



Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΕΠΟΧΗΣ) ΚΑΙ
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ»**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΚΟΚΚΟΡΗ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ – ΑΡΤΕΜΙΣ Α.Μ. 4456

ΚΟΤΟΠΟΥΛΟΥ ΟΛΓΑ Α.Μ. 4458

ΜΑΛΑΔΑΚΗ ΠΑΣΧΑΛΙΑ Α.Μ. 4525

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ: ΕΛΕΝΗ ΑΡΜΑΚΟΛΑ



Πάτρα, Οκτώβριος 2015

**DEPRESSION (THE ILLNESS OF MODERN
TIMES) AND SUICIDE**

✓ © 2015 – All rights reserved

✓ © 2015, Copyright υπό Κόκκορη Χαρίκλεια – Άρτεμης, Κοτοπούλου Όλγα & Μαλαδάκη Πασχαλία.

**Η πτυχιακή εργασία της Κόκκορη Χαρίκλειας - Άρτεμης, της Κοτοπούλου
Όλγας και της Μαλαδάκη Πασχαλίας εγκρίνεται:**

Υπογραφές:

- 1. Αρμακόλα Ελένη (επιβλέπουσα καθηγήτρια)**

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

2.

3.

*Στις οικογένειές μας,
για τη συνεχή στήριξη και βοήθεια...*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το φαινόμενο της κατάθλιψης απασχολεί την ανθρωπότητα από την αρχαιότητα και φαίνεται πως μέχρι σήμερα τα ποσοστά των κρουσμάτων έχουν αυξηθεί σημαντικά, καθώς επίσης και στα επόμενα χρόνια προβλέπεται να αυξηθούν περισσότερο. Η κατάθλιψη επηρεάζει τη διάθεση και τις σκέψεις του ατόμου και συνήθως συνοδεύεται από σωματικές ενοχλήσεις. Έχει μεγάλη ένταση, χρονική διάρκεια και οδηγεί σε σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε πολλούς τομείς της ζωής του. Το σοβαρότερο, ωστόσο, σύμπτωμά της είναι η αυτοκτονία στην οποία μπορεί να οδηγηθεί το άτομο.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία επιτεύχθηκε η ολοκληρωμένη διερεύνηση του θέματος και αποδείχθηκε η συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας. Στα πρώτα κεφάλαια έγινε μια πλήρης αναφορά στις θεωρητικές αναλύσεις των δύο όρων, καθώς και στα είδη τους. Στη συνέχεια, παρουσιάστηκαν οι παράγοντες που συμβάλλουν θετικά στην κατάθλιψη, αλλά και οι επιπτώσεις που αυτή επιφέρει, όπου η αυτοκτονία τονίστηκε ως η σοβαρότερη επίπτωσή της. Μέσα από την αναφορά στην πρόληψη και την αντιμετώπιση, τόσο της κατάθλιψης όσο και της αυτοκτονίας, αποδείχθηκε πως υπάρχει δυνατότητα για την μείωση των κρουσμάτων. Στο κεφάλαιο που αφορά την συννοσηρότητα αποδείχθηκε πως η κατάθλιψη μπορεί να συνυπάρχει και με άλλες σωματικές και ψυχικές ασθένειες καθιστώντας δυσκολότερη την θεραπεία, στην οποία τονίστηκε η σημαντική παρουσία του κοινωνικού λειτουργού και του έργου του. Επιπλέον, παρουσιάστηκαν στατιστικά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι πρόκειται για την ασθένεια της σύγχρονης εποχής που τείνει να προσβάλλει περισσότερο την γυναίκα. Έτσι, στο τελευταίο κεφάλαιο τέθηκαν οι παράγοντες που συμβάλλουν θετικά στην εμφάνιση κατάθλιψης ανάμεσα στα δυο φύλα.

Λέξεις κλειδιά: Κατάθλιψη, αυτοκτονία, ψυχική διαταραχή, συννοσηρότητα

SUMMARY

The phenomenon of depression exists in humanity since ancient times and it seems that today the rates of cases have increased significantly and is projected to increase further in the next years. Depression affects mood and thoughts of the person and is usually accompanied by physical discomforts. It has big intensity, duration and results in a significant reduction of the person's functionality in many areas of his life. However, the most serious symptom is suicide, in which the person can be driven.

In this thesis achieved the comprehensive investigation of the theme and proved the association between depression and suicide. At the first chapters became a full report on the theoretical analysis of the two terms and their types. Then presented the factors that contribute to depression and the effects it brings, where suicide was highlighted as the most serious effect. Through the reference in prevention and treatment of both depression and suicide, it proved that it is possible to reduce the rates of persons who suffer. In the section on the comorbidity it proved that depression can coexist with other physical and mental illnesses, who can make the treatment, in which has emphasized the significant presence of social worker and his work. Moreover, presented statistical data who shows that depression called the disease in modern times, which tends to affect more women. So in the last chapter raised the factors that contribute positively to the development of depression among both genders.

Keywords: depression, suicide, mental disorder, comorbidity

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
SUMMARY	i
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	5
1.1 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί	5
1.2 Ιστορική αναδρομή της κατάθλιψης.....	9
1.3 Μύθοι σχετικά με την κατάθλιψη	10
1.4 Μύθοι σχετικά με την αυτοκτονία	12
1.5 Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας	12
1.6 Συσχέτιση κατάθλιψης και αυτοκτονίας.....	15
1.7 Κατάθλιψη και κοινωνικό στίγμα	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	18
2.1. Ταξινόμηση κατάθλιψης σύμφωνα με το ICD-10	18
2.2 Ταξινόμηση κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-IV	22
2.3 Μοντέλα αυτοκτονίας	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	29
3.1 Γενετικοί παράγοντες	29
3.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες	32
3.3 Νευροχημικοί και Νευροενδοκρινικοί παράγοντες	35
3.4 Προσωπικότητα – Σωματότυπος - Σωματικά νοσήματα	36
3.5 Οικονομική κρίση και κατάθλιψη	36
3.6 Οικονομική κρίση και αυτοκτονία	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	39
4.1 Ψυχική συμπτωματολογία.....	39
4.2 Γνωστικές λειτουργίες.....	43
4.3 Σωματικά - βιολογικά συμπτώματα	43
4.4 Άτυπα καταθλιπτικά συμπτώματα	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΠΡΟΛΗΨΗ	45
5.1 Πρόληψη κατάθλιψης.....	45
5.2 Πρόληψη αυτοκτονίας.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	49
6.1 Φαρμακευτική θεραπεία	49

6.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	50
6.3 Στέρηση ύπνου	50
6.4 Φωτοθεραπεία	51
6.5 Ψυχοχειρουργική θεραπεία.....	52
6.6 Ψυχοθεραπείες	52
6.6.1 Γνωσιακή προσέγγιση της κατάθλιψης.....	54
6.6.2 Γνωσιακή θεωρία της κατάθλιψης κατά τον Aaron Beck	55
6.6.3 Ψυχοδυναμική/Ψυχαναλυτική προσέγγιση.....	61
6.6.4 Συμπεριφορική προσέγγιση	62
6.6.5 Συστημική προσέγγιση.....	62
6.6.6 Διαπροσωπική προσέγγιση	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	64
7.1 Σωματικά νοσήματα και κατάθλιψη	65
7.2 Νευρολογικά νοσήματα και κατάθλιψη.....	80
7.3 Ψυχιατρικά νοσήματα και κατάθλιψη	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	84
8.1 Δεξιότητες κοινωνικού λειτουργού	84
8.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη κατάθλιψη.....	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο : ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	89
9.1 Επιδημιολογία στο Διεθνή χώρο	89
9.1.1 Επιδημιολογία κλινικής νοσηρότητας	90
9.2 Επιδημιολογία στον Ελληνικό χώρο.....	91
9.3 Επιδημιολογία της αυτοκτονίας στον Ελληνικό χώρο.....	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ^ο : ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ.....	93
10.1 Γυναίκα και κατάθλιψη.....	93
10.2 Άνδρας και κατάθλιψη	100
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	106
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	112

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη καθημερινότητά τους, οι άνθρωποι αναφέρουν συχνά τον όρο κατάθλιψη, θέλοντας έτσι να προσδιορίσουν μία κατάσταση θλίψης που συνήθως είναι παροδική. Η στεναχώρια, η θλίψη και η μελαγχολία είναι φυσιολογικά συναισθήματα, που όλοι οι άνθρωποι νιώθουν κατά καιρούς. Όταν όμως αυτά τα συναισθήματα αντί να μειώνονται, γίνονται πιο έντονα, τότε γίνεται αναφορά στη κλινική κατάθλιψη.

Η κλινική κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που διαρκούν πάνω από δύο εβδομάδες, και είναι τόσο σοβαρά ώστε να επεμβαίνουν στη καθημερινότητα του ανθρώπου και να την αναστατώνουν. Στις μέρες μας, η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο συχνές, σοβαρές και ψυχικές ασθένειες, ενώ σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγεία προβλέπεται ότι μέχρι το 2020 θα είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο προσβάλλοντας πιθανόν περισσότερο από το 25% του πληθυσμού. Στα ίδια περίπου πλαίσια κυμαίνεται και η αυτοκτονία που τα τελευταία 45 χρόνια έχει αυξηθεί κατά 60% σε παγκόσμιο επίπεδο και έχει συνεχώς ανοδική πορεία.

Η συχνότητα λοιπόν, με την οποία εμφανίζεται τόσο η κατάθλιψη όσο και η αυτοκτονία στη σημερινή εποχή, μας έδωσε έναυσμα ώστε να διερευνήσουμε τους λόγους για τους οποίους υπάρχει συνεχής αύξηση των κρουσμάτων αυτών. Αρχικά, σκοπός της πτυχιακής μας εργασίας είναι να αναλυθούν οι έννοιες της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας και να ερευνηθεί βιβλιογραφικά κατά πόσο συνδέονται μεταξύ τους, αλλά και με ποιόν τρόπο. Έπειτα, στόχοι της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση των αιτιών που οδηγούν κάποιον στη κατάθλιψη και μετέπειτα στην αυτοκτονία, όπως επίσης, και των συμπτωμάτων που εμφανίζονται στη κατάθλιψη. Επιπλέον, μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι τρόποι αντιμετώπισης και πρόληψης των δύο αυτών φαινομένων.

Έτσι λοιπόν, στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται η εννοιολογική αποσαφήνιση και η θεωρητική προσέγγιση του θέματος. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η ταξινόμηση της κατάθλιψης σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών ICD-10 και

το DSM IV, όπως και τα μοντέλα αυτοκτονίας. Στο τρίτο κεφάλαιο καταγράφεται αναλυτικά η αιτιολογία της κατάθλιψης, και ταυτόχρονα παρουσιάζεται ο τρόπος με τον οποίο η οικονομική κρίση συμβάλει τόσο στην ανάπτυξη της ψυχικής αυτής ασθένειας, όσο και στην ανάπτυξη των αυτοκτονιών όλων των ηλικιών. Συνεχίζοντας, στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η συμπτωματολογία, ενώ στο πέμπτο αναφέρονται οι τρόποι πρόληψης της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης, ενώ στο έβδομο γίνεται αναφορά στο πως η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί μέσα από διάφορες ασθένειες και να συνυπάρχει με αυτές. Στο όγδοο κεφάλαιο, αναφέρεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της ψυχικής υγείας και στο ένατο παρατίθενται στατιστικά στοιχεία που απεικονίζουν τα ποσοστά κατάθλιψης και αυτοκτονίας, τόσο στον ελληνικό χώρο, όσο και το παγκόσμιο. Τέλος, στο δέκατο κεφάλαιο γίνεται ο διαχωρισμός της κατάθλιψης στα δύο φύλα και ακολουθούν τα δικά μας συμπεράσματα και προτάσεις. Στο παράρτημα της εργασίας, γίνεται αναφορά στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που υπάρχουν σε όλη την Ελλάδα, καθώς και η βιβλιογραφία που αξιοποιήθηκε για την εκπόνηση της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

1.1 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Κατάθλιψη

Η διατύπωση ενός συγκεκριμένου ορισμού της κατάθλιψης φαίνεται πως δεν είναι μία εύκολη διαδικασία για τους ειδικούς επιστήμονες με αποτέλεσμα να μην υπάρχει κάποιος επίσημος ορισμός αυτής της διαταραχής. Παρά την σημαντική συχνότητα του φαινομένου δεν μπορεί να διευκρινιστεί εάν πρόκειται για βιολογικό ή ψυχολογικό φαινόμενο. Ωστόσο, το κοινό σημείο που εντοπίζεται στις απόψεις είναι πως θεωρείται ένα χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, το οποίο μπορεί να εκδηλωθεί με την μορφή παροδικής θλίψης ή με παθολογική μορφή συνοδευόμενη από έκπτωση του οργανισμού σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές.

Για να κατανοήσουμε καλύτερα τον όρο και να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης, σε πρώτο επίπεδο η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα θλίψης ως αποτέλεσμα κάποιου σημαντικού για το άτομο γεγονότος (π.χ. θάνατος, σημαντική απώλεια αγαπημένου προσώπου) και μπορεί να διαρκεί για μικρό χρονικό διάστημα. Στην συνέχεια, η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί σύμπτωμα που προέρχεται από αντίδραση σε στρεσογόνες καταστάσεις ή ακόμα και μία δευτερογενής αντίδραση ασθενών με οργανικά/ψυχιατρικά προβλήματα. Τέλος, ακόμη ένα ενδεχόμενο εμφάνισης κατάθλιψης στο άτομο είναι με την μορφή μιας ψυχοπαθολογικής διαταραχής/σύνδρομο και έτσι, σε αυτή τη φάση γίνεται λόγος για μία κατάθλιψη με κλινικά συμπτώματα όπου στην Ψυχιατρική ορίζεται ως ψυχική ασθένεια (Κλεφτάρας, 1998).

Γενικότερα, με βάση κάποια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης που διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, προκύπτει πως είναι μία ψυχική ασθένεια που εμποδίζει την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί φυσιολογικά και συνεπάγεται μεγάλες αρνητικές προσωπικές,

οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων (όπως φτώχη ποιότητα ζωής, κίνδυνος αυτοκτονίας, κατάχρηση ουσιών, δυσκολία αντιμετώπισης άλλων συννοσηρών σωματικών διαταραχών) (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013). Αποτελεί μία αντίδραση στην ψυχική ένταση και δεν περιορίζεται σε χώρο και χρόνο, επομένως, δεν διακρίνει το άτομο στο οποίο θα παρουσιαστεί. Όλοι οι άνθρωποι καλούνται να αντιμετωπίσουν εντάσεις στην ζωή τους, τις οποίες άλλοι τις ξεπερνούν και άλλοι τις ξεπερνούν με δυσκολία ή απλά αδυνατούν (Flach, 1998).

Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης International Classification of Diseases-10 (ICD-10) Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας δέκατη έκδοση), υπάρχουν κάποια κριτήρια που οδηγούν τους ειδικούς στο συμπέρασμα του καταθλιπτικού επεισοδίου. Αρχικά, βασικό κριτήριο αποτελεί η διάρκεια των συμπτωμάτων για δυο εβδομάδες, στη συνέχεια, η εμφάνιση, κατά την διάρκεια της ζωής του ασθενή, κάποιου μανιακού ή υπομανιακού συμπτώματος, το οποίο να οδηγεί σε μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο και να μην αποτελεί συνέπεια από λήψη κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας (π.χ. ναρκωτικά) ή σε οργανική ψυχιατρική διαταραχή (είναι οι ψυχικές διαταραχές, που οφείλονται σε προφανείς οργανικές αιτίες, όπως ενδοκρινικές διαταραχές, όγκοι ή ατροφίες του εγκεφάλου, παρενέργειες φαρμάκων) (Χριστοδούλου, 1998).

Σύμφωνα με τους Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου (2013), γίνεται λόγος για μία διαταραχή η οποία αναμένεται έως το 2020 να αποτελέσει τη κύρια αιτία αδειών για λόγους ασθένειας, τη δεύτερη αιτία ανικανότητας και το συχνότερο αίτιο αυτοκτονίας.

Θλίψη

Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (2005), η θλίψη ερμηνεύεται ως ψυχικός πόνος, λύπη και σπανιότερα ως πίεση. Η θλίψη αναφέρεται πως είναι μια υγιής και χρήσιμη συναισθηματική κατάσταση και προέρχεται από κάποια απώλεια. Ο άνθρωπος, από την αρχή της ζωής του, βιώνει απώλειες, οι οποίες συνοδεύονται από αντίστοιχα αισθήματα θλίψης (π.χ. ο αποχωρισμός από το σπίτι και τους γονείς κατά την παρακολούθηση του σχολείου, η απώλεια του αποκλειστικού ενδιαφέροντος των γονέων με την έλευση ενός

δεύτερου παιδιού, κλπ). Στην ενήλικη ζωή, ένας χωρισμός από μια συντροφική σχέση, μπορεί να πυροδοτήσει αισθήματα θλίψης, που συνδέονται με την απώλεια του ερωτικού αντικειμένου. Η απώλεια της εργασίας, που συμβαίνει συχνά στις μέρες μας, μπορεί επίσης να πυροδοτήσει αισθήματα θλίψης. Γενικότερα, η θλίψη είναι μια μορφή πένθους και σχετίζεται με έντονα αρνητικά συναισθήματα, είναι όμως ένας υγιής μηχανισμός άμυνας, που βοηθάει το άτομο να ξεπεράσει διάφορες καταστάσεις, μέσα από την συναισθηματική επεξεργασία.

Θλίψη και κατάθλιψη

Οι έννοιες θλίψη και κατάθλιψη είναι δύο συγγενικοί όροι που ωστόσο απέχουν κατά πολύ μεταξύ τους σημασιολογικά και η εσφαλμένη ταύτισή τους μπορεί να δυσκολέψει την διαδικασία της διάγνωσης και κατ'επέκταση την θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Κλεφτάρας, 1998). Επομένως, κρίνεται αναγκαία η διάκριση των παρακάτω όρων:

Καταθλιπτικό συναίσθημα είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα ή βίωμα του ατόμου το οποίο είναι μικρής χρονικής διάρκειας και είναι δυνατό να εκδηλωθεί σε κάθε δεδομένη στιγμή.

Καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία υπάρχουν καταθλιπτικά συναισθήματα για μεγάλο χρονικό διάστημα και πιθανώς να αναστέλλουν την λειτουργικότητα του ατόμου.

Καταθλιπτική διαταραχή πρόκειται για ένα κλινικό σύνδρομο το οποίο εκδηλώνει πολλά συμπτώματα συσχετιζόμενα μεταξύ τους, με συγκεκριμένη χρονική πορεία και έκβαση και εκ των οποίων το κυριότερο είναι η ύπαρξη καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

Αυτοκτονία

Η αυτοκτονία σαν πρόθεση ή σαν πράξη είναι μία από τις σοβαρότερες και πιο συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις τόσο για τα ίδια τα άτομα όσο και για τις οικογένειές τους και για τους κλινικούς. Είναι ένα περίπλοκο

και σύνθετο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό φαινόμενο (Μάνου, 1997).

Χιλιάδες χρόνια τώρα η αυτοκτονία και το στίγμα που τη συνοδεύει αποτελούν σημαντικό κοινωνικό ζήτημα. Στο δυτικό κόσμο, μέχρι και τον τέταρτο αιώνα, δε θεωρούνταν καταδικαστέα, έως ότου ο Άγιος Αυγουστίνος την ανακήρυξε σε έγκλημα, επειδή παραβίαζε την έκτη εντολή «Ου φονεύσεις». Στο Λονδίνο μέχρι και το 1823, όποιος αυτοκτονούσε, θάβονταν με ένα πάσαλο στη καρδιά, ενώ το 1961 η αυτοκτονία σταμάτησε να αποτελεί ποινικό αδίκημα στο Ηνωμένο Βασίλειο (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2007).

Είναι σημαντικό να διαφοροποιηθεί η αυτοκτονία, από τον αυτοκτονικό ιδεασμό και από την απόπειρα αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία ορίζεται ως «ο αυτοπροκαλούμενος θάνατος ενός ανθρώπου, με σκοπό την έξοδο από ένα πρόβλημα ή μία κατάσταση που του προκαλεί μεγάλο πόνο. Δεν είναι μία τυχαία πράξη, αλλά αντίθετα είναι μία επιλογή ενός ανθρώπου που αισθάνεται απελπισμένος, αβοήθητος και ανήμπορος να διαχειριστεί τα προβλήματά του» (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.χ. σελ. 7).

Επιπρόσθετα, ο όρος χρόνια αυτοκτονία απεικονίζει μία συμπεριφορά και κάποιες πράξεις που συμβαίνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και στοχεύουν έμμεσα στην σταδιακή βλάβη της ζωής του ατόμου (π.χ. κάπνισμα, ο αλκοολισμός, η κατάχρηση ουσιών και η νευρική ανορεξία) (Μέντη, 2007).

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός αναφέρεται στη πράξη η οποία στερείται τον πραγματικό θάνατο, καθώς το άτομο φαίνεται να εστιάζει στην λεκτική έκφραση ή τον σχεδιασμό πράξεων οι οποίες θα θέσουν σε κίνδυνο την σωματική ακεραιότητα ή και την ζωή του. Παρατηρείται, ωστόσο, πως ένα άτομο μπορεί να ανήκει και στις δύο προηγούμενες κατηγορίες πληθυσμών (Μέντη, 2007). Η απόπειρα αυτοκτονίας με τη σειρά της, αφορά τις συμπεριφορές που έχουν στόχο να προκαλέσουν το θάνατο, αλλά δεν το επιτυγχάνουν (Kring et al., 2007).

1.2 Ιστορική αναδρομή της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη κάνει την εμφάνισή της από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξης της ανθρωπότητας και συνεχίζει να απασχολεί μέχρι σήμερα. Παρ' όλο που έχουν βρεθεί περιγραφές της μελαγχολικής συνδρομής σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα του 2600 π.Χ., ο Ιπποκράτης ήταν αυτός που χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τους όρους μελαγχολία και μανία. Με τον όρο μανία ο ίδιος αναφερόταν στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ με τον όρο μελαγχολία στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές. Αυτή η αντίληψη του Ιπποκράτη διατηρήθηκε για πολλά χρόνια.

Ο Φίλιππος Pinel (1745 – 1826), επηρεασμένος από τις αντιλήψεις του Ιπποκράτη, χρησιμοποίησε ένα σύστημα ταξινόμησης, το οποίο σε μεγάλο μέρος του αντιστοιχούσε στο Ιπποκρατικό (Χριστοδούλου, 1998).

Σύμφωνα με τους Henri Loo και Thierry Gallarda, στον μεσαίωνα η καταθλιπτική διάθεση ταυτιζόταν συχνά με διαβολική επιρροή και γι' αυτό η μελαγχολία θεωρούνταν άμεση ανταπόδοση για την αμαρτία. Σε αυτή την αντίληψη της θεϊκής ή σατανικής προέλευσης της κατάθλιψης, συμφωνούσαν και οι άνθρωποι της εκκλησίας.

Τον 16^ο και 17^ο αιώνα η μελαγχολία αποκτά διαφορετική υπόσταση. Γίνεται το κέντρο του λογοτεχνικής και εικαστικής παραγωγής σε έργα του Ντίρερ «Βάσανα του νεαρού Βέρθερου» και Μπάρτον «Αναμνήσεις πέρα από το τάφο», αλλά και πολλών άλλων. Τον 19^ο αιώνα εμφανίζεται ξανά η διάσταση της μελαγχολίας, σε έργα του Γκέτε και του Σάμπριαν, όπου η θλίψη, η μελαγχολία και η τάσεις αυτοκτονίας ήταν τα βασικά συναισθήματα.

Το 1819, ο Γάλλος γιατρός Ζαν Ετιέν Ντομινίκ Εσκιρόλ, θέλοντας να κρατήσει απόσταση από τις καλλιτεχνικές απεικονίσεις του όρου “μελαγχολία”, αναφέρεται με τον όρο λυπομανία και είναι ο πρώτος που περιγράφει την κατάθλιψη ως αληθινή οντότητα της νοσογραφίας. Ο Jules Gabriel Francois Baillarger το 1854, γιατρός φρενοκομείου, εισήγαγε τον όρο κατάθλιψη στην ιατρική γλώσσα (κατάθλιψη: μείωση του επιπέδου των συναισθημάτων). Εκείνη την εποχή, διατυπώθηκαν και πολλές άλλες νοσολογικές έννοιες.

Τη δεκαετία του 50' ο Jean Delay υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη συνδέεται με τη διαταραχή μιας εγκεφαλικής λειτουργίας που ρυθμίζει τη διάθεση. Δεκαπέντε χρόνια αργότερα, η ανακάλυψη των πρώτων χημειοθεραπειών που είχαν τη δυνατότητα να επανορθώσουν τη καταθλιπτική διάθεση ενισχύει την θεωρία της βιολογικής υποστήριξης των καταθλιπτικών καταστάσεων. Από τότε οι παλιές θεραπευτικές, με εξαίρεση το ηλεκτροσόκ, είδαν να περιορίζεται το πεδίο εφαρμογής τους (Loo & Gallarda, 1998).

1.3 Μύθοι σχετικά με την κατάθλιψη

Υπάρχουν ορισμένες λανθασμένες αντιλήψεις για τη κατάθλιψη, οι οποίες αποπροσανατολίζουν από την επιστημονική πραγματικότητα της νόσου.

- Ø **Η κατάθλιψη δεν αποτελεί μία πραγματική ασθένεια.** Η κατάθλιψη είναι μία ασθένεια, η οποία προκαλεί αλλαγές τόσο στη διάθεση και τη σκέψη, όσο και στο σώμα του ανθρώπου. Τα αίτιά της μπορεί να είναι βιολογικά, γενετικά και ψυχοκοινωνικά.
- Ø **Η κατάθλιψη δεν θεραπεύεται.** Η κατάθλιψη είναι μία ψυχική διαταραχή που θεραπεύεται. Ειδικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα ρυθμίζουν τις βιομηχανικές αλλαγές στον εγκέφαλο που προκαλούνται από τη νόσο και σε συνδυασμό με την ψυχοθεραπεία μπορεί το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη να θεραπευτεί πλήρως και να έχει μία φυσιολογική ζωή.
- Ø **Η κατάθλιψη είναι θέμα προσωπικότητας του ατόμου. Ένα άτομο με ισχυρό χαρακτήρα μπορεί να ξεπεράσει από μόνο του τη κατάθλιψη.** Η θεραπεία της κατάθλιψης δεν εξαρτάται από την ισχυρή θέληση του ατόμου. Όπως και σε άλλες ασθένειες, για παράδειγμα στο διαβήτη και τα καρδιακά νοσήματα, το άτομο δε γίνεται να θεραπευτεί από μόνο του επειδή έχει ισχυρή προσωπικότητα. Έτσι ακριβώς, και στη κατάθλιψη το άτομο δε μπορεί να βασιστεί μόνο σε αυτό και η αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς είναι μία ώριμη σκέψη που θα πρέπει να ακολουθήσει.

- Ø **Η κατάθλιψη περνάει από μόνη της χωρίς θεραπεία.** Σε ένα ποσοστό η κατάθλιψη μπορεί να περάσει από μόνη της, κάνοντας όμως ένα κύκλο αρκετών μηνών. Η θεραπεία επιταχύνει την ίαση και προστατεύει το άτομο από το να μεταπέσει σε χρόνιες μορφές κατάθλιψης.
- Ø **Αν κάποιος στην οικογένειά σου έπασχε από κατάθλιψη, τότε θα την κληρονομήσεις κ εσύ.** Όπως υπάρχει γενετική διάθεση σε κάποιες ασθένειες, έτσι υπάρχει και στην κατάθλιψη. η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισής της, χωρίς αυτό να σημαίνει πως θα εκδηλωθεί οπωσδήποτε. Καλό είναι αν το άτομο εμφανίσει κάποια συμπτώματα να απευθυνθεί άμεσα σε έναν ειδικό.
- Ø **Η κατάθλιψη δεν διαφέρει από την κακή διάθεση που μπορεί να νιώσει ένα άτομο. Κατά συνέπεια, είναι ένα φυσιολογικό μέρος στη ζωή ενός ανθρώπου.** Η κατάθλιψη ως νόσος δεν είναι το ίδιο με τη κακή διάθεση που μπορεί να νιώθει κάποιος κατά τη διάρκεια της ημέρας. Όλοι οι άνθρωποι παρουσιάζουν μεταβολές στη διάθεση και συχνά μπορεί να στεναχωριούνται για διάφορους λόγους. Στη κατάθλιψη όμως, υπάρχει μία πληθώρα συγκεκριμένων συμπτωμάτων που είναι έντονα και διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Γι' αυτό το λόγο, οι φυσιολογικές μεταπτώσεις της διάθεσης δεν πρέπει να εξισώνονται με τη κατάθλιψη, η οποία είναι ασθένεια και χρήζει θεραπείας. Άλλωστε η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί και όταν όλα δείχνουν να πηγαίνουν καλά και δεν υπάρχουν στρεσογόνοι παράγοντες στο περιβάλλον.
- Ø **Τα αντικαταθλιπτικά προκαλούν εθισμό και αλλάζουν τη προσωπικότητα του ατόμου.** Τα αντικαταθλιπτικά δεν προκαλούν εξάρτηση και εθισμό, ούτε αλλάζουν τη προσωπικότητα του ατόμου. Η σωστή χρήση τους, όπως έχει οριστεί από τον γιατρό, εξασφαλίζει την ομαλή εξέλιξη της θεραπείας. Η προσωπικότητα του ατόμου δεν αλλάζει από τα φάρμακα, αντίθετα επαναφέρεται η διάθεσή του, στα φυσιολογικά επίπεδα.

1.4 Μύθοι σχετικά με την αυτοκτονία

- Ø **Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας είναι αποφασισμένα να πεθάνουν και έχουν το δικαίωμα αυτό.** Τα περισσότερα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, είναι αμφιθυμικά. Θέλουν να πεθάνουν και την ίδια ώρα εύχονται να σωθούν από το θάνατο. Στις περισσότερες περιπτώσεις που εμποδίζεται η αυτοκτονία, το άτομο νιώθει μετά ευγνωμοσύνη.
- Ø **Από τη στιγμή που αποφασίζει κάποιος να πεθάνει, η αυτοκτονία είναι αναπόφευκτη.** Η ισχυρή αυτοκαταστροφική πρόθεση συνήθως αντιπροσωπεύει μία οξεία κατάσταση που υποχωρεί όταν το άτομο επιζήσει των άμεσων συνθηκών που τη δημιουργούν.
- Ø **Τα άτομα που μιλούν για αυτοκτονία δεν είναι αυτά που πραγματικά την κάνουν.** Σε περισσότερες από 80% των περιπτώσεων ατόμων που αυτοκτόνησαν υπήρξαν σαφείς προειδοποιήσεις της πρόθεσής τους να πεθάνουν.
- Ø **Βελτίωση που ακολουθεί την κρίση αυτοκτονίας σημαίνει ότι η περίοδος του κινδύνου τελείωσε.** Οι περισσότερες αυτοκτονίες συμβαίνουν ύστερα από μία οξεία κρίση, όταν η «βελτίωση» δίνει στο αυτοκαταστροφικό άτομο περισσότερη ενέργεια με την οποία μπορεί να φέρει σε πέρας τις προθέσεις του.
- Ø **Η συζήτηση των αυτοκτονικών σκέψεων και σχεδίων με τον ασθενή θα ενισχύσει περισσότερο τις ιδέες αυτές.** Στην πραγματικότητα, η ανοιχτή αλλά με προσοχή και ευαισθησία συζήτηση θα ανακουφίσει την κρίση και σπάνια αν ποτέ θα την επιδεινώσει (Kring et al., 2007· Μάνου, 1997).

1.5 Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας

Η καταθλιπτική διαταραχή είναι η κύρια ασθένεια, όπου ο ασθενής καταφεύγει σε αυτοκτονία. Το ποσοστό αυτοκτονικών τάσεων στους καταθλιπτικούς ασθενείς είναι στο 75%, ενώ ένας στους εκατό ασθενείς, κατά τους 12 πρώτους μήνες του καταθλιπτικού επεισοδίου, αυτοκτονεί. Το

ποσοστό των 15% ασθενών με επαναλαμβανόμενων φάσεων κατάθλιψη καταλήγει σε αυτοκτονία.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για να σχεδιάσει ο ασθενής τον τρόπο αυτοκτονίας του, βρίσκεται κατά την έναρξη και κατά την σταδιακή υποχώρηση της νόσου. Άρα τα κύρια χαρακτηριστικά που θέλουν ιδιαίτερη προσοχή είναι να συνοψίζεται η φαρμακευτική αγωγή για τουλάχιστον έξι μήνες μετά τα συμπτώματα βελτίωσης, και να παρακολουθείται ο ασθενής (Χριστοδούλου, 2000).

Η αυτοκτονία είναι μία πολύπλευρη διαταραχή που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών, γενετικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και άλλων παραγόντων. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο είναι:

Φύλο: Οι άντρες αυτοκτονούν τέσσερις φορές συχνότερα από ότι στις γυναίκες, παρ' όλο που οι γυναίκες πραγματοποιούν τρεις φορές περισσότερες απόπειρες. Μία πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι ότι οι άντρες χρησιμοποιούν πιο βίαιες μεθόδους, όπως είναι τα όπλα ή ο απαγχονισμός, ενώ οι γυναίκες χρησιμοποιούν μεθόδους με μικρότερη θανατηφόρο δυνατότητα, όπως είναι η λήψη φαρμάκων.

Ηλικία: Ο κίνδυνος της αυτοκτονίας αυξάνει με την ηλικία και κορυφώνεται μετά τα 75 για τους άντρες και μετά τα 50 για τις γυναίκες. Τα τελευταία χρόνια έχει τριπλασιαστεί η συχνότητα των αυτοκτονιών ανάμεσα στους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικους.

Οικογενειακή κατάσταση: Τα άτομα τα οποία μένουν μόνα τους, που δεν έχουν παντρευτεί ποτέ, ή τα άτομα που έχουν πάρει διαζύγιο από τους συντρόφους τους, έχουν αυξημένο κίνδυνο από εκείνα τα οποία που ζουν με το σύντροφο και τα παιδιά τους. Οι διαζευγμένες γυναίκες όλων των ηλικιών παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά αυτοκτονίας, όπως και οι νεαρές κοπέλες που έχασαν νωρίς το σύντροφό τους.

Επαγγελματική κατάσταση: Οι άνεργοι παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους αυτοκτονίας από ότι τα άτομα που εργάζονται και αυτό ενδεχομένως οφείλεται στα συνωδά προβλήματα της ανεργίας, που είναι η φτώχεια, τα κοινωνικά και οικογενειακά προβλήματα και η απελπισία.

Παρ' όλα αυτά, αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας παρατηρούνται και στους γιατρούς, περισσότερο στις γυναίκες, και ειδικότερα αυτούς που

ειδικεύονται στη ψυχιατρική, τη χειρουργική και την αναισθησιολογία. Αυτά τα υψηλά ποσοστά στα συγκεκριμένα επαγγέλματα αποδίδονται στη μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν κατάθλιψη και εργασιακή εξουθένωση (burnout)¹.

Το burnout χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα ψυχικής κόπωσης, που προέρχεται από τον ίδιο τον εργασιακό χώρο και δεν αφήνει το άτομο να ανταπεξέλθει στα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του. Όσοι επαγγελματίες έχουν πάθει burnout, έχουν χάσει το ενδιαφέρον για την εργασία τους, αισθάνονται δυσαρεστημένοι από αυτήν, ενώ παράλληλα έχουν έντονο άγχος και μπορεί να γίνουν αδιάφοροι, σκληροί ή και απότομοι.

Είναι πιθανό να εμφανισθούν και σωματικά συμπτώματα, κάποια από τα οποία είναι ο πονοκέφαλος, το αίσθημα κόπωσης, η αϋπνία, η υπέρταση, όπως επίσης και συμπτώματα από το αναπνευστικό και το πεπτικό σύστημα. Το burnout θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με τη βοήθεια ψυχολόγου ή ψυχιάτρου, διαφορετικά μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη, την ουσιοξάρτηση και την αυτοκτονία.

Σωματική υγεία: Οι σωματικές αρρώστιες αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας, με πιο συχνά θύματα τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο και ακόμα περισσότερο αυτά τα άτομα που πάσχουν από AIDS. Μία έρευνα σε ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άντρες με AIDS, ηλικίας 20 - 59 έδειξε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι 36 φορές περισσότερος από τους υπόλοιπους άντρες της ίδιας ηλικίας, και 66 φορές περισσότερος από τον γενικό πληθυσμό.

Ψυχική υγεία: Το 90 – 95% των ανθρώπων που αυτοκτονούν έχουν κάποια ψυχική νόσο. Το 80% πάσχουν από κατάθλιψη ή κάποια άλλη διαταραχή του συναισθήματος. Υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας παρουσιάζουν επίσης, όσοι πάσχουν από σχιζοφρένεια, αλκοολισμό και όσοι κάνουν χρήση ουσιών. Επιπλέον, αυξημένο κίνδυνο διατρέχουν όσοι έχουν ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς, καθώς και όσοι έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

¹ Ορίζεται ως η εξάντληση των σωματικών και συναισθηματικών δυνάμεων που προκύπτει λόγω παρατεταμένου εργασιακού stress (δυσκολίες και πιέσεις που αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας στο χώρο εργασίας του).

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να σημειωθεί ότι η αυτοκτονία δεν είναι απαραίτητα η εκδήλωση μιας ψυχικής νόσου, και ούτε οι όλοι οι ασθενείς με ψυχικές νόσους εκδηλώνουν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Οι περισσότεροι από αυτούς δεν το επιχειρούν ποτέ στη ζωή τους. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ο κίνδυνος αυτοκτονίας των ανθρώπων με συναισθηματικές διαταραχές είναι 6 - 15%, για τον αλκοολισμό 7 - 15% και στη σχιζοφρένεια 4 - 10%.

Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας: Όταν υπάρχει ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυξάνεται ο κίνδυνος αυτοκτονίας, ιδιαίτερα τους πρώτους τρεις μήνες μετά την απόπειρα και παραμένει υψηλός εφ' όρου ζωής. Έχει υπολογισθεί ότι ο κίνδυνος αυτός είναι αυξημένος 64 φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό. Σημαντικός παράγοντας είναι και το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας.

Στρεσογόνα γεγονότα ζωής: Ο άνθρωπος που αποπειράται να αυτοκτονήσει έχει ζήσει κάποια τραυματικά γεγονότα το προηγούμενο διάστημα και κυρίως τους έξι προηγούμενους μήνες. Κάποια από αυτά μπορεί να αφορούν μακροχρόνιες διαπροσωπικές συγκρούσεις με οικογένεια ή φίλους, απομόνωση και έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, σημαντικές απώλειες (πένθος), αλλαγή εργασίας, τοκετοί, εμμηνόπαυση, συνταξιοδότηση, όπως επίσης φόβος ότι θα βρεθεί ένοχος για κάτι και ο κοινωνικός διασυρμός.

Εκτός από όλα τα παραπάνω είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αυτοκτονία έχει άμεση σχέση και με τη θρησκεία. Έχει διαπιστωθεί ότι σε θρησκείες, όπως για παράδειγμα στους Εβραίους και τους Καθολικούς, όπου η αυτοκτονία θεωρείται αμαρτία τα ποσοστά είναι σχετικά χαμηλότερα σε σύγκριση με τη θρησκεία των Προτεσταντών (Austrian, 2005· Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.χ· Μάνου, 1997).

1.6 Συσχέτιση κατάθλιψης και αυτοκτονίας

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα διαγνωστικών κριτηρίων ψυχιατρικών διαταραχών (DSM-IV) η αυτοκτονία δεν προβλέπεται ως ανεξάρτητη ψυχική διαταραχή αλλά ως σύμπτωμα του Μείζονος

Καταθλιπτικού επεισοδίου και της Οριακής Μεταιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας (Μπελεργίνος, Ζάχαρης & Φραδέλος, 2014).

Ωστόσο, η αυτοκτονία δεν ανήκει στις διαταραχές της διάθεσης και δεν σχετίζεται αποκλειστικά με την κατάθλιψη. Συνδέεται όμως, με αυτήν σε μεγαλύτερο βαθμό από οποιαδήποτε άλλη ψυχική διαταραχή και συγκεκριμένα άπτεται περισσότερο της ήπιας μορφής κατάθλιψης, από ότι της βαριάς. Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί οι πάσχοντες από βαριά κατάθλιψη δεν έχουν τη βούληση να υλοποιήσουν αυτό που νιώθουν, γι' αυτό και πολλές φορές τα άτομα με κατάθλιψη αυτοκτονούν συνήθως όταν έχουν αρχίσει να αντιμετωπίζουν την κατάθλιψή τους. Σε αυτό το σημείο, η παρορμητικότητα και η κινητοποίησή τους έχουν αυξηθεί, αλλά υπάρχει ακόμα η απελπισία (Καλαντζή – Αζίζι & Ευσταθίου, 2010).

Η αυτοκτονία φαίνεται να συνδέεται σημαντικά τόσο με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή όσο και με τη δυσθυμία, καθώς οι διαφορές μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από αυτές τις διαταραχές είναι ελάχιστες όσον αφορά τους θανάτους από αυτοκτονία αλλά και τον αριθμό αποπειρών. Ωστόσο, οι ασθενείς με υποτροπιάζουσα μείζονα καταθλιπτική διαταραχή φαίνεται να έχουν τριπλάσια πιθανότητα να ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα 2/3 των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη, έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό, και το 10 % – 15% αυτών, καταλήγουν στην αυτοκτονία (Καλαντζή – Αζίζι & Ευσταθίου, 2010).

Αζίζι να σημειωθεί πως ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υπαρκτός σε κάθε περίοδο της κατάθλιψης, όμως είναι πολύ μεγαλύτερος στα πρώτα στάδια εκδήλωσης συμπτωμάτων καθώς και στην αρχή της βελτίωσης τους. Πιο αναλυτικά, ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των έξι έως εννέα μηνών που ακολουθεί τη βελτίωση των συμπτωμάτων των ασθενών. Αν και φαίνεται παράδοξο, αυτό πιθανώς οφείλεται στο ότι στην περίοδο αυτή η αναστολή υποχωρεί και ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη βλέπει αρκετά αρνητική ώστε να εξακολουθεί να πιστεύει ότι πρέπει να αυτοκτονήσει. Επίσης, ασθενείς που έχουν πραγματοποιήσει απόπειρες στο παρελθόν

βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία, καθώς κάθε απόπειρα προειδοποιεί για την επόμενη που συχνά θα είναι και η επιτυχημένη.

1.7 Κατάθλιψη και κοινωνικό στίγμα

Η κατάθλιψη, που αποτελεί την πιο συχνή ψυχική νόσο, αλλά ταυτόχρονα αποτελεί και το ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο της αυτοκτονικότητας, συμπαρασύρεται από το στίγμα που περιβάλλει συνολικά τις ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με διεθνή μελέτη από τους Lasalivia et al. (2012) φαίνεται ότι το στίγμα που ακολουθεί την κατάθλιψη μπορεί να αποδειχθεί χειρότερο από την ίδια την ασθένεια, καθώς τα 2/3 των ατόμων που βίωσαν κατάθλιψη στο παρελθόν είχαν δεχθεί διακρίσεις εναντίον τους. Οι διακρίσεις αυτές ήταν κυρίως από την οικογένειά τους (40%), από το φιλικό τους περιβάλλον (33%), από τον σύντροφό τους (23%) και από τον εργασιακό τους χώρο (21%). Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη συχνά αποφεύγουν να αναζητήσουν θεραπεία, καθώς φοβούνται την αποκάλυψη της διάγνωσης και τον στιγματισμό, γεγονός που καθιστά δύσκολη την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπισή της. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως 7 στους 10 ασθενείς θα προτιμούσαν να μην είχαν αποκαλύψει την ασθένειά τους, αποφεύγοντας έτσι τον στιγματισμό. Η κατάσταση αυτή, με την σειρά της, μπορεί να κάνει τον ασθενή να νιώσει μόνος και αβοήθητος, διογκώνοντας έτσι το πρόβλημά του και καταλήγοντας να βρίσκεται σε ένα αδιέξοδο στο οποίο ο μόνος δρόμος φυγής είναι η αυτοκτονία (Κορδώση, Σαρίδη & Σουλιώτης, 2015).

Το στίγμα που αφορά την κατάθλιψη φαίνεται να είναι ιδιαίτερα συχνό σε οικογένειες που επικεντρώνονται σε επιτεύγματα και έχουν υψηλά όρια, αλλά και σε εργασιακά περιβάλλοντα με υψηλές απαιτήσεις. Δεν υπάρχει διαχωρισμός όσον αφορά το φύλο, ωστόσο οι άνδρες φαίνεται να δυσκολεύονται περισσότερο με αυτή την κατάσταση, καθώς φοβούνται πως η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ως σημάδι αδυναμίας. Έτσι, προσπαθούν να αποκρύψουν και να νικήσουν την κατάθλιψη μόνοι τους, καταλήγοντας να αναζητούν βοήθεια από ειδικό ψυχικής υγείας όταν πλέον νιώθουν πως δεν μπορούν να τα καταφέρουν μόνοι. Οι άνθρωποι τείνουν να βλέπουν τον

εαυτό τους και τις ικανότητές του μέσα από τα μάτια των άλλων, έτσι και το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη και βιώνει το στίγμα βλέπει τον εαυτό του ανεπαρκή, αδύναμο και μη ικανό. Επομένως, το αίσθημα μειονεξίας δυναμώνει και αποτρέπει το άτομο από την προσπάθειά του να ξεπεράσει το πρόβλημα.

Το ενδεχόμενο ανάρρωσης και θεραπείας της εκάστοτε ψυχικής διαταραχής παίζει ουσιαστικό ρόλο στην εμφάνιση του στίγματος απέναντι στο άτομο, όπως επίσης και στην έντασή του. Παρά το γεγονός ότι οι γενετήσιες ψυχικές διαταραχές θα έπρεπε να έχουν την μικρότερη πιθανότητα στίγματος, δεδομένου ότι το άτομο δεν μπορεί να κατηγορηθεί για την κατάσταση της υγείας του πολλές έρευνες δείχνουν το αντίθετο. Πιο συγκεκριμένα, η κοινωνία έχει την τάση να στιγματίζει εντονότερα ασθενείς με γενετήσιες ψυχικές παθήσεις, καθώς γίνονται αντιληπτές ως μόνιμες καταστάσεις και δημιουργείται η εντύπωση πως ο ασθενής δεν πρόκειται ποτέ να αναρρώσει. Ακόμη ένα παράδειγμα, είναι σχετικό με τους σχιζοφρενείς και τους καταθλιπτικούς, όπου οι δεύτεροι, που μπορεί να θεωρηθούν υπαίτιοι της κατάστασής τους, αντιμετωπίζουν σε μικρότερο βαθμό το στίγμα από ότι οι σχιζοφρενείς. Η υπαιτιότητα ωστόσο δεν παύει να θεωρείται σημαντικός παράγοντας, γεγονός που αποδεικνύεται από τα υψηλά επίπεδα της κλίμακας των διακρίσεων που βρίσκονται οι ψυχικά πάσχοντες που κάνουν χρήση ουσιών ή πάσχουν από αλκοολισμό (Κορδώση, Σαρίδη & Σουλιώτης, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

2.1. Ταξινόμηση κατάθλιψης σύμφωνα με το ICD-10

Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης International Classification of Diseases-10 ((ICD-10) Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας) υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα κριτήρια που οδηγούν τους ειδικούς στο συμπέρασμα του καταθλιπτικού επεισοδίου.

Για να γίνει η διάγνωση της κατάθλιψης, τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον δυο εβδομάδες, θα πρέπει να μην υπάρχει στη διάρκεια της ζωής του ασθενή κάποιο μανιακό ή υπομανιακό σύμπτωμα το οποίο να οδηγεί σε μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο και να μην οφείλεται το επεισόδιο σε ψυχοδραστική ουσία ή σε οργανική ψυχιατρική διαταραχή (είναι οι ψυχικές διαταραχές, που οφείλονται σε προφανείς οργανικές αιτίες, όπως ενδοκρινικές διαταραχές, όγκοι ή ατροφίες του εγκεφάλου, παρενέργειες φαρμάκων) (Χριστοδούλου, 1998).

Επίσης, σε όλες τις μορφές - είδη κατάθλιψης θα πρέπει να τηρούνται κάποια από τα γενικά συμπτώματα, τα οποία είναι:

- Καταθλιπτικό συναίσθημα,
- Μείωση ενεργητικότητας,
- Περιορισμένη δραστηριότητα,
- Απώλεια ευχαρίστησης, ενδιαφερόντων και συγκέντρωσης,
- Διαταραχές στον ύπνο,
- Αίσθημα κόπωσης,
- Απώλεια libido (ερωτικής επιθυμίας),
- Ανησυχία ή απώλεια των κινήσεων ή της ομιλίας,
- Διαταραχές όρεξης,
- Σκέψεις ή πράξεις αυτοκτονίας,
- Μειωμένη συγκέντρωση (ICD-10, 2008).

Τα καταθλιπτικά επεισόδια, σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά που έχουν, διακρίνονται σε πέντε είδη κατάθλιψης, τα οποία είναι η καταθλιπτική διαταραχή, η υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, η δυσθυμική διαταραχή, άλλες καταθλιπτικές διαταραχές και η μη προσδιοριζόμενη αλλιώς καταθλιπτική διαταραχή, ενώ σύμφωνα με τη βαρύτητα διακρίνονται σε τρεις μορφές: την ήπια, τη μέτρια και τη βαριά, με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα.

Στο καταθλιπτικό επεισόδιο ήπιας βαρύτητας συνήθως εμφανίζονται δύο ή τρία από τα γενικά συμπτώματα, σε συνδυασμό με την μείωση καταθλιπτικού συναίσθηματος για δυο τουλάχιστον εβδομάδες καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας ή συνδυαστικά με απώλεια του ενδιαφέροντος, όπως

επίσης και με μειωμένη ενέργεια ή αύξηση κόπωσης (ICD-10, 2008). Μερικές ακόμα ενδείξεις ήπιου καταθλιπτικού επεισοδίου μπορεί να είναι η απώλεια εμπιστοσύνης και εκτίμησης του εαυτού του ασθενή, το αδικαιολόγητο αίσθημα υπερβολικής ενοχής, οι επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, η αναποφασιστικότητα, η αλλαγή στην ψυχοκινητική δραστηριότητα με ευερεθιστότητα ή επιβράδυνση, η διαταραχή του ύπνου, η αλλαγή στην όρεξη με αντίστοιχη αλλαγή βάρους (Μαδιανός, 2003). Τα συμπτώματα αυτά συνήθως ενοχλούν τον ασθενή, αλλά δεν τον αποκόβουν από την εκτέλεση των δραστηριοτήτων του (ICD-10, 2008).

Στο καταθλιπτικό επεισόδιο μέτριας βαρύτητας ο ασθενής εμφανίζει συνήθως τέσσερα ή και περισσότερα από τα γενικά συμπτώματα (ICD-10, 2008). Εμφανίζει τα ίδια συμπτώματα με το ήπιας μορφής καταθλιπτικό επεισόδιο, τα οποία σε ορισμένους ασθενείς προκαλούν δυσκολία και δυσφορία στην ικανότητά τους να εκτελέσουν τις δραστηριότητες τους (Μαδιανός, 2003).

Στο βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα, εμφανίζονται στον ασθενή πολλά από τα γενικά και ψυχικά συμπτώματα και η ενόχληση τους είναι σημαντική. Πιο συγκεκριμένα, ο ασθενής συχνά νιώθει να μειώνεται η αυτοεκτίμησή του, βιώνει έντονα το αίσθημα της αναξιότητας ή της ενοχής, καθώς επίσης κυριεύεται από σκέψεις αυτοκτονίας, τις οποίες πολλές φορές προσπαθεί να πραγματοποιήσει. Πολλοί ασθενείς αυτού του είδους, δεν μπορούν να εκτελέσουν τις δραστηριότητες τους (ICD-10, 2008).

Στο βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωσικά συμπτώματα, ο ασθενής εμφανίζει τα ίδια γενικά συμπτώματα όπως και στο επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά, στα οποία όμως προστίθενται οι ψευδαισθήσεις, οι παραλυτικές ιδέες και η ψυχοκοινωνική επιβράδυνση ή εμβροντησία. Ο ασθενής δεν μπορεί να εκτελέσει τις δραστηριότητες του, ενώ υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να θέσει την ζωή του σε κίνδυνο με απόπειρα αυτοκτονίας, με αφυδάτωση ή με ασιτία (ICD-10, 2008).

Στην υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, ανάλογα με την βαρύτητα του επεισοδίου, υπάρχουν επαναλαμβανόμενα καταθλιπτικά επεισόδια. Για να διαγνωστεί σε κάποιον υποτροπιάζουσα καταθλιπτική

διαταραχή, θα πρέπει να μην υπάρχει ιστορικό υπερθυμίας ή υπερδραστηριότητας (μανία). Παρ' όλα αυτά είναι πιθανό να προκληθούν ήπια, όχι όμως πλήρεις, επεισόδια υπερθυμίας ή υπερδραστηριότητας (υπομανία), συνήθως μετά από τη χρήση αντικαταθλιπτικής αγωγής, λόγω όμως παρενέργειας των φαρμάκων. Το πρώτο επεισόδιο μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες, να διαρκέσει από μερικές μέρες έως και αρκετούς μήνες και να είναι οξείας ή ύπουλης μορφής.

Στην υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή όπως και στο καταθλιπτικό επεισόδιο, υπάρχουν ανάλογα με την βαρύτητα τρεις μορφές καταθλιπτικών επεισοδίων: το ήπιο, το μέτριο και το σοβαρό επεισόδιο υποτροπιάζουσας καταθλιπτικής διαταραχής.

Το ήπιο και μέτριο επεισόδιο μπορεί να εμφανίζεται με ή χωρίς σωματικό σύνδρομο, ενώ τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι ίδια με ίδια με εκείνα του ήπιου και μέτριου καταθλιπτικού επεισοδίου αντίστοιχα. Στο σοβαρό επεισόδιο υποτροπιάζουσας καταθλιπτικής διαταραχής με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα, ο ασθενής εμφανίζει παρόμοια καταθλιπτικά επεισόδια με εκείνα του καταθλιπτικού επεισοδίου βαριάς βαρύτητας με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα, αντίστοιχα (ICD-10, 2008).

Η κυκλοθυμία είναι μια διαταραχή η οποία κατατάσσεται στις συναισθηματικές διαταραχές. Είναι μια πολύπλοκη διαταραχή, διότι δεν μπορεί να διευκρινιστεί ακόμη και σήμερα αν ανήκει στην διπολική συναισθηματική διαταραχή ή στην υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή. Συνήθως, οι περισσότεροι ψυχίατροι την κατατάσσουν στην διπολική συναισθηματική διαταραχή, γιατί οι περισσότεροί ασθενείς με κυκλοθυμία κατά την διάρκεια της ζωής τους εμφανίζουν τελικά διπολικό επεισόδιο. Η κυκλοθυμία περιλαμβάνει τρεις μορφές συναισθηματικών διαταραχών: συναισθηματική διαταραχή της προσωπικότητας, κυκλοειδής προσωπικότητα και κυκλοθυμική προσωπικότητα (ICD-10, 2008).

Η δυσθυμική διαταραχή είναι μία χρόνια κατάθλιψη, η οποία όμως δεν είναι απαραίτητο ότι παρουσιάζει σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια στο άτομο. Στην δυσθυμία δεν υπάρχει υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή (ήπια, μέτριας και βαριάς μορφής) ενώ τα κύρια συμπτώματα αφορούν την διάθεση. Η δυσθυμική διαταραχή περιλαμβάνει τέσσερις μορφές κατάθλιψης: την νεύρωση, την διαταραχή της προσωπικότητας, την

νευρωσική κατάθλιψη και την αγχώδη κατάθλιψη (εξαιρούνται η αγχώδης κατάθλιψη ήπιας ή μέτριας μορφής) (ICD-10, 2008).

2.2 Ταξινόμηση κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-IV

Σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV ((DSM IV) Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών) το βασικό χαρακτηριστικό στοιχείο για την διάγνωση της μείζων καταθλιπτικής διαταραχής είναι η ύπαρξη ενός ή περισσότερων μείζων καταθλιπτικών επεισοδίων, τα οποία θα χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση πέντε συμπτωμάτων από αυτά που αναφέρονται παρακάτω:

- Ø Καταθλιπτική διάθεση
- Ø Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης
- Ø Αϋπνία ή υπερύπνια
- Ø Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
- Ø Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας
- Ø Αίσθημα αναξιότητας ή υπερβολική ή απρόσφορη ενοχή
- Ø Ελαττωμένη ικανότητα να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί ή είναι αναποφάσιστος
- Ø Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου ή υποτροπιάζων αυτοκτονικός ιδεασμός : χωρίς σχέδιο ή με σχέδιο για αυτοκτονία

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα παρατηρούνται σχεδόν καθημερινά (Μάνος, 1997).

Τα καταθλιπτικά επεισόδια σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά που έχουν διακρίνονται σε τέσσερα είδη κατάθλιψης τα οποία είναι: η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, η δυσθυμική διαταραχή και η καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Για να διαγνωσθεί τόσο η μείζων όσο και η υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, αρχικά, θα πρέπει να παρουσιάζεται στον ασθενή ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο που να μην αφήνει ενδεχόμενο διάγνωσης άλλης ψυχικής διαταραχής. Επίσης, ο ασθενής, θα πρέπει να μην έχει υποστεί στο παρελθόν κάποιο μανιακό, υπομανιακό ή μικτό επεισόδιο.

Ωστόσο, σε περίπτωση που έχει εμφανιστεί κάποιο από τα παραπάνω επεισόδια και αυτά είναι αποτέλεσμα χρήσης κάποιου αντικαταθλιπτικού φάρμακου, τοξικής ουσίας ή ιατρικής κατάστασης, τότε η μείζων καταθλιπτική διαταραχή παραμένει στον οργανισμό και επισυνάπτετε με την μείζων καταθλιπτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες.

Το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο και το υποτροπιάζον καταθλιπτικό επεισόδιο διακρίνονται και κατατάσσονται σύμφωνα με τους προσδιορισμούς βαρύτητας, ύφεσης, ψύχωσης, χρονιότητας, τον προσδιορισμό με κατατονικά στοιχεία, με μελαγχολικά στοιχεία, με άτυπα στοιχεία, με επιλόχεια στοιχεία και τον προσδιορισμό με εποχιακούς σχηματισμούς (Μάνος, 1997).

Σύμφωνα με τον **προσδιορισμό βαρύτητας** το ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει να περιέχει λίγα ή καθόλου περιττά συμπτώματα, ώστε να διαγνωστεί στον ασθενή ήπια καταθλιπτική διαταραχή. Τα συμπτώματα αυτά, αφορούν κυρίως την ελάχιστη έκπτωση στην εργασία, στη κοινωνική δράση ή στη σχέση του με τους γύρω του. Το μέτριας βαρύτητας μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει να περιλαμβάνει την μέση κατάσταση του ήπιου και του σοβαρού μείζων καταθλιπτικού επεισοδίου, ώστε να διαγνωστεί η μέτρια μείζων καταθλιπτική διαταραχή.

Το σοβαρό μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να εμφανιστεί με ή χωρίς ψυχωτικά στοιχεία. Όταν εμφανίζεται χωρίς ψυχωτικά στοιχεία περιλαμβάνει περιττά συμπτώματα, καθώς και πολλά άλλα από αυτά που απαιτούνται για την διάγνωση της μείζων καταθλιπτικής διαταραχής. Σε αυτήν την περίπτωση τα συμπτώματα έχουν προκαλέσει μεγάλη μείωση της λειτουργικότητας σε εργασιακό και κοινωνικό επίπεδο, όπως και στις σχέσεις του ασθενή με τους γύρω του. Από την άλλη το σοβαρό μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωτικά στοιχεία περιλαμβάνει συμπτώματα, όπως είναι οι παραληρητικές ιδέες ή οι ψευδαισθήσεις, αλλά ταυτόχρονα θα πρέπει να προσδιοριστεί και αν τα ψυχωτικά στοιχεία είναι σύμφωνα ή ασύμφωνα με το καταθλιπτικό επεισόδιο (Μάνος, 1997).

Αναλυτικότερα, τα ψυχωτικά στοιχεία που είναι σύμφωνα με το καταθλιπτικό επεισόδιο αφορούν τις παραληρητικές ιδέες ή τις ψευδαισθήσεις που το περιεχόμενό τους εναρμονίζεται πλήρως με τα τυπικά συμπτώματα του καταθλιπτικού επεισοδίου (προσωπική ανεπάρκεια, ενοχή,

νόησης, θανάτου, μηδενισμού ή επάξιας τιμωρίας) (Μάνος, 1997). Αντίθετα τα ψυχωτικά στοιχεία που είναι ασύμφωνα με το καταθλιπτικό επεισόδιο αφορούν εκείνες τις παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις που το περιεχόμενο τους δεν εναρμονίζεται πλήρως με τα τυπικά συμπτώματα του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε αυτήν την περίπτωση τα συμπτώματα που περιλαμβάνονται είναι παραληρητικές ιδέες δίωξης (που δεν σχετίζονται με καταθλιπτικά θέματα), τοποθέτησης και εκπομπής σκέψεων και παραληρητικές ιδέες ελέγχου (Μάνος, 1997).

Σύμφωνα με τον **προσδιορισμό ύφεσης**, μερική ύφεση του μείζον καταθλιπτικού επεισοδίου χαρακτηρίζεται όταν τα συμπτώματά του είναι παρόντα αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια της μείζον καταθλιπτική διαταραχής ή ακόμη όταν υπάρχουν περίοδοι χωρίς καθόλου συμπτώματα για διάρκεια χρόνου λιγότερη του ένα μήνα. Η πλήρης ύφεση του μείζον καταθλιπτικού επεισοδίου είναι όταν τους τελευταίους 2μήνες δεν υπάρχουν καθόλου συμπτώματα της διαταραχής (Μάνος, 1997).

Ο προσδιοριστής κατάθλιψης με **κατατονικά στοιχεία** μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το πιο πρόσφατο ή τρέχον μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, και θα πρέπει να έχει τουλάχιστον δυο από τα παρακάτω στοιχεία: κινητική ακινησία όπως με εμβροντησία, υπερβολική κινητική δραστηριότητα, που είναι όμως άσκοπη και δεν έχει επεξεργαστεί από εξωτερικά ερεθίσματα, πολύ έντονο αρνητισμό, αλαλία, ιδιομορφίες της εκούσιας κινητικότητας που γίνονται φανερές από την στάση του σώματος (στερεότυπες κίνησης, έκδηλους μανιερισμούς ή μορφασμούς), και ηχολαλία ή ηχοπραξία (Μάνος, 1997).

Προσδιοριστής κατάθλιψης με **μελαγχολικά στοιχεία** χαρακτηρίζεται όταν υπάρχει ή απώλεια της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, ή όταν υπάρχει έλλειψη αντίδρασης σε ευχάριστα ερεθίσματα. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχουν και τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω στοιχεία: διαφορετική ποιότητα καταθλιπτικής διάθεσης, δηλαδή να βιώνει διαφορετικά το θάνατο ενός αγαπημένου του προσώπου, η καταθλιπτική του διάθεση να είναι χειρότερη τις πρωινές ώρες, να έχει πρώιμη πρωινή αφύπνιση, τουλάχιστον 2ώρες πριν, να υπάρχει ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, να έχει ανορεξία ή απώλεια βάρους και υπερβολική ή απρόσφορη ενοχή.

Ασθενείς με μελαγχολικά στοιχεία θεραπεύονται πιο εύκολα με αντικαταθλιπτική θεραπεία και με ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Τα στοιχεία αυτά είναι ίδια και στα δυο φύλα και συνοδεύονται συχνά με ψυχωτικά στοιχεία (Μάνος, 1997).

Ο προσδιοριστής κατάθλιψης με **άτυπα στοιχεία** χρησιμοποιείται όταν τα μείζον καταθλιπτικά στοιχεία επικρατούν κατά τις δύο πιο πρόσφατες εβδομάδες ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Το κυριότερο χαρακτηριστικό του είναι η ύπαρξη συναισθηματικής αντίδρασης. Επιπλέον, θα πρέπει να παρουσιάζει δυο ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα: αύξηση βάρους ή αύξηση όρεξης, υπερϋπνια, παράλυση «σαν μολύβι» (αισθάνεται τα άκρα του να είναι βαριά «σαν μολύβια»). Επίσης, ένα μακρόχρονο σχήμα διαπροσωπικής ευαισθησίας έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική ή επαγγελματική έκπτωση, για παράδειγμα ο ασθενής να φεύγει νωρίτερα από την δουλειά του ή να χρησιμοποιεί ηρεμιστικά για να αντιμετωπίσει σχέσεις ή να κάνει ανεξέλεγκτες σχέσεις εξαιτίας της ευαισθησίας του (Μάνος, 1997).

Η **επιλοχία κατάθλιψη** εμφανίζεται τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό και η συμπτωματολογία της δεν διαφέρει από το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ ίσως να υπάρχει αύξηση ευμετάβλητης και κυματιζόμενης διάθεσης. Χαρακτηριστικά της επιλόχειας κατάθλιψης είναι τα ψυχωτικά στοιχεία, οι παραληρητικές ιδέες που αφορούν το νεογνό, για παράδειγμα μπορεί να πιστεύει ότι το μωρό το κατέλαβε ο διάβολος ή ότι το περιμένει φοβερή μοίρα, αυτοκτονικός ιδεασμός, ψυχαναγκαστικές σκέψεις για βία προς το παιδί, αδυναμία συγκέντρωσης, έντονο άγχος ή πανικός, αυθόρμητο κλάμα και έλλειψη ενδιαφέροντος για το μωρό.

Τέλος, θα πρέπει τονιστεί ότι η ασθενής με επιλόχεια ψυχωτικά επεισόδια μπορεί να πραγματοποιήσει παιδοκτονία με αφορμή ψευδαισθήσεων που της δίνουν εντολή ή παραλυτικές ιδέες ότι το παιδί είναι δαιμονισμένο (Μάνος, 1997).

Ο προσδιοριστής εποχιακού **σχηματισμού** χαρακτηρίζεται από πλήρη ύφεση σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο του χρόνου, συνήθως άνοιξη και καλοκαίρι. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων γίνεται συγκεκριμένη χρονική περίοδο του χρόνου (συνήθως φθινόπωρο και χειμώνα), ενώ η καταθλιπτική διαταραχή εποχιακού συναισθήματος εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες.

Τέλος τα εποχιακά μείζον καταθλιπτικά επεισόδια έχουν μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης από τα μη εποχιακά (Μάνος, 1997).

Η δυσθυμική διαταραχή χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, τις περισσότερες μέρες και για τουλάχιστον δύο χρόνια.

Τα συμπτώματα της δυσθυμικής διαταραχής θα πρέπει να είναι δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω: ελάττωση όρεξης ή υπερφαγία, αϋπνία ή υπερύπνια, ελάττωση ενέργειας/ενεργητικότητας ή κόπωσης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία για λήψη αποφάσεων και αίσθημα έλλειψης ελπίδας.

Υπάρχουν κάποια κριτήρια που προσδιορίζουν ότι κάποιος έχει δυσθυμική διαταραχή. Αρχικά τα συμπτώματα που έχει ο ασθενής τη περίοδο αυτή θα πρέπει να έχουν διάρκεια μεγαλύτερη των 2 μηνών. Έπειτα για να διαγνωστεί δυσθυμική διαταραχή, τα συμπτώματα του ασθενή δε θα πρέπει να εξηγούνται καλύτερα με άλλη διάγνωση, όπως για παράδειγμα με τη μείζον καταθλιπτική διαταραχή. Ακόμη, δε θα πρέπει να υπάρχει ιστορικό μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου και τα συμπτώματα θα πρέπει να προκαλούν έκπτωση ή ενόχληση σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο ή και σε άλλους παράγοντες, ενώ δε θα πρέπει να οφείλονται σε κάποια δραστική ουσία.

Η δυσθυμία διακρίνεται σε δύο κατηγορίες, οι οποίες είναι η πρόωμη έναρξη εάν η εμφάνισή της γίνει σε ηλικία πριν τα 21 και η όψιμη έναρξη εάν η εμφάνισή της γίνει σε ηλικία μετά τα 21 (Μάνος, 1997).

Η καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς περιλαμβάνει στοιχεία που δεν πληρούν τα κριτήρια της μείζον καταθλιπτικής διαταραχής και της δυσθυμικής διαταραχής.

Παραδείγματα καταθλιπτικών διαταραχών που ανήκουν στις μη προσδιοριζόμενες, αλλιώς καταθλιπτικές διαταραχές είναι:

- Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή: καταθλιπτικά επεισόδια τουλάχιστον δύο εβδομάδων, που συμπεριλαμβάνουν λιγότερα από πέντε συμπτώματα από αυτά που χρειάζονται για να διαγνωστεί η μείζον καταθλιπτική διαταραχή.

- Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή: καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από δύο μέρες μέχρι δύο εβδομάδες και συμβαίνουν τουλάχιστον μια φορά τον μήνα για δώδεκα μήνες.
- Μετά ψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή της σχιζοφρένειας: ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο που συμβαίνει κατά την διάρκεια της υπολειμματικής φάσης της σχιζοφρένειας.
- Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο επικαθήμενο σε παραληρητική διαταραχή, σε ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς ή στην ενεργό φάση σχιζοφρένειας.
- Καταστάσεις στις οποίες ο γιατρός έχει διαγνώσει ότι υπάρχει κάποιο είδος καταθλιπτικής διαταραχής, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει ποια είναι πρωτοπαθής (αν οφείλετε σε ιατρική κατάσταση ή είναι προκαλούμενη από ουσίες) (Μάνος, 1997).

2.3 Μοντέλα αυτοκτονίας

Η αυτοκτονία είναι μία σύνθετη και πολύπλευρη πράξη, που κανένα μεμονωμένο μοντέλο δεν μπορεί να ερμηνεύσει. Στη μελέτη για την αυτοκτονία εμπλέκονται πολλά διαφορετικά δεοντολογικά ζητήματα και πολλές φορές οι άνθρωποι στη προσπάθειά τους να την κατανοήσουν, μπαίνουν στη διαδικασία να σκεφτούν τις δικές τους απόψεις για τη ζωή και το θάνατο.

Ψυχικές διαταραχές: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν υποφέρει από κάποια ψυχική ασθένεια. Άτομα με διαταραχές της διάθεσης παρουσιάζουν συχνά αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορά. Περισσότερο από το 50% των ατόμων που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας έχει κατάθλιψη εκείνη την περίοδο και περίπου το 15% των ατόμων που έχουν νοσηλευτεί για κατάθλιψη συνήθως καταλήγει στην αυτοκτονία.

Νευροβιολογικά μοντέλα: Με βάση κάποιες έρευνες έχει αποδειχτεί ότι η αυτοκτονία εν μέρει κληρονομείται. Για παράδειγμα, στους μονοζυγωτικούς διδύμους εμφανίζονται υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους διζυγωτικούς. Επίσης, έχει βρεθεί ότι και σε περιπτώσεις όπου

βιολογικοί συγγενείς μεγαλώνουν χωριστά και ο κάποιος από αυτούς αυτοκτονήσει, οι υπόλοιποι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.

Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στη σεροτονίνη και την αυτοκτονία, κάτι το οποίο φαίνεται πως παίζει ρόλο στη προδιάθεση για αυτοκτονία.

Κοινωνικοπολιτισμικά μοντέλα: Το κοινωνικό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο για την αυτοκτονία. Έρευνες έχουν δείξει ότι η αναφορά της αυτοκτονίας κάποιου διασημότητας από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης είναι πολύ πιθανότερο να αυξήσει τις αυτοκτονίες, από ότι η αναφορά της αυτοκτονίας κάποιου άλλου προσώπου. Επίσης, η κάλυψη των ΜΜΕ του θανάτου κάποιου διάσημου προσώπου, αλλά από φυσικά αίτια, δεν αυξάνει τα ποσοστά της αυτοκτονίας. Αυτό φανερώνει πως δεν είναι το πένθος αυτό που οδηγεί στην αύξηση των ποσοστών.

Ο Emile Durkheim (1897 – 1951) διατύπωσε ένα ευρύτερο κοινωνιολογικό μοντέλο για την αυτοκτονία και αναφέρει τρία διαφορετικά είδη αυτοκτονίας.

Το πρώτο είναι η εγωιστική αυτοκτονία, την οποία διαπράττουν άτομα τα οποία έχουν δεν έχουν πολλούς δεσμούς με την οικογένεια, την κοινωνία ή την κοινότητα.

Το δεύτερο είδος είναι η αλτρουιστική αυτοκτονία, η οποία διαπράττεται από άτομα τα οποία θεωρούν ότι αυτή η πράξη θα φέρει ένα καλό αποτέλεσμα στην κοινωνία. Τέτοιου τύπου αυτοκτονίες είναι οι αυτοθυσίες των Βουδιστών μοναχών σε ένδειξη διαμαρτυρίας για το Πόλεμο του Βιετνάμ, το χαρακίρι των Ιαπώνων, όπως επίσης και οι καμικάζι αυτοκτονίας που είναι ζωσμένοι με εκρηκτικά.

Το τρίτο είδος είναι η ανομική αυτοκτονία, που προκαλείται από κάποια ξαφνική μεταβολή της θέσης του ατόμου στην κοινωνία. Έτσι, οι κοινωνίες που υφίστανται σοβαρές μεταβολές μπορεί να προωθήσουν στην αυτοκτονία.

Οι κοινωνιολογικές ερμηνεύσεις του Durkheim, δεν μπορούν να ερμηνεύσουν τις αντιδράσεις διαφορετικών ατόμων στις ίδιες κοινωνικές συνθήκες. Γι' αυτό το λόγο, ο Durkheim υποστήριξε στη συνέχεια ότι οι ατομικοί ψυχολογικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με τις κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας.

Ψυχολογικά μοντέλα: Έχουν διατυπωθεί πολλές και διαφορετικές υποθέσεις για την αυτοκτονία. Κάποιες από αυτές είναι για παράδειγμα ότι η αυτοκτονία είναι μία προσπάθεια του ατόμου να εξαναγκάσει τους άλλους να τον αγαπήσουν, ή μία προσπάθεια να διορθώσει τα λάθη του, ή μία προσπάθεια να απαλλαγεί από μη αποδεκτά συναισθήματα, ή έκφραση της επιθυμίας του ατόμου να αποσυνδεθεί με ένα αγαπημένο του πρόσωπο που έχει πεθάνει, ή ακόμη η επιθυμία του να απαλλαγεί από το συναισθηματικό πόνο. Οι ψυχολογικές μεταβλητές ποικίλουν από άτομο σε άτομο.

Μία άλλη θεωρία αναφέρει ότι οι άνθρωποι αυτοκτονούν, επειδή έχουν την ανάγκη να ξεφύγουν από μία συνειδητοποίηση του ατόμου για τον εαυτό του, που του είναι ιδιαίτερα οδυνηρή. Με βάση αυτή τη θεωρία, όταν το άτομο θέτει υψηλούς και ακατόρθωτους στόχους, κινδυνεύει από την αυτοκτονία, καθώς όταν δεν τους πετυχαίνει, κατηγορεί τον ίδιο του τον εαυτό. Η τελειομανία είναι δηλαδή παράγοντας κινδύνου της αυτοκτονίας.

Πολλοί ερευνητές συνδέουν την αυτοκτονία με δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων. Οι δυσκολίες αυτές κάνουν το άτομο ευάλωτο στην απελπισία, η οποία είναι σημαντικός παράγοντας, καθώς τετραπλασιάζει την αύξηση κινδύνου (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

3.1 Γενετικοί παράγοντες

Η κατάθλιψη σήμερα ορίζεται ως «η νόσος του εγκεφάλου», και αυτό γιατί ανεξαιρέτως από τους παράγοντες που την προκαλούν παρατηρείται δυσλειτουργία σε ορισμένες νευρικές ομάδες του εγκεφάλου. Αναλυτικότερα, εντοπίζεται κάποια διαταραχή στο νευρομεταβιβαστικό σύστημα, η φύση της οποίας δεν είναι γνωστή. Ωστόσο, κάποιες ενδείξεις

της αυξημένης λειτουργικής ετοιμότητας των υποδοχέων σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης φαίνεται να έχουν κάποια συσχέτιση με την διαταραχή.

Ακόμη, περιοχές του εγκεφάλου φαίνεται να σχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση κατάθλιψης. Για παράδειγμα, η αμυγδαλή του εγκεφάλου που συμμετέχει στην πολύπλοκη εσωτερική διαδικασία παραγωγής των συναισθημάτων (χαρά, θλίψη, ευχαρίστηση, πόνος, ανταμοιβή), ενεργοποιείται τόσο σε συνειδητά, όσο και σε ασυνείδητα συναισθήματα και μέσω των συνδέσεων της με τον υποθάλαμο και το νευρικό σύστημα εκφράζει τις διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις του ατόμου (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

Ένας επίσης, γενετικός παράγοντας εμφάνισης της κατάθλιψης είναι και η κληρονομικότητα, καθώς διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Σύμφωνα με τους Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου (2013, σελ. 402), *«η κατάθλιψη παρατηρείται στο 15% των πρώτου βαθμού συγγενών καταθλιπτικών ασθενών, στο 8% των συγγενών δεύτερου βαθμού και στο 4% συγγενών υγιών μαρτύρων, ενώ από μελέτες διδύμων και υιοθετημένων έχει αποδειχθεί ότι για την οικογενειακή εμφάνιση της νόσου ευθύνονται κυρίως τα κοινά γονίδια παρά το κοινό περιβάλλον των μελών της οικογένειας»*.

Οι γενετικοί παράγοντες έχουν ερευνηθεί μέσα από τέσσερις μελέτες: τη μελέτη οικογένειας, τη μελέτη διδύμων, τη μελέτη υιοθεσίας και τη μελέτη συνδυασμού και σύνδεσης.

Στη μελέτη οικογένειας ελέγχεται το κατά πόσο είναι εφικτό οι συγγενείς του καταθλιπτικού ασθενή να εμφανίσουν και αυτοί κατάθλιψη. Σε έρευνες που έχουν γίνει, παρατηρήθηκε ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς (γονείς, αδέρφια, παιδιά) ασθενών με κατάθλιψη, έχουν κίνδυνο να νοσήσουν σε ποσοστό 13,6%. Οι συγγενείς δεύτερου και τρίτου βαθμού έχουν μικρότερο ποσοστό κινδύνου σε σχέση με τους συγγενείς πρώτου βαθμού, αλλά μεγαλύτερο κίνδυνο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Επίσης, οι συγγενείς (πρώτου βαθμού) ασθενών που εμφάνισαν κατάθλιψη σε ηλικία 20 ετών, έχουν κίνδυνο να εμφανίσουν και οι ίδιοι κατάθλιψη σε μεγαλύτερη ηλικία, συνήθως 40 ετών και άνω (Μαδιανός, 2004).

Ακόμη, είναι σημαντικό να σημειωθεί, ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς που έχουν οικογενειακό ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να κάνουν απόπειρα και οι ίδιοι. Παρατηρείται μάλιστα, ότι εάν η κληρονομικότητα προέρχεται από την πλευρά της μητέρας, τότε το παιδί (καταθλιπτικός ασθενής) χρησιμοποιεί πιο βίαιη μέθοδο απόπειρας αυτοκτονίας απ' ότι εάν η κληρονομικότητα προέρχεται από τον πατέρα (Παπαδημητρίου, 1998).

Η μελέτη διδύμων έρευνα το κατά πόσο είναι εφικτό τα μονοζυγωτικά και τα διζυγωτικά δίδυμα να εμφανίσουν κληρονομικότητα μεταξύ τους. Για παράδειγμα, εάν το ένα παιδί εμφανίσει καταθλιπτική διαταραχή, πόσες πιθανότητες έχει και το άλλο παιδί να εμφανίσει καταθλιπτικό επεισόδιο. Έρευνες έδειξαν, ότι τα μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης της νόσου απ' ότι τα διζυγωτικά, με ποσοστό 33% έως 54% τα μονοζυγωτικά και 20% τα διζυγωτικά. Στο ήπιας μορφής καταθλιπτικό επεισόδιο δεν βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα στις δυο κατηγορίες διδύμων.

Ακόμη, θα πρέπει να σημειωθεί ότι μπορεί η διαταραχή να μην εμφανιστεί ανάμεσα στα δίδυμα, αλλά η νόσος να κάνει την εκδήλωση της στην επόμενη γενιά (Μαδιανός, 2004).

Η μελέτη υιοθεσίας ερευνά, αν τα αίτια κατάθλιψης που εμφανίζουν τα υιοθετημένα παιδιά ευθύνονται στους βιολογικούς τους γονείς ή σε κάποιους άλλους παράγοντες. Έρευνες δείχνουν ότι τα υιοθετημένα παιδιά, που οι βιολογικοί τους γονείς έχουν συναισθηματική διαταραχή, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καταθλιπτική διαταραχή κατά την ενήλικη ζωή τους (Μαδιανός, 2004).

Η μελέτη συνδυασμού και σύνδεσης έρευνα το κατά πόσο η κατάθλιψη συνδέεται με γενετικούς δείκτες (όπως είναι η αχρωματοψία, η ομάδα αίματος ABO, τα αντιγόνα *ιστοσυμβατότητας* και το πολυμορφικό DNA) με τα γονίδια X και με τα χρωμοσώματα 11,18 και 21. Επίσης, μελετά τον τρόπο που γίνονται οι μεταβιβάσεις αυτές. Κατά την άποψη των μελετητών η μεταβίβαση γίνεται διαμέσου της κληρονομικότητας, δηλαδή ο ασθενής κληρονομεί την ευαισθησία η οποία μαζί με περιβαλλοντικούς παράγοντες οδηγεί τον ασθενή στην εκδήλωση καταθλιπτικού επεισοδίου (Μαδιανός, 2004).

3.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Έχουν σημειωθεί πολλές στρεσογόνες καταστάσεις και δυσάρεστα γεγονότα που συνήθως συντελέσουν θετικά ως προς την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Τέτοια γεγονότα και καταστάσεις, συχνά αφορούν το πένθος, την μετανάστευση, την ανεργία, την εμφάνιση σοβαρής σωματικής νόσου, καθώς και πολλές άλλες περιπτώσεις.

Οι συνηθέστερες από αυτές τις καταστάσεις, μπορεί να είναι η πρόωμη απώλεια ενός γονέα, η ύπαρξη ιστορικού κακής γονεϊκής συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία του ατόμου, η κοινωνική απομόνωση, το χαμηλό μορφωτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, οι κακές συζυγικές σχέσεις και η χηρεία.

Όλα αυτά, μπορεί να αποτελούν το έναυσμα και την αφορμή για την εμφάνιση κατάθλιψης. Με την πάροδο του χρόνου όμως, η νόσος “αυτονομείται” και έτσι τα επεισόδια είναι σε θέση να εκδηλώνονται χωρίς να υπάρχουν κάποια από τα ερεθίσματα που την προκαλούν.

Επιπλέον, με βάση το γνωσιακό μοντέλο (Ευθυμίου, 2002), η ιδιοσυγκρασία του κάθε ατόμου απέναντι σε κάποιο δυσάρεστο γεγονός και γενικότερα ο τρόπος σκέψης και αντίληψης των πραγμάτων αποτελεί παράγοντα που συμβάλλει στην εμφάνιση συμπτωματολογίας.

Αξίζει να σημειωθεί πως τα άτομα που εμφανίζουν κάποιου είδους δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση εμφάνισης κατάθλιψης (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

Ο κύριος περιβαλλοντικός παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση της κατάθλιψης είναι τα διάφορα στρεσογόνα γεγονότα (ανεργία, πένθος, διαζύγια), τα οποία διακρίνονται σε τέσσερις άξονες. Τα οικογενειακά, τα ψυχοπιεστικά, τα κοινωνικοπολιτισμικά και τα βιολογικά γεγονότα.

Ο συνδυασμός περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων παρουσιάζει τροποποίηση του συναισθήματος της ευαισθησίας σε διάφορα γεγονότα, που μπορεί να συμβούν στη ζωή, με αποτέλεσμα να εκδηλωθεί πιο εύκολα το καταθλιπτικό επεισόδιο.

Σε έρευνα παρατηρήθηκε ότι ενώ το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο δημιουργείται από κάποιο στρεσογόνο παράγοντα, τα επόμενα επεισόδια μπορεί να εκδηλωθούν και χωρίς την ύπαρξη κάποιου στρεσογόνου παράγοντα. Αυτή η έρευνα οδήγησε τους ερευνητές στην ανάπτυξη της «Θεωρίας αναδαύλισης», στην οποία το κάθε επεισόδιο "ανοίγει τον δρόμο" για το επόμενο, ώστε να μην είναι πλέον απαραίτητη ή παρουσία κάποιου στρεσογόνου παράγοντα.

Από την πλευρά της βιολογικής επιστήμης, αυτό συμβαίνει διότι στο πρώτο επεισόδιο δημιουργείται μια νέα σύνδεση στους νευρώνες οι οποίοι απομνημονεύουν το περιστατικό με αποτέλεσμα να ενεργοποιούν το καταθλιπτικό επεισόδιο μόνοι τους. Η έγκυρη και εντατική θεραπεία των συμπτωμάτων του πρώτου επεισοδίου βοηθάει στην ελάττωση της δημιουργίας νέων συνδέσμων (Δίκαιος, Παππά & Παπαδημητρίου 2013).

Στους οικογενειακούς παράγοντες αναφέρεται η γονεϊκή στέρηση και η κακή ποιότητα γονικής φροντίδας του παιδιού. Όλα τα γεγονότα που διαδραματίζονται κατά την παιδική ηλικία (μέχρι 10 - 12 ετών) του ατόμου έχουν σημασία κατά την ενήλικη ζωή του. Εάν ένα παιδί κατά την παιδική του ηλικία βίωσε την απώλεια των γονιών του, είτε λόγω θανάτου ή χωρισμού των γονέων του, ή εάν οι γονείς του πρόσφεραν κακή ποιότητα ζωής, όπως σωματική, ψυχολογική, λεκτική ή σεξουαλική κακοποίηση, τότε αυτό το παιδί έχει περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσει καταθλιπτικό επεισόδιο κατά την ενήλικη ζωή του (Χριστοδούλου, 2000).

Έχει παρατηρηθεί ότι η έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου γίνεται μετά από κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός. Τέτοια γεγονότα είναι η απώλεια κάποιου κοντινού προσώπου του ασθενή ή η διαταραγμένη σχέση του με τα πολύ κοντινά του πρόσωπα. Επίσης, σύμφωνα με έρευνες το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Χριστοδούλου, 2000).

Οι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες μελετάνε τα ποσοστά της κατάθλιψης σε άτομα με χαμηλό εισόδημα, σε άτομα που ανήκουν σε εθνοτικές μειονότητες και στους ανθρώπους περιορισμένης κοινωνικής ή συζυγικής υποστήριξης.

Αναλυτικότερα, παρατηρήθηκε ότι στις εθνοτικές μειονότητες λόγω αντίξοων οικονομικών συνθηκών, ελλείψεις ένταξης - ενσωμάτωσης τους

στον ευρύτερο πληθυσμό και ζητημάτων προκατάληψης απέναντι τους, υπάρχει έντονο στρες το οποίο κατά συνέπεια μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη. Διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικά στερημένοι άνθρωποι βιώνουν περισσότερα αρνητικά γεγονότα σε σύγκριση με τα εύπορα άτομα (Καλαντζή- Αζίζι, 2010).

Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι ανάμεσα στα δυο φύλα υπάρχουν διαφορές στην συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής. Οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση καταθλιπτικής διαταραχής από τους άνδρες. Ακόμα, οι γυναίκες της εργατικής τάξης που έχουν μικρά παιδιά και έχουν χάσει τον πατέρα τους σε μικρή ηλικία, ενώ δεν έχουν κοντά τους κάποιο οικείο πρόσωπο, ούτε εργάζονται, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτικό επεισόδιο από γυναίκες που ζουν σε αντίθετες συνθήκες ζωής.

Υπάρχουν διάφορες ερμηνείες για τους λόγους που τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι πιο συχνά στις γυναίκες από τους άνδρες. Οι κοινωνικές ερμηνείες αναφέρουν ότι οφείλεται στο γεγονός πως οι γυναίκες έχουν περισσότερες ευθύνες. Για παράδειγμα, έχουν αυξημένες υποχρεώσεις στην δουλειά και στο σπίτι τους (οικογενειακά καθήκοντα), με αποτέλεσμα να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής από τους άνδρες.

Πολλοί ψυχολόγοι πιστεύουν, ότι οι γυναίκες είναι πιο εύκολο να δώσουν ευθύνες σε προσωπικά τους χαρακτηριστικά με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλή αυτοκριτική και αυτοεκτίμηση. Επίσης, υπάρχει και η άποψη ότι οι άνδρες μπορούν πιο εύκολα να αποσπάσουν την προσοχή τους σε δραστηριότητες με σκοπό να αποφύγουν το καταθλιπτικό επεισόδιο, σε αντίθεση με τις γυναίκες που επικεντρώνονται στο θέμα που τις βασανίζει (Καλαντζή- Αζίζι, 2010).

Στους βιολογικούς παράγοντες περιλαμβάνονται κάποιες μη ψυχιατρικές παθήσεις που σχετίζονται με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Αυτές επηρεάζουν τη λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα και μία από τις συνηθέστερες είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας. Ωστόσο, κάποιες ενδοκρινολογικές παθήσεις, όπως ο υπερθυρεοειδισμός, λοιμώξεις, το χρόνια άγχος αλλά και η λήψη διαφόρων φαρμάκων φαίνεται να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης στο άτομο. Εξίσου σημαντικά μπορεί να

συμβάλει και η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (φαρμάκων, αλκοόλ και ψυχοδιεγερτικών ουσιών) (Παπαδημητρίου, Λιάππας & Λύκουρας, 2013).

3.3 Νευροχημικοί και Νευροενδοκρινικοί παράγοντες

Οι βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου, σύμφωνα με ενδείξεις, συνοδεύονται πολλές φορές από βαριάς μορφής καταθλιπτικά επεισόδια. Παρ' όλα αυτά δεν έχει διαπιστωθεί, ποια από αυτές τις διαταραχές μπορεί να ενδείκνυται για την εμφάνιση κατάθλιψης (Χριστοδούλου, 2000).

Μέσα από έρευνες των νευροεπιστημόνων και της κλινικής παρατήρησης, παρατηρήθηκε ότι η ρεσερπίνη προκαλεί καταθλιπτικό επεισόδιο όταν χορηγείται στον καταθλιπτικό ασθενή με κάποιο αντικαταθλιπτικό, ενώ οι αμφεταμίνες προκαλούν μανιακόμορφες εκδηλώσεις σε περιπτώσεις ασθενών που χορηγήθηκαν αντικαταθλιπτικά ή θυμολιπτικά φάρμακα (Χριστοδούλου, 1998).

Εδώ και αρκετά χρόνια, έρευνες έχουν δείξει ότι οι ορμόνες είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες αιτιολόγησης των καταθλιπτικών επεισοδίων. Οι ενδείξεις για ορθολογικούς παράγοντες που προκαλούν καταθλιπτικό επεισόδιο είναι πολλές ορμονολογικές διαταραχές συνοδεύονται από καταθλιπτική διαταραχή, ενδοκρινικές ανωμαλίες που υπάρχουν στην κατάθλιψη, έχει διαπιστωθεί ότι οφείλονται σε κάποια διαταραχή των υποθαλαμικών κέντρων (μέσω της υπό φύσης ρυθμίζουν την λειτουργία των ορμονών), οι ορμόνες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ρυθμίσει της δραστηριότητας των μονοαμινεργικών νευροδιαβιβαστών οι οποίοι κατά συνέπεια παίζουν ρόλο στο νευροδιαβιβαστή της κατάθλιψης διαταραχή, και οι μεταβολικές ορμονολογικές αλλαγές (λοχεία, εμμηνόπαυση, εμμηνόπαυση) συνοδεύονται με κατάθλιψη (Χριστοδούλου, 2000).

3.4 Προσωπικότητα – Σωματότυπος - Σωματικά νοσήματα

Η προσωπικότητα είναι ένας από τους συχνότερους παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικού επεισοδίου, χωρίς παρ' όλα αυτά να παίζει καθοριστικό ρόλο στην κατάθλιψη. Τέτοιες προσωπικότητες είναι συνήθως οι καταθλιπτικές και οι ιδεοψυχαναγκαστικές.

Όσον αφορά το σωματότυπο του ανθρώπου, έχει δημιουργηθεί μία άποψη από τη δεκαετία του 30', ότι τα άτομα με «λουκάνικο» σωματότυπο, δηλαδή κοντά άκρα και μεγάλες σπλαχνικές κοιλότητες, είναι ένας παράγοντας για την εκδήλωση συναισθηματικής διαταραχής. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι ο σωματότυπος του κάθε ανθρώπου είναι καθοριστικός για τη εμφάνιση ή όχι, ενός καταθλιπτικού επεισοδίου.

Υπάρχουν επίσης, και τα σωματικά νοσήματα, όπου θεωρείται φυσιολογικό ο ασθενής να εμφανίσει κατάθλιψη, ειδικά αν είναι ένα σοβαρό σωματικό νόσημα. Ακόμη, νοσήματα που ευνοούν την εμφάνιση καταθλιπτικών επεισοδίων είναι ο καρκίνος κεφαλής και παγκρέατος, ορισμένες ομογενείς λοιμώξεις, η νόσος του Parkinson, η νόσος Cushing.

3.5 Οικονομική κρίση και κατάθλιψη

Η οικονομική κρίση φαίνεται να έχει επηρεάσει σημαντικά την ψυχολογική κατάσταση ενός μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού της Ελλάδας. Έρευνες που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες ανά τον κόσμο απέδειξαν την άμεση συσχέτιση της οικονομικής κρίσης με την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας (Ευθυμίου, Αργαλιά, Κασκαμπά, & Μακρή, 2013).

Σύμφωνα με αποτελέσματα έρευνας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), που πραγματοποιήθηκε εν μέσω οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, παρατηρείται μια αυξημένη κινητικότητα κλήσεων στην Γραμμή Βοήθειας για την κατάθλιψη. Ειδικότερα, το ποσοστό των ατόμων που κάλεσαν θέτοντας ως πρόβλημα την κατάθλιψη και αναφέρθηκαν άμεσα ή έμμεσα στην οικονομική κρίση το 2008, ανερχόταν μόλις στο 1,8 %. Ραγδαία αύξηση παρατηρήθηκε το 2010, όπου το ποσοστό αυτό έφτασε στο 26,9 % και το

2011 στο 28 % (Οικονόμου, Πέππου, Λουκή, Κομπορόζος, Μέλλου, & Στεφανής, 2012).

Με βάση τα στοιχεία που δίνονται από την Γραμμή Βοήθειας προκύπτει πως οι ψυχολογικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης αφορούν κυρίως άτομα ηλικίας (30 - 45 ετών), που αντιμετωπίζουν πολλαπλές υποχρεώσεις. Ωστόσο, εξίσου αυξημένο φαίνεται να είναι και το ποσοστό των ατόμων που ανήκουν σε μικρότερη ηλικιακή ομάδα (18-30 ετών) και καλούν για ψυχολογική υποστήριξη, δηλώνοντας έντονο άγχος και αβεβαιότητα για το μέλλον. Μία γενικότερη εικόνα δείχνει πως τα περισσότερα άτομα φαίνονται να αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στην παρούσα οικονομική κατάσταση, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η ψυχική τους υγεία και πολλά από αυτά να σκέφτονται ακόμα και την αυτοκτονία ως την έσχατη λύση (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

Ακόμη, πρόσφατες μελέτες που αφορούν την Ελλάδα, έχουν ήδη αποτυπώσει τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού, καταδεικνύοντας σημαντική αύξηση στην επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης, της σοβαρής δηλαδή εκείνης κλινικής κατάστασης που χρήζει θεραπείας. Πανελλαδικές επιδημιολογικές μελέτες κατά τα έτη 2008, 2009, 2011 και 2013, που διενεργήθηκαν από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), καταγράφουν αύξηση της επικράτησης του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου από 3,3% το 2008 σε 6,8% το 2009, 8,2% το 2011 και 12,3% το 2013, ενώ επισημαίνεται η ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης ανάμεσα στον υψηλό βαθμό οικονομικής δυσχέρειας και την επικράτηση μείζονος κατάθλιψης (Οικονόμου, 10/9/2013, <http://www.enet.gr/>).

Είναι γεγονός ότι η εργασιακή ασφάλεια ευνοεί την υγεία, την ευημερία και την εργασιακή ικανοποίηση, ενώ η ανεργία, η ανασφάλεια εντείνουν το άγχος και αυξάνουν τον κίνδυνο σωματικών και ψυχικών ασθενειών. *«Δεν πρέπει να υποτιμήσουμε τις αναστατώσεις και τις πιθανές συνέπειες της οικονομικής κρίσης, δεν πρέπει να ξαφνιαστούμε αν δούμε περισσότερες αυτοκτονίες και ψυχικές διαταραχές»*, σημειώνει ο Μ. Chan, (όπ. αναφ.στον Μπούρα & Λύκουρα, 2011).

3.6 Οικονομική κρίση και αυτοκτονία

Η οικονομική κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού και αδιαμφισβήτητα τον έχει επηρεάσει σε οικονομικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Ολοένα και περισσότερες έρευνες παρουσιάζουν την σημαντική συσχέτιση των αυτοκτονιών με την οικονομική κρίση της Ελλάδας.

Σε μελέτη που διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο «η Σωτηρία» προέκυψε ότι η συσχέτιση εργασίας και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, σύμφωνα και με τη βαθμολογία της BDI (κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης) ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στους ανέργους σε σχέση με τους εργαζόμενους αποπειραθέντες (Μουσσάς, Τουρνικιώτη, Τσελεμπής, Ρίζος, Μπράτης, & Βασιλά-Δέμη, 2009).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για την περίοδο 2003 – 2012 απέδειξε, πως από το 2010 και ύστερα τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα αυξήθηκαν κατακόρυφα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το έτος αυτό χαρακτηρίζεται από πολλές κοινωνικοοικονομικές αλλαγές στην χώρα, καθώς επίσημα εφαρμόστηκε το “Μνημόνιο” και η πολιτική λιτότητας. Η μελέτη, επίσης, διαπίστωσε ότι η υιοθέτηση των νέων μέτρων λιτότητας τον Ιούνιο του 2011 σηματοδότησε μια απότομη αύξηση, κατά 36%, στις αυτοκτονίες, οι οποίες έφθασαν στο αποκορύφωμά τους το 2012. Ανάμεσα στα δύο φύλα, χειρότερη αποδείχτηκε η κρίση για τους άνδρες, στους οποίους ο δείκτης αυτοκτονιών από 5,75 ανά 100.000 κατοίκους έως το 2010 ανέβηκε στο 7,43. Στις γυναίκες υπήρξε επίσης αύξηση αυτοκτονιών, αλλά μικρότερη αναλογικά, από 1,17 πριν την κρίση, σε 1,55 μετά (Μπιμπή, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Οι εκδηλώσεις της κατάθλιψης, σε έναν ασθενή που νοσηλεύεται με καταθλιπτικό επεισόδιο, βασίζονται σε τέσσερις κατηγορίες συμπτωμάτων, ανάλογα με τις λειτουργίες του οργανισμού που επηρεάζουν. Οι κατηγορίες αυτές είναι:

- Ψυχικά συμπτώματα
- Συμπτώματα στην γνωσιακή λειτουργία
- Σωματικά συμπτώματα
- Άλλα άτυπα συμπτώματα

Τα συμπτώματα αυτά δεν εμφανίζονται όλα μαζί, αλλά ούτε και σε όλους τους ασθενείς με κατάθλιψη. Η εμφάνιση τους εξαρτάται από τους παράγοντες που συνετέλεσαν στην εκδήλωση της νόσου και από την διάγνωση του ιατρού (ήπιο, μέτριο ή βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο) (Μαδιανος,2003).

Παρακάτω αναλύονται οι ενδείξεις, σύμφωνα με κάθε κατηγορία συμπτωμάτων.

4.1 Ψυχική συμπτωματολογία

Η ψυχική συμπτωματολογία στο καταθλιπτικό επεισόδιο αποτελείται από το συναίσθημα, την σκέψη, την βούληση, την εμφάνιση και την αντίληψη (Χριστοδούλου,2000).

Το συναίσθημα του καταθλιπτικού ασθενή περιλαμβάνει το καταθλιπτικό συναίσθημα, το άγχος και την ανηδονία (Χριστοδούλου,2000). Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι το κυριότερο σύμπτωμα της κατάθλιψης και αυτό το οποίο επηρεάζει και τις άλλες ψυχικές λειτουργίες. Το συναίσθημα αυτό κατευθύνει και χρωματίζει την ζωή του ασθενή. Οι ενδείξεις για να αναγνωρίσει κανείς το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι πολλές. Αρχικά, ο ασθενής μπορεί να το εκφράζει λεκτικά ή να το διατυπώνει με εξελεγκτικούς τρόπους στο οικογενειακό του περιβάλλον ή στο γιατρό του. Επίσης, μπορεί να συγκινείται εύκολα, για

πράγματα που στο παρελθόν, θα του ήταν αδιάφορα, και να μη γελάει σε καταστάσεις που στο παρελθόν θα τον ευχαριστούσαν. Τα άτομα αυτά συχνά μειώνουν το ενδιαφέρον τους για εργασία (στη δουλειά, στο σπίτι, στο σχολείο), δίνοντας έτσι την εντύπωση αδιαφορίας.

Όσο το καταθλιπτικό επεισόδιο επιδεινώνεται, τα συναισθήματα γίνονται βαρύτερης μορφής, με αποτέλεσμα το άτομο να αισθάνεται πως όλα είναι "μαύρα" γύρω του, να βλέπει ανυπέρβλητες δυσκολίες, να υποτιμά τα ευχάριστα γεγονότα, μεγαλοποιώντας τα δυσάρεστα και να κλείνεται στον εαυτό του.

Στο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ο ασθενής αισθάνεται αρκετά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, κυρίως τις πρωινές ώρες, ενώ το βράδυ φαίνεται να υποχωρούν (στη δυσθυμική κατάθλιψη συμβαίνει το αντίθετο). Τέτοια συμπτώματα για παράδειγμα, μπορεί να κάνουν το άτομο να κλαίει και να ζητάει συγγνώμη για αμαρτήματα που νομίζει ότι έχει διαπράξει ή να πιστεύει ότι στέρεψαν τα μάτια του και παρουσιάζει μειωμένη ικανότητα για φυσιολογικό συναίσθημα και σε ευχάριστα αλλά και σε δυσάρεστα γεγονότα (Χριστοδούλου,2000).

Στη συνέχεια, το άγχος σύμφωνα με το Χριστοδούλου (2000) «Είναι το αίσθημα εσωτερικής δυσφορίας που προέρχεται από ανεξήγητο φόβο επικείμενου κινδύνου».

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς όταν έχουν πολύ έντονο άγχος, περπατάνε πάνω- κάτω, βρίσκονται σε κατάσταση αγωνίας και δεν μπορούν να ησυχάσουν. Μπορεί επίσης, να παρουσιάσουν σωματικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, εφίδρωση, προ καρδιακούς παλμούς, σφίξιμο στο στομάχι. Ακόμη, υπάρχουν και φορές που ο ασθενής δε μπορεί να καταλάβει πιο σύμπτωμα προηγείται, για παράδειγμα αν έχει αγχωθεί επειδή έχει ταχυκαρδία ή το αντίθετο (Χριστοδούλου, 2000).

Τέλος, το συναίσθημα που κυριαρχεί σχεδόν σε όλους τους ασθενείς είναι η ανηδονία. Αυτό σημαίνει ότι τα περισσότερα άτομα με κατάθλιψη παρουσιάζουν απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης για δραστηριότητες ή καταστάσεις που στο παρελθόν, τους ήταν ευχάριστες. Η ανηδονία υφίσταται σχεδόν καθημερινά και κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, με αποτέλεσμα να υπάρχει ένα αίσθημα απελπισίας και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Χριστοδούλου,2000).

Η σκέψη του καταθλιπτικού ασθενή διαταράσσεται ως προς την μορφή και το περιεχόμενο της.

Η σκέψη του ατόμου είναι συχνά αργή και μονότονη, ενώ αποτελείται κυρίως από μελαγχολικές ιδέες, εμποδίζοντας την παραγωγή νέων. Η ομιλία στο ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο περιγράφεται διστακτική, χαμηλόφωνη και αργή, ενώ στο μέτριο ή βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να επεκταθεί σε αφωνία και αλαλία (Χριστοδούλου,2000).

Οι διαταραχές περιεχομένου περιλαμβάνουν τις παρερμηνείες και τις παραληρητικές ιδέες.

Οι παρερμηνείες είναι πάντα καταθλιπτικού περιεχομένου και αφορούν την άποψη του ασθενή. Παράδειγμα τέτοιων παρερμηνειών μπορεί να είναι οι σκέψεις που κάνει ο ασθενής, ο οποίος μπορεί να πιστεύει ότι οι φίλοι του τον αποφεύγουν γιατί είναι φτωχός, άσχημος, αντιπαθητικός ή ανόητος. Επίσης, ο ασθενής συνήθως υποτιμά τον εαυτό του, θεωρώντας πως ο κόσμος τον σχολιάζει, κάτι το οποίο μπορεί να οδηγήσει στην ήπια μορφή καταθλιπτικού επεισοδίου (στις ιδέες ανεπάρκειας), ή ακόμη και στην βαριά μορφή καταθλιπτικού επεισοδίου (στις παραληρητικές ιδέες διωκτικού περιεχομένου) (Χριστοδούλου,2000).

Οι παραληρητικές ιδέες του καταθλιπτικού ασθενή αφορούν άλλοτε το παρόν, άλλοτε το παρελθόν και άλλοτε το μέλλον.

Όταν οι ιδέες αυτές γίνονται για το παρόν, ο ασθενής έχει στο μυαλό του πως όλες οι δραστηριότητες ή οι προσπάθειες που κάνει, έχουν ως αποτέλεσμα μόνο την αποτυχία. Όταν τελικά τα καταφέρνει, θεωρεί πως αυτό οφείλεται σε κάποιο τυχαίο γεγονός και δεν έχει σχέση με τις ικανότητές του. Όταν οι σκέψεις γίνονται για το παρελθόν, τότε ο ασθενής θυμάται όλες τις αποτυχίες που είχε και τις αξιολογεί ως αμαρτήματα ή ως εγκλήματα. Οι σκέψεις που κάνει ο ασθενής για το μέλλον, τον δείχνουν ως ένοχο, περιμένοντας την τιμωρία του (Χριστοδούλου,2000).

Επίσης, οι παραληρητικές ιδέες μπορούν αρχικά να χαρακτηριστούν προσδόκιμες ως προς τα πιστεύω του ασθενή, δηλαδή να θεωρεί τον εαυτό του ένοχο και να περιμένει να τιμωρηθεί, ή αναδρομικές ως προς την αναζήτησή του για παλιές αποτυχίες. Ακόμη, μπορεί να χαρακτηριστούν φυγοκεντρικές ως προς τις ιδέες της υποτιθέμενης καταστροφής, δηλαδή ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι κινδυνεύει η οικογένειά του, η πατρίδα του

ή να θεωρεί ότι μπορεί και προβλέπει τη καταστροφή του κόσμου. Τέλος, οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να χαρακτηριστούν ανεξίκακες ως προς την άποψη του ασθενή πως ποτέ δεν φταίνε οι άλλοι, αλλά μόνο ο ίδιος.

Οι παραληρητικές ιδέες περιλαμβάνουν ιδέες ενοχής, αυτουποτίμησης, ολέθρου, μηδενισμού, ταπεινότητας, αναξιότητας, φτώχειας και δίωξης.

Οι παραληρητικές ιδέες υποχονδριακού τύπου δημιουργούν στον ασθενή την εντύπωση, ότι έχει ανεξήγητη κόπωση, πόνο στο σώμα, κεφαλαλγίες, δυσκοιλιότητα ή επιδείνωση προ υπαρχόντων προβλημάτων σωματικής υγείας. Αυτό συμβαίνει στο ήπιας μορφής καταθλιπτικό επεισόδιο. Σε ένα μέτριο ή βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο ο ασθενής πιστεύει πως έχει πιο σοβαρά προβλήματα, όπως καρκίνο, AIDS ή άλλο αφροδισιακό νόσημα (Χριστοδούλου,2000).

Επιπλέον, στα πιο βαριά καταθλιπτικά επεισόδια, ο ασθενής συχνά έχει την εντύπωση ότι κάποιο από τα όργανα του σώματός του δεν υπάρχει. Μπορεί για παράδειγμα να πιστεύει ότι δεν έχει έντερο. Άλλες φορές πάλι, μπορεί να παρουσιάσει άρνηση της ύπαρξης του, δηλαδή να νομίζει πως έχει πεθάνει. Ακόμη, ίσως να έχει ιδέες υπερεκτίμησης του εαυτού του, να θεωρεί δηλαδή πως ο ίδιος ευθύνεται για τον σεισμό στην Καλαμάτα ή για τον Β Παγκόσμιο πόλεμο (Χριστοδούλου,2000).

Η ψυχοκινητική δραστηριότητα ακολουθεί συνήθως την επιβράδυνση της σκέψης και της ομιλίας. Ο καταθλιπτικός ασθενής εμφανίζει ενδείξεις εύκολης κόπωσης και βραδύτητα εκτέλεσης σωματικών και ψυχικών λειτουργιών. Στις βαριές περιπτώσεις μπορεί να φτάσει μέχρι την εμβροντησία (Χριστοδούλου, 2000).

Η βούληση του ασθενή μειώνεται, είναι αναποφάσιτος και θεωρεί τον εαυτό του ανίκανο για να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε ενέργεια. Τα χαρακτηριστικά της βούλησης που εμφανίζονται στον ασθενή είναι παραμέληση της εμφάνισης και της προσωπικής του υγιεινής, παραμέληση υποχρεώσεων στη δουλειά και στο σπίτι του και παραμέληση φροντίδας ατόμων που είναι εξαρτημένα από αυτόν. Τέλος ο ασθενής πιστεύει ότι ακόμα και το να σηκώθηκαν από το κρεβάτι θέλει μεγάλη προσπάθεια (Χριστοδούλου, 2000).

Η αντίληψη του ασθενή διαταράσσεται, κυρίως στο βαριάς μορφής καταθλιπτικό επεισόδιο. Ο ασθενής παρουσιάζει ψευδαισθήσεις ή

παραισθήσεις, ενώ κάποιες φορές μπορεί να τα εμφανίζει και τα δυο μαζί. Τις περισσότερες φορές είναι ακουστικές, αλλά μπορεί να έχει οπτικές. Το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων είναι ίδιο με το καταθλιπτικό συναίσθημα του ασθενή, δηλαδή μπορεί να ακούει φωνές που του λένε ότι είναι ανίκανος, ότι δεν αξίζει τίποτα ή να νομίζει ότι του κάνουν προτάσεις αυτοκτονίας, ενώ μπορεί να βλέπει και σκηνές θανάτου ή φωτιές.

Οι διαταραχές της αντίληψης εμφανίζονται στο βαριάς μορφής καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα χαρακτηριστικά της είναι ψευδαίσθησης και παραίσθησης-ψευδαίσθησης μαζί (Χριστοδούλου,2000).

4.2 Γνωστικές λειτουργίες

Οι γνωστικές λειτουργίες επηρεάζονται δευτερογενώς επειδή ο ασθενής επικεντρώνεται στις καταθλιπτικές ιδέες. Σε τελευταίες έρευνες που έγιναν παρατηρήθηκε ότι υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι γνωστικές λειτουργίες σε καταθλιπτικούς ασθενείς επηρεάζονται πρωτογενώς (Χριστοδούλου, 2000). Οι γνωστικές λειτουργίες που επηρεάζονται από το καταθλιπτικό επεισόδιο είναι:

- Η προσοχή: είναι μειωμένη.
 - Η μνήμη: ελαφρά διαταραγμένη λόγω διαταραγμένης προσοχής
 - Η συγκέντρωση: παρασύρεται από τον καταθλιπτικό ιδεασμό.
- (Μαδιανός,2003)

4.3 Σωματικά - βιολογικά συμπτώματα

Στα σωματικά - βιολογικά συμπτώματα παρουσιάζονται διαταραχές στον ύπνο, την όρεξη, τη ξηροστομία, τη δυσκοιλιότητα, την υπόταση, όπως επίσης και διαταραχές έμμηνου ρύσεως (Χριστοδούλου,2000).

Οι διαταραχές του ύπνου περιλαμβάνουν τέσσερις τύπους αϋπνίας:

Αϋπνία «πρώιμης αφύπνισης»: Σε αυτόν το τύπο αϋπνίας ο ασθενής ξυπνάει δυο με τρεις ώρες νωρίτερα από ότι ξυπνούσε στο παρελθόν, ενώ συχνά στριφογυρίζει στο κρεβάτι του σκεπτόμενος τις αποτυχίες και τις απογοητεύσεις στη ζωή του. Ο συγκεκριμένος τύπος αϋπνίας εμφανίζεται

κυρίως στη βαριάς μορφής κατάθλιψη και μπορεί να πάρει και την ονομασία «τελική αφύπνιση».

Αϋπνία «επέλευσης»: Στην αϋπνία επέλευσης ο ασθενής δυσκολεύεται να αποκοιμηθεί. Η αϋπνία επέλευσης ονομάζεται και «αρχική αϋπνία», και εμφανίζεται κυρίως στην ήπια μορφή κατάθλιψης.

Αϋπνία «διακεκριμένου ύπνου»: Σε αυτόν το τύπο αϋπνίας, ο ασθενής ξυπνάει επειδή βλέπει εφιάλτες και στην συνέχεια δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί. Η αϋπνία αυτή μπορεί να εμφανιστεί στην ήπια και στη βαριά μορφή καταθλιπτικού επεισοδίου και μπορεί να ονομαστεί και «μέση αϋπνία».

Υπερύπνια: Το χαρακτηριστικό της υπερύπνιας είναι ότι ο ασθενής δεν αισθάνεται ξεκούραστος, ακόμα και όταν έχει κοιμηθεί πολλές ώρες. Η υπερύπνια δεν είναι συχνή στα καταθλιπτικά επεισόδια. Συνήθως εμφανίζεται στην εποχιακή και στην άτυπη κατάθλιψη (Χριστοδούλου, 2000).

Οι διαταραχές που παρουσιάζονται στην όρεξη είναι η απώλεια όρεξης και βάρους (Χριστοδούλου, 2000).

Ο καταθλιπτικός ασθενής μπορεί να έχει ξηροστομία, δυσκοιλιότητα και υπόταση. Συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται λόγω των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Χριστοδούλου, 2000).

Οι διαταραχές της εμμήνου ρύσεως ανήκουν και αυτές στις σωματικές - βιολογικές λειτουργίες και προκαλούνται από ψυχογενείς επιδράσεις στις υποθαλάμιες ορμόνες. Η διάρκεια τους είναι μεγαλύτερη με την χορήγηση αντικαταθλιπτικών (Χριστοδούλου, 2000).

Η αναφροδισία και σεξουαλική ανικανότητα είναι από τα πρώτα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η αντιμετώπιση του δεν γίνεται με ορμονικά σκευάσματα και ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης είναι να απαλλαγεί ο ασθενής από την κατάθλιψη (Χριστοδούλου, 2000).

Τα υποχονδρικά συμπτώματα ξεκινούν όταν ο ασθενής νομίζει πως είναι άρρωστος και επισκέπτεται τον γιατρό του αρκετά συχνά, θέλοντας να κάνει συνέχεια εξετάσεις. Οι διάφορες προφάσεις επισκέψεις στο γιατρό μπορεί να αφορούν πόνο στο στήθος, στο κεφάλι, στη μέση, στα άκρα, στον αυχένα, κράμπες στους μύς, ναυτία και λαχάνιασμα με την παραμικρή προσπάθεια (Χριστοδούλου, 2000).

4.4 Άτυπα καταθλιπτικά συμπτώματα

Συχνά στα καταθλιπτικά επεισόδια παρατηρούνται κάποια άτυπα συμπτώματα τα οποία δυσκολεύουν τη διαδικασία της διάγνωσης. Αυτά μπορεί να είναι η αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση. Ο ασθενής δηλαδή, μπορεί μερικές φορές, να οδηγηθεί σε άρνηση αναγνώρισης της οικογένειας του και του οικογενειακού του περιβάλλοντος, ή ακόμη, να πιστεύει ότι έχουν αντικατασταθεί με ξένους, κάτι το οποίο συμβαίνει συνήθως στην σχιζοφρένεια και στην παραληρητική διαταραχή. Μπορεί ακόμη, να οδηγηθεί σε ιδεοληπτικά και ψυχαναγκαστικά συμπτώματα, αποσυνδεδετικά ή ανοιακά, κυρίως στην τρίτη ηλικία (Χριστοδούλου, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ

5.1 Πρόληψη κατάθλιψης

Η πρόληψη οποιασδήποτε κατάστασης είναι πιο αποτελεσματική από τη θεραπεία. Η κατάθλιψη θεωρείται πρόβλημα υγείας και η πρόληψή της κατατάσσεται σε τρεις βαθμούς. Η τρίτου βαθμού πρόληψη, αφορά κυρίως τα άτομα που έχουν γιατρευτεί από την κατάθλιψη και περιλαμβάνει μέτρα για την αποφυγή υποτροπής τους. Για να μπορέσει λοιπόν, ένα καταθλιπτικό άτομο να αναρρώσει, αλλά και να κρατηθεί μακριά από την κατάθλιψη χρειάζεται συνεργασία, υποστήριξη και ειλικρίνεια από τα μέλη της οικογένειάς του.

Η δευτέρου βαθμού πρόληψη, απαιτεί συνεχή επιμόρφωση των επιστημών που ασχολούνται με καταθλιπτικούς ασθενείς. Απαραίτητη είναι και η αφύπνιση του κόσμου για τη φύση της κατάθλιψης, έτσι ώστε εκείνοι που χρειάζονται βοήθεια, να τη βρίσκουν το συντομότερο. Το σοβαρότερο όμως εμπόδιο στη δευτέρου βαθμού πρόληψη, είναι οι ανεπαρκείς γνώσεις ψυχιατρικής που προσφέρονται στη διάρκεια της ιατρικής εκπαίδευσης.

Ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί χρειάζονται συχνά, επιπρόσθετη εκπαίδευση στις μεθόδους της σύντομης ψυχοθεραπείας και στη γνώση κριτηρίων για χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και ηρεμιστικών.

Η πρώτου βαθμού πρόληψη, έχει δύο στόχους. Πρώτον, να αυξήσει την επίγνωση του κόσμου για καλύτερη αντιμετώπιση επεισοδίων οξείας κατάθλιψης και δεύτερον, να διδάξει το άτομο πώς να αποφύγει τη παγίδα της χρόνιας κατάθλιψης. Η πρόληψη της κατάθλιψης, απαιτεί τρόπους μέσα από τους οποίους το άτομο μαθαίνει να αντιμετωπίζει την ένταση της ζωής του. Αυτό μπορεί να διδαχτεί στο σπίτι, στο σχολείο ή και στη δουλειά. Σημαντικό μέτρο σε αυτό το σημείο, είναι η καλή επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας (Flach, 1998).

5.2 Πρόληψη αυτοκτονίας

Η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι μία ιδιαίτερα δύσκολη υπόθεση. Ένας λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι τα άτομα που σκέφτονται να διαπράξουν αυτοκτονία, δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν ότι εκείνη τη στιγμή η σκέψη τους είναι περιορισμένη και σκέφτονται παράλογα, ούτε επίσης ότι χρειάζονται βοήθεια. Λιγότερο από το ένα τρίτο των ατόμων αυτών επιδιώκει οικειοθελή ψυχολογική υποστήριξη. Υπάρχουν και οι περιπτώσεις όπου η οικογένεια ή οι φίλοι φέρνουν αυτά τα άτομα σε κέντρα ψυχικής υγείας, επειδή παρουσιάζουν σημάδια κατάθλιψης ή απειλούν ότι θα αυτοκτονήσουν.

Η πλειοψηφία των ατόμων βέβαια, δεν λαμβάνει τη προσοχή που ζητά. Οι περισσότεροι άνθρωποι που αποπειράονται να αυτοκτονήσουν, στη πραγματικότητα δεν επιθυμούν να πεθάνουν και δίνουν συχνά σημάδια προειδοποίησης των προθέσεών τους. Εάν λοιπόν, αυτή η «κραυγή» βοήθειας γίνει εγκαίρως αντιληπτή, τότε είναι πιθανό να υπάρξει παρέμβαση με επιτυχία (Carson & Butcher, 1992).

Πολλοί θεωρούν ότι το να μιλά κανείς για την αυτοκτονία αυξάνει τις πιθανότητες να συμβεί, κάτι που δεν είναι αληθές. Οι κλινικοί επισημαίνουν το ότι να μιλά κανείς γι' αυτήν, ανοιχτά και ψύχραιμα, είναι χρήσιμο, καθώς ανακουφίζει από την αίσθηση μυστικοπάθειας και απομόνωσης και

επιτρέπει την καλύτερη αξιολόγηση του κινδύνου. Οι θεραπευτές που συνεργάζονται με άτομα τα οποία έχουν τάσεις αυτοκτονίας, θα πρέπει να αφιερώνουν πολύ περισσότερο χρόνο μαζί τους σε σχέση με οποιονδήποτε άλλο ασθενή (Kring et al., 2007).

Η πρόληψη της αυτοκτονίας λοιπόν, μπορεί να είναι πρωτογενής, δευτερογενής ή τριτογενής:

Πρωτογενής Πρόληψη: Τα περισσότερα άτομα που αυτοκτονούν υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή, γι' αυτό και στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών αυτών, και ειδικότερα της κατάθλιψης. Δυστυχώς όμως, όπου υπάρχουν ψυχικές παθήσεις, υπάρχει έντονα και ο στιγματισμός, με αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να διστάζουν να απευθυνθούν σε κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο.

Ένα λοιπόν, ακόμα μέτρο πρωτογενούς πρόληψης είναι και οι δράσεις για την καταπολέμηση στίγματος. Σημαντικό επίσης, μέτρο είναι και η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση τόσο του ευρύτερου κοινού όσο και επαγγελματικών ομάδων που μπορούν να παίξουν ενεργό ρόλο στην αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή. Άλλα προληπτικά μέτρα που θα μπορούσαν να ληφθούν αφορούν τη μείωση των παραγόντων κινδύνου. Αναλυτικότερα, θα μπορούσαν να γίνουν δράσεις για τη λήψη μέτρων ώστε να καταπολεμηθεί η ανεργία, αλλά και να προωθηθεί η κοινωνική συνοχή (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.χ.).

Δευτερογενής Πρόληψη: Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας στους αυτοκαταστροφικούς ασθενείς. Ο αποτελεσματικός χειρισμός του αυτοκαταστροφικού ασθενή προϋποθέτει την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και την εκτίμηση του κινδύνου για αυτοκτονία. Ο θεραπευτής, ακολουθώντας τη γνωστική προσέγγιση του Beck, μειώνει το κίνδυνο αυτοκτονίας που διατρέχει ο ασθενής.

Επιπλέον, κάποιες έρευνες που έχουν γίνει στο γενικό πληθυσμό αναφέρουν ότι η φαρμακευτική θεραπεία για τις διαταραχές τις διάθεσης μειώνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας τρεις με τέσσερις φορές. Συγκεκριμένα για την καταθλιπτική διαταραχή, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αυτά που βοηθούν στη μείωση της αυτοκτονίας, ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα.

Ο Edwin Shneidman, πρωτοπόρος στην ανάπτυξη παρεμβάσεων για την πρόληψη της αυτοκτονίας, αναφέρει στη στρατηγική του για την πρόληψη τρεις στόχους:

1. Να μειώσει τον έντονο ψυχικό πόνο
2. Να βοηθήσει το άτομο να δει ότι έχει και άλλες επιλογές, πέρα από τη συνεχή οδύνη.
3. Να ενθαρρύνει το άτομο να πάρει κάποια απόσταση από την καταστροφική πράξη (Kring et al., 2007· Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.χ.).

Τριτογενής Πρόληψη: Η τριτογενής πρόληψη εστιάζει κυρίως στην αντιμετώπιση των συνεπειών της αυτοκτονίας, έτσι ώστε να έχουν το μικρότερο δυνατό αντίκτυπο. Σημαντικό μέτρο είναι λοιπόν, η υποστήριξη της οικογένειας του ατόχειρα και των ατόμων του περιβάλλοντός του.

Στη Φιλανδία, στο Καναδά και σε κάποιες άλλες χώρες, στα μέτρα της τριτογενούς πρόληψης έχει ενταχθεί και η μέθοδος «ψυχολογική αυτοψία». Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται ήδη από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα με σκοπό να εξακριβωθεί εάν ένας θάνατος οφείλεται σε αυτοκτονία, σε δολοφονία ή σε κάποιο ατύχημα, όπως για παράδειγμα πνιγμό.

Για να πραγματοποιηθεί μια ψυχολογική αυτοψία, οι ειδικοί έρχονται σε επαφή με το περιβάλλον του ατόχειρα, τους συνεργάτες και τους γιατρούς του, ώστε να συγκεντρώσουν στοιχεία που αφορούν τη προσωπικότητά του, τον τρόπο ζωής και τις δυσκολίες που αντιμετώπιζε. Επίσης, δίνουν βάση στη ψυχική και σωματική υγεία του θύματος, αλλά και στο οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου ή αυτοκτονίας, με σκοπό να σχηματίσουν μία ολοκληρωμένη άποψη για τον ατόχειρα.

Η μέθοδος της ψυχολογικής αυτοψίας είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί κάποιους μήνες μετά το θάνατο του ατόμου, καθώς το πρώτο καιρό η οικογένειά του θα βιώνει αφόρητο πόνο. Για επιτευχθεί η μέθοδος, η οικογένεια θα πρέπει να είναι σε θέση να απαντήσει λεπτομερώς στις ερωτήσεις σχετικά με τον ατόχειρα και τον τρόπο θανάτου του, ενώ παράλληλα θα υπάρξει και υποστήριξη στους οικείους του θύματος (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.χ.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

6.1 Φαρμακευτική θεραπεία

Ο κύριος και πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης του καταθλιπτικού επεισοδίου είναι η χρήση φαρμακευτικής θεραπείας. Στόχος της θεραπείας αυτής είναι η επαναφορά του καταθλιπτικού ασθενή στην προ νοσηρή κατάσταση εστιάζοντας στην υποχώρηση των συμπτωμάτων και την αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργίας. Εφόσον επιτευχθεί ο στόχος (δηλαδή η πλήρης ύφεση της νόσου), ο σκοπός της θεραπείας είναι η αποφυγή οποιασδήποτε αναπλήρωσης της νόσου.

Η φαρμακοθεραπεία αφορά ως προς την αποτελεσματικότητα τα μέτρια ως πολύ βαριά καταθλιπτικά επεισόδια και την δυσθυμική διαταραχή, ενώ παρατηρείται ότι δεν είναι εκτενέστερη στα ήπια καταθλιπτικά επεισόδια που έχουν πολύ ελαφριά συμπτωματολογία. Το καταθλιπτικό επεισόδιο σύμφωνα με τις σύγχρονες επιστήμες είναι μία βιολογική νόσος, οπότε χρειάζεται και βιολογική θεραπεία. Ο καταθλιπτικός ασθενής θα πρέπει να απευθυνθεί στο γιατρό, χωρίς να αφήνει τον χρόνο να περνάει και να κάνει προσπάθειες μόνος του.

Σημαντικό ρόλο συνδυαστικά με την φαρμακευτική αγωγή έχει και η ψυχοθεραπεία, η οποία συνίσταται στην βιολογική θεραπεία. Θα πρέπει να τονιστεί ότι εάν ο ασθενής έχει άρνηση ως προς τη ψυχοθεραπεία, τότε ο γιατρός του μέσω της θεραπευτικής σχέσης που έχει αναπτυχθεί, θα πρέπει να τον ενθαρρύνει.

Η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων γίνεται 2-3 εβδομάδες μετά την πρώτη χρήση, ενώ η πλήρης βελτίωση γίνεται σταδιακά και χρειάζεται μερικές εβδομάδες για να ολοκληρωθεί. Σε άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό ο γιατρός θα πρέπει να προσέχει να μην κάνει συνταγογράφηση μεγάλων δόσεων και να γίνεται ανάθεση της χορηγήσεις των φαρμάκων στους συγγενείς (Σολδάτος & Δικαίος, 1999).

6.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι ταχύτερη από τη φαρμακευτική αγωγή, αποτελεσματικότερη και περιορίζει σημαντικά τον χρόνο νοσηλείας (σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα με καρδιακές παθήσεις καθώς δεν επηρεάζει το καρδιαγγειακό σύστημα και σε άτομα με όγκο στο εγκέφαλο.

Η εφαρμογή της γίνεται ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομιακά και θα πρέπει να υπάρχει γραπτή συγκατάθεση του ίδιου και των συγγενών του. Για να είναι αποτελεσματική αυτή η θεραπεία θα πρέπει η διάρκεια των συνεδρίων να είναι 20 δευτερόλεπτα. Ο αριθμός των συνεδρίων θα πρέπει να είναι 6 με 12 και η κλινική πράξη μπορεί να γίνει 2 με 3 φορές την εβδομάδα για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Παπαδημητρίου, 1999).

6.3 Στέρηση ύπνου

Σε μελέτες που έγιναν παρατηρήθηκε ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν βελτίωση των συμπτωμάτων μετά από πλήρη αϋπνία. Λίγα χρόνια μετά από αυτήν την μελέτη η στέρηση ύπνου παρατηρήθηκε ότι έχει αντικαταθλιπτική δράση. Στην κλινική πράξη υπάρχουν δύο τρόποι εφαρμογής της θεραπείας: η ολική στέρηση ύπνου, όπου ο ασθενής μένει άπνους για 36 ή 40 ώρες και η μερική στέρηση ύπνου όπου ο ασθενής μένει άπνους το πρώτο ή το δεύτερο μισό της νύχτας.

Η στέρηση ύπνου γίνεται ενδονοσοκομιακά και εξωνοσοκομιακά. Μπορεί να γίνει είτε μόνη της, είτε με χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ενώ οι απόψεις δίστανται για το πόσες συνεδρίες πρέπει να γίνονται. Η μέθοδος αυτή είναι ιδανική για ασθενείς με «ενδογενή» και λιγότερο έκδηλη για ασθενής με «νευρωσική». Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής είναι βραχείας διάρκειας με επιδείνωση των συμπτωμάτων τόσο μετά από μεσημεριανό ύπνο όσο και από βραδινό, ενώ μετά την πρώτη συνεδρία η αποτελεσματικότητα μειώνεται. Η θεραπεία αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως συνεχιζόμενη στα πλαίσια της προφύλαξης του ασθενή από υποτροπή ή επανεμφάνιση. Ο ασθενής για να ανταποκριθεί στη

συγκεκριμένη θεραπεία, θα πρέπει αρχικά να είναι γυναίκα ηλικίας κάτω των 50 ετών. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει κληρονομική επιβράδυνση και μεμονωμένα περιστατικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Για την δράση της θεραπείας αυτής υπάρχουν διάφορες απόψεις, όπως ότι ο ύπνος έχει καταθλιπτικογενή ιδιότητα, οπότε η αϋπνία θεωρείται άμυνα ενάντια στην κατάθλιψη, ή ότι η στέρηση ύπνου ελαττώνει τα υψηλά επίπεδα εγρήγορσης που υπάρχουν στον καταθλιπτικό ασθενή, ή ακόμη ότι η στέρηση ύπνου παρεμβαίνει στον άξονα του υποθάλαμο της υποφύσεως-θυρεοειδή που είναι διαταραγμένος στους καταθλιπτικούς ασθενείς. Η κυριότερη άποψη είναι ότι η στέρηση ύπνου επανασυγχρονίζει τους βιολογικούς ρυθμούς που εκσυγχρονίζονται από την κατάθλιψη. Η δράση της στέρησης ύπνου είναι πολύ σημαντική αντικαταθλιπτική μέθοδος. Το πλεονέκτημα της στέρησης ύπνου είναι ότι δεν υπάρχουν ανεπιθύμητες παρενέργειες σε καρδιακά νοσήματα (Παπαδημητρίου, 1999).

6.4 Φωτοθεραπεία

Η Φωτοθεραπεία είναι μια μέθοδος κατά την οποία ο ασθενής εκτίθεται σε τεχνητό φως. Η διάρκεια της έκθεσης μπορεί να είναι από μια έως τρεις ώρες και το φως πρέπει να κατευθύνεται στα μάτια του ασθενή. Η εφαρμογή της γίνεται πρωινές και απογευματινές ώρες. Η καλύτερη επιλογή είναι ο ασθενής να εκτίθεται στο φως τρεις ώρες το πρωί και το απόγευμα για να υπάρξει καλύτερο αποτέλεσμα. Σε έρευνες που έγιναν διαπιστώθηκε ότι η Φωτοθεραπεία σε συνδυασμό με την φαρμακοθεραπεία και μαζί με την εφαρμογή μερικής στέρησης ύπνου υπάρχει αύξηση της αποτελεσματικότητας.

Η Φωτοθεραπεία δεν έχει σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες, εμφανίζονται μόνο κεφαλαλγίες, καταπόνηση οφθαλμών και ευερεθιστότητα. Η Φωτοθεραπεία και η στέρηση ύπνου δεν είναι πολύ διαδεδομένη και δεν έχουν μεγάλο εύρος χρήσης ίσως λόγω δυσκολιών κατά την εφαρμογή της ή επειδή η χρήση φαρμάκων θεωρείτε πιο εύκολη θεραπεία. Η εφαρμογή της γίνεται κυρίως σε ασθενείς που νοσούν από καταθλιπτική διαταραχή της διάθεσης με εποχιακές εκδηλώσεις και σε

ασθενείς που έχουν διακύμανση των συμπτωμάτων κατά την διάρκεια της ημέρας όπως είναι να επιδεινώνονται τα συμπτώματα κατά τις πρωινές ώρες (Παπαδημητρίου, 1999).

6.5 Ψυχοχειρουργική θεραπεία

Η συγκεκριμένη θεραπεία έχει πολλές αμφιλεγόμενες απόψεις, αυτό οφείλεται κυρίως για νομικά και δεοντολογικά προβλήματα που δημιουργούνται λόγω αμφισβήτησης της αποτελεσματικότητας. Την δεκαετία του 40 και του 50 σε επεμβάσεις που έγιναν, αντικαταστάθηκαν κάποια τεχνικά στερεότυπα που αφορούν την ανατομική βλάβη και την μείωση των επιπλοκών (κυρίως σύνδρομο που εντοπίζεται στο λοβό).

Χρησιμοποιείται για βαριάς μορφής καταθλιπτική διαταραχή με έντονο άγχος, φυτικά και ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για να γίνει η αφαίρεση είναι η εκτομή του προσαγωγέου, η εκτομή της πρόστιας κάψας, η εκτομή υποκερκοφόρων δεματίων και η μετεχμιακή λευκοτομή.

Για την εφαρμογή της χρειάζονται να τηρούνται κάποια κριτήρια. Αρχικά, θα πρέπει η νόσος να είναι χρόνια με διάρκεια μεγαλύτερη των 5 ετών, να μην υπάρχει αποτέλεσμα σε εντατική θεραπεία, σε μεγαλύτερο διάστημα ενός χρόνου σε όλες τις θεραπείες φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές, να υπάρχει σημαντική μείωση μέχρι αδυναμία της λειτουργικότητας, η κατάθλιψη να είναι η πρόγνωση της νόσου και να υπάρχει συγκατάθεση του ασθενή. Η αποτελεσματικότητα περιορίζεται από οργανικές ψυχικές διαταραχές (παραληρητικές διαταραχές, εξάρτηση από ουσίες και διαταραχή προσωπικότητας κυρίως μεσογειακού τύπου) (Παπαδημητρίου, 1999).

6.6 Ψυχοθεραπείες

Παρ' όλο που η φαρμακευτική αγωγή έχει αποδειχθεί αποτελεσματική για τις διαταραχές της διάθεσης, απαραίτητη σε αυτές τις περιπτώσεις είναι

και η ψυχοθεραπεία. Οι περισσότεροι άνθρωποι, μάλιστα, που έχουν θεραπευτεί με επιτυχία από τη κατάθλιψη, έχουν λάβει φαρμακευτική αγωγή παράλληλα με κάποια μορφή ψυχοθεραπείας.

Τα άτομα λοιπόν, με διαταραχές τις διάθεσης, μπορεί να χρειαστούν βοήθεια με τα συναισθήματά τους, με την αποκατάσταση της ζωής τους και των οικογενειακών τους σχέσεων, που συχνά διαταράσσονταν. Παρ' όλο που οι κοινωνικοί λειτουργοί δε μπορούν να χορηγήσουν φάρμακα, μπορούν να φανούν πολλοί βοηθητικοί, παρέχοντας εκπαίδευση για τις διαταραχές και υποστήριξη στα ίδια τα άτομα, αλλά και στις οικογένειές τους. Έτσι μπορεί επίσης, να εξασφαλιστεί και ότι οι ενδιαφερόμενοι παίρνουν τα φάρμακά τους, για όσο καιρό απαιτεί η φαρμακευτική τους αγωγή.

Υπάρχουν πολλοί τύποι ψυχοθεραπείας, που χρησιμοποιούν οι κοινωνικοί λειτουργοί, για να βοηθήσουν όσους υποφέρουν από κατάθλιψη, αναλόγως βέβαια με το ποια θεωρούν ως αιτιολογία της εκάστοτε καταθλιπτικής κατάστασης. Ωστόσο, όσο η κατάθλιψη βρίσκεται σε έξαρση, το άτομο θα πρέπει να αποθαρρύνεται από το να παίρνει αποφάσεις για μεγάλες αλλαγές στη ζωή του. Παρ' όλα αυτά, εφικτοί στόχοι θα πρέπει να καθοριστούν, και το άτομο θα πρέπει να ενθαρρύνεται να ξεκινήσει δραστηριότητες και να έχει επικοινωνία με άλλους ανθρώπους. Ταυτόχρονα, η κλινική θα πρέπει, να είναι διαθέσιμη για τυχόν κρίσεις και να είναι σε ετοιμότητα για επείγον καταστροφικές παρορμήσεις.

Οι άνθρωποι που υποφέρουν από κατάθλιψη θα πρέπει να ενισχύσουν την αμυντική τους λειτουργία ώστε να προστατέψουν τον εαυτό τους από συναισθηματικό πόνο, αλλά και από αισθήματα ενοχής και ντροπής. Ακόμη, είναι σημαντικό, ο ασθενής να μάθει να ζητάει βοήθεια από άλλους. Ο κοινωνικός λειτουργός από τη μεριά του, πρέπει να προσπαθήσει να αποφύγει οτιδήποτε μπορεί να φανεί ως κριτική, να δώσει ίσως κάποιες συμβουλές και να προτείνει στον ασθενή να αναβάλλει αποφάσεις, έως ότου να πάψουν να υπάρχουν τα συναισθήματα της κατάθλιψης (Austrian, 2005).

Οι πιο σημαντικές ψυχοθεραπείες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας είναι η γνωσιακή, η ψυχοδυναμική/ψυχαναλυτική, η συμπεριφορική, η συστημική και η διαπροσωπική, με πιο σημαντική από όλες τη γνωσιακή.

6.6.1 Γνωσιακή προσέγγιση της κατάθλιψης

Η γνωσιακή -συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1950. Μέχρι τότε τα θεραπευτικά μοντέλα που κυριαρχούσαν ήταν το ψυχαναλυτικό και το συμπεριφοριστικό. Η αναγκαιότητα που δημιουργήθηκε για την ανάπτυξη ενός τρίτου μοντέλου, προέκυψε από την ανεπάρκεια που εμφάνιζαν σε ορισμένα σημεία τα ήδη υπάρχοντα. Για παράδειγμα, η συμπεριφοριστική θεωρία δεν ήταν σε θέση να εξηγήσει πολλούς τύπους της ανθρώπινης συμπεριφοράς και η ψυχαναλυτική θεωρία φάνηκε να μην μπορεί να αντιμετωπίσει έγκαιρα και αποτελεσματικά αρκετά ψυχολογικά προβλήματα (Ευθυμίου, Μαυροειδή, Παυλάτου, & Καλαντζή - Αζίζι, 2006).

Το γνωσιακό μοντέλο αποτελεί συνέχεια και εν μέρει αντικατάσταση του συμπεριφοριστικού μοντέλου και επομένως εξέλιξη αυτού. Σύμφωνα με την γνωσιακή συμπεριφοριστική προσέγγιση (Ευθυμίου, 2002) οι υποκειμενικές ερμηνείες των εμπειριών του ατόμου είναι εκείνες που χρειάζεται να τροποποιηθούν και κατ' επέκταση να αλλάξει η συμπεριφορά και ο τρόπος αντιμετώπισης μιας κατάστασης. Επομένως, αυτή η προσέγγιση εστιάζει στις γνωσιακές διεργασίες του ατόμου όπως οι διαδικασίες της σκέψης και κυρίως οι ασυνείδητες σκέψεις, η εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του, τα πιστεύω του, οι βαθύτερες αντιλήψεις του και γενικότερα η ιδιοσυγκρασία του. Οι αρνητικές δυσλειτουργικές σκέψεις (γνωσίες) οι οποίες μεσολαβούν μεταξύ του ερεθίσματος και της συμπεριφοράς είναι το σημείο αναφοράς για το γνωσιακό μοντέλο. Οι δυσλειτουργικές γνωσίες είναι γνωσιακές παραποιήσεις που προέρχονται από λανθασμένη μάθηση και λανθασμένα συμπεράσματα.

Σύμφωνα με τον Ευθυμίου κ. συν. (2006) **ο βασικός πυρήνας** της Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής Προσέγγισης αποτελείται από τρεις βασικές αρχές:

- i. η γνωσιακή λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά
- ii. η γνωσιακή λειτουργία μπορεί να ελεγχθεί και να μεταβληθεί
- iii. οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωσιακές αλλαγές.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται σε ένα ευρύ

φάσμα ψυχικών διαταραχών όπως: *αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, διαταραχές πρόσληψης τροφής, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας, προβλήματα στο ζευγάρι ή στην οικογένεια.*

6.6.2 Γνωσιακή θεωρία της κατάθλιψης κατά τον Aaron Beck

Ο Beck για να ερμηνεύσει τα επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφορών ενός ατόμου χρησιμοποίησε τον όρο γνωσιακά σχήματα. Έτσι, τονίζεται η εσωτερική προέλευση των συμπεριφορών και παρατηρείται πως ένα άτομο είναι πιθανό να εμφανίζει την ίδια συμπεριφορά σε μια ποικιλία καταστάσεων (Ευθυμίου, 2002).

Η θεωρία του Aaron Beck εντοπίζει μία διαταραχή στο περιεχόμενο και την λειτουργία της σκέψης στον καταθλιπτικό ασθενή. Η σκέψη στο περιεχόμενό της εμφανίζει τη καταθλιπτική τριάδα μέσα από την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται αρνητικά τον εαυτό του, τον κόσμο γύρω του και το μέλλον.

Ο Beck (1967) (όπ. αναφ. στον Ευθυμίου, 2002) παρατηρεί πως η δυσλειτουργία που υπάρχει στην σκέψη στα καταθλιπτικά άτομα είναι απόρροια διεργασικών λαθών και προκύπτει από την αρνητική προκατάληψη και επεξεργασία εμπειριών. Ως διεργασικά λάθη θεωρεί την *επιλεκτική μνήμη*, δηλαδή, την αποκλειστική εστίαση σε μία και μοναδική αρνητική λεπτομέρεια μιας εμπειρίας με αποτέλεσμα να εξαλείφονται οι υπόλοιπες. Στη συνέχεια, γίνεται λόγος για την *υπεργενίκευση* των αρνητικών συνεπειών ενός μεμονωμένου αρνητικού γεγονότος και την *διπολική σκέψη* μέσα από την οποία ο ασθενής σκέφτεται απόλυτα, τα βλέπει όλα "μαύρα" χωρίς να παρατηρεί την ύπαρξη ενδιάμεσων καταστάσεων. Ακόμα, η *παραγνώριση των θετικών* τα οποία το άτομο υποτιμά και επιμένει πως είναι ασήμαντα με αποτέλεσμα να νιώθει ανεπαρκής και να βγάζει *αυθαίρετα συμπεράσματα* (διάβασμα της σκέψης των άλλων/πρόβλεψη του μέλλοντος). Η *μεγιστοποίηση ή ελαχιστοποίηση* είναι επίσης ένα διεργασικό λάθος σύμφωνα με το οποίο μεγεθύνεται ή ελαχιστοποιείται η σπουδαιότητα των προβλημάτων του ατόμου με τέτοιο τρόπο ώστε να ορίζεται ολόκληρη την ζωή του από αυτό. Στην *συναισθηματική συλλογιστική* ο ασθενής θεωρεί πως συναισθήματα που

νιώθει αντανακλούν την πραγματικότητα καταλήγοντας σε λάθος συμπεράσματα. Επίσης, χρησιμοποιώντας την λέξη *πρέπει* ένα άτομο δείχνει πως έχει κάποιες απαιτήσεις απευθυνόμενο είτε στον εαυτό του (π.χ. δε θα έπρεπε να είχα κάνει τόσα πολλά λάθη) είτε στον κόσμο γύρω του (δεν θα έπρεπε να είναι τόσο εχθρικός) δημιουργούνται αυτόματα συναισθήματα ενοχής, απογοήτευσης και θυμού. Τελευταίο διεργαστικό λάθος κατά τον Beck θεωρείται η *προσωποποίηση* στην οποία ο ασθενής φαίνεται να αποδίδει αποκλειστικά την αρνητική έκβαση ενός γεγονότος στον εαυτό του παραγνωρίζοντας κάποια τυχόν συνεισφορά άλλων σ' αυτό.

Κλίμακα Beck

Η κατάθλιψη είναι μία σοβαρή ψυχική νόσος που συχνά δεν διαγιγνώσκεται. Επομένως, είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να διαθέτουν ψυχομετρικά εργαλεία για μια πρώτη εκτίμηση της εμφάνισης ενός καταθλιπτικού επεισοδίου (Γιαννακού, Ρούσση, Κοσμίδου, Κιοσέογλου, Αδαμοπούλου και Γαρύφαλλος, 2013). Μία από τις γνωστότερες διεθνώς κλίμακες που χρησιμοποιείται σήμερα για την αξιολόγηση της κατάθλιψης είναι η Κλίμακα της Κατάθλιψης του Beck - II. Η κλίμακα του Beck αφορά ένα ερωτηματολόγιο το οποίο διαθέτει 21 ερωτήσεις - εκφράσεις συναισθημάτων του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και το οποίο καλεί τους ερωτηθέντες να απαντήσουν βαθμολογώντας πόσο συμφωνούν με την κάθε δήλωση, με βάση την ψυχολογική τους κατάσταση τις τελευταίες δύο εβδομάδες, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τεσσάρων σημείων (π.χ. 0 = δεν συμφωνώ καθόλου έως 4 = συμφωνώ απολύτως) (Beck, Baruch, Butler, Steer, & Warman, 2004).

Αξιολόγηση κλίμακας Beck

Το 2013 πραγματοποιήθηκε έρευνα στην Ελλάδα (Γιαννακού, Ρούσση, Κοσμίδου, Κιοσέογλου, Αδαμοπούλου, & Γαρύφαλλος, 2013) με σκοπό τον έλεγχο των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της Κλίμακας του Beck-II (BDI-II) και την καταλληλότητά της για τον ελληνικό πληθυσμό. Η κλίμακα έδειξε να συσχετίζεται σημαντικά με κλίμακες που μετρούν καταθλιπτικά συμπτώματα και με κλίμακες εκτίμησης του άγχους. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η κλίμακα διαθέτει πολύ καλή

εσωτερική συνέπεια (κυρίως για άτομα με ψυχολογικά προβλήματα) και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, καθώς, επίσης και υψηλή εγκυρότητα. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ελληνική μορφή της κλίμακας έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στον διαχωρισμό των ατόμων που είναι πιθανό να έχουν κατάθλιψη.

Κλίμακα Hamilton

Η Κλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale - HDRS) δημοσιεύτηκε αρχικά από τον Max Hamilton το 1960 και σχεδιάστηκε για να μετράει τη βαρύτητα της κατάθλιψης σε ήδη διαγνωσμένους νοσηλεύομενους ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Η HDRS είναι η πλέον διαδεδομένη κλίμακα, ωστόσο από την εποχή της πρώτης έκδοσής της και κατά την χρήση της κλίμακας έχουν εντοπισθεί διάφορα προβλήματα σχετικά με την χορήγηση και βαθμολόγησή της που ώθησαν τους ερευνητές σε εξεύρεση προτάσεων για πρόσθετες εκδοχές και βοηθήματα για την εφαρμογή της.

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, κατά την τελευταία εικοσαετία έχουν προταθεί διάφορες εκδοχές της κλίμακας, με διαφορετικό αριθμό ερωτημάτων, ερμηνεία και κλίμακα βαθμολόγησής τους, καθώς και διαφορετικούς τρόπους χορήγησης. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι πολλοί κλινικοί και ερευνητές έχουν χάσει τον έλεγχο των μορφών που διατίθενται και των χαρακτηριστικών κάθε μίας, ενώ παράλληλα πολλές εκδοχές ξεπερνιούνται με την καθιέρωση νέων διαγνωστικών συστημάτων. Έτσι σε διάφορες μελέτες συχνά δεν αναφέρεται ποιά ακριβώς εκδοχή της κλίμακας χρησιμοποιείται ή συνηθέστερα, αναφέρεται λάθος εκδοχή. Η κατάσταση αυτή αμφισβητεί την αξιοπιστία και την ακρίβεια της κλίμακας και έχει πιθανώς οδηγήσει σε ανακριβείς εκτιμήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα διαφόρων αντικαταθλιπτικών αγωγών που έχουν δοκιμαστεί στο παρελθόν (Φερεντίνος, Κονταξάκης, Παπλός, & Χριστοδούλου, 2003).

Η κλίμακα HDRS περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις που βαθμολογούνται από 0 έως 2 ή από 0 έως 4, δίνοντας έτσι ένα συνολικό σκορ που κυμαίνεται από

0-50. Η βαθμολόγηση των ερωτημάτων γίνεται βάσει των συμπτωμάτων που αναφέρει ο ασθενής κατά τη συνέντευξη, των παρατηρήσεων του εκτιμητή και των πληροφοριών που συλλέγει από τρίτους (συγγενείς, νοσηλευτές). Ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση της κλίμακας είναι 15-20 min. Η κλίμακα όσον αφορά τα περισσότερα συμπτώματα καλύπτει την κατάσταση του ασθενούς κατά την εβδομάδα που προηγείται της βαθμολόγησης, εκτός από τις διαταραχές του ύπνου που αφορούν το τελευταίο τριήμερο. Κατά τη βαθμολόγηση δεν γίνεται διάκριση ανάμεσα στην ένταση και στη συχνότητα των συμπτωμάτων, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν πρέπει να ληφθούν υπόψη για το τελικό αποτέλεσμα του εκτιμητή. Ωστόσο, ως πιο αξιόπιστη εκτίμηση, προτείνεται η ανεξάρτητη βαθμολόγηση από δύο εκτιμητές, όπου και το τελικό αποτέλεσμα είναι ο μέσος όρος των σκορς των δύο εκτιμητών (Φερεντίνος κ.συν., 2003).

Αξιολόγηση κλίμακας Hamilton

Σε διάφορες μελέτες η αξιοπιστία της κλίμακας έχει βρεθεί αρκετά υψηλή, ωστόσο, σε κάποιες άλλες μελέτες η αξιοπιστία κάθε ερωτήματος χωριστά είναι συχνά χαμηλή, γεγονός που ίσως οφείλεται στα προβλήματα διατύπωσης στη εφαρμογή και στη βαθμολόγηση της κλίμακας. Επίσης, ο ίδιος ο Hamilton έλεγξε με διάφορες μεθόδους την εσωτερική εγκυρότητα, που αφορά το περιεχόμενο και την κατασκευή της κλίμακας, οι οποίες συνηγορούσαν υπέρ της χαμηλής ομοιογένειας της κλίμακας. Το ίδιο συνέβη και με τις μελέτες των Bech και συν. (1981) οι οποίες έκριναν την κλίμακα ανομοιογενή. Μεταγενέστερες μελέτες, ωστόσο, άλλων ερευνητών έδωσαν αντιφατικά αποτελέσματα, ανάλογα με το δείγμα που χρησιμοποιούσαν.

Ο Per Bech έχει συνεισφέρει σημαντικά στην διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης εκδοχής της κλίμακας Hamilton. Το 1986 οι Bech και συν., δημοσίευσαν σε ένα συνοπτικό εγχειρίδιο κλιμάκων μία εκδοχή της κλίμακας, που είχε αναπτυχθεί σε συνεργασία με τον ίδιο τον Hamilton, στην οποία εξηγούσαν σαφέστερα τα κριτήρια βαθμολόγησης του κάθε ερωτήματος. Πρόκειται για την εκδοχή του DUAG (Danish University Antidepressant Group), που έτυχε ευρείας αποδοχής στην Ευρώπη. Η

μετάφραση της κλίμακας (της εκδοχής με τα 24 λήμματα) στα ελληνικά έχει γίνει από τον Β. Αλεβίζο (1981) (Φερεντίνος κ.συν., 2003).

Κλίμακα Zung

Η κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης του Zung αποτελεί ένα εργαλείο για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης με τη μορφή ερωτηματολογίου που καλύπτει συναισθηματικές, γνωσιακές, συμπεριφορικές και σωματικές πλευρές της καταθλιπτικής διαταραχής.

Περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 10 έχουν θετικό και οι υπόλοιπες 10 αρνητικό προσδιορισμό και συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή με τη βοήθεια, αν είναι αναγκαίο, κάποιου επαγγελματία υγείας. Κάθε ερώτηση έχει τέσσερις πιθανές απαντήσεις χρονικού περιεχομένου που περιγράφουν την εκτίμηση του ερωτώμενου και βαθμολογούνται αντίστοιχα από 1-4. Η συνολική βαθμολογία που συγκεντρώνει ο ερωτώμενος, αντιστοιχεί σε μια τιμή στον πίνακα του δείκτη SDS (self depression scale) και η τιμή αυτή οδηγεί στο τελικό συμπέρασμα.

Αναλυτικότερα, οι συνολικές τιμές κάτω του 50 θεωρείται ότι αντιστοιχούν σε φυσιολογικά πλαίσια χωρίς ενδείξεις ψυχοπαθολογίας, οι τιμές 50 - 59 αντιστοιχούν σε παρουσία ελάχιστης έως και ήπιας κατάθλιψης, οι τιμές 60 - 69 σε μέτριας έως σοβαρής και οι τιμές 70 και άνω σε σοβαρής έως βαριάς κατάθλιψης. Η κλίμακα συμπληρώνεται σε μικρό χρονικό διάστημα από άτομα που διατηρούν τη λειτουργικότητά τους, αλλά μπορεί να χρειαστούν έως και 30 λεπτά, ανάλογα με την ψυχοπαθολογία κάθε ερωτώμενου (Φερεντίνος κ.συν., 2003).

Κλίμακα Madrs (Montgomery - Asberg Depression Rating Scale)

Η Κλίμακα MADRS αποτελείται από 10 ερωτήματα που αφορούν στην εμφανή θλίψη, αναφερόμενη θλίψη, εσωτερική τάση, μειωμένο ύπνο, μειωμένη όρεξη, δυσκολίες στη συγκέντρωση, κόπωση, αδυναμία συναισθήματος, απαισιόδοξες σκέψεις και αυτοκτονικές σκέψεις. Η βαθμολόγηση πρέπει να γίνεται κατόπιν συνέντευξης με τον ασθενή, αρχίζοντας από γενικές ερωτήσεις με τα συμπτώματα του και σε συνέχεια με περισσότερο λεπτομερείς ερωτήσεις, που θα επιτρέψουν μια ακριβέστερη βαθμολόγηση και αξιολόγηση της σοβαρότητας του

περιστατικού. Ο αξιολογητής πρέπει να αποφασίσει αν η βαθμολογία της κάθε ερώτησης βρίσκεται στην κλίμακα (0, 2, 4, 6) ή μεταξύ των αριθμών αυτών (1, 3, 5) και τότε να αθροίσει και να καταγράψει το σύνολο της βαθμολογίας δεξιά της κάθε ερώτησης. Η συνολική βαθμολογία άνω του 12 θεωρείται ως ένδειξη κλινικής κατάθλιψης.

Τέλος, παρατηρείται πως μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις, ένας καταθλιπτικός ασθενής δεν μπορεί να βαθμολογηθεί στις διάφορες ερωτήσεις της κλίμακας MADRS. Εάν δεν είναι δυνατόν να ληφθούν ξεκάθαρες απαντήσεις από ένα ασθενή, πρέπει να συνεκτιμηθούν όλα εκείνα τα στοιχεία καθώς και οι πληροφορίες από άλλες κλίμακες και να χρησιμοποιηθούν σαν μια βάση αξιολόγησης μαζί με τη συνήθη κλινική πρακτική και τελικά να γίνει η ανάλογη βαθμολόγηση (Φερεντίνος κ.συν., 2003).

Κλίμακα Cesd (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

Η κλίμακα εκτίμησης της κατάθλιψης CESD περιλαμβάνει 20 ερωτήματα τύπου Likert τα οποία συνθέτουν καταστάσεις που πιθανά βίωσαν οι ερωτώμενοι κατά τις τελευταίες 30 ημέρες και λαμβάνει τιμές από 0-60. Τα ερωτήματα βαθμολογούνται με 0 για απαντήσεις "καθόλου ή σπάνια" (< 1 ημέρα), 1 για απαντήσεις "μερικές φορές" (3-4 ημέρες) και 3 για απαντήσεις "τον τελευταίο καιρό" (5-7 ημέρες). Η διάγνωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχει οριστεί διεθνώς στη βιβλιογραφία για συνολικές τιμές μεγαλύτερες από το 16 (Βλάχου κ.συν., 2013).

Ο έλεγχος της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της κλίμακας στον Ελλαδικό χώρο έγινε από τον Μαδιανό και συνεργάτες του και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε για την ανίχνευση και εκτίμηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Η αξιοπιστία δοκιμασίας - επαναδοκιμασίας βρέθηκε ικανοποιητική, ωστόσο, "παρόλο που η κλίμακα είναι δημοφιλής σε διεθνές επίπεδο, εκτεταμένη βιβλιογραφία που να αφορά την διαπολιτισμική αξιοπιστία και εγκυρότητα δεν υπάρχει" (όπ. αναφ. στους Βλάχου κ.συν., 2013).

6.6.3 Ψυχοδυναμική/Ψυχαναλυτική προσέγγιση

Η αιτία της κατάθλιψης σε αυτή την προσέγγιση είναι κυρίως η απώλεια κάποιου σημαντικού προσώπου. Σύμφωνα με τους Δίκαιο, Παππά και Παπαδημητρίου (2013) ο Freud, ιδρυτής της ψυχανάλυσης, είχε την άποψη ότι ανάμεσα στο πένθος και στην κατάθλιψη υπήρχαν πολλές ομοιότητες, ενώ μπορεί να οφείλονται και οι δυο καταστάσεις στα ίδια αιτία. Αφενός ότι το πένθος οφείλεται σε κάποια απώλεια, αφετέρου όμως μπορεί και η κατάθλιψη να οφείλεται σε κάποια απώλεια (φυσική και συναισθηματική).

Σε αυτήν την προσέγγιση υποστηρίζεται ότι η σχέση του ασθενή με το "αντικείμενο" που έχασε, είναι ανεπιθύμητη (ύπαρξη αγάπης και μίσους μαζί) . Όταν χάνεται το αντικείμενο, ο ασθενής κατευθύνει όλα τα συναισθήματα μίσους που έχει προς τον εαυτό του. Έτσι εξηγούνται και τα συναισθήματα αυτοκαταστροφής και μειωμένης αυτοεκτίμησης που υπάρχουν στην κατάθλιψη.

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η συγκεκριμένη προσέγγιση δεν ισχύει σε όλες τις περιπτώσεις κατάθλιψης. Για παράδειγμα, όταν ο καταθλιπτικός ασθενής πάσχει από κατάθλιψη σχετιζόμενη περισσότερο με βιολογικές και λιγότερο με ψυχολογικές αιτίες (Χριστοδούλου, 2000· Καλαντζή- Αζίζι & Ευσταθίου 2010).

Για να επιλεγθεί αυτού του τύπου η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να πληρούνται κάποια κριτήρια, τα οποία είναι η οργάνωση και αξιοπιστία της προσωπικότητας, η νεαρή ηλικία και η κλινική διάγνωση. Ο Freud έλεγε ότι η ψυχανάλυση είναι η θεραπευτική μέθοδος εκλογής για έναν μέσης μόρφωσης πανευρωπαϊκό, που δεν έχει φτάσει ακόμα στα πενήντα του.

Δηλαδή η ψυχανάλυση είναι η κατάλληλη θεραπεία για έναν ασθενή που έχει φόβο, υστερίες, ιδεοψυχαναγκασμούς, που τους αναγνωρίζει και μπορεί να συζητήσει το πρόβλημα του. Σύμφωνα με τον Freud η ψυχοθεραπεία αυτή δεν είναι κατάλληλη για ασθενείς που έχουν ψυχωσικά χαρακτηριστικά (<http://www.askitis.gr/>).

6.6.4 Συμπεριφορική προσέγγιση

Η συμπεριφοριστική θεωρία αναφέρει ότι η κατάθλιψη προκαλείται από αντίδραση του ασθενή σε περιβαλλοντικά γεγονότα που θα ήθελε να τα μεταθέσει. Η θεωρία αυτή, βασίζεται πάνω σε ένα πείραμα που έγινε σε ζώα. Στο πείραμα πήρανε ζώα και τα βάλανε σε έναν κλειστό χώρο, στον οποίο υπήρχε μόνο μια έξοδος, όπου είχαν τοποθετήσει ένα εμπόδιο με ηλεκτρικό ρεύμα (χαμηλή τάση ρεύματος). Τα ζώα λοιπόν, προσπαθώντας να ξεφύγουν θα έπεφταν πάνω στο ηλεκτρικό ρεύμα. Όταν καταλάβαιναν ότι είναι αδύνατον να περάσουν από εκεί, σταμάτησαν τις προσπάθειες. Ακόμα, και όταν οι ερευνητές έβγαλαν το εμπόδιο τα ζώα είχαν πάψει να προσπαθούν να ξεφύγουν.

Με αυτό το πείραμα οι ερευνητές παρατηρούσαν ότι τα πειραματόζωα εκδήλωσαν παρόμοια συμπεριφορά με αυτή του καταθλιπτικού ασθενή, δηλαδή αδράνεια και έλλειψη προσπάθειας να αλλάξουν την κατάσταση τους. Αυτό το πείραμα έχει την ονομασία «μαθημένη αβοηθητικότητα» (Καλαντζη-Αζιζι & Ευσταθίου, 2010).

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση λοιπόν, τονίζει ότι η κατάθλιψη προκύπτει από ένα ερέθισμα ή γεγονός. Παράγοντες που ευνοούν την κατάθλιψη είναι η έλλειψη θετικών ενισχυτών και κοινωνικών δεξιοτήτων, ενώ έχει βραχεία διάρκεια και εστιάζει στην ανάπτυξη αυτών.

6.6.5 Συστημική προσέγγιση

Η προσέγγιση αυτή έχει αντίστοιχη άποψη με την συμπεριφοριστική προσέγγιση. Θεωρεί, δηλαδή, ότι η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα αντίδρασης σε γρήγορες αλλαγές του συστήματος της οικογένειας. Όταν ο ασθενής βιώνει ως απειλή τις αλλαγές αυτές, τότε θυσιάζει τον εαυτό του ασυνείδητα, για να αποτρέψει τις αλλαγές που θα συμβούν (<http://www.askitis.gr/>).

6.6.6 Διαπροσωπική προσέγγιση

Η διαπροσωπική θεραπεία αναπτύχθηκε από τους Gerald Klerman, Myrna Weissman και συν. για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Έχει κοινά στοιχεία με την ψυχοδυναμική και τη γνωστική θεραπεία και βασίζεται στην υπόθεση ότι στην κατάθλιψη παίζει σημαντικό ρόλο το κοινωνικό και διαπροσωπικό περιβάλλον του ασθενή. Ειδικότερα, η διαπροσωπική προσέγγιση αναφέρει ότι διαταραγμένοι κοινωνικοί ρόλοι και μη ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις στην παιδική και ενήλικη ζωή μπορεί να προηγούνται ή να είναι συνέπειες καταθλιπτικών διαταραχών, μπορεί να διαδραματίζουν και αιτιολογικό ρόλο ή και να αποτελούν επικίνδυνη συνέπεια της κατάθλιψης.

Για τη λύση των διαπροσωπικών προβλημάτων, που είναι και ο βασικός στόχος της συγκεκριμένης προσέγγισης, χρησιμοποιούνται υποστηρικτικές και συμπεριφορικές στρατηγικές αλλά και κατευθυντικές και διερευνητικές μέθοδοι. Η διαπροσωπική θεραπεία περιλαμβάνει τρία καθορισμένα βήματα. Το πρώτο, αναφέρεται στην ανάπτυξη της κατανόησης του τι είναι η κατάθλιψη, βασισμένο σε κοινωνικά, βιολογικά και ιατρικά δεδομένα, με μία διάκριση που γίνεται ανάμεσα στη κανονική θλίψη και στη κλινική κατάθλιψη, και στον εντοπισμό συμπτωμάτων. Επίσης, εστιάζει στο προσδιορισμό του προβλήματος και καθορίζει το πλαίσιο και το συμβόλαιο για τη παρέμβαση.

Το δεύτερο βήμα, επικεντρώνεται στη τρέχουσα διαπροσωπική προβληματική περιοχή μέσω της αξιολόγησης οικογενειακών και φιλικών σχέσεων, και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Το τρίτο βήμα είναι και το τερματικό, κατά το οποίο συζητούνται τα συναισθήματα, αξιολογείται η πρόοδος, και παρόλο που το άτομο έχει συνήθως βελτιωθεί, υπάρχει ακόμη ένα σχεδιάγραμμα, το οποίο απομένει να γίνει χωρίς τη βοήθεια του θεραπευτή.

Εάν θεωρηθεί ότι υπάρχει λόγος να γίνει περαιτέρω παρέμβαση, η διαπροσωπική θεραπεία προτείνει να ακολουθηθεί το αρχικό σχεδιάγραμμα, και με τα τρία παραπάνω βήματα. Στη συνέχεια, θα υπάρξει διαπραγμάτευση σε ένα νέο διάγραμμα που καθορίζει τη συχνότητα των συνεδριών και ορίζει καινούριους στόχους, με κυριότερο τη διατήρηση της

ανάκαμψης. Σημαντικοί στόχοι είναι επίσης, και η ανακούφιση των τρέχων συμπτωμάτων της κατάθλιψης και η ανάπτυξη καλύτερων ικανοτήτων.

Η διάρκεια της διαπροσωπικής θεραπείας είναι βραχεία (12 – 16 εβδομαδιαίες συναντήσεις). Ο θεραπευτής είναι ενεργός, σύμμαχος του ασθενή που προσφέρει υποστήριξη, συμβουλές, καθυσύχαση, ενθάρρυνση και εκπαίδευση. Η στάση του, είναι ταυτόχρονα διερευνητική και κατευθυντική. Η θεραπευτική σχέση είναι ρεαλιστική και χρησιμοποιείται σαν μοντέλο για την ανάπτυξη διαπροσωπικών δεξιοτήτων.

Ο βασικός στόχος, λοιπόν, της διαπροσωπικής θεραπείας είναι η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής προσαρμογής, που έχει σαν αποτέλεσμα και τη βελτίωση της καταθλιπτικής διάθεσης, τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα (Austrian, 2005· Μάνου, 1997).

Οι ψυχοθεραπείες θεωρούνται ιδιαίτερα αποτελεσματικές εάν χρησιμοποιηθούν μαζί με φαρμακευτική αγωγή. Στη περίπτωση της κατάθλιψης πιο αποτελεσματικές θεραπείες, θεωρούνται η γνωσιακή και η διαπροσωπική προσέγγιση, ενώ η αποτελεσματικότητα της ψυχανάλυσης δεν έχει μελετηθεί αρκετά και υπάρχει δυσκολία στη μεθοδολογία διερεύνησης των ψυχαναλυτικών ερευνών. Η συμπεριφοριστική προσέγγιση είναι δύσκολο να επιλεγεί λόγω των γνωσιακών συμπτωμάτων. Θα πρέπει να τονιστεί ότι οι ψυχοθεραπείες είναι πολύ σημαντικές στη πρόληψη των υποτροπών της κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Ο όρος συννοσηρότητα ή αλλιώς παράλληλη νοσηρότητα εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία πριν 25 χρόνια. Στην αρχή διατυπώθηκε ως κατάσταση που δημιουργείται όταν κατά την κλινική πορεία κάποιας διαταραχής σε ένα άτομο παρουσιάζεται ή έστω συνυπάρχει κάποια άλλη διαταραχή, που να διαφέρει από την πρώτη. Με αυτόν τον όρο, η συννοσηρότητα αφορούσε αποκλειστικά την συνύπαρξη δυο

διαφορετικών ασθενειών μέσα στο ίδιο χρονικό διάστημα, χωρίς όμως να υπάρχει παράλληλη κλινική έκφραση αλληλεπικαλυπτόμενων συμπτωμάτων (Ραμπαβίλας, 1998).

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχιατρική διαταραχή που συνυπάρχει με χρόνια σωματικές νόσους και αναπηρίες, οι όποιες είναι απειλητικές ως προς την λειτουργικότητα ή τη ζωή του ασθενή και μπορεί να συνδέεται με σωματικά, ψυχιατρικά και νευρολογικά νοσήματα (Αγγελόπουλος, 2000).

7.1 Σωματικά νοσήματα και κατάθλιψη

Οι κυριότερες σωματικές καταστάσεις που εμφανίζονται συχνά, είναι η διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής, ο καρκίνος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι λοιμώξεις από ιούς (ηπατίτιδα, AIDS), αυτοάνοσες παθήσεις, ενδοκρινικές διαταραχές και μεταβολικές διαταραχές.

Καρδιολογικά νοσήματα

Τα καρδιολογικά νοσήματα προκαλούν το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηρότητας και την συχνότερη αιτία θανάτου. Αυτό και μόνο το γεγονός, είναι ικανό να προκαλέσει άγχος και φόβο στον ασθενή που πάσχει από κάποιο καρδιολογικό νόσημα. Ο φόβος προκαλεί συνεχή ψυχική καταπόνηση, άγχος και τελικά είναι δυνατό να οδηγήσει τον ασθενή σε κατάθλιψη. Η πρόγνωση της κατάθλιψης στα καρδιολογικά νοσήματα συνήθως διαπιστώνεται όταν ο ασθενής δεν τηρεί τις οδηγίες του γιατρού του. Αυτό μπορεί να συμβεί γιατί ο ασθενής αισθάνεται απελπισμένος και επομένως δεν έχει υψηλό κίνητρο για να ακολουθήσει τις αλλαγές στον τρόπο ζωής που του συνιστά ο γιατρός του.

Ο καταθλιπτικός ασθενής έχει την τάση να παραμένει αδρανής και παθητικός, να σκέφτεται συνεχώς απαισιόδοξα σενάρια για το μέλλον του και δεν έχει την ενεργητικότητα προκειμένου να ακολουθήσει το πρόγραμμα σωματικών ασκήσεων το οποίο είναι απαραίτητο μετά από μια καρδιολογική επέμβαση. Οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε

καρδιοχειρουργική επέμβαση έχουν ιδιαίτερο άγχος και διακατέχονται συχνά από φόβο για την ζωή τους. Αντίθετα, μετά την επέμβαση αισθάνονται απαλλαγμένοι από το καρδιολογικό πρόβλημα, όμως μπορεί να είναι επιφυλακτικοί με την επαναδραστηριοποίηση τους, να αισθάνονται ευάλωτοι και να αποφεύγουν να εκτίθενται ακόμα και σε ελάχιστη σωματική κόπωση. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε ψυχολογική παλινδρόμηση και σε περιθωριοποίηση τόσο στον χώρο της οικογένειας όσο και της εργασίας του. Αν δεν ανατραπεί αυτό το δυσμενές κλίμα είναι δυνατόν ο ασθενής να εμφανίσει κατάθλιψη.

Η μεταμόσχευση καρδιάς είναι μια άλλη περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει κατάθλιψη. Η επέμβαση αυτή γίνεται σε ασθενείς με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, των οποίων το προσδόκιμο επιβίωσης περιορίζεται σε λίγους μήνες. Λόγω της σωματικής τους κατάστασης, οι ασθενείς αυτοί είναι απελπισμένοι και συχνά εμφανίζουν πλήρη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ο ύπνος τους είναι έντονα διαταραγμένος αφ' ενός λόγω της καρδιακής τους ανεπάρκειας, αφ' ετέρου λόγω του άγχους τους. Πολλοί εκφράζουν το φόβο, μήπως κοιμηθούν και δεν ξυπνήσουν (Σακκάς, 1999).

Αναπνευστικά προβλήματα

Η βασική λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος είναι η αναπνοή η οποία αποτελεί ζωτική σημασία φυσιολογικής λειτουργίας. Οι συχνότερες διαταραχές που συνδέονται με την κατάθλιψη είναι οι τύποι δύσπνοιας. Τα συμπτώματα που παρατηρούνται σε ασθενή με αναπνευστικό νόσημα που συμπορεύεται με την κατάθλιψη είναι το αίσθημα ανησυχίας - αγωνίας, το οποίο βιώνεται ως επαπειλούμενη ασφυξία, κατά τη διάρκεια των ασθματικών κρίσεων ή σε περιπτώσεις επιδείνωσης των χρόνιων αποφρακτικών πνευμονοπαθειών.

Από μελέτες που έγιναν παρατηρήθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στα συμπτώματα των αναπνευστικών διαταραχών και της κατάθλιψης. Τα συμπτώματα του άγχους είναι συνήθη σε ασθματικούς ασθενείς και αποτελούν ένδειξη υποκείμενης καταθλιπτικής διαταραχής. Οι ασθενείς αυτοί συχνά βιώνουν ταχεία επιδείνωση της νόσου τους, γεγονός που

μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτικά επεισόδια. Φόβοι θανάτου ή μη-διαθεσιμότητας μηχανικού αερισμού είναι συνήθεις και η έντονη δυσχέρεια στην αναπνοή βιώνεται σαν μια πολύ τρομακτική εμπειρία και ο φόβος που τη συνοδεύει είναι πολύ σημαντικός παράγοντας πρόκλησης ψυχικών διαταραχών από τη βαρύτητα της σωματικής συμπτωματολογία καθαυτή.

Οι ασθενείς περιγράφουν καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. ατομική υγιεινή, ξύρισμα, χρήση του ανελκυστήρα κ.α.) σαν καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν ιδιαίτερο φόβο. Μέσω δε του φαύλου κύκλου φόβου, υπεραερισμού και δύσπνοιας, πανικού και αύξησης της αποφυγής, δευτερογενώς προκαλείται κατάθλιψη. Εκτός αυτού οι ασθενείς αυτοί τείνουν να αποφεύγουν τα συναισθήματα της κατάθλιψης, του άγχους, της ανησυχίας ή του θυμού, που ενδεχομένως να επιδεινώνουν τη δύσπνοια, έτσι η αποφυγή καταστάσεων και συγκινήσεων οδηγεί σε κοινωνική απόσυρση και σε περαιτέρω επιδείνωση της κατάθλιψης ζώντας "συναισθηματικά εγκλωβισμένοι".

Η αποφρακτική υπνική άπνοια χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια απογραφής του στόματος και του φάρυγγα κατά τον ύπνο. Οι βασικές εκδηλώσεις της νόσου είναι ο διαταραγμένος ύπνος, υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, οι διαταραχές της μνήμης και της συγκέντρωσης, οι πρωινές κεφαλαλγίες, οι μεταβολές της συμπεριφοράς και της σεξουαλικής λειτουργίας των ασθενών. Η κατάθλιψη και η αποφρακτική υπνική άπνοια εμφανίζουν κοινά συμπτώματα όπως αίσθημα κόπωσης, μείωσης της ενεργητικότητας και της σεξουαλικής διάθεσης και διαταραχές της συγκέντρωσης. Η θεραπεία που χρησιμοποιείται σε αυτήν την περίπτωση είναι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Η ινοκυστική νόσος είναι μια από τις συχνότερες κληρονομικές παθήσεις. Μεταβιβάζεται με τον υπολειπόμενο σωματικό τρόπο και στις περιπτώσεις αυτές η συμπτωματολογία σχετίζεται κυρίως με ανησυχία για το μέλλον, προοδευτική επιδείνωση της υγείας, την εικόνα του εαυτού ή οικογενειακά προβλήματα.

Η φυματίωση είναι μια ασθένεια που προσβάλλει τους πνεύμονες, υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία σχετικά με την επικράτηση και τη φύση της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Αναφερόμενα καταθλιπτικά συμπτώματα φαίνεται μάλλον να συνδέονται με κοινωνικοπολιτισμικούς συντελεστές,

όπως είναι απώλεια της εργασίας, η απώλεια ρόλου στην οικογένεια, η μακρά νοσηλεία ή η αντίληψη του ασθενούς ότι είναι μολυσμένος (Παπαρρηγόπουλος & Κουζούπης, 1999).

Πεπτικό σύστημα

Το πεπτικό σύστημα (όπως είναι η κινητικότητα και οι εκκρίσεις του γαστρεντερικού σωλήνα) είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο και επηρεάζεται εύκολα από ποικίλου συγκινησιακού και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στην κλινική διάγνωση γίνεται σαφής διάκριση μεταξύ οργανικών και λειτουργικών διαταραχών. Έτσι, με τον όρο λειτουργικές διαταραχές περιγράφεται ο συνδυασμός χρόνιων ή επαναλαμβανόμενων συμπτωμάτων που δεν δικαιολογούνται από δομικές ή βιοχημικές μεταβολές του οργανισμού σε αντίθεση με τις οργανικές διαταραχές. Έχει διαπιστωθεί ότι ένα ποσοστό του πληθυσμού με αυτού του τύπου τις διαταραχές εμφανίζει παράλληλα ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις και κυρίως κατάθλιψη.

Οι ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης εμφανίζονται δευτερογενές στις οργανικές διαταραχές όπως είναι το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, το κακοήθη νόσημα του γαστρεντερικού και στις φλεγμονώδεις παθήσεις των οργάνων του γαστρεντερικού συστήματος. Το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου συνοδεύεται και από μη γαστρεντερικά συμπτώματα όπως είναι η κόπωση, η ανορεξία και το αίσθημα παλμών. Η πολύ υψηλή συχνότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογίας στους ασθενείς με αυτήν την νόσο, επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι πρόκειται για μια διαταραχή της κινητικότητας του εντέρου στην παθοφυσιολογία της οποίας εμπλέκονται τόσο το κεντρικό νευρικό σύστημα όσο και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, χωρίς όμως να έχει καθοριστεί ο βαθμός συμμετοχής τους.

Η μη ελκωτική δυσπεψία είναι η νόσος κατά την οποία ο ασθενής περιγράφει συμπτώματα τα οποία εντοπίζονται στο επιγάστριο ή την οπισθοστερνική περιοχή (πόνος, ναυτία, εμετός, Λάουρα) χωρίς να διαπιστώνεται ύπαρξη οργανικότητας, και διαρκούν τουλάχιστον 4 εβδομάδες. Έχει διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ελκωτική δυσπεψία ήταν μονίμως περισσότερο αγχώδεις, καταθλιπτικοί και έντονα νευρωτικοί σε

σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες, ή ότι παρουσιάζουν ψυχοπαθολογία άλλου τύπου ανεξάρτητα από την ταυτόχρονη ύπαρξη ή μη των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της διαταραχής. Εντούτοις, έχει διατυπωθεί η εναλλακτική άποψη ότι τα δυσπρόσιτα ενοχλήματα της νόσου επηρεάζονται από την κατάθλιψη καθώς και από ψυχοπαθολογικά στοιχεία της προσωπικότητας.

Το κοιλιακό άλγος είναι γνωστό στα εξωτερικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων, όπου συνήθως απευθύνονται ασθενείς με κοιλιακό άλγος μη - οργανικής αιτιολογίας. Στο ιστορικό τους, συχνά ανευρίσκεται ψυχοπαθολογία, όπως άγχος και κατάθλιψη. Άλλοτε πάλι, διαπιστώνεται ότι κάποιο έντονο ψυχοτραυματικό γεγονός προηγήθηκε της εκδήλωσης του κοιλιακού άλγους. Αντίθετα, έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς με λειτουργικού τύπου συμπτωματολογία από το γαστρεντερικό, για την οποία όμως δεν συνηθίζουν να αναζητούν ιατρική βοήθεια, εμφανίζουν ψυχοπαθολογία σε ποσοστό αντίστοιχο των υγιών μαρτύρων.

Η σκωληκοειδίτιδα είναι ένα από τα συνηθέστερα αίτια οξείας χειρουργικής κοιλίας. Αρκετά συχνά όμως τα ιστολογικά ευρήματα δεν επιβεβαιώνουν την ύπαρξη φλεγμονής. Φαίνεται δηλαδή ότι ένας σημαντικός αριθμός ασθενών υποβάλλεται σε σκωληκοειδεκτομή χωρίς ουσιαστικό λόγο. Έχει αποδειχθεί ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση του κοιλιακού πόνου που οδηγεί στην διάγνωση οξείας σκωληκοειδίτιδας και τελικά σε χειρουργική επέμβαση.

Η αντιμετώπιση των λειτουργικών διαταραχών αποσκοπεί στην αντιμετώπιση αφ' ενός μεν των σωματικών συμπτωμάτων, αφ' ετέρου δε της συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης χρήσιμα είναι τα αντικαταθλιπτικά και όταν υπάρχει η δυνατότητα, οι ασθενείς μπορούν να αντιμετωπισθούν και ψυχοθεραπευτικά. Η συμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπεία έχει αποδειχθεί ευεργετική για πολλούς ασθενείς με ευερέθιστο έντερο. Υπάρχει όμως μια μελέτη που δείχνει ότι η βραχεία συμπεριφορική ψυχοθεραπεία βελτιώνει μεν τα συμπτώματα των ασθενών με λειτουργική δυσπεψία, αλλά δεν επηρεάζει τα ψυχολογικά συμπτώματα. Σε αντίθεση με την ψυχοδυναμική τύπου ψυχοθεραπεία που φαίνεται να έχει εξαιρετικά αποτελέσματα στην καταπολέμηση της κατάθλιψης, υπερτερώντας ακόμη και της κλαδικής

φαρμακευτικής αντιμετώπισης με σημαντικό όμως μειονεκτικά το μακροχρόνιο θεραπευτικό έργο.

Η διαπίστωση της παρουσίας μιας οργανικής πάθησης αποτελεί από μόνη της ψυχοπιεστικό γεγονός. Οι αντιδράσεις διαφοροποιούνται ανάλογα με τη σοβαρότητα της ασθένειας, την ψυχολογική μεταβλητότητα του ασθενούς και διάφορες άλλες κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. Η αρχική αγχώδης αντίδραση μπορεί με την πάροδο του χρόνου είτε να αφηθεί είτε να οδηγήσει στην εγκατάσταση μιας τυπικής καταθλιπτικής διαταραχής. Βασικοί παράγοντες που καθορίζουν την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στους ασθενείς με παθήσεις του γαστρεντερικού είναι η ύπαρξη ενοχλητικών συμπτωμάτων και η επιβολή συνθηκών που είναι περιοριστικές ή εξαναγκάζουν τον ασθενή σε αλλαγή του τρόπου ζωής του.

Το γαστρικό έλκος σύμφωνα με την κλαδική ψυχοσωματική θεωρία, οι ελκοπαθείς βιώνουν έντονα τη ματαίωση της υπερβολικής τους ανάγκης να αποτελούν αντικείμενο φροντίδας και αγάπης. Ασυνείδητα αυτή η ανάγκη εκφράζεται διττά τόσο ως έντονη επιθυμία όσο και ως θυμός, που στο σωματικό επίπεδο εκφράζεται με μόνιμη συμπαθητική υπερδραστηριότητα και τελικά με αυξημένη γαστρική έκκριση. Έτσι η κατάθλιψη με την οποία πολλές φορές συνυπάρχει είναι μάλλον αποτέλεσμα της χρονιότητας της νόσου, που συνεπάγεται με διαρκή σωματικά ενοχλήματα και καθορισμένο διαιτολόγιο. Τα συμπτώματα που παρατηρούνται είναι συχνό άγχος, αισθήματα ενοχής, νευρωτισμό ή άλλες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, ενώ αναφέρουν την ύπαρξη περισσότερων ψυχοτραυματικών γεγονότων ζωής.

Η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn είναι χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα αγνώστου αιτιολογίας, που χαρακτηρίζονται από εξάρσεις και υφέσεις προκαλούν ποικίλου βαθμού βλάβες του βλεννογόνου του έντερου και τοπικές ή συστηματικές επιπλοκές. Έτσι, η φύση της συμπτωματολογίας, η σοβαρότητα και η χρονιότητα της, οι επιπλοκές, οι πολύπλοκοι και συχνά ανεπιτυχείς θεραπευτικοί χειρισμοί, και οι παρενέργειες των φαρμάκων προκαλούν αίσθημα εξάντλησης στον ασθενή και έχουν άμεση επίπτωση στην ψυχική του ισορροπία.

Η διάγνωση της συναισθηματικής διαταραχής στις περιπτώσεις καρκίνου του γαστρικού βασίζεται σε ψυχολογικά κυρίως συμπτώματα όπως είναι η έλλειψη χαράς, η έλλειψη ενδιαφερόντων και οι σκέψεις

αυτοκτονίας. Στην διάγνωση, στην εγκατάσταση και την επιδείνωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας συμβάλουν και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου όπως είναι η χημειοθεραπείες, η ακτινοθεραπεία, κάποια φάρμακα που έχουν καταθλιπτικογόνες παρενέργειες αλλά και οι χειρουργική θεραπεία.

Η αντιμετώπιση των οργανικών γαστρεντερικών διαταραχών πραγματοποιείτε με αντικαταθλιπτικά και αν υπάρχει αϋπνία χρησιμοποιούνται και υπνωτικά. Δεν υπάρχει κάποια μελέτη που να συνιστά κάποια συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Γενικά φαίνεται να υπερτερεί η γνωστική - συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, που αποβλέπει κυρίως στην τροποποίηση των νοσογόνων γνώσεων του ασθενούς, στην υιοθέτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των καθημερινών προβλημάτων του και στην επανάκτηση της χαμένης του αυτοπεποίθησης.

Ηπατικές παθολογικές καταστάσεις που συνοδεύοντας από ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις είναι η ιογενής ηπατίτιδα, η κίρρωση του ήπατος και η μεταμόσχευση του ήπατος. Η ηπατίτιδα τύπου Β θεωρείται από ορισμένους μελετητές ως νόσος που προδιαθέτει στην εμφάνιση συνδρομής χρόνιας κόπωσης με έντονα καταθλιπτικά χαρακτηριστικά. Στις περιπτώσεις αυτές η διάγνωση είναι δυσχερής, λόγω της ύπαρξης συμπτωμάτων που αλληλοκαλύπτονται, όπως η ανορεξία, η απώλεια βάρους και το αίσθημα κόπωσης. Σε περιπτώσεις μεταμοσχεύσεων ήπατος πρέπει να διερευνάται το ενδεχόμενο ύπαρξης ενεργού ή προηγηθείσας ψυχοπαθολογίας πριν υποβληθεί ο ασθενής με ηπατική ανεπάρκεια σε μεταμόσχευση.

Μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν ότι υπάρχει κάποια ειδική σχέση ανάμεσα του καρκίνου του παγκρέατος και της κατάθλιψης. Η συσχέτιση αυτή θα μπορούσε να αποδοθεί είτε στο γεγονός ότι ορισμένα συμπτώματα του καρκίνου του παγκρέατος όπως αδυναμία, η ανορεξία, η απώλεια βάρους και η εύκολα κόπωση, παραπέμπουν στην κατάθλιψη είτε σε σχετική δυσκολία διάγνωσης του συγκεκριμένου καρκίνου στα αρχικά στάδια. Έχει πάντως αποδειχθεί ότι ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος εμφανίζουν κατάθλιψη, συχνότερα από άλλους ογκολογικούς ασθενείς (Ψάρρος & Παπαρηγόπουλος, 1999).

Μυοσκελετικές παθήσεις

Οι κυριότερες παθήσεις του μυοσκελετικού που μπορεί να συνοδεύονται από καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα, η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος και η ινομυαλγία. Η διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με μυοσκελετικές παθήσεις κατά κανόνα υποδιαγιγνώσκεται. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται, στη μάλλον ανεπαρκή ιατρική εκπαίδευση ιατρών, στο γεγονός ότι τα ψυχιατρικά συμπτώματα συχνά θεωρούνται δευτερεύουσας σημασίας και σε σχέση με τα σωματικά συμπτώματα και τέλος στην ύπαρξη μεταξύ των συμπτωμάτων κατάθλιψης και της μυοσκελετικής νόσου.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι αυτοάνοση συστηματική πάθηση και υπάγεται στα νοσήματα του μυοσκελετικού και του συνδετικού ιστού. Ενοχοποιεί τους ψυχολογική αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες όπως αδυναμία έκφρασης των συναισθημάτων, ύπαρξη χαρακτηριστικού τύπου προνοσηρής προσωπικότητας, ύπαρξη ειδικού τύπου ενδοοικογενειακών σχέσεων και συνεχής παρουσία στρες. Στην εκδήλωση της κατάθλιψης παίζει ρόλο η χρονιότητα της νόσου, η προκαλούμενη σωματική παραμόρφωση που μπορεί να φτάσει μέχρι την σοβαρή αναπηρία ή μεγάλη μείωση της λειτουργικότητας - παραγωγικότητας του πάσχοντος. Φαίνεται όμως, ότι η κατάθλιψη στη ρευματοειδή αρθρίτιδα συνδέεται περισσότερο με το κοινωνικό στρες παρά με την ίδια τη σωματική ανικανότητα που προκαλείται από τη νόσο.

Η εκφυλιστική αρθροπάθεια προσβάλλει πολύ συχνότερα τις γυναίκες από τους άντρες και οδηγεί σε μεγάλο βαθμό περιορισμό της λειτουργικότητας και των δραστηριοτήτων των ασθενών. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η κατάθλιψη στη χρόνια αυτή οστεοαρθρίτιδα είναι εξίσου συχνή με την κατάθλιψη στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Προφανώς, όπως και στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, παράγοντες που σχετίζονται με την εικόνα του σωματικού εγώ και τον περιορισμό της λειτουργικότητας των ασθενών παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη δευτερογενούς καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Η αντιμετώπιση που ακολουθείται σε αυτή την περίπτωση εκτός από φαρμακευτική θα πρέπει να είναι ψυχοθεραπευτική ώστε να μπορέσει να βοηθήσει στενευμένα στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης, στην ψυχολογική αποδοχή των σωματικών παραμορφώσεων και στην εκμάθηση εναλλακτικών δεξιοτήτων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην καθημερινή ζωή των ασθενών.

Η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα είναι μία πολυσυστηματική νόσος που προσβάλλει τις αρθρώσεις, το καρδιαγγειακό σύστημα και τους οφθαλμούς. Η εμφάνιση της κατάθλιψης στους ασθενείς που πάσχουν από αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα αποδίδεται στο χρόνιο πόνο, στην παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης και στον επακόλουθο περιορισμό της κινητικότητας που δυσχεραίνει σε μεγάλο βαθμό την καθημερινή λειτουργικότητα. Οι παράγοντες αυτοί σε συνάρτηση με την πρόωμη έναρξη της νόσου και τη χρονιότητα της επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, οι οποίοι επιπλέον αναγκάζονται να προσαρμοστούν στους εκάστοτε περιορισμούς που επιβάλλονται από τη διαρκώς μεταβαλλόμενη πορεία της νόσου.

Ο συστηματικός ερυθριματώδης λύκος αποτελεί πολυσυστηματική νόσο της ώριμης νεανικής ηλικίας, με πολύ συχνότερη εμφάνιση στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες. Οι εκδηλώσεις είναι πολύμορφες είτε αφορούν μεμονωμένα όργανα είτε πολλά συστήματα ταυτόχρονα. Η ψυχολογική συμπτωματολογία εμφανίζεται συνήθως στα όψιμα στάδια της νόσου και επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια των υποτροπών της. Ψυχιατρική συμπτωματολογία μπορεί να περιλαμβάνει εικόνες οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις καθώς και ψυχοκοινωνική ανησυχία. Η θεραπεία σε αυτή την περίπτωση γίνεται με αντικαταθλιπτικά στεροειδών ουσιών.

Η ινομυαλγία περιλαμβάνεται στις παθήσεις του συνδετικού ιστού είναι άγνωστης αιτιολογίας και χαρακτηρίζεται από διάσπαρτα αλγεινά σημεία στο σώμα. Αναφέρεται ότι ασθενείς με πρωτοπαθές σύνδρομο ινομυαλγίας χαρακτηρίζονται από παθητικοεξαρτητικότητα, ψυχαναγκαστική δομή προσωπικότητας, εξιδανίκευση των οικογενειακών σχέσεων, η δυσπροσαρμοστική αντίδραση στην απώλεια και υπερβολική εργατικότητα. Μελέτες παρουσιάζουν ότι η ινομυαλγία είναι πιο συχνό να παρουσιάσει κατάθλιψη από την ρευματοειδή αρθρίτιδα ή η εκφυλιστική αρθροπάθεια.

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης του μυοσκελετικού γίνεται με φαρμακευτική αγωγή σε χαμηλές δόσεις αντικαταθλιπτικών ή σε συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας. Η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει κυρίως υποστηρικτική και γωνιακή-συμπεριφορική τύπου ψυχοθεραπεία επίσης θετικά αποτελέσματα εμφανίζονται στη χρήση γωνιακής- συμπεριφορικής θεραπείας σε συνδυασμό με ψυχόεκπαιδευτικές παρεμβάσεις (Παπαρρηγόπουλος & Κουζούπης, 1999).

Ενδοκρινικές διαταραχές

Οι συναισθηματικές διαταραχές και κυρίως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή έχει παρατηρηθεί με ασυνήθιστα υψηλή συχνότητα σε ασθενείς που εμφανίζουν ενδοκρινικές διαταραχές. Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται σε αυτή την κατηγορία είναι ζαχαρώδης διαβήτης, οι παθήσεις του θυρεοειδούς, οι παθήσεις των επινεφρίδιων και οι παθήσεις των παραθυρεοειδών.

Ο ζαχαρώδης διαβήτης φαίνεται να παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα πολύ συχνά και για αυτό το λόγο χρειάζεται προσεκτική ψυχιατρική εκτίμηση. Συμπτώματα που συνυπάρχουν με την κατάθλιψη είναι κόπωση, λήθαργος, μείωση γωνιακών λειτουργιών, εμβροντησία και κώμα. Σε αυτή την περίπτωση η κατάθλιψη μπορεί να δρα αρνητικά στη συμμόρφωση του ασθενούς ως προς την καλή ρύθμιση του διαβήτη τελεία η εμφάνιση της μείζονος κατάθλιψης φαίνεται να έχει δυσμενή επίδραση στη θεραπεία των ασθενών με διαβήτη. Μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν λιγότερη συχνή παρακολούθηση.

Η χρήση των αντικαταθλιπτικών για τη θεραπεία της κατάθλιψης στους διαβητικούς χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Μερικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να επιδεινώσουν την ορθοστατική υπόταση που συνοδεύει την διαβητική αυτόνομη νευροπάθεια. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά τείνουν να προκαλέσουν αύξηση της όρεξης για λήψη υδατανθράκων και συνοδεύονται από σημαντική αύξηση του βάρους και της γλυκόζης του αίματος. Η χορήγηση των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης

σεροτονίνης συνοδεύονται από ελαφρά μείωση της γλυκόζης και το βάρος του σώματος.

Ο υποθυρεοειδισμός και η κατάθλιψη φαίνεται να είναι η δεύτερη σε σχέση με τις διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών που θεωρείται το πιο συχνό ψυχιατρικό συμπτωμά σε όλους τους υποθυρεοειδικούς ασθενείς. Οι διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών είναι τα πιο συχνά ψυχιατρικά συμπτώματα στον υποθυρεοειδισμό, η βαρύτητα των διαταραχών αυτών ποικίλει από μία ελαφρά υποκειμενική επιβράδυνση γνωστικών λειτουργιών έως σοβαρή delirium και εγκεφαλοπάθεια. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται συνήθως σε αυτή την κατηγορία σε συνδυασμό με την κατάθλιψη είναι ευερεθιστότητα, άγχος, συναισθηματική μεταβλητότητα, κατάθλιψη με ψυχοκινητική ανησυχία, απάθεια, ανησυχία, διάσπαση προσοχής, δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων και αϋπνία.

Για τον υπερθυρεοειδισμό η συχνότητα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι μεγάλη. Η ψυχολογική συμπτωματολογία που μπορεί να υπάρχει είναι αβουλία, λήθαργο, κόπωση, μείωση γνωστικών λειτουργιών και πνευματική επιβράδυνση. Συμπτώματα της μείζον καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να προηγούνται, σε μερικούς ασθενείς, της εμφάνισης των σωματικών εκδηλώσεων του υπερθυρεοειδισμού. Η θεραπεία που χρησιμοποιείται σε αυτή τη κατηγορία είναι η χορήγηση φαρμάκων με συστατικό την βενζοδιαζεπίνη η οποία ανακουφίζει από το άγχος και την ανησυχία του υπερθυρεοειδισμού. Η χρήση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών μπορεί να επιτείνει την ταχυκαρδία ή να προκαλέσει αρρυθμίες.

Υπερκορτιζολαιμία είναι επίσης, μία νόσος που μπορεί να συνυπάρχει με την κατάθλιψη. Τα ψυχολογικά συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζονται είναι άγχος, αυτοκτονικός ιδεασμός, μείωση μνήμης, δυσκολίες προσανατολισμού στο χώρο και ευερεθιστότητα. Επίσης σε αυτή την περίπτωση υπάρχει αυξημένο ποσοστό επικράτηση αποπειρών αυτοκτονίας. Τέλος η συγκεκριμένη νόσος εμφανίζει λιγότερη καλή ψυχιατρική αποκατάσταση μετά τη θεραπεία της ενδοκρινικής διαταραχής.

Η υπόκορτιζόλαιμια είναι σχετικά σπάνιο να εμφανίσει ψυχικά συμπτώματα. Στον υπερπαραθυρεοειδισμό τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται όταν τα επίπεδα του ασβεστίου είναι ελαφρά ή μέτρια

ανεβασμένα. Τα ψυχικά συμπτώματα που παρατηρούνται είναι δυσφορία, αϋπνία, άγχος και ευερεθιστότητα. Υποπαραθυρεοειδισμός τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι ευερεθιστότητα, άγχος, και συμπτώματα γνωστικών λειτουργιών (Βαϊδάκης, 1999).

Νεφρική ανεπάρκεια

Η νεφρική ανεπάρκεια διακρίνεται σε οξεία και χρόνια φάση. Στην οξεία της μορφή, η νεφρική ανεπάρκεια εγκαθίσταται πολύ γρήγορα και είναι δυνητικά αναστρέψιμη, ενώ στη χρόνια η έκπτωση νεφρικής λειτουργίας συνήθως γίνεται προοδευτικά, και είναι μη αναστρέψιμη. Και στις δύο μορφές το αποτέλεσμα είναι να αθροίζονται μεταβολικά - τοξικά προϊόντα που φυσιολογικά αποβάλλονται από τους νεφρούς. Η μοναδική ριζική θεραπεία της νεφρικής ανεπάρκειας σταδίου είναι η μεταμόσχευση νεφρού.

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή η οποία μπορεί να συνοδεύει την νεφρική ανεπάρκεια είναι από μόνη της μία σοβαρή και μερικές φορές απειλητική για τη ζωή ψυχιατρικά διαταραγμένο ασθενή. Το ποσοστό των αυτοκτονιών ενώ βρίσκεται σε θεραπεία αποκατάστασης είναι υψηλό. Η αιτιολόγηση συννοσηρότητας των δύο αυτών ασθενειών είναι κυρίως η απώλεια της υγείας, της ελευθερίας δραστηριοτήτων, της ικανότητας για επαγγελματική απασχόληση καθώς και οι αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις είναι μερικά μόνο από τα σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Σε αυτά θα πρέπει να προστεθεί και η συνεχής απειλή περαιτέρω επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας τους με αποτέλεσμα τη ριζική αλλαγή του τρόπου ζωής τους.

Σε κάποιες περιπτώσεις η κατάθλιψη επιμένει μετά από μία επιτυχή μεταμόσχευση ίσως αυτό οφείλεται στο ξένο όργανο που πρέπει να ενσωματωθεί στη σωματική εικόνα του ασθενή ενώ άλλες φορές αποδίδεται στη φαντασίωση ανησυχιών του δέκτη ότι θα αποκτήσει μέσω του μοσχεύματος κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του δότη. Τα ψυχικά συμπτώματα που υπάρχουν στη νεφρική ανεπάρκεια είναι ευερεθιστότητα, αίσθημα κόπωσης, απώλεια της ενεργητικότητας, περιορισμός του

ενδιαφέροντος για την καθημερινότητα, η απάθεια, ανορεξία, απώλεια βάρους, μειωμένη libido και αυπνία. Η καταθλιπτική διάθεση, επιβράδυνση της σκέψης, μειώνει την ικανότητα συγκέντρωσης, ιδέες αναξιότητας, ένοχη ή ακόμα και αυτοκαταστροφή ομολογεί συμπεριφορά.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση σε αυτή την περίπτωση απαιτεί συστηματική παρακολούθηση και θεραπεία και πρέπει να θεωρείται ως αναμενόμενη και αναπόφευκτη συνέπεια της σωματικής νόσου που δεν επιβάλει ειδική αντιμετώπιση. Η φαρμακευτική θεραπεία που αποβάλλεται από τα νεφρά είτε αναλλοίωτα είτε με τη μορφή ενεργών μεταβολιτών, πρέπει να αποφεύγονται στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Επίσης η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική, οι κίνδυνοι όμως από τη χορήγηση αναισθησίας κατά τις συνεδρίες είναι αυξημένη στις περιπτώσεις νεφρικής ανεπάρκειας. Η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί εναλλακτική θεραπεία προσεγγίσεις, όπως συμβάλλει και σε άλλα χρόνια νοσήματα που συνοδεύονται από κατάθλιψη ή άλλες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις. Ειδικά η γνωσιακού τύπου θεραπεία, η οποία αποσκοπεί στην αναδόμηση δυσλειτουργικών πεποιθήσεων που σχετίζονται με την ασθένεια και τη γενικότερη κατάσταση του πάσχοντος, φαίνεται ότι έχει καλά αποτελέσματα (Παππά & Παπαρρηγόπουλος, 1999).

Καρκίνος

Η διάγνωση του καρκίνου προκαλεί έντονη συναισθηματική αναστάτωση. Το αρχικό σοκ και δυσπιστία, ακολουθούνται από αγχώδη και καταθλιπτικά στυπώματα, θυμό, διαταραχή του ύπνου και του και τις ορέξεις, δυσκολία συγκέντρωσης και επιτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων, έμμονες ιδέες σχετικά με τη διάγνωση και φόβο για το μέλλον. Αυτές είναι φυσιολογικές αντιδράσεις που διαρκούν 1 με 2 εβδομάδες. Στους μήνες που ακολουθούν οι ασθενείς πρέπει να προσπαθήσουν να προσαρμοστούν σε δύο κύριος πράγματα στην αβεβαιότητα ως προς την επιβίωση και σε μία τοξική θεραπεία που ορίζει ποικιλοτρόπως τη ζωή του. Ψυχολογικά συμπτώματα που εμφανίζονται

είναι δυσφορική διάθεση, αίσθημα απελπισίας, αδιέξοδο, αβοήθητοτητα, αναξιότητα, ενοχής και απώλειας αυτοπεποίθησης. Ενδείξεις που πρέπει να μας βάλουν σε υποψία είναι η μειωμένη ενεργητικότητα, σεξουαλική δυσλειτουργία, μειωμένη εργατική απασχόληση και κοινωνική απομόνωση. Η θεραπεία σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο θα πρέπει να παρεμβαίνει και να εστιάζει η θεραπεία σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο θα πρέπει να παρεμβαίνει και να εστιάζει

- Ø στην αναζήτηση, δημιουργία και χρησιμοποιήσει κάθε διαθέσιμου συστήματος κοινωνικής υποστήριξης,
- Ø την διευκόλυνση της συναισθηματικής έκφρασης του ασθενή και στην ανοιχτή συζήτηση και των φόβων και των ανησυχιών του,
- Ø στην διευκόλυνση του ασθενή να δει τις ευκαιρίες που του απομένουν στην πορεία της ασθένειας του και να τις χρησιμοποιήσει διευκολύνοντας τον να επαναπροσδιορίσει στόχους και προτεραιότητες,
- Ø στην εκπαίδευση του σε ικανότητες που διευκολύνουν τις ανάγκες του.

Σε περιπτώσεις που η κατάθλιψη παρατείνεται για περισσότερο από δύο εβδομάδες και παρεμβαίνει στη λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής ή την θεραπεία του ασθενούς ή όταν υπάρχει πληθώρα αρνητικών ιδεών, δυσκολία συγκέντρωσης, βραδυψυχισμός, πρώιμη αφύπνιση και έντονη διακύμανση της διάθεσης μέσα στη μέρα ή αυτοκτονικός ιδεασμός σκόπιμο είναι να χορηγηθεί η κατάλληλη αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή (Ζέρβας, 1999).

AIDS

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις στην μόλυνση με HIV και στην νοσήσει από AIDS μοιάζουν εν μέρει με εκείνες που παρατηρούνται στον καρκίνο έχουν όμως και ειδικά χαρακτηριστικά, κυρίως λόγω των ανώτερων κοινωνικών επιπτώσεων που επιφέρει η διάγνωση. Το στίγμα που συνδέεται με τη νόσο, ο φόβος του κοινωνικού συνόλου για μεταδοτικότητα, η απόρριψη που υφίστανται πολλοί ασθενείς από το οικογενειακό, κοινωνικό, και εργατικό περιβάλλον, συνδυασμένα με ένα νεαρό ηλικιακό φάσμα όπου υπό συνθήκες συνθήκες, δεν αναμένεται μοιραία νόσος, δημιουργούν τις ιδιαίτερες συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσονται τα νευροψυχιατρικά

προβλήματα. Αυτά είναι δύο ειδών τα νευροβιολογικά φαινόμενα που προκαλεί η νόσος και τα ψυχοβιολογικά φαινόμενα που αφορούν προσπάθειες να αντιμετωπιστούν ψυχολογικά οι μετάβαση από το ένα στάδιο της νόσου στο άλλο. Τα συμπτώματα άγχους και οι μηχανισμοί άμυνας που πυροδοτούνται από το άγχος συνοδεύουν αυτά τα σημεία μετάβασης. Χαρακτηριστικό επίσης είναι το υψηλό ποσοστό αυτοκτονίας που τροφοδοτούμενου από τις κοινωνικές διακρίσεις και προκαταλήψεις σε βάρος των ασθενών, είναι μεγαλύτερο από οποιαδήποτε άλλη χρόνιας νόσου. Τα αιτία της εμφάνισης της κατάθλιψης στην HIV ποικίλες:

- Ø πρώτον ο ψυχολογικός αντίκτυπος της διάγνωσης, είναι μεγάλος και η δοκιμασία στην οποία υποβάλλει τους ψυχολογικούς προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντίστοιχη,
- Ø δεύτερον, ο ιός ο ίδιος είναι νευροτρόπος και προσβάλλει υποφλοιώδη κέντρα πού είναι γνωστό ότι συνδέονται βιολογικά με την εκδήλωση κατάθλιψης,
- Ø τρίτον οι ομάδες που προσβάλλει η νόσος (ομοφυλόφιλους, χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών) έχουν επίσης υψηλό κίνδυνο για κατάθλιψη ανεξάρτητα από την μόλυνση του,
- Ø και τέταρτον αλλά με μικρή συνεισφορά στην αιτιολογία και πολλά από τα αντινεοπλασματικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται μπορούν δυνητικά να προκαλέσουν κατάθλιψη.

Τα σωματικά συμπτώματα, όπως οι διαταραχές της όρεξης και του ύπνου, η κόπωση και η απώλεια βάρους μπορεί να οφείλονται στην ίδια τη νόσο πράγμα που ισχύει και για πολλά από τα νευροψυχολογικά συμπτώματα που προκαλεί η ίδια η επίδραση του ιού στον εγκέφαλο. Το γεγονός αυτό δυσκολεύει τη διαδικασία της διάγνωσης. Η αντιμετώπιση της νόσου μπορεί να γίνει με ομαδική ή ατομική ψυχοθεραπεία και με χρήση φαρμακευτικής αγωγής τουλάχιστον σε ασθενείς με αντιδραστική κατάθλιψη, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η αυτοκτονικότητα σε αυτή την περίπτωση είναι μείζον θέμα και πρέπει κανείς να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας (Ζέρβας, 1999).

7.2 Νευρολογικά νοσήματα και κατάθλιψη

Οι ασθενείς με νευρολογικά νοσήματα αποτελούν ετερόκλητη ομάδα στην οποία περιλαμβάνονται άτομα με συγγενή νευρολογικά νοσήματα, βλάβες του νευρικού συστήματος, συνέπεια τραυματισμών ή αγγειακών επεισοδίων και εκφυλιστικές νευρολογικές παθήσεις. Οι συνηθέστερες ψυχολογικές αντιδράσεις στη συνειδητοποίηση της αναπηρίας, είναι φόβος, άγχος, άρνηση, εσωτερικευμένος θυμός, επιθετικότητα, αποδοχή και τέλος προσαρμογή. Οι πιο συχνοί τραυματισμοί του νευρικού συστήματος, αφορούν τον εγκέφαλο ή το νωτιαίο μυελό. Στους τραυματισμούς του εγκεφάλου, εκτός από τα πιθανά προβλήματα κινητικότητας, είναι δυνατό να υπάρχουν και διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών που επιβαρύνουν το συνολικό βαθμό της αναπηρίας.

Στο αγγειακό επεισόδιο η συχνότητα της κατάθλιψης είναι πολύ μεγάλοι. Η θεραπεία στη συγκεκριμένη περίπτωση γίνεται σε συνδυασμό με την φυσικοθεραπεία για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας σε συνδυασμό με την παροχή πρακτικών συμβουλών και εκπαίδευσης για την αντιμετώπιση των δυσκολιών της καθημερινότητας.

Στη σκλήρυνση κατά πλάκας η κατάθλιψη είναι συχνότερα παρατηρούμενη συναισθηματική αντίδραση, μολονότι κατά το παρελθόν η ευφορία θεωρείτο ως το συνηθέστερο ψυχιατρικό σύμπτωμα. Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης στη σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να διαφοροποιείται σημαντικά από άρρωστο σε άρρωστο. Φαίνεται ότι σε πολλές περιπτώσεις η κατάθλιψη δεν διαγιγνώσκεται επαρκώς, επειδή εκδηλώνεται μόνο με σωματικά συμπτώματα όπως κόπωση και αδυναμία που συχνά δεν μπορούν να διαφοροδιαγνωστούν από αντίστοιχες οργανικές εκδηλώσεις της υποκείμενης νόσου.

Αντίστροφα έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι η κατάθλιψη σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να υπερδιαγιγνώσκεται, επειδή τα σωματικά συμπτώματα της νόσου να εκλαμβάνονται εκ λάθους ως καταθλιπτικά. Η θεραπεία της κατάθλιψης στην σκλήρυνση κατά πλάκας πρέπει να γίνεται κυρίως με αντικαταθλιπτικά φάρμακα ενώ παράλληλα θα πρέπει να λαμβάνονται και θα κατάλληλα ψυχοκοινωνικά μέτρα αντιμετώπισης που αφορούν τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του.

Το σύνδρομο χρόνιου πόνου είναι μία άλλη κατάσταση δεν αποτελεί κάθε αυτή νευρολογική νόσο αλλά εμφανίζεται συχνά στα άτομα με χρόνιες νευρολογικές ή πολυσυστημικές παθήσεις και παρουσιάζει πολύ υψηλά ποσοστά κατάθλιψης. Η σχέση έτσι αιτίου και αποτελέσματα μεταξύ πόνου και κατάθλιψη είναι ίδια αν και είναι πιθανό ότι, περισσότερες τουλάχιστον περιπτώσεις που προκαλείται προκαλεί την κατάθλιψη οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν κατάθλιψη μετά την έναρξη του χρόνιου πόνου σε αρκετές περιπτώσεις δύο καταστάσεις εμφανίζονται ταυτόχρονα και σε πολύ λιγότερες η κατάθλιψη προηγείται του πόνου. Η θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με σύνδρομο χρόνιου πόνου πρέπει να γίνεται με αντικαταθλιπτικά τα οποία θα πρέπει να έχουν και αναλγητική δράση (Δικαίος & Σολδάτος, 1999).

7.3 Ψυχιατρικά νοσήματα και κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή η οποία εμφανίζει υψηλή συννοσηρότητα (ποσοστά 60-76%) με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Οι συνηθέστερες από αυτές είναι οι αγχώδεις διαταραχές, οι ψυχώσεις, οι σωματόμορφες διαταραχές, ο αλκοολισμός, η χρήση ουσιών και οι διαταραχές προσωπικότητας.

Η εμφάνιση του DSM-II-R το 1980 αποτέλεσε το έναυσμα για την μελέτη της συννοσηρότητας. Έχοντας στα χέρια τους αυτό το διαγνωστικό εργαλείο, οι Kessler και συν. (οπ. αναφ. στον Γαρύφαλλο, 2008), πραγματοποίησαν έρευνα στον γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ, η οποία έδειξε πως το 60% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη εμφάνισαν και κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή. Άλλες έρευνες που αφορούσαν μεγάλο αριθμό ασθενών (43.093) απέδειξαν πως η μείζον κατάθλιψη συνδέεται με διάφορες διαγνωστικές κατηγορίες. Ο γιατρός θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στη διπλή διάγνωση θεραπείας.

Σχιζοφρένεια

Το φαινόμενο εμφάνισης κατάθλιψης στην σχιζοφρένεια είναι συχνό και είναι δυνατό να παρατηρηθούν σοβαρές ιδέες αυτοκτονίας και

ψευδαισθήσεις στο άτομο κατά την περίοδο αυτή, αυξάνοντας έτσι σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Έρευνες έχουν δείξει ότι το 50% των σχιζοφρενών κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, το 10% περίπου των σχιζοφρενών τελικά αυτοκτονεί, και ότι είναι δύσκολο να προβλεφθεί μια απόπειρα αυτοκτονίας σε αυτόν τον πληθυσμό.

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχιζοφρένειας σχετίζονται με αύξηση του κινδύνου υποτροπής, αυξημένες ανάγκες φροντίδας και υποβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Αυτή η κατάθλιψη δεν έχει διευκρινιστεί αν είναι εγγενές στοιχείο της σχιζοφρενικής νόσου ή αν οφείλεται στο ότι κατά την βελτίωση της σχιζοφρένειας το άτομο αποκτά αναισθησία, η οποία του προκαλεί αντιδραστική κατάθλιψη μέσα από μηχανισμούς πτώσης του ηθικού και της αυτοεκτίμησης. Και άλλοι παράγοντες είναι δυνατόν να προκαλέσουν σε πάσχοντες από σχιζοφρένεια όπως τα νευροληπτικά φάρμακα (Αγγελόπουλος, 2009).

Αγχώδεις Διαταραχές

Οι κυριότερες ενδείξεις αναφορικά με τη συννοσηρότητα της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών προέρχονται από κλινικές παρατηρήσεις, επιδημιολογικά δεδομένα τις μελέτες οικογένειας, γενετικές μελέτες, βιολογικά δεδομένα καθώς και από τη διερεύνηση ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Η συνύπαρξη κατάθλιψης και άγχους έχει αποτελέσει ένα από τα συχνότερα και πλέον δυσκολότερα προβλήματα στην ψυχιατρική πράξη. Η μείζον κατάθλιψη φαίνεται να εμφανίζει σημαντική συννοσηρότητα με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, τη γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και τη διαταραχή πανικού. Έτσι η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να προδιαθέτουν ή να προκαλούν το ένα το άλλο, μπορεί και οι δύο αυτές καταστάσεις να οφείλονται στην επίδραση κάποιας άλλης, τρίτης (Χριστοδούλου, 1998).

Η πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, από τους Kessler και συν., έδειξε πως το 41,4% των καταθλιπτικών ασθενών είναι δυνατό να εμφανίσει κάποια αγχώδη διαταραχή από τις οποίες η Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή έχει τη μεγαλύτερη συννοσηρότητα με ποσοστό 20,4%. Η αμέσως επόμενη είναι η διαταραχή πανικού με ποσοστό

13,9% και ακολουθούν η αγοραφοβία, η ειδική και κοινωνική φοβία. Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε πως το 45% των ασθενών που είχαν κάποια από τις αγχώδεις διαταραχές εμφάνισαν κατάθλιψη αντίστοιχα (Γαρύφαλλος, 2008).

Σωματόμορφες διαταραχές

Η κατάθλιψη συχνά συνδυάζεται και με τις σωματόμορφες διαταραχές με ποσοστά που κυμαίνονται στο 61-87% των ασθενών, σημειώνοντας την διαταραχή πρόσληψης τροφής ως την συνηθέστερη. Πιο αναλυτικά, κατάθλιψη εμφάνισε το 57% των ασθενών με ανορεξία, το 60% των ασθενών που έπασχε από υπερφαγία και το 100% των ασθενών με βουλιμία.

Ακόμη τόσο ο αλκοολισμός όσο και η χρήση ουσιών αποτελούν διαταραχές που μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη, καθώς το 40% των ασθενών που είχαν διάγνωση αλκοολισμού και χρήσης ουσιών εμφάνισε κατάθλιψη. Αντίστοιχα, το 30% των καταθλιπτικών ασθενών είχαν διάγνωση αλκοολισμού καθώς και χρήσης ουσιών (Γαρύφαλλος, 2008).

Διαταραχές προσωπικότητας

Παρ' όλο που η δυσθυμία φαίνεται να συνδέεται σε μεγαλύτερο βαθμό με τις διαταραχές προσωπικότητας με ποσοστό 70%, τα ποσοστά συσχέτισης με την κατάθλιψη είναι εξίσου υψηλά εφόσον κυμαίνονται στο 39-50%. Συχνότερες διαταραχές προσωπικότητας, που συνδέονται με την κατάθλιψη, φάνηκαν να είναι η εξαρτημένη αποφευκτική, η παθητική - επιθετική, η δραματική και η σχιζότυπη. Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα άτομα με μονοπολική κατάθλιψη τείνουν να εμφανίζουν την μεταιχμιακή και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ενώ τα άτομα που πάσχουν από διπολική κατάθλιψη εμφανίζουν περισσότερο την δραματική διαταραχή προσωπικότητας.

Συμπερασματικά, είναι γεγονός πως η συννοσηρότητα στην κατάθλιψη συνεπάγεται βαρύτερη συμπτωματολογία, χειρότερη πρόγνωση, λιγότερο καλή κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα, μεγαλύτερο κίνδυνο

για απόπειρα αυτοκτονίας, μεγαλύτερη πιθανότητα για νοσοκομειακή νοσηλεία, περισσότερες υποτροπές και δυσκολότερη θεραπεία (Γαρύφαλλος, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

8.1 Δεξιότητες κοινωνικού λειτουργού

Ο κοινωνικός λειτουργός που ασχολείται με την κατάθλιψη, πέρα από τις βασικές γνώσεις επικοινωνίας και θεραπευτικών προσεγγίσεων, θα πρέπει να διαθέτει ειδική εκπαίδευση σε θέματα κατάθλιψης και ψυχικής υγείας γενικότερα, καθώς υπάρχει πιθανότητα συννοσηρότητας με αυτή. Πιο συγκεκριμένα, είναι απαραίτητες οι γνώσεις για χρήση διαγνωστικών εργαλείων, ψυχοπαθολογίας, ψυχιατρικών φαρμάκων και της δράσης τους, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζει την ύπαρξη μιας ψυχικής διαταραχής, να την αξιολογεί, να παραπέμπει τον ασθενή σε ψυχίατρο εφόσον χρειάζεται και να βοηθά στην διαδικασία της φαρμακευτικής αγωγής. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να συνδυάζει τις θεωρητικές του γνώσεις με αυτές τις ειδικής εκπαίδευσης, στα πλαίσια των αρχών της κοινωνικής εργασίας, όπου θα πρέπει να δείχνει αντικειμενικότητα, ευαισθησία, παρατηρητικότητα, να μπορεί να εντοπίζει τις δυσλειτουργίες και να εξευρύνει πόρους (Μαρτινάκη & Μπουρικός, 2014).

8.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη κατάθλιψη

Ο κοινωνικός λειτουργός στην κατάθλιψη μπορεί να συμβάλλει στην ανίχνευση, πρόληψη και αντιμετώπισή της, όπως επίσης και στην πρόληψη

του σοβαρότερου συμπτώματος που αυτή επιφέρει, την αυτοκτονία. Ωστόσο, το έργο του συνίσταται στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών οι οποίες μπορεί να έχουν ενημερωτικό, διαγνωστικό, συμβουλευτικό, υποστηρικτικό και θεραπευτικό χαρακτήρα σε άτομα, ομάδες και οικογένειες. Η κοινωνική επανένταξη και η αποκατάσταση της ισορροπίας του ατόμου και του περιβάλλοντός του είναι ένα ακόμη σημαντικό αντικείμενο εργασίας των κοινωνικών λειτουργών (Μαρτινάκη & Μπουρίκος, 2014).

Ο κοινωνικός λειτουργός μέσα από την εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα (ΚΕΑ) λειτουργεί σε επίπεδο συμβουλευτικής και ενθάρρυνσης του ατόμου. Η ψυχολογική υποστήριξη και ενδυνάμωση είναι ένα από τα βασικά επίπεδα στα οποία κινείται ο κοινωνικός λειτουργός, όπως επίσης, και η συναισθηματική εκφόρτωση του ασθενή κατά τις συναντήσεις τους.

Σε πρώτη φάση βοηθά τον ασθενή να μειώσει το άγχος και την επιφυλακτικότητά του και ξεκινά να εδραιώνει μία σχέση εμπιστοσύνης μέσα από την τήρηση των αρχών της εξατομίκευσης και του σεβασμού στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, που δημιουργούν ένα ενθαρρυντικό κλίμα, ωθώντας το άτομο να συμμετέχει ενεργά στην θεραπεία. *«Η Perlman (1957), αναφέρει ότι το ενδιαφέρον, η συμπάθεια, η προσοχή, η γνησιότητα, η μη κριτική στάση, η αποδοχή και η κατανόηση αποτελούν στοιχεία που βοηθούν τον ασθενή να εμπιστευθεί τον κοινωνικό λειτουργό»* (οπ. αναφ. στους Μαρτινάκη & Μπουρίκος 2014).

Στην συνέχεια, μέσα από τις συναντήσεις ο κοινωνικός λειτουργός, συλλέγοντας τα απαραίτητα εκείνα στοιχεία που θα χρειαστούν για την λήψη του κοινωνικού ιστορικού, προσπαθεί να αποκτήσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για το προφίλ του ασθενή και τον περίγυρό του, για την συναισθηματική και νοητική του κατάσταση, την λειτουργικότητά του και τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρά με άλλους, σημειώνοντας τα δυνατά και αδύνατα σημεία που θα συμβάλουν στην εκτίμηση της κατάστασης.

Ακόμη, σημαντικό ρόλο για τον κοινωνικό λειτουργό παίζει το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή, το οποίο πολλές φορές θεωρείται υπεύθυνο για υποτροπές ή ακόμη και την εμφάνιση της κατάθλιψης στο

άτομο. Επομένως, πιθανό να χρειαστεί να έρθει σε επαφή με την οικογένεια με στόχο να κατανοήσει και να μελετήσει τις δυνάμεις που επιδρούν αρνητικά στον ασθενή. Έτσι, εφόσον εκτιμηθεί το πρόβλημα και η σοβαρότητά του και λαμβάνοντας υπόψη την αυτοδιάθεση του ατόμου, ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με τον ασθενή θέτει βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους και προχωρά σε σχεδιασμό της άμεσης παρέμβασης, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί με διάφορους τρόπους (Μαρτινάκη & Μπουρίκος, 2014).

Αρχικά, βοηθά το άτομο να αναγνωρίσει τα προβλήματα εκείνα που συνέβαλλαν θετικά στην εμφάνιση της κατάθλιψης και να κατανοήσει ποιά από αυτά μπορεί να επιλύσει ή να βελτιώσει. Να αναθεωρήσει τις επιλογές του για το μέλλον και να θέσει ρεαλιστικούς στόχους που θα τον βοηθήσουν να βελτιώσει τη ψυχική και συναισθηματική του υγεία. Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να εντοπίσει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετώπισε αποτελεσματικά παρόμοια συναισθήματα, αν είχε στο παρελθόν.

Ακόμη ένας στόχος του κοινωνικού λειτουργού, είναι να ωθήσει το άτομο να στον εντοπισμό των αρνητικών εκείνων σκέψεων που το ωθούν σε συναισθήματα απελπισίας και απογοήτευσης, τα οποία συνοδεύουν την κατάθλιψη και η απόκτηση μιας πιο θετικής στάσης απέναντι στη ζωή. Ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής επικοινωνεί με τους άλλους ανθρώπους, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο σκέφτεται και αντιμετωπίζει τα πράγματα, ενδέχεται να συμβάλλει στην κατάθλιψη και επομένως είναι ακόμη ένα σημείο στο οποίο εστιάζει ο κοινωνικός λειτουργός. Σταδιακά, μέσα από τις συναντήσεις και με την βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού, ο ασθενής αρχίζει να αποκτά ξανά την αίσθηση ελέγχου και ευχαρίστησης στη ζωή του.

Επίσης, είναι σε θέση να διακρίνει υγιείς επιλογές και να υιοθετήσει ξανά απολαυστικές και ολοκληρωμένες δραστηριότητες κάνοντας σχέδια για το μέλλον. Τέλος, ένα επεισόδιο κατάθλιψης αυξάνει την πιθανότητα ενός ακόμα επεισοδίου, έτσι ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της θεραπείας, ενθαρρύνει το άτομο να αποκτήσει ικανότητες που θα το βοηθήσουν να αποφύγει ένα ακόμα καταθλιπτικό επεισόδιο (Μαρτινάκη & Μπουρίκος, 2014).

Σε περίπτωση που η κατάσταση αξιολογηθεί έτσι ώστε να προκύπτει συνεργασία με μία θεραπευτική ομάδα προχωρά σε έμμεση παρέμβαση με παραπομπή προς τον κατάλληλο θεραπευτή (π.χ. ψυχολόγος, ψυχίατρος). Ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί σημαντικό μέλος μιας θεραπευτικής ομάδας, καθώς δίνει τις πληροφορίες που έχει συλλέξει παραθέτοντας το κοινωνικό ιστορικό και τις παρατηρήσεις του από την ψυχοκοινωνική μελέτη του ασθενή και της οικογένειάς του. Ακόμη, μπορεί να υπάρξει παραπομπή του ασθενή σε νοσοκομείο, όπου θα του χορηγηθεί κάποια φαρμακευτική αγωγή, εκεί ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά το άτομο στην αποδοχή της φαρμακευτικής αγωγής, και αποτελεί το συνδετικό κρίκο της ιδρυματικής, νοσοκομειακής και μετανοσοκομειακής φροντίδας μεριμνώντας για την συνέχιση της σχέσης του με το νοσοκομείο για όσο χρειάζεται. Αξίζει να σημειωθεί πως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε μερικά άτομα, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης. Ωστόσο, αποτελεσματικότερος μπορεί να είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας.

Κατά την λήξη της συνεργασίας τους ο κοινωνικός λειτουργός αξιολογεί την πορεία της προσπάθειας του ατόμου και το βοηθά να αναγνωρίσει όσα κατάφερε. Σε ορισμένες περιπτώσεις δίνεται η δυνατότητα αραιής παρακολούθησης (follow-up) μετά την λήξη της συνεργασίας, όπου και παρέχεται σχετική υποστήριξη από τον κοινωνικό λειτουργό αφήνοντας ανοιχτό το ενδεχόμενο μιας εκ νέου συνεργασίας για την αντιμετώπιση άλλων δυσκολιών.

Αξίζει να αναφερθεί, πως ο τερματισμός της συνεργασίας που λειτούργησε υποστηρικτικά για το άτομο ενέχει θέματα αποχωρισμού και έντονων συναισθημάτων, γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να παρέχεται ο απαραίτητος χρόνος για την προετοιμασία και επεξεργασία των συναισθημάτων. Έτσι ο κοινωνικός λειτουργός ενθαρρύνει το άτομο να αξιοποιήσει την εμπειρία της συνεργασίας του για να στηριχθεί στις δικές του δυνάμεις (Μαρτινάκη & Μπουρίκος, 2014).

Ένας κοινωνικός λειτουργός είναι σε θέση να διοργανώσει μια θεραπευτική ομάδα αυτοβοήθειας για τους καταθλιπτικούς ασθενείς στα πλαίσια της Κοινωνικής Εργασία με Ομάδες (ΚΕΟ). Στις συναντήσεις της

θεραπευτικής ομάδας οι συμμετέχοντες μοιράζονται τις εμπειρίες τους, τα προσωπικά τους συναισθήματα, την ενημέρωση που έχει ο καθένας και τις στρατηγικές που έχουν αναπτύξει προκειμένου να αντιμετωπίζουν ορισμένα από τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να ζουν μια ικανοποιητική ζωή. Πρόκειται δηλαδή για μία αλληλοϋποστήριξη μέσω της ανταλλαγής προσωπικών εμπειριών, γνώσης, προβληματισμών, ανησυχιών, στρατηγικών. Τα μέλη λειτουργούν βοηθητικά ο ένας προς τον άλλον με απώτερο στόχο να επέλθει αλλαγή στην συμπεριφορά, τον ψυχισμό και την προσωπικότητά τους.

Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη βιώνουν έντονα την μοναξιά, επομένως ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να είναι αντικειμενικός απέναντι στο κάθε μέλος, να μην κάνει διακρίσεις κρατώντας μη κριτική στάση και δίνοντας την απαραίτητη προσοχή στα λεγόμενα του κάθε μέλους ξεχωριστά κάνοντάς το να νιώσει πως είναι εκεί γι' αυτόν. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να αξιολογεί την πορεία της θεραπευτικής ομάδας προς τους στόχους, έτσι ώστε να μπορεί να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα των ενεργειών που έχουν ήδη γίνει και να είναι σε θέση να αποτρέψει οποιαδήποτε απόκλιση από τον τελικό στόχο. Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να συντονίσει, να διευκολύνει και να καθοδηγήσει την ομάδα στον επιθυμητό στόχο της αυτεπίγνωσης και ωριμότητας.

Επίσης, ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην ενημέρωση και πρόληψη της κατάθλιψης αλλά και της αυτοκτονίας μέσα από την Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα (ΚΕΚ). Όσον αφορά την Πρωτοβάθμια πρόληψη η ύπαρξη πλήθος εξειδικευμένων υπηρεσιών για την κατάθλιψη ανά την Ελλάδα είναι ένα θετικό στοιχείο για την πρόληψη της κατάθλιψης. Υπάρχει, ωστόσο η ανάγκη για καλλιέργεια και ανάπτυξη δικτύων κοινωνικής υποστήριξης και αλληλεγγύης με σκοπό την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, την ενεργοποίηση των πολιτών και την προώθηση της συλλογικής δράσης, την οποία είναι σε θέση να προωθήσει ένας κοινωνικός λειτουργός.

Επίσης, η διοργάνωση ομιλιών και ημερίδων σχετικά με την κατάθλιψη και τον συσχετισμό της με την αυτοκτονία με στόχο την έγκυρη ενημέρωση των ατόμων υψηλού κινδύνου και μη, είναι ένα σημαντικό ζήτημα με το

οποίο ασχολείται ο κοινωνικός λειτουργός. Επιπλέον, ένας κοινωνικός λειτουργός έχοντας τις απαραίτητες εξειδικευμένες γνώσεις για την κατάθλιψη μπορεί να εντοπίσει το πρόβλημα πριν αυτό επιδεινωθεί, επομένως θα υπάρχει πολύ πιο αποτελεσματική θεραπεία, αλλά είναι και σε θέση να αναγνωρίσει όλα εκείνα τα συμπτώματα της κατάθλιψης που δείχνουν μία πιθανή αυτοκτονία με την χρήση των κλιμάκων μέτρησης της κατάθλιψης και της αυτοκτονικής πρόθεσης.

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να κάνει παρεμβάσεις στην κοινότητα μέσα από προγράμματα που στοχεύουν στην αγωγή ψυχικής υγείας και αποβλέπουν στην καταστολή των αρνητικών κοινωνικών αντιδράσεων, του στίγματος και των αρνητικών στερεοτύπων που συνοδεύουν την κατάθλιψη (Μαρτινάκη & Μπουρίκος, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

9.1 Επιδημιολογία στο Διεθνή χώρο

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες στις ΗΠΑ, τα ποσοστά της μείζονος κατάθλιψης κυμαίνονται μεταξύ 2,2% και 3,5% και της δυσθυμίας μεταξύ 2,1% και 3,8%.

Επιπλέον, επιδημιολογική έρευνα που έγινε σε πέντε περιοχές των ΗΠΑ έδειξε πως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζει ποσοστό 1,5% έως 2,6%. Ενώ γενικότερα οι καταθλιπτικές διαταραχές σε τρεις επιτόπιες έρευνες που έγιναν με ερωτηματολόγια PSE και με το υγειονομικό σύστημα CATEGO το ποσοστό κυμαινόταν από 6,2 έως 7%.

Επίσης, στην μεγαλύτερη επιδημιολογική έρευνα που έγινε σε πέντε περιοχές των ΗΠΑ με δείγμα πληθυσμού 18.000 άτομα παρατηρήθηκε ότι το μηνιαίο ποσοστό της μείζων καταθλιπτικής διαταραχής με κριτήρια

DSM-III είναι 2.2% για διάστημα έξι μηνών 3% και για διάστημα όλης της ζωής 5.8% (Μαδιανός, 2004· Χριστοδούλου, 2000).

Τα αποτελέσματα πρόσφατης παγκόσμιας επιδημιολογικής μελέτης, που δημοσιεύτηκε στο ιατρικό περιοδικό Plos Medicine, επισήμαναν την αναγκαιότητα αντιμετώπισης της κατάθλιψης ως ζήτημα προτεραιότητας για την παγκόσμια δημόσια υγεία. Ειδικότερα για την Ελλάδα αναφέρεται πως για το έτος 2010 περίπου το 4,9% του πληθυσμού έπασχε από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Ενώ στα ίδια ποσοστά κυμαίνεται ο πληθυσμός της Δυτικής Ευρώπης. Τα μεγαλύτερα ποσοστά κρουσμάτων ωστόσο συγκέντρωσαν η Ολλανδία (8%) και η Ελβετία (6,2%). Η έρευνα κατέληξε πως η κατάθλιψη πλήττει περισσότερο τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και λιγότερο τις πιο πλούσιες (Ferrari, Charlson, Norman, Patten, Freedman, Murray, Vos, & Whiteford, 2013).

Το φαινόμενο της κατάθλιψης, τα τελευταία χρόνια, φαίνεται να παρουσιάζει σημαντική αυξητική τάση, με αποτέλεσμα σήμερα να γίνεται λόγος για διαστάσεις επιδημίας. "Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. υπάρχει πρόβλεψη ότι η κατάθλιψη το 2020 θα αποτελεί την δεύτερη αιτία αναπηρίας μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια" (Γαρύφαλος, 2008).

9.1.1 Επιδημιολογία κλινικής νοσηρότητας

Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία υπολόγισε τις νοσηλείες ασθενών με συναισθηματικές διαταραχές σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία τα έτη 1978 έως 1993. Το 1978 νοσηλεύτηκαν 31,4 στους 100.000 ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές και το 1993 νοσηλεύτηκαν 24,5 στους 100000. Τα ποσοστά των γυναικών ήταν πολύ μεγαλύτερα από ότι των ανδρών. Τα ίδια αποτελέσματα διαπιστώθηκαν και σε δυο Δήμους της Αθήνας το 1979 και το 1991 (Μαδιανός, 2004· Χριστοδούλου, 2000).

Επίσης, σε μια εκτεταμένη διαπολιτισμική επιδημιολογική έρευνα που έγινε σε δέκα χώρες και τέσσερις ηπείρους βρέθηκε η μεγάλη διακύμανση καταθλιπτικών επεισοδίων ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες ανάλογα τη χώρα.

- Ø Στις ΗΠΑ το ποσοστό ανδρών που νοσηλεύονται είναι περίπου στο 4%, ενώ των γυναικών περίπου στο 9%.
- Ø Στον Καναδά το ποσοστό ανδρών που νοσηλεύονται είναι περίπου στο 8%, ενώ των γυναικών περίπου στο 13%.
- Ø Στο Πουέρτο Ρίκο το ποσοστό ανδρών που νοσηλεύονται είναι περίπου στο 4%, ενώ των γυναικών περίπου στο 6%
- Ø Στην Γαλλία το ποσοστό ανδρών που νοσηλεύονται είναι περίπου στο 11%, ενώ των γυναικών περίπου στο 22%
- Ø Στην Γερμανία το ποσοστό ανδρών που νοσηλεύονται είναι περίπου στο 5%, ενώ των γυναικών περίπου στο 14%
- Ø Στην Ιταλία το ποσοστό ανδρών που νοσηλεύονται είναι περίπου στο 6,5%, ενώ των γυναικών περίπου στο 17,5%
- Ø Στο Λίβανο το ποσοστό ανδρών που νοσηλεύονται είναι περίπου στο 15%, ενώ των γυναικών περίπου στο 2%
- Ø Κορέα το ποσοστό ανδρών που νοσηλεύονται είναι περίπου στο 2%, ενώ των γυναικών περίπου στο 3,5%
- Ø Νέα Ζηλανδία το ποσοστό ανδρών που νοσηλεύονται είναι περίπου στο 8%, ενώ των γυναικών περίπου στο 15,5%

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία παρατηρείται ότι σε όλες τις χώρες, οι γυναίκες έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά καταθλιπτικών επεισοδίων (Μαδιανός, 2004· Χριστοδούλου, 2000).

9.2 Επιδημιολογία στον Ελληνικό χώρο

Άλλες έρευνες που αφορούν τον ελληνικό πληθυσμό κυμαίνονται σε ποσοστά μεταξύ 3,6% και 5,4% για τα καταθλιπτικά επεισόδια και 7,8% για την επικράτηση της νευρωσικής κατάθλιψης και των καταθλιπτικών αντιδράσεων. Επίσης, σειρά επιδημιολογικών ερευνών φανερώνει ότι οι γυναίκες υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα σε πολύ υψηλότερα

ποσοστά από ότι οι άντρες, που σημαίνει ότι έχουν διπλάσιες πιθανότητες να βιώσουν κλινική κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

Σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (1998) και Χριστοδούλου (1998) αυτή η ραγδαία εξέλιξη της ασθένειας φαίνεται να σχετίζεται είτε με την αύξηση του μέσου όρου ζωής και των χρόνιων διαταραχών που συνοδεύονται από κατάθλιψη, είτε με την χρήση φαρμάκων που πιθανώς να οδηγούν σε κατάθλιψη και βέβαια δεν μπορούμε να παραλείψουμε τις ψυχοκοινωνικές και κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που υφίσταται ένα άτομο.

Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο που δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα "Καθημερινή" στις 11.10.2013 και με βάση τα στοιχεία του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής, το 2008 η κατάθλιψη αφορούσε το 3,3% του ελληνικού πληθυσμού, το 2009 αυξήθηκε στο 6,8%, το 2011 έφτασε στο 8,2% και το 2013 εκτινάχθηκε στο 12,5%.

Τέλος, σημειώνεται πως παρά το γεγονός ότι μειώθηκε ο αριθμός των δημόσιων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων από εννέα σε τρία, ο αριθμός των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών αυξήθηκε σημαντικά (<http://www.kathimerini.gr/>).

9.3 Επιδημιολογία της αυτοκτονίας στον Ελληνικό χώρο

Σύμφωνα με τους Μουσσά, Τουρνικιώτη, Τσελεμπή, Ρίζο, Μπράτη, & Βασιλά-Δέμη (2009) αναφέρεται πως περισσότερο από το 90% των θυμάτων αυτοκτονίας παρουσίαζαν κάποια ψυχιατρική διαταραχή, ωστόσο, αυτό δεν προμηνύει πως όλοι οι ψυχιατρικοί ασθενείς διαπράττουν απόπειρα αυτοκτονίας. Συνεπώς η ύπαρξη μιας ψυχιατρικής διαταραχής αποτελεί απαραίτητη αλλά όχι και ικανή συνθήκη για την αυτοκτονία.

Από την μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο "η Σωτηρία" μόνο το 20 % των ασθενών της μελέτης είχαν θετικό ψυχιατρικό ιστορικό. Ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές, οι συναισθηματικές και ψυχωσικές διαταραχές, η χρήση αλκοόλ ή/και ουσιών και οι διαταραχές προσωπικότητας και ελέγχου των παρορμήσεων ενέχουν το μεγαλύτερο

κίνδυνο για αυτοκτονία, ενώ η πολλαπλή συννοσηρότητα συνδέεται με ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο. Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς με κατάθλιψη έχουν 10–20 φορές υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας από το γενικό πληθυσμό, ενώ οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν σε ποσοστό 40% και σε ποσοστό 10% πραγματοποιούν μια ολοκληρωμένη αυτοκτονία. Στην παρούσα μελέτη 20% των ασθενών είχαν ατομικό ιστορικό κατάθλιψης, ενώ κανένας ασθενής δεν ανήκε στο σχιζοφρενικό φάσμα (Μουσσάς κ.συν., 2009).

Ο δείκτης αυτοκτονιών στην Ελλάδα το 2010 από 3,37 ανά 100.000 κατοίκους φαίνεται πως το 2012 αυξήθηκε σε 4,56 ανά 100.000. Οι θάνατοι από αυτοκτονίες αυξήθηκαν σε όλες ουσιαστικά τις ηλικιακές ομάδες (και των δύο φύλων), κυρίως όμως στους άνδρες παραγωγικής ηλικίας 20 - 59 ετών, όπου η αύξηση ήταν 34%. Μικρότερη, περίπου 20%, ήταν η αύξηση στους άνδρες άνω των 60 ετών. Εξίσου σημαντική αύξηση καταγράφηκε και στις γυναίκες 20 - 59 ετών, από δείκτη 1,37 ανά 100.000 κατοίκους, προ κρίσης, σε 1,84 κατά την περίοδο 2011 – 2012 (Μπιμπή, 30/5/2015, <http://www.tovima.gr>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο : ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ

10.1 Γυναίκα και κατάθλιψη

Μέσα από τα αποτελέσματα των ερευνών για την κατάθλιψη, τα οποία κατέδειξαν μεγάλα ποσοστά όσον αφορά τις γυναίκες, προκύπτει η ανάγκη για εξεύρεση των αιτιών που κάνουν τις γυναίκες πιο ευάλωτες. Παρά το γεγονός ότι η συμπτωματολογία σε άνδρες και γυναίκες είναι η ίδια, η νόσος της κατάθλιψης είναι δύο φορές συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες.

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι άνδρες είναι το ίδιο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη με τις γυναίκες, αν όχι περισσότερο. Ωστόσο, είναι λιγότερο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια από το περιβάλλον τους ή από κάποιον ειδικό, αυτός είναι και ο λόγος που στις περισσότερες μελέτες παρατηρείται αυξημένο το φαινόμενο της κατάθλιψης στις γυναίκες και όχι στους άνδρες (Καλογερόπουλου, 2010).

Η διαφοροποίηση και η ιδιαιτερότητα της γυναίκας έγκειται στην μοναδικότητα των οργάνων των μηχανισμών και των ψυχοκοινωνικών αλληλεπιδράσεων που την χαρακτηρίζουν. Η σύνδεση των μεταβλητών αυτών καθίσταται δυσχερής, ιδίως όταν επιχειρείται η ταυτόχρονη εφαρμογή ήδη υπάρχουσών ψυχολογικών θεωριών (Παππά & Σολδάτου, 1999).

Στην ζωή της γυναίκας υπάρχουν κομβικές στιγμές που ευνοούν την εκδήλωση της γυναικείας κατάθλιψης, όπως είναι η εμφάνιση της εμμηνόρρυσιας, η εγκυμοσύνη, η γέννα και η εμμηνόπαυση. Η κατάθλιψη αφορά εξίσου τις εργένισσες, τις διαζευγμένες και τις χήρες γυναίκες. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, ο μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης, αφορά τις γυναίκες που προέρχονται από κάποιο κατώτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, δεν εργάζονται και μεγαλώνουν τουλάχιστον τρία παιδιά (Παππά & Σολδάτου, 1999).

Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση, φαίνεται να συνδέεται με την ευαλωτότητα της γυναίκας σε καταθλιπτικά συμπτώματα. Για το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, η περίοδος αυτή αναφέρεται στα 40 έως 55 έτη και συνοδεύεται από ορμονικές αλλαγές και διακοπή του έμμηνου κύκλου. Αυτά με τη σειρά τους οδηγούν τόσο σε βιολογικές – σωματικές όσο και σε ψυχολογικές αλλαγές.

Όσον αφορά τις πρώτες, γυναίκες, που ήδη έχουν περάσει από αυτό το στάδιο, αναφέρουν συχνές εξάψεις και νυχτερινές εφιδρώσεις, αλλαγή στο μεταβολισμό, μειωμένα επίπεδα ενέργειας, πόνους και πονοκεφάλους. Επιπλέον, σχετικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις, παρατηρούνται αλλαγές στη διάθεση, ευερεθιστότητα, καθώς και έντονη γνωστική σύγχυση.

Έρευνες αποδεικνύουν ότι, κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης, ένα μεγάλο μέρος του γυναικείου πληθυσμού εμφανίζει ένα πρώτο

καταθλιπτικό επεισόδιο, 2 έως και 14 φορές πιο συχνά, σε σύγκριση με την περίοδο πριν την εμμηνόπαυση (Gibbs, Lee, & Kulkarni, 2013).

Η εγκυμοσύνη με τη σειρά της, επιδρά όχι μόνο στην ίδια τη γυναίκα αλλά και στο σύντροφό της και πατέρα του παιδιού, στις σχέσεις των συζύγων μεταξύ τους, όπως και στις σχέσεις τους με πρόσωπα της ευρύτερης οικογένειας και με τους φίλους και γνωστούς τους. Τα θέματα που απασχολούν την μέλλουσα μητέρα είναι η αμφιβολία ως προς την επάρκεια ανάληψης του γονεϊκού ρόλου, οι επιπτώσεις της εγκυμοσύνης και του τοκετού στην υγεία, το συναισθηματικό κόστος, η αλλαγή της εικόνας του σώματος, η επίδραση της εγκυμοσύνης στη σεξουαλική ζωή συμβάλλουν θετικά στην εμφάνιση κατάθλιψης. Εξάλλου ο φόβος του τοκετού μπορεί να έχει αρνητική επίδραση όχι μόνο στην ψυχολογική κατάσταση της εγκύου αλλά και στην εξέλιξη της ίδιας της κύησης.

Παράγοντες που φαίνονται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη είναι το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό προηγούμενου καταθλιπτικού επεισοδίου, το νεαρό της ηλικίας, το χαμηλό επίπεδο κοινωνικής στήριξης, η μοναχική διαβίωση, ο μεγάλος αριθμός παιδιών στην οικογένεια, οι συζυγικές συγκρούσεις και η αμφιθυμία για την εγκυμοσύνη.

Η μη αντιμετώπιση της κατάθλιψης στη κύηση ενέχει τον κίνδυνο κακής διατροφής, κακής ποιότητας ύπνου, μη συμμόρφωση προς τις ιατρικές συμβουλές, ανάπτυξη αυτοκαταστροφικότητας και αύξηση ποσότητας στη χρήση καπνού αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Η καλή κλινική εκτίμηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και η διάκριση τους από τα σωματικά συμπτώματα της εγκυμοσύνης που υποδύονται κατάθλιψη, όπως και η στάθμιση των ενδείξεων και αντενδείξεων της οποιασδήποτε θεραπευτικής επιλογή για τη μητέρα και το παιδί, αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την ασφαλέστερη και αποτελεσματικότερη θεραπεία της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ευαισθητοποίηση των γυναικολόγων και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη των γυναικών συμβάλλουν επίσης, στην επίτευξη ενός καλύτερου αποτελέσματος (Παππά & Σολδάτου, 1999).

Μετά τον τοκετό, η λοχειακή δυσφορική διάθεση είναι η ηπιότερη αλλά και η συνηθέστερη ψυχοπαθολογική εκδήλωση. Εμφανίζεται την πρώτη

εβδομάδα, με κορύφωση την πέμπτη ημέρα και υποχωρεί την δωδέκατη ημέρα. Δεν συνιστάται φαρμακευτική αγωγή σε γυναίκες με λοχειακή δυσφορική διάθεση, αντίθετα η σωστή ενημέρωση από το γιατρό και διαβεβαίωση για τη συνήθως καλή έκβαση έχουν θετικά αποτελέσματα. Η διάρκεια των συμπτωμάτων πέραν των 12 ημερών ενέχει τον κίνδυνο εγκατάστασης του λοχειακής κατάθλιψης, αν και κάτι τέτοιο είναι σπάνιο (Παππά & Σολδάτου, 1999).

Η λοχειακή κατάθλιψη ή επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο συμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων από τον τοκετό. Το διάστημα αυτό κυμαίνεται από 4 εβδομάδες έως 6 μήνες με αποτέλεσμα η επικράτηση της διαταραχής αυτής να εμφανίζει μεγάλη απόκλιση από μελέτη σε μελέτη. Προδιαθετικοί παράγοντες για την λοχειακή κατάθλιψη αποτελούν η εμφάνισή της σε προηγούμενο τοκετό, η καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την προηγηθήσα κύηση και το οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό επεισόδιο μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Η συζυγική ασυμφωνία, τα ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής, η αμφιθυμία για την εγκυμοσύνη είναι προδιαθετικοί παράγοντες όχι μόνο για την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και για τη λοχειακή κατάθλιψη. Καταθλιπτικά συμπτώματα είναι συνηθισμένα εξαιτίας όλων των βιοψυχοκοινωνικών αλλαγών, που συνοδεύουν τη γέννηση ενός παιδιού. Μετά τον τοκετό και την παραμονή στο μαιευτήριο, η γυναίκα παίρνει μαζί της ένα μωρό που δεν μπορεί να επικοινωνήσει με αυτήν παρά μόνο με κλάμα και η ανάγκη του για φροντίδα είναι συνεχής. Η μητέρα αισθάνεται υπεύθυνη να προστατεύσει, να αναθρέψει και προπαντός να αγαπήσει το νεογνό που μπαίνει στη ζωή της. Προσοδοφόρα και ενδιαφέρουσα επαγγελματική δραστηριότητα, μακροχρόνιες συνήθειες, ακόμα και απαραίτητες κοινωνικές επαφές, θα εγκαταλειφθούν ή θα πρέπει να προσαρμοστούν στο ωράριο που ακολουθείται καθορίζεται από την παρουσία του νέου μέλους της οικογένειας. Τα πρόσθετα έξοδα που επιβαρύνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό είναι ένας σοβαρός παράγοντας ενισχύσεις της ανησυχίας και του άγχους.

Ακόμη και αν μία γυναίκα έχει σκεφτεί όλα τα παραπάνω και έχει προετοιμαστεί ανάλογα, είναι διαφορετικό να τα αντιμετωπίζει στην

πραγματικότητα, καθώς κάποια πράγματα εξαρτώνται και από την ιδιοσυγκρασία του παιδιού. Γυναίκες που ήταν ευχαριστημένες από την εμπειρία της κύησης του τοκετού τους είχαν την τάση να είναι λιγότερο καταθλιπτικές κατά τη λοχεία και το μετέπειτα διάστημα. Η αισιοδοξία ως γενικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας της γυναίκας είναι συνδεδεμένη με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης για τις δύο πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ η αυτοπεποίθηση με τη μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης μέχρι και την έκτη εβδομάδα.

Η ενημέρωση από το μαιευτήριο για την πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα με μικρότερη διάρκεια και ένταση. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως χαμηλό εισόδημα, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, προβλήματα με το σύντροφο για γεγονότα ζωής, μπορεί να συντελέσουν στη χρονιότητα της κατάθλιψης.

Γυναίκες με λοχειακή κατάθλιψη εμφανίζουν ενίοτε παθολογικό φόβο ότι θα πεθάνουν τα νεογνά τους από αυτό το σύνδρομο και συνηθίζουν να ελέγχουν την αναπνοή των μωρών κατά τη διάρκεια της νύχτας. Για τη διάγνωση της κατάθλιψης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η αλληλοεπικάλυψη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τις φυσιολογικές αντιδράσεις στη νέα κατάσταση, καθώς αλλαγές στον ύπνο, την όρεξη, την σεξουαλική διάθεση και το αίσθημα κόπωσης είναι κοινά χαρακτηριστικά τόσο της κατάθλιψης όσο και της περιόδου της λοχείας.

Τα συμπτώματα που μπορεί να υπάρχουν κατά τη λοχεία και κατάθλιψη έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα της γυναίκας ως μητέρα, καθώς την εμποδίζει να συνδεθεί συναισθηματικά με το παιδί της. Φαίνεται ότι η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει το μωρό από τις πρώτες μέρες της ζωής του. Τα νεογνά δείχνουν κάποια απορρύθμιση στη συμπεριφορά και στη φυσιολογία τους, που πιθανότατα θα απορρέει από τις ενδοκρινικές αλλαγές της μητέρας. Αυτή η απορρύθμιση επηρεάζει με τη σειρά της την ψυχοσυναλλαγή μεταξύ της μητέρας και του μωρού της.

Οι καταθλιπτικές μητέρες χρησιμοποιούν κυρίως δύο τρόπους ψυχοσυναλλαγής, είτε της απόσυρσης είτε της παραβατικότητας, με αποτέλεσμα να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στα νεογνά. Η θεραπευτική

αντιμετώπιση αυτού του συνδρόμου είναι η προληπτική αντικαταθλιπτική αγωγή σε υψηλό επίπεδο κινδύνων (Παππά & Σολδάτου, 1999).

Επίσης, έρευνες έχουν δείξει πως οι γυναίκες που δεν κατάφεραν να συλλάβουν μετά από προσπάθειες 12 μηνών είχαν διπλάσια πιθανότητα να αναφέρουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με γυναίκες που στο ίδιο χρονικό διάστημα τα κατάφεραν. Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μία μακρόχρονη και επίμονη διαδικασία για τη γυναίκα, που συχνά προκαλεί απογοήτευση. Οι κύκλοι της θεραπείας διαρκούν μεγάλο χρονικό διάστημα και συνεπάγονται τόσο με ορμονικές μεταβολές όσο και ψυχολογικές αντιδράσεις. Συνήθως ψυχολογικές αντιδράσεις κατά τη διάρκεια των θεραπειών είναι η ανησυχία και το άγχος, ενώ έπειτα από αποτυχημένες προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης συχνά εμφανίζεται κατάθλιψη και θυμός. Τα άτεκνα ζευγάρια που παρουσιάζουν ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις έχουν ανάγκη συμβουλευτικής υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας.

Όσες γυναίκες τελικά μένουν έγκυες, είναι λιγότερο καταθλιπτικές και πιο θετικές ως προς τη σχέση με το σύντροφό τους σε σχέση με εκείνες στις οποίες αποτυγχάνουν οι θεραπευτικές προσπάθειες. Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τις ψυχολογικές αντιδράσεις των ζευγαριών είναι το ποιός από τους δύο έχει πρόβλημα ανικανότητας. Γυναίκες που συλλαμβάνουν με εξωσωματική γονιμοποίηση αναφέρουν περισσότερο άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από τις γυναίκες που συλλαμβάνουν με φυσιολογικό τρόπο. Η καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η ψυχοθεραπεία και οι τεχνικές χαλάρωσης πριν από την έναρξη των κύκλων θεραπείας για εξωσωματική γονιμοποίηση (Παππά & Σολδάτου, 1999).

Σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζουν επίσης και οι γυναίκες που αποβάλλουν ή γεννούν νεκρά έμβρυα, ενώ το ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης είναι τριπλάσιο σε σχέση με το ποσοστό των γυναικών που γεννούν ζωντανά έμβρυα. Οι αυτόματες αποβολές προκαλούν συναισθήματα ενοχής και κατάθλιψη, καθώς φαίνεται ότι έχουν αίσθημα προσωπικής ευθύνης για την αποβολή.

Συμπτώματα όπως, καταθλιπτική διάθεση και ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική συμπεριφορά σχετίζονται με την αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης για μία περίοδο έξι μηνών μετά το ατυχές τέλος της

εγκυμοσύνης. Εξάλλου γυναίκες που έχασαν το μωρό τους προγεννητικά παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης ακόμα και ένα έτος μετά το γεγονός.

Επίσης, γυναίκες με προηγούμενο επεισόδιο κατάθλιψης μπορεί να παρουσιάσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία και τέσσερα χρόνια μετά την αποβολή. Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά από αποβολή πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να λαμβάνεται υπόψη η σοβαρότητα της κατάστασης, καθώς και την πιθανότητα μιας νέας εγκυμοσύνης. Οι γυναίκες με κατάθλιψη μετά από αποβολή έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία και άγχος για μεγάλο χρονικό διάστημα. Έτσι γίνεται σαφές ότι μία νέα κύηση των γυναικών αυτών απαιτεί καλή παρακολούθηση και επίγνωση της αρνητικής επίδρασης κατά την εγκυμοσύνη για να εξασφαλιστεί η επιτυχής έκβαση της (Παππά & Σολδάτου, 1999).

Ένας ακόμα λόγος εμφάνισης της κατάθλιψης στις γυναίκες είναι και η έκτρωση. Η έκτρωση μπορεί να είναι είτε εκούσια είτε ακούσια, ωστόσο, ανεξάρτητα από το βαθμό συμμετοχής της βούλησης της για έκτρωση, η έγκυος βιώνει μία έντονη ψυχική σύγκρουση σε επίπεδο ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό που δημιουργεί συχνά μία κατάσταση έντονου στρες. Για να κατανοηθούν οι μηχανισμοί δημιουργίας της σύγκρουσης αυτής θα πρέπει να εξεταστούν οι λόγοι προσέλευσης για έκτρωση και το ύφος της ίδιας της σύγκρουσης. Για παράδειγμα, οι ανύπαντρες μητέρες συχνά οδηγούνται στη λήψη της απόφασης για έκτρωση για κοινωνικούς λόγους, καθώς ο κοινωνικό στίγμα της ανύπαντρης μητέρας και του «εξώγαμου παιδιού» δεν αφήνουν πολλά περιθώρια επιλογής.

Ανεξάρτητα από τα αίτια που προκαλούν την απόφαση για τεχνητή διακοπή της κύησης, η ψυχοπαθολογία μετά από αυτή χαρακτηρίζεται από μάλλον ήπια ενοχή και κατάθλιψη και υποχωρεί συνήθως σε μία με δύο εβδομάδες ή το πολύ σε τρεις με έξι μήνες μετά την έκτρωση. Προφανώς, εντός δύο εβδομάδων οι περισσότερες γυναίκες έχουν αναπτύξει προσαρμοστικούς μηχανισμούς που τις απαλλάσσουν από την ψυχοπαθολογία που ακολουθεί την έκτρωση. Σε κάθε περίπτωση η γυναίκα πρέπει να λαμβάνει μόνη της την απόφαση για έκτρωση συνεκτιμώντας όλους τους παράγοντες. Παραπομπή σε ψυχίατρο πριν από την έκτρωση θα

πρέπει να γίνεται μόνο για τις περιπτώσεις γυναικών σε ψυχιατρικά συμπτώματα (Παππά & Σολδάτου, 1999).

10.2 Άνδρας και κατάθλιψη

Οι άνδρες δύσκολα παραδέχονται ότι έχουν συμπτώματα κατάθλιψης και δεν ζητούν εύκολα βοήθεια για διάφορους λόγους, γεγονός που δυσκολεύει την ανίχνευση των συμπτωμάτων τόσο από τους ίδιους όσο και από το περιβάλλον τους, ωστόσο, η κατάθλιψη στους άνδρες δεν είναι ένα σπάνιο φαινόμενο. Συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι περίπου 7% των ανδρών κάθε χρόνο προσβάλλονται από κατάθλιψη. Οι κλινικές έρευνες έχουν δείξει ότι ενώ οι άνδρες και οι γυναίκες μπορούν να παρουσιάζουν τα συνήθη συμπτώματα της κατάθλιψης, φαίνεται να βιώνουν διαφορετικά την κατάθλιψη και να έχουν διαφορετικούς τρόπους αντίδρασης και αντιμετώπισης της πάθησής τους.

Η ανδρική κατάθλιψη τείνει να εμφανίζεται σε διαφορετικό στάδιο της ζωής από ότι συμβαίνει στις γυναίκες και συνήθως προσβάλλει τους άνδρες στην ηλικία μεταξύ 40 και 60 ετών. Οι άνδρες έχουν την τάση να βγάζουν προς τα έξω το καταθλιπτικό συναίσθημα μετατρέποντάς το σε θυμό, ενώ οι γυναίκες κατά κανόνα το εσωτερικεύουν, στρέφοντας τα αρνητικά συναισθήματα προς τον εαυτό τους.

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. Αντί να μιλήσουν για το πώς αισθάνονται, ίσως να προσπαθήσουν να νιώσουν καλύτερα με τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.

Ακόμη, υπάρχουν πολλοί άνδρες οι οποίοι αντιδρώντας στην κατάθλιψη τους, ρίχνονται καταναγκαστικά στη δουλειά, προσπαθώντας έτσι να κρύψουν την κατάθλιψή τους από τον ίδιο τον εαυτό τους, την οικογένεια τους και τους φίλους τους. Όλοι αυτοί οι παράγοντες έχει αποδειχθεί ότι κάνουν την κατάθλιψη πιο πιθανή ή επιδεινώνουν το πρόβλημα όταν ήδη υπάρχει, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο (Καλογερόπουλου, 2010).

Οι άνδρες που υποφέρουν από κατάθλιψη συνήθως δε νιώθουν καλά με το σώμα τους και έχουν μειωμένη σεξουαλική διάθεση, σε σχέση με περιόδους στις οποίες είναι καλά. Πολλοί απλώς παραιτούνται από το σεξ εντελώς, καθώς επίσης, κάποια αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν τη σεξουαλική ορμή. Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να επέλθει ως συνέπεια της ανικανότητας, η οποία και πάλι είναι ένα πρόβλημα στο οποίο μπορεί κανείς να βοηθηθεί αποτελεσματικά (Καλογερόπουλου, 2010).

Η απώλεια της εργασίας, για οποιονδήποτε λόγο, είναι ένα στρεσογόνο γεγονός. Μάλιστα, μετά τα προβλήματα στις σχέσεις, η ανεργία είναι η πιο σημαντική αιτία που οδηγεί τους άνδρες σε βαριά κατάθλιψη. Το γεγονός αυτό δεν είναι παράδοξο, αφού η εργασία είναι συχνά ο βασικός παράγοντας που δίνει σε έναν άνδρα την αίσθηση της αξίας του και τον αυτοσεβασμό του. Χάνοντας κανείς τη δουλειά του, πιθανότατα χάνει τα σύμβολα της επιτυχίας του και ίσως πρέπει να προσαρμοστεί στο ρόλο της φροντίδας του σπιτιού και των παιδιών (Καλογερόπουλου, 2010).

Στους περισσότερους πολιτισμούς κυριαρχεί το ιδεώδες σύμφωνα με το οποίο ο άνδρας εφόσον αποτελεί το δυνατό φύλο, πρέπει να κρατάει αντίσταση στον φυσικό ή ψυχικό πόνο, δείχνοντας έτσι τον ανδρισμό του και τον σταθερό χαρακτήρα του. Τα δάκρυα και η θλίψη αποτελούν σημάδι αδυναμίας και επομένως ένα κατεξοχήν αντικείμενο αποστροφής για το ανδρικό φύλο. Έτσι ένας άντρας για την κοινωνία δεν πρέπει να παραπονιέται, τουλάχιστον όχι δημοσίως, αλλά πρέπει να φαίνεται άκαμπτος και δυναμικός. Αυτή η στάση αντιμετώπισης που πρέπει να κρατάει για την κοινωνία τον χρήζει ως «άντρα» (Καλογερόπουλου, 2010).

Παρόλο που το ποσοστό των γυναικών με κατάθλιψη είναι σχεδόν το διπλάσιο από το ποσοστό των αντρών, το ποσοστό αυτοκτονίας στους άντρες είναι τρεις φορές μεγαλύτερο από ότι των γυναικών. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι θάνατοι λόγω αυτοκτονιών στους άνδρες, συχνά σχετίζονται με κατάθλιψη. Ο ανησυχητικός αριθμός αυτοκτονιών στους άνδρες μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι δεν αναζητούν βοήθεια και θεραπεία όταν πάσχουν από κατάθλιψη. Η αυτοκτονία είναι πιο συχνή ανάμεσα σε άνδρες που έχουν πάρει διαζύγιο ή έχουν χηρέψει και πιο πιθανή ανάμεσα σε άνδρες που καταναλώνουν πολύ αλκοόλ.

Είναι γεγονός ότι 2 στους 3 ανθρώπους που αυτοκτονούν έχουν συμβουλευτεί τον οικογενειακό γιατρό τους μέσα στον προηγούμενο μήνα και σχεδόν 1 στους 2 μέσα στην αμέσως προηγούμενη εβδομάδα πριν την αυτοκτονία. Επίσης, παρατηρείται ότι 2 στους 3 ανθρώπους που αυτοκτονούν έχουν μιλήσει γι' αυτό σε φίλους ή στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Το να ρωτήσει κανείς κάποιον αν έχει αυτοκτονικές τάσεις δεν σημαίνει ότι θα του «βάλει ιδέες» ή θα αυξήσει τις πιθανότητες της αυτοκτονίας. Γι' αυτό, αν και πολλοί άνδρες δείχνουν κάποια αδυναμία ως προς το να μιλούν για τα συναισθήματά τους, είναι σημαντικό να ρωτηθούν ευθέως αν κάνουν σκέψεις σχετικές με την αυτοκτονία.

Επίσης, σημαντικό είναι, όταν διατυπώνονται τέτοιες ιδέες ή τάσεις, να τις παίρνει κανείς στα σοβαρά. Για κάποιον που έχει τάσεις αυτοκτονίας δεν υπάρχει τίποτα που να ρίχνει περισσότερο το ηθικό του από το να αισθανθεί ότι οι άλλοι δεν τον αντιμετωπίζουν με σοβαρότητα. Συχνά χρειάζεται χρόνος για να επιστρατεύσει κανείς το κουράγιο που χρειάζεται και να μιλήσει για την αυτοκτονία, αλλά το να μιλήσει κανείς γι' αυτό μπορεί να προσφέρει μεγάλη ανακούφιση. Οι αυξημένοι δείκτες αυτοκτονίας στους άνδρες, δείχνουν ότι υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ αυτοκτονίας και κατάθλιψης, ειδικά στις περιπτώσεις που η τελευταία δεν ανιχνεύεται και δεν παρέχεται στον ασθενή θεραπευτική υποστήριξη (Καλογερόπουλου, 2010).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η κατάθλιψη στις μέρες μας φαίνεται να έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις και ακόμη, ενδέχεται τα επόμενα χρόνια τα ποσοστά των ατόμων που πάσχουν από αυτή να αυξηθούν σημαντικά. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε άτομο ανεξαιρέτως ηλικίας και φύλου, ωστόσο κάποια άτομα που πάσχουν από ορισμένες σωματικές ή ψυχικές ασθένειες φαίνεται πως έχουν μία μεγαλύτερη προδιάθεση. Είναι μία ψυχική διαταραχή που μπορεί να προκληθεί μέσα από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες, οι οποίοι ωστόσο αλληλοσυνδέονται επηρεάζοντας ο ένας τον άλλον, οδηγώντας το άτομο σε εμφάνιση σειράς συμπτωμάτων. Το σοβαρότερο σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η αυτοκτονία, καθώς η ζωή του ατόμου μπορεί να βρεθεί σε κίνδυνο.

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται πως η ψυχολογική κατάσταση που βιώνει ένα καταθλιπτικό άτομο συνήθως συνεπάγεται αδράνεια και απώλεια ενέργειας και ενδιαφέροντος για την ζωή, έτσι μπορεί εύκολα να οδηγηθεί στην αυτοκτονία όπου θεωρεί την μόνη διέξοδο και λύση στο πρόβλημά του. Η άμεση συσχέτιση της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας παρατηρείται μέσα από έρευνες που δείχνουν ότι τα καταθλιπτικά άτομα έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να διαπράξουν απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ και τα ποσοστά των ατόμων που αυτοκτόνησαν εξαιτίας της κατάθλιψης είναι εξίσου σημαντικά.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κατάθλιψη δεν οφείλεται στην υπερβολική ευαισθησία ή στο χαρακτήρα του ατόμου, αλλά είναι μια σοβαρή ασθένεια και ως τέτοια θα πρέπει να αντιμετωπίζεται, για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητη η θεραπεία της με οποιαδήποτε μορφή. Αδιαμφισβήτητα η καλύτερη μορφή θεραπείας είναι η πρόληψή της, ωστόσο όταν αυτό δεν είναι εφικτό, αποτελεσματικότερη θεραπεία θεωρείται ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής. Επιπλέον, παρατηρήθηκε πως σε περίπτωση συννοσηρότητας η θεραπεία της κατάθλιψης είναι αρκετά δυσκολότερη και μακροπρόθεσμη.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι εκείνοι που θα βοηθήσουν το άτομο να θεραπευτεί από την κατάθλιψη. Ειδικότερα, ο κοινωνικός

λειτουργός παίζει σημαντικό ρόλο στην διαδικασία της θεραπείας καθώς είναι σε θέση να διαγνώσει το πρόβλημα και να παρέμβει άμεσα μέσα από ψυχοθεραπείες ή έμμεσα μέσα από παραπομπές και συνεργασία με εξειδικευμένες υπηρεσίες.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με βάση τα μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης και αυτοκτονιών, αλλά και με βάση την πρόβλεψη για μεγαλύτερη αύξηση τα επόμενα χρόνια προκύπτει η ανάγκη για σωστή πρόληψη και αντιμετώπιση. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από παρεμβάσεις με προγράμματα αγωγής της ψυχικής υγείας που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ανθρώπων σχετικά με την συγκεκριμένη ψυχική ασθένεια, μπορεί να επιτευχθεί η πρόληψή της και έτσι η μείωση των κρουσμάτων. Θα πρέπει να γίνει αντιληπτό πως πρόκειται για μια ψυχική ασθένεια η οποία θεραπεύεται και μάλιστα όσο πιο γρήγορα διαγνωσθεί τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η θεραπεία της. Σημαντικό, λοιπόν, είναι οι άνθρωποι να ενημερωθούν για τους παράγοντες κινδύνου και για τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του αυτοκτονικού ιδεασμού, ώστε να μπορούν να τα διακρίνουν έγκαιρα και να απευθυνθούν στην αντίστοιχη υπηρεσία για βοήθεια.

Με την σειρά τους οι υπηρεσίες θα πρέπει να έχουν το απαραίτητο προσωπικό που χρειάζεται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και κατ' επέκταση της αυτοκτονίας. Επίσης, η σωστή εκπαίδευση των επιστημόνων ψυχικής υγείας, ώστε να διαθέτουν τις απαραίτητες εξειδικευμένες γνώσεις και να μπορούν να εκτιμούν την σοβαρότητα της κατάστασης, αποτελεί ακόμη μια ανάγκη για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Η έρευνα αυτή αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση βασιζόμενη σε θέματα κατάθλιψης και αυτοκτονίας. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν μπορούν να αποτελέσουν τον πυρήνα για περαιτέρω μελλοντικές, ποσοτικές κυρίως έρευνες, οι οποίες θα συμπληρώσουν την έρευνα αυτή. Το γεγονός ότι η κατάθλιψη αποτελεί μια πολύ συχνή ψυχική διαταραχή, που τα τελευταία χρόνια τείνει να αυξάνεται και προβλέπεται πως μέσα στα

επόμενα χρόνια είναι πιθανό να θεωρείται η δεύτερη αιτία θανάτου ανά τον κόσμο, κάνει αναγκαίες τις μελλοντικές και εκτενέστερες έρευνες.

Θα ήταν πολύ ενδιαφέρον οι έρευνες αυτές να αφορούν συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού (π.χ. ανά ηλικία, φύλο), καθώς αυτό θα βοηθήσει σημαντικά στην πλήρη και ουσιαστική κατανόηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν ένα άτομο σε κατάθλιψη. Οι επιπλέον έρευνες θα είναι σε θέση να διευκολύνουν τους επιστήμονες ψυχικής υγείας όσον αφορά την καλύτερη αντιμετώπιση της κατάθλιψης και την εξέλιξη των μορφών θεραπείας ως προς την αποτελεσματικότητά τους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Αγγελόπουλος, Ν.Β. (2009). *Συναισθηματικές διαταραχές*. Στο Ν.Β. Αγγελόπουλος (Επιμ.). *Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία - Μια σύγχρονη ψυχιατρική* (σελ. 577-597). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Austrian, S.G. (2005). *Mental disorders, medications and clinical social work*. (3rd edit.), New York: Columbia University press.

Ancibure, F., & Galan- Ancibure, M. & Sauret, M.J. (2010). *Κατάθλιψη* (μτφ. Γ. Καλογεροπούλου). Αθήνα: Νόβολι.

Andrew, R.G. (2009). Διαταραχές της διάθεσης. Στο Λ. Μεσσήνης. Βασικά στοιχεία ψυχοπαθολογίας (μτφ. Λ. Μεσσήνης) (σελ. 61-86). Πάτρα: Gotsis.

Βλάχου, Ε., Γκοβίνα, Ο., Κουτσοπούλου – Σοφικίτη, Β., Κελέση – Σταυροπούλου, Μ., Φούκα Γ., Μουσιάδου, Ε., & Θεοδοσοπούλου Ε., (2013, Ιανουάριος - Μάρτιος). Η επίδραση της Ορμονικής Θεραπείας Υποκατάστασης (ΟΘΥ) στην ψυχική κατάσταση των εμμηνοπαυσιακών γυναικών. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 12 (σελ. 82 – 102). Ανακτήθηκε στις 15/10/2015 από: <http://hypatia.teiath.gr/>

Beck, A., Baruch, E., Butler, J. M., Steer, R. A. & Warman, D.M. (2003, May 29). A new instrument for measuring insight : The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68, (p. 319 – 329). Ανακτήθηκε στις 4/5/2015 από <http://www.senyfundacio.org/>

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Loss sadness and depression*. Basic Books, A Member of the Perseus Books Group, 3 (p. 270 – 320).

Γαρυφαλλος, Γ. (2007, Μάρτιος 8-11). Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. *Hellenic Psychiatry*, 5(1), (σελ. 37 – 46). Ανακτήθηκε στις 20/3/2015 από <http://www.psychiatryjournal.gr/>

Γιαννακού, Μ., Ρούσση, Π., Κοσμίδου, Μ., Ε., Κιοσέογλου, Γ., Αδαμοπούλου, Α., & Γαρυφαλλος, Γ., (2013). Προσαρμογή της κλίμακας

κατάθλιψης του Beck - II σε ελληνικό πληθυσμό. *Hellenic Journal of Psychology*, 10 (σελ. 120 – 146). Ανακτήθηκε στις 20/10/2015 από : <http://www.pseve.org/>

Γιωτάκος, Ο. (2010). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *Ψυχιατρική*, 21 (3) (σελ. 195 – 204). Ανακτήθηκε στις 20/3/2015 από: <http://www.psych.gr/>

Carson, R., & Butcher, J. (1992). *Abnormal psychology and modern life*. (9th edit.), New York: Harper Collins.

Ευθυμίου, Κ., & Μαυροειδή, Αθ., & Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

Ευθυμίου, Κ., (2002). Εφαρμογή της Συμπεριφοριστικής Γνωσιακής ψυχοθεραπείας στην Κατάθλιψη. *Εκδόσεις του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς*. Ανακτήθηκε στις 4/5/2015 από: http://www.ibrt.gr/ekpaideysi/7_katathlipsi.pdf

Ferrari, A., Charlson, F., Norman, R., Patten, S., Freedman, G., Murray C., Vos, T. & Whiteford H., (2013, November 5). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Plos Medicine*. Ανακτήθηκε στις 13/6/2015 από: <http://journals.plos.org/>

Flach, F., (1998). *Κατάθλιψη η μυστική της δύναμη*. (2η εκδ.), (μτφ. Β. Αναστασίου), Αθήνα : Δίοδος.

Flach, F. F. (1996). *Κατάθλιψη*. Αθήνα: Δίοδος.

Getzfeld, A.R. (2009). *Διαταραχές της διάθεσης*. Στο Getzfeld, A.R. (Επιμ.). Βασικά στοιχεία ψυχοπαθολογίας (σελ. 61-86). Πάτρα: Gotsis.

Gibbs, Z., Lee, S., Kulkarni, J., (2013, July 3) Factors Associated with Depression During the Perimenopausal Transition. *Women's Health Issues*, 23(5), 301–307. Ανακτήθηκε από: <http://www.sciencedirect.com/>

Gilbert P. (1999). *Ξεπερνώντας τη κατάθλιψη*. (μτφ Αγγελή Α., Ευσταθίου Γ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Ευσταθίου, Γ. (2010). *Διαταραχές διάθεσης*. Στο Α. Καλαντζής- Αζίζι & Γ. Ευσταθίου (επιμ.). Κλινική Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία (σελ. 138-148 & 377-397). Αθήνα: Πεδίο.

Κάτσας, Γ. (2011). Η κατάθλιψη ως κοινωνικό φαινόμενο: Αλλοτριώση και απάθεια. *Εγκέφαλος*, 48 (σελ. 143-145). Ανακτήθηκε στις 28/3/2015 από <http://www.encephalos.gr/>

Κλεοπάτρας, Γ. & Καϊλα, Μ. (2009). *Κατάθλιψη*. Στο Γ. Κλεφταρας & Μ. Καϊλα (επιμ.). Από την ψυχοπαθολογία στο νόημα της ζωής (σελ. 288-299). Αθήνα: Πεδίο.

Κλεφτάρας, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα: περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κορδώση, Α., Σαρίδη, Μ., Σουλιώτης, Κ., (2015). Το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 7 (1) (σελ. 8-18). Ανακτήθηκε στις 19/10/2015 από : <http://www.researchgate.net/>

Kramlinger, K. (2004). *Mayo clinic- Κατάθλιψη* (Χ. Έλιασα μτφ). Αθήνα: Γιαννίκος.

Kring, A. M., & Davison, G. C., & Neal, J. M., & Johnson, S. L. (2007). *Ψυχοπαθολογία*. (μτφ Καραμπά Θ.), Θεσσαλονίκη: Gutenberg.

Loo H. & Gallarda T. (1998). *Η κατάθλιψη*. Αθήνα: Π.Τραυλός.

Μαδιανός, Μ.Γ. (2005). *Συναισθηματικές διαταραχές της διάθεσης*. Στο Γ.Μ. Μαδιανός (Επιμ.). Ψυχιατρική και αποκατάσταση (σελ. 271-285). Αθήνα: Καστανιώτης.

Μαδιανός, Μ.Γ. (2014). *Συναισθηματικές διαταραχές/ Διαταραχές της διαθέσεις*. Στο Γ. Μαδιανός (Επιμ.). Κλινική ψυχιατρική (σελ. 244-269). Αθήνα: Καστανιώτη.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University studio press.

Μαρτινάκη, Σ., Μπουρίκος, Δ., (2014) *Κοινωνική Εργασία και Ψυχική υγεία*. (2η έκδοση) Αθήνα : Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Μέντη, Α., (2007) *Κάπνισμα, Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες, Ψυχοπαθολογία και Άλλες Συναφείς Καταστάσεις σε Νέους με Απόπειρα Αυτοκτονίας*. (Δημοσιευμένη Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών/Σ.Ε.Υ.Τ.Ι, Πάτρα. Ανακτήθηκε στις 20/9/2015 από <http://nemertes.lis.upatras.gr/>

Μπαμπινιώτης, Γ. (2005) *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα, Κέντρο Λεξικολογίας.

Μπελεγρίνος, Σ., Ζάχαρης, Θ., & Φραδέλος, Ε., (2014) Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο. *Επιστημονικά Χρονικά*, 19 (4) (σελ. 370-379). Ανακτήθηκε στις 25/9/2015 από: <http://www.tzaneio.gr/>

Μπεκιάρη, Ε., & Κατσαδώρος, Κ. (χ.χ.). *Οδηγός για την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή*. Αθήνα.

Νίκου, Μ. (1997). *Καταθλιπτικές διαταραχές*. Στο Μ. Νίκου (Επιμ.). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής (σελ. 188-216). Θεσσαλονίκη: University studio press.

Οικονόμου, Μ. (2004). *Κατάθλιψη* (μτφ. Α. Σταθόπουλος). Αθήνα: Πασχαλίδη.

Παπαδημητρίου, Γ.Ν., Λιάππας, Ι.Α. & Λύκουρας, Ε.. *Συναισθηματικές διαταραχές*. Στο Δ. Δίκαιος, Δ. Παππά & Γ.Ν. Παπαδημητρίου (Επιμ.). Σύγχρονη ψυχιατρική (σελ. 347-372). Αθήνα: ΒΗΓΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Πολυκανδριώτη, Μ., & Στεφανίδου Σ. (2013, Οκτώβριος - Δεκέμβριος) *Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς*. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 12 (4) (σελ. 397 – 408). Ανακτήθηκε στις 11/8/2015 από: <http://www.vima-asklipiou.gr/>

Pignarre P. (2007). *Πως η κατάθλιψη έγινε επιδημία* (Χ. Χατζηδημητρίου μτφ.). Θεσσαλονίκη: University studio press.

- Σικελιανού, Δ. (2010). *Κλινική Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων*. Αθήνα: Διόνικος.
- Σολδάτος, Κ., Αλεξόπουλος, Γ., Βαϊδάκης, Ν., Δικαίος, Δ., Ζέρβας, Ι., Κουζολυπης, Α., Ντώνιας, Σ., Παπαδημητρίου, Γ., Παπαρρηγόπουλος, Θ., Παππά, Δ., Σακκός, Π., Σολδάτου, Μ., Τσιάντης, Ι., Χαντζαρά, Β. & Ψάρρος, Κ. (1999). *Άγχος και κατάθλιψη εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη γενική ιατρική*. Αθήνα: Γραφικές τέχνες "Παλλάδιων".
- Σολδάτος, Κ. & Λύκουρας Λ. (2006). *Συναισθηματικές διαταραχές*. Στο Δ. Δικαίος (Επιμ.). Σύγγραμμα ψυχιατρικής (σελ. 285-320). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Συλλογικό έργο (2000). *Κατάθλιψη*. Στο Κ. Σολδάτος (Επιμ.). Η ψυχιατρική στην γενική ιατρική (σελ. 55-61). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Συλλογικό έργο (2000). *Συναισθηματικές διαταραχές*. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου (Επιμ.). Ψυχιατρική (σελ. 308-353). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Salzberger - Wittenberg, I., (2009). *Η αυτογνωσία από ψυχαναλυτική θεώρηση και οι ανθρώπινες σχέσεις: Μια κλαϊνική προσέγγιση* (μτφ. Τσιαντή Β.), Αθήνα : Καστανιώτη.
- Tolle-Windgassen (2005). *Συναισθηματικές ψυχώσεις – συναισθηματικές διαταραχές* (13^η αναθεωρημένη έκδοση). Στο Γ. Βαρτζόπουλος & Ε. Βαϊκόνη & Ν. Τζαβάρας (Επιμ.). ψυχιατρική (σελ. 277-287). Αθήνα: Παρισινού.
- Φερεντίνος, Π.Π. Κονταξάκης Β.Π., Παπλός, Κ.Γ. Χριστοδούλου Γ.Ν. (2003). Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton: Μορφές, εφαρμογές και προοπτικές, *Ψυχιατρική*, 14 (σελ. 136-146). Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Ανακτήθηκε στις 20/10/2015 από: <http://www.psych.gr/>
- Χριστοδούλου, Γ. Ν. (1998). *Κατάθλιψη*. (2η εκδ.), Αθήνα : Βήτα.

Χριστοδούλου Γ.Ν., Αλεβίζος Β. & Β. Μαυρέας. Καταθλιπτικό επεισόδιο. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου (Επιμ.). ICD -10 Ειδική έκδοση για την πρωτοβάθμια φροντίδα (σελ. 24-25, 68-69 & 80). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΕΠΕ.

Windgassen T. (2005). *Συναισθηματικές ψυχώσεις- Συναισθηματικές διαταραχές*. Στο Ν. Τζαβορας, Γ. Βαρτζόπουλος & Ε. Βαικουση (Επιμ.). Ψυχιατρική (σελ. 277-287). Αθήνα: Παρισιανού.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 859

15 Μαΐου 2015

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθμ. Α4α,β/Γ.Π.οικ.15742

Συστάσεις Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων και ένταξη Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Π.Δ. 106/2014 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ 173/Α'/2014).
2. Το Π.Δ. 25/27.1.2015 (ΦΕΚ 21/Α'/27-1-2015) «Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών».
3. Τις διατάξεις του Ν. 4320/2015 (ΦΕΚ 29/Α'/2015).
4. Τις διατάξεις του άρθρου 3 του Ν. 2716/1999 «Εκσυγχρονισμός υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α' 96), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει.
5. Τις διατάξεις που διέπουν τη λειτουργία των οργανισμών των ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Γενικών Νοσοκομείων.
6. Το με αριθμ. πρωτ. Υ5α/Γ.Π./οικ.89494/13-10-2014 έγγραφο με θέμα «Εφημερίες Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και Ψυχιατρικών Τμημάτων Γενικών Νοσοκομείων» και το σχετικό πόρισμα της Ομάδας Εργασίας με θέμα «Προκαταρκτική Επιχειρησιακή Εκτίμηση για την Λειτουργία του νέου εφημεριακού συστήματος στη Διοικητική Περιφέρεια Αττικής, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης για τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας» (Δεκέμβριος 2014).
7. Την αριθμ. Υ104/2-3-2015 (ΦΕΚ 309/Β'/2015) απόφαση «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Ανδρέα Ξανθό του Γεωργίου».

8. Την αριθμ. 2 απόφαση της 248ης /2-12-2014 Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας «Ανασυγκρότηση Τομέων Ψυχικής Υγείας στην Επικράτεια», η οποία έγινε δεκτή από τον Υπουργό.

9. Το γεγονός ότι οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που περιλαμβάνονται στο σώμα της παρούσας απόφασης λειτουργούν.

10. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της παρούσας δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

1. Τη σύσταση είκοσι πέντε (25) από τους τριάντα

οκτώ (38) Τομείς Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων (ΤΟ.Ψ.Υ.) και ορίζουμε τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται σε αυτούς, όπως παρακάτω:

Α. Συστήνουμε τέσσερις (4) από τους έντεκα (11) Τομείς Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων (ΤΟ.Ψ.Υ.) στο Νομό Αττικής και ορίζουμε τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται σε αυτούς, όπως παρακάτω:

Α1. 1^{ος} Τομέας Ψυχικής Υγείας Αττικής (1^{ος} ΤΟ.Ψ.Υ. Αττικής), που περιλαμβάνει τους Δήμους Αιγάλεω, Περιστερίου, Πετρούπολης, Ιλίου.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "ΔΑΦΝΙ".

2. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής "Αγ. Βαρβάρα".

3. 1^ο Τμήμα Εισαγωγών, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "ΔΑΦΝΙ".

4. Τμήμα Οξέων "Αγία Μαρκέλλα" (Δ3), του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "Δρομοκαϊτειο".

5. Ξενώνας "Αμάθεια", του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "ΔΑΦΝΙ".

6. Ξενώνας "Μετάβαση", του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "ΔΑΦΝΙ".

7. Ξενώνας "Το Όραμα", στο Περιστερι, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "Δρομοκαϊτειο".

8. Ξενώνας στην οδό Βελεστίνου (πρώην Φλωρίνης), του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "ΔΑΦΝΙ".

9. Προστατευμένο Διαμέρισμα (5^ο) (ΓΔ 18), «Ακάλη», για 3 ψυχικά ασθενείς του Ξενώνα "Αμάθεια", στην οδό Κωνσταντινουπόλεως 72 στο Ίλιον, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

10. Προστατευμένο Διαμέρισμα (2^ο), για 3 ψυχικά ασθενείς του Ξενώνα "Μετάβαση", στην οδό Πέλοπος 75 στο Περιστερι, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

11. Προστατευμένο Διαμέρισμα (4^ο), στην οδό Φλωρίνης 4 (Αιγάλεω), του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δρομοκαϊτειο».

12. Προστατευμένο Διαμέρισμα (ΓΔ25), για 3 ψυχικά ασθενείς του Ξενώνα "Μετάβαση", στην οδό Πυλίας 12 στο Περιστερι, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

13. Προστατευμένο Διαμέρισμα (ΓΔ26), για 3 ψυχικά ασθενείς του Ξενώνα "Αμάθεια", στην οδό Καπετάν Χρονά 32 στο Περιστέρι, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

ΝΠΙΔ:

1. Υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Αιγάλεω - Συμβουλευτικό Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων, του Φορέα Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

2. Οικοτροφείο Α' «Οδυσσεάς», για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Φορέα Ελληνική Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, Αποκατάστασης και Κοινωνικής Μέριμνας.

3. Οικοτροφείο Β' «Αιεΐας», για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Φορέα Ελληνική Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, Αποκατάστασης και Κοινωνικής Μέριμνας.

4. Οικοτροφείο «Ιπποκράτης Ι», για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Φορέα "ΕΔΡΑ" Κοινωνικές Συνεταιριστικές Δραστηριότητες Ευπαθών Ομάδων.

5. Οικοτροφείο «Ιπποκράτης ΙΙ», για 10 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Φορέα "ΕΔΡΑ" Κοινωνικές Συνεταιριστικές Δραστηριότητες Ευπαθών Ομάδων.

6. Προστατευμένο Διαμέρισμα «Ιπποκράτης Ι», του Φορέα "ΕΔΡΑ" Κοινωνικές Συνεταιριστικές Δραστηριότητες Ευπαθών Ομάδων.

7. Προστατευμένο Διαμέρισμα «Ιπποκράτης ΙΙ», του Φορέα "ΕΔΡΑ" Κοινωνικές Συνεταιριστικές Δραστηριότητες Ευπαθών Ομάδων.

8. Προστατευμένο Διαμέρισμα στο Περιστέρι, για 4 άτομα με ψυχική διαταραχή και γνωσιακή έκπτωση, του Φορέα Ελληνική Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, Αποκατάστασης και Κοινωνικής Μέριμνας.

9. Προστατευμένο Διαμέρισμα στο Ίλιον, για 4 άτομα με ψυχική διαταραχή και γνωσιακή έκπτωση, του Φορέα Ελληνική Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, Αποκατάστασης και Κοινωνικής Μέριμνας.

10. Ειδική Μονάδα Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης - Πρόγραμμα HORIZON - Δίκτυο υπηρεσιών για την αποκατάσταση «Φιάχτο Μαζί Μας», του Φορέα Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

11. Ειδική Μονάδα Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης - Μονάδα Ψυχοθεραπείας Συσημικής Προσέγγισης, του Φορέα Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

12. Κοι.Σ.Π.Ε. 1^{ου} ΤΟ.Ψ.Υ. «Διάπλους»

Α2. 2^{ος} Τομέας Ψυχικής Υγείας Αττικής (2^{ος} ΤΟ.Ψ.Υ. Αττικής), που περιλαμβάνει τους Δήμους Πειραιώς, Κερατσινίου-Δραπετσώνας, Περάματος και την Περιφερειακή Ενότητα Νήσων.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δραπετσώνας, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δρομοκαΐτειο».

2. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων».

3. 2^ο Τμήμα Εισαγωγών, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

4. Μονάδα για Ογκολογικούς ασθενείς, του Γενικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου «Μεταξά».

5. Προστατευμένο διαμέρισμα, στην οδό Νεοσοικών 17-21 στην περιοχή Πασαλιμάνι του Δήμου Πειραιά, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

ΝΠΙΔ:

1. Υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Πειραιά - Συμβουλευτικό Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων, του Φορέα Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

2. Οικοτροφείο «ΘΑΡΑΠΑΥΣΗ», για 15 ψυχογηριατρικούς ασθενείς, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «ΠΥΞΙΔΑ».

3. Προστατευμένο Διαμέρισμα, 4 ενοίκων από το Οικοτροφείο «ΘΑΡΑΠΑΥΣΗ» στα Καμίνια του Πειραιά, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «ΠΥΞΙΔΑ».

4. Κέντρο Ημέρας για Ψυχικά Ασθενείς «Αριάδνη», του Φορέα Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού.

5. Ειδική Μονάδα Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης - Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Πειραιά, του Φορέα Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

Α3. 4^{ος} Τομέας Ψυχικής Υγείας Αττικής (4^{ος} ΤΟ.Ψ.Υ. Αττικής), που περιλαμβάνει τους Δήμους Φυλής, Αχαρνών, Αγίων Αναργύρων-Καματερού, Νέας Ιωνίας, Νέας Φιλαδέλφειας-Νέας Χαλκηδόνας, Ηρακλείου.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγ. Αναργύρων, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

2. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας «Κωνσταντινοπούλειο - Αγία Όλγα».

3. Τμήμα Οξέων και Μέσης Νοσηλείας "Σύγγρειο" (Δ3), του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δρομοκαΐτειο».

4. Οικοτροφείο «Ερμής» (ΓΟ10), για 15 ασθενείς με ελαφρά - μέση νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

5. Προστατευμένο Διαμέρισμα, στην οδό Κολοκοτρώνη 16 στον Περισσό, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

ΝΠΙΔ:

1. Οικοτροφείο «Γαλήνη Α», για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Φορέα ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ.

2. Οικοτροφείο (Β') «Οινηδα», για 15 ψυχογηριατρικούς ασθενείς, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «ΚΛΙΜΑΚΑ».

3. Οικοτροφείο (Β') «Κυβέλη», για 14 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «ΚΛΙΜΑΚΑ».

4. Κέντρο Ημέρας Ζεφυρίου - Μενιδίου, για τους Έλληνες Αθίγγανους, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «ΚΛΙΜΑΚΑ».

5. Κέντρο Ημέρας «Γαλήνη», του Φορέα ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ.

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ:

1. Ψυχιατρική Κλινική "Παναγία η Γρηγορούσα" - Καραγουλιάμος Π. Α.Ε., Νέο Ηράκλειο Αττικής.

2. Ψυχιατρική Κλινική «Άγιος Γεράσιμος», Αχαρνάι.

Α4. 11^{ος} Τομέας Ψυχικής Υγείας Αττικής (11^{ος} ΤΟ.Ψ.Υ. Αττικής), που περιλαμβάνει τους Δήμους Γλυφάδας, Ελληνικού-Αργυρούπολης, Αλίμου, Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης, Σαρωνικού, Λαυρεωτικής, Κρωπίας, Μαρκόπουλου-Μεσογαίας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Εξωτερικά Ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο» Βούλας.

2. 9^ο Τμήμα Εισαγωγών, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

3. 10^ο Τμήμα Εισαγωγών, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

4. Οικοτροφείο «Ιθάκη», με Ψυχογηριατρικούς Ασθενείς, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

ΝΠΙΔ:

1. Κέντρο Ημέρας Άνω Γλυφάδας, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «IASIS».

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ:

1. Νευροψυχιατρική Κλινική, “Κασταλία”, Ν.Π. Λυμπέρης Α.Ε., Ελληνικό Αττικής.

2. Ψυχιατρική Κλινική, “Γαλήνιο Μέλαθρο”, Α. Ανθούλης και ΣΙΑ ΕΕ, Άνω Γλυφάδα Αττικής.

Β. Συστήνονται δύο (2) από τους τρεις (3) Τομείς Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων (ΤΟ.Ψ.Υ.) στους Νομούς Θεσσαλονίκης και Χαλκιδικής και ορίζονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται σε αυτούς, όπως παρακάτω:

Β1. Ανατολικός Τομέας Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης και Χαλκιδικής, που περιλαμβάνει τους Δήμους Αγ. Γεωργίου, Απολλωνίας, Βασιλικών, Βερτίσκου, Επανομής, Θερμαϊκού, Θέρμης, Καλαμαριάς, Καλλινδοίων, Κορώνειας, Μαδύτου, Μηχανιώνας, Μίκρας, Πανοράματος, Πυλαίας, Ρεντίνας, Χορτιάτη, το 5^ο Δημοτικό Διαμέρισμα Δ. Θεσσαλονίκης και όλους τους Δήμους της Περιφερειακής Ενότητας Χαλκιδικής.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

Ν.Π.Δ.Δ.:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βορειοδυτικού Τομέα, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

2. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής.

3. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο».

4. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων - Α΄ Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

5. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων - Β΄ Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

6. Ξενώνας «Διάπορος», του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής.

7. Οικοτροφείο Α΄ «Αλκυόνη», για 15 άτομα, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

8. Οικοτροφείο «Χρυσάλιδα» με εργαστήριο, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

9. Προστατευμένο Διαμέρισμα, Α ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Μάρκου Μπότσαρη 9, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

10. Προστατευμένο Διαμέρισμα Δ1, Β ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Μακεδονίας 21, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

11. Προστατευμένο Διαμέρισμα Δ2, Β ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Μακεδονίας 21, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

12. Προστατευμένο Διαμέρισμα Δ3, Β ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Μακεδονίας 21, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

13. Προστατευμένο Διαμέρισμα Δ4, Β ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Μακεδονίας 21, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

14. Προστατευμένο Διαμέρισμα, Α ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Δελφών 87, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

15. Προστατευμένο Διαμέρισμα, Β ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Νικητρά 3, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

16. Προστατευμένο Διαμέρισμα, Β ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Αρτάκης 4, Καλαμαριά, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

ΝΠΙΔ:

1. Υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής Θεσσαλονίκης, Συμβουλευτικό Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων, του Φορέα Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

2. Οικοτροφείο «Αξίος», για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «ΣΥΝΘΕΣΗ».

3. Οικοτροφείο «Αθωνας» στο Νομό Χαλκιδικής, για 15 ψυχογηριατρικούς ασθενείς, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «ΣΥΝΘΕΣΗ».

4. Οικοτροφείο Νέου Ρυσιού «Καλλιρόη», για ασθενείς με διπλή διάγνωση, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

5. Οικοτροφείο Β΄ “ΙΟΚΑΣΤΗ”, στην Περαία Θεσ/νίκης, 15 ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Υποστήριξης, Θεραπείας, Αποκατάστασης και Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας “ΑΛΘΑΙΑ”.

6. Προστατευμένο Διαμέρισμα, 4 ενόικων από το Οικοτροφείο Περαίας, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Υποστήριξης, Θεραπείας, Αποκατάστασης και Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας “ΑΛΘΑΙΑ”.

7. Προστατευόμενο Εργαστήριο «Αμπελώνας», Ειδική Μονάδα Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεκπαίδευσης, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

8. Κέντρο Ημέρας «Εστία», του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «ΣΥΝΘΕΣΗ».

9. Κέντρο Ημέρας για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer “Αγία Ελένη”, Μονάδα αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκαλούνται από τη νόσο Alzheimer

και άλλες άνοιξες, του Φορέα Ελληνική Εταιρία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Θεσσαλονίκης.

10. Κέντρο Ημέρας «Ανατολή», για 15 άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «ΣΥΝΘΕΣΗ».

11. Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης-Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης, του Φορέα Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ:

1. Ψυχιατρική Κλινική «Άγιος Γεώργιος», Κ.Γ. Στασινόπουλος Νευροψυχιατρικές Κλινικές Α.Ε., Θεσσαλονίκη.

2. Ψυχιατρική Κλινική «Ασκληπιείον» Α.Ε., Θεσσαλονίκη.

3. Ψυχιατρική Κλινική «Άγιος Αντώνιος», Κ.Γ. Στασινόπουλος Νευροψυχιατρικές Κλινικές Α.Ε., Θεσσαλονίκη.

4. Ψυχιατρική Κλινική «Αγία Μαρίνα», Κ.Γ. Στασινόπουλος Νευροψυχιατρικές Κλινικές Α.Ε., Θεσσαλονίκη.

5. Ψυχιατρική Κλινική «Ελπίς», San Vitale Α.Ε., Θεσσαλονίκη.

6. Νευροψυχιατρική Κλινική, Α. Πισσαλίδη-Α. Καρίτση Α.Ε., Θεσσαλονίκη.

7. Νευρολογική Κλινική «ΒΕΤΤΑ ΜΠΑΛΤΟΥΜΑ Ε.Π.Ε.», Θεσσαλονίκη.

Β2. Δυτικός Τομέας Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης, που περιλαμβάνει τους Δήμους Αγ. Αθανασίου, Αμπελοκήπων, Αξιού, Ελευθερίου - Κορδελιού, Εύοσμου, Εχεδώρου, Καλλιθέας, Κουφαλίων, Μενεμένης, Μυγδονίας, Νεαπόλεως, Πολίχνης, Σταυρουπόλεως, Συκεών, Χαλάστρας, Χαλκηδόνος, Ωραιοκαστρου, Ευκαρπίας, Πεύκων καθώς και το 2^ο Δημοτικό Διαμέρισμα Δ. Θεσσαλονίκης.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δυτικού Τομέα, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

2. Νοσοκομείο Ημέρας, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου».

3. Εξωτερικά Ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου».

4. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου».

5. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου».

6. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων - Γ' Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

7. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων - Δ' Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

8. Οικοτροφείο «Ζέφυρος», για 15 άτομα, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

9. Οικοτροφείο «Αμάθεια» με εργαστήριο, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

10. Προστατευμένο Διαμέρισμα (Ιδιοκτησία Εμμανουήλ), Α ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Βενιζέλου 80, του Γενικού

Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

11. Προστατευμένο Διαμέρισμα, Α ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Αναγεννήσεως (3^{ος} όροφος), του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

12. Προστατευμένο Διαμέρισμα, Α ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Αναγεννήσεως (4^{ος} όροφος), του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

13. Προστατευμένο Διαμέρισμα στην οδό Ζαΐμη 15Α, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

14. Προστατευμένο Διαμέρισμα στην οδό Ζαΐμη 15Α, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

15. Προστατευμένο Διαμέρισμα, Β ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Θερμοπυλών 7, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

16. Προστατευμένο Διαμέρισμα, Α ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Παπαναστασίου 7 (Σταυρούπολη), του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

17. Προστατευμένο Διαμέρισμα (Συκιές), Α ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Ρόδου 5, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

18. Προστατευμένο Διαμέρισμα, Β ΜΟΨΑΤ, στην οδό Καβάφη 8, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

19. Προστατευμένο Διαμέρισμα (Ιδιοκτησία Γκίρμπα), Α ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Καραμανλή 30, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

20. Προστατευμένο Διαμέρισμα, Α ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Σταυρουπόλεως 24, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

21. Προστατευμένο Διαμέρισμα, Β ΜΟΨΣΑΤ, στην οδό Κουτηφάρη 21, του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» - Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

ΝΠΙΔ

1. Ξενώνας «ΠΙΣ» 15 απόμων, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

2. Οικοτροφείο «Ειρμός», για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Φορέα Διεθνής Εταιρία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

3. Προστατευμένο διαμέρισμα Α του Ξενώνα, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

4. Προστατευμένο διαμέρισμα Β του Ξενώνα, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

5. Προστατευμένο Διαμέρισμα (1^ο), 4 ενοίκων από το Οικοτροφείο Ν. Ρυσίου «ΚΑΛΛΙΡΡΟΗ», του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

6. Προστατευμένο Διαμέρισμα (2^ο), 4 ενοίκων από τον Ξενώνα «Ιρις», του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

7. Προστατευμένο Διαμέρισμα (3^ο), 4 ενόικων από το Γ΄ Οικοτροφείο, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

8. Προστατευμένο Διαμέρισμα (4^ο), 4 ενόικων από το Γ΄ Οικοτροφείο, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

9. Κοι.Σ.Π.Ε. Δυτικού Το.Ψ.Υ. Θεσσαλονίκης.

Γ. Συστήνονται δεκαεννέα (19) από τους είκοσι τέσσερις (24) Τομείς Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων (ΤΟ.Ψ.Υ.) στην υπόλοιπη Περιφέρεια και ορίζονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται σε αυτούς, όπως παρακάτω:

Γ1. Τομέας Ψυχικής Υγείας Χανίων - Ρεθύμνου, που περιλαμβάνει τους Νομούς Χανίων και Ρεθύμνου.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης.

2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

3. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (ορεινών και δυσπρόσιπων περιοχών), του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

4. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης.

5. Νοσοκομείο Ημέρας, του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

6. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

7. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης.

8. Ξενώνας «Ανατολή» Α΄, για 15 άτομα με ψυχικές διαταραχές, του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

9. Ξενώνας «Εδέμ», του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

10. Ξενώνας «Ναϊάδες», με εργαστήριο, του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

11. Ξενώνας Βραχείας Παραμονής, για 15 Ψυχιατρικούς Ασθενείς, στο Ρέθυμνο, του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης.

12. Ξενώνας Ρεθύμνου, του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης.

13. Οικοτροφείο «Απανεμιά» Α΄, για 15 Ψυχογηριατρικούς Ασθενείς, του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

14. Οικοτροφείο Β΄ «Επάνοδος», για 15 άτομα με νοητική καθυστέρηση και ψυχικές διαταραχές, του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

15. Οικοτροφείο Γ΄ «Μύθος», για 15 ψυχογηριατρικούς ασθενείς, του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

16. Προστατευόμενο Διαμέρισμα Β΄, 4 ατόμων του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

17. Προστατευόμενο Διαμέρισμα Γ΄, 4 ατόμων του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

18. Προστατευόμενο Διαμέρισμα Δ΄, 4 ατόμων του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

19. Προστατευόμενο Διαμέρισμα Ε΄, για 4 άτομα του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

20. Προστατευόμενο Διαμέρισμα ΣΤ΄, 4 ατόμων του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

21. Κέντρο Ημέρας για την ψυχολογική υποστήριξη

ασθενών με ογκολογικά νοσήματα, του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

22. Μονάδα Παροχής Υπηρεσιών Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' οίκον, για την κάλυψη των αναγκών του Νομού Χανίων, του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».

ΝΠΙΔ:

1. Οικοτροφείο «Χαραυγή», για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «Ξένιος Ζευς».

2. Κέντρο Ημέρας, Μονάδα αντιμετώπισης προβλημάτων της νόσου Alzheimer και άλλων ανοιτών, του Φορέα Ινστιτούτο Έρευνας-Εκπαίδευσης Ψυχιατρικών Ανοϊκών Ασθενών-Alzheimer.

3. Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. Χανίων.

4. Κοι.Σ.Π.Ε. Τομέα Ρεθύμνου.

Γ2. Τομέας Ψυχικής Υγείας Αργολίδας - Αρκαδίας - Λακωνίας που περιλαμβάνει τους Νομούς Αργολίδας, Αρκαδίας, Λακωνίας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

2. Κέντρο Ψυχικής υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου.

3. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

4. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Άργους.

5. Εξωτερικά Ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Άργους.

6. Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

7. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης «Ιωάννη & Αικατερίνης Γρηγορίου».

8. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, 1^ο Τμήμα Οξέων Περιστατικών (3^ος Εισαγωγών), του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

9. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, 2^ο Τμήμα Οξέων Περιστατικών (4^ος Εισαγωγών), του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

10. Ξενώνας Ναυπλίου, του Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου.

11. Ξενώνας «Υάκινθος», του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης «Ιωάννη & Αικατερίνης Γρηγορίου».

12. Ξενώνας «Β», του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

13. Ξενώνας «Ζέφυρος», 1^{ος} Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

14. Ξενώνας «Λευκοθέα», 2^{ος} Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

15. Ξενώνας «Εστία», του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

16. Ξενώνας «Πελασγία», Ξενώνας Ενδιάμεσης Μετανοσοκομειακής Νοσηλείας του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

17. Ξενώνας «Ηραία», Ξενώνας Ενδιάμεσης Μετανοσοκομειακής Νοσηλείας του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

18. Οικοτροφείο «Ηως», για 15 ασθενείς, του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

19. Οικοτροφείο «Αριάδνη», με ψυχογηριατρικούς ασθενείς, του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

20. Προστατευμένο Διαμέρισμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Δ2), του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

21. Προστατευμένο Διαμέρισμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Δ3), του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

22. Προστατευμένο Διαμέρισμα Μακράς Παραμονής (1^ο), του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

23. Προστατευμένο Διαμέρισμα Μακράς Παραμονής (2^ο), του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

24. Προστατευμένο Διαμέρισμα (1^ο), του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης «Ιωάννη & Αικατερίνης Γρηγορίου».

25. Προστατευμένο Διαμέρισμα (2^ο), του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης «Ιωάννη & Αικατερίνης Γρηγορίου».

26. Προστατευμένο Διαμέρισμα (1^ο) για άτομα με ψυχικές διαταραχές, του Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου.

27. Προστατευμένο Διαμέρισμα (2^ο) για άτομα με ψυχικές διαταραχές, του Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου.

28. Κέντρο Ημέρας, του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

29. Προστατευμένο Εργαστήριο, Τμήμα Αγιογραφίας, του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

ΝΠΙΔ:

1. Κινητή Μονάδα Σπάρτης, του Φορέα Μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός «ΑΠΟΣΤΟΛΗ».

2. Οικοτροφείο «Η Στοργή», για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «IASIS».

3. Προστατευμένο Διαμέρισμα 4 ενοίκων «Αρέθουσα», του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Αμάλθεια.

4. Κέντρο Ημέρας στην Τρίπολη, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Αμάλθεια.

Γ3. Τομέας Ψυχικής Υγείας Μεσσηνίας που περιλαμβάνει το Νομό Μεσσηνίας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας.

2. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας.

3. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας.

4. Ξενώνας «Η Κιβωτός», του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας.

5. Προστατευμένο Διαμέρισμα (1^ο), του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας.

ΝΠΙΔ:

1. Κέντρο Ημέρας για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, του Φορέα Σύλλογος Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων με Αυτισμό Νομού Μεσσηνίας.

2. Οικοτροφείο Β΄ ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ("Θάλλπος Ι΄") 15 ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Κοινωνικής Μέριμνας «ΑΘΗΝΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ».

Γ4. Τομέας Ψυχικής Υγείας Ηλείας - Κεφαλληνίας - Ζακύνθου που περιλαμβάνει τους Νομούς Ηλείας, Ζακύνθου, Κεφαλληνίας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ζακύνθου - Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, του Γενικού Νοσοκομείου Ζακύνθου «ο Άγιος Διονύσιος».

2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες Κεφαλλονιάς, του Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλλονιάς.

3. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου «Α. Παπανδρέου».

4. Εξωτερικά Ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων του Γενικού Νοσοκομείου Ζακύνθου «ο Άγιος Διονύσιος».

5. Εξωτερικά Ιατρεία του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος, του Γενικού Νοσοκομείου Ζακύνθου «ο Άγιος Διονύσιος».

6. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου «Α. Παπανδρέου».

7. Ξενώνας "Φιλοξενία", του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου «Α. Παπανδρέου».

ΝΠΙΔ:

1. Κινητή Μονάδα Κεφαλονιάς-Ζακύνθου-Ιθάκης, του Φορέα Αστική Εταιρεία για την Ψυχοκοινωνική Ένταξη "Μετάβαση".

2. Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Ζακύνθου, του Φορέα Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

3. Κέντρο Ημέρας στην Κεφαλονιά «Αργοστόλι», του Φορέα «Αποστολή».

Γ5. Τομέας Ψυχικής Υγείας Αιτωλοακαρνανίας που περιλαμβάνει το Νομό Αιτωλοακαρνανίας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας - Νοσηλευτική Μονάδα Αγρινίου.

2. Εξωτερικά Ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας - Νοσηλευτική Μονάδα Αγρινίου.

3. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας - Νοσηλευτική Μονάδα Μεσολογγίου «Χατζηκώστα».

4. Ξενώνας «Ίριδα», του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας - Νοσηλευτική Μονάδα Αγρινίου.

5. Ξενώνας «Αργώ», του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας - Νοσηλευτική Μονάδα Αγρινίου.

6. Ξενώνας «ΓΕΦΥΡΑ» / Μονάδα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης - Θεραπευτική Κοινότητα "ΓΕΦΥΡΑ", του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας - Νοσηλευτική Μονάδα Μεσολογγίου «Χατζηκώστα».

7. Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ1) Αγρινίου, του Ξενώνα «Αργώ», του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας - Νοσηλευτική Μονάδα Αγρινίου.

8. Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ2) Αγρινίου, του Ξενώνα «Ίριδα», του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας - Νοσηλευτική Μονάδα Αγρινίου.

9. Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ3) Αγρινίου, του Ξενώνα «Αργώ», του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας - Νοσηλευτική Μονάδα Αγρινίου.

10. Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ1) Μεσολογγίου, του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας - Νοσηλευτική Μονάδα Μεσολογγίου «Χατζηκώστα».

11. Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ2) Μεσολογγίου, του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας - Νοσηλευτική Μονάδα Μεσολογγίου «Χατζηκώστα».

12. Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ3) Μεσολογγίου, του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας - Νοσηλευτική Μονάδα Μεσολογγίου «Χατζηκώστα».

Σε ό,τι αφορά τη νοσηλεία στον Τομέα του Νομού Αιτωλοακαρνανίας και έως ότου λειτουργήσουν πλήρως τα Ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων Αγρινίου και Μεσολογγίου, εντάσσονται:

13. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας.

14. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.

15. Εξωτερικά Ιατρεία του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος, του Καραμανδάνειου Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πατρών.

ΝΠΙΔ:

1. Κέντρο Ημέρας για παιδιά με σοβαρές εξελικτικές διαταραχές στο Μεσολόγγι, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου Αιτωλοακαρνανίας.

Γ6. Τομέας Ψυχικής Υγείας Άρτας - Πρέβεζας - Λευκάδας που περιλαμβάνει τους Νομούς Άρτας, Πρέβεζας, Λευκάδας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας.

2. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας.

3. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας.

4. Ξενώνας ενηλίκων «Μελλισάνθια», του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας.

5. Ξενώνας «Εστία», του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας.

6. Προστατευμένο Διαμέρισμα Α', 4 ασθενών, του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας.

7. Προστατευμένο Διαμέρισμα Β', 4 ασθενών, του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας.

8. Προστατευμένο Διαμέρισμα Α', 4 ασθενών, του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας.

9. Προστατευμένο Διαμέρισμα Β', 4 ασθενών, του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας.

10. Κέντρο Ημέρας για Ενήλικες, του Γενικού Νοσοκομείου Λευκάδας.

ΝΠΙΔ:

1. Οικοτροφείο «Αίολος» στην Άρτα, για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση, του Φορέα Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης.

2. Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. Άρτας - Πρέβεζας.

Γ7. Τομέας Ψυχικής Υγείας Γρεβενών - Καστοριάς - Φλώρινας - Κοζάνης που περιλαμβάνει τους Νομούς Γρεβενών, Καστοριάς, Φλώρινας, Κοζάνης.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης «Μαμάτσειο».

2. Ξενώνας «Νεφέλη», βραχείας παραμονής ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης «Μαμάτσειο».

ΝΠΙΔ:

1. Κινητή Μονάδα Κοζάνης - Γρεβενών, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

2. Οικοτροφείο Δ' «Αλκυόνη», ψυχογηριατρικών ασθενών, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

3. Προστατευμένο Διαμέρισμα 4 ενοίκων από το Δ' Ψυχογηριατρικό Οικοτροφείο, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

4. Κέντρο Ημέρας για παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού Ν. Καστοριάς, του Φορέα Εταιρεία Προστασίας Ατόμων με Αυτισμό και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές Ν. Καστοριάς.

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

1. Ψυχιατρική Κλινική, Ζήσης Κοντογούνης & ΣΙΑ ΟΕ, Κοζάνη.

2. Ψυχιατρική Κλινική, Θεραπευτήριο Ν. ΣΠΙΝΑΡΗ Α.Ε., Κοζάνη.

Γ8. Τομέας Ψυχικής Υγείας Εύβοιας που περιλαμβάνει το Νομό Εύβοιας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας.

2. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας.

3. Ξενώνας Νέας Λάμψακου, του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας.

4. Προστατευμένο Διαμέρισμα Α', για 3 ασθενείς (γυναίκες), του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας.

5. Προστατευμένο Διαμέρισμα Β', για 3 ασθενείς (άνδρες), του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας.

Σε ό,τι αφορά τη νοσηλεία στον Τομέα του Νομού Ευβοίας και έως ότου λειτουργήσει πλήρως το Ψυχιατρικό τμήμα των Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας, εντάσσεται:

6. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς».

ΝΠΙΔ:

1. Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Χαλκίδας, του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

2. Οικοτροφείο Δ' στην Ερέτρια, για άτομα με βαριά νοητική υστέρηση, του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

3. Οικοτροφείο Ε' στη Χαλκίδα, για άτομα με βαριά νοητική υστέρηση, του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

4. Προστατευμένο Διαμέρισμα Χαλκίδας (10), του Οικοτροφείου Χαλκίδας, του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

5. Προστατευμένο Διαμέρισμα Χαλκίδας (20), του Ξενώνα Χαλκίδας, του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

Γ9. Τομέας Ψυχικής Υγείας Φωκίδας - Βοιωτίας που περιλαμβάνει τους Νομούς Φωκίδας, Βοιωτίας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΙΔ:

1. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Φωκίδας, του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

2. Οικοτροφείο για 15 ασθενείς με βαριά νοητική υστέρηση στην Άμφισσα, του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

3. Οικοτροφείο Λειβαδιάς Ψυχογηριατρικό, του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

4. Οικοτροφείο Στερεάς Ελλάδας «Αίας», για άτομα με βαριά νοητική υστέρηση, του Φορέα Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

5. Οικοτροφείο Στερεάς Ελλάδας «Δίας», για άτομα με βαριά νοητική υστέρηση, του Φορέα Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

6. Οικοτροφείο Λιβαδειάς (ψυχογηριατρικό), του Φορέα Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

7. Προστατευμένο Διαμέρισμα Βοιωτίας (Λειβαδιά), του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

8. Προστατευμένο Διαμέρισμα στην Άμφισσα (Υλαίνθου), του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

9. Προστατευμένο Διαμέρισμα στην Άμφισσα (οδός Απόλλωνος), του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

10. Προστατευμένο Διαμέρισμα στην Άμφισσα (οδός Πανουργιά), του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

11. Προστατευμένο Διαμέρισμα στην Άμφισσα (οδός Φρουρίου), του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

12. Προστατευμένο Διαμέρισμα στην Άμφισσα (οδός Χρ. Μαχαίρα), του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

13. Προστατευμένο Διαμέρισμα στην Άμφισσα (οδός Αναγνωστοπούλου - πρώην Καραμανλή), του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

14. Προστατευμένο Διαμέρισμα 4 ατόμων του Οικοτροφείου ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση Άμφισσας, του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

15. Προστατευμένο Διαμέρισμα (2^ο) 4 ατόμων του Οικοτροφείου ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση Άμφισσας, του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

16. Κέντρο Ημέρας (Νομού Φωκίδας), του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

17. Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. Φωκίδας, «Γ. Βολίκας».

Σε ό,τι αφορά τη νοσηλεία στον Τομέα των ανωτέρω Νομών και έως ότου λειτουργήσει πλήρως το Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Θήβας, εντάσσονται:

18. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής «Σισμανόγλειο».

19. 3^ο Τμήμα Εισαγωγών, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

Γ10. Τομέας Ψυχικής Υγείας Μαγνησίας που περιλαμβάνει το Νομό Μαγνησίας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες Βόλου, του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

2. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

3. Εξωτερικά ιατρεία του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος, του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

4. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

5. Ξενώνας Βραχείας Παραμονής Ενηλίκων «Αριάδνη», του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

6. Ξενώνας Μακράς Παραμονής «Φιλύρα», του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

7. Προστατευμένο Διαμέρισμα (1^ο), για 3 ασθενείς, του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

8. Προστατευμένο Διαμέρισμα (2^ο) για 3 ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».

ΝΠΙΔ:

1. Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Βόλου, του Φορέα Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

2. Οικοτροφείο «Μαζί», για 13 άτομα με ΒΝΥ και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «ΔΙΟΔΟΣ».

3. Οικοτροφείο - Ολοκληρωμένη Μονάδα, για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer, του Φορέα Ελληνική Εταιρεία νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών Βόλου.

4. Προστατευμένο Διαμέρισμα 4 ενοίκων από το Οικοτροφείο «Μαζί» στο Βόλο, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «ΔΙΟΔΟΣ».

5. Κέντρο Ημέρας - Ολοκληρωμένη Μονάδα για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer του Φορέα Ελληνική Εταιρεία νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών Βόλου.

6. Κέντρο Ημέρας «Κήπος», του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «ΔΙΟΔΟΣ».

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ:

1. Ψυχιατρική Κλινική "Ασκληπιείον" Άνω Βόλου, Α. Μπιτσάκος - Α. Κυριάκος Α.Ε, Βόλος.

2. Νευρολογική Κλινική Άγιος Γεώργιος ΑΕ, Βόλος.

3. Κλινική Παπαγεωργίου ΜΕΠΕ, Βόλος.

Γ11. Τομέας Ψυχικής Υγείας Φθιώτιδας - Ευρυτανίας που περιλαμβάνει τους Νομούς Φθιώτιδας και Ευρυτανίας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Καρπενησίου.

2. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας.

3. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας.

Σε ό,τι αφορά τη νοσηλεία στον Τομέα των ανωτέρω Νομών και έως ότου λειτουργήσει πλήρως το Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας, εντάσσονται:

4. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής «Σισμανόγλειο».

5. 4^ο Τμήμα Εισαγωγών, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΑΦΝΙ».

ΝΠΙΔ:

1. Οικοτροφείο "Γλαύκος" στη Λαμία, για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση, του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

2. Οικοτροφείο «Ανοιξη», για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Φορέα Φθιωτική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας.

3. Οικοτροφείο Α' στη Λαμία, για άτομα με βαριά νοητική υστέρηση, του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

4. Προστατευμένο Διαμέρισμα 4 ενοίκων του Οικοτροφείου με βαριά νοητική υστέρηση στη Λαμία, του Φορέα Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

5. Προστατευμένο Διαμέρισμα Φθιώτιδας, του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

6. Κέντρο Ημέρας Ενηλίκων «Το Στέκι», του Φορέα Φθιωτική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας.

Γ12. Τομέας Ψυχικής Υγείας Τρικάλων - Καρδίτσας που περιλαμβάνει τους Νομούς Τρικάλων και Καρδίτσας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας.

2. Ξενώνας «Ζέφυρος», του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας.

3. Ξενώνας «Πυξίδα», του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων.

4. Προστατευμένο Διαμέρισμα Α΄, του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας.

5. Προστατευμένο Διαμέρισμα Β΄, του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας.

6. Προστατευμένο Διαμέρισμα Α΄, του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων.

7. Προστατευμένο Διαμέρισμα Β΄, του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων.

Σε ό,τι αφορά τη νοσηλεία στον Τομέα των ανωτέρω Νομών και έως ότου λειτουργήσει πλήρως το Ψυχιατρικό τμήμα των Γενικών Νοσοκομείων Καρδίτσας και Τρικάλων, εντάσσεται:

8. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

ΝΠΙΔ:

1. Κινητή Μονάδα Τρικάλων, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης «ΣΥΝ-ΕΙΡΜΟΣ».

2. Κινητή Μονάδα Καρδίτσας, του Φορέα Μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός «ΑΠΟΣΤΟΛΗ».

3. Οικοτροφείο Γ΄ στα Τρίκαλα, με Ψυχογηριατρικούς Ασθενείς του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

4. Οικοτροφείο (5^ο) «Γαληνός», ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση, του Φορέα Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Περιθαλψής Αποκατάστασης.

5. Οικοτροφείο (6^ο) «Ασκληπιός», για ψυχογηριατρικούς ασθενείς, του Φορέα Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Περιθαλψής Αποκατάστασης.

6. Προστατευμένο Διαμέρισμα Τρικάλων, του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

1. Ψυχιατρική Κλινική, Οίκος Γαλήνης «Η Αγία Αναστασία», Χαρ. Π. Στοφόρου Α.Ε., Τρίκαλα.

2. Ψυχιατρική Κλινική «Γεώργιος Χρ. Οικονόμου & ΣΙΑ Ε.Ε.», Τρίκαλα.

3. Νευροψυχιατρική Κλινική «Η Κασταλία» ΑΕ, Καρδίτσα.

Γ13. Τομέας Ψυχικής Υγείας Πιερίας - Ημαθίας που περιλαμβάνει τους Νομούς Πιερίας και Ημαθίας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

2. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

3. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

4. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας).

5. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων και Μονάδα Οξέων Περιστατικών, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

6. Ξενώνας «Αρμονία», του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

7. Ξενώνας «Διόνυσος», του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

8. Ξενώνας «Ερατώ», για 10 άτομα με ψυχικές διαταραχές, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

9. Ξενώνας «Θάλεια», για 10 άτομα με ψυχικές διαταραχές, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

10. Ξενώνας «Πολύμνια», για 10 άτομα με ψυχικές διαταραχές, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

11. Μετανοσοκομειακός Ξενώνας Βραχείας Παραμονής, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

12. Ξενώνας για Δύσκολους Ασθενείς, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

13. Οικοτροφείο «Δάφνη», με ψυχογηριατρικούς ασθενείς, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

14. Οικοτροφείο «Τερψιχόρη», για 15 άτομα με ψυχογηριατρικά προβλήματα, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

15. Προστατευμένο Διαμέρισμα «Ευτέρπη», για 3 άτομα, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

16. Προστατευμένο Διαμέρισμα «Καλλιόπη», για 5 άτομα, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

17. Προστατευμένο Διαμέρισμα «Κλειώ», για 5 άτομα, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

18. Προστατευμένο Διαμέρισμα «Ουρανία», του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

19. Προστατευμένο διαμέρισμα (1^ο) «Καταφιώτικα», του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

20. Προστατευμένο διαμέρισμα (2^ο) «Καταφιώτικα», του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

21. Προστατευόμενο Διαμέρισμα «Μελπομένη», του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

22. Κέντρο Ημέρας «Σπίτι των Μουσών», του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

23. Κέντρο Ημέρας «Τέσσερις Εποχές», του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

24. Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ανοϊκών Ασθενών και των Φροντιστών τους, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

25. Μονάδα κατ' οίκον φροντίδας Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

ΝΠΙΔ:

1. Οικοτροφείο «Ευφροσύνη», για άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

2. Προστατευμένο Διαμέρισμα, για 4 άτομα από το Οικοτροφείο Μακρυγιάλου, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

3. Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. Πιερίας.

4. Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. Ημαθίας, «ΔΕΣΜΟΣ».

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ:

1. Ψυχιατρική Κλινική Κατερίνης «Ελπίδα», Κατερίνη.

2. Ψυχιατρική Κλινική Βέροιας «Θεραπευτήριο Ασκληπιός» Α.Ε., Βέροια.

Γ14. Τομέας Ψυχικής Υγείας Πέλλας - Κιλκίς που περιλαμβάνει τους Νομούς Πέλλας και Κιλκίς.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς.

2. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Γιαννιτσών.

ΝΠΙΔ:

1. Οικοτροφείο «Εποχή», για 15 ψυχογηριατρικούς ασθενείς, του Φορέα Διεθνής Εταιρία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

2. Κέντρο Ημέρας «Πορεία», του Φορέα Διεθνής Εταιρία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Γ15. Τομέας Ψυχικής Υγείας Σερρών - Δράμας που περιλαμβάνει τους Νομούς Σερρών και Δράμας.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δράμας, του Γενικού Νοσοκομείου Δράμας.

2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών.

3. Νοσοκομείο Ημέρας, του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών.

4. Μονάδα κατ' οίκον φροντίδας, του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών.

5. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών.

6. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών.

ΝΠΙΔ:

1. Οικοτροφείο «Πηγή», για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές Διαταραχές, του Φορέα Διεθνής Εταιρία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

2. Οικοτροφείο Α' «Αρσινόη», για άτομα με βαριά νοητική υστέρηση, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

3. Οικοτροφείο Β' «Αγάπανθος», για 15 ασθενείς με ψυχογηριατρικά προβλήματα, του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

4. Προστατευμένο Διαμέρισμα, 4 ενοίκων από το Β' Ψυχογηριατρικό Οικοτροφείο «Αγάπανθος», του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

5. Κέντρο Ημέρας «Πολυδεύκης», του Φορέα Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών.

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

1. Ψυχιατρική Κλινική Δράμας Α.Ε. «Αγία Ειρήνη», Δράμα.

Γ16. Τομέας Ψυχικής Υγείας Καβάλας - Ξάνθης που περιλαμβάνει τους Νομούς Καβάλας και Ξάνθης.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κέντρο Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας.

2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης.

3. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας.

4. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης.

ΝΠΙΔ:

1. Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. Καβάλας.

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

1. Ψυχιατρική Κλινική «Ελευθερία» - MEDISOL Νοσηλευτική Καβάλας Α.Ε, Καβάλα.

2. Ψυχιατρική Κλινική Α.Ε. «Η Γαλήνη»- Σπύρος Παπαδόπουλος Α.Ι.Ε., Καβάλα.

Γ17. Τομέας Ψυχικής Υγείας Λέσβου-Χίου-Σάμου που περιλαμβάνει τους Νομούς Λέσβου, Χίου, Σάμου.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοστάνειο».

2. Κέντρο Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, του Γενικού Νοσοκομείου Σάμου «ο Άγιος Παντελεήμονας».

3. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοστάνειο».

4. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Χίου «Σκυλίτσειο».

5. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων του Γενικού Νοσοκομείου - Κέντρο Υγείας Λήμνου.

6. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοστάνειο».

7. Ξενώνας με Εργαστήριο «Οίκος Αγάπης», του Γενικού Νοσοκομείου Χίου «Σκυλίτσειο».

ΝΠΙΔ:

1. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Χίου, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «Κέντρο Παιδιού και Εφήβου».

2. Κέντρο Ημέρας Χίου, του Φορέα Αποστολή.

3. Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. Χίου, «ΩΡΙΩΝ».

Γ18. Τομέας Ψυχικής Υγείας Δωδεκανήσων που περιλαμβάνει το Νομό Δωδεκανήσου.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΔΔ:

1. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

2. Εξωτερικά Ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου «Α. Παπανδρέου».

3. Εξωτερικά Ιατρεία Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

4. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου «Α. Παπανδρέου».

5. Κρατικό Θεραπευτήριο - Κέντρο Υγείας Λέρου (με όλες τις ειδικές μονάδες που το συγκροτούν).

6. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων / Τμήμα Οξέων Περιστατικών 3^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

7. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων / Τμήμα Οξέων Περιστατικών 4^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα (ΒΙΛΑ ΦΟΥΡΤΟΥΝΑ), του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

8. Ξενώνας «Άρης», 1^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

9. Προστατευμένο Διαμέρισμα «Κουλιανού», 1^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

10. Προστατευμένο Διαμέρισμα “Λακκίου - Κουτσανέλου”, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

11. Προστατευμένο Διαμέρισμα “ΓΟΥΡΝΑΣ”, 2^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

12. Προστατευμένο Διαμέρισμα “Αγ. Σαράντα”, 3^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

13. Προστατευμένο Διαμέρισμα “Κριθώνι”, 3^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

14. Προστατευμένο Διαμέρισμα “Λακκί”, 3^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

15. Προστατευμένο Διαμέρισμα “Αμμουδαριές Άγκυρας”, 3^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

16. Προστατευμένο Διαμέρισμα “Γιακαλή” (Κριθώνι), 4^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

17. Προστατευμένο Διαμέρισμα “Σπήλια”, 4^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

18. Προστατευμένο Διαμέρισμα “Πάτελο Ι”, 4^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

19. Προστατευμένο Διαμέρισμα “Πάτελο ΙΙ”, 4^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

20. Προστατευμένο Διαμέρισμα “Ξηρόκαμπος Ι”, 4^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

21. Προστατευμένο Διαμέρισμα “Ξηρόκαμπος ΙΙ”, 4^{ου} Ψυχιατρικού Τομέα, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

22. Προστατευμένο Διαμέρισμα “Αγία Αικατερίνη”, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κέντρου Υγείας Λέρου.

ΝΠΙΔ:

1. Ξενώνας «Μελίτη», για 12 ασθενείς με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές, του

Φορέα Εταιρεία Ανάπτυξης Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων «Πανάκεια».

2. Προστατευμένο Διαμέρισμα «Αργολίδα», του Φορέα Εταιρεία Ανάπτυξης Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων «Πανάκεια».

3. Κέντρο Ημέρας «Κορωνίς»-«Αρσινόη», ανοϊκών ασθενών για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer, του Φορέα Εταιρεία Ανάπτυξης Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων «Πανάκεια».

4. Κοι.Σ.Π.Ε. Το.Ψ.Υ. Δωδεκανήσου.

Γ19. Τομέας Ψυχικής Υγείας Κυκλάδων που περιλαμβάνει το Νομό Κυκλάδων.

Ορίζονται οι ακόλουθες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που εντάσσονται στον εν λόγω Τομέα Ψυχικής Υγείας:

ΝΠΙΔ:

1. Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο».

Σε ό,τι αφορά τη νοσηλεία στον Τομέα του ανωτέρω Νομού και έως ότου λειτουργήσει πλήρως το Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο», εντάσσεται:

2. Τμήμα Οξέων “Ταρσή Δρομοκαΐτου” (Δ5), του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δρομοκαΐτειο».

ΝΠΙΔ:

1. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών Κυκλάδων, του Φορέα Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «ΚΛΙΜΑΚΑ».

2. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Βορειοανατολικών Κυκλάδων, του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

3. Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Δυτικών Κυκλάδων, του Φορέα Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.

3. Η παρούσα κατισχύει έναντι κάθε άλλης προγενέστερης σχετικής απόφασης.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 4 Μαρτίου 2015

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ

ομοί	Υπηρεσία	Διεύθυνση	Επικοινωνία	Παροχές υπηρεσιών/ Πληροφορίες
ΤΤΙΚΗ	Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής “Αγ. Βαρβάρα”	Λυκουργου 40 & Παλ. Πολεμιστών 6 - Αγ. Βαρβάρα,	Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 5393453	
	Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»:	Ανδρέα Πέτρου Μαντούβαλου, Νίκαια 184 54, Ελλάδα	Εργοθεραπεία ΤΗΛ: 213 2077291 Ψυχολόγοι ΤΗΛ: 213 2077646 Κοινωνική υπηρεσία ΤΗΛ: 213 2076501 Εξωτερικό Ιατρείο. ΤΗΛ: 213 2077539 Επείγοντα ΤΗΛ: 213 2077046 FAX: 213 2076499	
	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «ΔΑΦΝΙ»		Τηλεφωνικό Κέντρο: 213 2054000 2132054431-417	<i>Εφημερία:</i> <i>ΤΕΤΑΡΤΗ & ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ</i> <i>Υπηρεσίες:</i> <i>ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ</i> <i>ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ</i> <i>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ</i> <i>ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ</i> <i>ΤΜΗΜΑΤΑ ΜΑΚΡΑΣ</i> <i>ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</i> <i>ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ</i> <i>ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟΣ</i> <i>ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ</i> <i>ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.</i> <i>ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ</i> <i>ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ</i> <i>ΔΟΜΕΣ (ΞΕΝΩΝΕΣ,</i> <i>ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ)</i> <i>ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ</i> <i>ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ</i> <i>ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ</i> <i>ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ</i> <i>ΕΠΙΠΕΡΙΣΤΑΣΗΣ</i> <i>ΞΕΝΩΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ</i> <i>ΕΠΙΠΕΡΙΣΤΑΣΗΣ και</i> <i>ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ</i> <i>ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ</i> <i>ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ</i> <i>ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</i>
	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο»	Ιερά Οδός 343, ΤΚ 12461, Χαϊδάρι	Τηλεφωνικό Κέντρο: 213 2046000 213 2046159 Εφημερία ΤΗΛ.: 213 2046240 Εξωτερικά Ιατρεία ΤΗΛ.: 213 2046340 213 2046341	<i>Υπηρεσίες:</i> <i>Εξωτερικά ιατρεία λειτουργούν</i> <i>καθημερινά, από τις 09:00 το πρωί</i> <i>έως και 14:00 το μεσημέρι, εκτός</i> <i>Σαββατοκύριακου.</i> <i>Κέντρο Ψυχοθεραπειών(δωρεάν</i> <i>παροχή βραχείας ψυχοθεραπείας</i> <i>(μέχρι 20 συνεδρίες))</i>

		Ψυχοθεραπεία 213 2046210 ΚΨΥ Κορυδαλλού 210 4944937 ΚΨΥ Κερατσινίου 210 4256143	<i>Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κερατσινίου</i> <i>Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κορυδαλλού</i>
Αιγινήτειο Νοσοκομείο	Βασ. Σοφίας 72-74, Αθήνα 11528	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2107291388, 2107289400, 2107251312 Fax: 2107242020	<i>Υπηρεσίες:</i> <i>ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ</i> <i>Επείγοντα</i> <i>Τακτικά Γενικά Ιατρεία</i> <i>Ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία</i> <i>Τμήματα Νοσηλείας</i> <i>Ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία</i> <i>(Συναισθηματικών Διαταραχών,</i> <i>Αυτοκτονικότητας και Βίας)</i> <i>ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ</i> <i>Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής</i> <i>Τμήματα Ψυχοθεραπειών</i> <i>Τηλεψυχιατρική Υπηρεσία</i> <i>Κέντρο Ημέρας</i> <i>Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης</i> <i>Μετανοσοκομειακοί Ξενώνες</i> <i>Προστατευόμενα Διαμερίσματα</i>
Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγ. Αναργύρων	Πλαστήρα & Δράμας 123, 135 61, Αγ. Ανάργυροι	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2102621260 2132057931 Κλινική: ΤΗΛ.:2132057862- 63 Ψυχίατροι: ΤΗΛ.: 2132057857 Ψυχολόγοι: ΤΗΛ: 2132057860 FAX: 2132057871	<i>ΟΡΟΦΟΣ: Ισόγειο (Ψυχιατρικού</i> <i>τμήματος)</i>
Ψυχιατρική Κλινική “Παναγία η Γρηγορούσα:	Λ.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ 519	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2102817068, 2102813724 FAX: 2102813260, 2102836260 <i>e-mail:</i> <i>grammateia1@pana</i> <i>giagrigoroua.gr</i>	<i>Ιδιωτική κλινική</i>
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ "ΑΓ. ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ"	Βαΐου Κρήτης 104, Τ.Κ. 13673, Αχαρναί Αττικής	ΤΗΛ.: 210 24 67305, FAX.: 210 24 67330	<i>Ιδιωτική κλινική</i>
Εξωτερικά Ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο» Βούλας	Βασιλέως Παύλου 1, Βούλα Αθήνα, Αττική 16673	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2132163000, 2132163027	
Νευροψυχιατρική Κλινική, “Κασταλία”, Ν.Π. Λυμπέρης Α.Ε., Ελληνικό Αττικής	Ητα 6 Ελληνικό	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2108980633 <i>e-mail:</i> <i>gratedoc@otenet.gr</i>	<i>Ιδιωτική κλινική</i>

Ψυχιατρική Κλινική, “Γαλήνιο Μέλαθρο”, Α. Ανθούλης			Ιδιωτική κλινική
Προστατευόμενο Διαμέρισμα Ταύρου της δομής “Αλθαία”	Παναγίτσας - Πλατάνας 6-8 Ταυρός, 17778, Αθήνα	ΤΗΛ.:210 3426711, 210 3424564 φαξ: 210 3426711 e-mail: althaia.amke@gmail. com	
Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Γ. Γεννηματάς.	Λεωφόρος Μεσογείων 154 11527 Αθήνα	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2132032000 2132032854-5 FAX: 2107705980 2107481365 Εξωτερικών Ιατρείων ΤΗΛ.:2107480901, 2107473951 FAX: 2107474072	Δευτέρα - Παρασκευή, 8:00-15:00
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Π.Α.Ψ.Υ)	Καλύμνου 5, Χαλάνδρι Τ.Κ. 152 31	Τηλέφωνο - Fax: 210 6727601 e-mail: thetis@epapsy.gr	Προστατευμένο Διαμέρισμα «Η ΘΕΤΙΣ»
	Διεύθυνση: Φιλίππου 35B, Χαλάνδρι (Πάτημα α) Τ.Κ. 152 35	Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 6399189 e-mail: odysseas@epapsy.gr	Κοινοτικό Σπίτι «ΟΔΥΣΣΕΑΣ»
	Δήμο Παπάγου, στην οδό Σωρανού του Εφεσίου 2	Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 6170076 e-mail: dayshop@lepipsi.eu	Νοσοκομείο - Κέντρο Ημέρας Καθημερινά εκτός από τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες στις 9.00 το πρωί και φεύγουν στις 2.00 το μεσημέρι
		Τηλέφωνο: 1034 210 6170071-2 FAX: 210 6564021 e- mail: mhc@lepipsi.eu	Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη Η Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη 210 6515600 η οποία μετετράπηκε στον τετραψήφιο αριθμό 1034 άρχισε να λειτουργεί στις 12 Μαΐου 2008. Πρόκειται για μια εμπιστευτική, πανελλαδικής εμβέλειας υπηρεσία, που έχει ως στόχο να καλύψει το κενό πληροφόρησης και υποστήριξης που υπάρχει σε προβλήματα ψυχικής υγείας και ειδικότερα στο θέμα της κατάθλιψης. Στη Γραμμή Βοήθειας μπορεί να τηλεφωνήσει οποιοσδήποτε νιώθει την ανάγκη να επικοινωνήσει με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Κάθε άτομο που καλεί μπορεί να συζητήσει οτιδήποτε το απασχολεί σε σχέση με γενικότερα προβλήματα ψυχικής υγείας και ειδικότερα

			<p>κατάθλιψης και να πάρει πληροφορίες για τις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η Γραμμή Βοήθειας είναι μια υπηρεσία ενημέρωσης και υποστήριξης που απευθύνεται κυρίως σε εκείνους που αναζητούν βοήθεια για προβλήματα ψυχικής υγείας κι αισθάνονται ότι δεν έχουν που να στραφούν. Παράλληλα, αποτελεί ένα μέσο κινητοποίησης των ατόμων που έχουν ανάγκη, ώστε να απευθυνθούν περαιτέρω σε κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας. Οι υπηρεσίες στις οποίες παραπέμπονται οι ενδιαφερόμενοι είναι αποκλειστικά εκείνες που είναι εγκεκριμένες από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη λειτουργεί Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 9.00 μέχρι τις 21.00. Οι συνομιλίες είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές. Δεν ζητείται κανένα άλλο προσωπικό στοιχείο πέρα από εκείνα που είναι απαραίτητα για την κατάλληλη υποστήριξη του ατόμου που καλεί.</p>
	Σωρανού του Εφesiού 2, Τ.Κ.115 27, Αθήνα Τ.Κ.156 01, Παπάγου	Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 6170804-5 FAX: 210 6528354	Προστατευμένο Διαμέρισμα
		ΤΗΛ.:210 6170880 FAX: 210 6170881 e-mail: kekepipsi@epipsi.gr	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ)
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα και Καισαριανής	Δήλου 14, Καισαριανή, Τ.Κ. 16121	Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 - 7644705, 210 - 7262247 e-mail: : KKCy@med.uoa.gr	Το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Καθημερινά λειτουργεί από Δευτέρα έως Παρασκευή 7:30 π.μ. – 15:00 μ.μ.
Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Ζωγράφου	Δαβάκη - Πίνδου 42, Τ.Κ. 15773, Ζωγράφου	Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 - 7718320, 210 - 7481174	
Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου	Φερεκύδου 1, Τ.Κ. 11635, Παγκράτι	Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 - 7016611	
Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλανδρίου	Λ. Μεσογείων και Ζαλόγγου 6, Τ.Κ. 15343, Αγ.Παρασκευή	Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 - 6015079, 210 - 6016030	
Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου	Πλούτωνος 19 και Ηφαίστου,	Τηλ.: 210 5756226, 210 5756401,	Το Κ.Ψ.Υ. λειτουργεί τις ημέρες Δευτέρα έως και Πέμπτη από 08.30

		Τ.Κ 12135, Περιστερί	210 5756664	μέχρι 21.00 και την Παρασκευή από 08.30 μέχρι 15.30.
Κλίμακα		Αγησιλάου 3 (Ομόνοια), Αθήνα	Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 5201169	Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης / Προστατευμένο
			1018	Τηλεφωνική γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία 24ωρη λειτουργία, πανελλαδική κάλυψη
		Τενέδου 21, 10437 ΚΥΨΕΛΗ, ΑΘΗΝΑ	Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 9211649, FAX: 210 9210657 e-mail: xenonas@klimaka.org.gr	Ξενονας
		Ευμολπιδών 30-32, 11854, ΚΕΡΑΜΕΙΚΟΣ, ΑΘΗΝΑ	Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 3417160-3, FAX: 2103417164 e-mail: omonoia@klimaka.org.gr	Κέντρο Ημέρας «ΟΜΟΝΟΙΑ» της
			801 801 99 99	Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία Η ΚΛΙΜΑΚΑ, φορέας υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ξεκίνησε μια νέα υπηρεσία, με την μορφή Helpline με σκοπό την πρόληψη της αυτοκτονίας. Η ΚΛΙΜΑΚΑ διευρύνοντας τις υπηρεσίες της σε επίπεδο πρωτοβάθμιας πρόληψης προχώρησε στη δημιουργία της ΓΡΑΜΜΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ, της πρώτης και μοναδικής στην Ελλάδα τηλεφωνικής γραμμής υποστήριξης και παρέμβασης στην κρίση για την πρόληψη των αυτοκτονιών. Η Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία λειτουργεί υπό την αιγίδα και εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με το νούμερο 801 801 9999. Η κλήση προσφέρει μια εμπιστευτική υπηρεσία για όσους αναζητούν βοήθεια όταν αισθάνονται ότι δεν έχουν πού να στραφούν. Στη γραμμή παρέμβασης μπορεί να καλέσει οποιοσδήποτε, από οποιοδήποτε μέρος της Ελλάδας με αστική χρέωση, 12 ώρες την ημέρα (09:00 - 21:00), Δευτέρα με Παρασκευή
εσσαλονίκη	Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού	Ιπποκράτους με Γερακίνας Τ.Κ.:63100	Τηλέφωνικό Κέντρο : 2371350100 Ραντεβού :	

Νοσοκομείου Χαλκιδικής.		ΤΗΛ.:2371022130 Εξωτερικά Ιατρείων : ΤΗΛ.:2371350365 2371350364	
Ξενώνας «Διάπορος», του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής.	Ιπποκράτους και Γερακίνας , Τ.Κ. 631 00, Πολύγυρος, Χαλκιδική	Τηλεφωνικό Κέντρο: 23710 20350	<i>Ώρες λειτουργίας: 07.00 π.μ.- 22.30 μ.μ</i>
Οικοτροφείο Α΄ «Αλκυόνη» του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»	Διεύθυνση: Αμπελοκήπων 18Α, Τ.Κ.570 19, Περαιά	Τηλεφωνικό Κέντρο: 23920 26273 <i>e-mail: alkyoni@psychothes.gr</i>	<i>Ώρες λειτουργίας: 24ωρο</i>
Προστατευμένο Διαμέρισμα	Εξοχή, Τ.Κ. 57010, Θεσσαλονίκη	ΤΗΛ.: 2310 357092 <i>e-mail: opsat_a@psychothes.gr</i>	<i>Ώρες λειτουργίας: 07:00 -15:00</i>
	Σταυρουπόλεως 24, Τ.Κ 564 29 Θεσσαλονίκη	ΤΗΛ.: 2313310746 <i>e-mail: opsat_a@psychothes.gr</i>	
Προστατευμένο Διαμέρισμα, Α και Β ΜΟΨΣΑΤ, του Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου».	Πατριάρχου Γρηγορίου Έ 41, ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟ Ι Τ.Κ.: 56123	Τηλεφωνικό κέντρο: 2313 324100 FAX: 2313 324363 Εξωτερικά Ιατρεία ΤΗΛ.: 2313 324310	<i>Συμβουλευτικός Σταθμός Ψυχολόγων: Οι υπηρεσίες παρέχονται καθημερινά 3μ.μ. - 9μ.μ. Σάββατο - Κυριακή και αργίες, 9π.μ. - 9μ.μ.</i>
	Μακεδονίας 21		
	Δελφών 87		
	Νικηταρά 3		
	Αρτάκης 4		
Ψυχιατρική Κλινική «Ασκληπιείον» Α.Ε., Θεσσαλονίκη.	18 ΧΛΜ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ - Ν.ΜΗΧΑΝΙΩΝΑ Σ Τ.Κ. : 57019 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2392071000-500 <i>e-mail: klinikiasklipieion@gmail.com</i>	
Νευροψυχιατρική Κλινική, Α. Πισσαλίδη-Α. Καρίπη Α.Ε., Θεσσαλονίκη.	Λεωφόρος Θεσσαλονίκης 9, 57019Περαιά Θεσσαλονίκης	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2392022217 FAX: 239 202 2237	
Προστατευμένο Διαμέρισμα (Α ΜΟΨΣΑΤ)	Εξοχή, 57010, Θεσσαλονίκη	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2310 357092	
Προστατευμένο Διαμέρισμα Β ΜΟΨΣΑΤ	ΘΕΡΜΟΠΥΛΩΝ 7	Τηλεφωνικό Κέντρο: 6946264060	
Οικοτροφεία Αλθαία	Δημοκρατίας 27 Περαιά, 57019, Θεσσαλονίκης	Τηλέφωνο - φαξ: 23920 20460	

Κέντρα Ψυχικής Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»_	Καραολή και Δημητρίου 1, Πλατεία Δημοκρατίας, Τ.Κ.54630,	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2313 310700 2310 548113	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κεντρικού Τομέα:
	Στ. Παπαδοπούλου 20 Συκιές 566 25 Θεσσαλονίκη	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2313 310100 2310 - 629159, 2310 - 629310 <i>e-mail:</i> info@psyxida.org.gr	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βορειοδυτικού Τομέα
	Πατριάρχου Γρηγορίου Ε' 41, Τ.Κ. 56123, Αμπελόκηποι Θεσσαλονίκης	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2313 310600 2310 726918	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δυτικού Τομέα
Διεθνή Εταιρεία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Δ.Ε.Υ.Ψ.Υ.)	Δ.Δ Κυργίων, Δήμος Δοξάτου, Τ.Κ. 66032	Τηλεφωνικό Κέντρο: 25210-72508 FAX: 25210-72507 <i>e-mail:</i> depigi@otenet.gr	Οικοτροφείο «ΠΗΓΗ»
	Τ.Θ : 7, Τ.Κ. 57018, Μελισσοχώρι Θεσσαλονίκης	Τηλεφωνικό Κέντρο: 23940-33010 FAX: 23940-33015 <i>e-mail:</i> devpsy@otenet.gr	Οικοτροφείο «Ειρμός»:
	Καυκάσου 4, 58100 Γιαννιτσά	Τηλεφωνικό Κέντρο: 23820-26860 <i>e-mail:</i> dporeia@otenet.gr	Κέντρο Ημέρας «Πορεία»:
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Π.Α.Ψ.Υ)	Διεύθυνση: Η. Γαζέπη 99, Χαλκίδα Τ.Κ. 34100	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22210 82151 Fax: 22210 79941 <i>e-mail.:</i> xenonas@epapsy.gr	Προστατευόμενο Διαμέρισμα
	Κανουτά 11, Τρίκαλα Τ.κ.: 42100	Τηλέφωνο - Fax: 24310 24044 <i>e-mail:</i> trikala@epapsy.gr	Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Τρικάλων
	Διεύθυνση: Β. Ηπίρου 15, Λυκόβρυση τ.κ.: 14123	Τηλέφωνο - fax.: 210 2841079 <i>e-mail:</i> likovrisi@epapsy.gr	Οικοτροφείο Λυκόβρυσης
	Διεύθυνση: Λεωφ. Γ. Παπανδρέου και Βυσσινίας 1, Χαλκίδα	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22210 22530, 22210 27161 Fax: 22210 22520, <i>e-mail:</i> halkida@epapsy.gr	Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Χαλκίδας
	Διεύθυνση: Συνοικία Κουκή, 34008	Τηλεφωνικό Κέντρο: 6951.784.885, -6 <i>e-mail:</i> eretria@epapsy.gr	Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ερέτριας
Εταιρείας Ψυχικής Υγ	Κορινός, Πιερία	Τηλεφωνικό Κέντρο:	Οικοτροφείο "Ευφροσύνη"

είς & Κοινωνικής Αποκαταστασης Ασθενών (Ε.Ψ.Υ.Κ.Α.)		23510 42495 FAX: 23510 42422	
	Διεύθυνση: Νεάπολη, Θεσσαλονίκη,	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2310 633616 Fax: 2310 633629 <i>e-mail:</i> epsyka@otenet.gr	<i>Προστατευόμενα Διαμερίσματα</i>
	Διεύθυνση: Α. Παπανδρέου 204, Τ.Κ. 56 626, Θεσ/νίκη	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2310581572 <i>e-mail:</i> epsykad2@otenet.gr	<i>Προστατευόμενο Διαμέρισμα Ξενώνα "Ιρις": 'Ωρες λειτουργίας: όλο το 24ωρο</i>
	Φιλίππου 51 Εύοσμος, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 56224	ΤΗΛ.:2310 630754 Fax: 2310 387280 <i>e-mail:</i> epsykaxe@otenet.gr	<i>Ξενώνας Εύοσμου Θεσσαλονίκης "Ιρις":</i>
	Πορταριά Χαλκιδικής	ΤΗΛ.: 2310 511207 FAX: 2310 502691 <i>e-mail:</i> epsyka@otenet.gr	<i>Προστατευόμενο Εργαστήριο Αμπελώνας</i>
	Σέρβια, Κοζάνη	ΤΗΛ.: 24640 21173 FAX: 24640 21253 <i>e-mail:</i> s_epsyka@otenet.gr	<i>Κινητή Μονάδα Κοζάνης</i>
Κοινωνικός Συνεταιρισμός Π.Ε "Κλίμαξ plus" της "Κλίμακα"	Χαλκιδικής 37 & Κορυτσάς, Κεραμεικός	Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 3476580, 210 3417160-3 FAX: 210 3417164 <i>e-mail:</i> info@koispe.org // andemo@koispe.org	
"Σύνθεση"	ΜΑΡΑΣΛΗ 51 & ΖΟΥΜΕΤΙΚΟΥ 9 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ (ΧΑΡΙΛΑΟΥ) Τ.Κ: 54249	ΤΗΛ.: 2310 334.076 <i>e-mail:</i> psysynthesis@hol.gr , psysynthesis@windo wslive.com	<i>"Κέντρο Ημέρας Εστία"</i>
	ΓΑΛΗΝΟΥ 25 ΠΟΛΥΓΥΡΟΣ - ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ Τ.Κ : 63100	ΤΗΛ.:23710 21898 FAX: 23710 21899 <i>e-mail:</i> khanatol@otenet.gr	<i>Κοινωνική λέσχη ανατολής</i>
ανίων και εθύμνου.	Νοσοκομείο Ημέρας Χανίων	Κροκίδα 25, ΤΚ 73100, Χανιά	Τηλεφωνικό Κέντρο: 28213-40500
	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Τρανταλίδου 17, Ρέθυμνο, 74100, ΡΕΘΥΜΝΟΥ	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2831036032, 2831027493
	Ξενώνας "Ναιάδες" & Εργαστήριο	Καλαθάς Ακρωτηρίου, ΤΚ 73100, Χανιά	Τηλεφωνικό Κέντρο: 28210-64484
	Ξενώνας Βραχείας Παραμονής Ενηλίκων ΠΑΓΝΗ	Ν. Ξυλούρη 9, Ηράκλειο	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2810-341458

	Ξενώνας Ρεθύμνου, του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης.	Ν. Φωκαίας 62, ΤΚ 74100, Τσεσμές, Ρέθυμνο	Τηλεφωνικό Κέντρο: 28310-36032	
	Γενικού Νοσοκομείου Χανίων «Αγ. Γεώργιος».	Μικράς Ασίας 5, Πασακάκι, ΤΚ 73100, Χανιά	Τηλεφωνικό Κέντρο: 28210-42358	Προστατευόμενο Διαμέρισμα Β', 4 απόμων
		Φαλασάρνης & Ελύρου 23, ΤΚ 73100, Χανιά	Τηλεφωνικό Κέντρο: 28210-88282	Προστατευόμενο Διαμέρισμα Γ', 4 απόμων
		Κάμπων 11, ΤΚ 73100, Χανιά	Τηλεφωνικό Κέντρο: 28210-27852	Προστατευόμενο Διαμέρισμα Δ', 4 απόμων
			Τηλεφωνικό Κέντρο: 28210-41102	Προστατευόμενο Διαμέρισμα Ε'
		Κ. Μάνου 23, ΤΚ 73100, Χανιά	Τηλεφωνικό Κέντρο: 28210-46686	Προστατευόμενο Διαμέρισμα ΣΤ'
	Κροκιδά 25, 73100, Χανιά	ΤΗΛ.: 2821340511 e-mail: katoikon.kpsychania@gmail.com	Μονάδα Παροχής Υπηρεσιών Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' οίκον, Ώρες λειτουργίας: 7.00-15.00	
		Αγίου Ελευθερίου 5, Μουρνιές, ΤΚ 73100, Χανιά	Τηλεφωνικό Κέντρο: 28210-22236 FAX: 28210-23542	Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων
		Πασιφάη, 731 33, Χανιά	Τηλεφωνικό Κέντρο: 28210 33715	Ξενώνας «Ανατολή» Α'
		Αριστοτέλους & 28ης Οκτωβρίου, ΤΚ 73132, Κουνουπιδιανά, Χανιά	Τηλεφωνικό Κέντρο: 28210-66718	Ξενώνας «Εδέμ»,
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χανίων	Κροκιδά 25, Τ.Κ. 73100, Χανιά	Τηλεφωνικό Κέντρο: 28210 - 51364 e-mail: διοικitis@psycrete.gr	
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ηρακλείου Κρήτης	Σπιναλλόγγας 1, Ηράκλειο	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2810 - 333402	
	Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Χανίων – Ηρακλείου:	Δημοκρατίας 76, 72100, Άγιος Νικόλαος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2841025905	Ώρες λειτουργίας ΔΕΥΤΕΡΑ - ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 08:00-16:00
	Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.) Ρέθυμνο	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δημοκρατίας 24 Ρέθυμνο, 74100	ΤΗΛ.:2831020799 FAX: 28310-35399 e-mail: info@cepsyre.gr	Ώρες λειτουργίας: 8:00 – 14:00 από Δευτέρα έως Παρασκευή
αργολίδας αρκαδίας, ακωνίας	Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης.	Ουάσιγκτον 77	Τηλ.: 2710223277 e-mail: kmarkadias@gmail.com	
	Κέντρο Ημέρας «Αμάλθεια»:	Χατζηχρήστου 36 , Τρίπολη 22100	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2710 223595 e-mail: khamaltheia@gmail.com	Ημέρες και Ώρες Λειτουργίας Δευτέρα - Παρασκευή 08.00-13.00 & 17.00-20.00

	Εξωτερικά Ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Άργους.	Κορίνθου 191, ΤΚ 21200 - ΑΡΓΟΣ	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2751360290 και 2751024455 έως 59, 2751024644 Εξωτερικών Ιατρείων (ραντεβού): 2751360113 <i>e-mail: info@gna.gr</i>	
	Ξενώνας Ναυπλίου, του Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου	9ο χλμ Άργους-Ναυπλίου, 21100, Ναύπλιο	Τηλ.: 27520 26777 <i>email: siderisbill@yahoo.gr</i>	Ώρες λειτουργίας: Κυκλικό
	Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης «Ιωάννη & Αικατερίνης Γρηγορίου».	Ιωάννη & Αικατερίνης Γρηγορίου, 23100, Σπάρτη	Τηλεφωνικό Κέντρο: 27310 93360	Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής
		Λεωνίδου 69, 23100, Σπάρτη	Τηλέφωνο για ραντεβού: 2731 0 28118	Ημέρες και ώρες λειτουργίας: Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη από 08.00 πμ έως 01.00 μμ
			Τηλ.: 27310 89277 <i>e-mail: titika39@yahoo.com</i>	Ξενώνας «Υάκινθος», του Γενικού Ώρες λειτουργίας: 24 ΩΡΕΣ
			ΤΗΛ.:2731 028671-5 FAX: 2731 029068	Προστατευμένο Διαμέρισμα (2ο),
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Τρίπολη	Τσακοπούλου 2, Τ.Κ. 22100, Τρίπολη	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2710 232048	
λείας, Αχαΐας, ακύνθου, εφαλληνίας.	Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου «Α. Παπανδρέου».		Ψυχιατρικού Τομέα: ΤΗΛ.: 2621082318 Ψυχολόγος: ΤΗΛ.: 2621082316 Κοινωνική υπηρεσία ΤΗΛ.: 2621082318 FAX: 26210 82312	Ώρες επισκεπτηρίου : 17:00 -19:00 μ.μ
	Εξωτερικά Ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων του Γενικού Νοσοκομείου Ζακύνθου «ο Άγιος Διονύσιος».		ΤΗΛ. : 26953 60500 FAX : 26950 42520	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Για κάθε ιατρικό ραντεβού, πρωινό ή απογευματινό, να επικοινωνείτε όλες τις εργάσιμες ημέρες και από ώρα 9:00 έως 14:00 στο τηλέφωνο 26953-60571
	Προστατευόμενο Διαμέρισμα Οικοτροφείου "Ευφροσύνη":	Διεύθυνση: Κορινός, Πιερία	ΤΗΛ.: 23510 42495 FAX: 23510 42422 <i>e-mail: eps-makr@otenet.gr</i>	
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Πάτρα	Επιδάουρου 8, Αγία Πάτρα	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2610 439569 <i>e-mail: mhcpatra@otenet.gr</i>	Ώρες λειτουργίας 8:00 π.μ. – 4:00 μ.μ. καθημερινά εκτός αργιών (σε πλήρη στελέχωση θα λειτουργεί 8:00 π.μ. – 9:00 μ.μ.).
	Κινητή Μονάδα «ΜΕΤΑΒΑΣΗ»:	Βούρβαχη 6Α , ΤΚ 28100 Αργοστόλι	ΤΗΛ.: 26170 24437 FAX: 26710 24473 <i>e-mail: metavasiargostoli@g</i>	Κεντρικά: Αργοστόλι

			<i>mail.com</i>	
		<i>Παραρτήματα:</i>		
		Αρχιεπισκόπου Κατραμή 8, ΤΚ 29100 Ζάκυνθος	ΤΗΛ.-fax:26950- 22855 <i>e-mail:</i> <i>metavasizak@gmail.</i> <i>com</i>	<i>Ζάκυνθος</i>
		Διεύθυνση: Δημοτικό Θέατρο Ληξουρίου	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26710-93358	<i>Παλική:</i>
		Περιφερειακό Ιατρείο Βασιλικάδων	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26740-51203	<i>Ερισός:</i>
		ΚΑΠΗ- Καραβάδος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26710-68312	<i>Λειβαθός:</i>
		Διαγνωστικό Κέντρο-Βαθύ	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26740-32203	<i>Ιθάκη:</i>
		Κοινοτικό Γραφείο Διβαράτων	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26740-61440	<i>Πυλαρός:</i>
		Περιφερειακό Ιατρείο Ομαλών	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26710-86222	<i>Ομαλά:</i>
ιτωλοακαρνανία	Γενικό Νοσοκομείο Αιτωλοακαρνανίας Νοσηλευτική Μονάδα Αγρινίου. .		Ψυχιατρικό Τηλέφωνο: 264136118	<i>Εξωτερικά Ιατρεία της Ψυχιατρικής 'Ωρες και ημέρες λειτουργίας: Τρίτη και Πέμπτη 10.00-13.30, Τετάρτη 10.00-11.30</i>
		Δελφών 9 Τ.Κ. 301 00		<i>Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ1) Αγρινίου</i>
	Γενικό Νοσοκομείο Άρτας	Λόφος Περάνθης Άρτα Νομός Άρτας 47100 Ελλάδα	ΤΗΛ.: 2681 02222 FAX: 2681024814	
	Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.		ΤΗΛ.:2613 603245 FAX : 2610 994534 <i>e-mail :</i> <i>psychdpt@upatras.gr</i> ΕΣΥ: 2613 603994	
ρτας, Πρέβεζας, ιάννενα, ευκάδας.	Γενικό Νοσοκομείο Άρτας. .	Ζάρρα 2-4 , 47 100, Άρτα	ΤΗΛ.: 2681028385 & 2681072025 <i>e-mail:</i> <i>kinitimanada@gnart</i> <i>as.gr</i>	<i>Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας 'Ωρες λειτουργίας: 7.00πμ-15.00μ.μ</i>
		Λόφος Περάνθης, Άρτα, 47100, ΑΡΤΑΣ	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2681361284 FAX: 2681361400	<i>Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων</i>
		Ζάρρα 2-4 , 47 100, Άρτα	ΤΗΛ.: 2681024566- 2681361284	<i>Ξενώνας ενηλίκων «Μελισάνθια»,</i>
		Μικράς Ασίας & Βίτσι Τ.Κ. 471 00	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26810 70939	<i>Προστατευμένο Διαμέρισμα Α', 4 ασθενών,</i>
		Παρηγορήτρας 22, Τ.Κ. 471 00	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26810 79048	<i>Προστατευμένο Διαμέρισμα Β', 4 ασθενών,</i>
		Γενικό Νοσοκομείου Πρέβεζας.	Σηπλιάδου 13, Τ.Κ. 481 00	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26820 60251

	Γρηγορίου Λαμπράκη 16, Τ.Κ. 481 00	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26820 26561	Προστατευμένο Διαμέρισμα Α', 4 ασθενών
	Δημητρίου Κρόκου 14 ^Α , 481 00	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26820 29951	Προστατευμένο Διαμέρισμα Β', 4 ασθενών,
Γενικό Νοσοκομείο ΧΑΤΖΙΚΩΣΤΑΣ		<i>e-mail:</i> kpkhatz@otenet.gr	Κέντρο Προεπαγγελματικής Κατάρτισης & Ξενώνας
	Βαλαωρίτου 35, Τ.Κ. 45444 Ιωάννινα	ΤΗΛ.: 2651074227 2651038919 FAX: 2651035891 <i>e-mail:</i> mhcsk1@yahoo.gr	Κέντρο Ψυχικής Υγείας:
	Κύπρου & Λεβίδου 302 00	ΤΗΛ: 26310 23718, 26310 23635	Ξενώνας «ΓΕΦΥΡΑ»:
	Αρτεμίου Μύχου 8 Τ.Κ.302 00 Μεσολόγγι	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26310 24997	Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ1) Μεσολογγίου
	Αρτεμίου Μύχου 9 Τ.Κ.302 00 Μεσολόγγι	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26310 26866	Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ2) Μεσολογγίου
	Φραγκλίνου 59 Τ.Κ.302 00 Μεσολόγγι	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26310 27630	Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ3) Μεσολογγίου
	Κέντρο Ημέρας για Ενήλικες, του Γενικού Νοσοκομείου Λευκάδας,	Ι. ΚΑΡΑΒΕΛΑ, ΠΕΡΙΒΟΛΙΑ ΛΕΥΚΑΔΑΣ, Τ.Κ. 31 100	Τηλέφωνο/fax : 26450-20146, <i>e-mail:</i> k.imeraslefkas@gmail.com
Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου (Ε.ΠΡΟ.Ψ.Υ.Η)	Γ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ 38 ΙΩΑΝΝΙΝΑ Τ.Κ. 45444	ΤΗΛ.: 2651033532 – 2651073801 FAX: 26510 33852 <i>e-mail:</i> info@mpuioa.gr	Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων - Θεσπρωτίας (ΚΜΨΥ- ΙΘ)
	ΚΑΤΩ ΝΕΟΧΩΡΟΠΟΥ ΛΟ, ΙΩΑΝΝΙΝΑ	Τηλέφωνο - Fax: 26510-8586	Οικοτροφείο «ΑΣΤΕΡΙΣΜΟΣ»:
	ΠΑΥΛΟΥ ΜΕΛΑ 10, ΙΩΑΝΝΙΝΑ	Τηλέφωνο - Fax : 26510-30545	Ξενώνας «ΣΤΑ ΓΙΑΝΝΕΝΑ»:
	ΕΜ. ΞΑΝΘΟΥ 55, ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟ Ι, ΙΩΑΝΝΙΝΑ	Τηλέφωνο - Fax: 26510-73677	Ξενώνας «ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ»
	ΠΟΥΚΕΒΙΛ 9, ΙΩΑΝΝΙΝΑ		Προστατευμένο διαμέρισμα 1-3
	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΓΟΥΔΑ 20, ΙΩΑΝΝΙΝΑ		Προστατευμένο διαμέρισμα 2
	ΣΤΑΔΙΟΥ 11, ΙΩΑΝΝΙΝΑ	Τηλέφωνο - Fax: 26510-36227	Κηροπωλείο
	ΔΗΜ.ΟΔΟΣ ΚΑΡΔΑΜΗΤΣΙΟ ΥΜΑΡΜΑΡΩΝ	Τηλέφωνο - Fax: 26510-71818 <i>e-mail:</i>	Κέντρο Ημέρας στη πόλη των Ιωαννίνων

		,ΙΩΑΝΝΙΝΑ	skitali5@otenet.gr	
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων:	Διεύθυνση: Βαλαωρίτου 35 Τ.Κ. 45444, Ιωάννινα	Τηλεφωνικό Κέντρο: 26510 - 74227, 26510 - 38919	
	Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.) Άρτας – Πρέβεζας	Διεύθυνση: Λόφος Περάνθης , 47 100, Άρτα	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2681 361284	
ύβοιας.	Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας.	Τσιριγώτη 29Α, Χαλκίδα, 34100, ΕΥΒΟΙΑΣ	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2221350901	<i>Κέντρο Ψυχικής Υγείας,</i>
		,Γαζέπη Ηρακλή 48, Χαλκίδα	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2221 350100	<i>Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής</i>
		Περ. Οδός Χαλκίδας- Νεας Λαμνάκου (μακρυχώραφο), 341 00, Χαλκίδα	Τηλ.: 22210 79670	<i>Ξενώνας Νέας Λάμψακου Ξενώνας μακράς διάρκειας παραμονής που παρέχει υπηρεσίες σε ενήλικα άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα</i>
		Ελ. Βενιζέλου 58, 341 00, Χαλκίδα	Τηλ.: 22210 79670	<i>Προστατευμένο Διαμέρισμα Α για 3 ασθενείς (γυναίκες),</i>
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλκίδας:	Τσιριγώτη 29Α, Τ.Κ. 341 00, Χαλκίδα	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22210 75991, 22210 75993	
Ιαγνησίας, άρισα	Προστατευμένο Διαμέρισμα (2ο) του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο».	ΙΑΣΟΝΟΣ & ΣΕΦΕΛ 1 - ΒΟΛΟΣ	ΤΗΛ.: 2421038062 <i>e-mail:</i> <i>xenvolos@1129.syzefxis.gov.gr</i>	<i>για 3 ασθενείς</i>
	Ψυχιατρική Κλινική “Ασκληπιείον” Άνω Βόλου, Α. Μπισάκος – Α. Κυριάκος Α.Ε, Βόλος.	5ο Χλμ Αγριάς Βόλου, Άνω Βόλος Ιωλκού 406	Τηλεφωνικό Κέντρο: 24210 50003-5 24280 91933 FAX: 24210 42261 :	<i>(Ιδιωτική κλινική)</i>
	Νευρολογική Κλινική Άγιος Γεώργιος ΑΕ, Βόλος.	Ν. ΠΑΓΑΣΕΣ - ΒΟΛΟΣ 38500	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2421078540 ΤΗΛ. ΙΑΤΡΩΝ: 2421078542 FAX. : 2421078557 <i>e-mail:</i> <i>info@agiosgeorgios-volos.gr</i>	<i>(Ιδιωτική κλινική)</i>
	Κέντρο Ημέρας Κ.Η.Π.Ο.Σ: Εταιρεία ΔΙΟΔΟΣ ΑμΚΕ:	Μεταμορφώσεως 23α & Σοφοκλέους, 38333, Βόλος	Τηλέφωνο: 24210 31993 FAX: 24210 31991 <i>e-mail:</i> <i>k_hmeras@otenet.gr</i>	<i>Ώρες λειτουργίας: Δευτέρα με Παρασκευή 09.00- 15.00</i>
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου:	Νικοτσάρα 20, Τ.Κ. 38222, Βόλος	ΤΗΛ.: 24210 36811, 24210 32431 <i>e-mail:</i> <i>psychiki1@otenet.gr</i>	
	Κέντρο Ψυχικής	Δημοκρατίας 119,	Τηλεφωνικό Κέντρο:	

	Υγείας Λάρισα	Νεάπολη, Τ.Κ. 41334, Λάρισα	2410 611002, 2410 611003	
θιώτιδας και ουρτανίας.	Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής, του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας	Παπασιοπούλου τ έρμα, 35100, Λαμία	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22313 56000 (για ραντεβού καλέσ τε το 1535) FAX: 22313 56695	
	ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Π.Α.Ψ.Υ)	Δημάρχου Ι. Ανδρεαδάκη (π. Πεσότων Μαχητών) 42, Λιβαδειά Τ.Κ.: 32100	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2261027330 e-mail: livadeia@epapsy.gr	Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Λιβαδειάς:
		Διεύθυνση: Λαρίσης 62, Λαμία τ.κ.: 35100	Τηλέφωνο - fax: 2231066026 e-mail: lamia@epapsy.gr	Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Λαμίας
	Φθιωτική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας (Φ.Ε.Ψ.Υ):	Αγ. Νικολάου και Όθωνος στη Λαμία.	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2231036992	Κοινωνικό Παντοπωλείο Δήμου Λαμίων Η δομή λειτουργεί καθημερινά 09.00-17.00 στην περιοχή Παλαιά Δημοτική Αγορά.
		Λ. Δημοκρατίας 52, 351 00, Λαμία	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22310 36992 e-mail: info@fepsi.gr	Κέντρα Ημέρας Λειτουργεί Δευτέρα – Παρασκευή από 09.00 έως 17.00.
ρικάλων και αρδίτσας.	Ψυχιατρική Κλινική, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας		Τηλεφωνικό Κέντρο: 241350 1075,	
	Ψυχιατρική Κλινική “Γεώργιος Χρ. Οικονόμου & ΣΙΑ Ε.Ε.”, Τρίκαλα.	3ο χλμ Ε.Ο. ΤΡΙΚΑΛΩΝ - ΚΑΛΑΜΠΙΑΚΑΣ Τ.Κ. 42100 ΤΡΙΚΑΛΑ	Τηλ.: 24310 78402 e-mail: g6974027004@gmail.com	
	Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ		Τηλεφωνικό Κέντρο: ραντεβού: 1535 2441351211-2, 2441351204	(Δευτέρα – Παρασκευή και ώρες 8:00 -13:00 μμ.)
		ΧΑΤΖΗΜΗΤΡΟ Υ 32	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2441042810 e-mail: zefuros.karditsa@gmail.com	Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «ΖΕΦΥΡΟΣ»:
		ΝΙΚΗΤΑΡΑ 76– ΚΑΡΔΙΤΣΑ	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2441071458 e-mail: zefuros.karditsa@gmail.com	Διαμέρισμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης – 1 ^ο προστατευόμενο διαμέρισμα Καρδίτσας
		Δ.ΛΑΠΠΑ 83 & ΚΟΥΜΟΥΝΔΟΥ ΡΟΥ, ΚΑΡΔΙΤΣΑ	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2441024315 e-mail: zefuros.karditsa@gmail.com	Διαμέρισμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης – 2 ^ο προστατευόμενο διαμέρισμα Καρδίτσας

			<i>ail.com</i>	
ιερείας και μαθίας.	Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής, του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας).	Συνοικισμός Παπάγου, 591 00 Βέροια Ημαθί ας	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2331 351100	
	Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνη:	25ης Μαρτίου 102, Τ.Κ. 60100, Κατερίνη	Τηλεφωνικό κέντρο: 2351350200 Ψυχιατρική κλινική: 2351353866 & 2351352853 Ραντεβού για ψυχίατρο: 2351350710 & 2351350700	<i>Υπηρεσίες: Ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης Κέντρο Ψυχικής Υγείας: Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ): Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ν. Πιερίας: Κέντρα Ημέρας:</i>
		25ης Μαρτίου 102, Τ.Κ. 60100, Κατερίνη	ΤΗΛ.: 23510 20020, 23510 29655 <i>e-mail: cnpo@kat.forthnet.gr</i>	<i>Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κατερίνης:</i>
		25ης Μαρτίου 102, Τ.Κ. 601 00, Κατερίνη	Τηλεφωνικό Κέντρο: 23513 51831	<i>Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.) Πιερίας:</i>
έλλας και ιλκίς.	Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς.	Νοσοκομείου 1, Κιλκίς, 61100, ΚΙΛΚΙΣ	Τηλεφωνικό κέντρο: 2341351400 Τα εξωτερικά ιατρεία 23410- 22222, 23410-25998. Κοινωνική Υπηρεσία: 2341038577"	<i>Ημέρες λειτουργία: Τα εξωτερικά ιατρεία λειτουργούν μόνο με ραντεβού στα 9:00-13:00, τα επείγοντα όλο το 24ωρο. Ψυχιατρικό: Δευτέρα, Τετάρτη και Παρασκευή "Κοινωνική Υπηρεσία: Ημέρες και ώρες λειτουργίας: Δευτέρα-Παρασκευή, 7:00-14:30</i>
	Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Γιαννιτσών.		Εξωτερικά Ιατρεία: 2382350274,50641,5 0642 <i>e-mail: psixiatriko@1130.syz efxis.gov.gr.</i>	<i>Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία τμήματος: Κάθε ημέρα</i>
	Προστατευόμενο Διαμέρισμα Οικοτροφείου "Γλαύκη": Εταιρεία Ψυχικής Υγείας & Κοινωνικής Αποκατ άστασης Ασθενών (Ε.Ψ.Υ.Κ.Α.):	Διεύθυνση: Κιλκί ς 17, Συκιές, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ. 56626	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2310 581566 FAX: 2310 581566 <i>e-mail: epsykad4@gmail.co m</i>	
ερρών, Δράμας κι λεξανδρούπολη	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δράμας, του Γενικού Νοσοκομείου Δράμας.	Εθνομαρτύρων Πόντου 57, 661 00, Δράμα	ΤΗΛ.: 25210 48050 <i>e-mail: psygeias@otenet.gr</i>	<i>Ώρες λειτουργίας: 07:00 - 15:00</i>
	Νοσοκομείο Ημέρας,	Αγ.Σοφίας 3, 621	Τηλεφωνικό Κέντρο:	

	του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών.	00, Σέρρες	23210 584901	
	Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών.		Ραντεβού ΤΗΛ.:2321051410 τηλεφωνικό κέντρο: 23210 94500 23210 94380 23210-94.386 e-mail: gnserrres@hospser.gr	<i>Τα εξωτερικά τακτικά ιατρεία λειτουργούν μόνο με προσυνηνόηση (ραντεβού), από τις 9:00 μέχρι τις 17:00. Η προσυνηνόηση είναι απαραίτητη. Απογευματινά ιατρεία: Ο νόμος δίνει το δικαίωμα σε ιατρούς του ΕΣΥ να λειτουργούν ιατρείο στο Νοσοκομείο κατά τις απογευματινές ώρες. Ο κάθε ασθενής μπορεί να απευθύνεται στο τηλέφωνο 2321051410 με αστική χρονοχρέωση, από τις 9:00 μέχρι τις 17:00 και να κλείνει ραντεβού.</i>
	Εταιρεία Ψυχικής Υγείας & Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών (Ε.Ψ.Υ.Κ.Α.):	Φωτολίβος Δράμας, Τ.Κ. 66034	ΤΗΛ.: 25210 93700 FAX: 25210 93740 e-mail: eps-pdd@otenet.gr	<i>Προστατευόμενο Διαμέρισμα Οικοτροφείου "Αγάπανθος":</i>
		Αβδήρων & Μακρή Δράμα, Τ.Κ. 661 00	ΤΗΛ.: 25210 46330 FAX: 25210 46376 e-mail: khpolydeykis@gmail.com	<i>Κέντρο Ημέρας Δράμας "Πολυδεύκης":</i>
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αλεξανδρούπολης	Δήμητρας 19 (Παλιό Νοσοκομείο, 3ος όροφος), Τ.Κ. 68100, Αλεξανδρούπολη	Τηλεφωνικό Κέντρο: 25510 20287, 25510 25845	
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Σερρών	Ιπποκράτους 9 Ηλιούπολη, Τ.Κ. 62100, Σέρρες	Τηλεφωνικό Κέντρο: 23210 51230	
αβάλας και άνθη	Κέντρο Ψυχικής Υγείας, του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης.	Αιδινίου 73, 671 00, Ξάνθη	Τηλεφωνικό Κέντρο: 25410 71325	
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καβάλας:	25ης Μαρτίου 10 Άγιος Λουκάς, Τ.Κ. 654 04, Καβάλα	ΤΗΛ.: 2510 246233, 2510 243992, 2510 246443	
έσβου, Χίου, άμου, Κυκλάδες	Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης.	ΝΕΑΠΟΛΗ, 67100 ΞΑΝΘΗ	Τηλεφωνικό Κέντρο: 25413 51100 ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ: 25413 51772-3, 25413 51777-8 e-mail: contact_us@hosp-xanthi.gr	<i>Ημέρες και ώρες λειτουργίας: Δευτέρα, Τετάρτη και Πέμπτη 9:00 – 14:00</i>
	Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Χίου «Σκυλίτσειο».		Τηλεφωνικό κέντρο : 22713 50100 ΕΚΑΒ : 166 FAX: 22710-44311	

Εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρο Υγείας Λήμνου.		Τηλεφωνικό Κέντρο: 22543-50400 ΕΚΑΒ: 22540-22166 Ραντεβού: 22543-50495	
Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοστάνειο».		ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ: ΤΗΛ.:2251351508 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ: ΤΗΛ.:2251351534	
Ξενώνας με Εργαστήριο «Οίκος Αγάπης», του Γενικού Νοσοκομείου Χίου «Σκυλίτσειο».	Νεοχώρι,801 00, Χίος	ΤΗΛ.: 22710 32897	
Κέντρο Ψυχικής Υγείας Σάμου	Πλατεία Γρηγορίου Αυξεντίου, Τ.Κ. 83100, Σάμος	ΤΗΛ.:22730 80953, 22730 80060 e-mail: kpscamos@internet.gr	Το ΚΨΥ Σάμου λειτουργεί: Δευτέρα, Τρίτη, Τετάρτη, Πέμπτη και Παρασκευή από 8.30 έως 14.30 και εφημερεύει κάθε Τρίτη και Τετάρτη καθώς και Πέμπτη κατά
<u>Κλίμακα:</u>	Δανακού - Χώρα Νάξου Τ.Κ 84300	ΤΗΛ.: 22850 26982 FAX: 22850 26983 e-mail: kinitimonada@klimakka.org.gr	Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νάξου
	Χώρα Αμοργού, Τ.Κ 84008	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22850 71887 FAX: 22850 71287	Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Αμοργού:
	Παλαιό Επαρχείο Θήρας, Τ.Κ 84700, Φυρά Σαντορίνης	Τηλέφωνο - Fax : 22860 25961 Δομές	Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Σαντορίνης:
	ΕΔΡΑ: Ευμολπιδών 30-32, 11854, ΚΕΡΑΜΕΙΚΟΣ, ΑΘΗΝΑ	ΤΗΛ.: 210 3417160-3, FAX: 2103417164 e-mail: central@klimaka.org.gr	
	Δανακού	ΤΗΛ.: 22850 26982 FAX: 22850 26983 e-mail: kinitimonada@klimakka.org.gr	Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ν.Α Κυκλάδων (Νάξου)
	Κτίριο Επαρχείου, Φηρά 84700 Σαντορίνη	Τηλέφωνο - Fax: 22860 25961 e-mail: kinitimonada_thiras@yahoo.gr	Παράρτημα Σαντορίνης
	Χώρα Αμοργού, 84008	Τηλέφωνο - Fax: 22850 71840	Παράρτημα Αμοργού
	Κέντρο Υγείας Ίου	Τηλέφωνο- fax: 22860 91279	Παράρτημα Του

	Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.) Χίου, «ΩΡΙΩΝ»:	Αερ. Ροδοκανάκη Φάρκαινας, 82100, Χίος	ΤΗΛ.:22710 40400 e-mail: contact@kspechios.gr	
	ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.Π.Α.Ψ.Υ)	Διασταύρωση Περιφερειακού, Παροικιά Πάρου Τ.Κ.: 84400	ΤΗΛ.: 22840 22011, 22840 24911. FAX: 22840 24911 e-mail: kmparos@epapsy.gr	Κινητή Μονάδα Ψυχ. Υγείας ΒΑ Κυκλάδων (Έδρα Πάρου):
		Καρόδρομος, Μήλος Τ.Κ.: 84800	ΤΗΛ.: 22870 28116- 7, FAX: 22870 28118 e-mail: kmmilos@epapsy.gr	Κινητή Μονάδα Ψυχ. Υγείας ΒΔ Κυκλάδων (Έδρα Μήλος):
ωδεκανήσου.	Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, του Κρατικού Θεραπευτηρίου – Κέντρου Υγείας Λέρου.	Λακκί, Τ.Κ. 85400 Λακκί Λέρου Δωδεκανή σου	Τηλεφωνικό Κέντρο: 2247023013	
	Εξωτερικά Ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής Ενηλίκων, του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου «Α. Παπανδρέου»		Τηλεφωνικό Κέντρο: 2241360252	Τα Πρωινά Εξωτερικά Ιατρεία λειτουργούν καθημερινά από Δευτέρα έως Παρασκευή 07:30π.μ. έως 14:30μ.μ. Ώρες Επικοινωνίας : 7.30πμ - 14.30 μ.μ.
	Κέντρου Υγείας Λέρου. . .		Ψυχιατρική κλινική: ΤΗΛ.:2241360183 Εξωτερικά Ιατρεία: ΤΗΛ.:2270233150- 151	Εξωτερικά Ιατρεία Κρατικού Θεραπευτηρίου
		Λακκί, 854 00, Λέρος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22470 23300	Ξενώνας «Άρης»,
		Λακκί - Λέρου, 854 00, Λέρος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22470 25983	Προστατευμένο Διαμέρισμα “Λακκίου – Κουτσανέλου”,
		Γούρνα, 854 00, Λέρος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22470 23792	Προστατευμένο Διαμέρισμα “ΓΟΥΡΝΑΣ”,
		Αγ. Σαράντα, 854 00, Λέρος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22470 22511	Προστατευμένο Διαμέρισμα “Αγ. Σαράντα”,
		Κριθώνι, 854 00, Λέρος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22470 23413	Προστατευμένο Διαμέρισμα “Κριθώνι”,
		Λακκί - Λέρου, 854 00, Λέρος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22470 24159	Προστατευμένο Διαμέρισμα “Λακκί”,
		Κριθώνι, 854 00, Λέρος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22470 22818	προστατευμένο Διαμέρισμα “Γιακαλή” (Κριθώνι),
		Ξηρόκαμπος, 854 00, Λέρος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22470 22250	Προστατευμένο Διαμέρισμα “Ξηρόκαμπος Ι”,
		Ξηρόκαμπος, 854 00, Λέρος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22470 22228	Προστατευμένο Διαμέρισμα “Ξηρόκαμπος ΙΙ”,
	Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης	Δωδεκανήσου - ΛΕΠΙΔΑ - Ν. ΛΕΡΟΣ Τ.Κ. 85400	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22470.28016-7 FAX: 28015 e-	

(ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.):		mail: info@koispe.gr	
Πανάκεια:	Ρόδος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22410 39530 FAX: 22410 39530	<i>Ξενώνας «Μελίτη»:</i>
	Ρόδος	Τηλεφωνικό Κέντρο: 22410 78315 FAX: 22410 78315	<i>Κέντρο Ημέρας «Κορωνίς»:</i>