

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:
«ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ
ΚΑΙ ΠΩΣ ΟΔΗΓΕΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΣΕ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ»**

ΟΝ/ΜΟ : ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΜΟΡΦΙΑ

Α. Μ. : 1193

ΕΞΑΜΗΝΟ: Η΄

ΕΠΟΠΤΕΙΑ : ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ – ΒΑΛΕΝΤΙΝΗ ΡΗΓΑ

**Καθηγήτρια Κοινωνικής – Κλινικής
Ψυχολογίας & Ποιοτικής Ανάλυσης**



ΙΟΥΝΙΟΣ 2004

Στους Γονείς μου



*«Υπάρχει κάποια στιγμή
που το πνεύμα είναι ήσυχο και λυπημένο χωρίς να ξέρουμε γιατί,
που το παρελθόν μοιάζει με ανεμοδαρμένη μοναξιά,
η ζωή γίνεται ασήκωτη και μάταιη
και το μέλλον μοιάζει με δρόμο που οδηγεί στο θάνατο.»*

Mark Twain



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Ευχαριστίες</i>σελ.	7
<i>Εισαγωγή</i>σελ.	8
Κεφάλαιο 1: Κοινωνικές Αναπαραστάσεις	
<i>Οι Κοινωνικές Αναπαραστάσεις της Ψυχικής Υγείας</i>σελ.	10
<i>Ατομικές και Κοινωνικές Πεποιθήσεις για την Υγεία</i>σελ.	14
<i>Η ταυτότητα του Εαυτού Ατόμων με Ψυχική Ασθένεια</i>σελ.	16
<i>Κοινωνικές Διαφορές και Επίπεδο Υγείας</i>σελ.	17
<i>Κοινωνικές Αναπαραστάσεις της Εξάρτησης</i>σελ.	18
<i>Επιδημιολογία</i>σελ.	20
<i>Θεραπεία Μέσω Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής</i>σελ.	21
 Κεφάλαιο 2: Ψυχική Ασθένεια και Κατάθλιψη	
<u>I. Η Έννοια της Ψυχικής Ασθένειας και Υγείας:</u>	
<u>Η Περίπτωση της Κατάθλιψης</u>σελ.	23
A. Η Έννοια της κατάθλιψηςσελ.	25
B. Κατηγοριοποίηση της Κατάθλιψηςσελ.	27
Γ. Συμπτωματολογία της Κατάθλιψηςσελ.	29
<i>Κατάθλιψη και Αυτοκτονία</i>σελ.	34
Δ. Επιδημιολογία της Κατάθλιψηςσελ.	35
<u>II. Θεωρίες και Αντίστοιχες Θεραπείες για την Κατάθλιψη</u>σελ.	
<i>Ψυχοδυναμικές Ερμηνείες</i>σελ.	40
<i>Συμπεριφορική Ερμηνεία</i>σελ.	41
<i>Γνωστική-Συμπεριφορική Ερμηνεία</i>σελ.	43
<i>Ανθρωπιστική-Υπαρξιακή Ερμηνεία</i>σελ.	44
<i>Θεραπεία με Αντικαταθλιπτικά</i>σελ.	46
<i>Θεραπεία με Ηλεκτροσπασμοθεραπεία</i>σελ.	49

Επίλογος.....σελ. 49

III. Μετάβαση από την Κατάθλιψη στην Εξάρτηση.....σελ. 50

Κεφάλαιο 3: Κατάθλιψη και Εξαρτήσεις

Γενικά.....σελ. 55

I. Εξαρτήσεις και Εθισμός

Ορισμός Εξάρτησης-Κατάχρησης.....σελ. 57

Αιτιολογία.....σελ. 59

II. Αντικαταθλιπτικά και Κατάχρηση

Τα Αντικαταθλιπτικά.....σελ. 61

Στατιστικά στοιχεία.....σελ. 62

Κλινική Δράση.....σελ. 63

Οι Παρενέργειες των Αντικαταθλιπτικών.....σελ. 64

III. Εξάρτηση από αλκοόλ και άλλες ουσίες (Νικοτίνη, καφεΐνη, οπιοειδή)

Διαταραχές που Συνδέονται με Χρήση Ουσιών.....σελ. 66

Η κατάχρηση Αλκοόλσελ. 67

Η Χρήση Ηρωΐνης.....σελ. 68

Η Χρήση καφεΐνης.....σελ. 69

Η Χρήση οπιοειδών.....σελ. 70

Κεφάλαιο 4: Περιστατικά.....σελ. 72

Κεφάλαιο 5: Πρόληψη Κατάθλιψης και Εξαρτήσεων και Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις

I. Πρόληψη Κατάθλιψης.....σελ. 74

II. Πρόληψη Εξάρτησης-Κατάχρησης.....σελ. 77

<u>III. Θεραπεία Εξάρτησης-Κατάχρησης</u>σελ. 80	
<i>Ο Ρόλος του Κλινικού Ψυχολόγου</i>σελ. 82	
<u>IV. Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις</u>	
<u>στο Πρόβλημα της Κατάχρησης</u>σελ. 83	
<i>Ο Ρόλος του Λειτουργού / Συμβούλου σε Θέματα Ναρκωτικών</i>σελ. 85	
<i>Επίλογος</i>σελ. 86	
<i>Παράρτημα</i>σελ. 88	
<i>Βιβλιογραφία</i>σελ. 98	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο ξεκίνημα αυτής της εργασίας νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω την κυρία Αναστασία – Βαλεντίνη Ρήγα, καθηγήτρια Κοινωνικής – Κλινικής Ψυχολογίας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης που με στήριξε στις προσπάθειες που κατέβαλα για γνώση κατά τη διάρκεια των τεσσάρων ετών της φοίτησής μου στο τμήμα Ψυχολογίας. Μου εμφύσησε το αίσθημα του σεβασμού προς τον συνάνθρωπο και με εφοδίασε με πολύτιμες γνώσεις που θα μου φανούν απαραίτητες προκειμένου να ασκήσω το επάγγελμα / λειτούργημα του ψυχολόγου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι μια συναισθηματική διαταραχή που τα συμπτώματά της προκαλούν στο άτομο δυσάρεστα συναισθήματα τα οποία το ωθούν, πολλές φορές, ακόμα και στην αυτοκτονία. Η διαταραχή αυτή συναντάται σε πολύ μεγάλη συχνότητα: ένας στους πέντε ενήλικες θα εμφανίσει κάποια στιγμή της ζωής του μια μορφή κατάθλιψης, ενώ, σήμερα, δύο στα εκατό παιδιά και πέντε στους εκατό ενήλικες υποφέρουν από κατάθλιψη (Kaplan & Sadock, 1991). Επίσης, πολλές φορές η κατάθλιψη καθίσταται το εναρκτήριο έναυσμα εξάρτησης του ατόμου από ψυχοτρόπες ουσίες τις οποίες λαμβάνει καταχρηστικά είτε σε μια προσπάθειά του να αυτοθεραπευτεί και να βελτιώσει τη διάθεσή του, είτε επειδή έχει αναπτύξει εξάρτηση προς τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που του χορηγήθηκαν ως θεραπεία. Οι μεγάλες διαστάσεις που έχει λάβει το φαινόμενο της κατάθλιψης και οι τραγικές, συχνά, συνέπειές της, καθιστούν απαραίτητη την εκτεταμένη μελέτη της.

Στην παρούσα εργασία θα εξεταστούν οι κοινωνικές διαστάσεις του φαινομένου της ψυχικής ασθένειας γενικά και, ειδικότερα, της κατάθλιψης και της εξάρτησης. Έπειτα, θα αναλυθεί ενδελεχώς η κατάθλιψη και, πιο συγκεκριμένα, θα εξεταστεί η έννοια, η αιτιολογία, η επιδημιολογία και η κατηγοριοποίησή της, θα εκτεθούν τα συμπτώματά της ενώ θα μελετηθούν οι θεωρίες – ερμηνείες που έχουν, κατά καιρούς, διατυπωθεί για τη διαταραχή αυτή της διάθεσης. Επιπρόσθετα, θα επιχειρήσουμε να εξηγήσουμε τη διαδικασία με την οποία λαμβάνει χώρα η μετάβαση από την κατάσταση της κατάθλιψης στην κατάσταση της εξάρτησης και κατάχρησης ουσιών.

Στη συνέχεια, θα οριστούν οι έννοιες της εξάρτησης - κατάχρησης και θα μελετηθεί η αιτιολογία των συμπεριφορών αυτών. Επιπλέον, θα μελετηθεί το φαινόμενο της εξάρτησης και κατάχρησης των αντικαταθλιπτικών που χορηγούνται στα καταθλιπτικά άτομα ως θεραπεία. Αναλυτικότερα, θα μελετηθεί η λειτουργία, η κλινική δράση, οι παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών και τα στατιστικά στοιχεία που αναφέρονται στα φάρμακα αυτά. Επίσης, θα μελετηθούν οι διαδικασίες με τις οποίες το καταθλιπτικό άτομο προχωρά στην κατάχρηση, όχι μόνο των αντικαταθλιπτικών αλλά και άλλων ουσιών όπως το αλκοόλ, η νικοτίνη, η καφεΐνη και τα οπιοειδή.

Επιπλέον, θα παρουσιαστούν τα περιστατικά – όπως αυτά έγιναν αντιληπτά και ερμηνεύτηκαν από την εμπειρία της συγγραφέως στα πλαίσια της πρακτικής της άσκησης

– δύο ατόμων που η κατάθλιψη από την οποία έπασχαν τα οδήγησε στην κατάχρηση ουσιών, γεγονός που δυσχέραινε την ψυχική τους κατάσταση.

Επιπρόσθετα, θα υπογραμμιστεί η σπουδαιότητα της πρόληψης της διαταραχής της κατάθλιψης και κατάχρησης ουσιών προκειμένου να αποφευχθεί η δυσάρεστη κατάσταση την οποία βιώνει το άτομο με συνοσηρότητα των διαταραχών αυτών. Επίσης, θα μελετηθούν οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που εφαρμόζονται για τη θεραπεία της εξάρτησης και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στην περίπτωση της κατάθλιψης και της εξάρτησης από ουσίες.

Τέλος, θα παρατεθούν τα Διαγνωστικά Κριτήρια των Καταθλιπτικών Διαταραχών, των Διαταραχών Συνδεόμενων με Ουσίες και ορισμένων από τις Διπολικές Διαταραχές, προκειμένου να κατατοπιστεί ο αναγνώστης καλύτερα σχετικά με τις επιστημονικά αποδεκτές έννοιες και τα ευρέως αποδεκτά κριτήρια της διαταραχής της κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ

ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του επιτεύγματα. Η θετική ψυχική υγεία ορίζεται από τη Marie Jahoda (1958) ως η απώρροια της φυσιολογικής συμπεριφοράς και ως μια κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει ορισμένες διαστάσεις: αρχικά, την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητας του. Επίσης, τη δυνατότητα του ατόμου για αυτοδυναμία και την ικανότητά του να αντιστέκεται στο στρες. Επιπλέον, την ικανότητά του για ενεργητικότητα και ανεξαρτησία από κοινωνικές επιρροές και για έλεγχο του περιβάλλοντός του. Ακόμα, την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται, να διασκεδάζει, να επιλύει τα προβλήματά του.

Η κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας έχει ως βασική της προϋπόθεση την εμπειρική έρευνα. Οποσδήποτε, κάθε κοινωνιολογική έρευνα εμπεριέχει την υιοθέτηση μιας θεωρητικής θέσης, όσο κι αν αυτή δεν διατυπώνεται ρητώς και σαφώς. Η εμπειρική προσέγγιση προϋποθέτει πάντα την εξαρχής παραδοχή κάποιων θέσεων που να αφορούν τη φύση της κοινωνικής πραγματικότητας και του καλύτερου δυνατού τρόπου κατανόησης της. Συνεπώς, κάθε φορά που λαμβάνει χώρα η έναρξη μιας έρευνας, υιοθετείται αναπόδραστα κάποια θεωρητική θέση. Επίσης, η εμπειρική έρευνα αυτή καθαυτή συνεισφέρει στη διαμόρφωση της φύσης της κοινωνιολογικής επιστήμης γενικότερα.

Αναπαράσταση καλείται η ψυχική εικόνα ενός αντικειμένου και η ψυχική αντιληπτική διεργασία κατασκευής της εικόνας αυτής από το άτομο: δεν πρόκειται για ένα αντίγραφο του αντικειμένου, αλλά για προϊόν μιας επεξεργασμένης αντίληψης – αίσθησης (Ναυρίδης, 1994). Κοινωνική αναπαράσταση, σύμφωνα με τον Moscovici (1999), είναι μια ιδιαίτερη μορφή γνώσης, που έχει ως βασική του λειτουργία τη διαμόρφωση των συμπεριφορών των ατόμων και την επικοινωνία μεταξύ τους. Πολλά από τα κύρια ενδιαφέροντα των κοινωνικών αναπαραστάσεων της υγείας και της ασθένειας προέκυψαν μέσα από τις αντιπαραθέσεις της με τη βιοϊατρική. Εντούτοις, υπάρχει μια διαφορετική

εκδοχή για την προέλευση του κλάδου της κοινωνιολογίας, σύμφωνα με την οποία, ο συγκεκριμένος κλάδος, δεν προέκυψε ως αντίδραση στη βιοϊατρική αλλά η κοινωνιολογία και η ιατρική έχουν κοινή προέλευση. Κατά την άποψη του Foucault (1980a: 151), η κοινωνιολογική γνώση διαμορφώνεται μελετώντας πρακτικές, όπως αυτές των γιατρών. Συνεπώς, και ο κλάδος της κοινωνιολογίας και ο κλάδος της ιατρικής ασχολούνται με την εμπειρική μελέτη του ανθρωπίνου σώματος. Το γεγονός αυτό εξυψώνει το κύρος των εμπειρικών μελετών διότι αυτές επικυρώνουν την ύπαρξη αντικειμένου μελέτης (που είναι το ανθρώπινο σώμα) και τις ίδιες τις επιστήμες (δηλαδή την ιατρική και την κοινωνιολογία).

Όσον αφορά τα ενδιαφέροντα της κοινωνιολογίας της ψυχικής και της σωματικής υγείας αυτά διαφέρουν σήμερα σε σχέση με μια εικοσαετία νωρίτερα, κι αυτό επειδή, στην εποχή μας, η ψυχολογία, η ιατρική και η κοινωνιολογία έχουν πολύ πάρα πολλά σημεία συνάντησης. Η διαφοροποίηση της ιατρικής είναι, κατά έναν μεγάλο βαθμό, το αποτέλεσμα της κριτικής που της ασκήθηκε από τις κοινωνικές επιστήμες και την ψυχολογία. Επίσης πρόκειται για το αποτέλεσμα του ότι η φύση της ψυχικής ασθένειας και η ανταπόκριση της κοινωνίας προς εκείνη έχουν επίσης διαφοροποιηθεί. Έτσι, στο δεύτερο μισό του εικοστού αιώνα συντελέστηκαν καθοριστικές μεταβολές ως προς την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και παρουσιάστηκε η ανάγκη να δίνεται η έμφαση, όχι μόνο στην παρέμβαση, αλλά και στη διαρκή παρακολούθηση, όχι μόνο στη θεραπεία, αλλά και στη φροντίδα της υγείας και την πρόληψη. Τα αίτια των σύγχρονων ασθενειών έχουν διαφοροποιηθεί κι αρκετές απ' αυτές θεωρείται πια ότι μπορούν να αποφευχθούν μέσω της πρόληψης. Παράγοντες που σχετίζονται με τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής, όπως το κάπνισμα, το άγχος και η φυσική άσκηση θεωρούνται εξίσου καθοριστικοί δομικοί παράγοντες. Όσο περνούν τα χρόνια κλάδοι όπως αυτός της ιατρικής, της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας επικεντρώνονται στην υγεία και όχι μόνο στην ψυχική ασθένεια και τη σωματική νόσο. Η διαπίστωση αυτή αποδεικνύεται από τον πρόσφατο πολλαπλασιασμό των εξειδικευμένων και εκτεταμένων προγραμμάτων προαγωγής της ψυχικής υγείας. Ο θεσμικός προγραμματισμός σε θέματα σωματικής και ψυχικής υγείας ενισχύει όλο και περισσότερο το ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης, αντί να περιορίζεται στα στενά όρια της νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι εξελίξεις αυτές στους τομείς της ψυχικής και σωματικής υγείας θεωρούνται σήμερα ως καθοριστικοί για το ατομικό επίπεδο υγείας· το επίπεδο υγείας του εκάστοτε ατόμου επηρεάζεται καταλυτικά και από μια σειρά άλλων παραγόντων όπως το περιβάλλον διαμονής του ατόμου, το εισόδημα, η στήριξη που μπορεί να δέχεται το άτομο, η ανεργία, η φτώχεια. Αυτοί οι παράγοντες, εξεταζόμενοι

συνολικά, αντιπροσωπεύουν μια κίνηση προς ένα νέο υπόδειγμα φροντίδας της ψυχικής υγείας.

Συμπερασματικά καθίσταται σαφές πως η ιατρική, η ψυχολογία και η κοινωνιολογία «επικαλύπτουν» όλο και περισσότερο η μία την άλλη και η διάκριση ανάμεσα στα ενδιαφέροντα της καθημιάς γίνεται όλο και πιο ασαφής. Ίσως κάτι τέτοιο σημαίνει πως η αλλαγή στον τρόπο που κατανοούμε και αντιμετωπίζουμε την υγεία και την ασθένεια – σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο - θα μπορούσε να συνιστά απόρροια μακροχρόνιων αντιπαραθέσεων ανάμεσα στις συγκεκριμένες επιστήμες. Οι αντιπαραθέσεις αυτές οδήγησαν στον επανακαθορισμό των αντικειμένων μελέτης τους. Επίσης, η αμφισβήτηση της βιοϊατρικής και η εννοιολογική συμμαχία ανάμεσα στις κοινωνικές επιστήμες, την ιατρική και την ψυχολογία οδήγησαν σε ριζικές αλλαγές όσον αφορά θέματα πολιτικής της ψυχικής υγείας. Συνεπώς, όσον αφορά συμπεριφορές σχετικά με θέματα υγείας, λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψιν οι γνώμες και οι αξιολογήσεις των καθημερινών, μη ειδικών ανθρώπων όπου η φροντίδα της ψυχικής υγείας μεταφέρεται από τη δικαιοδοσία των ειδικών σ' αυτήν της τοπικής αυτοδιοίκησης και οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι λιγότερο δογματικοί και να υπολογίζουν σοβαρά τις επιθυμίες του καταναλωτή, του αποδέκτη των υπηρεσιών τους.

Επιπρόσθετα, αναγνωρίζεται το γεγονός πως ένας από τους λόγους της ραγδαίας ανάπτυξης της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας είναι η δύσκολη σχέση της με την ιατρική. Αυτή η προβληματική σχέση ενδεχομένως γίνεται καλύτερα κατανοητή μέσω της έντασης που υπάρχει ανάμεσα στην κοινωνιολογία στο πλαίσιο της ιατρικής και την κοινωνιολογία της ιατρικής (Strauss, 1957). Ο όρος «κοινωνιολογία στο πλαίσιο της ιατρικής και της ψυχολογίας», αναφέρεται στις κοινωνιολογικές έρευνες που εξυπηρετούν τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα της ιατρικής και της ψυχολογίας. Όσον αφορά τον προγραμματισμό αυτών των ερευνών, αυτός είναι επαγγελματικά και θεσμικά καθορισμένος ενώ οι κοινωνιολόγοι εργάζονται για να παράσχουν λύσεις σε ζητήματα που τίθενται από την ιατρική. Αυτή η πρακτική χαρακτήριζε την ιατρική κοινωνιολογία κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του '50 και του '60, όταν η ιατρική ήταν αποφασισμένη να βελτιώσει τις σχέσεις ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή, να αυξήσει τα επίπεδα συνεργασίας του ασθενούς και να προσδιορίσει τους κοινωνικούς παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση ασθενειών, είτε αυτές είναι σωματικές είτε ψυχικές. Η κοινωνιολογία της ιατρικής αντιπροσωπεύει μια στροφή προς μια πιο κριτική προσέγγιση που δίνει μεγαλύτερη έμφαση στις απόψεις του απλού κοινού αντί των ειδικών για την υγεία και την ασθένεια.

Ο Turner (1992 : 154) κατέκρινε την κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας πως στερείται ενιαίου θεωρητικού πλαισίου. Ισχυρίζεται ότι δεν είναι σίγουρος αν ο συγκεκριμένος τομέας διαθέτει την παρούσα στιγμή κάποια συγκεκριμένη και περιεκτική θεματολογία ή κάποια ισχυρή θεωρητική δομή που να μπορεί να του προσφέρει συνοχή και κατεύθυνση. Εντούτοις, πρεσβεύει πως η κοινωνιολογία της υγείας και της ψυχικής ασθένειας διαθέτει το δυναμικό να αναπτυχθεί σε πρωτοπόρο τομέα της σύγχρονης κοινωνιολογικής θεωρίας (Turner, 1992: 163), επειδή η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας είναι ο πιο κατάλληλος χώρος για την ανάπτυξη μιας κοινωνιολογίας του σώματος και της ψυχής, που μπορεί να προσφέρει τη δυνατότητα για μια διαρκώς βελτιούμενη θεωρητική κοινωνιολογία. Επίσης, στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, συμπεριλαμβάνεται η μελέτη των ερμηνειών που δίνουν τα άτομα για τις σωματικές και ψυχολογικές τους εμπειρίες, και μελετώνται ακόμα οι κοινωνικές παράμετροι των σχετικών με το σώμα κανονισμών και ρυθμίσεων.

Επίσης, όσον αφορά τη φαινομενολογική κοινωνιολογία, αυτή εστίασε την προσοχή της στην κοινωνική μορφοποίηση της καθημερινής γνώσης και πραγματικότητας και έγινε ευρέως γνωστή στα τέλη της δεκαετίας του '60 από τους Berger και Luckmann (1967), σύμφωνα με τους οποίους η καθημερινή γνώση είναι μια ενεργητική παραγωγή των ατόμων και προσανατολίζεται στην εξέταση συγκεκριμένων πρακτικών ζητημάτων. Επομένως, τα γεγονότα δημιουργούνται μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της ερμηνείας που τους αποδίδουν οι άνθρωποι. Συνεπώς, η κατανόηση των αντιλήψεων σχετικά με τις ψυχικές παθήσεις καθιστά απαραίτητη την εξέταση των αντιλήψεων που υπαγορεύονται από την λογική. Επιπλέον, η ιατρική ανθρωπολογία δίνει έμφαση στη φύση της γνώσης και υποστηρίζει ότι για τα ιατρικά γνωστικά συστήματα ισχύει ό,τι και για κάθε άλλο γνωστικό σύστημα εφόσον είναι πολιτιστικά προσδιοριζόμενα και το περιεχόμενο και οι εφαρμογές του έχουν κοινωνική προέλευση.

Οι αντιπαραθέσεις αναφορικά με την κοινωνική μορφοποίηση, η οποία θεωρείται επιπλέον ότι αντιπροσωπεύει έναν από τους σημαντικότερους τρόπους σκέψης στο πλαίσιο της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας, προέκυψαν στο πλαίσιο μιας κριτικής της κοινωνιολογίας της υγείας, της ψυχικής ασθένειας και της ιατρικής. Στη δεκαετία του 1970 παρουσιάστηκε μια πληθώρα κριτικών θεωρήσεων εναντίον της βιοϊατρικής και των παραδοχών που ήταν εννοιολογικά συνδεδεμένες με το γενικότερο τρόπο άσκησης της ιατρικής και της ψυχολογίας. Οι αξίες και οι δραστηριότητες των επαγγελματιών αυτών θεωρήθηκαν συνώνυμες της καπιταλιστικής κοινωνίας όπου και παρεπιδημούσαν. Αυτό

δικαιολογεί και το γεγονός ότι μια δραστηριότητα της ιατρικής που τέθηκε ιδιαίτερα στο στόχαστρο της κριτικής ήταν η ψυχιατρική και η πρακτική του νοσοκομειακού εγκλεισμού των ατόμων που υποφέρουν από κάποια ψυχική πάθηση όπως η κατάθλιψη (Rosenhan, 1973). Η άσκηση της συγκεκριμένης κριτικής αποτέλεσε αφορμή να ξεπηδήσει το κίνημα της αντι-ψυχιατρικής· σύμφωνα με αυτό το κίνημα η ψυχική νόσος είναι μια κοινωνική σύλληψη των ψυχιάτρων που δρουν ως παράγοντες κοινωνικού ελέγχου. Έτσι, η ετικετοποίηση ενός ατόμου ως «σχιζοφρενή» επιτρέπει στους ψυχιάτρους να θεωρήσουν αυτό το άτομο ανάκανο να συμμετάσχει στα κοινωνικά δρώμενα (Szasz, 1970). Συνεπώς, η εφαρμογή των διαγνωστικών κατηγοριών αμφισβητήθηκε.

Επιπλέον, οι αντιπαραθέσεις στον τομέα της κοινωνικής μορφοποίησης που αφορούν στην ψυχιατρική επέσπευσαν τη γενικότερη εφαρμογή τέτοιων ιδεών. Έτσι, για παράδειγμα ο Freidson (1970a) επικεντρώθηκε περισσότερο στην ασθένεια παρά στη νόσο και θεωρούσε πως οι γνώσεις των επαγγελματιών γιατρών και η αποτίμηση αυτών των γνώσεων καθορίζονται από τις κοινωνικές συνθήκες στις οποίες εργάζονται εκείνοι. Το έργο του επηρέασε σημαντικά την κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, εφόσον επικέντρωσε την προσοχή στην κοινωνική φύση της ιατρικής.

Οι θεωρητικοί της κοινωνικής μορφοποίησης (Wright & Treacher, 1982: 9) θεωρούν προβληματικά τα ζητήματα εκείνα που αντιμετωπίστηκαν αυταπόδεικτα αλλά αδιάφορα από παλαιότερους μελετητές. Οι θεωρητικοί της κοινωνικής μορφοποίησης ασχολούνται κυρίως με ζητήματα όπως η προβληματική φύση της ιατρικής γνώσης εφόσον η επιστήμη αυτή είναι βασισμένη στις φυσικές επιστήμες και αυτός ήταν και ο λόγος που κατέστη επιστημολογικά προνομιούχα, στο ότι οι ασθένειες έχουν θεωρηθεί φυσικές οντότητες, καθώς και στον ισχυρισμό της ιατρικής πως προκειμένου να εξελιχθεί η ίδια πρέπει να αποστασιοποιηθεί από οποιεσδήποτε κοινωνιολογικές συνεπώς «μη επιστημονικές» επιρροές.

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Οι πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια είναι ατομικές και κοινωνικές και ως τέτοιες επηρεάζονται από τις επικρατούσες ιδεολογίες σε επίπεδο κοινωνικό και ιατρικό.

Οι πεποιθήσεις για την ψυχική υγεία αντανakλούν τις αξίες του καπιταλισμού, του ατομικισμού και του εκάστοτε πολιτιστικού πλαισίου. Οι ιδέες εξάρτησης θεωρούνται αρνητικές, ενώ η δύναμη υπερπήδησης των προβλημάτων αντανakλά κοινωνικές νόρμες και αξίες των βιομηχανοποιημένων κοινωνιών. Μία έρευνα που έγινε από την Cornwell (1984) για την υγεία γενικότερα, φανέρωσε την παρουσία παραλληλισμών ανάμεσα στις απόψεις των υποκειμένων για την υγεία και τις απόψεις τους για την εργασία. Έτσι, ενώ δεν έλεγχαν ιδιαίτερα την υγεία τους ή την εργασιακή τους ζωή, δούλευαν σκληρά και προσπαθούσαν όσο περισσότερο μπορούσαν, ενώ θεωρούσαν τον στρωκισμό ως την ηθική διάσταση για μια ανεκτή και υγιή ζωή.

Στον δυτικό πολιτισμό, η αυτο-εικόνα, δηλαδή το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο τον εαυτό του, σχετίζεται με την εικόνα που διατηρεί για το σώμα του, και η επιθυμητή αυτοεικόνα διαμορφώνεται από τα πρότυπα της εκάστοτε εποχής, τις διαφημίσεις, τη μόδα κ.ά. (Lonsdale, 1990). Έτσι, τα πρότυπα που προβάλλει η εκάστοτε εποχή, έχουν αντίκτυπο στα φυσικά χαρακτηριστικά του σώματος και αν αυτά δεν ανταποκρίνονται στην επιθυμητή εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του μπορούν να οδηγήσουν σε αρνητική αυτο-εικόνα. Αυτό δεν ισχύει σε όλες τις περιπτώσεις αλλά υπάρχουν τέσσερις παράγοντες που το καθιστούν πιθανό. Καταρχάς, οι αρνητικές αντιδράσεις των ατόμων του περιβάλλοντος για την παρούσα εξωτερική εικόνα του ατόμου. Επίσης, η απώλεια ελέγχου των σωματικών λειτουργιών που έρχεται σε αντίθεση με την αναμενόμενη λειτουργικότητα που θα έπρεπε να έχει ένα ενήλικο άτομο. Επιπλέον, ο φόβος κοινωνικής και ερωτικής / σεξουαλικής απόρριψης. Τέλος, η χρήση σκληρών και ψυχρών μεταλλικών συσκευών για τη θεραπεία του ατόμου.

Σύμφωνα με την Blaxter (1993) οι γυναίκες βλέπουν την υγεία σαν ατομική ευθύνη, στο να κάνει κανείς υγιεινή ζωή και στον βαθμό που η υγεία και η ασθένεια συνδέονται με την προσωπική πορεία του ατόμου και αποκαλύπτουν κάτι για την ταυτότητα του. Η ασθένεια ενός ανθρώπου δημιουργεί αρνητικούς συναισθηματικούς συσχετισμούς με τους οποίους δεν θα ήθελε να είχε καμία σχέση. Επιπλέον, οι πεποιθήσεις για την ασθένεια επηρεάζονται από την βιοϊατρική· θεωρείται πως οι ιδέες για τα αίτια των παθήσεων και οι αντιλήψεις για την ευαλωτότητα στις ασθένειες συνήθως αντικατοπτρίζουν ιατρικές και βιολογικές προσεγγίσεις.

Τέλος, σύμφωνα με έρευνες που έλαβαν χώρα (π.χ. Blaxter, 1983. Cornwell, 1984) τα υποκείμενα χαρακτηρίζονταν από επιμονή για καλή υγεία και απέχθεια για τους υποχονδριακούς, ωστόσο η ανάλυση των περιγραφών τους φανέρωσε την ανάγκη να

αποδειχθεί η «ετερότητα» της ασθένειας ως ξεχωριστού γεγονότος που συνέβη στο άτομο αλλά για το οποίο δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο. Επομένως, τα άτομα επιθυμούν να εκφράζουν απόψεις που εναρμονίζονται με τις απόψεις της ιατρικής και τις υποκείμενες αξίες του καπιταλισμού. Γενικότερα, τα άτομα δεν δέχονται παθητικά τις ιδέες της ιατρικής και όταν εκείνες δεν συμπίπτουν με τις απόψεις των ανθρώπων τότε αγνοούνται ή απορρίπτονται (Calnan, 1987). Επίσης δεν επηρεάζουν μόνο οι ιατρικές γνώσεις τις απόψεις του πληθυσμού αλλά και, αντίστροφα, οι ιδέες του πληθυσμού διαμορφώνουν την ιατρική γνώση.

Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η παραδοχή ότι τα άτομα με ψυχολογικές ή σωματικές δυσκολίες είναι ανίκανα ή διαφορετικά από το φυσιολογικό, έχει συνέπειες στην αίσθηση της ταυτότητας του εαυτού του ατόμου. Ο Bury (1988, 1991) κάνει διάκριση μεταξύ των δυο πλευρών των συνεπειών της χρόνιας ασθένειας, θεωρώντας ότι υπάρχουν δύο είδη νοήματος. Ειδικότερα, υπάρχει το «νόημα ως συνέπεια» δηλαδή τα αποτελέσματα των πρακτικών πλευρών της καθημερινής ζωής που ακολουθούν την εμφάνιση συμπτωμάτων όπως η διαταραχή της επαγγελματικής και προσωπικής λειτουργικότητας. Επίσης, το «νόημα ως σπουδαιότητα», που υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα των φαντασιακών εικόνων, επηρεάζει την αίσθηση του εαυτού του ατόμου και τις αντιδράσεις των άλλων γύρω του και ποικίλλει ανάλογα με την πολιτιστική πραγματικότητα στην οποία εμφανίζεται η ψυχική ή σωματική ασθένεια.

Η χρόνια ασθένεια (είτε ψυχική όπως η χρόνια κατάθλιψη, είτε σωματική όπως η κολίτιδα) μπορεί να επηρεάσει την αίσθηση του εαυτού και την ταυτότητα του ατόμου. Το γεγονός αυτό συνιστά συνέπεια των πραγματικών και των φαντασιακών αντιδράσεων των άλλων απέναντι στο άτομο και του πολιτιστικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει το άτομο με την ασθένεια. Αυτό υπονοεί πως η κοινωνική αλληλεπίδραση που λαμβάνει χώρα δυσκολεύει καθώς κανείς δεν γίνεται να εμπιστευθεί δεδομένες παραδοχές και κοινούς «ορισμούς της κατάστασης». Συχνά οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, σωματικές και ψυχικές αντιμετωπίζουν διαρκώς την πιθανότητα οι άλλοι να μην συμμερίζονται τις ερμηνείες τους για μια κατάσταση.

Η κοινωνιολογική σχολή σκέψης της συμβολικής αλληλόδρασης θεωρεί την ταυτότητα προϊόν της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους και εξετάζει (Charmaz, 1983) τον αντίκτυπο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης στον «εαυτό» ατόμων με αναπηρίες. Τα άτομα αυτά ανησυχούσαν για τον άνθρωπο στο οποίο έβλεπαν τον εαυτό τους να αναπτύσσεται και για πολύτιμες εικόνες του εαυτού από το παρελθόν που τις είχαν χάσει τη διαδικασία αυτή την χαρακτηρίζει η Charmaz απώλεια του εαυτού. Από αυτή προκαλούνται τέσσερα διλήμματα: καταρχάς, τα άτομα εξετάζουν ενδελεχώς τις αλληλεπιδράσεις τους προκειμένου να εντοπίσουν δείγματα αμφισβήτησης από τους άλλους. Επιπρόσθετα, τα άτομα αυτά προωθούν την εξάρτηση από τους άλλους, προκειμένου να αυτοπροσδιοριστούν αν και αυτό διαταράσσει τις σχέσεις τους. Ακόμα, προσπαθούν να δημιουργήσουν στενότερες επαφές προκειμένου να διατηρήσουν την αυτοεικόνα τους και πολλές φορές καθίστανται λιγότερο ικανοί να διατηρήσουν σχέσεις. Τέλος, τα άτομα αυτά δεν έχουν καλή κοινωνική ζωή εφόσον δυσκολεύονται να φέρουν σε πέρας και τις πιο εύκολες εργασίες. Ωστόσο, η κατάσταση της απώλειας εαυτού δεν συνιστά οπωσδήποτε μια μόνιμη κατάσταση. Έτσι, συχνά οι άνθρωποι μπορούν και δημιουργούν νέες ταυτότητες συμμετέχοντας ενεργά στη βελτίωση της ζωής τους.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

Η αιτία της κατάθλιψης συχνά εστιάζεται σε κάποια σημαντική απώλεια που υφίσταται το άτομο. Το «Μοντέλο της απώλειας» της Gerhardt (1989) στοχεύει στο να εντοπίσει τα χαρακτηριστικά των ατόμων που τα καθιστούν ευαίσθητα απέναντι στην απώλεια. Απώλειες λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια σημαντικών γεγονότων ζωής ή στρεσογόνων καταστάσεων (π.χ. απώλεια συντρόφου, θάνατος αγαπημένου προσώπου κλπ) που επιδεινώνουν τους παράγοντες επικινδυνότητας: αυτοί οι παράγοντες είναι ήδη παρόντες σε διαφορετικό επίπεδο, ανάλογα με το πόσο ευάλωτο είναι το άτομο, και αυτό γίνεται αντιληπτό στο πλαίσιο δημογραφικών χαρακτηριστικών όπως η κοινωνική ή οικονομική του κατάσταση. Εκείνοι που είναι πιο ευαίσθητοι έχουν λιγότερη υποστήριξη από το περιβάλλον προκειμένου να ξεπεράσουν την απώλεια τους. Το συγκεκριμένο μοντέλο εστιάζεται στην τρωτότητα, την ευαισθησία, την ευπάθεια, τους στρεσογόνους παράγοντες και τις δυνατότητες να ανταποκριθεί κανείς και οδήγησε στην επικέντρωση

μεγαλύτερης προσοχής στο ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης, στη διατήρηση της υγείας, στην προστασία της υγείας και της ανάρρωσης, από την κακή υγεία.

Οι θεωρίες κοινωνικής υποστήριξης επικεντρώνονται στο έργο του Durkheim (1952) για την αυτοκτονία και την κοινωνική ένταξη, όπου συμπεραίνεται ότι η ένταξη του ατόμου στην κοινωνία είναι κρίσιμη για την υγεία και την ευεξία του και πως η παρουσία ενός κοινωνικού δικτύου είναι σημαντική για συγκεκριμένους λόγους. Ως τέτοιος λόγος χαρακτηρίζεται η παροχή πρόσβασης στις πληροφορίες, η ενθάρρυνση συμπεριφορών που συμβάλλουν στην καλή υγεία η παροχή πρακτικής στήριξης κλπ. Συνεπώς, η ένταξη στο σύμπλεγμα των κοινωνικών σχέσεων και η ικανότητα να αντλεί κανείς από αυτό το σύμπλεγμα, μπορεί να διατηρήσει την ψυχική υγεία. Το μοντέλο της απώλειας διευκολύνει να κατανοήσουμε γιατί διάφορες κοινωνικές θέσεις, καθιστούν συχνά τους κατόχους τους εύάλωτους σε ψυχοπαθολογία. Η κοινωνική υποστήριξη συνιστά δείκτη πρόβλεψης της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να εξετάσουμε την επιδημιολογία των νόσων εξάρτησης από το οινόπνευμα και τις φαρμακευτικές ουσίες που χορηγούνται στο άτομο στα πλαίσια της θεραπείας του από την κατάθλιψη. Η σχέση μεταξύ του κοινωνικού, πολιτιστικού περιβάλλοντος και των προβλημάτων της ψυχικής υγείας γίνεται έκδηλο στην περίπτωση των νόσων της εξάρτησης από ουσίες. Οι κοινωνικές συνθήκες δημιουργούν κοινωνικά προβλήματα ή καταστάσεις που οι παλιότεροι κοινωνιολόγοι τις αποκαλούσαν κοινωνική παθολογία, όπως είναι ο αλκοολισμός και η εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες.

Στα κεφάλαια της εργασίας που ακολουθούν θα γίνει εκτενής αναφορά στις έννοιες της εξάρτησης και της κατάχρησης. Ωστόσο, στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να γίνει μία συνοπτική περιγραφή των εννοιών αυτών. Έτσι, ως εξάρτηση από ουσίες θεωρείται η φυσική (σωματική) εξάρτηση που είναι μια κατάσταση κατά την οποία το σώμα έχει προσαρμοστεί με την ύπαρξη μιας ουσίας σ αυτό, ούτως ώστε όταν εκείνη πάψει να υπάρχει, να εκδηλώνονται σωματικά συμπτώματα, αιτία των οποίων συνιστά η στέρηση της ουσίας αυτής τα συμπτώματα αυτά συνήθως περιλαμβάνουν τη δυσθυμία και

τον πόνο. Επιπλέον, στον όρο της εξάρτησης περιλαμβάνεται η ψυχολογική εξάρτηση που είναι μία κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματική και ψυχική ενασχόληση με τις δράσεις της ουσίας και με την έντονη επιθυμία για τη λήψη της από το εξαρτημένο άτομο. Φαρμακευτική εξάρτηση, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, είναι μία κατάσταση όπου οι καταναλούμενες φαρμακευτικές ουσίες συνιστούν αιτία πρόκλησης βλαβών στο ίδιο το άτομο και την κοινωνία. Στον ορισμό αυτό μπορεί να περιλαμβάνονται ή όχι οι έννοιες της φυσικής και ψυχολογικής εξάρτησης. Ο όρος εθισμός αφορά στις καταστάσεις εξάρτησης από ουσίες, χωρίς να διαχωρίζει την ψυχολογική από τη σωματική εξάρτηση· ο όρος «εθισμός», επειδή παραδοσιακά υποσημαίνει μία αδυναμία της ηθικής και μέσα στα πλαίσια της παράκαμψης αυτής της χροιάς, η Π.Ο.Υ. έχει προτείνει να αντικατασταθεί με τον όρο «εξάρτηση από ουσίες», που είναι αποδεκτός από πολλούς πολιτισμούς και κοινωνίες.

Η εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες, μέσα από παραπτωματικές συμπεριφορές εφήβων ή ενηλίκων μπορεί να επεκταθεί στη χρήση ναρκωτικών, αλλά συμβαίνει και το αντίστροφο, δηλαδή μπορεί τα ναρκωτικά να οδηγήσουν σε παραπτωματική συμπεριφορά. Η σχέση αυτή συνιστά την ουσιαστική προϋπόθεση για το σχεδιασμό και την οργάνωση προληπτικών και θεραπευτικών μέτρων. Στη σχέση αυτή αλληλεπιδρούν δύο σκέλη· στο ένα βρίσκεται το εξαρτημένο άτομο ως βιοψυχοκοινωνική μονάδα, στο άλλο τοποθετείται το κοινωνικό-οικονομικό, πολιτιστικό και γεωπολιτικό περιβάλλον. Το φαινόμενο της εξάρτησης είναι πολύπλοκο καθώς υπεισέρχονται πολλοί παράγοντες. Επομένως, για να μιλήσουμε για το φαινόμενο αυτό οφείλουμε να μελετήσουμε την προέλευση, τις διαστάσεις του και τις τυχόν φαρμακολογικές ιδιαιτερότητες που υπάρχουν.

Θα μπορούσαμε να κατηγοριοποιήσουμε τις φαρμακευτικές ουσίες σύμφωνα με τον τρόπο δράσης τους στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα· έτσι, υπάρχουν καταρχάς οι κατευναστικές-υπνωτικές ουσίες (αιθυλική αλκοόλη, βαρβιτουρικά) και τα ελάσσονα ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες). Επίσης, τα ψευδαισθησιογόνα (κάνναβη, μεσκαλίνη κ.ά.) και τα τροποποιητικά του συναισθήματος (μείζονα ηρεμιστικά και αντικαταθλιπτικά). Τέλος, τα ναρκωτικά-αναλγητικά (κωδεΐνη, ηρωίνη, όπιο, μορφίνη, μεθαδόνη κ.ά.) και τα διεγερτικά (οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, η νικοτίνη, η καφεΐνη κ.ά.)

Έτσι, όσον αφορά την εξάρτηση από το οινόπνευμα και τα σχετιζόμενα προβλήματα, η κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης με τη μορφή του κρασιού, της μπίρας και των οινοπνευματωδών ποτών υψηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλη είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο. Τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλη έχουν κατηγοριοποιηθεί σε τέσσερις τύπους· τους κοινωνικούς ποτές, τους επεισοδιακά υπερβολικούς ποτές, τους προοδευτικά

υπερβολικούς ποτές και τους χρόνιους αλκοολικούς. Ωστόσο, ο διαχωρισμός αυτός δεν διευκολύνει τη διάκριση των παθολογικών καταστάσεων από την κατάσταση της εξάρτησης από αλκοόλ.

Ο όρος αλκοολισμός που σημαίνει παθολογική εξάρτηση από την αιθυλική αλκοόλη αιθανόλη, χρησιμοποιείται εναλλακτικά ενώ υπάρχουν, επίσης, όροι που υποδηλώνουν σοβαρές οργανικές μεταστάσεις, όπως η αλκοολική τοξίκωση ή ιδιοσυγκρασιακή αλκοολική τοξίκωση, το αλκοολικό στερητικό σύνδρομο, η άνοια ή αμνησιακή διαταραχή, το αλκοολικό στερητικό παραλήρημα, η αλκοολική ψευδαισθήτωση. Από τα μέσα της δεκαετίας του '70 από τους ειδικούς και την Π.Ο.Υ. χρησιμοποιείται ο όρος προβλήματα ή ανικανότητες σχετιζόμενες με το αλκοόλ, οι οποίες περιλαμβάνουν όλες τις προαναφερόμενες καταστάσεις και μερικές άλλες (π.χ. τροχαία ατυχήματα που οφείλονται σε μέθη).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Όσον αφορά τις διαστάσεις του προβλήματος, υπάρχουν επιδημιολογικές μέθοδοι μελέτης του στο γενικό πληθυσμό και ορισμένοι δείκτες, όπως τα ποσοστά τροχαίων ατυχημάτων, η κατανάλωση καθαρού αλκοόλ και οι εισαγωγές σε ψυχιατρεία και νοσοκομεία για προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ. Μεταξύ των ετών 1960-1972, η παγκόσμια παραγωγή κρασιού αυξήθηκε περίπου κατά 30%, των οινοπνευματωδών κατά 61% και της μπίρας κατά 68%. Σε πολλές, επίσης, χώρες, που περιλαμβάνεται και η Ελλάδα, αυξήθηκε η κατά κεφαλή κατανάλωση καθαρού αλκοόλ από 100% έως 500%. Όσον αφορά τα δεδομένα που αφορούν τη χώρα μας, πανελλήνια έρευνα σε 4.300 σπίτια της χώρας μας με προσωπική συνέντευξη (Στεφανής, Μαδιανός και Μαδιανός, 1986), έδειξε ότι το 25% των ενηλίκων, 18-64 ετών, και το 12,8% των εφήβων, 12-17 ετών, κατανάλωναν συστηματικά αλκοόλ. Το 14% των ατόμων ηλικίας από 18 έως 24 ετών, κατανάλωνε συστηματικά αλκοόλ. Το 1,8% των εφήβων, 12-17 ετών, έχει μεθύσει πάνω από 10 φορές συνολικά. Όσον αφορά τις υπόλοιπες ηλικίες, 10% - 18% του δείγματος είχαν εμπειρίες μέθης. Το 12,6% των αντρών και το 2,5% των γυναικών παρουσίασαν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, την εργασία ή την ψυχική / σωματική υγεία τους λόγω της επαναλαμβανόμενης χρήσης αλκοόλ και εμφάνισαν μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης.

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ**

Η Κοινοτική Ψυχιατρική συνιστά ένα από τα στοιχεία της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής στην οποία και προσφέρει το κλινικό της κομμάτι μέσα σε ένα ευρύ φάσμα ποικίλων θεραπευτικών προληπτικών διαδικασιών από τον τομέα της ψυχικής υγείας. Στις αρχές του 1960, παράλληλα με τον όρο «Κοινοτική Ψυχιατρική», καθιερώθηκε ο όρος «Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή», με την έννοια ότι περιέχει τον όρο «Υγιεινή», μια έννοια που έχει ως στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας του υγιούς πληθυσμού. Ο ορισμός της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής περικλείει όλες τις δραστηριότητες που ασκούνται έξω από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες που απαιτούνται για την ανάπτυξη και οργάνωση κάθε υπηρεσίας ή προγράμματος στην κοινότητα και οι οποίες επηρεάζουν όλες τις προσπάθειες που κάνει η κοινότητα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.

Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή είναι ένας πολυδιάστατος κλάδος που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δομών στην κοινότητα, που έχουν ως στόχο τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των μελών μιας συγκεκριμένης ομάδας, αντίθετα με την παραδοσιακή ψυχιατρική προσέγγιση, η οποία εστιάζει την προσοχή της στο άτομο που βρίσκεται σε κρίση. Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή δεν μπορεί να οριστεί με ακρίβεια, λόγω του ότι είναι ένας νέος κλάδος. Τα όρια της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής εκτείνονται μέχρι το σημείο που καλύπτονται οι ανάγκες της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας. Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή δεν είναι μια ιατρική ειδικότητα, μια υποειδικότητα όπου διάφορες τεχνικές και δεξιότητες έχουν ιατρική καταγωγή. Σύμφωνα με τη βασική ιδεολογία της Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, οι ψυχικές ασθένειες είναι σαν όλες τις άλλες ασθένειες και μπορούν να αντιμετωπιστούν στην κοινότητα και με τη βοήθεια της ίδιας της κοινότητας.

Η Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή διαχωρίζεται από τις άλλες μορφές ψυχιατρικής πρακτικής με βάση τη θεωρία, την έρευνα, τους ειδικούς πληθυσμιακούς στόχους στους οποίους απευθύνονται οι υπηρεσίες και την κλινική προσέγγιση. Η συγκεκριμένη θεωρία δίνει έμφαση στη σημασία του περιβάλλοντος όσον αφορά την έναρξη και την πορεία μιας ψυχικής αρρώστιας. Για παράδειγμα, το επαγγελματικό στρες ή η κοινωνική αποργάνωση ενοχοποιούνται για την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας.

Κρίνεται σκόπιμο να μελετηθεί η δομή της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας. Η μελέτη της υγείας, της ασθένειας και της κοινωνίας οπωσδήποτε καλύπτει ένα ευρύ φάσμα πλήθους θεμάτων, στα ποία περιλαμβάνεται η οριοθέτηση της φύσης της υγείας και της ασθένειας σε σχέση με τις ευρύτερες κοινωνικές δομές, οι αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού αναφορικά με την υγεία και την ασθένεια, η εμπειρία της υγείας και της ασθένειας, η ανάλυση της ιατρικής γνώσης, οι κοινωνικές και πολιτιστικές απόψεις σχετικά με το σώμα, η ανάλυση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας, η κοινωνική οργάνωση της επίσημης και της ανεπίσημης φροντίδας υγείας. Αναγνωρίζοντας τον εκλεκτικισμό των ανισότητες στο αντικείμενο μελέτης της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας ο Turner (1987: 4-5) πραγματεύεται μια προσέγγιση επιπέδων ανάλυσης, πρεσβεύοντας πως μια εκτενής και πλήρης κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας οφείλει να έχει ως βασικό της στόχο τη μελέτη της υγείας και της ασθένειας. Η μελέτη αυτή διαχωρίζεται σε τρία επίπεδα: αρχικά το «ατομικό», που μελετά τις αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια. Στη συνέχεια το «κοινωνικό», που μελετά την κοινωνική επεξεργασία της κατηγοριοποίησης των ασθενειών και τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Τέλος το «κοινωνιακό» που μελετά τα συστήματα υγείας μέσα στο πολιτικό τους πλαίσιο. Εκτός από τον Turner, η Gerhardt (1989) επιχείρησε να εξετάσει τη δόμηση του περιεχομένου της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας το οποίο και ταξινόμησε σύμφωνα με ορισμένες θεωρητικές προσεγγίσεις, που είναι οι συμβολικές αλληλοδράσεις, η φαινομενολογία, ο δομικός λειτουργισμός, η θεωρία των συγκρούσεων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

I. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ:

Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας είναι κυρίαρχη στον κλάδο της ψυχολογίας και, κυρίως, της κλινικής ψυχολογίας, και είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πώς ορίζεται. Η ψυχική ασθένεια είναι μια νομική έννοια που τυπικά υποδηλώνει την ύπαρξη μιας σοβαρής συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της σκέψης που επηρεάζει αρνητικά την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου. Κάθε πολιτεία των Η.Π.Α. έχει τον δικό της ορισμό. Το ίδιο και κάθε χώρα στον κόσμο. Έτσι, για παράδειγμα, στην πολιτεία της Ν. Υόρκης η «ψυχική ασθένεια» είναι μία κατάσταση που εκδηλώνεται με ψυχική νόσο ή ψυχική κατάσταση η οποία εμφανίζεται ως διαταραχή στη συμπεριφορά, στη σκέψη/ κρίση, στα συναισθήματα τόσο ώστε το άτομο να χρειάζεται φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση», (Νόμος της Ν. Υόρκης για την Ψυχική Υγεία- New York Mental Hygiene Law, 1992). Αντιθέτως, στην πολιτεία του Κοννέκτικατ, ένα «ψυχικά άρρωστο άτομο είναι ένα άτομο που παρουσιάζει μια ψυχική ή συναισθηματική κατάσταση που έχει ουσιαστικές δυσμενείς επιδράσεις στην ικανότητά του να λειτουργεί και το οποίο χρειάζεται φροντίδα και θεραπεία και αποκλείονται από αυτή την κατηγορία τα εξαρτημένα από το αλκοόλ και τις ουσίες άτομα», (Connecticut Gen., Stat. Ann., 1992). Πολλές πολιτείες δεν συμπεριλαμβάνουν τη νοητική υστέρηση ή τις διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών στον ορισμό τους για την ψυχική ασθένεια.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί πως η έννοια της ψυχικής ασθένειας δεν είναι συνώνυμη με εκείνη της ψυχολογικής διαταραχής. Συνεπώς, η διάγνωση κατά το DSM- IV δεν σημαίνει απαραίτητα πως το άτομο πληρεί τα κριτήρια για μια ψυχολογική διαταραχή` υπάρχει μία ασάφεια αναφορικά με το τι συνιστά «ψυχική κατάσταση» ή για το ποιες είναι οι «δυσμενείς επιδράσεις στην ικανότητα λειτουργίας του ατόμου». Το γεγονός αυτό επιτρέπει την ευελιξία όσον αφορά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε ατομικό επίπεδο, παράλληλα όμως διατηρεί και την πιθανότητα να επιδράσουν στη διαμόρφωση αυτών των αποφάσεων η υποκειμενική αντίληψη και η προκατάληψη.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Στεφανή και τους συνεργάτες του (1979), προκειμένου να αξιολογήσουμε και να καθορίσουμε την ψυχική υγεία, οφείλουμε να εφαρμόσουμε ορισμένα συμπληρωματικά κριτήρια, όπως για παράδειγμα το στατιστικό κριτήριο ή το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς, όπου μη υγιής θεωρείται εκείνος που η συμπεριφορά του αποκλίνει από τη μέση συμπεριφορά των υπόλοιπων μελών της κοινότητας. Επίσης, το κριτήριο της κλινικά διαπιστωμένης απουσίας της ψυχικής νόσου, το οποίο ορίζει την ψυχική υγεία αρνητικά με την απουσία της νόσου και την παρουσία των θετικών χαρακτηριστικών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής το οποίο δίνει έμφαση στην κοινωνική επίπτωση της συμπεριφοράς. Τέλος, το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας, όπου τα άτομα διαφοροποιούνται από την επίγνωση και έκφραση της δυσφορίας.

Εκτός από τα κριτήρια που προαναφέρθηκαν, υπάρχουν και ορισμένα άλλα, συμπληρωματικά, που θεωρούνται ατομικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του ατόμου στον εκάστοτε κοινωνικό του χωροχρόνο. Ως τέτοιο θα μπορούσε να αναφερθεί η ενεργητική προσαρμογή του ατόμου στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον, που θα του επιτρέψει να ικανοποιήσει τις βασικές του ανάγκες, δηλαδή τις βιολογικές, ψυχολογικές, οικονομικές, κοινωνικές ανάγκες. Επίσης, η επίγνωση της προσωπικής του ταυτότητας και του σκοπού της ζωής του, των αναγκών για διαπροσωπικές σχέσεις και του κοινωνικού και φυλετικού του ρόλου. Τέλος, η αντοχή στο στρες που του δημιουργεί το περιβάλλον του.

Οπωσδήποτε, η οικογένεια συνιστά ένα υποστηρικτικό σύστημα και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο αν το άτομο θα διαθέτει τα παραπάνω κριτήρια που θα συγκροτούν την ψυχική του υγεία. Η οικογένεια, ανεξάρτητα από τη δομή της, είναι ένα σύστημα που αποτελείται από μέλη που αλληλοεπηρεάζονται. Πρόκειται για έναν ιστορικά εξελισσόμενο παγκόσμιο θεσμό που χαρακτηρίζεται από την οργάνωση κοινής ζωής δύο ατόμων και καθορίζεται από τις μεταβολές του κοινωνικού και οικονομικού πλαισίου. Έχει ως κύρια λειτουργία της την βιολογική, ψυχολογική, πολιτιστική αναπαραγωγή. Τα άτομα που ζουν μαζί υπόκεινται σε καθημερινή συναισθηματική αλληλεπίδραση, γι αυτό και η ψυχική υγεία και η φυσιολογική συμπεριφορά του ατόμου εξαρτώνται τόσο βασικά από αυτόν τον θεσμό.

Κατά τον Στεφανή (1979), τα βασικά χαρακτηριστικά της φυσιολογικής συμπεριφοράς του ιδανικού ατόμου είναι η οργάνωση και η συστηματικότητα, η αισιοδοξία, η περιέργεια, η ταυτότητα ρόλου, η ανεξαρτησία, η συναγωνιστικότητα και η

συνεργατικότητα. Επίσης, η ικανότητα σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων, η ικανότητα λήψης αποφάσεων, η έκφραση και ο έλεγχος των συγκινήσεων, η αυτοεκτίμηση και η ασφάλεια.

A. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

«Ο κόσμος γέρνει, γκρεμίζεται. Γιατί έπρεπε να γεννηθώ εγώ για να τον στερεώσω;»

Από τον “Άμλετ” του Shakespeare.

Κατάθλιψη είναι η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Robert and Lamontagne, 1997).

Η λέξη «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται για ένα φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές (Robert and Lamontagne, 1997· Silverman, 1968). Συνεπώς η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί πρώτον, μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, όπως για παράδειγμα όταν λαμβάνει χώρα μια σημαντική για το άτομο απώλεια ή θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, δεύτερον ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες ή μια δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα και τρίτον, μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο, όπως για παράδειγμα η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή ή οι Διπολικές Διαταραχές που μεταξύ άλλων κατατάσσονται, τόσο σύμφωνα με το ICD-10 (World Health Organization, 1993) όσο και με το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), στις Διαταραχές της Διάθεσης. Με τον όρο «Διαταραχές της Διάθεσης» ή, παλαιότερα, «Συναισθηματικές Διαταραχές» αναφερόμαστε σε έναν αριθμό κλινικών καταστάσεων των οποίων το κύριο χαρακτηριστικό είναι η διαταραχή στη διάθεση, που συνοδεύεται από γνωστικές ψυχοκινητικές, ψυχοφυσιολογικές και διαπροσωπικές δυσκολίες.

Η κατάθλιψη θεωρείται ως μια συνήθης ψυχοβιολογική αντίδραση στην ένταση. Κάθε άτομο αντιμετωπίζει υποχρεωτικά μια ποικιλία από εντάσεις κατά τη διάρκεια της

ζωής του, διότι ο άνθρωπος είναι μια ψυχοβιολογική μονάδα που κάθε του σκέψη και συναίσθημα προκαλεί ανάλογη αλλαγή στη χημική σύσταση του νευρικού του συστήματος. Έτσι, γεγονότα όπως ιογενείς λοιμώξεις ή συναισθήματα κατάθλιψης συνοδευόμενα από σωματικά συμπτώματα συχνά αποτελούν απόρροια δυσάρεστων- για το άτομο- γεγονότων (θάνατος αγαπημένου προσώπου, χωρισμός κ. α). Ωστόσο, οφείλουμε να κάνουμε έναν διαχωρισμό ανάμεσα στην θλίψη και την κατάθλιψη. Όλοι κάποιες στιγμές στη καθημερινή μας ζωή βιώνουμε συναισθήματα λύπης η οποία μερικές φορές επιμένει και παίρνει διαστάσεις σε βαθμό που παύει να είναι μια απλή «συναισθηματική πτώση» ή, απλώς, μια κακή διάθεση. Τις στιγμές αυτές το άτομο με κατάθλιψη βιώνει πολύ μεγάλη δυσκολία και έντονο «εσωτερικό πόνο». Σ αυτή την περίπτωση μπορούμε να μιλήσουμε για κλινική κατάθλιψη, τη στιγμή που πληρούνται ταυτόχρονα ορισμένα ακόμη συγκεκριμένα κριτήρια που είναι χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Η πλειοψηφία των ανθρώπων πιστεύουν ότι οι περίοδοι κατά τις οποίες αισθάνονται κατάθλιψη περνούν σχετικά γρήγορα και περιμένουν από τους ίδιους αλλά και από τους άλλους να τις καταπολεμήσουν και να μην επιτρέψουν στις δύσκολες στιγμές που περνούν να τους καταβάλλουν. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα, δεν δίνεται η βαρύτητα ή ο χρόνος για συζήτηση του ζητήματος της κατάθλιψης, σε αντίθεση με άλλες καταστάσεις που ίσως να βιώνει το άτομο (π.χ. το άγχος, το οποίο τίθεται σε συζήτηση πιο εύκολα), ίσως επειδή θεωρείται λανθασμένα ότι ο καθένας θα πρέπει να ελέγχει αρκετά καλά τις διαθέσεις και τα συναισθήματα του. Συνεπώς, θεωρείται δεδομένο πως οι δύσκολες στιγμές και εμπειρίες θα πρέπει να ξεπεραστούν σχετικά γρήγορα μέσα από την ενεργή επέμβαση, την προσπάθεια και τη θέληση του ατόμου (Gotlib & Hammen, 1992).

Η διαφοροποίηση μεταξύ της φυσιολογικής θλίψης από την κλινική κατάθλιψη είναι, συχνά, δύσκολη. Όταν λοιπόν η καταθλιπτική διάθεση επιμένει και προκαλεί εμπόδια και δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου, πάντα σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα, τότε μιλάμε για κλινικά διαγνωσκόμενη κατάθλιψη. Σημαντικό κρίνεται να υπογραμμίσουμε τη διαφορά μεταξύ θλίψης και κατάθλιψης συναισθηματικές καταστάσεις οι οποίες διαφέρουν τις περισσότερες φορές τουλάχιστον. Πιο συγκεκριμένα, ενώ η θλίψη φαίνεται να χαρακτηρίζεται ουσιαστικά από μια επώδυνη απώλεια που βιώνει ένα άτομο, αντίθετα η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μια «πεσμένη» διάθεση που έχει περιγραφεί και ως «επώδυνη αναισθησία» από τους Wender και Klein (1981). Μάλιστα, σύμφωνα με τους Whybrow, Akiskal και McKinney (1984), η κατάθλιψη ορίζεται ως μια κατάσταση όπου μεταβάλλεται η ποιότητα και η ένταση της διάθεσης, η οποία επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και δεν μπορεί να ξεπεραστεί εύκολα, σε

τέτοιο βαθμό που το άτομο δεν μπορεί να νιώσει ασφάλεια, να ανακουφιστεί, να νιώσει καλύτερα. Επίσης, Η διάθεση του ατόμου δεν αλλάζει εύκολα, διατηρείται και πηγάζει από το ίδιο το άτομο. Η δυσάρεστη κατάσταση επιμένει όσο κι αν προσπαθεί το άτομο να την διαφοροποιήσει. Μάλιστα, πολλές φορές, δεν υπάρχει κανένα ερέθισμα που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως έναυσμα για αυτή τη διάθεση.

B. ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Όσον αφορά την κατηγοριοποίηση της κατάθλιψης με βάση επιστημονικά κριτήρια, το πιο διαδεδομένο και περισσότερο χρησιμοποιούμενο σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών σήμερα είναι αυτό που περιγράφεται στο DSM- IV, δηλαδή το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, 1994). Παρά τους ελάχιστους περιορισμούς που παρουσιάζει το DSM-IV - όπως για παράδειγμα το γεγονός πως η διάγνωση, όπως περιγράφεται στο DSM- IV, δεν βοηθά τον κλινικό ψυχολόγο να διαχωρίσει τους ασθενείς μεταξύ αυτών που ανταποκρίνονται καλύτερα στη φαρμακοθεραπεία, στη ψυχοθεραπεία ή στο συνδυασμό αυτών των δύο θεραπειών (Schwatz and Schwatz, 1993) - πρόκειται για μια πετυχημένη προσπάθεια για τη συστηματοποίηση και αντικειμενοποίηση της διαγνωστικής διαδικασίας των ψυχικών διαταραχών. Πρόκειται για ένα σύστημα ταξινόμησης μη αιτιοπαθογενετικού τύπου, που επιτρέπει την επικοινωνία μεταξύ των ειδικών στο χώρο της ψυχικής υγείας ανεξάρτητα από το θεωρητικό τους προσανατολισμό.

Το DSM- IV, όπως και το ICD, περιγράφει τα κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών, αλλά και συγκεκριμένες πληροφορίες για κάθε διαταραχή, όπως για παράδειγμα περιγραφή και καθορισμό του αριθμού των συμπτωμάτων που πρέπει να είναι παρόντα προκειμένου να ικανοποιηθούν τα κριτήρια της εκάστοτε διάγνωσης, η οποία, σύμφωνα με το DSM- IV είναι πολύπλευρη και αποτελείται από πέντε άξονες. Στον άξονα I καταγράφεται το κλινικό σύνδρομο που παρουσιάζει ένα άτομο, ενώ οι διαταραχές προσωπικότητας περιλαμβάνονται στον άξονα II. Ο άξονας III αναφέρεται στη γενική ιατρική κατάσταση - διαταραχή του ατόμου. Ο άξονας IV περιγράφει τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα. Τέλος, ο άξονας V αναφέρει τη συνολική εικόνα της λειτουργικότητας του ατόμου. Σε παλαιότερες εκδόσεις του DSM, η κατάθλιψη υπαγόταν

στις «Συναισθηματικές Διαταραχές» στις τελευταίες του όμως εκδόσεις, όπως άλλωστε και στο ICD-10, η κατηγορία αυτή μετονομάστηκε σε «Διαταραχές της Διάθεσης». Ο όρος «διάθεση» ορίζεται ως μία παρατεταμένη συγκινησιακή κατάσταση, που χρωματίζει το σύνολο της ψυχικής ζωής ενός ατόμου.

Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούν επιγραμματικά οι Διαταραχές της Διάθεσης που περιγράφονται στο DSM- IV. Έτσι, οι Διαταραχές της Διάθεσης διαχωρίζονται σε Καταθλιπτικές Διαταραχές, σε Διπολικές Διαταραχές και σε Άλλες Διαταραχές της Διάθεσης. Αναλυτικότερα, οι Καταθλιπτικές Διαταραχές διαιρούνται στις εξής: αρχικά, στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια. Δεύτερον, στη Δυσθυμία ή Δυσθυμική Διαταραχή, όπου υπάρχει καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας, για διάστημα τουλάχιστον δυο ετών, συνοδευόμενη και από άλλα συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία όμως δεν ικανοποιούν τα κριτήρια ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Τρίτον, αναφέρεται η Καταθλιπτική διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, η οποία περιλαμβάνει διαταραχές με καταθλιπτικά χαρακτηριστικά, που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή Προσαρμογής με Μεικτή αγχώδη και Καταθλιπτική Διάθεση, Διαταραχή Προσαρμογής με καταθλιπτική Διάθεση.

Όσον αφορά τις Διπολικές Διαταραχές, αυτές διαχωρίζονται στις ακόλουθες: Πρώτη θα αναφέρουμε τη Διπολική Διαταραχή I, η οποία συνίσταται από ένα ή περισσότερα Μανιακά ή Μεικτά Επεισόδια, που συνήθως εναλλάσσονται με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια. Επίσης, υπάρχει η Διπολική Διαταραχή II, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, συνοδευόμενα τουλάχιστον από ένα Υπομανιακό Επεισόδιο. Τρίτον, η Κυκλοθυμική Διαταραχή, όπου υφίστανται περίοδοι με υπομανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα, που εναλλάσσονται και διαρκούν τουλάχιστον δυο χρόνια. Τα συμπτώματα αυτά δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για μεμονωμένα μανιακά ή καταθλιπτικά επεισόδια. Τέταρτον, η Διπολική διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, που περιλαμβάνει διαταραχές με διπολικά χαρακτηριστικά, που όμως δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για καμία από τις Διπολικές Διαταραχές.

Τέλος, υπάρχουν και άλλες τρεις Διαταραχές της Διάθεσης οι οποίες είναι, αρχικά, η Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από μία επίμονη διαταραχή της διάθεσης, αποδίδεται σε οργανική αιτιολογία και είναι αποτέλεσμα μιας γενικότερης ιατρικής κατάστασης. Επίσης, δεύτερη θα αναφερθεί η Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Ψυχοδραστικές Ουσίες· εδώ η

διαταραχή της διάθεσης θεωρείται η άμεση συνέπεια της κατάχρησης ποικίλων χημικών ουσιών όπως των φαρμάκων. Τρίτων, υπάρχει η Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, που περιλαμβάνει διαταραχές με συμπτώματα διάθεσης που δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια για καμία από τις Διαταραχές της Διάθεσης και είναι δύσκολο να γίνει επιλογή μεταξύ Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς και Διπολικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς.

Από τις παραπάνω Διαταραχές της Διάθεσης θα αναλύσουμε ενδεικτικά τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, η οποία είναι περισσότερο σχετική με το ζήτημα που πραγματευόμαστε. Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια χωρίς να υπάρχει παράλληλα ιστορικό Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού Επεισοδίου. Αξίζει να σημειωθεί πως τα καταθλιπτικά επεισόδια που οφείλονται σε κάποια ψυχοδραστική ουσία ή στη γενικότερη ιατρική κατάσταση του ατόμου, τα οποία ανταποκρίνονται καλύτερα στα κριτήρια της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής ή της Σχιζοφρένειας, Σχιζοφρενικόμορφης Διαταραχής, Παραληρητικής Διαταραχής ή Ψυχωσικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς, δεν θεωρούνται κριτήρια για τη διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής. Επιπλέον κρίνεται απαραίτητο να διευκρινιστεί πως στην περίπτωση κατά τη διάρκεια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής παρουσιαστεί Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο, η διάγνωση μεταβάλλεται σε Διπολική Διαταραχή. Αν υπεύθυνη για αυτό το επεισόδιο είναι κάποια φαρμακευτική αγωγή, η χρήση μιας ουσίας ή τοξίνης ή η γενική ιατρική κατάσταση του ατόμου, η συγκεκριμένη διάγνωση δεν ισχύει. Σε αυτές τις περιπτώσεις η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής παραμένει, και προστίθεται η διάγνωση της Διαταραχής της Διάθεσης Οφειλόμενης σε Ψυχοδραστικές Ουσίες ή της Διαταραχής της Διάθεσης Οφειλόμενης σε Γενική Ιατρική Κατάσταση.

Γ. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι που μας βοηθούν να αναγνωρίσουμε την κατάθλιψη στη συμπεριφορά ενός ατόμου. Η διαταραχή της κατάθλιψης περιλαμβάνει μια ποικιλία βιολογικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών δυσλειτουργιών που ποικίλουν σε σοβαρότητα και διάρκεια. Στην καλύτερη περίπτωση το άτομο βιώνει τη «φυσιολογική»

κατάθλιψη , δηλαδή μια μεταβατική περίοδο θλίψης που δεν διαρκεί περισσότερο από μια εβδομάδα και συνιστά αντίδραση σε κάποιο συγκεκριμένο και αναγνωρίσιμο στρεσογόνο γεγονός. Όταν η κατάθλιψη φτάσει σε κλινικά επίπεδα τα συμπτώματα είναι μεγαλύτερης έντασης και διάρκειας, με βασικά χαρακτηριστικά την ψυχοκινητική επιβράδυνση, τα συναισθήματα απελπισίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αναξιότητας και ενοχών, το αίσθημα αδυναμίας, την απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης (ανηδονία) από συνήθειες δραστηριότητες. Στην σοβαρότερη μορφή της η κατάθλιψη αγγίζει τα ψυχωσικά όρια και το άτομο παρουσιάζει υπερβολική θλίψη, ενοχές και απελπισία, πλήρη ανηδονία, πολλές φορές απώλεια επαφής με την πραγματικότητα και ανάπτυξη παραισθήσεων, παραληρηματικές ιδέες και σημαντική ψυχοκινητική και ψυχολογική επιβράδυνση.

Ο βασικότερος τρόπος αναγνώρισης της κατάθλιψης είναι η εντόπιση των συμπτωμάτων του ατόμου, τα οποία είναι, τις περισσότερες φορές, εμφανή. Η συντριπτική πλειοψηφία των καταθλιπτικών αναφέρει αίσθημα θλίψης και δυστυχίας. Τα συναισθήματα αυτά κυμαίνονται μεταξύ της ήπιας θλίψης ή της μελαγχολίας και της βαθιάς απελπισίας, και περιγράφεται από το καταθλιπτικό άτομο ως μοναξιά και απογοήτευση. Τα άτομα αυτά θεωρούν την κατάστασή τους μη αναστρέψιμη, κλαίνε συχνά και νιώθουν μια εσωτερική θλίψη. Οι καταθλιπτικοί εμφανίζουν χαρακτηριστικές εκφράσεις στο πρόσωπο, όπως άκρες του στόματος σε σχετική πτώση, μάτια κόκκινα και πρησμένα από το κλάμα, βλέμμα απλανές και έκφραση θλιμμένη. Στα αρχικά στάδια, πάντως, μερικοί είναι δυνατόν να μην εμφανίζουν αυτά τα χαρακτηριστικά, αντίθετα, να φαίνονται ευδιάθετοι και να χαμογελούν, παρά την εσωτερική τους θλίψη ή απόγνωση. Ωστόσο, όταν παρουσιαστεί το κατάλληλο ερέθισμα, εκδηλώνουν τη θλίψη και τον ψυχικό τους πόνο κλαίγοντας.

Πιο συγκεκριμένα, ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η διαταραχή του ύπνου. Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη παρατηρούν μια ανωμαλία στην πορεία του ύπνου τους. Κάποια άτομα αργούν να αποκοιμηθούν. Το μεγαλύτερο, όμως, ποσοστό των καταθλιπτικών ατόμων αποκοιμάται φυσιολογικά αλλά ξυπνά νωρίτερα το πρωί από ό,τι συνήθως, κατά το ξημέρωμα, και, όσο και να προσπαθήσει, δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί. Συνεπώς, ο καταθλιπτικός ασθενής ξυπνά λίγες ώρες αφού κοιμηθεί και του είναι αδύνατον να ξαναπέσει για ύπνο. Τα καταθλιπτικά άτομα, προτού κοιμηθούν και αφού ξυπνήσουν, σκέφτονται ξανά και ξανά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ίσως αυτός να είναι και ο λόγος που φοβούνται να αντιμετωπίσουν τη μέρα που ξεκινάει το πρωί. Η αϋπνία είναι ένα ιδιαίτερα συνηθισμένο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Η αϋπνία μπορεί να είναι αρχική (όπου το άτομο δεν μπορεί να αποκοιμηθεί),

μέση (αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας και αδυναμία να ξανακοιμηθεί) και τελική (αφύπνιση νωρίς το πρωί). Η αρχική αϋπνία συνήθως συνδέεται περισσότερο με το άγχος, παρά με την κατάθλιψη. Κάποιες φορές η διαταραχή του ύπνου παίρνει τη μορφή υπερυπνίας όπου το άτομο μπορεί να κοιμάται – πολλές φορές- και παραπάνω από δεκαπέντε ώρες την ημέρα.

Πολλοί καταθλιπτικοί χάνουν την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που συνήθιζαν να θεωρούν ευχάριστες, όπως οι νυχτερινές διασκεδάσεις, η μουσική, η συνάντηση με τους φίλους κ. ά.. Επίσης, κάποιοι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν μια ολοκληρωτική «παράλυση της βούλησης» που εκδηλώνεται με την αδυναμία να κάνουν και το πιο απλό πράγμα, όπως για παράδειγμα να σηκωθούν από το κρεβάτι. Τέλος, αδυνατούν να ανταποκριθούν σε πολύ απλές απαιτήσεις της ζωής, θεωρώντας τον εαυτό τους ανίκανο. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός πως αισθάνονται πολύ κουρασμένοι. Βασικό χαρακτηριστικό τους είναι η έλλειψη κινήτρων και η συνοδή έλλειψη ενεργητικότητας. Συνεπώς παραπονιούνται συχνά για αδυναμία και σωματικούς πόνους. Συνεπώς, δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο οι καταθλιπτικοί να παραπονιούνται για πόνους και διάφορα οργανικά προβλήματα. Συνήθως επισκέπτονται αρκετούς γιατρούς για να ανακουφιστούν από τους πόνους τους πριν επισκεφθούν έναν ψυχοθεραπευτή. Τα πιο συχνά συμπτώματα (Klerman, 1988) είναι τα εξής: πονοκέφαλοι, μυϊκές κράμπες, ναυτία, εμετοί, βάρος στο στήθος, ξινή γεύση στο στόμα, ξηροστομία, πόνοι στην πλάτη και το σβέρκο κ.ά.

Επίσης, η απώλεια της όρεξης για φαγητό είναι ένα συχνό σύμπτωμα της κατάθλιψης. Η ανορεξία που εκδηλώνει το άτομο οδηγεί αναπόδραστα σε απώλεια του βάρους του, σε ένα μεγάλο ποσοστό καταθλιπτικών που κυμαίνεται μεταξύ 70 και 80 % η οποία συχνά απειλεί τη ζωή του ατόμου (Klerman, 1978· Μάνος, 1997), την οποία το άτομο δεν αντιλαμβάνεται αμέσως. Δεν συνειδητοποιεί την αλλαγή του βάρους του παρά μόνο όταν ζυγίζεται ή αντιλαμβάνεται πως τα ρούχα του δεν του κάνουν πια. Εντούτοις, υπάρχει ένα σημαντικό μικρότερο ποσοστό καταθλιπτικών στο οποίο σημειώνεται αύξηση της όρεξης και παίρνει βάρος.

Επιπρόσθετα, οι καταθλιπτικοί μερικές φορές παρουσιάζουν υπερδιέγερση, υπερβολική ανησυχία, ένταση, νευρικότητα. Κινούνται συνέχεια, βηματίζουν πάνω κάτω ή κινούν αδιάκοπα τα χέρια τους, κλπ. Ίσως μια αιτία για τη νευρική αυτή κατάσταση να είναι το έντονο άγχος που βιώνουν αυτά τα άτομα. Πιο συγκεκριμένα, ένα μεγάλο ποσοστό (60%- 70% των καταθλιπτικών, Klerman, 1988) αισθάνεται έντονο άγχος και μερικές φορές υπερβολική ανησυχία. Επίσης, η νοητική δραστηριότητα των καταθλιπτικών

ανθρώπων επιβραδύνεται και παρουσιάζουν κάποιες φορές προβλήματα στον τομέα της μνήμης και συγκέντρωσης και είναι αναποφάσιστοι.

Επιπλέον, συχνά τα άτομα με κατάθλιψη βιώνουν συναισθήματα ενοχών, ντροπής και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Θεωρούν τον εαυτό τους κατώτερο αναφορικά με όλες εκείνες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά που θεωρούν απαραίτητα για τη ζωή, χαρακτηριστικά όπως υψηλή νοημοσύνη, εξωτερική ομορφιά, επαγγελματική επιτυχία κ.ά. Πολλές φορές αισθάνονται ενοχές και τύψεις για λάθη και αποτυχίες του παρελθόντος, τα οποία μεγαλοποιούν. Μάλιστα, η αίσθηση αυτοπεποίθησης και αυτοσεβασμού των καταθλιπτικών είναι υπεύθυνη για το γεγονός ότι θεωρούν τον εαυτό τους αποτυχημένο και τη ζωή τους απογοητευτική. Οι καταθλιπτικοί άνθρωποι χαρακτηρίζονται από το αίσθημα της ανημπορίας και της αναβλητικότητας και η απελπισία που συνοδεύεται από πίστη πως δεν υπάρχει ελπίδα βελτίωσης. Για εκείνους, ο κόσμος, η ίδια τους η ζωή, είναι πολύ δυσάρεστη και ανυπόφορη, γι αυτό και η αυτοκτονία αποτελεί έναν τρόπο που οι ίδιοι θεωρούν ιδανικό προκειμένου να ξεφύγουν από την επώδυνη πραγματικότητα. Έτσι, συχνά οι καταθλιπτικοί έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία αποτελεί το πιο σοβαρό και επικίνδυνο σύμπτωμα της διαταραχής αυτής. Όταν ένα άτομο αναφέρει την αυτοκτονία, ο ψυχολόγος οφείλει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τα όσα του εξομολογείται ο ασθενής επειδή πολλά από τα άτομα που επιθυμούν να αυτοκτονήσουν μιλούν για τις προθέσεις τους πριν το κάνουν. Συχνά, οι σκέψεις του ατόμου φαντάζουν παράλογες στα άτομα του κοντινού του περιβάλλοντος, ειδικά όταν το άτομο θεωρείται από εκείνους όμορφο και πετυχημένο στην προσωπική και επαγγελματική του ζωή. Ακόμα και όταν οι άλλοι αντιλαμβάνονται κάποιες αλλαγές στη συμπεριφορά του καταθλιπτικού, δεν φαντάζονται ότι αυτές οι αλλαγές είναι μόνιμες, σκέψη ίσως δικαιολογημένη, αν αναλογιστούμε πως τα άτομα αυτά δεν σκέφτονται με τον ίδιο τρόπο με έναν ψυχολόγο. Έτσι, από τη στιγμή που τα άτομα δεν λαμβάνουν σοβαρά τα συμπτώματα αυτά, συχνά δημιουργείται ένα άσχημο περιβάλλον για τον καταθλιπτικό ασθενή, όπου έχουν δημιουργηθεί σοβαρές συγκρούσεις, ένταση, παρεξηγήσεις, αυξανόμενες ενοχές και αισθήματα απελπισίας.

Ένα ακόμα σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και ικανότητα. Ένα τέτοιο σύμπτωμα μπορεί να δυσχεραίνει τη σχέση του ατόμου με το/ τη σύντροφό του που εκλαμβάνει την άρνηση σεξουαλικής επαφής ως απόρριψη. Αυτή η διάθεση του ατόμου πηγάζει από μια γενικότερη ελάττωση της ενεργητικότητας του ατόμου και μειωμένη διάθεση. Το σύμπτωμα αυτό δημιουργεί κάποιες παρανοήσεις, όπως για παράδειγμα το ότι θεωρεί το καταθλιπτικό άτομο πως είναι σεξουαλικά ανίκανο ή

όπως το ότι ο σύντροφος του ατόμου παρεξηγεί τη σεξουαλική του άρνηση εξηγώντας τη ως έλλειψη ερωτικής έλξης κι αγάπης. Οι πραγματικοί λόγοι που το άτομο χάνει το ενδιαφέρον του για σεξουαλική δραστηριότητα είναι άλλοι: αισθήματα ανησυχίας, απογοήτευσης, απαισιοδοξίας αποσπούν την προσοχή του καταθλιπτικού ατόμου από τη σεξουαλική επιθυμία. Επιπρόσθετα, αισθήματα που βιώνει ο ασθενής όπως η υπερευαισθησία του στην απόρριψη, η ενοχή, η δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων οργής συντείνουν στην απομάκρυνσή του από την σεξουαλική δραστηριότητα. Ωστόσο, η απώλεια της σεξουαλικής διάθεσης δεν είναι κοινή σε όλους τους καταθλιπτικούς ανθρώπους. Μάλιστα, σε μερικές περιπτώσεις ατόμων με κατάθλιψη υπάρχει αύξηση της σεξουαλικής ενέργειας, μια κατάσταση γνωστή ως *σεξουαλική ανησυχία*: εδώ το άτομο χαρακτηρίζεται από αύξηση των σεξουαλικών του ορμών. Η σεξουαλική ανησυχία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ορμονικών αλλαγών ή αποτέλεσμα ταραχής και φόβου που οφείλεται στην κατάθλιψη που εκτονώνεται μ αυτόν τον τρόπο.

Τέλος, όταν το άτομο βιώνει κατάθλιψη συνειδητοποιεί και το ίδιο πως η διάθεσή του έχει μεταβληθεί αρνητικά: πλήττει συνεχώς, έχει χάσει τον αυτοσεβασμό του, έχει χάσει το κέφι του, έχει γίνει υπερευαίσθητος και κλαίει συχνότερα, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, φοβάται την παραμικρή καθημερινή δοκιμασία, έχει χάσει την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή του. Επιπρόσθετα, το άτομο παρουσιάζει δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, έντονη αναβλητικότητα, έλλειψη κοινωνικότητας, άγχος, πίεση, απόγνωση. Όλα αυτά τα συμπτώματα, όταν γίνουν αντιληπτά από το άτομο, του προκαλούν έντονη ανησυχία. Συνήθως το άτομο αντιδρά στην καταθλιπτική του διάθεση με αυξημένη ένταση και ανησυχία. Έτσι, ο καταθλιπτικός εκφράζει την ανησυχία του με φόβο, λύπη και νευρικότητα. Η ανησυχία του συνήθως δεν έχει βάσιμη ή συγκεκριμένη αιτία, ωστόσο κάνει έκδηλη την παρουσία της συνήθως στα μικροπροβλήματα που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητά του ο κάθε άνθρωπος. Η ανησυχία του ατόμου εκδηλώνεται και με σωματικά συμπτώματα όπως έντονη εφίδρωση, ταχυπαλμία, ζάλη. Επιπλέον, η ένταση που κυβερνά το άτομο και είναι, πολλές φορές, σοβαρή, επικεντρώνεται σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος του ατόμου, προκαλώντας συμπτώματα όπως πόνους στο στήθος, δυσκαμψία του αυχένα, αναπνευστική δυσκολία, πονοκεφάλους, σφίξιμο στους μύες των ποδιών. Οι αγχώδεις καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα στη ζωή του ατόμου επιδεινώνουν το πρόβλημα. Ωστόσο, εύλογο είναι το συμπέρασμα πως εκάστοτε άνθρωπος έχει έναν διαφορετικό τρόπο αντιμετώπισης της κατάθλιψης που βιώνει. Βασικό κριτήριο του τρόπου αντίδρασης του κάθε ατόμου είναι η κράση / ιδιοσυγκρασία και η προσωπικότητά του. Έτσι, στο ζήτημα π.χ. της εργασίας, ενώ

το ένα καταθλιπτικό άτομο αντιδρά με πλήρη απάθεια, ένα άλλο μπορεί να αντιδράσει με υπερευαισθησία.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η πιο τραγική εκδήλωση της κατάθλιψης είναι η αυτοκτονία. Η αυτοκτονία δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τη βαρύτητα της κατάθλιψης αλλά και από άλλους, καθοριστικούς παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας ενός ατόμου, όπως έχει βρεθεί από έρευνες (Νέστορος, 1992). Ως τέτοιος παράγοντας θεωρείται αρχικά η ψυχική υγεία του ατόμου· οι ψυχικές διαταραχές όπως η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια και, κυρίως, η κατάθλιψη, την οποία και εξετάζουμε στην παρούσα εργασία, αυξάνουν τις πιθανότητες αυτοκτονίας. Επίσης, η ηλικία, όπου ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνει όσο αυξάνεται η ηλικία του ατόμου και κορυφώνεται στα 70 έτη. Ένας ακόμα καθοριστικός παράγοντας είναι το φύλο· έχει διαπιστωθεί πως οι γυναίκες σημειώνουν τριπλάσιες απόπειρες αυτοκτονίας από τους άντρες, ενώ οι άντρες αυτοκτονούν τρεις φορές περισσότερο από τις γυναίκες. Η μοναξιά συνιστά έναν ακόμα παράγοντα κινδύνου με τα άτομα που ζουν μόνα να εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας αναφορικά με όσα ζουν με κάποιο άλλο άτομο. Η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου διαδραματίζει, επίσης, σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση ή όχι αυτής της ακραίας πράξης, αφού τα άτομα που δεν είναι παντρεμένα (χωρισμένα, διαζευγμένα, σε χηρεία) αυτοκτονούν σε μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τα παντρεμένα άτομα. Επιπλέον, η επαγγελματική κατάσταση του ατόμου είναι σημαντική καθώς η ανεργία αυξάνει τις πιθανότητες να αυτοκτονήσει το άτομο. Μάλιστα, υπάρχουν συγκεκριμένα επαγγέλματα που μεγιστοποιούν επίσης τις πιθανότητες αυτοκτονίας· ως τέτοιο θα μπορούσε να χαρακτηριστεί το επάγγελμα του ψυχολόγου και του ψυχιάτρου. Επίσης, ο τομέας της σωματικής υγείας είναι πολύ σημαντικός για το αν θα εκδηλώσει το άτομο την πρόθεση να αυτοκτονήσει ή όχι, εφόσον η ύπαρξη μιας σοβαρής σωματικής ασθένειας θα αυξήσει σημαντικά τις πιθανότητες να προβεί το άτομο σε μια τέτοια πράξη. Ακόμα, όταν το άτομο έχει στο ιστορικό του προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, αυξάνονται οι πιθανότητες για αποπειραθεί να αυτοκτονήσει πάλι. Τέλος, όσον αφορά το ζήτημα που εξετάζουμε στην παρούσα εργασία, δηλαδή την κατάθλιψη και πως αυτή οδηγεί συχνά το άτομο στην κατάχρηση ουσιών, η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ αυξάνουν την πιθανότητα αυτοκτονίας και, περισσότερο, όταν συνυπάρχει η κατάσταση της κατάχρησης ουσιών με κατάθλιψη.

4. **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Η συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα του φαινομένου της κατάθλιψης οφείλεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής και των χρόνιων διαταραχών που συνοδεύονται δευτερογενώς από κατάθλιψη και στις απότομες ψυχοκοινωνικές και κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συνδέονται με την έναρξη και τη διατήρηση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, υπολογίζεται ότι περίπου εκατό εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως ταλανίζονται, ανά πάσα στιγμή, από κλινικά αναγνωρίσιμα επίπεδα κατάθλιψης, γεγονός που καθιστά τη διαταραχή αυτή της διάθεσης ως ένα από τα πιο συχνά και σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας. Ένα ποσοστό από δέκα έως είκοσι πέντε τοις εκατό του γενικού πληθυσμού (ένας στους πέντε) θα εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή του καθαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Παγκοσμίως, παρατηρείται μια τάση να μειώνεται το όριο ηλικίας στην οποία οι άνθρωποι βιώνουν την πρώτη τους καταθλιπτική εμπειρία.

Επιπρόσθετα, όσον αφορά την Επιδημιολογία της κατάθλιψης, σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες που χρησιμοποίησαν συνέντευξη και συστηματικά διαγνωστικά κριτήρια στις ΗΠΑ τα ποσοστά της μείζονος κατάθλιψης κυμαίνονται μεταξύ 2,2% και 3,5% και της δυσθυμίας μεταξύ 2,1 και 3,8% (Myers, Weissman, Tischler, Holzer, Leaf, Orvaschel, Antony, Boyd, Burke, Kramer and Stoltzman, 1984). Τα ποσοστά για όλη τη ζωή, όπως αυτά εκτιμήθηκαν από ανάλογες αναφορές των υποκειμένων στα καταθλιπτικά συμπτώματα που εκδήλωσαν στο παρελθόν, κυμαίνονται σε ό,τι αφορά τη μείζονα κατάθλιψη από 4, 0% μέχρι 8, 4% και σε ό,τι αφορά τη δυσθυμία από 2, 2% μέχρι 4, 1%.

Όσον αφορά τον ελληνικό πληθυσμό έρευνες (Madianos and Stefanis, 1992· Madianos, Stefanis and Madianou, 1987) κατέληξαν σε ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 3, 6% και 5,4% για την επικράτηση των τωρινών καταθλιπτικών επεισοδίων και 7, 8% για την επικράτηση της νευρωσικής κατάθλιψης και των καταθλιπτικών αντιδράσεων.

Επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν πως οι γυναίκες πάσχουν από κατάθλιψη σε ποσοστά πολύ υψηλότερα από ό,τι οι άνδρες. Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές οι γυναίκες έχουν διπλάσιες περίπου πιθανότητες να βιώσουν κλινική κατάθλιψη από ό,τι οι άνδρες. Μάλιστα, σύμφωνα με τους Myers, Weissman, Tischler et al. (1984), τα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης και δυσθυμίας κυμαίνονται μεταξύ 2,9% και 5, 4% για τις γυναίκες και μεταξύ 1, 2% και 2, 6% για τους άνδρες. Οι διαπιστωμένες διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη συχνότητα της κατάθλιψης είναι πραγματικές, δεν οφείλονται σε μεθοδολογικά λάθη, αλλά σε ψυχολογικές και βιολογικές διαφορές. Ωστόσο, αυτές οι διαφορές δεν είναι

σταθερές αλλά μεταβάλλονται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Έτσι, ενώ στα παιδιά του δημοτικού δεν διαπιστώνονται διαφορές που να σχετίζονται με το φύλο του ατόμου, κατά την εφηβεία σημειώνεται αύξηση της συχνότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των διαγνώσεων της κατάθλιψης στα κορίτσια.

Τα στοιχεία σχετικά με τις διαταραχές της διάθεσης υποδεικνύουν ότι υπάρχει μία σημαντική ανισορροπία μεταξύ των δύο φύλων αναφορικά με τα ποσοστά της κατάθλιψης· σχεδόν το 70% των ατόμων που υποφέρουν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και δυσθυμία είναι γυναίκες (Bland, 1997. Weissman et. Al., 1991). Υπολογίζεται ότι οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη σε διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τους άντρες (Kaplan & Sadoek, 1991). Κατά παράδοξο τρόπο, αυτή η άνιση κατανομή ποσοστών κατάθλιψης μεταξύ των φύλων ισχύει παγκόσμια, αν και τα συνολικά ποσοστά της διαταραχής διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Μία αιτία για το γεγονός αυτό πιθανόν να είναι το ότι οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα σχετικά με την εκδήλωση των συναισθηματικών διαταραχών επηρεάζονται έντονα από την αίσθηση της απώλειας ελέγχου του ατόμου επί των καταστάσεων που λαμβάνουν χώρα στο περιβάλλον του. Η πηγή αυτών των διαφορών στα δύο φύλα είναι πολιτισμική και σχετίζεται με τους ρόλους που η κοινωνία αναθέτει στους άντρες και στις γυναίκες. Έτσι, ενώ οι άνδρες παροτρύνονται από την κοινωνία να είναι ανεξάρτητοι, κυρίαρχοι και σίγουροι για τον εαυτό τους, οι γυναίκες αναμένεται να είναι περισσότερο παθητικές, ευαίσθητες και να βασίζονται στην υποστήριξη των άλλων ανθρώπων γύρω τους περισσότερο από ότι οι άνδρες. Τα στερεότυπα αυτά αλλάζουν αργά αλλά σταθερά και περιγράφουν ακόμα και στην εποχή μας τους ρόλους των φύλων της σύγχρονης κοινωνίας σε μεγάλο βαθμό. Ωστόσο, η παθητικότητα που επιβάλει η κοινωνία στις γυναίκες μπορεί να τις καταστήσει περισσότερο ευάλωτες στην εκδήλωση συναισθηματικών διαταραχών αυξάνοντας τα αισθήματα της απώλειας ελέγχου που βιώνουν. Μάλιστα, όταν οι οικογένειες ενθαρρύνουν την υιοθέτηση αυτών των στερεοτυπικών ρόλων συμβάλλουν στην ανάπτυξη πρώιμης ψυχολογικής ευαλωτότητας στην κατάθλιψη. Γι' αυτό ευθύνεται ο συντηρητικός, υπερπροστατευτικός τρόπος ανατροφής των παιδιών, ο οποίος δεν επιτρέπει στο άτομο που βρίσκεται στην παιδική ηλικία να αναπτύξει πρωτοβουλίες.

Επιπρόσθετα, η αξία που αποδίδουν οι γυναίκες στις προσωπικές σχέσεις τους τις θέτει σε κίνδυνο όσον αφορά την εκδήλωση συναισθηματικών διαταραχών. Έτσι, η διάλυση σημαντικών προσωπικών σχέσεων, μπορεί να είναι πολύ περισσότερο τραυματικές για τις γυναίκες από ό,τι για τους άνδρες. Μια ακόμα σημαντική διαφορά στα δύο φύλα όσον αφορά την κατάθλιψη είναι το γεγονός πως οι γυναίκες τείνουν να

σκέπτονται περισσότερο από τους άνδρες την κατάσταση που ζουν και να κατηγορούν τον εαυτό τους για την κατάθλιψη τους (Susan Nolen – Hoeksema, 1987, 1990). Αντίθετα, οι άνδρες προσπαθούν να αγνοούν τα αισθήματα τους, συμμετέχοντας σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. άθληση) που τους αποτρέπουν από το να σκέπτονται. Αυτή η "δραστηριοποίηση" των αντρών μπορεί να δρα θεραπευτικά επειδή η συνεχής απασχόλησή τους με διάφορες ενδιαφέροντες ασχολίες είναι βασικό στοιχείο της επιτυχημένης θεραπείας της κατάθλιψης. Ίσως οι γυναίκες είναι καταδικασμένες λόγω της φύσης τους να βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση στην κοινωνία μας επειδή βιώνουν πιο έντονα τη διάκριση, τη σεξουαλική παρενόχληση και την κακοποίηση σε σχέση με τους άντρες. Επιπλέον, όλες οι γυναίκες αναλογικά και, κυρίως, οι ανύπαντρες μητέρες, δυσκολεύονται προσληφθούν σε μία εργασία. Συνεπώς, αν και οι εργαζόμενες παντρεμένες γυναίκες αναφέρουν ίδια επίπεδα κατάθλιψης με τους εργαζόμενους παντρεμένους άνδρες, οι ανύπαντρες, ή χήρες γυναίκες, βιώνουν αναλογικά περισσότερη κατάθλιψη από ότι οι άνδρες που ανήκουν στις ίδιες κατηγορίες (Weissman & Klerman, 1977). Οποσδήποτε, για τα άτομα και των δύο φύλων, η αίσθηση της υπεροχής και της κοινωνικής εκτίμησης από ρόλους όπως αυτόν του οικογενειάρχη και του γονέα θα πρέπει να σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης.

Στατιστικά στοιχεία μας πληροφορούν για τη συχνότητα της κατάθλιψης αναφορικά με τις συζυγικές σχέσεις (έρευνα των Bruce and Kim, 1992). Όσον αφορά τις συζυγικές σχέσεις που οδήγησαν στο διαζύγιο, περίπου το 21% των γυναικών που ανέφεραν τη διάλυση του γάμου τους (κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης έρευνας) βίωσαν σοβαρή μορφή κατάθλιψης, ένα ποσοστό τρεις φορές μεγαλύτερο από το ποσοστό των γυναικών που παρέμειναν παντρεμένες. Όσον αφορά τους άντρες, σχεδόν το 17% που ανέφεραν χώρισαν βίωσαν κατάθλιψη βαριάς μορφής, ένα ποσοστό εννέα φορές μεγαλύτερο από εκείνο των ανδρών που δεν πήραν διαζύγιο. Το 14% των ανδρών που χώρισαν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου βίωσαν κατάθλιψη σοβαρής μορφής χωρίς να έχουν ιστορικό εκδήλωσης κατάθλιψης, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών ήταν περίπου 5%. Συνεπώς, μόνο οι άνδρες αντιμετώπισαν έναν αυξανόμενο κίνδυνο εκδήλωσης μίας διαταραχής της διάθεσης για πρώτη φορά αμέσως μετά το διαζύγιο. Αυτό μας ωθεί να σκεφτούμε πως οι άντρες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη μετά από ένα διαζύγιο αναφορικά με τις γυναίκες.

Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί από σχετικές μελέτες (Gotlib & Beach, 1995) πως και η κατάθλιψη, κυρίως όταν είναι μεγάλης διάρκειας, μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση των συζυγικών σχέσεων. Ίσως αυτό να συμβαίνει επειδή η ζωή με έναν καταθλιπτικό, που

συνεπάγεται ένα άτομο συνεχώς κακοδιάθετο, άκεφο, και απαισιόδοξο, καθίσταται κάποια στιγμή κουραστικό και αυτό το αντιλαμβάνεται και το καταθλιπτικό άτομο οπότε τροποποιούνται ανάλογα (αρνητικά) τα συναισθήματά του. Αυτές αλληλεπιδράσεις οδηγούν αναπόδραστα στην εκδήλωση διαφωνιών ή χειρότερα, κάνουν το άλλο άτομο, αυτό που δεν υποφέρει από κατάθλιψη, να επιθυμεί να χωρίσει.

Γενικότερα, τα ποσοστά της κατάθλιψης βρίσκονται σε ανοδική πορεία, ειδικά στον πληθυσμό των νέων, οι οποίοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε σχέση με τους ηλικιωμένους. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για το φαινόμενο αυτό είναι πολλοί όπως για παράδειγμα αλλαγές στη σύνθεση της οικογένειας, ανεργία, μεταβολές στους ρόλους των φύλων, άγχος κ.ά. Το πιθανότερο είναι πως όλοι αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν με γενετικούς παράγοντες προδιάθεσης και καθορίζουν ποια άτομα τελικά θα εκδηλώσουν κατάθλιψη (Klerman and Weissman, 1989).

Οι διαταραχές της διάθεσης είναι παρόμοιες στα παιδιά και τους ενήλικες, κι αυτό αποδεικνύεται και στο DSM- IV όπου υπάρχει κοινή κατηγοριοποίηση της κατάθλιψης σε παιδιά και ενήλικες, σε αντίθεση με τις αγχώδεις διαταραχές. Ωστόσο, οι τρόποι εκδήλωσης της κατάθλιψης ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης, αυτή επίσης ποικίλει ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Έτσι, οι καταθλιπτικές διαταραχές εμφανίζονται λιγότερο συχνά στα παιδιά απ' ό,τι στους ενήλικες, αν και τα ποσοστά αυξάνονται δραματικά κατά τη διάρκεια της εφηβείας, όπου και η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα ακόμα και από τους ενήλικες (Peterson, Compos, Brooks- Gunn, Stemmler an Grant, 1993). Οι έφηβοι βιώνουν πιο συχνά μείζονα καταθλιπτική διαταραχή παρά δυσθυμία όπως ακριβώς και οι ενήλικοι. Επίσης, στους εφήβους, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή συναντάται συχνότερα στις κοπέλες όπως και στους ενήλικες, αλλά αυτό δεν ισχύει στην περίπτωση της πιο ήπιας κατάθλιψης.

Μια σημαντική αναπτυξιακή διαφορά αναφορά ανάμεσα στα παιδιά, τους εφήβους και τους ενήλικες είναι πως τα παιδιά, και κυρίως τα αγόρια, γίνονται περισσότερο επιθετικά και καταστρεπτικά κατά τη διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων. Γι αυτό και μερικές φορές η κατάθλιψη στα παιδιά μεταφράζεται ως υπερκινητικότητα ή ως διαταραχή της διαγωγής όπου είναι συνηθισμένη η καταστρεπτικότητα και η καταστροφική συμπεριφορά. Συχνή είναι και η συνοσηρότητα κατάθλιψης με άλλη ψυχική νόσο` για παράδειγμα, ο Biederman και οι συνεργάτες του (1990) βρήκαν πως το 32% των παιδιών με διαταραχή ελαττωματικής προσοχής πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της μείζονος

κατάθλιψη. Επίσης, οι έφηβοι με διπολική διαταραχή μπορούν να εκδηλώσουν επιθετικές, παρορμητικές ή σεξουαλικά προκλητικές συμπεριφορές και να είναι επιρρεπείς στα ατυχήματα. Υψηλά είναι και τα ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας στους εφήβους που πάσχουν από κατάθλιψη, συνοδευόμενη από σοβαρές μορφές ψυχοπαθολογίας και έντονα διαταραγμένη λειτουργικότητα.

Και στους ηλικιωμένους είναι παρόν το φαινόμενο της κατάθλιψης. Υπολογίζεται πως το 18% με 20% των ηλικιωμένων στα γηροκομεία μπορεί να βιώνουν μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (Rochwood, Stolee & Beahim, 1991) κυρίως μετά την ηλικία των 60 ετών. Τα βασικά συμπτώματα είναι οι έντονες δυσκολίες στον ύπνο, υποχονδρίαση και διέγερση. Η διάγνωση της διαταραχής στα άτομα αυτά παρουσιάζει δυσκολίες, καθώς τα συμπτώματα της κατάθλιψης περιπλέκονται με τα συμπτώματα κάποιας σωματικής ασθένειας ή της άνοιας. Τα ποσοστά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι τα ίδια ή και μικρότερα από το συνολικό πληθυσμό ίσως επειδή τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής μειώνονται με την ηλικία.

Ωστόσο, τα συμπτώματα της κατάθλιψης αυξάνονται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Η αυξητική τάση της κατάθλιψης σχετίζεται με μειωμένη κοινωνική στήριξη. Η σωματική αδυναμία και η μοναξιά αυτών των ανθρώπων αυξάνουν την πιθανότητα να γίνουν πιο αδύναμοι και περισσότερο κοινωνικά απομονωμένοι. Πρόκειται για έναν τραγικό φαύλο κύκλο.

II. ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη, όπως προαναφέρθηκε, είναι πολλές φορές αποτέλεσμα τραυματικών γεγονότων στη ζωή του ατόμου όπως για παράδειγμα ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Ωστόσο, πολλές φορές τα αίτια της κατάθλιψης δεν μπορούν να εντοπιστούν τόσο εύκολα· ακόμα και βρέφη τριών μηνών μπορεί να υποφέρουν από κατάθλιψη. Τα βρέφη των καταθλιπτικών μητέρων παρουσιάζουν αντίστοιχες συμπεριφορές (κατηφή πρόσωπα, αργές κινήσεις, έλλειψη ανταπόκρισης στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος) ακόμα κι έπειτα από την επαφή τους με έναν μη καταθλιπτικό ενήλικα (Field et al, 1998). Το αν η συμπεριφορά αυτή είναι αποτέλεσμα της πρώιμης αλληλεπίδρασης με την καταθλιπτική μητέρα ή αποτέλεσμα κληρονομικότητας μένει ακόμα αδιευκρίνιστο.

Έχουν δοθεί πολλές ερμηνείες για την αιτιολογία της κατάθλιψης και έχουν προταθεί αντίστοιχοι τρόποι θεραπείας του ατόμου από αυτή την επώδυνη ψυχική ασθένεια. Θα αναφέρουμε ενδεικτικά τις βασικότερες θεωρίες, αυτές που είχαν την μεγαλύτερη απήχηση και έγιναν πιο ευρέως αποδεκτές. Αυτές είναι οι Ψυχοδυναμικές θεωρίες, η Ανθρωπιστική - Υπαρξιακή προσέγγιση, οι Συμπεριφορικές θεωρίες, και, τέλος, οι Γνωστικές θεωρίες.

ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΕΡΜΗΝΕΙΕΣ

Αρχικά θα αναφερθούν οι Ψυχοδυναμικές θεωρίες. Συμφωνά με τις Ψυχοδυναμικές θεωρίες, η βασική αιτία της καταθλιπτικής διαταραχής είναι η φανταστική ή πραγματική απώλεια ενός σημαντικού ή αγαπημένου «αντικειμένου», λόγω θανάτου, χωρισμού, απόρριψης· ή, συμβολικά, μέσα από την απώλεια κάποιου αφηρημένου ιδεώδους ή ιδανικού (π.χ. πατρίδα). Συνεπώς, αυτά τα «αντικείμενα» είναι τα σημαντικά πρόσωπα (π.χ. η μητέρα, ο πατέρας κλπ) που υπήρξαν στα αρχικά στάδια της ζωής του ατόμου. Η απώλεια αυτή στην πρώτη παιδική ηλικία θεωρείται ότι λειτουργεί ως παράγοντας ευαλωτότητας, που, αργότερα, στην ενήλικη ζωή, μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη στην περίπτωση που το άτομο βιώσει μία σημαντική απώλεια ή απογοήτευση. Κατά συνέπεια, μέσα από την κατάθλιψη πραγματοποιείται το πένθος ενός ασυνείδητου αντικειμένου.

Κατά τον Freud (1917), το πένθος είναι μια φυσιολογική λειτουργία του ψυχικά υγιούς ατόμου που παρατηρείται κατά τη διάρκεια μιας απώλειας και προκαλεί στο άτομο συναισθήματα δυσάρεστα όπως έντονη μελαγχολία και θλίψη. Επίσης, το άτομο βιώνει μια οδυνηρή ψυχική κατάσταση, έλλειψη ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης (ανηδονία) για τις δραστηριότητες που το απασχολούσαν μέχρι πρότινος και ανικανότητα να ξεπεράσει το χαμό του αγαπημένου προσώπου / κατάστασης για το οποίο θρηνεί. Συμπερασματικά καθίσταται σαφές πως η συμπτωματολογία μοιάζει αρκετά με αυτή της κατάθλιψης.

Ο Freud (1917 – 1957) υπήρξε ο ιδρυτής της ψυχανάλυσης και η θεωρία του θεωρήθηκε μία από τις πιο διαδεδομένες (αν όχι η πιο διαδεδομένη) προσεγγίσεις της κατάθλιψης. Ο Freud επηρεάστηκε από το έργο του Abraham “Πένθος και Μελαγχολία”. Έτσι, συγκρίνει την κατάθλιψη με την έντονη θλίψη και υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα της απώλειας της αυτοεκτίμησης του ατόμου. Συνεπώς, τα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά των ατόμων που βρίσκονται σε πένθος. Ωστόσο,

συγκριτικά με τα άτομα που πενθούν, έχουν πολύ πιο χαμηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλή πίστη στον εαυτό τους, τον οποίο θεωρούν ανίκανο και ανάξιο πιστεύοντας πως δεν υπάρχει δυνατότητα βελτίωσης για εκείνους και απελίζονται. Επιπρόσθετα, ο Freud πρεσβεύει πως αιτία της κατάθλιψης είναι η εσωτερίκευση της εικόνας ενός μισητού αντικειμένου, στην οποία επιτίθεται ο καταθλιπτικός μέσα στον ίδιο του τον εαυτό με τρόπο βάνουσο. Έτσι, ο θυμός και η απογοήτευση, που στη προηγούμενη περίπτωση είχαν στόχο τους ένα χαμένο αντικείμενο, τώρα εσωτερικεύονται και οδηγούν στην απώλεια της αυτοεκτίμησης και του αυτοσεβασμού.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ

Σύμφωνα με τη συμπεριφοριστική θεωρία, η αιτιολογία της κατάθλιψης επικεντρώνεται στη σταδιακή εξαφάνιση των θετικών ενισχύσεων- κυρίως των κοινωνικών. Οι συμπεριφορικές θεωρίες προσπαθούν να εξηγήσουν την κατάθλιψη βάση εννοιών όπως η ενίσχυση, η αντίδραση και η υπεργενίκευση του ερεθίσματος (Rehm, 1990). Όλα αυτά έρχονται σε αντιπαράθεση με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες της κατάθλιψης που επικεντρώνονται, στις πρώτες, παιδικές εμπειρίες του ατόμου και τις ενδοψυχικές διαδικασίες. Για τους συμπεριφοριστές η κατάθλιψη συνδέεται με μια υπεργενικευμένη απάντηση, όπως για παράδειγμα απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που μέχρι πρότινος ενδιέφεραν το άτομο (ανηδονία), απώλεια της όρεξης, μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον κλπ. Ειδικότερα, κατά τους Goldfried & Davison (1994) τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι συνήθως συνέπεια ενός συνδυασμού παραγόντων όπως για παράδειγμα ανεπάρκεια των προσπαθειών του ατόμου για θετική ενίσχυση, διαστρεβλωμένη αντίληψη του ατόμου για την ικανότητα του να ελέγχει το περιβάλλον του και περιβάλλον που παρέχει λίγες ενισχύσεις στο άτομο.

Ένας από τους πρώτους συμπεριφοριστές που ασχολήθηκαν με το ζήτημα της κατάθλιψης, είναι ο Skinner (1953), ο οποίος υποστήριξε πως η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της διακοπής της εγκαθιδρυμένης αλληλουχίας συμπεριφορών που είχαν ενισχυθεί θετικά από το κοινωνικό περιβάλλον. Αυτή η άποψη, κατά την οποία η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας απόσβεσης, υιοθετήθηκε στη συνέχεια και από άλλους θεωρητικούς όπως ο Fester (1973, 1974) ο οποίος θεωρεί ως αιτία της κατάθλιψης την μείωση της συχνότητας ορισμένων προσαρμοσμένων αντιδράσεων ή δραστηριοτήτων που θα μπορούσαν να δεχτούν θετική ενίσχυση.

Ειδικότερα, κατά τον Fester, ο καταθλιπτικός βρίσκεται σε μια διαδικασία απόσβεσης, όπου δέχεται μειωμένο βαθμό ενίσχυσης. Επιπλέον, η αποτυχία του καταθλιπτικού ατόμου να παράγει προσαρμοσμένες συμπεριφορές μπορεί να οφείλεται σε έναν αριθμό παραγόντων που περιλαμβάνουν καταστάσεις όπως απότομες περιβαλλοντικές αλλαγές που απαιτούν την εγκατάσταση νέων πηγών ενίσχυσης. Επίσης, εμπλοκή σε συμπεριφορές που δημιουργούν αποστροφή και τιμωρία και δεν ευνοούν ευκαιρίες για θετική ενίσχυση και έλλειψη ακρίβειας στην παρατήρηση του περιβάλλοντος που οδηγεί αναπόδραστα σε μη κοινωνική συμπεριφορά και σε χαμηλή συχνότητα θετικής ενίσχυσης. Συνεπώς, πρόκειται για κοινωνικές δεξιότητες που παρουσιάζουν ελλείμματα, για ελλιπή ικανότητα εκδήλωσης συμπεριφορών που θα ενισχυθούν θετικά από το περιβάλλον κι αυτό περιορίζει ακόμα περισσότερο τη δυνατότητα να υπερνικήσει τις ήδη μειωμένες θετικές ενισχύσεις που δέχεται το άτομο. Ο Fester όρισε την έννοια της αλυσίδας προκειμένου να εξηγήσει πώς γενικεύεται η αντίδραση που ακολουθεί μία συγκεκριμένη απώλεια ενίσχυσης. Θεωρεί πως η απώλεια μίας κυρίας πηγής ενίσχυσης οδηγεί σε μείωση των συμπεριφορών που συνδέονται ή είναι οργανωμένες γύρω από το χαμένο ενισχυτή.

Μία ακόμα προσέγγιση της κατάθλιξης με σημείο αναφοράς τον συμπεριφορισμό προσφέρει ο Wolpe (1971) που επικεντρώνεται στο ρόλο που διαδραματίζει η κλασική εξάρτηση του άγχους. Μερικά ερεθίσματα προκαλούν πολλές φορές εξαρτημένες συγκινησιακές αντιδράσεις, αυτός είναι και ο λόγος που τα άτομα προτιμούν να μην να έρχονται σε επαφή με αυτά τα ερεθίσματα. Πιο συγκεκριμένα, όταν τα συγκεκριμένα ερεθίσματα έχουν συνδεθεί στο μυαλό του ατόμου με σημαντικές πηγές ενίσχυσης, δεν παρέχεται στο άτομο η απαραίτητη ικανοποίηση.

ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ

ΕΡΜΗΝΕΙΑ

Ο γνωστικός συμπεριφορισμός προσπαθεί επίσης να εξηγήσει την κατάθλιψη. Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1970 κι από τότε αποτέλεσε σημαντική ψυχοθεραπευτική τάση σε πολλές δυτικές περιοχές (Clark & Fairburn, 1997). Όσον αφορά την κατάθλιψη, υπάρχουν κάποιες διαφορές μεταξύ των θεωριών του συμπεριφορισμού και του γνωστικού συμπεριφορισμού. Ειδικότερα, ενώ τα συμπεριφορικά μοντέλα της κατάθλιψης επικεντρώνονται στις έκδηλες μορφές συμπεριφοράς, οι θεωρίες του γνωστικού συμπεριφορισμού τονίζουν και τις καλυμμένες συμπεριφορές, όπως στάσεις, σκέψεις, πεποιθήσεις, εικόνες, μνήμες, πιστεύω κ.λπ.. Επιπλέον, οι γνωστικές- συμπεριφορικές προσεγγίσεις θεωρούν τις παράλογες σκέψεις και τις γνωστικές παραποιήσεις ως κάποιες από τις αιτίες της κατάθλιψης (Brewin, 1996. Thase, 1995) σε αντίθεση με τις συμπεριφοριστικές θεωρίες που δεν πρεσβεύουν κάτι παρόμοιο.

Ο Rehm (1977) πρότεινε ένα μοντέλο κατάθλιψης το οποίο προσπαθεί να συνδυάσει τις συμπεριφορικές με τις γνωστικές πλευρές αυτής της διαταραχής της διάθεσης. Η θεωρία του «αυτοελέγχου» του Rehm δίνει μεγάλη βαρύτητα στη προβληματική λειτουργία ορισμένων διαδικασιών όπως για παράδειγμα η αυτοκαταστροφή, η αυτοπαρατήρηση, η αυτοεκτίμηση, η αυτοενίσχυση. Η θεωρία που διατύπωσε ο Rehm επηρεάστηκε σαφώς από το μοντέλο του Kanfer (1977) για την αυτορύθμιση ο οποίος σημειώνει πως το άτομο αναπτύσσει τρόπους να ρυθμίζει την ίδια τη συμπεριφορά του (Kanfer, 1977. Kanfer & Gaelick, 1986)· αυτό λαμβάνει χώρα μέσω της μάθησης σε τρία στάδια. Αρχικά με την αυτό/ και έτερο/ παρατήρηση, όπου το άτομο παρατηρεί τη συμπεριφορά του και το περιβάλλον, προκειμένου να εκτιμήσει αργότερα τη σπουδαιότητα και την καταλληλότητα τους για την επίτευξη του στόχου που έχει θέσει. Επίσης, με την αυτοεκτίμηση και αυτοαξιολόγηση, όπου η πληροφορία που έχει καταγραφεί στο προηγούμενο στάδιο συγκρίνεται με κάποιο εσωτερικό κριτήριο ή μέτρο σύγκρισης ανάλογο με την επιθυμητή συμπεριφορά. Τέλος, με την αυτοενίσχυση, όπου το άτομο μετά τα δύο πρώτα στάδια της αυτοκαταγραφής και της αυτοεκτίμησης κρίνει την

καταλληλότητα μιας ενδεχόμενης αυτοενίσχυσης· αυτό εξαρτάται από το κατά πόσον η δεδομένη συμπεριφορά πλησιάζει την επιθυμητή.

Ο Rehm (1977) θεώρησε πως το μοντέλο του Kanfer μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μελέτη της κατάθλιψης. Προτείνει ένα μοντέλο αυτοελέγχου της κατάθλιψης βασισμένο στα τρία στάδια που ήδη έχουν περιγραφεί. Κατά τον Rehm, προβλήματα στις διαδικασίες αυτοπαρατήρησης, αυτοεκτίμησης και αυτοενίσχυσης θα μπορούσαν να εξηγήσουν τα ποικίλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Υποστηρίζει, λοιπόν, ότι η συμπεριφορά του καταθλιπτικού ατόμου μπορεί να χαρακτηρίζεται από ένα μέχρι και έξι προβλήματα στη συμπεριφορά αυτοελέγχου. Αναλυτικότερα, όσον αφορά την αυτοπαρατήρηση, τα καταθλιπτικά άτομα εστιάζουν επιλεκτικά την προσοχή τους στα αρνητικά γεγονότα που ακολουθούν τη συμπεριφορά τους, σε σημείο σχετικού αποκλεισμού των θετικών γεγονότων. Επίσης, τα άτομα αυτά εστιάζουν επιλεκτικά την προσοχή τους στις άμεσες συνέπειες της συμπεριφοράς τους και θέτουν μη ρεαλιστικά, τελειοθηρικά κριτήρια για τους ίδιους και αυτό καταρρακώνει περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους. Επιπλέον, οι καταθλιπτικοί φαίνεται να έχουν δυσκολίες στην ακριβή και σωστή απόδοση αιτιών ή ευθυνών για τις επιδόσεις και τα επιτεύγματά τους και δεν δίνουν οι ίδιοι την απαραίτητη ενίσχυση στους εαυτούς τους για να διατηρήσουν τις καλά προσαρμοσμένες συμπεριφορές τους. Τέλος, τα καταθλιπτικά άτομα, σύμφωνα με τον Rehm (1977), αυτοτιμωρούν υπερβολικά τον εαυτό τους κι αυτό τελικά καταλήγει σε υπερβολική αναστολή.

ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ-ΥΠΑΡΞΙΑΚΗ

ΕΡΜΗΝΕΙΑ

Μία ακόμα προσέγγιση που προσπαθεί να εξηγήσει την κατάθλιψη είναι η ανθρωπιστική και η υπαρξιακή θεωρία, οι οποίες απορρίπτουν την έννοια του προκαθορισμού της ανθρώπινης συμπεριφοράς και σκέψης, που χαρακτηρίζει τις ψυχοδυναμικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Οι θεωρητικοί που ασπάζονται την ανθρωπιστική (για παράδειγμα Rogers, 1980) και την υπαρξιακή (για παράδειγμα May, 1959, 1961) προσέγγιση δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ανθρώπινη ατομικότητα, την ικανότητα για ανάπτυξη και ολοκλήρωση, την ελευθερία του κάθε ανθρώπου να επιλέγει την τύχη του, την προσωπική ευθύνη του ατόμου να λαμβάνει τις αποφάσεις του. Οι υπαρξιστές, σε μια προσπάθεια να εξηγήσουν την κατάθλιψη, φαίνεται να δίνουν ιδιαίτερη

σημασία στο αίσθημα «μη ύπαρξης» του καταθλιπτικού, που απορρέει από την αποτυχία του να ζήσει αυθεντικά και ολοκληρωμένα με όποιο τρόπο ο ίδιος την εννοεί. Συνεπώς, και σύμφωνα με τους ανθρωπιστές και τους υπαρξιστές, η κατάθλιψη είναι μια αναμενόμενη αντίδραση σε μία μη αυθεντική ύπαρξη - τρόπο ζωής, όπου κυριαρχεί η αίσθηση πως το άτομο δεν αξιοποιεί και δεν ζει σύμφωνα με το πραγματικό του δυναμικό. Τα καταθλιπτικά άτομα δεν έχουν απλώς, όπως υποστηρίζουν οι οπαδοί των θεωριών αυτών, αισθήματα ενοχής, αλλά είναι ένοχοι, γιατί απέτυχαν να κάνουν επιλογές, να αξιοποιήσουν το δυνατότητές τους και να πάρουν τις ευθύνες για την ίδια τους τη ζωή.

Επίσης, οι οπαδοί της ανθρωπιστικής και της υπαρξιστικής θεωρίας πραγματεύονται το θέμα της μοναξιάς και στην κατάθλιψη και την αντιμετώπιση αυτής της ψυχικής ασθένειας. Ο φόβος της μοναξιάς είναι ένας από τους τρόπους που μπορεί να εκδηλωθεί η έλλειψη αυθεντικότητας. Οι καταθλιπτικοί εξαρτώνται συχνά από άλλους και η κατάθλιψη συχνά ακολουθείται έπειτα από την απώλεια μιας σημαντικής σχέσης. Η μοναξιά συνιστά έναν σημαντικό παράγοντα της κατάθλιψης και επηρεάζει τα καταθλιπτικά συμπτώματα με τους εξής τρόπους: καταρχάς άμεσα, εξαιτίας της αδυναμίας του ατόμου να δημιουργήσει μια ουσιαστική σχέση που να του προσφέρει σημαντικό βαθμό οικειότητας, και, επιπλέον έμμεσα, λόγω των επιπτώσεων που μπορεί να έχει η μοναξιά στην αυτοεκτίμηση του ατόμου, η οποία συχνά αναφέρεται ως σημαντικός παράγοντας στην κατάθλιψη (Kleftaras & Malikioti- Loizos, 1998). Αντίθετα με τα καταθλιπτικά άτομα που παραπονιούνται για τη μοναξιά που νιώθουν και προσπαθούν να την αποφύγουν, και παρά το ότι αρκετές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν αναπτύξει μεθόδους καταπολέμησης της (Young, 1980), για τους υπαρξιστές η μοναξιά δεν είναι κάτι που πρέπει να θεραπεύεται. Σύμφωνα με εκείνους, η μοναξιά αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης φύσης και έτσι θα πρέπει να γίνει αποδεκτή και να χρησιμοποιηθεί ως μέσο προσωπικής ανάπτυξης και ολοκλήρωσης.

Σίγουρα η μοναξιά είναι οδυνηρή και οι άνθρωποι γενικά έχουν μεγάλη δυσκολία να δεχτούν την αξία της εμπλεκόμενοι συχνά σε ένα μάταιο αγώνα ανώφελων και επιφανειακών κοινωνικών δραστηριοτήτων προκειμένου να την αποφύγουν κι αυτό συνιστά, κατά τους υπαρξιστές, έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που οδηγούν στην κατάθλιψη. Συνεπώς, σύμφωνα με την υπαρξιακή θεραπεία της κατάθλιψης, ο καταθλιπτικός οφείλει να συνειδητοποιήσει πως δεν θα μπορέσει ποτέ να αισθανθεί εσωτερική ικανοποίηση αν προσπαθεί συνεχώς να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των άλλων, και μόνο αν λειτουργήσει με αυθεντικότητα, σύμφωνα με τα δικά του πιστεύω και τις δικές του ελπίδες, θα μπορέσει να αποκτήσει κάποια στιγμή την αίσθηση της

προσωπικής ολοκλήρωσης. Επίσης, οφείλει να κατανοήσει ότι η μοναξιά είναι συνυφασμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη, να αναγνωρίσει την αξία της και να τη δεχτεί ως κίνητρο εξέλιξης και επίτευξης των προσωπικών του στόχων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Όσον αφορά τη θεραπεία των διαταραχών της διάθεσης, οφείλουμε να επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας στη νευρολογία των διαταραχών αυτών προκειμένου να μπορέσουμε να τις κατανοήσουμε καλύτερα και, κατά συνέπεια, να τις θεραπεύσουμε. Η επίδραση των φαρμάκων και η μεταβολή των επιπέδων των συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών και των άλλων συγγενών νευροχημικών ουσιών κρίνεται απαραίτητο να εξεταστεί διεξοδικά. Ειδικότερα, θεραπείες, όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και οι ισχυρές ψυχολογικές θεραπείες επηρεάζουν τη χημεία του εγκεφάλου. Παρακάτω αναλύονται ορισμένες από τις σημαντικότερες θεραπείες των καταθλιπτικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών είναι τα ακόλουθα: καταρχάς τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) και οι επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης. Αναλυτικότερα, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα φάρμακα στη θεραπεία της κατάθλιψης. Τα συνηθέστερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι η ιμιπραμίνη και η σμιτριπυλίνη τα οποία λειτουργούν εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη ειδικών νευροδιαβιβαστών, επιτρέποντας τους να παραμείνουν στη σύναψη και, τελικά, να απορυθμίσουν την απελευθέρωση του ειδικού νευροδιαβιβαστή. Έτσι, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά απορυθμίζουν τη νορεπινεφρίνη, επηρεάζοντας και άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών (π.χ. της σεροτονίνης). Η δράση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών δεν εκφράζονται σύντομα καθώς η διαδικασία της απορύθμισης χρειάζεται περίπου ένα διάστημα μεταξύ δύο και οκτώ εβδομάδων για να ολοκληρωθεί. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ένας μεγάλος αριθμός ασθενών χειροτερεύει και παρουσιάζει αρκετές παρενέργειες, όπως υπνηλία, θολή όραση, αύξηση βάρους, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα και συχνά σεξουαλική δυσλειτουργία. Αυτά τα συμπτώματα είναι μία βασική αιτία που γύρω στο 40% των ασθενών διακόπτουν τη λήψη των συγκεκριμένων φαρμάκων. Η προσεκτική

ρύθμιση των φαρμακευτικών δόσεων μειώνει τις παρενέργειες. Ωστόσο, τα τρικυκλικά πρέπει να χορηγούνται με μεγάλη προσοχή ιδιαίτερα στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας επειδή μπορεί να γίνουν επικίνδυνα αν ληφθούν σε υπερβολικές δόσεις.

Όσον αφορά τη θεραπεία με τους αναστολείς της MAO, οι ουσίες αυτές εμποδίζουν το ένζυμο μονοαμινοξειδάση. Οι νευροδιαβιβαστές δεν διασπώνται, γι αυτό και συσσωρεύονται στη σύναψη, γεγονός που οδηγεί τελικά στην απορύθμιση ή την απευαισθητοποίηση. Οι αναστολείς της MAO είναι εξίσου ή ελάχιστα αποτελεσματικοί αναφορικά με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αλλά έχουν λιγότερες παρενέργειες και είναι πολύ αποτελεσματικά στην περίπτωση της άτυπης καταθλιπτικής διαταραχής (Thase & Kupfer, 1996). Ωστόσο, αν οι αναστολείς της MAO ληφθούν σε συνδυασμό με τροφές ή ποτά που περιέχουν τυραμίνη μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά επεισόδια υπέρτασης και ίσως και να οδηγήσουν στον θάνατο. Συνεπώς, τα συγκεκριμένα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή και σε περιπτώσεις που τα τρικυκλικά φάρμακα δεν είναι αποτελεσματικά.

Επιπλέον, μία ακόμα κατηγορία φαρμάκων προτείνεται για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Τα φάρμακα αυτά έχουν μία ειδική δράση στο σεροτονινεργικό σύστημα, και αναστέλλουν εκλεκτικά την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης (SSRIs). Με τον τρόπο αυτόν αυξάνονται προσωρινά τα επίπεδα της σεροτονίνης στη θέση του υποδοχέα. Το γνωστότερο φάρμακο αυτής της ομάδας είναι η φλουοξετίνη (Prozac). Η αποτελεσματικότητά του βρίσκεται περίπου στα ίδια επίπεδα με εκείνη των άλλων αντικαταθλιπτικών (Fava & Rosenbaum, 1991) και ο κίνδυνος της αυτοκτονίας σε άτομα που λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή με Prozac, σε αντίθεση με ό,τι πιστευόταν στο παρελθόν, δεν είναι μεγαλύτερος από εκείνον που αντιμετωπίζουν άτομα που λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή με άλλα αντικαταθλιπτικά. Εντούτοις, το Prozac έχει κάποιες παρενέργειες, όπως είναι η σεξουαλική δυσλειτουργία, η αϋπνία, η σωματική διέγερση, η γαστρεντερική ενόχληση. Αυτές οι παρενέργειες, είναι, σε γενικές γραμμές, λιγότερο ενοχλητικές για τους περισσότερους ασθενείς σε σχέση με τις παρενέργειες που εμφανίζονται στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Τέλος, ένα ακόμα είδος αντικαταθλιπτικών φαρμάκων συνιστά το λίθιο, το οποίο είναι ένα κοινό άλας που βρίσκεται σε αφθονία στο φυσικό περιβάλλον. Εντούτοις, οι παρενέργειες των θεραπευτικών δόσεων του λιθίου είναι σοβαρότερες από εκείνες των άλλων αντικαταθλιπτικών. Έτσι, η χορήγηση του λιθίου προκαλεί την αύξηση του βάρους. Επίσης, η θεραπευτική δοσολογία του λιθίου είναι απαραίτητο να υπολογίζεται προσεκτικά ώστε να αποφευχθεί η τοξικότητα. Παρόλα αυτά, το λίθιο είναι

αποτελεσματικό, εκτός από την κατάθλιψη, και στην παρεμπόδιση και αντιμετώπιση των επεισοδίων μανίας. Επίσης, το λίθιο συνιστά μια καλή επιλογή για θεραπεία λόγω του μειονεκτήματος των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών να προκαλούν κάποιες φορές επεισόδια μανίας, ακόμα και σε άτομα χωρίς προηγούμενη εκδήλωση διπολικής διαταραχής (F. K. Goodwin & Jamison, 1990). Ωστόσο, το λίθιο, αν και είναι αποτελεσματικό, δεν παρέχει σε πολλούς ανθρώπους επαρκή θεραπευτικά οφέλη. Οι ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στο λίθιο μπορούν να χρησιμοποιήσουν άλλα φάρμακα με αντιμανιακές ιδιότητες, όπως είναι τα αντιεπιληπτικά και οι αναστολείς των διόδων του ασβεστίου. Ωστόσο, αυτά τα φάρμακα είναι λιγότερο αποτελεσματικά από το λίθιο όσον αφορά στην πρόληψη της αυτοκτονίας. Έτσι, το λίθιο παραμένει το φάρμακο επιλογής για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής. Σχεδόν για όλους όσους υποφέρουν από συνεχόμενα μανιακά επεισόδια συστήνεται η διατήρηση της χορήγησης του λιθίου προκειμένου να αποτραπούν πιθανές υποτροπές. Ωστόσο, προβλήματα δημιουργούνται όταν, κατά τη διάρκεια χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής για τη διπολική διαταραχή, τα άτομα πολλές φορές αρέσκονται στην ευφορία και ευεξία που αισθάνονται κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου και συχνά διακόπτουν τη λήψη του λιθίου για να διατηρήσουν αυτό το αίσθημα και διακόπτουν την αγωγή.

Η ανάρρωση από την κατάθλιψη είναι πολύ σημαντική από την πλευρά της επιστημονικής εξέλιξης. Ευτυχώς, όμως, η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων αναρρώνει συνήθως από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, και μάλιστα κάποιοι αρκετά γρήγορα. Ο στόχος της αποτροπής της εκδήλωσης ενός ακόμα καταθλιπτικού επεισοδίου είναι πολύ σημαντικός για τους ασθενείς που διατηρούν κάποια συμπτώματα της κατάθλιψης ή έχουν προηγούμενο ιστορικό χρόνιας κατάθλιψης ή πολλαπλών καταθλιπτικών επεισοδίων. Αυτοί οι παράγοντες ενδέχεται να αυξάνουν τον κίνδυνο υποτροπής, γι αυτό συστήνεται η συνέχιση της φαρμακευτικής θεραπείας και μετά το τέλος ενός καταθλιπτικού επεισοδίου (για 6 έως 12 μήνες ή και παραπάνω). Έπειτα από αυτό το χρονικό διάστημα, σταδιακά μειώνεται η φαρμακευτική δοσολογία η οποία διαρκεί εβδομάδες ή μήνες κι έπειτα διακόπτεται. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ανακουφίζουν άτομα που υποφέρουν από σοβαρής μορφής κατάθλιψη και αποτρέπουν την αυτοκτονία πολλών καταθλιπτικών ατόμων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν η φαρμακευτική θεραπεία δεν βοηθά έναν ασθενή να βελτιώσει την κατάστασή του, οι κλινικοί εξετάζουν την πιθανότητα της εφαρμογής της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT), που αποτελεί μία περισσότερο δραστική θεραπεία αλλά και την πιο αμφιλεγόμενη, μετά την ψυχοχειρουργική, θεραπεία για τις ψυχολογικές διαταραχές. Στη θεραπεία αυτή εφαρμόζεται ηλεκτρικό σοκ κατευθείαν στον εγκέφαλο για λιγότερο από ένα δευτερόλεπτο, παράγοντας μία κρίση και μία σειρά σύντομων σπασμών που συνήθως διαρκούν λίγα λεπτά. Η θεραπεία αυτή στις μέρες μας αποτελεί μία ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία για πολύ σοβαρές περιπτώσεις κατάθλιψης που δεν παρουσίασαν βελτίωση με άλλες θεραπευτικές αγωγές (Klerman, 1988). Πλέον, οι ασθενείς υποβάλλονται σε αναισθησία προκειμένου να μειωθεί η ταλαιπωρία τους, και τους χορηγούνται μυοχαλαρωτικά φάρμακα ώστε να αποφευχθεί η θλάση των οστών από τους σπασμούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η οποία εφαρμόζεται μία φορά μέρα παρά μέρα και για 6 έως 10 θεραπείες / ανάλογα με τη βελτίωση του ασθενή. Όσον αφορά τις παρενέργειες, αυτές είναι λίγες και συμπυκνώνονται στη βραχύχρονη απώλεια μνήμης και στη σύγχυση που εξαφανίζονται μετά από μία με δύο εβδομάδες. Η αμφιλεγόμενη φύση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας μείωσε τη χρήση της κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1970 και του 1980 και δεν είναι πιθανό να χρησιμοποιηθεί ξανά ευρέως σύντομα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συνεπώς, στις συναισθηματικές διαταραχές όπως η μείζων κατάθλιψη και η δυσθυμία, εκτός από τη φαρμακευτική παρέμβαση με βάση την αμιτρυπίνη, την ημιπραμίνη και τα άλατα λιθίου, θεραπείες που θα αναφερθούν εκτενέστερα παρακάτω, υπάρχει δυνατότητα εφαρμογής της ατομικής ψυχοθεραπείας στο πλαίσιο της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας ή της γνωσιακής θεραπείας. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει ορισμένα στάδια. Αρχικά, την αναγνώριση και το σχεδιασμό της παρέμβασης. Στη συνέχεια, τη σύναψη συμμαχίας μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευμένου. Επίσης, την ψυχοθεραπεία, η οποία συμπεριλαμβάνει την κάθαρση, το

χειρισμό των σωματικών συμπτωμάτων, την αποδοχή των αρχών της ψυχικής υγιεινής και την ανάλυση της προσωπικότητας. Τέλος, τη θεραπευτική καθοδήγηση. Σημαντική κρίνεται η διαβεβαίωση του ασθενούς πως η δυσάρεστη κατάσταση που βιώνει ξεπερνιέται με το χρόνο και η αποδοχή, από μέρους του ασθενούς, της θεραπευτικής παρέμβασης. Συχνά από τις συζητήσεις προκύπτει για εκείνον η ανάγκη να μάθει να εκφράζει τα προβλήματα και τα συναισθήματα του (καθαρτική στάση), χωρίς να βιώνει το φόβο ότι θα κατακριθεί για τα λεγόμενά του.

Όσον αφορά τη κοινοτική ψυχιατρική αντιμετώπιση των χρονίων ψυχωσικών ατόμων που κάνουν χρήση νευροληπτικών μακράς δράσης, επανάσταση συνιστά η απαλλαγή τους από τις καθημερινές δόσεις μεγάλου αριθμού δισκίων και η αντικατάσταση τους από μία - δύο ενδομυϊκές ενέσιμες δόσεις ανά μήνα, με τη μορφή διαλύματος του δεκανοϊκού εστέρα του νευροληπτικού σε σησαμέλαιο. Όταν ενεθεί ενδομυϊκά, απελευθερώνεται σταδιακά ο εστέρας από τον μυϊκό και λιπώδη ιστό και εισέρχεται στην κυκλοφορία, όπου υδρολύεται από τις εστεράσες, που αφθονούν στο αίμα, και απελευθερώνεται η νευροληπτική ουσία σε αυτό.

Φυσικά, σε όλη αυτή την προσπάθεια, η θεραπευτική καθοδήγηση κρίνεται υψίστης σημασίας, καθώς οδηγεί το άτομο στην αλλαγή των συνηθειών του και την προσαρμογή της συμπεριφοράς του σε νέες συμπεριφορές, οι οποίες έχουν συγκροτημένο χαρακτήρα και συγκεκριμένους στόχους, στην παύση των παλινδρομήσεων και των συγκρούσεων με τον εαυτό και το περιβάλλον του. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται σταδιακά η αντοχή του ατόμου σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις και η εκμάθηση τεχνικών για την αντιμετώπιση τους. Τέλος, η προσφορά της εργοθεραπείας όσον αφορά σε ορισμένες σοβαρές συναισθηματικές ψυχώσεις με συχνές υποτροπές βοηθά πολύ το άτομο.

III. ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Όσον αφορά το ζήτημα που πραγματευόμαστε, δηλαδή την κατάθλιψη και πώς οδηγεί το άτομο στη κατάχρηση ουσιών, υπάρχει ένα είδος κατάθλιψης που εξηγεί καλύτερα αυτή τη μετάβαση από τη μία κατάσταση (κατάθλιψη) στην άλλη (κατάχρηση)· η κατάσταση αυτή που παρατηρείται στο άτομο ονομάζεται «συγκαλυμμένη κατάθλιψη ή καταθλιπτικό ισοδύναμο». Ειδικότερα, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου το άτομο

παρουσιάζει ποικίλα συμπτώματα, είτε ψυχολογικά είτε οργανικά, χωρίς όμως, να καταλάβει πως η αιτία τους είναι η κατάθλιψη που, προφανώς, βιώνει και η οποία δεν έχει διαγνωστεί. Πρόκειται για μια από τις πιο αμφιλεγόμενες έννοιες στην ψυχοπαθολογία: η κατάθλιψη στην προκειμένη περίπτωση συγκαλύπτεται από τα συμπτώματα για τα οποία το άτομο παραπονιέται και των οποίων συνιστά την αιτία. Συχνά, τα συμπτώματα αυτά είναι τα εξής: διάφοροι πόνοι, ανορεξία, διαταραχή πανικού και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Δημητρίου, 1996. Wender & Klein, 1981. Makanjuola & Olaifa, 1987. Φιλιππόπουλος, 1971). Ο όρος «συγκαλυμμένη κατάθλιψη», όπως επίσης οι όροι «καταθλιπτικό ισοδύναμο», «συναισθηματικό ισοδύναμο» και «χαμογελαστή κατάθλιψη», χρησιμοποιείται συχνά στις περιπτώσεις χρήσης τοξικών ουσιών, αλκοολισμού, διαταραχών συμπεριφοράς, συζυγικής κακοποίησης, εγκληματικής και παραβατικής συμπεριφοράς, δηλαδή σε περιπτώσεις όπου η παρατηρήσιμη συμπεριφορά φαίνεται να συγκαλύπτει μια υποβόσκουσα κατάθλιψη. Αν και αυτοί οι όροι χρησιμοποιούνται ευρέως στη βιβλιογραφία, πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί σε πολλές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και ίσως να μην είναι πια χρήσιμοι και να μην προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια στην επιλογή μιας συγκεκριμένης θεραπείας (Bower, 1989). Πιθανότατα, αυτή είναι και η αιτία που η συγκαλυμμένη κατάθλιψη δεν συμπεριλαμβάνεται ως ιδιαίτερη κλινική οντότητα στα σύγχρονα συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών. Συνεπώς, σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ICD-10 (World Health Organization, 1993) κατατάσσεται στη γενική ομάδα F32.8, ενώ στην ταξινόμηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας περιλαμβάνεται στην κατηγορία «Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς».

Σύμφωνα με τον Leshner (1997), η συνοσηρότητα είναι γεγονός. Οι σχετικές εκτιμήσεις ποικίλουν ανάλογα με την εκάστοτε διαταραχή, όμως περισσότερο από το 50% των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και, κυρίως, με κατάθλιψη, διαπιστώθηκε πως έχει προχωρήσει σε κατάχρηση ουσιών. Επιπλέον, έχει υποστηριχθεί η άποψη πως πολλά από τα ψυχικώς ασθενή άτομα που προβαίνουν και σε κατάχρηση ουσιών προσπαθούν να αυτοθεραπευτούν και το γεγονός πως υπάρχει αλληλουχία της έναρξης της ψυχικής διαταραχής και χρήσης ουσιών μας ωθεί να ασπαστούμε αυτή την άποψη.

Αναλυτικότερα, έχει σημειωθεί υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ των μετρήσεων της συχνότητας συμπεριφορών χαρακτηριστικών της κατάθλιψης με συμπτώματα όπως η μειωμένη κρίση και συγκέντρωση, οι υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου, η ψυχοκινητική

επιβράδυνση και των μετρήσεων της συχνότητας κατάχρησης αλκοόλ. Έτσι, 22% περίπου των ατόμων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, πληρεί ταυτόχρονα τα διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχές σχετιζόμενες με τη χρήση αλκοόλ. Από έρευνες (Madianos, Gefou-Madianou & Stefanis, 1999) επίσης διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση της παρουσίας συμπτωμάτων της κατάθλιψης και της κατανάλωσης αλκοόλ στον ελληνικό πληθυσμό αφενός και αφετέρου ανάμεσα στα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και σε κατάχρηση αλκοόλ.

Έχουν υποστηριχθεί τρεις θεωρίες που αιτιολογούν τη θετική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και προβλημάτων χρήσης αλκοόλ: πρώτον, ότι αιτία του αλκοολισμού συνιστά, συχνά, η κατάθλιψη, δεύτερον, πως η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα, πολλές φορές, του αλκοολισμού και, τρίτον, πως η κατάθλιψη και ο αλκοολισμός συνιστούν αποτέλεσμα της δράσης συγκεκριμένων μηχανισμών του εγκεφάλου. Στην παρούσα μελέτη εξετάζεται και αναλύεται η πρώτη ερμηνεία, θεωρώντας ως βασικό σημείο αναφοράς το γεγονός πως το άτομο πίνει ή, γενικότερα, προχωρά σε κατάχρηση ουσιών προκειμένου να βελτιώσει τη διάθεσή του ή να αυτοθεραπευτεί. Η μελέτη των κοινών ή διαφορετικών χαρακτηριστικών που διαθέτουν αυτά τα άτομα θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα την αιτία της συμπεριφοράς που επιδεικνύουν.

Ένα κοινό βασικό χαρακτηριστικό στη συμπεριφορά των καταθλιπτικών και των αλκοολικών ατόμων είναι η ενασχόληση με τον εαυτό τους (Madianos, Gefou-Madianou & Stefanis, 1999) κυρίως όσον αφορά αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό τους (τις ατυχίες, τις ανικανότητές τους κλπ). Το καταθλιπτικό άτομο μιλάει λίγο και επαναλαμβάνει τις ίδιες αρνητικές σκέψεις. Αντίθετα, το αλκοολικό άτομο συνήθως μιλά περισσότερο, και δεν επαναλαμβάνεται στον βαθμό που επαναλαμβάνεται το άτομο με κατάθλιψη. Επίσης, ένα κοινό χαρακτηριστικό αυτών των ατόμων είναι η ανάγκη για αυτο-αναφορά. Το άτομο που πάσχει από αλκοολισμό συσχετίζει γεγονότα που έλαβαν χώρα στο παρελθόν με τρόπο ώστε να υπογραμμίζει τις προσωπικές του επιτυχίες. Και τα καταθλιπτικά και τα αλκοολικά άτομα χαρακτηρίζονται από έλλειψη αυτοεκτίμησης και εμμονή με τον εαυτό τους. Επιζητούν την αγάπη των άλλων, όμως δεν καταφέρνουν να τους προσεγγίσουν ικανοποιητικά. Επίσης, και τα αλκοολικά και τα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν χαμηλή συχνότητα σε κοινωνικές συμπεριφορές. Μόνο η συντροφιά άλλων ανθρώπων που εμφανίζουν παρόμοια προβλήματα με εκείνους τους δημιουργεί το αίσθημα της ασφάλειας σε αντίθεση με την επίκριση που δέχονται (κυρίως τα αλκοολικά άτομα) από το κοντινό διαπροσωπικό περιβάλλον τους. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που το άτομο που

πάσχει από κατάθλιψη ή εξάρτηση από ουσίες εμφανίζει, γενικά, περιορισμένη κοινωνικότητα.

Το όλο πρόβλημα της αποφυγής σύναψης κοινωνικών σχέσεων έχει ως βασική του αιτία την προσπάθεια του ατόμου για αποφυγή των απωθητικών ερεθισμάτων (Mellon, 1999) μέσα από τη διοχέτευση παραπόνων σε ένα άλλο άτομο – συμπεριφορά συχνή για έναν καταθλιπτικό ή εξαρτημένο από ουσίες – η οποία γίνεται εμφανής όταν το άτομο συναναστρέφεται χωρίς να το θέλει, αναγκαστικά, άτομα διαφορετικά από εκείνον όπως για παράδειγμα όταν μπαίνει στον στρατό. Η διαφορετική και επιδέξια συμπεριφορά που απαιτείται από τη νέα κατάσταση πραγμάτων είναι κάτι άγνωστο για το άτομο αυτό και εφόσον δεν διαθέτει τις ικανότητες εξάλειψης της απωθητικής κατάστασης δεδομένης της απουσίας της επέμβασης των άλλων, οι δυσκολίες παρουσιάζουν την τάση να πολλαπλασιάζονται και έτσι μεγαλώνει η αποστροφή του ατόμου προς το περιβάλλον του. Η αιφνίδια απουσία αρνητικής ενίσχυσης για τα παράπονα ίσως να αυξήσει τη συχνότητα της συγκεκριμένης εκδήλωσης, αν και συχνά το προϊόν μιας αναπάντεχης απουσίας αρνητικής ενίσχυσης συνίσταται στην αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς του ατόμου (π.χ. με το κλάμα ή την κατάχρηση αλκοόλ) σε μια προσπάθεια να αποφύγει τις δυσκολίες και τα ερεθίσματα που τις θυμίζουν.

Η συμπεριφορά των καταθλιπτικών και των αλκοολικών ατόμων χαρακτηρίζεται γενικότερα από παθητικότητα. Η παθητική αποφυγή που παρουσιάζουν τα καταθλιπτικά και αλκοολικά άτομα προσπαθεί να απομακρύνει την επαφή με μια ανεπιθύμητη κατάσταση παρά να την αντιμετωπίσει. Γυρίζει την πλάτη του στο πρόβλημα, αναφέροντας πως θα συναντήσει πολλά εμπόδια στην προσπάθειά του να το αντιμετωπίσει, αντί να αγωνιστεί, να προσπαθήσει να το επιλύσει. Η άποψη που αναφέρεται στον αυτοέλεγχο και τη δύναμη της θέλησης του ατόμου θεωρεί πως η συμπεριφορά ελέγχεται από το άτομο. Ειδικότερα, τα άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών πολλές φορές παραπονιούνται πως η συμπεριφορά τους είναι έξω από τον έλεγχο τους· συνεπώς, σύμφωνα με τη θεωρία για τον αυτοέλεγχο, στα άτομα αυτά απουσιάζει ο αυτοέλεγχος ή η δύναμη θέλησης όταν συνεχώς προσπαθούν να αποφύγουν τις καταστάσεις (εξάλλου η απουσία ικανοποιητικού βαθμού αυτοελέγχου είναι και ο λόγος που το άτομο κάνει κατάχρηση ουσιών). Η επίκριση ενός ατόμου για απουσία αυτοελέγχου και δύναμης θέλησης μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να βοηθήσει στην ελάττωση της χρήσης αλκοόλ επειδή αυξάνει τις απωθητικές καταστάσεις που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ και μπορούν να ξεπεραστούν μόνο με την αποχή από τις ουσίες. Ωστόσο, αυτή η τακτική μπορεί να οδηγήσει και σε αντίθετα αποτελέσματα· η επίκριση

μπορεί να εξαλειφθεί με τη χρήση αλκοόλ και να αποφευχθεί με την υπεκφυγή της επαφής με την πηγή της επίκρισης. Οι αλλαγές στη συχνότητα της κατάχρησης ουσιών δεν είναι επιτυχείς όταν το άτομο περιορίζει την υπερβολική κατανάλωση αλλά μόνο όταν προγραμματίζει μια συμπεριφορά που δεν συμβαδίζει με αυτή και περιλαμβάνει την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, τη διεκδικητική συμπεριφορά και πολλές άλλες δραστηριότητες που απευθύνονται στις πηγές του απωθητικού ερεθισμού.

Η άποψη που θεωρεί τον αλκοολισμό και, γενικά, την κατάχρηση ουσιών ως μια προοδευτική ασθένεια του εγκεφάλου, περισσότερο ενθαρρύνει παρά αλλάζει τα πρότυπα αποφευκτικής συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν την κατάχρηση και την κατάθλιψη (Μέλλον, 2001). Η δήλωση στο άτομο πως οι δυσκολίες του πηγάζουν από τον εγκέφαλό του μειώνει τις πιθανότητες να μάθει να παρατηρεί την αλληλεπίδραση της συμπεριφοράς του, των συνθηκών μέσα στις οποίες εκδηλώνεται, των συνεπειών των δράσεων που καθορίζουν την πιθανότητα εκδήλωσής της και τις πιθανότητες να κατανοήσει πως με προσπάθεια μπορεί να περιορίσει αρκετά την πιθανότητα κατάχρησης ουσιών· το εξαρτημένο άτομο δεν είναι ένα παθητικό θύμα της ασθένειάς του και αυτός είναι και ο λόγος που έχει τη δυνατότητα να την ξεπεράσει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Η ερμηνεία για τη χρήση ουσιών, την κατάχρηση και την εξάρτηση οφείλει να εξηγεί τους λόγους για τους οποίους κάποια άτομα δεν εθίζονται σε ουσίες αν και κάνουν κατάχρηση αυτών. Πολλαπλές επιδράσεις αλληλεπιδρούν ώστε να εξηγούν αυτή τη διεργασία. Η πρόσβαση σε ένα ναρκωτικό είναι μία απαραίτητη αλλά προφανώς όχι επαρκής συνθήκη προκειμένου να λάβει χώρα κατάχρηση και εξάρτηση. Διάφορες αιτίες μπορεί να προκαλέσουν την έκθεση των ατόμων στις ουσίες όπως οι άσχημες συναναστροφές με γνωστούς και φίλους, τα ΜΜΕ, οι γονείς κ. ά. Ο βαθμός στον οποίο τα άτομα κάνουν χρήση μίας ουσίας εξαρτάται από τις κοινωνικές και πολιτισμικές προσδοκίες, μερικές από τις οποίες ενθαρρύνουν και κάποιες άλλες αποθαρρύνουν το άτομο, όπως για παράδειγμα οι νόμοι ενάντια στην κατοχή και χρήση της ουσίας. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής επιδεινώνουν πολλές διαταραχές και αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάχρησης και εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες. Οι γενετικές επιρροές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και μπορεί να είναι διαφορετικών μορφών. Έτσι, ορισμένα άτομα είναι πιθανόν, λόγω κληρονομικότητας, να είναι πιο ευαίσθητα στις επιδράσεις συγκεκριμένων ουσιών. Άλλα πάλι μπορεί να μεταβολίζουν τις ουσίες πιο γρήγορα και συνεπώς να ανέχονται στον οργανισμό τους υψηλότερα επίπεδα της εκάστοτε ουσίας. Κάποιοι άλλοι, ψυχιατρικοί λόγοι, μπορεί να θέτουν κάποιο άτομο στον κίνδυνο της κατάχρησης ουσιών. Η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, που χαρακτηρίζεται από συχνή παραβίαση των κοινωνικών κανόνων, περιλαμβάνει χαμηλότερο επίπεδο διέγερσης και αυτό εξηγεί το αυξημένο ποσοστό κατάχρησης ουσιών μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή.

Επιπρόσθετα, τα άτομα που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης (όπως π.χ. η κατάθλιψη) μπορεί να ακολουθούν μόνα τους μία φαρμακευτική αγωγή κάνοντας χρήση ουσιών για να ανακουφιστούν από τα αρνητικά συμπτώματα της διαταραχής από την οποία πάσχουν, γεγονός που μπορεί να εξηγεί τα υψηλά ποσοστά κατάχρησης ουσιών μεταξύ των ατόμων της συγκεκριμένης ομάδας. Η αρχή της πολλαπλής αιτιότητας, είναι

ιδιαίτερα πρόσφορη στην περίπτωση των συνδεόμενων με ουσίες διαταραχών. Οποσδήποτε, δεν είναι εφικτή η πρόβλεψη της κατάχρησης και της εξάρτησης μόνο από έναν παράγοντα, γενετικό, νευροβιολογικό, ψυχολογικό ή πολιτισμικό. Όταν μία ουσία χρησιμοποιείται επανειλημμένως, η βιολογία και η γνωστικές διεργασίες ενός ατόμου μεταβάλλονται ώστε να δημιουργήσουν το φαινόμενο της εξάρτησης. Η συνεχόμενη χρήση περισσότερων ουσιών δημιουργεί ανοχή, κι αυτό αναγκάζει τον χρήστη να χρησιμοποιήσει μεγαλύτερες ποσότητες της ουσίας, προκειμένου να απολαύσει τις συνέπειες του ίδιου αποτελέσματος. Οι συμπεριφοριστές θα υποστηρίξουν πως η εξαρτημένη μάθηση είναι επίσης ένας παράγοντας κι εμείς δεν θα διαφωνήσουμε μαζί τους. Όταν ένα άτομο βιώνει ευχάριστες εμπειρίες που απορρέουν από τη χρήση μίας ουσίας σε ένα συγκεκριμένο τόπο, η επιστροφή του σ' αυτό ή σε παρόμοιο τόπο θα προκαλέσει αργότερα την ανάπτυξη ορμών, ακόμα και αν η ίδια η ουσία δεν είναι διαθέσιμη.

Προκειμένου να ξεπεράσει το άτομο την κατάθλιψη, ο κλινικός ψυχολόγος προχωρά στη θεραπεία της διαταραχής αυτής. Η νευροβιολογία των διαταραχών της διάθεσης έχει μελετηθεί πολύ κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων, προκειμένου να βελτιωθεί η κλινική εικόνα του ατόμου. Τα ευρήματα σχετικά με την πολύπλοκη διαντίδραση των νευροχημικών ουσιών αρχίζουν να διαφωτίζουν τη φύση των διαταραχών της διάθεσης. Η κυρίαρχη επίδραση των φαρμάκων είναι η μεταβολή των επιπέδων αυτών των νευροδιαβιβαστών και των άλλων συγγενών νευροχημικών ουσιών. Άλλες βιολογικές θεραπείες, όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) επηρεάζουν τη χημεία του εγκεφάλου. Μία πιο ενδιαφέρουσα εξέλιξη είναι το γεγονός ότι οι ισχυρές ψυχολογικές θεραπείες μεταβάλλουν επίσης τη χημεία του εγκεφάλου. Έτσι, πολλές φορές το άτομο εθίζεται στις ποικίλες θεραπείες που του παρέχονται, και, κυρίως, στα νευροληπτικά (αντικαταθλιπτικά, υπνωτικά κ.ά.), αναπτύσσοντας, έτσι, εξάρτηση από τις ουσίες αυτές. Επιπλέον, το καταθλιπτικό άτομο βιώνει ένα πλήθος αρκετά οδυνηρών συμπτωμάτων τα οποία ήδη αναφέρθηκαν και, σε μια προσπάθεια να αυτό-θεραπευτεί ή, έστω, να αισθανθεί καλύτερα, προχωρά, επίσης, σε κατάχρηση και συνακόλουθη εξάρτηση ουσιών (π.χ. νικοτίνη, αλκοόλ κ.ά.).

I. ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ- ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ

Το να ορίσουμε την κατάχρηση ουσιών, βάσει της ποσότητας της ουσίας που εισάγεται στον οργανισμό συνιστά πρόβλημα. Το DSM- IV ορίζει την κατάχρηση ουσιών σύμφωνα με την βαρύτητα με την οποία οι ουσίες παρεμβαίνουν στη ζωή του ατόμου. Εάν οι ουσίες παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου, σε τομείς όπως η σχολική/ εκπαιδευτική επίδοση, η εργασία ή οι σχέσεις με τους άλλους και εκθέτουν τον χρήστη σε καταστάσεις επικίνδυνες για τη σωματική του ακεραιότητα (π.χ. ενώ οδηγεί) και αν έχει προβλήματα με το νόμο που σχετίζονται με τη χρήση αυτών των ουσιών, τότε θεωρείται ότι έχει προχωρήσει σε κατάχρηση ουσιών.

Ειδικότερα, η εξάρτηση ενός ατόμου από ουσίες συνήθως αναφέρεται ως εθισμός. Αν και συνήθως χρησιμοποιούμε τον όρο "εθισμό" όταν υπάρχει διαφωνία αναφορικά με το πώς πρέπει να ορίσουμε τον εθισμό ή την εξάρτηση από τις ουσίες (Woody & Cacciola, 1997), με τον όρο αυτόν περιγράφουμε άτομα που φαίνεται να είναι δέσμια των ουσιών. Ένας ορισμός αναφέρει ότι ένα άτομο εξαρτάται βιολογικά από μία ουσία ή ουσίες όταν επιζητάει όλο και μεγαλύτερες ποσότητες προκειμένου να αισθανθεί την ίδια επίδραση (ανοχή) και η σωματική του αντίδραση είναι αρνητική όταν διακόπτεται η εισαγωγή της ουσίας στον οργανισμό (απόσυρση) (Kalant, 1989). Η ανοχή και η απόσυρση είναι φυσιολογικές αντιδράσεις στα χημικά που εισάγονται στον οργανισμό. Για παράδειγμα, συχνά, αν πιούμε πολλούς καφέδες μπορεί να αισθανθούμε νευρικότητα. Σε ένα άλλο, πιο ακραίο παράδειγμα, η απόσυρση από το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει αλκοολικό στερητικό παραλήρημα (ή τρομώδες παραλήρημα), στο οποίο το άτομο μπορεί να βιώσει τρομακτικές ψευδαισθήσεις και ρίγη. Η απόσυρση από χρήση πολλών ουσιών μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ποικίλα συμπτώματα όπως πυρετό, διάρροια, ναυτία, εμετό και πόνους. Η βιολογική αυτή αντίδραση μπορεί να παρατηρηθεί και σε πειραματόζωα που βρίσκονται κάτω από τις ίδιες συνθήκες (Goode, 1993). Ωστόσο, δεν προκαλούν όλες οι ουσίες εξάρτηση ή εθισμό.

Τοξίκωση από ουσίες ονομάζεται η φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού μας στη λήψη ουσιών - η μέθη ή η ευχάριστη, επιθυμητή κατάσταση που προκύπτει από τη χρήση ουσιών. Η τοξίκωση ενός ατόμου εξαρτάται από το ποια ουσία ή φάρμακο χρησιμοποιείται, από την ποσότητα της ουσίας που εισέρχεται στον οργανισμό και από την ατομική βιολογική αντίδραση του ατόμου. Στη περίπτωση των περισσότερων ουσιών, η τοξίκωση βιώνεται ως αδυναμία στην κρίση, αλλαγές στη διάθεση και μειωμένη κινητική ικανότητα (για παράδειγμα, πρόβλημα στην ομιλία ή στο περπάτημα). Επίσης, όσον αφορά την εξάρτηση ουσιών χρησιμοποιούνται οι "συμπεριφορές αναζήτησης ουσιών" ως μέτρο της εξάρτησης. Η επαναλαμβανόμενη χρήση μίας ουσίας, η απεγνωσμένη ανάγκη για λήψη μεγαλύτερης ποσότητας της ουσίας (το άτομο αναγκάζεται να κλέψει χρήματα προκειμένου να αγοράσει ναρκωτικά) και η πιθανότητα επανάληψης της χρήσης έπειτα από μία περίοδο αποχής, είναι συμπεριφορές που ορίζουν την έκταση και το βαθμό της εξάρτησης. Αυτές οι συμπεριφοριστικές αντιδράσεις διαφέρουν από τη φυσιολογική ανταπόκριση του οργανισμού στις ουσίες, και ορισμένες φορές αποκαλούνται ψυχολογικές εξαρτήσεις. Ο ορισμός του DSM- IV για την εξάρτηση ουσιών συνδυάζει τις βιολογικές πλευρές της ανοχής και της απόσυρσης με τις συμπεριφορικές και ψυχολογικές πλευρές (AAmerican Psychiatric Association, 1994).

Η χρήση ουσιών αφορά στην λήψη μέτριας ποσότητας ψυχοδραστικών ουσιών που δεν επηρεάζει ιδιαίτερα την κοινωνική, εκπαιδευτική ή επαγγελματική λειτουργία του ατόμου. Τα περισσότερα άτομα πιθανότατα να χρησιμοποιούν περιστασιακά κάποια ψυχοδραστική ουσία. Ίσως ένα φλιτζάνι καφέ το πρωί προκειμένου να ξυπνήσουμε, να τσιγάρο ή ένα ποτό, πολλές φορές σε καθημερινή βάση, είναι παραδείγματα χρήσης ουσιών, και, για κάποια άτομα, η περιστασιακή χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών όπως η μαριχουάνα, η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες ή τα βαρβιτουρικά.

Συνεπώς, σύμφωνα με αυτά τα κριτήρια, πολλοί άνθρωποι μπορούν να θεωρηθούν εξαρτώμενοι από δραστηριότητες όπως το σεξ, τα ψώνια ή ακόμα και η κατανάλωση γλυκών. Προφανώς, αυτό που οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν εθισμό σε ουσίες διαφέρει από την εξάρτηση στην εργασία ή στην μουσική. Οι οργανικές και συμπεριφορικές μορφές εξάρτησης μάλλον πρέπει να αναλυθούν περισσότερο, μέχρι να καταφέρουμε να διαχωρίσουμε το πραγματικό και σοβαρό φαινόμενο της εξάρτησης ουσιών από τους λιγότερο επικίνδυνους εθισμούς.

Ωστόσο, τα άτομα μπορεί να χρησιμοποιούν ουσίες χωρίς να προβούν σε κατάχρηση. Έτσι, κάποια άτομα πίνουν ποτά σε τακτική βάση, αλλά όχι μέχρι την υπερβολή. Εντούτοις, το ζήτημα, είναι ότι δεν είναι δυνατό να γνωρίζει κανείς από την

αρχή αν κάποιος μπορεί να χάσει τον έλεγχο, να κάνει κατάχρηση αυτών των ουσιών και να εθιστεί σε αυτά με μία τυχαία περιστασιακή χρήση. Ίσως φαίνεται παράξενο, αλλά ένα άτομο μπορεί να εθιστεί χωρίς να κάνει κατάχρηση ουσιών. Έτσι, τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ασθένεια (π.χ. καρκίνο) και χρησιμοποιούν μορφίνη για τη μείωση του πόνου μπορεί να εθιστούν σε αυτή την ουσία, να εμφανίσουν αντοχή και να περάσουν από το στάδιο της απόσυρσης αν διακόψουν τη χρήση της ουσίας χωρίς να κάνουν κατάχρηση.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι ουσίες που χρησιμοποιούν τα άτομα για να μεταβάλλουν τη διάθεση και τη συμπεριφορά τους έχουν καταλυτική επίδραση πάνω τους η οποία διαφέρει από ουσία σε ουσία και από άτομο σε άτομο. Εντούτοις, είναι σημαντικό να επισημάνουμε τις ομοιότητες στον τρόπο που αντιδρούν τα άτομα στις περισσότερες από αυτές τις ουσίες: αυτό που είναι κοινό σε όλους τους χρήστες είναι τα παρόμοια αισθήματα που απορρέουν από τη χρήση των ουσιών τα οποία είναι γενικά ευχάριστα και θα ωθήσουν τα άτομα να συνεχίσουν τη χρήση τους προκειμένου να ξανανιώσουν το αίσθημα της ευχαρίστησης. Πολλές ουσίες που χρησιμοποιούν και καταχρώνται τα άτομα, φαίνεται ότι επιφέρουν ευχάριστες επιδράσεις και στα ζώα (Young & Heiling, 1986). Η χορήγηση στα πειραματόζωα ουσιών όπως οι αμφεταμίνες, τα κατασταλτικά, τα οπιοειδή, το αλκοόλ, αποδεικνύει πως αυτές οι ουσίες προκαλούν ευχαρίστηση. Και οι έρευνες στους ανθρώπους αποδεικνύουν πως όλες οι ψυχοδραστικές ουσίες τους προσφέρουν ευχαρίστηση. Ωστόσο, οφείλουμε να έχουμε μια σφαιρική άποψη για τις συνδεόμενες με ουσίες διαταραχές που να περιέχει τις ψυχοκοινωνικές επιδράσεις ώστε να αντιμετωπιστεί το σοβαρό αυτό κοινωνικό πρόβλημα. Είναι σημαντικό να εξεταστεί ο βαθμός που οι συμπεριφορές αυτές είναι ή δεν είναι κοινωνικά αποδεκτές. Ειδικότερα, όπως έχει διαπιστωθεί, η χρήση της ουσίας συνιστά το κρίσιμο σημείο αναφοράς όπου εδραιώνονται τα γεγονότα στο λόγο των χρηστών (Ρήγα, 1996). Αυτή συμβάλλει στη δημιουργία ιδιαίτερων αναμνήσεων από διάφορες συναθροίσεις με τα υπόλοιπα άτομα – χρήστες ενώ η αναφορά στην ουσία αποτελεί το πιο κοινό θέμα επικοινωνίας της συγκεκριμένης ομάδας ατόμων και μέσο σύναψης δεσμών και αξιών ανάμεσα στα μέλη της.

Επίσης, οι πολιτισμικές νόρμες επηρεάζουν σημαντικά τα ποσοστά της κατάχρησης και εξάρτησης από τις ουσίες. Συνεπώς, σε συγκεκριμένες κουλτούρες, αναμένεται τα

άτομα να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ στα πλαίσια συγκεκριμένων κοινωνικών περιστάσεων. Οι πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν τα ποσοστά της κατάχρησης ουσιών και καθορίζουν και τον τρόπο που εκδηλώνεται. Οι προσδοκίες των επιδράσεων της χρήσης ουσιών προσφέρει κάποια στοιχεία για το πώς η εκάστοτε ποιότητα κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να έχει διαφορετικές επιδράσεις στη συμπεριφορά. Οι προσδοκίες για τις επιδράσεις της χρήσης αλκοόλ διαφέρουν από κουλτούρα σε κουλτούρα και αυτές οι διαφορετικές προσδοκίες μπορεί να εξηγούν εν μέρει τις διαφορές όσον αφορά στις συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ από χώρα σε χώρα. Το αν η χρήση ουσιών θα θεωρηθεί μία κοινωνικά μη αποδεκτή συμπεριφορά, έρχεται σε συνάρτηση με τις απόψεις της πολιτισμικής ομάδας. Επίσης, βιολογικοί παράγοντες, πιο συγκεκριμένα, βιολογικές διαφορές από χώρα σε χώρα, είναι πιθανό να αλληλεπιδρούν με τις πολιτισμικές νόρμες κατά έναν περίπλοκο τρόπο.

Όσον αφορά τον αλκοολισμό και τα σχετικά προβλήματα που τον συνοδεύουν, αναπτύχθηκαν διάφορες υποθέσεις / θεωρίες που μπορούμε να τις κατηγοριοποιήσουμε σε ορισμένες κατηγορίες. Αρχικά τις ψυχαναλυτικές θεωρίες, όπου, σύμφωνα με τον Freud το αλκοόλ παλινδρομεί τη σκέψη προκειμένου να διαφύγει η σκέψη του ατόμου από την πραγματικότητα. Επίσης, έχει υποστηριχθεί στο παρελθόν πως ο αλκοολισμός λειτουργεί ως ένστικτο αυτοκαταστροφής. Επίσης, η εξάρτηση από το αλκοόλ θεωρήθηκε μια ασυνείδητη ενόρμηση προς την αυτοκαταστροφή. Γενικότερα, το ψυχαναλυτικό ρεύμα πρεσβεύει πως η προσωπικότητα του αλκοολικού ατόμου είχε μεγάλες ανάγκες ικανοποιήσεων κατά την παιδική του ηλικία. Όσον αφορά τις μαθησιακές θεωρίες, θεωρείται πως ο αλκοολισμός οφείλεται στην εγκατάσταση ενός ανταντακλαστικού ενίσχυσης της δράσης του ως αγχολυτικού. Οι φυσιολογικές θεωρίες υποστηρίζουν πως μεταβολικοί μηχανισμοί πιθανόν να ενοχοποιούνται στο μεταβολισμό του αλκοόλ, ερμηνεύοντας έτσι τα υψηλά ποσοστά αλκοολισμού σε ορισμένες εθνότητες, όπως για παράδειγμα στους Ινδιάνους των Η.Π.Α. Τέλος, σύμφωνα με τις κοινωνιολογικές θεωρίες το πρόβλημα εστιάζεται στο εσωτερικό της κοινωνικής οργάνωσης, του πολιτισμού και των περιβαλλοντικών συνθηκών (για παράδειγμα το κλίμα, η θερμοκρασία κλπ).

II. ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ

ΤΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Η ομάδα των κατασταλτικών ουσιών περιλαμβάνει τα ηρεμιστικά, τα υπνωτικά και τα αγχολυτικά φάρμακα, στα οποία περιλαμβάνονται τα βαρβιτουρικά και οι βενζοδιαζεπίνες. Τα βαρβιτουρικά (στα οποία ανήκουν τα: Amytal, Seconal, Nembutal) είναι κατασταλτικά φάρμακα που κατασκευάστηκαν στη Γερμανία το 1882. Χορηγήθηκαν για άτομα που είχαν προβλήματα ύπνου και αντικατέστησαν άλλες φαρμακευτικές ουσίες, όπως το αλκοόλ. Τα βαρβιτουρικά χορηγούνταν κατά τη διάρκεια των δεκαετιών 1930 και 1940. Σε αντίθεση με τα βαρβιτουρικά, οι βενζοδιαζεπίνες θεωρούνται πιο ασφαλή φάρμακα, με μικρότερο κίνδυνο κατάχρησης και εξάρτησης (Warheke, 1991).

Τα ηρεμιστικά / κατασταλτικά φάρμακα και ουσίες κυρίως μειώνουν τη δραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η κυριότερη συνέπειά τους είναι η μείωση των επιπέδων της φυσιολογικής διέγερσης προκειμένου να μας βοηθήσουν να χαλαρώσουμε. Οι ουσίες που περιλαμβάνονται στην κατηγορία αυτή είναι το αλκοόλ, και τα κατασταλτικά, υπνωτικά και αγχολυτικά φάρμακα, όπως εκείνα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της αϋπνίας. Οι συγκεκριμένες ουσίες αυτές συμπεριλαμβάνονται μεταξύ εκείνων που είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν συμπτώματα σωματικής εξάρτησης, ανοτοχής και απόσυρσης. Συνεπώς, πολλές φορές το άτομο που κάνει χρήση αντικαταθλιπτικών εθίζεται σ αυτές και οδηγείται σε κατάχρηση. Την πρακτική αυτή θα την κατανοήσουμε καλύτερα αν περιγράψουμε πρώτα τη λειτουργία των αντικαταθλιπτικών.

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ανακαλύφθηκαν το 1957, κι αποτέλεσαν αποτελεσματική λύση στα συμπτώματα της κατάθλιψης, τα οποία, μέχρι τότε, δεν βρέθηκε τρόπος να καταπραϊνθούν. Οι φαινοθειαζείνες και τα ηρεμιστικά εισήχθηκαν λίγα χρόνια νωρίτερα όμως δεν επέδρασαν θετικά στην ψυχική διάθεση του ασθενούς. Προτού ανακαλυφθούν τα τρικυκλικά υπήρχαν άλλες μέθοδοι θεραπείας του καταθλιπτικού ατόμου. Σε περίπτωση σοβαρής κρίσης το άτομο δεχόταν ηλεκτροσόκ. Στην περίπτωση της ελαφριάς μορφής κατάθλιψης το άτομο είτε δεχόταν πάλι ηλεκτροσόκ είτε λάμβανε διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως για παράδειγμα οι αμφεταμίνες.

Επίσης, η μακρόχρονη ψυχανάλυση αποτελούσε μια λύση για τους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Οι αμφεταμίνες σε συνδυασμό με τα βαρβιτουρικά χορηγούνταν σε ασθενείς με κατάθλιψη προκειμένου να ανακουφιστούν από την πεσμένη διάθεση, το αίσθημα της κόπωσης, τη νευρικότητα και το άγχος. Ωστόσο, η ευρεία και, πολλές φορές, ανώφελη κατάχρηση των συγκεκριμένων φαρμάκων συνέβαλε στη δημιουργία εξάρτησης από τα φάρμακα. Έτσι, η συνήθεια της λήψης διεγερτικών από τα άτομα προκειμένου να ξυπνήσουν το πρωί και η λήψη διαφόρων υπνωτικών χαπιών προκειμένου να ηρεμήσουν από την ένταση και να κοιμηθούν για αρκετές ώρες υιοθετήθηκε ως τρόπος ζωής από πολλά άτομα.

Ωστόσο, παρά την ευρεία χρήση τους, οι αμφεταμίνες δεν προσέφεραν σημαντική αρωγή στη θεραπεία της κατάθλιψης. Απλώς χάρισαν στο καταθλιπτικό άτομο μια προσωρινή αύξηση της ενεργητικότητας που συνοδεύτηκε από μείωση της συγκέντρωσης και της κρίσης. Με την πάροδο του χρόνου, όσο εξασθενούσε η δράση τους στον οργανισμό του ατόμου, το άτομο βίωνε επεισόδια σοβαρής κατάθλιψης, ως αντίδραση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος σε ό,τι τεχνητό εισέβαλε στον οργανισμό.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Από το 1960 και μετά, η χρήση των βαρβιτουρικών έχει μειωθεί ενώ η χρήση των βενζοδιαζεπινών έχει αυξηθεί (Warneke, 1991). Εκτιμάται πως περίπου το 11% των αμερικανών, το 7,4% των Δανών και το 17% των Βέλγων τις λαμβάνουν και ότι οι γυναίκες είναι δύο φορές πιθανότερο από τους άνδρες να προχωρήσουν σε χρήση τους. Οι γιατροί χορηγούν στους ασθενείς περισσότερο βενζοδιαζεπίνες αντί για βαρβιτουρικά, επειδή παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα και λιγότερες παρενέργειες. Επίσης, γίνεται κακή χρήση των βενζοδιαζεπινών σε μικρότερο βαθμό, επειδή έχουν ανώτερο όριο αποτελεσματικότητας.

Η μεγαλύτερη κατάχρηση εντοπίζεται στα βαρβιτουρικά και τις αμφεταμίνες, σε αντίθεση με τα άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Αυτό συμβαίνει επειδή τα αντικαταθλιπτικά δεν έχουν άμεσα αποτελέσματα αντίθετα, η αποτελεσματικότητά τους γίνεται εμφανής βδομάδες μετά. Επίσης, δεν προκαλείται στο άτομο, με τα φάρμακα αυτά, ευφορική διάθεση. Η δόση, στην οποία το άτομο θα παρουσιάσει φανερή βελτίωση, διαφέρει από άτομο σε άτομο. Σε όλα, όμως, τα άτομα χορηγείται ικανοποιητική ποσότητα

δόσης και για αρκετό χρονικό διάστημα, αφού το φάρμακο χρειάζεται τρεις με τέσσερις εβδομάδες για να δράσει. Αυτό συμβαίνει επειδή χρειάζεται να ενεργοποιηθεί με το φάρμακο ένας κύκλος βιοχημικής αλληλεπίδρασης, όπως για παράδειγμα μια μεταβολή στην κατανομή των ανόργανων αλάτων και στο μεταβολισμό των βιογενών αμινών στον εγκέφαλο, κι αυτό απαιτεί μια εκτεταμένη περίοδο χρόνου. Ωστόσο, το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη παρουσιάζει βελτίωση της διάθεσης, αυξημένη ενεργητικότητα και ευκολότερο ύπνο από την πρώτη κιόλας εβδομάδα της θεραπείας. Κατά τη δεύτερη εβδομάδα δεν σημειώνονται άλλες αλλαγές και ίσως υπάρξει επιστροφή του ατόμου στην ψυχική διαταραχή. Κατά το τέλος της τρίτης εβδομάδας ο καταθλιπτικός ασθενής αισθάνεται άμεσα τις αλλαγές στην ψυχική του κατάσταση τα επεισόδια κατάθλιψης λιγοστεύουν και μειώνεται η διάρκειά τους. Η συγκέντρωση ενισχύεται. Είναι λιγότερο ευερέθιστος και αναστατώνεται λιγότερο εύκολα σε σχέση με την προηγούμενη κατάστασή του.

Το πότε οφείλει να σταματήσει, το άτομο, τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων εξαρτάται από το είδος και τη φύση της κατάθλιψης από την οποία πάσχει. Έτσι, ασθενείς που βίωσαν κατάθλιψη για πρώτη φορά στη ζωή τους και για μικρό χρονικό διάστημα (π.χ. μερικοί μήνες) σύντομα θα μπορέσουν να ελαττώσουν την καθημερινή δόση της μιπραμίνης ή αμιτριπτίνης και να σταματήσουν το φάρμακο μέσα σε λίγους μήνες. Αντίθετα, τα άτομα που πάσχουν από χρόνια κατάθλιψη ή που βιώνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατάθλιψης μάλλον θα συνεχίσουν να λαμβάνουν μικρές δόσεις αντικαταθλιπτικών για ένα με δύο χρόνια ακόμα, με συχνότητα λήψης σε καθημερινή βάση ή για περιόδους μερικών μηνών όταν λαμβάνουν χώρα νέες εντάσεις που συνοδεύονται από καταθλιπτικά επεισόδια.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

Όταν λαμβάνονται σε χαμηλές δόσεις, τα βαρβιτουρικά χαλαρώνουν τους μύες και μπορούν να παράγουν ένα αίσθημα ευφορίας. Όμως, όταν λαμβάνονται σε μεγάλες δόσεις μπορούν να έχουν παρόμοια αποτελέσματα με εκείνα της μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ: τραύλισμα και προβλήματα στο περπάτημα, στην αυτοσυγκέντρωση και στην εργασία. Οι υπερβολικές δόσεις μπορούν να επιφέρουν χαλάρωση των μυών του διαφράγματος σε τέτοιο βαθμό ώστε να προκαλέσουν θάνατο από ασφυξία. Είναι γεγονός ότι η υπερβολική δόση βαρβιτουρικών είναι ένας από τους πιο συνηθισμένους τρόπους αυτοκτονίας. Όπως

και τα βαρβιτουρικά, οι βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται για να ηρεμήσουν ένα άτομο και να προκαλέσουν ύπνο. Επιπλέον, τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας χορηγούνται από τους γιατρούς ως μυοχαλαρωτικά και αντιεπιληπτικά.

Τα άτομα που χρησιμοποιούν αυτά τα φάρμακα χωρίς να έχουν κάποια οργανικά αιτία αλλά για να βελτιώσουν την πεσμένη ψυχολογική τους κατάσταση αναφέρουν ότι στην αρχή αισθάνονται ευχάριστα ανεβασμένα βιώνοντας μία μείωση των αναστολών τους, επιδράσεις παρόμοιες με εκείνες της χρήσης αλκοόλ. Ωστόσο, με τη συνεχιζόμενη χρήση, μπορεί να εμφανίσουν σημάδια ανοχής και εξάρτησης. Ως ανοχή σε ένα φάρμακο ορίζουμε μια κατάσταση προοδευτικά μειωμένης ανταπόκρισης σ αυτό. Το άτομο που αναπτύσσει ανοχή χρειάζεται μεγαλύτερη δόση του φαρμάκου προκειμένου να πετύχει την επίδραση που είχε αρχικά με μία πιο μικρή δόση.

Τα άτομα που κάνουν χρήση αυτών των ουσιών, έχουν αναπτύξει εξάρτηση σ αυτά και προσπαθούν να διακόψουν τη λήψη τους, έχουν συμπτώματα όπως απόσυρση από το αλκοόλ όπως άγχος, παραληρητικές ιδέες αϋπνία, ρίγη. Τα κριτήρια του DSM- IV για τη διάγνωση των διαταραχών λόγω χρήσης κατασταλτικών, υπνωτικών, αγχολυτικών ουσιών δεν διαφέρουν από εκείνα για τις διαταραχές λόγω χρήσης αλκοόλ. Και στις δύο περιπτώσεις περιλαμβάνονται βασικές αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως απρόσφορη σεξουαλική ή επιθετική συμπεριφορά, αλλαγές στη διάθεση, διαταραγμένη κρίση, εξασθενημένη κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα, τραύλισμα, προβλήματα κινητικού συντονισμού και ασταθές βάδισμα.

Συνεπώς, τα κατασταλτικά, τα υπνωτικά και τα αγχολυτικά φάρμακα επηρεάζουν τον εγκέφαλο επιδρώντας στο σύστημα της GABA. Όταν τα άτομα συνδυάζουν το αλκοόλ με κάποιο από αυτά τα φάρμακα, τα αποτελέσματα μπορούν να είναι πολύ έντονα (Fils-Aime, 1993). Αν, λοιπόν, ένα άτομο πει αλκοόλ σε συνδυασμό με ένα βαρβιτουρικό χάπι ή μία βενζοδιαζεπίνη, θα κινδυνεύσει άμεσα η ζωή του.

ΟΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ

Τα διεγερτικά χρησιμοποιούνται περισσότερο από όλα τα ψυχοδραστικά φάρμακα αναλογικά με τα υπόλοιπα φάρμακα στις ΗΠΑ. Ουσίες αυτού του είδους είναι η καφεΐνη, η νικοτίνη, οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη. Ο λόγος που συνεχίζουν να τις λαμβάνουν τα άτομα με κατάθλιψη, και μετά το πέρας τις θεραπειάς τους, είναι επειδή οι αμφεταμίνες

μπορούν να προκαλέσουν αισθήματα έξαρσης και διέγερσης και να μειώσουν το αίσθημα της κούρασης και τα άτομα που χρησιμοποιούν αμφεταμίνες αισθάνονται ανεβασμένα. Ωστόσο, μετά από μια περίοδο ανύψωσης, το άτομο παρουσιάζει τα αντίθετα συμπτώματα, αισθάνεται κατάθλιψη και κούραση. Οι μεγάλες δόσεις διεγερτικών μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση συνδεδεμένων με αμφεταμίνες διαταραχών.

Επίσης, ο λόγος που πολλά άτομα τα οποία πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης γίνονται χρήστες αμφεταμίνης προκειμένου να βελτιώσουν τη διάθεσή τους, είναι επειδή οι αμφεταμίνες μπορούν να ελαττώνουν την όρεξη και ορισμένα άτομα τις λαμβάνουν προκειμένου να χάσουν βάρος. Επιπλέον, χρησιμοποιούν αμφεταμίνες για να αποκτήσουν την απαραίτητη ενέργεια και να μείνουν ξύπνιοι. Οι αμφεταμίνες χορηγούνται στα άτομα που υποφέρουν από υπερβολική υπνηλία (ναρκοληψία).

Οι παρενέργειες που προκαλούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αρκετές σπάνια όμως είναι σοβαρές. Η υπερβολική εφίδρωση και η δυσκοιλιότητα αποτελούν μια από τις πιο συνηθισμένες παρενέργειες. Πολλοί ασθενείς, κυρίως όταν βρίσκονταν σε ένταση, παρουσιάζουν ξηρότητα στόματος, ενώ όταν στέκονται απότομα όρθιοι αισθάνονται ζαλάδα από μια παροδική ελάττωση στην πίεση του αίματος. Μερικές ακόμα από τις ενοχλήσεις είναι η κόπωση, η υπνηλία, η υπερευαισθησία στο φως του ήλιου και τα δερματικά εξανθήματα. Τα περισσότερα ενοχλητικά συμπτώματα εκδηλώνονται τις πρώτες δέκα μέρες της θεραπείας κι έπειτα εξαφανίζονται. Ένα σύμπτωμα ακόμα της λήψης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι η αύξηση του βάρους του ασθενούς. Ωστόσο, παρόλες τις παρενέργειες που δημιουργούν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά συνέβαλαν στο να επιλύσει, ο καταθλιπτικός ασθενής, τις ψυχολογικές του μεταπτώσεις.

Τα κριτήρια του DSM- IV για την αμφεταμινική τοξίκωση περιλαμβάνουν σημαντικά συμπεριφορικά συμπτώματα, όπως ευφορία ή αμβλύ συναίσθημα, αλλαγές στην κοινωνικότητα, διαπροσωπική ευαισθησία, άγχος, ένταση, θυμό, εξασθενημένη κρίση και εξασθενημένη κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα. Επιπρόσθετα, εμφανίζονται και κάποια οργανικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά τη λήψη αμφεταμίνης ή συγγενών ουσιών στον οργανισμό, όπως αλλαγές στον καρδιακό ρυθμό / αρτηριακή πίεση, εφίδρωση, ναυτία, απώλεια βάρους, εμετός μυϊκή αδυναμία, αναπνευστική δυσφορία, πόνοι στο στήθος, κρίσεις, κόμα. Η σοβαρή τοξίκωση μπορεί να προκαλέσει πανικό, διέγερση, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες (R. M. Stein Ellinwood, 1993). Η ανοχή στις αμφεταμίνες δημιουργείται γρήγορα κάνοντας έτσι τη

χρήση αυτών των ουσιών επιπλέον επικίνδυνη. Η απόσυρση από αυτές τις ουσίες συχνά καταλήγει σε απάθεια, μεγάλες περιόδους ύπνου, ευερεθιστότητα και κατάθλιψη.

III. ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ **(ΝΙΚΟΤΙΝΗ, ΚΑΦΕΪΝΗ, ΟΠΙΟΕΙΔΗ)**

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΓΕΝΙΚΑ

Όσον αφορά τις συνδεδεμένες με ουσίες διαταραχές, ο όρος του DSM- IV συμπεριλαμβάνει την εξάρτηση, την κατάχρηση, την τοξίκωση και ή την απόσυρση. Η παρουσία συμπτωμάτων διαταραχών όπως η κατάθλιψη μπορεί να περιπλέξει την εικόνα της κατάχρησης ουσιών σημαντικά. Για παράδειγμα, ορισμένα άτομα πίνουν υπερβολικά λόγω της κατάθλιψης ή μήπως η κατανάλωση αλκοόλ και οι συνέπειες του - για παράδειγμα, η απώλεια φίλων, εργασίας, κλπ - δημιουργούν την κατάθλιψη; Στην παρούσα εργασία εξετάζεται η πρώτη υπόθεση. Ορισμένοι ερευνητές εκτιμούν ότι περισσότερο από το 50% των ατόμων με αλκοολικές διαταραχές παρουσιάζουν μια επιπλέον ψυχιατρική διαταραχή όπως είναι η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή (Goodwin & Gabrielli, 1997).

Η χρήση ουσιών μπορεί να συνυπάρχει με άλλες διαταραχές για διάφορους λόγους. Οι συνδεδεμένες με ουσίες διαταραχές, οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές της διάθεσης όπως η περίπτωση της κατάθλιψης που εξετάζουμε είναι διαδεδομένες στη σημερινή κοινωνία και μπορεί να συνυπάρχουν πολύ συχνά. Η τοξίκωση και η απόσυρση μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και ψύχωσης. Επειδή οι συνδεδεμένες με ουσίες διαταραχές μπορούν να είναι τόσο πολύπλοκες, στο DSM- IV γίνεται προσπάθεια να οριστεί τότε ένα σύμπτωμα είναι αποτέλεσμα της χρήσης ουσιών και τότε δεν είναι.

Αναλυτικότερα, αν τα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε διάφορες διαταραχές εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της τοξίκωσης ή μέσα σε έξι εβδομάδες από την απόσυρση από τις ουσίες, τότε δεν θεωρούνται σημάδια μίας ξεχωριστής ψυχικής διαταραχής. Έτσι, για παράδειγμα, τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα σοβαρής κατάθλιψης αμέσως μετά τη διακοπή της λήψης ισχυρών δόσεων διεγερτικών ουσιών δεν τους δίνεται η διάγνωση

της μείζονος διαταραχής της διάθεσης. Εντούτοις, τα άτομα που εμφάνιζαν σοβαρή κατάθλιψη πριν τη χρήση των διεγερτικών και εκείνα που τα συμπτώματά τους συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά τις 6 εβδομάδες, δηλαδή μετά τη διακοπή της λήψης των ουσιών είναι πιθανό να έχουν μία ξεχωριστή διαταραχή (Schuckit, 1993).

Η ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Το αλκοόλ παράγεται όταν συγκεκριμένοι ζυμομύκητες αντιδρούν με τα σάκχαρα και το νερό, και γίνεται η ζύμωση. Ιστορικά, οι άνθρωποι παρήγαγαν αλκοόλ από σχεδόν οποιοδήποτε φρούτο ή λαχανικό, επειδή πολλές τροφές περιέχουν σάκχαρα. Τα αλκοολούχα ποτά προέρχονται από ποικίλα φυτικά προϊόντα: για παράδειγμα το οινόμελο από μέλι, το σάκε από ρύζι, το κρασί από φοίνικα (φοινικόκρασο), το λικέρ από σιρόπι σφενδάμων, το λικέρ από φρούτα της ζούγκλας στην Νότιο Αμερική, το κρασί από σταφύλια, τη μπύρα από δημητριακά.

Κρίνεται απαραίτητο να γίνει μια σύντομη περιγραφή της επίδρασης του αλκοόλ επί του ανθρώπινου οργανισμού, προκειμένου να κατανοήσουμε καλύτερα τα αποτελέσματα που επιφέρει αυτό. Αναλυτικότερα, αφού εισαχθεί στον οργανισμό, το αλκοόλ περνάει από τον οισοφάγο και καταλήγει στο στομάχι, όπου απορροφώνται μικρές ποσότητες της ουσίας. Από εκεί, η μεγαλύτερη ποσότητα του αλκοόλ καταλήγει στο λεπτό έντερο από όπου απορροφάται εύκολα από το αίμα. Μέσω του κυκλοφοριακού συστήματος διανέμεται σε όλο το σώμα επηρεάζοντας κάθε σημαντικό όργανο του ανθρώπινου οργανισμού (π.χ. την καρδιά). Κάποια ποσότητα αλκοόλ πηγαίνει στους πνεύμονες, όπου εξατμίζεται και εκπνέεται (φαινόμενο που αποτελεί τη βάση για το τεστ του αναλυτή αναπνοής/ αλκοτέστ). Καθώς το αλκοόλ περνάει στο συκώτι διαλύεται ή μεταβάλλεται μέσω της λειτουργίας του μεταβολισμού σε διοξείδιο του άνθρακα και μετά σε νερό λόγω των ενζύμων. Το αλκοόλ επηρεάζει ένα σύνολο διαφορετικών υποδοχέων των νευρώνων: φαίνεται να ενισχύει την κίνηση των ιόντων χλωρίου και ως αποτέλεσμα οι νευρώνες πυροδοτούνται πιο δύσκολα. Κατά συνέπεια, αν και το αλκοόλ καθιστά τα άτομα πιο κοινωνικά και ομιλητικά, δυσκολεύει την επικοινωνία μεταξύ των νευρώνων.

Συνεπώς, το αλκοόλ είναι μια καταπραϊντική ουσία και, συνήθως, η αρχική του επίδραση είναι μια φανερή διέγερση. Έτσι, τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη συχνά καταφεύγουν στη κατανάλωση – η οποία πολλές φορές καταλήγει σε κατάχρηση – αλκοόλ προκειμένου να βελτιώσουν την συναισθηματική τους κατάσταση, να αισθανθούν ευφορία. Πράγματι, όταν καταναλώνουμε αλκοόλ αισθανόμαστε ευφορία, οι αναστολές

μας μειώνονται και γινόμαστε πιο “ανοικτοί”. Αυτό συμβαίνει επειδή η λειτουργία των ανασταλτικών κέντρων του εγκεφάλου αρχικά καταστέλλεται ή επιβραδύνεται.

Ωστόσο, με τη συνεχιζόμενη κατανάλωση, το αλκοόλ καταστέλλει τις λειτουργίες περισσότερων κέντρων του εγκεφάλου, γεγονός που παρεμποδίζει τη σωστή λειτουργία του ατόμου. Εξασθενεί ο κινητικός συντονισμός με αποτέλεσμα καταστάσεις όπως η διαταραχή στο βάδισμα ή το τραύλισμα, αργές αντιδράσεις, σύγχυση, μείωση της ικανότητας κρίσης, διαταραχή της όρασης και της ακοής. Όλες αυτές οι επιδράσεις του αλκοόλ εξηγούν την αιτία που η οδήγηση υπό την επήρεια αυτής της ουσίας είναι πολύ επικίνδυνη για τη ζωή του ατόμου. Πολλές είναι οι δυσάρεστες συνέπειες της λήψης αλκοόλ στο άτομο. Έτσι, εγκεφαλική βλάβη προκύπτει από άτομα που είναι εθισμένα στο αλκοόλ και παρουσιάζουν αλκοολική αμνησία, κρίσεις και ψευδαισθήσεις. Επίσης, μπορεί να εξασθενήσει η ικανότητα εκτέλεσης συγκεκριμένων καθηκόντων και η μνήμη· αυτή η τελευταία παρενέργεια του αλκοόλ, για τα καταθλιπτικά άτομα, συχνά θεωρείται ευχάριστη επίδραση του αλκοόλ, πλεονέκτημα αντί για μειονέκτημα, καθώς τα «βοηθά,» όπως λένε χαρακτηριστικά, «να ξεχάσουν τα προβλήματά τους». Τέλος, σε κάποια άτομα σοβαρά εθισμένα μπορεί να προκληθούν δύο μορφές βιολογικών συνδρόμων του εγκεφάλου λόγω μακρόχρονης κατάχρησης του αλκοόλ· η άνοια και η διαταραχή του Wernicke. Εντούτοις, οι νευροβιολογικές επιδράσεις δεν είναι όλες μόνιμες.

Η ΧΡΗΣΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ

Η νικοτίνη που περιέχει ο καπνός είναι μια ουσία που δημιουργεί εξάρτηση, αντοχή και απόσυρση (Schumitz, Schneider & Jarvik, 1997). Η νικοτίνη, είναι ένα άχρωμο, λιπαρό υγρό και ονομάστηκε έτσι από τον Jean Nicot. Πρόκειται για μια ουσία που χαρίζει στον χρήστη ευχάριστες ιδιότητες. Ο καπνός είναι ένα ενδογενές φυτό της Βορείου Αμερικής και οι ιθαγενείς αμερικάνοι καλλιεργούσαν και κάπνιζαν τα φύλλα του αιώνες πριν. Σήμερα, σχεδόν το 1/4 όλων των αμερικανών καπνίζουν (Schmite κ.ά. 1997). Το DSM- IV περιγράφει τα συμπτώματα απόσυρσης από τη νικοτίνη που περιλαμβάνουν: την καταθλιπτική διάθεση, την αϋπνία, την ευερεθιστότητα, το άγχος, την ελαττωματική προσοχή, το αίσθημα της ανησυχίας, την αύξηση της όρεξης και του βάρους. Εντούτοις, η νικοτίνη προτιμάται από το σύνολο των ανθρώπων αφού, σε μικρές δόσεις, διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα και μπορεί να ανακουφίσει από το στρες και να βελτιώσει την

διάθεση του ατόμου και αυτό δικαιολογεί εν μέρει την παθιασμένη συνήθεια του καπνίσματος που αποκτούν τα καταθλιπτικά άτομα, σε μια προσπάθειά τους να αισθανθούν καλύτερα.

Από την άλλη πλευρά, η κατάχρηση της χρήσης νικοτίνης μπορεί να προκαλέσει υψηλή αρτηριακή πίεση και να αυξήσει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις και καρκίνο (Mc Kim, 1991)· ειδικότερα, υψηλές δόσεις νικοτίνης μπορεί να θολώσουν την όραση, να προκαλέσουν σύγχυση, να οδηγήσουν σε σπασμούς και μερικές φορές σε θάνατο. Από τη στιγμή που οι καπνιστές εθιστούν στη νικοτίνη, η στέρηση από αυτή τους προκαλεί τα συμπτώματα που προαναφέρθηκαν. Η νικοτίνη εισάγεται στους πνεύμονες και από εκεί στο αίμα. Μόνο μετά από 7 έως 19 δευτερόλεπτα αφού το άτομο εισπνεύσει τον καπνό, η νικοτίνη φτάνει στον εγκέφαλο. Οι καπνιστές καπνίζουν κατά τη διάρκεια ολόκληρης της ημέρας προσπαθώντας να κρατήσουν τη νικοτίνη σε ένα σταθερό επίπεδο στο αίμα τους (10 έως 50 νανογραμμάρια / ml).

Η έναρξη της συνήθειας του καπνίσματος έχει συνδεθεί με τη διαταραχή της κατάθλιψης και τα αρνητικά συναισθήματα που τη συνοδεύουν όπως θλίψη, άγχος, θυμός. Έτσι, πολλά άτομα που σταμάτησαν το κάπνισμα για κάποιο διάστημα, αλλά αργότερα το ξανάρχισαν, διευκρίνισαν ότι υπεύθυνα για την υποτροπή τους είναι τα συναισθήματα της κατάθλιψης ή του άγχους που επανήλθαν εντονότερα κατά τη διάρκεια της αποχής τους από αυτό (Marlatt & Gordan, 1980). Όλες αυτές οι μαρτυρίες εντέλει υποδεικνύουν πως η νικοτίνη συμβάλει στη βελτίωση της διάθεσης και δικαιολογεί μερικώς τη χρήση της από ένα μεγάλο μέρος καταθλιπτικών ατόμων.

Η ΧΡΗΣΗ ΚΑΦΕΪΝΗΣ

Η καφεΐνη είναι μια ουσία που χρησιμοποιεί καθημερινά η πλειοψηφία των ανθρώπων. Πρόκειται για την περισσότερο συνηθισμένη ψυχοδραστική ουσία και χρησιμοποιείται τακτικά από τα περισσότερα ενήλικα άτομα. Ονομάζεται το "ευγενικό διεγερτικό" επειδή θεωρείται μια ουσία λιγότερο επιζήμια από όλες τις άλλες που προκαλούν εθισμό, αλλά και πάλι η καφεΐνη μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή συνδεόμενη με καφεΐνη. Η ουσία αυτή βρίσκεται στον καφέ, στο τσάι, σε πολλά αναψυκτικά τύπου κόλα, στο κακάο.

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα των καταθλιπτικών ατόμων είναι η αρνητική και

“πεσμένη” διάθεση και το αίσθημα της συνεχούς κόπωσης, γεγονός που εξηγεί την χρήση της καφεΐνης από την πλειοψηφία των ατόμων αυτών εφόσον, σε μικρές δόσεις, η ουσία αυτή μπορεί να βελτιώσει τη διάθεση και να μειώσει την κούραση, ενώ σε μεγαλύτερες δόσεις, μπορεί να προκαλέσει νευρική και αϋπνίες. Η καφεΐνη αργεί να φύγει από το σώμα, μένει στο αίμα για περίπου 6 ώρες, γι’ αυτό και ο ύπνος μπορεί να διαταραχθεί αν το άτομο πει ένα ποτό που περιέχει καφεΐνη λίγο πριν κοιμηθεί. (Bootzin, Manber Perlis Salvio & Wyatt, 1993). Έτσι, όπως και με τις άλλες ψυχοδραστικές ουσίες, υπάρχουν διατομικές διαφορές ως προς τον τρόπο αντίδρασης των ανθρώπων στην καφεΐνη. Άλλοι είναι ευαίσθητοι σε αυτή και άλλοι όχι. Επίσης, όσον αφορά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μέτρια ημερήσια ποσότητα κατανάλωσης δεν βλάπτει την ανάπτυξη του εμβρύου. Η συχνή κατανάλωση καφεΐνης, συμπεριφορά που παρατηρείται συχνά σε καταθλιπτικά άτομα, οδηγεί στην αντοχή και την εξάρτηση από αυτή την ουσία (Strain, Mumford, Silverman & Griffiths, 1994). Η επίδραση της καφεΐνης στον εγκέφαλο αφορά τον νευροδιαβιβαστή αδενosίνη και, λιγότερο, την σεροτονίνη. Η καφεΐνη εμποδίζει την επαναπρόσληψη της αδενosίνης. Εντούτοις, ο ρόλος της αδενosίνης ως προς την λειτουργία του εγκεφάλου δεν έχει προσδιοριστεί, ούτε και το αν η διακοπή της λειτουργίας του συστήματος της αδενosίνης ευθύνεται για την αυξημένη ενεργητικότητα που απορρέει από τη χρήση της καφεΐνης και η οποία συνιστά καθοριστικό χρήσης της από άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη.

Η ΧΡΗΣΗ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ

Ο όρος των οπιοειδών αναφέρεται στα φυσικά χημικά που βρίσκονται στο φυτό Μήκων (παπαρούνα) και τα οποία έχουν μια ναρκωτική επίδραση. Συνεπώς, πολλές φορές, μπορούν να προκαλέσουν συνδεδεμένες με οπιοειδή διαταραχές. Ο ευρύτερος όρος οπιοειδή αναφέρεται στην οικογένεια των ουσιών που περιλαμβάνει τα φυτικά οπιούχα, τις συνθετικές παραλλαγές τους (μεθαδόνη, πεθιδίνη) και τις ανάλογες ουσίες που βρίσκονται στον εγκέφαλο (εγκεφαλίνες, βήτα-ενδορφίνες και δυνορφίνες).

Τα οπιούχα προκαλούν ευφορία, υπνηλία και αργή αναπνοή. Οι μεγάλες δόσεις μπορούν να οδηγήσουν στο θάνατο, εάν η αναπνοή κατασταλεί ολοκληρωτικά. Επίσης, τα οπιούχα είναι αναλγητικά - συνήθως, πριν και μετά από μια χειρουργική επέμβαση,

χορηγείται στον ασθενή μία ποσότητα μορφίνης για να ηρεμήσει και να ανακουφιστεί από τον πόνο. Η διακοπή των οπιοειδών αποτελεί συχνά μια πολύ δυσάρεστη εμπειρία, όπου τα άτομα είναι πιθανό να συνεχίσουν κάνουν χρήση αυτών, παρά την έντονη επιθυμία τους να σταματήσουν. Εντούτοις, η απόσυρση από τα βαρβιτουρικά και το αλκοόλ μπορεί να είναι ακόμα περισσότερο δυσάρεστη. Τα άτομα που διακόπτουν ή μειώνουν την χρήση οπιοειδών αρχίζουν να νιώθουν τα συμπτώματα της στέρησης μέσα σε 6 έως 12 ώρες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ναυτία και εμετό, αϋπνία, ρίγη, μυϊκούς πόνους, διάρροια και υπερβολικό χασμουρητό τα οποία κατά τη διάρκειά τους διαταράσσουν τη λειτουργικότητα του ατόμου. Τα συμπτώματα διαρκούν από μία έως τρεις ημέρες και όλη διαδικασία ολοκληρώνεται σε μια εβδομάδα.

Όσον αφορά την εξάρτηση από τα οπιοειδή ως αποτέλεσμα της κατάθλιψης, η ευχάριστη διάθεση, που αισθάνεται το άτομο που κάνει χρήση οπιοειδών οφείλεται στην ενεργοποίηση του φυσικού συστήματος οπιοειδών που βρίσκεται στο ανθρώπινο σώμα. Ο ανθρώπινος εγκέφαλος έχει ήδη τα δικά του οπιοειδή, τις εγκεφαλίνες και τις ενδορφίνες, ουσίες που παρέχουν ναρκωτικές επιδράσεις (Simon, 1997) και ουσίες όπως η ηρωίνη και η μορφίνη ενεργοποιούν όλο αυτό το σύστημα. Αυτός είναι και ο λόγος που το καταθλιπτικό άτομο, ιδιαίτερα όταν δεν του παρέχεται ειδική βοήθεια, καταφεύγει στη χρήση αυτών των ουσιών και, σε μια προσπάθειά του να αυτοθεραπευτεί οδηγείται, πολλές φορές, στην κατάχρησή τους. Από την άλλη πλευρά, τα αποτελέσματα της χρήσης και κατάχρησης των συγκεκριμένων ουσιών έχει, τις περισσότερες φορές, καταστροφικά αποτελέσματα για το άτομο· έτσι, θα μπορούσαμε να εξετάσουμε το ζήτημα και από μια διαφορετική οπτική γωνία όπως αυτή των τάσεων του καταθλιπτικού ατόμου για αυτοκαταστροφή και αυτοκτονία.

Όσον αφορά τα ποσοστά συνοσηρότητα, το ένα τρίτο ή οι μισοί από τους χρήστες οπιοειδών υποφέρουν από προβλήματα ψυχικής υγείας όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Το ένα τέταρτο των χρηστών που παρουσιάζονται στις υπηρεσίες παρουσιάζουν κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας ή συμπεριφορές αυτοκαταστροφής. Η είσοδος στη θεραπεία έχει μία σημαντική θετική επίδραση στη ψυχολογική τους ευεξία. Μια μειοψηφία (περίπου 10%) έχει σοβαρά μόνιμα προβλήματα ψυχικής υγείας τα οποία απαιτούν στενή συνεργασία με υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι εξαρτημένοι από οπιοειδή ασθενείς με διπλή διάγνωση (δηλαδή διαταραχές σχετιζόμενες με κατάχρηση ουσιών και, ταυτόχρονα, κατάθλιψη) που διασώζονται από την πρώιμη φθορά, τείνουν να μένουν στη θεραπεία περισσότερο από τους ασθενείς χωρίς ψυχιατρική συνοσηρότητα, όταν θεραπεύονται με υψηλές δόσεις μεθαδόνης κατά τη φάση σταθεροποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

(Η περίπτωση της Μέλιας και του Αλέξανδρου)

Από την εμπειρία που απέκτησε η φοιτήτρια στον τομέα της συμβουλευτικής σε οικογένειες στα πλαίσια της πρακτικής της στο Κέντρο Φιλίας και Πρόληψης Ψυχικών Παθήσεων Ρεθύμνης, διεξήχθη το συμπέρασμα πως τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη και στη συνέχεια καταφεύγουν σε κατάχρηση ουσιών είναι πολλά και χρίζουν ειδικής βοήθειας.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ατόμου που υποφέρει από κατάθλιψη και, στην προσπάθειά του να θεραπευτεί, εθίστηκε σε κάποια εξαρτησιογόνο ουσία, αποτελεί η Μέλια. Η Μέλια είναι 44 ετών και κατοικεί μόνιμα στο Άδελφο Ρεθύμνου. Είναι διαζευγμένη εδώ και πέντε χρόνια, χωρίς παιδιά, και συζεί εδώ και έξι μήνες με τον πρώην σύζυγό της, σε μια προσπάθεια επανασύνδεσης με εκείνον.

Η Μέλια πάσχει από χρόνια κατάθλιψη που επιδεινώθηκε έπειτα από τον θάνατο της μητέρας της με την οποία μάλιστα συγκατοικούσαν επί πέντε χρόνια μέχρι τον θάνατο της ηλικιωμένης γυναίκας από ανίατη ασθένεια. Ο θάνατος αυτός την κλόνησε ψυχικά και προσπαθεί να τον ξεπεράσει ακόμα, δύο χρόνια μετά. Κλαίει συνέχεια, δεν έχει ενέργεια, αντίθετα, αισθάνεται διαρκώς το αίσθημα της κόπωσης, βγαίνει από το σπίτι της μόνο όταν είναι απαραίτητο, η κοινωνική της ζωή είναι ανύπαρκτη. Επίσης, το άγχος της συνέβαλε στη δημιουργία ελκώδους κολίτιδας και η κατάθλιψη στη δημιουργία ποικίλων ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (ελκώδης κολίτιδα, πονοκέφαλοι).

Έτσι, εκτός από τα φάρμακα για τη θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας, και τα παυσίπονα που λαμβάνει προκειμένου να ανακουφιστεί από τα ψυχοσωματικά της συμπτώματα, η Μέλια ακολουθεί συστηματικά θεραπεία με αντικαταθλιπτικά (φλουοξετίνη) και ηρεμιστικά φάρμακα εδώ και έξι χρόνια, παράλληλα με ψυχοθεραπεία. Ωστόσο, ανέπτυξε εθισμό στα φάρμακα, με αποτέλεσμα, αν και η ψυχική της κατάσταση παρουσίασε σημαντική βελτίωση τους τελευταίους μήνες, να μην μπορεί να τα διακόψει. Μάλιστα, πολλές φορές, προκειμένου να αισθανθεί καλύτερα, λαμβάνει αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε συνδυασμό με παυσίπονα. Επιπλέον, άρχισε να καταναλώνει συστηματικά

μεγάλες ποσότητες αλκοόλ . Συνεπώς, το συγκεκριμένο άτομο, προχώρησε σε κατάχρηση των χορηγούμενων ουσιών. «Αυτή είναι, πλέον, η μοναδική μου ευχαρίστηση στη ζωή», όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η ίδια.

Συνεπώς, πλέον οι προσπάθειες του θεράποντος ιατρού της Μέλιας εστιάζονται στην απεξάρτηση της ασθενούς από τα συγκεκριμένα φάρμακα και την ένταξή της σε ειδικό πρόγραμμα συμβουλευτικής βοήθειας. Επίσης, ακολούθησε ομαδική λογικο-θυμική θεραπεία για, τουλάχιστον, 26 εβδομάδες. Στο διάστημα αυτό κατάφερε αργά αλλά σταθερά να βελτιωθεί σε πολλούς τομείς που την απασχολούσαν, όπως το ζήτημα της κατάχρησης αλκοόλ και αντικαταθλιπτικών ενώ η διάθεσή της βελτιώθηκε σημαντικά.

Μία ακόμα περίπτωση ατόμου εξαρτημένου από ουσίες λόγω των συμπτωμάτων της κατάθλιψης είναι ο Αλέξανδρος, ο οποίος είναι 26 ετών, άνεργος και κατοικεί μόνιμα στο Ρέθυμνο. Έλαβε τη διάγνωση της κατάθλιψης πριν δύο χρόνια και, προκειμένου να λάβει κάποια ειδική βοήθεια, κατέφυγε σε κλινικό ψυχολόγο. Αφορμή για την εκδήλωση της ασθένειας αποτέλεσε ο χωρισμός του με την κοπέλα με την οποία διατηρούσε δεσμό επί τρία χρόνια.

Ο Αλέξανδρος ήταν ένας άνθρωπος πολύ κοινωνικός, με πολλούς φίλους και συναναστρέφονταν με πολλά άτομα καθημερινά- ίσως λόγω της εργασίας του, δούλευε σε κέντρο διασκέδασης-. Ωστόσο, μετά τον χωρισμό του με τη σύντροφό του (την οποία υπεραγαπούσε), από δικό του λάθος, έπεσε σε βαθιά θλίψη. Σταμάτησε να τρώει, δεν κοιμόταν, δεν μιλούσε σε κανέναν, ήταν νευρικός στη δουλειά του· αυτή ήταν και η αιτία που απολύθηκε, γεγονός που επιβάρυνε ακόμα περισσότερο την ψυχολογική του κατάσταση. Σύμφωνα με τον ειδικό που τον παρακολουθεί, ο Δημήτρης παρουσιάζει «ανικανότητα αυτοελέγχου των συναισθημάτων, υπερβολικά αισθήματα ενοχής, αναξιότητα, ανασφάλεια, συνεχή κατάθλιψη, προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ».

Μέχρι σήμερα, παρέχεται στήριξη στον Αλέξανδρο, σε μια προσπάθεια να ξεπεράσει τα σχετιζόμενα με το αλκοόλ προβλήματα που αντιμετωπίζει. Επίσης, γίνεται μια προσπάθεια αλλαγής του τρόπου σκέψης του, προκειμένου να αποκτήσει ευελιξία και προσαρμοστικότητα στις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζει και όχι να παραλύει και να καταβάλλεται από αυτές βιώνοντας κατάθλιψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ & ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ** **& ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

I. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι επιδράσεις των κοινωνικών επιρροών είναι πολύ έντονες στην ψυχολογική και βιολογική λειτουργία του ατόμου και επηρεάζει την κατάχρηση ή όχι ουσιών. Οι κοινωνικές επιρροές συμβάλλουν ακόμα και σε γεγονότα όπως ένας πρόωμος θάνατος (π.χ. σε περιπτώσεις έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης σε άτομα που την έχουν άμεσα ανάγκη). Οι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν το κατά πόσο θα εκδηλωθεί σε ένα άτομο η κατάθλιψη, κι αυτό εξηγείται καλύτερα από το γεγονός ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός και η συχνότητα των κοινωνικών σχέσεων και επαφών του ατόμου, τόσο πιθανότερο είναι να αυξηθούν τα χρόνια της ζωής του. Ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στην έναρξη της κατάθλιψης κρίνεται πως είναι υψίστης σημασίας (G. W. Brown & Harris, 1978). Μελέτες έχουν επιβεβαιώσει τη σημασία της ύπαρξης ή της έλλειψης της κοινωνικής υποστήριξη στην πρόβλεψη της έναρξης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αργότερα στη ζωή του ατόμου, σύμφωνα με τις οποίες όσο περισσότερους φίλους έχει ένα άτομο τόσο λιγότερες πιθανότητες έχει να βιώσει κατάθλιψη (Joiner, 1997). Τα στοιχεία που προέκυψαν από αυτές τις μελέτες συνέβαλλαν στην ανάπτυξη μίας ψυχοκοινωνικής θεραπείας για τις συναισθηματικές διαταραχές η οποία ονομάζεται διαπροσωπική ψυχοθεραπεία.

Η κατάθλιψη και το άγχος συχνά μπορεί να μοιράζονται μία βιολογικά καθορισμένη ευαλωτότητα (Barlow et al., 1996) όπου μπορεί να περιγραφεί μία υπερβολική νευροβιολογική αντίδραση σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής· αυτή η ευαλωτότητα αποτελεί μια τάση του ατόμου να εμφανίσει κάποια στιγμή κατάθλιψη ή άγχος, και όχι μία ιδιαίτερη ευαισθησία να εκδηλώσει το άτομο συναφείς διαταραχές.

Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής προηγούνται της εκδήλωσης της κατάθλιψης κι αυτό μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα από το γεγονός ότι οι καταστάσεις αυτές ενεργοποιούν τις

ορμόνες του στρες, οι οποίες έχουν εκτεταμένες επιδράσεις στα συστήματα των νευροδιαβιβαστών, κυρίως σε όσα περιλαμβάνουν τη σεροτονίνη και τη νορεπινεφρίνη. Επιπρόσθετα, ενεργοποίηση των ορμονών του στρες για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να διεγείρει συγκεκριμένα γονίδια, προκαλώντας έτσι μακροχρόνιες δομικές και χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο. Έτσι, στρεσογόνες καταστάσεις μπορεί να δημιουργήσουν διεργασίες που θα προκαλέσουν ατροφία των νευρώνων στην περιοχή του ιππόκαμπου (μια περιοχή που βοηθάει στη ρύθμιση των συναισθημάτων). Αυτή η δομική αλλαγή μπορεί να επηρεάσει μόνιμα τη ρύθμιση της δραστηριότητας των νευροδιαβιβαστών και να μεταβάλλει ανάλογα και τη συμπεριφορά.

Αναμφίβολα, τα άτομα που εμφανίζουν διαταραχές της διάθεσης διαθέτουν μία ψυχολογική ευαλωτότητα, και αισθάνονται ανίκανα να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ζωής. Η αίσθηση της ικανότητας ελέγχου των καταστάσεων αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και κυμαίνεται από την πλήρη αυτοεκτίμηση του ατόμου έως την πλήρη αδυναμία αντιμετώπισης των δυσκολιών. Όταν κυριαρχούν οι ευαισθησίες του ατόμου, το συναίσθημα της απελπισίας και η διαδικασία της παραίτησης από την προσπάθεια να αντιμετωπίσει το άτομο τις δυσκολίες του είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη της κατάθλιψης. Αυτές οι αντιδράσεις του ατόμου και οι αιτιοπροσδιοριστικές γνώσεις σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τέτοιους βιοχημικούς δείκτες στρες και κατάθλιψης, όπως και με τα υποπροϊόντα της νορεπινεφρίνης και με την πλευρική ασυμμετρία των ημισφαιρίων. Επίσης, οι πρώιμες εμπειρίες στρες, μερικές φορές χρόνια πριν εκδηλωθούν οι διαταραχές της διάθεσης, μπορεί να προκαλέσουν μια γνωσιακή ευαισθησία που ενεργοποιεί μια βιοχημική και γνωσιακή αντίδραση στο στρες στη μετέπειτα ζωή του ατόμου (Nolen – Hoeksema et. Al., 1992).

Παράγοντες, όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις ή το φύλο του ατόμου το προστατεύουν από τις δυσάρεστες συνέπειες του στρες και, κατά συνέπεια, από την ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης και μπορούν να καθορίσουν κατά πόσο το άτομο θα συνέλθει σύντομα από αυτές τις διαταραχές ή όχι. Συμπερασματικά, καθίσταται σαφές πως βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, σε συνδυασμό, επηρεάζουν την ανάπτυξη των διαταραχών της διάθεσης. Η θεώρηση αυτή δεν εξηγεί τη διαφορετικότητα μεταξύ των διαταραχών της διάθεσης. Συνεπώς, οφείλουμε να αναρωτηθούμε πότε κάποιος εμφανίζει κάποια διαταραχή της διάθεσης τη στιγμή που έχει κάποια γενετική ευαλωτότητα και βιώνει ένα στρεσογόνο γεγονός τη δεδομένη στιγμή της ζωής του; η απάντηση θα μπορούσε να συναχθεί από την ύπαρξη ειδικών ψυχοκοινωνικών συνθηκών, όπως για παράδειγμα οι πρώιμες εμπειρίες μάθησης οι οποίες μπορεί να αλληλεπιδρούν με

συγκεκριμένες γενετικές ευαισθησίες και με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας προκαλώντας τη μεγάλη ποικιλία των διαταραχών της διάθεσης.

Όσον αφορά τη διατήρηση της υγείας και την πρόληψη νοσημάτων βρέθηκε ερευνητικά ότι στη λογική της πλειοψηφίας του πληθυσμού υπάρχει διάκριση ανάμεσα στην υγεία και τη νόσο και η μια δεν αποκλείει την άλλη (Williams, 1983). Στη λογική του πληθυσμού, οι απόψεις για τη διατήρηση της υγείας διαχωρίζονται από τις ιδέες για την πρόληψη των παθήσεων. Επίσης, σύμφωνα με τον Calnan (1987), η υγεία και η νόσος δεν είναι ακριβώς αντίθετες. Έτσι, αν και τα άτομα πιστεύουν ότι έννοιες όπως η άσκηση, η διατροφή, η ανάπαυση μπορούν να συμβάλουν στη διατήρηση της υγείας, αυτό δεν σημαίνει ότι τέτοιου είδους δραστηριότητες θα εμποδίσουν την έναρξη της νόσου της ψυχικής ασθένειας. Όσον αφορά την αιτιολογία των παθήσεων, συχνά υπογραμμίζονται οι βιολογικοί παράγοντες έναντι των συμπεριφορικών. Τα συμπεριφορικά αίτια των παθήσεων συνήθως απορρίπτονται. Συμπερασματικά καθίσταται σαφές πως η σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία κοινωνική δράση και η σχετιζόμενη με τη σωματική νόσο κοινωνική δράση δεν συμπίπτουν πάντα και μπορεί να στηρίζονται σε διαφορετική συλλογιστική και λογική. Επομένως, οι απόψεις για την αιτιολογία των παθήσεων δεν συμπίπτουν με τις ιδέες για τη διατήρηση της υγείας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, κάποια άτομα θεωρούνται περισσότερο ευάλωτα από άλλα. Οι περιπτώσεις αυτές ποικίλουν ανάλογα με τις παθήσεις από τις οποίες πάσχουν τα άτομα (Calnan, 1987). Ένα παράδειγμα είναι οι καρδιοπάθειες όπου θεωρούνται πιο ευάλωτα άτομα με συγκεκριμένη ιδιοσυγκρασία, συχνά υπέρβαρα και ψυχαναγκαστικά δραστήρια. Με τον τρόπο αυτόν στην ιατρική διακρίνονται οι άνθρωποι που έχουν μεγαλύτερη ή μικρότερη προδιάθεση για καρδιακές παθήσεις και οι ειδικοί είναι σε θέση να εντοπίζουν τους μελλοντικούς -ίσως- καρδιαγγειακούς ασθενείς, βασισμένοι στις πληροφορίες που αντλούνται από τους εκπαιδευτές υγείας. Ωστόσο, οι άνθρωποι αναπτύσσουν συλλογικά μια κοινή επιδημιολογία που αναγνωρίζει ότι δεν παθαίνουν όλα τα άτομα με προδιάθεση καρδιακά επεισόδια (Davinson, 1991), ενώ αυτά μπορεί να συμβούν σε μερικά άτομα που δεν έχουν προδιάθεση, επομένως πρέπει να είναι τυχαία η επιλογή. Οι ειδικοί που ασχολούνται με την προαγωγή της υγείας, επιλέγοντας να εξάγουν εύκολα συμπεράσματα, δεν ασχολούνται μ' αυτές τις παρεκκλίσεις και υποτιμούν την πολυπλοκότητα του τρόπου σκέψης των κοινών ανθρώπων.

II. ΠΡΟΛΗΨΗ **ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ-ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ**

Η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων εξάρτησης από το αλκοόλ, σύμφωνα με τον Moser (1988), είναι η πρόληψή τους. Η οργάνωση της πρόληψης των προβλημάτων που οφείλονται στο αλκοόλ ακολουθεί την ίδια μεθοδολογία που εφαρμόζεται στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών· αυτό συνεπάγεται πως πρώτα καθορίζονται οι στόχοι, το περιεχόμενο τους, οι δυνατότητες εφαρμογής και οι πιθανές συνέπειες σε άλλους τομείς. Επίσης, αξιολογούνται τα αποτελέσματα και κυρίως το φαινόμενο της αντίστασης και οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις από τα προληπτικά μέτρα ή τα προληπτικά προγράμματα. Τα προληπτικά μέτρα μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα, άμεσα ή έμμεσα. Συνήθως, στην πρόληψη των προβλημάτων από το αλκοόλ και άλλες φαρμακευτικές ουσίες αλληλεπιδρούν παράγοντες όπως η οικονομία, η εκπαίδευση, το εμπόριο, η νομοθεσία, η περίθαλψη, η πρόνοια ενός κράτους. Επίσης, εμπλέκονται ατομικοί, οικογενειακοί, πολιτιστικοί και κοινωνικοί παράγοντες, που επηρεάζουν ανάλογα την αποτελεσματικότητα των προληπτικών μέτρων.

Τα δύο βασικά μέτρα που ακολουθούν τα περισσότερα κράτη-μέλη του ΟΗΕ, είναι νομοθετικά, διοικητικά, μέτρα κοινωνικής πολιτικής και καλύπτουν και τους τρεις τύπους πρόληψης, δηλαδή τον πρωτογενή, τον δευτερογενή και τον τριτογενή. Τα νομοθετικά διοικητικά μέτρα περιλαμβάνουν την απαγόρευση των διαφημίσεων ή την πώληση αλκοολούχων ποτών σε ανήλικα άτομα και ταυτόχρονα την εργασιακή ασφάλεια, τον έλεγχο της παραγωγής με τη μορφή κρατικού μονοπωλίου, τον περιορισμό των αποστάξεων, την αλλαγή των γεωργικών καλλιεργειών που παράγουν αλκοόλ, την οδική κυκλοφορία και τον έλεγχο του εμπορίου των ποτών. Τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής περιλαμβάνουν την οργάνωση κοινοτικών υπηρεσιών που ενσωματώνονται συνήθως σε Κέντρα Υγείας ή σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα οποία αναπτύσσουν προγράμματα εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης του κοινού και οργανώνουν ειδικά προγράμματα αναγνώρισης ατόμων υψηλού κινδύνου· ως τέτοια χαρακτηρίζονται τα άτομα με συναισθηματικές διαταραχές τα οποία πολλές φορές καταφεύγουν στη χρήση αλκοόλ με το αιτιολογικό της ευφορικής και αγχολυτικής δράσης και τα οποία αποτελούν αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας. Επίσης, οι αλκοολικοί, τα παιδιά αλκοολικών γονέων και άλλα άτομα. Ειδικότερα, για τις καταστάσεις εξάρτησης από το αλκοόλ, η υπηρεσία επειγόντων περιστατικών που λειτουργεί στο ΚΚΨΥ παρέχει άμεση παρέμβαση στο άτομο

προκειμένου να ανασυγκροτήσει την ισορροπία του με την ανασύνταξη των δυνάμεών του στο πλαίσιο του υποστηρικτικού συστήματος του ατόμου. Στον τομέα της αποκατάστασης η κοινωνική λειτουργός και η επισκέπτρια υγείας παρεμβαίνουν στην οικογένεια του ατόμου και στο ίδιο το άτομο με τη μορφή της καταγραφής των προβλημάτων του (σωματικών, κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών) και με την ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας ανάμεσα στην υπηρεσία και το άτομο. Το άτομο στο ΚΚΨΥ μπορεί να βοηθηθεί αποτελεσματικά μέσα από ομαδική ψυχοθεραπεία, τη συμμετοχή του σε ομάδα αυτοβοήθειας, με την ατομική ψυχοθεραπεία.

Επίσης, τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής περιλαμβάνουν την οργάνωση θεραπευτικών υπηρεσιών· αυτές περιλαμβάνουν τη σωματική και την ψυχολογική απεξάρτηση αλλά και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την επανένταξη του ατόμου στην κοινότητα. Η ψυχολογική απεξάρτηση λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο της θεραπευτικής Κοινότητας ενώ η αποκατάσταση ακολουθεί τη μεθοδολογία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που εφαρμόζεται σε χρονιές ψυχιατρικές νόσους.

Τέλος, η αποκατάσταση των αλκοολικών ατόμων διευκολύνεται από εθελοντικές οργανώσεις, όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί· πρόκειται για ομάδες αυτοβοήθειας που έχουν διαδοθεί ευρύτατα στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

Η πρόληψη των προβλημάτων από το αλκοόλ σε ορισμένες χώρες, όπως η Φινλανδία και ο Καναδάς, έχει ήδη μειώσει αισθητά ορισμένες μεταβλητές όπως για παράδειγμα τα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα, οι εισαγωγές στα ψυχιατρεία, η θνησιμότητα από ηπατική κίρρωση. Είναι πολύ σημαντική η πρόληψη των προβλημάτων από το αλκοόλ επειδή, σε αντίθεση από τις άλλες φαρμακευτικές ουσίες, το αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτό στις σύγχρονες κοινωνίες και αυτό έχει σαν άμεση απόρροια να συγχέονται τα όρια της χρήσης και της κατάχρησης του αλκοόλ, εφόσον το άτομο δεν διατρέχει τον κίνδυνο του στίγματος ή της περιθωριοποίησης που προκαλείται από την κατάχρηση άλλων, ψυχοτρόπων, ουσιών.

Η οργάνωση της πρόληψης της χρήσης, της κατάχρησης και της εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες, όπως η ινδική κάνναβη, η ηρωίνη και άλλα παράγωγα του οπίου, τα ψευδαισθησιογόνα, η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες και τα βαρβιτουρικά λαμβάνει χώρα σε τρία επίπεδα: στο παγκόσμιο, στο εθνικό-κρατικό και το κοινοτικό επίπεδο. Παγκόσμια, η οργάνωση της πρόληψης συντονίζεται από τον Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) και τις οργανώσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, την INTERPOL και το Συμβούλιο της Ευρώπης. Σε εθνικό επίπεδο υπάρχουν ινστιτούτα ερευνών, κεντρικές συντονιστικές

επιτροπές και κεντρικές ή περιφερειακές θεραπευτικές μονάδες. Σε κοινοτικό επίπεδο αναπτύσσονται προληπτικές διαδικασίες στα πλαίσια της ενημέρωσης και της προσέγγισης ατόμων υψηλού κινδύνου. Όπως στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών (για παράδειγμα την κατάθλιψη), έτσι και στην πρόληψη των προβλημάτων από τη χρήση και εξάρτηση από ουσίες, ως πρωτογενής πρόληψη θεωρούνται οι διαδικασίες στοχεύουν στη μείωση της διαθεσιμότητας των εξαρτησιογόνων ουσιών και της πιθανότητας της χρήσης σε άτομα υψηλού κινδύνου. Ως δευτερογενής πρόληψη θεωρείται η έγκαιρη προσέγγιση και θεραπεία των εξαρτημένων από ουσίες ατόμων που συνήθως εμφανίζουν χαμηλά κίνητρα για να ξεπεράσουν το πρόβλημά τους, προκειμένου να αποφευχθεί η εξάρτηση. Η τριτογενής πρόληψη συνίσταται από δραστηριότητες που έχουν ως στόχο τη μείωση ή εξάλειψη των επιπτώσεων της εξάρτησης στο άτομο, έτσι ώστε να επανεντάσσεται στην κοινωνία.

Επιπρόσθετα, τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό επίπεδο έχουν ως στόχο τους την οργάνωση προγραμμάτων εκπαίδευσης που αφορούν προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση και την εξάρτηση από ουσίες και την οργάνωση προγραμμάτων για νέους με αντικείμενο αθλητικές ή πολιτιστικές δραστηριότητες. Η εκπαίδευση και η ενημέρωση των ατόμων είναι μια μεγάλης διάρκειας εκπαιδευτική διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα και διευκολύνει τη μάθηση μέσα από γνωστικούς μηχανισμούς.

Τέλος, τα νομοθετικά και διοικητικά μέτρα αφορούν στην απαγόρευση της παραγωγής και διακίνησης ή τον περιορισμό και έλεγχο μερικών ουσιών, όχι πάντα με επιτυχία, αφού τα οικονομικά συμφέροντα είναι τεράστια, και στη νομοθετική κατοχύρωση ορισμένων προϋποθέσεων για την απρόσκοπτη θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση-επανένταξη στην κοινότητα του εξαρτημένου ατόμου.

Τα θεραπευτικά προγράμματα που έχουν ως βασικό τους στόχο να βοηθήσουν άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και κατάχρησης περιλαμβάνουν έναν συνδυασμό θεραπειών που ενισχύουν την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσπάθειας. Ειδικότερα, η θεραπεία για τις συνδεδεμένες με ουσίες διαταραχές περιλαμβάνει ορισμένες πτυχές. Συνήθως το πρώτο στάδιο συνιστά την προσπάθεια να προσφερθεί βοήθεια στο άτομο ώστε να ξεπεράσει τη διαδικασία της απόσυρσης από την ουσία. Ως βασικός στόχος κρίνεται η αποχή ή, σε άλλες περιπτώσεις, η διατήρηση ενός συγκεκριμένου επιπέδου χρήσης της ουσίας- χωρίς παράλληλη αύξηση της ουσίας. Τέλος, άλλες φορές ο στόχος είναι η παρεμπόδιση της έκθεσης του ατόμου σε φαρμακευτικές ουσίες. Οποσδήποτε, η αποτελεσματικότητα των θεραπειών αυξάνεται όταν

περιλαμβάνεται σ αυτές μία ψυχολογική θεραπεία. Σημαντικό κρίνεται να γίνει μια σύντομη αναφορά στις θεραπείες απεξάρτησης που χρησιμοποιούνται στις μέρες μας.

III. ΘΕΡΑΠΕΙΑ **ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ-ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ**

Μία από τις βιολογικές θεωρίες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της εξάρτησης και της κατάχρησης είναι η θεραπεία αποστροφής· στο πλαίσιο της θεραπείας αυτής εφαρμόζεται το μοντέλο της εξαρτημένης μάθησης, όπου η χρήση ουσιών συνδέεται με κάτι πολύ δυσάρεστο, όπως με αισθήματα ναυτίας ή με ένα σύντομο ηλεκτροσόκ. Έτσι, παραδείγματος χάρη, μπορεί να προσφερθεί σε ένα άτομο ένα ποτό που περιέχει αλκοόλ και όταν το ποτήρι αγγίζει τα χείλη του να δεχτεί ένα επώδυνο ηλεκτροσόκ. Στόχος της συγκεκριμένης θεραπείας είναι η εξουδετέρωση των θετικών συναισθημάτων που συνδέονται με τη χρήση ουσιών και η αντικατάστασή τους από νέες, αρνητικές συσχετίσεις.

Η εγκαθίδρυση στο άτομο αρνητικών συσχετίσεων μπορεί επίσης να επιτευχθεί με την τεχνική της συγκαλυμμένης ευαισθητοποίησης (Cautela, 1966). Σ αυτή την τεχνική το άτομο φαντάζεται πως κάνει χρήση ουσιών (π.χ. ότι κάνει χρήση ηρωίνης) ενώ ταυτόχρονα φαντάζεται δυσάρεστα πράγματα για εκείνον (π.χ. ότι υποφέρει σωματικά) βιώνοντας έτσι δυσάρεστα συναισθήματα τα οποία και συνδέει με τη χρήση ουσιών.

Επιπρόσθετα, στη συστηματική συντελεστική ενίσχυση ο κλινικός σε συνεργασία με τον ασθενή συγκεντρώνει τις συμπεριφορές που χρίζουν αλλαγής και τα δύο άτομα συναποφασίζουν για το είδος της ενίσχυσης που θα χρησιμοποιηθεί ως αμοιβή για την επίτευξη των συγκεκριμένων στόχων. Ως ενισχυτές θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν μικρά αντικείμενα λιανικής πώλησης όπως για παράδειγμα CD, κασέτες με τραγούδια ή λαχεία. Σχετική μελέτη (Higgins, 1993) έδειξε ότι υπήρχαν μεγαλύτερα ποσοστά αποχής μεταξύ των χρηστών που εφάρμοσαν τη μέθοδο της συστηματικής συντελεστικής ενίσχυσης και άλλες μεθόδους εκπαίδευσης δεξιοτήτων, σε σχέση με τους χρήστες που ακολουθούσαν ένα περισσότερο παραδοσιακό πρόγραμμα συμβουλευτικής θεραπείας.

Επίσης, μία ακόμα προσέγγιση για τη θεραπεία της εξάρτησης συνιστά η τεχνική της κοινοτικής ενίσχυσης (Sisson & Azrin, 1989). Στη διαδικασία της χρήσης ουσιών

παρεμβαίνουν πολλοί διαφορετικοί παράγοντες, τους οποίους και πρέπει να εντοπίσουμε ώστε να διερευνήσουμε καλύτερα τις διαστάσεις του προβλήματος της χρήσης ουσιών. Έτσι, ένας χρήστης επιστρατεύει ένα πρόσωπο του κοντινού του περιβάλλοντος που δεν είναι χρήστης ουσιών για να συμμετάσχει στη θεραπεία βελτίωσης σχέσεων του χρήστη με άλλα σημαντικά για αυτόν πρόσωπα. Επιπλέον, οι ασθενείς μαθαίνουν πώς να αναγνωρίζουν τα γεγονότα, τα πρόσωπα, τις καταστάσεις που επηρεάζουν τη χρήση ουσιών. Επίσης, παρέχεται στα εξαρτημένα άτομα αρωγή επαγγελματική, εκπαιδευτική ή οικονομική προκειμένου να μειωθεί το στρες τους. Τέλος, το άτομο θα μπορέσει να αντικαταστήσει τη χρήση ουσιών με νέες δραστηριότητες ψυχαγωγικού χαρακτήρα. Η τεχνική της κοινοτικής ενίσχυσης που εφαρμόζεται στα εξαρτημένα από ουσίες άτομα έχει δώσει ενθαρρυντικά και ελπιδοφόρα αποτελέσματα για την αντιμετώπιση του προβλήματος της κατάχρησης.

Ένα ακόμα είδος θεραπείας απευθύνεται στο πρόβλημα της υποτροπής (Marlatt & Gordon, 1985) το οποίο μελετά τις μαθημένες πλευρές της εξάρτησης θεωρώντας την υποτροπή μία αποτυχία των γνωστικών και συμπεριφοριστικών ικανοτήτων του ατόμου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα. Με τη συγκεκριμένη θεραπεία προσπαθεί το άτομο να ξεπεράσει τη διφορούμενη στάση του για τη διακοπή της χρήσης των ουσιών εξετάζοντας τις πεποιθήσεις του για τις θετικές πλευρές της ουσίας, αναθεωρώντας τις και αντιμετωπίζοντας τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης ουσιών. Η θεραπεία αυτή βοηθά το άτομο να αναπτύξει στρατηγικές για την αντιμετώπιση πιθανών προβληματικών καταστάσεων και για την αντιμετώπιση της έντονης επιθυμίας για την ουσία. Η υποτροπή αντιμετωπίζεται ως κατάσταση από την οποία το άτομο μπορεί να αναρρώσει και όχι ως ένα επεισόδιο που οδηγεί αναπόδραστα σε αύξηση της χρήσης ουσιών. Έτσι, το άτομο παροτρύνεται να μην αποθαρρύνεται, αντίθετα να θεωρεί πως παρόμοια επεισόδια συνιστούν προσωρινό αποτέλεσμα ενός στρες ή μιας κατάστασης που επιδέχεται αλλαγής. Σύμφωνα με τις έρευνες η συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδος κρίνεται χρήσιμη στη θεραπεία της εξάρτησης από μαριχουάνα, την κατάχρηση κοκαΐνης, το αλκοόλ, το κάπνισμα.

Τέλος, όσον αφορά το ζήτημα που μελετάμε, δηλαδή την κατάθλιψη και πως οδηγεί στην κατάχρηση ουσιών, μελετήθηκε μια ανάλογη περίπτωση θεραπείας καπνιστών που είχαν ένα ιστορικό μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Hall, Munoz & Reus, 1994). Για τη απεξάρτηση των ατόμων αυτών από το κάπνισμα συνδυάστηκε η χρήση της τσίχλας νικοτίνης και μία γνωστική- συμπεριφοριστική παρέμβαση για την διαταραχή της διάθεσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η προσθήκη της θεραπείας για τη διαταραχή της

διάθεσης αύξησε το ποσοστό αποχής των συμμετεχόντων από το κάπνισμα. Αυτή η μορφή συνδυαστικής θεραπείας (treatment matching) μελετήθηκε ενδελεχώς από τους ειδικούς που εργάζονται στον τομέα της κατάχρησης ουσιών. Για παράδειγμα, το Εθνικό Ινστιτούτο για την κατάχρηση αλκοόλ και τον αλκοολισμό ξεκίνησε το σχέδιο MATCH - δηλαδή το «Ταίριασμα της θεραπείας του αλκοολισμού στην ετερογένεια του πελάτη» προκειμένου να μελετήσει κατά πόσο τα άτομα με διατομικές διαφορές θα αντιδρούσαν καλύτερα ή χειρότερα σε διαφορετικές θεραπείες. Οι αρχικές αναφορές δείχνουν ότι τα καλά οργανωμένα προγράμματα διαφόρων μορφών μπορούν να είναι αποτελεσματικά για έναν μεγάλο αριθμό ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ουσιών και η έρευνα συνεχίζεται ώστε να βοηθηθούν οι κλινικοί προκειμένου να προσαρμόσουν τις θεραπείες τους στις ιδιαίτερες ανάγκες των πελατών τους.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ

Στις περισσότερες χώρες οι ψυχολογικές τεχνικές συνιστούν τον πυρήνα μιας ολοκληρωμένης κλινικής πρακτικής της εξάρτησης από ουσίες και είναι απαραίτητες για τη συμπλήρωση της φαρμακοθεραπείας. Η κλινική ψυχολογία προμηθεύει μοντέλα για την ουσιοεξάρτηση, συνδυάζοντας κοινωνικές και νευροβιολογικές θεωρίες. Έτσι, οι κινητοποιητικές τεχνικές είναι σημαντικές στη διαδικασία της εισαγωγικής εκτίμησης εμπλέκοντας τους χρήστες στη θεραπεία και στην υποτροπή της υποτροπής στο στάδιο της αποτοξίνωσης. Ασθενείς με συνυπάρχοντα ψυχικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη που έχουν εξαρτηθεί ταυτόχρονα από ουσίες μπορούν να ωφεληθούν από ειδικές θεραπείες, όπως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, την οποία έχουμε ήδη αναλύσει διεξοδικά (βλ. 2^ο κεφάλαιο).

IV. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ **ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ**

Στα περισσότερα προγράμματα οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις θεωρούνται ως ένα κεντρικό τμήμα της θεραπείας με μεθαδόνη. Έρευνες από τις Η.Π.Α. έχουν δείξει ότι υπάρχουν διάφορα χαρακτηριστικά του προγράμματος που σχετίζονται με την επιτυχία της θεραπείας, όπως οι ευρείες υπηρεσίες και η ενοποίηση ιατρικών, ψυχοκοινωνικών, συμβουλευτικών και διοικητικών υπηρεσιών. Οι McLellan και συνεργάτες (1993) περιέγραψαν ότι οι ασθενείς που ελάμβαναν συμβουλευτικές και άλλες ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες με τη μεθαδόνη είχαν καλύτερη έκβαση από αυτούς που ελάμβαναν μόνο μεθαδόνη. Η σημασία της συμβουλευτικής, ως συμπληρώματος της θεραπείας με μεθαδόνη για την εξάρτηση από οπιούχα, είναι ευρέως αποδεκτή. Ωστόσο, θα πρέπει να καταγραφούν εδώ κάποιοι περιορισμοί στη συμβουλευτική. Όπως και στην περίπτωση πληθυσμών ασθενών που λαμβάνουν οποιοδήποτε είδος θεραπείας τα άτομα που είναι ασθενείς σε συντήρηση με μεθαδόνη ίσως ποικίλουν στις ανάγκες τους και ίσως διαφέρουν σε ό,τι αφορά την ανταπόκρισή τους στα συστατικά της θεραπείας. Έτσι η ανάγκη για συμβουλευτική θα πρέπει να εκτιμάται για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Κάποιοι ασθενείς χρειάζονται περισσότερη βοήθεια από άλλους να βάλουν τη ζωή τους σε τάξη και σε αυτή την περίπτωση η συμβουλευτική ίσως είναι βοηθητική. Από την άλλη, δεν υπάρχει κανένας λόγος που σταθεροί ασθενείς χωρίς μείζονα προβλήματα ζωής θα ζητούσαν βοήθεια.

Συνεπώς, οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες συμβάλλουν σημαντικά στην προσπάθεια των χρηστών για απεξάρτηση. Έτσι, υψίστης σημασίας κρίνεται η κοινωνική υποστήριξη που δέχεται ο ασθενής μέσω των ομαδικών συναντήσεων. Η ίδρυση του Συνδέσμου Ανωνύμων Αλκοολικών το 1935 φανερώνει την αντίληψη ότι ο αλκοολισμός είναι μια ασθένεια και οι αλκοολικοί πρέπει να γνωρίζουν πως ο εθισμός τους στο αλκοόλ έχει καταστρεπτική δύναμη πάνω τους. Ο Σύνδεσμος Ανωνύμων Αλκοολικών και οι παραλλαγές του έχουν επεκταθεί και σήμερα περιλαμβάνουν τουλάχιστον 20.000 ομάδες (P. E. Nathan, 1993). Η λειτουργία του συγκεκριμένου συνδέσμου βασίζεται στο πρόγραμμα των 12 βημάτων στα οποία τονίζεται η πίστη στο θεό και η δύναμη της προσευχής. Το πρόγραμμα του Συνδέσμου Ανωνύμων Αλκοολικών συνιστά μια αποτελεσματική θεραπεία για πολλά από τα άτομα που υποφέρουν από εξάρτηση από το αλκοόλ. Ωστόσο, υπάρχουν και κάποια άτομα που δεν ανταποκρίνονται στο πρόγραμμα

του συνδέσμου Ανωμόνων Αλκοολικών. Αυτά τα άτομα πιθανόν να έχουν ανάγκη από την εφαρμογή κάποιας άλλης θεραπευτικής μεθόδου.

Ως μια ακόμα ψυχοκοινωνική θεραπεία θεωρείται η ελεγχόμενη χρήση των ψυχοδραστικών ουσιών. Έτσι, ενώ η απόλυτη αποχή αποτελεί βασική αρχή για τον σύνδεσμο Ανωμόνων Αλκοολικών και οι αλκοολικοί που προσπαθούν να απεξαρτηθούν και πίνουν μία γουλιά αλκοόλ θεωρείται ότι ολισθαίνουν, ορισμένοι ερευνητές αμφισβητούν αυτή την αντίληψη πρεσβεύοντας ότι τουλάχιστον ένα ποσοστό των ατόμων που κάνουν κατάχρηση κάποιων ουσιών μπορεί να γίνουν κοινωνικοί χρήστες χωρίς να ξανακάνουν κατάχρηση αυτών των ουσιών. Για παράδειγμα, κάποια άτομα που καπνίζουν μόνο περιστασιακά αντιδρούν διαφορετικά στην νικοτίνη από ότι οι κανονικοί καπνιστές. Όσον αφορά τη θεραπεία του αλκοολισμού, η θεωρία της ελεγχόμενης κατανάλωσης αλκοόλ θεωρείται κάπως ριψοκίνδυνη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ίσως λόγω μίας μελέτης που έδειξε πως αυτή η μέθοδος διδασκαλίας στους χρήστες υπερβολικής ποσότητας αλκοόλ είχε μερική μόνο επιτυχία (Sobell & Sobell, 1978). Σε αντίθεση με τις ΗΠΑ, στο Ηνωμένο Βασίλειο η ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ ως θεραπεία για τον αλκοολισμό έγινε ευρέως αποδεκτή (Rosenberg, 1993). Τα αποτελέσματα των ερευνών για αυτή τη θεραπευτική μέθοδο έδειξαν ότι η ελεγχόμενη χρήση του αλκοόλ είναι, για τα περισσότερα εξαρτημένα άτομα, αποτελεσματική περίπου το ίδιο όσο και η πλήρης αποχή από το αλκοόλ αλλά μόνο σύντομο χρονικό διάστημα και όχι μακροχρόνια.

Τέλος, απαραίτητο κρίνεται να αναφερθεί μια κοινωνικοπολιτισμική παρέμβαση για την αντιμετώπιση των συνδεόμενων με ουσίες διαταραχών. Τα ποσοστά της χρήσης ουσιών στις ΗΠΑ ολοένα και μειώνονται. Αν και οι θεραπευτικές προσπάθειες βελτιώνονται συνεχώς, η μείωση της χρήσης πιθανότατα δεν οφείλεται αποκλειστικά στη θεραπεία αλλά σε πολιτισμικούς λόγους. Σε αντίθεση με ότι συνέβαινε πριν τρεις, περίπου, δεκαετίες, πλέον λαμβάνει χώρα η κοινωνική αποδοκιμασία της κατανάλωσης αλκοόλ, του καπνίσματος και της χρήσης άλλων ουσιών η οποία μάλλον ευθύνεται για την αλλαγή αυτή. Έτσι, η κοινωνικοπολιτισμική αποδοκιμασία του καπνίσματος συνιστά ένα γεγονός που μπορεί να καθορίζει εν μέρει ποια άτομα θα κάνουν κατάχρηση ουσιών και ποια όχι.

Ωστόσο, η εμπειρία μάς διδάσκει ότι δεν είναι όλοι οι σύμβουλοι εξίσου αποτελεσματικοί στο να επιφέρουν θετικές αλλαγές στη ζωή των πελατών τους. Θα δείξει το μέλλον αν η επιτυχία των συμβούλων εξαρτάται από ευκολοδίδακτες τεχνικές ή από προσωπικά χαρακτηριστικά των συμβούλων. Σε κάθε περίπτωση, υπάρχει ανάγκη να αναπτύξουμε πρωτόκολλα και προϋποθέσεις για τη συμβουλευτική, τα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται σε αυτές τις κατευθυντήριες γραμμές. Συνιστούμε την ανάληψη

πρωτοβουλιών για τη σύνταξη ειδικών κατευθυντήριων γραμμών για τη συμβουλευτική στα προγράμματα μεθαδόνης. Οι ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές μπορούν να ωφεληθούν από την Ψυχοθεραπεία. Ωστόσο, δεν υπάρχει λόγος να πιστεύουμε ότι η ψυχοθεραπεία αποτελεί θεραπεία για όλους του εξαρτημένους από οποιοειδή.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ/ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ ΣΕ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Οι σύμβουλοι σε θέματα ναρκωτικών- drug workers μπορεί να προέρχονται από μία μεγάλη ποικιλία επαγγελματικού υπόβαθρου, όπως για παράδειγμα τη νοσηλευτική, τον εκπαιδευτικό τομέα, τα ποικίλα κοινωνικά επαγγέλματα και το νομικό σύστημα. Η επαγγελματική λειτουργία των ατόμων αυτών θα μπορούσε να θεωρηθεί ως το σημαντικότερο κομμάτι της πλήρους ανάπτυξης ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών που απαιτούνται για μία ολοκληρωμένη θεραπεία. Η συμβολή των ατόμων αυτών είναι σημαντική, καθώς μπορούν να δώσουν πληροφόρηση και βασική συμβουλευτική, να προσφέρουν υποστήριξη και να δράσουν σαν θεραπευτικοί υπεύθυνοι - key workers. Δεν είναι λίγες οι φορές που τα άτομα αυτά εμπλέκονται με άλλες υπηρεσίες που αφορούν τα ναρκωτικά, όπως στη δουλειά εκτός δομών ή τη δουλειά στο δρόμο, σε υπηρεσίες διαμονής και στα προγράμματα ανταλλαγής συριγγών.

Η βασική συμβολή του συμβούλου σε θέματα ναρκωτικών (drug worker) συνίσταται στην προσφορά συμβουλευτικής βοήθειας στο χρήστη ναρκωτικών προκειμένου να αντιμετωπίζει τις οικογενειακές, προσωπικές και διαπροσωπικές του σχέσεις, τη στέγαση, την ανεύρεση εργασίας, τη φροντίδα των παιδιών και τα ποινικά νομικά ζητήματα στα οποία συχνά εμπλέκονται οι χρήστες ναρκωτικών. Η επιστημονική επάρκεια, η εκπαίδευση και η κλινική αποτελεσματικότητα είναι συνδεδεμένα άμεσα με την εκπαίδευση και τις γνώσεις, την επαρκή εποπτεία και τις προσωπικές δεξιότητες του ειδικού.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να κατανοηθεί καλύτερα η κατάσταση εξάρτησης του ατόμου από ψυχοτρόπες ευφοριογόνες ουσίες, μια κατάσταση που συχνά συνιστά αποτέλεσμα της κατάθλιψης από την οποία πάσχει το άτομο. Και δεδομένης της διάστασης που έχει πάρει η διαταραχή αυτή της διάθεσης στη σύγχρονη εποχή (Βλ. 2^ο κεφάλαιο, μέρος I., υποκεφάλαιο Δ), θεωρείται αναγκαία η ενδεδειγμένη μελέτη της προκειμένου να παρεισφρήσουμε στην βαθύτερη ουσία της, να εντοπίσουμε την αιτιολογία της και να την αντιμετωπίσουμε πιο αποτελεσματικά. Γι αυτό και έλαβε χώρα ενδεδειγμένη μελέτη όχι μόνο της φυσιολογίας, των νευροβιολογικών ή των συναισθηματικών παραγόντων που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της κατάστασης της κατάθλιψης και εξάρτησης από ουσίες αλλά εξετάστηκαν και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που εμπλέκονται στο φαινόμενο αυτό.

Πολλές ερμηνείες έχουν διατυπωθεί για τον προσδιορισμό της φύσης της κατάθλιψης και άλλες τόσες θεωρίες και αντίστοιχες τεχνικές έχουν προταθεί για τη θεραπεία της. Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να εκτεθούν οι πιο διαδεδομένες από τις προσεγγίσεις αυτές με τη μεγαλύτερη δυνατή αντικειμενικότητα και ακρίβεια. Η εκλεκτική εφαρμογή μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης και τεχνικής στον εκάστοτε ασθενή με συνοσηρότητα κατάθλιψης και συνδεδεμένης με χρήση ουσιών διαταραχής δεν είναι πάντα αποτελεσματική. Πολλές φορές η σύνθεση δύο ή περισσότερων θεραπευτικών προσεγγίσεων – σε συνάρτηση πάντα με την ιδιαίτερη κρίση, ιδιοσυγκρασία και προσωπικότητα του κάθε ασθενούς – συνιστά την καλύτερη λύση. Εξάλλου, η συνθετική κίνηση συνιστά μια φυσική εξέλιξη της εκλεκτικής προσέγγισης.

Ειδικότερα, το συνθετικό μοντέλο (Νέστορος, Ζγατζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999) θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα θεωρητικό μοντέλο, συγκλίνον, που συνδυάζει και απαρτιώνει διάφορες προσεγγίσεις δημιουργώντας ταυτόχρονα νέες. Πρόκειται περισσότερο για ένα θεωρητικό μοντέλο και κάτι παραπάνω από ένα απλό άθροισμα των μερών της κάθε θεωρίας. Στο συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο βαρύτητα δίνεται στον αρμονικό συνδυασμό των ποικίλων θεραπευτικών προσεγγίσεων και των αντίστοιχων τεχνικών, στην καλή (γεμάτη ασφάλεια, κατανόηση, ενσυναίσθηση, σεβασμό) θεραπευτική σχέση, στη μείωση του άγχους του θεραπευόμενου και την προσφορά συναισθηματικής στήριξης προς εκείνον. Επίσης, η συγκεκριμένη προσέγγιση στοχεύει στην αλλαγή του γνωστικού πλαισίου του θεραπευόμενου και την παροχή σ' εκείνον

αισιόδοξης λογικής εξήγησης και επιχειρηματολογίας και, τέλος, στην απόκτηση θετικής διάθεσης και νοητικής ισορροπίας, ευέλικτης προσαρμογής και ικανότητας επίτευξης ελέγχου και αυτοκυριαρχίας.

Συμπερασματικά καθίσταται σαφές πως η συνοσηρότητα της κατάθλιψης με τις διαταραχές συνδεόμενες με τη χρήση - κατάχρηση ουσιών συνιστά ένα πολύπλοκο φαινόμενο την αιτία και τις διαστάσεις του οποίου προσπαθούν να εντοπίσουν οι ποικίλες ψυχολογικές θεωρίες προκειμένου να το επιλύσουν. Οπωσδήποτε, η εκάστοτε θεωρία παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, ενώ οι ανάγκες του κάθε ασθενούς διαφέρουν επίσης ανάλογα με τα βιώματά του, τις ιδιαιτερότητές του, την ιδιομορφία του χαρακτήρα του, την προσωπικότητά του και την κράση – ιδιοσυγκρασία του. Συνεπώς, η καλύτερη επιλογή είναι η εξατομικευμένη θεραπεία, η θεραπεία που προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς, που σέβεται τις ιδιαίτερες ικανότητες και ανάγκες του, την προσωπικότητά του, την ιδιομορφία του χαρακτήρα του, την διαφορετικότητα της ατομικότητάς του.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

*Διαγνωστικά Κριτήρια Καταθλιπτικών,
Διπολικών και Άλλων Διαταραχών της Διάθεσης κατά το DSM-IV*

■ **Καταθλιπτικές Διαταραχές**

- ***Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο:***

A. Παρουσία μοναδικού Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

B. Το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο δεν εξηγείται καλύτερα με Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή, ή Ψυχωσική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, ένα Μικτό Επεισόδιο, ή ένα Υπομανιακό Επεισόδιο.

Σημείωση: Ο αποκλεισμός αυτός δεν εφαρμόζεται αν όλα τα μανιακόμορφα, μικτού τύπου, ή υπομανιακόμορφα επεισόδια προκαλούνται από ουσίες ή θεραπεία ή οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές επιδράσεις μιας γενικής σωματικής κατάστασης.

Αν επί του παρόντος πληρούνται τα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου, προσδιορίστε την παρούσα κλινική ίαση και / ή τα στοιχεία:

Ήπιο, Μέτριο, Βαρύ Χωρίς Ψυχωσικά Στοιχεία / Βαρύ Με Ψυχωσικά Στοιχεία

Χρόνιο

Κατατονικά Στοιχεία

Μελαγχολικά Στοιχεία

Άτυπα Στοιχεία

Επιλόχεια Έναρξη

Αν επί του παρόντος δεν πληρούνται τα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου, προσδιορίστε την παρούσα κλινική κατάσταση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής ή τα στοιχεία του τελευταίου επεισοδίου:

Μερική Ύφεση, Σε Πλήρη Ύφεση

Χρόνιο

Κατατονικά Στοιχεία

Με Μελαγχολικά Στοιχεία

Με Άτυπα Στοιχεία

Με Επιλόχεια Έναρξη

• ***Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Υποτροπιάζουσα:***

A. Παρουσία δύο ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων.

Σημείωση: Για να θεωρηθούν χωριστά επεισόδια, πρέπει να υπάρχει ένα διάλειμμα τουλάχιστον 2 συνεχόμενων μηνών, κατά τη διάρκεια του οποίου δεν πληρούνται τα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

B. Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια δεν εξηγούνται καλύτερα με Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή, ή Ψυχωσική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Γ. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, ένα Μικτό Επεισόδιο, ή ένα υπομανιακό Επεισόδιο.

Σημείωση: Ο αποκλεισμός αυτός δεν εφαρμόζεται αν όλα τα μανιακόμορφα, μικτού τύπου, ή υπομανιακόμορφα επεισόδια προκαλούνται από ουσίες ή θεραπεία, ή οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές επιδράσεις μιας γενικής σωματικής κατάστασης.

Αν επί του παρόντος πληρούνται τα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου, προσδιορίστε την παρούσα κλινική κατάσταση και / ή τα στοιχεία:

Ήπιο, Μέτριο, Βαρύ Χωρίς Ψυχωσικά Στοιχεία / Βαρύ Με Ψυχωσικά Στοιχεία.

Χρόνιο**Με Κατατονικά Στοιχεία****Με Μελαγχολικά Στοιχεία****Με Άτυπα Στοιχεία****Με Επιλόχεια Έναρξη**

Αν επί του παρόντος δεν πληρούνται τα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου, προσδιορίστε την παρούσα κλινική κατάσταση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής ή τα στοιχεία του τελευταίου επεισοδίου:

Σε Μερική Ύφεση, Σε Πλήρη Ύφεση**Χρόνιο****Με Κατατονικά Στοιχεία****Με Μελαγχολικά Στοιχεία****Με Άτυπα Στοιχεία****Με Επιλόχεια Έναρξη****Προσδιορίστε:****Προσδιοριστές Μακροχρόνιας Πορείας (Με και Χωρίς Ανάνηψη Μεταξύ των Επεισοδίων)****Με Εποχιακή Εμφάνιση**

- **Δυσθυμική Διαταραχή:**

A. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων, για τουλάχιστον 2 χρόνια.

Σημείωση: Στα παιδιά και τους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση και η διάρκεια πρέπει να είναι τουλάχιστον ένας χρόνος.

B. Παρουσία, όταν υπάρχει καταθλιπτική διάθεση, δύο ή περισσότερων από τα ακόλουθα:

- (1) μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία
- (2) αϋπνία ή υπερυπνία
- (3) χαμηλή ενεργητικότητα ή κόπωση
- (4) χαμηλή αυτοεκτίμηση
- (5) πτωχή συγκέντρωση ή δυσκολία λήψης αποφάσεων

(6) αισθήματα απελπισίας

Γ. Κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου των 2 χρόνων (ένας χρόνος για παιδιά και εφήβους) της διαταραχής, το άτομο δεν ήταν ποτέ ελεύθερο των συμπτωμάτων των Κριτηρίων Α και Β για περισσότερο από 2 μήνες τη φορά.

Δ. Δεν υπήρξε παρουσία Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου κατά τη διάρκεια των πρώτων 2 χρόνων της διαταραχής (ένας χρόνος για παιδιά και εφήβους): δηλαδή η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με χρόνια Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, ή Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Σε Μερική Ύφεση.

Σημείωση: Είναι δυνατόν να υπήρξε ένα προηγούμενο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο υπό τον όρο ότι μεσολάβησε πλήρης ύφεση (απουσία σημαντικών σημείων ή συμπτωμάτων για 2 μήνες) πριν την ανάπτυξη Δυσθυμικής Διαταραχής. Επιπρόσθετα, μετά τα αρχικά 2 χρόνια Δυσθυμικής Διαταραχής (ένας χρόνος σε παιδιά ή εφήβους), είναι δυνατόν να επικαθίσουν επεισόδια Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, οπότε μπορούν να δοθούν αμφότερες οι διαγνώσεις όταν πληρούνται τα κριτήρια ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

Ε. Δεν υπήρχε ποτέ Μανιακό Επεισόδιο, Μικτό Επεισόδιο, ή Υπομανιακό Επεισόδιο, ενώ δεν πληρούνταν ποτέ τα κριτήρια Κυκλοθυμικής Διαταραχής.

ΣΤ. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας κάποιας χρόνιας Ψυχωσικής Διαταραχής, όπως Σχιζοφρένειας ή Παραληρητικής Διαταραχής.

Ζ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή γενικής σωματικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

Η. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Προσδιορίστε αν:

Πρώιμη Έναρξη: έναρξη πριν από την ηλικία των 21 ετών

Ώριμη Έναρξη: έναρξη κατά την ηλικία των 21 ετών ή αργότερα

Προσδιορίστε:

Με Άτυπα Στοιχεία

- ***Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς:***

Η κατηγορία της Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς περιλαμβάνει διαταραχές με καταθλιπτικά στοιχεία, οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, της Δυσθυμικής Διαταραχής, της Διαταραχής της Προσαρμογής Με Καταθλιπτική Διάθεση, ή της Διαταραχής της Προσαρμογής, Μικτής Με Άγχος και Καταθλιπτική Διάθεση. Μερικές φορές τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζονται ως μέρος μιας Αγχώδους Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς. Στα παραδείγματα της Καταθλιπτικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς περιλαμβάνονται:

1. Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή: στους περισσότερους εμμηνορρυσιακούς κύκλους, κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, συμπτώματα (π.χ. έκδηλη καταθλιπτική διάθεση, έκδηλο άγχος, έκδηλη συναισθηματική αστάθεια, μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες) που εμφανίζονται τακτικά κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας του κύκλου (και υποχωρούν μέσα σε λίγες ημέρες από την έναρξη της έμμηνης ρύσης). Αυτά τα συμπτώματα πρέπει να είναι αρκετά βαριά ώστε να εμποδίζουν σε σημαντικό βαθμό την εργασία, το σχολείο ή τις συνήθειες δραστηριότητες, ενώ πρέπει να απουσιάζουν εντελώς για τουλάχιστον μία εβδομάδα μετά την έμμηνη ρύση.
2. Ελάχιστων καταθλιπτική διαταραχή: επεισόδια καταθλιπτικών συμπτωμάτων, διάρκειας τουλάχιστον 2 εβδομάδων, αλλά με λιγότερα από τα πέντε σημεία που απαιτούνται για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή.
3. Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή: καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από 2 ημέρες έως 2 εβδομάδες, τα οποία εμφανίζονται τουλάχιστον μία φορά το μήνα επί δώδεκα μήνες (μη συνδεδεμένα με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο).
4. Μεταψυχωσική καταθλιπτική διαταραχή της Σχιζοφρένειας: Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης Σχιζοφρένειας.
5. Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο που επικάθεται σε Παραληρητική Διαταραχή, σε Ψυχωσική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, ή στην ενεργό φάση Σχιζοφρένειας.
6. Καταστάσεις, στις οποίες ο κλινικός έχει συμπεράνει ότι υπάρχει καταθλιπτική διαταραχή, αλλά δεν μπορεί να καθορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφειλόμενη σε σωματική γενική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες.

■ Διπολικές Διαταραχές

(Από τις Διπολικές Διαταραχές θα παρατεθούν μόνο η Διπολική ΙΙ και η Κυκλοθυμική Διαταραχή)

- ***Διπολική ΙΙ Διαταραχή (Επαναλαμβανόμενα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια Με Υπομανιακά Επεισόδια):***

A. Παρουσία (ή ιστορικό) ενός ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων.

B. Παρουσία (ή ιστορικό) τουλάχιστον ενός Υπομανιακού Επεισοδίου.

Γ. Δεν υπήρξε ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο ή Μικτό Επεισόδιο.

Δ. Τα επεισόδια της διάθεσης των Κριτηρίων Α και Β δεν εξηγούνται καλύτερα με Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή, ή Ψυχωσική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Ε. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Προσδιορίστε το παρόν ή τελευταίο επεισόδιο:

Υπομανιακό: αν τώρα (ή πιο πρόσφατα) σε Υπομανιακό Επεισόδιο

Καταθλιπτικό: αν τώρα (ή πιο πρόσφατα) σε Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο

Αν επί του παρόντος πληρούνται τα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου, προσδιορίστε την παρούσα κλινική κατάσταση και / ή τα στοιχεία:

Ήπιο, Μέτριο, Βαρύ Χωρίς Ψυχωσικά Στοιχεία / Βαρύ Με Ψυχωσικά Στοιχεία.

Χρόνιο

Με Κατατονικά Στοιχεία

Με Μελαγχολικά Στοιχεία

Με Άτυπα Στοιχεία

Με Επιλόχεια Έναρξη

Αν επί του παρόντος δεν πληρούνται τα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου, προσδιορίστε την παρούσα κλινική κατάσταση της Διπολικής ΙΙ Διαταραχής και / ή τα στοιχεία του τελευταίου Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (μόνον αν είναι ο πιο πρόσφατος τύπος επεισοδίου της διάθεσης):

Σε Μερική Ύφεση, Σε Πλήρη Ύφεση

Χρόνιο

Με Κατατονικά Στοιχεία

Με Μελαγχολικά Στοιχεία

Με Άτυπα Στοιχεία

Με Επιλόχεια Έναρξη

Προσδιορίστε:

Προσδιοριστές Μακροχρόνιας Πορείας (Με ή Χωρίς Ανάνηψη Μεταξύ των Επεισοδίων)

Με Εποχιακή Εμφάνιση (αφορά μόνον την εμφάνιση των Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων)

Ταχυφασική

- ***Κυκλοθυμική Διαταραχή:***

A. Για τουλάχιστον 2 χρόνων παρουσία πολυάριθμων περιόδων με υπομανιακά συμπτώματα και πολυάριθμων περιόδων με καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

Σημείωση: Στα παιδιά και στους εφήβους η διάρκεια πρέπει να είναι τουλάχιστον ένας χρόνος.

B. Κατά τη διάρκεια της παραπάνω χρονικής περιόδου των 2 χρόνων (ένας χρόνος για παιδιά και εφήβους), το άτομο δεν ήταν ποτέ ελεύθερο των συμπτωμάτων του Κριτηρίου A για περισσότερο από 2 μήνες τη φορά.

Γ. Δεν υπήρξε παρουσία Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου, Μανιακού Επεισοδίου, ή Μικτού Επεισοδίου κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της διαταραχής.

Σημείωση: Μετά τα αρχικά 2 χρόνια Κυκλοθυμικής Διαταραχής (ένας χρόνος σε παιδιά ή εφήβους), είναι δυνατόν να επικαθίσουν Μανιακά ή Μικτά Επεισόδια (οπότε μπορούν να δοθούν αμφότερες οι διαγνώσεις της Διπολικής I Διαταραχής και της Κυκλοθυμικής Διαταραχής), ή Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (οπότε μπορούν να δοθούν αμφότερες οι διαγνώσεις της Διπολικής II Διαταραχής και της Κυκλοθυμικής Διαταραχής).

Δ. Τα συμπτώματα του Κριτηρίου Α δεν εξηγούνται καλύτερα με Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή, ή Ψυχωσική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Ε. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή γενικής σωματικής κατάστασης (π.χ. υπερθυρεοειδισμός).

ΣΤ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

■ Άλλες Διαταραχές της Διάθεσης

(Από τις Διαταραχές που ανήκουν στην κατηγορία αυτή θα παρατεθεί μόνο η Προκαλούμενη από Ουσίες Διαταραχή της Διάθεσης)

• **Προκαλούμενη από Ουσίες Διαταραχή της Διάθεσης**

A. Εμφανής και επίμονη διαταραχή της διάθεσης κυριαρχεί στην κλινική εικόνα και χαρακτηρίζεται από ένα από τα δύο (ή και τα δύο) ακόλουθα:

(1) καταθλιπτική διάθεση ή έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες

(2) ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση

B. Υπάρχει η απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα είτε του (1) είτε του (2):

(1) τα συμπτώματα στο Κριτήριο A εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια, ή μέσα σε ένα μήνα μετά από Τοξίκωση ή Στέρηση Ουσίας

(2) η χρήση φαρμακευτικής αγωγής συνδέεται αιτιολογικά με τη διαταραχή

Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με κάποια Διαταραχή της Διάθεσης, η οποία δεν προκαλείται από ουσίες. Στις αποδείξεις ότι τα συμπτώματα εξηγούνται καλύτερα με διαταραχή της Διάθεσης, η οποία δεν προκαλείται από ουσίες, θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα: τα συμπτώματα προηγούνται της έναρξης της χρήσης της ουσίας (ή της χρήσης της φαρμακευτικής αγωγής)· τα συμπτώματα επιμένουν για σημαντική χρονική περίοδο (π.χ. περίπου ένα μήνα) μετά το τέλος οξείας στέρησης ή βαριάς τοξίκωσης, ή είναι σημαντικά περισσότερα από ό,τι θα αναμενόταν δεδομένων του τύπου ή της ποσότητας της ουσίας που χρησιμοποιήθηκε ή της διάρκειας της χρήσης· ή υπάρχουν άλλα στοιχεία που υποδεικνύουν την ύπαρξη μιας ανεξάρτητης, μη προκαλούμενης από ουσία, Διαταραχής της Διάθεσης (π.χ. ιστορικό επανειλημμένων Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων).

Δ. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας του ντελίριου.

Ε. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Σημείωση: Αυτή η διάγνωση θα πρέπει να τίθεται αντί της διάγνωσης της Τοξίκωσης ή Στέρησης Ουσίας μόνον όταν τα συμπτώματα είναι περισσότερα από αυτά που συνήθως συνδέονται με το σύνδρομο της τοξίκωσης ή της στέρησης και όταν τα συμπτώματα είναι αρκετά βαριά, ώστε να δικαιολογούν ιδιαίτερη κλινική προσοχή.

Κωδικοποιήστε την Προκαλούμενη [από Ειδική Ουσία] Διαταραχή της Διάθεσης:

(291.89 Αλκοόλ· 292.84 Αμφεταμίνη [ή Αμφεταμινοειδής Ουσία]· 292.84 Εισπνεόμενη Ουσία· 292.84 Ηρεμιστικό, Υπνωτικό ή Αγχολυτικό· 292.84 Κοκαΐνη· 292.84 Οπιοειδές' 292.84 Φαινκυκλιδίνη [ή Φαινκυκλινοειδής Ουσία]· 292.84 Ψευδαισθησιογόνο· 292.84 Άλλη [ή Άγνωστη] Ουσία

Σημείωση κωδικοποίησης: Για άλλες σωματικές θεραπείες (π.χ. ηλεκτροσπασμοθεραπεία), θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ο κωδικός "Άλλη Ουσία".

Προσδιορίστε τον τύπο:

Με Καταθλιπτικά Στοιχεία: αν η κυρίαρχη διάθεση είναι καταθλιπτική

Με Μανιακά Στοιχεία: αν η κυρίαρχη διάθεση είναι ανεβασμένη, ευφορική ή ευερέθιστη

Με Μικτά Στοιχεία: αν υπάρχουν συμπτώματα τόσο μανίας, όσο και κατάθλιψης, αλλά δεν επικρατεί καμία από τις δύο

Προσδιορίστε αν:

Με Έναρξη στη Διάρκεια Τοξίκωσης: αν πληρούνται τα κριτήρια της Τοξίκωσης από την ουσία και τα συμπτώματα αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια συνδρόμου τοξίκωσης.

Με Έναρξη στη Διάρκεια Στέρησης: αν πληρούνται τα κριτήρια της Στέρησης της ουσίας και τα συμπτώματα αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά από σύνδρομο στέρησης.

Πηγή: «Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV-TR™»

Μετάφραση-Επιμέλεια: Κώστας Κοτζαμάνης

2004, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Akiskal H. S. & Cassano G. B. (Eds), 1997, *Dysthymia and the Spectrum of Chronic Depressions*. New York: Guilford Press.
2. Akiskal H., S., Khani M. K., & Scott - Strauss, A., 1979, *Cyclothymic temperamental disorders*. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 527-554.
3. American Psychiatric Association, 1952, *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*. A. P. A., Washington.
4. American Psychiatric Association, 1954, *Psychiatric Glossary*. A. P. A. Press, Washington.
5. American Psychiatric Association, 1980, *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Ed.*. A. P. A., Washington.
6. American Psychiatric Association, 1983, *Economic Fact Book for Psychiatry*. A. P. A. Press, Washington.
7. American Public Health Association, 1962, *Mental Disorders: A Guide to Control Methods*. American Public Health Association, New York.
8. Ball J. C., & Ross A., 1991, *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer Verlag.
9. Barlow & Durand, 2001, *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*. Β΄ Τόμος. Έλλην.
10. Barlow, D. H., Chorpita, B. F, & Turosvky, 1996, *Fear, panic, anxiety, and disorders of emotion*. In D. A. Hope (Ed.) *Perspectives on anxiety, panic and fear. (The 43rd Annual Nebraska Symposium on Motivation)* (pp. 251-328). Lincoln: Nebraska University Press.
11. Barrett J., 1984, *Naturalistic change over two years in neurotic depressive disorders (RDC categories)*. *Comprehensive Psychiatry*, 25(4), 404-418.
12. Berger P. L. & Luckmann T., 1967, *The Social Construction of Reality*. London, Allen Lane, Penguin Press.
13. Biederman J., Rosenbaum I. F, Hirshfeld D. R., Farone S. V., Bolduc E. A., Gersten M., Meminger S. R., Kagan J., Snidman N. & Reznick J. S., 1990, *Psychiatric correlates of behavioural inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders*. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21-26.

14. Biglan A., Hops H., Sherman L., Friedman L. S., Arthur J., & Osteen V., 1985, *Problem solving interactions of depressed women and their husbands*. Behaviour Therapy, 16, 431-451.
15. Birbing E., 1953, *The Mechanism of Depression*. In P. Greenacre (Ed.), *Affective Disorders*. New York, International Universities Press.
16. Blacker C. V. R., & Clare A. W., 1987, *Depressive Disorder In Primary Care*. British Journal of Psychiatry, 150, 737 – 751.
17. Bland R. C., 1997, *Epidemiology of affective disorders: A review*. Canadian Journal of Psychiatry, 42, 367-377.
18. Blaxter M., 1983a, *The Cause of Disease: Women Talking*. Social Science & Medicine, 17: 59 – 69.
19. Blaxter M., 1993, *Why do Victims Blame Themselves?* In A. Radley (Ed.), *Worlds of Illness: Biographical & Cultural Perspectives on Health & Disease*. London, Routledge.
20. Bootzin R. R., Manber R., Perlis M. L., Salvio M., & Watt J. K., 1993, *Sleep disorders*. In P. B. Sutker & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology*, 2nd. ed., pp. (531-561). New York: Plenum Press.
21. Bower B., 1989, *Growing Up Sad: Depression In Children attracts Scrutiny*. Science New, 136, (August 5th), 90 – 91.
22. Bowlby J., 1978, *Attachment & Loss vol. 2: Separation: Anxiety & Anger*. Harmondsworth, MIDDX.: Penguin.
23. Bowlby J., 1981, *Attachment & Loss vol. 3: Loss: Sadness & Depression*. Harmondsworth, MIDDX.: Penguin.
24. Boyd J. H. & Weissman M. M., 1981, *Epidemiology of Affective Disorders*. Archives of General Psychiatry, 38, 1039 – 1046.
25. Brage D., Woodward J. & Mederith W., 1993, *Collerates of Loneliness among MidWestern Adolescents*. Adolescence, 28 (111), 685 – 693.
26. Brewin C. R., 1996, *Theoretical Foundations of Cognitive – Behavioral therapy for Anxiety & Depression*. Annual Review of Psychology, 47, 33 – 57.
27. Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
28. Brunner H. G., Nelen M. R., Van Zandvoort, P., Abeling N. G. G. M., Van Gennip A. H., Wolters E. C., Kuiper M. A., Ropers H. H., & Van Oost B. A., 1993, *X-linked borderline mental retardation with prominent behavioural disturbance: Phenotype*,

- genetic realization, and evidence for disturbed monoamine metabolism. American Journal of Human Genetics, 52, 1032-1039.*
29. Burke K. C., Burke J. D. Jr., Regier D. A. & Rae P. S., 1990, *Age at Onset of Selected Mental Disorders in Five Community Populations*. Archives of General Psychiatry, 47, 511 – 518.
 30. Bury M., 1988, *Meanings at Risk: The Experience of Arthritis*, in R. Anderson & M. Bury (Eds.), *Living with Chronic Illness: The Experience of Patients & their Families*. London: Unwin Human.
 31. Bury M., 1991, *The Sociology of Chronic Illness: A Review of Research & Prospects*. Sociology of Health & Illness, 13, 4: 451 – 68.
 32. Calnan M., 1987, *Health & Illness: The Lay Perspective*. London: Tavistock.
 33. Cautela J. R., 1966, *Treatment of compulsive behaviour by covert sensitization*. Psychological Record, 16, 33-41.
 34. Charmaz K., 1983, *Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Clinically III*. Sociology of Health & Illness, 5: 168 – 195.
 35. Clark D. M. & Fairburn C. G., 1997, *Science & Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
 36. Cornwell J., 1984, *Hard – Earned Lives: Accounts of Health & Illness from East London*. London, Tavistock.
 37. Cross – National Collaborative Group, 1992, *The Changing Rate of Major Depression: Cross – National Comparisons*. Journal of The American Medical Association, 268, 3098 – 3105.
 38. Davison C., Davey S. G. & Frankel S., 1991, *Lay Epidemiology & the Prevention Paradox: The Implications of Coronary Candicacy for Health Education*. Sociology of Health & Illness, 13, 1: 1 – 19.
 39. Dohrenwend B. P. & Dohrenwend B. S., 1974, *Social & Cultural Influences in Psychopathology*. Annual Rev. Psychol., 25, 417 – 452.
 40. Dohrenwend B. P. & Dohrenwend B. S., 1974, *Stressful Life Events, Their Nature & Effects*. New York, J. Wiley.
 41. Dohrenwend B. S., 1973, *Life Events as Stressors: A Methodological Inquiry*. Journal of Health & Social Behavior, 14, 67 – 75.
 42. Durkheim, E. 1952, *Suicide*. London: Routledge and Kegan Paul.
 43. Eaton W. W., Anthony J. C., Gallo J., Cai G., Tien A., Romanoski A., Lyketsos C., & Chen L.-S., 1997, *Natural history of diagnostic interview schedule / DSM-IV major*

- depression: The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up*. Archives of General Psychiatry, 54, 993-999.
44. Engel G. L., 1967, *A Psychological Setting of Somatic Disease: The Giving – Up, Given – Up Complex*. Proc. Roy. Col. Med., 60:553.
 45. Fava M. & Rosenbaum J. F., 1991, *Suicidality and fluoxetine: Is there a relationship?* Journal of Clinical Psychiatry, 52(3), 108-111.
 46. Ferster C. B., 1973, *A Functional Analysis of Depression*. American Psychologist, 28, 857 – 870.
 47. Ferster C. B., 1974, *Behavioral Approaches to Depression*. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory & Research*. Washington, D. C.: Winston / Wiley.
 48. Field T, Hcally B., Goldstein S., Perry S., Bendell D., Schanberg S., Zimmerman E. A. & Kuhn C., 1988, *Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with non depressed adults*. Child Development, 59 (6), 1569-1579.
 49. Fils-Aime M. L., 1993, *Sedative-hypnotic abuse*. In D. L. Dunner (Ed.). Current psychiatric therapy (pp. 124 – 131).
 50. Fisch R. Z., 1987, *Masked Depression: Its Relation with Somatization*. International Journal of Psychiatry in Medicine, 17 (4), 367 – 379.
 51. Foucault M., 1965, *Madness & Civilization*. Pantheon Books, New York.
 52. Foucault M., 1980b, *The Politics of Health in the 19th Century*, in C. Gordon (Ed.), *Power / Knowledge: Selected Interviews & Other Writings 1972 – 1977* by M. Foucault. Brighton: Harvester.
 53. Freidson E., 1970a, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper Row.
 54. Freud S. E., 1917, *Mourning and Melancholia*, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud (vol. 14)*. London: Hogarth Press.
 55. Gardner E. L., 1997, *Brain Reward Mechanisms*. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman & J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A Comprehensive Textbook (pp. 51 – 85)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
 56. Gerhardt U., 1989, *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology*. Basingstoke: Macmillan.
 57. Goldfried M. R. & Davison G. C., 1994, *Clinical Behavior Therapy*. New York: John Wiley & Sons.
 58. Goode E., 1993, *Drugs in American Society (4th ed.)*. New York: McGraw-Hill.

59. Goodwin & Chaemi, 1998, *Understanding Manic – Depressive Illness*. Archives of General Psychiatry, 55, 23 – 25.
60. Goodwin D. S., 1979, *Alcoholism and heredity*. Archives of General Psychiatry, 36, 57-61.
61. Goodwin F. K. & Jamison K. R., 1990, *Manic Depressive Illness*. New York: Oxford University Press.
62. Goodwin, D. W. & Gabrielli, W. F., 1997, Alcohol: *Clinical aspects*. In J. H. Ewinson, P. Ruiz, R. B. Millman & J. G. Eangrod (Eds.), *Substance abuse: A Comprehensive Textbook* (pp. 142 – 148). Baltimore: Williams & Wilkins.
63. Gotlib I. H. & Hammen C. L., 1992, *Psychological Aspects of Depression: Toward a Cognitive – Interpersonal Integration*. New York: John Wiley & Sons.
64. Gotlib I. H., & Beach S. R. H., 1995, *A marital / family discord model of depression: Implications for therapeutic intervention*. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 411- 436). New York: Guilford Press.
65. Hall S. M, Munoy R. R, Reus V. I. & Sees K. L., 1993, *Nicotine, negative affect, and depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 761-767.
66. Hall S. M., Munoz R. F. & Reus V. I. 1994, *Cognitive-behavioural intervention increases abstinence rates of depressive-history smokers*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, W-146.
67. Hall W. & Farrell M., 1997, *Comorbidity of Mental Disorders with Substance Abuse*. British Journal of Psychiatry, 171, 4 – 5.
68. Higgms S. T., Budney A. J., Bickel W. K., Hughes J. R., Foerg F & Badger G., 1993, *Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach*. American Journal of Psychiatry, 150, (763—769).
69. Hughes J. R., Gust S. W., Skoog K., Keenan R. M., & Fenwick J. W., 1991, *Symptoms of tobacco withdrawal: A replication and extension*. Archives of General Psychiatry, 48, (52 – 61).
70. Jaffell H., Knapp C. M., & Ciraulo D. A., 1997, *Opiates: Clinical aspects*. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (pp. 158-166). Baltimore: Williams & Wilkins.
71. Jahoda M., 1958, *Current Concepts of Positive Mental Health*. Basic Books, New York.
72. Judd E. E., Akiskal H. S., Maser J. D., Zeilcr P. J., Endicott J., Corwell W., Paulus M. P., Kunovac I. E., Eeon A. C., Mueller T, Rie J. A. & Keller M. B. (in

- press). *A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptomatology in 431 patients with unipolar major depressive disorder*. Archives of General Psychiatry.
73. Julien R. M., 2003, *Βασικές Αρχές Ψυχοφαρμακολογίας*. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Πασχαλίδης.
 74. Kalant I. E., 1989, *The nature of addiction: An analysis of the problem*. In A. Goldstein (Ed.), *Molecular and cellular aspects of the drug addictions* (pp. 1-28). New-York: Springer - Verlag.
 75. Kalat J. W., 1995, *Βιολογική Ψυχολογία*. Έλλην, Τόμος Α΄.
 76. Kanfer F. H., & Gaelick L., 1986, *Self- Management Methods*. In F.H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping People Change: A Textbook of Methods* (3rd ed.), (pp. 283- 345). New York: Pergamon Press.
 77. Kanfer F.H., 1977, *The many faces of self- control, or behavior modification changes in focus*. In R. B. Stuart (Ed.), *Behavior self – management*. New York: Brunner / Mazel.
 78. Kaplan H. I. & Sadock B. J., 1991, *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry. 6th Ed*. Baltimore: Williams and Wilkins.
 79. Karno M., Hough R. L., Burnam A., Escobar J. I., Timbers D. M., Santana F. & Boyd J. H., 1987, *Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non- Hispanic whites in Los Angeles*. Archives of General Psychiatry, 44, 695- 701.
 80. Kashani J. H., Hoepfer E. W., Beck N. C., ScCorcoran C. M., 1987, *Personality, psychiatric disorders, and parental attitude among a community sample of adolescents*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26 (6), 879-885.
 81. Katz I. R., Leshen E., Kleban M. & Jethanandani V., 1989, *Clinical features of depression in the nursing home*. International Psychogeriatrics, 1, (pp.5-15).
 82. Keller M. B., Baker L. A. & Russell C. W., 1993, *Classification & Treatment of Dysthymia* in D. L. Dunner (Ed.), *Current Psychiatric Therapy*. Philadelphia: W. B. Saunders.
 83. Keller M. B., Klein D. N. et al., 1995, *Results of the DSM – IV Mood Disorders Field Trial*. American Journal of Psychiatry, 152, 843 – 849.

84. Keller M. B., Lavori P. W., Endicott J., Corwell W. & Klerman G. L., 1983, *Double Depression: Two Year Follow – Up*. American Journal of Psychiatry, 140 (6), 689 – 694.
85. Klein D. N., Taylor E. B., Dickstein S., & Harding K., 1988, *The early-late onset distinction in DSM-III-R dysthymia*. Journal of Affective Disorders, 14 (1), 25-33.
86. Klein M., 1940 / 1967, *Le Deuil et ses Rapports avec les états Maniaco – Dépressifs*. In Essais de Psychanalyse (trad. fr.), Paris: Payot.
87. Klein M., *Le Deuil et ses Rapports Avec les états Maniaco – Dépressifs In Essais de Psychanalyse (Tead Fr.)*. Paris: Payot.
88. Klerman G. E., & Weissman M. M., 1989, *Increasing rates of depression*. Journal of the American Medical Association, 261, 2229-2235.
89. Klerman G. E., 1988, *Depression and related disorders of mood (affective disorders)*. In A. M. Nicholi Jr. (Ed.), *The new Harvard guide to psychiatry*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
90. Klerman G. L., 1978, *Affective Disorders*. In A. M. Nicholi, Jr. (Ed.), *The Harvard Guide to Modern Psychiatry (pp. 253 – 281)*. Cambridge: Belknap / Harvard University Press.
91. Klerman G. L., 1988, *Depression & Related Disorders of Mood (Affective Disorders)*. . In A. M. Nicholi, Jr. (Ed.), *The Harvard Guide to Modern Psychiatry (pp. 309 – 336)*. Cambridge: Belknap / Harvard University Press.
92. Lazarus R. S., Coyne J. C. & Folkman S., 1982, *Cognition, Emotion & Motivation. The Doctoring of Humpty – Dumpty*. In R. J. Neufeld (Ed.), *Psychological Stress & Psychopathology*. New York: McGraw Hill.
93. Leshner A. I., 1997, *Drug Abuse & Addiction Treatment Research: The Next Generation*. Archives of General Psychiatry, 54, 691 – 694.
94. Lewinsohn P. M. & Gotlib I. H., 1995, *Behavioral therapy and treatment of depression*. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression*. (pp. 352-375). New York: Guilford Press.
95. Lonsdale S., 1990, *Women & disability: The Experiences of Physical Disability among Women*. London, Macmillan.
96. Madianos M. C., Gefou – Madianou D. & Stefanis C. N., 1994, *Symptoms of Depression, Suicidal Behavior & Use of Substances in Greece: A National General Population Survey*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 159 – 166.

97. Maher J. D., 1985, *List of phobias*. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
98. Maher J. J., 1997, *Exploring alcohol's effects on liver function*. *Alcohol Health & Research World*, 21, 5 – 12.
99. Makanjuola J. O. & Olaifa E. A., 1987, *Masked Depression in Nigerians Treated at the Neuropsychiatric Hospital at Abeokuta*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 302, 7 – 35.
100. Marenmani I., Zolesi O., Aglietti M., Marini G., Tagliamonte A., Shinderman M. & Maxwell S., 2000, *Methadone Dose and Retention in Treatment of Heroin Addicts with Axis I Psychiatric Comorbidity*. *Journal of Addictive Diseases* 19(2): 29-41.
101. Marlatt G. A. & Gordon J. R., 1980, *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*. In P. O. Davidsen & S. M. Davidsen (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health life-styles* (pp. 474-482). New York: Brunner / Mazel.
102. Marlatt G. A., 1985, *Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model*. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 3-70). New York: Guilford Press.
103. Martin G. Neil, 2003, *Νευροψυχολογία: Εγκέφαλος & Συμπεριφορά*. Έλλην.
104. May R., 1958, *Contributions of Existential Psychotherapy*. In R. May, E. Angel & H. F. Ellenberger (Eds.), *Existence: A New Dimension in Psychiatry & Psychology*. New York: Basic Books.
105. May R., 1959, *The Discovery of Being: Writing in Existential Psychology*. New York: Norton.
106. May R., 1961, *Existential Bases of Psychotherapy*. In R. May (Ed.), *Existential Psychology*. New York: Random House.
107. McElroy S. L., Keck P. E., Pope H. G., Hudson J. I., Faedda G. L. & Swann A. C., 1992, *Clinical & Research Implications of the Diagnosis of Dysphoric or Mixed Mania or Hypomania*. *American Journal of Psychiatry*, 149 (12), 1633 – 1644.
108. McLellan A. T., Arndt I. O., Metzger D. S., Woody G. E. & Brien CP.O., 1993, *The Effects of Psychological Services in Substance Abuse Treatment*. *JAMA* 269 (15): 1953 – 1959.
109. Mellon R., 1999, *Outsight: Radical Behaviorism & Psychotherapy*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 8, 123 – 146.

110. Miller I. W. & Norman W. H. 1979, *Eearned helplessness in humans: A review and attribution - theory model*. Psychological Bulletin, 86(1), 93-118.
111. Miller I. W. & Norman W. H., 1979, *Learned Helplessness in Humans: A Review & Attribution – Theory Model*. Psychological Bulletin, 86 – (1), 93 – 118.
112. Moscovici S., 1961, *La Psychanalyse: Son Image & Son Public*. Paris, Presses Universitaires de France.
113. Moser K., Pugh H. & Goldblatt P., 1988, *Inequalities in Women’s Health: Looking at Mortality Differentials Using an Alternative Approach*. British Medical Journal, 296: 1221- 4.
114. Moustakas C. E., 1961, *Loneliness*. New York: Prentice- Hall.
115. Moustakas C. E., 1975. *The touch of loneliness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
116. Mueller et. Al., 1996, *Recovery after 5 years of unremitting Major Depressive Disorder*. Archives of General Psychiatry, 53, 794 – 799.
117. Mueller T., Keller M. B., Econ A. C., Solomon D. A., Shea M. T, Corvell W., & Endicott J., 1996, *Recovery after 5 years of unremitting major depressive disorder*. Archives of General Psychiatry, 53, 794 - 799.
118. Myers J. K., Weissman M. M., Tischler G. L., Holzer III C. E., Leaf P. J., Orvaschel H., Anthony J. C., Boyd J. H., Burke J. D., Kramer M. & Stoltzman R., 1984, *Six – Month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities: 1980 – 1982*. Archives of General Psychiatry, 41, 959 – 967.
119. Myers J., Lindenthal J. & Pepper M., 1974, *Social Class Life Events & Psychiatric Symptoms in Dohrenwend B. S., Dohrenwend B. P., (Ed.), Stressful Life Events*. New York, J. Wiley.
120. Nathan P. E., 1993, *Alcoholism: Psychopathology, etiology, and treatment*. In P. B. Sutker & II. E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology (pp. 451-476)*. New York: Plenum Press.
121. Nettleton S., 2002, *Κοινωνιολογία της Υγείας & της Ασθένειας*. Τυπωθήτω – Γ. Δαρδανός.
122. Nolen - Hoeksema S., 1987, *Sex differences in unipolar depression: Evidence and Theory*. Psychological Bulletin, 101(2), 259-282.
123. Nolen – Hoeksema S., 1987, *Sex Differences in Unipolar Depression: Evidence & Theory*. Psychological Bulletin, 101, 259 – 282.

124. Nolen - Hoeksema S., Girgus J. S., & Seligman M. E. P. 1992, *Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study*. Journal of Abnormal Psychology, 101(3), 405-422.
125. Oscar - Berman M., Shagrin B., Everr D. L. & Epstem C., 1997, *Impairments of brain and behavior: The neurological effects of alcohol*. Alcohol Health & Research World, 21. 65 - 75.
126. Petersen A. C., Compas B. E., Brooks - Gunn J., Stemmle, M., Ey S., & Grant K. E., 1993, *Depression in adolescence*. American Psychologist, 48 (2), 155-168.
127. Portenoy R. K. & Payne R., 1997, *Acute and chronic pain*. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook (pp. 563-589)*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
128. R. A., Clark D. A., Beck A. T. & Ranieri W. F., 1995, *Common & Specific Dimensions of Self – Reported Anxiety & Depression: A Replication*. Journal of Abnormal Psychology, 104 (3), 542 – 545.
129. Rado S., 1928, *The Problem of Melancholia*. International Journal of Psychoanalysis, 9, 420 – 438.
130. Rahe R., Meyer M., Smith M., Kjaer G. & Holmes T., 1964, *Social Stress & Illness Onset*. J. Psych. Research, 8, 35 – 44.
131. Raich R. M., Rosen J. C., Deus J., Perez O., Requiena A., & Gross J., 1992, *Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: A comparative study*. International Journal of Eating Disorders, 11, 6.5—72.
132. Rehm L. A., 1977, *A Self– Control Model of Depression*. Behavior Therapy, 8, 787 – 804.
133. Rehm L. A., 1977, *A self- control model of depression*. Behavior Therapy. 8, 787-804.
134. Rehm L. P., 1990, *Cognitive & Behavioral Theories*. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds.), *Depressive Disorders: Facts, Theories & Treatment Methods (pp. 64 – 91)*. New York: John Wiley.
135. Rehm, L. P. Cognitive and behavioral theories. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods (pp. 64- 91)*. New York: John Wiley.
136. Robert S. & Lamontagne Y., 1977, *Dépression*. In R. LaDouceur, M. A. Bouchard & L. Cranger (Eds.), *Principles et Applications des Thérapies Behaviorales*. St. Hyacinthe: Edisem.

137. Rockwood K., Stolee P., & Brahim A., 1991, *Outcomes of admission to a psychogeriatric service*. Canadian Journal of Psychiatry, 36(4), 275-279.
138. Rogers C. R., 1955, *Persons or Science? A Philosophical Question*. American Psychologist, 10, 267 – 268.
139. Rogers C. R., 1961, *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
140. Rogers C. R., 1961, *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.
141. Rosenberg, H. (1993). *Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers*. Psychological Bulletin, 113, 129-139.
142. Rosenhan D., 1973, *On Being Sane in Insane Places*. Science, 179: 250 – 258.
143. Rush J. A., 1993, *Mood Disorders in DSM – IV in D. L. Dunner (Ed.), Current Psychiatric Therapy, (pp. 189 – 195)*. Philadelphia: W. B. Saunders.
144. Schmitz J. M., Schneide, N. G., & Jarvik M. E., 1997, *Nicotine*. In J. H. Eowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Eangrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook (pp. 276-294)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
145. Schuckir M/A., Smith T. L., Anthenelli R. & Irwin M., 1993, *Clinical course of alcoholism in 636 male inpatients*. American Journal of Psychiatry, 150, 786 – 792.
146. Schwartz A. & Schwartz R. M., 1993, *Depression: Theories & Treatments. Psychological, Biological & Social Perspectives*. New York: Columbia University Press.
147. Seligman M. E. P., 1973, *Fall into Helplessness*. Psychology Today, 7, 43 – 48.
148. Seligman M. E. P., 1975, *Helplessness On Depression, Development & Death*. San Fransisco: W. H. Freeman.
149. Silverman C., 1968, *The Epidemiology of Depression*. Baltimore – Maryland: Joan Hopkins University Press.
150. Simon E. I., (1997). *Opiates: Neurobiology*. In J. H. Lowinson P. Ruiz R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook (pp. 148-158)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
151. Sisson R. W. & Azrin N. H., 1989, *The community reinforcement approach*. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcohol treatment approaches: Effective alternatives*. Elmsford: NY: Perganion Press.
152. Skinner B. F., 1953, *Science & Human Behavior*. New York: Free Press.
153. Sobell M. B. & Sobell L. C., 1978, *Behavioral treatment of alcohol problems*. New York: Plenum Press.

154. Sorenson S. B., Rutter C. M. & Aneshensel C. S., 1991, *Depression in the Community: An Investigation into Age of Onset*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 541 – 546.
155. Stein R. M. & Ellmwood E. H., 1993, *Stimulant Use: Cocaine and Amphetamine*. In D. E. Dunner (Ed.), *Current Psychiatric Therapy* (pp. 98-105). Philadelphia: W. B. Saunders.
156. Strain E. C., Mumtord G. K., Silverman K. & Griffiths, R. R., 1994, *Caffeine dependence syndrome: Evidence from case histories and experimental evaluations*. Journal of the American Medical Association, 272, 1043-1048.
157. Szasz T., 1970, *The Manufacture of Madness*. New York: Harper & Row.
158. Taylor M. A. & Abrams R., 1981, *Early and late-onset bipolar illness*. Archives of General Psychiatry, 3K (1), 58-61.
159. Thase M. C., 1990, *Relapse and Recurrence in Unipolar Major Depression: Short – term & Long – Term Approaches*. Journal of Clinical Psychiatry, 51 (6, Suppl.), 51 – 57.
160. Thase M. E. & Kupfer D. J., 1996, *Recent developments in the pharmacotherapy of mood disorders*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 646-659.
161. Thase M. E., 1990, *Relapse and recurrence in unipolar major depression: Short-term and long-term approaches*. Journal of Clinical Psychiatry, 57 (6, Suppl.), 51-57.
162. Tollefson G. D., 1993, *Major Depression in D. L. Dunner (Ed.), Current Psychiatric therapy*. Philadelphia: W. B. Saunders.
163. Turner B. S., 1987, *Medical Power & Social Knowledge*. London, Sage.
164. Verster A. & Buning E., Ιούνιος 2000, *Κατευθυντήριες Γραμμές για τα Προγράμματα Μεθαδόνης*.
165. Warneke E. B., 1991, *Benzodiazepines: Abuse and new use*. Canadian Journal of Psychiatry, 36, 194-205.
166. Wehr T. A., Sach D. A. & Rosental N. E., 1987, *Seasonal Affective Disorder with Summer Depression & Winter Hypomania*. American Journal of Psychiatry, 144, 1602 – 1603.
167. Weissman M. M. & Klerman G. L., 1977, *Sex differences and the epidemiology of depression*. Archives of General Psychiatry, 34, 98-111.
168. Weissman M. M., & Oltson M., 1995 (August 11), *Depression in women: Implications for health care research*. Science, 209, 799-801.

169. Weissman M. M., Beuce M. L., Leaf P. J., Florio L. P. & Holzer C., 1991, *Affective Disorders in L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), Psychiatric Disorders of America: The Epidemiologic Catchment Area Study (pp. 53 – 80)*. New York: Free Press.
170. Weissman M. M., Bruce M. L., Leaf P. J., Florio L. P. & Holzer C., 1991, *Affective disorders. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), Psychiatric disorders of America: The epidemiologic catchment area study (pp. 53-80)*. New York: Free Press.
171. Wender P. H. & Klein D. F., 1981, *Mind, Mood & Medicine: A Guide to the New Biopsychiatry*. New York: Farrar, Strauss & Giroux.
172. Williams R., 1983, *Concepts of Health: An Analysis of Lay – Logic*. *Sociology*, 17: 185 – 204.
173. Williams, R. (1983), “*Concepts of Health: An Analysis of Lay Logic*”, *Sociology*, 17: 185-204.
174. Wolpe J., 1971, *Neurotic Depression: Experimental Analog, Clinical Syndromes & Treatment*. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 362 – 368.
175. Woody G. E. & Caeciola.J., 1997, *Diagnosis and classification: DSM-IV and ICD-10. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), Substance abuse: A comprehensive textbook (pp. 361-363)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
176. Wright P. & Treacher A. (Eds.), *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
177. Young, A. M., & Herling, S. (1986). *Drugs as reinforcers: Studies in laboratory animals. In S. R. Goldberg & I. P. Stolerman (Eds.), Behavioral analysis of drug dependence (pp. 967)*. Orlando, FL.: Academic Press.
178. Zavalloni M. & Guérin C. L., *Κοινωνική Ταυτότητα & Συνείδηση, Εισαγωγή στην Εγώ – Οικολογία*. Γ΄ Έκδοση, Ελληνικά Γράμματα.
179. Δημητρίου Ε. Χ., 1996, *Συγκαλυμμένη Κατάθλιψη. Στο Γ. Ν. Χριστοδούλου (Επιμ.), Κατάθλιψη (σελ. 81 – 87)*. 22^ο Ετήσιο ΠΑνελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.
180. Κακούρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2003, *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Τυπωθήτω – Γ. Δαρδανός.
181. Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Α. Π. Θ., 1986, *Οργάνωση, Λειτουργία & Ανάλυση Στοιχείων Περιόδου 1980 – 1985*. Θεσσαλονίκη.
182. Κωστόπουλος Γ. Κ., Ιούλιος 2002, *Εγκέφαλος: Ο πιο δικός μας άγνωστος*. Τμήμα Ιατρικής Παν/μίου Πατρών.
183. Μαδιανός Μ., 2002, *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Καστανιώτη.

184. Μαλικιώση – Λοΐζου Μ. & Anderson L. R., 1995, *Σύγκριση Σχέσεων Κέντρου Ελέγχου της Συμπεριφοράς & Αυτοκαταγραφής με τη Μοναξιά & την Ικανοποίηση από τη Ζωή μεταξύ Ελληνίδων & Αμερικανίδων Φοιτητριών*. *Ψυχολογία*, 2 (1), 107 – 126.
185. Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 1993, *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
186. Μάνος Ν., 1997, *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
187. Μελισσά – Χαλκιοπούλου Χ., καθηγήτρια Ψυχολογίας Τμήματος Νοσηλευτικής Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης, 1996, *Η Εξελικτική και η Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*.
188. Μέλλον Ρ., 2001, *Ανάλυση Συμπεριφοράς*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
189. Νέστορος Ι. Ν., 1992, *Ψυχοπαθολογία & Επιθετικότητα*. Στον Ι. Ν. Νέστορος (επιμ.), *Η Επιθετικότητα στην Οικογένεια, στο Σχολείο & στην Κοινωνία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (σελ. 185 – 224).
190. Νέστορος Ι. Ν., Ζγαντζούρη Κ. Α. & Λαμπρόπουλος Γ. Κ., 1999, *Συνθετική Ψυχοθεραπεία: Από τη Θεωρία στην Εφαρμογή*. Στο Π. Ασημάκης (επιμέλεια), *Σύγχρονες Ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα: Από τη Θεωρία στην Εφαρμογή*. Αθήνα, Ινστιτούτο ΠΡΟΣωπικής Ανάπτυξης & University of Indianapolis, Athens Press (σελ. 325 – 378).
191. Ντώνιας Σ. & Μάνος Ν., 1980, *Διαγνωστικό & Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών*. Ελληνική Έκδοση Θεσσαλονίκη, Β΄ Παν/κή Ψυχιατρική Κλινική Α. Π. Θ..
192. Παπαδάτου Δ. & Νίλσεν Μ., 1998, *Το Πένθος στη Ζωή μας*. Μέρμηνα.
193. Παπαστάμου Στάμος, (επιμέλεια), 2000, *Η Κοινωνική Ψυχολογία στο κατώφλι του 21^{ου} Αιώνα: η Ελληνική Πραγματικότητα*. Ελληνικά Γράμματα.
194. Ρήγα Α. Β. & Μπεχράκης Θ. Ε., 1991, *Μαρία Τ., Ιστορία Ζωής, Ψυχογραφική Προσέγγιση*. Αθήνα: Μαυρομάτης.
195. Ρήγα Α. Β., & Μπεχράκης Θ. Ε., 1991, *Μαρία Τ. Ιστορία ζωής, ψυχογραφική προσέγγιση*. Αθήνα: Μαυρομάτη.
196. Ρήγα Α. Β., 2001, *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις & Ψυχοκοινωνική Ταυτότητα*. Εκδόσεις «Γιώργος Γκέλμπεσης».
197. Ρήγα Α. Β., 2001, *Μαρία Τ., Ιστορία Ζωής, Ψυχογραφική Προσέγγιση*. Αθήνα: Μαυρομάτης, Δ΄ Έκδοση.

198. Ρήγα Α. Β., 2001, *Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις σε Οργανισμούς, Ομάδες και Άτομα*. Ελληνικά Γράμματα.
199. Στεφανής Κ. & συνεργάτες, 1979, *Θέματα Ψυχιατρικής*. Αθήνα.
200. Στεφανής Κ., Μαδιανού Δ. & Μαδιανός Μ., 1986, *Πανελλήνια Έρευνα Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες & Υγεία στο Γενικό Πληθυσμό*. Έκθεση Περιγραφικών Αποτελεσμάτων, τόμος 1^{ος}. Ψυχιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών.