

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ
ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ: ΒΕΣΚΟΥΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΠΑΤΡΑ 2018

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η καλή ψυχική υγεία είναι σημαντική για όλους μας, περισσότερο δε όταν υπάρχει μία χρόνια σωματική ασθένεια όπως το HIV/AIDS. Ζητήματα που αφορούν τη συναισθηματική ανησυχία, το άγχος και τη κατάθλιψη, ενδεχομένως να φαντάζουν δευτερεύουσες προτεραιότητες για την υγεία των ασθενών αυτών αλλά αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι για την πορεία και την εξέλιξη της νόσου καθώς η κατάθλιψη επιβαρύνει το ανοσοποιητικό σύστημα.

Πλέον χάρη στα νέα φάρμακα κατά του HIV το προσδόκιμο ζωής των ασθενών αυτών εξισώνετε σε ποσοστό περίπου ίσο με αυτό του υγιή πληθυσμού. Ζητήματα όπως ο φόβος και η αβεβαιότητα για το πώς θα εξελιχθεί στο μέλλον η ασθένεια αλλά και τυχόν παρενέργειες των αντιρετροϊκών φαρμάκων μπορεί να δημιουργήσουν συναισθηματικά εμπόδια και επιπλοκές στην ψυχοσύνθεση του ατόμου

Είναι σημαντικό να ερευνηθεί πως επηρεάζει το HIV την ψυχική υγεία των ασθενών, ώστε να μπορούμε ως νοσηλευτές να παρέμβουμε, σύμφωνα με τους κανόνες δεοντολογίας στην ανακούφιση των συμπτωμάτων αυτών, στην πρόληψη και στην ενημέρωση

Ευχαριστήριο σημείωμα: Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ Ηγουμενίδη Μιχαήλ για την βοήθεια και την καθοδήγηση που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκειά της εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας. Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω την Διευθύντρια, το Ιατρικό, το Νοσηλευτικό και Διοικητικό προσωπικό καθώς και τον ψυχολόγο της Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων του νοσοκομείου όπου διεξήγαγα την έρευνα για την πολύτιμη βοήθεια τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η κατάθλιψη και το άγχος, μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς, ειδικά όταν εμφανίζονται χρόνιες ασθένειες. Η κατάθλιψη δεν ορίζεται μόνο ως δυσάρεστο συναίσθημα, αλλά στην πραγματικότητα είναι μια διαδεδομένη ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενη θλίψη και καταθλιπτική διάθεση. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατάθλιψη μπορεί να υπό-διαγνωσθεί και να θεραπευθεί σε HIV-θετικούς ασθενείς.

Σκοπός: Βασικός σκοπός της έρευνας είναι η **αποτύπωση** και η **διερεύνηση** της συναισθηματικής κατάστασης οροθετικών ασθενών και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Υλικό και Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Beck για την κατάθλιψη σε δείγμα 150 οροθετικών ασθενών. Η δειγματοληψία ήταν στοχευμένη και η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο της Αθήνας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.22

Αποτελέσματα: Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση κατέστη φανερό πως υπάρχει πολύπλοκη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της μόλυνσης από τον ιό HIV ωστόσο από το συγκεκριμένο δείγμα μόλις το 25% υπολογίστηκε με βαθμολογία Beck μεγαλύτερη των 16 μονάδων. Το 65% κατηγοριοποιήθηκαν ως άτομο χωρίς σημαντικές διαταραχές, ενώ το υπόλοιπο 35% είχαν τουλάχιστον ήπιες διαταραχές διάθεσης.

Συμπεράσματα: Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και παρότι το μέγεθος του δείγματος θεωρείται ιδιαίτερα μεγάλο αν αναλογιστεί κάποιος την ιδιαιτερότητα του δείγματος στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών HIV προκύπτει ότι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της συναισθηματικής κατάστασης με την ηλικία, την χρονιότητα της νόσου καθώς και το διάστημα λήψης φαρμακευτικής αγωγής. Το 11% του δείγματος λάμβανε αγωγή για το άγχος και την κατάθλιψη. Κανένας δημογραφικός παράγοντας δεν επιδρά στατιστικά σημαντικά στα επίπεδα συναισθηματικής κατάστασης κατά Beck.

ABSTRACT

Introduction: Depression and anxiety can affect the quality of life of the patient, especially when chronic illnesses occur. Depression is not only defined as an unhappy feeling, but is in fact a widespread mental disorder characterized by continued sadness and depressed mood. There are indications that depression can be under-diagnosed and treated in HIV-positive patients.

Purpose: The main purpose of the research is to capture and investigate the emotional state of HIV patients.

Material and Method: The Beck questionnaire for depression was used in a sample of 150 seropositive patients. The sampling was targeted and the study was conducted at the Athens hospital. Data analysis was performed using the SPSS v.22 statistical program.

Results: From the bibliographic review it became clear that there is a complex relationship between depression and HIV infection, however, from this specimen Only 25% of the sample was calculated with a Beck score of more than 16 units. 65% were categorized as a person without significant impairment, while the remaining 35% had at least mild mood disorders.

Conclusions: In the analysis of the results of the research and although the size of the sample is considered to be particularly large considering the specificity of the sample in the majority of HIV patients, there is no statistically significant correlation of the emotional state with age, chronicity of the disease the medication period. 11% of the sample was treated for anxiety and depression. No demographic factor affects statistically significant levels of Beck's emotional status

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο 1 θα ασχοληθούμε με το πώς επηρεάζει η κατάθλιψη το ανοσοποιητικό σύστημα ποια είναι η σχέση των κυτοκινών και της λειτουργίας του εγκεφάλου στην κατάθλιψη, επίσης την σχέση της σεροτονίνης με το άγχος και την κατάθλιψη. Στην συνέχεια στο κεφάλαιο 2 θα αναφερθούμε στην κατάθλιψη και στη ποιότητα ζωής σε χρόνιους πάσχοντες, πολύ σημαντική είναι η αναφορά των οροθετικών ασθενών με κατάθλιψη και οι τρόποι αντιμετώπισης των ασθενών αυτών. Στο κεφάλαιο 3 γίνεται αναφορά στο ερωτηματολόγιο και την έρευνα του Beck. Στο κεφάλαιο 4 παρουσιάζονται με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο (πίνακες, γραφήματα, αριθμοδείκτες) τα αποτελέσματα από τα δεδομένα που συλλέχτηκαν. Επιχειρείται να ομαδοποιηθούν κατάλληλα τα δεδομένα και να παρουσιαστούν ως προς την κατανομή των απαντήσεων που δόθηκαν. Στο κεφάλαιο 5 ποσοτικοποιούνται και παρουσιάζονται οι απαντήσεις κλίμακας Beck για το σύνολο του δείγματος. Στο κεφάλαιο 6 παρουσιάζονται τα σημαντικότερα μέτρα θέσης και διασποράς που υπολογίστηκαν για τη μεταβλητή κλίμακα του Beck. Στο κεφάλαιο 7 διερευνάται η επίδραση δημογραφικών παραγόντων στην κλίμακα του Beck, όπως αυτή υπολογίστηκε για όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα στο κομμάτι της διμεταβλητής ανάλυσης και τέλος στο 8^ο κεφάλαιο παραθέτονται τα αποτελέσματα της έρευνας.

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	9
Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	9
1.1 Γενικά	9
1.2 Η Σχέση των Κυτοκινών και της Λειτουργίας του Εγκεφάλου στην Κατάθλιψη	10
1.3 Ο Ρόλος του Στρες και των Προφλεγμονωδών Κυτοκινών	12
1.4 Σεροτονίνη, Άγχος και Κατάθλιψη	13
1.5 Στρες, Κατάθλιψη και Νευροεκφυλισμός	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	18
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ.....	18
2.1 Κατάθλιψη και Ποιότητα Ζωής σε Χρόνιους Πάσχοντες.....	18
2.2 Εργαλεία Μέτρησης	19
2.3 Αντίκτυπος Χρόνιων Πληγών στην Κατάθλιψη και QoL.....	21
2.4 Οροθετικοί Ασθενείς με Κατάθλιψη.....	23
2.5 Τρόποι Αντιμετώπισης Οροθετικών Ασθενών με Κατάθλιψη	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	38
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ BECK.....	38
3.1 Αναφορά για την Έρευνα του Beck	38
3.2 Το Ερωτηματολόγιο του Beck	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	45
ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	54
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ BECK	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	66

ΚΛΙΜΑΚΑ BECK.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	69
ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	73
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	94
1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	94
2. ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ.....	100
3. ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ.....	101

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

1.1 Γενικά

Η κατάθλιψη είναι μια κοινή και μερικές φορές θανατηφόρα διαταραχή που έχει αναγνωριστεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ως η κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως (Moussavi S, 2007). Ενώ τα αντικαταθλιπτικά είναι αναμφισβήτητα αποτελεσματικές θεραπείες σε περίπου το 70% των περιπτώσεων, ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών παραμένει εν μέρει ή εντελώς μη ανταποκρινόμενο στη θεραπεία. Δεν υπάρχει απλή εξήγηση για την ανθεκτικότητα στη θεραπεία, αλλά υπάρχει η πιθανότητα τα σημερινά αντικαταθλιπτικά να μην στοχεύουν αποτελεσματικά όλες τις παθολογικές διεργασίες που είναι υπεύθυνες για τα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης. Επομένως, υπάρχει επείγουσα ανάγκη να διευρυνθούν οι στόχοι στους οποίους θεωρείται ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ενεργούν.

Όλα τα διαθέσιμα σήμερα αντικαταθλιπτικά αναπτύχθηκαν με βάση την υπόθεση της κατάθλιψης μονοαμίνης, μια υπόθεση που ενέχει μια διαταραχή των βιογενών αμινών στα κυκλικά και φλοιώδη κυκλώματα ως την αιτία των κύριων συμπτωμάτων κατάθλιψης. Ως εκ τούτου, τα αντικαταθλιπτικά υποτίθεται ότι δρουν διορθώνοντας αυτές τις ανωμαλίες. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στη διασύνδεση μεταξύ του εγκεφάλου και των περιφερειακών οργάνων (η σχέση «σώμα-μυαλό») στην οποία οι αλλαγές στο ενδοκρινικό και ανοσοποιητικό σύστημα παίζουν σημαντικό ρόλο στις παθολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στην κατάθλιψη. Έτσι, η φλεγμονή αρχίζει να εμφανίζεται ως ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει όχι μόνο στην κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές αλλά και στη σύνδεση με τις ιατρικές διαταραχές που συχνά συνδέονται με την ψυχική ασθένεια. Για παράδειγμα, είναι πλέον εμφανές ότι, στη κατάθλιψη, υπάρχει σχέση μεταξύ της σοβαρότητας και της διάρκειας της διαταραχής και της αυξημένης συχνότητας των καρδιακών παθήσεων, του διαβήτη τύπου 2, των διαφόρων αυτοάνοσων ασθενειών, της αρθρίτιδας και του καρκίνου (Murray CJ, 1997).

Η ιδέα ενός διαταραγμένου ανοσοποιητικού συστήματος που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχική κατάσταση μπορούσε να ανιχνευθεί και στην αρχαιότητα. Εντούτοις, μόνο τα τελευταία 30 χρόνια, αποκτήθηκαν κλινικές και πειραματικές αποδείξεις που δείχνουν σαφώς ότι οι πτυχές της κυτταρικής και της χημικής ανοσίας ήταν δυσλειτουργικές στη μείζονα κατάθλιψη (Maes M, 1995 Raison CL, 2006, Frasurre-Smith N, 2007). Τα τελευταία 20 χρόνια, έχει δοθεί προσοχή στο ρόλο των ανοσοδιαμορφωτών και των ανοσοδιαβιβαστών, ιδιαίτερα των προ- και αντι-φλεγμονωδών κυτοκινών. Έτσι, οι Maes και συνεργάτες (Maes M, 1995) ανέφεραν ότι η ιντερλευκίνη-6 (IL-6), μια κύρια προφλεγμονώδης κυτοκίνη, αυξήθηκε στο αίμα των ασθενών με κατάθλιψη. Επίσης, ήταν εμφανές ότι περίπου το 45% των ασθενών που θεραπεύτηκαν με την προφλεγμονώδη κυτοκίνη ιντερφερόνη-άλφα (IFN) ανέπτυξαν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης που τερματίστηκαν όταν οι κυτοκίνες αποσύρθηκαν (Quan N, 2007). Πρόσφατα μια μετα-ανάλυση 9 κυτοκινών σε μείζονα κατάθλιψη στις οποίες αξιολογήθηκαν 24 μελέτες (Dowlati Y, 2009) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μόνο τα βασικά επίπεδα της IL-6 και του TNF αυξήθηκαν σημαντικά. Τέτοιες κλινικές παρατηρήσεις υποδεικνύουν ότι οι προφλεγμονώδεις κυτοκίνες συνεισφέρουν στα συμπτώματα της κατάθλιψης και τώρα αποτελούν τη βάση της υπόθεσης φλεγμονής, κυτοκίνης ή φλεγμονώδους απόκρισης της κατάθλιψης.

1.2 Η Σχέση των Κυτοκινών και της Λειτουργίας του Εγκεφάλου στην Κατάθλιψη

Μέχρι πρόσφατα, ο εγκέφαλος θεωρήθηκε ως ανοσολογικός προνομιούχο όργανο που προστατεύθηκε από το περιφερικό ανοσοποιητικό σύστημα από το φράγμα αίματος-εγκεφάλου. Είναι τώρα προφανές ότι αυτή η άποψη είναι λανθασμένη και ότι ο εγκέφαλος επηρεάζεται άμεσα από περιφερειακές κυτοκίνες, χημειοκίνες, προστενοειδή και γλυκοκορτικοειδή, καθώς και μερικά κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος που μπορούν να έχουν πρόσβαση στον εγκέφαλο και επομένως να επηρεάσουν τα νευρωνικά δίκτυα που φαίνεται να δυσλειτουργούν στην κατάθλιψη (Godbout JP, 2005). Η επίδραση μεγάλων μορίων από την περιφέρεια στον εγκέφαλο είναι κάπως απροσδόκητη καθώς ειδικοί μεταφορείς των πεπτιδίων όπως οι ιντερλευκίνες δεν φαίνονται να υπάρχουν στο αιματοεγκεφαλικό φράγμα. Παρόλα αυτά, υπάρχουν τώρα πειραματικές ενδείξεις που δείχνουν ότι τέτοια μόρια μπορούν να έχουν πρόσβαση στον εγκέφαλο α) μέσω διαρροής του αιματοεγκεφαλικού φραγμού που συμβαίνει σε μείζονα κατάθλιψη, b) με ενεργοποίηση ενδοθηλιακών κυττάρων που ευθυγραμμίζουν το εγκεφαλικό αγγειακό σύστημα και

παράγουν φλεγμονώδεις μεσολαβητές μέσα στο φράγμα c) με δέσμευση σε υποδοχείς κυτοκινών που σχετίζονται με το νευρικό πνεύμονα και έτσι σηματοδοτούν φλεγμονώδεις μεταβολές στον εγκέφαλο μέσω του solitarius του πυρήνα του πυρήνα και του υποθάλαμου (Raison CL, 2008, Si Q, 2004). Στον εγκέφαλο, οι προφλεγμονώδεις κυτοκίνες ενεργοποιούν τόσο νευρωνικά όσο και μη νευρωνικά κύτταρα (π.χ., μικρογλοία, αστροκύτταρα και ολιγοδενδρογλία) μέσω του καταρράκτη του πυρηνικού παράγοντα-κάπα-βήτα (NF-kB) με παρόμοιο τρόπο με αυτόν που εμφανίζεται στην περιφερειακή φλεγμονώδη απόκριση (Anisman H, 2008).

Υπάρχουν επίσης στοιχεία από κλινικές μελέτες ότι οι περιφερικά χορηγούμενες κυτοκίνες μπορούν να εισέλθουν στον εγκέφαλο. Έτσι, η θεραπευτική χορήγηση της IFN σε ασθενείς με ηπατίτιδα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (CSF) όχι μόνο της IFN αλλά και της IL-6 και της χημειοελκυστικής πρωτεΐνης μονοκυττάρων (MCP-1) (Kitagami T, 2003). Σε πειραματικές μελέτες έχει αποδειχθεί ότι η MCP-1 ενεργοποιεί μικρογλοία για την απελευθέρωση IL-1 και TNF (Zielasek J, 1996) και επειδή τα μικρογλοία είναι η πρωταρχική πηγή προφλεγμονωδών κυτοκινών στον εγκέφαλο, αυτό θα μπορούσε να είναι ένα σημαντικό μέσο με το οποίο οι περιφερειακοί φλεγμονώδεις μεσολαβητές ενεργοποιούν την φλεγμονώδη απάντηση στον εγκέφαλο. Επιπλέον, οι προφλεγμονώδεις κυτοκίνες ρυθμίζουν την απελευθέρωση των βιογενών νευροδιαβιβαστών αμίνης (Miller AH, 2009). Πρόσφατα αποδίδεται μεγάλη προσοχή στην ενεργοποίηση της οδού τρυπτοφάνης-κινουρενίνης από αυτές τις κυτοκίνες, με την οποία η τρυπτοφάνη απομακρύνεται από τη σύνθεση της σεροτονίνης σε εκείνη της κινουρενίνης. Η σημασία αυτής της οδού θα συζητηθεί λεπτομερέστερα αργότερα και σαφώς αυτό, είναι ένας σημαντικός μηχανισμός με τον οποίο η σεροτονινεργική λειτουργία μειώνεται στην κατάθλιψη. Η δραστηριότητα του ντοπαμινεργικού συστήματος μειώνεται επίσης σε ανταπόκριση στη φλεγμονή. Για παράδειγμα, η IFN μειώνει τη σύνθεση της ντοπαμίνης μειώνοντας τη συγκέντρωση της συν-παράγοντα τετραϋδροβιοπτερίνης (BH4), μειώνοντας έτσι τη σύνθεση της διυδροξυφαινυλαλανίνης (DOPA), του άμεσου προδρόμου της ντοπαμίνης, από την τυροσίνη (Moron JA, 2003). Καθώς η IFN αυξάνει τη σύνθεση του μονοξειδίου του αζώτου ενεργοποιώντας το εξαρτώμενο από BH4 ένζυμο μονοξειδίου του αζώτου στο μικρόγλιο φαίνεται ότι η μείωση της ντοπαμινεργικής λειτουργίας συνδέεται με την αύξηση του μονοξειδίου του αζώτου. Αυτός ο αέριος νευροδιαβιβαστής είναι γνωστό ότι ενεργοποιεί το γλουταμινεργικό σύστημα το οποίο, όταν υπερβαίνει τα φυσιολογικά όρια, ενισχύει την απόπτωση και τον νευροεκφυλισμό (Miller AH, 2009, Moron JA, 2003).

Οι κυτοκίνες και τα μονοπάτια σηματοδότησης τους έχουν αποδειχθεί ότι ενισχύουν την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών μονοαμίνης και έτσι μειώνουν τις λειτουργικά σημαντικές μεταξύ τους συναπτικές συγκεντρώσεις στον εγκέφαλο (Moron JA, 2003). Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι η IL-1 και ο TNF ενεργοποιούν τον μεταφορέα σεροτονίνης στους νευρώνες με διέγερση της οδού κινάσης ενεργοποιημένης από μιτογόνο p38 (Zhu CB, 2006).

1.3 Ο Ρόλος του Στρες και των Προφλεγμονωδών Κυτοκινών

Μια σημαντική εννοιολογική μετατόπιση της πιθανής αιτίας της κατάθλιψης έχει συμβεί πρόσφατα με την ανακάλυψη ότι η φλεγμονή παίζει καθοριστικό ρόλο στην ψυχοπαθολογία της διαταραχής. Ωστόσο, καθώς η μείζων κατάθλιψη συχνά συνοδεύεται από φλεγμονώδεις ασθένειες (όπως σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, διαβήτη τύπου 2, αρθρίτιδα και αυτοάνοσες διαταραχές) που μπορούν να ενεργοποιήσουν την περιφερειακή και κεντρική φλεγμονώδη απόκριση, είναι πιθανό ότι τέτοιες φλεγμονώδεις διαταραχές προκαλούν τις φλεγμονώδεις αλλαγές που προκαλούν κατάθλιψη. Αν και αυτό είναι εύλογο, είναι φανερό ότι η φλεγμονή εμφανίζεται επίσης σε ασθενείς με κατάθλιψη που δεν υποφέρουν από ταυτόχρονες φλεγμονώδεις διαταραχές. Έτσι, η αυξημένη ευπάθεια των καταθλιπτικών ασθενών στο ψυχοκοινωνικό στρες είναι ίσως ο βασικός παράγοντας που οδηγεί στην ενεργοποίηση του άνοσου και ενδοκρινικού άξονα στην κατάθλιψη. Είναι γνωστό, για παράδειγμα, ότι ακόμη και το σχετικά ήπιο οξύ άγχος της δημόσιας ομιλίας προκαλεί αύξηση της δραστηριότητας του NF-kB, ένα βασικό στοιχείο στην επαγωγή του φλεγμονώδους καταρράκτη (Pace TW, 2006). Από την άποψη αυτή, είναι επίσης γνωστό ότι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη εμφανίζουν συχνά αυξημένη ανταπόκριση των IL-6 και NF-kB σε μια πρόκληση αντιγόνου (McDade TW, 2006). Εντούτοις, το χρόνια στρες, όπως παρατηρείται από τους φροντιστές ή το άτομο που υπόκειται σε συζυγική διαφωνία αλλά δεν υποφέρει από κατάθλιψη, δείχνει επίσης αύξηση της πρωτεΐνης C-αντιδρώσας πλάσματος, IL-6 και άλλων φλεγμονωδών μεσολαβητών (McDade TW, 2006, Kielcolt-Glaser JK, 2005). Όποια και αν είναι η αιτία, αυτές οι αλλαγές φαίνεται να σχετίζονται με την ενεργοποίηση του μικρογλοίου, υποδηλώνοντας έτσι ότι οι φλεγμονώδεις μεταβολές συμβαίνουν επίσης στον εγκέφαλο (Frank MG, 2007).

Ο μηχανισμός με τον οποίο το ψυχολογικό στρες επηρεάζει τόσο τον περιφερειακό όσο και τον κεντρικό φλεγμονώδη καταρράκτη συντονίζεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Έτσι, η απελευθέρωση της νοραδρεναλίνης και της αδρεναλίνης μετά την ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος έχει σαν αποτέλεσμα την ενεργοποίηση αμφοτέρων των α και β -αδρενοϋποδοχέων επί ανοσοκυττάρων προκαλώντας έτσι την απελευθέρωση προφλεγμονωδών κυτοκινών, μέσω της ενεργοποίησης του καταρράκτη NF-kB, ιδιαίτερα σε μακροφάγα και μονοκύτταρα στο περιφερικό αίμα. Οι ανταγωνιστές αυτών των αδρενοϋποδοχέων εμποδίζουν την άνοδο που προκαλείται από άγχος σε αυτές τις κυτοκίνες (Mazzeo RS, 2001). Αντίθετα, η διέγερση του παρασυμπαθητικού συστήματος έχει την αντίθετη επίδραση στην φλεγμονώδη απόκριση που προκαλείται από το στρες. Έτσι, η διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου έχει ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση της ακετυλοχολίνης που ενεργοποιεί την υπομονάδα α -7 στους νικοτινικούς υποδοχείς, μειώνοντας έτσι την ενεργοποίηση του NF-kB (Pavlov VA, 2005). Είναι πιθανό ότι η αντικαταθλιπτική δράση της διέγερσης του παρασυμπαθητικού νεύρου, που χρησιμοποιείται περιστασιακά για τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης, συνδέεται με μια τέτοια αντιφλεγμονώδη δράση.

Ανακύπτει το ερώτημα γιατί θα πρέπει να εμφανίζεται φλεγμονή σε ασθενείς με κατάθλιψη παρά την συχνά παρατηρηθείσα αύξηση των γλυκοκορτικοειδών; Η πιο εξωφρενική εξήγηση είναι ότι η αντίσταση του υποδοχέα των γλυκοκορτικοειδών στον εγκέφαλο και την περιφέρεια συμβάλλει στην έλλειψη καταστολής των περισσότερων τύπων ανοσοκυττάρων με την πιθανή εξαίρεση των κυττάρων φυσικών δολοφόνων. Μία πιθανή εξήγηση είναι ότι η επαγόμενη από άγχος αύξηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, σε συνδυασμό με αντοχή σε στεροειδή, οδηγεί στην ενεργοποίηση του μικρογλύματος στον εγκέφαλο και των μακροφάγων και των μονοκυττάρων στην περιφέρεια, οδηγώντας έτσι στην φλεγμονώδη κατάσταση.

1.4 Σεροτονίνη, Άγχος και Κατάθλιψη

Από τους πολυάριθμους νευροδιαβιβαστές που υποτίθεται ότι είναι δυσλειτουργικοί σε μείζονα κατάθλιψη, η σεροτονίνη εμπλέκεται ευρέως για τον ρόλο που συμβάλλει στα συμπτώματα της διαταραχής (διαταραχή του ύπνου, καταθλιπτική διάθεση, ανορεξία, απώλεια λίμπιντο και άγχος). Η σεροτονίνη ρυθμίζει τον άξονα τάσης ενεργοποιώντας τις οδούς παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης στον παραμετρικό πυρήνα αυξάνοντας

έτσι την απελευθέρωση της αδρενοκορτικοτροφικής ορμόνης από την πρόσθια υπόφυση (Calogero AE, 1993). Υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της συγκέντρωσης κορτιζόλης στο πλάσμα και του σεροτονινεργικού συστήματος. Έτσι η επαγόμενη από το άγχος αύξηση του φλοιού συνδέεται με αυξημένη μεταβολή της σεροτονίνης, μια αλλαγή που συνδέεται με την διέγερση του ενζύμου που περιορίζει την ταχύτητα, την υδροξυλάση της τρυπτοφάνης, στο μονοπάτι που οδηγεί στη σύνθεση της σεροτονίνης από την τρυπτοφάνη (Davis S, 1995). Η χρόνια ένταση που έχει ως αποτέλεσμα την παρατεταμένη αύξηση της κορτιζόλης έχει το αντίθετο αποτέλεσμα και η ελευθέρωση της σεροτονίνης μειώνεται. Αυτό συσχετίζεται με την ενεργοποίηση γλυκοκορτικοειδούς της τρυπτοφάνης διοξυγενάσης στο ήπαρ, όπου η τρυπτοφάνη εκτρέπεται από τη σύνθεση σεροτονίνης κάτω από την οδό τρυπτοφάνης-κινουρενίνης (Myint A-M, 2007).

Η αύξηση του άγχους και η εξασθένηση καθώς και η προσαρμογή στο χρόνιο στρες που παρατηρήθηκε τόσο στα ζώα όσο και στον άνθρωπο μπορεί να εξηγηθεί από τις αλλαγές στη λειτουργική δραστηριότητα των σωματοδενδριτικών υποδοχέων 5HT 1A που βρίσκονται στον διάμεσο πυρήνα ραφής και τον ιππόκαμπο (Meijer OC, 1998). Πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι αρουραίοι που εκτρέφονται σε ένα αγχωτικό περιβάλλον παρουσιάζουν αύξηση του άγχους που συσχετίζεται με μείωση της λειτουργικής δραστηριότητας των υποδοχέων 5HT1A. Αυτοί οι υποδοχείς επηρεάζονται από τους υποδοχείς των μεταλλοκορτικοειδών που αναστέλλουν τη δραστηριότητα του υποδοχέα 5HT1A υπό συνθήκες χρόνιας καταπόνησης (Chaouloff F 1995). Αντίθετα με τους υποδοχείς 5HT1A, οι υποδοχείς 5HT2 ενεργοποιούνται με το χρόνιο στρες (McKittrick CR 1995), ενώ οι υποδοχείς 5HT1B που λειτουργούν ως αυτοϋποδοχείς και ελέγχοντας με τον τρόπο αυτό την απελευθέρωση του πομπού, ενεργοποιούνται με χρόνια πίεση (Neumeier JC, 1997). Έτσι, οι μεταβολές που προκαλούνται από το άγχος στα κυκλοφορούντα γλυκοκορτικοειδή μπορούν να βοηθήσουν στην εξήγηση της μείωσης της λειτουργικής δραστηριότητας του σεροτονινεργικού συστήματος κατά την κατάθλιψη.

Ωστόσο, τα στοιχεία αυτά προέρχονται κυρίως από πειραματικές μελέτες. Ποια είναι τα στοιχεία από κλινικές μελέτες; Σε ορισμένους ασθενείς με κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ύφεσης, η χορήγηση ενός ποτού αμινοξέων με έλλειψη τρυπτοφάνης πυροδοτεί μια οξεία καταθλιπτική ανταπόκριση. Αυτή η αλλαγή σχετίζεται με την υπερέκκριση της κορτιζόλης (Aberg-Wistedt A, 1998). Η αύξηση της προλακτίνης στο πλάσμα και την κορτιζόλη σε ασθενείς με κατάθλιψη μετά την οξεία χορήγηση του παράγοντα απελευθέρωσης σεροτονίνης

φενφλουραμίνης, μειώνεται επίσης σε ασθενείς με κατάθλιψη (O'Keane V, 1991), όπως και η έκκριση αυξητικής ορμόνης, σε απόκριση πρόκλησης με τρυπτοφάνη (Porter R, 1998). Αυτές οι παρατηρήσεις προσθέτουν επιπλέον στοιχεία για τη σημασία της σεροτονίνης στην κατάθλιψη όχι μόνο για τον ρόλο της διαμόρφωσης της διάθεσης αλλά και για την άμεση επίδρασή της στον ενδοκρινικό άξονα. Έτσι, τα αποτελέσματα των πειραματικών και κλινικών μελετών αποδεικνύουν σαφώς ότι το χρόνιο άγχος, ως αποτέλεσμα της υπερκορτιλοαιμίας, προκαλεί αλλαγές στο σεροτονινεργικό σύστημα που φαίνεται ότι παίζουν κρίσιμο ρόλο στην εμφάνιση του άγχους και της κατάθλιψης.

1.5 Στρες, Κατάθλιψη και Νευροεκφυλισμός

Η έμφαση σε αυτή την ανασκόπηση αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες των προφλεγμονωδών κυτοκινών οι οποίες, σε παθολογικές συγκεντρώσεις στον εγκέφαλο και την περιφέρεια, είναι πιθανό να προκαλέσουν κυτταρική βλάβη. Ωστόσο, πρέπει να θυμόμαστε ότι σε φυσιολογικές συγκεντρώσεις, αυτές οι ίδιες κυτοκίνες παρέχουν τροφική υποστήριξη για τους νευρώνες, ενισχύουν την νευρογένεση και συμβάλλουν στην κανονική γνωστική λειτουργία (Bernardino L, 2008). Τέτοιες επιδράσεις θίγονται σοβαρά όταν οι κυτοκίνες υπάρχουν σε παθολογικές συγκεντρώσεις και οδηγούν σε αλλαγές που είναι σημαντικές στην ψυχοπαθολογία της κατάθλιψης. Έτσι, σε μείζονα κατάθλιψη, η παρατεταμένη ενεργοποίηση του φλεγμονώδους δικτύου στον εγκέφαλο οδηγεί σε μείωση των νευροτροφινών, οδηγώντας σε μειωμένη νευρωνική αποκατάσταση, σε μείωση της νευρογένεσης και σε αυξημένη ενεργοποίηση του γλουταμινεργικού μονοπατιού που συμβάλλει στη νευρωνική απόπτωση, το οξειδωτικό στρες και την επαγωγή απόπτωσης σε αστροκύτταρα και ολιγοδενδροκύτταρα (Goshen T, 2007, Barrientos RM, 2003, Tilleux S, 2007, Gavillet M, 2008).

Εκτός από τις προφλεγμονώδεις κυτοκίνες, το οξύδιο του αζώτου, τα γλυκοκορτικοειδή, και το γλουταμικό παίζει σημαντικό ρόλο στις παθολογικές διεργασίες που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Οι προφλεγμονώδεις κυτοκίνες και οι φλεγμονώδεις μεσολαβητές όπως το νιτρικό οξύδιο, αυξάνουν την απελευθέρωση του γλουταμικού και μειώνουν την έκφραση των μεταφορέων γλουταμικού σε αστροκύτταρα και ολιγοδενδρογλία, μειώνοντας έτσι την επαναπρόσληψη γλουταμινικού και ενισχύοντας τη δια-συναπτική συγκέντρωση (Pitt D, 2003).

Η διέγερση του εξω-συναπτικού υποδοχέα γλουταμικού N-μεθυλ- α -ασπαρτικού (NMDA) όχι μόνο προκαλεί διεγερτική τοξικότητα στους νευρώνες και τα αστροκύτταρα, αλλά έχει επίσης ως αποτέλεσμα τη μείωση της σύνθεσης του εγκεφαλικού νευροτροφικού παράγοντα (BDNF) της επιδιόρθωσης νευρώνων (Hardingham GE, 2002). Για να προστεθούν στις πιθανές νευροτοξικές μεταβολές, οι IL-1 και TNF, οι οποίες γενικά αυξάνονται κατά την κατάθλιψη, ενεργοποιούν την απελευθέρωση αντιδραστικών ειδών οξυγόνου και αζώτου από ενεργοποιημένα μικρογλοία και αστροκύτταρα. Αυτά είναι τοξικά τόσο για τους νευρώνες όσο και για την ολιγοδενδρογλία (Buntinx M, 2004, Rajkowska G, 2007). Το καθαρό αποτέλεσμα αυτών των μεταβολών είναι η απώλεια των αστροκυττάρων και της ολιγοδενδρογλοίας και η απόπτωση των νευρώνων, ιδιαίτερα στον υπογενή προμετωπιαίο φλοιό, στην αμυγδαλή και στον ιππόκαμπο, δηλαδή περιοχές του εγκεφάλου που πιστεύεται ότι εμπλέκονται αποφασιστικά στη γένεση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Ongur D, 1998).

Τώρα τίθεται το ερώτημα σχετικά με την πιθανή σχέση μεταξύ των νευροτοξικών αποτελεσμάτων των προφλεγμονωδών κυτοκινών, της περίσσειας γλουταμικού και της οδού τρυπτοφάνης-κινουρενίνης που, κατά την κατάθλιψη, παράγει νευροτοξικά τελικά προϊόντα που συμβάλλουν στον νευροεκφυλισμό κατά την κατάθλιψη. Η τρυπτοφάνη μεταβολίζεται μέσω δύο κύριων οδών, μία από τις οποίες οδηγεί στη σύνθεση της σεροτονίνης και η άλλη σε kynurenine και kynurenic οξύ. Στο τελευταίο μονοπάτι, η τρυπτοφάνη μεταβολίζεται από ινδολαμίνη 2,3-διοξυγενάση (IDO), ένα ένζυμο που κατανέμεται αρκετά ευρέως στους περιφερικούς ιστούς και στον εγκέφαλο και από 2,3-διοξυγενάση τρυπτοφάνης (TDO) που εντοπίζεται κυρίως στο ήπαρ (Myint A-M, 2003). Το IDO ενεργοποιείται από προφλεγμονώδεις κυτοκίνες ενώ το TDO ενεργοποιείται από τα γλυκοκορτικοειδή. Δεδομένου ότι τόσο οι κυτοκίνες όσο και η κορτιζόλη αυξάνονται σε μείζονα κατάθλιψη, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η οδός τρυπτοφάνης-κινουρενίνης αυξάνεται (Myint A-M, 2003, Guillemin GJ, 2001). Οι αντιφλεγμονώδεις κυτοκίνες μειώνουν τη δραστηριότητα αυτής της οδού (Musso T, 1994). Υπάρχουν δύο κύριες οδοί που οδηγούν στο μεταβολισμό της τρυπτοφάνης μετά τον σχηματισμό της κυνονουρίνης. Η υδροξυλάση της κυνονουρίνης μεταβολίζει την κυνονουρίνη πρώτα σε 3-υδροξυκινουρενίνη και κατόπιν σε 3-υδροξυανθρανιλικό οξύ και κινολινικό οξύ. Αυτή η οδός αυξάνεται κατά την κατάθλιψη και την άνοια (Myint A-M, 2003, Guillemin GJ, 2001). Στα γλοία και τους νευρώνες η 3-υδροξυκινουρενίνη αυξάνει τον σχηματισμό αντιδραστικών ειδών οξυγόνου ενώ το κινολινικό οξύ ενεργοποιεί τους υποδοχείς γλουταμικού NMDA και έτσι ενισχύει την απόπτωση.

Αντίθετα, η kynurenine μπορεί να μεταβολιστεί από την αμινοτρανσφεράση kynurenine για το τελικό νευροπροστατευτικό προϊόν, το kynurenic acid, έναν ανταγωνιστή υποδοχέων NMDA (Musso T, 1994). Στον εγκέφαλο, ο μεταβολισμός της τρυπτοφάνης από το IDO συμβαίνει τόσο στο μικρογλοίο όσο και στα αστροκύτταρα (Stone TW, 2002). Το μικροσκόπιο συνθέτει τόσο το 3-υδροξυανθρανιλικό οξύ όσο και το κινολινικό οξύ, ενώ τα αστροκύτταρα παράγουν κυρίως το κινουρενικό οξύ. Τα αστροκύτταρα μεταβολίζουν επίσης το κινολινικό οξύ και συνεπώς υπό φυσιολογικές συνθήκες μπορούν να μειώσουν την επίδραση των νευροτοξινών (Perkins MN, 1982). Σε χρόνιες κατάθλιψεις εντούτοις, το ενεργοποιημένο μικρογλοίο παράγει περίσσεια της νευροτοξίνης που δεν μπορεί να μεταβολιστεί επαρκώς από τα αστροκύτταρα. Επιπλέον, το κινολινικό οξύ μπορεί να προκαλέσει απόπτωση των αστροκυττάρων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του μεταβολικού και φυσικού ρυθμιστικού διαλύματος στους νευρώνες που συνήθως παρέχεται από τα αστροκύτταρα και επομένως εκθέτει περαιτέρω τους νευρώνες στις νευροεκφυλιστικές δράσεις του κινολινικού οξέος (Grant RC, 1998).

Τα κλινικά στοιχεία που υποστηρίζουν την υπόθεση ότι ενεργοποιείται η οδός τρυπτοφάνης-κινουρενίνης προέρχονται από δύο σημαντικές μελέτες. Ο Wichers και συνεργάτες (Wichers MC, 2005) έδειξε ότι η συγκέντρωση του κινουρενικού οξέος μειώθηκε σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με IFN για την θεραπεία της ηπατίτιδας ενώ ο Myint και συνεργάτες (Myint A-M, 2007) ανέφεραν αποδείξεις ότι τα συστατικά του neurodegenerative οδού αυξήθηκε στο αίμα των ασθενών με κατάθλιψη πριν αντικαταθλιπτική αγωγή. Αποτελεσματική θεραπεία για 8 εβδομάδες μόνο, αντιστραφεί εν μέρει αυτές τις αλλαγές σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για πρώτη μεγάλη επεισόδιο κατάθλιψης, αλλά δεν είχε καμία επίδραση σε εκείνους τους ασθενείς που είχαν υποστεί διάφορα επεισόδια. Αυτό υποδηλώνει ότι μπορεί να εμφανιστούν πιο μόνιμες αλλαγές στον εγκέφαλο εκείνων με χρόνια κατάθλιψη.

Οι δομικές μεταβολές που παρατηρούνται στον εγκέφαλο ασθενών με χρόνια κατάθλιψη προσφέρουν υποστήριξη στη νευροεκφυλιστική υπόθεση της κατάθλιψης (Sheline YI, 1999). Είναι γνωστό ότι υπάρχει μία συρρίκνωση του ιππόκαμπου σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη (Onsur D, 1998) και μια μείωση στον αριθμό των αστροκυττάρων και νευρωνικής απώλειας στον προμετωπιαίο φλοιό (Rajkowska G, 1999) και στο ραβδωτό σώμα. Τέτοιες αλλαγές θα μπορούσαν να είναι η συνέπεια της χρόνιας χαμηλής ποιότητας φλεγμονής στα οποία οι προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες, το μονοξειδίο του αζώτου, προσταγλανδίνη E2 και άλλων φλεγμονωδών μεσολαβητών παίζουν ρόλους κλειδιά? Οι κυτοκίνες είναι γνωστό ότι

επάγουν τις οδούς κυκλοξέξης κυκλοξυγενάσης και οξειδωσης νιτρικού οξειδίου στον εγκέφαλο και έτσι αυξάνουν την φλεγμονώδη προσβολή (Leonard BE, 2007). Η αναστολή της σύνθεσης νευροτροφίνης στον εγκέφαλο από γλυκοκορτικοειδή (Nibuya M, 1999), και η νευροτοξική δράση του κινολινικού οξέος, προσθέστε επιπλέον προς τον αντίκτυπο των φλεγμονωδών αλλαγών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ

2.1 Κατάθλιψη και Ποιότητα Ζωής σε Χρόνιους Πάσχοντες

Η κατάθλιψη δεν ορίζεται μόνο ως δυσαρεστημένο συναίσθημα, αλλά στην πραγματικότητα είναι μια διαδεδομένη ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενη θλίψη και καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, απώλεια ενέργειας, όρεξη ή ενδιαφέρον για καθημερινές δραστηριότητες, ενοχή, απώλεια αυτοεκτίμησης, προβλήματα με τον ύπνο, την κόπωση και στη χειρότερη περίπτωση, μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονικές προθέσεις (WHO, 2012). Η κοινωνική απομόνωση και η μειωμένη αυτοεκτίμηση αποτελούν μέρος της αρνητικής επίδρασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις ζωές των ασθενών (WHO, 2012).

Το άγχος στην καθημερινή ζωή είναι μια μεταβατική κατάσταση του φόβου ή της νευρικότητας, που συνήθως προκαλείται από γεγονότα που προκαλούν άγχος. Αλλά μερικές φορές, το άγχος μπορεί να είναι περισσότερο σαν ένα χαρακτηριστικό ενός ατόμου. Στην περίπτωση αυτή, πρόκειται για μια χρόνια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συνήθεις συνήθειες συμπεριφοράς (π.χ. περιορισμό των φυσιολογικών κοινωνικών δραστηριοτήτων και αλληλεπιδράσεων), σκέψεις και συναισθήματα. Το άγχος μπορεί επίσης να είναι μέρος των διαταραχών άγχους που μπορεί να προκαλέσουν υπερβολική και επίμονη αίσθηση ανησυχίας, με σωματικά συμπτώματα όπως εφίδρωση, αίσθημα παλμών και συναισθήματα στρες ή διαταραχές του ύπνου.

Η κατάθλιψη και το άγχος, και οι δύο, μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς (QoL), ειδικά όταν εμφανίζονται χρόνιες ασθένειες. Οι χρόνιες πληγές προσδιορίζονται ως απώλεια της ακεραιότητας του δέρματος με 1 ή περισσότερες υποκείμενες δομές και απουσία επούλωσης μέσα σε 8 εβδομάδες (Ruttermann M, 2013). Οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες συχνά αναφέρουν συναισθήματα απώλειας αυτοέλεγχου στην καθημερινή τους ζωή, οι περισσότεροι ασθενείς είναι απαισιόδοξοι σχετικά με το μέλλον τους και την αποκατάσταση της ασθένειάς τους (Herber OR, 2007). Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτά τα συναισθήματα μπορούν να ξεπεράσουν μια κανονική κλίμακα (Palfreyman S, 2008). Για να καταστούν πιο συγκεκριμένα αυτά τα συναισθήματα, είναι χρήσιμο να τα μετρήσετε με ερωτηματολόγια. Για άλλες χρόνιες δερματοπάθειες, για παράδειγμα, η ψωρίαση, είναι ήδη αποδεκτό ότι οι πάσχοντες ασθενείς έχουν σημαντικές βλάβες στην καθημερινή τους ζωή (Kouris A, 2016, Samprogna F, 2012) που μπορούν να μετρηθούν με τη χρήση του ερωτηματολογίου για την ποιότητα της ζωής στο δέρμα (DLQI) (Finlay AY, 1994). Ωστόσο, οι ασθενείς με τραύματα χρειάζονται πιο συγκεκριμένα ερωτηματολόγια και, επιπλέον, είναι απαραίτητο να καταγραφούν πρόσθετα προβλήματα που σχετίζονται με το τραύμα, όπως η έκκριση του τραύματος, η οσμή, ο πόνος ή η κινητικότητα των ασθενών. Η αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ασθενούς μπορεί να οδηγήσει σε πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές στρατηγικές προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενούς.

2.2 Εργαλεία Μέτρησης

Κέντρο Κλινικής Κατάθλιψης για την Κατάθλιψη (CES-D)

Τα 20 στοιχεία της κλίμακας CES-D μετρούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε 9 διαφορετικές ομάδες όπως ορίζεται από το American Diagnostic Association and Statistical Manual. Ο Radloff εφευρέθηκε το CES-D το 1977 και το 2004 αναθεωρήθηκε από τους Eaton et al. (Eaton WW, 2004). Η κλίμακα είναι γνωστή και χρησιμοποιείται πολύ συχνά για την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ψυχιατρικούς ασθενείς (Murphy JM, 2002). Οι συνεντεύξεις της CES-D για τη θλίψη (δυσφορία), απώλεια ενδιαφέροντος (ανηδονία), όρεξη, ύπνος, σκέψη ή συγκέντρωση, ενοχή (άνευ αξίας), κόπωση, κίνηση (διέγερση) και αυτοκτονικός ιδεασμός. Αυτή η κλίμακα είναι πολύ συγκεκριμένη για την ανίχνευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων αλλά είναι περιεκτική. Το CESD-R μπορεί να χρησιμοποιηθεί δωρεάν για ερευνητικούς σκοπούς ή σε κλινική πρακτική.

Κλίμακα άγχους και κατάθλιψης νοσοκομείων (HADS)

Το HADS αναπτύχθηκε από τους Zigmond και Snaith (Zigmond AS, 1983). Πρόκειται για ένα σύντομο (14 στοιχεία) αλλά αποτελεσματικό εργαλείο για τον προσδιορισμό και την ποσοτικοποίηση του άγχους και της κατάθλιψης σε ιατρικούς ασθενείς με 7 στοιχεία για κάθε υποκλίμακα. Εν κατακλείδι, δεν καλύπτονται σοβαρά ψυχοπαθολογικά συμπτώματα και δεν υπάρχουν στοιχεία με πιθανή σχέση με σωματικές ασθένειες, για να αποφευχθεί η σύγχυση με σωματικές ασθένειες. Αυτό το ερωτηματολόγιο περιέχει μόνο λίγα στοιχεία τα οποία μπορεί να είναι χρήσιμα ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς με διαταραχές της μνήμης και της συγκέντρωσης. Η άδεια HADS και η άδεια χρήσης πρέπει να ολοκληρωθεί πριν από τη χρήση της. Υπάρχει επίσης ένα τέλος που απαιτείται για όλους τους εμπορικούς και ακαδημαϊκούς χρήστες.

Ερωτηματολόγιο για την υγεία των ασθενών 9-στοιχείο (PHQ-9)

Αυτή είναι η ειδική υπομονάδα κατάθλιψης του αρχικού ερωτηματολογίου για την υγεία των ασθενών με την ανάκριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της λειτουργικής ανεπάρκειας (Kroenke K, 2001). Η κατάθλιψη εντοπίζεται εάν 5 ή περισσότερα από τα 9 κριτήρια καταθλιπτικού συμπτώματος είναι παρόντα τουλάχιστον «πάνω από το ήμισυ των ημερών» τις τελευταίες 2 εβδομάδες και 1 από τα συμπτώματα είναι καταθλιπτική διάθεση ή ανηδονία.. Η βαθμολογία PHQ-9 μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 27, δεδομένου ότι κάθε ένα από τα 9 στοιχεία μπορεί να σκοράρει από 0 (καθόλου) έως 3 (σχεδόν κάθε μέρα). Αυτό το ερωτηματολόγιο περιέχει μόνο λίγα στοιχεία τα οποία μπορεί να είναι χρήσιμα ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς με διαταραχές της μνήμης και της συγκέντρωσης. Αυτό το εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την οθόνη, τη διάγνωση, τη μέτρηση και την παρακολούθηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης. Το PHQ και οι υποκλίμακες του είναι δωρεάν και διατίθενται για μη εμπορική χρήση. Στις δημοσιεύσεις πρέπει να γίνει αναφορά στην αρχική δημοσίευση.

Γρήγορη απογραφή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας-αυτοαναφοράς (QIDS)

Το 16-τεμάχιο QIDS (Rush AJ, 2003) αναπτύχθηκε για να εκτιμηθεί η σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το QIDS-SR (Greiner W, 2005) είναι η αυτο-βαθμολογημένη

έκδοση και καλύπτει 9 τομείς διαγνωστικών συμπτωμάτων. Το QIDS αξιολογεί όλα τα καθορισμένα συμπτώματα που ορίζονται από το Αμερικανικό Ψυχιατρικό Συλλογικό Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών - τέταρτη έκδοση (DSM-IV) (APA 1994) για τη διάγνωση ενός μεγάλου καταθλιπτικού επεισοδίου. Κανονικά, η βαθμολογία χρησιμοποιείται για τη μέτρηση και την παρακολούθηση της σοβαρότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (κατά τη διάρκεια της νόσου), αλλά το ερωτηματολόγιο μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο διαλογής. Η χρήση του QIDS είναι δωρεάν, αλλά όλες οι δημοσιεύσεις που αφορούν τη χρήση του πρέπει να περιλαμβάνουν βεβαίωση στο Ιατρικό Κέντρο Southwestern του Πανεπιστημίου του Τέξας (UT). Επιπλέον, όλα τα αναπαραγόμενα αντίγραφα πρέπει να περιλαμβάνουν τη συνήθη ειδοποίησή τους περί πνευματικών δικαιωμάτων (© UT Southwestern Medical Center, Dallas, Texas).

Rosenberg κλίμακα αυτοεκτίμησης

Πρόκειται για όργανο αυτοαναφοράς για την αξιολόγηση της παγκόσμιας αυτοεκτίμησης, μετρώντας τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό (Wachholz PA, 2014). Οι ασθενείς πρέπει να απαντήσουν σε 10 ερωτήματα σε κλίμακα 4 σημείων που κυμαίνονται από την έντονη συμφωνία να διαφωνούν έντονα. Η κλίμακα αναπτύχθηκε το 1965 και έχει υψηλή αξιοπιστία. Οι μελέτες έχουν δείξει τόσο την μονοδιάστατη όσο και τη 2-παράγοντα (αυτοπεποίθηση και αυτοκαταστροφή) στην κλίμακα.

2.3 Αντίκτυπος Χρόνιων Πληγών στην Κατάθλιψη και QoL

Συχνότητα κατάθλιψης γενικά και ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς

Μια γερμανική έρευνα αξιολόγησε πρόσφατα τον επιπολασμό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη Γερμανία από το «Ερωτηματολόγιο για την υγεία των ασθενών» (PHQ-9) στο πλαίσιο της Γερμανικής Συνέντευξης Υγείας και Εξέτασης. Συνολικά, ερωτήθηκαν 7.988 ασθενείς ηλικίας μεταξύ 18 και 79 ετών. Ο επιπολασμός των σημερινών καταθλιπτικών συμπτωμάτων (PHQ-9 \geq 10 βαθμοί) ήταν γενικά 8,1% (γυναίκες: 10,2%, άνδρες: 6,1%) με επιπολασμό κατά τη διάρκεια ζωής κατά 11,6% (γυναίκες: 15,4%, άνδρες: 7,8% μεταξύ των ατόμων ηλικίας μεταξύ 60 και 69 ετών (Busch M, 2013). Επί του παρόντος, υπάρχουν λίγα διαθέσιμα δεδομένα για συμπτώματα κατάθλιψης, ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Θεωρείται ως επί το πλείστον ότι ο επιπολασμός μειώνεται στους ηλικιωμένους ασθενείς (Henderson AS, 1993). Αντίθετα, υπάρχουν αξιολογήσεις των στοιχείων των ασφαλιστικών εταιρειών υγείας που δείχνουν αυξανόμενο αριθμό διαγνώσεων «κατάθλιψη» μεταξύ των ασθενών ηλικίας μεταξύ 70 και 90 ετών. Το 2004, η κατάθλιψη διαγνώστηκε από γενικούς ιατρούς σε εξωτερικό ιατρείο στη Γερμανία σε περίπου 24% των γυναικών και περίπου 12% στους άνδρες ηλικίας 80 ετών και άνω.²⁵ Αυτό υποδηλώνει ότι η επικράτηση της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι πολύ υψηλότερη από ό, τι υποτίθεται.

Κατάθλιψη σε ασθενείς με διαφορετική αιτιολογία χρόνιων πληγών

Σε μια διεθνή πολυκεντρική μελέτη σχετικά με την ψυχολογική επιβάρυνση των δερματικών παθήσεων, οι ασθενείς με έλκος των ποδιών έδειξαν τη μεγαλύτερη αναλογία για την κατάθλιψη σε όλες τις άλλες δερματικές παθήσεις (Dalgard FJ, 2015). Σε γενικές γραμμές, σχετικά με πολλές άλλες δημοσιεύσεις σχετικά με αυτό το θέμα. Το 30% όλων των ασθενών με χρόνιους πληθυσμούς πληγών φαίνεται ότι πάσχουν από εμφανή κατάθλιψη ή άγχος, μερικές φορές ακόμη υψηλότερες, εάν καταγραφούν μόνο καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτό είναι 3 φορές μεγαλύτερο από το ποσοστό της κατάθλιψης που διαγνώστηκε σε άτομα χωρίς προβλήματα επούλωσης τραύματος στον κανονικό πληθυσμό (Busch M, 2013, Zhou K, 2016). Οι Zhou και Jia (Zhou K, 2016) περιγράφουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της διάρκειας του τραύματος > 90 ημερών. Η αιτιολογία των τραυμάτων ήταν ανεξάρτητη από την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην έρευνα του Zhou και της Jia (Zhou K, 2016).

Οι Wachholz et al (Wachholz PA, 2014) εξέτασαν τους ασθενείς της Βραζιλίας με χρόνιους έλκους των ποδιών μέσω του DLQI και του QIDS-SR (Greiner W, 2005). Η αιτιολογία της βλάβης, η παρουσία του πόνου που σχετίζεται με το έλκος, ο χρόνος έναρξης (διάρκεια του έλκους) και τα σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονταν έντονα με τη μείωση της QoL. Σε μια μελέτη περίπτωσης-ελέγχου στο νοτιοδυτικό Λονδίνο, η αρνητική επίδραση στην QoL καθώς και ο υψηλότερος ρυθμός κατάθλιψης θα μπορούσαν να επιβεβαιωθούν για μια ομάδα ασθενών με έλκος στα πόδια. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με χρόνιες ελλείψεις των ποδιών έδειξαν έλλειψη κοινωνικού δικτύου και υποστήριξη (Moffatt CJ, 2009).

2.4 Οροθετικοί Ασθενείς με Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό φορτίο για τους HIV-θετικούς ασθενείς και οι ανάγκες ψυχικής υγείας αυτών των ασθενών συχνά δεν ικανοποιούνται. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατάθλιψη μπορεί να υπό-διαγνωσθεί και να υποστεί θεραπεία σε HIV-θετικούς ασθενείς (Asch SM, 2003, Bess KD, 2013). Περίπου οι μισοί από αυτούς τους ασθενείς δεν λαμβάνουν θεραπεία (Cook JA, 2014, Weaver MR, 2008). Μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη που δεν θεραπεύεται σχετίζεται με τη μη συμμόρφωση με την αντιρετροϊκή θεραπεία (ART) (Uthman OA, Zuniga JA, 2016), την κακή κλινική φροντίδα και την ποιότητα ζωής (Leserman J 2008, Schuster R, 2012), την αυξημένη συννοσηρότητα και τη θνησιμότητα (Leserman J 2008, Schuster R, 2012) κινδύνου και μετάδοσης (Bousman CA, Meade CS, 2005). Επειδή οι HIV-θετικοί ασθενείς ζουν όλο και περισσότερο, αυτές οι αρνητικές επιπτώσεις είναι πιθανό να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, καθιστώντας απαραίτητη την αποτελεσματική φροντίδα της ψυχικής υγείας.

Πριν μπορέσουμε να παρέχουμε αποτελεσματική φροντίδα ψυχικής υγείας σε HIV-θετικούς ασθενείς, πρέπει να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς χρησιμοποιούν σήμερα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τα αμερικανικά στοιχεία έδειξαν ότι περίπου το 40% των HIV-θετικών ασθενών συζητούν τις ανησυχίες για την ψυχική υγεία με τους οικογενειακούς τους γιατρούς, το 20-39% ζητούν βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας (π.χ. ψυχίατροι, νοσοκόμοι ψυχικής υγείας, ψυχολόγοι και ψυχοθεραπευτές) το 54% χρησιμοποιεί αντικαταθλιπτικά (Cook JA 2014, Taylor SL, 2004, Weaver MR, 2008, Burnam MA, 2001, Reif S, 2006). Ωστόσο, τα περισσότερα στοιχεία βασίζονται σε παλαιότερα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τις ΗΠΑ, οπότε ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζουν τις τρέχουσες ανάγκες της κοινότητας του HIV (Taylor SL 2004, Burnam MA, 2001, Reif S, 2006). Επιπλέον, τα στοιχεία αυτά επικεντρώθηκαν στην εξέταση της πρόσβασης στην περίθαλψη ψυχικής υγείας σε γενικά θετικούς ασθενείς, αντί να εξετάσουν τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές ή τις αντιλαμβανόμενες ανάγκες, τα κενά πρόσβασης στην ψυχική φροντίδα θα μπορούσαν να υπερεκτιμηθούν (Burnam MA, 2001, Reif S, 2006). Υπάρχουν τρεις μελέτες στις Η.Π.Α. που παρείχαν περισσότερες πληροφορίες για HIV-θετικούς ασθενείς με αντιληπτές ανάγκες στην ψυχική περίθαλψη. Οι ασθενείς που αντιλήφθηκαν την ανάγκη για περίθαλψη είχαν δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να ζητήσουν βοήθεια από τους παρόχους υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Taylor SL, 2004, Weaver MR, 2008) και το 38-46% των HIV-θετικών γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη έλαβαν θεραπείες κατάθλιψης, που πληρούσαν τις

κατευθυντήριες γραμμές βασισμένες σε στοιχεία (Cook JA, 2014). Ωστόσο, οι μελέτες αυτές περιορίζονταν από τα στοιχεία της υπηρεσίας ψυχικής υγείας (Taylor SL, 2004, Weaver MR, 2008), με αποκλειστική εστίαση σε γυναίκες HIV-θετικούς ασθενείς (Cook JA, 2014) ή με αποκλειστική εστίαση σε ασθενείς με σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές (Weaver MR, 2008).

Από γνώση μας, δεν υπάρχουν συγκρίσιμες μελέτες σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από άτομα με θετικό HIV σε διάφορες χώρες. Λόγω των διαφορών μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης των Η.Π.Α. και των υπολοίπων χωρών, τα αποδεικτικά στοιχεία από τις Η.Π.Α. μπορεί να μην είναι άμεσα εφαρμόσιμα για τους υπεύθυνους σχεδιασμού προγραμμάτων, τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους κλινικούς γιατρούς που προσπαθούν να παράσχουν αποτελεσματική φροντίδα ψυχικής υγείας σε ασθενείς με HIV. Το σύστημα ψυχικής υγείας υποβάλλεται σε σειρά μεταρρυθμίσεων. Ωστόσο, οι μεταρρυθμίσεις χρειάζονται χρόνο για να υλοποιηθούν και πρέπει να αντιμετωπιστούν πολλές προκλήσεις, μεταξύ των οποίων: η έλλειψη συντονισμού και ολοκλήρωσης μεταξύ διαφόρων τμημάτων του συστήματος ψυχικής υγείας (Goldner EM, 2011), ανεπαρκείς πόροι και υποστήριξη για οικογενειακούς γιατρούς (Fleury M- J, 2012), μακρύς χρόνος αναμονής για τους ψυχιάτρους (Barua B, 2015), πρόσβαση σε υπηρεσία που είναι δύσκολο να πλοηγηθεί (Brien S, 2015), διαφορές στην παροχή φροντίδας (Brien S, 2015) και ανεπαρκείς πόρους και χρηματοδότηση (Jacobs P, 2008). Το πιο σημαντικό είναι ότι αυτές οι προκλήσεις όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη ψυχικής υγείας θα μπορούσαν να ενισχυθούν σε άτομα που ζουν με τον ιό HIV.

Για την αντιμετώπιση των κενών γνώσης που υπάρχει, τέθηκαν τρεις στόχοι: (1) να καθοριστεί ο δωδεκάμηνος επιπολασμός της υπηρεσίας ψυχικής υγείας και της αντικαταθλιπτικής χρήσης μεταξύ HIV-θετικών ασθενών με τρέχουσα κατάθλιψη. (2) να εξεταστεί το δωδεκάμηνο επιπολασμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τις υπάρχουσες κατευθυντήριες γραμμές (Patten SB, 2009, Rourke SB, 2013) και (3) να χαρακτηριστούν οι επιπτώσεις των προγνωστικών σε επίπεδο επιμέρους (δηλ. των προδιαθεσικών παραγόντων, των παραγόντων ενεργοποίησης και των αναγκών) σε αυτά τα αποτελέσματα επιπολασμού.

Οι αναλύσεις δείχνουν ότι υπάρχουν κενά στην παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας για τους ασθενείς με HIV που πάσχουν από κατάθλιψη. Μόνο το ήμισυ των καταθλιπτικών HIV-

θετικών ασθενών χρησιμοποιούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Από εκείνους που χρησιμοποιούν υπηρεσίες, μόνο το ήμισυ λαμβάνει φροντίδα ψυχικής υγείας για κατάθλιψη σύμφωνα με τις υπάρχουσες οδηγίες. Παρατηρείται μια άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο. Οι ασθενείς που είναι ομοφυλόφιλοι, λεσβίες ή αμφιφυλόφιλοι, είναι μετανάστες, έχουν χαμηλό ακαθάριστο εισόδημα των νοικοκυριών, έχουν μόνο βασική μόρφωση είναι λιγότερο πιθανό να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα.

Εντοπίστηκαν διάφοροι παράγοντες μεταξύ των HIV-θετικών ασθενών με κατάθλιψη που σχετίζονταν με τη μείωση της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πρώτον, οι ασθενείς με κατάθλιψη που αυτοπροσδιορίζονται ως ομοφυλόφιλοι, λεσβίες ή αμφιφυλόφιλοι είχαν 50% λιγότερες πιθανότητες να χρησιμοποιούν πρωτογενείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Παρόλο που προηγούμενες μελέτες των Η.Π.Α. δεν αναγνώρισαν αυτή τη σύνδεση (Cook JA, 2014, Taylor SL, 2004, Weaver MR, 2008), τα δεδομένα είναι συνεπή με τα πρόσφατα ευρήματα που δείχνουν ότι υπάρχει υψηλός αριθμός ανεπιθύμητων αναγκών ψυχικής υγείας μεταξύ ομοφυλόφιλων, λεσβιών, αμφιφυλόφιλων ή διαγονιδίων ατόμων (Simeonov D, 2015). Οι McIntyre, Daley, Rutherford, & Ross (2012) διεξήγαγαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με οκτώ παρόχους υπηρεσιών ψυχικής υγείας με ουσιαστική εμπειρία με τις λεσβίες, ομοφυλόφιλους, αμφιφυλόφιλους ή transgender (LGBT) πληθυσμούς και προσπάθησαν να εξετάσουν τα εμπόδια στο σημερινό σύστημα ψυχικής υγείας σε σχέση με την παροχή φροντίδας σε αυτόν τον πληθυσμό (McIntyre J, 2011). Η έρευνα αποκάλυψε ότι υπήρξε έλλειψη γνώσης σχετικά με θέματα που σχετίζονται με τους (LGBT) μεταξύ των φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, και αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη κατάρτισης γύρω από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τον LGBT πληθυσμό στην ιατρική εκπαίδευση (McIntyre J, 2011). Ως εκ τούτου, υπάρχει ένας ανεπαρκής αριθμός εκπαιδευμένων παρόχων ψυχικής υγείας που μπορούν να αντιμετωπίσουν θέματα μεταξύ του LGBT πληθυσμού, με αποτέλεσμα μακρούς χρόνους αναμονής για υπηρεσίες ψυχικής υγείας για αυτόν τον πληθυσμό (McIntyre J, 2011). Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση που περιελάμβανε 14 μελέτες (8 ποσοτικές και 6 ποιοτικές) έδειξε ότι πολλά άτομα LGBT αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στην περίθαλψη λόγω δυσκολιών επικοινωνίας με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, δυσκολίες που αποκαλύπτουν τον σεξουαλικό προσανατολισμό τους στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, που είναι θεσμοθετημένη με ομοφοβία (Alencar Albuquerque G, 2016). Επιπλέον, τα άτομα αυτά είναι πιο πιθανό να διακόψουν τη φροντίδα ψυχικής υγείας λόγω αρνητικών εμπειριών (Simeonov D, 2015).

Δεύτερον, παρατηρείται ότι οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα έχουν λιγότερες πιθανότητες να χρησιμοποιούν πρωτογενείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ότι οι ασθενείς με βασική εκπαίδευση είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν δευτερογενείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η άνιση πρόσβαση σε δημόσιες χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από ιατρούς έχει αναφερθεί σε άτομα με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση σε διάφορες μελέτες (Durbin A, 2011, Steele LS, 2006). Μια πρόσφατη ποιοτική μελέτη αποκάλυψε ότι οι ασθενείς με προβλήματα ψυχικής υγείας ή τοξικομανίας και οι παροχείς υπηρεσιών εξέφρασαν αμφότερες ανησυχίες σχετικά με τον αντίκτυπο της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας (Ross LE, 2015). Οι ασθενείς που ζουν σε συνθήκες φτώχειας ενδέχεται να μην έχουν χρήματα για να καλύψουν τα έξοδα μεταφοράς κατά την επίσκεψη σε γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Ross LE, 2015) και ενδέχεται να έχουν ανησυχίες σχετικά με τη στέγαση και τη διαθεσιμότητα τροφίμων, γεγονός που εμποδίζει την ικανότητά τους να αναζητούν ψυχική φροντίδα (Ross LE, 2015). Επιπροσθέτως, είναι πιθανό ότι αυτοί οι ασθενείς αισθάνονται ότι είναι «ανεπιθύμητοι» ασθενείς λόγω των πολύπλοκων αναγκών τους, των ασταθών καταστάσεων στέγασης, των σωματικών αναπηριών ή των ποινικών μητρώων. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να πέσουν μέσα από τις ρωγμές του συστήματος ψυχικής υγείας και να συναντήσουν παρόμοια εμπόδια με εκείνους με τις ψυχικές διαταραχές ή τα προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Είναι επίσης πιθανό ότι αυτά τα ευάλωτα άτομα ενδέχεται να έχουν πρόβλημα με την πλοήγηση μέσω της φροντίδας ψυχικής υγείας, ακόμη και όταν η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται και διατίθεται (Durbin A, 2011, Steele LS, 2006). Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιούν αντικαταθλιπτικά, πιθανώς επειδή η ODSF καλύπτει τη χρήση αντικαταθλιπτικών για καταστάσεις που δεν σχετίζονται με την κατάθλιψη. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματά των μελετών υπογραμμίζουν την ανάγκη για παροχή ολοκληρωμένης περίθαλψης, ιδιαίτερα για HIV-θετικούς ασθενείς με πολλαπλές σωματικές και ψυχικές νοσηρότητες και για όσους αγωνίζονται με χαμηλά εισοδήματα. Όχι μόνο θα μπορούσε ένα ολοκληρωμένο σύστημα να παρέχει μία μέριμνα και υποστήριξη για αυτούς τους ασθενείς, αλλά θα μπορούσε να βοηθήσει τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης επιτρέποντάς τους να αποκτήσουν την απαραίτητη ομαδική υποστήριξη όταν ασχολούνται με σύνθετα ζητήματα.

Τρίτον, σε αντίθεση με τις μελέτες των Η.Π.Α. (Taylor SL, 2004, Weaver MR, 2008), οι εθνοτικές μειονότητες ήταν εξίσου πιθανό να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες της ψυχικής

υγείας. Στις χώρες υψηλού εισοδήματος, οι μετανάστες είναι καλά τεκμηριωμένοι για να χρησιμοποιούν λιγότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, πιθανώς λόγω γλωσσικών εμποδίων και πολιτισμικών διαφορών (Tyndall MW, 2006, Giacco D, 2014). Η φροντίδα της ψυχικής υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την άμεση προφορική επικοινωνία μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών. Επιπλέον, τα πολιτιστικά εμπόδια μπορούν να αναγκάσουν τους ασθενείς και τους παροχείς να αντιμετωπίσουν διαφορετικά την ψυχική ασθένεια και τη θεραπεία (Bhui K., 2012, Saha S, 2011). Στον Καναδά, μια πρόσφατη ανασκόπηση της οριοθέτησης χαρακτήρισε αρκετούς σημαντικούς γλωσσικούς φραγμούς μεταξύ καναδικών μεταναστών που τους εμπόδισαν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Thomson MS, 2015). Οι ερευνητές έδειξαν ότι οι ανεπαρκείς γλωσσικές δεξιότητες στα αγγλικά ή στα γαλλικά μείωσαν την πιθανότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας από διάφορες εθνικές ομάδες (Thomson MS, 2015). Οι ερευνητές διαπίστωσαν επίσης ότι τα γλωσσικά εμπόδια μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ασθενών αποτελούσαν προκλήσεις για πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας μεταξύ μεταναστών ή εθνικών μειονοτήτων (Thomson MS, 2015).

Τα αποτελέσματά των μελετών δείχνουν ότι το 50% των καταθλιπτικών HIV-θετικών ασθενών δεν λαμβάνουν φροντίδα από τους γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας ή τους ψυχιάτρους. Περίπου το 51% των ασθενών που ζήτησαν βοήθεια δεν έλαβαν ψυχική φροντίδα για την κατάθλιψη σύμφωνα με τις υπάρχουσες οδηγίες. Τα αποτελέσματά έδειξαν αξιοσημείωτη την άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που χρηματοδοτούνται από δημόσιους πόρους για ασθενείς που αυτοπροσδιορίζονται ως ομοφυλόφιλοι, λεσβίες ή αμφιφυλόφιλοι, είχαν χαμηλό εισόδημα ή μόνο βασική εκπαίδευση ή ήταν μετανάστες.

Απαιτούνται αποτελεσματικές πολιτικές, υπηρεσίες και προγράμματα για την ψυχική υγεία για την αντιμετώπιση αυτών των ανισοτήτων, ιδίως επειδή οι ασθενείς με θετικό HIV έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και μπορεί να βιώσουν τις αρνητικές επιπτώσεις της κατάθλιψης που δεν έχει υποβληθεί σε θεραπεία. Η στρατηγική του ΟΗΕ για το HIV, που προτάθηκε, υπογραμμίζει τη σημασία της ολοκληρωμένης περίθαλψης για τους ασθενείς που πάσχουν από HIV, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας ψυχικής υγείας και της συντροφικής θεραπείας κατάστασης. Είναι σαφές ότι χρειάζονται αποτελεσματικές πολιτικές για να καλυφθούν τα κενά μεταξύ των αναγκών της ψυχικής υγείας και της χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών. Οι αποτελεσματικές πολιτικές θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν την ανάπτυξη πολιτιστικών συνιστωσών για την καλύτερη μεταχείριση των μεταναστών, τη δημιουργία

προσβάσιμων υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της διανοητικής υγείας των τρανσέξουαλ και των τρανσεξουαλικών ατόμων και τη διερεύνηση στρατηγικών για την υπέρβαση των φραγμών στην πρόσβαση στις υπηρεσίες όπως υπηρεσίες διερμηνείας, και εκπαίδευση σχετικά με τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και τις υπηρεσίες πλοήγησης του συστήματος για τους ασθενείς με χαμηλό εισόδημα και την εκπαίδευση. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να χρησιμοποιεί κριτήρια DSM-IV για τον προσδιορισμό της μείζονος κατάθλιψης για να επαληθεύσει τα ευρήματά μας και να εντοπίσει αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Επιπλέον, υπάρχει έλλειψη ποιοτικών στοιχείων που τεκμηριώνουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα που ζουν με τον ιό HIV και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για την υποδοχή και την παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εξετάσει τη διεξαγωγή ποιοτικών μελετών, ιδιαίτερα για τους ευάλωτους πληθυσμούς (όπως άτομα LGBT, ασθενείς με πολύπλοκες ανάγκες και εθνικές μειονότητες), να κατανοήσουν τις προκλήσεις και τους αγώνες τους όσον αφορά την πρόσβαση σε επίσημες και ανεπίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα και η σχέση κόστους ή αποτελεσματικότητας αποτελούν σημαντικά στοιχεία λήψης αποφάσεων για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας για άτομα που ζουν με HIV σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης περιορισμένης πρόσβασης. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εξετάσει τη διεξαγωγή τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών για την εξέταση του κόστους και του αποτελέσματος καινοτόμων παρεμβάσεων (π.χ. αυτοδιοίκησης με τεχνολογία) για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε αυτούς τους ασθενείς και τις υποομάδες των ευάλωτων πληθυσμών. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει επίσης να εξετάσει τη συλλογή δεδομένων για επίσημες υπηρεσίες από άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (π.χ. ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και ψυχοθεραπευτές) και για άτυπη χρήση υπηρεσιών. Με αυτές τις περιεκτικές πηγές δεδομένων, μπορούμε στη συνέχεια να κατανοήσουμε καλύτερα την προσφορά και τη ζήτηση διαφόρων τύπων υπηρεσιών ψυχικής υγείας για άτομα που ζουν με HIV και κατάθλιψη.

2.5 Τρόποι Αντιμετώπισης Οροθετικών Ασθενών με Κατάθλιψη

Ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) μεταδίδεται μέσω σεξουαλικής επαφής (απροστάτευτο πρωκτικό ή κολπικό) και μόλυνσης αίματος, καθώς και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και του θηλασμού από τη μητέρα. Ο ιός μολύνει τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, εξασθενίζοντας έτσι, ως αποτέλεσμα του οποίου το άτομο γίνεται πιο ευαίσθητο σε διάφορες λοιμώξεις. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO)

δηλώνει ότι η μόλυνση μπορεί να προχωρήσει σε τελικό στάδιο σε 10-15 χρόνια (τα αντιρετροϊκά φάρμακα μπορούν να επιβραδύνουν τη διαδικασία ακόμη περισσότερο), γνωστό ως σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS). Η διάγνωση της λοίμωξης από HIV σε άτομα ≥ 18 μηνών ορίζεται από την ΠΟΥ ως εξής:

Θετική δοκιμή αντισωμάτων HIV, η οποία επιβεβαιώνεται από μια δεύτερη δοκιμασία αντισωμάτων HIV που βασίζεται σε διαφορετικά αντιγόνα ή διαφορετικά λειτουργικά χαρακτηριστικά. ή θετική ιολογική δοκιμασία για τον ιό HIV ή τα συστατικά του που επιβεβαιώνεται με δεύτερη ιολογική δοκιμή που λαμβάνεται από χωριστό προσδιορισμό (World Health Organization, 2007, WHO, 2016).

Μόλις επιβεβαιωθεί η θετική κατά του HIV κατάσταση ενός ατόμου, πρέπει να λάβει κάποιες αποφάσεις που αλλάζουν τη ζωή του. Πρώτον, πρέπει να λάβουν τη σημαντική απόφαση για το αν θα ενημερώσουν το περιβάλλον τους για το θετικό για τον ιό HIV καθεστώς τους. Δεύτερον, πρέπει να αποφασίσουν να υποβληθούν σε θεραπεία και να το συνεχίσουν τακτικά. Τέλος, πρέπει να αποφασίσουν για τις μελλοντικές σεξουαλικές σχέσεις και αν πρέπει να έχουν παιδιά. Ως αποτέλεσμα της απόφασής τους, μπορεί να απομονωθούν με μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, να αρνηθούν τη θεραπεία ή ακόμα και να αναπτύξουν ψυχιατρικές ασθένειες όπως άγχος και κατάθλιψη (Bravo P, 2010).

Η συνηθέστερη νευροψυχιατρική διαταραχή σε άτομα που ζουν με HIV / AIDS (PLWHA) είναι η κατάθλιψη (Bing EG, 2001). Ομοίως, ο επιπολασμός μιας διαταραχής άγχους στο PLWHA είναι πιο συχνός από ό, τι στο γενικό πληθυσμό (Robertson K, 2014). Η κατάθλιψη και το άγχος συνδέονται με την αύξηση της νοσηρότητας και (ART), την ποιότητα ζωής (QoL) και την QoL (Andrinopoulos K, 2011) που σχετίζονται με την υγεία. Η βελτίωση της συνολικής λειτουργίας του PLWHA και η προσκόλληση στην ART μπορεί να ακολουθήσει αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης και του άγχους (Psaros C, 2013, Sin NL, 2014).

Υπάρχει πολύπλοκη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της μόλυνσης από τον ιό HIV. Η κατάθλιψη είναι ταυτόχρονα παράγοντας κινδύνου και συνέπεια της μόλυνσης από τον ιό HIV (World Health Organization, 2007, Simoni JM, 2011). Στα άτομα που πάσχουν από AIDS, οι παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη περιλαμβάνουν συννοσηρότητα, αντιμετώπιση των προοπτικών ασθένειας και θανάτου, τις νευροβιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με επίμονες λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), το κοινωνικό

στίγμα, τη σεξουαλική δυσλειτουργία και τις παρενέργειες του ART (Schuster R, 2012, Phillips KD, 2004). Η κατάθλιψη μπορεί εύκολα να παραμείνει μη αναγνωρισμένη και χωρίς θεραπεία στο PLWHA (Dubé B, 2015). Μία μετα-αναλυτική μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ανάπτυξη της κατάθλιψης στο PLWHA δεν συσχετίστηκε με τον σεξουαλικό προσανατολισμό των ασθενών ή το στάδιο της νόσου της λοίμωξης από τον ιό HIV (Ciesla JA, 2001).

Διάφοροι παράγοντες έχουν εντοπιστεί σε μελέτες που μπορούν να ομαδοποιηθούν ως ψυχοκοινωνικοί και βιολογικοί παράγοντες που προκαλούν κατάθλιψη και άγχος σε ασθενείς με HIV. Αμέσως μετά τη διάγνωση του HIV, οι ασθενείς παρουσιάζουν αύξηση της ψυχολογικής δυσφορίας. Προβλήματα προσαρμογής αναμένονταν μεταξύ νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με HIV (Lyketsos CG, 1994). Ωστόσο, το 71% των ασθενών σε ένα δείγμα μελέτης καταλήφθηκε για μεγαλύτερες περιόδους από το κριτήριο για διαταραχή προσαρμογής (Savetsky JB 2001). Η επίπτωση της κατάθλιψης επίσης αυξάνεται με την εξέλιξη της νόσου HIV (Hinkin CH, 2001, de Ronchi D, 2000).

Έχει προταθεί ότι τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης στο PLWHA συμβαίνουν λόγω των βιολογικών μηχανισμών (Maes M, 2011). Μια πρόσφατη ανασκόπηση (Del Guerra FB, 2013) περιγράφει πώς ο ιός HIV μπορεί να προδιαθέσει τα μολυσμένα άτομα στην κατάθλιψη από διάφορους αλληλένδετους μηχανισμούς. Αυτοί περιλαμβάνουν επαγωγή χρόνιας ανύψωσης κυτοκινών μέσω ενεργοποίησης μικρογλοίας και αστροκυττάρων. μείωση της μονοαμινεργικής λειτουργίας. προκαλώντας νευροτοξικότητα, ειδικά σε ντοπαμινεργικούς νευρώνες. και τη μείωση του νευροτροφικού παράγοντα που προέρχεται από τον εγκέφαλο. Αυτές οι ιογενείς οδοί αλληλοεπιδρούν με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες για να δημιουργήσουν την καταθλιπτική κατάσταση (Del Guerra FB, 2013). Αυτοί οι μηχανισμοί, που μπορεί να προκληθούν άμεσα από τον ιό ή από το ψυχολογικό άγχος που σχετίζεται με τις αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της διάγνωσης του HIV, μπορεί επίσης να προκαλέσουν την ενεργοποίηση υποθαλαμικής-υπόφυσης- τον άξονα και το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, που ενεργοποιούν την κυτταρική μεσολαβούμενη ανοσία τόσο στην περιφέρεια όσο και στο ΚΝΣ (Leonard BE, 2010, Krishnadas R, 2012). Το άγχος και η κατάθλιψη μπορεί επίσης να συσχετιστούν με συστηματική άνοση της ρύθμισης του ανοσοποιητικού συστήματος (McGuire JL, 2015).

Η μόλυνση από τον ιό HIV και η εξέλιξη της νόσου άλλαξαν σημαντικά από την αρχή της υψηλής δραστηριότητας ART και του συνδυασμού ART (cART). Ένα καλό αποτέλεσμα εξαρτάται από την προσκόλληση του ασθενούς στο φαρμακευτικό σκεύασμα. Η ύπαρξη της κατάθλιψης συνδέεται με τη μη προσκόλληση του φαρμάκου, με αποτέλεσμα την κακή έκβαση της νόσου HIV (Ammassari A, 2004, Waldrop-Valverde D, 2005). Έχει προταθεί ότι η κατάθλιψη κατά την έναρξη δεν επηρεάζει την προσκόλληση της θεραπείας, καθώς επηρεάζεται από την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Kacanek D, 2010). Αυτό δείχνει ότι η προσκόλληση της θεραπείας οφείλεται στην οξεία κατάθλιψη, η οποία εμφανίζεται ως αντιδραστικό φαινόμενο και όχι σε προ υπάρχον ή παρελθόν ιστορικό ή σε προδιάθεση για κατάθλιψη.

Μετά την αναγνώριση, τη μέτρηση και την κατανόηση της κατάθλιψης και του άγχους που σχετίζονται με τον ιό HIV, η θεραπεία αυτών των συννοσημικών διαταραχών είναι η επόμενη εστίαση. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η υποσυνδεματική παρουσίαση συνδέεται με την κακή αυτό-φροντίδα και τα δυσμενή αποτελέσματα στην υγεία στα άτομα με PLWHA. Ως εκ τούτου, είναι επίσης απαραίτητο να αντιμετωπιστούν οι υποσυνδεματικές διαταραχές (Paterson DL, 2000). Η κατάλληλη και η επαρκής αντιμετώπιση της συνυπάρχουσας κατάθλιψης και ανησυχίας στο PLWHA δεν θα οδηγήσει μόνο στη συμπτωματική βελτίωση μιας ψυχιατρικής διαταραχής αλλά θα βελτιώσει επίσης την προσκόλληση ART και την QoL (Repetto MJ, 2008, Gallego L, 2012). Επιπλέον, η αντιρετροϊκή προσκόλληση μπορεί να μειώσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Kang E, 2015).

Φαρμακολογική παρέμβαση

Αγχολυτικά, υπνωτικά, αντικαταθλιπτικά, ψυχοδιεγερτικά και ορμόνες έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της κατάθλιψης και του άγχους στο PLWHA.

Αγχολυτικά και υπνωτικά

Οι βενζοδιαζεπίνες (BZD) συχνά συνταγογραφούνται για το άγχος στο PLWHA (Vitello B, 2009), παρά την έλλειψη μελετών για την εκτίμηση των επιπτώσεών τους κατά του άγχους στο PLWHA (Repetto MJ, 2008). Σε άτομα που διατρέχουν κίνδυνο συνήθους τοξικότητας, ανοχής και κατάχρησης, τα BZDs υποδεικνύονται για σύντομες χρονικές περιόδους. Επίσης,

το PLWHA είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στις ανεπιθύμητες ενέργειες των BZDs, όπως η αμνησία και οι παράδοξες αντιδράσεις (Gallego L, 2012). Και η κλοναζεπάμη και η λοραζεπάμη στερούνται ενεργούς μεταβολίτες και είναι ασφαλείς όσον αφορά τις αλληλεπιδράσεις του φαρμάκου. Αυτά τα φάρμακα είναι πιθανώς τα BZDs επιλογής για τους ασθενείς με HIV που λαμβάνουν αντιρετροϊκά (ARVs) (Freudenreich O, 2010). Αντίθετα με τα BZD, η βουσπιρόνη δεν παρουσιάζει δυνατότητα εξάρτησης και ανοχής, και η σεξουαλική δυσλειτουργία και η αύξηση βάρους είναι σπάνια. Ωστόσο, μεταβολίζεται από το CYP3A4 και είναι καλύτερα να αποφεύγεται σε άτομα που λαμβάνουν αναστολείς πρωτεάσης σε PLWHA (Gallego L, 2012, Batki S, 1990). Δεν υπάρχουν μελέτες αποτελεσματικότητας της βουσπιρόνης για το PLWHA. Οι θεραπείες της βενζοδιαζεπίνης (eszopiclone, zopiclone, zolpidem και zaleplon) έχουν χαμηλή πιθανότητα εξάρτησης και αποφεύγουν την καθημερινή καταστολή που μπορεί να εμφανιστεί με BZDs, αλλά επίσης μεταβολίζονται από το CYP3A4 και θα πρέπει να αποφεύγονται στα άτομα που λαμβάνουν PLWHA αναστολείς πρωτεάσης (Omonuwa T, 2009, Greenblatt D, 2000).

Αντικαταθλιπτικά

Επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης

Αν και είναι ελαφρώς λιγότερο αποτελεσματικές από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), οι επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) είναι καλύτερα ανεκτοί και επομένως είναι πιο κατάλληλοι για μακροχρόνια θεραπεία (Anderson I, 2000). Σημαντική μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης αποδείχτηκε από άλλες SSRIs, αλλά η συγκριτική αποτελεσματικότητα των διαφόρων SSRIs δεν είχε ακόμη εξακριβωθεί (Gallego L, 2012, Currier M, 2004). Οι περισσότεροι SSRI μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ενήλικες HIV-θετικούς (Grassi B, 1997, Fernando S, 1999). Οι πιο κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν το άγχος, την ανάδευση, την απώλεια βάρους και τη σεξουαλική δυσλειτουργία (Gallego L, 2012). Ωστόσο, όλα τα SSRIs μεταβολίζονται από τα ισoenζυμα του CYP4 (Sun W, 2014), έτσι ώστε τα ARVs να επηρεάσουν τα επίπεδα στο πλάσμα τους. Για να αποφευχθούν οι αλληλεπιδράσεις με ARVs, οι καλύτερες επιλογές είναι η σερτραλίνη, η σιταλοπράμη και η εσιταλοπράμη (Caballero J, 2005, Currier M, 2004). Ωστόσο, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου σεροτονίνης αυξάνεται όταν χορηγηθούν SSRI στα PLWHA που βρίσκονται σε ART (DeSilva KE, 2001). Η κατάθλιψη PLWHA που συμμορφώνεται με SSRI δεν δείχνει μόνο μείωση των συμπτωμάτων της

κατάθλιψης, αλλά και καλύτερη συμμόρφωση με εξαιρετικά δραστική την ART και βελτιωμένες τις εργαστηριακές παραμέτρους (Horberg MA, 2008).

Σύγκριση TCAs και SSRIs

Η θεραπεία τόσο με παροξετίνη όσο και με ιμιπραμίνη οδήγησε σε σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της κατάθλιψης σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (Elliott AJ, 1998). Σε διπλή-τυφλή σύγκριση στη θεραπεία των γυναικών με κατάθλιψη με προχωρημένη νόσο HIV, το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 63% και 50% αντίστοιχα για τη φλουοξετίνη και desipramine (Schwartz JAJ, 1999). Ωστόσο, η θεραπεία με TCAs συνδέεται με σημαντικά περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες (Elliott AJ, 1998). Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η ξηροστομία αποτελεί συχνό σύμπτωμα μεταξύ των PLWHA, θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν (Younai FS, 2001) TCAs σε αυτόν τον πληθυσμό με προσοχή.

Ειδικά θέματα με νεότερα αντικαταθλιπτικά

Η νεφαζοδόνη είναι χρήσιμη στη θεραπεία της κατάθλιψης στο PLWHA (Elliott AJ, 1999). Ωστόσο, η ηπατίτιδα που προκαλείται από τη νεφαζοδόνη είναι γνωστή οντότητα και επομένως πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή στο PLWHA λόγω της συχνής εμφάνισης της ιογενούς ηπατίτιδας. Η μιρταζαπίνη είναι επίσης ένα αποτελεσματικό αντικαταθλιπτικό με το πρόσθετο πλεονέκτημα της μείωσης της ναυτίας και της αύξησης του βάρους και μπορεί να είναι χρήσιμο για την αποδυνάμωση του HIV (Elliott AJ, 2000). Η βενλαφαξίνη έχει ελάχιστη αλληλεπίδραση με τα ένζυμα του CYP4 (Sun W, 2014), μειώνοντας τις πιθανότητες αλληλεπίδρασης με τα αντιρετροϊκά φάρμακα. Ωστόσο, όταν χρησιμοποιείται ταυτόχρονα με τη ριτοναβίρη, η δόση του πρέπει να μειωθεί (Ereshefsky L, 2000). Ο μεταβολισμός της βουπροπιόνης επηρεάζεται από την ριτοναβίρη, τη εφαιβιρένζη και τη νελφίναβιρη (Currier M, 2003, Hesse LM, 2001). Μία μικρή μελέτη ανέφερε καλή ανοχή της ρεβοξετίνης σε ασθενείς με HIV (Carvalho A, 2003).

Ψυχοδιεγερτικά

Σε μια μελέτη παρατήρησης, τα συμπτωμένα PLWHA ταξινομήθηκαν τυχαία σε δύο ομάδες και υποβλήθηκαν σε αγωγή είτε με δεσιπραμίνη είτε με μεθυλφαινιδάτη. Η ανταπόκριση της θεραπείας παρατηρήθηκε στο 40% και στο 43% των ασθενών, αντίστοιχα (Fernandez F,

1995). Μια παρόμοια μελέτη ανέφερε ότι το 73% των ατόμων που έλαβαν δεξτροαμφεταμίνη ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία (Wagner GJ, 2000). Μια ειδική ένδειξη για ψυχοδιεγερτικά είναι η παραμέληση της αυτο-περίθαλψης και της διατροφής σε ασθενείς με προχωρημένο HIV (Fernandez F, 1995, Wagner GJ,2000).

Ορμονικές θεραπείες

Η τεστοστερόνη μειώνεται στη λοίμωξη από τον ιό HIV, και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ανορεξία, ανεργία, κατάθλιψη και σεξουαλική δυσλειτουργία. Βάσει αυτής της υπόθεσης, οι ορμονικές θεραπείες υποστηρίχθηκαν για να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη στο PLWHA με κάποια επιτυχία (Rabkin JG, 2000). Ωστόσο, αυτός ο τύπος θεραπείας είναι πιθανόν να είναι χρήσιμος σε PLWHA με μειωμένο επίπεδο τεστοστερόνης.

Μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις

Διάφορες τεχνικές και παρεμβάσεις που χρησιμοποιήθηκαν σε καταθλιπτικό πληθυσμό μελετήθηκαν σε άτομα με οξεία αρθρίτιδα. Οι κύριες παρεμβάσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (CBT), η διαπροσωπική θεραπεία (IPT), η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία ομαδικής συμπεριφοράς προσανατολισμένη στη γνωστική συμπεριφορά, η ψυχοθεραπεία βιωματικής συμπεριφοράς, η διαχείριση του άγχους γνωστικής συμπεριφοράς (CBSM), οι επεμβάσεις διαχείρισης άγχους, βασισμένη στη συνείδηση θεραπεία, και αερόβια άσκηση και άσκηση αντίστασης.

Γνωστική θεραπεία συμπεριφοράς

Υπάρχουν σημαντικές αποδείξεις με τη μορφή τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών, μετα-ανάλυσης και συστηματικής ανάλυσης που πιστοποιούν την αποτελεσματικότητα της CBT στη θεραπεία του άγχους και των καταθλιπτικών διαταραχών στο PLWHA (Lee MR, 1999, Spies G, 2013). Μια μελέτη από τους Lee et al (Lee MR, 1999) αξιολόγησε τη σκοπιμότητα και την αποτελεσματικότητα της ομάδας CBT σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή σε 13 ασθενείς με HIV και κατάθλιψη. Οι συγγραφείς βρήκαν μια συνολική θετική ανταπόκριση όσον αφορά τη βελτίωση της κατάθλιψης και η γνωστική αναδιάρθρωση ήταν η πιο χρήσιμη ψυχοθεραπευτική διαδικασία της CBT. Σε μια μετα-ανάλυση 15 ελεγχόμενων δοκιμών, βρέθηκαν σημαντικά αποτελέσματα για τη βελτίωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης ($d =$

0,33), του άγχους ($d = 0,30$), του θυμού ($d = 1,00$) και της πίεσης ($d =$ μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση που περιλάμβανε 2.173 συμμετέχοντες από 20 μελέτες πρότεινε ότι η επεμβατική συμπεριφορά μπορεί να είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της κατάθλιψης και του άγχους σε άτομα που ζουν με HIV / AIDS. Τα μεγέθη των αποτελεσμάτων κυμαίνονταν από 0,02 έως 1,02 για την κατάθλιψη και 0,04 έως 0,70 για την ανησυχία (Spies G, 2013).

Διαπροσωπική θεραπεία

Μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή ανέφερε ότι το IPT οδήγησε σε σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης Hamilton (HAM-D) και στην απογραφή Depression Depression (BDI) σε σύγκριση με την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (Markowitz JC, 1995). Μια άλλη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή περιλάμβανε τυχαία ανάθεση 101 PLWHA με κλινική κατάθλιψη και βαθμολογία ≥ 15 στο HAM-D σε διάφορες θεραπευτικές μεθόδους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σημαντικά μεγαλύτερη μείωση των βαθμολογιών HAM-D που παρατηρήθηκε μετά από IPT και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία συν την ιμιπραμίνη σε σύγκριση με την CBT και την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία χωρίς ιμιπραμίνη (Markowitz JC, 1998).

Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία βασιζόταν κυρίως στις δεξιότητες διδασκαλίας. Μια συγκριτική μελέτη της CBT και της υποστηρικτικής θεραπείας ανέφερε κλινικά σημαντικές αλλαγές στην κατάθλιψη και στις δύο ομάδες, οι οποίες διατηρήθηκαν κατά την παρακολούθηση μετά από 3 μήνες. Ένα σημαντικό εύρημα ήταν ότι η εμφάνιση μη προστατευμένης πρωκτικής συνουσίας μειώθηκε μετά από υποστηρικτική θεραπεία (Markowitz JC, 1995).

Ομαδική ψυχοθεραπεία ομαδικής και νοητικής συμπεριφοράς

Δύο μικρές μελέτες διαπίστωσαν ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία με γνώμονα τη συμπεριφορά είναι αποτελεσματική για τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και τη μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας στο PLWHA (Rousaud A, 2007, Mulder CL, 1994).

Βιωματική ψυχοθεραπεία ομάδας

Μια τυχαιοποιημένη μελέτη που συνέκρινε τις επιδράσεις της ψυχοθεραπείας της βιωματικής ομάδας και της ψυχοθεραπείας της ομάδας γνωστικής συμπεριφοράς σε ασυμπτωματικό ομοφυλόφιλο PLWHA κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, ενώ και οι δύο θεραπείες μείωσαν την ψυχολογική δυσχέρεια, δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο θεραπειών (Mulder CL, 1994).

Γνωστική-συμπεριφορική διαχείριση στρες

Μερικές μελέτες έχουν αναφέρει σημαντικές μειώσεις στην κατάθλιψη, (Lutgendorf SK, 1997, Olatunji BO, 2006) βελτιωμένο ανοσολογικό έλεγχο του λανθάνοντος ιού HSV-2, (Antoni MH, 2000) και μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης στα ούρα μετά από CBSM (Antoni MH, 2000, Olatunji BO, 2006). Η μείωση της κατάθλιψης σχετίζεται άμεσα με τη μείωση των επιπέδων της κορτιζόλης στα ούρα (Antoni MH, 2000, Olatunji BO, 2006). Στο CBSM η εκπαίδευση των ατόμων που λαμβάνουν CART μειώνει το άγχος και την κατάθλιψη (Berger S, 2008, Brown JL, 2008) και βελτιώνει την παγκόσμια ψυχολογική λειτουργία και QoL (Berger S, 2008, Brown JL, 2008) αλλά δεν βελτιώνει τους υποκατάστατες δείκτες του HIV-1 και την αυτοαναφερόμενη προσκόλληση στη θεραπεία (Berger S, 2008).

Παρεμβάσεις διαχείρισης άγχους

Μια μετα-ανάλυση αποκάλυψε ότι στη διαχείριση του στρες στο PLWHA οδήγησε σε σημαντικές βελτιώσεις στο άγχος, την κατάθλιψη, την καταπόνηση, την κόπωση και την QoL, αλλά δεν είχε καμία επίδραση στην ανοσολογική λειτουργία (CD4 + μετρήσεις και ιικό φορτίο) ή στις ορμονικές λειτουργίες. Μια πρόσφατη μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, ενώ η διαχείριση του στρες των ομάδων και η ομάδα CBT ήταν αποτελεσματικές στο PLWHA, ο πρώτος ήταν πιο αποτελεσματικός από τον τελευταίο για να μειώσει την κατάθλιψη και το άγχος (Hemmati Sabet A, 2013).

Γνωστική θεραπεία αποκατάστασης

Εκτός από το άγχος και την κατάθλιψη, το PLWHA συνεχίζει να έχει γνωστικές διαταραχές παρά την λήψη του cART. Αυτές οι γνωστικές και συναισθηματικές βλάβες επηρεάζουν

δυσμενώς τις επιδόσεις στην εργασία και την οδήγηση, συμβάλλουν στην κακή συναισθηματική επεξεργασία, μειώνουν το QoL και αυξάνουν το βάρος του ασθενή. Η ταχύτητα επεξεργασίας, είναι ένας τύπος θεραπείας, που μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση των γνωστικών επιδόσεων σε μέτρα οπτικής προσοχής, ταχύτητας επεξεργασίας και επιδόσεων με χρονομετρημένη εργασία. Μερικές μελέτες υποδεικνύουν επίσης ότι η εκπαίδευση ταχύτητας επεξεργασίας θα μπορούσε επίσης να βελτιώσει τις λειτουργίες διάθεσης (κατάθλιψη και άγχος). Τα οφέλη από τη βελτίωση σε αυτά τα γνωστικά και συναισθηματικά συστήματα είναι μια μείωση ή επιβράδυνση της γνωσιακής παρακμής μαζί με την πιθανότητα προστασίας από κλινικά σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα. Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση των πλεονεκτημάτων αυτού του τύπου εκπαίδευσης ως συμπληρωματική συμπεριφορά για τον φαρμακολογικά επιβαρυνθέντα πληθυσμό του ιού HIV (Vance DE, 2014).

Θεραπεία βασισμένη στην ευαισθησία

Η θεραπεία βασισμένη στην ευαισθησία βελτιώνει την ευεξία και την ποιότητα ζωής του PLWHA. Επιπλέον, συμβάλλει στην ενίσχυση της ανοσίας, της δραστηριότητας της τελομεράσης και των επιπέδων της σεροτονίνης και της μελατονίνης στο πλάσμα. Ταυτόχρονα, μειώνει την αντιδραστικότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Ngô TL, 2013).

Αερόβια άσκηση και άσκηση αντοχής

Η άσκηση παράγει ωφέλιμες φυσιολογικές αλλαγές και επίσης μειώνει την κατάθλιψη και το άγχος στο PLWHA (Hand GA, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ BECK

3.1 Αναφορά για την Έρευνα του Beck

Η πρωτοποριακή συστηματική έρευνα του Dr. Beck καθιέρωσε για πρώτη φορά την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε ψυχοθεραπείας για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Ο ίδιος όχι μόνο ανέπτυξε και δοκίμασε μια αποτελεσματική βραχυχρόνια θεραπεία (γνωστική θεραπεία) για την κατάθλιψη, αλλά αυτός και οι πρώην μαθητές του έχουν προσαρμόσει επιτυχώς τη γνωστική θεραπεία σε ένα ευρύ φάσμα άλλων ψυχιατρικών διαταραχών (Beck AT, 1988).

Οι δοκιμές αποτελέσματος του Beck με τη γνωστική θεραπεία της διαταραχής πανικού κατέδειξαν σημαντική και διαρκή μείωση του αριθμού των κρίσεων πανικού. Το έργο του έχει επίσης διεγείρει πολυάριθμες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές που έχουν πλέον αποδείξει ότι η γνωστική θεραπεία είναι αποτελεσματική σε μια ποικιλία άλλων ψυχιατρικών καταστάσεων, όπως η νευρική βουλμία, η υποχονδρίαση, η κοινωνική φοβία, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η κατάχρηση ουσιών, η σωματική δυσμορφική διαταραχή, και η τραυματική διαταραχή άγχους. Οι πρώην μαθητές του έχουν επίσης διαπιστώσει την αποτελεσματικότητα της γνωστικής θεραπείας σε ιατρικές καταστάσεις, όπως το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, η υπέρταση, οι γαστρεντερικές διαταραχές και ο χρόνιος πόνος. Υπάρχει επίσης συσσώρευση στοιχείων, βασισμένων στο πρώιμο έργο του Beck, ότι η γνωστική θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία στη θεραπεία των πιο σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών όπως η διπολική διαταραχή και η σχιζοφρένεια. Η γνωστική θεραπεία έχει επίσης διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της αυτοκτονίας, όπως περιγράφεται παρακάτω (Beck AT, 1988).

Ο Beck ανακάλυψε ότι με την αύξηση της αντικειμενικότητας των ασθενών όσον αφορά τις παρερμηνείες των καταστάσεων ή των υποκειμενικών αντιλήψεων ή συναισθημάτων (γνωστικές στρεβλώσεις) και την αρνητική τους προσδοκία, βίωσαν μια ουσιαστική μετατόπιση στη σκέψη τους και στη συνέχεια στην επιρροή και τη συμπεριφορά τους. Αυτή η προσέγγιση συνίσταται σε συνδυασμό στρατηγικών και τεχνικών που έχουν σχεδιαστεί για να

τροποποιήσουν τις γνωστικές στρεβλώσεις και έτσι να επιτρέψουν στους ασθενείς να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τα ψυχολογικά και διαπροσωπικά τους προβλήματα. Μια σημαντική αρχή που απορρέει από το έργο του, ήταν ότι οι ασθενείς μπορούν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην ομαλοποίηση της δυσλειτουργικής σκέψης τους και έτσι να αποκομίσουν ανακούφιση από τις ψυχιατρικές τους καταστάσεις και στη συνέχεια να τους απαλλάξουν. Ιδιαίτερης σημείωσης είναι το εύρημα ότι η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από την φαρμακευτική αγωγή μόνο στη μείωση της υποτροπής της κατάθλιψης, της διπολικής διαταραχής, της διαταραχής πανικού και της σχιζοφρένειας. Αυτό το έργο καταδεικνύει την ικανότητα των ψυχικά ασθενών, να αντισταθμίσουν τις βιολογικές και ψυχολογικές τους ευπάθειες (Beck AT, 1988).

Το έργο του Beck έδωσε έναν νέο τρόπο κατανόησης των ψυχιατρικών διαταραχών. Την εποχή που ο Beck ξεκίνησε τις έρευνές του στα τέλη της δεκαετίας του 1950, η κυρίαρχη ψυχολογική θεωρία θεωρούσε την κατάθλιψη ως οφειλόμενη στην «εχθροπραξία». Σε αντίθεση με το επικρατέστερο δόγμα, οι μελέτες του Beck έδειξαν ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν μια συστηματική αρνητική προκατάληψη εναντίον τους και στις προβλέψεις τους για το δικό τους μέλλον. Στη συνέχεια κατέδειξε σε πολλά εργαστηριακά πειράματα ότι, μετά από μια επιτυχημένη εμπειρία, οι ασθενείς με κατάθλιψη είχαν μια θετική αλλαγή στη διάθεση, αυξημένη αισιοδοξία και αυξημένα κίνητρα. Έτσι, η συγκεκριμένη ανατροφοδότηση που διαψεύδει την αρνητική τους άποψη για τον εαυτό τους και τις προσδοκίες τους είχε άμεση βελτιωτική επίδραση στα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους (Beck AT, 1988).

Ο Beck και οι συνεργάτες του επεξεργάστηκαν στη συνέχεια τη γνωστική θεωρία των γενικευμένων διαταραχών άγχους, φοβιών, διαταραχής πανικού, κατάχρησης ουσιών, διαταραχών προσωπικότητας, παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων και αρνητικών συμπτωμάτων (σχιζοφρένεια). Αυτές οι συνταγοποιήσεις υποστηρίχθηκαν από ουσιαστική έρευνα που διεξήχθη αλλού καθώς και στη δική του μονάδα. Περαιτέρω, το θεωρητικό πλαίσιο που προκύπτει από αυτές τις μελέτες παρείχε τη βάση για τα εγχειρίδια θεραπείας και τις επακόλουθες εμπειρικές μελέτες της γνωστικής θεραπείας για ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών διαταραχών.

Η πρώιμη εργασία του Beck παρείχε μια λογική βάση για την ταξινόμηση και μέτρηση των συμπεριφορών αυτοκτονίας και κατέστησε δυνατή την ταυτοποίηση ατόμων υψηλού κινδύνου. Ιδιαίτερη σημασία έχει η χρήση των ψυχολογικών μεταβλητών για την πρόβλεψη

μελλοντικών αυτοκτονιών. Η προοπτική μελέτη του για 9.000 ασθενείς οδήγησε στη διαμόρφωση ενός αλγορίθμου για την πρόβλεψη μελλοντικής αυτοκτονίας που έχει αποδειχθεί ότι έχει υψηλή προγνωστική δύναμη, ιδιαίτερα για εκείνους στους υψηλότερους δείκτες στον αλγόριθμο (Beck AT, 1988).

Ο Beck βρίσκεται μόνος του στο έργο του για τον εντοπισμό των επιρρεπών σε αυτοκτονία ατόμων και την εφαρμογή αποτελεσματικής ψυχοθεραπείας για τη μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας. Ανακάλυψε ότι η απελπισία είναι ο βασικός ψυχολογικός παράγοντας που οδηγεί τους ανθρώπους στην αυτοκτονία. Αυτός και οι συνάδελφοί του έδειξαν ότι η απελπισία και συνεπώς ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορούν εύκολα να ποσοτικοποιηθούν σε ασθενείς με κατάθλιψη και να μειωθούν ουσιαστικά από γνωστικές παρεμβάσεις (Beck AT, 1988).

Το συνεχιζόμενο έργο του Beck με πρόσφατους ελέγχους αυτοκτονίας έχει δείξει ότι μια βραχυπρόθεσμη γνωστική επέμβαση μπορεί να μειώσει σημαντικά τις επακόλουθες προσπάθειες αυτοκτονίας σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου.

Η τέταρτη σημαντική συμβολή του Beck ήταν η ανάπτυξη στρατηγικής για την αξιολόγηση της σοβαρότητας συγκεκριμένων ψυχιατρικών συνδρόμων. Μέχρι τη στιγμή του έργου του Beck, η ψυχιατρική έρευνα παρεμποδίστηκε από την έλλειψη τεχνικών για τη λειτουργικοποίηση των διαφόρων διαταραχών και τη μέτρηση της σοβαρότητάς τους. Τα διάφορα όργανα, συμπεριλαμβανομένου του Inventory Depression, Inventory Depression, Scale Hopelessness και Scale Intent Suicide, βοήθησαν να καταγράψουν μια νέα πορεία έρευνας στην ψυχοπαθολογία και να παράγουν εκατοντάδες ερευνητικές μελέτες. Το Beck Depression είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία στην κλινική πρακτική καθώς και στην έρευνα. Άλλες κλίμακες βοήθησαν να εντοπιστούν τα ειδικά χαρακτηριστικά και οι μηχανισμοί σε μια ποικιλία διαταραχών. Περιλαμβάνουν: Γνωσιακή λίστα ελέγχου (για άγχος και κατάθλιψη). Γνωσιακή λίστα ελέγχου για τη μανία. οι κλίμακες αυτοεκτίμησης? το ερωτηματολόγιο για την πεποίθηση προσωπικότητας. τη δυσλειτουργική κλίμακα στάσης (με την Arlene Weissman). η Κλίμακα Γνώσεων κατάχρησης ουσιών. Οικογενειακή κλίμακα νοημοσύνης. Στάδιο κοινωνιοτροπίας-αυτονομίας. Beck Cognitive Insight Scale, Beck-Young Κλίμακες (με την Judith Beck); και της κλίμακας Obsessive-Compulsive Cognitions (με τον David A. Clark). Η διαθεσιμότητα αυτών των μέτρων διευκόλυνε επίσης την αυστηρή

βασική έρευνα στη βιολογία και την ψυχολογία των ψυχικών διαταραχών καθώς και στις δοκιμές κλινικών αποτελεσμάτων (Beck AT, 1988).

3.2 Το Ερωτηματολόγιο του Beck

Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους αλλά σπάνια αξιολογούνται συστηματικά (Bakker IM, 2010). Για να βελτιωθεί η διαχείριση του άγχους, και επίσης η αξιολόγηση της σοβαρότητας του άγχους (και η επακόλουθη παρακολούθησή) συνιστάται από τους ερευνητές κλινικές οδηγίες (Roy-Byrne PP, 2005, McIntosh A, 2010). Όσον αφορά την κατάθλιψη, η χρήση δεικτών σοβαρότητας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη υποστηρίζεται από τα αποτελέσματα μελετών που δείχνουν, ότι οι ασθενείς εκτιμούν τη χρήση ερωτηματολογίων ως συμπλήρωμα στη διάγνωση του γενικού ιατρού τους και ως απόδειξη ότι τα προβλήματά τους λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Επιπλέον, όταν χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια για την εκτίμηση της σοβαρότητας, οι υψηλότερες βαθμολογίες σοβαρότητας σχετίζονται με την καλύτερη περίθαλψη (δηλ. Με υψηλότερα ποσοστά συνταγογράφησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και αυξημένη παραπομπή στη δευτεροβάθμια περίθαλψη) (Kendrick T, 2009). Επιπλέον, σε ορισμένες χώρες παρέχονται κίνητρα όταν χρησιμοποιείται επικυρωμένο όργανο κατά την έναρξη και κατά τη διάρκεια της θεραπείας ασθενών με διάγνωση της κατάθλιψης (British Medical Association, 2009). Για παρόμοιους λόγους μπορεί να υποστηριχθεί η χρήση κλιμάκων σοβαρότητας για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων άγχους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ωστόσο, πρέπει πρώτα να προσδιορίσουμε ποια ερωτηματολόγια μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες σοβαρότητας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και ποια είναι τα χαρακτηριστικά τους.

Καθώς οι διαταραχές άγχους διαφέρουν ως προς τον τύπο και τα συμπτώματα, η αξιολόγηση της σοβαρότητας του άγχους γενικά μπορεί να είναι πιο δύσκολη από την αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης. Οι γενικές κλίμακες βαθμολόγησης μπορεί να μην είναι αρκετά συγκεκριμένες για να εκτιμήσουν τη σοβαρότητα μιας συγκεκριμένης διαταραχής άγχους (δηλαδή διαταραχή πανικού ή διαταραχή γενικευμένου άγχους). Ωστόσο, οι εκτεταμένες δοκιμές για διάφορες μορφές άγχους δεν είναι εφικτές κατά τις σύντομες διαβουλεύσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Λαμβάνοντας υπόψη τη συντομία, την απλότητα και την τεκμαιρόμενη ικανότητα μέτρησης της γενικής ανησυχίας, το Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck AT, 1988) μπορεί να είναι καλό, ως υποψήφιο για χρήση δείκτης σοβαρότητας.

Από την ανάπτυξή της, το BAI έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην κλινική έρευνα στην ψυχική υγεία, κυρίως ως μέτρο γενικού άγχους (Piotrowski C, 1999).

Ωστόσο, το BAI έχει αμφισβητηθεί για την επικέντρωσή του στα ψυχοφυσιολογικά συμπτώματα που συνδέονται με τον πανικό. Τα αποτελέσματα αρκετών μελετών έχουν βρει ότι οι ασθενείς με διαταραχή πανικού βαθμολογούνται υψηλότερα στο BAI από τους ασθενείς με, για παράδειγμα, με γενικευμένη διαταραχή άγχους (Cox BJ, 1996, Fydrich T, 1992). Είτε έτσι είτε αλλιώς, οι ασθενείς με διαταραχή πανικού και οι ασθενείς με άλλες διαταραχές άγχους έχουν βρεθεί ότι βαθμολογούνται σημαντικά υψηλότερα από τους ασθενείς χωρίς διαταραχή άγχους (Kabacoff RI, 1997, Wetherell JL 2005). Είναι αξιοσημείωτο ότι καμία μελέτη δεν έχει διερευνήσει συγκεκριμένα τη συννοσηρότητα των διαταραχών άγχους και τον τρόπο με τον οποίο αυτό επηρεάζει τα αποτελέσματα της BAI, παρόλο που η συννοσηρότητα εμφανίζεται συχνά (De Graaf R, 2002). Επιπλέον, καμία από τις προηγούμενες μελέτες BAI δεν επικεντρώθηκε στους πληθυσμούς πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Μια άλλη υποτιθέμενη ποιότητα του BAI είναι η ικανότητά του να διακρίνει το άγχος από την κατάθλιψη (Beck AT, 1988). Παρόλο που στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αυτό μπορεί να είναι λιγότερο σημαντικό από ό, τι στα ερευνητικά περιβάλλοντα, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε εάν το BAI μετρά μόνο το άγχος ή αν είναι επίσης ευαίσθητο στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών υποδηλώνουν σημαντική επικάλυψη του BAI με καταθλιπτικά συμπτώματα, που απεικονίζεται από μια μέτρια συσχέτιση μεταξύ των BAI και των κλιμάκων κατάθλιψης (Ferguson RJ, 2000). Από την άποψη των διαφορών στις βαθμολογίες BAI των ανήσυχων και των καταθλιπτικών ασθενών, διαπιστώθηκε μεγάλη διαφορά στην αρχική μελέτη επικύρωσης (Beck AT, 1988) αλλά σε δύο μεταγενέστερες μελέτες δεν διαπιστώθηκε καμία διαφορά. Ωστόσο, στις μελέτες αυτές οι συγγραφείς αμφισβήτησαν τα αποτελέσματα λόγω περιορισμών στη μεθοδολογία (Steer RA, 1999, Hewitt PL, 1993).

Τα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν ότι οι ασθενείς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη με διαφορετικές διαταραχές άγχους, βαθμολογούνται σημαντικά υψηλότερα από τους ασθενείς χωρίς άγχος ή καταθλιπτική διαταραχή. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι το BAI αντικατοπτρίζει το γενικό άγχος σε ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Όσον αφορά τις διαφορετικές διαγνωστικές ομάδες των διαταραχών άγχους, επιβεβαιώσαμε εν μέρει την ισχυρή εστίαση της BAI στα συμπτώματα πανικού (Cox BJ 1996, Leyfer OT, 2006). Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία βαθμολογήθηκαν σημαντικά υψηλότερα από

τους ασθενείς με μόνο ακροφοβία ή κοινωνική φοβία. Ωστόσο, οι ασθενείς με διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία δεν βαθμολογήθηκαν σημαντικά υψηλότερα από τις άλλες ομάδες. Η υψηλή βαθμολογία των ασθενών με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία μπορεί να εξηγηθεί από τη σοβαρότητα αυτής της συγκεκριμένης διαταραχής. Σε άλλες μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε το BAI, βρέθηκαν μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ της ομάδας ασθενών με διαταραχή πανικού και άλλων διαγνωστικών ομάδων (Leyfer OT, 2005, Fydrich T, 1992, Steer RA, 1996, Beck AT, 1991). Ένας λόγος για αυτή τη διαφορά στα ευρήματα μπορεί να είναι το περιβάλλον στο οποίο πραγματοποιήθηκαν οι μελέτες. Οι περισσότερες από τις προηγούμενες μελέτες διεξήχθησαν σε κέντρα θεραπείας για διαταραχές άγχους, ενώ οι συμμετέχοντες σε άλλη μελέτη προσλήφθηκαν ενεργά στην πρωτοβάθμια φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων επίσης ασθενών με προηγουμένως αδιάγνωστο άγχος ή κατάθλιψη. Είναι πιθανό ότι περισσότεροι ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας εμφανίζουν λιγότερο σοβαρές μορφές διαταραχής πανικού. Πράγματι, η μέση βαθμολογία των ασθενών με διαταραχή πανικού σε μελέτη που έγινε φαίνεται να είναι σημαντικά χαμηλότερη από τις βαθμολογίες που αναφέρθηκαν σε μελέτες με ασθενείς με δευτεροπαθή φροντίδα (Leyfer OT, 2005, Fydrich T, 1992, Steer RA, 1996, Beck AT, 1991) πλησιάζοντας περισσότερο στις βαθμολογίες των ασθενών με διαταραχή πανικού σε ένα επιδημιολογικό δείγμα (Hoyer J, 2002). Περαιτέρω, στην ανάλυση των μελετών, σε ομάδες ασθενών που επιλέχθηκαν ειδικά βάση (απουσία) συν-νοσηρότητας, οδηγώντας έτσι σε καθαρές διαγνωστικές ομάδες. Αυτό μπορεί να έχει δώσει μια ακριβέστερη εκτίμηση των μέσων βαθμολογιών συγκεκριμένων ομάδων ασθενών.

Ο Beck και οι συνάδελφοί του (Beck AT, 1988) ισχυρίστηκαν ότι το BAI μετρά το άγχος ελαχιστοποιώντας την αλληλοεπικάλυψη του με την κατάθλιψη, αλλά αυτό δεν υποστηρίχθηκε από τα αποτελέσματα κάποιων άλλων μελετών. Για πρακτικούς λόγους, πρόκειται για μια διαπίστωση δύο όψεων. Το BAI φαίνεται να είναι ανθεκτικό στην κατάθλιψη, αλλά όχι εξ ολοκλήρου συγκεκριμένο για το άγχος, σε έναν πληθυσμό πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτά τα ευρήματα είναι συνεπή με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών που συνέκριναν τις συνολικές βαθμολογίες BAI των καταθλιπτικών και ανήσυχων ασθενών (Steer RA, 1993, Hewitt PL, 1993). Ο Steer και οι συνάδελφοί του συσχετίζουν τα συμπεράσματά τους με το χαμηλό ποσοστό νοσηρότητας στο δείγμα τους. Θα μπορούσαν να υπάρχουν αρκετές εξηγήσεις γιατί οι ασθενείς με κατάθλιψη βαθμολογούνται σχεδόν τόσο υψηλά όσο οι ασθενείς με άγχος. Πρώτα απ' όλα, το άγχος υπό-κατωφλίου που βιώνουν οι ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να έχει αυξήσει τις βαθμολογίες

άγχους τους. Δεύτερον, οι σωματολογικές διαταραχές δεν ταξινομήθηκαν με τη συνέντευξη CIDI, ενώ αυτές οι διαταραχές είναι διαδεδομένες σε ασθενείς με πρωτοπαθή φροντίδα με καταθλιπτική διαταραχή και μπορούν επίσης να προκαλέσουν τα φυσιολογικά συμπτώματα που περιγράφονται στο BAI (Mergl R, 2007). Μια τρίτη εξήγηση μπορεί να είναι ότι το άγχος και η κατάθλιψη μοιράζονται έναν κοινό υποκείμενο παράγοντα, που συχνά αναφέρεται ως «αρνητική επίδραση» (Lowe B, 2008, Brown TA, 2009). Υπάρχει μακροχρόνια συζήτηση σχετικά με αυτό το ζήτημα, και ισχυρότερη λόγω της πίεσης της επερχόμενης δημοσίευσης του DSM-V και τροφοδοτούμενη από τη σημαντική επικράτηση της συννοσηρότητας μεταξύ άγχους και κατάθλιψης και της αλληλοεπικάλυψης συμπτωμάτων στις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης. Όσον αφορά αυτή την τρίτη υπόθεση, η ευαισθησία του BAI για κοινή συμπτωματολογία θα ήταν περισσότερο μια ποιότητα παρά μια ανεπάρκεια. Τέταρτον, οι συνολικές βαθμολογίες για ερωτηματολόγια αυτοελέγχου, γενικά, μπορεί να μην είναι αρκετά ακριβείς για να μετρήσουν δύσκολες δομές όπως άγχος και κατάθλιψη. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι το BAI είναι σε θέση να διακρίνει μεταξύ άγχους και κατάθλιψης όταν σταθμίζονται τα στοιχεία, όπως συμβαίνει στην ανάλυση παραγόντων (Hewitt PL 1993). Ωστόσο, η στάθμιση των στοιχείων θα περιπλέξει τη χρήση του BAI σε τέτοιο βαθμό ώστε η χρήση του να μην είναι εφικτή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το BAI αντανακλά τη σοβαρότητα του άγχους σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας με διαφορετικές διαταραχές άγχους. Η χρήση ερωτηματολογίων όπως η BAI μπορεί να βελτιώσει τη φροντίδα που παρέχεται και είναι επιθυμητή από την άποψη των ασθενών με πρωτοβάθμια περίθαλψη (Dowrick C, 2009). Ωστόσο, δεδομένου ότι η χρήση ερωτηματολογίων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν είναι συνήθως πρακτική, θα πρέπει να τονωθεί αυτό, μέσω κατευθυντήριων γραμμών, κατάρτισης και εκπαίδευσης. Θα χρειαστεί περαιτέρω έρευνα για να αξιολογηθεί η χρησιμότητα του BAI στην παρακολούθηση της σοβαρότητας του άγχους κατά τη διάρκεια της θεραπείας και με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, οι ερευνητές θα πρέπει να καθορίσουν κριτήρια βελτίωσης και ύφεσης σύμφωνα με τη βαθμολογία BAI, σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας. Όταν ερωτηματολόγια όπως το BAI χρησιμοποιούνται σε ένα πλαίσιο φροντίδας, όπως η διαχείριση περιπτώσεων ή η συνεργατική περίθαλψη, θα βοηθήσουν βέλτιστα στη βελτίωση της θεραπείας των ασθενών με βασικές φροντίδες με διαταραχές άγχους (Muntin ADT, 2009, Gilbody S, 2006, Roy-Byrne P, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στο κομμάτι της μονοπαραγοντικής ανάλυσης παρουσιάζονται με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο (πίνακες, γραφήματα, αριθμοδείκτες) τα αποτελέσματα από τα δεδομένα που συλλέχτηκαν. Επιχειρείται να ομαδοποιηθούν κατάλληλα τα δεδομένα, για κάθε μία ερώτηση και να παρουσιαστούν στο παρόν κομμάτι των αποτελεσμάτων ως προς την κατανομή των απαντήσεων που δόθηκαν.

Ηλικία

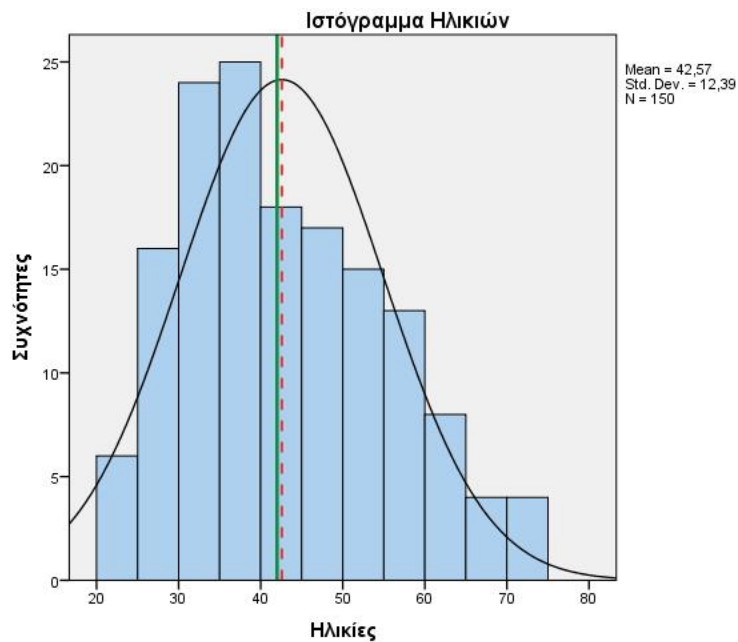
Στο ακόλουθο συγκεντρωτικό πίνακα (**Πίνακας 1**) παρουσιάζονται τα σημαντικότερα περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής ηλικία. Από τους αριθμοδείκτες που υπολογίστηκαν συμπεραίνουμε πως η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι 42,57 έτη, ενώ το 50% του δείγματος ήταν άτομα νεότερα από 41,50 κατά τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας. Η ηλικία με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είναι τα 34 έτη. Ο μικρότερος/η σε ηλικία συμμετέχοντας ήταν 21 ετών ενώ ο μεγαλύτερος/η 73, συνεπώς το εύρος ηλικιών του δείγματος είναι ίσο με τα 52 έτη. Το 75% του δείγματος ήταν νεότεροι από τα 52 έτη.

ΗΛΙΚΙΕΣ		
Παρατηρήσεις		150
Εκλιπούσες Τιμές		0
Μέση Τιμή		42,57
Επικρατούσα Τιμή		34
Τυπική Απόκλιση		12,39
Ελάχιστο		21
Μέγιστο		73
Τεταρτημόρια	25°	33,75
	50°	41,50
	75°	52,00

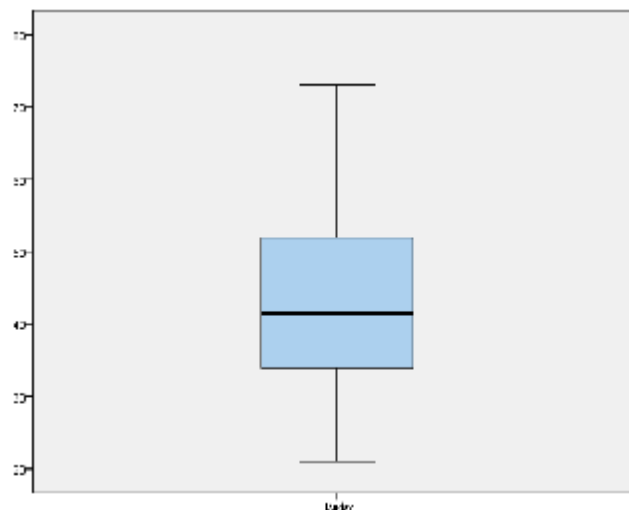
Πίνακας 1 Περιγραφικά Μέτρα Ηλικιών

Στο ακόλουθο ιστόγραμμα απεικονίζεται η κατανομή των ηλικιών των συμμετεχόντων. Με πράσινη έντονη γραμμή απεικονίζεται η θέση της διαμέσου ενώ με κόκκινη διακεκομμένη η

θέση του αριθμητικού μέσου. Ως προς τη συμμετρία η κατανομή των ηλικιών εμφανίζουν αρνητική ασυμμετρία, δηλαδή εντονότερη μετατόπιση προς τα αριστερά (**Γράφημα 1**).

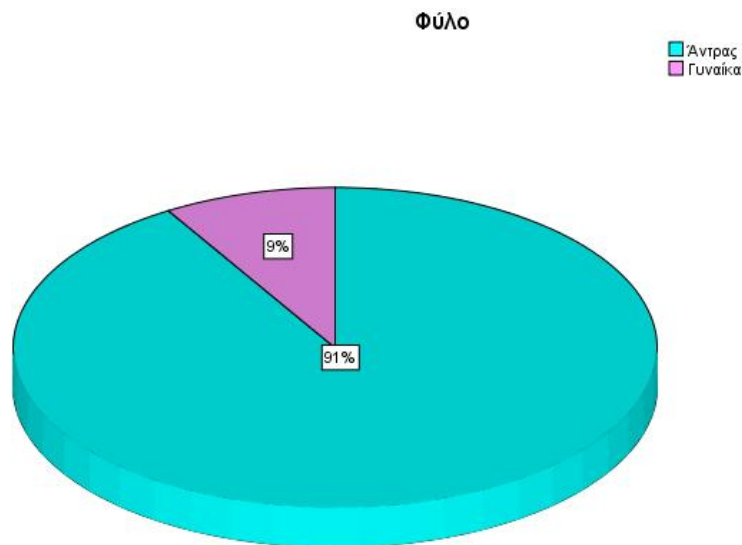


Στο ακόλουθο θηκόγραμμα (**Γράφημα 2**) επίσης απεικονίζεται η κατανομή των ηλικιών ως προς την ταξινόμησή τους από το μικρότερο προς το μεγαλύτερο. Με μπλε σχήμα απεικονίζεται η κατανομή του ενδιαμέσου 50% των ταξινομημένων παρατηρήσεων. Με μαύρη οριζόντια γραμμή μέσα στο κουτί ορίζεται η θέση της διαμέσου. Δεν παρατηρείται κάποια ακραία τιμή.



Φύλο

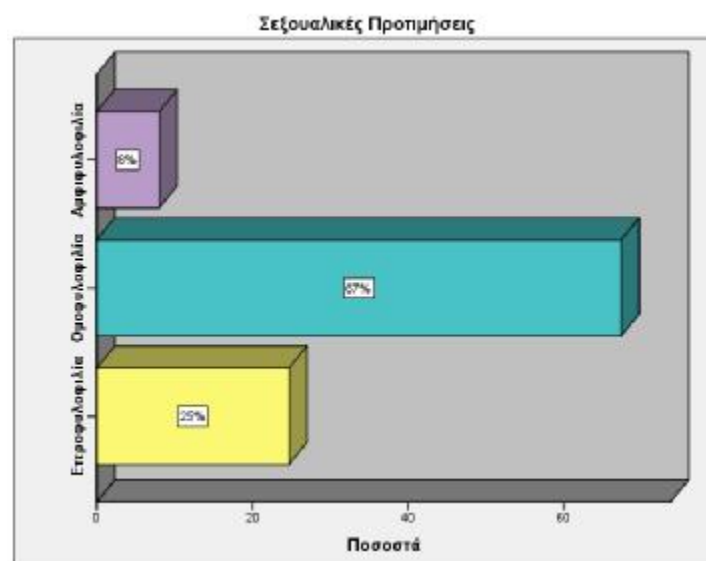
Το 91% των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι άντρες και στο 9% γυναίκες. Η κατανομή των απαντήσεων ως προς το φύλο των συμμετεχόντων απεικονίζεται στο ακόλουθο κυκλικό γράφημα (Γράφημα 3).



Γράφημα 3 Φύλο

Σεξουαλικές Προτιμήσεις

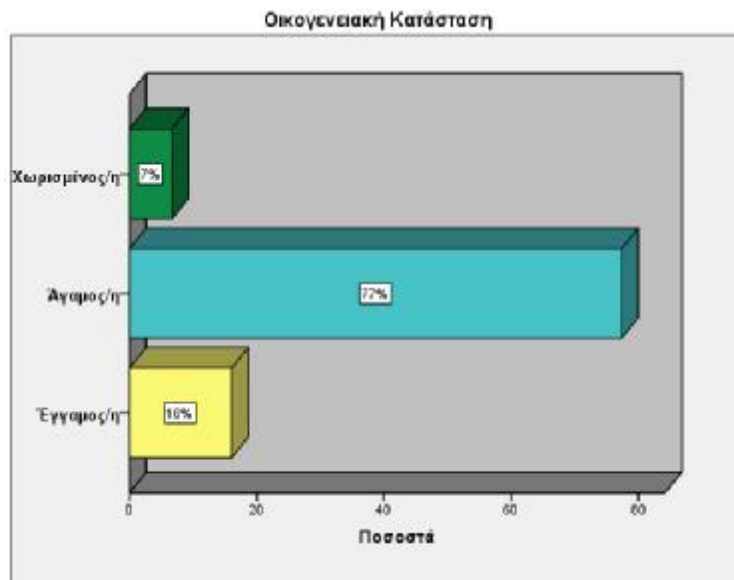
Η πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 67% δήλωσαν ομοφυλόφιλοι ως προς τις σεξουαλικές τους προτιμήσεις. Ένας στους τέσσερις συμμετέχοντες (25%) δήλωσε ετεροφυλόφιλος, ενώ το 8 % δήλωσαν αμφιφυλόφιλοι. Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων παρουσιάζεται στο ακόλουθο οριζόντιο ραβδόγραμμα (Γράφημα 4).



Γράφημα 4 Σεξουαλικές Προτιμήσεις

Οικογενειακή Κατάσταση

Η πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 77% ήταν άγαμοι κατά τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας. Αντίθετα, το 16% του δείγματος απάντησαν πως ήταν έγγαμοι, ενώ το 7% χωρισμένοι (Γράφημα 5).



Γράφημα 5 Οικογενειακή Κατάσταση

Αριθμός Τέκνων

Στον ακόλουθο πίνακα συχνοτήτων (Πίνακας 2) παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων, ως προς τον αριθμό τέκνων που είχαν κατά τη στιγμή της έρευνας. Οι 144 από τους συμμετέχοντες, δηλαδή το 96% του δείγματος δεν είχαν κανένα τέκνο. Δύο συμμετέχοντες δήλωσαν πως είχαν 1 τέκνο, τρεις είχαν 2 τέκνα και μόλις ένας είχε 3 τέκνα. Συνολικά, 6 στους 150 συμμετέχοντες είχαν έστω ένα τέκνο.

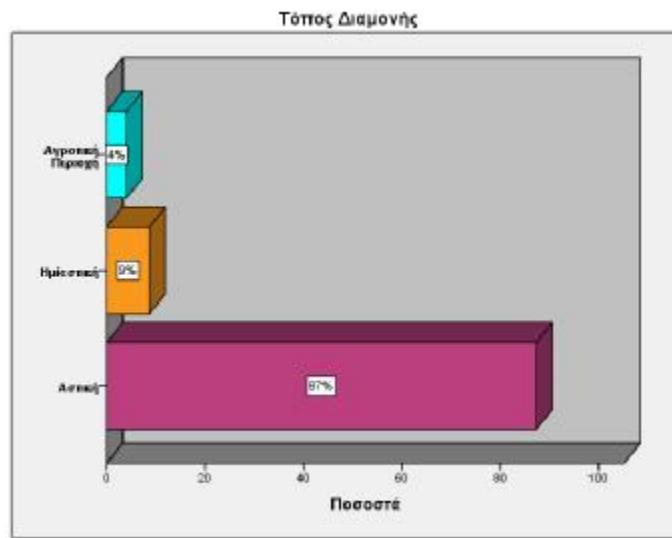
Αριθμός Τέκνων			
	Συχνότητες	Ποσοστά	Αθρ. Συχνότητες
0	144	96,0	96,0
1	2	1,3	97,3
2	3	2,0	99,3
3	1	,7	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	150	100,0	

Πίνακας 2 Αριθμός Τέκνων

Τόπος Διαμονής

Στο ακόλουθο ραβδόγραμμα (Γράφημα 6) αποτυπώνεται η κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς τον τόπο διαμονής τους κατά τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 87% διέμεναν σε κάποια αστική περιοχή.

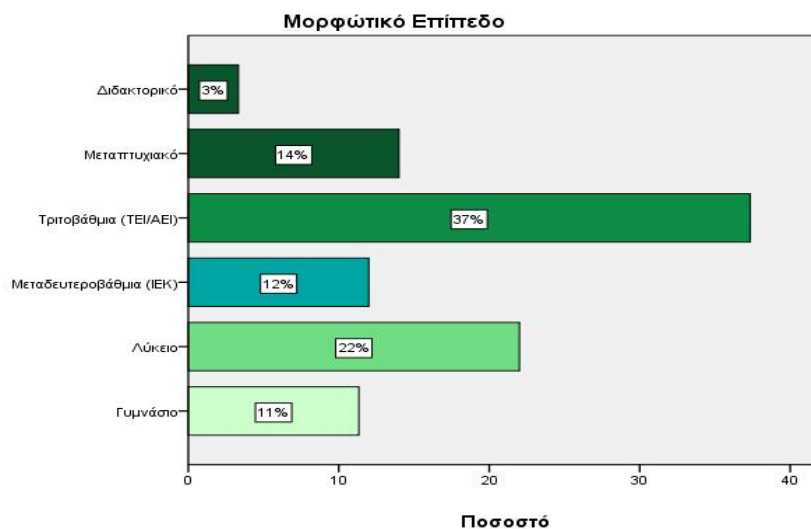
Το 9% διέμεναν σε κάποια ημιαστική περιοχή, ενώ μόλις το 4% διέμεναν σε αγροτική περιοχή.



Γράφημα 6 Τόπος διαμονής

Μορφωτικό Επίπεδο

Παρατηρώντας το ακόλουθο γράφημα (Γράφημα 7), εύκολα διαπιστώνει κανείς πως μιλάμε για ένα δείγμα με αρκετά υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Το 54% των συμμετεχόντων είτε είχαν ολοκληρώσει απλώς την τριτοβάθμια εκπαίδευση, είτε είχαν κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο, είτε διδακτορικό. Συγκεκριμένα, το 37% ήταν κάτοχοι πτυχίου τριτοβάθμιας, το 14% είχαν μεταπτυχιακό και το 3% ήταν διδάκτορες. Επίσης, το 11% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, το 22% απόφοιτοι λυκείου, ενώ τέλος το 12% συνέχισαν και ολοκλήρωσαν μεταλυκειακές σπουδές.



Γράφημα 7 Μορφωτικό Επίπεδο

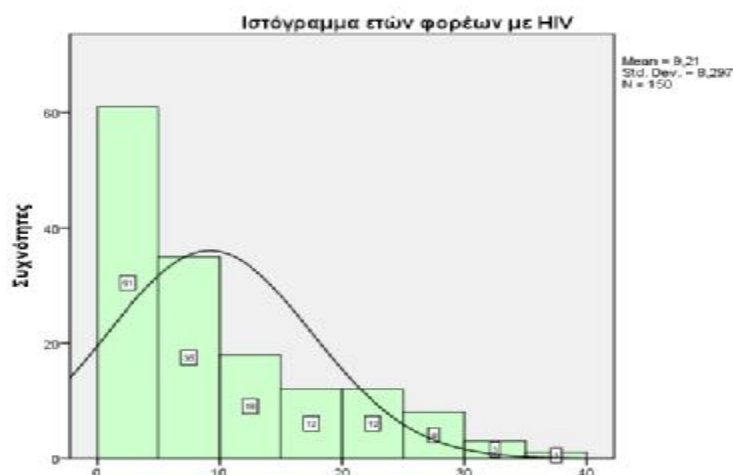
Χρονιότητα των φορέων HIV

Στον ακόλουθο πίνακα περιγραφικών μέτρων (**Πίνακας 3**) έχουν υπολογιστεί τα σημαντικότερα μέτρα θέσης και διασποράς σχετικά με τη διάρκεια σε έτη κατά την οποία οι συμμετέχοντες είναι φορείς HIV. Συγκεκριμένα, η μέση διάρκεια της νόσου για το δείγμα είναι ίση με 9,21 έτη. Το 50% των συμμετεχόντων είναι φορείς για περισσότερα από 6 έτη, σύμφωνα με την τιμή της διαμέσου. Παρόλα αυτά η τιμή με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είναι τα 2 έτη. Στο δείγμα συμμετέχουν φορείς από 1 έτος έως και 35 έτη, συνεπώς το εύρος της μεταβλητής είναι ίσο με τα 34 έτη. Ένας στους τέσσερις συμμετέχοντες (25%) ήταν φορέας για περισσότερα από 14 έτη.

Έτη φορέων HIV		
Παρατηρήσεις	150	
Εκλιπούσες Τιμές	0	
Μέση Τιμή	9,21	
Επικρατούσα Τιμή	2	
Τυπική Απόκλιση	8,297	
Ελάχιστο	1	
Μέγιστο	35	
Τεταρτημόρια	25°	3,00
	50°	6,00
	75°	14,00

Πίνακας 3 Περιγραφικά Μέτρα ετών που κάποιος είναι φορέας HIV σε έτη

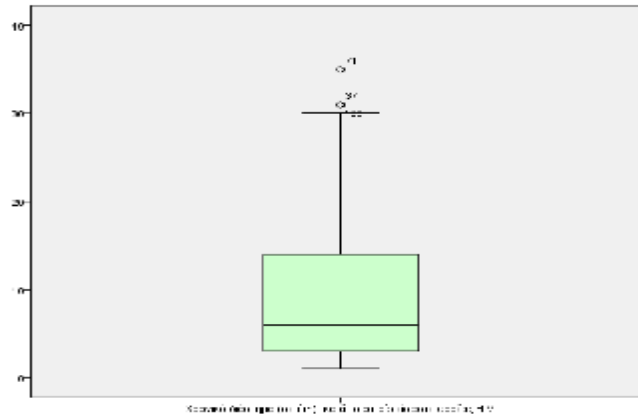
Στο ακόλουθο ιστόγραμμα (**Γράφημα 8**) αποτυπώνεται η κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς τη διάρκεια που ήταν φορείς του HIV σε έτη. Παρατηρούμε μία αρνητική ασυμμετρία στην κατανομή των απαντήσεων, καθώς η πλειοψηφία τείνει αριστερά.



Γράφημα 8 Ιστόγραμμα ετών που κάποιος είναι φορέας του HIV

Στο ακόλουθο θηκόγραμμα (**Γράφημα 9**) απεικονίζεται η κατανομή των απαντήσεων των φορέων HIV ως προς τα έτη που είναι οι ίδιοι φορείς. Το 75% του δείγματος είναι φορείς για

λιγότερα από 14 έτη. Παρόλα αυτά υπάρχουν και κάποιοι φορείς με σαφώς μεγαλύτερη διάρκεια, μάλιστα υπάρχουν και τρεις φορείς με διάρκεια η οποία θεωρείται ως ακραία μεγάλη σε σχέση με το υπόλοιπο δείγμα (37^η, 71^η και 120^η παρατήρηση), καθώς είναι φορείς για πάνω από 30 έτη.



Γράφημα 9 Θηκόγραμμα ετών που είναι κάποιος φορέας

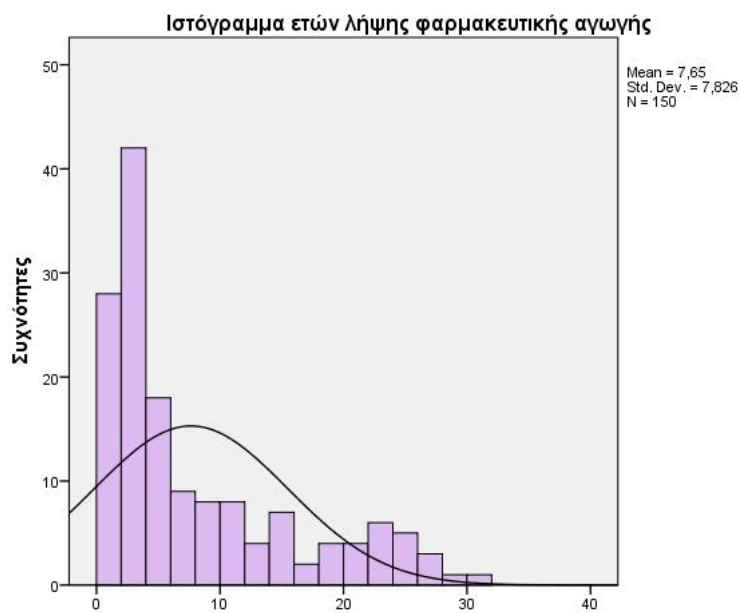
Χρόνος λήψης φαρμακευτικής αγωγής για τον HIV

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν σχετικά με το διάστημα που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για τον HIV. Η μέση τιμή των ετών λήψης φαρμακευτικής αγωγής για το δείγμα είναι ίση με 7,65 έτη. Το 50% του δείγματος έπαιρνε φαρμακευτική αγωγή για λιγότερο από 4 έτη. Η επικρατούσα τιμή της μεταβλητής υπολογίστηκε στο 1 έτος. Η μικρότερη καταγραφή για τη μεταβλητή είναι τα 0 έτη, ενώ η μεγαλύτερη τα 30 έτη. Συνεπώς το εύρος των απαντήσεων είναι ίσο με 30 έτη. Το 75% των συμμετεχόντων λάμβαναν για περισσότερα από 2 έτη φαρμακευτική αγωγή κατά του HIV (Πίνακας 4).

Διάρκεια λήψης φαρμακευτικής αγωγής σε έτη		
Παρατηρήσεις		150
Εκλιπούσες Τιμές		0
Μέση Τιμή		7,65
Επικρατούσα Τιμή		1
Τυπική Απόκλιση		7,826
Ελάχιστο		0
Μέγιστο		30
Τεταρτημόρια	25 ^ο	2,00
	50 ^ο	4,00
	75 ^ο	11,25

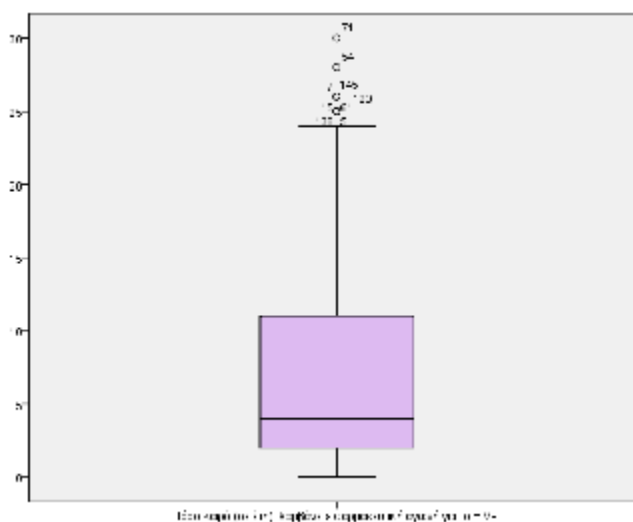
Πίνακας 4 Διάρκεια λήψης φαρμακευτικής αγωγής για τον HIV (σε έτη)

Η κατανομή των απαντήσεων ως προς τα έτη λήψης φαρμακευτικής αγωγής για τον HIV δεν εμφανίζει καμία συμμετρία ούτε προφανώς κανονικότητα. Οι απαντήσεις μετατοπίζονται ξεκάθαρα αριστερά, συνεπώς έχουμε αρνητική ασυμμετρία (Γράφημα 10).



Γράφημα 10 Ιστόγραμμα λήψης φαρμακευτικής αγωγής

Στο ακόλουθο θηκόγραμμα αποτυπώνεται η κατανομή και η διασπορά των απαντήσεων γύρω από τη διάμεσο του δείγματος. Το 75% του δείγματος δεν φαίνεται να ξεπερνά τα 12 έτη λήψης φαρμάκων. Επίσης είναι άξιο αναφοράς πως η διάρκεια αρκετών ληπτών φαρμάκων για τον HIV θεωρείται σύμφωνα με το υπόλοιπο δείγμα ως ακραία μεγάλη χρονικά (Γράφημα 11).



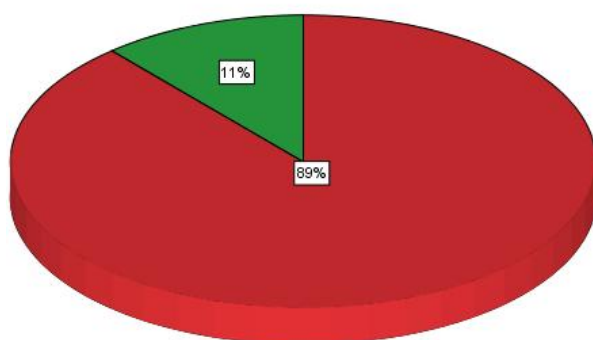
Γράφημα 11 Θηκόγραμμα ετών λήψης φαρμακευτικής αγωγής

Λήψη φαρμακευτικής αγωγής για το άγχος και την κατάθλιψη

Το 11% των συμμετεχόντων αποκρίθηκαν θετικά στην ερώτηση ως προς το αν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή κατά του άγχους και της κατάθλιψης (Γράφημα 12).

Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για το άγχος ή την κατάθλιψη;

■ Όχι
■ Ναι



Γράφημα 12 Λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά του άγχους και της κατάθλιψη

Από τους συμμετέχοντες που δήλωσαν πως λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για το άγχος και την κατάθλιψη, υπολογίστηκε πως κατά μέσο όρο λάμβαναν για 14,47 μήνες. Το 50% των συμμετεχόντων λάμβαναν για περισσότερο από ένα έτος φαρμακευτική αγωγή για το άγχος και την κατάθλιψη. Η μικρότερη σε διάρκεια λήψη αγωγής είναι ο ένας μήνας, ενώ η μεγαλύτερη οι 60 μήνες, δηλαδή τα πέντε έτη. Το εύρος του 50% των διατεταγμένων παρατηρήσεων είναι ίσο με τα 19 έτη, σύμφωνα με την τιμή του ενδοτεταρτημοριακού εύρους (Πίνακας 5).

Διάρκεια λήψης φαρμακευτικής αγωγής για το άγχος και την κατάθλιψη	
Μέση Τιμή	14,47
Διάμεσο	12,00
Ελάχιστο	1
Μέγιστο	60
Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος	19

Πίνακας 5 Λήψη φαρμακευτικής αγωγής για το άγχος και την κατάθλιψη

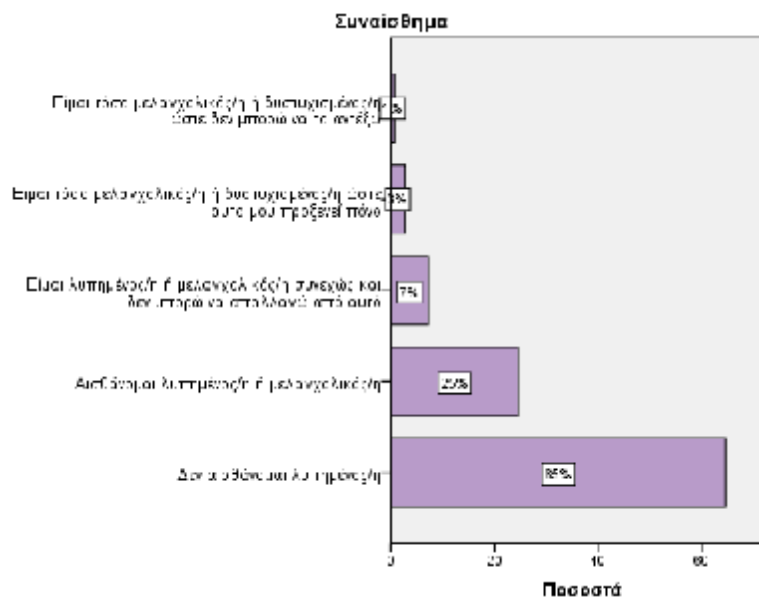
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ BECK

Παρατέθηκαν σε όλους τους συμμετέχοντες 21 ερωτήσεις από το ερευνητικό εργαλείο του Beck. Σύμφωνα, με το εργαλείο αυτό αθροίζοντας με συγκεκριμένο τρόπο τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις 21 αυτές ερωτήσεις, προκύπτει μία βαθμολογία-σκορ, γνωστή και ως κλίμακα Beck. Αυτή η κλίμακα ποσοτικοποιεί την συναισθηματική κατάσταση των ατόμων ως τη δεδομένη στιγμή. Κατηγοριοποιώντας κατάλληλα την εν λόγω κλίμακα προκύπτει μία ασφαλής πιθανότητα κατάθλιψης για τον κάθε ερωτώμενο.

Συναίσθημα

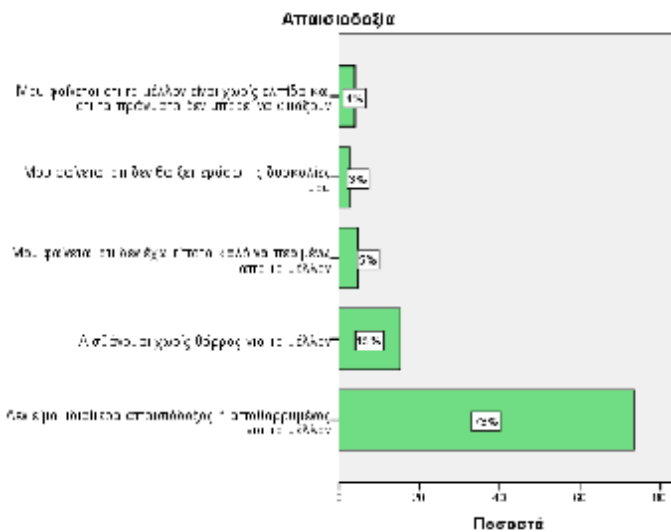
Το 65% του δείγματος δήλωσαν πως αισθάνονταν λυπημένοι/ες. Ένας στους τέσσερις (25%) δήλωσε λυπημένος ή μελαγχολικός, ενώ το 7% δήλωσαν λυπημένοι και μελαγχολικοί χωρίς να μπορούν να απαλλαγούν από αυτό. Επιπρόσθετα, το 3% δήλωσαν πως η δυστυχία και η μελαγχολία που βιώνουν τους προκαλεί παράλληλα πόνο. Τέλος, μόλις το 1% δήλωσε πως δεν μπορεί να αντέξει την τη δυστυχία και τη μελαγχολία που βιώνει (**Γράφημα 13**).



Γράφημα 13 Q1_Συναίσθημα

Απαισιοδοξία

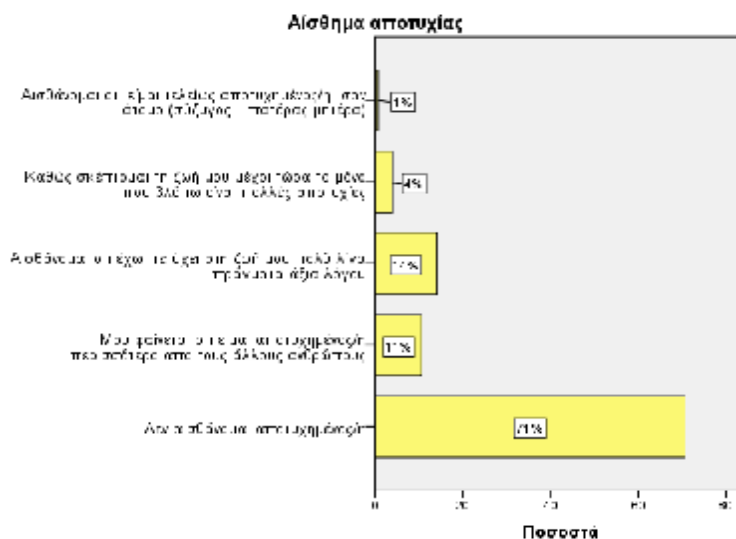
Η πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 73% δεν αισθάνονται ιδιαίτερα απαισιόδοξοι ή αποθαρρυσμένοι για το μέλος. Το υπόλοιπο 27% κατανέμεται σε διάφορους βαθμούς απαισιοδοξίας, με το 15% να αισθάνονται ότι δεν έχουν θάρρος για το μέλλον (Γράφημα 14).



Γράφημα 14 Q2_Απαισιοδοξία

Αίσθημα αποτυχίας

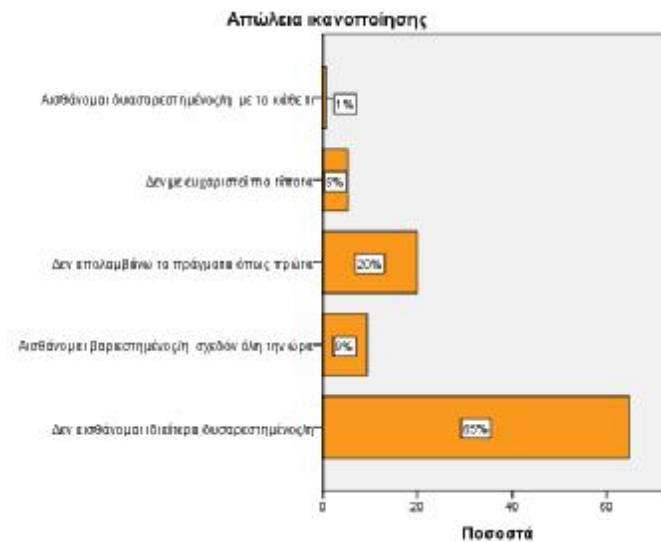
Το 71% του δείγματος δεν αισθάνονται αποτυχημένοι/ες. Το 11% αισθάνονταν περισσότερο αποτυχημένοι σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους, ενώ το 14% αισθάνονται πως έχουν πετύχει πολύ λίγα πράγματα. Το 4% βλέπει στη ζωή του μόνο πολλές αποτυχίες, ενώ το 1% δήλωσαν τελείως αποτυχημένοι (Γράφημα 15)



Γράφημα 15 Q3_Αίσθημα αποτυχίας

Απώλειας ικανοποίησης

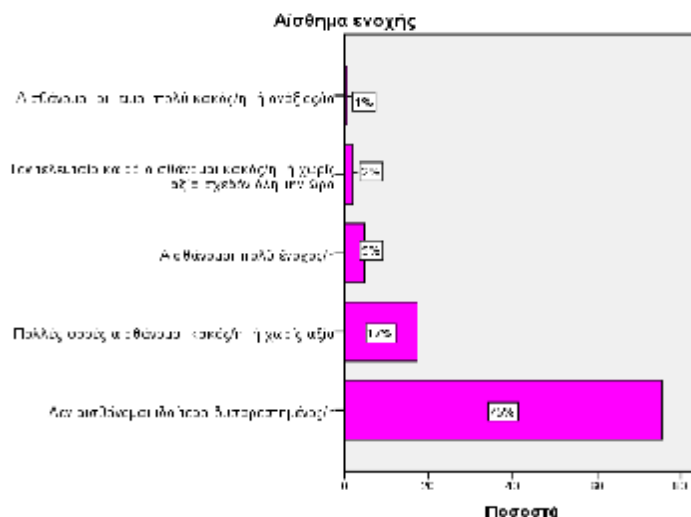
Το 65% των συμμετεχόντων δεν αισθάνονταν ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι. Αντίθετα το 20% δήλωσαν πως δεν απολάμβαναν τα πράγματα όπως πρώτα. Επίσης το 9% δήλωσαν πως αισθάνονταν βαριεστημένοι σχεδόν όλη την ώρα. Το 5% δήλωσαν πως δεν τους ευχαριστεί τίποτα, ενώ μόλις το 1% δήλωσαν πως είναι δυσαρεστημένοι με το κάθε τι (Γράφημα 16).



Γράφημα 16 Q4_Απώλεια ικανοποίησης

Αίσθημα ενοχής

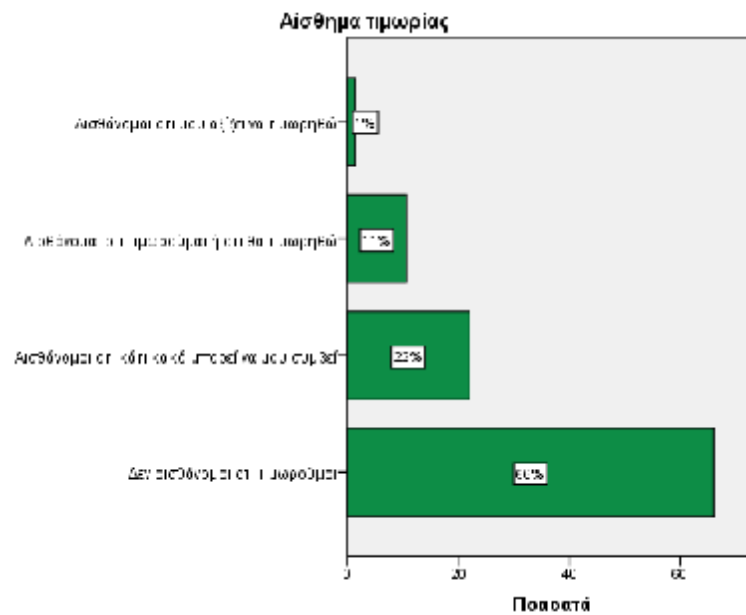
Τρεις στους τέσσερις συμμετέχοντες (75%) δήλωσαν πως δεν αισθάνονται ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό τους. Αντίθετα, το 17% αισθάνονται κακοί. Το 5% αισθάνονταν ένοχοι, το 2% τον αισθάνονται κακοί χωρίς αξία. Τέλος, μόλις το 1% αισθάνονται πολύ κακοί και ανάξιοι.



Γράφημα 17 Q5_Αίσθημα ενοχής

Αίσθημα τιμωρίας

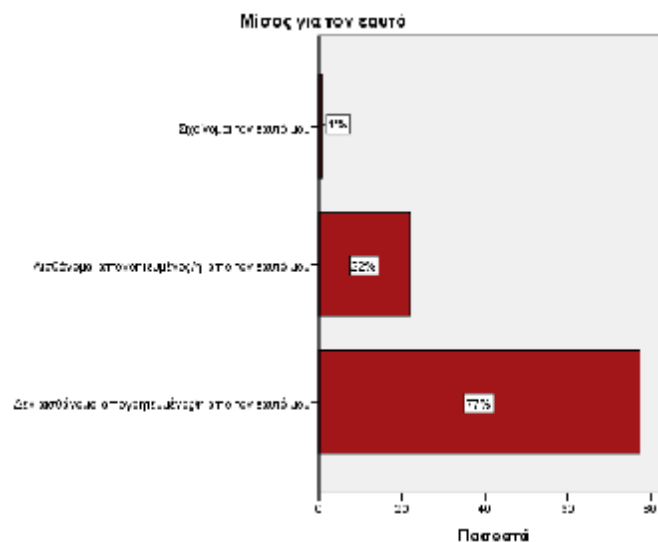
Το 66% των συμμετεχόντων δεν αισθάνονται ότι τιμωρούνται από την κατάστασή τους. Το 22% πιστεύουν πως κάτι κακό μπορεί να τους συμβεί. Το 11% δήλωσαν πως τιμωρούνται ή θα τιμωρηθούν. Μόλις, το 1% δήλωσαν πως τους αξίζει να τιμωρηθούν (Γράφημα 18).



Γράφημα 18 Q6_Αίσθημα τιμωρίας

Μίσος για τον εαυτό μου

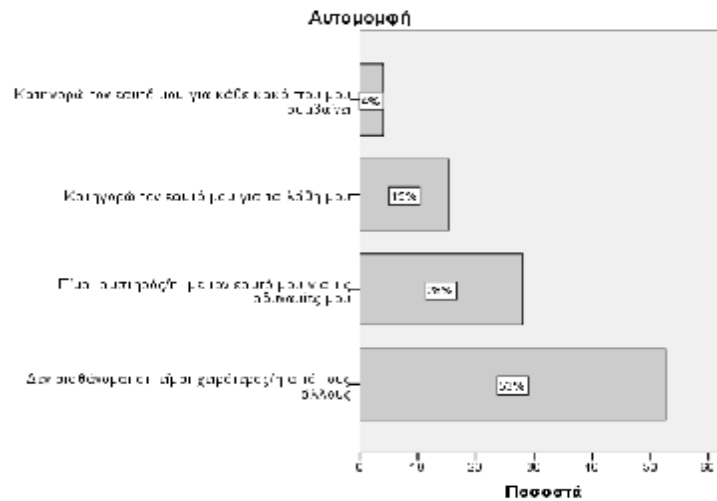
Το 77% των συμμετεχόντων δεν αισθάνονται απογοητευμένοι από τον εαυτό τους. Αντίθετα, το 22% αισθάνονται απογοητευμένοι από τον εαυτό τους, ενώ μόλις το 1% δήλωσαν πως σιχαίνονται τον εαυτό τους (Γράφημα 19).



Γράφημα 19 Q7_ Μίσος για τον εαυτό μου

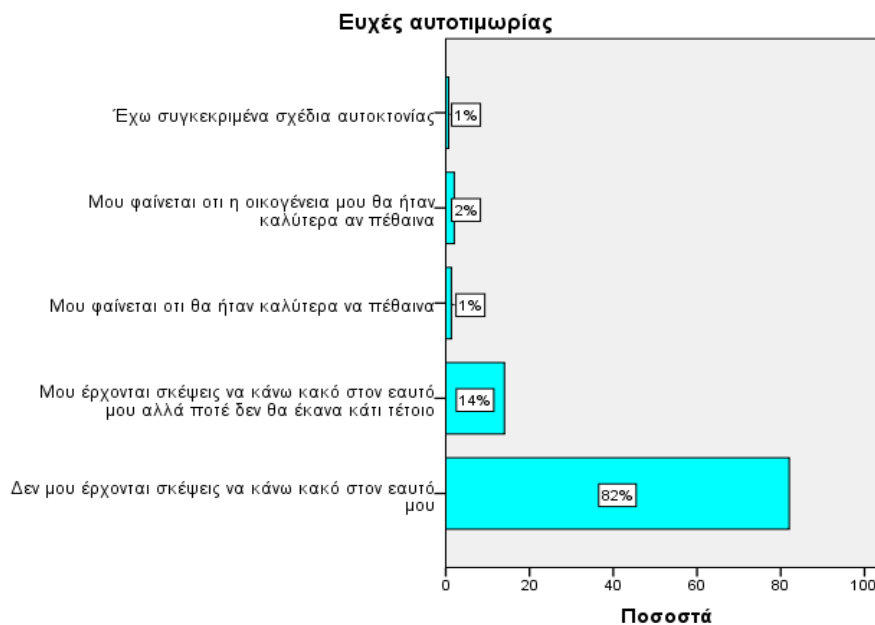
Αυτομομφή

Το 53% των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν αισθάνονταν ότι είναι χειρότεροι από τους άλλους. Το 28% δήλωσαν πως είναι αυστηροί με τον εαυτό τους για τις αδυναμίες τους. Το 15% κατηγορούσαν τον εαυτό τους για τα λάθη τους, ενώ το 4% απάντησαν πως κατηγορούν τον εαυτό τους για ότι κακό τους συμβαίνει (**Γράφημα 20**).



Γράφημα 20 Q8_Αυτομομφή

Ευχές αυτοτιμωρίας



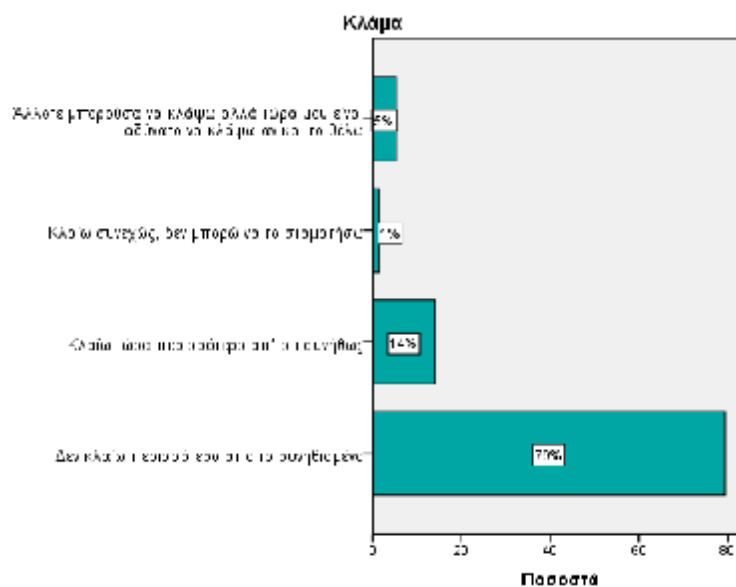
Γράφημα 21 Q9_Ευχές αυτοτιμωρίας

Το 82% του δείγματος δήλωσαν πως δεν τους έρχονται σκέψεις ώστε να κάνουν κακό στον εαυτό τους. Επίσης το 14% δήλωσαν πως τους έρχονται σκέψεις να κάνουν κακό στον εαυτό

τους, αλλά ποτέ δεν θα έκαναν κάτι τέτοιο. Το υπόλοιπο 4% σκεφτόντουσαν ως επιλογή να πεθάνουν (Γράφημα 21).

Κλάμα

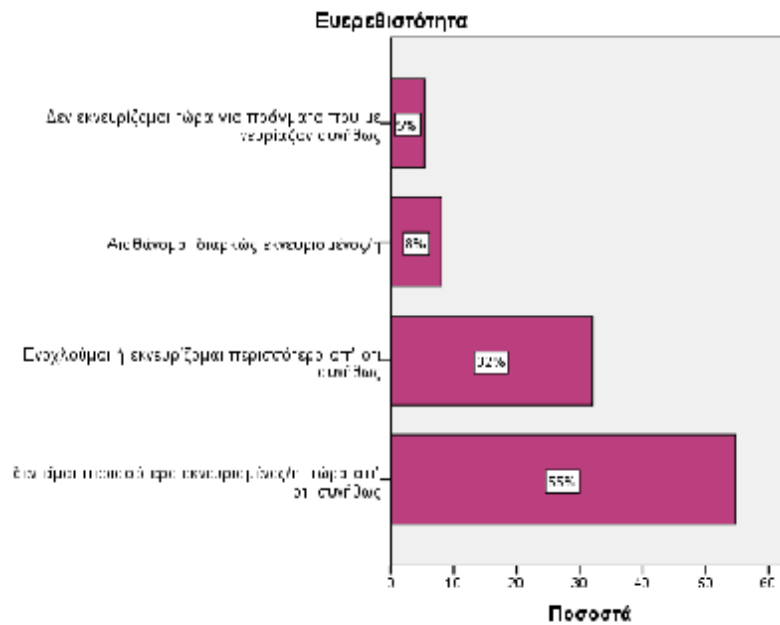
Το 79% των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσαν πως δεν συνηθίζουν να κλαίνε περισσότερο από το συνηθισμένο. Αντίθετα, το 15% δήλωσαν πως έκλαιγαν περισσότερο από ότι συνήθως. Επίσης το 5% δήλωσαν πως τους είναι αδύνατο πλέον να κλάψουν αν και το θέλουν, ενώ μόλις το 1% δήλωσαν πως κλαίνε συνεχώς (Γράφημα 22).



Γράφημα 22 Q10_Κλάμα

Ευερεθιστότητα

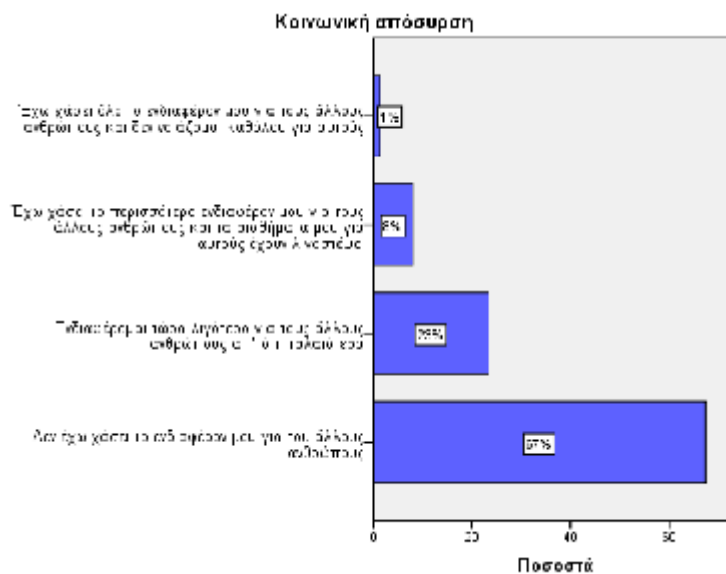
Το 55% του δείγματος δήλωσαν πως δεν αισθάνονταν περισσότερο εκνευρισμένοι από ότι συνήθως. Αντίθετα, το 32% δήλωσαν πως εκνευρίζονται περισσότερο από ότι συνήθως. Το 8% δήλωσαν πως αισθάνονταν μόνιμα νευριασμένοι, ενώ το 5% δήλωσαν πως πλέον δεν εκνευρίζονταν με πράγματα που παλιά τους νευρίαζαν (Γράφημα 23).



Γράφημα 23 Q11_Ευρεθιστότητα

Κοινωνική απόσυρση

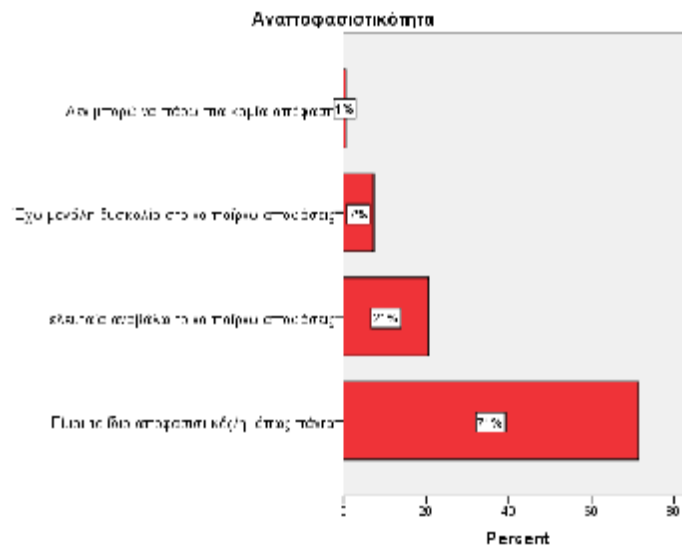
Το 67% του δείγματος δήλωσαν πως δεν είχαν χάσει το ενδιαφέρον τους για τους άλλους ανθρώπους. Το 23% δήλωσαν πως ενδιαφέρονταν λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους σε σχέση με παλιότερα. Επιπρόσθετα το 8% δήλωσαν πως έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για τους άλλους καθώς επίσης και τα συναισθήματά τους. Μόλις το 1% δήλωσαν πως έχουν χάσει όλο το ενδιαφέρον τους για τους άλλους και δεν νοιάζονται καθόλου για αυτούς (Γράφημα 24).



Γράφημα 24 Q12_Κοινωνική απόσυρση

Αναποφασιστικότητα

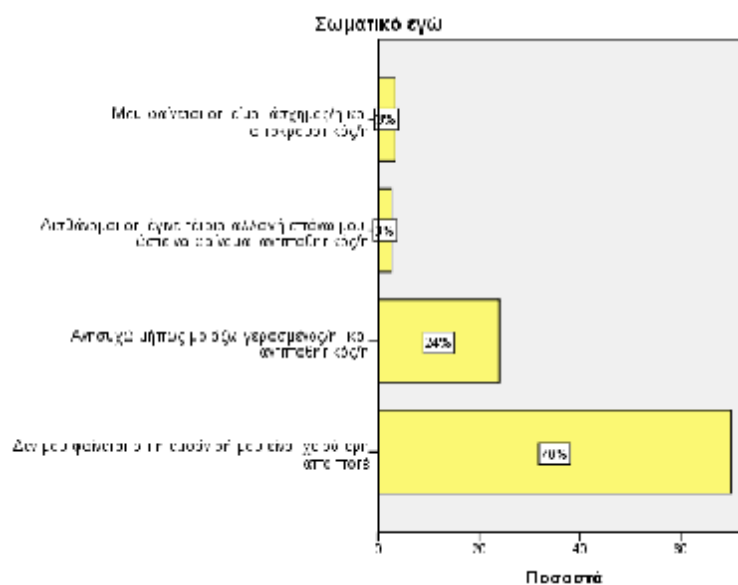
Το 71% των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσαν το ίδιο αποφασιστικοί όπως συνήθιζαν πάντα. Το 21% δήλωσαν πως τελευταία ανέβαλαν στο να παίρνουν αποφάσεις. Το 7% αποκρίθηκαν πως δυσκολεύονται στο να πάρουν αποφάσεις, ενώ μόλις το 1% δεν μπορούσε να πάρει καμία απόφαση (Γράφημα 25).



Γράφημα 25 Q13_Αναποφασιστικότητα

Σωματικό εγώ

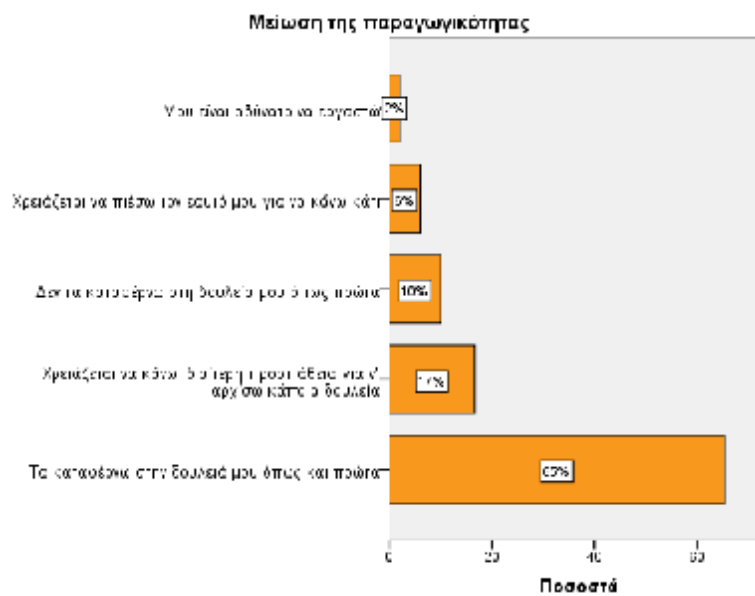
Το 70% του δείγματος δήλωσε πως δεν αισθάνονται πως η εμφάνισή τους είναι χειρότερη από ποτέ. Αντίθετα, το 24% ανησυχούσαν μήπως έμοιαζαν γερασμένοι και αντιπαθητικοί. Το 6% αποκρίθηκαν πως πρόσφατες αλλαγές του έκαναν είτε αντιπαθητικούς είτε αποκρουστικούς (Γράφημα 26).



Γράφημα 26 Q14_Σωματικό εγώ

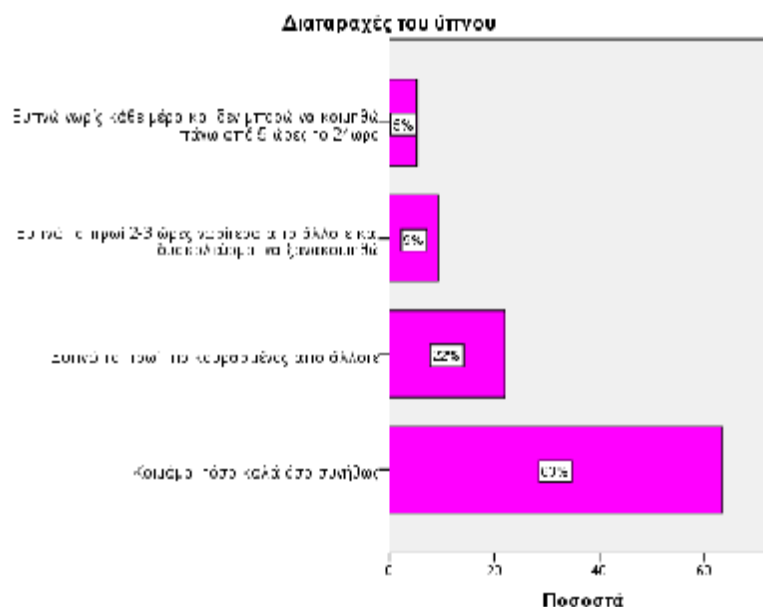
Μείωση της παραγωγικότητας

Το 65% του δείγματος δήλωσαν πως νιώθουν το ίδιο παραγωγικοί όπως και πριν. Αντίθετα, το 17% δήλωσαν πως χρειάζονταν ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε να αρχίσουν κάποια δουλειά. Επίσης ένα στους δέκα συμμετέχοντες (10%) αποκρίθηκε πως δεν τα κατάφερνε στη δουλειά το ίδιο με πριν. Το 6% απάντησαν πως χρειαζόταν να πιέσουν τους εαυτούς τους για να κάνουν κάτι, ενώ μόλις το 2% του δείγματος δήλωσαν ανίκανοι να εργαστούν (Γράφημα 27).



Γράφημα 27 Q15_Μείωση παραγωγικότητας

Διαταραχές του ύπνου

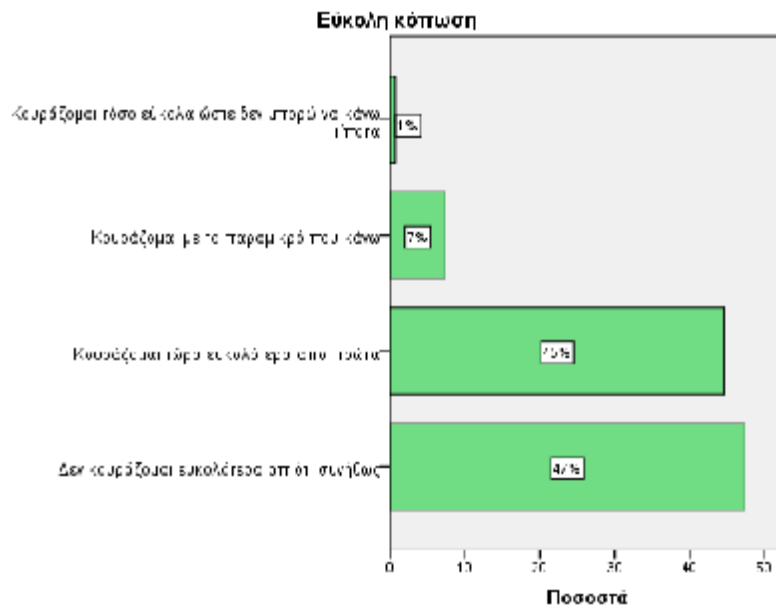


Γράφημα 28 Q16_Διαταραχές ύπνου

Το 63% των ερωτώμενων δήλωσαν πως συνέχιζαν να κοιμούνται τόσο καλά όπως συνήθως. Αντίθετα, το 22% δήλωσαν πως ξυπνούν πιο κουρασμένοι από πριν. Το 9% δήλωσαν πως ξυπνούν νωρίτερα από ότι συνήθως και δυσκολεύονται να ξανακοιμηθούν. Τέλος, το 5% του δείγματος δεν μπορούσαν να κοιμηθούν πάνω από πέντε ώρες το 24ωρο (Γράφημα 28).

Εύκολη κόπωση

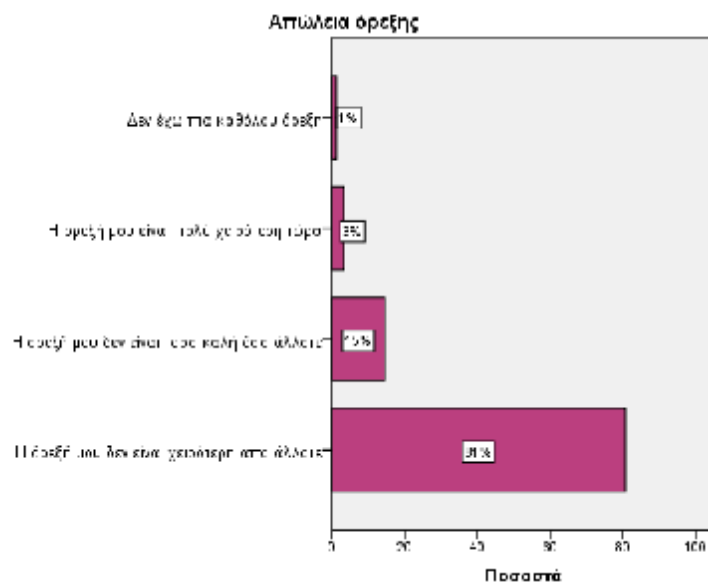
Λιγότεροι από τους μισούς, σε ποσοστό 47% αποκρίθηκαν πως δεν κουράζονται ευκολότερα σε σχέση με παλιότερα. Αντίθετα, το 45% αποκρίθηκαν πως κουράζονταν όντως ευκολότερα σε σχέση με παλιότερα. Το 7% απάντησαν πως κουράζονταν με το παραμικρό, ενώ μόλις το 1% αποκρίθηκαν πως κουράζονται τόσο εύκολα ώστε να μην μπορούν να κάνουν τίποτα (Γράφημα 29).



Γράφημα 29 Q17_Εύκολο κόπωση

Απώλεια όρεξης

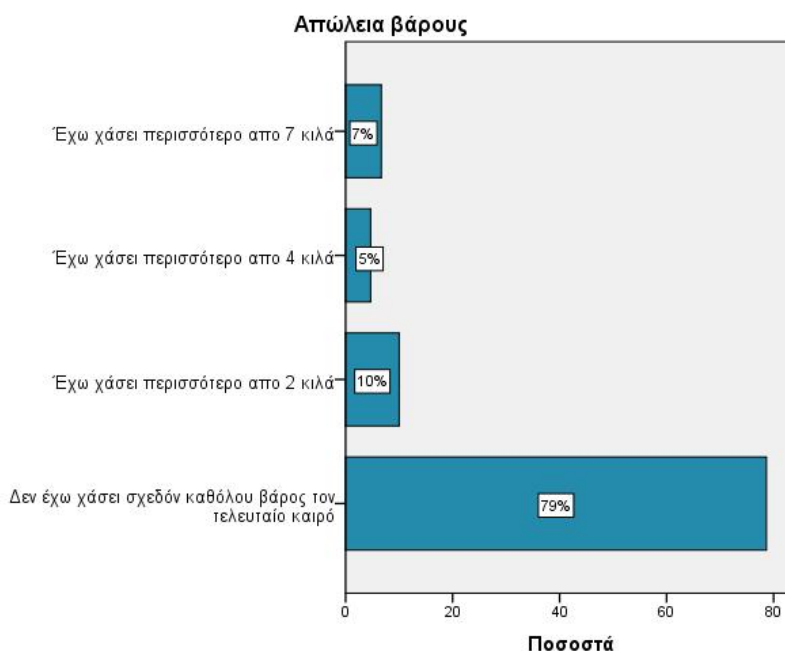
Το 81% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως δεν έχασαν την όρεξή τους σε σχέση με παλιότερα. Αντίθετα το 15% αποκρίθηκαν πως η όρεξή τους δεν είναι το ίδιο καλή με άλλοτε, το 3% απάντησαν πως η όρεξή τους ήταν χειρότερη σε σχέση με παλιότερα, ενώ επίσης το 1% απάντησαν πως δεν είχαν καθόλου όρεξη (Γράφημα 30).



Γράφημα 30 Q18_Απώλεια όρεξης

Απώλεια βάρους

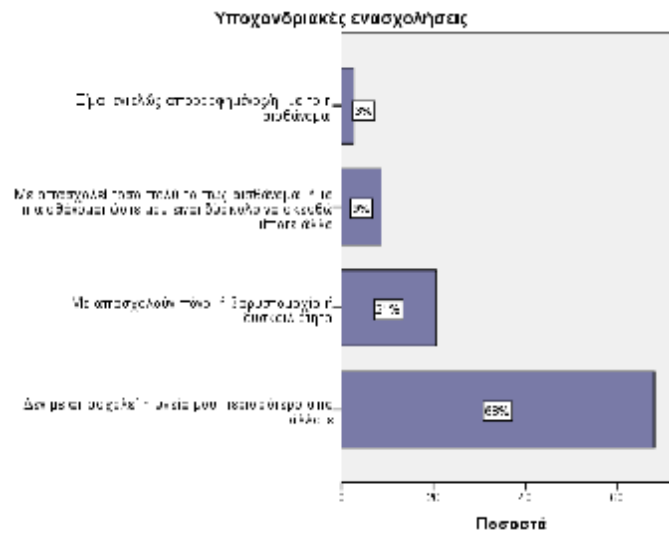
Για το 79% των ερωτηθέντων δεν είχε μεταβληθεί καθόλου το βάρος τους κατά το τελευταίο διάστημα. Το 10% είχαν χάσει περισσότερα από 2 κιλά, το 5% περισσότερα από 4 κιλά, ενώ το 7% είχαν χάσει περισσότερα από 7 κιλά (Γράφημα 31).



Γράφημα 31 Q19_Απώλεια βάρους

Υποχονδριακές ενασχολήσεις

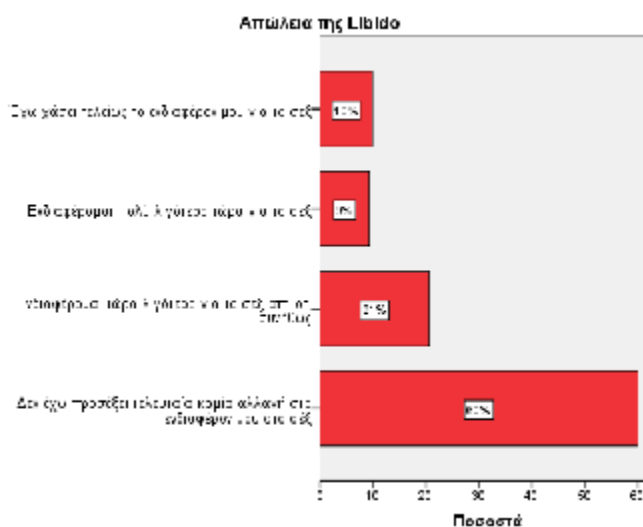
Για το 68% του δείγματος δεν άλλαξε η στάση τους ως προς το ενδιαφέρον για την υγεία τους. Το 21% τους απασχολούσαν έντονα πόνοι, βαρυστομαχιά και δυσκοιλιότητα. Το 9% απάντησαν πως σκέφτονται τόσο πολύ για το πώς αισθάνονται ώστε τους ήταν δύσκολο να σκεφτούν κάτι άλλο. Το 3% ήταν εντελώς απορροφημένοι/ες με το τι αισθάνονται (Γράφημα 32).



Γράφημα 32 Q20_Υποχονδριακές ενασχολήσεις

Απώλεια της Libido

Το 60% των συμμετεχόντων δεν είχαν προσέξει καμία αλλαγή στη διάθεσή τους για σεξ. Αντίθετα, το 21% δήλωσαν πως πλέον είχαν λιγότερο ενδιαφέρον για σεξ. Το 9% αποκρίθηκαν πως ενδιαφέρονταν πολύ λιγότερο. Τέλος, ένας στους δέκα (10%) δήλωσε πως είχε χάσει εντελώς το ενδιαφέρον του/της για σεξ (Γράφημα 33).



Γράφημα 33 Q21_Απώλεια της Libido

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΚΛΙΜΑΚΑ BECK

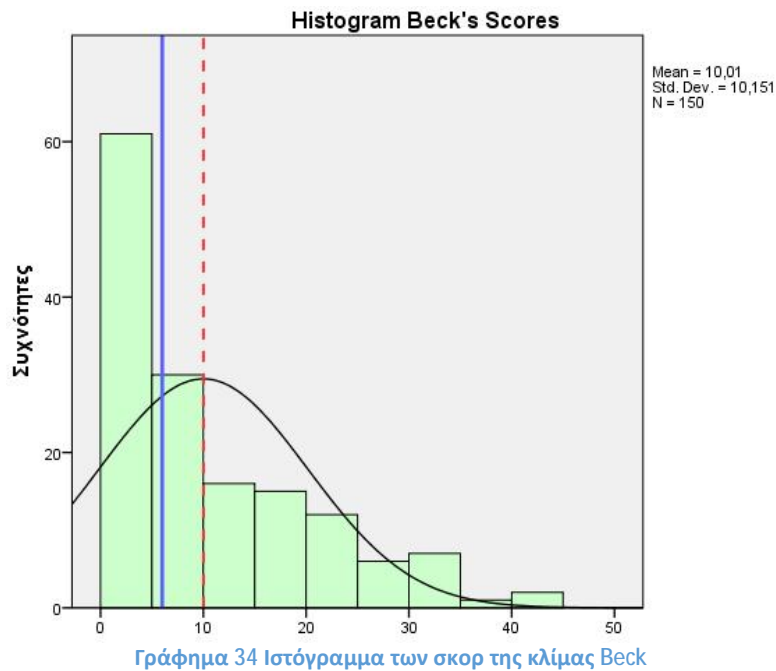
Σύμφωνα με το εγχειρίδιο του ερευνητικού εργαλείου του Beck αθροίστηκαν κατάλληλα οι απαντήσεις των συμμετεχόντων για κάθε έναν και μία ξεχωριστά, με αποτέλεσμα να προκύψει εν τέλει μία κλίμακα αξιολόγησης της συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών σύμφωνα με τον Beck.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα σημαντικότερα μέτρα θέσης και διασποράς που υπολογίστηκαν για τη μεταβλητή κλίμακα του Beck. Υπήρξε συμμετέχοντας με βαθμολογία του Beck ίση με το μηδέν. Η μεγαλύτερη βαθμολογία που υπολογίστηκε ήταν ίση με 41. Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία του Beck, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να πάσχει κάποιος από κατάθλιψη. Η μέση τιμή της κλίμακας είναι ίση με 10,01. Η βαθμολογία με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είναι ίση με το μηδέν. Σύμφωνα με το 2^ο τεταρτημόριο – διάμεσο το 50% των συμμετεχόντων υπολογίστηκαν με λιγότερες από 6 μονάδες της κλίμακας Beck. Επίσης το 75% είχαν βαθμολογία μικρότερη από 16 μονάδες. Συνεπώς, το υπόλοιπο 25% είχαν βαθμολογία μεγαλύτερη από 16 μονάδες, δηλαδή τουλάχιστον μέτρια διαταραχή της διάθεσής τους (**Πίνακας 6**).

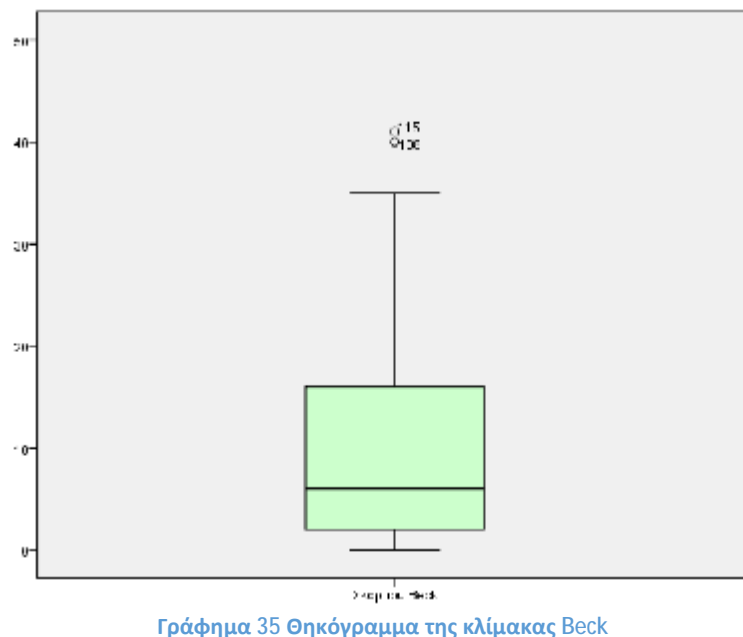
Beck's Scores		
Παρατηρήσεις		150
Εκλιπούσες Τιμές		0
Μέση Τιμή		10,01
Επικρατούσα Τιμή		0
Τυπική Απόκλιση		10,151
Ελάχιστο		0
Μέγιστο		41
Τεταρτημόρια	25 ^ο	2,00
	50 ^ο	6,00
	75 ^ο	16,00

Πίνακας 6 Περιγραφικά μέτρα κλίμακας Beck

Στο ακόλουθο γράφημα απεικονίζεται η κατανομή των βαθμολογιών της κλίμακας Beck, όπως αυτές υπολογίστηκαν ως νέα μεταβλητή. Με κόκκινη διακεκομμένη γραμμή αποτυπώνεται η θέση του αριθμητικού μέσου. Με μπλε έντονη γραμμή αποτυπώνεται η θέση της διαμέσου. Η κατανομή της μεταβλητής εμφανίζει αρνητική ασυμμετρία (**Γράφημα 34**).



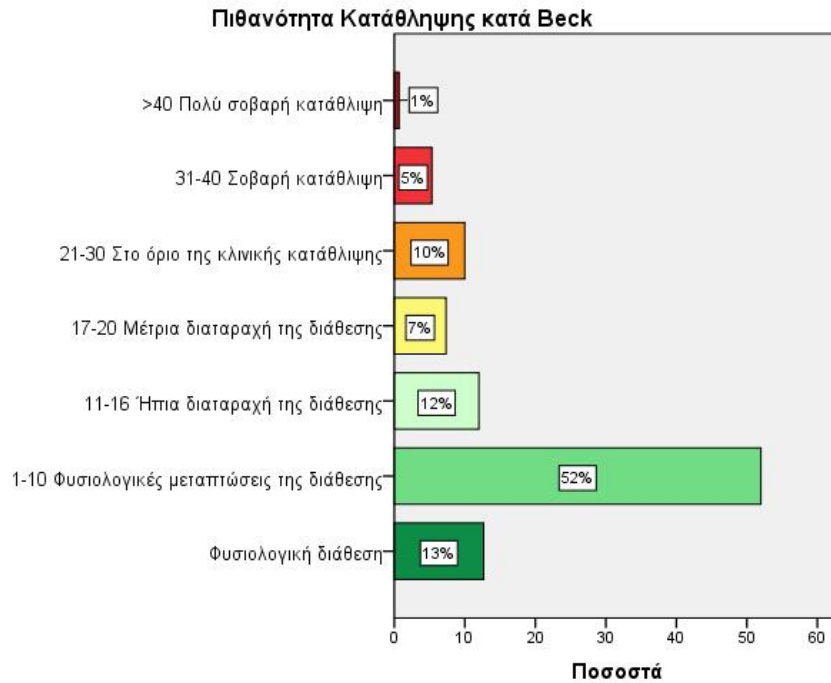
Στο ακόλουθο θηκόγραμμα βλέπουμε την κατανομή των σκορ του Beck. Σύμφωνα με τις υπολογιζόμενες τιμές διακρίνονται δύο ακραία αυξημένες τιμές (**Γράφημα 35**).



Πιθανότητα κατάθλιψης κατά Beck

Ταξινομώντας την κλίμακα Beck σύμφωνα με συγκεκριμένα όρια, είμαστε σε θέση να αποτυπώσουμε την πιθανότητα ενός ερωτώμενου να πάσχει από κατάθλιψη, σύμφωνα με τον ερευνητή Beck. Μόλις το 13% των ερωτώμενων διαπιστώθηκαν με φυσιολογική διάθεση. Το 52% των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία δηλαδή του δείγματος, διαγνώσθηκαν με φυσιολογικές μεταπτώσεις στη διάθεσή τους. Το 12% εμφάνισαν ήπιες διαταραχές της

διάθεσής τους. Το 7% είχαν μέτρια διαταραχή διάθεσης. Αντίθετα, ένας στους δέκα (10%) αξιολογήθηκε στο όριο της κλινικής κατάθλιψης. Το υπόλοιπο 6% εκτιμήθηκαν είτε με σοβαρή κατάθλιψη, είτε με πολύ σοβαρή κατάθλιψη (Γράφημα 36).



Γράφημα 36 Πιθανότητα κατάθλιψης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στο κομμάτι της διμεταβλητής ανάλυσης διερευνήθηκε η επίδραση δημογραφικών παραγόντων στην κλίμακα του Beck, όπως αυτή υπολογίστηκε για όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Η έλλειψη κανονικότητας υπέδειξε τη χρήση μη παραμετρικών ελέγχων, αντίστοιχων με τους παραμετρικούς.

Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε η επίδραση του παράγοντα φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, σεξουαλικές προτιμήσεις, μορφωτικό επίπεδο, αριθμός τέκνων, τόπος διαμονής, χρονικό διάστημα που είναι κάποιος φορέας, χρονικό διάστημα που κάποιος λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για τον HIV, χρονικό διάστημα που κάποιος λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για το άγχος και την κατάθλιψη.

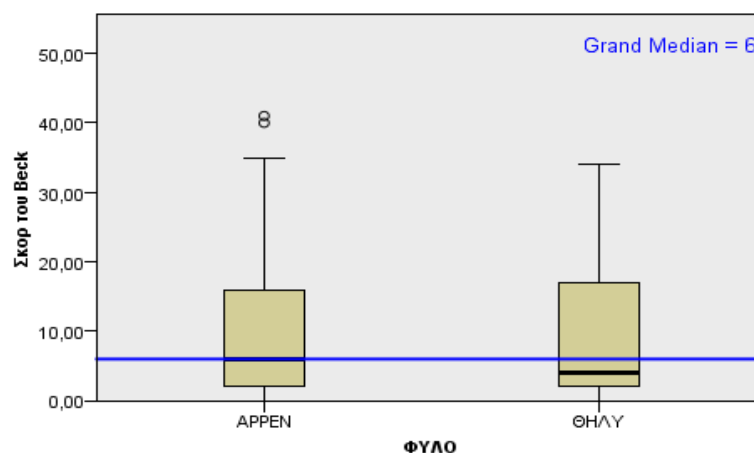
Βαθμολογία Beck ως προς το φύλο

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του παρακάτω μη παραμετρικού ελέγχου δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα φύλο στις βαθμολογίες του Beck που υπολογίστηκαν. Οι άντρες και οι γυναίκες συμμετέχουσες δεν υπολογίστηκαν με στατιστικά σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες του Beck.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Σκορ του Beck are the same across categories of ΦΥΛΟ.	Independent-Samples Median Test	,742	Retain the null hypothesis.

Independent-Samples Median Test

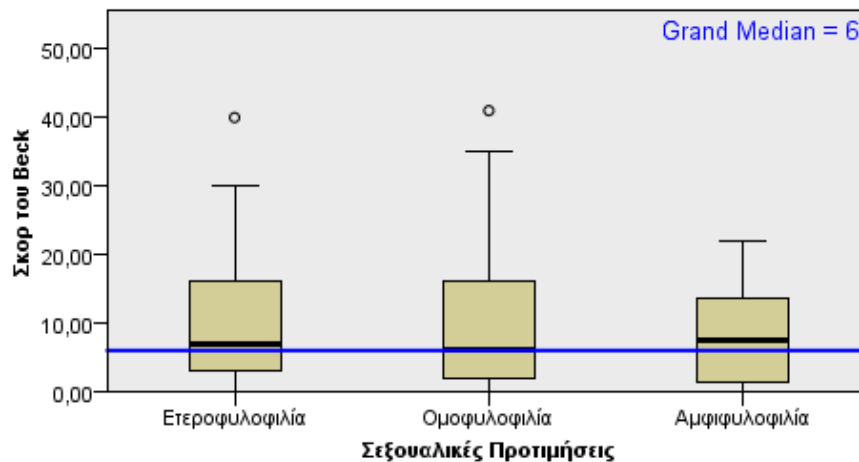


Βαθμολογία του Beck ως προς τις σεξουαλικές προτιμήσεις

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Σκορ του Beck are the same across categories of Σεξουαλικές Προτιμήσεις.	Independent-Samples Median Test	,755	Retain the null hypothesis.

Independent-Samples Median Test

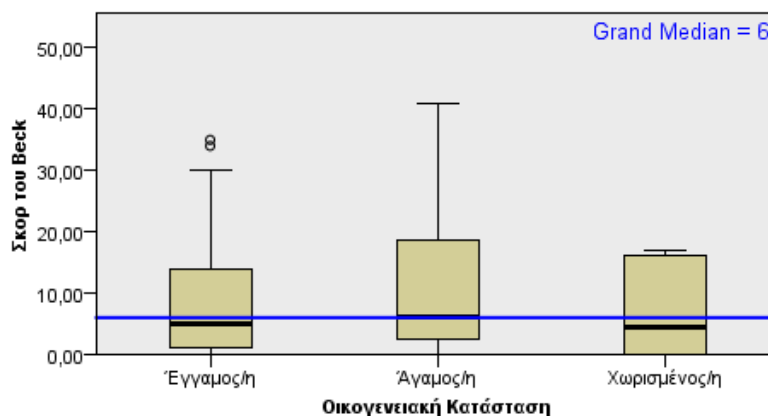


Η βαθμολογία του Beck ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Σκορ του Beck are the same across categories of Οικογενειακή Κατάσταση.	Independent-Samples Median Test	,900	Retain the null hypothesis.

Independent-Samples Median Test

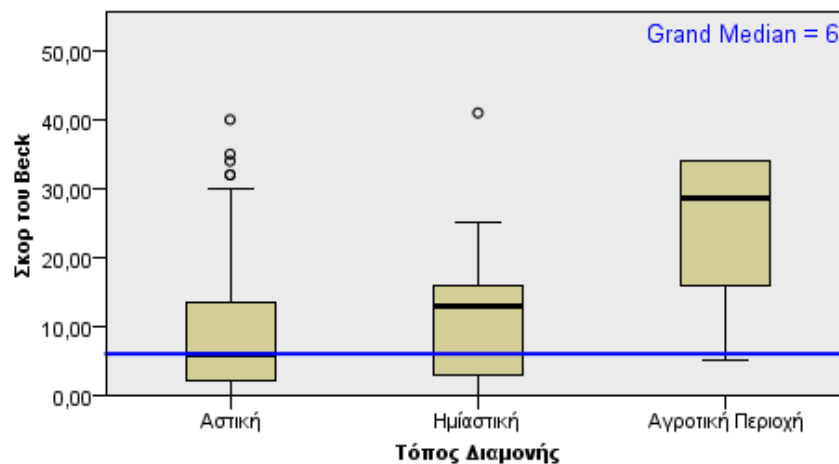


Βαθμολογία του Beck ως προς τον τόπο διαμονής

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Σκορ του Beck are the same across categories of Τόπος Διαμονής.	Independent-Samples Median Test	,085	Retain the null hypothesis.

Independent-Samples Median Test

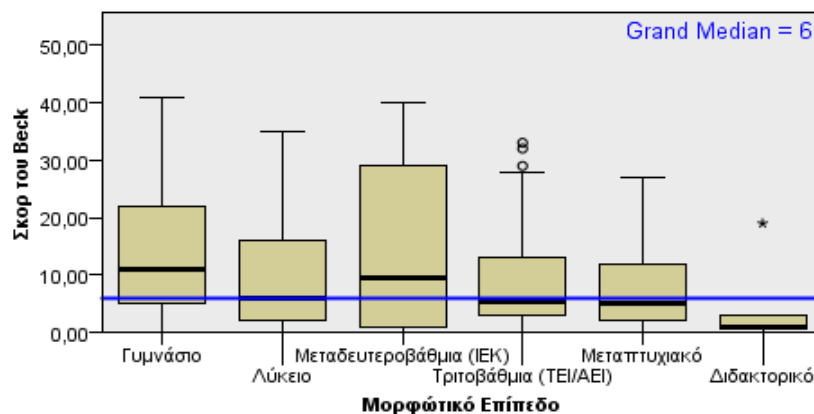


Βαθμολογία του Beck ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Σκορ του Beck are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο.	Independent-Samples Median Test	,455	Retain the null hypothesis.

Independent-Samples Median Test



Μελέτη συσχέτισης του Spearman

Spearman's Correlations		
		Beck's Scores
Ηλικία	r	-,032
	p-value	,693
	N	150
Χρονικό διάστημα που είναι κάποιος φορέας HIV	r	-,144
	p-value	,079
	N	150
Χρονικό διάστημα λήψης φαρμακευτικής αγωγής για το HIV+:	r	-,146
	p-value	,074
	N	150
Χρονικό διάστημα λήψης αγωγής για το άγχος και την κατάθλιψη	r	,159
	p-value	,052
	N	150

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα έγινε στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας του τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αποτύπωση και η διερεύνηση της ψυχικής κατάστασης οροθετικών ασθενών.

Το δείγμα συλλέχτηκε από δημόσιο νοσοκομείο, κατόπιν σχετικής άδειας. Το μέγεθος του δείγματος θεωρείται ιδιαίτερα μεγάλο αν αναλογιστεί κάποιος την ιδιαιτερότητα του δείγματος. Η έρευνα ήταν ανώνυμη και έγινε με τη χρήση κατάλληλου δομημένου ερωτηματολογίου, ενώ η αξιολόγηση της συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών έγινε με τη χρήση του εργαλείου του Beck.

Μόλις μία στους δέκα συμμετέχοντες στην έρευνα είναι γυναίκα, ενώ η μέση ηλικία των ατόμων του δείγματος είναι 42,57 ετών. Αξίζει να αναφερθεί πως το 75% του δείγματος ήταν νεότεροι από 52 ετών κατά τη στιγμή διεξαγωγή της έρευνας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, σε ποσοστό 67% δήλωσαν ομοφυλόφιλοι, ενώ μόλις το 16% ήταν έγγαμοι. Ιδιαίτερα υψηλό κρίνεται το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων καθώς το 54% ήταν τουλάχιστον απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 75% των ασθενών νοσούσαν για περισσότερα από 3 έτη, ενώ τέλος το 11% λάμβαναν φαρμακευτικό αγωγή για το άγχος και την κατάθλιψη.

Τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς σύμφωνα με την κλίμακα του Beck αποτυπώθηκε κυρίως ως προς την ευερεθιστότητά τους καθώς και την ευκολία με την οποία πλέον κουράζονταν. Η μέση τιμή της βαθμολογίας Beck ήταν ίση με 10 μονάδες. Μόλις το 25% του δείγματος υπολογίστηκαν με βαθμολογία Beck μεγαλύτερη των 16 μονάδων. Το 65% κατηγοριοποιήθηκαν ως άτομο χωρίς σημαντικές διαταραχές, ενώ το υπόλοιπο 35% είχαν τουλάχιστον ήπιες διαταραχές διάθεσης.

Κατά τη διπαραγοντική ανάλυση διερευνήθηκε η επίδραση δημογραφικών παραγόντων στα επίπεδα συναισθηματικής κατάστασης των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα μελετήθηκε η επίδραση του παράγοντα φύλο, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο, σεξουαλικές προτιμήσεις και οικογενειακή κατάσταση, ενώ επίσης εκτιμήθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στην

κλίμακα του Beck, την ηλικία, χρονικό διάστημα νόσου, χρονικό διάστημα λήψης φαρμάκων για τη νόσο και χρονικό διάστημα λήψης φαρμάκων για το άγχος και την κατάθλιψη.

Σε επίπεδο σημαντικότητα 95% δεν παρατηρήθηκε για κανέναν από τους δημογραφικούς παράγοντες να επιδρά στατιστικά σημαντικά στα επίπεδα κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα του Beck. Επίσης καμία από τις ποσοτικές μεταβλητές δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση, είτε θετική είτε αρνητική, με την κλίμακα του Beck.

Καταλήγοντας για να οριστικοποιήσουμε τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης πρέπει να μεγάλώσει το δείγμα του πληθυσμού, ενδεχομένως να επαναληφθεί η έρευνα και σε άλλη χρονική περίοδο, να πραγματοποιηθεί η αντίστοιχη έρευνα και σε άλλα νοσοκομεία της Ελλάδας αλλά και σε νοσοκομεία του εξωτερικού. Την χρονική περίοδο που διεξήχθη η έρευνα το παραπάνω δείγμα των οροθετικών ατόμων δεν εμφανίζει κατάθλιψη.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aberg-Wistedt A, Husselmark L, Stain-Malingren R, et al. Serotonergic vulnerability in affective disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 1998; 97:374–380. [PubMed]
2. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Alves MJH, Belém JM, dos Santos Figueiredo FW, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int. Health Hum. Rights.* 2016; 16:2. Pmid: 26769484
3. Ammassari A, Antinori A, Aloisi MS, et al. Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatics.* 2004; 45:394–402.
4. Anderson I. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants; a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord.* 2000; 58:19–36.
5. Anisman H, Merali Z, Hayley S. Neurotransmitters, peptides and cytokines process in relation to depressive disorder: comorbidity between depression and neurodegenerative disorder. *Prog Neurobiol Biol Psychiat.* 2008; 85:1–74. [PubMed]
6. Antoni MH, Cruess S, Cruess DG, et al. Cognitive-behavioral stress management reduces distress and 24-hour urinary free cortisol output among symptomatic HIV-infected gay men. *Ann Behav Med.* 2000; 22:29–37.
7. Asch SM, Kilbourne AM, Gifford AL, Burnam MA, Turner B, Shapiro MF, et al. Underdiagnosis of depression in HIV: who are we missing? *J. Gen. Intern. Med.* 2003; 18:450–60. Pmid: 12823652
8. Baker G, Fang H, Sinha S, Coultas R. Metabolic drug interactions with selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants. *Neurosci Biobehav Rev.* 1998; 22:325–333.
9. Bakker IM, van Marwijk HW, Terluin B, Anema JR, van MW, Stalman WA. Training GP's to use a minimal intervention for stress-related mental disorders with sick leave (MISS): Effects on performance Results of the MISS project; a cluster-randomised controlled trial. *Patient Education Counseling.* 2010; 78:206–211. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.006. [PubMed] [Cross Ref]
10. Barrientos RM, Sprunger DB, Campeau S, et al. BDNF mRNA down regulation produced by social isolation is blocked by intrahippocampal IL-1R antagonist. *Neurosci.* 2003; 121:847–853. [PubMed]

11. Barua B. *Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada*. 2015. Available: <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/waiting-your-turn-2015.pdf>.
12. Batki S. Bupirone in drug users with AIDS or AIDS – related complex. *J Clin Psychopharmacol*. 1990; 10:111–115.
13. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56:893–897. [PubMed]
14. Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *J Anxiety Disord*. 1991; 5:213–223. doi: 10.1016/0887-6185(91)90002-B. [Cross Ref]
15. Berger S, Schad T, von Wyl V, et al. Effects of cognitive behavioral stress management on HIV-1 RNA, CD4 cell counts and psychosocial parameters of HIV-infected persons. *AIDS*. 2008; 22(6):767–775.
16. Bernardino L, Agasse F, Silva R, et al. TNF-alpha modulates survival, proliferation and neural differentiation in neonatal sunventricular zone cell cultures. *Stem Cells*. 2008; 26:2361–2371. [PubMed]
17. Bess KD, Adams J, Watt MH, O'Donnell JK, Gaynes BN, Thielman NM, et al. Providers' attitudes towards treating depression and self-reported depression treatment practices in HIV outpatient care. *AIDS Patient Care STDS*. 2013; 27:171–80. Pmid: 23442030
18. Bhui K. *Culture and Mental Health: A comprehensive textbook* CRC Press; 2012. Available: <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=q8wgCAAQBAJ&pgis=1>.
19. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58:721–728.
20. Bousman CA, Cherner M, Ake C, Letendre S, Atkinson JH, Patterson TL, et al. Negative mood and sexual behavior among non-monogamous men who have sex with men in the context of methamphetamine and HIV. *J. Affect. Disord*. 2009; 119:84–91. Pmid: 19419773
21. Bramesfeld A, Grobe TG, Schwartz FW. Who is diagnosed as suffering from depression in the German statutory health care system? An analysis of health insurance data. *Eur J Epidemiol*. 2007; 22:397–403.
22. Bravo P, Edwards A, Rollnick S, Elwyn G. Tough decisions faced by people living with HIV: a literature review of psychosocial problems. *AIDS Rev*. 2010;12(2):76–88.

23. Brien S, Grenier L, Kapral M, Kurdyak P, Vigod S. Taking Stock: A report on the quality of mental health and addictions services in Ontario. Institute for Clinical Evaluative Sciences. 2015. Available: <http://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports>.
24. British Medical Association, NHS Employers. Quality and Outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. 2009. 3rd revision.
25. Brown JL, Venable PA. Cognitive-behavioral stress management interventions for persons living with HIV: a review and critique of the literature. *Ann Behav Med.* 2008; 35(1):26–40.
26. Brown TA, Barlow DH. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment.* 2009; 21:256–271. [PMC free article] [PubMed]
27. Buntinx M, Moreels M, Vandenabeele I, et al. Cytokine induced cell death in human oligodendroglia cell lines: synergistic effects of IFN gamma and TNF-alpha on apoptosis. *Neurosci Res.* 2004; 76:834–845. [PubMed]
28. Burnam MA, Bing EG, Morton SC, Sherbourne C, Fleishman JA, London AS, et al. Use of Mental Health and Substance Abuse Treatment Services Among Adults With HIV in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2001; 58:729–36. Pmid: 11483138
29. Busch M, Maske U, Ryl L, Schlack R, Hapke U. [Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt.* 2013; 56(5–6):733–739. German.
30. Caballero J, Nahata M. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in the treatment of depression in adults with HIV. *Ann Pharmacother.* 2005; 39:141–145.
31. Calogero AE, Bagdy G, Moncada ML, D'Agata R. Effect of SSRI agonists on basal CRH and VP induced ACTH release in vitro from rat pituitary cells. *J Endocrinol.* 1993; 136:381–387. [PubMed]
32. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Can. J. Psychiatry.* 2001; 46 Suppl 1:5S–90S. Pmid: 12371438
33. Carvarhal A, de Abreu P, Spode A, Correa J, Kapczinski F. An open trial of reboxetine in HIV-seropositive outpatients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2003; 64:421–424.

34. Chaouloff F. Regulation of 5HT receptors by corticosteroids: where do we stand? *Fund Clin Pharmacol.* 1995; 9:219–233. [PubMed]
35. Choi SKY, Boyle E, Burchell AN, Gardner S, Collins E, Grootendorst P, et al. Validation of Six Short and Ultra-short Screening Instruments for Depression for People Living with HIV in Ontario: Results from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. *PLoS One.* 2015;10:e0142706. pmid:26566285
36. Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry.* 2001;158:725–730.
37. Cook JA, Burke-Miller JK, Grey DD, Cocohoba J, Liu C, Schwartz RM, et al. Do HIV-positive women receive depression treatment that meets best practice guidelines? *AIDS Behav.* 2014; 18:1094–102. Pmid: 24402689
38. Cox BJ, Cohen E, Dorenfeld DM, Swinson RP. Does the Beck Anxiety Inventory measure anything beyond panic attack symptoms? *Behaviour Research and Therapy.* 1996; 34(11-12):949–954. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00037-X.
39. Crepaz N, Passin WF, Herbst JH, et al. Meta-analysis of cognitive-behavioral interventions on HIV-positive persons' mental health and immune functioning. *Health Psychol.* 2008; 27(1):4–14.
40. Currier M, Molina G, Kato M. A prospective trial of sustained release bupropion for depression in HIV-seropositive and AIDS patients. *Psychosomatics.* 2003; 44:120–125.
41. Currier M, Molina G, Kato M. Citalopram treatment of major depressive disorder in Hispanic HIV and AIDS patients: a prospective study. *Psychosomatics.* 2004; 45:210–216.
42. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol.* 2015; 135(4):984–991.
43. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, et al. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci.* 2008; 9:46–56. [PMC free article] [PubMed]
44. Davis S, Heal DJ, Stanford SC. Long lasting effects of acute stress on the neurochemistry and function of 5HT neurons in mouse brain. *Psychopharmacol.* 1995; 118:267–272. [PubMed]
45. De Graaf R, Bijl RV, Smit F, Vollebergh WA, Spijker J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry.* 2002; 159:620–629. doi: 10.1176/appi.ajp.159.4.620. [PubMed] [Cross Ref]

46. de Ronchi D, Faranca I, Forti P, et al. Development of acute psychotic disorders and HIV-1 infection. *Int J Psychiatry Med.* 2000;30(2):173–183.
47. Del Guerra FB, Fonseca JL, Figueiredo VM, Ziff EB, Konkiewitz EC. Human immunodeficiency virus-associated depression: contributions of immuno-inflammatory, monoaminergic, neurodegenerative, and neurotrophic pathways. *J Neurovirol.* 2013;19(4):314–327.
48. DeSilva KE, Le Flore DB, Marston BJ, Rimland D. Serotonin syndrome in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy and fluoxetine. *AIDS.* 2001; 15:1281–1285.
49. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, et al. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiat.* 2009 Epub. [PubMed]
50. Dowrick C, Leydon GM, McBride A, Howe A, Burgess H, Clarke P, Maisey S, Kendrick T. Patients' and doctors' views on depression severity questionnaires incentivised in UK quality and outcomes framework: qualitative study. *Br Med J.* 2009; 338:b663. doi: 10.1136/bmj.b663.
51. Dubé B, Benton T, Cruess DG, Evans DL. Neuropsychiatric manifestations of HIV infection and AIDS. *J Psychiatry Neurosci.* 2005;30:237–246.
52. Duhoux A, Fournier L, Nguyen CT, Roberge P, Beveridge R. Guideline concordance of treatment for depressive disorders in Canada. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2009; 44:385–92.
53. Durbin A, Bondy SJ, Durbin J. The Association between Income Source and Met Need among Community Mental Health Service Users in Ontario, Canada. *Community Ment. Health J.* 2011; 48:662–72. Pmid: 22086184
54. Eaton WW, Muntaner C, Smith C, et al. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R). In: Maruish ME, editor. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment* 3rd edn. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2004:363–377.
55. Elliott AJ, Roy-Byrne PP. Mirtazapine for depression in patients with human immunodeficiency virus. *J Clin Psychopharmacol.* 2000; 20(2):265–267.
56. Elliott AJ, Russo J, Bergam K, Claypoole K, Uldall KK, Roy-Byrne PP. Antidepressant efficacy in HIV seropositive outpatients with major depressive disorder: an open trial of nefazodone. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60(4):226–231.

57. Elliott AJ, Uldall KK, Bergam K, Russo J, Claypoole K, Roy-Byrne PP. Randomized, placebo- controlled trial of paroxetine versus imipramine in depressed HIV-positive outpatients. *Am J Psychiatry*. 1998; 155:367–372.
58. Ereshefsky L, Dugan D. Review of the pharmacokinetics, pharmacogenetics, and drug interaction potential of antidepressants: focus on venlafaxine. *Depress Anxiety*. 2000; 12:30–44.
59. euro.who.int/de [homepage on the Internet]. WHO: Definition einer Depression, Available from: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>.
60. Ferguson RJ. In: Handbook of psychological assessments in primary care settings. Maruish ME, editor. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2000. Using the Beck Anxiety Inventory in Primary Care; pp. 509–535.
61. Fernandez F, Levy JK, Samley HR, et al. Effects of methylphenidate in HIV-related depression: a comparative trial with desipramine. *Int J Psychiatry Med*. 1995; 25:53–67.
62. Fernando S, Rabkin J, de Moore G, Rabkin R. Antidepressant treatment of depression in HIV seropositive women. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60:741–746.
63. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994; 19(3):210–216.
64. Fleury M- J, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General Practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam. Pract*. 2012; 13:19. Pmid: 22423592
65. Frank MG, Baratta MV, Sprunger LR, et al. Microglia serve a neuroimmune substrate for stress-induced potentiation of CNS proinflammatory cytokine response. *Brain Behav Immun*. 2007; 21:47–59. [PubMed]
66. Frasure-Smith N, Lesperance F, Irwin MR, et al. Depression, C-reactive protein and two major cardiac events in men after acute coronary syndromes. *Biol Psychiatry*. 2007; 62:302–308. [PubMed]
67. Freudenreich O, Goforth H, Cozza K, et al. Psychiatric treatment of persons with HIV/AIDS: an HIV-psychiatry consensus survey of current practices. *Psychosomatics*. 2010; 51:480–488.
68. Fydrich T, Dowdall D, Chambless DL. Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *J Anxiety Disord*. 1992; 6:55–61. doi: 10.1016/0887-6185(92)90026-4.
69. Gallego L, Barreiro P, Lopez-Ibor JJ. Psychopharmacological treatments in HIV patients under antiretroviral therapy. *AIDS Rev*. 2012; 14:101–111.

70. Gavillet M, Allamen I, Magistretti PJ. Modulation of astrocytic metabolic phenotype by proinflammatory cytokines. *Glia*. 2008; 56:975–989. [PubMed]
71. Giacco D, Matanov A, Priebe S. Providing mental healthcare to immigrants: current challenges and new strategies. *Curr. Opin. Psychiatry* 2014; 27:282–8. Pmid: 24840159
72. Gilbody S, Sheldon T, Wessely S. Should we screen for depression? *Br Med J*. 2006; 332:1027–1030. doi: 10.1136/bmj.332.7548.1027. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref]
73. Godbout JP, Berg BM, Krzyszton C, Johnson RW. Alpha-tocopherol attenuates NF- κ B activation and proinflammatory cytokine production in brain improves recovery from lipopolysaccharide induced sickness behaviour. *J Neuroimmunol*. 2005; 169:97–105. [PubMed]
74. Goldner EM, Jones W, Fang ML. Access to and waiting time for psychiatrist services in a Canadian urban area: a study in real time. *Can. J. Psychiatry*. 2011; 56:474–80. Pmid: 21878158
75. Goshen T, Kreisel H, Ounallah-Saad P, et al. A dual role for IL-1 in hippocampal dependent memory processes. *Psychoneuroimmunol*. 2007; 32:1106–1115. [PubMed]
76. Grant RC, Kapoor V. Murine glial cells regenerate NAD after peroxide induced depletion, using nicotinic acid, nicotinamide or quinolinic acid as substrates. *Ann N Y Acad Sci*. 1998; 697:53–60. [PubMed]
77. Grassi B, Gambini O, Garghentini G, Lazzarin A, Scarone S. Efficacy of paroxetine for treatment of depression in the context of HIV infection. *Pharmacotherapy*. 1997; 30:70–71.
78. Greenblatt D, von Moltke L, Harmatz J, et al. Differential impairment of triazolam and zolpidem clearance by ritonavir. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2000; 24:129–136.
79. Greiner W, Claes C, Busschbach JJ, von der Schulenburg JM. Validating the EQ-5D with time trade off for the German population. *Eur J Health Econ*. 2005;6(2):124–130.
80. Guillemin GJ, Kerr SJ, Smyth GA, et al. The kynurenine pathway metabolism in human astrocytes: pathway for neuroprotection. *J Neurochem*. 2001; 78:842–853. [PubMed]
81. Hand GA, Lyerly GW, Jagers JR, Dudgeon WD. Impact of aerobic and resistance exercise on the health of HIV-infected persons. *Am J Lifestyle Med*. 2009;3(6):489–499.
82. Hardingham GE, Fukinaga Y, Badinmg H. Extrasynaptic NMDAR's oppose synaptic NMDAR's by triggering CREB shut-off and cell death pathway. *Nat Neurosci*. 2002; 5:405–414. [PubMed]
83. Hemmati Sabet A, Khalatbari J, Abbas Ghorbani M, Haghghi M, Ahmadpanah M. Group training of stress management vs. group cognitive-behavioral therapy in reducing

depression, anxiety and perceived stress among HIV-positive men. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2013; 7(1):4–8.

84. Henderson AS, Jorm AF, Korten AE, Jacomb P, Christensen H, Rodgers B. Symptoms of depression and anxiety during adult life: evidence for a decline in prevalence with age. *Psychol Med.* 1998; 28(6):1321–1328.

85. Henderson AS, Jorm AF, MacKinnon A, et al. The prevalence of depressive disorders and the distribution of depressive symptoms in later life: a survey using Draft ICD-10 and DSM-III-R. *Psychol Med.* 1993; 23:719–729.

86. Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2007; 5:44.

87. Hesse LM, von Moltke LL, Shader RI, Greenblatt DJ. Ritonavir, efavirenz, and nelfinavir inhibit CYP2B6 activity in vitro: potential drug interactions with bupropion. *Drug Metab Dispos.* 2001; 29:100–102.

88. Hewitt PL, Norton GR. The Beck Anxiety Inventory: A psychometric analysis. *Psychological Assessment.* 1993; 5:408–412.

89. Himelhoch S, Josephs JS, Chander G, Korthuis PT, Gebo KA. Use of outpatient mental health services and psychotropic medications among HIV-infected patients in a multisite, multistate study. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2009; 31:538–45. Pmid: 19892212

90. Hinkin CH, Castellon SA, Atkinson JH, Goodkin K. Neuropsychiatric aspects of HIV infection among older adults. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(suppl 1):S44–S52.

91. Horberg MA, Silverberg MJ, Hurley LB, et al. Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2008; 47(3):384–390.

92. Hoyer J, Becker ES, Neumer S, Soeder U, Margraf J. Screening for anxiety in an epidemiological sample: predictive accuracy of questionnaires. *J Anxiety Disord.* 2002; 16:113–134. doi: 10.1016/S0887-6185(01)00094-9. [PubMed] [Cross Ref]

93. Jacobs P, Yim R, Ohinmaa A, Eng K, Dewa CS, Bland R, et al. Expenditures on mental health and addictions for Canadian provinces in 2003 and 2004. *Can. J. Psychiatry.* 2008; 53:306–13. Pmid: 18551851

94. Kabacoff RI, Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord.* 1997; 11:33–47. doi: 10.1016/S0887-6185(96)00033-3. [PubMed] [Cross Ref]

95. Kacanek D, Jacobson DL, Spiegelman D, Wanke C, Isaac R, Wilson IB. Incident depression symptoms are associated with poorer HAART adherence: a longitudinal analysis from the Nutrition for Healthy Living study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 53:266–272.
96. Kang E, Delzell DA, Chhabra M, Oberdorfer P. Factors associated with high rates of antiretroviral medication adherence among youth living with perinatal HIV in Thailand. *Int J STD AIDS*. 2015; 26(8):534–541.
97. Kendrick T, Dowrick C, McBride A, Howe A, Clarke P, Maisey S, Moore M, Smith PW. Management of depression in UK general practice in relation to scores on depression severity questionnaires: analysis of medical record data. *Br Med J*. 2009; 338:b750. doi: 10.1136/bmj.b750. [PubMed] [Cross Ref]
98. Kielcolt-Glaser JK, Loving TJ, Stowell JR, et al. Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production and wound healing. *Arch Gen Psychiatr*. 2005; 62:1377–1384. [PubMed]
99. Kitagami T, Yamada K, Miura H, et al. Mechanism of systemically injected interferon-alpha impeding monoamine biosynthesis in rats:role of nitric oxide as a signal crossing the blood-brain-barrier. *Brain Res*. 2003; 978:104–114. [PubMed]
100. Kouris A, Christodoulou C, Efstathiou V, et al. Comparative study of quality of life and psychosocial characteristics in patients with psoriasis and leg ulcers. *Wound Repair Regen*. 2016; 24(2):443–446.
101. Krishnadas R, Cavanagh J. Depression: an inflammatory illness? *J Neurosurg Psychiatry*. 2012; 83(5):495–502.
102. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001; 16:606–613.
103. Lee MR, Cohen L, Hadley SW, Goodwin FK. Cognitive-behavioral group therapy with medication for depressed gay men with AIDS or symptomatic HIV infection. *Psychiatr Serv*. 1999; 50:948–952.
104. Leonard BE. Inflammation, depression and dementia: are they connected? *Neurochem Res*. 2007; 32:1749–1756. [PubMed]
105. Leonard BE. The concept of depression as a dysfunction of the immune system. *Curr Immunol Rev*. 2010; 6(3):205–212.
106. Leserman J. Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosom. Med*. 2008; 70:539–45.

107. Leyfer OT, Ruberg JL, Woodruff-Borden J. Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2006; 20:444–458. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.05.004.
108. Lowe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry.* 2008; 30:191–199. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.01.001. [PubMed] [Cross Ref]
109. Lutgendorf SK, Antoni MH, Ironson G, et al. Cognitive-behavioral stress management decreases dysphoric mood and herpes simplex virus-type 2 antibody titers in symptomatic HIV seropositive gay men. *J Consult Clin Psychol.* 1997; 65:31–43.
110. Lyketsos CG, Hanson A, Fishman M, McHugh PR, Treisman GJ. Screening for psychiatric morbidity in a medical outpatient clinic for HIV infection: the need for a psychiatric presence. *Int J Psychiatry Med.* 1994;24(2):103–113.
111. Maes M, Kubera M, Obuchowiczwa E, Goehler L, Brzeszcz J. Depression's multiple comorbidities explained by (neuro)inflammatory and oxidative and nitrosative stress pathways. *Neuro Endocrinol Lett.* 2011; 32(1):7–24.
112. Maes M, Meltzer H, Bosmans E, et al. Increased plasma concentrations of IL-6,sIL-6R,sIL-2R and transferrin receptor in major depression. *J Affect Dis.* 1995; 34:301–309. [PubMed]
113. Markowitz JC, Klerman GL, Clougherty KF, et al. Individual psychotherapies for depressed HIV positive patients. *Am J Psychiatry.* 1995; 152:1504–1509.
114. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B, et al. Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patient. *Arch Gen Psychiatry.* 1998; 55:452–457.
115. Mazzeo RS, Donovan D, Fleshner M, et al. IL-6 response to exercise and high altitude exposure: influence of alpha-adrenergic blockade. *J appl Physiol.* 2001; 91:2143–2149. [PubMed]
116. McDade TW, Hawkey LC, Cacioppo JT. Psychosocial and behavioral predictors of inflammation in middle-aged and older adults: the Chicago health,aging and social relations study. *Psychosom Med.* 2006; 68:376–381. [PubMed]
117. McGuire JL, Kempen JH, Localio R, Ellenberg JH, Douglas SD. Immune markers predictive of neuropsychiatric symptoms in HIV-infected youth. *Clin Vaccine Immunol.* 2015;22(1):27–36.
118. McIntosh A, Cohen A, Turnbull N, Esmonde L, Dennis P, Eatock J, Feetam C, Hague J, Hughes I, Kelly J, Kosky N, Lear G, Owens L, Ratcliffe J, Salkovskis P. Clinical guidelines

and evidence review for panic disorder and generalised anxiety disorder. Sheffield, University of Sheffield/London: National Collaborating Centre for Primary Care; 2010.

119. McIntyre J, Daley A, Rutherford K, Ross L. Systems-level barriers in accessing supportive mental health services for sexual and gender minorities: Insights from the provider's perspective. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2011; 30:173–186.
120. McKittrick CR, Blanchard DC, Blanchard RJ, et al. Serotonin receptor binding in a colony model of chronic social stress. *Biol Psychiat*. 1995; 37:383–395. [PubMed]
121. Meade CS, Sikkema KJ. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: A systematic review. *Clin. Psychol. Rev*. 2005; 25:433–57. Pmid: 15914265
122. Meijer OC, De Kloet ER. Corticosterone and serotonergic neurotransmission in hippocampus: functional implications of central corticosteroid receptor diversity. *Crit Rev Neurobiol*. 1998; 12:1–20. [PubMed]
123. Mental Health Commission of Canada. *Changing Directions Changing Lives*. 2012. Available: <http://strategy.mentalhealthcommission.ca/>.
124. Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, Moller HJ, Hegerl U, Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depression Anxiety*. 2007; 24:185–195. doi: 10.1002/da.20192. [PubMed] [Cross Ref]
125. Miller AH, Maletic V, Raison CL. Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression. *Biol Psychiat*. 2009; 65:732–741. [PMC free article] [PubMed]
126. Moffatt CJ, Franks PJ, Doherty DC, Smithdale R, Steptoe A. Psychological factors in leg ulceration: a case-control study. *Br J Dermatol*. 2009;161(4):750–756.
127. Mood Disorders Society of Canada. 2015 Mental Health Care System Survey Results. 2015. Available: <http://mooddisorderscanada.ca/page/2015-mental-health-care-system-survey-results>.
128. Moron JA, Zakharova I, Ferrer JV, et al. Mitogen activated protein kinase regulates dopamine transporter surface expression and dopamine transport capacity. *J Neurosci*. 2003; 23:8480–8488. [PubMed]
129. Moussavi S, Chatterji E, Verdes A, et al. Depression, chronic disease and decrements in health: results from WHO surveys. *Lancet*. 2007; 370:851–858. [PubMed]
130. Mulder CL, Emmelkamp PM, Antoni MH, Mulder JW, Sandfort TG, de Vries MJ. Cognitive behavioral and experiential group psychotherapy for HIV-infected homosexual men: a comparative study. *Psychosom Med*. 1994; 56:423–431.

131. Murphy JM. Symptom scales and diagnostic schedules in adult psychiatry. In: Tsuang MT, Tohen M, editors. *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. New York, NY: Wiley-Liss; 2002:273–332.
132. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality and the combination of risk factors: global burden of disease study. *Lancet*. 1997; 349:1436–1442. [PubMed]
133. Musso T, Gusella GL, Brooks A, et al. IL-4 inhibits IDO expression in human monocytes. *Blood*. 1994; 83:1408–1411. [PubMed]
134. Myint A-M, Kim Y-K, Verkerk R, et al. Kynurenine pathway in major depression: evidence of impaired neuroprotection. *J Affect Dis*. 2007; 98:143–151. [PubMed]
135. Myint A-M, Kim Y-K, Verkerk R, et al. Kynurenine pathway in major depression:evidence of impaired neuroprotection. *J Affect Dis*. 2007; 98:143–151. [PubMed]
136. Myint A-M, Kim Y-K. Cytokine-serotonin interactions through indoleamine 2,3 dioxygenase : a neurodegenerative hypothesis of depression. *Med Hypoth*. 2003; 61:519–525. [PubMed]
137. Neumeier JC, Petty F, Kramer GL, et al. Learned helplessness increases 5HT1B receptor mRNA levels in the rat dorsal nucleus. *Biol Psychiat*. 1997; 41:668–674. [PubMed]
138. Ngô TL. Review of the effects of mindfulness meditation on mental and physical health and its mechanisms of action. *Sante Ment Que*. 2013;38(2):19–34.
139. Nibuya M, Takahashi M, Russell DS, Duman RS. Regualtion of BDNF and trkB mRNA in rat brain by chronic ECTseizures in rat hippocampus. *Neurosci Lett*. 1999;267:81–84.
140. O’Keane V, Dinan TG. Prolactin and cortisol responses to d-fenfluramine in major depression: evidence for diminished responsivity of central serotonergic function. *Am J Psychiat*. 1991; 148:1009–1015. [PubMed]
141. Olatunji BO, Mimiaga MJ, O’Cleirigh C, Safren SA. A review of treatment studies of depression in HIV. *Top HIV Med*. 2006; 14(3):112–124.
142. Omonuwa T, Goforth H, Preud’homme X, et al. The pharmacological management of insomnia in patients with HIV. *J Clin Sleep Med*. 2009; 5:251–262.
143. Ongur D, Drevets WC, Price JL. Glial reduction in the subgenual prefrontalo cortex in mood disorders. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1998; 95:13290–13295. [PMC free article] [PubMed]
144. Ongur D, Katz IR, Meyers BS, et al. Glia reduction in subgenual prefrontal cortex in mood disorders. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1998; 95:13290–13295. [PMC free article] [PubMed]

145. Pace TW, Mietzko TC, Alagbe O, et al. Increased stress induced inflammatory response in male patients with major depression and increased early life stress. *Am J Psychiat*. 2006; 163:1630–1633. [PubMed]
146. Palfreyman S. Assessing the impact of venous ulceration on quality of life. *Nurs Times*. 2008; 104(41):34–37.
147. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000; 133:21–30.
148. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh S V, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *J. Affect. Disord*. 2009; 117 Suppl: S5–14. Pmid: 19674796
149. Pavlov VA, Tracey KJ. The cholinergic anti-inflammatory pathway. *Brain Behav Immun*. 2005; 19:493–499. [PubMed]
150. Perkins MN, Stone TW. An iontophoretic investigation of actions of convulsant kynurenes and their interaction with endogenous quinolinic acid. *Brain Res*. 1982; 247:184–187. [PubMed]
151. Phillips KD, Sowell RL, Rojas M, Tavakoli A, Fulk LJ, Hand GA. Physiological and psychological correlates of fatigue in HIV disease. *Biol Res Nurs*. 2004;6(1):59–74.
152. Piotrowski C. The status of the Beck Anxiety Inventory in contemporary research. *Psychol Rep*. 1999; 85:261–262. doi: 10.2466/PR0.85.5.261-262. [PubMed] [Cross Ref]
153. Pitt D, Nagelmeier IE, Wilson HC, Raine CS. Glutamate uptake by oligodendrocytes: implications for excitotoxicity in multiple sclerosis. *Neurol*. 2003; 61:1113–1120. [PubMed]
154. Porter R, McAllister-Williams RH, Lunn B, Young A. 5HT receptor function in man is reduced with susceptibility to major depression. *Psychopharmacol*. 1998; 139:243–250.
155. Psaros C, O'Cleirigh C, Bullis JR, Markowitz SM, Safren SA. The influence of psychological variables on health-related quality of life among HIV-positive individuals with a history of intravenous drug use. *J Psychoactive Drugs*. 2013;45(4):304–312.
156. Quan N, Banks WA. Brain-immune communication pathways. *Brain Behav Immun*. 2007; 21:727–735. [PubMed]
157. Rabkin JG, Ferrando SJ, Wagner GJ, Rabkin R. DHEA treatment for HIV patients: effects on mood, androgenic and anabolic parameters. *Psychoneuroendocrinology*. 2000; 25:53–68.
158. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977; 1:385–401.

159. Raison CL, Borisov AS, Majer M, et al. Activation of CNS inflammatory pathways by interferon-alpha: relationship of monoamines and depression. *Biol Psychiat*. 2008;64. [PMC free article] [PubMed]
160. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and pathogenesis of depression. *Trends Immunol*. 2006; 27:24–31. [PMC free article] [PubMed]
161. Rajkowska G, Miguel-Hidalgo JJ, Wei J, et al. Morphometric evidence for neural and glia prefrontal cell pathology in major depression. *Biol Psychiat*. 1999; 45:1085–1098. [PubMed]
162. Rajkowska G, Miguel-Hidalgo JJ. Gliogenesis and glia pathology in depression. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2007; 6:219–233. [PMC free article] [PubMed]
163. Reif S, Whetten K, Ostermann J, Raper JL. Characteristics of HIV-infected adults in the Deep South and their utilization of mental health services: A rural vs. urban comparison. *AIDS Care*. 2006; 18 Suppl 1:S10–7. Pmid: 16938670
164. Repetto MJ, Petitto JM. Psychopharmacology in HIV-infected patients. *Psychosom Med*. 2008; 70(5):585–592.
165. Riedel-Heller SG, Matschinger H, Schork A, Angermeyer MC. The utilization of antidepressants in community-dwelling and institutionalized elderly—results from a representative survey in Germany. *Pharmacopsychiatry*. 2001; 34:6–12.
166. Robertson K, Bayon C, Molina JM, et al. Screening for neurocognitive impairment, depression, and anxiety in HIV-infected patients in Western Europe and Canada. *AIDS Care*. 2014;26(12):1555–1561
167. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press; 1965; 148(3671):804.
168. Ross LE, Vigod S, Wishart J, Waese M, Spence JD, Oliver J, et al. Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC Fam. Pract*. 2015; 16:135. Pmid: 26463083
169. Rourke SB, Gardner S, Burchell AN, Raboud J, Rueda S, Bayoumi AM, et al. Cohort profile: the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study (OCS). *Int. J. Epidemiol*. 2013; 42:402–11. Pmid: 22345312
170. Rousaud A, Blanch J, Hautzinger M, et al. Improvement of psychosocial adjustment to HIV-1 infection through a cognitive-behavioral oriented group psychotherapy program: a pilot study. *AIDS Patient Care STDS*. 2007; 21(3):212–222.
171. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, Bystritsky A, Welch SS, Chavira DA, Golinelli D, Campbell-Sills L, Sherbourne CD, Stein MB. Delivery

of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2010; 303:1921–1928. doi: 10.1001/jama.2010.608.

172. Roy-Byrne PP, Stang P, Wittchen HU, Ustun B, Walters EE, Kessler RC. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 176:229–235. doi: 10.1192/bjp.176.3.229. [PubMed] [Cross Ref]

173. Roy-Byrne PP, Wagner AW, Schraufnagel TJ. Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005;66(Suppl 4):16–22.

174. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, et al. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry*. 2003; 54(5):573–583.

175. Ruttermann M, Maier-Hasselmann A, Nink-Grebe B, Burckhardt M. Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit, chronisch-venöser Insuffizienz und Diabetes mellitus. [Local treatment of chronic wounds: in patients with peripheral vascular disease, chronic venous insufficiency, and diabetes]. *Dtsch Arztebl Int*. 2013; 110(3):25–31.

176. Saha S, Sanders DS, Korthuis PT, Cohn JA, Sharp VL, Haidet P, et al. The role of cultural distance between patient and provider in explaining racial/ethnic disparities in HIV care. *Patient Educ. Couns*. 2011; 85:e278–84. Pmid: 21310581

177. Salome GM, Blanes L, Ferreira LM. Assessment of depressive symptoms in people with diabetes mellitus and foot ulcers. *Rev Col Bras Cir*. 2011; 38(5):327–333.

178. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D; IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigators. Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Derm Venereol*. 2012; 92(3):299–303.

179. Savetsky JB, Sullivan LM, Clarke J, Stein MD, Samet JH. Evolution of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-infected patients entering primary care. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(2):76–83.

180. Schuster R, Bornovalova M, Hunt E. The influence of depression on the progression of HIV: direct and indirect effects. *Behav. Modif*. 2012; 36:123–45. Pmid: 22089635

181. Schuster R, Bornovalova M, Hunt E. The influence of depression on the progression of HIV: direct and indirect effects. *Behav Modif*. 2012;36(2):123–145.

182. Schwartz JAJ, McDaniel JS. Double-blind comparison of fluoxetine and desipramine in the treatment of depressed women with advanced HIV disease: a pilot study. *Depress Anxiety*. 1999; 9(2):70–74.
183. Scott B, Jeanne VA, Wang J, Patten SB, Williams JVA, Currie S, et al. Help-Seeking Behaviours of Individuals With Mood Disorders. *Can. J. Psychiatry*. 2005; 50:652–9. Pmid: 16276857
184. Scott-Sheldon LA, Kalichman SC, Carey MP, Fielder RL. Stress management interventions for HIV+ adults: a meta-analysis of randomized controlled trials, 1989 to 2006. *Health Psychol*. 2008; 27(2):129–139.
185. Sheline YI, Sanghavi MA, Mintum M, Gado MH. Depression duration, but not age, predicts hippocampal volume loss in medically healthy women with recurrent major depression. *J Neurosci*. 1999; 19:5034–5043. [PubMed]
186. Si Q, Cosenza M, Kim MO, et al. A novel action of minocycline: inhibition of human immunodeficiency virus type 1 infection in microglia. *J Neurovirol*. 2004; 10:284–292. [PubMed]
187. Simeonov D, Steele LS, Anderson S, Ross LE. Perceived Satisfaction With Mental Health Services in the Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Transsexual Communities in Ontario, Canada: An Internet-Based Survey. *Can. J. Community Ment. Heal*. 2015; 34:31–44.
188. Simoni JM, Safren SA, Manhart LE, et al. Challenges in addressing depression in HIV research: assessment, cultural context, and methods. *AIDS Behav*. 2011;15(2):376–388.
189. Sin NL, DiMatteo MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2014;47(3):259–269.
190. Spies G, Asmal L, Seedat S. Cognitive-behavioural interventions for mood and anxiety disorders in HIV: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013; 150(2):171–180.
191. Starace F, Ammassari A, Trotta MP, et al. Depression Is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002; 31(suppl 3):s136–s139.
192. Steele LS, Glazier RH, Lin E, Evans M. Using administrative data to measure ambulatory mental health service provision in primary care. *Med. Care* 2004; 42:960–5. Pmid: 15377928
193. Steele LS, Glazier RH, Lin E. Inequity in mental health care under Canadian universal health coverage. *Psychiatr. Serv*. 2006; 57:317–24. Pmid: 16524988

194. Steer RA, Beck AT. Generalized anxiety and panic disorders: Response to Cox, Cohen, Dorenfeld, and Swinson (1996) *Behaviour Research and Therapy*. 1996; 34:955–957. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00059-9. [Cross Ref]
195. Steer RA, Ranieri WF, Beck AT, Clark DA. Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord*. 1993. pp. 195–205.
196. Stone TW, Darlington LG. Endogenous kynurenes as targets for drug discovery and development. *Nat Rev Drug Discov*. 2002; 1:609–620. [PubMed]
197. Taylor SL, Burnam AM, Sherbourne CD, Andersen R, Cunningham WE. The Relationship between Type of Mental Health Provider and Met and Unmet Mental Health Needs in a Nationally Representative Sample of HIV-positive Patients. *J. Behav. Health Serv. Res*. 2004; 31:149–63. Pmid: 15255223
198. Thomson MS, Chaze F, George U, Guruge S. Improving Immigrant Populations' Access to Mental Health Services in Canada: A Review of Barriers and Recommendations. *J. Immigr. Minor. Health*. 2015; 17:1895–905. Pmid: 25742880
199. Tilleux S, Hermans E. Neuroinflammation and regulation of glia glutamate uptake in neurological disorders. *J Neurosci Res*. 2007; 85:2059–2070. [PubMed]
200. Tyndall MW, Wood E, Zhang R, Lai C, Montaner JSG, Kerr T. HIV seroprevalence among participants at a Supervised Injection Facility in Vancouver, Canada: implications for prevention, care and treatment. *Harm Reduct. J*. 2006; 3:36. Pmid: 17176481
201. Uthman OA, Magidson JF, Safren SA, Nachega JB. Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Curr. HIV/AIDS Rep*. 2014; 11:291–307. Pmid: 25038748
202. Vance DE, Humphrey SC, Nicholson WC, Jablonski-Jaudon R. Can speed of processing training ameliorate depressive symptomatology in adults with HIV? *Ann Depress Anxiety*. 2014; 1(3):4.
203. Vitello B, Burnam M, Bing E, Beckman R, Shapiro M. Use of psychotropic medications among HIV-infected patients in United States. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:547–554.
204. Wachholz PA, Masuda PY, Nascimento DC, Taira CM, Cleto NG. Quality of life profile and correlated factors in chronic leg ulcer patients in the mid-west of Sao Paulo State, Brazil. *An Bras Dermatol*. 2014; 89(1):73–81.
205. Wagner GJ, Rabkin R. Effects of dextroamphetamine on depression and fatigue in men with HIV: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61:436–440.

206. Waldrop-Valverde D, Valverde E. Homelessness and psychological distress as contributors to antiretroviral nonadherence in HIV-positive injecting drug users. *AIDS Patient Care STDS*. 2005; 19:326–334.
207. Weaver MR, Conover CJ, Proescholdbell RJ, Arno PS, Ang A, Ettner SL, et al. Utilization of mental health and substance abuse care for people living with HIV/AIDS, chronic mental illness, and substance abuse disorders. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr*. 2008; 47:449–58. Pmid: 18197121
208. Wetherell JL, Gatz M. The Beck Anxiety Inventory in Older Adults with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2005; 27:17–24. doi: 10.1007/s10862-005-3261-3. [Cross Ref]
209. WHO [webpage on the Internet]. Health Topics. HIV/AIDS Online. Geneva, World Health Organization, 2016. Available from: http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/. Accessed February 24, 2016.
210. Wichers MC, Kock GH, Robays G, et al. IDO and IFN-alpha induced depressive symptoms: a shift in hypothesis from tryptophan depletion. *Mol Psychiat*. 2005; 10:538–544. [PubMed]
211. World Health Organization. WHO Case Definitions of HIV for Surveillance and Revised Clinical Staging and Immunological Classification of HIV-Related Disease in Adults and Children. Geneva: World Health Organization; 2007:8.
212. Younai FS, Marcus M, Freed JR, et al. Self-reported oral dryness and HIV disease in a national sample of patients receiving medical care. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2001; 92:629–636.
213. Zhou K, Jia P. Depressive symptoms in patients with wounds: a cross-sectional study. *Wound Repair Regen*. 2016; 24:1059–1065.
214. Zhu CB, Blakely RD, Hewlett WA. The proinflammatory cytokines IL-1 beta and TNF-alpha activate serotonin transporters. *Neuropsychopharmacol*. 2006; 31:2121–2131.
215. Zielasek J, Hartung HP. Molecular mechanisms of microglia activation. *Adv Neuroimmunol*. 1996; 6:191–222. [PubMed]
216. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67:361–370.
217. Zisook S, Peterkin J, Goggin KJ, Sledge P, Atkinson JH, Grant I. Treatment of major depression in HIV-seropositive men. HIV Neurobehavioral Research Center Group. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59:217–224.

218. Zuniga JA, Yoo-Jeong M, Dai T, Guo Y, Waldrop-Valverde D. The Role of Depression in Retention in Care for Persons Living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2016; 30:34–8. Pmid: 26544915

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το παρόν ερωτηματολόγιο σας διανέμεται στο πλαίσιο της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας με τίτλο «**Διερεύνηση της κατάθλιψης σε οροθετικούς ασθενείς και νοσηλευτικές παρεμβάσεις**» στο Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας από τον φοιτητή **Νικόλαο Βεσκούκη** και με επιβλέποντα καθηγητή τον **Μιχάλη Ηγουμενίδη**. Η συμμετοχή σας είναι καθαρά εθελοντική και έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε ανά πάσα στιγμή από τη συνέχιση της διαδικασίας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η προστασία των προσωπικών τους δεδομένων θα τηρηθούν σύμφωνα με τους ισχύοντες νόμους και κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας στον χώρο της υγείας. Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και σε καμία περίπτωση δεν θα αποτελέσουν αντικείμενο περαιτέρω επεξεργασίας. Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συμμετοχή σας.

Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση κυκλώστε μόνο μια απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ακόλουθες ερωτήσεις:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία: _____ **Φύλο:** _____

Σεξουαλικές προτιμήσεις:

- Ετεροφυλοφιλία (Heterosexuality)
- Ομοφυλοφιλία (Homosexuality)
- Αμφιφυλοφιλία (Bisexuality)

Οικογενειακή κατάσταση

- Έγγαμος/η
- Άγαμος/η
- Χωρισμένος/η
- Αριθμός τέκνων: _____

Τόπος διαμονής

- Αστική,
- Ημι-αστική,
- Αγροτική περιοχή

Μορφωτικό επίπεδο

- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Μεταδευτεροβάθμια(Ι.Ε.Κ)
- Τριτοβάθμια (ΤΕΙ-ΑΕΙ)
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό

Χρονικό διάστημα (σε έτη) κατά το οποίο είσαστε φορέας HIV: _____

Πόσο καιρό (σε έτη) λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για το HIV+: _____

Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή (αυτή την περίοδο) για τον Αγχος ή την Κατάθλιψη;

ΟΧΙ ΝΑΙ **Εαν ΝΑΙ πόσο χρονικό διάστημα (σε μήνες) :** _____

A. Συναίσθημα

0. Δεν αισθάνομαι λυπημένος/η
1. Αισθάνομαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/η
2. Είμαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/η συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό
3. Είμαι τόσο μελαγχολικός/η ή δυστυχισμένος/η ώστε αυτο μου προξενεί πόνο
4. Είμαι τόσο μελαγχολικός/η ή δυστυχισμένος/η ώστε δεν μπορώ να το αντέξω

B. Απαισιοδοξία

0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος/η ή αποθαρρυσμένος/η για το μέλλον
1. Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον
2. Μου φαίνεται οτι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω απο το μέλλον
3. Μου φαίνεται οτι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου
4. Μου φαίνεται οτι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και οτι τα πράγματα δεν μπορεί ναφτιάξουν

Γ. Αίσθημα αποτυχίας

0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/η
1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος/η περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
2. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου
3. Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
4. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η σαν άτομο (σύζυγος – πατέρας-μητέρα)

Δ. Απώλεια ικανοποίησης

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος/η
1. Αισθάνομαι βαριεστημένος/η σχεδόν όλη την ώρα
2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα
3. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα
4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος/η με το κάθε τι

Ε. Αίσθημα ενοχής

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο/η τον εαυτό μου
1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακός/η ή χωρίς αξία
2. Αισθάνομαι πολύ ένοχος/η
3. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός/η ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα
4. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός/η ή ανάξιος/ια

Ζ. Αίσθημα τιμωρίας

0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι
1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί
2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ
3. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ
4. Θέλω να τιμωρηθώ

Η. Μίσος για τον εαυτό

0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου
1. Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου
2. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου
3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου

4. Μισώ τον εαυτό μου

Θ. Αυτομομφή

0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος/η από τους άλλους
1. Είμαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου
2. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου
3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει

Ι. Ευχές αυτοτιμωρίας

0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου
1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο
2. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα
3. Μου φαίνεται ότι η οικογένεια μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα
4. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας
5. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα

Κ. Κλάμα

0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
1. Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως
2. Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω
3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω

Λ. Ευερεθιστότητα

0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος/η τώρα απ' ότι συνήθως
1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως
2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος/η
3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως

Μ. Κοινωνική απόσυρση

0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ότι παλαιότερα

2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματα μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει
3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς

N. Αναποφασιστικότητα

0. Είμαι το ίδιο αποφασιστικός/η όπως πάντα
1. Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις
2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις
3. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση

Ξ. Σωματικό εγώ

0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνιση μου είναι χειρότερη από ποτέ
1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος/η και αντιπαθητικός/η
2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητικός/η
3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος/η και αποκρουστικός/η

O. Μείωση της παραγωγικότητας

0. Τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως και πρώτα
1. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια δουλειά
2. Δεν τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως πρώτα
3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι
4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ

Π. Διαταραχές του ύπνου

0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως
1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος από άλλοτε
2. Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ
3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο

P. Εύκολη κόπωση

0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως
1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα

2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω
3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα

Σ. Απώλεια όρεξης

0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη απο άλλοτε
1. Η όρεξή μου δεν είναι τοσο καλή όσο άλλοτε
2. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα
3. Δεν έχω πια καθολου όρεξη

Τ. Απώλεια βάρους

0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό
1. Έχω χάσει περισσότερο απο 2 κιλά
2. Έχω χάσει περισσότερο απο 4 κιλά
3. Έχω χάσει περισσότερο απο 7 κιλά

Υ. Υποχονδριακές ενασχολήσεις

0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο απο άλλοτε
1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχία ή δυσκοιλιότητα
2. Με απασχολεί τοσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου ειναι δύσκολο να σκεφθώ τίποτε άλλο
3. Είμαι εντελώς απορροφημένος/η με το τι αισθάνομαι

Φ. Απώλεια της Libido

0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ απ' οτι συνήθως
2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ
3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ

2. ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΚΟΡΗΘΑΛΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ Ε.Ε.Σ.

9130

2-4-18

Αθήνα 30 Μαρτίου 2018

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Αρ. Πρωτ. 40

ΠΡΟΣ
ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ Α.Σ.

ΘΕΜΑ 12ο: Έγκριση Ανάθεσης Ερευνητικού Προγράμματος

Στην Αθήνα σήμερα 27 Μαρτίου 2018, ημέρα Τρίτη, και ώρα 12:00μμ συνεδρίασε στην αίθουσα του συμβουλίου, το Επιστημονικό Συμβούλιο υπό την προεδρία του Αποστόλου Κατσιβα, στο οποίο παραβρέθησαν οι μέλη Παναγία Λαζαρί, Α. Παπαγεωργίου, Α. Δουκαλάκη, Σ. Καλιντζή και Δ. Κοσμήτης. Απουσία των λόγω καθήκοντος το μέλη Θ. Παπαίω, Σ. Σιελιγιάννης και Η. Κουζομπάση. Παρέστη επίσης η γραμματέας, Σοφία Βασιλάκη.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου κατά έμφαση κατήγγειλε την αίτηση της Διοκλήτρινας, Ελισσαίονα Υπεύθυνη της Μονάδας Ανομήλιων και Νύχθ Μαρίας, με αριθ. Πρωτ. 6998/12-3-2018 για έγκριση διενέργειας ερευνητικής μελέτης του συνδυασμού κορτιζόνης και Βιταμινική Νικοτίνη, με θέμα «Νευροανατομική αξιολόγηση της κατάθεσης σε οροβλαστούς, σκόκας».

Επισημαίνεται

Θετικά

Οι προϋποθέσεις με τη μορφή ανέκδοτου ερευνητικού πλάνου σε συνδυασμό της Μονάδας Ανομήλιων.

Δεν υπάρχει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.

Να διατηρηθεί ο πειθαρχημένος, ότι δεν θα δημοσιοποιηθεί το όνομα και άλλα στοιχεία του Νοσοκομείου.

Απαραίτητα να ενημερώνεται το Επιστημονικό Συμβούλιο για την πρόοδο και την έκβαση της εργασίας.

Ο ΠΡΕΣΒΥΤΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΚΟΡΗΘΑΛΕΙΟ ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ Ε.Ε.Σ.
ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Α. ΚΑΤΣΙΒΑΣ
ΠΡ. 6998/18

Κοινοποιήσεις:

- Γρ. Διοικήση
- Γρ. Ανακρίσιμη Διοικήση
- Μονάδα Ανομήλιων

3. ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Τηλ: 2610.369131 E-mail: nosileftiki@teiwast.gr Fax: 2610.369175



Δ/ση : Μ. Αλεξάνδρου 1
Πληροφορίες : Μιχάλης Ηγουμενίδης
Τηλέφωνο : 6944365635
email : migoumic@uoiis.uoa.gr

Πάτρα, 31 - 01 - 2018

Προς: Επιστημονικό Συμβούλιο
Κοργιγιάνειο - Μισογιάσας ΕΙΣΣ
Αθηνάϊσσι 1 11526 Αθήνα
1^η ΥΠε Αετικής

Θέμα: Χορήγηση άδειας για τη διενέργεια ερευνητικής μελέτης στο νοσοκομείο

Σχετικά: Στο πλαίσιο εκπόνησης της πτυχιακής του εργασίας στο 1^ο μήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας, ζητάμε την άδειά σας προκειμένου ο σπουδαστής **Βασκόκης Νικόλαος** να πραγματοποιήσει ερευνητική μελέτη στους χώρους του νοσοκομείου σας, με τη χρήση κατάλληλου έντυπου ερωματολογίου. Το θέμα της μελέτης σχετίζεται με την κατάθλιψη των οροθετικών ασθενών, και ο ακριβής τίτλος της διπλωματικής εργασίας είναι «Νοσηλευτική προσέγγιση της κατάθλιψης σε οροθετικούς ασθενείς». Η διαχείριση όλων των πρωτογενών δεδομένων που θα ανακύψουν από την εν λόγω μελέτη θα γίνει με απόλυτο σεβασμό στον απόρρητο χαρακτήρα των πληροφοριών και στην τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες ηθικής και δεοντολογίας για την έρευνα στον χώρο της υγείας.

Για οποιαδήποτε επιπρόσθετη πληροφορία παρακαλούμε να απευθυνθείτε στον επιβλέποντα της εργασίας κο **Μιχάλη Ηγουμενίδη**.

Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία.

Με τιμή,

Μιχάλης Ηγουμενίδης
BSc, MA, PhD Law
Ακαδημαϊκός Υπότροφος
Τμήμα Νοσηλευτικής
ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας