομένως, είναι απόλυτη ανάγκη να εναρμονιστούν και να ενοποιηθούν τα δύο αυτά συστήματα για να μην επικρατεί σύγχυση και έτσι, το ενοποιημένο σύστημα που θα προκύψει να παραμείνει αμετάβλητο και μόνο σε περίπτωση που συντρέχει κάποιος ειδικός λόγος να τροποποιείται.

1.3 Μορφές κατάθλιψης

Το φαινόμενο της κατάθλιψης διακρίνεται σε κάποιες ειδικές μορφές οι οποίες κατά τον Αλεβίζο (1996), είναι οι παρακάτω:

α) Κατάθλιψη με ψυχωσικά γνωρίσματα

Στην ψυχωτική κατάθλιψη το άτομο έχει χάσει την ικανότητα του ελέγχου της πραγματικότητας, οπότε και παρουσιάζονται παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή βαθιά σύγχυση, έκπτωση της κοινωνικής και

επαγγελματικής λειτουργικότητας, αδυναμία εκτέλεσης των βασικών καθημερινών καθηκόντων και απόσυρση από τον κόσμο – δηλαδή «βαριά» κατάθλιψη.

Αυτού του είδους η κατάθλιψη, έχει αποδειχθεί ότι ανταποκρίνεται καλύτερα στο συνδυασμό νευροληπτικής και αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Αν δεν υπάρξει η προβλεπόμενη ανταπόκριση στο συνδυασμό αυτό, η ενίσχυση με άλατα λιθίου μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά. Παρ' όλα αυτά τα καλύτερα αποτελέσματα θεωρείται ότι επιτυγχάνονται με την ηλεκτροθεραπεία.

β) Κατάθλιψη με κατατονικά στοιχεία

Αυτή η μορφή κατάθλιψης που χαρακτηρίζεται από αυξημένη κινητική ανησυχία, κατατονικές στάσεις, αρνητισμό, στερεοτυπίες και εμβροντησία, θεωρείται ως μια επείγουσα κατάσταση, καθώς είναι ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή του ασθενούς και η οποία απαιτεί άμεση βιολογική θεραπεία.

Για την ταχύτερη αντιμετώπιση της νόσου, η καλύτερη μέθοδος είναι η ηλεκτροθεραπεία. Μόλις όμως υποχωρήσουν οι κατατονικές εκδηλώσεις, η θεραπεία συνεχίζεται με άλατα λιθίου, αντικαταθλιπτικά, νευροληπτικά ή με έναν συνδυασμό όλων αυτών.

γ) Διπολική κατάθλιψη

Οι διπολικές διαταραχές είναι ασθένειες που χαρακτηρίζονται από δύο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις: έξαρση και κατάθλιψη. Στην τυπική τους μορφή, οι ασθενείς περνούν από κύκλους ή φάσεις έντονης μανίας που εναλλάσσονται με κύκλους ή φάσεις βαθιάς κατάθλιψης.

Σε ασθενείς με διπολική κατάθλιψη, τα τρικυκλικά φάρμακα της αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι πιθανό να προκαλέσουν μια ταχεία εναλλαγή των φάσεων (κατάθλιψη και μανίας). Σε αυτές τις περιπτώσεις, απαιτείται η διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής και η εφαρμογή της ηλεκτροθεραπείας ή χορήγηση αλάτων λιθίου.

δ) Άτυπη κατάθλιψη

Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της άτυπης κατάθλιψης είναι: η ευερεθιστότητα, η υπερυπνία, το έντονο άγχος, η αυξημένη όρεξη για φαγητό και ένα αίσθημα κόπωσης.

Σε αυτή τη μορφή κατάθλιψης, τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ), σε αντίθεση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά που η αποτελεσματικότητά τους είναι περιορισμένη.

Ακολούθως, ο Λυμπεράκης Σ. (1997), αναφέρει και κάποιες άλλες μορφές κατάθλιψης, οι οποίες είναι:

α) Η Μονοπολική Κατάθλιψη

Χαρακτηρίζεται από ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, χωρίς ιστορικό Μανιακού, Μικτού ή Υπομανιακού Επεισοδίου.

β) Η Μανιοκατάθλιψη

Η Μανιοκατάθλιψη, που συνήθως εμφανίζεται ή μεταλλάσσεται με κρίσεις μανίας, είναι επίσης γνωστή σαν διπολική κατάθλιψη γιατί το μανιοκαταθλιπτικό άτομο κυμαίνεται μεταξύ του καταθλιπτικού πόλου και του αντίθετου ευφορικού πόλου, με απρόβλεπτες, γρήγορες μεταστροφές.

γ) Το Δυσθυμικό Σύνδρομο

Το βασικό χαρακτηριστικό της Δυσθυμικής Διαταραχής είναι μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια.

Τύποι κατάθλιψης

Πέρα από τις μορφές που αναφέρθηκαν πιο πάνω, η κατάθλιψη μπορεί να διαχωριστεί με βάση κάποιους συγκεκριμένους τύπους, οι οποίοι πολλές φορές συγχέονται και με τις μορφές. Ο Χαρτοκόλλης (1986), αναφέρει δύο τύπους οι οποίοι χρησιμοποιούνταν κατά κύριο λόγο παλαιότερα:

➤ **Ενδογενής κατάθλιψη**

Αυτός ο τύπος της κατάθλιψης, αναφέρεται στην απουσία κάποιου αντικειμενικού εκλυτικού παράγοντα, όπως μια σοβαρή αποτυχία σε προσωπικό επίπεδο ή κάποια απώλεια αγαπημένου προσώπου. Στην ενδογενή κατάθλιψη, χωρίς να υπάρξει κάποιος συγκεκριμένος λόγος, παρατηρείται κυρίως σημαντική πτώση βάρους, απώλεια της όρεξης, αϋπνία – κυρίως κατά τις πρωινές ώρες – και έντονη δυσφορία κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας.

➤ **Εξωγενής κατάθλιψη**

Σε αντίθεση με την ενδογενή, στην εξωγενή κατάθλιψη αναφέρεται η παρουσία ενός εκλυτικού αντικειμενικού παράγοντα. Σε αυτή την περίπτωση, το άτομο δεν εμφανίζει σοβαρά συμπτώματα και συχνά έχει καλή επίγνωση της πραγματικότητας. Το αποτέλεσμα είναι να προσέρχεται στον γιατρό οικειοθελώς, κάτι το οποίο δεν συμβαίνει στα άτομα που πάσχουν από ενδογενή κατάθλιψη.

Στην εξωγενή κατάθλιψη, ο ασθενής χαρακτηρίζεται από πολλαπλές διακυμάνσεις στην συμπεριφορά του, κάτι που του δίνει τη δυνατότητα να συνεχίσει την καθημερινή ρουτίνα της ζωής του. Όμως, αυτό τον οδηγεί στο να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, αφού συχνά παραπονιέται ότι δεν τα καταφέρνει και πολλές φορές ξεσπά σε κλάματα.

Επιπλέον, στην εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα (1988) αναφέρονται και άλλοι δύο τύποι κατάθλιψης, οι οποίοι είναι:

➤ **Υπόστροφη κατάθλιψη**

Αυτού του είδους η κατάθλιψη εμφανίζεται κυρίως σε άτομα ηλικίας 50 – 60 ετών και ως επί το πλείστον στις γυναίκες. Ο ασθενής ενδέχεται να παρουσιάσει έντονο άγχος, υποχονδριακά συμπτώματα, σημαντική μείωση της πνευματικής απόδοσης και υστερική συμπεριφορά. Αυτά τα συμπτώματα πιθανόν να διαρκέσουν μήνες ή χρόνια, αλλά συνήθως επιδέχονται θεραπείας. Ο τύπος αυτός της κατάθλιψης σχετίζεται με αίτια παθολογικά (αρτηριοσκλήρωση), φυσιολογικά (κλιμακτήρια περίοδος) και ψυχολογικά (απομάκρυνση των παιδιών από την οικογενειακή στέγη, συνταξιοδότηση).

➤ **Οργανική κατάθλιψη**

Πρόκειται για καταθλιπτική κατάσταση με πολλές αιτίες: Πρώτον, η κατάθλιψη μπορεί να προέλθει από σημαντικές εγκεφαλικές βλάβες (γενική παράλυση, εγκεφαλική αρτηριοσκλήρυνση, εγκεφαλικές ατροφίες – αλκοολικές ή εκφυλιστικές, εγκεφαλικοί όγκοι).

Δεύτερον, η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί από διάφορες σοβαρές ασθένειες (λοιμώδη νοσήματα, καρκίνος, λευχαιμία, χειρουργικές επεμβάσεις). Όμως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε αυτή την περίπτωση, η κατάθλιψη συνήθως εμφανίζεται σε άτομα με εύθραυστο νευρικό σύστημα.

Τρίτον, η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται και σε κάποιες μορφές δηλητηριάσεων (αλκοολισμός, δηλητηρίαση από ναρκωτικά ή παραισθησιογόνα φάρμακα).

Κατά τους Bloomfield και McWilliams (2003), η κατάθλιψη διαχωρίζεται σήμερα σε τρεις βασικούς τύπους, που είναι οι εξής:

➤ **Μείζων κατάθλιψη**

Όταν ένα άτομο εμφανίσει τουλάχιστον πέντε από τα πιθανά συμπτώματα (κακή διάθεση, διαταραχές ύπνου, χαμηλή αυτοεκτίμηση,

σκέψεις θανάτου και ένα έντονο αίσθημα κόπωσης), τότε θεωρείται ότι υποφέρει από μείζων κατάθλιψη.

Σε αντίθεση με την χρόνια κατάθλιψη η μείζων κατάθλιψη έχει μια αρχή, ένα μέσο και ένα τέλος. Αυτού του είδους η κατάθλιψη, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, τότε πιθανόν να ξαναεμφανιστεί. Στην περίπτωση που συμβεί κάτι τέτοιο, υπάρχει μεγαλύτερη διάρκεια από πριν και ο άνθρωπος είναι περισσότερο καταβεβλημένος.

➤ **Χρόνια κατάθλιψη**

Η χρόνια κατάθλιψη είναι γνωστή και σαν δυσθυμία που σημαίνει την δυσλειτουργία της ψυχικής διάθεσης του ατόμου. Αυτός ο τύπος κατάθλιψης έχει συμπτώματα ηπιότερα από εκείνα της μείζονος κατάθλιψης και χαρακτηρίζεται από μεγάλη διάρκεια.

➤ **Μανιοκατάθλιψη**

Στην μανιοκατάθλιψη οι ασθενείς έχουν τυπικά μεγάλα αποθέματα ενέργειας και ίσως γίνουν παραγωγικοί. Μπορεί να γίνουν υπερβολικά δημιουργικοί, μιλούν γρήγορα αλλά χωρίς νόημα και ακόμα χαρακτηρίζονται από μεγαλομανία. Στη χειρότερη φάση της, η μανία εμποδίζει το άτομο να έχει μια ομαλή φυσιολογική ζωή και οι βίαιες μεταπτώσεις της διάθεσης του ατόμου, αποτελούν τον κανόνα. Αν όμως η μανιοκατάθλιψη είναι ήπιας μορφής, ο ασθενής μπορεί να έχει μεγάλη βελτίωση και να νιώθει αυτοπεποίθηση, ακόμα και υπεροψία. Επίσης, θα θέλαμε να τονίσουμε ότι η μανιοκατάθλιψη είναι γνωστή και σαν διπολική διαταραχή.

Εκτός από αυτούς τους τύπους οι Bloomfield και McWilliams (2003), κάνουν και κάποιους άλλους διαχωρισμούς, οι οποίοι είναι:

➤ **Εποχιακή συναισθηματική διαταραχή**

Τα άτομα που επηρεάζονται από τη μείωση της διάρκειας της ημέρας, κατά τον χειμώνα, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν αυτή τη συγκεκριμένη διαταραχή. Μερικά από τα συμπτώματά της είναι τα εξής: κατάθλιψη, κόπωση, δυσκολία στη συγκέντρωση και στη μνήμη, αυξημένη όρεξη με συνακόλουθη αύξηση, βάρους. Επίσης, νευρικότητα και έλλειψη ενδιαφέροντος για το σεξ. Ωστόσο, πρέπει να ειπωθεί ότι η συνηθέστερη θεραπεία της διαταραχής αυτής είναι η φωτοθεραπεία.

➤ **Επιλόχεια κατάθλιψη**

Αυτός ο τύπος κατάθλιψης μπορεί να συμβεί ακόμα και μήνες μετά τον τοκετό. Αυτό οφείλεται σε διαταραχές των ορμονικών και άλλων φυσιολογικών και συναισθηματικών μεταβολών αυτής της περιόδου. Στην επιλόχεια κατάθλιψη, η μητέρα είναι δυστυχισμένη και πιθανόν να είναι φοβισμένη και θυμωμένη τόσο με τον εαυτό της, όσο και με το μωρό της. Όλες οι μητέρες διατρέχουν τον κίνδυνο της επιλόχειας κατάθλιψης και εκείνες που έχουν προηγούμενα υποφέρει από κάποιον τύπο κατάθλιψης είναι ακόμα πιο επιρρεπείς.

➤ **Άτυπη κατάθλιψη**

Τα άτομα που πάσχουν από την άτυπη κατάθλιψη είναι εξαιρετικά ευαίσθητα στην απόρριψη σε αντίθεση με τα άτομα που υποφέρουν από τους άλλους τύπους κατάθλιψης. Τα συμπτώματά της είναι: υπερενεργητικότητα, αύξηση βάρους και μεγαλύτερη διάρκεια ύπνου από ό,τι συνήθως.

➤ **Διπλή κατάθλιψη**

Όταν ένας ασθενής υποφέρει και από χρόνια και από μείζων κατάθλιψη ταυτόχρονα, τότε αυτό σημαίνει ότι έχει διπλή κατάθλιψη.

Ο Buckman R. και η Charlish A. (2000), επισημαίνουν και άλλον έναν τύπο κατάθλιψης, τον οποίο ονομάζουν ως:

➤ **Χαμογελαστή κατάθλιψη**

Η χαμογελαστή κατάθλιψη, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μια ιδιαίτερα ύπουλη ασθένεια. Διότι ο άνθρωπος που υποφέρει από αυτήν, καταφέρνει και κρύβει τα αρνητικά του συναισθήματα πίσω από μια χαρούμενη εξωτερική εμφάνιση. Αυτό, μπορεί να σημαίνει ότι το άτομο έχει πάρει πλέον την απόφαση να αυτοκτονήσει.

1.4 Βαθμοί κατάθλιψης

Πέρα από τις διάφορες μορφές και τους τύπους της κατάθλιψης που περιγράφησαν πριν, εδώ θα παρουσιαστούν οι βαθμοί με τους οποίους μπορεί να εμφανίζεται η κατάθλιψη. Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με τον Buckman R. και την Charlish A. (2000), επισημαίνονται οι εξής βαθμοί:

α) Βαριά κατάθλιψη

Σε αυτό το βαθμό, το άτομο δεν μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά, αφού έχει χάσει πλέον την επαφή του με την πραγματικότητα. Κάτι τέτοιο ίσως να δείχνει ότι το άτομο έχει μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσει συμπτώματα όπως μία διάθεση έντονης δυστυχίας και θλίψης, καθώς και παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις που συχνά μπορούν να το οδηγήσουν στην ψύχωση. Όμως, θα πρέπει να τονιστεί ότι η βαριά κατάθλιψη μπορεί να υπάρξει, χωρίς όμως να υπάρχει και η διαταραχή της ψύχωσης.

β) Μέτρια κατάθλιψη

Σε αυτή τη φάση, η κατάθλιψη μπορεί να χαρακτηριστεί και ως νεύρωση, διότι γίνεται ολοένα και πιο δύσκολο το άτομο να λειτουργήσει φυσιολογικά και σε προσωπικό, αλλά και σε επαγγελματικό επίπεδο. Στο

σημείο αυτό, τα συμπτώματα εντείνονται με αποτέλεσμα, η δυστυχία που εμφανίζεται να θεωρείται υπερβολική, αφού ξεπερνάει τα φυσιολογικά επίπεδα της κάθε περίπτωσης.

γ) Ήπια κατάθλιψη

Ως προς τον βαθμό αυτό, το άτομο βρίσκεται και εδώ σε μια κατάσταση, κατά την οποία δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του και να παρέμβει δραστικά. Επομένως, παρατηρείται μία αύξηση του κινδύνου της κατάθλιψης, αφού η καταθλιπτική ασθένεια δεν θα ξεπεραστεί ακόμα κι αν εκλείψει η αιτία που την προκαλεί.

δ) Αντιδραστική και Ενδογενής κατάθλιψη

Παλαιότερα, η κατάθλιψη κατατάσσονταν σε αντιδραστική η οποία προκαλείτο από κάποιον παράγοντα εξωτερικό (διαζύγιο ή πένθος) και σε ενδογενής η οποία θεωρείτο ως κακή διάθεση, που προκαλείτο από κάποια εσωτερική και μη αναγνωρίσιμη αιτία. Σήμερα όμως, οι κατατάξεις αυτές έχουν απορριφθεί λόγω ανακρίβειάς τους.

1.5 Αιτίες κατάθλιψης

Κάτι που πρέπει να επισημανθεί εδώ, είναι ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί τη διαταραχή αυτή. Έρευνες ετών έχουν δείξει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στη νόσηση από κατάθλιψη. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Παρακάτω, αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης.

1) ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη, όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη, θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στη μεταβίβαση χαρακτηριστικών που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Επιπλέον, τα γονίδια παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου και καθορίζουν την προδιάθεσή του για εμφάνιση κατάθλιψης. Αυτό δείχνει, ότι οι διάφορες εμπειρίες διαμορφώνουν τον εγκέφαλό του και ότι αυτός είναι ο συνδεδετικός κρίκος σε όσα συμβαίνουν μέσα του (στον εγκέφαλο και σε όλο το σώμα). Δηλαδή, τα γονίδια μπορεί και να επηρεάζουν την ευκολία με την οποία ενεργοποιούνται καταστάσεις κατάθλιψης στον εγκέφαλο, εξαιτίας κάποιων γεγονότων της ζωής (INTERNET: www.stress.gr/depression).

«Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι τα γονίδια δεν ευθύνονται για όλες τις μορφές της κατάθλιψης, αν και αυξάνονται τα ευρήματα για ύπαρξη γενετικής συνιστώσας τουλάχιστον σε ορισμένες μορφές κατάθλιψης».⁵

2. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

α) Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν τη λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν:

1. Παθήσεις του Κ.Ν.Σ., όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

⁵ Gilbert P., ΞΕΠΕΡΝΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1999, σελ. 56.

2. Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων).
3. Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση.
4. Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος.
5. Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη και το αλκοόλ.

β) Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στη δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μία από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της ψυχιατρικής ειδικότερα και της ιατρικής γενικότερα, σε αυτόν τον αιώνα.

Στη δεκαετία του '50, οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στο ίδιο περίπου διάστημα, παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης, πάθαιναν σαν παρενέργεια κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων, ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο.

Το επόμενο βήμα, ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευρομεταβιαστών αυτών, στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη.

Από τη δεκαετία του '50 μέχρι σήμερα, πολλά έχουν γίνει γνωστά για τη λειτουργία των νευρομεταβιαστών και το ρόλο τους στην κατάθλιψη. Παρ' ότι οι μηχανισμοί αυτού είναι πολύ περίπλοκοι και δεν είναι δυνατόν να αναφερθούν εδώ, ωστόσο στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στη δημιουργία της κατάθλιψης και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία έχουμε

στη διάθεσή μας, αποσκοπούν στο να ανεβάσουν τη συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο.

Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης, είναι πιθανό ότι όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη, δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού (INTERNET: www.siress.gr/depression).

3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες: την ψυχαναλυτική, την ψυχολογία της συμπεριφοράς και την γνωστική.

«Η πρώτη θεωρία, που τώρα αμφισβητείται πολύ, βασίζεται στην ιδέα ότι ασυνείδητα αισθήματα επιθετικότητας, εναντίον άλλου προσώπου, μπορούν να στραφούν στον πάσχοντα.

Η θεωρία της ψυχολογίας της συμπεριφοράς, υποστηρίζει ότι ο ασθενής έχει μάθει ότι κάθε πράξη για βελτίωση της ζωής είναι μάταιη, επειδή υπάρχουν πολλοί αρνητικοί παράγοντες που δεν μπορεί να ελέγξει.»⁶

«Αναφέρεται ότι οι ψυχολόγοι της συμπεριφοράς, υποστηρίζουν ότι ορισμένα άτομα δεν δημιουργούν στην παιδική τους ηλικία τις απαιτούμενες φάσεις και διακατέχονται από έντονη ανασφάλεια και αβεβαιότητα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Μια δυνατή συγκίνηση απώλειας ή αποτυχίας, φέρνει θλίψη στον καθένα, οδηγεί τα άτομα αυτά σε απόγνωση και κατάθλιψη, με συνέπεια τη διάλυση της προσωπικότητάς τους.»⁷

«Τέλος, στη θεωρία της γνώσης, όποιος έχει κατάθλιψη, δεν έχει μεγάλη εμπιστοσύνη στον εαυτό του, με συνέπεια να έχει μικρές προσδοκίες.»⁸

⁶ Buckman και Charlish: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΟΛΑ ΟΣΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΝΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ, εκδόσεις Χρυσή Πέννα, Αθήνα 2000, σελ. 25.

⁷ Πιπερόπουλος Γ.: ΕΝΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ ΚΟΝΤΑ ΣΟΥ, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1994, σελ. 205 – 206.

⁸ Buckman και Charlish: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΟΛΑ ΟΣΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΝΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ, εκδόσεις Χρυσή Πέννα, Αθήνα 2000, σελ. 25.

Σύμφωνα με τον Hauck P. (2003), κάποιες άλλες αιτίες ψυχολογικές είναι:

α) αυτο-επίκριση: δηλαδή αν κάποιος άνθρωπος επικρίνει συνεχώς τον εαυτό του ή πιστεύει ότι είναι ο χειρότερος άνθρωπος στον κόσμο, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσει κατάθλιψη.

β) αυτολύπηση: ο δεύτερος δρόμος προς την κατάθλιψη, είναι όταν κάποιος νιώθει οίκτο για τον ίδιο του τον εαυτό ή αν πιστεύει ότι ο κόσμος του χρωστάει και έπειτα ανακαλύπτει πόσο άδικη μπορεί να είναι η ζωή μαζί του. Για την αποφυγή της κατάθλιψης, θα πρέπει ο κόσμος να γνωρίσει, πως η άδικη και μοχθηρή συμπεριφορά ως αντάλλαγμα για τις γεμάτες αγάπη προσπάθειες, αποτελεί κανόνα και όχι εξαίρεση.

γ) οίκτος για τους άλλους: επειδή υπάρχει ατελείωτος πόνος στον κόσμο, υπάρχουν και αμέτρητες ευκαιρίες να ταυτιστεί το άτομο με τα βάσανα εκατομμυρίων ανθρώπων, πόσο μάλλον με αυτά των μελών της οικογένειάς του. Δηλαδή, όπως το ίδιο το άτομο μπορεί να πάθει κατάθλιψη, έτσι μπορεί να την εμφανίσει και όταν συμβεί κάτι σε κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο.

4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αυτοί οι παράγοντες, μοιάζουν λίγο με τους παραπάνω, εν τούτοις όμως χωρίζονται σε:

α) Παράγοντες που δρουν νωρίς στη ζωή: διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός απώλειας (θάνατος γονιού, χωρισμός γονιών) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι.

β) Παράγοντες που δρουν αργότερα:

- **Γεγονότα ζωής:** Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (οικονομική ύφεση,

συνθήκες διαμονής), είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη.

- **Τρόπος σκέψης:** Ο τρόπος, με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά προβλήματα, φαίνεται να ευνοεί σε άλλες περιπτώσεις τη δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή, ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω άλλες βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να «παραμορφώνουν» τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου, αντί να την ερμηνεύουν (INTERNET: www.stress.gr/depression).

1.6 Συμπτώματα

Όπως και οι άλλες ασθένειες, έτσι και η κατάθλιψη περιλαμβάνει συμπτώματα τα οποία είναι ποικίλα και μπορούν να εμφανιστούν τόσο σε οργανική, όσο και σε ψυχολογική βάση. Σε αυτό το σημείο θα αναφερθούν τα κυριότερα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει κάποιος, όταν έχει κατάθλιψη. Βέβαια, θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν είναι απαραίτητο το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη να εμφανίζει όλα τα συμπτώματα που τη χαρακτηρίζουν.

Παρ' όλα αυτά, πρέπει να ειπωθεί ακόμη ότι τα συμπτώματα αυτά είναι πιθανό να ενυπάρχουν και σε άλλες ασθένειες ή διαταραχές εκτός από την κατάθλιψη. Γενικότερα, ο Κλεφτάρας (1998) κατατάσσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε ορισμένες κατηγορίες:

- α) Συμπτώματα σχετικά με τη συμπεριφορά:** κλάμα, απόπειρες αυτοκτονίας, διέγερση, στάση σώματος, καταθλιπτική έκφραση, αργή σκέψη και ομιλία, καθώς και ψυχοκινητική επιβράδυνση.
- β) Συμπτώματα σχετικά με το συναίσθημα:** θλίψη, άγχος, λύπη, ενοχές, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα, θυμός και εχθρότητα.

γ) **Συμπτώματα γνωστικής εξασθένησης:** αδυναμία συγκέντρωσης και μειωμένη ικανότητα σκέψης.

δ) **Συμπτώματα σχετικά με τις στάσεις απέναντι στο περιβάλλον και στον ίδιο τον εαυτό:** απαισιοδοξία, απελπισία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ανημπόριας, αυτομομφή, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.

ε) **Συμπτώματα σχετικά με οργανικές μεταβολές:** απώλεια όρεξης, διαταραχές ύπνου, μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος, αδυναμία να βιώσει κανείς ευχαρίστηση, απώλεια ενέργειας και εξάντληση.

Όμως, εκτός από τα παραπάνω, ο Klerman (1988), παρουσιάζει πιο ειδικά τα συμπτώματα της κατάθλιψης:

1. **Καταθλιπτική διάθεση:** Η συντριπτική πλειοψηφία των καταθλιπτικών, αναφέρουν κάποιο βαθμό θλίψης ή ότι αισθάνονται δυστυχισμένοι. Αυτό, μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ της ήπιας θλίψης ή της μελαγχολίας (όπως συχνά ονομάζεται) και της βαθιάς απελπισίας και συχνά περιγράφεται από το άτομο ως μοναξιά, «βαριεστημάρα» ή και παντελή έλλειψη κάθε ελπίδας για βελτίωση της κατάστασης. Οι καταθλιπτικοί, θεωρούν την κατάστασή τους μη αναστρέψιμη και μπορεί να κλαίει συχνά.

2. **Ανηδονία ή απώλεια ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης από συνήθεις δραστηριότητες:** Πολλοί καταθλιπτικοί, φαίνεται να χάνουν την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που συνήθιζαν να θεωρούν ευχάριστες όπως το φαγητό, οι έξοδοι, οι φίλοι, τα σπορ. Οι καταθλιπτικοί συχνά αναφέρουν ότι ακόμη και απλές δραστηριότητες ρουτίνας, τους φαίνονται «βουνό» και ότι η απόδοσή τους είναι κατώτερη τόσο των δικών τους προσδοκιών, όσο και των άλλων. Αυτές οι αυτοεκτιμήσεις δεν ανταποκρίνονται πάντα στην πραγματικότητα.

3. **Αίσθηση κόπωσης και απώλεια ενέργειας:** Οι καταθλιπτικοί συχνά αισθάνονται πολύ κουρασμένοι. Η έλλειψη κινήτρων που τους χαρακτηρίζει, συνήθως συνοδεύεται από έλλειψη ενέργειας. Έτσι, παραπονούνται για

αδυναμία, πόνους και εξάντληση. Έχουν δυσκολία να ξεκινήσουν μια δραστηριότητα και συχνά δεν μπορούν να την ολοκληρώσουν.

4. Επιβράδυνση του λόγου, της σκέψης και της κίνησης: Οι καταθλιπτικοί, συνήθως μιλούν πολύ αργά, αργούν πολύ να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους γίνονται και όταν απαντήσουν, αυτό γίνεται συχνά μονολεκτικά και με μεγάλα κενά. Μοιάζουν να βρίσκονται στα όρια της εξάντλησης και παρουσιάζουν αργή και χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα. Οι κινήσεις του σώματος είναι αργές και οι χειρονομίες οι ελάχιστες δυνατές.

5. Αλλαγές στην όρεξη: Ένα μεγάλο ποσοστό καταθλιπτικών, υποφέρει από ανορεξία που συνοδεύεται από απώλεια βάρους και η οποία μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική ακόμα, για τη ζωή. Αντίθετα, ένα σημαντικά μικρότερο ποσοστό καταθλιπτικών, παρουσιάζει αύξηση της όρεξης και παίρνει βάρος λόγω της αυξημένης κατανάλωσης τροφών, κυρίως κατά τη διάρκεια της νύχτας.

6. Διαταραχή του ύπνου: Η αϋπνία είναι ένα ιδιαίτερα συνηθισμένο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης, η οποία μπορεί να είναι αρχική (το άτομο δεν μπορεί να κοιμηθεί), μέση (αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας και αδυναμία να ξανακοιμηθεί) και τελική (αφύπνιση νωρίς το πρωί). Σε μερικές περιπτώσεις, η διαταραχή του ύπνου παίρνει τη μορφή υπερυπνίας, κατά την οποία το άτομο μπορεί να κοιμάται δεκαπέντε και πλέον ώρες την ημέρα.

7. Διέγερση: Οι καταθλιπτικοί, μερικές φορές παρουσιάζουν υπερβολική ανησυχία, ένταση, εκνευρισμό ή διέγερση. Κινούνται συνέχεια, βηματίζουν πάνω κάτω και κάνουν απότομες κινήσεις. Αυτές οι δραστηριότητες δεν προσφέρουν καμία ανακούφιση και δεν εκτονώνουν την ένταση.

8. Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης: Η απώλεια του ενδιαφέροντος για την σεξουαλική δραστηριότητα, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την εξάντληση, την απώλεια ενέργειας και τη γενική ανηδονία που χαρακτηρίζει

τους καταθλιπτικούς. Μερικές φορές βεβαίως, τα σεξουαλικά προβλήματα μπορεί να οφείλονται στην φαρμακευτική αγωγή ή σε άλλα οργανικά ή ψυχογενή προβλήματα.

9. Μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης: Η νοητική διαδικασία και δραστηριότητα των καταθλιπτικών, επιβραδύνεται και συχνά αυτό συνοδεύεται και από προβλήματα μνήμης. Τείνουν να είναι αναποφάσιστοι και να έχουν δυσκολίες συγκέντρωσης.

10. Συναισθήματα και σκέψεις αναξιοτήτας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αυτομομφής, ενοχών και ντροπής: Συχνά, αυτά τα συμπτώματα αποτελούν ένα κύριο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Οι καταθλιπτικοί, μοιάζουν να παραιτούνται από τη ζωή και συχνά εκφράζουν ενοχές και τύψεις για λάθη και αποτυχίες του παρόντος ή του παρελθόντος. Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά στη χαμηλή αυτοεκτίμηση που χαρακτηρίζει τους καταθλιπτικούς, εκδηλώνεται με την πεποίθηση του ατόμου, ότι είναι και θα συνεχίσει να είναι μια «αποτυχία» και μία «απογοήτευση».

11. Συναισθήματα ανικανότητας, απαισιοδοξίας και απελπισίας: Ο κόσμος, όπως τον αντιλαμβάνονται οι καταθλιπτικοί, είναι αποπνικτικός και ανυπόφορος και αισθάνονται ανήμποροι και απελπισμένοι μέσα σε αυτόν. Δεδομένης αυτής της πεποίθησης, η αυτοκτονία δυστυχώς μπορεί να φαντάζει ως ο μόνος δυνατός τρόπος για να ξεφύγουν από την επώδυνη γι' αυτούς πραγματικότητα.

12. Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας: Πολλοί καταθλιπτικοί σκέπτονται τον θάνατο και έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία αποτελεί την πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης, αλλά όμως μονάχα ένα ποσοστό καταθλιπτικών επιχειρεί να αυτοκτονήσει και αυτό συνήθως συμβαίνει 6 με 9 μήνες μετά την βελτίωση των συμπτωμάτων του ασθενή.⁹

⁹ Ο Κλεφτάρας παραθέτει τον: Klerman G. Depression and Related Disorders of Mood, Belknap/Harvard University Press, Cambridge 1988, p.p. 309 – 336.

Επίσης, ο Σούρας Δ. (2003) αναφέρει ότι πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη, εμφανίζουν άγχος με τη μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου ή και προσβολές πανικού. Εκτός όμως από τα συμπτώματα που περιγράφησαν πιο πάνω, θεωρείται απαραίτητο να αναφερθούν και κάποια σωματικά προβλήματα – συμπτώματα, που εμφανίζονται συχνά στους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Σύμφωνα με τον P. Kielholz, Basle (1974), τα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν πονοκεφάλους, ζαλάδες, οσφυαλγίες, πόνους στο στήθος ή την κοιλιά και συχνά φαινόμενα δυσκοιλιότητας. Επίσης, ο ασθενής μπορεί να νιώθει αηδία για τη ζωή, να είναι άκρως ευερέθιστος και να βασανίζεται από διάφορους φόβους. Ένα πολύ κοινό σύμπτωμα, είναι η ξηροστομία, η οποία προκαλείται και από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Κάποια άλλοι ασθενείς, παραπονιούνται ακόμη για θολή όραση και συχνά καταφεύγουν στους γιατρούς, χωρίς πολλές φορές να γνωρίζουν ότι τα φάρμακα εναντίον της κατάθλιψης, μπορεί να προκαλέσουν αυτό το σύμπτωμα. Ως προς τα δερματολογικά συμπτώματα, η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει φαγούρα και ξηρότητα του δέρματος. Τέλος, ως προς τα καρδιαγγειακά συμπτώματα, κάποιες φορές συναντούνται άτομα που έχουν ταχυκαρδία και κατά τις φάσεις της κατάθλιψης που συνοδεύονται από άγχος, παρατηρείται μια αύξηση στην πίεση του αίματος.

1.7 Επιπλοκές

Σύμφωνα με τον Πιπερόπουλο Γ. (1994), τα άτομα που έχουν κατάθλιψη, εγκαταλείπουν τον κοινωνικό τους περίγυρο, όπως την οικογένειά τους και τους φίλους τους. Αυτή η εγκατάλειψή τους για κάθε κοινωνική επαφή δεν αποτελεί στην πραγματικότητα επιθυμία να μείνουν μόνοι. Επιπλέον, εγκαταλείπουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες και τα επαγγελματικά τους ενδιαφέροντα. Τα άτομα κλείνονται στον εαυτό τους, φοβούνται την απόρριψη από τους άλλους, νιώθουν έντονη μοναξιά και στρέφονται ολοένα και

περισσότερο στο βουβό δράμα της καταθλιπτικής τους μελαγχολίας. Καθώς ο χρόνος περνάει, το καταθλιπτικό άτομο φτάνει στο σημείο όπου αδυνατεί να ολοκληρώσει συνηθισμένες πράξεις και ασχολίες (πλύσιμο, ντύσιμο, μαγείρεμα), όπου υπό κανονικές συνθήκες θα ήταν πράξεις ρουτίνας.

Άλλη μια επιπλοκή της κατάθλιψης, είναι η απάθεια και οι σεξουαλικές διαταραχές τόσο στους άνδρες (διαταραχή στύσης), όσο και στις γυναίκες (ανοργασμία). Σαν αποτέλεσμα όσων αναφέρθηκαν πιο πάνω, μπορεί να δημιουργηθούν συζυγικά προβλήματα (διαζύγιο), αυξημένη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών και κατάχρηση αλκοόλ, καθώς και άλλων ουσιών.

«Με λίγα λόγια, το άτομο καταντάει ένα άβουλο ον, κλείνεται στο καβούκι του και παύει να έχει οποιοδήποτε ενδιαφέρον για τον εαυτό του και για τους γύρω του.»¹⁰

Η πιο επικίνδυνη και σοβαρή όμως επιπλοκή της κατάθλιψης είναι η αυτοκτονία και συμβαίνει σε υψηλή συχνότητα. Η αυτοκτονία, μοιάζει σαν μοναδική διέξοδος από την απελπισία, σύμφωνα με τον διαστρεβλωμένο τρόπο σκέψης του καταθλιπτικού ασθενούς (INTERNET: www.iatronet.gr).

Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου (1996), τα άτομα που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν είναι συνήθως γυναίκες νεαρής ηλικίας, με ελάσσονα ψυχοπαθολογία (αντιδραστική κατάθλιψη, διαταραχή προσωπικότητας), που χρησιμοποιούν μη βίαιους και λιγότερο σοβαρούς τρόπους αυτοκαταστροφής. Αντίθετα, τα άτομα που αυτοκτονούν είναι συνήθως άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας, με μείζονα ψυχοπαθολογία (μείζων κατάθλιψη, σχιζοφρένεια), που χρησιμοποιούν βίαιους και περισσότερο σοβαρούς τρόπους αυτοκαταστροφής. Η πιο επικίνδυνη περίοδος πραγματοποίησης της αυτοκτονίας, είναι αμέσως μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και μέχρι 6 μήνες αργότερα, στην αρχή ή στο τέλος του καταθλιπτικού επεισοδίου.

Όσον αφορά στην πρόληψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, αυτή αρχίζει από τη σωστή ενημέρωση του κοινού. Άλλος ένας τρόπος

¹⁰ Πιτερόπουλος Γ.: ΕΝΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ ΚΟΝΤΑ ΣΟΥ, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1994, σελ. 205.

πρόληψης της αυτοκτονίας, είναι η πλήρης ενημέρωση των μη ψυχιάτρων και ειδικότερα των οικογενειακών ιατρών, όσον αφορά στη δυνατότητα αναγνώρισης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της σχέσης της με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Τέλος, η ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών για καταθλιπτικούς ασθενείς με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας και η συνεργασία με φορείς της κοινότητας, θα βοηθούσε στην εκπαίδευση της οικογένειας του ασθενούς.

«Τα άτομα με κατάθλιψη, αρρωσταίνουν πιο συχνά και πεθαίνουν νεότερα. Πιο συγκεκριμένα:

- *Τα 2/3 όλων των αυτοκτονιών σχετίζονται άμεσα με την κατάθλιψη*
- *Το 25% των ανθρώπων με κατάθλιψη, κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας, και*
- *Το 15% των ανθρώπων με κατάθλιψη, αυτοκτονούν κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής τους.»* (INTERNET: www.depresset.gr)

1.8 Επιδημιολογία

Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι η κατάθλιψη σήμερα, εμφανίζεται με ολοένα και μεγαλύτερη συχνότητα στον πληθυσμό των ενηλίκων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) προβλέπεται ότι μέχρι το έτος 2020, η κατάθλιψη θα είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο, προσβάλλοντας πιθανόν περισσότερο από το 2% του πληθυσμού και μέχρι τότε, η βαριά κατάθλιψη θα αποτελεί το δεύτερο σημαντικότερο αίτιο θανάτου και ανικανότητας, αν και η κατάθλιψη είναι θεραπεύσιμη. (INTERNET: www.wyeth.gr - www.stress.gr).

Οι Buckman R. και Charlish A. (2000), έχουν παρατηρήσει ότι η κατάθλιψη είναι τρεις φορές πιο συχνή από τον καρκίνο, δύο φορές πιο συχνή από τον διαβήτη και περισσότερο συχνή από το άσθμα. Ακόμη, υποστηρίζουν ότι ένα στα τέσσερα άτομα, σε κάποια φάση της ζωής του θα εμφανίσει κάποιον τύπο ψυχικής ασθένειας, ενώ ένα στα πέντε άτομα θα εμφανίσει κατάθλιψη. Ως προς το βαθμό της κατάθλιψης τώρα, αναφέρουν ότι ένα 5% του πληθυσμού θα εμφανίσει κατάθλιψη ήπιας μορφής, ενώ το υπόλοιπο 5% θα εμφανίσει κατάθλιψη βαριάς μορφής.

Από άλλες έρευνες που έχουν γίνει, υπολογίζεται ότι κατά τη διάρκεια ενός έτους, περίπου πάνω από 19.000.000 άνθρωποι κάθε κοινωνικής τάξης, φυλής και μορφωτικού επιπέδου, εμφανίζουν κατάθλιψη. Άτομα κάθε ηλικίας μπορούν να εμφανίσουν κατάθλιψη, αλλά συχνότερη είναι στις ηλικίες μεταξύ 25 – 44 χρόνων. Επομένως, είναι μια κατάσταση η οποία θεωρείται συχνά χρόνια. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα εμφανίζουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο και δεν υποβάλλονται σε θεραπεία, ενώ μπορεί να εμφανίσουν και δεύτερο επεισόδιο μέσα σε 5 χρόνια.

Ως προς το φύλο, ένα 12% των ανδρών και ένα 20% των γυναικών, εμφανίζουν συμπτώματα συμβατά με κατάθλιψη. Όμως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα νούμερα αυτά περιλαμβάνουν όλους τους βαθμούς κατάθλιψης, από τις ελαφριές μέχρι τις σοβαρές. Γι'αυτό το λόγο και είναι λίγο υψηλά (INTERNET: www.wyeth.gr - www.stress.gr).

Σχετικά με τη συχνότητα της εμφάνισης της κατάθλιψης, θα αναφερθούν και κάποιοι παράγοντες οι οποίοι μπορεί να προκαλέσουν αυτό το φαινόμενο. Έτσι, σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (1998) είναι οι εξής:

- Ανεργία,
- Στρες,
- Αλλαγές στους ρόλους ανδρών – γυναικών
- Αλλαγές στη σύνθεση της οικογένειας
- Γενετικοί παράγοντες προδιάθεσης

Επίσης, ο Gilbert (1999), προσθέτει έναν ακόμη παράγοντα που εντείνει το φαινόμενο αυτό και είναι:

- Κοινωνικοοικονομικές αλλαγές.

Συμπερασματικά, η επιδημιολογία της κατάθλιψης δείχνει ότι ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα ή συναισθηματικές διαταραχές, με αποτέλεσμα την έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου, την κακή σωματική του υγεία, αλλά και την αύξηση της θνησιμότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

2.1 Η συχνότητα της κατάθλιψης στις γυναίκες

«Στη σημερινή κοινωνία τα στατιστικά στοιχεία που έχουν καταγραφεί σχετικά με την αύξηση της κατάθλιψης είναι τρομακτικά. Δεν έχει βρεθεί από πού πηγάζει αυτό, αλλά έχουν γίνει διάφορες υποθέσεις τόσο βιολογικές όσο και ψυχολογικές. Ίσως η γυναίκα να είναι εκείνη που αισθάνεται πιο εύκολα ανήμπορη ή ίσως δεν έχει την δυνατότητα να ξεφύγει από οδυνηρές καταστάσεις, με αποτέλεσμα να εγκλωβίζεται μέσα σε αυτές».¹¹

Σύμφωνα με την Knight (2002), τα ποσοστά της κατάθλιψης είναι διπλάσια στις γυναίκες, από ότι στους άνδρες. Η επικράτηση της κατάθλιψης κατά τους Basie και Kielholz (1974), εκτιμάται στο 3%. Αυτό δείχνει ότι υπάρχουν 100 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο, οι οποίοι υποφέρουν από κάποιο τύπο κλινικά αναγνωρίσιμης κατάθλιψης και οι οποίοι θα μπορούσαν να ωφεληθούν από περιορισμένη βοήθεια.

«Έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε παγκόσμιο επίπεδο υποδεικνύουν ότι το 20% των γυναικών, έναντι του 12% των ανδρών, εμφανίζουν συμπτώματα συμβατά με την κατάθλιψη. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί, ότι τα ποσοστά αυτά περιλαμβάνουν όλες τις βαθμίδες της νόσου αυτής, από την μείζονα ως την ήπια κατάθλιψη και γι' αυτό το λόγο είναι λίγο υψηλά» (INTERNET: www.stress.gr).

¹¹ Τραπεζιώτης Γ.: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ – ΨΥΧΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ ΓΕΝΟΥΣ ΘΗΛΥΚΟΥ, Περιοδικό Μετρό, εκδόσεις: Δάφνη, Φεβρουάριος 2004, τεύχος 99.

Οι διαφορές των φύλων, σύμφωνα με τον Flach (1989), οφείλονται στο γεγονός ότι άνδρες και γυναίκες εκτίθενται σε διαφορετικούς περιβαλλοντολογικούς και εξελικτικούς ψυχοπνευματικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, οι γυναίκες στην πλειονότητά τους αντιμετωπίζουν περισσότερα ψυχοπνευματικά γεγονότα σε σχέση με τους άντρες. Καταλυτικό ρόλο βέβαια, παίζει και ο παράγοντας της ηλικίας που όσο αυξάνει, τόσο αυξάνονται και τα ψυχοπνευματικά γεγονότα, τα οποία ασκούν δυσμενή επίδραση στη λειτουργικότητα του κάθε ατόμου. Σημειώνεται ότι οι πολλαπλοί και απαιτητικοί ρόλοι που αναλαμβάνει η γυναίκα – στις σύγχρονες μεγαλουπόλεις – έχουν ως επακόλουθο να υφίσταται συνεχείς απογοητεύσεις, που πιθανόν να την οδηγήσουν σε επιθετική συμπεριφορά προς τον εαυτό της και να της προξενήσουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Οι Herrero, Sabanes και Payes (1984), παραθέτουν πέντε επιπλέον λόγους, που εξηγούν κατά τη γνώμη τους, γιατί η συχνότητα της κατάθλιψης είναι πιο αυξημένη στις γυναίκες, σε σχέση με τους άνδρες. Οι λόγοι είναι οι εξής:

1. Οι γυναίκες είναι περισσότερο ευπρόσβλητες στο στρες και γενικότερα σε οποιαδήποτε αγχώδη κατάσταση από ότι οι άνδρες.
2. Η διάγνωση της κατάθλιψης είναι περισσότερο πολιτιστικά αποδεκτή στις γυναίκες, λόγω της σημερινής νοοτροπίας της κοινωνίας.
3. Οι άνδρες «εκφράζουν» την κατάθλιψη τους με «αποκρύπττοντες» τρόπους, όπως με τον αλκοολισμό, «ενεργοποιώντας» την επιθετική συμπεριφορά ή και ακόμη απωθώντας τα συναισθήματά τους.
4. Περίοδοι νευροενδοκρινολογικών μεταβολών (εγκυμοσύνη, εμμηνόπαυση), σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης.
5. Παραδοσιακοί γυναικείοι κοινωνικοί ρόλοι υποθάλπουν την εξάρτηση και την απάθεια ενώ αυξάνουν και την ευπρόσβλητοτητα προς την κατάθλιψη.

Απ' όσα αναφέρθηκαν ανωτέρω, εξάγεται το συμπέρασμα ότι για τις περισσότερες γυναίκες, η κατάθλιψη είναι μια αντίδραση στα προβλήματα και τις πιέσεις της καθημερινής ζωής και συναντάται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε αυτές από ότι στους άνδρες.

2.2 Η εμφάνιση της κατάθλιψης σε διάφορα γεγονότα ή περιόδους στη ζωή μιας γυναίκας

Είναι άξιο λόγου να αναφερθεί, ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες ως προς την εμφάνιση της κατάθλιψης, αφού για ο,τιδήποτε συμβαίνει στη ζωή τους επικρίνουν αρνητικά, τον ίδιο τους τον εαυτό. Ακόμη, κατά τη διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας, συμβαίνουν και κάποια γεγονότα τα οποία φαίνεται να έχουν άμεση σχέση με την κατάθλιψη. Τα γεγονότα αυτά επιβάλλεται να αναλυθούν ξεχωριστά το καθένα καθώς η συμβολή τους στην εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου φαίνεται να είναι καθοριστική.

2.2.1 Κατά την προεμμηνοπαυσιακή περίοδο

Σύμφωνα με την Sanders (1989), αρκετές γυναίκες υποφέρουν συχνά από άγχος και κατάθλιψη πριν την έμμηνη ρύση. Συνήθως τα συμπτώματα αυτά, κρατούν δύο ή περισσότερες ημέρες μπορεί όμως να διαρκέσουν μέχρι και δύο εβδομάδες. Αυτό το φαινόμενο, είναι γνωστό ως προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο και έχει την ίδια χρονική διάρκεια κάθε μήνα. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν και διάφοροι άλλοι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν μια γυναίκα στο να εμφανίσει άγχος και κατάθλιψη και τότε το σύνδρομο αυτό, φαίνεται να έχει μεγαλύτερη διάρκεια.

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να αναφερθεί ότι οι γυναίκες θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιληφθούν αν η καταθλιπτική διάθεση που έχουν σχετίζεται με την έναρξη της έμμηνου ρύσης τους, διαφορετικά μπορεί να χρειαστούν συγκεκριμένη θεραπευτική αντιμετώπιση. Πολλές φορές τα συμπτώματα της

προεμμηνορυσιακής περιόδου (πονοκέφαλος, αυξημένος εκνευρισμός) συγχέονται με τα συμπτώματα άλλων συναισθηματικών διαταραχών.

Πάντως, σε περιπτώσεις γυναικών που φαίνεται να υποφέρουν από το προεμμηνορυσιακό σύνδρομο, είναι πιθανόν να παρουσιαστεί αύξηση του άγχους και της καταθλιπτικής διάθεσης, πριν την έναρξη της περιόδου. Αυτό συμβαίνει, διότι κατά τη διάρκεια της περιόδου, παρατηρείται μια αυξομείωση ορμονών – των οιστρογόνων και της προγεστερόνης – οι οποίες επηρεάζουν την ισορροπία των υπολοίπων ορμονών στον οργανισμό. Στη φάση αυτή, λοιπόν, υπάρχει μια έντονη αύξηση στα επίπεδα των οιστρογόνων και μια σημαντική μείωση στα επίπεδα της προγεστερόνης.

Κάτι άλλο που θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη από τη γυναίκα, είναι ότι στην περίπτωση που το προεμμηνορυσιακό σύνδρομο της επιφέρει κατάθλιψη θα πρέπει να δεχτεί άμεση θεραπευτική βοήθεια, διότι σε διαφορετική περίπτωση η κατάθλιψη μπορεί να εξελιχθεί σε βαριάς μορφής. Για το λόγο αυτό, η Sanders (1989), υποστηρίζει ότι η άσκηση και η χαλάρωση αποτελούν δύο πολύ σημαντικές τεχνικές, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση του άγχους και της έντασης.

2.2.2 Κατάθλιψη κατά την σεξουαλική λειτουργία

Άλλο ένα επακόλουθο της κατάθλιψης, όπως αναφέρει ο Σολδάτος (2000), ενδεχομένως να είναι η εμφάνιση κάποιας σεξουαλικής δυσλειτουργίας, στην οποία μπορεί να συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό και η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Η πιο συχνή σεξουαλική δυσλειτουργία της καταθλιπτικής ασθενούς είναι η απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας, που πολλές φορές μπορεί να εκληφθεί λανθασμένα από τον σύντροφο σαν απώλεια αγάπης και ερωτικής έλξης. Ωστόσο, μπορεί να εμφανιστούν και άλλες σεξουαλικές δυσλειτουργίες όπως είναι η επίμονη ή επαναλαμβανόμενη αδυναμία οργασμού στη γυναίκα μετά από κανονική φάση διέγερσης και η ανηδονία που συνίσταται στο γεγονός ότι ο καταθλιπτικός ασθενής παρουσιάζει αδυναμία να αντλήσει

ευχαρίστηση από τη ζωή. Διάφορες δραστηριότητες που απολάμβανε πριν στη ζωή του (ζωγραφική, σπορ), τώρα πλέον του είναι τελείως αδιάφορες. Επιπροσθέτως, αρκετές γυναίκες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να απολαύσουν το σεξ, αν ο σύντροφός τους δεν τους δείχνει την αγάπη και τον πόθο που επιζητούν.

Όπως υποστηρίζει και η Sanders (1989) η ψυχολογία της γυναίκας όσον αφορά στο σεξ, δεν διαφοροποιείται εύκολα από τη γενικότερη ψυχολογική της κατάσταση, δεδομένου ότι η γνώμη που έχει για τη σεξουαλικότητά της, είναι στενά συνδεδεμένη με το αίσθημα της αυτοεκτίμησής της. Εξαιτίας της στενής αυτής σχέσης που υπάρχει μεταξύ του σεξ και της αυτοεκτίμησης,

«Πολλά μοναχικά και καταθλιπτικά άτομα στρέφονται σήμερα στο σεξ για να γεμίσουν το εσωτερικό τους κενό. Κατά τη διάρκεια μιας περιόδου χαμηλού αυτοσεβασμού – όπως είναι και η περίοδος της κατάθλιψης – οι σεξουαλικές κατακτήσεις ή η ανακάλυψη ότι είναι κανείς σεξουαλικά επιθυμητός, μπορεί προσωρινά να εξουδετερώσει το συναίσθημα της κατάθλιψης, όταν όμως η ψεύτικη ενίσχυση εξαφανιστεί, παρουσιάζεται μια ξαφνική επιστροφή στην κατάθλιψη».¹²

Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης στην σεξουαλική ζωή ποικίλουν από άτομο σε άτομο και δεν είναι πάντοτε συνάρτηση της βαρύτητας της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, μερικοί καταθλιπτικοί ασθενείς, ενώ παρουσιάζουν μείωση των ενδιαφερόντων και της ενεργητικότητάς τους, συνεχίζουν να λειτουργούν σχετικά ικανοποιητικά στον σεξουαλικό τομέα. Αντίθετα, κάποιοι άλλοι ασθενείς ενώ τους κοινωνικές και επαγγελματικές τους δραστηριότητες τα πηγαίνουν αρκετά καλά, μπορεί να εμφανίζουν πλήρη έλλειψη της σεξουαλικής επιθυμίας. Σημαίνοντα ρόλο στη διαφοροποίηση αυτή παίζουν:

- Η συμπεριφορά του/της συντρόφου
- Οι προσωπικές πεποιθήσεις του κάθε ατόμου για τη σεξουαλική λειτουργία ή οι γενικότερες συνήθειες που έχει κάθε άνθρωπος.

¹² Flach F.: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, Η ΜΥΣΤΙΚΗ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΗ, εκδόσεις ΔΙΟΔΟΣ, Αθήνα 1989, σελ. 114.

Σημειώνεται ότι η μείωση της σεξουαλικής λειτουργικότητας μπορεί να γίνει εντονότερη, όταν αρχίζει η βελτίωση από την κατάθλιψη και η γυναίκα επιστρέφει στις συνήθειές της, οπότε τυχόν αδυναμία της σεξουαλικής της λειτουργικότητας μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής και σε υποτροπή της νόσου. Όπως τονίζει και ο Σολδάτος (2000), τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αφενός μεν βοηθάνε πάρα πολύ στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, αφετέρου δε πολλές φορές έχουν δυσμενείς επιδράσεις στη σεξουαλική ζωή των γυναικών.

Οι κυριότεροι θεραπευτικοί χειρισμοί που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας κατά τον Σολδάτο (2000), είναι οι εξής:

1. Μείωση της δόσης
2. Αντικατάσταση της θεραπείας
3. Προσωρινή διακοπή της φαρμακοθεραπείας
4. Συνέχεια της ίδιας θεραπείας με την προσδοκία ανάπτυξης ανοχής
5. Προσθήκη διορθωτικών φαρμάκων

Εν κατακλείδι, η Sanders (1989), επισημαίνει ότι αν οι γυναίκες καταστούν ικανές να γνωρίσουν την σεξουαλική τους φύση και τις σεξουαλικές τους ανάγκες, τότε θα είναι σε θέση να εκτιμήσουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον εαυτό τους, κάτι το οποίο θα τις ενδυναμώσει να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα την κατάθλιψη.

2.2.3 Κατά τη διάρκεια της κύησης

Μία εξίσου σημαντική περίοδος στη ζωή μιας γυναίκας, είναι η περίοδος της κύησης. Μια περίοδος κατά την οποία η γυναίκα υφίσταται τόσο ψυχοκοινωνικές μεταβολές, όσο και νευροενδοκρινολογικές. Συνήθως, η κύηση επηρεάζει τη γυναίκα, αλλά φαίνεται να επηρεάζεται και ο σύζυγος, καθώς και οι μεταξύ τους σχέσεις.

Ο Σολδάτος (1999) αναφέρει ότι κατά την κύηση η γυναίκα αισθάνεται αβεβαιότητα ως προς:

- την ικανότητα ανάληψης του γονεϊκού ρόλου
- την επιβάρυνση της υγείας εξαιτίας της κύησης και του τοκετού
- την μεταβολή της εικόνας του σώματος
- την επήρεια της κύησης στη σεξουαλική ζωή
- το συναισθηματικό κόστος
- το φύλο του παιδιού

Ακόμη, οι γονείς είναι πιθανόν να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα, σε περιστατικά πολλαπλής κύησης. Αυτό συμβαίνει διότι δεν πληροφορούνται έγκαιρα για τη σοβαρότητα μιας πολλαπλής κύησης, ανησυχούν για το πώς θα τα καταφέρουν οικονομικά και δεν επιδιώκουν εύκολα να βοηθηθούν από κάποιον ειδικό.

Όπως τονίζει και ο Σολδάτος (1999), η κατάθλιψη που εμφανίζεται σε γυναίκες που εγκυμονούν, δεν διαφέρει από την κατάθλιψη που εμφανίζεται σε γυναίκες που δεν εγκυμονούν, αφού τα συμπτώματα και στις δύο περιπτώσεις είναι κοινά. Το ενθαρρυντικό στην περίπτωση της κύησης είναι ότι ο αριθμός των αυτοκτονιών ελαττώνεται σημαντικά.

Ο κίνδυνος εμφάνισης της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης, οφείλεται σε κάποιους παράγοντες οι οποίοι κατά τον Σολδάτο (1999), είναι:

1. ιστορικό προηγούμενου καταθλιπτικού επεισοδίου είτε μεμονωμένα, είτε μέσα στην οικογένεια
2. η νεαρή ηλικία
3. η ύπαρξη πολλών παιδιών στην οικογένεια
4. συγκρούσεις ανάμεσα στο ζευγάρι
5. μοναχική διαβίωση
6. μειωμένη συμπαράσταση από την κοινωνία
7. αμφιθυμία για την κύηση.

Έχει παρατηρηθεί επίσης από τον Σολδάτο (1999) ότι η κατάθλιψη κορυφώνεται κατά τους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και γίνεται πιο ήπια κατά τους υπόλοιπους μήνες.

Ως προς την θεραπεία της νόσου κατά την κύηση δεν φαίνεται να συστήνεται κάποια ειδική μέθοδος, αφού οι περισσότερες σχεδόν έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην εγκυμοσύνη. Εξάλλου:

*«Η προγεννητική έκθεση σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ενέχει τον κίνδυνο της τερατογένεσης, της άμεσης τοξικής επίδρασής τους στο νεογνό και της ενδεχόμενης μακροπρόθεσμης νευροσυμπεριφορικής επίδρασης που αποκαλείται "συμπεριφορική τερατογένεση". Επίσης, η χορήγηση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης φαίνεται ότι παρουσιάζει κάποιον κίνδυνο για ανωμαλίες των άκρων».*¹³

Σαν αποτελεσματική όμως θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ηλεκτροσόκ), η οποία συνίσταται κυρίως για σοβαρές περιπτώσεις (βαριά κατάθλιψη).

Γενικότερα, το βασικότερο από όλα είναι να μπορεί ο ειδικός να διαγνώσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να είναι σε θέση να τα ξεχωρίσει από τα σωματικά συμπτώματα της κύησης, τα οποία φαίνεται να μοιάζουν με εκείνα της κατάθλιψης. Τέλος, για να θεωρηθεί η θεραπεία, όσο το δυνατόν καλύτερη, θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν οι ειδικοί, που στην προκειμένη περίπτωση είναι γυναικολόγοι, ώστε να μπορέσουν να στηρίξουν ψυχολογικά τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν αυτή τη δυσκολία.

2.2.4 Κατά την επιλόχεια περίοδο

Όσον αφορά τώρα την κατάθλιψη, κατά την περίοδο της λοχείας, θα πρέπει να τονιστεί ότι πρόκειται για μια ψυχική διαταραχή, η οποία εμφανίζεται ολοένα και πιο συχνά τον τελευταίο καιρό.

¹³ Σολδάτος Κ., ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, τόμος 7^{ος}, εκδόσεις: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999, σελ. 217.

Οι Durer G. και Zeib G. (1994) υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη επέρχεται συνήθως 2 – 3 ημέρες, ύστερα από τον τοκετό και μπορεί να διαρκέσει από 4 εβδομάδες έως και 6 μήνες. Αυτό γίνεται διότι κατά τον τοκετό, παρατηρείται στη γυναίκα μια άμεση μεταβολή στην παραγωγή ορμονών, η οποία έχει ως επακόλουθο την απότομη αλλαγή της διάθεσης.

Η Σινανίδου (2003), αναφέρει ότι η κληρονομικότητα φαίνεται να παίζει ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης αφού στο οικογενειακό περιβάλλον των γυναικών αυτών, συνήθως υπάρχουν άτομα με συναισθηματικές διαταραχές. Επιπλέον, υπάρχουν και κάποια εξωγενή αίτια, τα οποία ευθύνονται για την εκδήλωση της λοχειακής κατάθλιψης.

Σύμφωνα με την Maskino M. (2000), υπάρχουν και κάποιοι άλλοι παράγοντες, που σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Αυτοί είναι:

α) Το αφιλόξενο περιβάλλον του νοσοκομείου, στο οποίο η γυναίκα βιώνει την αδιάφορη στάση του προσωπικού, η οποία πολλές φορές γίνεται επιθετική.

β) Οι ενοχές που νιώθει η γυναίκα, αφού πιστεύει πως το παιδί που φέρνει στον κόσμο, κάποια στιγμή θα πεθάνει. Άρα, παρ' όλο που το παιδί βρίσκεται κοντά της, υποστηρίζει ότι κάποια στιγμή θα την εγκαταλείψει. Δηλαδή, κάποια ημέρα αυτό το πλάσμα με σάρκα και αίμα θα εξαφανιστεί. Θα είναι σαν να μην υπήρξε ποτέ.

γ) Η αναστάτωση που προκαλεί ο τοκετός στην γυναίκα. Στην περίπτωση αυτή, η γυναίκα στερείται τη νεότητα της και αναλαμβάνει περισσότερες ευθύνες, «πενθεί» για την κύηση που τελείωσε και επιδιώκει να βρεθεί άμεσα, πάλι σε αυτήν την κατάσταση. Επιπλέον, απογοητεύεται με τη γέννηση του παιδιού, διότι τα χαρακτηριστικά του, δεν ανταποκρίνονται με εκείνα που είχε φανταστεί η μέλλουσα μητέρα.

Όσον αφορά στα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την λοχειακή κατάθλιψη, η Σινανίδου (2003), κάνει λόγο για έντονη κούραση, θλίψη, ανηδονία και ανικανότητα της γυναίκας να τα βγάλει πέρα με τις υποχρεώσεις

της. Επίσης, είναι πιθανό να διακατέχεται και από συναισθηματικές μεταβολές.

Βέβαια, η κατάθλιψη κατά τον τοκετό, δεν έχει αντίκτυπο μόνο στη μητέρα, αλλά και στο ίδιο το παιδί που φέρνει στον κόσμο, αφού η σχέση μητέρας – παιδιού φαίνεται να διαταράσσεται λόγω της ελλιπούς φροντίδας από την μητέρα.

Ως προς την διάγνωση της κατάθλιψης, ύστερα από τον τοκετό, οι Κελλαρτζής Δ., Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ. και Μπόντης Ι. (2003), υποστηρίζουν ότι είναι αρκετά δύσκολη να γίνει, διότι η κατάθλιψη δεν φαίνεται άμεσα, ειδικά αν είναι μέτριου βαθμού. Έτσι, το αποτέλεσμα είναι να διαρκεί περισσότερο και να μετατρέπεται σε βαριάς μορφής. Γι' αυτό, λοιπόν, η τεχνική της κλινικής συνέντευξης που χρησιμοποιούν οι ειδικοί, θεωρείται ως η πιο κατάλληλη για την πρώιμη διάγνωση της κατάθλιψης.

Γενικότερα, οι μέθοδοι θεραπείας δεν φαίνεται να είναι διαφορετικές από εκείνες τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των άλλων καταθλίψεων. Σύμφωνα με την Σινανίδου (2003), παρέχονται αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ψυχοθεραπεία και νοσηλευτική περίθαλψη αν αυτό κριθεί αναγκαίο. Επιπλέον, είναι πολύ σημαντικό για την γυναίκα να δέχεται κοινωνική συμπαράσταση προτού γεννήσει.

Τέλος, επειδή η κατάθλιψη είναι πιθανόν να ξανασυμβεί, θα πρέπει η γυναίκα να ακολουθήσει κάποιες συμβουλές ώστε να εμποδίσει την επανεμφάνισή της.

Κατά την Huelan El. (1988), είναι σημαντικό:

1. Να μην θεωρεί αυτονόητο, ότι ύστερα από τον τοκετό θα προκύψουν καταθλιπτικά συμπτώματα.
2. Να πάρει κάποιον/κάποια που θα την βοηθά στην ανατροφή του παιδιού της.
3. Να είναι ευέλικτη ως προς το καθημερινό της πρόγραμμα.
4. Να μην επιδιώκει να τα φέρει όλα εις πέρας, κατά τον πρώτο καιρό. Εξάλλου, υπάρχει χρόνος και ύστερα.

5. να έχει ρεαλιστικές προσδοκίες.
6. Τώρα που ανέλαβε το ρόλο του γονέα, να φροντίσει ώστε να ξαναβρεί το φυσιολογικό ρυθμό της ζωής της (να περάσει κάποιες ώρες μαζί με το σύζυγό της, ως ζευγάρι).
7. Τέλος, να υπάρχει κατανόηση ανάμεσα στο ζευγάρι, αφού η λοχειακή κατάθλιψη μπορεί να συμβεί και στους δύο.

2.2.5 Κατά την αποβολή και τη θεραπευτική διακοπή της κύησης

Είναι άξιο λόγου να αναφερθεί ότι πολλές γυναίκες, μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη, ύστερα από μια αποβολή. Ακόμη, κατάθλιψη μπορεί να εμφανίσουν και στις περιπτώσεις που το έμβρυο γεννηθεί νεκρό.

Ο Σολδάτος (1999), υποστηρίζει ότι το ποσοστό των γυναικών που παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης μετά από γέννηση νεκρού εμβρύου ή έπειτα από μια αποβολή, είναι περίπου 36% και είναι τρεις φορές μεγαλύτερο από το ποσοστό εκείνο των γυναικών, οι οποίες φέρνουν στον κόσμο υγιή βρέφη. Αυτό συμβαίνει, διότι μια αποβολή εκτός από την κατάθλιψη, μπορεί να επιφέρει άγχος και ενοχές. Εν τούτοις, τα συναισθήματα αυτά είναι πιο συχνά σε γυναίκες με χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, διότι πιστεύουν πως εκείνες ευθύνονται εξ ολοκλήρου για την αποβολή. Εκτός από την κατάθλιψη και το άγχος, ένα άλλο σύμπτωμα που μπορεί να εκδηλωθεί σε διάστημα έξι μηνών μετά από μια ανεπιτυχή εγκυμοσύνη είναι η καταναγκαστική συμπεριφορά. Βέβαια ο βαθμός σοβαρότητας των συμπτωμάτων αυτών και ειδικά της κατάθλιψης, είναι ανάλογος με τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πριν την ανεπιτυχή έκβασή της.

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες που παρακολουθούνται από κάποιον ειδικό, εμφανίζουν τις συναισθηματικές διαταραχές 2,5 με 6 μήνες μετά από την αποβολή και όχι έπειτα από 12 με 18 μήνες. Ο Σολδάτος (1999), τονίζει το γεγονός ότι οι γυναίκες που είχαν στο παρελθόν περισσότερες από μία αποβολές, εμφάνισαν κατάθλιψη και το ποσοστό τους

ανέρχεται στο 32%. Άλλο ένα 53%, εξαιτίας αυτού του γεγονότος, παρουσίασε προβλήματα κατά τον έγγαμο βίο.

Τοιουτοτρόπως, γυναίκες που στα προηγούμενα χρόνια τους είχαν εμφανίσει κατάθλιψη, έχουν μεγάλες πιθανότητες να την επανεμφανίσουν και τέσσερα χρόνια, μετά την αποβολή.

Όσον αφορά στη διάγνωση της κατάθλιψης, ο ειδικός θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός, έτσι ώστε να μην θεωρεί ότι ευθύνεται πάντοτε η κατάθλιψη για κάθε γεγονός που προκαλεί λύπη.

Ως προς τη θεραπεία της κατάθλιψης, που προέρχεται από την αποβολή ή τη θεραπευτική διακοπή της κύησης, αυτή θα πρέπει να είναι ατομικού χαρακτήρα και μάλιστα ο ειδικός οφείλει να γνωρίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης της ασθενούς του, όπως και το ενδεχόμενο μιας νέας εγκυμοσύνης. Κάτι άλλο που πρέπει να επισημανθεί, είναι ότι μία νέα εγκυμοσύνη για τις γυναίκες που εμφάνισαν κατάθλιψη, χρειάζεται σωστή παρακολούθηση καθ' όλη τη διάρκεια της ώστε να είναι επιτυχής.

2.2.6 Κατά την έκτρωση

Πολλές γυναίκες, είναι δυνατόν να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα και στην περίπτωση που πρόκειται να υποβληθούν σε έκτρωση. Κατά τον Σολδάτο (1999), οι γυναίκες ανεξάρτητα από το κατά πόσο θέλουν να πραγματοποιήσουν την έκτρωση, πολύ συχνά βιώνουν ψυχολογικές συγκρούσεις. Αυτές, μπορεί να είναι προσωπικού, οικογενειακού ή κοινωνικού χαρακτήρα και επιφέρουν υπερβολικό άγχος στη γυναίκα. Βέβαια για να γίνει αντιληπτό πώς δημιουργούνται αυτές οι συγκρούσεις στον ψυχικό κόσμο της γυναίκας, επιβάλλεται να διερευνηθούν πρώτα, ποια είναι τα αίτια που την οδήγησαν στην έκτρωση (οι άγαμες μητέρες οδηγούνται τις περισσότερες φορές στην έκτρωση, εξαιτίας του κοινωνικού στίγματος της «ανύπαντρης μητέρας» ή του «εξώγαμου παιδιού»).

Εκτός, όμως, από τα αίτια για τα οποία η γυναίκα παίρνει την απόφαση να κάνει έκτρωση, ο Σολδάτος (1999), τονίζει ότι συμπτώματα άγχους, ενοχής

και κατάθλιψης, μπορεί να προκύψουν στο άτομο, τα οποία όμως εξαφανίζονται μέσα σε μία ή δύο εβδομάδες (τις περισσότερες φορές). Αναμφίβολα, υπάρχουν και περιπτώσεις που μπορεί να διαρκέσουν περισσότερο, αλλά μέσα σε τρεις με έξι μήνες μετά την έκτρωση έχουν συνήθως υποχωρήσει. Επιπλέον, είναι βασικό να τονιστεί ότι οι γυναίκες που εμφάνισαν στο παρελθόν καταθλιπτικά συμπτώματα, έχουν μεγάλες πιθανότητες να επανεμφανίσουν κατάθλιψη, σοβαρότερης μορφής.

Κάτι άλλο που πρέπει να επισημανθεί, είναι ότι ο γιατρός που στην προκειμένη περίπτωση είναι γυναικολόγος, θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτιμά τυχόν ψυχολογικά προβλήματα των γυναικών που πρόκειται να υποβληθούν σε έκτρωση. Σε περιπτώσεις γυναικών με επικίνδυνα ψυχικά συμπτώματα, οφείλει να τις παραπέμπει σε κάποιον ειδικό επιστήμονα (ψυχίατρο), προτού να γίνει η έκτρωση.

Συμπερασματικά, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι η γυναίκα είναι αυτή που επιβάλλεται να παίρνει την τελική απόφαση, για το αν θα κάνει έκτρωση ή όχι, εφόσον έχει λάβει υπόψη της όλους τους παράγοντες και όλες τις συνέπειες που απορρέουν από μία τέτοια απόφαση.

2.2.7 Κατά την στειρότητα και την εξωσωματική γονιμοποίηση

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις που τείνουν να επιβεβαιώσουν τη σχέση μεταξύ στειρότητας και κατάθλιψης. Κατά τον Σολδάτο (1999), οι ενδείξεις αυτές είναι:

- α) Όταν μια γυναίκα αδυνατεί να συλλάβει μετά από μία σχέση ενός έτους με τον σύντροφό της, δίχως την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, έχει διπλάσιο ποσοστό να εμφανίσει κατάθλιψη σε σύγκριση με τις άλλες γυναίκες που την ίδια χρονική στιγμή είχαν συλλάβει.
- β) Στην χορήγηση φαρμάκων κατά της κατάθλιψης, θα πρέπει να εκτιμηθεί σοβαρά το γεγονός μιας ενδεχόμενης εγκυμοσύνης, κατά τη διάρκεια της λήψης των φαρμάκων αυτών, όπως και ο μεγάλος κίνδυνος να εμφανιστεί

μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο, στην περίπτωση που η αντικαταθλιπτική αγωγή διακοπεί νωρίτερα.

Σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στην Ελλάδα, σχετικά με τα άτεκνα ζευγάρια, φαίνεται ότι οι γυναίκες είναι αυτές που πλήττονται περισσότερο από αυτό το γεγονός. Η αποτυχία τους να αποκτήσουν ένα παιδί, έχει ως αποτέλεσμα στο να εμφανίσουν διάφορες ψυχοσωματικές αντιδράσεις, προβλήματα στην κοινωνική τους προσαρμογή και βεβαίως κατάθλιψη, σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους συντρόφους τους.

Σε ό,τι αφορά τώρα στη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και εξωσωματικής γονιμοποίησης, φαίνεται ότι πρόκειται για υπαρκτή σχέση, διότι η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια μέθοδος με μεγάλη χρονική διάρκεια, η οποία καθίσταται αρκετά κουραστική για τη γυναίκα, και τις περισσότερες φορές της προξενεί μεγάλη απογοήτευση. Η μακροχρόνια πορεία αυτής της θεραπείας έχει ως συνέπεια τόσο ψυχολογικές όσο και ορμονικές αντιδράσεις για την καταθλιπτική γυναίκα.

Οι σημαντικότερες ψυχολογικές αντιδράσεις στο διάστημα που εφαρμόζεται η θεραπεία αυτή, είναι άγχος και ανησυχία, ενώ ύστερα από αποτυχημένες απόπειρες εξωσωματικής γονιμοποίησης, οι πιο συχνές αντιδράσεις είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Εν τούτοις, κάποιοι παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, η συγκεκριμένη αιτία μη τεκνοποίησης, η οικονομική δυσκολία που συνεπάγεται κάθε προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης, καθώς και ο αριθμός των κύκλων θεραπείας, δεν έχουν αποδειχθεί να επιδρούν στα επίπεδα της κατάθλιψης. Ωστόσο, η συγκεκριμένη μέθοδος θεωρείται ότι επιδρά αρνητικά ακόμα και στη σχέση του ζευγαριού. Οι γυναίκες ειδικά, νιώθουν ένα έντονο αίσθημα πνιγμού και «τρέφουν» αρνητικά συναισθήματα για τη σχέση που έχουν με τον σύντροφό τους.

Όσες από τις γυναίκες αυτές καταφέρουν να συλλάβουν, δεν παρουσιάζουν τόσο συχνά κατάθλιψη και είναι πιο αισιόδοξες στη σχέση με τον σύντροφό τους, από ό,τι οι γυναίκες που δεν ανταποκρίνονται θετικά στη θεραπεία. Και όπως είναι φυσικό, αυτές οι γυναίκες νιώθουν περισσότερο

άγχος κατά τη διάρκεια της κυοφορίας, σε σύγκριση με εκείνες που μένουν έγκυες με τον φυσιολογικό τρόπο.

Γυναίκες (μητέρες) που συνέλαβαν με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, δεν διαφέρουν από τις άλλες γυναίκες ως προς την συχνότητα με την οποία παρουσιάζεται η λοχειακή κατάθλιψη, έχουν όμως σαφώς μειωμένη αυτοπεποίθηση και τονίζουν πως έχουν μεγάλες δυσκολίες στο να αντεπεξέλθουν ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της μητρότητας. Η θεραπευτική αγωγή που συνίσταται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η ψυχοθεραπεία, με ψυχοεκπαιδευτικό όμως χαρακτήρα και διάφορες τεχνικές χαλάρωσης που προηγούνται της έναρξης της θεραπείας.

2.2.8 Κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης

Ως εμμηνόπαυση, ορίζεται η τελική διακοπή της έμμηνης ρύσης, η οποία προέρχεται από τη μειωμένη λειτουργία των ωοθηκών. Σύμφωνα με τον Σολδάτο (1999) η μέση ηλικία για την εμμηνόπαυση είναι τα 51 έτη.

Όσον αφορά στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, η γυναίκα πιθανόν να έχει εξάψεις, μειωμένη σεξουαλική διάθεση, ενοχλητική αϋπνία, δυσκολίες στη συγκέντρωση και συναισθηματική ευμεταβλητότητα. Συνήθως αυτά, μπορεί να κρατήσουν για 2 – 6 χρόνια και εμφανίζονται όταν αρχίσει να ελαττώνεται η συχνότητα των κύκλων της έμμηνης ρύσης (προεμμηνόπαυσιακή περίοδος). Πάντως τα συμπτώματα αυτά εξασθενούν ύστερα από την οριστική εμμηνόπαυση (μεταεμμηνόπαυσιακή περίοδος).

Ο Σολδάτος (1999) υποστηρίζει ότι οι γυναίκες είναι πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη και άλλες διαταραχές του συναισθήματος, κατά την μεταεμμηνόπαυσιακή περίοδο. Ακόμη, γυναίκες με χρόνια κατάθλιψη, διατρέχουν τον κίνδυνο να εισέλθουν στα πρώτα στάδια της εμμηνόπαυσης, αρκετά χρόνια νωρίτερα από το φυσιολογικό. Απειλούνται όμως και από την εμφάνιση οστεοπόρωσης σε νεαρή ηλικία, όπως και άλλα προβλήματα υγείας. Αυτό, μπορεί κατά τον Σολδάτο (1999) να οφείλεται σε αίτια ψυχοκοινωνικού τύπου, όπως:

- Η αλλαγή στη διάρθρωση της οικογένειας (τα παιδιά ανεξαρτητοποιούνται και η σχέση των συζύγων έχει υποστεί φθορά)
- Η ελάττωση της επαγγελματικής δραστηριότητας
- Οι δυσκολίες που συνεπάγεται η περιποίηση των ηλικιωμένων γονέων.

Παρ' όλα αυτά, τα αίτια που αναφέρονται εδώ, φαίνεται να επιδρούν περισσότερο στην ψυχική υγεία της γυναίκας, από ότι τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, τα οποία θεωρούνται φυσιολογικά.

«Στην περίπτωση αυτή, οι γυναίκες συχνά αρνούνται την επίδραση των ψυχοκοινωνικών μεταβολών που βιώνουν και αποδίδουν την κατάθλιψη και το άγχος αποκλειστικά στις ορμονικές τους μεταβολές».¹⁴

Ο Σαλμανίδης Αντ. Και η Γραμμενά Π. (2003) πιο συγκεκριμένα αναφέρουν ότι κατά την κλιμακτήριο, παρατηρείται μια σημαντική μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων, τα οποία με τη σειρά τους επιφέρουν μια πτώση των επιπέδων της σεροτονίνης στον εγκέφαλο.

Κάτι άλλο που επισημαίνει ο Σολδάτος (1999), είναι πως οι γυναίκες που έχουν προδιαθεσικούς παράγοντες για κατάθλιψη, θα εμφανίσουν παρόμοια συμπτώματα και κατάθλιψη, θα εμφανίσουν παρόμοια συμπτώματα και κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης, αν:

- α) στο ιστορικό τους, έχουν ήδη καταθλιπτικό επεισόδιο
- β) βιώνουν ψυχοπνευστικά γεγονότα
- γ) έχουν αρνητικές πεποιθήσεις για την εμμηνόπαυση

Σε αυτές τις καταστάσεις, είναι πολύ σημαντικό για τη γυναίκα να δέχεται υποστήριξη από την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο. Επιπλέον, η απασχόλησή της στον εργασιακό τομέα, μπορεί να τη βοηθήσει ώστε να αποβάλλει την κατάθλιψη και το άγχος της.

Ο Σολδάτος (1999) τονίζει ότι η χορήγηση οιστρογόνων καλυτερεύει την ψυχική διάθεση κατά την εμμηνόπαυση και ελαττώνει την ευαλωτότητα

¹⁴ Σολδάτος Κ., ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, Αθήνα 1999, σελ. 215.

στην κατάθλιψη. Ως προς τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, θα πρέπει να δίδονται σε περιπτώσεις βαριάς κατάθλιψης. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα οιστρογόνα, αποτελούν συμπληρωματική θεραπεία σε καταθλιπτικές καταστάσεις, οι οποίες είναι ανθεκτικές στα αντικαταθλιπτικά.

Συμπερασματικά, είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ γυναικολόγων και ψυχιάτρων, έτσι ώστε να μπορέσει η γυναίκα, να ζήσει την υπόλοιπη ζωή της χωρίς προβλήματα.

2.2.9 Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια του γάμου

Η περίοδος του γάμου είναι ένα ιδιαίτερο γεγονός στη ζωή μιας γυναίκας, που απαιτεί μεγάλες αλλαγές στις στάσεις της και επανεξέταση των μέχρι τότε προσδοκιών της. Είναι πολύ πιθανόν λοιπόν, ο γάμος να επιφέρει κατάθλιψη σε μια γυναίκα – σε μεγαλύτερο βαθμό από τον σύζυγό της – λόγω του ότι είναι αυτή που καλείται να επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος του έγγαμου βίου.

Όπως επισημαίνει και η Knight (2002), παρ' όλες τις προσπάθειες που καταβάλλονται ώστε να γίνουν πιο ισότιμες οι σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων, οι γυναίκες ήδη από τα πρώτα παιδικά τους χρόνια «εκπαιδεύονται» να παραχωρούν στον άνδρα, τον κυρίαρχο ρόλο. Είναι αυτός που πρωταγωνιστεί σε όλες τις εκφάνσεις του γάμου. Γι' αυτούς τους λόγους, πολύ συχνά μια γυναίκα που υποφέρει από κατάθλιψη, καταστέλλει την ενεργητικότητα και περιορίζει τις φιλοδοξίες της για τη ζωή, προκειμένου να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις του συντρόφου της.

Ακολουθως, ένας άλλος λόγος που μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη τη γυναίκα, είναι η μη επιτυχημένη πορεία ενός έγγαμου βίου, που πιθανόν να της προκαλέσει συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, απογοήτευσης και αποτυχίας αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι αυτή είναι επιφορτισμένη με το έργο της φροντίδας του συζύγου και της – με κάθε τρόπο – διατήρησης του γάμου της.

Βέβαια, υπάρχουν και πολλές περιπτώσεις γυναικών, όπου η κατάθλιψη προκαλείται είτε λόγω κάποιας απώλειας – όπως είναι ο χωρισμός και το διαζύγιο – είτε λόγω του ότι ανακαλύπτουν πως ο σύντροφός τους δεν είναι τελικά ο «πρίγκιπας του παραμυθιού» ή εκείνος ο «ξεχωριστός άνδρας» που κάθε γυναίκα ονειρεύεται να συναντήσει στη ζωή της.

Σύμφωνα με τον Dominican J. (1998), η κατάθλιψη πιθανόν να αποτελεί συνέπεια αλλά και αιτία της συζυγικής αποτυχίας.

- Στην πρώτη περίπτωση, φαίνεται ότι ένας δυστυχισμένος γάμος, πολλές φορές μπορεί να προκαλέσει στη γυναίκα κατάθλιψη, εφόσον δεν βιώνει πλέον μια εμπιστευτική και συναισθηματική σχέση με τον σύντροφό της.
- Στην δεύτερη περίπτωση, η κατάθλιψη νοείται και ως η αιτία της συζυγικής αποτυχίας, διότι έχει βρεθεί ότι όταν μια γυναίκα πάσχει από κατάθλιψη, έχει να αντιμετωπίσει μεγαλύτερες δυσκολίες στο γάμο της, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες γυναίκες που δεν βιώνουν καταθλιπτικά επεισόδια. Οι συνηθισμένες δυσκολίες είναι οι εξής: άσχημη επικοινωνία με τον σύζυγο, συναισθήματα οξυθυμίας και κακής διάθεσης, μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον και έλλειψη στοργής απέναντι στον σύντροφο.

Επιπροσθέτως, η Sanders (1989) αναφέρει δύο ακόμη λόγους, που επιφέρουν κατάθλιψη στη γυναίκα:

Ο πρώτος λόγος, είναι οι υπερβολικές προσδοκίες που συχνά έχει μια γυναίκα από το γάμο. Έχει μάθει να τον βλέπει σαν μια μοναδική και ρομαντική σχέση, η οποία θα κρατήσει για πάντα. Μια σχέση στήριξης, τρυφερότητας, ευτυχίας, σεξουαλικής ικανοποίησης και συναισθηματικής πληρότητας. Κάτι τέτοιο όμως, δυστυχώς δεν συμβαίνει στην πραγματική ζωή, αφού κάποιες φορές δεν αρκεί μόνον η «αληθινή αγάπη» για να επιλυθούν όλες οι δυσκολίες ενός γάμου. Εκείνο που απαιτείται για να είναι ένας γάμος επιτυχημένος, είναι οι αμοιβαίες υποχωρήσεις καθ' όλη τη διάρκεια αυτού.

Ο δεύτερος λόγος, έγκειται στη διάψευση των ελπίδων της γυναίκας – στη διάρκεια του γάμου – να γίνει μητέρα. Καθώς τα χρόνια περνούν και η γυναίκα βλέπει ότι οι ελπίδες της να αποκτήσει απογόνους εξανεμίζονται, είναι πολύ φυσικό να της προκληθεί κατάθλιψη.

Συνοψίζοντας, η γυναίκα θα πρέπει πλέον να πάψει να θεωρεί τον εαυτό της θύμα και να τον κατηγορεί για όσα άσχημα πράγματα της συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της συζυγικής ζωής. Φρονείται ότι πρέπει να αρχίσει να βλέπει τη ζωή πιο ρεαλιστικά, καθώς η τέλεση ενός γάμου απαιτεί μεγάλη προσπάθεια και από τις δύο πλευρές, προκειμένου να αντέξει στην φθορά του χρόνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΤΗΝ ΑΥΓΗ ΤΟΥ 21^{ου} ΑΙΩΝΑ

3.1 Οι πολυάριθμοι ρόλοι και ο ψυχικός κόσμος των γυναικών

Από τα αρχαιότερα χρόνια μέχρι και σήμερα, ο άνθρωπος αναλαμβάνει διάφορους ρόλους στη ζωή του, άλλοτε πιο απλούς και άλλοτε πιο περίπλοκους. Βέβαια, οι ρόλοι αυτοί δεν έπεται ότι θα είναι κοινοί για όλους, αφού ο τρόπος ζωής του καθενός είναι ξεχωριστός. Επιπλέον, οι ρόλοι αυτοί, φαίνεται να είναι διαφορετικοί για τα 2 φύλα, αλλά αρκετές φορές παρατηρείται (ειδικά στο ζευγάρι) να επωμίζεται το ένα άτομο ολοένα και περισσότερους ρόλους.

Σύμφωνα με μια έρευνα του Κέντρου Ερευνών για Θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι.) (2003), μέσα στην οικογένεια, οι γυναίκες είναι εκείνες που φαίνεται να επιβαρύνονται από την ανάληψη πολλών ρόλων (της συζύγου, της νοικοκυράς, της μητέρας, της εργαζόμενης, αλλά και της υπεύθυνης φροντίδας των ηλικιωμένων γονέων) και τούτο συμβαίνει, διότι ο καθένας από αυτούς τους ρόλους είναι διαφορετικός και έχει ξεχωριστή βαρύτητα. Για παράδειγμα, όταν μια γυναίκα εργάζεται και παράλληλα μεγαλώνει παιδιά, έχει μεγάλες πιθανότητες να βιώσει καταθλιπτικές καταστάσεις, διότι συνήθως επιδιώκει να ικανοποιήσει τις ανάγκες των υπολοίπων μελών γύρω της με αποτέλεσμα να παραμερίζει τις δικές της. Το ίδιο ισχύει και για το ρόλο της συζύγου, αφού έντονα ψυχοπιεστικά γεγονότα μπορεί να εμφανιστούν στην περίπτωση που συνδυαστεί με το ρόλο της εργαζόμενης. Αυτό, μπορεί να

συμβεί διότι εκτός από την εργασία, η γυναίκα είναι υπεύθυνη εξ ολοκλήρου και για τις δουλειές του σπιτιού.

«Στο σημείο αυτό, υποστηρίζεται από το Κέντρο Οικονομικής και Επαγγελματικής Έρευνας, ότι οι γυναίκες δαπανούν διπλάσια ώρα από τους συντρόφους τους για τις δουλειές του σπιτιού, εξανεμίζοντας τον ελάχιστο χρόνο που τους απομένει, μετά τη δουλειά» (INTERNET: www.isotita.gr)

Ακόμη, στην έρευνα του Κ.Ε.Θ.Ι. (2003), για τη φροντίδα των ηλικιωμένων γονέων, αναφέρεται ότι η γυναίκα είναι δυνατόν να αισθανθεί κούραση τόσο σωματική, όσο και ψυχολογική, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να τα φέρει όλα εις πέρας. Οπότε:

«Η διάθεση των γυναικών οφείλεται στο φόρτο των ευθυνών και στην πεποίθησή τους ότι μπορούν να αντεπεξέρχονται μόνες τους σε όλες τις δυσκολίες, αλλά και στην απουσία ελεύθερου χρόνου» (INTERNET: www.isotita.gr)

Αναλυτικότερα, στην έρευνα του Κ.Ε.Θ.Ι. (2003) υπογραμμίζεται ότι ο ρόλος της μητέρας/γυναίκας, ο παράγοντας εργασία, οι ολοένα και αυξανόμενες απαιτήσεις των υπολοίπων ρόλων, καθώς και η προσωπικότητα, ασκούν επίδραση στον ψυχικό κόσμο της γυναίκας, ο οποίος εξαρτάται και σε μεγάλο βαθμό από:

- α) τα συναισθήματα που έχει όσον αφορά στην εργασία αλλά και στη δημιουργία οικογένειας,
- β) την κατανόηση που δείχνει ο σύντροφός της, σχετικά με τους πολλαπλούς ρόλους που εκείνη έχει αναλάβει, και
- γ) από το αν και κατά πόσο μετέχει ο σύζυγος στα «βάρη» της οικογένειας.

Συμπερασματικά, λοιπόν, θα πρέπει να γίνει αναπροσδιορισμός των ρόλων ανάμεσα στα 2 φύλα και να εξεταστούν από κοινού τα χαρακτηριστικά του κάθε ενός (ρόλου), έτσι ώστε να απαλλαγεί η γυναίκα από το «βάρος» της ανάληψης πολυάριθμων ρόλων. Επίσης, είναι σημαντικό κατά την Knight (2002) να επανεξετάσει η γυναίκα τη ζωή της και να θέσει νέους στόχους,

ώστε να μην είναι τόσο σύνθετη. Με βάση τα παραπάνω, δεν θα διατρέξει τον κίνδυνο εμφάνισης αγχογόνου συμπεριφοράς, η οποία φαίνεται να σχετίζεται και με την εμφάνιση της κατάθλιψης.

3.2 Ισότητα των 2 φύλων: Μύθος ή πραγματικότητα;

Παρ' όλο που τα πράγματα σήμερα γίνονται πιο εύκολα και απλά για τους ανθρώπους χάρη στις σύγχρονες τεχνολογικές μεθόδους που χρησιμοποιούν η ανάληψη όλων αυτών των ρόλων από τις γυναίκες, μας κάνει να αμφισβητούμε πλέον το γεγονός αν υπάρχει πραγματική ισότητα μεταξύ των δύο φύλων ή αν πρόκειται απλώς για έναν μύθο.

Η Knight (2002) υποστηρίζει ότι πολλοί άνθρωποι που στην πλειοψηφία τους είναι γυναίκες, εμφανίζουν μειωμένη αυτοεκτίμηση και καταθλιπτικά συμπτώματα. Τούτο φαίνεται να έχει άμεση σχέση με τις ανισότητες που γίνονται εις βάρος των γυναικών, από την πλευρά του κράτους. Αυτές μπορεί να παρουσιαστούν στον εργασιακό χώρο, στον έγγαμο βίο, αλλά και στα οικονομικά. Για παράδειγμα, πόσες είναι οι γυναίκες που εργάζονται σε θέσεις, οι οποίες πολλές φορές θεωρούνται κακο-πληρωμένες μόνο και μόνο επειδή αναγκάζονται να το κάνουν. Επιπλέον, αρκετά είναι τα επαγγέλματα εκείνα, τα οποία χαρακτηρίζονται ως κατ' εξοχήν ανδρικά, με αποτέλεσμα να τοποθετούνται οι γυναίκες σε χαμηλότερες θέσεις και να μην λαμβάνουν όσα πραγματικά δικαιούνται (επιδόματα, ένσημα).

Ως προς τον έγγαμο βίο, οι γυναίκες αγωνίζονται καθημερινά να φέρουν σε πέρας τις δουλειές του σπιτιού, αλλά και να μεριμνήσουν για τις ανάγκες των παιδιών και των ηλικιωμένων γονέων τους. Ο άνδρας από μέρους του, καταβάλει ελάχιστες προσπάθειες, ώστε να ξεκουράσει τη γυναίκα και συχνά της προσθέτει και άλλες ευθύνες. Επίσης, μερικοί άνδρες δεν εκτιμούν τις προσπάθειες των γυναικών τους και δεν τους συμπαραστέκονται, αλλά τις κατακρίνουν.

Το κράτος πάλι, δεν λαμβάνει πλήρη μέτρα για τη φροντίδα και τη φύλαξη των παιδιών της, με άμεση συνέπεια την επιβάρυνση και επομένως την χαμηλή αυτοεκτίμησή της. Ακόμη το κράτος, φαίνεται να παραμένει «ακλόνητο» στην άποψη για τις «οικογενειακές αξίες», υποστηρίζοντας το παραδοσιακό πατριαρχικό σχήμα. Έτσι, δεν είναι σύμπτωση που οι γυναίκες φορτώνονται με πολυάριθμες ευθύνες, χωρίς να τους δίνεται λίγος χρόνος για να «κοιτάξουν» τον εαυτό τους. Επομένως, δεν μπορεί να θεωρηθεί τυχαίο που τα ποσοστά της κατάθλιψης είναι αυξημένα στο γυναικείο πληθυσμό.

Από όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω, γίνεται σαφές πως αν γίνει μια προσπάθεια παρουσίασης εκ βαθέων της κατάστασης των γυναικών δεν θα βγει εύκολα κάποιο συμπέρασμα, αν δεν συγκριθεί ανάλογα με την κατάσταση των ανδρών. Με τον τρόπο αυτό η Knight (2002) ισχυρίζεται πως θα πρέπει να πάψει ο ανταγωνισμός ανάμεσα σε δύο φύλα και να προωθηθεί η συνεργατικότητα μεταξύ τους, διότι έτσι θα μπορέσουν να κερδίσουν αρκετά πράγματα στη ζωή τους.

Για να καταστεί όμως αληθινή η συνεργασία μεταξύ ανδρών και γυναικών, θα πρέπει να υπάρξει όχι μόνο νομοθετική, αλλά και ουσιαστική αναγνώριση της ισοτιμίας και της συνεισφοράς των γυναικών. Αλίμονο, αν σε αυτή τη δύσκολη εποχή που ζούμε με τις αλλαγές που συμβαίνουν σε διάφορους τομείς (οικογένεια, εργασία), δεν γίνει ισότιμη προσπάθεια από τον άνδρα και τη γυναίκα, για την επίλυση των διαφόρων προβλημάτων που τους απασχολούν.

3.3 Το ζήτημα της επαγγελματικής αποκατάστασης

Η είσοδος της γυναίκας στον κόσμο της εργασίας είναι πλέον πραγματικότητα. Η Knight (2002), υποστηρίζει ότι η εργασία βοηθά τις γυναίκες ώστε να μην εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Διαμέσου αυτής έρχεται σε επαφή με τον έξω κόσμο, αποκτά μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και δεν πλήττει εύκολα. Εκτός από αυτό όμως,

«Υπάρχουν και ορισμένοι λόγοι που επιβάλλουν τη συμμετοχή των γυναικών στους χώρους εργασίας και είναι συνήθως οι παρακάτω:

- α) Η οικονομική ανάγκη που έχει δημιουργηθεί από τη σχετικά ανεπαρκή αμοιβή των συζύγων (ανδρών) ή και άλλων μελών της οικογένειας που προσφέρουν οικονομική βοήθεια.
- β) Η αύξηση του αριθμού ελεύθερων ή ανύπανδρων γυναικών, και
- γ) Η επιθυμία της γυναίκας για αυτοολοκλήρωση, κατάσταση που έχει υποστηριχθεί από το γυναικείο κίνημα». ¹⁵

Όμως, σύμφωνα με την Knight (2002) δεν θα πρέπει να αμελείται ότι με την εργασία, αυξάνονται και οι υποχρεώσεις της γυναίκας αφού πρέπει να αντεπεξέλθει και στους ρόλους της ως σύζυγος, μητέρα, νοικοκυρά. Προκειμένου να τα φέρει όλα εις πέρας, είναι πιθανό να αισθάνεται άγχος και πίεση, πράγμα το οποίο συμβάλλει στην εμφάνιση της κατάθλιψης.

«Ως προς τα παραπάνω, μια άλλη έρευνα αναφέρει ότι πράγματι οι νεαρές γυναίκες καριέρας, πάσχουν στην συντριπτική τους πλειοψηφία από κατάθλιψη. Έτσι, το 41% των 1001 γυναικών – ηλικίας 20 – 35 ετών – που ερωτήθηκαν, δήλωσαν ότι έχουν περάσει διαστήματα άνω της μίας εβδομάδας, που με δυσκολία έβγαιναν από το σπίτι τους, λόγω κατάθλιψης. Ένα 51% δήλωσε ότι πλήττει θανάσιμα ή δεν ελπίζει σε ένα καλύτερο αύριο, ενώ ένα 20% αποκάλυψε ότι έχει πάνω από 6 μήνες να νιώσει πραγματική ευτυχία» (INTERNET: www.isotita.gr)

Εκτός από το λόγο αυτό, υπάρχουν και κάποιοι άλλοι παράγοντες, οι οποίοι φαίνεται να επιδρούν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα του Κ.Ε.Θ.Ι. (2003) αναφέρει ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα εξαιτίας του χαμηλού μισθού τους, των ελάχιστων ευκαιριών για τη λήψη ανώτερων θέσεων εργασίας, της ελλιπούς συνεργασίας με τους συναδέλφους και των ανεπαρκών γνώσεων – από πλευράς εργοδότη – σε ό,τι αφορά στους πολυάριθμους ρόλους των γυναικών.

Η Knight (2002) στηριζόμενη στα προαναφερθέντα, τονίζει ότι αρκετές είναι οι γυναίκες που εργάζονται σε χαμηλού κύρους θέσεις, αφού δεν είναι

¹⁵ Σκόνδρα Μ., ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ, εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1993, σελ. 61 – 62.

λίγα τα επαγγέλματα που κάνουν διακρίσεις ανάμεσα στα δύο φύλα. Αυτό έχει ως επακόλουθο να δημιουργούνται στις γυναίκες αισθήματα μειονεξίας και χαμηλής αυτοπεποίθησης, σε σύγκριση με τους άνδρες. Ακόμη, πολλές είναι οι γυναίκες που νιώθουν αδυναμία στην προσπάθειά τους να συνδυάσουν την εργασία με την οικογένεια. Βάση αυτού η Fiske M. (1982) αναφέρει ότι οι γυναίκες, έπειτα από μια κουραστική ημέρα στη δουλειά, επιστρέφουν για να ασχοληθούν με το νοικοκυριό του σπιτιού – χωρίς να δέχονται βοήθεια από κανέναν – και να προετοιμαστούν για την επόμενη κοπιαστική ημέρα. Επομένως, δεν είναι παράδοξη η έκφραση «φόρτος εργασίας» που χρησιμοποιούν οι γυναίκες αυτές, σε σχέση με τους άνδρες.

Όσον αφορά τώρα στην οικονομική κατάσταση των γυναικών αυτών, στην έρευνα του Κ.Ε.Θ.Ι. (2003) παρατηρείται ότι ολοένα και περισσότερες είναι οι γυναίκες που δουλεύουν και ο μισθός τους παραμένει χαμηλότερος από τον αντίστοιχο των ανδρών. Επιπλέον, οι εργοδότες τους δεν παρέχουν σε αυτές τα απαιτούμενα επιδόματα, τα οποία σχετίζονται με την ασφάλισή τους για την υγεία και με τη σύνταξή τους.

Λαμβάνοντας αυτό ως δεδομένο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μείωση στο μισθό των γυναικών, μπορεί να προκαλέσει μεταβολές στο εισόδημά τους και γενικότερα στο βιοτικό τους επίπεδο, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν ευκολότερα ψυχικές διαταραχές και ιδίως κατάθλιψη. Ακόμη γίνεται εντονότερο το πρόβλημα, όταν η γυναίκα δεν διαθέτει κάποιο υποστηρικτικό περιβάλλον, το οποίο θα της συμπαρασταθεί στις δύσκολες καταστάσεις.

Ανακεφαλαιώνοντας, για να μην κινδυνέψει άμεσα η γυναίκα από την εμφάνιση της κατάθλιψης σε σχέση με την εργασία, θα πρέπει σύμφωνα με την Knight (2002) να πάψει να τίθεται στο περιθώριο, αλλά και να σταματήσουν οι διακρίσεις σε βάρος της μέσα στο χώρο εργασίας, επειδή η βαρύτητα που δίνει, είναι στη φροντίδα της οικογένειάς της. Από την πλευρά της οικογένειας τώρα, είναι σημαντικό για όλα τα μέλη να αναλάβουν ένα μέρος από τις δουλειές (του σπιτιού), έτσι ώστε να μην επιβαρύνεται μονάχα η γυναίκα.

3.4 Το φαινόμενο της ανεργίας

Στη σημερινή εποχή, παρατηρείται ότι το ζήτημα της ανεργίας παίρνει αυξανόμενες διαστάσεις παγκοσμίως και απασχολεί ολοένα και περισσότερους ανθρώπους.

Η Knight (2002), υποστηρίζει πως η ανεργία επιβαρύνει ειδικά τις γυναίκες που ζουν μόνες, χωρίς σύντροφο, αφού δυσχεραίνει την οικονομική τους κατάσταση. Το αποτέλεσμα είναι να νιώθουν υπερβολικό άγχος και μειωμένη αυτοπεποίθηση για το πώς θα τα βγάλουν πέρα, με άμεσο αντίκτυπο την απομόνωσή τους από το κοινωνικό περίγυρο. Τούτο συμβαίνει, διότι η ψυχική υγεία και η κοινωνική θέση τους έχουν άμεση σχέση με την εργασία.

Στις περιπτώσεις που μερικές γυναίκες εργάστηκαν σε κάποια φάση της ζωής τους και ξαφνικά μείνουν χωρίς δουλειά, ο κίνδυνος της κατάθλιψης είναι αρκετά μεγάλος, αφού η δυνατότητα πραγματοποίησης των φιλοδοξιών τους, ήταν πολύ περιορισμένη. Επιπλέον, μπορεί να νιώσουν αδύναμες και πιεσμένες να ανταποκριθούν σε υποχρεώσεις, όταν έχουν να συντηρήσουν και την οικογένειά τους. Βέβαια, στο σημείο αυτό, εννοείται πως το εισόδημα παύει να είναι επαρκές για τις ανάγκες των μελών, κάτι το οποίο αιτιολογεί την μειωμένη αυτοεκτίμηση των γυναικών.

Σε γενικές γραμμές διαπιστώνεται ότι η ανεργία αλλά και η ξαφνική απόλυση από τη δουλειά, είναι καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν στον καθένα, αρνητικά συναισθήματα. Πόσο μάλλον περισσότερο στον γυναικείο πληθυσμό, αφού θεωρείται κατ' εξοχήν πιο ευαίσθητος από τον ανδρικό. Επιπροσθέτως, μεγάλος είναι ο αριθμός των γυναικών κατά την Knight (2002), οι οποίες δεν επιδιώκουν να πάρουν πρωτοβουλίες ώστε να αλλάξουν την κατάσταση προς το καλύτερο, με αποτέλεσμα να μένουν απαθείς, δηλαδή να περιμένουν πότε θα συμβεί το μοιραίο γεγονός, το οποίο θα τις καταρρακώσει ψυχολογικά.

Σίγουρα, όμως, σε καμία περίπτωση δεν είναι εύκολο για τα άτομα, να έχουν πάντα τον έλεγχο ώστε να τροποποιούν τις ήδη υπάρχουσες

καταστάσεις. Αυτό γίνεται εμφανές όταν τα ποσοστά της ανεργίας είναι αρκετά υψηλά.

Όμως η Knight (2002) τονίζει ότι κατά τη χρονική περίοδο που κάποιο άτομο θεωρείται άνεργο, ίσως να του δίνεται μια καλή ευκαιρία να επαναπροσδιορίσει τι ακριβώς θέλει από τη ζωή, θέτοντας νέους στόχους. Για να γίνει αυτό, θα πρέπει το άτομο να μην αφήσει τα αρνητικά συναισθήματα να το κυριεύσουν.

Ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο για τον επαναπροσδιορισμό στόχων από τη ζωή, είναι και η οικονομική κατάσταση του καθενός. Ειδικά για τις γυναίκες που παίρνουν ένα ευκαταφρόνητο ποσό αποζημίωσης, υπάρχει η δυνατότητα να συνεχίσουν την εκπαιδευτική τους επιμόρφωση, ώστε να εμπλουτίσουν τα προσόντα τους. Έτσι, με τον τρόπο αυτό, θα είναι σε θέση να αναπροσδιορίσουν την επαγγελματική τους καριέρα.

Γενικότερα, οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν τέτοια γεγονότα, είναι απολύτως λογικό να βρίσκονται σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση. Ιδιαίτερα, οι γυναίκες, μπορεί να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Για να αποφευχθούν όμως τα χειρότερα, καθώς και τα αίτια εκείνα που επιφέρουν την κατάθλιψη, ώστε να αντεπεξέλθουν στην πάθηση με όσο το δυνατόν καλύτερο τρόπο.

3.5 Η κοινωνία απέναντι στην καταθλιπτική γυναίκα

Στη σημερινή εποχή η στάση της κοινωνίας απέναντι στην καταθλιπτική γυναίκα, δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα θετική. Αυτό συμβαίνει διότι:

«Στην κοινωνία μας κυριαρχούν ορισμένες απόψεις και αντιδράσεις. Μια κοινή αντίδραση απέναντι στην κατάθλιψη είναι ότι πρόκειται για πάθηση που "σε φέρνει σε δυσάρεστη θέση". Επίσης, το στίγμα, τα ταμπού και η προκατάληψη, επιδρούν έτσι ώστε οι άνθρωποι να μην παραδέχονται ότι υποφέρουν από κατάθλιψη. Ακόμη και σε

περιπτώσεις που το παραδεχθούν, αρνούνται ότι πρόκειται για μια σοβαρή πάθηση»
(INTERNET: www.depnnet.gr).

Ως προς το στίγμα οι Bloomfield και McWilliams (2003), υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη αντιμετωπίζονται με φόβο από την κοινωνία. Για το λόγο αυτό, πιστεύεται ότι θα πρέπει να εισέλθουν σε κάποια ψυχιατρική κλινική, αφού ο κοινωνικός περίγυρος τις βλέπει ως ασθενείς με σοβαρά ψυχωσικά προβλήματα.

Ακόμη, πολλές γυναίκες που δέχονται ότι η κατάθλιψη είναι ένα μέρος του εαυτού τους, δύσκολα θα αναζητήσουν τη βοήθεια κάποιου ειδικού. Κάποιες άλλες, όμως, σύμφωνα με τη Sanders (1989) αντιμετωπίζουν την κατάθλιψη με περιφρόνηση και υποστηρίζουν ότι είναι μια μορφή αδυναμίας, σε αντίθεση με το άγχος που το θεωρούν ως κάτι το φυσιολογικό.

Από την πλευρά του κοινωνικού περιγύρου οι γυναίκες παροτρύνονται να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη, σαν να είναι κάτι το οποίο εξαρτάται μόνον από αυτές, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι παράγοντες που συνέβαλαν στην εκδήλωσή της.

Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό, το στενό οικογενειακό περιβάλλον και γενικότερα η κοινωνία, να αποβάλλουν τη «στρουθοκαμηλική συμπεριφορά τους» (δηλαδή τη συνεχή αδιαφορία και άγνοια ως προς το πρόβλημα αυτό των γυναικών) και να προσπαθήσουν να αλλάξουν τη στάση απέναντί τους.

Κάτι άλλο που η Sanders (1989) τονίζει, είναι πως οι καταθλιπτικές γυναίκες θα πρέπει να πάψουν πλέον να θεωρούν τον εαυτό τους υπόλογο και να μην δείχνουν αδυναμία στο να αντεπεξέλθουν σε οποιοσδήποτε δυσκολίες προκύψουν.

Σε αυτό βέβαια θα βοηθήσει και η ανάπτυξη μας επικοινωνιακής σχέσης με το κοινωνικό περιβάλλον, διότι μέσω αυτής, οι γυναίκες θα μπορέσουν να εξωτερικεύσουν τα αρνητικά συναισθήματα που καταπιέζονται μέσα τους.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΚΚΛΗΣΙΑ

4.1 Η συμβολή της εκκλησίας απέναντι στην κατάθλιψη

Η θρησκεία φαίνεται να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη νίκη ενάντια στην κατάθλιψη, όπως αναφέρει και ο Lahaye T. (1983). Η δύναμη της πίστης είναι τόσο μεγαλειώδης ώστε να μπορεί να ανασύρει ένα άτομο από την κατάθλιψη στην οποία έχει βυθιστεί, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η πίστη στο Θεό κάνει το άτομο να αισθάνεται πλήρες και δίνει στη ζωή του ένα καινούργιο νόημα, πιο αισιόδοξο και πιο θετικό.

Ο Lahaye T. (1983) παραθέτει μερικούς βασικούς όρους που αποτελούν θεμελιώδεις προϋποθέσεις για την προετοιμασία που ο κάθε άνθρωπος χρειάζεται, πριν στραφεί στα δέκα αποφασιστικά βήματα που οδηγούν στη νίκη αλλά και το θρίαμβο ενάντια στην κατάθλιψη. Οι όροι αυτοί είναι πολύ σημαντικοί και είναι οι ακόλουθοι:

α) **Δέξου τον Ιησού Χριστό ως προσωπικό σου Σωτήρα**

Ένα από τα τραγικά λάθη της σύγχρονης ψυχολογίας, είναι η υπόθεση που κάνει, ότι η κατάθλιψη μπορεί να θεραπευτεί χωρίς τη βοήθεια του Θεού. Αυτή η άποψη όμως, αντικρούεται με τα λόγια του Χριστού που λέει: «... χωρίς εμένα δεν μπορείτε να κάνετε τίποτε», και αυτό ισχύει ιδιαίτερα και για την κατάθλιψη. Η νίκη ενάντια στην κατάθλιψη πετυχαίνεται, εφόσον υπάρξει κάλεσμα του Ιησού Χριστού μέσα στη ζωή του ατόμου. Μόνο τότε τα καταθλιπτικά άτομα θα σωθούν.

β) Περπάτα κατά το Πνεύμα

Το πιο σπουδαίο βήμα είναι η εξ ολοκλήρου αφιέρωση της ζωής ενός ατόμου στον Χριστό. Ο εγωκεντρικός τρόπος ζωής, οδηγεί στην κατάθλιψη. Έχοντας όμως τον Χριστό Κύριο της ζωής του, σε καθημερινή βάση, αποφεύγεται η εμφάνιση αρνητικών εκδηλώσεων και συναισθημάτων, όπως αυτολύπηση, εγωκεντρικότητα, εγωισμό, μαλθακότητα και κατά συνέπεια η ζωή που κατευθύνεται από εκείνον, είναι μια ζωή χωρίς κατάθλιψη.

γ) Συγχώρεσε εκείνους που αμαρτάνουν εναντίον σου

Ένα από τα χαρακτηριστικά των καταθλιπτικών ατόμων είναι η έλλειψη συγχώρεσης των προσώπων που τους πλήγωσαν ή τους απέρριψαν κάποια στιγμή στη ζωή τους. Τα άτομα αυτά, ποτέ δεν θα φτάσουν στην πνευματική ωριμότητα.

Με τον ίδιο τρόπο λειτουργεί και ο σαρκικός χριστιανός. Δεν είναι σε θέση να συγχωρήσει και βλέπει τον καθένα που βρίσκεται κοντά του σωματικά, συναισθηματικά και πνευματικά. Η έλλειψη συγχώρεσης, κάνει τον άνθρωπο ανάπηρο πνευματικά και θύμα κάθε αναβρασμού και πάθους. Με το πέρασμα του χρόνου, η πίκρα εξαπλώνεται έτσι ώστε και ασήμαντα πράγματα να μπορούν να αναστατώσουν το μνησικάκο πνεύμα του κάθε ανθρώπου.

Κατά τον Lahaye (1983), αν ένα άτομο θέλει να απελευθερωθεί από την κατάθλιψη, δεν έχει παρά να θέσει στον εαυτό του το ακόλουθο ερώτημα: «Υπάρχει κάποιος στη ζωή μου, που δεν έχω συγχωρήσει ποτέ;». Αν όντως έχει συμβεί αυτό, πρέπει το άτομο να εξομολογηθεί στο Θεό και να του ζητήσει να του συγχωρέσει και να εξαλείψει αυτή του τη νοοτροπία.

δ) Ανανέωνε καθημερινά το πνεύμα σου

Όταν ένα άτομο επιζητά να αλλάξει τη ζωή του, δεν έχει παρά να ανανεώνει το νου του με το λόγο του Θεού. Τα λόγια και η σοφία του Θεού, βρίσκονται στη βιβλιοθήκη της Θείας Αλήθειας που λέγεται «Αγία Γραφή». Μόνο διαβάζοντας, μελετώντας, ακούγοντας και εξετάζοντας το λόγο Του, θα

γίνει ώριμος χριστιανός και θα μπορέσει να ξεπεράσει τις τάσεις του για κατάθλιψη.

ε) Φέρνε καθημερινά με προσευχή τον εαυτό σου και τους σκοπούς σου ενώπιον του Θεού

Κάτι που είναι πολύ βασικό είναι να φέρνει ο κάθε άνθρωπος τον εαυτό του και τους σκοπούς του καθημερινά, μπροστά στο Θεό με προσευχή. Με αυτό τον τρόπο, η ψυχή του θα ξεκουράζεται και θα νιώθει ότι ο Θεός βρίσκεται κοντά του κάθε στιγμή και θα του δίνει δυνάμεις να ξεπερνά οποιοδήποτε εμπόδιο συναντά μπροστά του.

Οι παραπάνω όροι, πρέπει να προηγηθούν και να μπουν σε εφαρμογή, προκειμένου να προχωρήσει κανείς στην κατάκτηση της πνευματικής ελευθερίας και της νίκης. Μόνο αν έχουν εφαρμοστεί αυτοί οι όροι, ο άνθρωπος θα είναι έτοιμος να ακολουθήσει τα δέκα επόμενα βήματα που οδηγούν προς τη θριαμβευτική νίκη ενάντια στην κατάθλιψη, τα οποία είναι τα εξής:

1. Δέξου τον εαυτό σου σαν δημιούργημα του Θεού. Ευχαρίστησε τον Θεό, γιατί είσαι ένα αντικείμενο της αγάπης Του και γιατί σε δημιούργησε όπως είσαι. Ακόμα, ευχαρίστησέ Τον γι'αυτό που είσαι και εμπιστεύσου Τον, ότι μπορεί να σε κάνει με το πέρασμα του χρόνου, ένα άτομο όπως πραγματικά θα ήθελε Αυτός να είσαι.

2. Δέξου τη συγχώρηση του Θεού για τις αμαρτίες σου. Φυσικά όλοι οι άνθρωποι κάνουν λάθη και έχουν αμαρτίες στη ζωή τους. Όταν νιώσουν την ανάγκη να εξαϋλωθούν από αυτές, θα πρέπει να εξομολογηθούν στο Θεό. Δεν θα πρέπει όμως να επαναπαυθούν σε αυτό καθώς και να μην αμελήσουν να ευχαριστήσουν το Θεό για τη συγχώρεσή Του.

3. Ύψωσε το Θεό πάνω από τον εαυτό σου. Θα πρέπει οι άνθρωποι να ευχαριστούν το Θεό για την παρουσία που δίνει Αυτός στη ζωή τους και να

παραδεχθούν ότι ο Κύριος τους δίνει δύναμη να αντιμετωπίζουν προβλήματα και δυσκολίες στη ζωή τους.

4. Παρατήρησε συνεχώς τον εαυτό σου, καθώς ο Θεός σε διαμορφώνει. Η παραπάνω φράση σημαίνει ότι τα άτομα πρέπει να αντισταθούν στον πειρασμό να βλέπουν τον εαυτό τους μέσα από τα λάθη του παρελθόντος, αλλά θα πρέπει να παρατηρούν τον εαυτό τους καθώς καλύτερεύουν και ωριμάζουν. Αξιοσημείωτο θα ήταν να αναφερθεί ότι, όταν ένα άτομο ενεργεί με περισσότερη υπομονή, τόσο περισσότερο ενισχύεται η θετική εικόνα του εαυτού του, με αποτέλεσμα να είναι πιο εύκολο το άτομο να αυτοελέγχεται και να είναι υπομονετικό.

5. Δες με πίστη τους βασικούς στόχους της ζωής σου και κατάγραψέ τους. Σημειώνοντας τους στόχους και καταγράφοντάς τους, ενεργοποιείται το υποσυνείδητό σου που σου θυμίζει ποια πράγματα πρέπει να γίνουν, προκειμένου να πραγματοποιήσεις τους στόχους σου. Καθώς προσεύχεσαι στο Θεό για τους στόχους που έχεις θέσει στον εαυτό σου, τα αδύνατα μπορούν να γίνουν δυνατά, γιατί επικαλείσαι τη δύναμη του Κυρίου.

6. Να είσαι πάντα θετικός. Στη ζωή του χριστιανού δεν υπάρχει θέση για αρνητισμό. Επειδή όλοι είναι συνδεδεμένοι με τη Θεία Δύναμη, δεν πρέπει ποτέ να περιμένουν τίποτε άλλο, παρά την επιτυχία. Η απαισιοδοξία, ο αρνητισμός, η κριτική και το κουτσομπολιό, όχι μόνον είναι βλαβερά, αλλά και μεταδοτικά. Στην πραγματικότητα, κάθε φορά που εκφράζονται προφορικά, ενισχύονται και στο μυαλό του ατόμου. Γι' αυτό το λόγο, ο νους του και τα λόγια του θα πρέπει να είναι πάντα σε θετικά πράγματα.

7. Να περιμένεις τη γεμάτη αφθονία ζωή που ο Θεός έχει προετοιμάσει για εσένα. Ο Θεός, δίνει στους ανθρώπους περισσότερα αγαθά από αυτά που αξίζουν και ο λόγος είναι γιατί τους αγαπά όλους, ανεξάρτητα από τα λάθη που συνεχώς κάνουν. Ο Θεός έχει σχεδιάσει ένα τέλειο σχέδιο για τη ζωή του κάθε ατόμου. Για το αν πετύχει ο κάθε άνθρωπος στη ζωή του, δεν εξαρτάται από την ευκαιρία που δίνεται στα άτομα, ούτε από

την ικανότητα του καθενός, αλλά από την πίστη που έχουν στο Θεό. Αν η πίστη απέναντι στο Θεό είναι αδύνατη, πρέπει να ζητήσουν από τον Κύριο να τους χαρίσει περισσότερη πίστη, για να μπορέσουν (τα άτομα) να προχωρήσουν και να πετύχουν στη ζωή.

8. Ζητάτε πρώτα τη Βασιλεία του Θεού. Κύριος στόχος του κάθε ανθρώπου, θα πρέπει να είναι η Βασιλεία του Θεού και η δικαιοσύνη Του. Το μεγαλύτερο όμως ποσοστό των ανθρώπων στις μέρες μας, αναζητά το υλικό κέρδος. Με αυτό τον τρόπο, δείχνει την απληστία του αλλά και την έλλειψη αγάπης προς το Θεό. Θα πρέπει να δώσει στο Θεό τη θέση που πραγματικά αξίζει να έχει στην καρδιά του. Λειτουργώντας κατά αυτόν τον τρόπο, ο Θεός θα προνοεί ώστε να παίρνουν οι άνθρωποι περισσότερα από όσα ζητούν ή αντιλαμβάνονται.

9. Δώσε τον εαυτό σου στο Θεό για να υπηρετήσεις τους ανθρώπους. Τα καταθλιπτικά άτομα έχουν την τάση να περνάνε σχεδόν όλο τους το χρόνο σκεπτόμενοι μόνο τον εαυτό τους, βοηθώντας όμως τους συνανθρώπους τους, αναγκάζονται και σκέπτονται και τον «άλλον» (πλησίον). Η ζωή τους αποκτά ένα καινούργιο νόημα, έχει ένα νέο σκοπό και ακόμη, τα άτομα αυτά έχουν μια αίσθηση αυτοεκτίμησης.

10. Για κάθε τι να ευχαριστείτε. Το εδάφιο «για κάθε τι να ευχαριστείτε, γιατί αυτό είναι το θέλημα του Θεού προς εσάς εν Χριστώ Ιησού», προσφέρει μια απόλυτη εγγύηση ενάντια στη συναισθηματική κατάθλιψη. Όταν ένα άτομο είναι γεμάτο από το Άγιο Πνεύμα και ευχαριστεί το Θεό για κάθε τι, δεν μπορεί η κατάθλιψη να το καταβάλλει.

Επιπροσθέτως, ο Lahaye T. (1983) αναφέρει ότι η Βίβλος επανειλημμένα συνιστά την ευχαριστία σαν την πιο ιδανική συμπεριφορά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του ευγνώμονα ανθρώπου, είναι ένας ευτυχισμένος άνθρωπος, σε αντίθεση με τους καταθλιπτικούς ανθρώπους που είναι συνήθως αγνώμονες και που τελικά θα γίνουν δυστυχισμένοι.

Τέλος, ο συγγραφέας προσθέτει ότι όσο νωρίτερα μάθουν οι άνθρωποι να δοξολογούν το Θεό μέσα από δυσάρεστα περιστατικά, τόσο πιο ευτυχισμένοι θα είναι και οι δυνατότητές τους θα είναι πιο πολλές, προκειμένου να ζήσουν μια ζωή χωρίς κατάθλιψη.

Ειδικότερα ο Μπαλογιάννης (1986) δίνει μεγάλη έμφαση και στο ρόλο των κληρικών, καθώς και στην ψυχολογική στήριξη που εκείνοι μπορούν να προσφέρουν στα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη.

Αναλυτικότερα, για τα άτομα που υποφέρουν από συναισθηματικές διαταραχές και συγκεκριμένα από κατάθλιψη, κρίνεται αναγκαίο να αντιμετωπιστούν με τη δέουσα προσοχή, από την πλευρά του ιερωμένου, για τους εξής λόγους:

- Οι πάσχοντες από κατάθλιψη, επειδή διανύουν μια φάση έντονου εσωτερικού πόνου, έχουν την τάση της αυτοεπίκρισης, που πιθανόν να τους οδηγήσει σε αυτοκαταστροφικές σκέψεις. Εξ αυτών, όσοι είναι θρησκευόμενοι έχουν τη διάθεση να μοιραστούν τις σκέψεις τους αυτές με τον ιερέα, είτε μέσω του μυστηρίου της εξομολόγησης, είτε μέσω απλής συνομιλίας. Τα καταθλιπτικά άτομα όμως, δεν δέχονται συνήθως τις παραινήσεις του ιερέα, θεωρούν ότι δεν υπάρχει πουθενά ελπίδα και δεν νιώθουν πλήρεις κοντά στο Θεό.

Ο ιερωμένος, στην περίπτωση που συνειδητοποιήσει ότι πρόκειται για μια σοβαρή νόσο, οφείλει να παρακινήσει τον πάσχοντα με οποιονδήποτε τρόπο, ακόμη και διαμέσου των συγγενών του, ώστε να τύχει της ανάλογης θεραπευτικής αντιμετώπισης, γνωρίζοντας ότι η μη έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μπορεί να έχει ολέθριες συνέπειες για τον πάσχοντα.

- Στην ανωτέρω πάθηση, ο κίνδυνος της αυτοκτονίας είναι πιο μεγάλος από οποιαδήποτε άλλη πάθηση. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στο καταθλιπτικό συναίσθημα που κυριαρχεί και κατευθύνει όλη την ψυχική ζωή του ασθενούς. Ο πάσχον, είναι περίλυπος, απογοητευμένος, έχοντας χάσει κάθε ενδιαφέρον για τη ζωή και πολύ συχνά βλέπει το θάνατο ως λύτρωση. Η εκμυστήρευση των σκέψεων αυτοκτονίας στον κληρικό, τον καθιστά υπεύθυνο

για το μεγάλο κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής. Και έχει υποχρέωση να ζητήσει άμεση βοήθεια για να ανακοπεί ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής που απορρέει από αυτή την πάθηση.

- Η ενδογενής κατάθλιψη, παρ' ότι θεωρείται ως ένα αποτέλεσμα κυρίως εσωτερικών βιολογικών εργασιών, εν τούτοις φαίνεται να ασκούν μεγάλη επίδραση και οι δυσάρεστα εξωγενείς παράγοντες για το άτομο. Υπό αυτές τις συνθήκες, η συνεισφορά του ιερέως, μετά την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ενδογενούς κατάθλιψης, επικεντρώνεται κατά κύριο λόγο στην διευθέτηση κάποιων δυσμενών γεγονότων που κυριαρχούν στη ζωή του ασθενούς (οικογενειακών ή κοινωνικών) και τη χορήγηση σε αυτόν ενός περιβάλλοντος ψυχικής ηρεμίας και συναισθηματικής στήριξης.

- Ακόμα και ύστερα από τη θεραπευτική αποκατάσταση του πάσχοντος, εξακολουθεί να θεωρείται αξιόλογη η συμβολή του ιερέως. Η επαφή του ασθενούς με το Θεό μέσω της πίστewς, του δημιουργεί αισθήματα ψυχικής ανάτασης και ηρεμίας, τα οποία του προσδίδουν συναισθηματική ευστάθεια, τον αναζωογονούν και του δίνουν τη δυνατότητα να αντικρίσει τη ζωή με ένα νέο τρόπο πιο αισιόδοξο και πιο ρεαλιστικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα τελευταία χρόνια η ιατρική επιστήμη έχει πραγματοποιήσει αλματώδη εξέλιξη. Νοσήματα που στο παρελθόν θεωρούνταν ανίατα πλέον έχουν αντιμετωπιστεί επιτυχώς. Ωστόσο στις ημέρες μας εξακολουθεί να είναι επίκαιρο και ουσιαστικό το ρητό των Αρχαίων Ελλήνων «το προλαμβάνειν κρείττον εστί του θεραπεύειν».

Καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη της κατάθλιψης, μπορεί να παίξει η ενημέρωση του ευρύ κοινού για το τι είναι η κατάθλιψη, από τι προκαλείται, ποια είναι τα συμπτώματα της αλλά και ποια θα πρέπει να είναι η αντιμετώπιση του καταθλιπτικού ατόμου από τα μέλη της οικογένειάς του. Αυτού του είδους η ενημέρωση θα είχε ως αποτέλεσμα την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της κατάθλιψης έτσι ώστε να είναι σε θέση να την αντιληφθεί έγκαιρα και να προστρέξει για βοήθεια στους αρμόδιους φορείς που έχουν δημιουργηθεί από το κράτος.

Αξίζει επομένως να γνωστοποιηθεί στο ευρύ κοινό, ότι όταν χρησιμοποιούμε τον όρο κατάθλιψη εννοούμε μια συγκεκριμένη νόσο – μια νόσο που κατά τους Bloomfield και McWilliams (2003), επιδέχεται άκρως αποτελεσματική θεραπεία. Οι παράγοντες από τους οποίους μπορεί να πυροδοτηθεί η συγκεκριμένη ασθένεια είναι είτε από γενετική προδιάθεση, είτε από μια σημαντική απώλεια, ακόμη και λόγω άγχους ή και λόγω διαφόρων οικονομικών δυσκολιών.

Τα πιο συχνά συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν:

- α) επίμονα λυπημένη διάθεση ή ένα αίσθημα κενού,

- β) έλλειψη ενδιαφέροντος,
- γ) διαταραχές ύπνου και όρεξης,
- δ) αισθήματα ενοχής – ευτέλειας,
- ε) μειωμένη ενέργεια,
- στ) χρόνιοι και διάσπαρτοι σωματικοί πόνοι μη ανταποκρινόμενοι σε θεραπεία.

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση του καταθλιπτικού ατόμου από την οικογένεια του, ο Flach (1989) υποστηρίζει ότι η οικογένεια του οφείλει να το αντιμετωπίζει ισότιμα όπως και τα υπόλοιπα μέλη της και να του παρέχει την ανάλογη ψυχοσυναισθηματική στήριξη και συμπαράσταση που χρειάζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ασθένειάς του. Για το άτομο που έχει ήδη νοσήσει, είναι εξίσου σημαντικό να γνωρίζει τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που υπάρχουν, προκειμένου να προσφύγει σε αυτά για την αντιμετώπιση του προβλήματός του.

Από όσα αναφέρθηκαν ανωτέρω εξάγεται το συμπέρασμα ότι η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη θεραπεία. Δεδομένου αυτού του γεγονότος, οι Χριστοδούλου, Κονταξάκης και Οικονόμου (2000) αναφέρουν τους τρόπους με τους οποίους μπορεί η κοινωνία να συμβάλλει στην πρόληψη της νόσου αυτής. Πρόληψη λοιπόν μπορεί να επιτευχθεί μέσω:

- Ενημερωτικών εκπομπών
- Με δημοσίευση άρθρων, σχετικά με το θέμα της κατάθλιψης στο διαδίκτυο
- Με τη σύσταση ομάδων αυτοβοήθειας, και
- Με την πιθανότητα ύπαρξης μιας τηλεφωνικής γραμμής για άμεση βοήθεια.

Όλα αυτά θα είχαν ως αποτέλεσμα τη σταδιακή καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων που βιώνουν καθημερινά τα καταθλιπτικά άτομα. Καθώς αναφέρουν και οι Bloomfield και McWilliams (2003), εξαιτίας του στίγματος αυτού πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι η αναζήτηση βοήθειας προϋποθέτει κάποιου είδους προσωπική έλλειψη που θα έπρεπε να ξεπεραστεί δυναμικά

από το ίδιο το άτομο. Ζητώντας όμως βοήθεια για μια ασθένεια δεν υποδηλώνεται κάποια έλλειψη πνευματικής, σωματικής, συναισθηματικής ή ηθικής φύσης. Αντίθετα, χρειάζεται μεγάλη δύναμη ψυχής για να παραδεχτεί κανείς ότι ίσως «κάτι δεν πάει καλά».

Επιπροσθέτως, ο Flach (1989) στηριζόμενος στο γεγονός ότι η κατάθλιψη θεωρείται για πολλούς ως ένα βασικό πρόβλημα υγείας, ανάγει τη πρόληψη σε τρεις βαθμίδες:

- Η πρώτη βαθμίδα έχει ως σκοπό την εξασφάλιση της επαρκούς ενημέρωσης του ατόμου, ώστε να είναι σε θέση να αντεπεξέλθει σε σοβαρότερα καταθλιπτικά επεισόδια. Στη βαθμίδα αυτή σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η κινητοποίηση του ίδιου του ατόμου, προκειμένου να καταστεί ικανό να γνωρίζει πώς να υπερνικά τη συναισθηματική διαταραχή που του προκαλεί η κατάθλιψη, αποφεύγοντας τον εγκλωβισμό του στις ανήκεστες ψυχικές βλάβες που αυτή επιφέρει.
- Η δεύτερη βαθμίδα, αναφέρεται στη διαρκή επιμόρφωση των ειδικών, που ασχολούνται στην εργασία τους με καταθλιπτικά άτομα. Σε αντίθεση με τα παλαιότερα χρόνια που ο μη ειδικός ιατρός δεν διέθετε επαρκείς και εμπειριστατωμένες γνώσεις σχετικά με τις ψυχικές παθήσεις, με αποτέλεσμα να παραπέμπει τον ασθενή στον ψυχίατρο μόνον όταν η κατάσταση ήταν απελπιστική για τον ίδιο, σήμερα μέσω της συνεχώς επιμόρφωσης των ειδικών σε ό,τι αφορά στις ψυχικές παθήσεις, υπάρχει η δυνατότητα να παραπέμπεται εγκαίρως ο ασθενής στον αρμόδιο ιατρό προκειμένου να προλαμβάνονται άμεσα οι δυσμενείς επιπτώσεις της νόσου. Για το λόγο αυτό, θεωρείται απαραίτητη πλέον η εκμάθηση μεθόδων ψυχοθεραπείας τόσο σε ψυχολόγους όσο και σε κοινωνικούς λειτουργούς έτσι ώστε να συμβάλλουν κι αυτοί αποτελεσματικά στην άμεση θεραπεία των ατόμων.
- Η τρίτη βαθμίδα, περιλαμβάνει εκείνα τα μέτρα τα οποία πρέπει να λάβει υπόψη του το άτομο, ώστε να αποφευχθεί η επανεμφάνιση της κατάθλιψης. Είναι βασικό το άτομο να μεταβάλλει τους τρόπους συμπεριφοράς του και να προσπαθήσει να μην αποφύγει καταστάσεις οι

οποίες πιστεύει ότι σίγουρα θα του επιφέρουν κατάθλιψη. Είναι σημαντικό να έρχεται αντιμέτωπος με αυτές, χωρίς να το αρνείται, διότι είναι πιθανό να προληφθούν καταστάσεις που προκαλούν την κατάθλιψη.

Ωστόσο, ο Flach (1989), παραθέτει και κάποιες προτάσεις, οι οποίες, όπως υποστηρίζει, μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να ξεπεράσει την κατάθλιψη και να αποτρέψουν σε σημαντικό βαθμό τον υποτροπιασμό της νόσου. Πιο αναλυτικά:

- Είναι εξαιρετικής σημασίας για τον πάσχοντα, να μην δειλιάσει να ζητήσει εγκαίρως βοήθεια από τους ειδικούς, διότι με αυτό τον τρόπο θα συμβάλλει στην αποφυγή δυσμενέστερων καταστάσεων και είναι πιθανόν να μειώσει τη χρονική διάρκεια της ασθένειας με αποτέλεσμα να μην καταλήγει αυτή, σε χρόνια πάθηση.
- Επιπλέον, είναι αναγκαίο να υφίσταται πλήρης και εποικοδομητική επικοινωνία μεταξύ των εταίρων μιας σχέσης. Αποτελεί επιτακτική ανάγκη να εξωτερικεύονται ακόμη και τα αρνητικά συναισθήματα (. εχθρικότητα), που ενδεχομένως να υπάρχουν μεταξύ των δύο συντρόφων. Σε διαφορετική περίπτωση, η συσσώρευσή τους μέσα στο άτομο θα προκαλέσει τη βίαιη εκτόνωσή τους κάποια στιγμή, οδηγώντας ως επί το πλείστον το ζευγάρι στη ρήξη.
- Σπουδαίο ρόλο βέβαια διαδραματίζει και η θέληση του ίδιου του ατόμου να προβεί σε ορισμένες αλλαγές σε ό,τι αφορά:
 - α) τον εαυτό του (να μην κάνει απαισιόδοξες σκέψεις και να μην έχει εξωπραγματικές προσδοκίες από τον εαυτό του,
 - β) τις σχέσεις με τους συνανθρώπους του (να προβεί στη δημιουργία αληθινών σχέσεων με πρόσωπα εμπιστοσύνης), και
 - γ) κάποιες δύσκολες περιβαλλοντολογικές καταστάσεις (όπως αλλαγή εργασιακού περιβάλλοντος ή μετακίνηση σε άλλο μέρος να τις αντιμετωπίζει με μεγάλη ψυχραιμία).

- Ενώ και η συμβολή των κληρικών σύμφωνα με τον Σολδάτο (2000), στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης μπορεί να είναι καθοριστική λόγω των συμβουλών που δίνουν στα άτομα και λόγω της ιδιαίτερης επικοινωνίας που έχουν μαζί τους.

Εν κατακλείδι, ο Buckman και η Charlish (2000), παραθέτουν κάποιες οδηγίες που μπορούν να βοηθήσουν το καταθλιπτικό άτομο να μειώσει στο ελάχιστο τον κίνδυνο υποτροπιασμού της νόσου. Οι οδηγίες αυτές είναι:

- Θεωρείται απαραίτητο, ο ασθενής, να προσπαθήσει να αποβάλλει το άγχος από τη ζωή του, διότι φαίνεται ότι η συμμετοχή του στην πρόκληση της κατάθλιψης, έχει μια αυξημένη βαρύτητα.
- Το άτομο οφείλει να διαφυλάξει τον εαυτό του από τις αρνητικές επιπτώσεις που δύναται να επιφέρει η εκδήλωση κάποιας νόσου. Για να επιτευχθεί αυτό ένας υγιής τρόπος ζωής με καλή διατροφή, επάρκεια ύπνου αλλά και άσκηση μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου καθώς η διαταραχή της σωματικής ή ψυχικής υγείας του ατόμου, το καθιστά πιο ευάλωτο στην εκδήλωση καταθλιπτικής συμπεριφοράς.
- Εξίσου σημαντικό για το άτομο είναι να διατηρεί στη ζωή του μια ισορροπία ανάμεσα στην εργασία, στην οικογένεια και την προσωπική του ζωή για να μην κυριευτεί από αισθήματα άγχους και κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

6.1 Βιολογικές θεραπείες

Οι βιολογικού τύπου θεραπείες, όσον αφορά στην κατάθλιψη, αποτελούνται από την φαρμακοθεραπεία, την ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ηλεκτροσόκ), καθώς και από κάποιες άλλες θεραπείες, όπως η φωτοθεραπεία και η ψυχοχειρουργική.

Στοχεύουν κυρίως στην αντιμετώπιση της βαριάς κατάθλιψης, στη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος μέσω της διαρκούς φαρμακευτικής αγωγής και μπορεί να βοηθήσουν τον ασθενή να αντεπεξέλθει σε ενδεχόμενα καταθλιπτικά επεισόδια.

Παρ' όλο που οι θεραπείες βιολογικού τύπου θεωρούνται ιδιαίτερα αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, εν τούτοις όμως παρατηρούνται καλύτερα αποτελέσματα όταν συνδυαστούν με τις θεραπείες ψυχολογικού τύπου.

Πιο αναλυτικά, οι βιολογικού τύπου θεραπείες είναι:

6.1.1 Φαρμακοθεραπεία

Για πρώτη φορά, ο Χριστοδούλου και οι συνεργάτες του (2000) αναφέρουν ότι στη δεκαετία του '50 χρησιμοποιήθηκαν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η εισαγωγή τους στην ψυχιατρική θεραπευτική, έπαιξε σπουδαίο ρόλο, γιατί έως τότε η κατάθλιψη αντιμετωπιζόταν οριστικά μόνο με ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Το πρώτο φάρμακο που θεωρήθηκε ως αντικαταθλιπτικό από την ομάδα των αναστολέων της MAO (Μονοαμινοξειδάση), δηλαδή του ενζύμου που δρα καταλυτικά στον καταβολισμό των βιογενών αμινών, ήταν η ιπρονιαζίδη, ενώ το πρώτο φάρμακο από την ομάδα των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, ήταν η ιμιπραμίνη, η οποία αποδείχθηκε ως αντικαταθλιπτικό.

Σήμερα όμως, υπάρχει η δυνατότητα σύνθεσης νέων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, με βάση την αντικαταθλιπτική δράση που προβλέπεται από τη χημική δομή τους και τη συγγενειά τους με υποδοχείς σε ειδικές περιοχές του εγκεφάλου. Ο Χριστοδούλου και οι συνεργάτες του (2000), τονίζουν ότι θα πρέπει να δοθεί έμφαση σε κάποια πράγματα, προτού αρχίσει κάποιος φαρμακευτική θεραπεία. Αυτά είναι τα εξής:

- Μήπως η κατάθλιψη του ασθενούς οφείλεται σε κάποιο σωματικό νόσημα.
- Μήπως η κατάθλιψη του ασθενούς οφείλεται στα φάρμακα που παίρνει ή έπαιρνε.
- Σε τι είδους φάρμακα ανταποκρίθηκε ο ασθενής σε προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο.
- Αν έχει ο ασθενής σοβαρά προβλήματα σωματικής υγείας (καρδιολογικά προβλήματα, υπόταση, ιστορικό ειλεού του εντέρου).
- Αν υποβάλλεται ήδη σε αντικαταθλιπτική αγωγή και με ποια φάρμακα.
- Αν έχει γίνει πρόσφατα εργαστηριακός έλεγχος για τη λήψη των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (γενική αίματος, γενική ούρων, έλεγχος της θυρεοειδικής λειτουργίας, ηλεκτροκαρδιογράφημα).
- Αν υπάρχει αυτοκαταστροφικός ιδεασμός.

Όσον αφορά τώρα στις ενδείξεις των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ο Χριστοδούλου και οι συνεργάτες του (2000), υποστηρίζουν ότι η βασικότερη είναι η κατάθλιψη, αλλά όχι και η μόνη. Όταν όμως υπάρχουν καθημερινές συναισθηματικές εναλλαγές, αϋπνία, συνεχής ανηδονία (έλλειψη ικανο-

ποίησης από την ίδια τη ζωή), τότε ο ασθενής ανταποκρίνεται καλύτερα στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Όμως, οι καταθλίψεις που συναρτώνται με διαταραχές της προσωπικότητας καθώς και εκείνες που έχουν νευρωσικά συμπτώματα (άγχος), δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Αντιθέτως, οι αναστολείς της MAO, ίσως να είναι περισσότερο αποτελεσματικοί.

Πίνακας I.

Κυριότερες ενδείξεις αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

- Κατάθλιψη
- Διαταραχή πανικού
- Δυσθυμική διαταραχή
- Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- Αγοραφοβία
- Κοινωνική φοβία
- Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής
- Διαταραχή του ύπνου
- Εξάρτηση από ουσίες

Σύμφωνα με τον Flach (1989), τα αντικαταθλιπτικά όπως και τα υπόλοιπα φάρμακα, έχουν κάποιες παρενέργειες οι οποίες δεν θεωρούνται πολύ σοβαρές.

Οι πιο συνηθισμένες από αυτές είναι η υπερβολική εφίδρωση και η δυσκοιλιότητα. Πολλοί ασθενείς παραπονούνται για ξηροστομία, ιδιαίτερα όταν βρίσκονται σε καταστάσεις έντασης. Μερικοί, νιώθουν ζάλη μετά από ελάττωση στην πίεση του αίματος – όταν στέκονται απότομα όρθιοι – και ακόμη, έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς κόπωση, ευαισθησία στο ηλιακό φως, δερματικά εξανθήματα και αύξηση βάρους λόγω της αυξημένης όρεξης, η οποία προκαλείται από τα αντικαταθλιπτικά.

Ουσιαστικά, οι παρενέργειες αυτές παρουσιάζονται συνήθως κατά τη διάρκεια των πρώτων δέκα ημερών και ύστερα παρέρχονται. Έχουν σχέση και με τη δόση, αφού εξαφανίζονται σε μια ημέρα περίπου από την ελάττωση του φαρμάκου.

Ο Χριστοδούλου και οι συνεργάτες του (2000), αναφέρουν τέσσερις βασικές κατηγορίες, στις οποίες κατατάσσονται τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Αυτές είναι:

- α) Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά
- β) Αναστολείς της MAO
- γ) Τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά
- δ) Νεότερα αντικαταθλιπτικά

α) Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Είναι τα πρώτα φάρμακα που κυριάρχησαν στη θεραπευτική σκηνή για περισσότερο από 30 χρόνια. Χρησιμοποιήθηκαν στην κλινική πράξη και αποδείχθηκαν αρκετά αποτελεσματικά. Αυτού του είδους τα φάρμακα μεταβολίζονται από ένα σύστημα ενζύμων που βρίσκεται στο συκώτι. Κάθε άνθρωπος, έχει διαφορετικό ρυθμό μεταβολισμού, αφού παίζουν ρόλο η ηλικία, οι γενετικοί παράγοντες και η ταυτόχρονη χορήγηση άλλων φαρμάκων.

Τα κυριότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, είναι:

- Ιμιπραμίνη (Tofranil)
- Αμιτριπυλίνη (Saroten)
- Δοξεπίνη (Sinequan)
- Χλωριμιπραμίνη (Anafranil)
- Τριμιπραμίνη (Surmontil)
- Νορτριπυλίνη (Nortrilen)
- Προτριπυλίνη (Concordin)
- Αμινεπτίνη (Survector)

Ακόμη, θα πρέπει να τονιστεί ότι για να αρχίσει η δράση των τρικυκλικών χρειάζεται αγωγή 1 – 3 εβδομάδων.

Ο Χριστοδούλου και οι συνεργάτες του (2000), αναφέρουν και τις αλληλεπιδράσεις των τρικυκλικών. Έτσι, όταν συγχορηγηθούν μεγάλοι αριθμοί αντιψυχωσικών φαρμάκων, τα τρικυκλικά επίπεδα αυξάνονται. Επιπλέον, θα πρέπει να αποφεύγονται το κάπνισμα, το ποτό, τα βαρβιτουρικά, καθώς και κάποια αντιεπιληπτικά φάρμακα (καρβαμαζεπίνη).

Ως προς την υπερδοσολογία των τρικυκλικών, τονίζουν ότι θα πρέπει να δοθεί προσοχή στη χρήση τους, διότι η υπερβολική δόση μπορεί να προκαλέσει ακόμη και θάνατο. Αν προκληθεί δηλητηρίαση από τα τρικυκλικά, θα πρέπει να γίνει πλύση στομάχου και να χορηγηθούν καθαρτικά.

β) Αναστολείς της MAO

Ως αντικαταθλιπτικά, αναστέλλουν την μονοαμινοξειδάση, η οποία είναι το ένζυμο που δρα ως καταλύτης στον καταβολισμό των βιογενών αμινών. Επικρατούν δύο μορφές MAO. Έτσι, σύμφωνα με τον Χριστοδούλου και τους συνεργάτες του (2000), η μορφή A μεταβολίζει τη νοραδρεναλίνη και τη σεροτονίνη, ενώ η μορφή B μεταβολίζει επιλεκτικά την ντοπαμίνη, τη φαινυλαιθυλαμίνη και την βενζολαμίνη.

Επίσης, οι αναστολείς της MAO διακρίνονται σε υδραζινικά παράγωγα (ιπρονιαζίδη, φαινελζίνη, ισοκαρβοξαζίδη) και σε μη υδραζινικά (τρανυλκυρομίνη). Βέβαια, οι αναστολείς της MAO, χρησιμοποιούνται πολύ ελάχιστα, λόγω του ότι περιέχουν αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες.

γ) Τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά

Κατά τη δεκαετία του '80, ξεκίνησε η εφαρμογή των τετρακυκλικών αντικαταθλιπτικών. Έχει παρατηρηθεί ότι σε σχέση με τα τρικυκλικά, τα τετρακυκλικά δεν έχουν πολλές παρενέργειες. Όμως, θεωρείται ότι δεν είναι τόσο αποτελεσματικά, αφού δεν δρουν άμεσα. Τα κυριότερα τετρακυκλικά

φάρμακα σύμφωνα με τον Χριστοδούλου και τους συνεργάτες του (2000), είναι τα ακόλουθα:

- Μιανσερίνη (Tolvon)
- Μαπροτιλίνη (Ludiomil)
- Τραζοδόνη (Trittico)
- Βουπροπιόνη

δ) **Νεότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα**

Πολλά από τα φάρμακα αυτά προήλθαν από τις δύο πρώτες ομάδες των αντικαταθλιπτικών (τρικυκλικά και αναστολείς MAO). Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά, παρουσιάζουν ελάχιστες παρενέργειες και παρέχουν περισσότερη ασφάλεια σε περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας. Επίσης, η δράση τους είναι ως επί το πλείστον ίδια με αυτή των τρικυκλικών και των αναστολών της MAO (περίπου 1 – 3 εβδομάδες).

Ο Χριστοδούλου και οι συνεργάτες του (2000), αναφέρουν κάποιες κατηγορίες των νεότερων αντικαταθλιπτικών. Αυτές είναι:

1) **Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI)**

Φάρμακα:

- Φλουοξετίνη (Ladose, Prozac)
- Φλουβοξαμίνη (Dumyrox)
- Παροξετίνη (Seroxat)
- Σιταλοπράμη (Seropram)
- Σετραλίνη (Zoloft)

2) **Εκλεκτικοί αναστρέψιμοι αναστολείς της MAO**

Φάρμακα:

- Μοκλοβεμίδη (Aurorix)

3) Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRI)

Φάρμακα:

- Βενλαφαξίνη (Efexor)

4) Ειδικά σεροτονινεργικά

Φάρμακα:

- Νεφαζοδόνη (Nefirel)

5) Νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά

Φάρμακα:

- Μιρταζαπίνη (Remeron)

Εκτός όμως από τις κατηγορίες αυτές των αντικαταθλιπτικών που περιγράψαμε πιο πάνω, θα αναφερθούν και κάποια άλλα βασικά φάρμακα.

Έτσι, σύμφωνα με την Ντόζη – Βασιλειάδου Ι. (1989), είναι τα:

- Υδροχλωρική μεθυλφαινιδάτη (Methylphenidate)
- Νιαλαμίδη (Nialamide)
- Φαινελζίνη (Phenelzine)
- Λίθιο (Lithium)

Όσον αφορά τα παραπάνω, πρέπει να τονιστεί ότι πάνω από όλα, η κρίση και η πείρα του γιατρού είναι βασικοί παράγοντες στο να χορηγήσει ή όχι αντικαταθλιπτικά. Ο Flach (1989) υποστηρίζει ότι αν ο γιατρός νομίζει πως ο άρρωστος θα αντεπεξέλθει άμεσα, προς την κατάθλιψή του, θα προσπαθήσει να αποφύγει να δώσει φαρμακοθεραπεία. Επίσης, ο γιατρός θα πρέπει να σιγουρευτεί πως ο ασθενής είναι πράγματι καταθλιπτικός, αφού έχει παρατηρηθεί ότι αρκετοί ασθενείς που νομίζουν πως είναι καταθλιπτικοί, στην πραγματικότητα δεν είναι, ενώ κάποιοι άλλοι που το αρνούνται, είναι. Εξάλλου, για να είναι δυνατή η θεραπεία με τα αντικαταθλιπτικά, θα πρέπει να εξεταστεί και η πολυπλοκότητα της κατάστασης του ασθενούς.

Κάτι άλλο που πρέπει να αναφερθεί είναι ο σημαντικός ρόλος που παίζει η στάση των γιατρών αλλά και των ασθενών ως προς την επιτυχή ψυχοφαρμακολογική θεραπεία. Αρκετοί γιατροί, δεν είναι σε θέση να συσχετίσουν τη φαρμακολογική και ψυχολογική προσέγγιση της κατάθλιψης. Έτσι, αυτοί που υποστηρίζουν την ψυχογενετική βάση της κατάθλιψης, δεν δίνουν φάρμακα, ακόμη και αν είναι απαραίτητα. Αν όμως δώσουν, τότε κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας φαίνεται να αδιαφορούν γι' αυτά. Οι άλλοι που υποστηρίζουν τη βιολογική βάση της κατάθλιψης, συζητούν γρήγορα με τον ασθενή και σπεύδουν να προσδώσουν φάρμακα, αφού το ενδιαφέρον τους για τον ψυχολογικό και περιβαλλοντικό παράγοντα της κατάθλιψης, είναι μειωμένο. Εξάλλου,

«Η στάση του γιατρού μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής χρησιμοποιεί το φάρμακο. Αν είναι επιφυλακτικός και θεωρεί το φάρμακο σχετικά ασήμαντο, ο ασθενής θα το δισειστανθεί και σαν αποτέλεσμα, μπορεί να αμελήσει να το πάρει ή να το σταματήσει και να αρνηθεί κατηγορηματικά ότι η βελτίωσή του είχε οποιαδήποτε σχέση με το φάρμακο. Αυτό ενισχύει το αυτοείδωλο πολλών ψυχιάτρων που μπορεί να νιώσουν ότι οι ψυχοθεραπευτικές τους προσπάθειες αποτελούν το αποκλειστικό αίτιο της βελτίωσης».¹⁶

Επομένως, οι γιατροί δεν θα πρέπει να υπόσχονται πολλά πράγματα, διότι με αυτό τον τρόπο προκαλούν έναν αρνητισμό προς τους καταθλιπτικούς ασθενείς. Βέβαια, για να θεωρηθούν τα αντικαταθλιπτικά αποτελεσματικά, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κάποιοι βασικοί παράγοντες. Έτσι, σύμφωνα με τον Flach (1989), η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από:

- Τη συχνότητα των επεισοδίων της κατάθλιψης
- Την σοβαρότητα των επεισοδίων της κατάθλιψης
- Την επιτυχία με την οποία ο ασθενής αντιμετώπισε συγκρούσεις στον ψυχικό κόσμο του.

¹⁶ Flach F.: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ – Η ΜΥΣΤΙΚΗ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΗ, εκδόσεις ΔΙΟΔΟΣ, Αθήνα 1989, σελ. 107.

Επιπλέον, κάποιες ανεπιτυχείς θεραπευτικές πρακτικές που αναφέρει ο Χριστοδούλου και οι συνεργάτες του (2000), είναι:

- Μόνον ένας μειωμένος αριθμός αρρώστων, προσέρχεται για θεραπεία.
- Η κατάθλιψη πολλών ασθενών, συνήθως εμφανίζεται με σωματικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα να προσφεύγουν σε διάφορες υπηρεσίες υγείας και όχι σε ψυχιατρικές υπηρεσίες.
- Συχνά, το ιατρικό προσωπικό χρησιμοποιεί διάφορα θεραπευτικά φάρμακα, τα οποία δεν είναι σίγουρο ότι διαθέτουν αντικαταθλιπτικές ιδιότητες.
- Είναι συνηθισμένη η χαμηλή δόση των αντικαταθλιπτικών, με αποτέλεσμα να θεωρούνται μη θεραπευτικά.
- Από ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, έχει παρατηρηθεί ότι συχνά επιλέγονται μακράς διάρκειας ψυχοθεραπείες, οι οποίες δεν έχουν σίγουρη αποτελεσματικότητα στην κατάθλιψη, σε αντίθεση με τις βραχείες ψυχοθεραπείες, οι οποίες ενδείκνυνται για την αποτελεσματικότητά τους.

6.1.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή ηλεκτροσόκ

Η μέθοδος αυτή, ενδείκνυνται κυρίως για άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη βαριάς μορφής. Πιο συγκεκριμένα, ο Αλεβίζος (1996), αναφέρει ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία συνίσταται σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή και εμφανίζουν ψυχωσικά συμπτώματα. Επίσης, η θεραπεία αυτή θεωρείται κατάλληλη και για ασθενείς που αρνούνται την πρόσληψη τροφής, έχουν τάσεις αυτοκτονίας, καθώς και για εκείνους που αντέδρασαν θετικά σε προηγούμενες ηλεκτροσπασμοθεραπείες.

Ο Buckman B. και η Charlish A. (2000), περιγράφουν τη διαδικασία της θεραπείας αυτής, η οποία έχει ως εξής:

Αρχικά χορηγείται στο άτομο μικρή ποσότητα αναισθητικού. Εν συνεχεία, μέσω ηλεκτροδίων, το ηλεκτρικό ρεύμα διαπερνά τον εγκέφαλο του,

με αποτέλεσμα να προκαλούνται σπασμοί διάρκειας περίπου 30 δευτερολέπτων. Βέβαια, παρ' όλο που η ηλεκτροσπασμοθεραπεία θεωρείται αποτελεσματική για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, εν τούτοις όμως, ο ρόλος της έχει περιοριστεί αρκετά σήμερα, λόγω του ότι προκαλεί κάποιες σημαντικές παρενέργειες, οι οποίες κατά τον Αλεβίζο (1996), είναι:

- Αύξηση σωματικού βάρους
- Αύξηση καρδιακών παλμών
- Αύξηση αρτηριακής πίεσης
- Παροδική απώλεια μνήμης
- Συγχυτικές καταστάσεις
- Παρατεταμένη άπνοια
- Παρατεταμένοι σπασμοί
- Αμμηνόρροια

Για το λόγο αυτό, ο Μάνος (1997) θεωρεί σημαντική την συγκατάθεση του ίδιου του ασθενούς για την εφαρμογή της θεραπείας αυτής, αφού προηγουμένως τον έχει ενημερώσει κάποιος ειδικός ως προς τον σκοπό για τον οποίο επιλέχθηκε η θεραπεία, για τα οφέλη, καθώς και για τους κινδύνους που μπορεί να προκαλέσει.

Όσον αφορά στη λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ο ασθενής θα πρέπει να τα αποφύγει συστηματικά ή αν αυτό είναι αδύνατο, να μειώσει τουλάχιστον την ποσότητά τους.

Συμπερασματικά, η θεραπεία αυτή μπορεί να επαναληφθεί αρκετές φορές κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας και για αρκετές εβδομάδες έως ότου να επιτευχθεί η πλήρης υποχώρηση των συμπτωμάτων.

6.1.3 Φωτοθεραπεία

Είναι πλέον φανερό, ότι ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων παρουσιάζει καλύτερη διάθεση κατά τους καλοκαιρινούς μήνες από ότι τον χειμώνα, καθώς τα επίπεδα του φωτός είναι πιο αυξημένα την εποχή αυτή.

Ιδιαίτερως για τα άτομα που πάσχουν από εποχιακή συναισθηματική διαταραχή, ο Λυμπεράκης (1997) αναφέρει ως αποτελεσματική θεραπεία, την φωτοθεραπεία. Εδώ, ο ασθενής δέχεται άπλετο φως με ανοιχτά τα μάτια. Έτσι, η παραγωγή της μελατονίνης (δηλαδή μιας ορμόνης που εκκρίνεται από την σεροτονίνη στον εγκέφαλο) σταματάει και η κατάθλιψη εξαφανίζεται. Όλα αυτά δείχνουν ότι η περιοδικότητα, αποτελεί ένα χαρακτηριστικό φαινόμενο της κατάθλιψης. Επιπλέον, γίνεται φανερό ότι η κατάθλιψη επηρεάζεται ευνοϊκότερα από το φως.

Ο Buckman B. και η Charlish A. (2000), υποστηρίζουν ότι τόσο το ηλιακό φως, όσο και το τεχνητό φως σε ικανοποιητική ένταση, ανακουφίζουν την κατάθλιψη σε διάστημα λιγότερο της μίας εβδομάδας.

6.1.4 Ψυχοχειρουργική

Όπως και το ηλεκτροσόκ, έτσι και η ψυχοχειρουργική αποτελεί μια μέθοδο θεραπείας που μπορεί να εφαρμοστεί μόνο σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Κατά τον Μάνο (1997), η ψυχοχειρουργική, είναι μια χειρουργική επέμβαση που έχει σαν στόχο την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων, οι οποίες δεν υπόκεινται σε κάποια οργανική αιτία.

Πιο συγκεκριμένα, ο Buckman B. και η Charlish A. (2000), αναφέρουν ότι η χειρουργική αυτή επέμβαση, χρησιμοποιεί ραδιενεργά ισότοπα, προκειμένου να δημιουργήσουν αλλοιώσεις στα σημεία εκείνα του εγκεφάλου που ευθύνονται για την κατάθλιψη.

Αν και η ανάρρωση του ασθενούς μετά από μια τέτοια επέμβαση είναι συνήθως γρήγορη – δύο ή τρεις ημέρες – η μέθοδος αυτή μετά τη δεκαετία του '50, άρχισε να εφαρμόζεται όλο και πιο σπάνια. Αυτό οφείλεται στο ότι:

- α) αυτή η μέθοδος θεραπείας της κατάθλιψης, δεν στερείται παρενεργειών έστω και αν αυτές είναι ελάχιστες.
- β) η εμφάνιση των νευροληπτικών που έγινε τη δεκαετία του '50, συνέβαλε ουσιαστικά στην μη εφαρμογή πλέον της ψυχοχειρουργικής.

Η ψυχοχειρουργική στην σημερινή εποχή όπως πιστεύεται, θα μπορούσε να εφαρμοστεί μόνον σε περιπτώσεις βαριάς κατάθλιψης και μόνον όταν όλες οι εναπομείνασες θεραπείες έχουν αποτύχει στο να θεραπεύσουν ικανοποιητικά το άτομο.

6.2 Ψυχολογικές θεραπείες

Αν και οι βιολογικού τύπου θεραπείες είναι αποτελεσματικές, επιπλέον είναι χρήσιμες και οι θεραπείες ψυχολογικού τύπου, οι οποίες θεωρούνται αρκετά ωφέλιμες για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Με αυτού του είδους τις θεραπείες, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να γνωρίσει σε βάθος τον εαυτό του, να εστιάσει στα γεγονότα της νόσου που αυτός νομίζει ως παθολογικά και να λύσει σε ικανοποιητικό βαθμό τα συναισθηματικά του προβλήματα- συνειδητά και υποσυνείδητα – έτσι ώστε να μπορέσει να επανέλθει στην πραγματικότητα.

Ως ψυχολογικού τύπου θεραπείες θεωρούνται:

6.2.1 Υποστηρικτική θεραπεία

Αυτού του είδους η ψυχοθεραπεία σύμφωνα με τον Μάνο (1997), προσπαθεί να παρέχει υποστήριξη στα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια φυσική αρρώστια ή εσωτερικές αναταραχές. Αποσκοπεί στην εξάλειψη του άγχους και στην ενδυνάμωση των μηχανισμών άμυνας οι οποίοι έχουν διαταραχθεί.

Επίσης, σύμφωνα με τον Hauck (2003), βοηθά τα άτομα να εκφράσουν και να κατανοήσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά, συσχετίζοντάς τα με εμπειρίες του παρελθόντος. Σε αυτή την περίπτωση, δεν θα πρέπει να επιδιώκεται η αλλαγή της προσωπικότητας του ατόμου, αλλά η άμεση προσαρμογή του με τα προβλήματα ώστε να μπορεί να τα ανέχεται.

Ο Buckman B. και η Charlish A. (2000) τονίζουν για τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη, ότι προτού επισκεφθούν κάποιον ειδικό ο οποίος θα

επιδιώξει να βρει λύσεις ή να διατυπώσει την κρίση του, πως θα ήταν καλό να συνομιλήσουν με κάποιο φιλικό τους πρόσωπο. Αυτό, έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμο για τους ασθενείς, αφού τους δίνει τη δυνατότητα να ξεπεράσουν την κατάθλιψή τους.

Αναφέρουν ακόμη, ότι πολλοί επαγγελματίες σχετικοί με την υγεία, όπως:

- Γιατροί
- Νοσοκόμοι/νοσοκόμες
- Ψυχολόγοι
- Σύμβουλοι
- Κοινωνικοί λειτουργοί

θα πρέπει να συνεχίσουν να εκπαιδεύονται, ώστε να μπορούν να προσφέρουν αυτού του είδους τη βοήθεια.

6.2.2 Συμβουλευτική θεραπεία

Όπως και στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, έτσι και στη συμβουλευτική, σύμφωνα με τον Hauck (2003), οι εξειδικευμένοι ψυχολόγοι επιδιώκουν να εξερευνήσουν από κοινού με το καταθλιπτικό άτομο, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει.

Η Δρ. Coore J. (1985) τονίζει ότι μέσω αυτής της θεραπείας, δίνεται η δυνατότητα στο άτομο να ξεπεράσει τόσο τα οργανικά, όσο και τα συναισθηματικά προβλήματα, τα οποία μπορούν να προκύψουν από τις σχέσεις του με τα άλλα άτομα.

Για να γίνει όμως αυτό εφικτό, εκτός από τους ψυχολόγους, χρειάζεται και η βοήθεια κάποιων άλλων ειδικών – εκπαιδευμένων συμβούλων, οι οποίοι μπορεί να είναι οι εξής:

- Ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί
- Κληρικοί
- Ιατροί ή νοσηλευτές

Σε μερικές περιπτώσεις, ενδέχεται ο ίδιος ο γιατρός να συστήσει στον καταθλιπτικό ασθενή κάποιον κοινωνικό λειτουργό, ο οποίος θα αναλάβει να συζητήσει μαζί του σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

6.2.3 Συζυγική θεραπεία

Στην περίπτωση που το καταθλιπτικό άτομο πιστεύει ότι οι ρίζες της κατάθλιψής του βρίσκονται στη σχέση του με τον/την σύντροφό του, τότε η πιο κατάλληλη θεραπεία είναι η συζυγική ή αλλιώς θεραπεία ζεύγους.

Ο Μάνος (1997), αναφέρει ότι η θεραπεία αυτή έχει ως κύριο σκοπό να βοηθήσει τα άτομα, έτσι ώστε να επιλύσουν τις διαφορές που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της σχέσης τους (οικονομικές διαφορές, κοινωνικές διαφορές και διαφορές στη σεξουαλική τους ζωή).

Επιπλέον, η θεραπεία αυτή αποβλέπει στο να διασαφηνίσει τους προσωπικούς στόχους του κάθε ατόμου, να βοηθήσει ξεχωριστά τους συντρόφους, ώστε να κατανοήσουν τη διαστρεβλωμένη αντίδραση που ασκούν ο ένας στον άλλον και να συμβάλλει στη βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στο ζευγάρι.

Αυτού του είδους η θεραπεία είναι δυνατόν να συνδυαστεί με την ατομική ψυχοθεραπεία είτε αυτή γίνεται στον ένα, είτε και στους δύο συντρόφους. Επίσης, οι σύζυγοι που ακολουθούν αυτή τη θεραπεία, έχουν την ευκαιρία να πάρουν μέρος και σε ομαδικές ψυχοθεραπείες ζευγαριών.

6.2.4 Ομαδική ψυχοθεραπεία

Συχνά, ένα άτομο ωφελείται όταν έρχεται σε επαφή με ομάδες ατόμων που έχουν αντιμετωπίσει παρόμοιες δυσκολίες με αυτό. Κάτι τέτοιο, εξακολουθεί να ισχύει κατά τον Bloomfield και τον McWilliams (2003) και στην περίπτωση που ένα άτομο πάσχει από κατάθλιψη, αφού οι ομάδες αυτές, του προσφέρουν μέγιστες δυνατότητες προκειμένου να μοιραστεί μαζί τους το πρόβλημά του, αλλά και τις προσδοκίες που ενδεχομένως να έχει από τον εαυτό του. Εξάλλου, η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι αυτή που παρέχει στο

άτομο ψυχολογική υποστήριξη, η οποία το βοηθάει να αντιληφθεί ότι δεν είναι ο μοναδικός άνθρωπος που του συμβαίνουν αυτά, καθώς υπάρχουν πολλοί άνθρωποι στον κόσμο οι οποίοι βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση με αυτόν.

Δεν είναι τυχαίο βέβαια το γεγονός, ότι το θεωρητικό υπόβαθρο της ομαδικής ψυχοθεραπείας, είναι η ψυχανάλυση. Σε αυτή τη μορφή θεραπείας, ο ψυχοθεραπευτής κινητοποιεί τα άτομα να συζητούν μεταξύ τους τα προβλήματά τους, έτσι ώστε να είναι σε θέση και να κατανοήσουν πώς αυτά επιδρούν πάνω στον ίδιο τους τον εαυτό.

«Όσον αφορά τώρα στο μέγεθος της ομάδας, αυτό θα πρέπει να κυμαίνεται από 3 έως 15 μέλη, με άριστο τα 6 έως 10 μέλη. Ως προς τη σύνθεση της ομάδας, αυτή θα πρέπει να είναι ισορροπημένη στην ηλικία, στο φύλο και στο είδος των ψυχικών συγκρούσεων των μελών της, ώστε να υπάρχει και ποικιλία αλλά και έλλειψη ακραίων καταστάσεων και διαφορών».¹⁷

Τέλος, ο Buckman B. και η Charlish A. (2000), επισημαίνουν ότι κάθε μέλος μπορεί να συνδράμει στην πρόοδο των υπολοίπων μελών της ομάδας, διατυπώνοντας ερωτήσεις και κάνοντας καλοπροαίρετα σχόλια, έτσι ώστε να επαινέσει και να ενθαρρύνει τα άλλα μέλη της ομάδας.

6.2.5 Ψυχοθεραπεία

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), ψυχοθεραπεία ονομάζεται ένα είδος θεραπείας των ψυχικών διαταραχών, όπου ένας ειδικός εργάζεται από κοινού με τον ασθενή και με τη βοήθεια μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης – λεκτικού ή και μη λεκτικού χαρακτήρα – επιδιώκεται η αλλαγή των συμπεριφορών εκείνων του ασθενούς, οι οποίες χαρακτηρίζονται ακατάλληλες για την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του.

Πιο συγκεκριμένα, η Knight (2002) αναφέρει ότι, η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να επιλύσει τις εσωτερικές συγκρούσεις, οι οποίες είναι απωθημένες στο ασυνείδητο και ευθύνονται για την κατάθλιψη

¹⁷ Μάνος Ν.: ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 808.

του. Για να γίνει όμως αυτό, θα πρέπει ο ασθενής να αντιληφθεί πως συσχετίζεται το παρελθόν με το παρόν του και να εντοπίσει τα συναισθήματα εκείνα που τον κάνουν να νιώθει αδύναμος. Στη συνέχεια, αφού αντιληφθεί σε βάθος τα συναισθήματα αυτά, θα πρέπει να τα επεξεργαστεί, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αποκτήσει περισσότερη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση.

Οι Bloomfield και McWilliams (2003), υποστηρίζουν ότι για να μπορέσει ο ασθενής να πραγματοποιήσει όλα όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω, θα πρέπει να βοηθηθεί από κάποιον ειδικό θεραπευτή, ο οποίος θα είναι σε θέση να δει τα πράγματα από αντικειμενική σκοπιά. Έτσι, ο θεραπευτής έχει την ικανότητα να «βγάλει» από τον εσωτερικό κόσμο του ασθενούς πράγματα, που κανένας δεν μπορεί να φανταστεί και να τα φέρει προς την επιφάνεια. Αυτά μπορεί να είναι άγνωστες πτυχές του εαυτού του, που χωρίς κάποια συγκεκριμένη αιτία τις παραβλέπει, αν και ξέρει πολύ καλά ότι είναι έτσι.

Επιπρόσθετα, ο ειδικός θεραπευτής έχει τη δυνατότητα να μάθει στον ασθενή νέους τρόπους και ιδέες, ώστε η ζωή του να καταστεί πιο δημιουργική και ευχάριστη. Τούτο θεωρείται ένα σημαντικό στάδιο, αφού είναι αληθές ότι όσοι υποφέρουν από κατάθλιψη, κάνουν διάφορα πράγματα για τα οποία αισθάνονται ολοένα και πιο μειονεκτικά.

Επομένως, λοιπόν, ο βασικός στόχος της ψυχοθεραπείας – εκτός από την θεραπεία – κατά την Knight (2002), είναι να βοηθήσει τον ίδιο τον ασθενή να κατανοήσει από μόνος του τα αίτια που τον οδήγησαν στην κατάθλιψη, ώστε να είναι σε θέση να αναπτύξει νέους τρόπους και να μπορεί να οργανώνει τη ζωή του καλύτερα.

6.2.6 Γνωστική θεραπεία

Σύμφωνα με τον Bloomfield και τον McWilliams (2003), ο πρώτος που διατύπωσε, μελέτησε και πρωτοεφάρμοσε κλινικά τη γνωστική θεραπεία στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, είναι ο ψυχίατρος Aaron T. Beck.

Η λέξη «γνωστική» αφορά στον τρόπο που το άτομο σκέπτεται και αντιλαμβάνεται τη ζωή και γενικότερα τον κόσμο. Αν η γνώση του για τη ζωή

είναι θετική, τότε σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι πράξεις και η διάθεσή του θα είναι θετικές, καθώς και το αντίστροφο.

Κατά τον Buckman B. και την Charlish A. (2000), σκοπός της θεραπείας αυτής για την φροντίδα της κατάθλιψης, είναι να εντοπίσει και να αναγνωρίσει τις απαισιόδοξες, αρνητικές και διαστρεβλωμένες γνώσεις, στοχεύοντας στη δημιουργία ενός νέου πλαισίου, με ένα ακριβέστερο και πλέον τεκμηριωμένο πρίσμα. Με άλλα λόγια, η γνωστική θεραπεία θα βοηθήσει το κάθε άτομο να αντιληφθεί τον κόσμο με ακρίβεια, από την καλή και από την κακή πλευρά. Με αυτό τον τρόπο, ενισχύονται οι αισιόδοξες σκέψεις που έχουν τα άτομα και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να βελτιώνεται η διάθεσή τους και να εξαφανίζεται η κατάθλιψη.

Όταν ένα άτομο ακολουθεί τη μέθοδο της γνωσιοθεραπείας, οι ειδικοί θα του συστήσουν να κρατάει ημερολόγιο, όπου εκεί θα καταγράφει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη διάθεση που κάθε φορά έχει. Ακόμα, θα του ζητηθεί να βάλει νέους στόχους και να κατορθώσει να φέρει σε πέρας κάποιες δραστηριότητες.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Aaron T. Beck, αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό, τον άμεσο διαπροσωπικό κόσμο και το μέλλον – η γνωστική τριάδα – κυριαρχούν στην κατάθλιψη, όπως και οι σιωπηλές αρνητικές υποθέσεις και σφάλματα λογικής ή οι γνωστικές παραμορφώσεις, όπου είναι οι ακόλουθες:

- **Διχοτομικός τρόπος σκέψης** (το άτομο βλέπει τα πράγματα από την πλευρά του όλα ή τίποτα).
- **Αυθαίρετη εξαγωγή συμπερασμάτων** (το άτομο βγάζει λανθασμένα αρνητικά συμπεράσματα).
- **Ελαχιστοποίηση ή μεγιστοποίηση** (το άτομο ελαχιστοποιεί ή μεγιστοποιεί τα γεγονότα προς την αρνητική τους όμως πλευρά).
- **Υπεργενίκευση** (το άτομο βγάζει αρνητικά συμπεράσματα από ένα μεμονωμένο αρνητικό γεγονός).

- **Επιλεκτική προσοχή ή επιλεκτική αφαίρεση** (το άτομο μειώνει την όλη εμπειρία με την επιλογή μιας αρνητικής λεπτομέρειας).
- **Προσωποποίηση** (το άτομο ερμηνεύει πως τα γεγονότα αντανακλούν στην προσωπική του αξία, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι έτσι).

Οι παραπάνω γνωστικές παραμορφώσεις, αποτελούν τη βάση των αυτόματων αρνητικών σκέψεων.

Όπως αναφέρει ο Μάνος (1997), ο ρόλος του θεραπευτή στη γνωστική θεραπεία είναι εκπαιδευτικός. Ακόμα, προσπαθεί να διατηρήσει μια θετική θεραπευτική συμμαχία και αποφεύγει κινήσεις που θα μπορούσαν να θεωρηθούν εξουσιαστικές, όπως ερωτήσεις τύπου ανάκρισης ή χειρισμού του ασθενούς, τα οποία μπορούν να δυναμώσουν τα αρνητικά αισθήματα που τον διακατέχουν.

Χρειάζεται να επισημανθεί ακόμα ότι η γνωστική θεραπεία είναι βραχείας διάρκειας (15 – 20 συνεδρίες) και συμπεριλαμβάνει εξειδικευμένες στρατηγικές.

6.2.7 Διαπροσωπική θεραπεία

Δεδομένου ότι οι σχέσεις του καταθλιπτικού ατόμου με τους γονείς του, τους φίλους, τους συγγενείς, τον ερωτικό του σύντροφο και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον είναι ιδιαίτερα προβληματικές, η διαπροσωπική θεραπεία κατά τον Bloomfield και τον McWilliams (2003), μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην εξομάλυνση αυτών των δύσκολων σχέσεων. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω της ενίσχυσης που προσδίδει αυτή η θεραπεία στους ανθρώπους, προκειμένου να αποδεχθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν με τα άλλα άτομα και να θέσουν ένα τέρμα σε αυτά.

Αλλά και ο Buckman και η Charlish (2000), αναφέρουν ότι η διαπροσωπική θεραπεία, δίνει τη δυνατότητα σε ένα καταθλιπτικό άτομο να εξετάσει προσεκτικά τις αντιδράσεις του, απέναντι στις ραγδαίες αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή του, όπως είναι ο θάνατος, το διαζύγιο, η ανεργία, η

συνταξιοδότηση, η εμμηνόπαυση, έτσι ώστε να καταφέρει να ελέγχει τα συναισθήματά του. Πρόκειται δηλαδή για μια θεραπεία που επικεντρώνεται στα γεγονότα του σήμερα και όχι με ότι συνέβη κάπου, κάποτε στο μακρινό παρελθόν.

Οι στρατηγικές και οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί η διαπροσωπική θεραπεία κατά τον Μάνο (1997), για την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων – που είναι και ο βασικός στόχος της – είναι οι υποστηρικτικές και συμπεριφορές από την μία και οι κατευθυντικές και διερευνητικές από την άλλη.

Η θεραπεία αυτή διαχωρίζεται σε δύο φάσεις:

α) Αρχική φάση: Αποσκοπεί στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του καταθλιπτικού ασθενούς. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της διερεύνησης των διαπροσωπικών του σχέσεων, της συλλογής πληροφοριών και της καθυσύχασης που του παρέχει ο θεραπευτής.

β) Κύρια φάση: Στοχεύει στην τροποποίηση – καλύτερευση των διαπροσωπικών σχέσεων και στην κοινωνική προσαρμογή του καταθλιπτικού ατόμου. Σε αυτή τη φάση, ο ασθενής βοηθιέται να διευκρινίσει τις απαιτήσεις που έχει από τους άλλους ανθρώπους, έτσι ώστε να καθοδηγηθεί με την συμπαράσταση του θεραπευτή σε νέους τρόπους σχέσης με τα άλλα άτομα.

Επίσης, ο ασθενής εκπαιδεύεται στην ανάληψη κοινωνικών δεξιοτήτων και στην τροποποίηση της τωρινής του συμπεριφοράς, στην περίπτωση που αυτή μειονεκτεί καθώς και στην δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων.

Τέλος, όσον αφορά το ρόλο του θεραπευτή στην διαπροσωπική θεραπεία, αυτός συνίσταται στο ότι:

*«Είναι ένας καλοήθης σύμμαχος του ασθενούς που προσφέρει υποστήριξη, συμβουλές, καθυσύχαση, ενθάρρυνση και εκπαίδευση. Η στάση του είναι τόσο διερευνητική όσο και κατευθυντική».*¹⁸

¹⁸ Μάνος Ν.: ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 822.

6.2.8 Θεραπεία συμπεριφοράς

Αυτή η θεραπεία είναι δυνατόν να απευθύνεται σε άτομα τα οποία εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς ή συγκεκριμένα συμπτώματα. Κατά τον Μάνο (1997), τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι: ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, κατάθλιψη, άγχος, ντροπαλότητα, φόβος, προβλήματα γάμου, παχυσαρκία, κάπνισμα, αλκοολισμός, παραπτωματική συμπεριφορά.

Ο κύριος στόχος της θεραπείας αυτής σύμφωνα με τον Buckman B. και την Charlish A. (2000), είναι να μάθει το άτομο και να ελέγχει αυτή την προβληματική συμπεριφορά του, έτσι ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις, με περισσότερη αυτοπεποίθηση. Για το λόγο αυτό, οι ειδικοί θεραπευτές έχουν εφαρμόσει κάποιες τεχνικές με τις οποίες βοηθούνται τα άτομα να ελέγξουν και να αποβάλλουν τις συμπεριφορές αυτές.

Ο Hauck P. (2003) αναφέρει ότι ο ειδικός θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει τη μέθοδο της ύπνωσης, έτσι ώστε να βοηθήσει το άτομο να φανταστεί τις καταστάσεις που του προκαλούν κατάθλιψη, άγχος ή φόβο. Με αυτή τη μέθοδο, το άτομο κατορθώνει σταδιακά να μην εμφανίζει πια τις συμπεριφορές αυτές, στις συγκεκριμένες καταστάσεις.

Επίσης, ο Buckman B. και η Charlish A. (2000) αναφέρουν ότι ο θεραπευτής ενθαρρύνει το άτομο να έρθει σε συνεχείς επαφές με το αντικείμενο ή την κατάσταση για τα οποία αισθάνεται φόβο ή άγχος αφού πρώτον του αποδείξει πως δεν θα πάθει κακό. Εφόσον το άτομο μάθει να ελέγχει τις συμπεριφορές του, τότε θα είναι πλέον σε θέση να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις πιο αποτελεσματικά.

6.2.9 Ψυχανάλυση

Αυτού του είδους η θεραπεία κατά τον Hauck (2003), έχει ως σκοπό να βοηθήσει τους ασθενείς να επιλύσουν συγκρούσεις συναισθηματικού τύπου, οι οποίες προέρχονται κυρίως από την παιδική ηλικία.

Ο Μάνος (1997) υποστηρίζει ότι για να πραγματοποιηθεί ψυχανάλυση σε ασθενείς με ψυχωτικά προβλήματα θα πρέπει το άτομο:

α) Να μην είναι μεγάλης ηλικίας (από 40 ετών και κάτω) ώστε να μπορεί να υπάρξει μεταβολή της προσωπικότητάς του.

β) Να είναι ισχυροποιημένο το εγώ του, ώστε να μπορεί με τη μέθοδο της παλινδρόμησης να ανατρέχει σε προηγούμενα γεγονότα της ζωής και να συνειδητοποιεί βιώματα της παιδικής ηλικίας που βρίσκονται στο ασυνείδητό του.

γ) Να έχει τη δυνατότητα να αντέχει στη στέρηση της άμεσης ικανοποίησης των επιθυμιών του (δηλαδή μια κατάσταση η οποία χαρακτηρίζει τη μέθοδο της ψυχανάλυσης).

δ) Να μπορεί να εμφανίζει έναν τρόπο ζωής, ο οποίος να μπορεί και να αλλάζει ρεαλιστικά.

Στην ψυχανάλυση, ο ειδικός έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει κάποιες τεχνικές, όπως αυτή του ελεύθερου συνειρμού. Εδώ, ο πελάτης μπορεί να εκφράσει ελεύθερα στον ψυχαναλυτή ο,τιδήποτε του έρθει στο νου, ακόμη και πράγματα τα οποία θεωρούνται απόκρυφα, αφού στην ουσία δεν επιλέγει τι θα πει. Αυτή την τεχνική ο Μάνος (1997), την ονομάζει βασικό κανόνα της ψυχανάλυσης.

Μία άλλη τεχνική που χρησιμοποιείται στην ψυχανάλυση και αναφέρθηκε πιο πριν, είναι η δημιουργία κατάστασης τεχνητής στέρησης στον πελάτη, η οποία τον κάνει να παλινδρομεί σε φάσεις της παιδικής ηλικίας, όπου διέπονταν από συγκρούσεις. Έτσι, ο ειδικός χρησιμοποιεί ένα ανάκλιτρο όπου ο πελάτης κάθεται ακίνητος χωρίς να μπορεί να βλέπει τον ψυχαναλυτή ή να επικοινωνεί μαζί του. Ο ψυχαναλυτής από μέρους του, βρίσκεται κοντά στον πελάτη χωρίς όμως να τον παρατηρεί – κοιτάζει, αφού επιδιώκει την πρόκληση στέρησης στον πελάτη από τη μη άμεση εκτόνωση των επιθυμιών του. Επομένως, αυτή η στέρηση, αυξάνει τις επιθυμίες που

έχουν απωθηθεί στο ασυνείδητο, εμφανίζονται οι μηχανισμοί άμυνας και έτσι γίνεται πιο εύκολη η ανάλυση.

Τέλος, ο ψυχαναλυτής με την τεχνική της ερμηνείας παρεμβαίνει στις τωρινές συγκρούσεις του πελάτη και προσπαθεί να τις συσχετίσει με εκείνες του παρελθόντος, δηλαδή τις παιδικές. Επίσης, μπορεί να ερμηνεύει τους συμβολισμούς των ονείρων του πελάτη και να τους συσχετίζει με την τεχνική του ελεύθερου συνειρμού που έχει προηγηθεί, αφού σε αρκετές περιπτώσεις φανερώνονται επιθυμίες και φαντασιώσεις απωθημένες από την παιδική ηλικία.

Η μέθοδος της ψυχανάλυσης μπορεί να επαναληφθεί τέσσερις έως πέντε φορές εβδομαδιαίως και μπορεί να διαρκέσει δύο έως πέντε χρόνια ή και περισσότερο.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού αποκτά καθοριστική σημασία στο χώρο της ψυχικής υγείας, δεδομένου ότι η αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενούς και ιδιαίτερα του καταθλιπτικού ασθενούς, είναι μια σύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία.

Εξαιτίας αυτής της πολυπλοκότητας που παρουσιάζει η συγκεκριμένη νόσος, ο κοινωνικός λειτουργός εντάσσεται σε μια διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, η οποία αποτελείται από τους εξής ειδικούς: κοινωνικό λειτουργό, ψυχίατρο, ψυχολόγο, επισκέπτη υγείας και προσπαθεί μέσω σχεδιασμένων ενεργειών να συμβάλλει αποτελεσματικά στην επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί από τη διεπιστημονική ομάδα, σε ό,τι αφορά στη θεραπευτική αποκατάσταση του πάσχοντος.

Κατά την Κονταράκη Α. (1991), το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα που έχει ο κοινωνικός λειτουργός σε σύγκριση με τους άλλους επιστήμονες ψυχικής υγείας είναι:

- Οι εμπειριστατωμένες γνώσεις του για την αρωγή που προσφέρουν οι κοινωνικές υπηρεσίες του κάθε νόμου.
- Η ικανότητα που έχει στο να συνεργάζεται και να παρεμβαίνει δραστικά στους φορείς της κοινότητας, καθώς και
- Η πρόσφορη βοήθεια που δίνει στους εξυπηρετούμενους και η οποία μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην ελάττωση των κλινικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

Από την άλλη πλευρά, οι εξυπηρετούμενοι θα πρέπει να αναγνωρίζουν την αξία της πρόσφορης βοήθειας και της συναισθηματικής στήριξης που τους παρέχεται από τον κοινωνικό λειτουργό. Και είναι πλέον κοινώς αποδεκτό από τους επιστήμονες – βάσει μελετών – ότι οι εξυπηρετούμενοι είναι πιο δεκτικοί στην προσφορά εξειδικευμένης βοήθειας, όταν έχουν εντοπιστεί και καλυφθεί οι ανάγκες της καθημερινής ζωής.

Καθοριστικό ρόλο για τον πάσχοντα σε αυτή την κρίσιμη περίοδο της ζωής του, διαδραματίζει η ψυχοσυναισθηματική στήριξη που οφείλει να του παρέχει ο κοινωνικός λειτουργός, διότι ο πάσχων από κατάθλιψη επιδιώκει να κλείνεται στο σπίτι του και να διακόπτει κάθε επαφή με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Επομένως λοιπόν, ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να επισημαίνει στον πάσχοντα, ότι η κατάθλιψη είναι μεν μια ιάσιμη ασθένεια, εφόσον αντιμετωπιστεί έγκαιρα με τη βοήθεια των ειδικών επιστημόνων. Επιπλέον, αξίζει να του επισημάνει ότι οι σκέψεις ενοχής και αυτοκατηγορίας που νιώθει, είναι υπερβολικές και δεν υφίστανται ουσιαστικά, δεδομένου ότι ο ασθενής είναι ανίκανος να εκτιμήσει ρεαλιστικά την απόδοσή του στις καθημερινές ασχολίες.

Όσον αφορά στην εισαγωγή του καταθλιπτικού ασθενούς σε ψυχιατρική μονάδα, ο κοινωνικός λειτουργός και τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας ψυχικής υγείας, συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία αυτή και συμπαραστέκονται σε εκείνον και την οικογένειά του, καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Κατά τον Σταθόπουλο Π. (1999), για την αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του πάσχοντος από κατάθλιψη, ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί τις εξής μεθόδους:

α) Κοινωνική εργασία σε μικρο-επίπεδο με το καταθλιπτικό άτομο, την οικογένειά του, καθώς και με ομάδες

Αρχικά, ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται από κοινού με τον ασθενή προκειμένου να αποδεχτεί την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, τον βοηθάει να εκφράσει τα συναισθήματά του και προσπαθεί να τον κινητοποιήσει, «βγάζοντάς» τον από την εσωστρέφεια την οποία νιώθει.

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται και με το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, το οποίο αρκετές φορές διακατέχεται από αισθήματα ντροπής, ενοχής, θυμού και απομακρύνεται από αυτόν (ασθενή). Παρεμβαίνοντας λοιπόν ο κοινωνικός λειτουργός στο οικογενειακό περιβάλλον, το ενθαρρύνει να εκφράσει τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει, γιατί μόνο τότε μπορεί να υποστηρίξει ουσιαστικά το άτομο. Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός δεν σταματά να κρατάει επαφή με την οικογένεια – κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς ή ακόμη και μετά από αυτήν – ώστε να μην χαλαρώνουν οι δεσμοί και το ενδιαφέρον του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Στο διάστημα της θεραπείας του ασθενούς, ο κοινωνικός λειτουργός έχει τη δυνατότητα να εργαστεί και με ομάδες. Στόχος του είναι να δημιουργήσει ομάδες ατόμων που αντιμετωπίζουν την ίδια ασθένεια (κατάθλιψη) ή το ίδιο πρόβλημα (προσαρμογή στο ίδρυμα, επαγγελματική αποκατάσταση), ώστε να ενθαρρυνθούν τα μέλη να εκφράσουν τους φόβους και τα συναισθήματα που νιώθουν. Τέτοιου είδους ομάδες μπορεί να δημιουργήσει και με τις οικογένειες των καταθλιπτικών ασθενών.

β) Κοινωνική εργασία σε μακρο-επίπεδο

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται και με την ευρύτερη κοινότητα του ασθενούς, με στόχο την ομαλή επανένταξή του μέσα σε αυτήν αλλά και την επαγγελματική του αποκατάσταση, αφού το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά, είναι η εύρεση εργασίας και η κοινωνική τους απομόνωση. Έτσι, για τη διαμόρφωση θετικής στάσης και αποδοχής των καταθλιπτικών ασθενών από την κοινότητα, απαιτείται σωστή πληροφόρηση

και ενεργοποίηση τόσο της κοινής γνώμης, όσο και των επισήμων δικτύων κοινωνικής φροντίδας για τη δημιουργία, χρηματοδότηση και πολιτική υποστήριξη των αναγκαίων υπηρεσιών. Ακόμη, ο κοινωνικός λειτουργός μεριμνά για την ασφαλιστική κάλυψη των ατόμων αυτών και για την ένταξή τους στα προγράμματα οικονομικής ενίσχυσης που εφαρμόζονται από την κοινωνική πρόνοια της κάθε περιοχής.

Εκτός από τις μεθόδους που χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία του με τους ψυχικά ασθενείς, καλείται να αναλάβει και κάποιους ρόλους οι οποίοι κατά τον Μουζακίτη (1988), θεωρούνται αρκετά βασικοί για την αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής περίθαλψης.

➤ **Διαγνωστικός ρόλος**

Στο χώρο της ψυχικής υγείας, ο ρόλος αυτός του κοινωνικού λειτουργού, είναι ένας ρόλος «κλειδί» όπως και του ψυχιάτρου και έχει σημαίνουσα αξία για την εκπλήρωση των θεραπευτικών στόχων που τίθενται από τη διεπιστημονική ομάδα.

Θα ήταν αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι ο κοινωνικός λειτουργός δεν εργάζεται για τον ψυχίατρο, αλλά δρα από κοινού με αυτόν και τους υπόλοιπους εξειδικευμένους επιστήμονες προς όφελος του ασθενούς. Για τη συλλογή στοιχείων και επιπρόσθετων πληροφοριών, ο κοινωνικός λειτουργός προβαίνει στη λήψη κοινωνικού και οικογενειακού ιστορικού με τη συνακόλουθη εκτίμηση των αιτιών που οδηγούν στην έναρξη της νόσου. Επιπλέον, μέσα στη θεραπευτική ομάδα ο κοινωνικός λειτουργός έχει πρωτεύοντα ρόλο, διότι είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος και προδιατεθειμένος να εισέλθει στο περιβάλλον, στο οποίο ζει ο ασθενής του, χωρίς να νιώθει ότι μειώνεται η επαγγελματική του αξία.

➤ **Συμβουλευτικός ρόλος**

Ο κοινωνικός λειτουργός, κατέχοντας το συμβουλευτικό ρόλο που είναι εξίσου σπουδαίος με τον διαγνωστικό, λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος μεταξύ της ψυχιατρικής μονάδας στην οποία εισάγεται και νοσηλεύεται ο ασθενής, καθώς και της οικογένειας αυτού. Ο ρόλος αυτός, συνίσταται σε προκαθορισμένες χρονικά συναντήσεις με το εγγύς περιβάλλον του πάσχοντα, προκειμένου να ευαισθητοποιηθεί στην αποδοχή και κατανόηση της φύσης του προβλήματος του ασθενούς και στην ανάπτυξη συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων που θα συμβάλλουν στην καλύτερη διαχείριση του προβλήματός του.

Συν τοις άλλοις, ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να ενημερώνει και να υποστηρίζει την οικογένεια του πάσχοντα, όταν αυτή αντιμετωπίζει επείγοντα πρακτικά ζητήματα που απαιτούν άμεση λύση. Ο συμβουλευτικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, δεν έρχεται σε σύγκρουση με το ρόλο του ψυχιάτρου, αλλά αντίθετα θεωρείται συμπληρωματικός, αφού τον αποδεσμεύει από την συνεχή ενασχόλησή του με τον ασθενή.

➤ **Θεραπευτικός ρόλος**

Ο κοινωνικός λειτουργός που εξασκεί το επάγγελμά του σε ψυχιατρική μονάδα, αναλαμβάνει το ρόλο του θεραπευτή, χάρη στις κατάλληλες γνώσεις και την ευαισθησία που διαθέτει. Θα πρέπει εν τούτοις, να διασαφηνιστεί ότι η έννοια «θεραπεία» δεν αναφέρεται μονάχα στην κλινική – ψυχαναλυτική παρέμβαση, αλλά ως επί το πλείστον σε μια ψυχοδυναμική – συστημική προσέγγιση, με απώτερο στόχο τη βελτίωση των σχέσεων, την απόκτηση γνώσεων σε ό,τι αφορά στα προβλήματα, στην προσαρμογή στο οικογενειακό και στο κοινωνικό περιβάλλον, στην απόκτηση δεξιοτήτων για την επίλυση καθημερινών ζητημάτων, καθώς και υποστηρικτική εργασία.

Θα πρέπει να τονιστεί πως η πραγματοποίηση μεθοδικής υποστηρικτικής εργασίας από τον κοινωνικό λειτουργό – στο χώρο διαβίωσης του ασθενούς – βοηθά έτσι ώστε να παραμένει ο ασθενής μέσα στην

κοινωνία, ειδάλλως θα ήταν αναγκασμένος να εισέρχεται αδιάκοπα στην ψυχιατρική μονάδα, με κίνδυνο να χαρακτηριστεί ως ασθενής με χρόνια πάθηση, λαμβάνοντας μόνο φαρμακευτική αγωγή.

Για να αποφευχθεί αυτός ο χαρακτηρισμός θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να παρέχει βοήθεια στο άτομο, η οποία θα αφορά στην ψυχολογική, οικογενειακή και επαγγελματική του αποκατάσταση στην κοινωνία όπου διαμένει. Επομένως, κατέχοντας ο κοινωνικός λειτουργός το ρόλο αυτό, συμβάλλει στην κοινωνική επανένταξη του ατόμου και στη βελτίωση της ψυχικής του υγείας.

➤ **Ρόλος χειριστή ομάδας**

Σε μια ψυχιατρική μονάδα, ο κοινωνικός λειτουργός έχει τη δυνατότητα να δημιουργήσει ομάδες οι οποίες αποτελούνται από ασθενείς. Ο αριθμός των μελών είναι συνήθως μικρός και ο χαρακτήρας των ομάδων μπορεί να είναι ψυχαγωγικός ή επιμορφωτικός. Επιπλέον, μέσα στην ομάδα ο κοινωνικός λειτουργός έχει σαν σκοπό την ενεργοποίηση των μελών και την επανασύνδεσή τους με την πραγματικότητα, τη δημιουργία στενότερων επαφών αναμεταξύ τους, καθώς και την εξοικείωσή τους μέσα στην ψυχιατρική μονάδα αλλά και με τη θεραπευτική διαδικασία.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονιστεί ότι αυτού του είδους οι ομάδες, βοηθούν τους ψυχικά νοσούντες να αποφύγουν το αίσθημα της μοναξιάς, το οποίο βιώνουν συχνά μέσα στην κλινική, αλλά θεωρούνται επίσης και ως ένα ωφέλιμο μέσο για τη διάγνωση και τη διαχείριση των ατομικών περιπτώσεων από τους ειδικούς θεραπευτές.

➤ **Ρόλος του οργανωτή**

Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε μια ψυχιατρική μονάδα, αναλαμβάνει και το ρόλο του οργανωτή ο οποίος συσχετίζεται άμεσα με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον που εξυπηρετεί η συγκεκριμένη μονάδα. Εξάλλου, για την επίτευξη των προγραμμάτων που αναφέρονται σε

ψυχιατρικά ασθενείς, απαιτείται η ενεργοποίηση και η συμπαράσταση του κοινοτικού αλλά και του κοινωνικού περιβάλλοντος που τα παρέχουν. Σε αυτή τη φάση το έργο του κοινωνικού λειτουργού έγκειται στο να εντοπίσει κάποιες υποστηρικτικές πηγές μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον του πάσχοντα, αλλά και να βοηθήσει στην οργάνωσή τους. Ακόμη επιδιώκει να ενημερωθεί και να εργαστεί από κοινού με ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς, αλλά και να ενημερώσει την ευρύτερη κοινότητα.

Έχοντας ως κατευθυντήριες γραμμές τα ανωτέρω, ο κοινωνικός λειτουργός συμβάλλει άμεσα στη θεραπεία του ασθενούς και εκτός του νοσοκομείου. Όμως, στον ελληνικό χώρο κάτι τέτοιο δεν φαίνεται να ισχύει, αφού το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς δεν δέχεται πάντοτε την περίθαλψη και την επανένταξή του στο κοινωνικό περιβάλλον. Επιπλέον, χωρίς την προσφορά των κοινωνικών λειτουργών και του οργανωτικού έργου τους – μέσα στην κοινότητα – δεν είναι εφικτό να υπάρξει σωστή θεραπεία των ψυχιατρικά ασθενών.

Ένα άλλο στοιχείο που θεωρείται σχεδόν ανύπαρκτο στη χώρα μας και αφορά τους ψυχιατρικά ασθενείς, είναι η προσφορά εργασίας από εθελοντές. Ωστόσο, η οργάνωση εθελοντών μονάχα από τον κοινωνικό λειτουργό και υπό την επίβλεψη της κοινωνικής υπηρεσίας της συγκεκριμένης ψυχιατρικής μονάδας, δεν θεωρείται αποτελεσματική αν δεν συμβάλλουν και τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας στην αναγνώριση του έργου των εθελοντών και στην περαιτέρω εκπαίδευσή τους.

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ: ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα δικαιώματα των ασθενών αλλά και ευρύτερα των πολιτών στον τομέα της παροχής των υπηρεσιών υγείας, είναι ένα θέμα που απασχολεί έντονα τις σύγχρονες κοινωνίες, τα τελευταία χρόνια. Στη χώρα μας τα Δικαιώματα των ασθενών στον τομέα της Υγείας προστατεύονται έμμεσα από το Σύνταγμα, το Δίκαιο και τους διάφορους επαγγελματικούς κώδικες.

Με το Νόμο 1397/83 που καθιέρωσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, διακηρύχθηκε το βασικό δικαίωμα ισότιμης παροχής Υπηρεσιών Υγείας σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική του κατάσταση και τον τρόπο της κατοικίας του, καθώς και η ευθύνη του κράτους για την παροχή Υπηρεσιών Υγείας στο σύνολο των πολιτών με την οργάνωση ενιαίου συστήματος. Με το άρθρο 21 ορίζονται οι φορείς για την παροχή της ψυχιατρικής περίθαλψης, οι οποίοι θα αναφερθούν αναλυτικότερα στη συνέχεια (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία, ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία).

Το άρθρο αυτό αντικαταστάθηκε από το Νόμο 2071/92, που περιόρισε σημαντικά την «διακήρυξη» του Νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), στην εξασφάλιση από το κράτος του δικαιώματος και της δυνατότητας των πολιτών να επιλύουν προληπτικά και θεραπευτικά τα προβλήματα υγείας με διαδικασίες ελεύθερης επιλογής και σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, διατύπωσε όμως με το άρθρο 47, τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών.

Με το Νόμο 2194/94, επανήλθε σε ισχύ η βασική αρχή του Νόμου 1397/83 και επειδή η διατύπωση των Δικαιωμάτων έστω και Νομοθετικά δεν είναι τελικά αρκετή, αν παράλληλα δεν υπάρχουν και οι μηχανισμοί

προστασίας τους, το 1997 με το Νόμο 2519 οι διατάξεις αυτές ουσιαστικοποιούνται και ορίζονται ρητά τα όργανα για την Προστασία των Δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, αλλά και όλων των πολιτών.

Έτσι, σύμφωνα με το Νόμο αυτό, συνίσταται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων των ασθενών και η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ασθενών, που έχουν και την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης του θέματος. Τα όργανα αυτά, έχουν ένα ιδιαίτερο, σημαντικό ρόλο ενημέρωσης, ελέγχου, παρακολούθησης και εισήγησης για λήψη μέτρων σε όλο το ευρύ φάσμα των Δικαιωμάτων των πολιτών, σε σχέση με τις Υπηρεσίες Υγείας.

Παράλληλα, αναπτύχθηκαν αντίστοιχες υπηρεσίες και προγράμματα εντός και εκτός των νοσοκομείων. Εκείνο που πρέπει να τονιστεί είναι ότι για να υπάρξει ουσιαστικό αποτέλεσμα πρέπει να συνειδητοποιήσουμε όλοι, ότι έχουμε υποχρέωση να προστατεύουμε τα Δικαιώματα των ασθενών και να τους ενημερώνουμε γι' αυτά. (Βλ. Παράρτημα Α').

ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

1. Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Ψ.Υ.)

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, δημιουργήθηκαν το 1987. Προσφέρουν υπηρεσίες κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης ή αποκατάστασης για τους ψυχικά ασθενείς. Επιπλέον, προσφέρουν υπηρεσία οικογενειακής ψυχοθεραπείας, συμβουλευτικό ψυχιατρικό τμήμα ενηλίκων, ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία, υπηρεσία θεραπείας συμπεριφοράς, νοσοκομείο ημέρας, κέντρο νεότητας και συμβουλευτικής εφήβων καθώς και νοσοκομειακό ξενώνα.

- ΑΘΗΝΑ: Βασιλείου Ηρακλείου 8, Τηλ. (210) 8211220-8211401
- ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Καυτατζόγλου 36, Τηλ. (2310) 845130-845900
- ΠΑΤΡΑ: Αθανασίου Διάκου 35-Υψηλά Αλώνια, Τηλ. (2610) 366666
- ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ: Ψαρομηλλίγων και Βλαστών Τηλ. (2810) 285819

2. Κέντρα Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ.)

Τα κέντρα αυτά άρχισαν να λειτουργούν σε συγκεκριμένο γεωγραφικό και πληθυσμιακό τομέα και σήμερα συνδέονται με το νοσοκομείο ημέρας και το Πανεπιστημιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Σκοπός των Κέντρων Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, όπως και των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, είναι η πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη.

- Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου: Φερεκίδου 5,
Τηλ. (210) 7016590

3. Κινητές Μονάδες Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου

Λειτουργούν στους νόμους Έβρου και Φωκίδας και αποσκοπούν στην:

- α) ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του συγκεκριμένου πληθυσμού σχετικά με την ψυχιατρική περίθαλψη,
 - β) πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών νόσων,
 - γ) ερευνητική εργασία και εκπαίδευση του προσωπικού, το οποίο εργάζεται σε τομείς της ψυχικής υγείας.
- Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης: Τηλ. (25510) 20287

4. Ψυχιατρικές Κλινικές σε Γενικά Νοσοκομεία

Βρίσκονται μέσα στα Γενικά Νοσοκομεία και ξεκίνησαν τη λειτουργία τους στην Ελλάδα το 1986. Στόχος τους είναι η παρακολούθηση και η εξέταση των ασθενών σε εξωτερικά ιατρεία, η περιορισμένης διάρκειας νοσηλεία, η παρέμβαση υπηρεσιών μέσα στο σπίτι, καθώς και η ερευνητική διαδικασία.

- Αιγινήτειο Νοσοκομείο : Βας. Σοφίας 72, Τηλ. (210) 7289400
- Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»: Υψηλάντου 45-47, Τηλ. (210) 7218292
- Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών:Μεσογείων 54, Τηλ.(210) 7787341
- Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου: Τηλ. (2610) 999713

5. Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Σκοπός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, πρόληψη, θεραπεία και συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του ασθενούς. Επιπροσθέτως, μπορεί να περιλαμβάνει και Μονάδες Μερικής Νοσηλείας (ημερησίας ή νυκτερινής).

- ΑΘΗΝΑ:Πλούτωνος-Ηφαίστου, Τηλ. (210) 5756226
- ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Καραολή-Δημητρίου 1, Τηλ. (2310) 516240
- ΠΑΤΡΑ: Επιδαύρου 8, Τηλ. (2610) 452919

6. Μονάδα Πληροφόρησης και Συμβουλευτικής Στήριξης Γυναικών για την Κοινωνική Ένταξη

Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται κυρίως σε γυναίκες που αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αλλά και σε γυναίκες που απειλούνται με κοινωνικό αποκλεισμό. Οι στόχοι του προγράμματος αυτού είναι οι εξής:

- α) η προώθηση της ισότητας των ευκαιριών για τις γυναίκες, σε όλους τους τομείς της πολιτικής, οικονομικής και κοινωνικής ζωής,
 - β) η διευκόλυνση της πρόσβασης των γυναικών στην απασχόληση,
 - γ) η ενδυνάμωση των γυναικών για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων κοινωνικών προβλημάτων τους,
 - δ) η δημιουργία νέων πρακτικών για τη διαφορετική στάση αντιμετώπισης των γυναικών,
 - ε) η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας για την άμβλυνση της περιθωριοποίησης των γυναικών, καθώς και
 - στ) η ανάπτυξη συνεργασίας με φορείς που δραστηριοποιούνται σε ανάλογα θέματα.
- ΑΘΗΝΑ: Τηλ. (210) 3212690
 - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Τηλ. (2310) 517959
 - ΠΑΤΡΑ: Τηλ. (2610) 620059
 - ΗΡΑΚΛΕΙΟ: Τηλ. (2810) 341387
 - ΒΟΛΟΣ: τηλ. (24210) 78218

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εργασία αυτή αποτέλεσε μια προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου της κατάθλιψης γενικά και ειδικότερα σε μια πιο συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, τις γυναίκες. Η κατάθλιψη είναι μια ψυχολογική κατάσταση που μπορεί να βιώσει κάθε άνθρωπος, σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του.

Διάφορα ιστορικά κείμενα καταδεικνύουν την ύπαρξη της νόσου αυτής από αρχαιοτάτων χρόνων καθώς σε ορισμένα αρχαία κείμενα γίνεται λόγος για μελαγχολία, για καταθλιπτική διάθεση (Όμηρος), για μανία (Ιπποκράτης), ενώ και σε μεταγενέστερους αιώνες ασχολήθηκαν συστηματικότερα με το φαινόμενο αυτό αρκετοί ψυχίατροι (Pinel, Baillarger, Kraepelin).

Στην εποχή μας η νόσος αυτή έχει πάρει αυξητικές διαστάσεις, επηρεάζοντας πολλούς τομείς της ζωής των ανθρώπων, με αποτέλεσμα να υποφέρουν για αρκετό χρονικό διάστημα.

Μεγάλη μερίδα του πληθυσμού συνήθως συγχέει την κατάθλιψη με άλλους όρους της ψυχιατρικής επιστήμης, όπως με την μελαγχολία, τη θλίψη και το άγχος, αδυνατώντας πολλές φορές να αντιληφθούν τις διαφορές που τις χαρακτηρίζουν. Σύμφωνα με την εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, όπου παρατίθεται ορισμός, κατάθλιψη είναι:

«Μια παθολογική κατάσταση ψυχικού πόνου που συνοδεύεται από σημαντική πτώση του αισθήματος της προσωπικής αξίας, προσωρινή και αντιστρεπτή μείωση της πνευματικής, της ψυχοκινητικής ακόμα και της οργανικής δραστηριότητας».

Το φαινόμενο αυτό, διακρίνεται σε κάποιες ειδικές μορφές ενώ γίνονται και κάποιες περαιτέρω διακρίσεις με βάση κάποιους συγκεκριμένους τύπους και βαθμούς με τους οποίους εμφανίζεται η νόσος αυτή.

Πιο συγκεκριμένα, μελετώντας το θέμα της κατάθλιψης, διαπιστώσαμε ότι τα ποσοστά της νόσου στις γυναίκες είναι διπλάσια από ότι στους άνδρες,

γεγονός που ενισχύεται από διάφορες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Η διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου στα 2 φύλα οφείλεται στο γεγονός ότι άνδρες και γυναίκες εκτίθενται σε διαφορετικούς περιβαλλοντολογικούς και εξελικτικούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες καθώς και στην επίδραση διαφορετικών βιολογικών παραγόντων. Για παράδειγμα, αρκετές γυναίκες υποφέρουν από άγχος και κατάθλιψη κατά την προεμμηνορρυσιακή περίοδο, κατά τη διάρκεια της κύησης ή την επιλόχεια περίοδο ή κατά την αποβολή, κατά την έκτρωση και κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης, δηλαδή σε περιόδους που βιώνονται αποκλειστικά από τη γυναίκα, γεγονός που επεξηγεί εν μέρει το αυξημένο ποσοστό της κατάθλιψης στις γυναίκες.

Εκτός όμως, από τους βιολογικούς παράγοντες, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η έκθεση σε διαφορετικούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση αυτή. Οι γυναίκες στη ζωή τους αντιμετωπίζουν περισσότερα ψυχοπιεστικά γεγονότα και είναι περισσότερο ευπρόσβλητες στο στρες και γενικότερα σε οποιαδήποτε αγχώδη κατάσταση σε σχέση με τους άνδρες. Ένα άλλο γεγονός που έρχεται να ενισχύσει την άποψη αυτή, είναι η συγκέντρωση πολλών ρόλων στο πρόσωπο της γυναίκας. Σύμφωνα με έρευνα του Κ.Ε.Θ.Ι. η γυναίκα είναι εκείνη που μέσα στην οικογένεια φαίνεται να επιβαρύνεται από την ανάληψη περισσότερων ρόλων, όπως: της συζύγου, της μητέρας, της οικοκυράς, της εργαζόμενης αλλά και της υπεύθυνης για την φροντίδα των ηλικιωμένων γονέων. Η ανάληψη όλων αυτών των ρόλων οδηγεί πολλές φορές σε καταθλιπτικές τάσεις καθώς και στην προσπάθεια της να ανταποκριθεί σε αυτούς και να ικανοποιήσει τις ανάγκες των υπολοίπων μελών (εξαρτώμενων από αυτήν), παραμερίζει τις δικές της ανάγκες. Εξάλλου, η φροντίδα όλων αυτών των προσώπων και των εργασιών επιφέρει κούραση, είτε σωματική είτε ψυχολογική και σπαταλάει τον ελάχιστο χρόνο που της απομένει μετά τη δουλειά.

Ειδική μνεία πρέπει να γίνει και για τη κατάθλιψη που, πολύ συχνά, βιώνουν οι γυναίκες κατά την διάρκεια του γάμου. Ο γάμος στη ζωή μιας

γυναίκας είναι ένα σημαντικό γεγονός που επιφέρει μεγάλες αλλαγές στη ζωή της και επανεξέταση των μέχρι τότε προσδοκιών της. Το γεγονός μάλιστα ότι η γυναίκα είναι αυτή που καλείται να επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος του έγγαμου βίου, συντελεί στο να είναι οι γυναίκες σε μεγαλύτερο βαθμό επιρρεπείς, στη νόσο αυτή. Άλλωστε παρά την κοινωνική πρόοδο, οι γυναίκες ακόμα και σήμερα εξακολουθούν «να εκπαιδεύονται» από τα παιδικά τους χρόνια για το ρόλο της συζύγου. Μεγαλώνουν δηλαδή με την αντίληψη ότι θα πρέπει να παντρευτούν και να παραχωρήσουν στο σύζυγό τους το κυρίαρχο ρόλο στη σχέση τους, ενώ αυτές είναι επιφορτισμένες με την – με κάθε τρόπο – διατήρηση του γάμου τους. Αυτό έχει ως συνέπεια, σε πιθανή αποτυχία του γάμου, να τους προκαλούνται συναισθήματα αποτυχίας, απογοήτευσης και χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Η ανάληψη πολλαπλών ρόλων από τις γυναίκες – όπως αναφέρθηκε ανωτέρω – σε συνδυασμό με τις ανισότητες που γίνονται σε βάρος τους, τόσο από την πλευρά της κοινωνίας όσο και από την πλευρά του κράτους, οδηγούν στη σκέψη ότι ίσως η ισότητα των 2 φύλων είναι ένας μύθος και στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε μεγαλύτερο βαθμό στις γυναίκες. Οι ανισότητες παρουσιάζονται είτε στον εργασιακό χώρο, είτε στα οικονομικά, είτε στον έγγαμο βίο, όπως ειπώθηκε και παραπάνω. Πόσες γυναίκες αποκλείονται από κάποια επαγγέλματα λόγω φύλου ή πληρώνονται λιγότερο από τους άνδρες; Επιπλέον, η ανεργία, ένα φαινόμενο που επηρεάζει αρνητικά τον οποιονδήποτε, γεμίζει τις γυναίκες με υπερβολικό άγχος και μειώνει σημαντικά την αυτοπεποίθησή τους, καθώς η κοινωνική και οικονομική τους θέση είναι πολλές φορές συνδεδεμένη με την εργασία.

Όλα αυτά εξηγούν το αυξημένο ποσοστό εμφάνισης της κατάθλιψης στο γυναικείο πληθυσμό αλλά και τη στάση της κοινωνίας απέναντι στην γυναίκα, που πολλές φορές είναι αρνητική. Αρνητική όμως, είναι και η στάση της κοινωνίας απέναντι στην καταθλιπτική γυναίκα, δηλαδή στη γυναίκα που έχει ήδη νοσήσει. Δυστυχώς, επικρατούν ακόμη και σήμερα στην κοινωνία

μας τα ταμπού και οι προκαταλήψεις, ακόμη και ο φόβος απέναντι στην κατάθλιψη.

Από την άλλη πλευρά, τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικά βήματα στον τομέα της ιατρικής επιστήμης. Νοσήματα που στο παρελθόν θεωρούνταν ανίατα, πλέον αντιμετωπίζονται επιτυχώς, ενώ όλο και μεγαλύτερη αξία δίνεται στο θέμα της πρόληψης. Τώρα πια δύναται με καινούργιες μεθόδους να μάθει το καταθλιπτικό άτομο πώς να ξεπεράσει το πρόβλημα. Οι θεραπευτικές αυτές μέθοδοι διακρίνονται τόσο σε βιολογικές όσο και σε ψυχολογικές ενώ σημαντικό ρόλο παίζει και ο ίδιος ο κοινωνικός λειτουργός.

Ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με ομάδα ειδικών επιστημόνων βοηθά στην επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος για τον ασθενή, σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η βοήθειά του είναι καθοριστική καθώς παρέχει ψυχοσυναισθηματική στήριξη στον πάσχοντα, συμπάρασταση στην οικογένειά του και πολλές φορές έχει και ενεργή συμμετοχή στη διαδικασία εισαγωγής του καταθλιπτικού ασθενούς σε ψυχιατρική μονάδα. Στην εργασία του με τους πάσχοντες χρησιμοποιεί είτε α) τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας σε μικρο-επίπεδο με το καταθλιπτικό άτομο, την οικογένειά του, καθώς και με ομάδες, είτε β) τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας σε μακρο-επίπεδο (με την ευρύτερη κοινότητα γενικότερα). Εκτός από τις μεθόδους αναλαμβάνει και κάποιους εξίσου σημαντικούς ρόλους για την αποτελεσματικότερη ψυχιατρική περίθαλψη. Αυτοί είναι:

- α) Διαγνωστικός Ρόλος
- β) Συμβουλευτικός Ρόλος
- γ) Θεραπευτικός Ρόλος
- δ) Ρόλος Χειριστή Ομάδας
- ε) Ρόλος Οργανωτή

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι δημιουργούνται όλο και περισσότερα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, που συμβάλλουν στην

ταχύτερη και καλύτερη θεραπευτική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη του πάσχοντα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ολοκληρώνοντας την εργασία μας, θα θέλαμε να παραθέσουμε και κάποιες προτάσεις, οι οποίες σύμφωνα με τη δική μας άποψη θα βοηθούσαν τόσο στην ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για την κατάθλιψη, όσο και στο να ξεπεράσουν καλύτερα τα καταθλιπτικά άτομα το πρόβλημά τους.

1. Καταλυτικό ρόλο μπορεί να διαδραματίσει η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού για το τι είναι η κατάθλιψη, ποια τα συμπτώματά της αλλά και για την δέουσα αντιμετώπιση του καταθλιπτικού ατόμου. Κάτι τέτοιο θα είχε ως αποτέλεσμα την καλύτερη κατανόηση, από την πλευρά του κοινωνικού συνόλου, για το τι είναι πραγματικά η κατάθλιψη, που οφείλεται, πως μπορεί να γίνει αντιληπτή από έναν μη ειδικό έτσι ώστε να εξαλειφθούν σταδιακά τα όποια ταμπού και προκαταλήψεις, γύρω από το ζήτημα αυτό. Η αναγνώριση από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο της κατάθλιψης, ως μίας σύγχρονης και συχνά εμφανιζόμενης ασθένειας, θα απομάκρυνε από τη μία το **φόβο** απέναντι στους πάσχοντες ενώ από την άλλη η επισήμανση των διαφόρων κοινωνικών και ψυχοπνευστικών παραγόντων που οδηγούν στην κατάθλιψη, θα μπορούσε να αποτελέσει εφαλτήριο για μεγάλη μερίδα του κοινωνικού συνόλου και να βελτιώσει αισθητά τη ζωή τους, αποφεύγοντας καταστάσεις γεμάτες στρες και πίεση. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με τη βοήθεια των λεγόμενων ειδικών, στο θέμα δηλαδή των ψυχιάτρων και των κοινωνικών λειτουργών. Αυτοί θα μπορούσαν με διάφορα σεμινάρια – ανοικτών στο κοινό – αλλά και με άρθρα τους στις εφημερίδες ή και με εμφανίσεις τους στην TV, να εξηγήσουν – ενημερώσουν το ευρύ κοινό.

2. Επίσης, θα μπορούσε να ζητηθεί η συνδρομή της εκκλησίας στην στήριξη των ασθενών. Τα καταθλιπτικά άτομα διανύουν μια φάση εσωτερικού πόνου και έχουν την τάση να αυτοεπικρίνονται αλλά και να οδηγούνται σε αυτοκαταστροφικές σκέψεις. Μερικές φορές τους είναι πιο εύκολο να μιλήσουν για το πρόβλημά τους σε έναν ιερέα (όσοι είναι θρησκευόμενοι) από ό,τι σε έναν ειδικό. Αυτό κυρίως γίνεται μέσω του μυστηρίου της εξομολόγησης. Δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί άλλωστε ότι η πίστη σε κάποια θρησκεία, συνδράμει αποφασιστικά στην καταπολέμηση της κατάθλιψης. Χρήσιμο θα ήταν λοιπόν να είναι ενημερωμένοι και οι ιερείς για τα συμπτώματα της κατάθλιψης, έτσι ώστε όταν τα διακρίνουν σε κάποιο πιστό, να μπορούν να τους συμβουλέψουν σωστά και να τους προτρέψουν να αναζητήσουν επιστημονική βοήθεια.

3. Σε άτομα, που έχουν ήδη νοσήσει, είναι απαραίτητη και η «εκπαίδευση» των οικογενειών τους για δύο κυρίως λόγους. Κατά πρώτο λόγο, γιατί η οικογένεια είναι αυτή που θα βρεθεί πρώτη αντιμέτωπη με το πρόβλημα του ασθενούς και είναι αυτή που οφείλει κυρίως να τον στηρίξει ψυχολογικά αλλά και να τον επιβλέψει συστηματικότερα για την τήρηση της φαρμακοθεραπείας. Ο δεύτερος λόγος είναι για να μπορεί να αναγνωρίσει έγκαιρα τα συμπτώματα της νόσου (είτε για πρώτη φορά είτε σε περίπτωση υποτροπής).

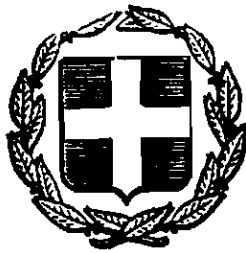
4. Επιπλέον, απαραίτητο κρίνεται, οι κοινωνικοί λειτουργοί να προσπαθήσουν να προετοιμάσουν καλύτερα την κοινωνία, να δεχτεί ευκολότερα στους κόλπους της τα άτομα που νοσούν αλλά και να εργασθεί σταδιακά, ώστε να φτάσει στο επίπεδο της ισότιμης αντιμετώπισης των ασθενών. Κάτι τέτοιο πρέπει να εξαλειφθεί καθώς η περιθωριοποίηση και ο στιγματισμός συντελούν στην επιδείνωση των ψυχικών διαταραχών.

5. Επιπροσθέτως, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση και στην ψυχολογική θεραπεία. Τα καταθλιπτικά άτομα πρέπει να καταλάβουν (με τη βοήθεια των ιατρών τους), ότι εκτός από τη φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει και η ψυχολογική θεραπεία και σε

καμία περίπτωση δε θα πρέπει να αποφεύγεται μιας και η μία συμπληρώνει την άλλη. Στην ψυχολογική θεραπεία ο ασθενής έχει την ευκαιρία να μιλήσει για το πρόβλημά του και να εξωτερικεύσει τις μαύρες σκέψεις που τον κατακλύζουν, σε ένα τρίτο πρόσωπο, άσχετο από αυτόν και την οικογένειά του, ένα πρόσωπο που θα τον αντιμετωπίσει αμερόληπτα.

6. Τέλος, χρήσιμο θα ήταν να δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα συνεχούς εκπαίδευσης, το οποίο θα απευθύνεται όχι μόνο σε κοινωνικούς λειτουργούς αλλά και σε άλλες ειδικότητες που εμπλέκονται στο χώρο της ψυχικής υγείας, ώστε να αποκτηθούν περισσότερες θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄
ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΑ
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1983

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
143

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1397

Εθνικό σύστημα υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδει και εκδίδεται τον κτωστήρω από της Βουλής νόμο:

Άρθρο 1.

Γενικές αρχές.

Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών σε όλα τα μέλη των πολιτών.

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται πρότυπα σε κάθε περιοχή χωρίζονται από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μετά από ενιαίο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις ανάγκες του τόπου αυτού.

Άρθρο 2.

Υγειονομικές περιφέρειες.

Η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες.
Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του γενικού επιτελείου υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), ορίζονται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών, οι όροι και η έκτασή τους.

Άρθρο 3.

Περιφερειακά επιτελεία υγείας.

1. Στην έκτα κάθε υγειονομικής περιφέρειας λειτουργεί περιφερειακό επιτελείο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).
2. Τα ΠΕ.Σ.Υ. είναι όργανα α) γνωμοδοτικά σε θέματα οργανωτικού β) αποστάξης και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό και το γενικό πλάνο του ΚΕ.Σ.Υ.
3. Τα ΠΕ.Σ.Υ. στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους της οργανωτικής παραχώρησης γνωμοδοτούν και απηγορεύονται στο ΚΕ.Σ.Υ. με δική τους πρωτοβουλία ή ύστερα από σχετικό αίτημα.
4. Οι πρόεδροι των ΠΕ.Σ.Υ. ή οι νόμιμα εκπληρωτές τους μετέχουν στην ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ., έχουν όμως δικαίωμα λόγου μόνο σε θέματα που αφορούν την περιφέρειά τους.
5. Τα κοινοβουλευτικά επιτελεία εκορίζονται γνώμη στα ΠΕ.Σ.Υ. σε θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας στο νομό τους.

Άρθρο 4.

Συγκρότηση — λειτουργία — όργανα — εκπροσώπηση Π.Ε.Σ.Υ.

1. Τα ΠΕ.Σ.Υ. αποτελούνται από τα παρακάτω μέλη:
α) Δύο εκπαιδευτές των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζονται από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο, μετά από πρόταση των ιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.

β) Έναν εκπρόσωπο των οδοντιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την ελληνική οδοντιατρική ε.σ.σ.σ.σ. μετά από πρόταση των οδοντιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.

γ) Έναν εκπρόσωπο των φαρμακευτικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από τον πανελλήνιο φαρμακευτικό σύλλογο, μετά από πρόταση των φαρμακευτικών συλλόγων της περιφέρειας.

δ) Από έναν εκπρόσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού Δ.Ε.Π. των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών σχολίων του Α.Ε.Π. που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρειά, που ορίζεται από το διευθυντικό επιτελείο και τον αντίστοιχο ταχίστα.

ε) Έναν εκπρόσωπο των συλλόγων νοσηλευτικού προσωπικού της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ενιαία δευτεροβάθμια πανελλήνια οργάνωση νοσηλευτικού προσωπικού, μετά από πρόταση των αντίστοιχων δευτεροβάθμιων συλλόγων που κληθούν σ' αυτή. Αν δεν υπάρχει ενιαία δευτεροβάθμια οργάνωση, ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., από υποψήφιους που προτείνονται ένας από κάθε δευτεροβάθμια νοσηλευτική οργάνωση.

στ) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής κοσμοδιδασκαλίας της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την κεντρική ένωση δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.), μετά από πρόταση των τοπικών ενώσεων δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) της περιφέρειας.

ζ) Έναν εκπρόσωπο των τοπικών κέντρων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την Γ.Σ.Π.Ε. μετά από πρόταση των τοπικών κέντρων της περιφέρειας.

η) Έναν εκπρόσωπο των συνδικαλιστικών επαγγελματικών οργανώσεων των εργατών της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ενιαία κίνηση συνδικαλιστικής επαγγελματικής οργάνωσης εργατών, μετά από πρόταση των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων.

θ) Έναν εκπρόσωπο των εκπαιδευτικών στοιχείων και μέσης εκπαιδεύσεως, που υπηρετούν στην υγειονομική περιφέρειά, ο οποίος ελέγχεται μεταξύ εκπαιδευτών, που ορίζονται από τη Δ.Π.Ε. την Ο.Α.Μ.Ε. και την Ο.Α.Τ.Ε. μετά από πρόταση των πρωτοβάθμιων αντίστοιχων οργανώσεων της περιφέρειας.

2. Η κάλυψη των αναγκών των κέντρων υγείας και των παραρτηριακών υπηρεσιών τους σε ειδικό προσωπικό των περιπτώσεων β' και γ' της παραγράφου 1 του προηγούμενου άρθρου προγραμματίζεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου μετά σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής. Με τις αποφάσεις αυτές ορίζεται ιδιαίτερα ο αριθμός υπηρεσιών στο κέντρο υγείας των κέντρων της παραγράφου α' περίπτωσης β'.

3. Ειδικότερα με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας ορίζονται ο τρόπος εφαρμογής των διατάξεων του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 20.

Συγχώνευση υγειονομικών σταθμών και αγροτικών υπηρεσιών.

1. Οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που έχουν συσταθεί έως τη δημοσίευση του νόμου αυτού, συγχωνεύονται στα κέντρα υγείας και τα παραρτηριακά ιατρεία τους, που συνιστώνται κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού. Με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας ορίζονται και οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία που συγχωνεύονται σ' αυτό με την αναζήτηση λειτουργίας τους.

2. Από την έναρξη ισχύος της απόφασης σύστασης κάθε κέντρου υγείας, όλες οι θέσεις των υγειονομικών σταθμών και αγροτικών υπηρεσιών, που συγχωνεύονται στο κέντρο υγείας, καταργούνται. Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, που κατά την ημερομηνία αυτή υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, κατατάσσεται σε αντίστοιχες θέσεις του κέντρου υγείας και η προϋπηρεσία του στο δημόσιο ή σε Ν.Π.Δ.Δ. υπολογίζεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις κατά το χρόνο της κατάταξης. Όσοι πληρούν κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης του κέντρου υγείας και καταλαμβάνουν θέση που μένει κενή στο μέλλον. Όσο χρόνο υπηρετούν στις προσωρινές θέσεις εξελίσσονται σύμφωνα με το καθεστώς που ισχύει πριν από την κατάταξη. Υπάλληλοι, που δεν συγκεντρώνουν τα νόμιμα προόντα για την κατάληψη αντίστοιχης θέσης στο κέντρο υγείας, κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης και εξελίσσονται με το καθεστώς που ισχύει πριν από την κατάταξη. Η κατάταξη και κατάληψη θέσης γίνονται μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο.

Άρθρο 21.

Ψυχιατρική περίθαλψη.

1. Η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από:
α) Τα κέντρα ψυχικής υγείας, β) τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων και γ) τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ως αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων ή νομαρχιακού γενικού νοσοκομείου στο οποίο λειτουργεί ψυχιατρικός τομέας. Τα κέντρα ψυχικής υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διατύπωση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται και με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας.

3. Σκοπός του κέντρου ψυχικής υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κενότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου.

Τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (κοινωνικό ή οικογενειακό).

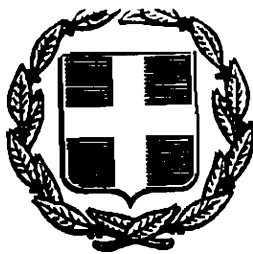
4. Στους ψυχιατρικούς τομείς των γενικών νοσοκομείων παρέχεται δομημένη νοσηλεία. Οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται στο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων δρουν σε επιστημονική και νοσηλευτική διατύπωση με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειάς τους. Αν δεν λειτουργεί ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο στην περιφέρεια, εφαρμόζεται η διάταξη της παρ. 4 του άρθρου 8 του νόμου αυτού. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα ψυχικών παθήσεων, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μετανομαζονται σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζεται ο τρόπος αναδιοργάνωσής τους, με στόχο την αποσυλοποίηση των ασθενών.

5. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκαθίσταται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 (ΦΕΚ 105) ειδική επιτροπή για τη μελέτη και διατύπωση προτάσεων στο ΚΕ.Σ.Υ. για κάθε θέμα, που αφορά στον προγραμματισμό, την οργάνωση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

6. Σε κάθε κέντρο ψυχικής υγείας, με την κοινή απόφαση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού ή άλλη όμοια, συνιστώνται και προβάλλονται σε ιδιαίτερους κλάδους στον οργανισμό του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο, θέσεις ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών υγείας καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού.

Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας δαφνώνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο επιγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό προϋπολογισμού.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας και καθορίζεται ο τρόπος διατύπωσής τους με τα νοσοκομεία, σύμφωνα με το δεύτερο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
15 ΙΟΥΛΙΟΥ 1992

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
123

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071

Άρθρο 3
Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας

Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Άρθρο 1

Το άρθρο 1 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

Μέρη του κράτους

Το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση υγείας όλων των πολιτών.

Το κράτος εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Άρθρο 2

Το άρθρο 2 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

Υγειονομικές περιφέρειες

1. Η Χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες.
2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται η κατάσταση εν όψει των υγειονομικών αναγκών και των κοινωνικών συνθηκών της Χώρας, ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών που περιλαμβάνουν ορισμένους νομούς, η έδρα τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά στην γένεση λειτουργία των υπηρεσιών τους.

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας ιδρύεται Περιφερειακή Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας.

2. Η διεύθυνση αυτή ασκεί εποπτεία επί των φορέων περιθαλψής και συντονίζει το έργο τους, ενώ εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίσεις κατάλληλες για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας.

3. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας προεδρεύει του αντίστοιχου Περιφερειακού Συμβουλίου Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) και συμμετέχει στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), μόνο στα θέματα που αφορούν την περιφέρειά του.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται η οργάνωση, οι αρμοδιότητες των διευθύνσεων της παρ. 1, καθώς και ο τρόπος άσκησης ελέγχου και εποπτείας, στους φορείς υγείας της περιφέρειας.

Άρθρο 4
Σύσταση ειδικών γραμματειών

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστώνται τρεις (3) ειδικές γραμματείες. Το έργο κάθε ειδικής γραμματείας συντονίζεται από το συντονιστή.

2. Οι ειδικές γραμματείες είναι:

- α) Γραμματεία διοικητικών, οργανωτικών και οικονομικών θεμάτων, που αποτελείται από δύο (2) υπαλλήλους ΠΕ κατηγορίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα υγείας και τρεις (3) ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία σε διοικητικά, οργανωτικά και οικονομικά θέματα του τομέα υγείας.
- β) Γραμματεία επιστημονικών και υγειονομικών θεμάτων.

που αποτελείται από δύο (2) υπαλλήλους ΠΕ κατηγορίας του Υπουργείου Υγείας ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα υγείας και τρεις (3) ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία σε επιστημονικά και υγειονομικά θέματα.

γ) Γραμματεία τεχνολογικών θεμάτων, που αποτελείται από δύο (2) υπαλλήλους ΠΕ κατηγορίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα υγείας και τρεις (3) ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία ιδίως σε τεχνολογικά θέματα υγείας, κτηριακής υποδομής των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και μηχανολογικού-ιατρικού εξοπλισμού.

3. Για τη στελέχωση των ανωτέρω γραμματειών, συνίστανται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων εννέα (9) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, ορισμένου ή αορίστου χρόνου.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται το ύψος της πρόσθετης αμοιβής των μελών των ειδικών γραμματειών, καθώς επίσης και η χορήγηση ειδικού επιδόματος προσέλευσης και παραμονής, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 39 του ν.1839/1989.

Άρθρο 5

Αρμοδιότητες των ειδικών γραμματειών

1. Η κάθε ειδική γραμματεία λειτουργεί στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και επεξεργάζεται θέματα τα οποία διαβιβάζονται σε αυτήν από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Προκειμένου να επεξεργαστεί κατάλληλα τα θέματα αυτά, δικαιούται να ζητά στοιχεία, πληροφορίες, προτάσεις και μελέτες από οποιαδήποτε σχετική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του ευρύτερου τομέα υγείας.

2. Οι Ειδικές Γραμματείες υπάγονται απ' ευθείας στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αναφέρονται σε αυτόν και κατευθύνονται από αυτόν. Κάθε αναπθέμενο σε αυτές έργο, μετά την επεξεργασία και στοιχειοθέτησή του, επαναφέρεται στον Υπουργό, με σχετική εισήγηση.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συγκροτούνται οι ειδικές γραμματείες, καθορίζονται λεπτομερώς η οργάνωση, οι αρμοδιότητες και ο τρόπος λειτουργίας τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια, που αναφέρεται στις διατάξεις των άρθρων 4 και 5 του νόμου αυτού. Με ίδια απόφαση ορίζεται αυτονοστής ένα (1) από τα πέντε μέλη για κάθε ειδική γραμματεία.

Άρθρο 6

Το άρθρο 2 του ν. 1278/1982 αντικαθίσταται ως εξής:

• Σύνθεση του ΚΕ.Σ.Υ.

Το ΚΕ.Σ.Υ αποτελείται από :

1. Τρεις τακτικούς και τρεις αναπληρωματικούς εκπροσώπους του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) που ορίζονται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του.
2. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο :
 - α) Της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας. β) Του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου. γ) Της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.). δ) Της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε). ε) Της Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδας (Γ.Σ.Ε.Ε.). στ) Της ανώτατης συνδικαλιστικής επαγγελματικής οργάνωσης των αγροτών. ζ) Της Γενικής Συνομο-

σπονδίας Επαγγελματιοβιοτεχνών Ελλάδας (Γ.Σ.Ε.Β.Ε.), θένα από τα μέλη αυτά, ορίζεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του φορέα του.

3. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο εκλέγεται μεταξύ των εκπροσώπων του Τ.Ε.Ε., Ένωσης Ελλήνων Χημικών, της Ένωσης Ελλήνων Βιολογικών και της Ένωσης Ελλήνων Φυσικών.

4. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο :

- α) Των Ιατρικών Τμημάτων των Α.Ε.Ι. της Χώρας. β) Οδοντιατρικών Τμημάτων των Α.Ε.Ι. της Χώρας. γ) Φαρμακευτικών Τμημάτων των Α.Ε.Ι. της Χώρας. δ) Νοσηλευτικών Τμημάτων των Α.Ε.Ι. της Χώρας. Καθένα τα μέλη αυτά εκλέγεται μεταξύ των εκπροσώπων προτείνονται από τις συνελεύσεις των αντιστοιχών τμημάτων.

5. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο των δημοσίων υπαλλήλων, που ορίζονται από τη διοίκηση της ανώτερης ενιαίας συνδικαλιστικής οργάνωσης των δημοσίων υπαλλήλων. Εάν δεν υπάρχει ενιαία συνδικαλιστική οργάνωση, που να εκφράζει το σύνολο των δημοσίων υπαλλήλων της Χώρας, το μέλος αυτό ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων από υποψηφίους που προτείνονται ένας από κάθε δευτεβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση δημοσίων υπαλλήλων.

6. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των νοσοκομείων Χώρας, που ορίζονται από τη διοίκηση της κορυφαίας ενιαίας συνδικαλιστικής οργάνωσης αυτού. Εάν δεν υπάρχει ενιαία συνδικαλιστική οργάνωση, ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από υποψηφίους που προτείνονται από τη μεγαλύτερη ενιαία κλινικο-νοσηλευτική οργάνωση της Χώρας.

7. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο υγειονομικών υπηρεσιών των Ενόπλων Δυνάμεων, ο οποίος ορίζεται από τον Αρχηγό Γ.Ε.Ε.Θ.Α.

8. Το διοικητή του ΙΚ.Α. και έναν εκ των υποδιοικητών του ιδρυματος ως αναπληρωματικό μέλος, που ορίζεται από τη διοίκηση.

9. Το διοικητή του Ο.Γ.Α. και το μέλος αναπληρωματικό ως αναπληρωματικό μέλος.

10. Τον πρόεδρο του Ε.Ο.Φ. και τον αντιπρόεδρο αναπληρωματικό μέλος.

11. Τους συντονιστές των τριών ειδικών γραμματειών τους αναπληρωτές τους.

12. Τους προέδρους των τριτοβάθμιων οργάνων μετακπαιδευτικού φορέα με τους αντιπροέδρους ως πληρωματικά μέλη, από του ιδρυμάτων.

13. Τον πρόεδρο της επιτροπής σχεδιασμού α υγείας με τον αναπληρωτή του. Ο αναπληρωτής προέρχεται από τον κλάδο επισκεπτών.

Άρθρο 7

Συγκρότηση του ΚΕ.Σ.Υ.

1. Η συγκρότηση του ΚΕ.Σ.Υ. γίνεται με απόφαση Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και η θητεία του είναι τριετής. Η ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. εκλέγει τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο με μυστική ψηφοφορία. Ο πρόεδρος εκλέγεται μεταξύ των ιατρικών του ΚΕ.Σ.Υ.

2. Οι εκπρόσωποι των κατά το προηγούμενο φορέων, ορίζονται μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και είναι ελ-

φορέων, που προσφέρουν επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα.

Άρθρο 46
Πόροι του Ε.Κ.Α.Β.

Τα έσοδα του Ε.Κ.Α.Β. είναι: α) Οι επιχορηγήσεις από τον τακτικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημόσιων επενδύσεων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. β) Οι εισπράξεις και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών. γ) Οι πρόσοδοι από την ίδια αυτού περιουσία. δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις και κάθε άλλη πηγή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Άρθρο 47
Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραιατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

5. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3., έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον

αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και αναγνωρίσεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επί αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Άρθρο 48
Νοσηλευτικά ιδρύματα

1. Εφεξής τα ιδρύματα από το κράτος νοσηλευτικά ιδρύματα μπορεί να έχουν οποιαδήποτε νομική μορφή. Η ίδρυση αυτών γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με το οποίο καθορίζεται και η νομική τους μορφή.

2. Η κατάργηση και συγχώνευση νοσοκομείων, η μετατροπή τους καθώς και η μεταφορά της έδρας τους, γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του κατά περίπτωση τυχόν αρμόδιου υπουργού. Η διάταξη αυτή αφορά στα νοσηλευτικά ιδρύματα που υπαγονται στις διατάξεις του ν. 5. 2592/1953.

3. Το προσωπικό πάσης φύσεως, που υπηρετεί σε νοσοκομεία που καταργούνται, εντάσσεται ύστερα από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου και αίτηση των ενδιαφερομένων, σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες της ίδιας υγειονομικής περιφέρειάς σε κενές θέσεις ή αν δεν υπάρχουν κενές σε αντίστοιχες προσωρινές θέσεις που συστήνονται για το λόγο αυτόν. Εάν τα νοσοκομεία συγχωνεύονται ή μετατρέπονται, το προσωπικό εντάσσεται σε νέα νοσοκομειακή μονάδα σε θέσεις, που συνιστώνται με τροποποίηση του υπάρχοντος ή έκδοση νέου οργανισμού ύστερα από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα, ή μετατάσσεται σε δημόσιες υπηρεσίες, ν.π.δ.δ. ή ο.τ.α., μετά από κρίση των αρμόδιων υπηρεσιακών συμβουλίων. Η ένταξη γίνεται ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων. Το προσωπικό, που δεν συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα ή δε υποβάλλει αίτηση ένταξης, εξακολουθεί να υπηρετεί με ίδιες προϋποθέσεις που υπηρετούσε και στη μονάδα που μετατράπηκε σε προσωρινές θέσεις, οι οποίες καταργούνται όταν κενωθούν με οποιονδήποτε τρόπο. Μέχρι να εκδοθεί ο νέος οργανισμός και να γίνει η ένταξη στις θέσεις που προβλέπονται από αυτόν, το προσωπικό εξακολουθεί διέπεται από τις διατάξεις που ίσχυαν κατά το χρόνο δημοσίευσής του προεδρικού διατάγματος.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 34

16 Μαρτίου 1994

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2194

Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

Άρθρο 1

Επαναφέρονται σε ισχύ οι διατάξεις των άρθρων:

α) 2, 3 και 4 του ν. 1278/1982 "Για σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας" (ΦΕΚ 105 Α').

β) 1,2,3,4,14,15,17,18,19,24,31 και 41 του ν. 1397/1983 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (ΦΕΚ 143 Α') και 7 παρ. 2,4,5,6,8,9,10,11,12 και 8 παρ.1 του ν. 1579/1985 (ΦΕΚ 217 Α'), καθώς και 62 του ν. 1759/1988 (ΦΕΚ 50 Α'), όπως αυτές ίσχυαν πριν από τη δημοσίευση του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α') και

γ) 19 του ν. 1771/1988 "Τροποποίηση και συμπλήρωση του συστήματος εισαγωγής σπουδαστών στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 71 Α'), όπως αυτό αντικαταστάθηκε με την παρ. 3 του άρθρου 2 του ν. 1821/1988.

Άρθρο 2

Μετεκπαίδευση ιατρών

1. Η μετεκπαίδευση με απόσπαση των ιατρών και οδοντότρων του Ε.Σ.Υ., των φαρμακοποιών καθώς και των λειτουργών των άλλων επαγγελματιών υγείας καθίσταται υποχρεωτική σε μόνιμη και συνεχή βάση, από τα κέντρα υγείας προς τα νομαρχικά νοσοκομεία και από τα νομαρχιακά νοσοκομεία προς τα αντίστοιχα περιφερειακά.

2. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστάται Διεύθυνση Μετεκπαίδευσης που έχει την ευθύνη για το συντονισμό των συγκεκριμένων μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σύμφωνα με το άρθρο 24 παρ. 5 του ν. 1558/1985, ρυθμίζονται όλα τα σχετικά θέματα που αφορούν την οργάνωση, στελέχωση και λειτουργία της -παραπάνω Διεύθυνσης.

3. Τα προγράμματα μετεκπαίδευσης εισηγείται ενδεκαμελής επιτροπή μετεκπαίδευσης που αποτελείται από

διευθυντές του Ε.Σ.Υ. εκ των οποίων ένας εκπρόσωπος των νοσοκομειακών ιατρών, που ορίζεται από τη διοίκηση της κορυφαίας ενιαίας συνδικαλιστικής οργάνωσης των νοσοκομειακών ιατρών και ένας εκπρόσωπος που ορίζεται από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και πανεπιστημιακούς καθηγητές όλων των βαθμίδων και συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με πενταετή θητεία. Συμβουλευτικά όργανα της επιτροπής μετεκπαίδευσης ορίζονται οι επιστημονικές ιατρικές εταιρείες.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση της επιτροπής μετεκπαίδευσης, καταρτίζεται το μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα, ρυθμίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις μετεκπαίδευσης και καθορίζεται και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά τη διαδικασία και εν γένει την εφαρμογή των διατάξεων των προηγούμενων παραγράφων.

4. Ο διευθυντής κάθε τμήματος, μονάδας και εργαστηρίου των νοσοκομείων καταρτίζει ετήσιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την εκπαίδευση των ιατρών. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα πραγματοποιείται τις τελευταίες ώρες του ωραρίου των ιατρών και η τήρησή του εποπτεύεται από το διευθυντή του τομέα και την επιστημονική επιτροπή. Ο διευθυντής του τομέα και η επιστημονική επιτροπή, υποχρεούνται να υποβάλλουν στη Διεύθυνση Μετεκπαίδευσης του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ετήσια έκθεση επί του συντελεσθέντος εκπαιδευτικού και μετεκπαιδευτικού έργου.

5. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστάται "Διεύθυνση Ανάπτυξης Κοινωνικών Προγραμμάτων", που υπάγεται στη Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης.

α) Σκοπός της υπηρεσίας της προηγούμενης παραγράφου είναι:

1) η μελέτη και ο συντονισμός των ενεργειών για την αξιοποίηση των πηγών χρηματοδότησης από τις Ευρωπαϊκές Κοινότητες προγραμμάτων κάλυψης των υγειονομικών και προνοιακών αναγκών της χώρας,

2) η παρακολούθηση των δυνατοτήτων που παρέχονται από τους διεθνείς χρηματοδοτικούς μηχανισμούς και η ενημέρωση των κατά αντικείμενο αρμόδιων Διευθύνσεων,

3) η προώθηση προγραμμάτων χρηματοδότησης δραστηριοτήτων του Υπουργείου.

4) η παρακολούθηση σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες της εξέλιξης τους σύμφωνα με τις αναλαμβανόμενες υποχρεώσεις.

5) η παρακολούθηση της οικονομικής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ε) η παρακολούθηση της Κοινοτικής πολιτικής και των προγραμμάτων χρηματοδότησης από τον Κοινοτικό Προϋπολογισμό στους τομείς υγείας και πρόνοιας.

β) Με προεδρικό διαταγμα, που εκδίδεται μετά από πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται:

1) η διάρθρωση της Διεύθυνσης Ανάπτυξης Κοινοτικών προγραμμάτων σε τμήματα και γραφεία.

2) οι αρμοδιότητες της.

3) οι σχετικές λεπτομέρειες για την εύρυθμη λειτουργία της.

γ) Για την υποβοήθηση της συνιστωμένης Διεύθυνσης, στη μελέτη, επεξεργασία, κατάρτιση και αξιολόγηση προγραμμάτων χρηματοδοτούμενων και από την Ευρωπαϊκή Ένωση, δύναται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να συγκροτούνται κατά περίπτωση ομάδες εργασίας από ειδικούς επιστήμονες.

Με την ίδια απόφαση ορίζονται το έργο της ομάδας εργασίας και η αμοιβή των μελών της.

Η δαπάνη για την αμοιβή αυτή βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

δ) Επιτρέπεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων η τοποθέτηση υπαλλήλων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθώς και η απόσπαση ή μετάταξη, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις, υπαλλήλων που υπηρετούν σε νομικά πρόσωπα εποπτευόμενα από το Υπουργείο αυτό για τη στελέχωση της Διεύθυνσης Ανάπτυξης Κοινοτικών Προγραμμάτων.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 165

21 Αυγούστου 1997

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2519

Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 1

Όργανα προστασίας των δικαιωμάτων

1. Για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, που προβλέπονται στο άρθρο 47 του ν. 2071/1992, αλλά και των βασικών δικαιωμάτων του συνόλου των πολιτών που απορρέουν από τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 1397/1983, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας:

α) Αυτοτελής Υπηρεσία προστασίας δικαιωμάτων ασθενών σε επίπεδο τμήματος, υπαγόμενη στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Έργο της υπηρεσίας είναι η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς και η εισήγηση προς το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, σχετικά με τα θέματα αυτά. Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας αποφασίζει για τις κατά νόμο ενέργειες ή και μπορεί προηγουμένως να παραπέμπει τις καταγγελίες για εξέταση στην Επιτροπή Ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Προϋπόθεση για την προώθηση των καταγγελιών αποτελεί η ύπαρξη ενυπόγραφης καταγγελίας με στοιχεία από τα οποία προκύπτει η ταυτότητα του παραπονομένου.

β) Επιτροπή Ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, αποτελούμενη από ένα μέλος του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους ή συνταξιούχο αυτού, που

προτείνεται από τον Πρόεδρό του, και από εκπροσώπους, ανά έναν, του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.), της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (Ε.Ο.Ο.), της Ένωσης Συντακτών Ημερησίων Εφημερίδων Αθηνών (Ε.Σ.Η.Ε.Α.), της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.), της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων (Π.Ο.Ε.Δ.Η.Ν.), της Ανώτατης Διοικούσας Επιτροπής Δημοσίων Υπαλλήλων (Α.Δ.Ε.Δ.Υ.), της Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδος (Γ.Σ.Ε.Ε.), της Γενικής Συνομοσπονδίας Αγροτικών Συλλόγων Ελλάδος (Γ.Ε.Σ.Α.Σ.Ε.), της Γενικής Συνομοσπονδίας Εμπόρων Βιοτεχνών Ελλάδος (Γ.Ε.Σ.Ε.Β.Ε.), της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (Ε.Σ.Α.Ε.Α.), της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Εργαζομένων Υπαλλήλων Ι.Κ.Α. (Π.Ο.Σ.Ε.Υ.Π.Ι.Κ.Α.) και της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Υγειονομικών Υπαλλήλων Ι.Κ.Α. (Π.Ο.Υ.Γ.Υ.Ι.Κ.Α.) και ένα πρόσωπο με ιδιαίτερο κοινωνικό κύρος επιλεγόμενο από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μεταξύ τριών (3) προσώπων τα οποία προτείνονται από το ΚΕ.Σ.Υ., το οποίο και προεδρεύει της Επιτροπής. Εάν οι φορείς δεν υποβάλουν τις προτάσεις τους εντός είκοσι (20) ημερών από την αποστολή της σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, τα μέλη της Επιτροπής ορίζονται αναπληρωτικά από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Η Επιτροπή ή εξουσιοδοτημένα μέλη της δύναται να επισκέπτεται νοσοκομεία για την εξακρίβωση συγκεκριμένης καταγγελίας ή και αυτοβούλως για την παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Η Επιτροπή αποφασίζει με πλειοψηφία των παρόντων μελών της. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου. Η Επιτροπή, εφόσον αποφανθεί για τη μερική ή ολική βασιμότητα καταγγελιών ή παραπόνων, υποβάλλει το πόρισμά της στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος αποφασίζει για τις κατά νόμο περαιτέρω ενέργειες και, σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις ποινικού αδικήματος, διαβιβάζει το πόρισμα στην αρμόδια εισαγγελική αρχή.

Αν η επιτροπή αποφανεται ότι η καταγγελία είναι ιδιαίτερα σοβαρή και ότι υπάρχουν ενδείξεις ποινικού αδικήματος, μπορεί να διαβιβάσει το πόρισμα της παράλληλα και απευθείας στην αρμόδια εισαγγελική αρχή.

2. Οι διατάξεις του άρθρου 47 του ν. 2071/1992 εφαρμόζονται αναλόγως και στο σύνολο των πολιτών που προσφεύγουν σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συγκροτούνται οι προβλεπόμενες στην παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου Υπηρεσία και Επιτροπή και καθορίζεται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας τους.

4. Σε κάθε νοσοκομείο λειτουργεί Γραφείο Επικοινωνίας με τον πολίτη, υπό την άμεση εποπτεία και ευθύνη του Προέδρου του Δ.Σ.. Το Γραφείο λειτουργεί εκτός από τις εργάσιμες ημέρες και ώρες και κατά τις ώρες του επισκεπτηρίου. Στις εφημερίες ως Γραφείο Επικοινωνίας λειτουργεί η Γραμμάτεια Επαιγόντων Περιστατικών.

Με απόφαση του Δ.Σ. κάθε νοσοκομείου συγκροτείται τριμελής επιτροπή προάσπισης των δικαιωμάτων του πολίτη, που λειτουργεί στο Γραφείο Επικοινωνίας. Στην επιτροπή συμμετέχει και εκπρόσωπος τυχόν συνεστημένου σωματίου φίλων του νοσοκομείου, που έχει ως σκοπό την εθελοντική στήριξη του.

Τα Δ.Σ. των νοσοκομείων μεριμνούν για την ενημέρωση των νοσηλευσμένων και γενικά των προσεχομένων στα νοσοκομεία πολιτών και τα δικαιώματά τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄
ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄

Η Τζοάνα είναι τριάντα ενός, μία όμορφη έξυπνη αναλύτρια υπολογιστών που έχει μείνει χωρίς δουλειά εδώ και αρκετούς μήνες. Αυτό το γεγονός αντανakλά τον ανταγωνιστικό κόσμο στον οποίο εργάζεται και όχι τις δικές της ικανότητες. Λογικά το ξέρει αυτό, αλλά κάποιες μέρες την πιάνει βαθιά κατάθλιψη, καθώς και άγχος για την οικονομική της κατάσταση: «Μερικές φορές, νιώθω σαν να έχω κατέβει σε μια σκοτεινή τρύπα για μια – δύο ημέρες. Μετά ο ήλιος λάμπει και για ένα διάστημα αισθάνομαι καλύτερα. Είναι εξουθενωτικό ... Νιώθεις τον εαυτό σου ψυχικά και σωματικά να σε τραβάει έξω από την τρύπα. Κανένας άλλος δεν μπορεί να το κάνει αυτό για σένα. Νιώθω ότι ελάχιστα ελέγχω την κατάσταση. Μετά από αρκετά χρόνια ελεύθερου επαγγέλματος, κατά τα οποία πότε είχα και πότε δεν είχα δουλειά, νιώθω τελείως πεσμένη και η αυτοπεποίθησή μου είναι πολύ μικρότερη από ό,τι δέκα χρόνια πριν, όταν ξεκίνησα. Μάλλον, ήμουν υπερβολικά φαντασμένη τότε.

Το γεγονός ότι είμαι άνεργη με κάνει να νιώθω ότι δεν ανήκω πια στη φυσιολογική κοινωνία, αφού όλοι μας, μέχρι ενός σημείου, οριζόμαστε από τη δουλειά που κάνουμε. Επίσης, έχει πληγωθεί η περηφάνιά μου – είχα όνειρα και φιλοδοξίες. Εργαζόμουν σκληρά. Κι όμως δεν φαίνεται να έπαιξε κανένα ρόλο αυτό. Είναι καταστροφικό και από κοινωνική άποψη. Ο κόσμος θα προτιμούσε να έλεγες ψέματα ότι εργάζεσαι. Αντιλαμβάνεσαι ότι τους κάνουν να αισθάνονται αμήχανα.

Δεν σε αφήνει σε ησυχία. Πρέπει να προσπαθήσεις να ξαναβρείς την πίστη σου στον εαυτό σου, όσες φορές κι αν σε απορρίψουν. Καταρρακώνεσαι. Πρέπει να αρχίσεις να μαζεύεις τα κομμάτια της αυτοεκτίμησής σου. Αλλά είναι σαν να έχεις ακρωτηριαστεί. Είμαι πρόθυμη να εξασκήσω ένα επάγγελμα – ένα καλό επάγγελμα, για το οποίο έχω εκπαιδευτεί, αλλά δεν μπορώ. Φοβάμαι ότι το μυαλό μου σκουριάζει».

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄

Η Τζέιν, συχνά δεν παραδέχεται ότι έχει κατάθλιψη. Χωρισμένη, μετά από δέκα χρόνια γάμου, φροντίζοντας μόνη της δύο μικρά παιδιά, και προσπαθώντας να φτιάξει καινούργια καριέρα, μετά από τόσα χρόνια που έμεινε στο σπίτι, βρίσκει τη ζωή δύσκολη. Στην πραγματικότητα, είναι πολύ θυμωμένη: θυμωμένη με τον άπιστο πρώην σύζυγό της, θυμωμένη με τους γονείς, που χώρισαν και εκείνοι, θυμωμένη με τον εαυτό της που είναι μια «αποτυχημένη». Αλλά δεν παραδέχεται το θυμό της, γιατί οι αντιπαραθέσεις, τα έντονα συναισθήματα την τρομάζουν. Αντίθετα, πίνει – πολλές φορές, ένα ολόκληρο μπουκάλι κρασί σε μια βραδιά ή και περισσότερο. Αν είναι με κάποια φίλη συχνά γίνεται υστερική. Την επόμενη ημέρα, όμως, συνήθως δεν θυμάται τι είπε, και φέρεται στη φίλη της σαν να μη συνέβη τίποτα. Όταν μια άλλη φίλη της πρότεινε διακριτικά την ιδέα της ψυχολογικής βοήθειας, την απέρριψε ασυζητητί.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Γ΄

Η Τζόαν είναι δεκαεννιά ετών, φοιτήτρια στο δεύτερο έτος του πανεπιστημίου: «Πιστεύω ότι οι γυναίκες δεν φοβούνται την κατάθλιψη όσο οι άντρες, κι ας είναι τόσο επώδυνη. Οι άντρες δεν είναι τόσο ανοιχτοί και δεν θέλουν να ακούν για συναισθήματα. Ο φίλος μου δεν έδειξε κατανόηση όταν έπαθα κατάθλιψη ούτε μου συμπαραστάθηκε. Δεν είναι βέβαια, και ο πιο ευαίσθητος άνθρωπος στον κόσμο. Μαθαίνω να μη μοιράζομαι μαζί του τα συναισθήματά του. Δεν είχε ιδέα πώς να τα βγάλει πέρα με τα συναισθήματά μου μετά την έκτρωση που αναγκάστηκα να κάνω. Δεν μπορούσε να συζητήσει και ήταν εμφανές ότι φοβόταν πολύ για μένα. Μου είπε βέβαια, ότι έμοιαζα με άδειο κέλυφος, με κοχύλι που του είχαν ρουφήξει τα πάντα από μέσα του. Έτσι ένιωθα, πράγματι. Αλλά τώρα πια τις περισσότερες φορές δεν του λέω ότι είμαι πεσμένη. Φέρομαι απλώς σαν το γλυκό θηλυκό που τον κάνει να νιώθει πιο ασφαλής».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Βασιλειάδου – Ντόζη Ι: Φαρμακολογία, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη (2^η έκδοση), Θεσσαλονίκη 1989.
- Κλεφτάρας Γ.: Η Κατάθλιψη Σήμερα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
- Λυμπεράκης Στ.: Εγκέφαλος και Ψυχολογία, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997.
- Μαδιανός Μ.: Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχιατρική Υγιεινή, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000.
- Μάνος Ν.: Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997.
- Μπαλογιάννης Σ.: Ψυχιατρική και Ποιμαντική Ψυχιατρική, εκδόσεις Πουρνάρα, Θεσσαλονίκη 1986.
- Παπαδοπούλου – Καλπίνη Χ.: Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας II, Πάτρα 1988.
- Πιπερόπουλος Γ.: Ένας Ψυχολόγος κοντά σου, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.
- Σκόνδρα Μ.: Ψυχολογία της Γυναίκας, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993.
- Σολδάτος Ι.: Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική, Τόμος 7, εκδόσεις Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999.

- Σολδάτος Ι.: Ιδιαιτερότητες στη Διάγνωση και Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης, τόμος 6, εκδόσεις Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 2000.
- Σταθόπουλος Π.: Κοινωνική Πρόνοια, εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Αθήνα 1999.
- Χαρτοκόλλης Π.: «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1986.
- Χριστοδούλου Γ. και συνεργάτες: Ψυχιατρική, τόμος 2, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000.
- Χριστοδούλου Γ., Κουταζάκης Β., Οικονόμου Μ.: Προληπτική Ψυχιατρική, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Bloomfield H., McWilliams P.: Θεραπεύοντας την Κατάθλιψη, (Μετάφραση Λέττα Αποστόλου), εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 2001.
- Buckman R., Charlish A.: Κατάθλιψη, όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε για να την αντιμετωπίσετε, (Μετάφραση Ντίνας Σάπκα), εκδόσεις Χρυσή Πέννα, Αθήνα 2000.
- Coore J.: Εμμηνόπαυση, (Μετάφραση Έλλη Έμκε), εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1985.
- Dominian J.: Μαθήματα Γάμου (Μετάφραση Στέλιος Μεταξάς), εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
- Durer G., Zeib G.: Προετοιμασία τοκετού, εκδόσεις Καλοκάθη, Αθήνα 1994.
- Fishe M.: Η μέση ηλικία, το άνθος της ζωής, (Μετάφραση Μαρία Σόλμαν), εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1982.
- Flach F.: Κατάθλιψη, η Μυστική της Δύναμη (Μετάφραση Βαλεντίνη Αναστασίου), εκδόσεις Δίοδος, Αθήνα 1989.
- Gilbert P.: Ξεπερνώντας την Κατάθλιψη (Μετάφραση Κ. Αγγελή, Γ. Ευσταθίου), εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.

- Hauk P.: Κατάθλιψη, τι την προκαλεί και πώς να την ξεπεράσετε (Μετάφραση Κλαίρη Παπαμιχαήλ – Λαϊανά), εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000.
- Herrero V., Sabanes M., Payes A.: Depressive disorders in clinical practice, εκδόσεις Hoechst Iberica S.A., Barcelona 1984.
- Huelan E.: Βασικός Οδηγός Εγκυμοσύνης, (Μετάφραση Κατερίνα Χατζή), εκδόσεις Δωρικός, Αθήνα 1988.
- Kielholz P., Basle: Depression in everyday practice, εκδόσεις Hans Huber Publishers, Switzerland 1974.
- Knight L.: Είναι καλό να νιώθω άσχημα (Μετάφραση Μάρω Ταυρή), εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 2002.
- Lahaye T.: Θρίαμβος ενάντια στην κατάθλιψη (Μετάφραση Γιάννης και Έμμη Γρίζου), εκδόσεις Πέργαμος, Αθήνα 1983.
- Maskino M.: Υπάρχουν καλές μητέρες; (Μετάφραση Φρέρη Ε.), εκδόσεις Μπουκουμάνη, Αθήνα 2000.
- Sanders D.: Γυναίκα και Κατάθλιψη (Μετάφραση Όμηρος Αβραμίδης), εκδόσεις Δίοδος, Αθήνα 1989.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- Βογιατζή Λ.: «Γιατί μας φοβίζει η μελαγχολία;», Vita – Ψυχολογία, Φεβρουάριος 2003, Τεύχος 13, σελ. 40 – 42.
- Βογιατζή Λ.: «Τι είναι η χειμερινή κατάθλιψη», Vita – Ψυχολογία, Ιανουάριος 2003, Τεύχος 12, σελ. 40 – 42.
- Κελαρτζής Δ., Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ., Μπόντης Ι.: «Κατάθλιψη της Λοχείας», Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος 2003, Τόμος 15, Τεύχος 2, σελ. 94 – 99.

- Κονταράκη Α.: «Η Κοινωνική Εργασία στον Ψυχιατρικό Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου», ΕΚΛΟΓΗ, Οκτώβρης – Νοέμβρης – Δεκέμβρης 1991, Τεύχος 91, σελ. 255 – 259.
- Μουζακίτης Χ.: «Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου», Κοινωνική Εργασία, Νοέμβρης 1988, Τεύχος 12, σελ. 19 – 24.
- Σαλμανίδης Α., Γραμμενά Π.: «Άγχος και Κατάθλιψη στη Κλιμακτήριο, Εμμηνόπαυση», Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Οκτώβρης – Δεκέμβρης 2003, Τόμος ΙΖ', Τεύχος 4, σελ. 382 – 384.
- Σινανίδου Μ.: «Λοχειακή Κατάθλιψη: Η Επίδραση της, στην Ψυχική Ανάπτυξη του Παιδιού», Αρχεία ΕΨΨΕΠ, Απρίλιος – Ιούλιος 2003, Τόμος 10, Τεύχος 2, σελ. 41 – 43.
- Τραπεζιώτης Γ.: «Κατάθλιψη – Ψυχική Πάθηση Γένους Θηλυκού», ΜΕΤΡΟ, Φεβρουάριος 2004, Τεύχος 99, σελ. 46.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

- Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, Εκδόσεις Πάπυρος, Αθήνα 1988, Τόμος 32, σελ. 324 – 326.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

- Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι.), Οι γυναίκες στη σημερινή Ελλάδα: Ψυχοκοινωνικές Διαστάσεις, Αθήνα 2003, σελ. 7–13, 18–27.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

- Σούρας Δ.: «Σχιζοφρένεια – Άνοια: Κατάθλιψη», Ανακοίνωση στο 2^ο Κύκλο Σεμιναρίων Ψυχωτικών Διαταραχών, Αθήνα, Νοέμβριος 2003, σελ. 2 – 5.
- Χριστοδούλου Γ.Ν. «Κατάθλιψη», Ανακοίνωση στο 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, Μάιος 1996, σελ. 9–11, 121–126.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΑΠΟ ΤΟ INTERNET

▼www.Depnet.Gr

▼www.latrOnet.Gr

●www.Isotita.Gr

●www.Stress Gr/depression

●www.wyeth.Gr

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

●N. 1397, ΦΕΚ 143/83

●N. 2071, ΦΕΚ 123/92

●N. 2194, ΦΕΚ 34/94

●N. 2519, ΦΕΚ 165/97

