



# ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

**ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ**

**ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ



Υπεύθυνος καθηγητής: Κουτσογιάννης  
Κωνσταντίνος

Σπουδάστριες: Κατσαρού Αγγελική  
Κατσαρού Βασιλική  
Μερεκούλια Βασιλική

ΠΑΤΡΑ 2008

Στους γονείς μας..

Αντί προλόγου..

### Αυτοκτονία μέσω Internet

Τον Σεπτέμβριο του 2004, ένας ανήλικος μαθητής Λυκείου στην Αθήνα αυτοκτόνησε κάνοντας λήψη ενός πολύ τοξικού γεωργικού φαρμάκου, αφού είχε λάβει προηγουμένως σχετικές οδηγίες από το Internet μέσω προγραμμάτων αλληλογραφίας και chat rooms. Καταλυτική υπήρξε η επικοινωνία του μ' έναν 25χρονο σμηνία από τα Χανιά, ο οποίος χρησιμοποιούσε γυναικείο ψευδώνυμο στις επικοινωνίες του με τον αυτόχειρα και ήταν αυτός που τον πληροφόρησε σχετικά με το δραστικό γεωργικό φάρμακο.

Η Αστυνομία χρειάστηκε πολύμηνες έρευνες για να φθάσει στα ίχνη του χρήστη-συμβούλου και αυτό γιατί ο τελευταίος χρησιμοποιούσε όχι τον υπολογιστή του σπιτιού του αλλά έναν από τους τρεις υπολογιστές ενός Internet Café στα Χανιά. Εις βάρος του 25χρονου σχηματίστηκε δικογραφία για παράβαση του άρθρου 501 «συμμετοχή σε αυτοκτονία», κατηγορία που είναι σε βαθμό πλημμελήματος. Κατά τη διάρκεια της ανάκρισης του 25χρονου προέκυψε νομικό κενό στην υπόθεση αυτή.<sup>1</sup>

## Εισαγωγή

### **Μύθοι και Αλήθειες**

**Μύθος:** Η κατάθλιψη είναι μια αόριστη, γενική και αφηρημένη έννοια. Η κατάθλιψη δεν μπορεί να μετρηθεί.

**Αλήθεια:** Η ψυχιατρική έχει πολύ συγκεκριμένες μεθόδους για να διαγνώσει μια πάθηση σαν κατάθλιψη. Ο ψυχίατρος είναι εκπαιδευμένος να μετράει την κατάθλιψη με " ... ακρίβεια εκατοστού" (κλίμακα Hamilton και άλλες)

---

**Μύθος:** Η κατάθλιψη είναι πάντα μία αντίδραση σε μία άσχημη κατάσταση της ζωής όπως το διαζύγιο, ο θάνατος αγαπημένου προσώπου ή η απώλεια εργασίας.

**Αλήθεια:** Πολλές φορές η κατάθλιψη εμφανίζεται και όταν όλα πηγαίνουν καλά. Η κατάθλιψη μπορεί να πυροδοτηθεί από δυσάρεστα γεγονότα ή συνθήκες ζωής, αλλά δεν είναι πάντα έτσι. Η κατάθλιψη σχετίζεται με διαταραχή της ισορροπίας σε κάποιες χημικές ουσίες του εγκεφάλου.

---

**Μύθος:** Αν δεν μπορεί κάποιος να συνέλθει από την κατάθλιψη αυτό σημαίνει ότι είναι αδύναμος χαρακτήρας.

**Αλήθεια:** Η κατάθλιψη δεν υποδηλώνει ότι κάποιος είναι αδύναμος χαρακτήρας. Πρόκειται απλά για μία κατάσταση που χρειάζεται ιατρική βοήθεια, όπως ο διαβήτης ή ο υπερθυρεοειδισμός. (Ο ψυχίατρος αντιστοιχεί π.χ. στο διαβητολόγο).

---

**Μύθος:** Αν κάποιος που έχει κατάθλιψη απλά κάνει υπομονή και περιμένει, η κατάθλιψη θα περάσει.

**Αλήθεια:** Η κατάθλιψη μπορεί να μην υποχωρήσει από μόνη της. Σε αρκετούς ασθενείς η κατάθλιψη μπορεί να διαρκέσει χρόνια αν δεν αντιμετωπιστεί.

---

**Μύθος:** Μόνο οι ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας χρειάζονται αντικαταθλιπτικά.

**Αλήθεια:** Τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι μόνο για τους ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας. Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να γίνουν γρήγορα καλά και να ζήσουν τη ζωή τους, με τον τρόπο που επιθυμούν.

---

**Μύθος:** Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προκαλούν εθισμό και αλλάζουν την προσωπικότητα.

**Αλήθεια:** Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν προκαλούν εθισμό και δεν αλλάζουν την προσωπικότητα. Όταν το άτομο δεν τα χρειάζεται πια ή εάν έτσι επιθυμεί, μπορεί να τα διακόψει χωρίς πρόβλημα.

---

**Μύθος:** Πέρασα ήδη στο παρελθόν ένα επεισόδιο κατάθλιψης. Δεν κινδυνεύω πια.

**Αλήθεια:** Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά με αρκετά επεισόδια στη διάρκεια της ζωής. Η βαρύτητα των επεισοδίων μπορεί να διαφέρει, στο ίδιο άτομο, μέσα στα χρόνια.

---

**Μύθος:** Ο ψυχολόγος είναι προτιμότερος από τον ψυχίατρο, στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

**Αλήθεια:** Ο ψυχίατρος είναι απολύτως απαραίτητος στη θεραπεία της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι μια επικίνδυνη και μερικές φορές θανατηφόρος νόσος. Ο ψυχίατρος είναι ο μόνος που μπορεί να αναχαιτίσει τις σοβαρές περιπτώσεις, είτε με τα αντικαταθλιπτικά, είτε με τη νοσηλεία. Ο ψυχίατρος ρυθμίζει τις δόσεις των αντικαταθλιπτικών, σύμφωνα με τη βαρύτητα κάθε κατάθλιψης. Ο ψυχίατρος και ο ψυχολόγος, μπορούν να αναλάβουν την ψυχοθεραπεία, αφού υφεθεί αρκετά η κατάθλιψη και μόνο αν χρειάζεται.<sup>2</sup>

## Περιεχόμενα

	σελ.
Πρόλογος	3
Εισαγωγή	4
<i>Γενικό Μέρος</i>	
<b>Κεφάλαιο 1</b>	
1. Ιστορική αναδρομή	10
2. Τι είναι κατάθλιψη;	11
3. Ορισμοί Κατάθλιψης	11
4. Πως αναγνωρίζεις την κατάθλιψη	13
5. Αιτιοπαθογένεση της κατάθλιψης	15
6. Επιδημιολογία της κατάθλιψης	16
<b>Κεφάλαιο 2</b>	
1. Ποια είναι τα είδη της κατάθλιψης	20
2. Παράγοντες κινδύνου	21
3. Πρόγνωση	22
4. Ταξινόμηση και διάγνωση κατά το DSM-IV και ICD-10	22
5. Διαφορική διάγνωση	28
<b>Κεφάλαιο 3</b>	
1. Ορισμός της πληροφορικής	34
2. Τι είναι το Internet	34
3. Αξιοποίηση του Internet από την Ιατρική-Νοσηλευτική κοινότητα	35
4. Τηλεϊατρική	36
<b>Κεφάλαιο 4</b>	
1. Μύθοι και πραγματικότητες για το Internet	40
2. Τι μας προσφέρει το Internet	42
3. Το Internet στην Ελλάδα	43
4. Ο θαυμαστός κόσμος του διαδικτύου	43
5. Χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών, διαδικτύου και θεραπεία της κατάθλιψης	44
<b>Κεφάλαιο 5</b>	
1. Το αρνητικό πρόσωπο του Internet	47
2. Εθισμός στο Internet	48
3. Ο εθισμός του διαδικτύου χτυπά τα παιδιά	48
4. Ο εθισμός του διαδικτύου στην Ελλάδα	50
5. Διαδίκτυο και κατάθλιψη	51
<b>Κεφάλαιο 6</b>	
1. Ο ρόλος του νοσηλευτή	54
2. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με κατάθλιψη	55
3. Η κατάθλιψη στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	61
<b>Κεφάλαιο 7</b>	
1. Θεραπεία της κατάθλιψης	69
2. Φαρμακευτική αγωγή	76

3. Πρόληψη	81
4. Αυτοκτονία και κατάθλιψη	84
<b>Κεφάλαιο 8</b>	
1. Κατάθλιψη στους άντρες	92
2. Κατάθλιψη στις γυναίκες	93
3. Κατάθλιψη στα παιδιά	95
4. Συνέπειες	96
	<i>Ειδικό Μέρος</i>
Υλικό-μέθοδος	100
Αποτελέσματα της ανάλυσης δεδομένων	103
Συμπεράσματα	114
Περίληψη	115
Επίλογος	116
Παράρτημα	117
	<i>Βιβλιογραφία</i>

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



# **Κ Ε Φ Α Λ Λ Α Ι Ο 1**

## 1. Ιστορική αναδρομή

Οι ψυχικές αρρώστιες διαμέσου των αιώνων κι άσχετα αν άλλοτε το πνεύμα θεωρήθηκε ξεχωριστό κι άλλοτε ενωμένο με το σώμα υπήρξαν πάντοτε δύσκολες και στην κατανόηση τους και στην θεραπεία τους.

Ο όρος ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ εμφανίζεται τον 4<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα από τον Ιπποκράτη, ο οποίος κατέταξε τους ανθρώπους σε τέσσερις ιδιοσυγκρασίες:

- Ø Αιματώδη
- Ø Χολερική
- Ø Μελαγχολική
- Ø Φλεγματική

Τον 17<sup>ο</sup> -18<sup>ο</sup> αιώνα, η ψυχιατρική εμφανίζει προοδευτικά περισσότερες ταξινομήσεις των ψυχικών ασθενειών, ο όρος μελαγχολία χρησιμοποιείται σχεδόν σαν όρος κάθε ψυχιατρικής ασθένειας. Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα ο Pinel δημιούργησε για πρώτη φορά ορθές ιατρικές κατατάξεις της ψύχωσης:

- Ø Μελαγχολία (διαταραχή διανοητικής λειτουργίας)
- Ø Μανία (υπερβολική νευρική διέγερση)
- Ø Άνοια (διαταραχή της λειτουργίας της σκέψης)
- Ø Ιδιωτεία (εξάλειψη συναισθημάτων και διανοητικών ικανοτήτων)

Το 1899 ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Kuerpelin καθόριζε τη διάγνωση της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης σαν μιας ανωμαλία στην οποία η αλλαγή στην ψυχική διάθεση είχε πρώτιστη σημασία. Η σκέψη του αρρώστου δηλαδή ήταν ορθή και το περιεχόμενο της σκέψης ακολουθούσε λογικά τη βασική ψυχική διάθεση. Δεν περιλαμβάνονται όμως όλες οι σοβαρές καταστάσεις κατάθλιψης στην Μανιοκαταθλιπτική κατηγορία.

Οι ψυχίατροι ακολουθώντας το παράδειγμα του Kuerpelin έκαναν κι άλλες προσπάθειες να διευκρινίσουν τους διάφορους τύπους κατάθλιψης. Το 1905 ο Adolf Meyer πρότεινε την εγκατάλειψη του μέχρι τότε διαδεδομένου όρου «Μελαγχολία και την υιοθεσία του όρου κατάθλιψη».

Σήμερα παρατηρούμε πως στην κλινική πράξη και έρευνα, ο όρος κατάθλιψη έχει χρησιμοποιηθεί με ποικίλους τρόπους και έχει συνεπώς προξενήσει σύγχυση ως προς τη σημασία και την διαγνωστική του αξία. Αυτή η εννοιολογική ασάφεια αντανακλά μια βαθύτερη ασυμφωνία μεταξύ των ερευνητών ως προς τη φύση και την διάγνωση της κατάθλιψης.<sup>3</sup>

## 2. Τι είναι κατάθλιψη;

Η ζωή μας απαρτίζεται από ευτυχία, θλίψη, καλές και άσχημες στιγμές. Όταν οι στιγμές θλίψης υπερτερούν των ευτυχισμένων στιγμών μερικές εβδομάδες της ζωής μας επηρεάζοντας αρνητικά τις συνηθισμένες μας δραστηριότητες, υπάρχει το ενδεχόμενο νόσησης από μία συχνή και σοβαρή ασθένεια-την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη δεν επηρεάζει μόνο τον ίδιο τον ασθενή, αλλά έχει αντίκτυπο και τον τρόπο ζωής των αγαπημένων προσώπων. Όσο περισσότερο γίνεται κατανοητή η ασθένεια τόσο καλύτερα αντιμετωπίζεται. Η καλύτερη απάντηση στην ερώτηση «τι είναι κατάθλιψη;» είναι το «τι δεν είναι κατάθλιψη». Μερικοί άνθρωποι νομίζουν ότι η κατάθλιψη είναι απλώς μια κατάσταση του «μυαλού» που μπορεί να σταματήσει όποτε το άτομο είναι πρόθυμο να το κάνει.

Η κατάθλιψη είναι μία πραγματικά σοβαρή ασθένεια όπως τα καρδιαγγειακά και ο διαβήτης. Οι καταθλιπτικοί όπως και οι άλλοι χρόνιοι ασθενείς πρέπει να μάθουν να αναγνωρίζουν την ασθένεια τους και να την χειρίζονται σε όλη τη διάρκεια ζωής τους. Η κατάθλιψη δεν είναι προσωπική αδυναμία. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από κατάθλιψη δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να αισθάνονται «μειονεκτικά». Το πιο ουσιαστικό είναι ότι η κατάθλιψη θεραπεύεται και γι' αυτό οι ασθενείς πρέπει να αναφέρουν στους γιατρούς το πως αισθάνονται και τι συμπτώματα έχουν. Υπάρχουν αρκετοί αποτελεσματικοί τρόποι για να θεραπευτεί η κατάθλιψη και να μην παρεμβαίνει στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου. Πάντως χωρίς θεραπεία η κατάθλιψη μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή ασθένεια.<sup>4</sup>

## 3. Ορισμοί Κατάθλιψης

- Ü Ας δούμε έναν πλήρη ορισμό της κατάθλιψης, σύμφωνα με την Κλινική Ψυχολόγο Άννα Παγοροπούλου, λέκτορα Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών: "Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς, στην οποία το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης κι ανημποριάς είναι πολύ πιο βαθύ από μια απλή μελαγχολία, δεν επηρεάζεται θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον, υποβαθμίζει σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενούς σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής και μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και μήνες".<sup>5</sup>
- Ü Στην ψυχιατρική, με τον όρο κατάθλιψη εννοούν ένα σύμπτωμα της αναταραχής διάθεσης που χαρακτηρίζεται από τα έντονα συναισθήματα της απώλειας, τη θλίψη, την απόγνωση, την αποτυχία, και την απόρριψη.<sup>6</sup>

Ὑ Σύμφωνα με τον κ. Σκαπινάκη Πέτρο, Λέκτορα Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, η λέξη κατάθλιψη στην καθημερινή μας γλώσσα έχει πολλές διαφορετικές σημασίες. Άλλα εννοούμε όταν την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα και άλλα όταν την χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε ένα κλινικό σύνδρομο που απαιτεί θεραπεία.

Στην καθομιλουμένη όταν λέμε ότι "σήμερα έχω κατάθλιψη", "είμαι στεναχωρημένος", "νιώθω λυπημένος", "δεν έχω κέφι", "αυτός ο άνθρωπος σου φέρνει κατάθλιψη" ή "νιώθω μελαγχολικά", στην ουσία αναφερόμαστε σε μια κατάσταση που έχει να κάνει με την διάθεσή μας. Η διάθεση είναι ένα συναίσθημα και γι' αυτό συνήθως χρησιμοποιούμε τον όρο "νιώθω" για να το περιγράψουμε. Η διάθεσή μας είναι καταθλιπτική ή μελαγχολική όταν είμαστε λυπημένοι για κάτι. Το αντίθετό της είναι η χαρά. Ωστόσο τις περισσότερες φορές δεν νιώθουμε ούτε το ένα ούτε το άλλο, αλλά μάλλον είμαστε σε μια ουδέτερη κατάσταση. Μπορούμε λοιπόν να δούμε ότι υπάρχει μια κλίμακα διαβάθμισης που στο ένα άκρο έχει την χαρά και στο άλλο την λύπη. Όσο πιο κοντά βρισκόμαστε προς την τελευταία τόσο πιο στεναχωρημένοι νιώθουμε, τόσο πιο μελαγχολικά και καταθλιπτικά αισθανόμαστε.

Η κατάθλιψη λοιπόν όπως την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα έχει μια ποιοτική συνιστώσα αλλά και μια ποσοτική, η οποία μπορεί να εκτείνεται από το ελαφρύ αίσθημα λύπης έως την απέραντη κατήφεια και δυστυχία. Η ποσοτική αυτή συνιστώσα εξαρτάται προφανώς από την ένταση του ερεθίσματος που προκάλεσε την διάθεση αυτή. Π.χ. εάν κάποιος φοιτητής αποτύχει στις εξετάσεις ενός μαθήματος είναι φανερό ότι θα νιώσει λυπημένος. Αν κάποιος χωρίσει με την φίλη του ή τον φίλο του μάλλον θα νιώσει περισσότερο λυπημένος, ενώ εάν χάσει κάποιο αγαπημένο του οικογενειακό πρόσωπο ίσως στην αρχή νιώσει δυστυχημένος. Αυτό βεβαίως είναι ένα παράδειγμα διότι στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν απόλυτα ερεθίσματα αλλά μόνο σχετικά, εξαρτώνται δηλαδή από την ιδιαίτερη σημασία που αποδίδει κανείς στο ερέθισμα. Αυτό πάντως που είναι κοινό σε όλες τις περιπτώσεις είναι ότι κατάθλιψη, λύπη, μελαγχολία προκαλείται από ερεθίσματα που γενικά εκλαμβάνονται από τον άνθρωπο ως απώλεια κάποιου σημαντικού πράγματος.

Η κατάθλιψη όπως χρησιμοποιούμε τον όρο καθημερινά είναι μια πανανθρώπινη εμπειρία. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει την συναισθηματική αυτή εμπειρία. Ανεξάρτητα αν κάποιος άνθρωπος χρησιμοποιούν αυτό τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης (άλλοι ακόμη και για την μικρού βαθμού λύπη και άλλη μόνο για πιο έντονες καταστάσεις), ωστόσο όλοι καταλαβαίνουμε περίπου την σημασία της. Ως τέτοια

εμπειρία, η κατάθλιψη συνήθως είναι μικρής διάρκειας και αυτοπεριοριζόμενη. Είμαστε στεναχωρημένοι για μικρό χρονικό διάστημα και πολύ εύκολα, όταν συμβεί κάτι ευχάριστο, η διάθεσή μας επανέρχεται. Οι διακυμάνσεις αυτές της διάθεσης είναι απόλυτα φυσιολογικές και συμβαίνουν πολλές φορές κατά την διάρκεια της ημέρας.

Συμπερασματικά λοιπόν θα λέγαμε ότι η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου είναι μια άσχημη διάθεση που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η μη επίτευξη των στόχων μας, η απώλεια ενός υλικού αγαθού κ.λ.π. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν πολύ, συνήθως δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, εύκολα μεταβάλλονται και τροποποιούνται και συνήθως αυτοπεριορίζονται.

#### 4. Πώς αναγνωρίζεις την κατάθλιψη

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από το καταθλιπτικό συναίσθημα, δηλαδή από θλίψη, απογοήτευση, λύπη, απελπισία, αισθήματα ενοχής. Πολύ συχνά το άτομο μπορεί να νιώθει και έντονο άγχος. Η κατάθλιψη επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου, κάτι που ίσως στα αρχικά στάδια το άτομο να μην το έχει προσέξει. Έτσι σταδιακά αρχίζει να μην απολαμβάνει προηγούμενες δραστηριότητες που του προκαλούσαν ευχαρίστηση, όπως χόμπι, φαγητό, σεξ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Επίσης αρχίζει σταδιακά να χάνει το ενδιαφέρον του για τις ασχολίες που έχει και νιώθει ότι δεν έχει διάθεση ή και την ικανότητα πλέον να εκτελέσει συνηθισμένες ασχολίες. Σταδιακά αποσύρεται, δεν έχει την διάθεση ή το κουράγιο να κάνει οτιδήποτε και πολύ συχνά δυσκολεύεται να σηκωθεί από το κρεβάτι. Στην κατάθλιψη επηρεάζονται και οι φυσιολογικές λειτουργίες. Ο ύπνος αρχίζει να διαταράσσεται με πιο συχνό σύμπτωμα την υπερυπνία (το να κοιμάται δηλαδή το άτομο πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως), την αϋπνία, την συχνή αφύπνιση κατά την διάρκεια της νύχτας. Η όρεξη για φαγητό μειώνεται, συνήθως το άτομο έχει ανορεξία και παρατηρείται απώλεια βάρους (σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να γίνεται το αντίθετο δηλ. η όρεξη να αυξάνεται και να αυξάνεται σημαντικά το βάρος). Χαρακτηριστικό στην κατάθλιψη είναι και το αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης. Το άτομο μπορεί να νιώθει πολύ κουρασμένο ενώ δεν έχει εμπλακεί σε καμιά δραστηριότητα. Το αίσθημα της κόπωσης είναι συνήθως πιο έντονο το πρωί. Το άτομο όταν βρίσκεται σε κατάθλιψη μπορεί να έχει επίσης μειωμένη σεξουαλική διάθεση.

Άλλα χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης που ενδεχομένως να μην γίνονται άμεσα αντιληπτά από το άτομο είναι η επιβράδυνση της σκέψης και της απαντητικότητας του ατόμου στο περιβάλλον. Το άτομο δηλαδή είναι σαν να μην μπορεί να σκεφτεί γρήγορα, σαν οι σκέψεις του να είναι λιγότερες, σαν να μην μπορεί να δει και άλλες πλευρές των πραγμάτων. Οι κινήσεις του αρχίζουν και γίνονται πιο αργές, περιορίζονται σε μεγάλο βαθμό. Ο λόγος τους περιορίζεται σε μικρές προτάσεις και δυσκολεύονται πολύ να κάνουν διάλογο με ένα άλλο άτομο. Συχνά τα άτομα με κατάθλιψη έχουν δυσκολία να συγκεντρωθούν (να παρακολουθήσουν μία ταινία, να διαβάσουν κ.τ.λ.) καθώς το μυαλό τους στρέφεται γύρω από τις ‘καταθλιπτικές’ τους σκέψεις. Οι σκέψεις αυτές συχνά έχουν ενοχικό περιεχόμενο. Το άτομο νιώθει ενοχές και τύψεις είτε για κάτι που έκανε ή για κάτι που δεν έκανε. Τα αισθήματα ενοχής είναι πολύ έντονα καθώς ο βαθμός αυτοκατηγορίας είναι υπερβολικός κάτι το οποίο φαίνεται είτε από τα ίδια τα γεγονότα τα οποία είναι μηδαμινά είτε από το ότι το άτομο αποδίδει στον εαυτό του πολύ μεγαλύτερη ευθύνη από αυτήν που του αναλογεί. Οι σκέψεις ή οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι συχνές στα άτομα που έχουν κατάθλιψη. Οι σκέψεις αυτές είναι αποτέλεσμα – σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται να αντιμετωπιστούν άμεσα. Το άτομο με κατάθλιψη θα πρέπει να λάβει μέτρα προστασίας κατά της αυτοκτονικής του διάθεσης και να τα εφαρμόσει αμέσως μόλις νιώσει ότι θέλει να βάλει τέλος στη ζωή του. Ένα πρώτο μέτρο προφύλαξης είναι το άτομο να έχει ετοιμάσει μία λίστα τηλεφώνων (την οποία θα έχει μαζί του) φίλων-συγγενών (που εμπιστεύεται), γιατρών, θεραπευτών, γραμμών SOS, τους οποίους πρέπει να καλέσει μόλις οι πρώτες σκέψεις σχετικά με την αυτοκτονία του έρθουν στο μυαλό. Οι σκέψεις αυτές είναι σύμπτωμα της ασθένειας και θεραπεύονται. Επίσης απαραίτητο είναι το άτομο να μην κρατά φάρμακα (παρά μόνο όσα λαμβάνει) ή άλλες επικίνδυνες ουσίες στο σπίτι του όταν έχει κατάθλιψη. Μπορεί σε αυτό να βοηθήσει και κάποιος που εμπιστεύεται: να κρατά το κλειδί από το ντουλάπι στο οποίο υπάρχουν φάρμακα, απορρυπαντικά, και άλλες επικίνδυνες ουσίες.

#### **Αρχικά συμπτώματα κατάθλιψης :**

- Απαισιοδοξία, αίσθημα ότι τίποτα πλέον δεν πάει καλά.
- Λιγότερο ενδιαφέρον για πράγματα που με ευχαριστούν.
- Δυσκολία στο να πραγματοποιήσω τις δραστηριότητές μου.
- Δυσκολία στο να γελώ.
- Διάθεση για κλάμα ή και κλάμα.
- Άγχος και ανησυχία χωρίς εμφανείς λόγους.

- Û Κούραση, ανάγκη για περισσότερο ύπνο, δυσκολία στο να σηκωθεί το πρωί από το κρεβάτι.
- Û Αισθήματα ενοχής, σαν να φταίω για όλα, ή νιώθω ότι είμαι κακός άνθρωπος.
- Û Αισθήματα κενού, ανησυχίας και ματαιότητας.
- Û Ανεξήγητοι πόνοι.

Στην κατάθλιψη το άτομο νιώθει έντονα δυσάρεστα συναισθήματα, νιώθει αδύναμο, δεν έχει όρεξη να κάνει τίποτα, θέλει να απομονώνεται και εγκαταλείπει τις δραστηριότητές του. Σημαντικό στην περίοδο αυτή είναι το άτομο (εκτός από το να ειδοποιήσει τον θεραπευτή του) να ακολουθήσει ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων το οποίο να είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες του. Οι δραστηριότητες αυτές αρχικά θα είναι πολύ περιορισμένες και σταδιακά θα αυξάνονται σε αριθμό, καθώς θα συμπεριλαμβάνονται σε αυτές και ευχάριστες δραστηριότητες αλλά και υποχρεώσεις. Το να ακολουθήσει κάποιος με κατάθλιψη ένα πρόγραμμα με δραστηριότητες είναι κάτι που φαίνεται πολύ δύσκολο. Στην αρχή πράγματι το άτομο μπορεί να δυσκολευτεί αρκετά, στην συνέχεια όμως η τήρηση του προγράμματος θα γίνεται όλο και πιο εύκολη. Η προσαρμογή του προγράμματος αυτού στις ανάγκες του ατόμου γίνεται σε συνεργασία με τον θεραπευτή. Η οικογένεια, οι συγγενείς και οι φίλοι σε αυτή την περίοδο θα πρέπει να στηρίζουν και να ενθαρρύνουν το άτομο με κατάθλιψη, να μην είναι επικριτικοί και να συζητούν μαζί του τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Να το βοηθούν σε ότι αφορά τις καταθλιπτικές σκέψεις και τα αισθήματα ενοχής, προτείνοντας του και κάποιους άλλους εναλλακτικούς τρόπους για να βλέπει τα πράγματα. Δεν πρέπει να λένε στο άτομο που βρίσκεται σε κατάθλιψη 'αυτά που σκέφτεσαι είναι ανοησίες και δεν ισχύουν' αλλά να προσπαθήσουν μαζί του να βρουν νέους τρόπους σκέψης.<sup>7</sup>

### 5. Αιτιοπαθογένεση της Κατάθλιψης

Δεν υπάρχει μόνο μία αιτία που προκαλεί την κατάθλιψη. Υπάρχει γενετική και βιολογική προδιάθεση σε μερικούς ασθενείς αλλά χρειάζονται και τα ερεθίσματα από το περιβάλλον τις περισσότερες φορές για να εκφραστούν τέτοιου είδους προδιαθέσεις.

Έτσι, μεγάλη σημασία πρέπει να δοθεί σε τέτοιες περιπτώσεις στην πρόληψη ώστε να αποτραπούν καταστάσεις όπου θα λειτουργήσουν ως αφορμές για την εκδήλωση καταθλιπτικών στοιχείων.

Επίσης, ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες έχουν μεγάλη επίδραση στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Οποιοδήποτε αγχώδες γεγονός ή ένας δυσλειτουργικός τρόπος ζωής μπορεί να

προκαλέσει την εμφάνισή τους. Πιθανές αφορμές για την εμφάνιση της περιλαμβάνουν γεγονότα όπως: η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η συνεχής μοναξιά, η ανεργία, η χρόνια ασθένεια, συνεχής συγκρούσεις στο σπίτι ή στην εργασία, συζυγικά προβλήματα, η γέννηση ενός παιδιού, μια τραυματική εμπειρία.<sup>8</sup>

*Αναλυτικά:*

Το ακριβές αίτιο της κατάθλιψης παραμένει άγνωστο. Η πιθανότερη εξήγηση είναι πως προκαλείται από τη διαταραχή διαφόρων χημικών διαβιβαστών των ερεθισμάτων στον εγκέφαλο (που ονομάζονται νευροδιαβιβαστές) και κυρίως της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης.

### **Γενετικοί παράγοντες**

Υπάρχουν αυξανόμενα αποδεικτικά στοιχεία ότι γονίδια καθιστούν τους ανθρώπους περισσότερο ευαίσθητους στην κατάθλιψη. Κάτι που εξηγεί γιατί η κατάθλιψη παρουσιάζεται συχνά σε οικογένειες. Πρόσφατα, ταυτοποιήθηκε ένα γονίδιο που τετραπλασιάζει τον κίνδυνο κατάθλιψης και καθιστά πιο ευάλωτους στη κατάθλιψη των ανθρώπων που το φέρουν. Το γονίδιο κωδικοποιεί μια πρωτεΐνη που συμμετέχει στη μεταφορά σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Εκτιμάται ότι μπορεί να συμμετέχουν 30 ακόμη γονίδια στην αιτιολογία της κατάθλιψης.

### **Εξωτερικοί εκλυτικοί παράγοντες**

Σε πολλές περιπτώσεις η ύπαρξη των γονιδίων δεν επαρκεί για να προκαλέσει από μόνη της κατάθλιψη. Αγχωτικές καταστάσεις μπορεί να επιδεινώσουν την ευαισθησία των ατόμων στην κατάθλιψη η οποία μπορεί να πυροδοτηθεί από διάφορους παράγοντες, όπως την ανεργία, την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, την κοινωνική απομόνωση κλπ. Συνήθως όμως, η κατάθλιψη παρουσιάζεται εντελώς ξαφνικά και χωρίς εμφανή λόγο.

## **6. Επιδημιολογία της Κατάθλιψης**

Η κατάθλιψη προσβάλλει 350 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε κοινωνικής τάξης, φυλής και μορφωτικού επιπέδου σε όλο τον κόσμο και αποτελεί μία από τις συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές της εποχής μας με συνεχώς αυξανόμενους ρυθμούς. Ευθύνεται για την απώλεια του 10% των παραγωγικών ωρών παγκοσμίως. Η μία στις τέσσερις γυναίκες και ο ένας στους οκτώ άνδρες μπορούν να εμφανίσουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής τους, δηλ.



περίπου το 20% του πληθυσμού, με αυξανόμενους ρυθμούς κατά την τελευταία δεκαετία, εμφανιζόμενης και στο 2% έως 5% των παιδιών και εφήβων.

Σχεδόν οι μισές από όλες τις περιπτώσεις κατάθλιψης δεν αναγνωρίζονται και δεν υποβάλλονται σε θεραπεία ενώ 10% περίπου των καταθλιπτικών ασθενών αυτοκτονούν. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προβλέπει ότι μέχρι το έτος 2020 η κατάθλιψη θα είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο προσβάλλοντας πιθανόν περισσότερο από το 25% του πληθυσμού και μέχρι τότε, η βαριά κατάθλιψη θα αποτελεί το δεύτερο σημαντικότερο αίτιο θανάτου και ανικανότητας αν και η κατάθλιψη είναι θεραπεύσιμη.

**Φύλο:** Οι γυναίκες διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τους άνδρες χωρίς να γνωρίζουμε την αιτία.

**Κοινωνική - οικονομική κατάσταση:** Τα ποσοστά κατάθλιψης μειώνονται ελαφρά όσο αυξάνεται το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο. Οι περισσότερες σοβαρές μορφές συσχετίζονται επίσης με την κατώτερη κοινωνική - οικονομική κατάσταση αν και δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς αν η κατώτερη κοινωνική - οικονομική κατάσταση ευθύνεται για την κατάθλιψη ή η κατάθλιψη οδηγεί στην κατώτερη κοινωνική - οικονομική κατάσταση.

**Οικογενειακό ιστορικό:** Η κατάθλιψη είναι δύο ή τρεις φορές πιο συχνή σε οικογένειες καταθλιπτικών ασθενών.

**Ψυχική κατάσταση:** Οι χωρισμένοι ή διαζευγμένοι έχουν τριπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη απ' ότι οι παντρεμένοι. Οι διαζευγμένοι άνδρες φαίνεται πως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τις διαζευγμένες γυναίκες.

**Ηλικία:** Ο κίνδυνος της κατάθλιψης θεωρείτο πως αυξάνεται με την ηλικία αλλά πρόσφατες μελέτες δείχνουν σήμερα ότι όλες οι ηλικίες είναι επιρρεπείς για την εμφάνισή της. Η κατάθλιψη φαίνεται να είναι πιο συχνή στους ηλικιωμένους, αν και συχνά δεν ανιχνεύεται και δεν υποβάλλεται σε θεραπεία σε αυτήν την ομάδα ασθενών. Οι εκτιμήσεις αναφέρουν ότι η κατάθλιψη είναι δύο φορές πιο συχνή σε άτομα που υποφέρουν από σωματικές παθήσεις. Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων σχετίζεται επίσης με μακρύτερη χρονική διάρκεια και σημαντικότερο κίνδυνο υποτροπής και αυτοκτονίας. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφανίζουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα, όπως κόπωση, δυσκοιλιότητα και απώλεια βάρους

παρά θλίψη. Οι διαταραχές μνήμης είναι επίσης συνηθισμένες και συχνά αποδίδονται εσφαλμένα σε σωματική νόσο, άνοια («ψευδοάνοια») ή την γήρανση.

**Παιδιά:** Τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο πως η κατάθλιψη προσβάλλει συχνά παιδιά και εφήβους, σε ποσοστό 2% έως 5%. Ο ίδιος αριθμός κοριτσιών και αγοριών υποφέρουν από κατάθλιψη ως παιδιά, κατά τη διάρκεια όμως της εφηβείας ο αριθμός των κοριτσιών που παρουσιάζει κατάθλιψη διπλασιάζεται. Τα παιδιά χωρισμένων γονιών, που έχασαν τον ένα γονιό πρόωρα στη ζωή τους και τα παιδιά που υποφέρουν από εγκατάλειψη είναι περισσότερο ευάλωτα στην κατάθλιψη. Η κατάθλιψη κατά την παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσει σε κακή επίδοση στο σχολείο, κακές σχέσεις με τους υπόλοιπους και κατάχρηση ουσιών.<sup>9</sup>

Κατά τη διάρκεια της ζωής τους το 20% των γυναικών και 12% των ανδρών θα εμφανίσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι διπλάσιος στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Είναι μία κατάσταση η οποία είναι συχνά χρόνια. Αυτοί που εμφανίζουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο και δεν υποβάλλονται σε θεραπεία έχουν πιθανότητα 50% να εμφανίσουν και δεύτερο επεισόδιο μέσα σε 5 χρόνια. Μετά από 3 καταθλιπτικά επεισόδια το ποσοστό επανεμφάνισης φθάνει το 90%. Η κατάθλιψη θεραπεύεται σε ένα ποσοστό 80-90% μετά από κατάλληλη θεραπεία. Δυστυχώς όμως, μόνο το 1/3 των ανθρώπων που υποφέρουν από κατάθλιψη υποβάλλονται σε θεραπεία. Οι άνθρωποι με σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας έως και 15%. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης πρέπει να διαγιγνώσκονται και να θεραπεύονται νωρίς για να έχουν το καλύτερο αποτέλεσμα.<sup>4</sup>

# **Κ Ε Φ Α Λ Λ Α Ι Ο 2**

## 1. Ποια είναι τα είδη της κατάθλιψης;

Παρακάτω αναφέρονται οι κύριοι τύποι καταθλιπτικών διαταραχών. Στα πλαίσια του κάθε τύπου υπάρχουν διαφοροποιήσεις στον αριθμό των συμπτωμάτων, την σοβαρότητα και την εμμονή τους.

**Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή:** Εκδηλώνεται με ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να εργαστεί, να μελετήσει, να κοιμηθεί, να φάει, και να απολαύσει ευχάριστες δραστηριότητες, όπως έκανε στο παρελθόν. Ένα τέτοιο επεισόδιο κατάθλιψης μπορεί να συμβεί μόνο μία φορά, αλλά συνήθως συμβαίνει περισσότερες.

**Δυσθυμική Διαταραχή:** Είναι μία χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια. Δεν καθιστά το άτομο ανίκανο, αλλά εξαιτίας της μακροχρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης, δεν το αφήνει να αισθανθεί και να λειτουργήσει καλά.

**Διπολικές Διαταραχές(I-II):** Στις Διπολικές διαταραχές τα άτομα παρουσιάζουν διαστήματα κατάθλιψης και διαστήματα ευφορικής διάθεσης που ονομάζεται μανία και χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας- συχνά με διαταραγμένη σκέψη ή διαστήματα υπομανίας. Η υπομανία είναι ένα σύνδρομο παρόμοιο με την μανία, αλλά όχι τόσο βαρύ ή έντονο και δεν επηρεάζει τόσο σημαντικά την λειτουργικότητα. Σε κάποιες περιπτώσεις η υπομανία αυξάνει την λειτουργικότητα του ατόμου και η φάση της υπομανίας βιώνεται από το άτομο σαν θετική εμπειρία.

Πιο συγκεκριμένα το βασικό στοιχείο της Διπολικής Διαταραχής I (που λεγόταν παλαιότερα μανιοκαταθλιπτική νόσος), είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων Μανιακών ή Μεικτών επεισοδίων (Το Μεικτό επεισόδιο είναι συνδυασμός Μανιακού και Καταθλιπτικού επεισοδίου). Τα άτομα με Διπολική Διαταραχή I έχουν και ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά επεισόδια.

Όσον αφορά την Διπολική Διαταραχή II, χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών επεισοδίων που συνοδεύονται τουλάχιστον από ένα Υπομανιακό επεισόδιο. Σε αντίθεση με το Μανιακό επεισόδιο, ένα Υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει έντονη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας. Η συμπεριφορά των ατόμων αυτών τις περισσότερες φορές δεν γίνεται αντιληπτή από τους άλλους ως προβληματική αντίθετα μπορεί να θεωρούνται άτομα ιδιαίτερα ζωντανά και ενεργητικά.

**Κυκλοθυμική Διαταραχή** Το βασικό χαρακτηριστικό της Κυκλοθυμικής Διαταραχής είναι μία χρόνια κατάσταση διαταραχής της διάθεσης που παρουσιάζει συνεχώς διακυμάνσεις. Έτσι, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών παρατηρούνται πολυάριθμες περιόδους με υπομανιακά συμπτώματα καθώς και πολυάριθμες περιόδους με καταθλιπτικά συμπτώματα, που δεν πληρούν όμως ποτέ τα κριτήρια για Μανιακό ή Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο.

**Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά.** Στην κατηγορία αυτή υπάγονται κυρίως:

- η προεμνηορρυσιακή δυσφορική διαταραχή (δηλαδή η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων όπως περιγράφονται στο 3, λίγες μέρες πριν την έναρξη της έμμηνου ρύσης)
- η ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή (όπου τα συμπτώματα δεν έχουν την ίδια βαρύτητα με αυτά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής).
- η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή (όπου τα συμπτώματα είναι μεν σημαντικής βαρύτητας, δεν διαρκούν όμως αρκετά ώστε να πληρούν τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής)
- η μεταψυχωσική καταθλιπτική συνδρομή, η εμφάνιση δηλαδή καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως συνέχεια ενός ψυχωτικού επεισοδίου.<sup>10</sup>

## 2. Παράγοντες κινδύνου

Το ποσοστό εμφάνισης και η πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης αυξάνεται καθώς και στις μεγαλύτερες ηλικίες όπου στο γυναικείο παρά στο ανδρικό φύλο. Επίσης άλλοι παράγοντες κινδύνου νόσησης κατάθλιψης αποτελούν η φυλή όπου οι λευκοί νοσούν περισσότερο απ' τους μαύρους, η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, όπου όταν είναι υψηλή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τα άτομα που νοσούν ενώ η χαμηλότερη ενοχοποιείται όταν εμφανίζεται καταθλιπτική διαταραχή. Εκτός από τα παραπάνω, παράγοντα κινδύνου αποτελεί η πρόωμη αποστέρηση των γονέων λόγω θανάτου καθώς και η διαταραγμένη οικογενειακή ζωή κατά την παιδική ηλικία επιδρώντας αρνητικά και δημιουργώντας πολλές πιθανότητες στο παιδί να νοσήσει σε κάποια φάση της ζωής του. Επιπροσθέτως, τα διαζευγμένα άτομα έχουν μεγάλη πιθανότητα να νοσήσουν καθώς και τα άτομα με αρνητικά ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και με ύπαρξη στρες στη ζωή τους.

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που είναι δυνατόν να πυροδοτήσουν τη συναισθηματική διαταραχή της κατάθλιψης είναι η ανεργία, η πολύωρη ενασχόληση του ατόμου με το

διαδίκτυο, η διαμόρφωση της προσωπικότητας και ο τύπος μόνιμης κατοικίας, με αποτέλεσμα τα άτομα των αστικών περιοχών να εμφανίζονται περισσότερο επιρρεπή απ' τα άτομα της επαρχίας.<sup>11</sup>

### 3. Πρόγνωση

Η κατάθλιψη έχει μια καλή βραχύχρονη έκβαση, δηλαδή σχεδόν όλα τα καταθλιπτικά επεισόδια θα επιλυθούν μέσα σε μερικούς μήνες αν όχι νωρίτερα. Λίγα μόνο συμπτώματα θα συνεχιστούν για μεγαλύτερες περιόδους. Ωστόσο, ένα άτομο που έχει υποφέρει από κατάθλιψη διατρέχει υψηλότερο κίνδυνο να βιώσει παρόμοια εμπειρία στα μετέπειτα χρόνια, συμπεριλαμβανομένης και της ενηλικίωσης. Περίπου το ένα τρίτο των νεαρών ατόμων με κλινική κατάθλιψη έχουν τουλάχιστον άλλο ένα επεισόδιο μέσα στα επόμενα τρία χρόνια. Γι' αυτό το λόγο, είναι αναγκαίο οι άνθρωποι να είναι εξοικειωμένοι με τέτοιες εμπειρίες και ιδιαίτερα με το τι μπορεί να τους βοηθήσει να αποφύγουν παρόμοια προβλήματα ή να ξαναγίνουν καλά.<sup>12</sup>

### 4. Ταξινόμηση και Διάγνωση κατά το DSM-IV και ICD-10

Η λέξη «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Συνεπώς η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μια *ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο*, όπως για παράδειγμα η *Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή*, η *Δυσθυμική Διαταραχή* ή οι *Διπολικές Διαταραχές* που μεταξύ άλλων κατατάσσονται, τόσο σύμφωνα με το **ICD-10** (World Health Organization, 1993) όσο και με το **DSM-IV** (American Psychiatric Association, 1994), στις Διαταραχές της Διάθεσης.

Η μείζον κατάθλιψη, η οποία ξεκινάει με ένα *μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο*. Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV, μιλάμε για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο αν τουλάχιστον 5 από τα παρακάτω συμπτώματα εμφανιστούν σε διάρκεια 2 εβδομάδων και σηματοδοτούν μία αλλαγή από την προηγούμενη ψυχική κατάσταση που συνοδεύεται από κλινικά σημαντικό άγχος ή μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλης σημαντικής λειτουργικότητας:

- καταθλιπτική διάθεση στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα, που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθημάτων ή κενού) ή από παρατηρήσεις τρίτων (π.χ. φαίνεται δακρυσμένος). Σημείωση: στα παιδιά και στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση.

- σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης (ανηδονία) για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα (που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική περιγραφή είτε από παρατηρήσεις τρίτων). Χαρακτηριστική είναι η μείωση της σεξουαλικής διάθεσης.
- σημαντική απώλεια βάρους χωρίς περιορισμό της τροφής ή αύξηση βάρους (π.χ. μεταβολή του βάρους σώματος πάνω από 5% σε ένα μήνα) ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε ημέρα. Σημείωση: Στα παιδιά, εξετάζεται η αδυναμία να κερδίσουν το αναμενόμενο βάρος.
- αϋπνία (συχνά πρωινή - πρωίμη αφύπνιση) ή υπερυπνία σχεδόν κάθε ημέρα
- ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, σχεδόν κάθε ημέρα (μπορεί να γίνει αντιληπτό από τρίτους αλλά δεν αποτελεί μόνο υποκειμενικό αίσθημα νευρικότητας ή νωθρότητας)
- κόπωση ή έλλειψη ενεργητικότητας σχεδόν κάθε ημέρα
- αίσθημα ματαιότητας ή υπερβολής ή αδικαιολόγητης ενοχής σχεδόν κάθε ημέρα
- μείωση της ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε ημέρα (είτε από υποκειμενική αναφορά είτε ως παρατήρηση από τρίτους)
- επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας.<sup>13</sup>

Σύμφωνα με το ICD-10( The Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death), η κατάθλιψη υπάγεται στις «διαταραχές της διάθεσης». Οι διαταραχές της διάθεσης ταξινομούνται με τους κωδικούς F30-F39 και περιλαμβάνουν τις παρακάτω κατηγορίες:

- F30 Μανιακό επεισόδιο
- F31 Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή
- F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο
- F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
- F34 Επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
- F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
- F39 Μη καθορισμένες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

Η καθεμία από τις κατηγορίες που προαναφέρθηκαν εμπεριέχει έναν αριθμό υποκατηγοριών που θα γίνει πλήρη περιγραφή παρακάτω.

### **F30 Μανιακό επεισόδιο**

F30.0 Υπομανία

F30.1 Μανία χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F30.2 Μανία με ψυχωσικά συμπτώματα

F30.8 Άλλα μανιακά επεισόδια

F30.9 Μανιακό επεισόδιο, μη καθορισμένο

### **F31 Διπολική συναισθηματική διαταραχή**

F31.0 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο υπομανιακό

F31.1 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F31.2 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μανιακό με ψυχωσικά συμπτώματα

F31.3 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιας ή μέτριας κατάθλιψης

.30 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.31 Με σωματικό σύνδρομο

F31.4 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F31.5 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαριάς κατάθλιψης με ψυχωσικά συμπτώματα

F31.6 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μεικτό

F31.7 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, σε αποδρομή κατά την παρούσα φάση

F31.8 Άλλες διπολικές συναισθηματικές διαταραχές



F31.9 Διπολική συναισθηματική διαταραχή, μη καθοριζόμενη

### **F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο**

F32.0 Ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο

.00 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.01 Με σωματικό σύνδρομο

F32.1 Μέτριας βαρύτητας καταθλιπτικό επεισόδιο

.01 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.11 Με σωματικό σύνδρομο

F32.2 Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F32.3 Βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωσικά συμπτώματα

F32.8 Άλλα καταθλιπτικά επεισόδια

F32.9 Καταθλιπτικό επεισόδιο, μη καθορισμένο

### **F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή**

F33.0 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο ήπιο

.00 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.01 Με σωματικό σύνδρομο

F33.1 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο μέτριας βαρύτητας

.10 Χωρίς σωματικό σύνδρομο

.11 Με σωματικό σύνδρομο

F33.2 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα

F33.3 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, παρόν επεισόδιο βαρύ επεισόδιο με ψυχωσικά συμπτώματα

F33.4 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, σε αποδρομή κατά την παρούσα φάση

F33.8 Άλλου τύπου υποτροπιάζουσες καταθλιπτικές διαταραχές

F33.9 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, μη καθορισμένη

### **F34 Επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)**

F34.0 Κυκλοθυμία

F34.1 Δυσθυμία

F34.8 Άλλες επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

F34.9 Επίμονη διαταραχή της διάθεσης (συναισθηματική) μη καθορισμένη

### **F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)**

F38.0 Άλλες μονήρεις διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

.00 Μεικτό συναισθηματικό επεισόδιο

F38.1 Άλλες υποτροπιάζουσες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

.01 Βραχεία υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή

F38.8 Άλλες καθορισμένες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

.01 Βραχεία υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή

F38.8 Άλλες καθορισμένες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

### **F39 Μη καθορισμένες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)**

Αναμφισβήτητα, το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών σήμερα είναι αυτό που περιγράφεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV, 1994). Όπως και το ICD-10 , το DSM-IV δίνει με ακρίβεια τα κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών, καθώς και συγκεκριμένες πληροφορίες για κάθε διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα, οι διαταραχές της διάθεσης σύμφωνα με το DSM-IV ταξινομούνται ως εξής:

### **Καταθλιπτικές Διαταραχές**

- i. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.
- ii. Δυσθυμική Διαταραχή ή Δυσθυμία, όπου υπάρχει καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον δύο χρόνια, συνοδευόμενη και από άλλα συμπτώματα κατάθλιψης, που όμως δεν ικανοποιούν τα κριτήρια ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
- iii. Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, που αναφέρεται σε διαταραχές με καταθλιπτικά χαρακτηριστικά, που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή Προσαρμογής με Καταθλιπτική Διάθεση ή Διαταραχή Προσαρμογής με Μεικτή Αγχώδη και Καταθλιπτική Διάθεση.

### **Διπολικές Διαταραχές**

- i. **Διπολική διαταραχή I**, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μανιακά ή Μεικτά Επεισόδια, που συνήθως εναλλάσσονται με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.
- ii. **Διπολική Διαταραχή II** όπου υπάρχει ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.
- iii. **Κυκλοφορική Διαταραχή**, στην οποία υπάρχουν εναλλακτικά περίοδοι με υπομανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα, που διαρκούν δύο χρόνια και που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για ένα μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο αντίστοιχα.
- iv. **Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς**, που αναφέρεται σε διαταραχές με διπολικά χαρακτηριστικά, που όμως δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για καμιά από τις Διπολικές διαταραχές.

## **Άλλες Διαταραχές της διάθεσης**

- i. Διαταραχή της Διάθεσης οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από μια προεξάρχουσα και επίμονη διαταραχή της διάθεσης, που αποδίδεται σε οργανική αιτιολογία και αποτελεί άμεση συνέπεια μιας γενικότερης ιατρικής κατάστασης.
- ii. Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Ψυχοδραστικές Ουσίες, όπου η προεξάρχουσα και επίμονη διαταραχή στη διάθεση θεωρείται ως η άμεση συνέπεια της κατάχρησης μιας χημικής ουσίας, ενός φαρμάκου, μιας άλλης σωματικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης ή μιας τοξίνης.
- iii. Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, η οποία αναφέρεται σε διαταραχές με συμπτώματα διάθεσης που όμως δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια για καμία από τις Διαταραχές της Διάθεσης και όπου είναι δύσκολο να γίνει επιλογή μεταξύ Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς και Διπολικής Διαταραχής Μη προσδιοριζόμενης Αλλιώς.<sup>14</sup>

## **5. Διαφορική Διάγνωση Κατάθλιψης**

Σύμφωνα με το DSM-IV διακρίνονται, ως γνωστό, δύο κυρίως τύποι κατάθλιψης: Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η δυσθυμική διαταραχή.

### **Μείζων καταθλιπτική διαταραχή**

Χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση, έντονη ελάττωση ενδιαφερόντων, ανορεξία και απώλεια βάρους, σοβαρές διαταραχές ύπνου, ψυχονοητική ανησυχία ή επιβράδυνση, απώλεια ζωτικότητας, αισθήματα ενοχής και αναξιότητας, δυσχέρεια συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων, αυτοκτονικό ιδεασμό. Πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται από ποικίλες σωματικές και ψυχικές διαταραχές. Στις σωματικές διαταραχές περιλαμβάνονται η διαταραχή διάθεσης, η οφειλόμενη σε μια γενική σωματική νοσηρή κατάσταση (νευρολογική, ενδοκρινική, λοιμώδη και φλεγμονώδη), άλλες ιατρικές νόσους ή ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων.

Ειδικότερα, διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από τα εξής:

i. Νευρολογικά αίτια:

- § Αγγειοεγκεφαλικές νόσοι
- § Επιληψίες
- § Άνιες (συμπεριλαμβανομένης και της νόσου του Alzheimer)
- § Νόσος του Fahr
- § Νόσος του Huntington
- § Υδροκέφαλος
- § Λοιμώξεις (συμπεριλαμβανομένης της HIV-λοίμωξης και της νευροσύφιλης)
- § Ημικρανίες
- § Σκλήρυνση κατά πλάκας
- § Ναρκοληψία
- § Νεοπλάσματα
- § Νόσος του Parkinson

Περίπου το 50 – 70% των παρκινσονικών αρρώστων εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα, ανεξάρτητα από το βαθμό βαρύτητας της σωματικής κατάστασης, την ηλικία ή την διάρκεια της νόσου, αλλά συνδεδεμένα με την παρουσία διαταραχών, που αποκαλύπτονται από τις νευροψυχολογικές δοκιμασίες (tests). Μπορεί ενίοτε τα καταθλιπτικά συμπτώματα να απομακρύνονται από αντίστοιχα κινητικά συμπτώματα της νόσου του Parkinson. Συχνά, τα καταθλιπτικά συμπτώματα ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ή τα αντικαταθλιπτικά.

- § Προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση
- § Άπνοια κατά τον ύπνο
- § Τραύματα
- § Νόσος του Wilson

ii. Ενδοκρινικά αίτια

- § Αδρενεργικά (νόσος του Gushing, νόσος του Addison)
- § Υπεραλδοστερονισμός
- § Σχετιζόμενα με την έμμηνο ρύση
- § Παραθυρεοειδές διαταραχές
- § Λοχεία

- § Θυρεοειδικές διαταραχές
- iii. Λοιμώδεις νόσοι και φλεγμονώδεις παθήσεις
  - § Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης
  - § Μονοπυρήνωση
  - § Πνευμονία (ιογενής και βακτηριακή)
  - § Ρευματοειδής αρθρίτιδα
  - § Αρτηρίτιδα του Sjogren
  - § Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος
  - § Κροταφική αρτηρίτιδα
  - § Φυματίωση
- iv. Διάφορες παθήσεις
  - § Καρκίνος (ιδίως του παγκρέατος)
  - § Πορφυρία
  - § Ουραιμία
  - § Αβιταμινώσεις (B12, C, φυλικού οξέος κλπ)
- v. Αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη
  - § Ινδομεθακίνη
  - § Οπιούχα
  - § Φαινακετίνη
  - § Νιτροφουραντοΐνη
  - § Στρεπτομυκίνη
  - § Σουλφαμεθοξαζόλη
  - § Σουλφοναμίδες
  - § Τετρακυκλίνες
- vi. Αντιβακτηριακά και αντιμυκητιασικά
  - § Αμπικιλίνη
  - § Κυκλοσερίνη
  - § Μετρονιδαζόλη
- vii. Αντιυπερτασικά και καρδιολογικά σκευάσματα
  - § Α- μεθυλ- ντόπα
  - § Αναστολείς β- αδρενεργικών υποδοχέων (προπρανολόλη)
  - § Κλονιδίνη

- § Γουανεθιδίνη
- § Λιδοκαΐνη
- § Ρεζερπίνη
- viii. Αντινεοπλασματικά
  - § Αζαθειοπρίνη κα
  - § C-ασπαραγινάση
- ix. Νευρολογικά και ψυχιατρικά σκευάσματα
  - § Αμανταδίνη
  - § Αντιψυχωσικά (βουτυροφαινόνες, φαινοθειαζίνες, οξυϊνδόλες)
  - § Βρωμοκρυπτίνη
  - § Καρβαμαζεπίνη
  - § Λεβοντόπα
  - § Φαινυτοΐνη
  - § Κατασταλτικά και υπνωτικά (βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες, ένυδρος χλωράλη)
- x. Στεροειδή και ορμόνες
  - § Κορτικοστεροειδή (συμπεριλαμβανομένης και της ACTH)
- xi. Διάφορα άλλα σκευάσματα
  - § Κυπροεπταδινή
  - § Σιμετιδίνη
  - § Δισουλφιραμίδη
  - § Διεγερτικά (αμφεταμίνες κλπ).

Η διαφορική διάγνωση (ΔΔ) θα γίνει με τη βοήθεια των κατάλληλων κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων. Στις ψυχικές διαταραχές, από τις οποίες πρέπει διαφοροδιαγνωστεί η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, περιλαμβάνονται:

*Άλλες διαταραχές διάθεσης*

- Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από ατελές, αλλά επεισοδιακής επέλευσης καταθλιπτικό σύνδρομο.
- Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή: ανάπτυξη πλήρους καταθλιπτικού συνδρόμου, διάρκειας ωστόσο μικρότερης από εβδομάδες κατά επεισόδιο.

- Δυσθυμική διαταραχή: Χαρακτηρίζεται από εκδήλωση ατελούς καταθλιπτικού συνδρόμου δίχως σαφή επεισοδιακό χαρακτήρα.

#### *Άλλες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών*

- Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση
- Διαταραχές λόγω κατάχρησης οινόπνευματος
- Αγχώδεις διαταραχές (γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, μικτή αγχώδης-καταθλιπτική διαταραχή, διαταραχή πανικού, διαταραχή μετά από τραυματικό stress, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή)
- Διαταραχές σίτισης και πρόσληψης τροφής (ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία)
- Σχιζοφρένεια
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή καταθλιπτικός τύπος (κατ' αντιδιαστολή προς μείζονα καταθλιπτική διαταραχή με ψυχωσικά στοιχεία (παραληρητική μελαγχολία), στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή με καταθλιπτικό συναίσθημα τα ψυχωσικά στοιχεία υπερβαίνουν σε χρονική διάρκεια τα καταθλιπτικά τοιαύτα.
- Σωματόμορφες διαταραχές (ιδιαίτερα διαταραχή σωματοποίησης).

#### **Δυσθυμική διαταραχή**

Χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση διάρκειας δύο τουλάχιστον ετών και διαταραχές όρεξης και ύπνου, εύκολη κόπωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων, όχι όμως τέτοιας βαρύτητας ώστε να πληρούνται τα κριτήρια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Δηλαδή η ΔΔ περιλαμβάνει όλες τις καταστάσεις που παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα σχετικά με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.<sup>15</sup>



**Κ  
Ε  
Φ  
Α  
Λ  
Α  
Ι  
Ο  
Σ**

## 1. Ορισμός της πληροφορικής

Η λέξη πληροφορική, ασκεί στις μέρες μας μια παράξενη γοητεία. Πολύ απλά και κατανοητά μπορούμε να ορίσουμε την πληροφορική σαν την επιστήμη και τεχνολογία που έχει για αντικείμενο τη συλλογή, αποθήκευση, επεξεργασία και διανομή πληροφοριών με τη βοήθεια υπολογιστικών συστημάτων. Έτσι, η πληροφορική χωρίς να ταυτίζεται με τη θεωρία των πληροφοριών, βρίσκεται σε μια πολύ ειδική και στενή σχέση μαζί της. Και ο ηλεκτρονικός υπολογιστής, αυτή η κατεξοχήν πληροφορική μηχανή του αιώνα μας, είναι το έμβλημα της πληροφορικής επανάστασης, ακριβώς όπως η ατμομηχανή ήταν το έμβλημα της βιομηχανικής επανάστασης.

Μπορεί και τα δύο αυτά να ηχούν και να φαίνονται ανόμοια, στην πραγματικότητα είναι συνδεδεμένα μέσα από την εξίσωση εντροπίας του Claude Shannon που συσχετίζει κατά τρόπο πραγματικά συναρπαστικό τη θερμοδυναμική, την ενέργεια και την περίφημη σχέση των Boltzman-Plank με τη θεωρία των πληροφοριών.

Οι νόμοι και τα θεωρήματα αυτής υποκίνησαν συναρπαστικές ιδέες στη βιολογία και στη γλώσσα, στη θεωρία των πιθανοτήτων, στην ψυχολογία, στην φιλοσοφία, στην τέχνη, στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και στη μελέτη της κοινωνίας. Ακριβώς όπως οι αρχές ενέργειας έδωσαν καινούριες γνώσεις που εκτείνονται πολύ πιο πέρα από τους ορίζοντες της μηχανολογίας, έτσι και η θεωρία των πληροφοριών άνοιξε καινούργια παράθυρα στο πεδίο μιας γνώσης τόσο πλατιάς όσο η φύση, τόσο πολύπλοκης όσο ο ανθρώπινος νους.

## 2. Τι είναι το Ίντερνετ

Το Internet απλά αποτελεί το μέσο που δίνει τη δυνατότητα να συνδεθούν μεταξύ τους τα δίκτυα των Ηλεκτρονικών Υπολογιστών σε όλο τον κόσμο. Το κάθε δίκτυο Η/Υ, όπου και να βρίσκεται, στο Νοσοκομείο, το Πανεπιστήμιο, στους χώρους εργασίας μπορεί να συνδεθεί μέσω του Internet, με άλλα δίκτυα σε οποιοδήποτε μέρος της υφελίου. Με τον τρόπο αυτό ο κάθε χρήστης του τοπικού δικτύου έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε άλλα δίκτυα.

Σήμερα υπάρχουν και λειτουργούν δίκτυα Η/Υ σε ιατρικές Σχολές, σε νοσοκομεία, στη χώρα μας και το εξωτερικό, που συνδέουν μεταξύ τους Η/Υ οι οποίοι βρίσκονται σε εργαστήρια, σε τμήματα, σε κλινικές διάσπαρτα σε διαφορετικούς χώρους, στο ίδιο κτίριο ή την ίδια περιοχή. Αυτά τα τοπικά δίκτυα Η/Υ σε άλλα σημεία της υφελίου, μέσω του Internet και των υπηρεσιών που αυτό προσφέρει.

Πάνω από 10.000.000 Η/Υ είναι συνδεδεμένοι στο Internet, σύμφωνα με έρευνες που πρόσφατα έχουν γίνει (Ιανουάριος 1996), ενώ ο αριθμός των ατόμων που χρησιμοποιούν το Internet είναι περίπου 60.000.000 με 65.000.000. Οι αριθμοί αυτοί μεταβάλλονται με γρήγορους ρυθμούς από τρίμηνο σε τρίμηνο μια και η τάση που καταγράφεται είναι η ραγδαία αύξηση των χρηστών και των μηχανημάτων. Η ίδια εικόνα σημειώνεται και για τη χώρα μας. Υπολογίζεται ότι πάνω από 1.000 ιατροί που διαθέτουν Η/Υ σήμερα κάνουν χρήση του Internet.

### 3. Αξιοποίηση του Ίντερνετ από την Ιατρικό-Νοσηλευτική κοινότητα

Τον κάθε ειδικό ιατρό, τον ενδιαφέρει κατά κύριο λόγο η εξειδικευμένη πληροφορία. Η πληροφορία που παράγεται από τα εξειδικευμένα κέντρα και προορίζεται για αυτόν και τους υπόλοιπους συναδέλφους του. Συνεπώς η υπόθεση αυτή αφορά το σύνολο των ιατρών κάθε ειδικότητας, που εκφράζεται στην Ιατρική κοινότητα, μέσα από τις Επιστημονικές Εταιρίες λ.χ. η Ε.Ε.Χ.Ο.Τ. για τους ορθοπεδικούς ή η Ορθοπεδική Εταιρία Μακεδονίας Θράκης για τους Ορθοπεδικούς της Βορείου Ελλάδος. Οι επιστημονικοί φορείς είναι οι καταλληλότεροι για να αναλάβουν τη δημιουργία εξειδικευμένων Web Servers και να χρησιμοποιήσουν τις δυνατότητες που προσφέρονται από το Internet. Μέχρι σήμερα όμως κάτι τέτοιο δεν έχει επιτευχθεί. Στην Αμερική, οι ιατρικές επιστημονικές εταιρίες διαφορετικών ειδικοτήτων έχουν ήδη τους δικούς τους εξειδικευμένους κόμβους στο Internet και παρέχουν πλήθος εξειδικευμένων πληροφοριών λ.χ. η Αμερικανική Ορθοπεδική Ακαδημία ( AAOS ) διαθέτει έναν από τους πιο έγκυρους και τεκμηριωμένους κόμβους στο Internet με πληθώρα ορθοπεδικής πληροφορίας. Ούτε ο χρόνος, ούτε και ο τόπος αποτελούν εμπόδιο στη μεταφορά της αμερικανικής εμπειρίας στον ιατρικό κόσμο της χώρας μας. Και η τεχνογνωσία υπάρχει και το κατάλληλο υλικό για να στηθούν εξειδικευμένοι ιατρικοί κόμβοι διαφόρων ειδικοτήτων.

Ήδη υπάρχουν και λειτουργούν πάνω από χρόνο ορισμένοι Ελληνικοί ιατρικοί κόμβοι. Ένας από αυτούς είναι η ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ή οι Ορθοπεδικές Σελίδες, από τη Θεσσαλονίκη. Στον κόμβο αυτό περιέχεται και διακινείται μόνον ορθοπεδική πληροφορία. Κάθε πληροφορία που ενδιαφέρει τον ορθοπεδικό γιατρό έχει τη θέση της στον κόμβο αυτό. Ο κόμβος βασίζεται στην αρχή της συμμετοχής των ορθοπεδικών γιατρών, των ορθοπεδικών κλινικών και επιστημονικών ορθοπεδικών εταιριών στον εμπλουτισμό του, με εξειδικευμένη πληροφορία στην οποία διαθέτει σε κάθε χρήστη γιατρό του Internet. Η πρόσβαση στον κόμβο είναι ελεύθερη. Ο κόμβος διαθέτει όλες τις υπηρεσίες του Internet και είναι WEB

Server, με δυνατότητες αλληλεπίδρασης, χρήσης των Hypertext και πολυμέσων μέσα από τις σελίδες του.<sup>16</sup>

#### 4. Τηλεϊατρική

##### **Τι είναι η Τηλεϊατρική;**

Υπάρχουν πάρα πολλοί ορισμοί. Ένας εξ αυτών σχετικά απλός και αρκετά επεξηγηματικός είναι ο ακόλουθος :

"Τηλεϊατρική είναι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών ακόμα και σε περιπτώσεις όπου παρεμβάλλεται απόσταση μεταξύ ασθενούς, ιατρού και άλλων εξειδικευμένων πληροφοριών και γνώσεων"

Στον ορισμό αυτό δίνεται έμφαση στις υπηρεσίες μια και αυτό ενδιαφέρει τους περισσότερους. Στο παρελθόν ο όρος Τηλεϊατρική χρησιμοποιήθηκε με αρκετή ελευθερία και κάλυπτε πολλές δραστηριότητες όπως ερευνητικές, εκπαιδευτικές, επιχειρηματικές. Ο όρος Τηλεϊατρική είναι σύνθετος από την Ελληνική λέξη "τήλε" που σημαίνει εξ αποστάσεως και τη λέξη ιατρική. Στα Αγγλικά ο ίδιος όρος είναι "Telemedicine". Η Τηλεϊατρική χρησιμοποιεί τηλεματικές τεχνολογίες δηλαδή συνδυασμό υπολογιστών και επικοινωνιών προκειμένου να υποστηριχτούν οι ιατρικές υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας, επί το γενικότερο.

Εύκολα συνάγει κανείς ότι πρόκειται για υποβοηθούμενες τεχνολογίες και δεν πρόκειται για νέα μορφή ιατρικής. Ασφαλώς όμως η υιοθέτηση των τεχνολογιών αυτών έχει ως αποτέλεσμα την ανάγκη διαμορφώσεως νέων προτύπων οργάνωσης και παροχής των ιατρικών υπηρεσιών. Υπό την έννοια αυτή η Τηλεϊατρική μπορεί να θεωρηθεί και ως νέες διεργασίες στον χώρο της ιατρικής ή της υγείας.

Η Τηλεϊατρική δεν είναι κάτι τέτοιο. Υπηρεσίες Τηλεϊατρικής απέδειξε ότι ήταν δυνατό να προσφέρονται σε κάθε σημείο της Ελλάδας, ακόμα και στα επιβατηγά πλοία που πήγαιναν στη Νέα Υόρκη, ο Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Σκεύος Ζερβός το 1936.<sup>17</sup>

## **Υπάρχει ανάγκη για υπηρεσίες Τηλεϊατρικής;**

Θα ακούσετε συχνά ότι «γίνεται Τηλεϊατρική» σε πολλά σημεία στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Ας δούμε προσεκτικότερα τα πράγματα στην Ελλάδα. Η σημερινή μορφή της Τηλεϊατρικής, άρχισε ουσιαστικά από το Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το 1988. Ήταν τότε που και στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα είχαν διαβλέψει ότι οι τηλεματικές εφαρμογές (η αξιοποίηση ηλεκτρονικών υπολογιστών σε συνδυασμό με τεχνολογίες επικοινωνιών) θα μπορούσαν να έχουν αξιόλογες εφαρμογές και την Υγεία. Στα αρχικά αυτά στάδια το ενδιαφέρον περιορίστηκε στις εφαρμογές την Ιατρική, εξ' ου και το όνομα Τηλεϊατρική.

Επειδή η Ευρωπαϊκή Ένωση άρχισε από το τέλος της δεκαετίας του 1980 να χρηματοδοτεί ανταγωνιστικά ερευνητικά – αναπτυξιακά έργα, πολλοί φορείς σε όλη την Ευρώπη δραστηριοποιήθηκαν και εξασφάλισαν χρηματοδοτήσεις για την ανάπτυξη και προαγωγή εφαρμογών. Πολύ μικρός αριθμός φορέων ήταν σε θέση όμως να οργανώσει και να λειτουργήσει «Υπηρεσίες Τηλεϊατρικής».

Το Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής συνεργάστηκε από το 1988 με τη Α' Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείο Σισμανόγλειον και άρχισε να δοκιμάζει με επιτυχία υπηρεσίες τηλεϊατρικής σε διάφορα σημεία της Ελλάδος, όπως η Πάρος και η περιοχή Καρπενησίου. Αν θέλετε να μάθετε περισσότερα για τη διαδρομή της Τηλεϊατρικής στην Ελλάδα, δείτε τις σελίδες υπό τον τίτλο «Που λειτουργεί».

Η ιστορία της Τηλεϊατρικής δεν έχει γραφεί ακόμη, γιατί εξακολουθεί να γράφεται. Ωστόσο μπορείτε να πληροφορηθείτε για τα βήματά της στην Ελλάδα στο πρόσφατο παρελθόν μέχρι και σήμερα, επισκεπτόμενοι τις σελίδες υπό τον τίτλο «Ιστορία 1988-2001». Στο σημείο αυτό προτείνουμε να λάβουμε γνώση μερικών ενδιαφερόντων στοιχείων, που απασχολούν ακόμα τον κόσμο.

Υπάρχει πράγματι ανάγκη για υπηρεσίες Τηλεϊατρικής; Αυτό είναι ένα ερώτημα που πρέπει να διερευνηθεί. Υπάρχουν πολλές και πολλές φορές δισταμένες απόψεις. Αλλά ας δούμε μερικά χαρακτηριστικά, που θα μας κάνουν να μορφώσουμε τη δική μας άποψη:

Στο ερώτημα ποιοι παράγοντες υποδεικνύουν την ανάπτυξη υπηρεσιών Τηλεϊατρικής θα αναφέρουμε τους ακόλουθους:

- ισότητα στην πρόσβαση
- ποιότητα υπηρεσιών
- δημογραφικές μεταβολές
- βελτίωση του κλινικού αποτελέσματος
- έρευνα & τεχνολογία
- έλεγχος δαπανών υπηρεσιών υγείας
- επιχειρηματικές δυνατότητες<sup>18</sup>

## **Η τηλεϊατρική στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ελλάδα**

**Ευρωπαϊκή Ένωση:** στα πλαίσια των στοιχείων που δημοσίευσε η Γενική Διεύθυνση XIII της Ε.Ε. (1997) ο τομέας της υγείας είναι από τους πλέον σημαντικούς τομείς της οικονομίας. Έχουν καταγραφεί 4,860,000 άτομα (προσωπικό υποστήριξης όλων των ειδικοτήτων). Γίνεται κατανοητό ότι η προσοχή των θεσμικών οργάνων των χωρών είναι στραμμένη στο χώρο της ιατρικής φροντίδας και δη στην Τηλεϊατρική.

**Ελλάδα:** το Πανεπιστήμιο της Κρήτης (1998) έχει εκπονήσει ένα φιλόδοξο πιλοτικό πρόγραμμα με στόχο της ηλεκτρονική διασύνδεση των κέντρων υγείας του νησιού. Το 1999 γίνεται συνεχής καταγραφή των ιατρικών αναγκών των αγροτικών περιοχών. Εντός της χρονιάς γίνεται κίνηση και στην Αθήνα. Τίθεται σε εφαρμογή σε 4 σημεία το νέο σύστημα του Ι.Κ.Α., το Σύστημα Διαχείρισης Δικτύων Υγείας. Παράλληλα σε κεντρικό επίπεδο το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας έχει εκπονήσει ένα σχέδιο του οποίου οι κατευθυντήριες γραμμές είναι:

1. Ανάπτυξη Ο.Π.Ν.Σ. σε 25 νοσοκομεία
2. Π.Σ. ΕΚΑΒ και παραρτημάτων
3. Π.Σ. για υπηρεσίες αιμοδοσίας
4. Πιλοτικό σύστημα τηλεϊατρικής για τα δυσπρόσιτα νησιά του Αιγαίου
5. Εκπόνηση καθολικού σχεδίου δράσης για την Τηλεϊατρική σε Πανελλήνιο επίπεδο
6. Μηχανοργάνωση όλων των υπηρεσιών φαρμακείου ενός νοσοκομείου και καθιέρωση εθνικού συνταγολογίου.<sup>19</sup>

**Κ  
Ε  
Φ  
Α  
Λ  
Α  
Ι  
Ο  
4**

## 1. Μύθοι και πραγματικότητες

### **Η αναζήτηση πληροφοριών στο Διαδίκτυο**

Ο αντίκτυπος του παγκόσμιου Ιστού ή World Wide Web στη σύγχρονη εποχή και στην διαχείριση της πληροφορίας δεν είναι δύσκολο πια να εκτιμηθεί. Λογαριάστε πόσοι όροι (είτε μεταφρασμένοι ,είτε στην γλώσσα γέννησής τους) έχουν μπει στη καθημερινή μας κουβέντα: 'Net-surfing, info , Web site, chat room, cyber, browser, online, homepage, HTML και @. Το διαδίκτυο κατόρθωσε μέσα σε μια δεκαετία να τραβήξει την προσοχή ανθρώπων κάθε ηλικίας και οποιονδήποτε ενδιαφερόντων. Κρίνεται σκόπιμο να είμαστε καλοί γνώστες του τι προσφέρει το διαδίκτυο και ποιοι είναι οι Μύθοι και οι πραγματικότητες που συναντούμε σ' αυτό.

#### **Μύθος 1:** Το web είναι μια τεράστια εγκυκλοπαίδεια

Αυτή είναι η πρώτη παρανόηση για τους περισσότερους αρχάριους χρήστες. Σίγουρα και το Διαδίκτυο και οι εγκυκλοπαίδειες παρέχουν πληροφορίες για άπειρα θέματα αυτή όμως είναι και η μοναδική τους ομοιότητα. Μια εγκυκλοπαίδεια είναι κατά κανόνα οργανωμένη και τακτοποιημένη κατά λήμματα αντίθετα το διαδίκτυο είναι χαοτικό και ανοργάνωτο .Ενώ τα περιεχόμενα της εγκυκλοπαίδειας γράφονται μετά από προσεκτική επιστημονική έρευνα και με στόχο να μην απηχούνται προσωπικές προκαταλήψεις, το διαδίκτυο απηχεί τις προσωπικές ιδέες των συγγραφέων τους και δεν θα ήταν υπερβολή να πει κανείς πως είναι ως επί το πλείστον προσωπικές γνώμες αμφιλεγόμενων προσώπων. Τέλος ενώ μια εγκυκλοπαίδεια γράφεται από επιστημονικό προσωπικό , το διαδίκτυο είναι ο χώρος όπου ο καθένας μπορεί να δημιουργήσει τη δική του προσωπική σελίδα . Αλλά ποιες από αυτές ενδιαφέρουν τους μαθητές μας ή καλύτερα ποιες από αυτές αντιπροσωπεύουν μια αντικειμενική θεώρηση της αλήθειας; Σ αυτή μας την αναζήτηση θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι ο παγκόσμιος Ιστός δεν είναι η μεγαλύτερη εγκυκλοπαίδεια του κόσμου αλλά ο ίδιος ο κόσμος που προσκαλείται να μπει στην τάξη μας.

#### **Μύθος 2:** Το web είναι γεμάτο άχρηστες πληροφορίες

Σίγουρα δεν είναι μύθος . Είναι αλήθεια ότι το διαδίκτυο είναι γεμάτο από άχρηστες δημοσιεύσεις. Αν όμως δούμε συγκριτικά το μέγεθός του τότε ο ισχυρισμός αυτός τείνει να μην αντιπροσωπεύει ολόκληρη την αλήθεια. Εξαιτίας λοιπόν του ανεξέλεγκτου μεγέθους του, το διαδίκτυο περιλαμβάνει λίγο απ' όλα : άχρηστο υλικό , ανεπιθύμητες, ενοχλητικές ή προσβλητικές δημοσιεύσεις, διαφημίσεις ,ανολοκλήρωτες ή ξεπερασμένες αντιλήψεις όμως πάντα πλάι , πλάι με όλα αυτά στον κυβερνοχώρο υπάρχουν σήμερα και επιστημονικές έρευνες , εκπαιδευτικό υλικό ποικίλα βοηθήματα , εργασίες πανεπιστημίων και ατομικές ή συλλογικές προσπάθειες ,τα οποία για να ανακαλύψει κανείς πρέπει να εξασκηθεί στη σωστή



αναζήτηση . Προς το παρόν δεν μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι όλα τα επιθυμητά αποτελέσματα βρίσκονται με ευκολία σε δικτυακούς τόπους .Για παράδειγμα τα αποτελέσματα για μια αναζήτηση που αφορά την Αρχαία Ελλάδα μπορεί να είναι συγκριτικά ελάχιστα μπροστά στον αριθμό των αποτελεσμάτων για τη λέξη Ωκεανός. Ωστόσο υπάρχουν φορείς που έχουν αναλάβει να συγκεντρώνουν τους συνδέσμους και να καταστήσουν ευκολότερη την πρόσβαση σε δικτυακούς τόπους που πληρούν εκπαιδευτικά κριτήρια ,ώστε είναι θέμα χρόνου να αναπτυχθεί παράλληλα το εκπαιδευτικό διαδίκτυο όπως το θέλουμε και πρέπει να είναι.

**Μύθος 3:** Στον παγκόσμιο ιστό μπορούμε να εξασφαλίσουμε ταχύτατα τις πληροφορίες που αναζητούμε. Παρόλο που μιλούμε για διαρκώς αυξανόμενες ταχύτητες πρόσβασης στις πληροφορίες , δεν μπορούμε να ισχυριστούμε το ίδιο αν η αναζήτηση μας περιλαμβάνει πηγές δεδομένων , απεικονίσεις ή αρχεία που αριθμούν αρκετά MB. Συνεπώς , το Web προσφέρεται κυρίως για ανταλλαγή ιδεών και επικοινωνία. Απόδειξη για αυτό αποτελεί η καταγωγή και αρχική του χρήση. Αρκετά πριν την εξάπλωση του Web και ακόμη περισσότερο του Ιντερνετ, ένα κατασκεύασμα με το όνομα ARPAnet ένωσε μέσω ενός δικτύου( το ίδιο το όνομα αντιπροσωπεύει την πηγή χρηματοδότησης: the Department of Defense's Advanced Research Projects Agency)τους ερευνητές, διευκολύνοντάς τους στη δημοσίευση και επεξεργασία πληροφοριών αλλά το πιο ενδιαφέρον στην όλη υπόθεση δεν ήταν τόσο οι πληροφορίες , μα η διαδικασία αυτή καθ' αυτή που επέτρεπε σε ανθρώπους να βρίσκονται σε διαφορετικά μέρη να ανταλλάσσουν ιδέες και να εργάζονται σε ένα κοινό σκοπό . Η εμφάνιση του Ιντερνετ κατέστησε την κοινή χρήση και τη συνεργασία πρόσφορη μεταξύ πανεπιστημιακών ιδρυμάτων και η εξάπλωση του Παγκόσμιου Ιστού έδωσε την ευκαιρία στον κόσμο να συμμετέχει σ αυτό το χτίσιμο με κάθε μέλος του , είτε είναι μαθητές δημοτικού είτε νομικές εταιρείες είτε μουσικά συγκροτήματα που ο κάθε ένας ενδιαφέρεται να επικοινωνήσει με τη δική του κοινότητα. Ένα σημαντικό δείγμα του προσανατολισμού του διαδικτύου όσον αφορά την διάθεση και κοινή χρήση μεταξύ των κοινοτήτων που χτίζονται καθημερινά είναι το παράδειγμα των εταιρειών που στην ουσία ενδιαφέρονται μόνο για πωλήσεις, ενώ στην τηλεόραση πληρώνουν αστρονομικά ποσά για μια διαφήμιση , στο δικτυακό τους τόπο, πάντα προσφέρουν και κάτι δωρεάν στους επισκέπτες τους είτε είναι παιχνίδια είτε εργαλεία είτε λογισμικά είτε βοήθεια και υποστήριξη. Με άλλα λόγια ακόμη και αυτοί πρέπει να τηρούν τους άδηλους κανόνες του Διαδικτύου και να συνεισφέρουν στην κοινότητα, σε αντίθετη περίπτωση μερικές χιλιάδες όμοια sites θα προσελκύσουν τους επισκέπτες με το να προσφέρουν δωρεάν κάτι αξιόλογο εκτός από τις πωλήσεις τους.<sup>20</sup>

## 2. Τι μας προσφέρει το Ίντερνετ

Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν το Internet βασικά για δύο πράγματα: α) για να **αντλήσουν πληροφορίες** και β) για να **επικοινωνήσουν** με άλλους ανθρώπους που είναι κι αυτοί χρήστες του. Μπορούμε να θεωρήσουμε το Internet σαν μια τεράστια αποθήκη πληροφορίας, μια παγκόσμια βιβλιοθήκη. Στους υπολογιστές του, βρίσκονται αποθηκευμένα χιλιάδες Gigabytes πληροφορίας, αρκετά από τα οποία διατίθενται ελεύθερα στους χρήστες του. Έτσι λοιπόν έχουμε τη δυνατότητα να χρησιμοποιούμε απομακρυσμένες βάσεις δεδομένων, να ανακτάμε αρχεία με προγράμματα, εικόνες, κείμενα, κλπ., να έχουμε πρόσβαση σε βιβλιοθήκες, να διαβάζουμε ηλεκτρονικές εφημερίδες και περιοδικά, ακόμη και να παρακολουθούμε ραδιοφωνικά προγράμματα.

Το Internet είναι επίσης ένα μέσο που μας επιτρέπει να ερχόμαστε σε επαφή με άλλους ανθρώπους γρήγορα και εύκολα. Μπορούμε λοιπόν να ανταλλάξουμε ηλεκτρονικά μηνύματα ή να μιλήσουμε “ζωντανά” με έναν φίλο μας που βρίσκεται π.χ. στις ΗΠΑ, στην Κίνα ή σε κάποιο άλλο μέρος του κόσμου, να γνωρίσουμε καινούργιους ανθρώπους, να εγγραφούμε σε λίστες συζητήσεων εάν μας ενδιαφέρουν οι απόψεις των άλλων γύρω από κάποιο θέμα ή ακόμη να παίζουμε μια σειρά από παιχνίδια με πολλούς αντιπάλους ταυτόχρονα που μπορεί να βρίσκονται διασκορπισμένοι σε διάφορα μέρη της γης. Με το Internet λοιπόν μπορούμε να κάνουμε το γύρο του κόσμου χωρίς να χρειαστεί να μετακινηθούμε από τον υπολογιστή μας.<sup>21</sup>

Οι τέσσερις βασικές υπηρεσίες που προσφέρει το Διαδίκτυο είναι οι εξής: E-mail, News(USENET), Remote login και Μεταφορά δεδομένων. Με τη βοήθεια του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου οι χρήστες μπορούν να στέλνουν και να λαμβάνουν ηλεκτρονικά μηνύματα, τα οποία διακινούνται κάθε μέρα κατά δισεκατομμύρια μέσω του SMTP πρωτοκόλλου. Η δεύτερη υπηρεσία του Διαδικτύου είναι οι ομάδες συζήτησης(newsgroups), όπου χρήστες με κοινά ενδιαφέροντα κάνουν ανταλλαγή μηνυμάτων. Προγράμματα όπως το telnet και το rlogin δίνουν στο χρήστη τη δυνατότητα να μπαίνει σε οποιαδήποτε μηχανή εφόσον διαθέτει ένα λογαριασμό χρήσης. Τέλος, το πρωτόκολλο FTP(File Transfer Protocol) έδωσε το όνομά του στο πρόγραμμα ftp, με το οποίο είναι εφικτή η αντιγραφή αρχείων από μια μηχανή στο Διαδίκτυο σε άλλη.

### 3. Το ίντερνετ στην Ελλάδα

Μέχρι και το 1992, στο διαδίκτυο είχαν πρόσβαση μερικές εκατοντάδες άτομα που αποτελούνταν από φοιτητές και μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας. Το διαδίκτυο άνοιξε τις πύλες του στο ευρύ κοινό, το οποίο απέκτησε πρόσβαση με συνδρομή, στις αρχές του 1993. Η ανάπτυξη του δικτύου δεν επήλθε με πολύ γρήγορους ρυθμούς αφού μόλις το 1998 ξεπεράστηκε ο αριθμός των εκατό χιλιάδων συνδρομητών. Δύο χρόνια μετά όμως, τον Ιούνιο του 2000, οι έλληνες χρήστες άγγιξαν τον αριθμό των εξακοσίων χιλιάδων και για το 2001 εκτιμάται ότι θα διπλασιαστούν.

Οι ηλικίες των Ελλήνων που τους έχει κερδίσει σε μεγαλύτερο βαθμό ο κυβερνοχώρος κυμαίνονται από 20 έως 40 χρόνια χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι μικρότεροι ή μεγαλύτεροι σε ηλικία δεν έλκονται από αυτόν. Βέβαια, υπάρχουν ακόμη αρκετές χιλιάδες άνθρωποι που τρομάζουν στην ιδέα ότι θα πρέπει μια μηχανή να παίξει το ρόλο του διαμεσολαβητή και να τους εξυπηρετήσει σε μια εργασία τους κάνοντάς τους έτσι κατά κάποιον τρόπο να αισθάνονται εξαρτημένοι απ' αυτή. Άλλωστε, στην Ελλάδα, πριν από μία δεκαετία, εξαιτίας του φόβου που προκαλούσαν οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, οι άνθρωποι που ασχολούνταν με την πληροφορική θεωρούνταν αντικοινωνικοί και εσωστρεφείς. Σήμερα, όμως, στοιχεία ερευνών δείχνουν ότι οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν το Δίκτυο είναι εξωστρεφείς.<sup>22</sup>

### 4. Ο θαυμαστός κόσμος του διαδικτύου

Όταν η Υπηρεσία Προηγμένων Αμυντικών Ερευνών του υπουργείου Άμυνας των Ηνωμένων Πολιτειών έθετε τα θεμέλια του διαδικτύου στις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι πιο πολλοί πίστευαν ότι πρόκειται για ένα ακόμα φαινόμενο του «συρμού» (trend). Κι όμως, σχεδόν εικοσιπέντε χρόνια μετά, το Internet όχι μόνο δεν αποτελεί παρελθόν, αλλά αντιθέτως αποτελεί το παρόν και σίγουρα έχει θέση και στο μέλλον της ανθρωπότητας. Κάποιοι, υπερβάλλοντας ίσως, το χαρακτήρισαν ως τη μεγαλύτερη εφεύρεση της ανθρωπότητας μετά την γραφή και την τυπογραφία. Ίσως αυτή η άποψη να μην απέχει τελικά και πολύ από την πραγματικότητα.

Σήμερα το διαδίκτυο είναι παντού. Μέσω αυτού μπορείς να κάνεις τα πάντα και αν δεν ξέρεις να το χρησιμοποιήσεις είναι σίγουρο ότι «χάνεις» πράγματα. Στα τεχνολογικώς προηγμένα κράτη του κόσμου το σύνολο σχεδόν των υπηρεσιών που προσφέρει το κράτος στους πολίτες παρέχεται μέσω του internet (ηλεκτρονική διακυβέρνηση). Επίσης μπορείς να

συνδιαλλαγείς με πλήθος φορέων, να κάνεις τις τραπεζικές σου συναλλαγές κλπ. Πέραν τούτου, είναι πανεύκολο να αγοράσεις το αγαπημένο σου βιβλίο, cd ή dvd και μάλιστα κατά κανόνα εξοικονομώντας χρήματα εν συγκρίσει με το «αναλογικό» βιβλιοπωλείο.

Ακόμη, προσφέρονται υπηρεσίες που δεν υπάρχουν στην ελληνική αγορά. Ηλεκτρονικοί εκδοτικοί οίκοι, όπως το lulu.com εκδίδουν το βιβλίο σου, χωρίς να το λογοκρίνουν και μάλιστα με προνομιακούς όρους για το συγγραφέα. Σε άλλα sites μπορείς να ξανασιμίζεις με τους παλιούς σου συμμαθητές (facebook, hi5), να δημοσιεύσεις ελεύθερα και δωρεάν τα κείμενα σου, ανταλλάσσοντας απόψεις πάνω σε αυτά (blog). Επίσης, μπορείς να βρεις πληροφορίες για οτιδήποτε σε ενδιαφέρει μέσω ηλεκτρονικών εγκυκλοπαιδειών, αλλά και μηχανών αναζήτησης όπως η google. Και η λίστα δεν έχει τελειωμό.

Φυσικά υπάρχει και η άλλη άποψη του νομίσματος. Πολλοί υποστηρίζουν ότι το διαδίκτυο είναι εξαιρετικά εθιστικό και απρόσωπο και ότι ελλοχεύουν πολλοί κίνδυνοι αν το χρησιμοποιείς. Από το να σου «κλέψουν» τον αριθμό της πιστωτικής κάρτας ενώ ψωνίζεις σε κάποιο διαδικτυακό «κατάστημα», μέχρι το να εθιστείς και να αποκτήσεις αντικοινωνικές συμπεριφορές.

Είναι σίγουρο ότι μερικές από τις προαναφερθείσες αιτιάσεις έχουν βάση. Και δε θα μπορούσε να είναι αλλιώς. Μια τόσο μεγάλη πλατφόρμα όπως το διαδίκτυο είναι μικρογραφία της κοινωνίας. Εκεί θα βρεις όλων των ειδών τους ανθρώπους και τις υπηρεσίες. Έπειτα εναπόκειται σε σένα να κάνεις σωστή χρήση, να μην εθιστείς στους –πολλούς είναι η αλήθεια πειρασμούς του– και να εκμεταλλεύεσαι στο έπακρο τα πλεονεκτήματα που αυτό σου δίνει. Και τα τελευταία είναι πολλά...<sup>24</sup>

### 5. Χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών, διαδικτύου και θεραπεία της κατάθλιψης

Η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών και διαδικτύου είναι δυνατόν να μειώνει τον κίνδυνο κατάθλιψης. Οι υπηρεσίες τις οποίες απολαμβάνουν οι χρήστες ηλεκτρονικών υπολογιστών και διαδικτύου, όπως το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, οι ομάδες συζητήσεων και η πληροφόρηση για θέματα υγείας, είναι πιθανόν ότι βοηθούν την πνευματική υγεία των χρηστών.

Η χρήση των τεχνολογιών αυτών, ο κοινωνικός και επικοινωνιακός χαρακτήρας τους, η πληροφόρηση που προσφέρουν, επιτρέπουν στους ανθρώπους να ξεφεύγουν από τα όρια της απομόνωσης, να έχουν περισσότερη επαφή με άλλους και τον υπόλοιπο κόσμο. Τα

συμπεράσματα αυτά προκύπτουν από έρευνα σε 206 ηλικιωμένους άνω των 65 ετών στο Μανχάταν της Νέας Υόρκης. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 80 ετών.

Σύμφωνα με τους ερευνητές η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών και διαδικτύου, μπορεί να έχει ανάλογες επιδράσεις με μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και σε άτομα μικρότερης ηλικίας. Οι τεχνολογίες που προσφέρουν εύκολα επικοινωνία, σύνδεση και πληροφόρηση, πιθανόν να συμβάλλουν σε καλύτερη πνευματική υγεία για διάφορες ηλικιακές ομάδες.

Η έρευνα άρχισε το 1998 στη Νέα Υόρκη (Village Care of New York) και ο στόχος ήταν να αξιολογηθούν οι σχέσεις αλλαγών στη σωματική, στην πνευματική υγεία και στις κοινωνικές δραστηριότητες από τη μια και ποιότητας ζωής από την άλλη, σε ομάδες ηλικιωμένων που ζουν σε αστικές περιοχές.

Ο αριθμός των ηλικιωμένων που μαθαίνουν να χρησιμοποιούν ηλεκτρονικούς υπολογιστές, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, διαδικτυακές ομάδες συζητήσεων και το διαδίκτυο γενικότερα, αυξάνεται συνεχώς.

Το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι που αποκτούν αυτές τις νέες δεξιότητες, παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα κατάθλιψης σε σχέση με τους συνομήλικους τους που δεν εξοικειώνονται με τις εν λόγω τεχνολογίες, μπορεί να έχει σημαντικές πρακτικές εφαρμογές στις προσπάθειες αποφυγής της απομόνωσης, σύνδεσης με άλλους ανθρώπους και δραστηριοποίησης ηλικιωμένων στις αστικές περιοχές.<sup>23</sup>

**Κ  
Ε  
Φ  
Α  
Λ  
Α  
Ι  
Ο  
5**

## 1. Το αρνητικό πρόσωπο του Internet

Σχεδόν άμεσα, μαζί με τα θετικά, προκύπτουν και τα αρνητικά στοιχεία του internet (κυρίως από τους μη χρήστες), τα οποία εντοπίζονται τόσο σε εγγενείς αδυναμίες του, όσο και σε συγκυριακές, με βάση την σημερινή του κατάσταση στην Ελλάδα (αυτά μόνο από τους χρήστες).

Τα εγγενή αρνητικά στοιχεία τοποθετούνται σε τέσσερις βασικούς άξονες, που ενδεχομένως να καθυστερούν και τον ρυθμό ανάπτυξής του: τα ηθικά (πορνογραφία, υπόκοσμος, παιδεραστία, ναρκωτικά, αιρετική ιδεολογία), κάτι που σχετίζεται με την αίσθηση «ελευθεριότητας» που αποδίδεται στο internet η οποία προκύπτει από την αδυναμία αντίληψης ή ελέγχου του μέσου. Τα ηθικά αυτά αρνητικά οδηγούν στην έντονη άποψη ότι το internet θεωρείται επικίνδυνο για τα παιδιά κάτω των 15 χρονών, και αυτό εκφράζεται έντονα από γονείς και κυρίως «αρνητές» και άτομα χωρίς γνώση/επαφή με το internet, αλλά και ευρύτερα περιορισμένη νοοτροπία. Όμως, η επικινδυνότητα αυτή αντιμετωπίζεται στην πράξη από έλεγχο των γονέων (φραγές, ελεγχόμενη χρήση, χρήση παρουσία άλλων κλπ.), ενώ παράλληλα αναγνωρίζεται ότι αυτό εμπίπτει στην ευρύτερη ευθύνη των γονέων για την διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους.

Ο δεύτερος άξονας των αρνητικών είναι τα κοινωνικά, και κυρίως η πιθανότητα απομόνωσης, καθώς και η υποκατάσταση της προσωπικής επαφής/αποδυνάμωσης σχέσεων, ψυχρότητα και δημιουργία «εικονικών» σχέσεων έως και κατάθλιψη. Όμως, αυτά ανασύρονται κυρίως από γονείς, αρνητές και μη χρήστες και συνολικά τείνουν να τοποθετούνται σε θεωρητικό και μόνο επίπεδο.

Στον τρίτο άξονα των αρνητικών, τα πρακτικά μειονεκτήματα σχετίζονται κυρίως με το κόστος, ενώ ταυτόχρονα εκφράζονται και ανασφάλεια για «υπερχρεώσεις», «αλόγιστη» χρήση κυρίως από τα παιδιά, και ελλιπή μέτρα προστασίας του καταναλωτή από τις οικονομικές συναλλαγές/ αγορές. Το κόστος αποτελεί δυναμικό προβληματισμό που απορρέουν από την σημερινή κατάσταση της αγοράς στην Ελλάδα, ενώ η ανασφάλεια απορρέει από την φύση του internet ευρύτερα και δευτερευόντως από την ελληνική αγορά. Τέλος, ο τρίτος άξονας των αρνητικών αφορά το λειτουργικό επίπεδο, καθώς το internet γίνεται αντιληπτό ως «αχανής» χώρος πληροφοριών, και κυρίως μεταξύ των μη χρηστών και των μεγάλων ηλικιών υπάρχει άγνοια ή ασαφής γνώση των δυνατοτήτων του, καθώς επίσης και το αντιλαμβανόμενο εμπόδιο της Αγγλικής γλώσσας για όσους δεν την γνωρίζουν.<sup>25</sup>

## 2. Εθισμός στο Ίντερνετ

Ο εθισμός στο Internet ολοένα και πιο ανησυχητικό φαινόμενο.

Για αρκετούς χρήστες ανά τον κόσμο το Internet έχει γίνει ήδη εθισμός, επηρεάζοντας σημαντικά τις ζωές τους, αλλά και τις ζωές των οικογενειών τους. Παρότι δεν έχει επισημοποιηθεί ως παθολογικό φαινόμενο, ο εθισμός στο Internet ήδη έχει παρατηρηθεί πως αποτελεί εμμονή για αρκετούς ανθρώπους, προειδοποιεί η Dr. Diane Wieland που θεραπεύει ασθενείς με εθισμό στους υπολογιστές, στο Landsdale των Η.Π.Α. Για κάποιους ανθρώπους, το Internet μπορεί να αποτελέσει αιτία πρόκλησης εξαρτημένης συμπεριφοράς και διαταραχής των διαπροσωπικών, αναφέρει η Wieland στην εφημερίδα "Perspectives in Psychiatric Care" [Προοπτικές Ψυχιατρικής Φροντίδας]. "Ορισμένες επαφές στον κυβερνοχώρο μπορούν να οδηγήσουν σε εικονικές σχέσεις που εξελίσσονται σε όχι και τόσο φυσιολογικές online σεξουαλικές πράξεις", γράφει μεταξύ άλλων η Wieland, για να συμπληρώσει πως "Η εμμονή και η ακατάσχετη επιθυμία χρήσης του Internet αντανακλά με άσχημο τρόπο στις πραγματικές διαπροσωπικές σχέσεις με συχνό αποτέλεσμα ακόμα και τα διαζύγια".

Σύμφωνα με τις έρευνες της, η Wieland υποστηρίζει πως το 5%-10% των χρηστών του Internet έχουν συμπτώματα εθισμού, τα οποία περιλαμβάνουν από μια γενική αδιαφορία για τη σωματική υγεία και την εμφάνιση, στέρηση ύπνου, μειωμένη φυσική δραστηριότητα και περιορισμένες κοινωνικές επαφές". Η ξηροφθαλμία, το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα και επαναλαμβανόμενοι τραυματισμοί στα χέρια και στα δάκτυλα είναι επίσης συχνά φαινόμενα.

Οι εθισμένοι στο Internet εμφανίζουν επίσης συμπτώματα των cyber shakes όταν είναι offline, παρουσιάζοντας ζαλάδες και κλονισμούς κινήσεις πληκτρολόγησης όταν δεν βρίσκονται μπροστά από τον υπολογιστή. Επίσης, πολλοί έχουν ιστορικό κατάθλιψης, κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών και ψυχικών διαταραχών, ενώ, όπως όλοι οι εθισμένοι, αρνούνται να παραδεχτούν το πρόβλημα τους ισχυριζόμενοι πως δεν είναι δυνατό να έχουν εθιστεί από μια μηχανή.<sup>26</sup>

### 3. Ο Εθισμός του διαδικτύου «χτυπά» τα παιδιά.

Το 77% των ηλεκτρονικών παιχνιδιών που χαρακτηρίστηκαν κατάλληλα για παιδιά ηλικίας 7 ετών και άνω περιέχουν απεικονίσεις βίας. Το ποσοστό αυτό φαίνεται πως ανεβαίνει στο 88% για την ηλικιακή κατηγορία παιχνιδιού 12+, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα παιδιά ηλικίας 16 ετών και άνω ανέρχεται στο 97%.



Πρόκειται για στοιχεία, που προέκυψαν από το Πανευρωπαϊκό Σύστημα Πληροφόρησης για τα Ηλεκτρονικά Παιχνίδια (PEGI- Pan European Game Information), το οποίο εφαρμόζεται σε προϊόντα που διανέμονται στην Ελλάδα, καθώς και σε άλλες 28 Ευρωπαϊκές χώρες. Το 46% από τα 6806 ηλεκτρονικά παιχνίδια, που χαρακτήρισε το PEGI βρέθηκε πως εμπεριέχουν βία. Αρκετά συχνή φαίνεται πως είναι και η χρήση χυδαίας γλώσσας. Το 11% των ηλεκτρονικών παιχνιδιών, που εξέτασε το PEGI, βρέθηκε πως χρησιμοποιούν χυδαία γλώσσας μέσα στο περιεχόμενό τους.

### **Ποιο είναι το σύστημα PEGI**

Το PEGI είναι η συντομογραφία του Πανευρωπαϊκού Συστήματος Πληροφόρησης για τα Ηλεκτρονικά Παιχνίδια (Pan European Game Information). Πρόκειται για το πρώτο πανευρωπαϊκό σύστημα αποτίμησης των ορίων ηλικίας για τα ηλεκτρονικά παιχνίδια και τα βιντεοπαιχνίδια. Στόχος της όλης προσπάθειας είναι η παροχή αξιόπιστης πληροφόρηση σχετικά με το περιεχόμενο ενός ηλεκτρονικού παιχνιδιού και την καταλληλότητά του για συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες.

Το σύστημα αποτελείται από δύο μέρη: Την κατάταξη του παιχνιδιού σε ηλικιακές ομάδες (3+, 7+, 12+, 16+, 18+) και τον χαρακτηρισμό του περιεχόμενου (βία- τζόγος- φόβος,- σεξ- ναρκωτικά- ρατσισμός- χυδαία γλώσσα).

Το PEGI Online είναι μια προσθήκη του ίδιου συστήματος,, που στοχεύει στην προστασία των νέων από ακατάλληλο περιεχόμενο διαδικτυακών παιχνιδιών και στην επιμόρφωση των γονέων για το πώς μπορούν να διασφαλίσουν την ασφάλεια των παιδιών τους, όταν αυτά σερφάρουν στο Διαδίκτυο. Οι ηλεκτρονικές σελίδες του συστήματος είναι οι εξής: [www.pegi.info](http://www.pegi.info) και [www.pegionline.eu](http://www.pegionline.eu).<sup>27</sup>

Ο διευθυντής και η επιστημονικά υπεύθυνη της Μονάδας Εφηβικής Υγείας της Β' Παιδιατρικής κλινικής του νοσοκομείου Παίδων ενημερώνοντας την Επιτροπή Έρευνας και Τεχνολογίας της Βουλής ανέφεραν την ανησυχία τους για το μεγάλο εθισμό των εφήβων στη χρήση του Διαδικτύου. Σύμφωνα με τα στοιχεία έρευνας που παρουσίασαν το 1% των εφήβων εμφανίζει εθισμό στο Διαδίκτυο ενώ το 20% ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου για κατάχρηση του Internet. Παράλληλα το 4% των παιδιών έχουν δεχθεί παρενόχληση μέσω του Διαδικτύου και τα αγόρια προτιμούν παιχνίδια πολύ βίαια, ενώ τα κορίτσια ασχολούνται κυρίως με τις γνωριμίες και τις αγορές. Όπως ανέφεραν οι δύο επιστήμονες, τη Μονάδα Εφηβικής Υγείας της Παιδιατρικής Κλινικής Παίδων έχουν επισκεφθεί, μέχρι σήμερα, 20

παιδιά με συμπτώματα εθισμού στο Διαδίκτυο, τα οποία ζουν, στο μεγαλύτερο μέρος τους, σε μονογονεϊκές οικογένειες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ.

#### 4. Ο Εθισμός του διαδικτύου στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα παρακολουθούνται 4 ανήλικοι με συμπτώματα εξάρτησης από το διαδίκτυο. Την ίδια στιγμή φαίνεται πως 18,2% των 15χρονων παιδιών στην Αττική παρουσιάζουν περιοδικά ή συχνά προβλήματα σχετικά με την κατάχρηση του διαδικτύου.

Επίσης, τα στοιχεία της έρευνας, που διεξήγαγαν οι ειδικοί της Μονάδας Εφηβικής Υγείας της Β' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών δείχνουν ότι το 8% των εφήβων ηλικίας 15 ετών χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για περισσότερες από 20 ώρες την εβδομάδα. Ο πιο συχνός λόγος χρήσης του διαδικτύου διαπιστώνεται στην έρευνα ότι είναι τα online παιχνίδια.

Σύμφωνα με την American Medical Association, οι προειδοποιητικές ενδείξεις για τον εθισμό στο διαδίκτυο είναι οι εξής:

- Ø Αίσθηση ευφορίας όση ώρα βρισκόμαστε στον υπολογιστή.
- Ø Είμαστε ανίκανοι να σταματήσουμε την δραστηριότητα.
- Ø Αποζητούμε όλο και περισσότερο χρόνο στον υπολογιστή.
- Ø Παραμελούμε οικογένεια και φίλους.
- Ø Νιώθουμε κενοί, θλιμμένοι και οξύθυμοι όταν δεν βρισκόμαστε στον υπολογιστή.
- Ø Λέμε ψέματα στην οικογένεια και τους φίλους μας για τις δραστηριότητες μας.
- Ø Αντιμετωπίζουμε προβλήματα με τη δουλειά και το σχολείο.
- Ø Διατροφικές διαταραχές
- Ø Διαταραχές του ύπνου και αλλαγή των συνηθειών ύπνου.
- Ø Μυοσκελετικές παθήσεις ( σκολίωση).
- Ø Μειωμένη αθλητική δραστηριότητα.
- Ø Ξηρά μάτια - μυωπία
- Ø Ημικρανίες.
- Ø Παραμέληση προσωπικής υγιεινής.<sup>28</sup>

## 5. Διαδίκτυο και κατάθλιψη

Εξαπλώνεται ο εθισμός στο κομπιούτερ (με παθολογική χρήση του) και η εξάρτηση από το Διαδίκτυο. Οι εθισμένοι χρήστες ελέγχουν τα ηλεκτρονικά μηνύματά τους κάθε δύο λεπτά, μπαίνουν σε συγκεκριμένες ηλεκτρονικές σελίδες ξανά και ξανά, απορροφώνται σε παιχνίδια στην οθόνη με τις ώρες, παίζουν μανιωδώς χρηματιστήριο ή τζογάρουν μέσω Διαδικτύου. Ο εθισμός στο κομπιούτερ, η παθολογική χρήση του υπολογιστή, η εξάρτηση από το Διαδίκτυο, αποτελεί ένα φαινόμενο της τελευταίας δεκαετίας, που ολοένα εξαπλώνεται. Ο όρος «Διαταραχή Εξάρτησης από το Διαδίκτυο» (Internet Addiction Disorder) προτάθηκε για πρώτη φορά από τον δρ. Ιβαν Γκόλντμπεργκ και τα κριτήρια για τη διάγνωσή της βασίστηκαν σε εκείνα για τις εξαρτήσεις από ουσίες. Από τη δεκαετία του 1990, αρκετές κλινικές έχουν δημιουργηθεί στις ΗΠΑ (όπως το Κέντρο για Ανάνηψη από την Εξάρτηση στο Ίντερνετ, στο Μπάνφορντ και το Κέντρο για τη Συμπεριφορά στο Ίντερνετ, στο Κονέκτικατ), για να θεραπεύσουν τους μανιώδεις χρήστες του Ίντερνετ. Και η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία συζητά εάν πρέπει να συμπεριλάβει στον κατάλόγό της την εξάρτηση στο Ίντερνετ στο επόμενο διαγνωστικό εγχειρίδιό της.

Σε μελέτη, που δημοσιεύθηκε πρόσφατα στο διεθνές νευροψυχιατρικό περιοδικό «CNS Spectrums» και αφορούσε 2.500 ενήλικες, βρέθηκε ότι το 6% ανέφερε ότι η προσωπική σχέση του υποφέρει από τα αποτελέσματα της υπερβολικής χρήσης του Ίντερνετ, το 9% ανέφερε ότι χρησιμοποιεί το Διαδίκτυο χωρίς ουσιαστικό λόγο, ένα 8% περίπου ότι χρησιμοποιεί το Ίντερνετ ως τρόπο για να ξεφύγει από τα προβλήματά του και ένα 14% ότι βρίσκει δύσκολο να μείνει μακριά από το Ίντερνετ για αρκετές ημέρες. Σε άλλη έρευνα, που εκπονήθηκε το 2005 από το Ινστιτούτο του Πανεπιστημίου του Στάνφορντ για τη μεγάλη Ποσοτική Μελέτη της Κοινωνίας, διαπιστώθηκε ότι οι νέοι άνθρωποι και οι ανύπαντροι χρησιμοποιούν περισσότερο το Διαδίκτυο, με μέση χρονική διάρκεια

Η υπεραπασχόληση με το Ίντερνετ μπορεί να κρύβει μια ψυχολογική δυσφορία (του τύπου της κατάθλιψης) ή μια ψυχαναγκαστική διαταραχή, με την εμμονή στην επαναληπτική αυτή διαδικασία», επισημαίνει η κλινική ψυχολόγος, επιστημονική συνεργάτης του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. Βαλέρια Πομίσι. «Μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να συνυπάρχουν και τα δύο. Επίσης, τα άτομα που απομονώνονται από την κοινωνία λόγω της υπεραπασχόλησης με το Ίντερνετ (παρ' ό,τι - και αυτό είναι ένα παράδοξο- έχουν μέσω αυτού επαφές με όλο τον κόσμο), θα πρέπει να προβληματίσουν τους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους». Για ορισμένους, η οθόνη του Διαδικτύου λειτουργεί ως «φυγή» από την πραγματικότητα. «Για πολλούς, η ενασχόληση με το Διαδίκτυο είναι μια διαδικασία

διεξόδου, τους δίνει την εντύπωση ότι κινούνται, ότι "αδειάζει" το μυαλό τους, νομίζουν ότι λειτουργεί ως "φάρμακο" », λέει η κ. Πομίνι. «Βέβαια, εάν η επαφή μέσω του Ίντερνετ με άλλα άτομα, είναι η μοναδική μορφή κοινωνικοποίησης, τότε παραπέμπει σε πιθανές δυσκολίες του ατόμου, οι οποίες θα πρέπει να διερευνηθούν και να αντιμετωπισθούν». τις τρεις ώρες ημερησίως. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ανέφεραν ότι για κάθε ώρα που αφιέρωναν στο Ίντερνετ, μείωναν την επικοινωνία με την οικογένειά τους κατά 24 λεπτά περίπου και τον ύπνο τους κατά 12 λεπτά.

Ελληνική μελέτη, που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα από την κλινική ψυχολόγο κ. Τάνια Καβαλιέρου, με την επίβλεψη της επίκουρης καθηγήτριας Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου κ. Βασιλικής Κανελλοπούλου, εξέτασε σε 141 χρήστες Ίντερνετ και 30 χρήστες ηρωίνης την ύπαρξη κατάθλιψης, ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού και τον βαθμό αυτοεκτίμησης. Εντοπίστηκαν 31 «εξαρτημένοι», που σκόραραν πολύ ψηλά στο ερωτηματο«Η λόγιο προβληματικής χρήσης του Ίντερνετ. «Οι περισσότεροι από αυτούς ήταν άντρες, με μέσο όρο ηλικίας τα 22 έτη, σπουδαστές και μένουν μόνοι ή με τους γονείς τους, κυρίως στην Αθήνα», λέει η κ. Καβαλιέρου. «Σε αυτούς φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η χρήση του Ίντερνετ τόσο αυξάνεται ο ψυχαναγκασμός και η κατάθλιψη και τόσο μειώνεται η αυτοεκτίμηση, χωρίς να ξέρουμε όμως ποιο είναι το αίτιο και ποιο το αποτέλεσμα». Κατόπιν, οι 31 «εξαρτημένοι» από το Διαδίκτυο συγκρίθηκαν με τους 30 χρήστες ηρωίνης, που προσήλθαν στο πρόγραμμα «Αθηνά» του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Η σύγκριση των μέσων όρων κατάθλιψης, ψυχαναγκασμού και αυτοεκτίμησης μεταξύ των δύο ομάδων δεν έδειξε σημαντικές διαφορές.<sup>29</sup>

**Κ  
Ε  
Φ  
Α  
Λ  
Α  
Ι  
Ο  
6**

## 1. Ο ρόλος του νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής εκτελεί ποικίλες λειτουργίες που εξαρτώνται από την τεχνική και την αντίληψη των εξελισσόμενων βασικών αρχών που χρησιμοποιούνται. Μερικοί ψυχίατροι είναι πιο πρόθυμοι από άλλους στο να χρησιμοποιούν νοσηλευτικό προσωπικό στην ψυχοθεραπεία. Αν ο ασθενής παίρνει υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να κατευθύνει το περιβάλλον με τέτοιο τρόπο, ώστε ο ασθενής να συναντά λιγότερες δυσκολίες απ' ό,τι θα συναντούσε έξω από το νοσοκομείο.

Μπορεί να μειώσει τις ερωτήσεις που του γίνονται και να χρησιμοποιήσει την επιρροή του με τέτοιο τρόπο, ώστε να αποκτά την εμπειρία ότι τα πρόσωπα που τον περιβάλλουν είναι φιλικά, δεκτικά και όχι κριτικά. Μερικές φορές, χωρίς να τροποποιεί την συμπεριφορά του μ' οποιοδήποτε τρόπο και χωρίς μια καθαρή αντίληψη του τι συμβαίνει, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον ασθενή να πραγματοποιήσει μερικές από τις ανάγκες του.

Ένας ασθενής που είναι ανασφαλής και εξαρτημένος, μπορεί να ακουμπήσει σε ένα δυνατό νοσηλευτή που προσφέρει υποστήριξη και ασφάλεια. Άλλος ασθενής που χρειάζεται κάποιον να εξαρτάται από αυτόν, μπορεί να ικανοποιήσει την ανάγκη του να είναι προστατευτικός, με το να προσπαθήσει να βοηθήσει έναν καινούριο ασθενή. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ο νοσηλευτής ενεργεί ως ένα κατάλληλο πρόσωπο πάνω στο οποίο εξασκεί ο ασθενής καινούριες κοινωνικές επιτηδειότητες. Μπορεί να εξυπηρετήσει ο νοσηλευτής ως στόχος για τα αισθήματα του ασθενούς και, αν μείνει ανεπηρέαστος και αμερόληπτος, μπορεί να τον βοηθήσει να μάθει να ελέγχει την έκφραση των αισθημάτων του με μεγαλύτερη αντίληψη και επιδεξιότητα, μπορεί να εκμεταλλευτεί την ειδική σχέση του με τον ασθενή. Μπορεί να το κάνει, είτε με την προσπάθειά του να μειώσει στο ελάχιστο την ένταση μεταξύ θεραπευτικών περιόδων καθιστώντας έτσι ικανό τον ασθενή να χρησιμοποιεί τις συνεντεύξεις με τον ψυχίατρο με μεγαλύτερη βελτίωση, είτε σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει την επέκταση των θεραπευτικών περιόδων.

Ο ασθενής μπορεί να συζητά με τον νοσηλευτή, χρησιμοποιώντας τον για να ταξινομήσει μερικές από τις μπερδεμένες σκέψεις του, ιδέες και αισθήματα, κάνοντας έτσι ευκολότερο γι' αυτόν να συλλέξει τα πιο σπουδαία γεγονότα για τη θεραπευτική συνέντευξη με το γιατρό.

Ο νοσηλευτής παίρνει το ρόλο μιας σπουδαίας φυσιγνωμίας στη ζωή του ασθενούς και τον καθιστά ικανό να ενεργεί έξω από το νοσοκομείο αρχίζοντας τις συναισθηματικές του αντιδράσεις συνήθως άμεσα προκαλούμενες από το περιβάλλον του. Η ψυχοθεραπεία

πάντοτε προκαλεί αλλαγές στη στάση του ασθενούς απέναντι στους άλλους ανθρώπους. Οι διαφορετικές αντιδράσεις των ασθενών μεταξύ τους, ο τρόπος με τον οποίο ομάδες σχηματίζονται και διαλύονται, η εμφάνιση φιλίας και η ανάπτυξη αγάπης και μίσους, οι αντιδράσεις μεταξύ ασθενών είναι πάντοτε σημαντικές σαν μια εκδήλωση προόδου και κίνητρο για τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής είναι στη καλύτερη θέση να παρατηρήσει τους κηδεμονευόμενους ως μία ολότητα, να εκτιμήσει κάποια επιρροή στο κλίμα του κηδεμονευόμενου, με σκοπό να δημιουργήσει μια θεραπευτική κοινωνία.<sup>30</sup>

## 2. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με κατάθλιψη

Οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταβλητών – ψυχολογικών, βιολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών προκαλεί την κατάθλιψη, οι κλινικές εκδηλώσεις της είναι παρόμοιες. Γι' αυτό οι καταθλιπτικοί άρρωστοι με οποιαδήποτε μορφή κατάθλιψης αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από τον νοσηλευτή με μια ολική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση.

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου στο νοσοκομείο εξατομικεύεται με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και εστιάζεται σε τρεις ομάδες αναγκών, οι οποίες είναι:

- Ø Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας.
- Ø Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο.
- Ø Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπισή της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Η κατάθλιψη έχει χαρακτηριστεί σαν θάνατος εν ζωή, αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού κινητικότητας και σκοπού, μέχρι του σημείου να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή. Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό άρρωστο στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή τη ζωτικότητα του και την αγάπη για την ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες και μπορεί να τα βγάλει πέρα στη ζωή.

## Νοσηλευτικές διαγνώσεις

- I. Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού
- II. Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
- III. Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
- IV. Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων
- V. Απελπισία
- VI. Αίσθημα αδυναμίας
- VII. Ανεπαρκής αυτοφροντίδα

## Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων.

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε:

- Û Εκφράζει επιθυμία να ζήσει, αιτιολογεί και δεν αναφέρει ιδέες ή σχεδιασμό αυτοκτονίας
- Û Εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα, χαμογελά ή γελά ανάλογα με τη συζήτηση και την κατάσταση
- Û Κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία.
- Û Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.
- Û Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό.
- Û Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες.
- Û Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις).
- Û Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκόλευαν την επικοινωνία του με άλλους.

## Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας – δυνατότητας για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά του αρρώστου, δηλαδή κινήσεις, απειλές, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας.

Ο βαθμός απελπισίας που εκφράζει ο άρρωστος είναι ενδεικτικός της βαρύτητας της κατάθλιψης και του κινδύνου αυτοκτονίας. Οι 8 στους 10 λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν, το κάνουν. Όποιος σκέφτηκε το σχέδιο είναι πιο πιθανό να το εκτελέσει. Η πιθανότητα



αυξάνει αν το άτομο ή κάποιος από την οικογένειά του αποπειράθηκε στο παρελθόν και συνυπάρχει κατάθλιψη. Οι παρορμητικοί ή οι ψυχωτικοί άρρωστοι με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν στην αυτοκαταστροφή, μπορούν να αυτοκτονήσουν χωρίς προειδοποιητικά σημεία.

Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαιτέρως σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας εξόδου πριν να προγραμματισθεί.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τον 1<sup>ο</sup> μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Οι μισές από τις αυτοκτονίες των νοσηλευομένων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, όταν έχουν άδεια. (Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι όταν ο άρρωστος έχει ιδέες αυτοκτονίας και επαρκή ενεργητικότητα για να την πραγματοποιήσει, π.χ. στο σημείο που αρχίζει να αισθάνεται καλύτερα.

Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλειά του και θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας.

Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15' σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σ' όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί ή διακοπεί η βλαπτική συμπεριφορά.

Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυράφια, ψαλίδια). Στα πλαίσια ασφαλείας του περιβάλλοντος περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας.

Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη του φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με προηγούμενη πληροφόρηση του αρρώστου ότι είναι ρουτίνα του νοσοκομείου και με πολλή ευγένεια και σεβασμό.

Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά την χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μη τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα.

Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωσή του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους.

Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύκτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο). Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο του αρρώστου. Βοηθάει τον νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή που είναι ο άρρωστος. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό.

Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του αρρώστου.

Διατύπωση ενός συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον άρρωστο που να περιλαμβάνει τι θα κάνει ο άρρωστος και τι ο νοσηλευτής για την ασφάλεια του πρώτου. Ένα αντίγραφο υπογεγραμμένο από τον άρρωστο και τον υπεύθυνο νοσηλευτή επισυνάπτεται στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου και ένα άλλο αντίγραφο δίνεται στον άρρωστο να το κρατά. Αυτό τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ανταπόκριση του αρρώστου. Ακόμη προωθεί την επικοινωνία και μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αξιολογήσει τη νοσηλεία του.

Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειάς του να ρωτήσουν ότι θέλουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους για την φαρμακοθεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να διορθώσουν τη διάθεση σε 3 ή περισσότερες εβδομάδες. Εν τω μεταξύ μπορεί να χρειασθούν άλλες μορφές θεραπείας για προστασία του αυτοκτονικού αρρώστου. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γενικά είναι δεύτερη επιλογή θεραπείας, αν η κατάθλιψη δεν επηρεασθεί από τα φάρμακα και ο άρρωστος συνεχίζει να εκδηλώνει ιδέες αυτοκτονίας, να έχει αϋπνίες, να αρνείται να τρώει και να πίνει υγρά. Ο άρρωστος μπορεί να φοβάται το ηλεκτροσόκ και ο νοσηλευτής χρειάζεται να κατανοήσει τους φόβους αυτούς, να υποστηρίζει όμως το ηλεκτροσόκ ως θετική εναλλακτική θεραπεία. Διότι αν ο νοσηλευτής έχει αρνητική στάση προς το ηλεκτροσόκ μπορεί να τη μεταδώσει στον άρρωστο και να του δημιουργήσει σύγχυση και άρνηση να τη δεχθεί.

Βοήθεια του αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιότητας και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή του(γνωστική θεραπεία)

Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.

Παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή του εμφάνιση. Με σκοπό τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη νόσησης, την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.

Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία του αυτή.

Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτό-αξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεση του.

Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου.

Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένειά του πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πως να τις αντιμετωπίσουν. Μια νοσηλευτική έρευνα, που μελέτησε την ενσωμάτωση της οικογένειας στον προγραμματισμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας καταθλιπτικών αρρώστων, διαπίστωσε ότι είχε τα εξής αποτελέσματα: Αύξηση της ικανοποίησης της οικογένειας από την συνεργασία του αρρώστου, αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας από τον άρρωστο όταν χρειαζόταν και μεγαλύτερο βαθμό προσαρμογής του αρρώστου στην καθημερινή ζωή.

Συχνές και σύντομες συναντήσεις με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για τον άρρωστο και για τον νοσηλευτή.

Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.

Συνέπεια του νοσηλευτού στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον άρρωστο όλη την ώρα της υπόσχεσης και όταν ακόμη αυτός δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του νοσηλευτού. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Ο άρρωστος αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί για να την κερδίσει. Όταν ο νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφτεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.

Χρήση απλών, συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση. Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση. Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς, όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας. Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκολύνουν την παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων, για να συντελεσθεί η θεραπεία.

Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτή αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης του αρρώστου με την σύγκριση των αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος είναι ο ίδιος.

Αποφυγή εκφράσεων όπως: τα πράγματα θα διορθωθούν.... Ο καθένας μας μελαγχολεί κάποτε-κάποτε. Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του αρρώστου και μπορεί να αυξήσουν μέσα του την ενοχή και αναξιοότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση στην οποία βρίσκεται.

Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός του αρρώστου να μη θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτή, Η λογομαχία ή η αυτό-υπεράσπιση συντελούν μόνο στη ελάττωση της αυτοεκτίμησης και του αρρώστου και του νοσηλευτή.

Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους.

Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχτεί ότι έγινε λάθος. Η στάση αυτή ενθαρρύνει την κατάλληλη εξωτερίκευση του θυμού και αποθαρρύνει την εσωτερίκευση και τη στροφή του προς το ίδιο το εγώ.

Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολόγησης κριτικής. Π.χ. φαίνεσθε πιο καλός σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα. Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος. Π.χ. Μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής: Δεν ήμουν καλός χθες. Αν χτενισθώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής: φοράτε ένα καινούριο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε χτένισμα. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.

Βαθμιαία ενσωμάτωση του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι). Επιδοκιμασία των προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής αξίας του αρρώστου και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο άρρωστος θα δοκιμάσει την υποστήριξη από τους άλλους, θα μάθει κοινωνικούς τρόπους και θα ανακαλύψει ότι τα προβλήματα και οι ανησυχίες του είναι παρόμοια με εκείνα των άλλων.

Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου για πρόληψη βλάβης 'η και θανάτου. Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητες του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές.<sup>31</sup>

### 3. Η Κατάθλιψη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί την < πύλη εισόδου > του αρρώστου στο σύστημα υγείας. Είναι το σημείο πρώτης επαφής, μέσω του οποίου άρρωστοι με διάφορα προβλήματα υγείας, μεταξύ των οποίων και προβλήματα ψυχικής υγείας, απευθύνονται στον γιατρό για διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση. Στην ουσία, πολλά, όσον αφορά τη διάγνωση και την θεραπευτική αντιμετώπιση, κρίνονται σε αυτό το επίπεδο. Αυτό γιατί, όπως

είναι γνωστό, η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η πρόωπη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας έχουν άμεση σχέση με την αποφυγή της χρονιότητας και των επιπλοκών.

Το πρόβλημα των ψυχικών διαταραχών στη ΠΦΥ απασχόλησε από δεκαετίες τόσο τους ειδικούς της ψυχικής υγείας, όσο και τους ιατρούς της ΠΦΥ. Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 60, οι πρώτες συστηματικές έρευνες άρχισαν με σκοπό την εκτίμηση του μεγέθους κ των χαρακτηριστικών του προβλήματος. Η εμπειρία που συσσωρεύτηκε τις επόμενες δεκαετίες, βοήθησε στην εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος των ψυχικών διαταραχών στη ΠΦΥ και των παραγόντων που το επηρεάζουν, όσο και στη δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης, αντιμετώπισης και βελτίωσης των διαγνωστικών δυνατοτήτων των ιατρών της ΠΦΥ.

Από τη μέχρι σήμερα εμπειρία και τα επιδημιολογικά δεδομένα, έχει προκύψει ότι σε χώρες με αναπτυγμένα συστήματα ΠΦΥ (όπως η Μ. Βρετανία και η Ολλανδία), που επανδρώνονται από γενικούς ιατρούς, η πλειοψηφία των αρρώστων που έχουν ψυχολογικά προβλήματα (κυρίως κατάθλιψη) επισκέπτονται το γενικό ιατρό τους. Η απόφαση του ίδιου του αρρώστου για την φροντίδα της ψυχικής του υγείας αποτελεί τον καθορισμό παράγοντα. Στη συνέχεια, η επόμενη διαδικασία είναι η αναγνώριση του προβλήματος από γενικό ιατρό. Όπως φαίνεται, άνω του 50% των αρρώστων της ΠΦΥ με ψυχικές διαταραχές (κυρίως κατάθλιψη) δεν αναγνωρίζονται από τους ιατρούς της ΠΦΥ. Στις ψυχιατρικές υπηρεσίες, όπως φαίνεται από την ίδια εικόνα, παραπέμπονται μόνο το 1/5 των αρρώστων που αναγνωρίζονται στην ΠΦΥ (κυρίως βαριές ψυχικές διαταραχές δυσδιάγνωστα προβλήματα ή διαταραχές ανθεκτικές στη θεραπεία). Τέλος, από αυτούς, μόνο το 1/6 εισάγονται στο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Η κατάθλιψη αποτελεί το συχνότερο ψυχιατρικό πρόβλημα των αρρώστων της ΠΦΥ. Συνολικά, όπως φάνηκε στη μεγαλύτερη έως σήμερα διεθνή έρευνα σε υπηρεσίες ΠΦΥ, το 24% των αρρώστων που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ έπασχαν από ψυχικές διαταραχές, ενώ 10,4% έπασχαν από κατάθλιψη και 2,1% από δυσθυμία (χρόνια νευρωσική κατάθλιψη). Όμως, όπως είναι ήδη γνωστό, το 50 % από αυτούς τους αρρώστους διαφεύγουν της αναγνώρισης από τους ιατρούς της ΠΦΥ, ενώ το 20% παραμένουν αδιάγνωστοι μετά από 6 μήνες και συχνά αναπτύσσουν χρόνια κατάθλιψη.

## **Επιδημιολογικά δεδομένα**

Υπάρχει πλήθος επιδημιολογικών ερευνών στην ΠΦΥ για την επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών (και της κατάθλιψης ειδικότερα). Στις έρευνες αυτές επιβεβαιώθηκε αυτό που αναφέρθηκε προηγουμένως, ότι δηλαδή ένα σημαντικό ποσοστό των αρρώστων (10 – 45%) που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η μεγαλύτερη έως σήμερα σε υπηρεσίες ΠΦΥ, που διεξήχθη υπό την αιγίδα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας σε 15 ερευνητικά κέντρα 14 χωρών, μεταξύ των οποίων και στην Αθήνα. Η έρευνα αφορούσε 26.000 περίπου αρρώστους υπηρεσιών ΠΦΥ, οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα ψυχιατρικό ερωτηματολόγιο, ενώ από αυτούς 5600 εξετάστηκαν λεπτομερώς με μια δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη. Το ¼ των αρρώστων της ΠΦΥ υπέφερε από ψυχικές διαταραχές, με συχνότερη την κατάθλιψη, από την οποία έπασχε το 10,4% των αρρώστων. Οι υπόλοιπες διαταραχές, με συχνότερη τη διαταραχή γενικευμένου άγχους, βρέθηκαν να συνυπάρχουν πολύ συχνά με κατάθλιψη, πολλές δε από αυτές (νευρασθένεια, διαταραχή σωματοποίησης, υποχονδρίαση) θεωρούνται ως εκδηλώσεις συγκαλυμμένης κατάθλιψης. Ειδικότερα στην Αθήνα, η κατάθλιψη αποτελούσε τη δεύτερη σε συχνότητα διαταραχή, με πρώτη τη διαταραχή γενικευμένου άγχους. Όμως, στο 90% των περιπτώσεων, η κατάθλιψη στην Αθήνα βρέθηκε να συνυπάρχει με διαταραχή γενικευμένου άγχους, οπότε, όπως είναι γνωστό, προτεραιότητα δίνεται στη διάγνωση της κατάθλιψης.

## **Το πρόβλημα της αναγνώρισης της κατάθλιψης στην ΠΦΥ**

Όπως ελέχθη ανωτέρω, οι μισοί περίπου από τους καταθλιπτικούς αρρώστους στην ΠΦΥ δεν αναγνωρίζονται και καμιά φροντίδα δεν παρέχεται σε αυτούς. Οι μισοί περίπου από τους αρρώστους παραμένουν αδιάγνωστα. Στην Αθήνα, ειδικότερα, λόγω της ιδιομορφίας των υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας, που επανδρώνονται κυρίως από ειδικούς ιατρούς με έλλειψη εμπειρίας σε θέματα ψυχικής υγείας, η συχνότητα αναγνώρισης των ψυχικών διαταραχών είναι ακόμα μικρότερη (17% όλων των ψυχικών διαταραχών και 22,2% των περιπτώσεων κατάθλιψης). Η σημασία της μη αναγνώρισης αυτών διαταραχών έγκειται στη σοβαρότητά τους. Από την ίδια έρευνα φάνηκε ότι το 40% των αρρώστων των υπηρεσιών ΠΦΥ με κατάθλιψη είχαν μέτρια τουλάχιστον ανικανότητα εκτέλεσης του επαγγελματικού τους ρόλου και ανέφεραν 10 περίπου ημέρες εκτός δραστηριοτήτων το μήνα λόγω του ψυχιατρικού προβλήματος από το οποίο έπασχαν. Η έγκαιρη αναγνώριση, όπως έχει επανειλημμένα φανεί,

έχει θετικό αποτέλεσμα όσον αφορά την έκβαση των ψυχικών διαταραχών και ειδικότερα της κατάθλιψης στις υπηρεσίες ΠΦΥ.

Παρά ταύτα, φαίνεται ότι αν και ένα σημαντικό ποσοστό καταθλιπτικών αρρώστων αναγνωρίζονται στις υπηρεσίες ΠΦΥ, ο χειρισμός τους από τους ιατρούς της ΠΦΥ συνήθως απέχει από το να είναι ο ενδεδειγμένος. Μόνο το 1/5 περίπου των αρρώστων όλων των κέντρων και στο 1/10 του κέντρου της Αθήνας χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική αγωγή (και σε αυτές τις περιπτώσεις δεν ήταν γνωστό αν δόθηκε σε επαρκείς δόσεις). Η φαρμακευτική αγωγή βασιζόταν κύρια (ιδιαίτερα στην Αθήνα) στη χορήγηση βενζοδιαζεπινών. Στην Αθήνα, ένα μεγαλύτερο ποσοστό των αρρώστων παραπέμφθηκε σε ψυχιατρικές υπηρεσίες ή δεν έλαβε καμία θεραπεία, ενώ είναι άγνωστο γενικά το περιεχόμενο και το είδος των υπολοίπων μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων. Οι λόγοι της μη αναγνώρισης και ελλιπούς θεραπευτικής παρέμβασης στις υπηρεσίες ΠΦΥ είναι πολλαπλοί.

Από το 1970, οι Goldberg και Blackwell περιέγραψαν τους παρακάτω τέσσερις τύπους ψυχικής διαταραχής, όσον αφορά στην έκφρασή της στις υπηρεσίες ΠΦΥ:

- ΰ Ψυχική διαταραχή σχετιζόμενη με υπάρχουσα σωματική νόσο, η θεραπεία της οποίας επιφέρει και την ύφεση του ψυχιατρικού προβλήματος,
- ΰ Ψυχική διαταραχή και σωματική νόσος που συνυπάρχουν ανεξάρτητα μεταξύ τους,
- ΰ Ψυχική διαταραχή εκφραζόμενη με σωματικά συμπτώματα και
- ΰ Σαφώς περιγραφόμενη ψυχική διαταραχή.

Με εξαίρεση την τελευταία κατηγορία, οι τρεις πρώτες παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα αναγνώρισης από τον ιατρό της ΠΦΥ. Τα χαρακτηριστικά των αρρώστων φαίνεται επίσης ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση της κατάθλιψης. Ο Tylee, συνοψίζοντας τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, αναφέρει τους παρακάτω παράγοντες που διευκολύνουν την αναγνώριση: θήλυ, μέσης ηλικίας, άνεργος, χήρος ή χωρισμένος, με όψη καταθλιπτικού και λευκής φυλής. Αντίθετα, οι παρακάτω παράγοντες έχουν βρεθεί ότι δρουν ανασταλτικά στην αναγνώριση: εφηβεία ή νεανική ηλικία, μεγάλη ηλικία, σπουδαστής, σωματικά άρρωστος, παρουσίαση του προβλήματος με σωματικά συμπτώματα, αρνητική στάση στην ύπαρξη ψυχολογικού προβλήματος και παρουσίαση των ψυχολογικών προβλημάτων από τον άρρωστο στο τέλος της συνέντευξης ή καθόλου.



Όμως, η αναγνώριση ή όχι της κατάθλιψης εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό και από χαρακτηριστικά του εξεταζόμενου ιατρού. Έτσι, έχει βρεθεί ότι χαρακτηριστικά που αφορούν στη γνώση της κατάθλιψης, στην προσωπικότητα του εξεταζόντος και στις δεξιότητές του στην εξέταση, επηρεάζουν την αναγνώριση της κατάθλιψης:

- ✓ Γνώση των συμπτωμάτων και των δυνατοτήτων θεραπείας της κατάθλιψης, όπως και εμπιστοσύνη στη θεραπεία της στην ΠΦΥ.
- ✓ Στάσεις που υποδηλώνουν ενδιαφέρον για τον άρρωστο και το πρόβλημα του, την οικογένεια και τον περίγυρο του αρρώστου και ευαισθησία στη λήψη λεκτικών και εξωλεκτικών μηνυμάτων από τον άρρωστο.
- ✓ Δεξιότητες καλού συνεντευκτή, όπως η ικανότητα βλεμματικής επαφής, η ικανότητα να ακούει και να μην διακόπτει τον άρρωστο, η σωστή χρήση ανοικτών και κλειστών ερωτήσεων, η έλλειψη βιασύνης, η αποφυγή μετάδοσης πληροφοριών πρόωρα και σχόλια που δηλώνουν υποστηρικτική στάση και συναισθηματική συμμετοχή.

Αντίθετα, τα παρακάτω χαρακτηριστικά, επιπλέον της έλλειψης των ανωτέρω, μειώνουν τη δυνατότητα αναγνώρισης της κατάθλιψης:

- ∅ Η επίμονη ενασχόληση με την πιθανότητα ύπαρξης οργανικής νόσου.
- ∅ Η ύπαρξη συντηρητικών στοιχείων στην προσωπικότητα του ιατρού.
- ∅ Η τάση του να συνταγογραφεί υπνωτικά φάρμακα.

Όπως λοιπόν φαίνεται από όλα τα παραπάνω, στη διαδικασία της αναγνώρισης της κατάθλιψης εμπλέκεται ο άρρωστος και η κοινωνία (τρόπος παρουσίασης του προβλήματος, στίγμα της ψυχικής αρρώστιας) και το σύστημα υγείας και ο ιατρός (δομή του συστήματος ΠΦΥ, εκπαίδευση του προσωπικού της ΠΦΥ, ιατρική ιδεολογία).

### **Πρόληψη της κατάθλιψης στην ΠΦΥ**

Η ΠΦΥ εμπλέκεται και στα τρία επίπεδα πρόληψης της κατάθλιψης, εφόσον είναι το τμήμα εκείνο του συστήματος υγείας με το οποίο ο άρρωστος ευρίσκεται συνεχώς σε επαφή.

Όσον αφορά την πρωτογενή πρόληψη, η ΠΦΥ αποτελεί τον ιδανικό φορέα μέσω του οποίου προληπτικές παρεμβάσεις σε ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού είναι δυνατόν να λάβουν χώρα. Η συνεχής και διαρκής επαφή του ιατρού της ΠΦΥ με τον πληθυσμό, του οποίου έχει την ευθύνη της υγειονομικής κάλυψης, του δίνει τη δυνατότητα να παρεμβαίνει προληπτικά και να συμβάλλει στην αγωγή υγείας. Ομάδες ιδιαίτερα ευπαθείς στην κατάθλιψη, στις οποίες είναι δυνατές προληπτικές παρεμβάσεις, είναι, για παράδειγμα οι γυναίκες της εργατικής τάξης με προβλήματα συναισθηματικής επαφής με τον σύντροφό τους, με περισσότερα από 3 παιδιά, χωρίς εργασία και με πρόωμη αποστέρηση της μητέρας τους, οι οποίες αντιμετωπίζουν αρνητικά γεγονότα ζωής ή χρόνιες δυσκολίες, οι γυναίκες μετά την κύηση, τα άτομα μετά από πένθος, τα άτομα εθνικών ή πολιτισμικών μειονοτήτων κλπ.

Όσον αφορά τη δευτερογενή πρόληψη της κατάθλιψης, η προσπάθεια εστιάζεται, σύμφωνα με αυτά που αναφέρθηκαν προηγουμένως, στα προβλήματα αναγνώρισης στην ΠΦΥ και στη σωστή και έγκαιρη διάγνωση. Η βελτίωση των ικανοτήτων αναγνώρισης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης και των ψυχικών διαταραχών γενικότερα από τους ιατρούς της ΠΦΥ, αποτελούν πρωταρχικούς στόχους. Ήδη, σε άλλες χώρες υπάρχουν τέτοια σημαντικά αποτελέσματα όσον αφορά τη βελτίωση της αναγνώρισης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης στην ΠΦΥ και την ικανοποίηση των αρρώστων. Πρόσφατα, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας εξέδωσε μια ειδική έκδοση του κεφαλαίου των Ψυχικών Διαταραχών της Ταξινόμησης ICD-10, με οδηγίες για την διάγνωση και την αντιμετώπιση των συχνότερων ψυχικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης. Η έκδοση αυτή πρόκειται να κυκλοφορήσει σύντομα και στα ελληνικά.

Φυσικά, η ΠΦΥ, όσον αφορά στη θεραπεία της κατάθλιψης και των ψυχικών διαταραχών γενικότερα, δεν μπορεί να αποσυνδεθεί από τις ειδικές ψυχιατρικές υπηρεσίες, τόσο για λόγους παραπομπής αρρώστων, όσο και υποστήριξης από αυτές στην αντιμετώπισή τους. Σήμερα, έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα συνεργασίας της ΠΦΥ με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, με γνώμονα την επαρκή παροχή φροντίδων στους αρρώστους και τη συνεχιζόμενη φροντίδα.

Τέλος, η ΠΦΥ, λόγω της συνεχούς επαφής με τον άρρωστο, έχει σημαντικό ρόλο να παίζει και στην τριτογενή πρόληψη της κατάθλιψης σε συνεργασία με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, δηλαδή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών, στη λήψη της

θεραπείας συντήρησης και των σταθεροποιητικών του συναισθήματος και στη συμμόρφωση του αρρώστου με τη συνεχιζόμενη αγωγή του.<sup>15</sup>

**Κ  
Ε  
Φ  
Α  
Λ  
Α  
Ι  
Ο  
7**

## 1. Θεραπεία της Κατάθλιψης

Εάν τα μέτρα αυτοβοήθειας δεν φέρουν αποτέλεσμα ή εάν η κατάθλιψη είναι σοβαρή από την αρχή, καλό θα ήταν το άτομο να συμβουλευτεί τον γενικό γιατρό του. Αυτός έχει γνώσεις γύρω από την κατάθλιψη και ενδέχεται να γνωρίζει το ιατρικό ιστορικό του ατόμου και ίσως μπορέσει να εξακριβώσει αν υπάρχουν σωματικά προβλήματα που προκαλούν κατάθλιψη. Ο γενικός γιατρός μπορεί επίσης, να προγραμματίσει κάποιες εξετάσεις ή να ξεκινήσει τη θεραπεία. Αυτός είναι που θα καταλάβει εάν η συγκεκριμένη περίπτωση χρήζει βοήθειας ειδικού.

Υπάρχουν τρία είδη θεραπείας για την κατάθλιψη: η ψυχολογική θεραπεία, η φαρμακευτική θεραπεία και η σωματική θεραπεία. Οι πρώτες δύο μπορεί να παρασχεθούν από το γενικό γιατρό, η τελευταία παρέχεται μόνο από ειδικούς και χρησιμοποιείται μόνο σε περιπτώσεις πολύ σοβαρής κατάθλιψης.

### **Θ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

Οι ψυχολογικές θεραπείες συνιστούν το πιο δημοφιλές είδος θεραπείας για την κατάθλιψη, εν μέρει διότι περιλαμβάνουν τη λήψη δισκίων και εν μέρει διότι εκτιμώνται, ενστικτωδώς, ως λογικές. Το να μιλήσει κάποιος για τα προβλήματά του, από τη στιγμή που δεν μπορεί να τα αντιμετωπίσει, φαίνεται απόλυτα λογικό. Λογικό επίσης φαίνεται το να προσπαθήσει κάποιος να καταλάβει γιατί αισθάνεται όπως αισθάνεται, όταν εκδηλώνεται κατάθλιψη χωρίς προφανή λόγο.

Εντούτοις, η σοβαρότητα της κατάθλιψης μπορεί να μην επιτρέπει να σκεφτεί το άτομο καθαρά και ίσως να αισθάνεται υπερβολικά κουρασμένο για να ξεκινήσει ψυχοθεραπεία. Όλες οι ψυχολογικές θεραπείες απαιτούν πολύ χρόνο και ενέργεια. Δεν αποτελούν μια εύκολη επιλογή. Πριν ξεκινήσει η ψυχολογική θεραπεία, ενδέχεται να χρειαστεί να καταπολεμηθεί η κατάθλιψη με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Υπάρχουν πολλά διαφορετικά είδη ψυχολογικής θεραπείας, τα οποία βασίζονται σε διαφορετικές θεωρίες. Διακρίνονται σε βραχείες θεραπείες, που διαρκούν έξι μήνες το περισσότερο, μακροχρόνιες θεραπείες, που διαρκούν περισσότερο, και συμβουλευτική. Οι βραχείες θεραπείες αποτελούνται συνήθως από 20 εβδομαδιαίες συνεδρίες, η καθεμία από τις οποίες διαρκεί έως και μία ώρα. Στις μακροχρόνιες θεραπείες υπάρχουν συνήθως πάνω από

50 συνεδρίες που είναι συχνά εβδομαδιαίες, αλλά μπορεί να πραγματοποιούνται και πέντε φορές την εβδομάδα.

## **Θεραπεία των διαφορετικών τύπων κατάθλιψης**

### Ήπια Κατάθλιψη

Τα μέτρα αυτοβοήθειας, η αλλαγή του τρόπου ζωής και η ψυχοθεραπεία έχουν συχνά αποτέλεσμα. Η φαρμακευτική αγωγή πιθανόν να μην έχει κανένα αποτέλεσμα. Παρ' όλα αυτά, πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι αν κάποιος πάσχει από ήπια κατάθλιψη για χρόνια, ένας συνδυασμός αντικαταθλιπτικών και ψυχοθεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση.

### Μέτρια Κατάθλιψη

Σε αυτόν τον τύπο κατάθλιψης μπορεί να έχει αποτέλεσμα τόσο η φαρμακευτική αγωγή όσο και η ψυχοθεραπεία ανάλογα με τα συμπτώματα του ατόμου. Ορισμένοι γενικοί γιατροί πιστεύουν ότι χρειάζονται και τα δύο. Αν το άτομο έχει πολύ πρωινό ξύπνημα, χειρότερη ψυχική διάθεση το πρωί, απώλεια όρεξης ή βάρους και απώλεια ενδιαφέροντος για πράγματα που συνήθιζε να κάνει και να τα απολαμβάνει, τότε τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να βοηθήσουν. Επίσης υπάρχει και η περίπτωση της ψυχοθεραπείας, θα πρέπει όμως το άτομο πρέπει να παρακολουθείται από τον γιατρό του. Αν η κατάσταση επιδεινωθεί, πρέπει να επαναξεταστεί το ενδεχόμενο για ξεκίνημα της φαρμακευτικής αγωγής.

### Σοβαρή Κατάθλιψη

Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη είναι πολύ άρρωστα για να επωφεληθούν από την ψυχοθεραπεία και χρειάζεται να πάρουν αντικαταθλιπτικά. Τα άτομα που έχουν σαφείς τάσεις αυτοκτονίες χρειάζονται επείγουσα βοήθεια και πρέπει να βρίσκονται σε ασφαλές περιβάλλον. Αν η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, το αντικαταθλιπτικό μπορεί να συνδυαστεί με κάποιο ειδικό φάρμακο, ένα αντιψυχωσικό, που θα θεραπεύσει ειδικά αυτά τα συμπτώματα.

### Υποτροπιάζουσα Κατάθλιψη

Αν ο ασθενής είχε εκδηλώσει και παλιότερα κατάθλιψη, καλό είναι να χρησιμοποιήσει τη θεραπεία που έφερε αποτέλεσμα την προηγούμενη φορά. Εφόσον γίνει καλά, καλό θα ήταν να συζητήσει με τον γιατρό το ενδεχόμενο μιας μακροχρόνιας θεραπείας –το λίθιο ή μία

χαμηλή δόση αντικαταθλιπτικού πιθανόν να συμβάλλουν στην αποτροπή μιας περαιτέρω υποτροπής.

### Μανιοκαταθλιπτική Νόσος

Η κατάθλιψη είναι δυνατόν να θεραπευτεί με αντικαταθλιπτικά, αλλά μπορεί και όχι, διότι σε ορισμένα άτομα παρατηρούνται διακυμάνσεις της ψυχικής διάθεσης και τα αντικαταθλιπτικά πιθανόν να οδηγήσουν σε υπερβολική ευφορία. Μακροπρόθεσμα, μπορεί να είναι πιο κατάλληλα κάποια άλλα φάρμακα που δρουν ως σταθεροποιητές της ψυχικής διάθεσης όπως, για παράδειγμα, το λίθιο ή η καρβαμαζεπίνη.

### **Ø ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

Οι βραχείες θεραπείες περιλαμβάνουν τη γνωστική θεραπεία, τη θεραπεία συμπεριφοράς, τη γνωστική -συμπεριφοριολογική θεραπεία και τη γνωστική αναλυτική θεραπεία -όλες αυτές οι μορφές θεραπείας έχουν χρησιμοποιηθεί στην κατάθλιψη.

Ένας καλός θεραπευτής είναι πιθανότατα εξίσου σημαντικός με την ίδια τη θεραπεία. Τον ρόλο του θεραπευτή μπορεί να αναλάβει ένας γιατρός, μια νοσηλεύτρια, ένας ψυχολόγος, ένας εργασιοθεραπευτής ή ένας κοινωνικός λειτουργός. Συχνά, η ψυχοθεραπεία πραγματοποιείται υπό την επιτήρηση ενός συμβούλου ψυχοθεραπευτή που διασφαλίζει την ορθή πορεία της θεραπείας. Υπάρχουν διαφορετικά είδη βραχείας θεραπείας, το καθένα με τα πλεονεκτήματά του.

**ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:** η θεραπεία αυτή αποδίδει, ειδικά στα πρότυπα μελαγχολικής σκέψης. Στη διάρκεια 10-20 εβδομαδιαίων συνεδριών ο θεραπευτής προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να σταματήσει να κάνει μελαγχολικές σκέψεις. Έχει αποδειχτεί ότι η μέθοδος αυτή είναι αποτελεσματική ακόμα και στις περιπτώσεις μέτριας σοβαρής κατάθλιψης. Τα οφέλη της μπορεί να διαρκέσουν περισσότερο από όσο τα οφέλη της φαρμακευτικής αγωγής. Είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ:** η θεραπεία αυτή διαφέρει από τη γνωστική θεραπεία ως προς το ότι εστιάζεται στο τι να κάνουμε και όχι στο τι σκεπτόμαστε. Αντί να προσπαθεί να κάνει τον ασθενή να σκέφτεται πιο θετικά, προσπαθεί να τον κάνει να δρα πιο θετικά. Ένα πρόγραμμα τροποποίησης της συμπεριφοράς μπορεί να στοχεύει στο να κάνει τον ασθενή να κοιμάται καλά, να φροντίζει καλύτερα τον εαυτό του και να τρώει πιο σωστά. Τον εμποδίζει

να «παραδώσει τα όπλα». Ορισμένα άτομα διαπιστώνουν ότι αυτό είναι ένα πρώτο βήμα προς την ανάνηψη.

**ΓΝΩΣΤΙΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:** η θεραπεία αυτή χρησιμοποιεί στοιχεία τόσο από τη γνωστική όσο και από τη συμπεριφοριολογική θεραπεία. Πρόκειται για μια νεότερη μορφή θεραπείας, που χρησιμοποιείται, όμως, ολοένα και περισσότερο.

**ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:** πρόκειται για ακόμη μια νέα μορφή θεραπείας. Χρησιμοποιεί γνωστικές και συμπεριφοριολογικές τεχνικές, αλλά ψάχνει και στο παρελθόν, για να δώσει στο άτομο μια ιδέα για την προέλευση των τρόπων σκέψης του. Είναι μία από τις λίγες βραχείες θεραπείες που βρίσκει αιτίες για το πρόβλημα του ασθενούς.

## **Θ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Υπάρχουν πολλά διαφορετικά είδη μακροχρόνιας θεραπείας και όλα βασίζονται σε διαφορετικές θεωρίες. Οι μακροχρόνιες θεραπείες προσπαθούν να καταπολεμήσουν τα βαθιά ριζωμένα αίτια της κατάθλιψης. Σκοπός τους είναι να επιλύσουν προβλήματα που υπάρχουν καιρό και, βραχυπρόθεσμα, πιθανόν να μην επηρεάσουν καθόλου τη ψυχική διάθεση του ασθενούς.

**Ψυχανάλυση:** οι ψυχαναλυτές πιστεύουν ότι οι δυσκολίες μας οφείλονται σε προβλήματα από το παρελθόν που δεν έχουμε επιλύσει. Παραμένουν εκεί και «κρυφοκαίνε», για να επανέρχονται δριμύτερα όταν βρεθεί το άτομο υπό την επήρεια του στρες ή όταν το άτομο αποδυναμωθεί κατά κάποιον τρόπο. Ένα τέτοιο πρόβλημα θα μπορούσε να είναι η απώλεια ενός γονέα σε μικρή ηλικία, οπότε και δεν υπήρξε η αρμόζουσα διαδικασία τους πένθους και τα αισθήματα απλώς καλύφθηκαν. Η μακροχρόνια ψυχοθεραπεία λέγεται ότι δρα βοηθώντας αυτά τα άσχημα συναισθήματα να αναδυθούν στην επιφάνεια και στο συνειδητό. Σκοπός της είναι να αποπλύνει τα αισθήματα αυτά και να τα εμποδίσει να προκαλέσουν περαιτέρω προβλήματα.

**Συμβουλευτική:** οι σύμβουλοι προσπαθούν να βοηθήσουν στην επίλυση των προβλημάτων του ατόμου. Πολλοί σύμβουλοι είναι εκπαιδευμένοι, αλλά ορισμένοι δεν είναι. Ο σκοπός των συμβούλων είναι να βοηθήσουν το άτομο να πάρει αποφάσεις.<sup>32</sup>



## Ø ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο εγκέφαλος είναι ένα πολύ ευαίσθητο όργανο και η ισορροπία του πιθανόν να διαταραχθεί εύκολα από ορισμένες τροφές ή από διατροφικές ελλείψεις. Η καφεΐνη και η ζάχαρη σχετίζονται συνήθως με την κατάθλιψη και η αφαίρεσή τους από τη διατροφή μας μπορεί να μας βοηθήσει να ανεβάσουμε τη διάθεση μας σε λιγότερο από μια εβδομάδα. Η καφεΐνη έχει ισχυρές τονωτικές ιδιότητες που αφορούν τόσο στο μυαλό μας όσο και στο σώμα μας και μπορεί να προκαλέσει ή και να επιδεινώσει το άγχος καθώς και συναφή συμπτώματα αυτού (όπως αϋπνία και ταχυπαλμία) . Το αλκοόλ είναι επίσης μια συνήθης αιτία κατάθλιψης και η αποχή από αυτό για ένα μήνα μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της διάθεσης.

Για να βοηθήσετε τον οργανισμό σας προτού αποταθείτε στα ισχυρά αντικαταθλιπτικά, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τα εξής:

Βιταμίνη C: έλλειψη της βιταμίνης αυτής φαίνεται να παίζει ρόλο σε ορισμένες περιπτώσεις κατάθλιψης, ενώ όσες γυναίκες χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά, δεν θα πρέπει να λαμβάνουν παραπάνω από 1000mg βιταμίνης C ημερησίως.

Υπερικό (*Hypericum perforatum*) ή βάλσαμο: αποτελεί το φυσικό Prozac σε περιπτώσεις ήπιας ως μέτριας κατάθλιψης. Οι ιδιότητες του φυτού είναι ιδιαίτερα γνωστές και διαδεδομένες στην Ευρώπη, ενώ για παράδειγμα στη Γερμάνια οι πωλήσεις του υπερτερούν σε αριθμό σε σχέση με το σύνολο των πωλήσεων όλων των άλλων αντικαταθλιπτικών μαζί, καθώς επίσης και του Prozac, με αναλογία μεγαλύτερη από 7 προς 1! Το βότανο διατίθεται ως υγρό ή ξηρό εκχύλισμα ή σε κάψουλα, ενώ η συνισταμένη δόση είναι 300 mg φυτικού εκχυλίσματος (με περιεκτικότητα 0, 3% υπερικίνη) τρεις φορές την ημέρα.

Είναι προφανές ότι η κατάθλιψη ανάλογα με τη σοβαρότητά της χρίζει ιατρικής παρακολούθησης και σε πολλές περιπτώσεις η θεραπεία απαιτεί τη χρήση σκευασμάτων κλασσικής ιατρικής, δηλ. τα κοινά αντικαταθλιπτικά τα οποία πάντα θα πρέπει να λαμβάνονται μετά από ιατρική συμβουλή. Ωστόσο, για τις ήπιες ή παροδικές μορφές κατάθλιψης, έχουν εμφανιστεί πολλές κατάλληλες εναλλακτικές θεραπείες όπως:

Ομοιοπαθητική: είναι μια επιστήμη που κερδίζει έδαφος παγκόσμια και είναι κατάλληλη για την αντιμετώπιση μιας σειράς παθήσεων, λόγω του γεγονότος ότι δεν παρουσιάζει καμιά παρενέργεια (σε αντίθεση με την κλασσική ιατρική) ενώ οι επιτυχίες της επικεντρώνονται συνήθως σε παθήσεις του ψυχισμού.

Αρωματοθεραπεία: τα αιθέρια έλαια δρουν ευεργετικά σε πολλές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης. Κατάλληλα, σε αυτήν την περίπτωση είναι το γιασεμί, η λεβάντα, το περγαμόντο Σαλβίας, το τριαντάφυλλο και το χαμομήλι. Τα έλαια αυτά είναι ευεργετικά όταν προστεθούν στον μπάνιο σας ή αν τοποθετηθούν λίγες σταγόνες από αυτά σε ένα μπολ με ζεστό νερό για τον αρωματισμό του χώρου σας ή αν προσθέσετε σταγόνες από αυτά σε ένα χαρτομάντιλο και εισπνεύσετε. Τα αιθέρια έλαια *ravensara aromatica* και *cinnamomum ceylanicum* μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε από του στόματος θεραπεία με μεγάλη αποτελεσματικότητα.

Ρεφλεξολογία: η μέθοδος αυτή γίνεται από ειδικό. Η μέθοδος αυτή συνιστάται στην πίεση καταλλήλων σημείων στα άκρα, γεγονός που ενεργοποιεί κάποια αντανακλαστικά στο σώμα του ατόμου που πάσχει από κατάθλιψη.

Βελονισμός: πανάρχαια μέθοδος ανατολικής προέλευσης (η μέθοδος είναι γνωστή εδώ και 4000 χρόνια), με άριστα θεραπευτικά αποτελέσματα, μόνη ή σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή. Και αυτή η μέθοδος στερείται παρενεργειών, είναι εντελώς ακίνδυνη ενώ αφορά σε μια μεγάλη γκάμα παθήσεων στα πεδία της Παθολογίας, Γυναικολογίας, Ψυχολογίας, Ψυχιατρικής, Δερματολογίας, κτλ. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η αποτελεσματικότητα των διάφορων φαρμακευτικών φυτών στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Έτσι, εκτός από το Βάλσαμο που προαναφέρθηκε, χρήσιμα είναι και τα εξής φυτά:

- I. Δεντρολίβανο
- II. Βερονίκη
- III. Άγριο θυμάρι
- IV. Μίγμα σουηδικών βοτάνων
- V. Μίγμα βοτάνων (*Avena sativa*, *Turnera diffusa*, *Hypericum perforatum*)

Λιθοθεραπεία: μέθοδος που ομοιάζει της ομοιοπαθητικής η οποία βασίζεται στη χορήγηση ορυκτών και μεταλλοειδών. Δεν είναι τοξική, αλλά είναι εξαιρετικά αποτελεσματική, ενώ δρα στη γενική σωματική κατάσταση του ασθενή και ο σκοπός της είναι να επαναφέρει σε φυσιολογική λειτουργία τα μονοπάτια εκείνα του μεταβολισμού που έχουν υποστεί εμπλοκή σε ενζυμικό επίπεδο. Τα λιθοθεραπευτικά σκευάσματα διατίθενται από εμάς σε μορφή αμπούλας. Ζητείστε να μάθετε περισσότερες πληροφορίες για τη μέθοδο αυτή, όπως και για όλα τα παραπάνω, στο φαρμακείο μας.<sup>33</sup>

## Θ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΜΑΓΝΗΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η «διακρανιακή μαγνητική διέγερση», μια μη επεμβατική, μη φαρμακευτική τεχνική που διεγείρει περιοχές του εγκεφάλου με μαγνητικά πεδία, είναι ασφαλής και αποτελεσματική σε ασθενείς με κατάθλιψη που δεν βελτιώνονται με άλλες θεραπείες, δείχνει η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα μελέτη.

Η πειραματική τεχνική, γνωστή ως TMS (transcranial magnetic stimulation) εφαρμόζεται με ένα ηλεκτρικό πηνίο που τοποθετείται κοντά στο κεφάλι, πάνω από συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου. Οι μαγνητικοί παλμοί που εκπέμπει το πηνίο δημιουργούν μέσω του φαινομένου της επαγωγής ηλεκτρικό ρεύμα, το οποίο διεγείρει στους νευρώνες της συγκεκριμένης περιοχής.

Η νέα μελέτη συντονίστηκε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Πενσιλβάνια και διενεργήθηκε σε 23 κέντρα στις ΗΠΑ, τον Καναδά και την Αυστραλία, με τη συμμετοχή 301 εθελοντών με μείζονα κατάθλιψη που δεν ανταποκρίνονταν σε άλλες θεραπείες. Οι μισοί υποβλήθηκαν σε TMS για 4-6 εβδομάδες, ενώ οι υπόλοιποι υποβλήθηκαν σε ψεύτικη θεραπεία (placebo) για σύγκριση.

Το ποσοστό των ασθενών που βελτιώθηκαν με TMS ήταν διπλάσιο απ' ότι στην ομάδα ελέγχου, αναφέρουν οι ερευνητές στην επιθεώρηση *Biological Psychiatry*. Επιπλέον, δεν υπήρξαν σοβαρές ανεπιθύμητες δράσεις (η συχνότερη είναι μια ελαφρά ενόχληση στο δέρμα του κεφαλιού) και μόνο 5% των εθελοντών διέκοψαν τη θεραπεία λόγω παρενεργειών. Συγκριτικά, το αντίστοιχο ποσοστό για τα συνήθη αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι περίπου τριπλάσιο.

Μια άλλη μέθοδος που βασίζεται στην ηλεκτρική διέγερση του εγκεφάλου και εφαρμόζεται σε ορισμένες χώρες για σοβαρές περιπτώσεις κατάθλιψης είναι η εμφύτευση μιας μόνιμης συσκευής σαν βηματοδότη που διεγείρει τον εγκέφαλο με ηλεκτρόδια.<sup>34</sup>

## 2. Φαρμακευτική Αγωγή

### **Αντικαταθλιπτικά Φάρμακα**

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι μια πολύ αποτελεσματική θεραπεία κατά της κατάθλιψης. Όταν λαμβάνονται σύμφωνα με τις οδηγίες, βελτιώνουν συνήθως τα συμπτώματα μέσα σε δύο εβδομάδες, αν και συχνά χρειάζονται έξι εβδομάδες ώστε να γίνουν αισθητά τα πλήρη οφέλη τους. Συνήθως, ο ασθενής συνεχίζει την αγωγή για τουλάχιστον έξι μήνες μετά την υποχώρηση της κατάθλιψης, ώστε να καταστεί σίγουρο ότι η κατάθλιψη δεν θα υποτροπιάσει, και κατόπιν σταματά σταδιακά την θεραπεία. Τα φάρμακα αυτά ενδείκνυνται για την ήπια και τη σοβαρή κατάθλιψη.

Πολλά άτομα πιστεύουν ότι κινδυνεύουν να εθιστούν ή να αποκτήσουν εξάρτηση από τα αντικαταθλιπτικά. Αυτό όμως δεν είναι αλήθεια. Τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι σαν το Valium (διαζεπάμη) και δεν προκαλούν εθισμό. Δρουν μόνο όταν το άτομο πάσχει από κατάθλιψη και όχι όταν δεν υπάρχει κατάθλιψη. Δεν προκαλούν υπερβολική ευφορία.

Εντούτοις, τα αντικαταθλιπτικά είναι ισχυρά φάρμακα και ορισμένα άτομα που σταματούν να τα παίρνουν αισθάνονται ξαφνικά περίεργα. Αυτό δεν είναι μια ένδειξη ότι έχετε εθιστεί στα αντικαταθλιπτικά. Απλά το σώμα έχει συνηθίσει στην παρουσία τους. Εφόσον η κατάθλιψη υποχωρήσει, η δόση πρέπει να μειωθεί σταδιακά, ώστε να προσαρμοστεί το σώμα και να μην εκδηλωθούν συμπτώματα.

### **Πως δρουν τα αντικαταθλιπτικά;**

Στην κατάθλιψη παρατηρούνται σωματικές αλλαγές στο τρόπο με τον οποίο το σώμα εργάζεται. Τα αντικαταθλιπτικά επαναφέρουν την κατάσταση στα φυσιολογικά. Τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου χωρίζονται από ένα μικρό διάστημα, τη σύναψη. Προκειμένου να περάσουν μηνύματα το ένα στο άλλο, τα νευρικά κύτταρα απελευθερώνουν χημικές ουσίες (νευροδιαβιβαστές) που αφήνουν το ένα νευρικό κύτταρο και διασχίζουν το διάστημα που μεσολαβεί έως το επόμενο κύτταρο, όπως η σκυτάλη στην σκυταλοδρομία. Το μήνυμα διαβιβάζεται μόνο εάν υπάρχουν αρκετοί νευροδιαβιβαστές στη σύναψη. Μετά την απελευθέρωσή τους, οι νευροδιαβιβαστές διασπώνται ή επαναπορροφώνται από το κύτταρο του εγκεφάλου που τους απελευθέρωσε.

Στην κατάθλιψη, τα επίπεδα αυτών των νευροδιαβιβαστών είναι χαμηλά, είναι σαν να πέφτει η σκυτάλη στο έδαφος. Τα αντικαταθλιπτικά δρουν αυξάνοντας την ποσότητα των

νευροδιαβιβαστών στο διάστημα μεταξύ των κυττάρων, βάζουν ξανά τη σκυτάλη στο χέρι του νευρικού κυττάρου.

Η ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στη σύναψη μπορεί να αυξηθεί με διάφορα φάρμακα, τα οποία δρουν με ποικίλους τρόπους:

- Αυξάνοντας την ποσότητα του νευροδιαβιβαστή που παράγεται (τρυπτοφάνη).
- Αποτρέποντας την διάσπαση των νευροδιαβιβαστών (αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης ή MAOIs).
- Εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών που βρίσκονται στη σύναψη από τα νευρικά κύτταρα (τρικυκλικά, σκευάσματα ομοιάζοντα με τρικυκλικά, εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης – SSRIs).

Με τον καιρό το σώμα αυτοθεραπεύεται, η ποσότητα των νευροδιαβιβαστών που παράγεται φυσιολογικά αυξάνεται και τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι πια απαραίτητα.<sup>34</sup>

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έκαναν την εμφάνισή τους στη δεκαετία του '50. Σήμερα αποτελούν τα δεύτερα σε πωλήσεις σκευάσματα στη χώρα μας. Η γενική δράση τους;

Ουσίες όπως η ιμπραμίνη, η αμιστριπυλίνη και η δεσπιπραμίνη αυξάνουν τους νευροδιαβιβαστές στον εγκέφαλο μας –όπως τη νορεπινεφρίνη και τη σεροτονίνη– αποδυναμώνοντας έτσι τα συμπτώματα της κατάθλιψης.<sup>33</sup>

### **Πως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα επιδρούν στον εγκέφαλο**

Ο εγκέφαλος αποτελεί στην ουσία ένα ηλεκτρικό σύστημα. Τα νεύρα ή καλώδια ανταλλάσσουν τα ηλεκτρικά τους μηνύματα μέσω των χημικών διαβιβαστών. Αν τα νεύρα εκκενωθούν από αυτούς τους χημικούς διαβιβαστές, η δικτύωση στον εγκέφαλο αναπτύσσει λάθος συνδέσεις. Το αποτέλεσμα θα είναι μια νοητική και συναισθηματική αναστολή, ακριβώς όπως η μουσική που ακούγεται από ένα ραδιόφωνο το οποίο όμως έχει χαλαρό καλώδιο στο ρυθμιστή ήχου. Η συναισθηματική αναστολή ανταποκρίνεται στην κατάθλιψη. Αντιθέτως, τα επεισόδια μανίας κατά τα οποία ο ασθενής καταλαμβάνεται από μια ανεξέλεγκτη ψυχική θεωρία, θεωρούνται ότι οφείλονται σε ένα υπερβολικό επίπεδο δραστηριότητας αυτών των χημικών διαβιβαστών, οδηγώντας έτσι σε μια νευρική υπερλειτουργία. Υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην κλινική

πράξη. Τα ευρέως συνταγογραφούμενα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αυξάνουν τη δραστηριότητα των διαβιβαστών της διάθεσης του εγκεφάλου στη σύναψη, αν και δεν προκαλούν τελική αύξηση στα επίπεδα αυτών των ουσιών.

Μια δεύτερη κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι γνωστή ως αναστολείς της ΜΑΟ (μοναμινοαξειδάσης), όπως το Parnate (τρανυλκιπρομίνη), το Maeplan (ισοκαρβοξαζιδή) και το Nardil (φαινελζίνη). Αυτά τα φάρμακα οδηγούν σε μια τελική άνοδο των επιπέδων των αμινοδιαβιαστών στα κέντρα διάθεσης του εγκεφάλου. Καθώς ο εγκέφαλος εφοδιάζεται με επιπλέον ποσό χημικών διαβιβαστών, η υποτιθέμενη έλλειψη των χημικών αμινών διορθώνεται.

Το ανθρακικό λίθιο είναι η τρίτη κατηγορία αντικαταθλιπτικών. Οι επιδράσεις του λιθίου είναι περισσότερο πολύπλοκες και πολύ λιγότερο γνωστές. Το λίθιο είναι ένα χημικό στοιχείο παρόμοιο με το μαγειρικό αλάτι και είναι γνωστό σαν ηλεκτρολύτης. Εξομαλύνει τους κύκλους της καταστροφικής διάθεσης στους ασθενείς εκείνους η διάθεση των οποίων κυμαίνεται με έναν απρόβλεπτο τρόπο από μια ανεξέλεγκτη και υπερβολική ευθυμία σε μια βαθιά απόγνωση. Δε γνωρίζουμε με σιγουριά πως ένα φάρμακο μπορεί να έχει δύο αντίθετες επιδράσεις, κι αυτό το παράδοξο είναι ένα από τα προκλητικά ερωτήματα στο οποίο οι ερευνητές ψυχίατροι προσπαθούν να απαντήσουν. Σύμφωνα με την σύγχρονη θεωρία, το λίθιο σταθεροποιεί τα επίπεδα των χημικών διαβιβαστών, ώστε να υπάρχει μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης κυκλικών διακυμάνσεων στις ποσότητες των αμινών.<sup>36</sup>

### **Ποιος χρειάζεται αντικαταθλιπτικά;**

Αν το άτομο πάσχει από ήπια κατάθλιψη, το πιθανότερο είναι ότι δεν χρειάζεται αυτό το είδος θεραπείας, αν πάσχει από μέτρια κατάθλιψη, μάλλον το χρειάζεται και αν πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη το χρειάζεται οπωσδήποτε.

Όλα τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται κατόπιν γνωμάτευσης του γενικού γιατρού ή του ψυχίατρου και ως μέρος ενός προσυμφωνημένου σχεδίου, που ενδέχεται να περιλαμβάνει επίσης τεχνικές αυτοβοήθειας και ψυχοθεραπείας.

Ορισμένα συμπτώματα, όπως το πολύ πρωινό ξύπνημα, η επιδείνωση της κατάθλιψης το πρωί, η απώλεια όρεξης και βάρους και η απώλεια ενδιαφέροντος για πράγματα που συνηθίζετο το άτομο να απολαμβάνει, υποδηλώνουν ότι η κατάθλιψη έχει πολλές πιθανότητες να ανταποκριθεί στα αντικαταθλιπτικά.

Η φαρμακευτική αγωγή πιθανόν να έχει ανεπιθύμητες ενέργειες. Αυτές είναι χειρότερες στην αρχή της θεραπείας, αλλά υποχωρούν καθώς το σώμα συνηθίζει τα φάρμακα. Μπορεί να μειωθούν, εφόσον ο ασθενής ξεκινήσει μια χαμηλή δόση και την αυξήσει σταδιακά ή εφόσον αλλάξει το φάρμακο που παίρνει. Οι περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι λιγότερο ενοχλητικές από την ίδια την κατάθλιψη. Αν τα φάρμακα λαμβάνονται σωστά, η κατάθλιψη θα υποχωρήσει. Τα αντικαταθλιπτικά δρουν πιο αποτελεσματικά όταν λαμβάνεται μια πλήρης δόση. Οι χαμηλές δόσεις δεν είναι εξίσου αποτελεσματικές και ενδέχεται να καταλήξει το άτομο με ανεπιθύμητες ενέργειες, χωρίς όμως οφέλη. Υπάρχουν πολλά διαφορετικά αντικαταθλιπτικά και είναι όλα αποτελεσματικά. Ορισμένα είναι καλύτερα για έναν συγκεκριμένο τύπο κατάθλιψης, και οι ανεπιθύμητες ενέργειες ποικίλλουν ανάλογα με το φάρμακο. Ορισμένοι γιατροί συμβουλεύουν τώρα τους ασθενείς τους να συνεχίσουν την αγωγή επ' αόριστων, εφόσον παρουσίασαν την πρώτη κρίση κατάθλιψης μετά την ηλικία των 50 χρόνων, διότι υπάρχει σημαντικός κίνδυνος υποτροπής.

### **Τρικύκλινα Αντικαταθλιπτικά**

Αυτές οι χημικές ουσίες ονομάζονται τρικύκλινα λόγω της χημικής τους δομή –τρεις κύκλοι ενωμένοι με μια πλάγια αλυσίδα (όπως ένα τρίκυκλο). Αυξάνουν την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών μεταξύ των νευρικών κυττάρων εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών από το κύτταρο που τους απελευθέρωσε. Είναι πολύ αποτελεσματικά στη μέτρια ή στη σοβαρή κατάθλιψη που συνοδεύεται από προβλήματα ύπνου, όρεξης, ανησυχίας ή επιβράδυνσης. Τα αποτελέσματά τους αρχίζουν να γίνονται ορατά ύστερα από δύο εβδομάδες.

Υπάρχουν πολλά διαφορετικά τρικύκλινα αντικαταθλιπτικά. Όλα καταπολεμούν την κατάθλιψη, αλλά μπορεί να έχουν και άλλες συνέπειες. Ορισμένα, για παράδειγμα, είναι καταπραϋντικά και άλλα όχι.

Ορισμένα άτομα που παίρνουν καταπραϋντικά τρικύκλινα αισθάνονται νωθρά κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αυτό μπορεί να μειωθεί με τη λήψη όλης της ημερήσιας δόσης τη νύχτα, αντί για τρεις φορές την ημέρα. Κατ' αυτόν τον τρόπο, πιθανόν να βελτιωθεί και ο ύπνος του ασθενούς. Αν η δουλειά του περιλαμβάνει οδήγηση ή χειρισμό μηχανημάτων, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί όταν παίρνουν αντικαταθλιπτικά.

Τα τρικύκλινα είναι ισχυρά φάρμακα και, όπως όλα τα ισχυρά φάρμακα, ενδέχεται να έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες. Ορισμένα από τα νεότερα τρικύκλινα, όμως, όπως η

λοφεπραμίνη, έχουν σχετικά λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες. Δεν εκδηλώνουν όλοι οι ασθενείς ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ίσως να μειωθούν, εφόσον ο ασθενής ξεκινήσει με μια χαμηλή δόση και την αυξήσει σταδιακά. Επίσης, μπορεί να μειωθούν με την αλλαγή του τρικύκλινου που παίρνει ο ασθενής. Αυτά τα αντικαταθλιπτικά είναι δυνατόν να αλληλεπιδράσουν με άλλα φάρμακα ακόμα και με τα φάρμακα κατά της αλλεργικής ρινίτιδας. Η λήψη υπερβολικής δόσης τρικύκλινων μπορεί να αποβεί μοιραία. Αν ο ασθενής παρουσιάζει τάσεις αυτοκτονίας, πρέπει να διατηρεί στο σπίτι του πολύ μικρό αριθμό χαπιών.

### **Ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες των τρικύκλινων**

- Θόλωση της όρασης
- Δυσκοιλιότητα
- Στους άνδρες, δυσκολία στύσης και εκσπερμάτισης
- Δυσκολία στην ούρηση
- Ξηροστομία
- Επιπτώσεις στην καρδιά (ταχυπαλμίες ή αρρυθμίες)
- Σπασμοί (σπάνια και μόνο σε επιρρεπή άτομα)
- Ορθοστατικός ίλιγγος
- Υπερβολική εφίδρωση
- Τρόμος των χεριών
- Πρόσληψη βάρους<sup>32</sup>

### **Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων**

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης ωροεπινεφρίνης και σερετονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής. Χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι καθώς δρουν τα φάρμακα αυτά και αρχίζει να ανυψώνεται / βελτιώνεται η διάθεση, το άτομο έχει αυξημένη ενεργητικότητα. Τότε



ακριβώς υπάρχει κίνδυνος να πραγματοποιήσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας. Η πιθανότητα αυτοκτονίας αυξάνει καθώς ελαττώνεται το επίπεδο της κατάθλιψης.<sup>31</sup>

### 3. Πρόληψη

#### **Ψυχιατρική και πρόληψη της κατάθλιψης**

Δεν θα αστοχήσουμε, αν λέγαμε ότι υπάρχει κοινός τόπος πάνω στο πρόβλημα της πρόληψης της κατάθλιψης. Στις μέρες μας υπάρχουν ακόμα αντικρουόμενες απόψεις.

Στα πλαίσια όμως, της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, του κλάδου δηλαδή της ψυχιατρικής, που μελετά την συμβολή των κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων στη γένεση και τις εκδηλώσεις των ψυχικών νόσων και χρησιμοποιεί κοινωνικούς παράγοντες και κοινωνικές δομές για την θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, γίνεται λόγος για πρόληψη. Αυτή παρουσιάζεται σε τρία στάδια:

- Ø Πρωτογενής πρόληψη: συνίσταται στην ανίχνευση και μείωση ή εξάλειψη όλων των παραγόντων που υποβοηθούν στην εκδήλωση μιας ψυχικής ασθένειας σε ένα πληθυσμό. Σε αυτό το στάδιο η πρόληψη έχει σαν συνέπεια να μειωθεί ο αριθμός των νέων περιπτώσεων των ψυχικά ασθενών
- Ø Δευτερογενής πρόληψη: συνίσταται στη μείωση της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών που ήδη έχουν εκδηλωθεί. Επιτυγχάνεται με την πρόωπη αναγνώριση, παραπομπή στο γιατρό, έγκαιρη διάγνωση και σωστή θεραπευτική αναγνώριση.
- Ø Τριτογενής πρόληψη: συνίσταται στην πρόληψη τόσο των υποτροπών όσο και των συμπτωμάτων της ψυχικής διαταραχής και ακόμη στην ανάλογη προσπάθεια για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς.<sup>30</sup>

#### **Νοσηλευτής και πρόληψη της κατάθλιψης**

Η πρόληψη της ασθένειας και η βελτίωση της υγείας είναι στόχοι πάντοτε παρόντες σε όλες τις εκδηλώσεις, δραστηριότητες και ερευνητικές μελέτες της Νοσηλευτικής. Η πρόληψη της ψυχικής ή ψυχοσωματικής ασθένειας περιλαμβάνει κατ' αρχήν την παρεμπόδιση της εμφάνισης και ανάπτυξης της ασθένειας. Εξαρτάται: 1) από την κατανόηση και τον έλεγχο των παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία της ασθένειας και 2) από την διαθεσιμότητα των μεθόδων για την εξάλειψη νοσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος και παρεμπόδιση της προσβολής του ανθρωπίνου βιοψυχοκοινωνικού οργανισμού.

Όταν παρουσιασθεί η ψυχική νόσος, τότε δίνεται έμφαση στην πρόληψη των επιπλοκών και την έγκαιρη ανεύρεση και ριζική θεραπεία ή την επιβράδυνση της εξέλιξης της ασθένειας.<sup>31</sup>

Από τα παραπάνω, γίνεται σαφές ότι ο Νοσηλευτής κινούμενος σε οποιαδήποτε βαθμίδα της φροντίδας υγείας (κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία, νοσοκομεία) κατέχει την θέση κλειδί για να κάνει τα παραπάνω να συμβούν. Οι πολλές ώρες επαφής με το άτομο εκτελώντας σε αυτό από την απλούστερη έως την σημαντικότερη για την πορεία της υγείας του νοσηλεία, που επιτρέπουν να παρατηρήσει και να αντιληφθεί.

Η δευτερογενής πρόληψη συνίσταται σε έγκαιρη διαπίστωση του προβλήματος και αποτελεσματική νοσηλευτική παρέμβαση, ώστε να προληφθεί η περαιτέρω εξέλιξη της ψυχικής ασθένειας. Στα πλαίσια αυτά ο νοσηλευτής λειτουργεί ως δίοδος, (είτε δουλεύοντας σε κέντρο υγείας, είτε σε γενικό νοσοκομείο) από την οποία ο ασθενής θα παραπεμφθεί σε άλλες αρμόδιες υπηρεσίες, ανάλογα με τις ανάγκες του. Στο σημείο αυτό έγκειται και η προσφορά της δευτερογενούς πρόληψης, δηλαδή: α) η χωρίς καθυστέρηση παραπομπή και β) η χορήγηση πολύτιμων πληροφοριών.

Έτσι, μπορεί να εντοπίσει απ' τη μια τις αλλαγές στο συναίσθημα, τη συμπεριφορά και τη λειτουργικότητα του ατόμου και αφετέρου, σε συνεργασία με άλλους ειδικούς φορείς, να εξαλείψει στους στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη.

Το έργο του νοσηλευτή στους χρόνιους ασθενείς περιγράφει ακριβέστερα ο όρος τριτογενής πρόληψη. Η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται σε άτομα με ήδη εξακριβωμένη ψυχική κατάσταση και περιλαμβάνει το πρόγραμμα αποκατάστασής τους και επανένταξής τους στην κοινότητα.

Ειδικότερα, η αποκατάσταση στοχεύει στην κάλυψη των κυριότερων αναγκών του ασθενούς, γιατί αυτός:

- Ø Ζητάει αληθινές πληροφορίες
- Ø Βασανίζεται από την σκέψη του μέλλοντος
- Ø Πρέπει να μάθει να καταπολεμά ανώμαλες εμπειρίες
- Ø Χρειάζεται φάρμακα και ιατρική παρακολούθηση
- Ø Χρειάζεται οικονομική κάλυψη

- Ø Πρέπει να μάθει να διαπραγματεύεται με τους εργοδότες
- Ø Αντιμετωπίζει διαπροσωπικά προβλήματα που ζητούν τη λύση τους
- Ø Αντιμετωπίζει κοινωνικά προβλήματα

Κατά την προσέγγιση, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνά ότι δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην είχε ψυχολογικές κρίσεις στη ζωή του. Τι είναι όμως ψυχολογική κρίση; Η ίδια η λέξη κρίση εκπέμπει μηνύματα απειλής ή κατεπείγουσας ανάγκης για δράση. Σε μια κατάσταση κρίσης πρέπει να αποφασίσουμε για κάτι: είναι η κρίσιμη καμπή, η αποφασιστική στιγμή. Ακόμα, χρησιμοποιούμε τη λέξη κρίση όταν αντιμετωπίζουμε μια επείγουσα, αγχωτική κατάσταση που μας καταβάλλει. Το ευτύχημα είναι πως τις περισσότερες φορές οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε δεν είναι και τόσο σοβαρές. Άλλοτε «χάνουμε το τρένο» κι άλλοτε προσπαθούμε να κάνουμε δεκάδες πράγματα μαζί, παρότι έχουμε χρόνο μόνο για ένα. Άλλοτε, όμως, ερχόμαστε κατά πρόσωπο με την τραγωδία μιας μεγάλης απώλειας, μιας αρρώστιας, μιας απόλυσης, ή μιας οποιασδήποτε συμφοράς από αυτές που συμβαίνουν στη ζωή. Η εμφάνιση μιας τέτοιας κρίσης κλονίζει την πεποίθηση που έχουμε ότι ζούμε σε έναν ασφαλή κόσμο, προκαλεί υψηλή συναισθηματική φόρτιση και απειλεί την λειτουργικότητα του «εσωτερικού χάρτη ζωής».<sup>37</sup>

Όταν ο άνθρωπος αρρωσταίνει, δεν δοκιμάζει μόνο τα ενοχλητικά και οδυνηρά συμπτώματα της ασθένειας του. Δοκιμάζει και ένα πλήθος προβλημάτων και αντιδράσεων.<sup>31</sup>

Οι πιο συχνές ψυχολογικές διεργασίες στον ασθενή ενήλικα κατά τον W.T. Schraml είναι:

- Ø Η παλινδρόμηση: το άτομο δηλαδή υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που ταιριάζουν σε ηλικία μικρότερη από την δική του. Το ότι πρέπει να μείνει στο κρεβάτι όλη μέρα ή η ανάγκη να κάνει «ειδική δίαιτα» (άνοστα ή πολτοποιημένα) επαναφέρουν εικόνες της ζωής από τα παιδικά χρόνια και έτσι «μεταβάλλεται» σε παιδί.
- Ø Ο εγωκεντρισμός
- Ø Το φαινόμενο της λεγόμενης «μαγικής λέξης», που έρχεται σε αντίθεση με τη λογική σκέψη (παράλογες ερμηνείες της ασθένειας, πρακτικές θεραπείες)
- Ø Φόβος και άγχος. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μη νιώθει φόβο. Το άγνωστο, ο πόνος, η έλλειψη δυνάμεων κλπ προκαλούν φυσιολογικό φόβο. Το άγχος είναι ένα δυσάρεστο διάχυτο συναίσθημα που αυξάνεται επειδή ο ασθενής δεν έχει διεξόδους – όπως ο υγιής που δουλεύει, έχει ελευθερία κινήσεων, πλούσια ζωή σε ερεθίσματα-

και οι σκέψεις του περιστρέφονται πάνω στις πιθανές επιπλοκές της ασθένειας, το θάνατο κλπ.<sup>38</sup>

Είναι κατανοητό λοιπόν, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αντι-δράσει. Ο νοσηλευτής ως μονάδα:

- Ø Διαθέτει χρόνο για να ακούσει τι εκφράζει ο ασθενής και προσφέρεται για νοσηλευτικό διάλογο
- Ø Νοσηλεύει τον άρρωστο σαν σημαντικό πρόσωπο και σέβεται την αγωνία, τις ιδέες και τα συναισθήματά του
- Ø Βοηθάει τον ασθενή να καταλάβει την ωφέλεια της νοσηλείας και θεραπείας του στο νοσοκομείο
- Ø Μεταδίδει στον ασθενή χρήσιμες γνώσεις, που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις ειδικές εξετάσεις, θεραπείες ή εγχείρηση
- Ø Διευκολύνει τις επισκέψεις συγγενών και φίλων στον άρρωστο, εξασφαλίζει ενδιαφέροντα βιβλία ή άλλα μέσα απασχόλησης και πάντοτε συμπεριφέρεται προς αυτόν με προσωπικό ενδιαφέρον<sup>31</sup>

#### 4. Αυτοκτονία και Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που συχνότερα απαντάται στο γενικό πληθυσμό, ενώ η αυτοκτονία θεωρείται ως η σοβαρότερη επιπλοκή της κατάθλιψης και η συχνότερη αιτία θανάτου των καταθλιπτικών αρρώστων. Εκτιμάται ότι περισσότερο από 15% των αρρώστων με μείζονα κατάθλιψη θα καταλήξουν αυτοκτονώντας, ενώ πολύ περισσότεροι από αυτούς αναμένεται ότι θα πραγματοποιήσουν απόπειρες αυτοκτονίας.<sup>39</sup>

Η κατάθλιψη, βέβαια, θεωρείται στις μέρες μας μια ιάσιμη νόσος. Εξάλλου, είναι γνωστό ότι μεγάλο μέρος των καταθλιπτικών αρρώστων που αυτοκτονούν επισκέπτονται το γιατρό τους (κυρίως τον οικογενειακό) μικρό χρονικό διάστημα πριν να πραγματοποιήσουν την πράξη τους, εκφράζοντας τις ιδέες αυτοκτονίας τους.<sup>40</sup>

Η αυτοκτονία είναι το αποτέλεσμα μιας κρίσης είτε διαπροσωπικής είτε ενδοπροσωπικής συνυπάρχουσας με συναισθήματα μοναξιάς, αμφιθυμίας, απόγνωσης και θυμού.<sup>41</sup>

Η αυτοκτονία μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ως εξής:

**Αλτρουιστική Αυτοκτονία:** Στην θεωρία περί αυτοκτονίας του Durkheim, η αλτρουιστική αυτοκτονία διαπράττεται από άτομα με ισχυρούς διαπροσωπικούς δεσμούς που διαπράττουν αυτοκτονία με διαταγή να βοηθήσουν άλλους. Για παράδειγμα ένας στρατιώτης που ρίχνει τον εαυτό του πάνω σε μια χειροβομβίδα με διαταγή να προστατέψει τους συντρόφους του διαπράττει αλτρουιστική αυτοκτονία.

**Άνομη Αυτοκτονία (Anomic Suicide):** Άνομη αυτοκτονία είναι η αυτοκτονία από κάποιον ο οποίος δεν έχει υιοθετήσει τους επικρατούντες κανόνες και αξίες της κοινωνίας. Για παράδειγμα ένα άτομο που διαπράττει αυτοκτονία παρά το ότι ανήκει σε μία θρησκεία η οποία θεωρεί την αυτοκτονία σαν αμαρτία.

**Χρόνια Αυτοκτονία (Chronic Suicide):** Χρόνια Αυτοκτονία είναι αυτοκαταστροφική συμπεριφορά η οποία επιδρά μικραίνοντας το διάστημα της ζωής ενός ατόμου. Για παράδειγμα η κατάχρηση οινόπνευματών ή ναρκωτικών ουσιών.

**Εγωιστική Αυτοκτονία (Egoistic Suicide):** Εγωιστική Αυτοκτονία είναι η αυτοκτονία κάποιου ο οποίος δεν έχει δυνατούς κοινωνικούς δεσμούς. Για παράδειγμα ένας ηλικιωμένος που ζει απομονωμένος.

**Μοιρολατρική Αυτοκτονία (Fatalistic Suicide):** Μοιρολατρική Αυτοκτονία είναι η αυτοκτονία από ανθρώπους οι οποίοι είναι στενά συνδεδεμένοι, συνυφασμένοι από τους κανόνες της κοινωνίας και τα έθιμα και διαπράττουν αυτοκτονία επειδή «έτσι έπρεπε». Για παράδειγμα όπως κάνουν οι χήρες Ινδές, οι οποίες πέφτουν στην Νεκρική Πυρά των συζύγων τους.

**Εστιακή Αυτοκτονία (Focal Suicide):** Εστιακή Αυτοκτονία είναι συμπεριφορά όπου σκόπιμα και κάποιες φορές άσκοπα το άτομο καταστρέφει ένα μέρος από το σώμα του, επιτρέποντας στον εαυτό του να ζήσει, αλλά κάνει τον εαυτό του να αιμορραγεί σκόπιμα.

**Παρααυτοκτονία (Para suicide):** Πρόκειται για έναν όρο προερχόμενο από Ευρωπαίους μελετητές, προκειμένου να αναφερθούν σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στην οποία το άτομο σκοπεύει να επιζήσει και στην πραγματικότητα το καταφέρνει. Αυτή η συμπεριφορά αναφέρεται συχνά ως απόπειρα αυτοκτονίας.<sup>42</sup>

## Η Εκτίμηση Του Ασθενή Με Τάσεις Αυτοκτονίας

### Πότε Χρειάζεται Να Γίνεται Η Εκτίμηση

Πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι η τάση ή πρόθεση για αυτοκτονία μπορεί να εμφανιστεί με ποικίλους τρόπους που όμως είναι συχνά ασαφείς και όχι ιδιαίτερα εμφανείς. Γι' αυτό ο κλινικός πρέπει να ρωτάει για αυτοκτονία οποτεδήποτε του περάσει από το μυαλό και πρέπει να ρωτά γι' αυτήν σε κάθε καινούργιο ασθενή. Και πάλι, όμως, τα παραπάνω δεν είναι αρκετά, αν ο κλινικός δεν ευαισθητοποιηθεί σε ορισμένους τύπους λεκτικών και μη λεκτικών ενδείξεων που εμφανίζουν άτομα που μπορεί να αυτοκτονήσουν.<sup>43</sup>

### Λεκτικές Ενδείξεις

Άμεσες δηλώσεις για αυτοκτονία αναγνωρίζονται φυσικά εύκολα αλλά πολλές φορές τα άτομα τις κάνουν με τύπο αστείου. Δηλώσεις για αυτοκτονία, με οποιοδήποτε τρόπο κι αν ειπωθούν, θα πρέπει να παίρνονται στα σοβαρά, έως ότου αποδειχθεί το αντίθετο. Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας συχνά μιλούν έμμεσα για την επιθυμία τους να πεθάνουν. Εκφράσεις όπως «δεν το αντέχω άλλο», «τίποτα δεν πάει σωστά», «δεν αντέχω άλλο στη δουλειά μου» εκφράζουν απογοήτευση ή δυστυχία. Η έλλειψη ελπίδας είναι ιδιαίτερα ενδεικτική για τα άτομα αυτά.<sup>20</sup> Εκφράσεις όπως «ίσως θα έπρεπε να τα παρατήσω γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι καλύτερο για μένα» ή «δεν περιμένω να έχω αυτό που θέλω» ίσως υπαινίσσονται ότι το άτομο βλέπει το μέλλον του αφόρητο.<sup>16</sup> Τέτοιες δηλώσεις συχνά ακούγονται σαν καθημερινά παράπονα, αλλά είναι εδώ που μια προσεκτική διερεύνηση μπορεί να φέρει στην επιφάνεια αυτοκαταστροφικές σκέψεις και σχέδια.

### Συμπεριφορικές Ενδείξεις

Άτομα που δεν μπορούν να εκφράσουν λεκτικά την επιθυμία τους να πεθάνουν μπορεί να την εκδραματίζουν με διάφορους τρόπους. Ο ασθενής που ξαφνικά αποφασίζει να κάνει την δική του διαθήκη ή που μοιράζει πολύτιμα προσωπικά του αντικείμενα ίσως να τακτοποιεί τις υποθέσεις του, πριν αυτοκτονήσει.<sup>23</sup> Μη θανατηφόροι πειραματισμοί με δυνητικά θανατηφόρα μέσα, όπως φάρμακα ή όπλα ίσως να προλέγουν μια σοβαρή απόπειρα. Καινούργιο ενδιαφέρον για ασφάλεια ζωής ή για εξασφάλιση για τόπο ταφής κλπ. μπορεί να φαίνεται σαν απλή προνοητικότητα και μόνο αργότερα να αποδεικνύεται ότι περιείχε πρόθεση αυτοκτονίας. Ατυχήματα και τάση για

ατυχήματα είναι συχνά στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Όλη η παραπάνω συμπεριφορά θα πρέπει να προχωρεί στην εξέταση που περιγράφεται παρακάτω.<sup>44</sup>

### **Νοσηλευτικές Απόψεις Για Την Αυτοκτονία**

Η αυτοκτονία ως μεμονωμένη πράξη είναι το τελευταίο δραματικό μήνυμα ενός ανθρώπου προς τους άλλους μα και στη ζωή. Κατά μια άλλη άποψη, είναι μια συμπεριφορά που άμεσα ή έμμεσα καταλήγει στην λήξη της ζωής.

Η αυτοκτονία ως φαινόμενο είναι περίπλοκη και δεν μπορεί εύκολα να εξηγηθεί. Υπάρχουν άπειροι λόγοι οι οποίοι ωθούν κάποιον να αυτοκτονήσει όσοι είναι και αυτοί που το επιχείρησαν.

Η αυτοκτονία και ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι στοιχείο οποιασδήποτε περίπτωσης αρρώστου, σε οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας ή στην κοινότητα. Άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, έφηβοι, ενήλικες και ηλικιωμένοι μπορούν να αυτοκτονήσουν. Επίσης άτομα σωματικά ή ψυχικά άρρωστα. Άτομα τα οποία βίωσαν απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου, εργασίας, κοινωνικής θέσης ή έχασαν το νόημα της ζωής. Οπότε ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ικανός να εκτιμά την τάση και την απόπειρα αυτοκτονίας ενός αρρώστου, να προγραμματίζει, εφαρμόζει και αξιολογεί αποτελεσματικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Συνάμα πρέπει να αναγνωρίζει και να χειρίζεται τα προσωπικά του συναισθήματα και τις στάσεις του σε ότι φαίνεται ότι είναι αλόγιστη ή παράλογη συμπεριφορά.

Αυτοκτονικές ιδέες, απειλές και πράξεις ο νοσηλευτής συναντά καθημερινά στις επικοινωνίες του με αρρώστους των ψυχιατρικών τμημάτων. Δεν υπάρχει ακριβής μέθοδος με την οποία να προβλέπουμε ποιοι άρρωστοι πράγματι θα αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν. Φυσικά υπάρχουν στατιστικά και δημογραφικά δεδομένα τα οποία δίνουν ένα πλαίσιο με το οποίο μπορούμε να αναγνωρίσουμε τα άτομα που είναι πιο επιρρεπή. Αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία όμως αρχίζει μόνο όταν κατανοήσουμε το νόημα και την αξία που δίνει το αυτοκτονικό άτομο στη ζωή και τις εμπειρίες του. Η κατανόηση αυτή επιτυγχάνεται με την προσωπική γνωριμία αρρώστου και νοσηλευτή, με την μεταβίβαση σεβασμού και ενδιαφέροντος, με την ουσιαστική υποστήριξή του.

Ακριβώς όπως ο ασθενής της Μ.Ε.Θ. χρειάζεται την μεγαλύτερη δυνατή μόρφωση και δεξιότητες των νοσηλευτών, έτσι και ο αυτοκτονικός άρρωστος έχει ανάγκη από επιστημονική, ψυχολογική, νοσηλευτική φροντίδα άριστης ποιότητας.

Στο νοσηλευτικό τμήμα κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού αρρώστου είναι η διάσωση της ζωής του. Αν και το προσωπικό μπορεί να είναι άριστο στις τεχνικές παρεμβάσεις,

είναι δυνατό όμως να αισθανθεί ή και να εκφράσει περιφρόνηση για το άτομο που επανέλαβε την απόπειρα και μάλιστα χωρίς σοβαρό τρόπο. Ο άρρωστος χρειάζεται μη τιμωρητική προσέγγιση και ομαλή μεταφορά σε άλλες υπηρεσίες. Το να τον αφήσει κανείς μόνο ή κοντά σε φοβερά αντικείμενα είναι κίνδυνος που πρέπει να αποφεύγεται, ιδιαίτερα σε πολυάσχολο τμήμα.<sup>31</sup>

### **Επιτυχείς αυτοκτονίες και κατάθλιψη**

Από πολλούς ερευνητές υποστηρίζεται ότι η μεγάλη πλειονότητα των ατόμων που αυτοκτονούν (80 – 90%) εμφανίζουν άλλοτε άλλου βαθμού ψυχικές διαταραχές, με συχνότερη την κατάθλιψη.

Τα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού αρρώστου που αυτοκτονεί είναι τα παρακάτω: άνδρας ώριμης ηλικίας, χωρισμένος, χήρος, διαζευγμένος ή άγαμος, ζει μόνος, έχει πραγματοποιήσει απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν, έχει πρώιμη εμπειρία γονεϊκής στέρησης, δεν έχει καλή συνεργασιμότητα σε θεραπευτικού τύπου παρεμβάσεις, λαμβάνει ανεπαρκείς δόσεις αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.<sup>15</sup>

Η πλέον επικίνδυνη περίοδος πραγματοποίησης της αυτοκτονίας του καταθλιπτικού αρρώστου είναι αμέσως μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και μέχρι 6 μήνες αργότερα, στην αρχή ή στο τέλος του καταθλιπτικού επεισοδίου.<sup>40</sup>

Η συνύπαρξη διαφόρων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, όπως επιθετικότητας, παρορμητικότητας, διαταραχής προσωπικότητας (κυρίως μεθοριακού, αντικοινωνικού ή οιστριονικού τύπου), κατάχρησης οινόπνευματων ή άλλων ουσιών αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας του καταθλιπτικού αρρώστου.

Η συμμετοχή και ο ρόλος των βιολογικών παραμέτρων σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές καταθλιπτικών αρρώστων μελετάται τα τελευταία χρόνια χάρη στις προόδους που σημειώθηκαν στο επίπεδο των νευροεπιστημών (νευροενδοκρινολογία, βιοχημεία του εγκεφάλου κ.α.).

Η πλειονότητα των μελετών συγκέντρωσης του κύριου μεταβολιτή της σεροτονίνης, του 5-Υδροξυϊνδολοξικού οξέος σε εγκεφαλικό ιστό ή στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) καταθλιπτικών αρρώστων που αυτοκτόνησαν ή αποπειράθηκαν αυτοκτονία με σοβαρό ή βίαιο τρόπο, έδειξαν ιδιαίτερα χαμηλές τιμές σε σύγκριση με τις αντίστοιχες τιμές καταθλιπτικών αρρώστων χωρίς ιστορικό αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.



Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα ερευνών όπου εντοπίζονται, επίσης, χαμηλές τιμές του 5-H-IAA στο ENY ατόμων με εκδηλώσεις επιθετικής συμπεριφοράς διάφορων τύπων.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι χαμηλές τιμές του 5-HIAA στο ENY (σε αυτοκαταστροφικά και ετεροκαταστροφικά άτομα) παραμένουν σταθερές διαχρονικά.

Έτσι, υποστηρίζεται η άποψη ότι η μειωμένη σεροτονινεργή δραστηριότητα αποτελεί σταθερό βιοχημικό χαρακτηριστικό του ατόμου, το οποίο προσδιορίζεται γενετικά ή είναι αποτέλεσμα αναπτυξιακής διαδικασίας και το οποίο σχετίζεται άμεσα με παρορμητική – επιθετική συμπεριφορά, που εκδηλώνεται ως αυτοκαταστροφική ή ετεροκαταστροφική πράξη, ανάλογα με περιβαλλοντικές ή άλλες παθολογικές συνθήκες και καταστάσεις.

### **Η πρόληψη των αυτοκτονιών σε καταθλιπτικούς αρρώστους**

Η πρόληψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών αρχίζει με τη σωστή ενημέρωση του κοινού (κυρίως των μελών οικογενειών καταθλιπτικών αρρώστων) όσον αφορά τη σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την αυτοκτονία και την σημασία των κοινωνικών παραμέτρων (πένθος, χωρισμός, απώλεια εργασίας κ.α.) στην εκδήλωση κατάθλιψης και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αλλά και των μη ψυχιάτρων ιατρών (ιδιαίτερα των οικογενειακών ιατρών) πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση της βαρύτητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, του αυτοκτονικού ιδεασμού και των παραγόντων κινδύνου για αυτοκτονία. Όπως ήδη επισημάνθηκε, οι παράγοντες κινδύνου αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (χαρακτηριστικά ατόμων που αυτοκτονούν ή αποπειρώνται αυτοκτονία) περιλαμβάνουν παραμέτρους κοινωνικοδημογραφικές, ψυχοπαθολογικές, βιολογικές και προηγηθείσες απόπειρες (ιδιαίτερα αν είναι σοβαρές και βίαιες). Βέβαια, η προγνωστική σημασία των παραγόντων κινδύνου είναι σχετικά περιορισμένη. Είναι γνωστό ότι η μακροπρόθεσμη πρόβλεψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών στη βάση των παραγόντων κινδύνου είναι εξαιρετικά δύσκολη, αφού πολλοί από τους παράγοντες αυτούς είναι δυνατό να τροποποιηθούν στην προοπτική του χρόνου.

Οι μη ψυχίατροι (ειδικότερα οι οικογενειακοί γιατροί) θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι όσον αφορά τη δυνατότητα αναγνώρισης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της σχέσης της με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η συστηματική εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων προς τους οικογενειακούς ιατρούς σε θέματα διάγνωσης και θεραπείας της κατάθλιψης έχουν βελτιώσει τις γνώσεις τους όσον αφορά την κατάθλιψη και την σχέση της με την αυτοκτονία, με άμεσο αποτέλεσμα τη μείωση της συχνότητας των αυτοκτονιών στις συγκεκριμένες περιοχές.

Η εκπαίδευση των εθελοντών (ή και των επαγγελματιών) που στελεχώνουν μονάδες επείγουσας τηλεφωνικής βοήθειας πρέπει, μεταξύ των άλλων, να περιλαμβάνει τη δυνατότητα αποκάλυψης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα με τάσεις ή απόπειρες αυτοκαταστροφής και τη διαδικασία παραπομπής του αυτοκτονικού ατόμου σε ειδικές υπηρεσίες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε κοινοτικό πλαίσιο.

Η ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών για καταθλιπτικούς αρρώστους με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας και η συνεργασία με φορείς της κοινότητας θα βοηθήσει στην εκπαίδευση της οικογένειας του καταθλιπτικού αρρώστου στην έγκαιρη αναγνώριση της συμπτωματολογίας της καταθλιπτικής φάσης (υποτροπή), στη ψυχοκοινωνική υποστήριξη του αρρώστου και στην συστηματικότερη επίβλεψη στην τήρηση της ψυχοπροφυλακτικής φαρμακοθεραπείας (άλατα λιθίου, καρβαμαζεπίνη, αντικαταθλιπτικά φάρμακα), συμβάλλοντας σημαντικά στην πρόληψη των αυτοκτονιών.<sup>15</sup>

**Κ  
Ε  
Φ  
Α  
Λ  
Α  
Ι  
Ο  
8**

## 1. Άνδρες και Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη γενικά θεωρείται «γυναικείο πρόβλημα». Πράγματι, τα παρατηρούμενα ποσοστά εμφάνισης της νόσου είναι διπλάσια για τις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες. Παρόλα αυτά, η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που προσβάλλει και άντρες και γυναίκες. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι άνδρες είναι το ίδιο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη με τις γυναίκες, αν όχι περισσότερο. Όμως, είναι λιγότερο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια από το περιβάλλον τους ή από κάποιον ειδικό. Κάποιοι μελετητές υπολογίζουν ότι το ποσοστό κατάθλιψης στους άνδρες μέσης ηλικίας αγγίζει το 40% -ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από αυτό που παρατηρείται στις γυναίκες (25%).

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους η κατάθλιψη στους άνδρες δεν αναγνωρίζεται εύκολα. Η ανδρική κατάθλιψη τείνει να εμφανίζεται σε διαφορετικό στάδιο της ζωής από ότι συμβαίνει στις γυναίκες. Συνήθως προσβάλλει τους άνδρες στην ηλικία μεταξύ 40 και 60 ετών, ενώ το σημείο αιχμής για την εμφάνιση της κατάθλιψης στις γυναίκες εντοπίζεται στην εφηβεία ή στη δεκαετία μεταξύ 20 και 30 ετών. Πολλές φορές η κατάθλιψη δε διαγιγνώσκεται στους άνδρες μέχρι την ηλικία των 60 ή 70 ετών.

Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, συχνά συγκαλυμμένες, εμφανίζοντας ποικίλα συμπτώματα, ψυχικά και σωματικά, με αποτέλεσμα ακόμα και οι ειδικοί ψυχικής υγείας κάποιες φορές να δυσκολεύονται να την αναγνωρίσουν. Αυτός είναι και ο κυριότερος από τους λόγους για τους οποίους η κατάθλιψη στους άνδρες πολλές φορές δεν ανιχνεύεται. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, αν αναλογιστεί κανείς ότι η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που αντιμετωπίζεται εύκολα, αλλά αντιμετωπίζεται καλύτερα όταν αντιμετωπίζεται όσο γίνεται νωρίτερα.

Οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην εκδήλωση της κατάθλιψης οφείλονται και σε πολιτισμικούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με το πώς ο άνδρας αντιλαμβάνεται το ρόλο του. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνδρες σκέφτονται για τον εαυτό τους δεν βοηθάει πολύ στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε σύγκριση με τις γυναίκες, τείνουν να ασχολούνται πολύ περισσότερο με το πώς να είναι ανταγωνιστικοί, δυνατοί και επιτυχημένοι. Οι περισσότεροι άνδρες δε θα ήθελαν να παραδεχτούν ότι νιώθουν εύθραυστοι και ευάλωτοι και κατά συνέπεια είναι λιγότερο πιθανό να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους με τους φίλους τους, τα αγαπημένα τους πρόσωπα ή το γιατρό τους. Αυτός πιθανότατα είναι και ο λόγος για τον οποίο δεν αναζητούν βοήθεια όταν έχουν κατάθλιψη. Οι άνδρες έχουν την τάση να πιστεύουν ότι πρέπει να βασίζονται στον εαυτό τους και ότι είναι κατά κάποιον τρόπο ένδειξη

αδυναμίας να πρέπει να βασιστούν σε κάποιον άλλο, ακόμα και για ένα μικρό χρονικό διάστημα.

Συχνά, αντί να μιλήσουν για το πώς αισθάνονται, ίσως να προσπαθήσουν να νιώσουν καλύτερα με τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Αυτό συνήθως κάνει τα πράγματα χειρότερα καθώς περνάει ο καιρός. Δημιουργούνται προβλήματα στον τομέα της εργασίας και οι καταχρήσεις συχνά οδηγούν σε δυσάρεστη ή επικίνδυνη συμπεριφορά. Οι άνδρες συνήθως δίνουν προτεραιότητα τον τομέα της εργασίας σε σχέση με την οικογενειακή ζωή, γεγονός που δημιουργεί συγκρούσεις με τις συζύγους ή τις συντρόφους τους. Όλοι αυτοί οι παράγοντες έχει αποδειχθεί ότι κάνουν την κατάθλιψη πιο πιθανή ή επιδεινώνουν το πρόβλημα όταν ήδη υπάρχει, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο. Η κατάθλιψη μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες στη ζωή του ατόμου που πάσχει, όπως επίσης στην οικογένειά του και τις σχέσεις του με τους άλλους. Μπορεί να οδηγήσει σε ουσιαστική πτώση της παραγωγικότητας και της εργασιακής απόδοσης (πάνω από 30%), στο διαζύγιο (ο δείκτης διαζυγίων στους μεσήλικες άνδρες είναι πολύ υψηλότερος συγκριτικά με άλλες ηλικίες και η κατάθλιψη έχει αποδειχθεί ότι είναι η βασική βαθύτερη αιτία διαζυγίου), ακόμα και στην αυτοκτονία (ο δείκτης αυτοκτονιών για τους άνδρες ηλικίας 40-60 ετών είναι τρεις φορές μεγαλύτερος από το μέσο όρο -και το 80% του συνόλου των αυτοκτονιών διαπράττονται από άντρες).<sup>45</sup>

## 2. Οι γυναίκες και κατάθλιψη.

Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη δύο φορές συχνότερα απ' ό,τι οι άνδρες. Μία στις 5 γυναίκες εμφανίζουν τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών φθάνει μόλις το 12%. Πιθανολογείται πως ο γυναικείος εγκέφαλος χρειάζεται διπλάσιο χρόνο από το ανδρικό για να αναπληρώσει τα αποθέματα σεροτονίνης μετά από έντονο στρες ενώ σημαντικό ρόλο παίζουν και οι ορμονικές αλλαγές και διαταραχές, που συμβαίνουν για παράδειγμα πριν και μετά την εγκυμοσύνη ή κατά την εμμηνόπαυση.

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:

- i. Οι γυναίκες είναι περισσότερο ευπρόσβλητες στο στρες και γενικότερα σε οποιαδήποτε αγχώδη κατάσταση από ότι οι άνδρες.

- ii. Η διάγνωση της κατάθλιψης είναι περισσότερο πολιτιστικά αποδεκτή στις γυναίκες, λόγω της σημερινής νοοτροπίας της κοινωνίας.
- iii. Οι άντρες εκφράζουν την κατάθλιψη τους με «αποκρύπτοντες» τρόπους, όπως με τον αλκοολισμό, «ενεργοποιώντας» την επιθετική συμπεριφορά ή και ακόμη απωθώντας τα συναισθήματα τους.
- iv. Περίοδοι νευροενδοκρινολογικών μεταβολών (εγκυμοσύνη, εμμηνόπαυση), σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης.
- v. Παραδοσιακοί γυναικείοι κοινωνικοί ρόλοι υποθάλπουν την εξάρτηση και την απάθεια ενώ αυξάνουν και την ευπροσβλητότητα προς την κατάθλιψη.<sup>46</sup>

### **Λοχεία και Κατάθλιψη**

Οι αιτίες της κατάθλιψης μετά την γέννηση ενός παιδιού δεν είναι ξεκάθαρες, αλλά μπορούμε να διακρίνουμε κάποιες επιβαρυντικές στην ψυχική υγεία διαδικασίες.

Μία έντονη βιολογική αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών (ξαφνική αύξηση της προλακτίνης, και μείωση στα οιστρογόνα και προγεστερόνη) φανερώνει μια ορμονική αλλαγή που επηρεάζει την φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού.

Επίσης, η άφιξη ενός παιδιού, ιδιαίτερα αν είναι το πρώτο, δεν είναι μόνο μια σημαντική αλλαγή στο στυλ ζωής της γυναίκας, όσον αφορά τους διαφορετικούς ρόλους που αναλαμβάνει, αλλά επίσης μπορεί να φέρει στην επιφάνεια κυρίαρχες συγκρούσεις που σχετίζονται με την δική της παιδική ηλικία.

### **Εμμηνόπαυση και Κατάθλιψη**

Η εμμηνόπαυση είναι μια κανονική και αναμενόμενη φάση στον κύκλο ζωής της γυναίκας. Οι περισσότερες γυναίκες δεν θα βιώσουν σοβαρές δυσκολίες, αλλά μερικές φορές οι προκαταλήψεις και οι μύθοι που έχουν σχηματιστεί για την φάση της κλιμακτηρίου καθιστούν αυτή την φάση δύσκολη να περαστεί. Έτσι, σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες, δεν φαίνεται η φάση της εμμηνόπαυσης να ακολουθείται από αύξηση των γυναικών που παρουσιάζουν κατάθλιψη. Είναι πιθανόν η κατάθλιψη να παρουσιαστεί στις γυναίκες που είχαν παρουσιάσει καταθλιπτικά επεισόδια πριν από την εγκυμοσύνη τους.<sup>8</sup>

### **3. Κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους**

Περίπου 2-3% των παιδιών μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στα παιδιά και τους εφήβους είναι το ίδιο αποτελεσματική με την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ενήλικες η κατάθλιψη κατά ένα μεγάλο ποσοστό είναι κληρονομική, αν και τα βιώματα του κάθε παιδιού μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο όσο μικρότερο είναι το παιδί κατά την έναρξη της νόσου, τόσο πιο δύσκολη είναι η πρόγνωση

### **Παράγοντες κινδύνου**

Τα παιδιά που βρίσκονται σε κατάσταση έντονου στρες, που έχουν βιώσει μια σημαντική απώλεια, έχουν μαθησιακές δυσκολίες ή προβλήματα συμπεριφοράς έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη. Η εφηβεία είναι ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για τα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια. Τα παιδιά που εμφανίζουν κλινική κατάθλιψη, συνήθως προέρχονται από οικογένειες με ιστορικό κατάθλιψης

### **Επιπτώσεις**

Τα παιδιά που έχουν περάσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο είναι πολύ πιθανό στα επόμενα πέντε χρόνια να εμφανίσουν ένα δεύτερο επεισόδιο. Η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία μπορεί να προοιωνίζει σοβαρότερες καταστάσεις κατά την ενήλικη ζωή η κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους είναι συνδεδεμένη με τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας

### **Τι μπορούν να κάνουν οι γονείς**

Αν οι γονείς ή άλλα ενήλικα πρόσωπα στη ζωή του παιδιού ή του εφήβου υποψιάζονται την ύπαρξη κατάθλιψης, θα πρέπει να αναζητήσουν εξειδικευμένη βοήθεια. Η κατάθλιψη θεραπεύεται. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης στα παιδιά είναι πολύ σημαντική. Η διάγνωση γίνεται μέσα από την εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειάς του και με τη βοήθεια ψυχολογικών tests. Γενικότερα, η συνεργασία της οικογένειας και του σχολικού περιβάλλοντος είναι απαραίτητη και αναγκαία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στο παιδί.

Πολλές φορές, το παιδί εκφράζει με την κατάθλιψη το πρόβλημα που υπάρχει στην οικογένεια, στο ζευγάρι των γονιών ή στα αδέρφια του. Είναι, επομένως πολύ σημαντική η διαγνωστική εκτίμηση όλης της οικογένειας. Εάν αυτό είναι εφικτό- ή η συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών για τις συνθήκες, τις σχέσεις και τη δυναμική της οικογένειας. Συχνά, η αναζήτηση βοήθειας και η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση του

ζευγαριού των γονιών έχει τη δύναμη να θεραπεύει την κατάθλιψη του παιδιού. Η αλλαγή των στάσεων, των αντιλήψεων και των συμπεριφορών μέσα στην οικογένεια μέσω οικογενειακών συναντήσεων με ειδικούς ψυχοθεραπευτές (θεραπεία οικογένειας) είναι καθοριστικής σημασίας.

Η ατομική ψυχοθεραπεία του παιδιού μπορεί να έχει επίσης καλά αποτελέσματα. Καινούργιες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις όπως η παιγνιοθεραπεία (play therapy) μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να επεξεργαστεί τα καταθλιπτικά συναισθήματα μέσα από το παιχνίδι. Φαρμακευτική αγωγή δίνεται σπάνια στα παιδιά σε πολύ σοβαρές μορφές κατάθλιψης που συνήθως συνυπάρχουν με οργανικά αίτια (άλλες ασθένειες).<sup>47</sup>

#### 4. Συνέπειες

Η κατάθλιψη έχει επιπτώσεις στην οικογένεια, την κοινωνία καθώς και στην οικονομία.

##### **Οικονομία**

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ε.Ψ.Υ.Κ.Α το 1994 και 1995 διαπιστώθηκε ότι το ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά άρρωστο, ήταν το 1994 15.354 δρχ και αν συνυπολογισθούν και οι δαπάνες πάγιων επενδύσεων, που πραγματοποιήθηκε το Νοσοκομείο το χρόνο αυτά, τότε το ποσό φτάνει στις 15.778 δρχ. το 1995 ήταν 16.057 δρχ και με τον συνυπολογισμό των δαπανών πάγιων επενδύσεων 17.874 δρχ.

Αξιοσημείωτο επίσης είναι από έρευνες που έγιναν στις Η.Π.Α., πως το κόστος ποικίλει από 15 έως 35 χιλιάδες δολάρια το χρόνο και περιλαμβάνει στον υπολογισμό το χάσιμο χρόνου και της παραγωγικότητας, την αντικατάσταση του προσωπικού, καθώς και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Σε σύγκριση με άλλες διαταραχές η δαπάνη στη δημόσια πληροφόρηση, την επαγγελματική εκπαίδευση και την έρευνα είναι ελάχιστη στην κατάθλιψη. Καταλήγοντας αξίζει να σημειώσουμε την προσπάθεια δημιουργίας ξενώνων και προστατευομένων διαμερισμάτων με σκοπό τη μείωση του οικονομικού κόστους<sup>48</sup>

##### **Οικογένεια**



Η οικογένεια του ψυχικά άρρωστου είναι βαθιά διαταραγμένη. Συνηθέστερα θα συναντήσουμε τον άρρωστο με τη μητέρα του ή μια μητρική σύζυγο. Είναι σημαντικό να επισημάνουμε τις συμπεριφορές υπερπροστασίας από τη μητέρα ή την μητρική σύζυγο που ενδυναμώνονται από αντικειμενικές δυσκολίες του πάσχοντα να υπάρξει, να ζήσει, να αισθανθεί σαν τους άλλους, να επικοινωνήσει και να ενεργήσει σύμφωνα με κώδικες, που έχει λίγο ή πολύ αποστηθίσει. Το παραλήρημα είναι έκφραση αυτής της δυσκολίας και η αμυντική του αξία συνίσταται στο ότι προστατεύει από το αφόρητο και διαλυτικό άγχος και επιτρέπει στον πάσχοντα ένα κάποιο ‘ δούναι και λαβείν ‘ με τους άλλους. Οι ψυχικά άρρωστοι είναι γενικά εξαρτημένοι, υλικά και συναισθηματικά. Τα συμπτώματά τους συχνά ενεργοποιούνται όταν η ομοιοστασία αυτού του συστήματος εξάρτησης διαταραχτεί. Κάτι τέτοιο δεν είναι σπάνιο, καθώς η ισορροπία στηρίζεται στο διαρκή μεταβολισμό της αμφιθυμίας, της επιθετικότητας, της κατάθλιψης, των ενοχών και του άγχους. Η ένταση μπορεί να αυξάνεται υπόγεια για καιρό, πριν ξεσπάσει βίαια.

Άλλοτε ένα από τα μέλη της οικογένειας γίνεται απορριπτικό για τον άρρωστο, ή φεύγει από το σπίτι. Ο ίδιος ο άρρωστος ενδέχεται ξεχνώντας παλιότερες αποτυχίες, να δοκιμάσει ξανά την τύχη του στην αγορά εργασίας ή τον έρωτα και να αποτύχει ξανά. Αρκετά συχνά, η οικογένεια τον εμποδίζει ενεργητικά να δοκιμάσει τις δυνάμεις του εκεί που απέτυχε. Τέτοιες καταστάσεις δημιουργούν προϋποθέσεις για τις ψυχικές διεργασίες που θα καταλήξουν στο παραλήρημα ή τη βίαιη συμπεριφορά. Η βία είναι έκφραση της ουσιαστικής αδυναμίας του πάσχοντος να ξεπεράσει με δικά του μέσα την ισορροπία που αναγκάζεται να δεχτεί<sup>49</sup>.

## **Κοινωνία**

Το καταθλιπτικό άτομο έχοντας αναπτύξει ένα συγκεκριμένο τρόπο συμπεριφοράς αλλοιώνει τις σχέσεις του με τον κοινωνικό περίγυρο. Το περιεχόμενο της επικοινωνίας διαστρεβλώνεται καθώς:

- Ο καταθλιπτικός εκφράζει συνέχεια την απελπισία του, την χαμηλή αυτοεκτίμησή του, τις ενοχές, την αίσθηση του αδιεξόδου και τις πιθανές αυτοκτονικές του τάσεις. Αναφέρεται δηλαδή σχεδόν αποκλειστικά στον εαυτό του.
- Ζητάει συναισθηματική υποστήριξη απαιτητικά, επίμονα, ανυπόμονα, ασταμάτητα.

- Δεν ενδιαφέρεται καθόλου για τον άλλο, παρά μόνο όταν ο άλλος του δώσει την εντύπωση ότι μπορεί να ικανοποιήσει κάποιες από τις ατελείωτες συναισθηματικές του ανάγκες.

Το τελικό αποτέλεσμα είναι ότι ο καταθλιπτικός δεν μπορεί να πάρει την συναισθηματική υποστήριξη που τόσο χρειάζεται. Εφ' όσον εξ ορισμού η υγιής ανθρώπινη επικοινωνία είναι μια συνεχής ανταλλαγή μηνυμάτων σε διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, ο καταθλιπτικός μη μπορώντας ούτε να στείλει (λόγω ποσοτικής και ποιοτικής ελαχιστοποίησης) ούτε να λάβει (λόγω ενδοστρέφειας) τα απαραίτητα μηνύματα απογοητεύει και τον εαυτό του και τους άλλους που πιθανόν ενδιαφέρονται γι' αυτόν.<sup>37</sup>

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

### **A. Σχεδιασμός της έρευνας**

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας, με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων με βάση κάποια μεταβλητή.

### **B. Πληθυσμός - Εργαλεία**

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα, με την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή το οποίο και απευθυνόταν σε χρήστες του Διαδικτύου. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ως όργανο μέτρησης, χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 27 ερωτήσεις.

Τα στοιχεία δεν αλλοιώθηκαν, διότι πάρθηκαν σε συγκεκριμένο χώρο και το ερωτηματολόγιο μοιράσθηκε από τον ίδιο τον ερευνητή επιτόπου (in situ). Έτσι οι ερευνητικές ενέργειες, εξασφάλισαν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της έρευνάς μας.

Οι ερωτήσεις έγιναν κυρίως κλειστού τύπου, διότι οι έρευνες ποσοτικού χαρακτήρα στηρίζονται σχεδόν αποκλειστικά σε κλειστές ερωτήσεις, καθώς οι εκ των προτέρων κωδικοποιημένες απαντήσεις διευκολύνουν την ποσοτικοποίηση των στοιχείων.

Στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας, ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρήθηκαν οι ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων, με στόχο την πιθανή σύγκριση υποομάδων του δείγματος σε σχέση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις που ήταν και οι εξαρτημένες μεταβλητές.

### **Γ. Τύπος και χρόνος έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Νοέμβριο του 2007 ως και τον Ιανουάριο του 2008, στις πόλεις Πάτρα, Σπάρτη, Μυτιλήνη, Αθήνα.

### **Δ. Συλλογή δεδομένων**

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου, το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

## **E. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Ο ερωτώμενος να χρησιμοποιεί συστηματικά το Διαδίκτυο
- Να είναι Έλληνας πολίτης

## **ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής**

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας, με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας, εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό, πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

## **Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση**

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρονικό Υπολογιστή με την χρήση του στατιστικού πακέτου του SPSS 14.0 και μετά από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών, προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες που συνδέονται από τα σχετικά διαγράμματα για καλύτερη κατανόηση. Τέλος, αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, κ.λ.π. των ερωτώμενων (πίνακες συνάφειας, στατιστική σημαντικότητα, δείκτες συνάφειας).

Συγκεκριμένα, η χρήση του SPSS στην έρευνα σήμερα, χρησιμοποιείται ευρέως από ακαδημαϊκά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα κ.λ.π. και οι δραστηριότητες του SPSS αφορούν τις διαδικασίες μετά από την συλλογή των δεδομένων, τα οποία αναλύονται για να βγουν ορισμένα αποτελέσματα. Για να γίνει αυτό ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία, η οποία συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω στάδια, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα:

1. Κατοχύρωση των δεδομένων.
2. Έλεγχος των δεδομένων.
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας).

## 5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση, κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα, τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές, που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους, ήταν το SPSS 14.00 για Windows XP.

## 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν, συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

## 2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκε συγκεντρωτικός πίνακας με τον οποίο συνδυάζονται οι απαντήσεις των ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν με κάθε δημογραφικό στοιχείο. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το chi-square ή  $\chi^2$  (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής, ήταν μικρότερη του 5 καθώς και το T-test για τις αριθμητικές μεταβλητές όπως η ηλικία, οι ώρες χρήσης του διαδικτύου και ο δείκτης κατάθλιψης. Η συγκεκριμένη δοκιμασία χρησιμοποιήθηκε γιατί είναι η καταλληλότερη για επεξεργασία δεδομένων από ερωτηματολόγια και σχετικά μικρά δείγματα.

Στο τέλος, αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα, τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

- 1) Μέγεθος του δείγματος και βαθμούς ελευθερίας και την
- 2) Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value).

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν, το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο, οδηγεί σε μία πιθανότητα  $p < 0,05$ .

Με βάση τα παραπάνω, έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην συζήτηση.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

### 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

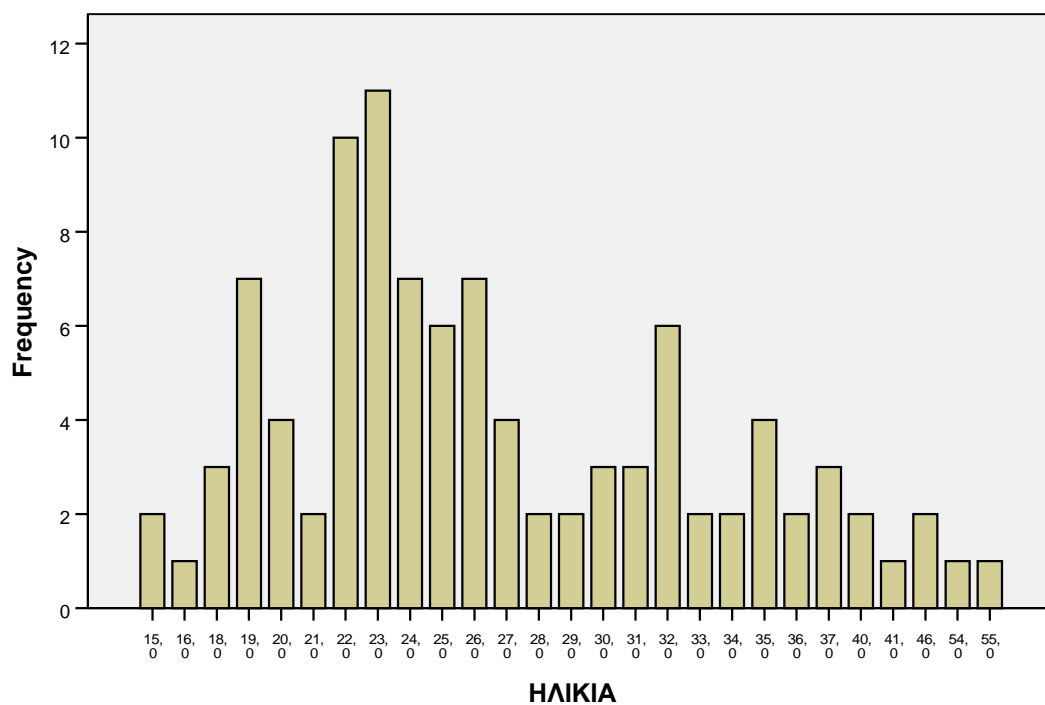
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

#### Α. Δημογραφικά στοιχεία ερωτώμενων

##### ΗΛΙΚΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15,0	2	2,0	2,0	2,0
	16,0	1	1,0	1,0	3,0
	18,0	3	3,0	3,0	6,0
	19,0	7	7,0	7,0	13,0
	20,0	4	4,0	4,0	17,0
	21,0	2	2,0	2,0	19,0
	22,0	10	10,0	10,0	29,0
	23,0	11	11,0	11,0	40,0
	24,0	7	7,0	7,0	47,0
	25,0	6	6,0	6,0	53,0
	26,0	7	7,0	7,0	60,0
	27,0	4	4,0	4,0	64,0
	28,0	2	2,0	2,0	66,0
	29,0	2	2,0	2,0	68,0
	30,0	3	3,0	3,0	71,0
	31,0	3	3,0	3,0	74,0
	32,0	6	6,0	6,0	80,0
	33,0	2	2,0	2,0	82,0
	34,0	2	2,0	2,0	84,0
	35,0	4	4,0	4,0	88,0
	36,0	2	2,0	2,0	90,0
	37,0	3	3,0	3,0	93,0
	40,0	2	2,0	2,0	95,0
	41,0	1	1,0	1,0	96,0
	46,0	2	2,0	2,0	98,0
	54,0	1	1,0	1,0	99,0
	55,0	1	1,0	1,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

## ΗΛΙΚΙΑ

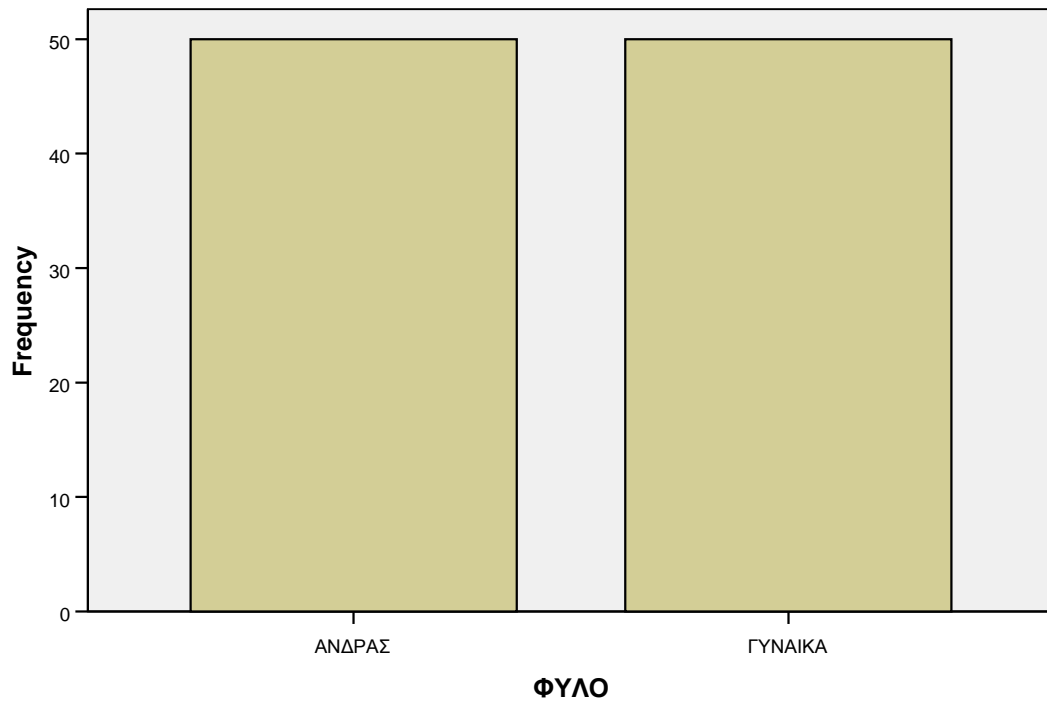


## ΦΥΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	50	50,0	50,0	50,0
	ΓΥΝΑΙΚΑ	50	50,0	50,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	



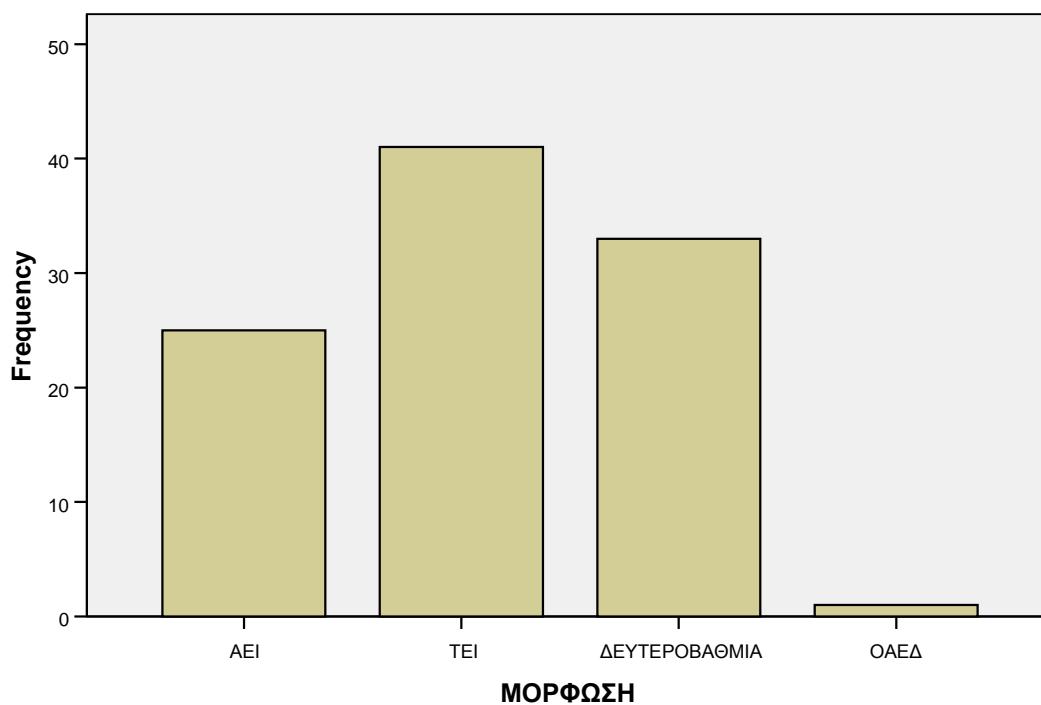
### ΦΥΛΟ



### ΜΟΡΦΩΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΕΙ	25	25,0	25,0	25,0
	ΤΕΙ	41	41,0	41,0	66,0
	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	33	33,0	33,0	99,0
	Α	1	1,0	1,0	100,0
	ΟΑΕΔ	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

### ΜΟΡΦΩΣΗ

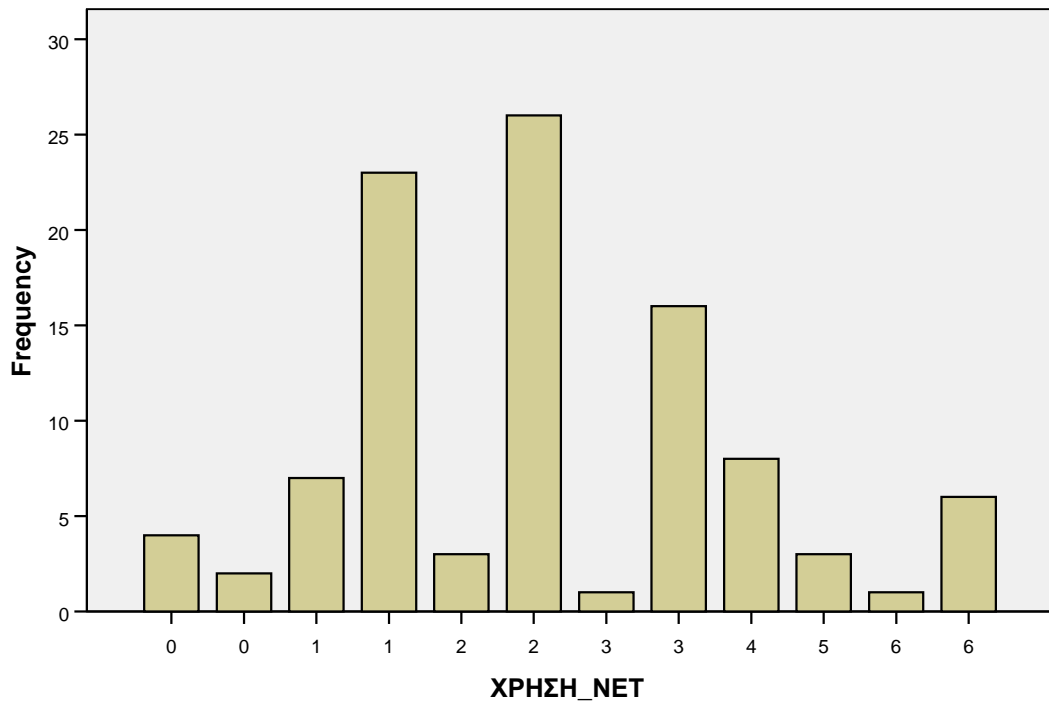


### ΧΡΗΣΗ\_NET

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	4,0	4,0	4,0
	0	2	2,0	2,0	6,0
	1	7	7,0	7,0	13,0
	1	23	23,0	23,0	36,0
	2	3	3,0	3,0	39,0
	2	26	26,0	26,0	65,0
	3	1	1,0	1,0	66,0
	3	16	16,0	16,0	82,0
	4	8	8,0	8,0	90,0
	5	3	3,0	3,0	93,0
	6	1	1,0	1,0	94,0
	6	6	6,0	6,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες χρησιμοποιούν το διαδίκτυο περίπου 2 με 3 ώρες την ημέρα

### ΧΡΗΣΗ\_NET

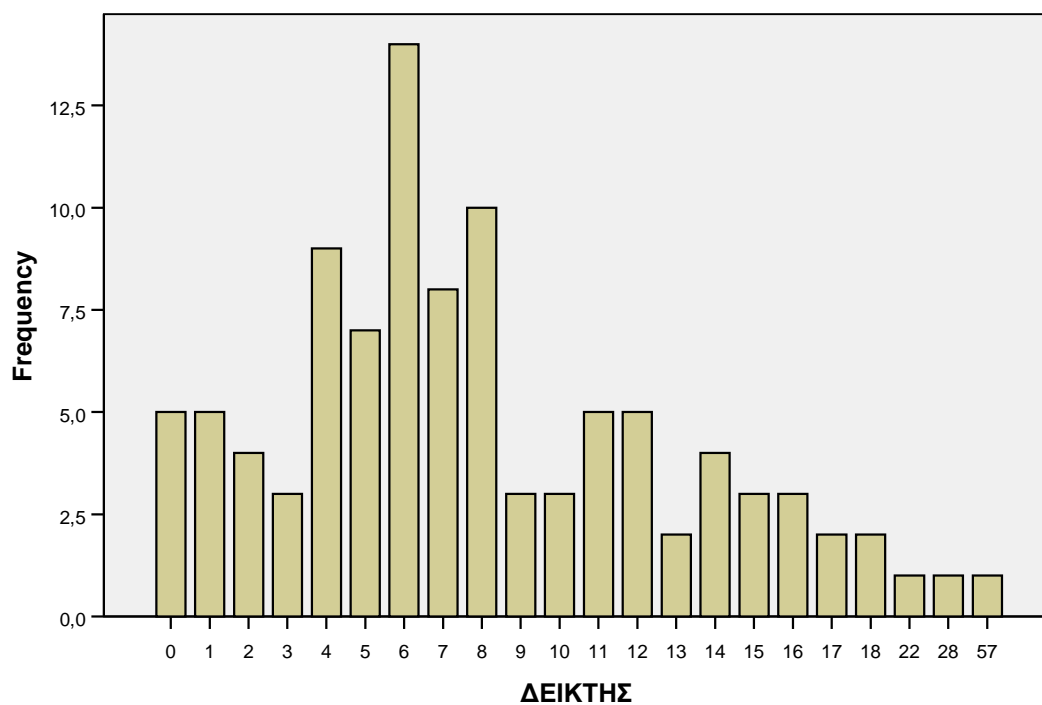


## Β. Στοιχεία ερωτηματολογίου

### 1. ΔΕΙΚΤΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	5,0	5,0	5,0
	1	5	5,0	5,0	10,0
	2	4	4,0	4,0	14,0
	3	3	3,0	3,0	17,0
	4	9	9,0	9,0	26,0
	5	7	7,0	7,0	33,0
	6	14	14,0	14,0	47,0
	7	8	8,0	8,0	55,0
	8	10	10,0	10,0	65,0
	9	3	3,0	3,0	68,0
	10	3	3,0	3,0	71,0
	11	5	5,0	5,0	76,0
	12	5	5,0	5,0	81,0
	13	2	2,0	2,0	83,0
	14	4	4,0	4,0	87,0
	15	3	3,0	3,0	90,0
	16	3	3,0	3,0	93,0
	17	2	2,0	2,0	95,0
	18	2	2,0	2,0	97,0
	22	1	1,0	1,0	98,0
	28	1	1,0	1,0	99,0
	57	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

## ΔΕΙΚΤΗΣ

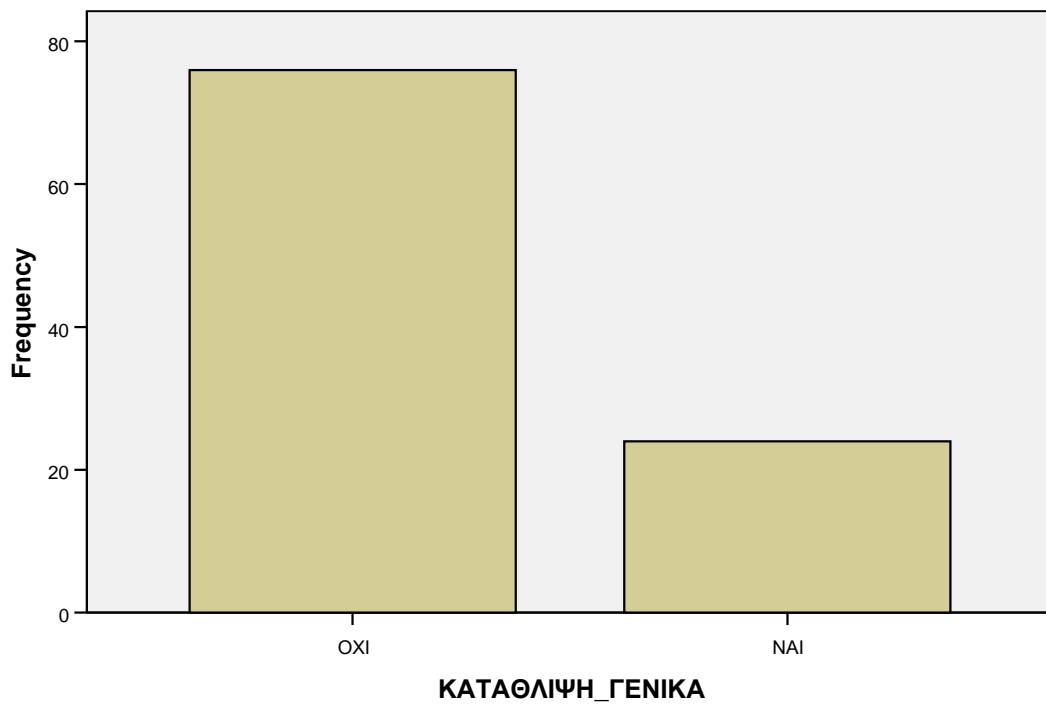


## 2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ\_ΓΕΝΙΚΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	76	76,0	76,0	76,0
	NAI	24	<b>24,0</b>	24,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Κάποιας μορφής Κατάθλιψη εμφανίζει το **24 %** των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα

### ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ\_ΓΕΝΙΚΑ

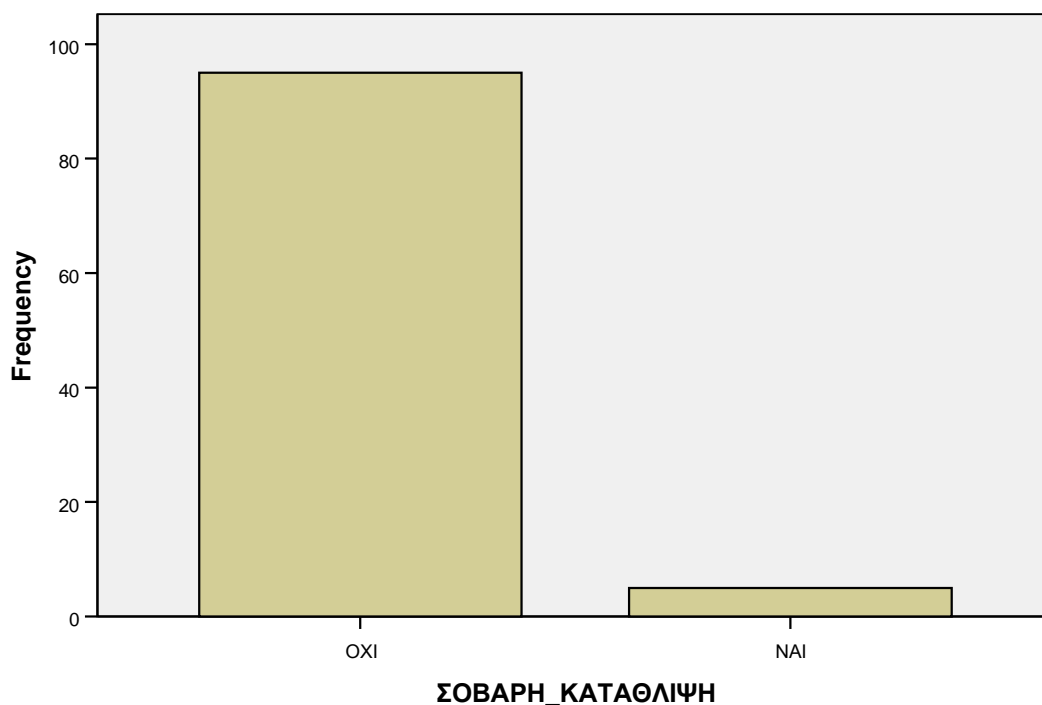


### 3. ΣΟΒΑΡΗ\_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	95	95,0	95,0	95,0
	NAI	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Σοβαρή μορφή κατάθλιψης παρουσιάζει το 5% του δείγματός μας.

## ΣΟΒΑΡΗ\_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ



## II. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΥΠΟΟΜΑΔΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην συνέχεια παρουσιάζονται (συγκεντρωτικά) τα αποτελέσματα των στατιστικών συγκρίσεων (με την βοήθεια του στατιστικού τεστ  $\chi^2$ ) μεταξύ υποομάδων του δείγματος οι οποίες δημιουργήθηκαν με βάση τα δημογραφικά τους στατιστικά (ανεξάρτητες μεταβλητές), σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

		ΔΕΙΚΤΗΣ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ_ ΓΕΝΙΚΑ	ΣΟΒΑΡΗ_ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	Pearson			
	Correlation	<b>,220(*)</b>	<b>,200(*)</b>	<b>,337(**)</b>
	Sig. (2-tailed)	,028	,046	,001
	N	100	100	100
<b>ΦΥΛΟ</b>	Pearson			
	Correlation	,029	-,047	,138
	Sig. (2-tailed)	,771	,644	,172
	N	100	100	100
<b>ΜΟΡΦΩΣΗ</b>	Pearson			
	Correlation	,189	,168	<b>,206(*)</b>
	Sig. (2-tailed)	,059	,095	,040
	N	100	100	100
<b>ΧΡΗΣΗ_NET</b>	Pearson			
	Correlation	,061	,153	-,016
	Sig. (2-tailed)	,544	,129	,872
	N	100	100	100

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Η κατάθλιψη σχετίζεται ισχυρά με την **ηλικία και την μόρφωση**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε ηλικία ερωτηθέντων σε σχέση με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

#### α. ΗΛΙΚΙΑ \* ΔΕΙΚΤΗΣ

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	647,931(a)	546	<b>,002</b>
Likelihood Ratio	305,973	546	1,000
Linear-by-Linear Association	4,793	1	,029
N of Valid Cases	100		



## β. ΗΛΙΚΙΑ \* ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ\_ΓΕΝΙΚΑ

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45,413(a)	26	,011
Likelihood Ratio	51,998	26	,002
Linear-by-Linear Association	3,972	1	,046
N of Valid Cases	100		

## γ. ΜΟΡΦΩΣΗ \* ΔΕΙΚΤΗΣ

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	83,966(a)	63	,040
Likelihood Ratio	66,762	63	,349
Linear-by-Linear Association	3,547	1	,060
N of Valid Cases	100		

Η κατάθλιψη σχετίζεται ισχυρά με την ηλικία και την μόρφωση

## δ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΥΖΕΥΓΜΕΝΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ (t-test)

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 ΗΛΙΚΙΑ & ΔΕΙΚΤΗΣ	70	,114	,349
Pair 2 ΗΛΙΚΙΑ & ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ_ΓΕΝΙΚΑ	70	,041	,739
Pair 3 ΧΡΗΣΗ_NET & ΔΕΙΚΤΗΣ	70	,292	,014
Pair 4 ΧΡΗΣΗ_NET & ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ_ΓΕΝΙΚΑ	70	,392	,001

Η κατάθλιψη σχετίζεται ισχυρά με την χρήση του Διαδικτύου μετά την συσχέτισή της με την ηλικία και την μόρφωση των ερωτηθέντων

### 3. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση της έρευνας, μας οδηγούν συμπερασματικά στα εξής:

- Û Οι περισσότεροι ερωτηθέντες της έρευνάς μας χρησιμοποιούν το διαδίκτυο καθημερινά μέσο όρο 2 με 3 ώρες σε ποσοστό 46%.
- Û Από τα ποσοστά κατάθλιψης γενικά προκύπτει ότι το 24% των ερωτηθέντων παρουσιάζει κάποιας μορφής κατάθλιψη.
- Û Το 5% του δείγματός της παρούσας έρευνας παρουσιάζει κάποια σοβαρή μορφή κατάθλιψης.
- Û Η κατάθλιψη σχετίζεται ισχυρά με την ηλικία και την μόρφωση.
- Û Η κατάθλιψη σχετίζεται ισχυρά με τη χρήση του διαδικτύου μετά τη συσχέτιση της με την ηλικία και την μόρφωση των ερωτηθέντων.

## Περίληψη

Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που κάποιος σκέφτεται και πράττει. Η αντίληψη που κρατά το άτομο για τον κόσμο κατέχεται από εξαιρετικά απαισιόδοξα σενάρια. Δεν υπάρχουν προσδοκίες ότι τα πράγματα μπορεί να βελτιωθούν και το δυσκολότερο από όλα είναι ότι το άτομο αισθάνεται υπεύθυνο για αυτό. Η κατάθλιψη σχετίζεται συνήθως με την έλλειψη διάθεσης και με το αίσθημα της δυστυχίας.

Η κατάθλιψη πιθανώς να είναι κληρονομική. Ωστόσο το ανάποδο δεν συμβαίνει. Δηλαδή, δεν είναι σίγουρο πως κάποιος με την συγκεκριμένη σύσταση θα εμφανίσει διαταραχή. Υπάρχουν επιπλέον παράγοντες πολύ πιο σοβαροί, επί παραδείγματι ένα αγχογόνο περιβάλλον, ένα δυσάρεστο γεγονός όπως μια σημαντική απώλεια, ένα οικονομικό πρόβλημα ή μια ανεπιθύμητη αλλαγή στις καθημερινές συνήθειες. Επίσης, η υπερβολική χρήση του διαδικτύου ίσως, δώσει το έναυσμα για ένα καταθλιπτικό επεισόδιο.

Η εμμονή του χρήστη για το διαδίκτυο και η μεγάλη επιθυμία του να περνά τη μέρα του μπροστά στον υπολογιστή του μπορεί να είναι μία ακόμη αιτία για την εμφάνιση κατάθλιψης. Πολλά άτομα εθισμένα στο Internet έχουν ιστορικό κατάθλιψης. Οι εικονικοί κόσμοι μπορούν να προσφέρουν εκπληκτικές δυνατότητες διασκέδασης και επικοινωνίας όμως οι καταχρήσεις μπορούν να γίνουν καταστροφικές για την ψυχολογία του ατόμου.

Περίπου 2000 άτομα στον κόσμο αυτοκτονούν κάθε μέρα. Η αυτοκτονία ευθύνεται για το 1% όλων των θανάτων, ενώ το 60% των θυμάτων υπέφεραν πριν αυτοκτονήσουν από κατάθλιψη. Περίπου το 10% όλων των καταθλιπτικών ασθενών καταλήγουν στην αυτοκτονία.

Η θεραπεία της κατάθλιψης είναι σημαντική όχι μόνο για την υποχώρηση ενός μεμονωμένου επεισοδίου το συντομότερο δυνατό, αλλά και για να προβληθούν μελλοντικά επεισόδια. Υπάρχουν δύο θεραπείες, η φαρμακευτική με αντικαταθλιπτικά και άλλα φάρμακα, η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση και ο συνδυασμός και των δύο.

Η πολύωρη ενασχόληση με το διαδίκτυο και η απομάκρυνση από τη κοινωνική ζωή έχει σαν αποτέλεσμα να οδηγείται το άτομο σε ψυχολογική αναταραχή και να βαδίζει μοιραία στα μονοπάτια της κατάθλιψης.

## Επίλογος

**Σκοπός** της εργασίας μας είναι να αποδείξει στον αναγνώστη ότι η υπερβολική χρήση του υπολογιστή και ιδιαίτερα του διαδικτύου ίσως οδηγήσει σε εθισμό, μοναξιά και στη συνέχεια σε κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο, ιδιαίτερα αν η προσωπικότητά του ατόμου είναι ψυχολογικώς διαταραγμένη ή είναι ευαίσθητη όπως αυτή των παιδιών και των εφήβων.

Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν, η κατάθλιψη είναι μια ψυχική ασθένεια με μεγάλη σοβαρότητα, η οποία έχει επιπτώσεις στη ζωή του καταθλιπτικού και της οικογένειάς του και χρίζει μεγάλης υποστήριξης και βοήθειας.

Είναι σημαντικό λοιπόν, να ευαισθητοποιηθεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάθλιψη στο γενικό νοσοκομείο και στους χώρους όπου παρέχεται φροντίδα στον άνθρωπο, γιατί οι συνάνθρωποι μας που πάσχουν από κατάθλιψη δεν βρίσκονται μόνο στις ψυχιατρικές κλινικές αλλά κουβαλούν πολλά περισσότερα προβλήματα από ότι νομίζουμε. Επίσης το ίδιο το κράτος πρέπει να εξασφαλίσει για αυτά τα άτομα ειδικές εγκαταστάσεις ώστε να ξεφύγουν από τις άσχημες συνέπειες της κατάθλιψης με αξιοπρέπεια και να μη ζουν στο περιθώριο.

Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια περίπλοκη που όμως είναι πλήρως ιάσιμη αρκεί να γνωστοποιήσει το καταθλιπτικό άτομο σε γιατρό ή στην οικογένειά του το πρόβλημά του και στη συνέχεια με την κατάλληλη θεραπεία να απαλλαγεί από τα αρνητικά -τόσο για την υγεία όσο και για την ίδια του τη ζωή- αποτελέσματα.

## Παράρτημα

### **1)ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

#### *ΟΔΗΓΙΕΣ*

Υπολογίσετε ποιος βαθμός αντιστοιχεί στη δική σας περίπτωση σε κάθε ερώτηση ξεχωριστά.

Ανώτερη βαθμολογία: 63

Χαμηλότερη βαθμολογία: 0

Μπορείτε τώρα να αξιολογήσετε την κατάθλιψή σας σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα:

Ερμηνεία αποτελεσμάτων κατάθλιψης

1 έως 10 φυσιολογικό αποτέλεσμα.

11 έως 16 ήπια συναισθηματική δυσκολία.

17 έως 20 οριακή κλινική κατάθλιψη.

21 έως 30 ήπια κατάθλιψη.

31 έως 40 έντονη κατάθλιψη.

Πάνω από 40 κατάθλιψη ακραίου βαθμού.

Μια βαθμολογία σταθερά πάνω από 17 δείχνει ότι μπορεί να χρειάζεσθε θεραπεία από ψυχίατρο.

Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο αυτό για να δείτε που βρίσκεστε από πλευράς διάθεσης και για να παρακολουθήσετε την πρόοδό σας στο ίδιο θέμα.

Ø ΗΛΙΚΙΑ :

Ø ΦΥΛΟ :

Ø ΜΟΡΦΩΣΗ :

Ø ΩΡΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ INTERNET ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ :

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 1**

Βαθμός 0. Δεν αισθάνομαι λυπημένος.

Βαθμός 1. Αισθάνομαι λυπημένος.

Βαθμός 2. Είμαι λυπημένος όλη την ώρα και δεν μπορώ να ξεφύγω από αυτό.

Βαθμός 3. Είμαι τόσο λυπημένος ή δυστυχισμένος που δεν μπορώ να το αντιμετωπίσω.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 2**

Βαθμός 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος.

Βαθμός 1. Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο από τους άλλους.

Βαθμός 2. Όπως ξαναβλέπω τη ζωή μου, όλα όσα θυμάμαι είναι γεμάτα αποτυχίες.

Βαθμός 3. Αισθάνομαι ότι είμαι εντελώς αποτυχημένο άτομο.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 3**

Βαθμός 0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος για το μέλλον.

Βαθμός 1. Αισθάνομαι απαισιόδοξος για το μέλλον.

Βαθμός 2. Αισθάνομαι ότι δεν έχω τίποτα να περιμένω με ενδιαφέρον.

Βαθμός 3. Θεωρώ ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορούν να βελτιωθούν.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 4**

Βαθμός 0. Ικανοποιούμε από αυτά που κάνω όσο άλλες φορές.

Βαθμός 1. Δεν απολαμβάνω τη ζωή όσο άλλες φορές.

Βαθμός 2. Δεν παίρνω πραγματική ικανοποίηση από τίποτα πια.

Βαθμός 3. Είμαι δυσαρεστημένος ή βαριεστημένος με όλα.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 5**

Βαθμός 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ενοχές.

Βαθμός 1. Αισθάνομαι ενοχές αρκετό χρόνο.

Βαθμός 2. Αισθάνομαι αρκετά ενοχές τις περισσότερες φορές.

Βαθμός 3. Αισθάνομαι ενοχές συνεχώς.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 6**

Βαθμός 0. Δεν αισθάνομαι ότι βασανίζομαι.

Βαθμός 1. Αισθάνομαι ότι μπορεί να τιμωρηθώ.

Βαθμός 2. Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.

Βαθμός 3. Αισθάνομαι ότι βασανίζομαι.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 7**

Βαθμός 0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι περισσότερο κακός από τους άλλους.

Βαθμός 1. Είμαι επικριτικός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.

Βαθμός 2. Αυτοκατηγορούμαι όλη την ώρα για τα ελαττώματά μου.

Βαθμός 3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για όλα τα κακά που συμβαίνουν.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 8**

Βαθμός 0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος για τον εαυτό μου.

Βαθμός 1. Είμαι απογοητευμένος από μένα.

Βαθμός 2. Τα έχω βάλει με τον εαυτό μου.

Βαθμός 3. Μισώ τον εαυτό μου.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 9**

Βαθμός 0. Δεν έχω καθόλου σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου.

Βαθμός 1. Έχω σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου, αλλά δεν πρόκειται να το κάνω.

Βαθμός 2. Θα επιθυμούσα να αυτοκτονήσω.

Βαθμός 3. Θα αυτοκτονούσα εάν μπορούσα.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 10**

Βαθμός 0. Δεν κλαίω περισσότερο από άλλες φορές.

Βαθμός 1. Κλαίω τώρα περισσότερο από άλλες φορές.

Βαθμός 2. Κλαίω όλη την ώρα.

Βαθμός 3. Έκλαιγα, αλλά τώρα δεν μπορώ να αναστενάζω ακόμη και ακόμα και αν το θέλω.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 11**

Βαθμός 0. Δεν ενοχλούμαι από αυτά που συμβαίνουν περισσότερο από άλλες φορές.

Βαθμός 1. Είμαι λίγο περισσότερο ευερέθιστος από όσο συνήθως.

Βαθμός 2. Είμαι αρκετά ενοχλημένος ή ευερέθιστος για πολύ χρόνο.

Βαθμός 3. Αισθάνομαι ευερέθιστος όλη την ώρα πια.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 12**

Βαθμός 0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον για άλλους ανθρώπους.

Βαθμός 1. Ενδιαφέρομαι λιγότερο για άλλους ανθρώπους σε σχέση με άλλες φορές.

Βαθμός 2. Έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντός μου για άλλους ανθρώπους.

Βαθμός 3. Έχω χάσει το όλο ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 13**

Βαθμός 0. Αποφασίζω περίπου όπως πάντα.

Βαθμός 1. Αναβάλλω τη λήψη των αποφάσεων περισσότερο απ ότi συνήθως.

Βαθμός 2. Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στη λήψη των αποφάσεων από πριν.

Βαθμός 3. Δεν μπορώ να πάρω καμιά απόφαση.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 14**

Βαθμός 0. Δε νομίζω ότi δείχνω χειρότερος από πριν.

Βαθμός 1. Ανησυχώ μήπως φαίνομαι γερασμένος ή μη ελκυστικός.

Βαθμός 2. Θεωρώ ότi υπάρχουν μόνιμες αλλαγές στην εμφάνισή μου που κάνουν την εμφάνισή μου μη ελκυστική.

Βαθμός 3. Πιστεύω ότi φαίνομαι απαίσιος.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 15**

Βαθμός 0. Μπορώ να εργαστώ όπως πριν.

Βαθμός 1. Χρειάζεται πρόσθετη προσπάθεια να ξεκινήσω να κάνω κάτι.

Βαθμός 2. Πρέπει να προσπαθήσω πολύ σκληρά για να κάνω οτιδήποτε.

Βαθμός 3. Δεν είμαι σε θέση να κάνω οποιαδήποτε εργασία.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 16**

Βαθμός 0. Κοιμάμαι όπως πάντα.

Βαθμός 1. Δεν κοιμάμαι όπως άλλες φορές.

Βαθμός 2. Ξυπνάω 1-2 ώρες νωρίτερα από ότi συνήθιζα και δύσκολα με ξαναπαίρνει ο ύπνος.

Βαθμός 3. Ξυπνάω αρκετές ώρες νωρίτερα από ότi συνήθιζα και δεν μπορώ να ξαναπέσω για ύπνο.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 17**

Βαθμός 0. Δεν κουράζομαι περισσότερο από άλλες φορές.

Βαθμός 1. Κουράζομαι ευκολότερα από άλλες φορές.

Βαθμός 2. Κουράζομαι χωρίς να κάνω σχεδόν τίποτα.

Βαθμός 3. Είμαι πάρα πολύ κουρασμένος για να κάνω οτιδήποτε.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 18**

Βαθμός 0. Η όρεξή μου είναι όπως συνήθως.

Βαθμός 1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όπως πριν

Βαθμός 2. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.

Βαθμός 3. Δεν έχω καθόλου όρεξη.



### **ΕΡΩΤΗΣΗ 19**

Βαθμός 0. Δεν έχω χάσει βάρος τον τελευταίο καιρό.

Βαθμός 1. Έχω χάσει περισσότερα από δύο κιλά.

Βαθμός 2. Έχω χάσει περισσότερα από τρία κιλά.

Βαθμός 3. Έχω χάσει περισσότερα από πέντε κιλά.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 20**

Βαθμός 0. Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από άλλες φορές

Βαθμός 1. Ανησυχώ για τα φυσικά προβλήματα όπως οι πόνοι, ή το στομάχι ή τη δυσκοιλιότητα.

Βαθμός 2. Ανησυχώ πολύ για τα θέματα υγείας και είναι δύσκολο να σκεφτώ πολλά άλλα πράγματα..

Βαθμός 3. Ανησυχώ για τα θέματα υγείας τόσο που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτε άλλο.

### **ΕΡΩΤΗΣΗ 21**

Βαθμός 0. Δεν έχω παρατηρήσει οποιαδήποτε αλλαγή στο ενδιαφέρον για σεξ τελευταία.

Βαθμός 1. Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ σε σχέση με άλλες φορές.

Βαθμός 2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για σεξ.

Βαθμός 3. Έχω χάσει τελείως τι ενδιαφέρον για σεξ.

**ΣΥΝΟΛΟ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ :**

## 2)Χρήσιμες Διευθύνσεις στο Διαδίκτυο

**www.wfmh.org** Η διεύθυνση του δικτυακού τόπου της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για την Ψυχική Υγεία. Μέσα σε αυτή τη διεύθυνση μπορεί κάποιος να αναζητήσει τον σύνδεσμο (link) [www. breaking-through-barriers. com](http://www.breaking-through-barriers.com), ο οποίος είναι αφιερωμένος στην κατάθλιψη.

**www.who.int/mentalhealth/ management/depression/definition/en** Η διεύθυνση αυτή εισάγει σε ένα ειδικό ένθετο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αφορά συγκεκριμένα την κατάθλιψη.

**www.nimh.nih.gov** Η διεύθυνση του δικτυακού τόπου του Εθνικού Ινστιτούτου για την Ψυχική Υγεία των ΗΠΑ. Μέσα στον δικτυακό τόπο υπάρχει ειδικό κεφάλαιο για την κατάθλιψη το οποίο απαντά σε απορίες σχετικά με τη φύση της ψυχικής διαταραχής, τα συμπτώματα αλλά και τις θεραπείες.

**www.psych.gr/GR/default. asp** Η διεύθυνση του δικτυακού τόπου της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Αν και ο σύνδεσμος που αφορά το κοινό βρίσκεται υπό κατασκευή, μπορεί κάποιος να βρει τα τηλέφωνα της Εταιρείας και να απευθυνθεί στους αρμόδιους για βοήθεια.

**www. depressionanxiety. gr** Η διεύθυνση του δικτυακού τόπου του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής η οποία αφορά συγκεκριμένα στην κατάθλιψη και στο άγχος. Οι επισκέπτες μπορούν να ενημερωθούν για την κατάθλιψη αλλά να κάνουν ακόμη και ένα ειδικό τεστ προκειμένου να δουν αν πιθανώς πάσχουν από την ψυχική νόσο.

**www.stress.gr** Η διεύθυνση του δικτυακού τόπου που δημιούργησαν οι ειδικοί του Ψυχιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων προκειμένου να δώσουν απαντήσεις σε απορίες σχετικά με διαφορετικές ψυχικές διαταραχές μεταξύ των οποίων και η κατάθλιψη.

**www.depnet.gr** Πρόκειται για μια πληροφοριακή ιστοσελίδα, η οποία παρέχει μια μεγάλη ποσότητα γνώσης και πληροφοριών σχετικά με την κατάθλιψη. Ξεκίνησε στη Δανία από το Ινστιτούτο Lundbeck, ένα παγκοσμίως γνωστό κέντρο έρευνας που κατέχει πρωτοποριακή θέση στο χώρο αντιμετώπισης ψυχιατρικών και νευρολογικών ασθενειών. Η ιστοσελίδα μεταφράζεται πλέον σε πολλές γλώσσες μεταξύ των οποίων και η ελληνική.

### 3)ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Βρυξέλλες, 2 Οκτωβρίου 2006

Η Ευρωπαϊκή Ένωση πρέπει να προετοιμαστεί

**"Η αναγνώριση της ύπαρξης των διαταραχών εθισμού στο διαδίκτυο είναι κοινά αποδεκτή από τους εμπειρογνώμονες στην ΕΕ ως πρόβλημα υγείας που πρέπει να αντιμετωπιστεί από τις ιατρικές υπηρεσίες στα κράτη μέλη".** Στην παραπάνω διευκρίνηση προέβη ο αρμόδιος για θέματα Προστασίας των Καταναλωτών και Υγείας **Επίτροπος κ. Κυπριανού** απαντώντας σε γραπτή ερώτηση που υπέβαλε ο Ευρωβουλευτής της Νέας Δημοκρατίας Καθηγητής κ. **Γιώργος Παπαστάμκος**.

Ο Έλληνας Ευρωβουλευτής απευθυνόμενος προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή έθιξε το ζήτημα της προβληματικής χρήσης του Διαδικτύου από άτομα των οποίων τα συμπεριφορικά πρότυπα, λόγω της πολύωρης και εντατικής τους ενασχόλησης με το εν λόγω μέσο, χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και ψυχαναγκασμού. Όπως διατυπώνεται και στην ερώτησή του, η στρατηγική για την Ευρωπαϊκή κοινωνία της πληροφορίας για την ανάπτυξη και την απασχόληση - i 2010 πρέπει **"να αντιμετωπίσει το ενδεχόμενο της πρόκλησης παράπλευρων ανεπιθύμητων συνεπειών"**, όπως εν προκειμένω η δημιουργία μιας γενιάς "μανιακών του διαδικτύου" ( internet junkies ).

Σύμφωνα με την Ένωση Αμερικανών Ψυχολόγων ( American Psychological Association ), η Διαταραχή Εθισμού στο Διαδίκτυο αναγνωρίζεται επισήμως ως η **"ψυχοφυσιολογική διαταραχή που συνεπάγεται ανοχή μακροχρόνιας χρήσης του Διαδικτύου, συμπτώματα εσωστρέφειας, όπως άγχος και κατάθλιψη, και ανικανότητα ρύθμισης της καθημερινής χρήσης του Διαδικτύου, που καταλήγει σε υποβάθμιση των κοινωνικών σχέσεων"**.

Όπως αναφέρει και στην απάντηση η Επιτροπή, **το θέμα παραμένει προς το παρόν αμφιλεγόμενο** καθώς κάποια μέλη της επιστημονικής κοινότητας συγκρίνουν τη διαταραχή προς τον παθολογικό εθισμό στα τυχερά παιχνίδια, ενώ άλλα υποστηρίζουν ότι δεν πρόκειται για πραγματική πνευματική διαταραχή. Επίσης, κανένα κράτος της ΕΕ δεν έχει κοινοποιήσει επισήμως την αναγνώριση της Διαταραχής Εθισμού στο Διαδίκτυο ως εθισμό ή ειδική ασθένεια. Πρέπει να τονισθεί πάντως ότι η πρωτοβουλία " i 2010" **δεν περιλαμβάνει ρητώς προληπτικά μέτρα όσον αφορά στην αντιμετώπιση της Διαταραχής Εθισμού στο Διαδίκτυο** , γεγονός που καθιστά το αντικείμενο πρόσφορο για περαιτέρω διερεύνηση και

ανταλλαγή επιστημονικών απόψεων στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και της Επιτροπής.<sup>50</sup>

#### **4)Πρόλαβαν αυτοκτονία μέσω Internet**

**14/2/2007 11:51:00 πμ**

**Συντάκτης: Άννα Κούρτη**

**Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ**

*Την πρόθεσή του να αυτοκτονήσει για προσωπικούς λόγους αποκάλυψε σε συνομιλητή του μέσω Internet ένας 18χρονος απόφοιτος λυκείου. Ο συνομιλητής του 18χρονου ενημέρωσε αμέσως την ασφάλεια Αττικής. Αμέσως, αστυνομικοί του τμήματος δίωξης ηλεκτρονικού εγκλήματος της ασφάλειας Αττικής, εντόπισαν τα ηλεκτρονικά ίχνη του 18 χρόνου και ενημέρωσαν τους γονείς του ο οποίοι με τη συμπαράσταση ψυχολόγου βοήθησαν το παιδί.*

#### **5)ο καταθλιπτικός ασθενής δεν φωνάζει "βοήθεια", όταν πνίγεται!**

*Τον Αύγουστο του 2006, υπήρξαμε μάρτυρες ενός περιστατικού παρ' ολίγον πνιγμού, ενός λουόμενου, σε μια κατάμεστη ελληνική παραλία. Την ώρα που ο ατυχής είχε ήδη βυθιστεί αθόρυβα κάτω από τη θάλασσα, οι υπόλοιποι λουόμενοι αμέριμνοι απολάμβαναν τη δροσιά και τα παιχνίδια με το νερό. Σε μια απόσταση 5 έως 10 μέτρων γύρω από αυτόν, υπήρχαν τουλάχιστον άλλοι 10 λουόμενοι. Κανείς όμως δεν τον αντελήφθη. Ωστόσο μια κυρία που δεν ήξερε κολύμπι, αρκετά μακρύτερα, στην αμμουδιά, πρόσεξε την ύποπτη κίνηση του νερού στο σημείο που πνιγόταν ο ατυχής και έβαλε τις φωνές, δείχνοντας το ακριβές αυτό σημείο. Έσπευσαν τότε οι πιο κοντινοί, ανέσυραν τον μισο-πνιγμένο λουόμενο από τη θάλασσα, τον έσυραν στην αμμουδιά, κάλεσαν ασθενοφόρο, διακομίστηκε στο νοσοκομείο και έτσι τελικά διασώθηκε.*

*Μετά την αναταραχή από το συμβάν, αναρωτηθήκαμε σε ποιόν οφείλει τη ζωή του. Συμφωνήσαμε όλοι και συγχαρήκαμε την κυρία που με την παρατηρητικότητά της, παρόλο που η ίδια δεν ήξερε κολύμπι, έσωσε την ζωή του λουόμενου. Στο νου μας αργότερα, ξαναήρθε αυτό το περιστατικό και σκεφτήκαμε την αναλογία ανάμεσα στον πνιγμό και την κατάθλιψη. **Πόσοι***

*από τους καταθλιπτικούς που αυτοκτόνησαν, μπορεί να είχαν άραγε σωθεί, αν οι κοντινοί τους ήξεραν τι να παρατηρήσουν; Αν ήξεραν ότι πάσχουν από κατάθλιψη, τι θα είχαν κάνει;*

*Έτσι αποφασίσαμε να γράψουμε αυτό το άρθρο, με στόχο τη αύξηση της παρατηρητικότητας του απλού κόσμου και την ελπίδα διάσωσης έστω και μίας ψυχής, αν όχι από το θάνατο, τουλάχιστον έστω από την άδικη οδύνη...<sup>13</sup>*

## **6) "Κολλημένοι" με το Διαδίκτυο**

*Επιστημονική έρευνα για τους έφηβους χρήστες*

Σύμφωνα με τα στοιχεία επιστημονικής έρευνας που παρουσιάστηκαν στην Επιτροπή Έρευνας και Τεχνολογίας της Βουλής, το 1% των εφήβων εμφανίζει εθισμό στο Διαδίκτυο ενώ το 20% ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου για κατάχρηση του Internet

"Σήμα κινδύνου" από την υπερβολική χρήση του Διαδικτύου από έφηβους, εξέπεμψαν τόσο ο διευθυντής, όσο και η επιστημονικά υπεύθυνη της Μονάδας Εφηβικής Υγείας της Β' Παιδιατρικής κλινικής του νοσοκομείου Παίδων Δημήτρης Καφετζής και Άρτεμις Τσίτσικα, αντίστοιχα, ενημερώνοντας την Επιτροπή Έρευνας και Τεχνολογίας της Βουλής. Σύμφωνα με τα στοιχεία έρευνας που παρουσίασαν το 1% των εφήβων εμφανίζει εθισμό στο Διαδίκτυο ενώ το 20% ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου για κατάχρηση του Internet. Παράλληλα το 4% των παιδιών έχουν δεχθεί παρενόχληση μέσω του Διαδικτύου και τα αγόρια προτιμούν παιχνίδια πολύ βίαια, ενώ τα κορίτσια ασχολούνται κυρίως με τις γνωριμίες και τις αγορές.

Όπως ανέφεραν οι δύο επιστήμονες, τη Μονάδα Εφηβικής Υγείας της Παιδιατρικής Κλινικής Παίδων έχουν επισκεφθεί, μέχρι σήμερα, 20 παιδιά με συμπτώματα εθισμού στο Διαδίκτυο, τα οποία ζουν, στο μεγαλύτερο μέρος τους, σε μονογονεϊκές οικογένειες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ.

"Η χρήση του Διαδικτύου περισσότερο από 10 ώρες εβδομαδιαίως θέτει σε κίνδυνο το παιδί για εθισμό, για αυτό και δεν πρέπει να ασχολείται πάνω δύο ώρες ημερησίως", επεσήμανε η κ. Τσίτσικα.

Ο κ. Καφετζής σημείωσε ότι ως εθισμός στο Internet, ορίζεται η χρήση του πάνω από 5 ώρες ημερησίως, ενώ σε ό,τι αφορά τους λόγους που κάνουν έναν έφηβο ασχολείται με πάθος με

το Διαδίκτυο, ανέφερε ότι κυρίως οφείλεται στο ότι η οικογένειά του δεν του προσφέρει κάτι άλλο για να διοχετεύσει την ενεργητικότητά του.<sup>33</sup>

## **7)Μην αφήνετε τα παιδιά σας να περνούν πολύ χρόνο στο Internet**

Η διατήρηση μια υγιούς ισορροπίας μεταξύ των μέσων ψυχαγωγίας και των υπόλοιπων δραστηριοτήτων στις ζωές των παιδιών υπήρξε ανέκαθεν πρόκληση για τους γονείς.

Το Internet έχει κάνει αυτήν την πρόκληση ακόμη δυσκολότερη.

Διαβάστε τις συμβουλές για να βοηθήσετε τα παιδιά σας να αποκτήσουν μια υγιή ισορροπία μεταξύ της χρήσης του Internet και των υπόλοιπων δραστηριοτήτων.

## ***Συμβουλές για την εξισορρόπηση του χρόνου εντός και εκτός του Internet***

•**Αναζητήστε συμπτώματα εξάρτησης από το Internet.** Αναρωτηθείτε εάν η χρήση του Internet από το παιδί σας επηρεάζει την απόδοσή του στο σχολείο, την υγεία του και τις σχέσεις του με τα άλλα μέλη της οικογένειας και τους φίλους.

Υπολογίστε πόση ώρα δαπανούν στο Internet τα παιδιά σας.

•**Ζητήστε βοήθεια.** Εάν το παιδί σας εμφανίζει ισχυρά συμπτώματα εξάρτησης από το Internet, σκεφθείτε το ενδεχόμενο να απευθυνθείτε σε κάποιον επαγγελματία σύμβουλο.

Η παρορμητική χρήση του Internet μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα άλλων προβλημάτων όπως κατάθλιψη, θυμός και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

•**Εξετάστε τις δικές σας συνήθειες σε σχέση με το Internet.** Δυσκολεύστε να ελέγξετε τη χρήση του Internet; Να θυμάστε, είστε το σημαντικότερο πρότυπο για το παιδί σας.

•**Μην απαγορεύετε τη χρήση του Internet.** Είναι σημαντικό τμήμα της κοινωνικής ζωής των περισσότερων παιδιών. Αντ' αυτού, καθιερώστε [οικογενειακούς κανόνες για τη χρήση του Internet](#), σχετικά με τις τοποθεσίες που μπορούν να επισκεφθούν τα παιδιά σας και τι μπορούν να κάνουν εκεί —και τηρήστε τους πιστά.

Οι κανόνες αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν: περιορισμένο χρόνο σύνδεσης στο Internet καθημερινά. Απαγόρευση της περιήγησης ή της ανταλλαγής άμεσων μηνυμάτων εάν τα

παιδιά δεν τελειώσουν το διάβασμά τους. Μη συμμετοχή σε κανάλια συνομιλίας ή τοποθεσίες με περιεχόμενο για ενήλικες.

- **Να έχετε τον υπολογιστή σε εμφανές σημείο.** Τοποθετήστε τον υπολογιστή σε έναν κοινόχρηστο χώρο του σπιτιού σας, όχι στο παιδικό δωμάτιο.
- **Καθιερώστε την ισορροπία.** Ενθαρρύνετε και υποστηρίξτε τη συμμετοχή του παιδιού σας σε άλλες δραστηριότητες, ειδικά αθλοπαιδιές με άλλα παιδιά.
- **Βοηθήστε το παιδί σας να αποκτήσει κοινωνικές σχέσεις εκτός του Internet.** Εάν το παιδί σας είναι ντροπαλό ή δεν σχετίζεται με τα συνομήλικα παιδιά, σκεφτείτε μια τάξη κοινωνικής εκπαίδευσης.

Ενθαρρύνετε τις δραστηριότητες που θα φέρουν το παιδί σας σε επαφή με άλλα παιδιά με παρόμοια ενδιαφέροντα, όπως τάξεις υπολογιστών ή ομάδες χόμπι.

- **Παρακολουθήστε τα παιδιά σας.** Αναζητήστε προγράμματα λογισμικού που παρακολουθούν και περιορίζουν τη χρήση του Internet, όπως τα εργαλεία γονικού ελέγχου που περιλαμβάνονται στην υπηρεσία [MSN Premium](#).

Αν και τα εργαλεία που φιλτράρουν και παρακολουθούν είναι χρήσιμα, έχετε υπ' όψιν ότι μπορεί να απενεργοποιηθούν από κάποιον χρήστη υπολογιστών που είναι γνώστης.

Ο τελικός σας στόχος θα πρέπει να είναι να βοηθήσετε το παιδί σας να αναπτύξει αυτοέλεγχο, πειθαρχία και υπευθυνότητα στη χρήση του Internet.

- **Προτείνετε εναλλακτικές λύσεις.** Εάν τα παιδιά σας ενδιαφέρονται αποκλειστικά για διαδικτυακά παιχνίδια, δοκιμάστε να τους προτείνετε κάτι σχετικό εκτός Internet.

Για παράδειγμα, εάν το παιδί σας διασκεδάζει με παιχνίδια ρόλων φαντασίας, ενθαρρύνετε το να διαβάσει φανταστική λογοτεχνία.<sup>51</sup>

## **8) Κατάθλιψη και μοναξιά στους εφήβους από τον εθισμό στο internet**

Προβλήματα κατάθλιψης και μοναξιάς μπορεί να προκαλέσει στα παιδιά και τους νέους η πολύωρη ενασχόληση με τον υπολογιστή και το διαδίκτυο. Στη χώρα μας το 1% των νέων έχει εθιστεί στο internet, ενώ οι ειδικοί επισημαίνουν, ότι ο καλύτερος τρόπος για την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι οι αρμονικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Όπως λένε

χαρακτηριστικά, όταν υπάρχει επικοινωνία ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά, όλα τα προβλήματα μπορούν να προληφθούν.

Ο 17χρονος σήμερα Νίκος μιλώντας στον ALPHA παραδέχθηκε, ότι καθόταν κάθε μέρα στον υπολογιστή και έπαιζε παιχνίδια στο internet ακόμη και ολόκληρη τη μέρα χωρίς φαγητό ή οτιδήποτε άλλο. Σήμερα οι ώρες που κάθεται μπροστά στον υπολογιστή, έχουν μειωθεί στις 4 και ο ίδιος πιστεύει ότι έχει ξεπεράσει τον εθισμό του στα διαδικτυακά παιχνίδια. Το φαινόμενο όμως έχει αποκτήσει ανησυχητικές διαστάσεις. Όπως είπε μιλώντας στον ALPHA «είχα φίλους που είχαν χάσει τον έλεγχο και φαινόταν από το ότι πλέον καθόντουσαν κάθε μέρα στον υπολογιστή, 10-12 ώρες κάθε μέρα, δεν ερχόντουσαν σχολείο, δεν έβγαιναν σαββατοκύριακα και τέτοια. Εκεί πέρα φαινότανε, ότι είχαν εθιστεί».

Στη χώρα μας το 1% των νέων που έχει εθιστεί στο διαδίκτυο μπορεί να μοιάζει ασήμαντο ως ποσοστό, οι συνέπειές που έχει όμως είναι αρκετά σημαντικές. Σύμφωνα με την παιδοψυχολόγο Αλεξάνδρα Καππάτου «έρευνες έχουν δείξει, ότι πολλές φορές πίσω από τα παιδιά που ασχολούνται σε υπερβολικό βαθμό με το διαδίκτυο, υπάρχουν προβλήματα κατάθλιψης, ψυχαναγκαστικής διαταραχής, το οποίο πρέπει να απασχολεί τους γονείς». Τα παιδιά απομονώνονται από την οικογένειά τους, τους φίλους τους και το μόνο που έχει σημασία είναι ο υπολογιστής, ο οποίος γίνεται ξαφνικά ο καλύτερος φίλος. Αυτό παραδέχεται και ο 16χρονος Χρήστος, ο οποίος μιλώντας στον ALPHA πρόσθεσε ότι αυτό γίνεται «ειδικά άμα έχεις και φίλους που παίζουν τέτοια παιχνίδια, γιατί υπάρχει και ένας ανταγωνισμός σε εισαγωγικά, ποιος θα ανέβει επίπεδο στο παιχνίδι».

Ο διευθυντής της Μονάδας Εφηβικής Υγείας στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού» Δημήτρης Καφετζής μιλώντας στον ALPHA είπε ότι «είναι παιδιά γονιών, που δεν αφιερώνουν το χρόνο που πρέπει να αφιερώσουν για τα παιδιά τους. Τις πιο πολλές φορές αυτό είναι το πρόβλημα». Στη Μονάδα Εφηβικής Υγείας το τελευταίο εξάμηνο έχουν ζητήσει βοήθεια 18 νέοι για να απεξαρτηθούν από τους υπολογιστές τους. Κοινό σημείο όλων η έλλειψη επικοινωνίας με τους γονείς. Η παιδοψυχολόγος Αλεξάνδρα Καππάτου συστήνει «όταν παρατηρούν, ότι το παιδί αφιερώνει ολοένα και περισσότερο χρόνο στο να ασχολείται με παιχνίδια στο διαδίκτυο, παραμερίζοντας, παραμελώντας καθημερινές του υποχρεώσεις, τα μαθήματά του, τις επαφές με τους φίλους του, με αποτέλεσμα να απομονώνεται, τις καθημερινές συνήθειές του όπως το να φάει, το να κάνει μπάνιο, το να διαβάζει τα μαθήματά του, είναι στοιχεία που πρέπει να ανησυχήσουν τους γονείς τους».<sup>52</sup>



## Βιβλιογραφία

1. [www.ygeia.gr](http://www.ygeia.gr) 2007
2. [www.homeomed.gr](http://www.homeomed.gr), 2006.
3. Πτυχιακή Εργασία “ Κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία και νοσηλευτική παρέμβαση”, υπεύθυνη καθηγήτρια Αποστολία Σαλάτα, σπουδάστρια Μπίμη Ευφροσύνη, Πάτρα 2006.
4. [www.agiafotini-clinic.gr](http://www.agiafotini-clinic.gr), 2006-2008.
5. [www.phorum.gr](http://www.phorum.gr), 2007.
6. [www.angelfire.com](http://www.angelfire.com), Ireland Women Association, 2007.
7. [www.Iator.gr](http://www.Iator.gr), Μαυροειδή Αθανασία ψυχολόγος πτυχιούχος του ΕΚΠΑ, 2006.
8. [www.IPSE.gr](http://www.IPSE.gr) 2005.
9. [www.Neurodiagnosis.gr](http://www.Neurodiagnosis.gr) 2007.
10. [www.ibrt.gr](http://www.ibrt.gr), ινστιτούτο έρευνας και θεραπείας της συμπεριφοράς, υπεύθυνος Κ. Ευθυμίου, 2007.
11. Ιατρικό συνέδριο, Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 1996.
12. [www.childmenthealth.gr](http://www.childmenthealth.gr), 2005.
13. [www.psi.gr](http://www.psi.gr), 2006-2007.
14. Γιώργος Κλεφταράς, “ Η κατάθλιψη σήμερα”, περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998, σελ. 67-99.
15. Γ.Ν. Χριστοδούλου “Κατάθλιψη” δεύτερη έκδοση 1998, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Α’ ανατύπωση 2001, Β’ ανατύπωση 2005, σελ. 101-104.
16. Πτυχιακή εργασία, “ Νοσηλευτική υποστήριξη –εκπαίδευσης- μέσω διαδικτύου”, υπεύθυνος καθηγητής: Δρ Κουτσογιάννης, Πάτρα, 2007
17. [www.asclepieian.gr](http://www.asclepieian.gr) 2002
18. [www.panacea.gr](http://www.panacea.gr), Σωτηρίου Δημήτριος καθηγητής ιατρικής σχολής πανεπιστημίου Αθηνών, 2006.
19. [www.2tee-n-smyrn.gr](http://www.2tee-n-smyrn.gr), 2005-2006.
20. [www.edyportal.gr](http://www.edyportal.gr) 2005.
21. [www.utn.gr](http://www.utn.gr), 2004.

22. Τι είναι το internet, άρθρο, Νίκος Φώτης, ένθετο “Το δίκτυο” , το Βήμα, Κυριακή 29 Οκτωβρίου 2000, σελ. 2, 5-6.
23. [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr) 2007.
24. [www.diastarroseis.gr](http://www.diastarroseis.gr), 2007.
25. [www.technews.gr](http://www.technews.gr) 2007.
26. [www.e-pcmag.gr](http://www.e-pcmag.gr), Νίκος Μόσχοβος, Παρασκευή 6 Ιουλίου 2007.
27. [www.typologos.gr](http://www.typologos.gr), 2007.
28. [www.myday.gr](http://www.myday.gr) 17/1/2008.
29. [www.psynet.com](http://www.psynet.com), Δευτέρα 19 Νοεμβρίου 2007.
30. Γιαννοπούλου Α., “Ψυχιατρική Νοσηλευτική”, Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1996, σελ. 28-30.
31. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, “Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική”, Ε΄ έκδοση βελτιωμένη, Αθήνα 2005, σελ. 285.
32. Βρετανική Ιατρική Εταιρία, οικογενειακός ιατρικός οδηγός “Κατάθλιψη”, DR Κουεϊμ Μακκένζι, ελληνικά γράμματα Α.Ε.
33. [www.pharmaherd.gr](http://www.pharmaherd.gr), 2007
34. [www.metafysiko.gr](http://www.metafysiko.gr), 2005.
35. [www.ert.ygeia.gr](http://www.ert.ygeia.gr), Άννα Περούτση, 26/11/2005.
36. David D. Burus, Αισθανθείτε καλά, εκδόσεις Πατάκη, 1996.
37. Πτυχιακή εργασία, “Νοσηλευτικές δυνατότητες στην πρόληψη της κατάθλιψης”, υπεύθυνη καθηγήτρια Dr Παπαδημητρίου Μαρία, σπουδάστριες Βαρβαρούτα Ευαγγελία, Γκλάβα Βασιλική, Κατσαρού Ιωάννα, Στανίτσα Βασιλική, ΣΕΥΠ ΤΕΙ Πάτρας 1999.
38. Καλαντζή-Αζίσι Αναστασία, “Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της υγείας”, Δ΄ έκδοση, Εκδόσεις “Ελληνικά γράμματα”, Αθήνα 1992, σελ. 59-61.
39. Κονταξάκης ΒΠ, Χριστοδούλου ΓΝ, “Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά: τάσεις και προβληματισμοί” , Κέντρο ψυχικής υγείας, τόμος Α, Αθήνα, 1994.
40. Κονταξάκης ΒΠ “Αυτοκτονία και Ψυχικές διαταραχές”, Ψυχιατρική, Αθήνα, 1995.
41. Alvarez A., “The savage god: a study of suicide”, Norton New York, 1990.
42. Μάνος Ν., “Βασικά Στοιχεία Ψυχιατρικής”, Εκδόσεις University Studio Press, 1988.

43. King C.A., Katz, S.H., Ghaziuddin N., Brand, E., Hill E. and Mc Govern L., “Diagnosis and assessment of depression and suicidality” using the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children, *Journal of a bnornal child psychology*, 1997.
44. Maris R.W., Berman A.L., Maltzberger J.T. and Yufit R.I., “Assessment and prediction of suicide”, Guilford Press, New York, 1992.
45. [www.depressionanxiety.gr](http://www.depressionanxiety.gr), 2006.
46. Πτυχιακή εργασία, “Κατάθλιψη: μια νέα ματιά στην ασθένεια του μέλλοντος: Προϋποθέσεις επιτυχημένης νοσηλευτικής παρέμβασης”, εισηγητής: Σπυράτος Φώτης, Σπουδάστρια: Μποζιονέλου Ιωάννα, ΣΕΥΠ Νοσηλευτική ΑΤΕΙ, Πάτρα, 2006
47. [www.hamomilaki.com](http://www.hamomilaki.com), Νοέμβριος 2007.
48. Σιγάλας Γ., Νυματούδης Ι., Καπρίντης Γ., “Ελληνική Ιατρική” Περιοδικό Ιατρικής εταιρίας, εκδόσεις: University Studio Press, τόμος 64, τεύχος 3, σελ. 136-137, Θεσσαλονίκη, 1998.
49. Πλουμπίδης Δ., “Οικογένεια, Συμπτώματα και απόρριψη”, Από: “επικινδυνότητα και κοινωνική Ψυχιατρική-κείμενα από δύο συμπόσια για την Ψυχιατρική, την επικινδυνότητα και την δικαιοσύνη”, εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 134-136, Αθήνα, 1990.
50. [www.nd.gr](http://www.nd.gr), 6/8/2006.
51. [www.microsoft.gr](http://www.microsoft.gr), 2006.
52. [www.alpha.gr](http://www.alpha.gr), 23/12/2007.