

## **Σχολή Κοινωνικών Επιστημών**

### **Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων**

#### **Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**"Επιπολασμός καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών σε  
γυναίκες της επαρχίας και σχετιζόμενοι παράγοντες"**

Αλεξάνδρα Μάντζιου

Επιβλέπων Καθηγητής: Βάιος Περιτογιάννης

Πάτρα, Ιανουάριος 2022

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο/η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο/Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

**"Επιπολασμός καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών σε γυναίκες της  
επαρχίας και σχετιζόμενοι παράγοντες"**

Αλεξάνδρα Μάντζιου

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:  
Βάιος Περιογιάννης  
«Ψυχίατρος, ΕΑΠ»

Συν-Επιβλέπων  
Κωνσταντίνος Αργυρόπουλος  
«Ψυχίατρος, ΕΑΠ»

Πάτρα, Ιανουάριος 2022

*«Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου Κύριο Βάιο Περιτογιάννη για την καθοδήγηση του στην εκπόνηση της εργασίας μου , τους συναδέλφους και την οικογένεια μου για την υπομονή και τη στήριξη τους στον εγχείρημα μου αυτό, τον Κύριο Νικόλαο Βαΐτση για τη βοήθεια του στη στατιστική ανάλυση και τον Κύριο Γεώργιο Λυράκο για την παραχώρηση άδειας χρήσης της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της έρευνας αυτής της μελέτης »*

## Περίληψη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα καταθλιπτικά σύνδρομα και οι αγχώδεις διαταραχές είναι πιο συχνές στις γυναίκες και υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ο επιπολασμός τους έχει αυξηθεί τα τελευταία δύο χρόνια, έπειτα από την έναρξη της πανδημίας COVID-19. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν πολλές σχετικές μελέτες, αλλά παλαιότερα δεδομένα υποδηλώνουν πως οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν τέτοιες διαταραχές. Ακόμα λιγότερα είναι γνωστά για τις γυναίκες που διαμένουν σε περιοχές της επαρχίας, όπου μάλιστα οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι λιγοστές και η διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής συχνά τίθεται από τους γιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμηθεί ο επιπολασμός των αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών σε γυναίκες που ζουν στην επαρχία μετά τα διαστήματα καραντίνας λόγω της πανδημίας COVID-19 και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση με επιλεγμένους κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες. Η ερευνητική υπόθεση είναι πως τα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων θα είναι υψηλά στις γυναίκες της επαρχίας μετά τα διαστήματα καραντίνας.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Διεξήχθη συγχρονική μελέτη με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια (DASS-21) τα οποία μοιράστηκαν σε χρήστριες υπηρεσιών δύο ιδιωτικών ιατρείων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στην περιοχή των Φαρσάλων του Ν. Λάρισας. Με την μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας εντοπίστηκαν οι συμμετέχουσες, οι οποίες ενημερώθηκαν για την εθελοντική συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 129 γυναίκες. Οι 22 (17,1%) είναι ηλικίας 18-35 ετών, οι 32 (24,8%) 36-50 ετών, οι 39 (30,2%) 51-65 ετών, και οι 36 (27,9%) είναι μεγαλύτερες από 69 ετών. Οι 16 (12,4%) έχουν ιστορικό έως και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι 81 (62,8%) Δευτεροβάθμιας, και οι 32 (24,8%) Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι 23 (17,8%), από τις συμμετέχουσες, διαμένουν μόνες. Εργαζόμενες είναι οι 41 (31,8%) και με ιστορικό τουλάχιστον ενός χρόνιου νοσήματος είναι οι 17 (13,2%). Ως προς την οικονομική κατάσταση 37 (28,7%) δήλωσαν καλή και από 46 (35,7%) δήλωσαν κακή και μέτρια. Το 40,3% των γυναικών του δείγματος είχε αγχώδη συμπτώματα, και το 17,1% καταθλιπτική συμπτωματολογία. Βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης, αλλά και μεταξύ άγχους και κατάθλιψης και ηλικιακής ομάδας, εκπαιδευτικού επιπέδου, κατάστασης διαμονής, εργασιακής κατάστασης και παρουσίας χρόνιων νοσημάτων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι γυναίκες που ζουν στην επαρχία εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους μετά τα διαστήματα καραντίνας λόγω της πανδημίας COVID-

19. Οι γιατροί της ΠΦΥ συστήνεται να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή για παρουσία καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας σε γυναίκες άνω των 65 ετών, που ζουν μόνες, πάσχουν από χρόνια νοσήματα , είναι απόφοιτοι της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης ή είναι άνεργες.

#### **Λέξεις-κλειδιά**

*Άγχος, γυναίκες, επαρχία, επιπολασμός, ηλικιωμένοι, κατάθλιψη, κοινές ψυχικές διαταραχές, COVID-19, .*

## Abstract

**INTRODUCTION:** Depressive and stress disorders are more common in women and there are strong indications that their prevalence has increased during the last two years, after the beginning of the COVID19 pandemic. There is not enough relevant research in our country, but older data suggests that women are more likely to develop such disorders. Even less is known about women who reside in rural areas where mental health services are scarce, and the diagnosis of a mental disorder is often made by Primary Health Care (PHC) doctors.

**AIM:** The aim of the present study is to estimate the prevalence of stress and depressive disorders in women who live in rural areas after the time periods spent in quarantine due to the COVID19 pandemic and to examine a potential correlation with selected socio-demographic factors. The research hypothesis is that stress levels and depressive symptoms will be high in these women after the quarantine periods.

**METHODOLOGY:** A cross-sectional study was conducted, making use of self-administered questionnaires (DASS-21) which were handed out to users of two Primary Health Care private practices in the area of Farsala, in the prefecture of Larisa. The participants were located through the method of opportunistic sampling and briefed about the voluntary completion of the questionnaires so as to ensure anonymity.

**RESULTS:** The study sample is comprised of 129 women. 22 (17.1%) are aged 18-35, 32 (24.8%) are aged 36-50, 39 (30.2%) are aged 51-65 and 36 (27.9%) are older than the age of 69. 16 of them (12.4%) have a primary education background, 81 (62.8%) have a secondary education background, and 32 (24.8%) have a tertiary education background. 23 (17.8%) of the participants reside alone. 41 (31.8%) are employed while 17 (13.2%) of the participants have a history of chronic disease. In terms of their financial status, 37 (28.7%) have stated it is good, and 46 (35.7%) have stated it is moderate or bad. 40.3% of the women that make up the sample had stress symptoms, and 17.1% symptoms of depression. Ample correlation between stress and depression has been noted, as well as between stress, depression and age group, educational level, state of residence, employment status and the presence of chronic diseases.

CONCLUSION: Women who live in rural areas have shown increased levels of stress and depression after the time periods spent in quarantine due to the COVID19 pandemic. Doctors of PHC should pay special attention for the presence of depressive and anxiety symptoms in particular in women older than 65 years old, who live alone, suffer from chronic diseases and have only attended Primary Education or who are unemployed.

**Keywords**

*Depression, women, rural, prevalence, elderly, depression, common mental disorders, COVID-19*

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	2
Abstract.....	4
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	8
1.1 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	9
1.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ .....	10
1.2 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	14
1.2.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΦΟΒΙΑ.....	14
1.2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ .....	14
1.2.3 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΓΑΔ) .....	15
1.2.4 ΜΙΚΤΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	16
1.3 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ .....	17
1.4 ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	18
2.1 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ .....	20
2.1.1 Μονοαμινεργική υπόθεση.....	20
2.1.2 Αλλαγές στον άξονα Υποθαλάμου - Υπόφυσης – Επινεφριδίων (ΥΥΕ) .....	20
2.1.3 Ανοσοποιητικό σύστημα και ο ρόλος της φλεγμονής .....	21
2.1.4 Νευροπλαστικότητα και νευρογένεση .....	22
2.1.5 Δομικές και λειτουργικές αλλαγές στον εγκέφαλο.....	23
2.1.6 Κληρονομικότητα και Επιγενετική .....	24
2.1.7 Περιβαλλοντικοί παράγοντες/ Παράγοντες Κινδύνου.....	25
2.2 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΣΕ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	27
2.3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	31
2.4 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΑΡΑΝΤΙΝΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ .....	36
Εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας .....	39
3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	40
3.2 Φαρμακευτικές θεραπείες .....	40
3.3 Ψυχοθεραπεία .....	42
3.4 Άλλες μορφές θεραπείας.....	42
4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	44
4.1.1 Αναγκαιότητα της έρευνας .....	44
4.1.2 Σκοπός της έρευνας .....	44
4.1.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	44
4.1.4 Μεθοδολογία και πληθυσμός έρευνας.....	45
4.1.5 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη.....	46
4.1.6 Στατιστική ανάλυση .....	46
4.2 Αποτελέσματα .....	47
4.2.1 Περιγραφική ανάλυση .....	47
4.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	48
4.3.1 Ποιο είναι το επίπεδο του άγχους και της κατάθλιψης σε γυναίκες που ζουν στην επαρχία, μετά τα διαστήματα καραντίνας;.....	48

4.3.2 Σχετίζεται το επίπεδο άγχους με το επίπεδο κατάθλιψης σε γυναίκες που ζουν στην επαρχία, μετά τα διαστήματα καραντίνας;.....	48
4.3.3 Σχετίζεται το επίπεδο άγχους με την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το είδος διαμονής, την εργασιακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, το ιστορικό χρόνιων νοσημάτων; .....	50
ΗΛΙΚΙΑ .....	50
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ .....	51
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ.....	54
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	56
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .....	58
ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	60
4.3.4 Σχετίζεται το επίπεδο κατάθλιψης με την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το είδος διαμονής, την εργασιακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, το ιστορικό χρόνιων νοσημάτων; .....	62
ΗΛΙΚΙΑ .....	62
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ .....	64
ΔΙΑΜΟΝΗ.....	66
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	68
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .....	70
ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	72
5.2.1 Δυνατά σημεία .....	82
5.2.2 Περιορισμοί.....	82
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	84
7.1.1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ .....	92
7.1.2 ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ.....	96

## 1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές σε παγκόσμιο επίπεδο. Ένας στους πέντε ανθρώπους θα βιώσει ένα τουλάχιστον καταθλιπτικό επεισόδιο μια φορά στη ζωή του , με συνέπεια σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς της ζωής του (Menard et al., 2016; Malhi & Manu,2018; Beurel et a.,2020). Η νοσηρότητα και η θνητότητα που σχετίζονται με την κατάθλιψη, την καθιστούν νούμερο ένα αιτία αναπηρίας σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ αρκετά σημαντική είναι και η οικονομική επιβάρυνση για την κοινωνία λόγω μειωμένης παραγωγικότητας και δυνατότητας για εργασία (Beurel et al.,2020).

Η κατάθλιψη και το άγχος εμφανίζουν αυξημένο επιπολασμό στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες, μέχρι και δύο φορές υψηλότερο. (Otten et al., 2021). Αρκετές βιολογικές διεργασίες έχουν προταθεί για την εξήγηση των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων, όπως προδιάθεση για ευαλωτότητα στις γυναίκες, έντονες ορμονικές διακυμάνσεις και ευαισθησία σε ορμόνες στα εγκεφαλικά συστήματα που ρυθμίζουν το συναίσθημα (Sassarini, 2016). Σημαντικό ρόλο στην αυξημένη ευαλωτότητα των γυναικών στο άγχος και στην κατάθλιψη παίζουν και οι περιβαλλοντικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, με τις γυναίκες να αντιμετωπίζουν περισσότερα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής σε σύγκριση με τους άντρες, και να βιώνουν αυξημένο στρες σε σχέση με τους κοινωνικούς ρόλους τους (Altemus et al., 2014; Sassarini,2016). Ένα σημαντικό μέρος των ατόμων που πάσχουν από καταθλιπτικές διαταραχές βιώνουν ταυτόχρονα και κλινικά σημαντικά συμπτώματα άγχους και εμφανίζουν πιο σοβαρή συμπτωματολογία, έχουν μεγαλύτερο χρόνο ανταπόκρισης στη θεραπεία και γενικότερα παρουσιάζουν μικρότερη ύφεση στα συμπτώματα και φτωχότερη θεραπευτική έκβαση (Choi et al., 2020).

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται αρκετοί παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής, κάποιοι από τους σημαντικότερους είναι το οικογενειακό ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής – 35% περίπου του κινδύνου αποδίδεται σε κληρονομικότητα – αλλά και η παρουσία αντίξωων συνθηκών διαβίωσης κατά την παιδική ηλικία (όπως παραμέληση, σωματική , συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση) , το γυναικείο φύλο και η παρουσία ιατρικών καταστάσεων , όπως τα μεταβολικά και αυτοάνοσα νοσήματα που αυξάνουν τον κίνδυνο καταθλιπτικής

διαταραχής (Beurel et al., 2020). Η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, η ανάπτυξη θετικών και λειτουργικών στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η εξωστρέφεια και η ευσυνειδητότητα, και τα υψηλά επίπεδα αυτεπάρκειας φαίνεται πως προάγουν την ψυχική ανθεκτικότητα και λειτουργούν προστατευτικά στην εκδήλωση κατάθλιψης και άγχους (Schiele & Domschke, 2017).

Τον Ιανουάριο του 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακηρύσσει τη νόσο COVID-19 ως επείγουσα κατάσταση δημόσιας υγείας και στη συνέχεια το Μάρτιο του 2020 ανακηρύσσεται ως πανδημία, με την πλειοψηφία των χωρών ανά τον κόσμο να επιβάλλουν περιοριστικά μέτρα και καραντίνα για την αποφυγή εξάπλωσης του ιού. Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε μια χωρίς προηγούμενο επείγουσα κατάσταση υγείας που επηρέασε εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, με την επιστημονική κοινότητα να εκφράζει τις ανησυχίες της για τον αντίκτυπο στην ψυχική και σωματική υγεία του πληθυσμού (Castaldelli-Maia et al., 2021).

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των ποσοστών αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών, και η πιθανή συσχέτιση τους με κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες, σε δείγμα γυναικών που ζουν στην επαρχία και απευθύνθηκαν σε δομές της ΠΦΥ. Στο πρώτο μέρος της μελέτης γίνεται σύντομη αναφορά στα διαγνωστικά κριτήρια των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών βάσει των δυο συστημάτων ταξινόμησης, στο επιπολασμό αυτών, στους παράγοντες που εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία των διαταραχών, στις διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ ομάδων του πληθυσμού και στην επίπτωση της πανδημίας COVID-19 στον επιπολασμό των ανωτέρω διαταραχών. Στη συνέχεια παρουσιάζεται το ερευνητικό μέρος της μελέτης και αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας.

## 1.1 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5), αναφέρονται και οι ακόλουθες καταθλιπτικές διαταραχές:

- Διασπαστική Διαταραχή Απορρύθμισης της Διάθεσης
- Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ)
- Επιμένουσα καταθλιπτική Διαταραχή (Δυσθυμία)
- Προεμμηνορρυσιακή Δυσφορική Διαταραχή
- Προκαλούμενη από ουσίες /φάρμακα Καταθλιπτική Διαταραχή

- Καταθλιπτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Άλλη Σωματική Κατάσταση
- Άλλη Προσδιορισμένη Καταθλιπτική Διαταραχή
- Απροσδιόριστη Καταθλιπτική Διαταραχή

Αν η καταθλιπτική συμπτωματολογία εμμένει τις περισσότερες ημέρες για τουλάχιστον δύο έτη χωρίς περιόδους ύφεσης χαρακτηρίζεται πλέον ως Δυσθυμία ή Επιμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (Malhi & Manu, 2018).

Σύμφωνα με τη Διεθνής Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10), όταν εμφανίζονται επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατάθλιψης -ήπιας , μέτριας ή βαριάς σοβαρότητας , με/χωρίς ψυχωτικά στοιχεία- η διάγνωση είναι η Υποτροπιάζουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (ICD-10, 2008).

Η προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα Καταθλιπτική Διαταραχή είναι μια επίμονη διαταραχή της διάθεσης η οποία εμφανίζεται κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την τοξίκωση ή στέρηση ουσίας ή έκθεσης σε φάρμακο (αλκοόλ, φαινκυκλιδίνη, παραισθησιογόνα, εισπνεόμενα, οπιοειδή , ηρεμιστικά/υπνωτικά/αγχολυτικά, αμφεταμίνη, κοκαΐνη) (DSM-5, 2015).

## 1.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) αποτελεί κοινή ψυχιατρική διαταραχή, με ένα στους πέντε ανθρώπους να επηρεάζονται , βιώνοντας ένα καταθλιπτικό επεισόδιο τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους (Menard et al., 2016; Malhi & Manu, 2018). Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες αναπηρίας παγκοσμίως - με τις καταθλιπτικές διαταραχές να αποτελούν την τρίτη αιτία αναπηρίας παγκοσμίως το 2015 – καθιστώντας την αναμφισβήτητα ένα σημαντικό κλινικό ζήτημα και ανησυχία για τη δημόσια υγεία (Menard et al., 2016; Park & Zarate, 2019).

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από μεγάλη ετερογένεια τόσο στις κλινικές εκδηλώσεις της όσο και στη συμπτωματολογία της. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης επηρεάζουν το συναίσθημα, τα κίνητρα, τη γνωστική και σωματική λειτουργία καθιστώντας τη μια αρκετά περίπλοκη νόσο (Menard et al, 2016). Για τη διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (ΜΚΔ) και τα δύο διαγνωστικά εγχειρίδια (DSM-5, ICD-10) βασίζονται στην αναγνώριση ενός αριθμού συμπτωμάτων τα οποία είναι παθογνωμικά της κατάθλιψης και προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας στην καθημερινή ζωή του ατόμου και δεν οφείλονται στην επίδραση κάποιας ουσίας ή σε άλλη σωματική κατάσταση (Malhi & Manu, 2018). Η ΜΚΔ σύμφωνα με το DSM-5 διαγιγνώσκεται μετά από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο διάρκειας τουλάχιστον δύο εβδομάδων ή και περισσότερο με παρόν ένα από τα δύο βασικά

συμπτώματα (καταθλιπτική διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης/ανηδονία) και τρία ή περισσότερα από τα υπόλοιπα συμπτώματα (Malhi & Manu, 2018). Στον Πίνακα 1 αναφέρονται τα συμπτώματα της ΜΚΔ σύμφωνα με το DSM-5 (DSM-5, 2015).

**Πίνακας 1 Συμπτώματα Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής<sup>1</sup>**

1. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας , σχεδόν καθημερινά, όπως φαίνεται είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθάνεται θλίψη, κενό ή απελπισία) είτε από την παρατήρηση των άλλων (π.χ. φαίνεται ευσυγκίνητος)
2. Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες , ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας , σχεδόν καθημερινά(όπως φαίνεται είτε από υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων) .
3. Σημαντική απώλεια βάρους ενώ δεν κάνει δίαιτα ή αύξηση του βάρους (π.χ. μεταβολή πάνω από το 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα), ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά.
4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά.
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από τους άλλους , όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).
6. Κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά.
7. Αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής (τα οποία είναι δυνατόν να είναι παραληρητικά) σχεδόν καθημερινά (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή επειδή είναι ασθενής).
8. Ελαττωμένη ικανότητα να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί , ή αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά (είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων).
9. Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου ), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή απόπειρα αυτοκτονίας , ή συγκεκριμένο σχέδιο να αυτοκτονήσει.

<sup>1</sup> DSM-5 (2015)

Τα συμπτώματα ενός καταθλιπτικού επεισοδίου μπορούν να διαχωριστούν σε *συναισθηματικά* (καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, αίσθημα αναξιοσύνης ή ενοχή, αυτοκτονικός ιδεασμός με/χωρίς σχέδιο ή απόπειρα), σε *νευροφυτικά* (κόπωση ή απώλεια ενέργειας, διαταραχές ύπνου, διαταραχές στην όρεξη ή/και το σωματικό βάρος), σε *νευρογνωστικά* (ψυχοκινητική επιβράδυνση ή ευερεθιστότητα και έλλειψη ανεκτικότητας, δυσκολία λήψης αποφάσεων, ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης) και σε *κοινωνικά* (μειωμένη παραγωγικότητα στη δουλειά, αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων και φιλικών προσώπων, δυσκολίες στο σπίτι και την οικογενειακή ζωή) (Sassarini, 2016; Malhi & Manu, 2018). Κάποια από τα συμπτώματα (ανηδονία, αυξημένη αυτομομφή, επιδείνωση συμπτωμάτων συγκεκριμένες ώρες της ημέρας) είναι χαρακτηριστικά της κατάθλιψης, ενώ άλλα (νευροφυτικά συμπτώματα) είναι συχνά και σε άλλες ιατρικές καταστάσεις (Malhi & Manu, 2018).

Το DSM-5 αναφέρει και τους προσδιοριστές των καταθλιπτικών διαταραχών. Οι προσδιοριστές της MKΔ είναι σύμφωνα με το DSM-5 (2015):

- Με αγχώδη δυσφορία
- Με μικτά στοιχεία (μανιακά ή υπομανιακά συμπτώματα)
- Με μελαγχολικά στοιχεία
- Με άτυπα στοιχεία
- Με συμβατά με τη διάθεση ψυχωτικά στοιχεία
- Με ασύμβατα με τη διάθεση ψυχωτικά στοιχεία
- Με κατατονία
- Με έναρξη πριν ή μετά τον τοκετό
- Με εποχιακή εμφάνιση
- Τρέχουσα βαρύτητα (ήπια-μέτρια-μέτρια έως βαριά- βαριά)

Η σοβαρότητα της νόσου ορίζεται από τον αριθμό και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και το βαθμό έκπτωσης της λειτουργικότητας που αυτή επιφέρει, ενώ η παρουσία υποκλινικών συμπτωμάτων σε κάποιους ασθενείς τείνει να είναι επίμονη και προκαλεί σημαντική δυσφορία (Sassarini, 2016). Στη Διεθνή Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, ICD-10, το καταθλιπτικό επεισόδιο προσδιορίζεται ως ήπιο, μέτριας σοβαρότητας ή βαρύ ανάλογα με τον αριθμό των κλινικών συμπτωμάτων που είναι παρόντα και τη σοβαρότητα αυτών (ICD-10, 2008).

Στο DSM-5 καταργήθηκε το κριτήριο «εξαίρεσης του πένθους» βάσει της θεώρησης του πένθους ως σημαντικού ψυχοκοινωνικού παράγοντα στρες που ενδέχεται να επιδεινώσει την ψυχοσωματική υγεία ευάλωτων ατόμων και αντί αυτού προστέθηκε ως υποσημείωση η διευκρίνηση των διαφορών του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (ΜΚΕ) και του πένθους (Μούτσου & Γεωργάκα, 2020).

Σύμφωνα με τον Λυράκο (2022) : «Στο πένθος, η θλίψη χαρακτηρίζεται από αισθήματα κενού και απώλειας, ενώ στο ΜΚΕ υπάρχει επίμονη καταθλιπτική διάθεση, ανικανότητα προσδοκίας χαράς και ευχαρίστησης».

## 1.2 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές παγκοσμίως. Σύμφωνα με το DSM-5 οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν τη Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, την Επιλεκτική Βωβότητα, την Ειδική Φοβία, την Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή (Κοινωνική Φοβία), τη Διαταραχή Πανικού, την Αγοραφοβία, και τη Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (DSM-5, 2015). Αντίστοιχη είναι και η ταξινόμηση στο ICD-10, με διαφορά τις Διαταραχές Φοβικού άγχους και την Μικτή Αγχώδης και Καταθλιπτική Διαταραχή (ICD-10, 2008).

### 1.2.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΉ ΑΓΧΩΔΗΣ ΦΟΒΙΑ

Χαρακτηριστικά της Κοινωνικής Φοβίας είναι ο έντονος φόβος του ατόμου να βρίσκεται σε κοινωνικές περιστάσεις στις οποίες μπορεί να εκτεθεί σε παρατήρηση ή έλεγχο από τους άλλους, το οποίο προκαλεί σημαντική δυσφορία και έκπτωση της λειτουργικότητας (Altemus et al., 2014). Οι κοινωνικές περιστάσεις πάντα προκαλούν φόβο ή άγχος στο άτομο το οποίο τις αποφεύγει ή τις ανέχεται με μεγάλη δυσφορία και η συμπεριφορά αυτή παρατηρείται τουλάχιστον για έξι μήνες ή και περισσότερο (DSM-5, 2015).

Τα άτομα συνήθως αναφέρουν σωματικά ενοχλήματα, όπως τρόμο στα χέρια, ερυθρότητα προσώπου, ναυτία, θεωρώντας αυτές τις αγχώδεις εκδηλώσεις ως το βασικό πρόβλημα (ICD-10, 2008).

### 1.2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από αιφνίδιες κρίσεις πανικού, με έντονο αίσθημα ξαφνικού φόβου, υπερβολικής εγρήγορσης και σωματικών συμπτωμάτων και το άτομο αισθάνεται έντονο φόβο και ανησυχία για ενδεχόμενες νέες κρίσεις πανικού σε σημείο που παρατηρείται σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του (Altemus et al., 2014). Οι κρίσεις ή προσβολές πανικού παρατηρούνται και σε άλλες αγχώδεις διαταραχές. Σύμφωνα με το DSM-5 η κρίση πανικού κορυφώνεται εντός ολίγων λεπτών μπορεί να έχει διάρκεια 10-20 λεπτά και το άτομο εμφανίζει τέσσερα ή περισσότερα από τα συμπτώματα που αναφέρονται στον Πίνακα 2. Η πλειοψηφία των κρίσεων πανικού συμβαίνει κατά τη διάρκεια της ημέρας, ωστόσο ένα ποσοστό

εμφανίζει και νυχτερινές κρίσεις πανικού οι οποίες σχετίζονται με μεγαλύτερη  
δυσφορία και λειτουργική έκπτωση (Giacobbe & Flint, 2018).

**Πίνακας 2 : Σωματικά συμπτώματα προσβολής πανικού<sup>2</sup>**

Αίσθημα παλμών , ταχυπαλμία
Εφίδρωση
Τρόμος
Αίσθημα λαχανιάσματος ή δύσπνοιας
Αίσθημα πνιγμού
Πόνος/ δυσφορία στο θώρακα
Ναυτία / Κοιλιακή ενόχληση
Αίσθημα ζάλης/ τάση λιποθυμίας
Ρίγος /Αίσθημα ζέστης
Μούδιασμα/Μυρμηγκιάσματα
Αποπραγματοποίηση/ Αποπροσωποποίηση
Φόβος απώλειας ελέγχου ή επερχόμενης τρέλας
Φόβος θανάτου

### 1.2.3 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΓΑΔ)

Χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής είναι μια συνεχής, απροσδιόριστη και συχνά παράλογη ανησυχία και υπερβολικό άγχος σε καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου , τα οποία το άτομο δυσκολεύεται να τα ελέγξει και διαρκούν τουλάχιστον για περίοδο έξι μηνών ή και περισσότερο ενώ συνήθως συνοδεύονται από τρία τουλάχιστον από τα συμπτώματα που αναφέρονται στον Πίνακα 3 (DSM-5, 2015). Τα ανωτέρω προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε σημαντικούς τομείς της καθημερινότητας του.

<sup>2</sup> DSM-5, 2015

Πίνακας 3: Συμπτώματα ΓΑΔ<sup>3</sup>

Νευρική / Αίσθημα αγωνίας / Υπερένταση
Αίσθημα ασυνήθιστης ταραχής
Δυσκολία συγκέντρωσης
Ευερεθιστότητα
Μυϊκή τάση
Διαταραχές ύπνου

### 1.2.4 ΜΙΚΤΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Σύμφωνα με το ICD-10 η διάγνωση αυτή χρησιμοποιείται όταν συνυπάρχουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης χωρίς κάποιο από τα δυο να προεξάρχει ώστε να δικαιολογείται επιμέρους διάγνωση (ICD-10, 2008). Στα κριτήρια του DSM-5 δεν υπάρχει ξεχωριστή κατηγορία για αυτή την διαταραχή, ωστόσο χρησιμοποιείται ο προσδιοριστής «με αγχώδη δυσφορία» στις καταθλιπτικές διαταραχές. Αν κάποιος λοιπόν πληροί τα κριτήρια για ΜΚΔ και εμφανίζει από δύο έως πέντε συμπτώματα άγχους – δυσκολία συγκέντρωσης, υπερένταση, φόβο, αίσθημα επικείμενης καταστροφής, αίσθημα απώλειας ελέγχου εαυτού – η διάγνωση είναι ΜΚΔ με αγχώδη δυσφορία (Choi et al., 2020).

<sup>3</sup> DSM-5,2015

### 1.3 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Ο δωδεκάμηνος επιπολασμός της ΜΚΔ εμφανίζει ποικιλομορφία μεταξύ χωρών, ωστόσο υπολογίζεται περίπου στο 6%, και παρουσιάζει μικρές διαφορές μεταξύ χωρών με υψηλά εισοδήματα (5,5%) και χωρών με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα (5,9%), υποδεικνύοντας πως η κατάθλιψη δεν αποτελεί απλά συνέπεια του σύγχρονου τρόπου ζωής ή της φτώχειας (Malhi & Manu, 2018). Ο επιπολασμός της ΜΚΔ στο γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα υπολογιζόταν στο 2,4% - 3,8% περίπου ενώ ο επιπολασμός του ΜΚΕ ήταν υψηλότερος στις γυναίκες (3,68% έναντι 2,10%) (Skaripnakis et al., 2013). Η κατάθλιψη είναι δυο φορές συχνότερη στις γυναίκες παρά στους άντρες- διαφορά γνωστή και ως «χάσμα φύλου»- ενώ και στα δύο φύλα ο επιπολασμός είναι υψηλότερος κατά τη δεύτερη και τρίτη δεκαετία ζωής με μια δεύτερη, πιο μέτρια κορύφωση κατά την πέμπτη και έκτη δεκαετία ζωής (Malhi & Manu, 2018). Στις ΗΠΑ ο ισόβιος επιπολασμός της ΜΚΔ υπολογίζεται στο 21% για τις γυναίκες και στο 11% - 13% για τους άντρες (Beurel et al., 2020).

Υπολογίζεται πως το 45%-67% των ασθενών με ΜΚΔ πληρούν τα κριτήρια για μια τουλάχιστον αγχώδη διαταραχή και πως το 30%-63% των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές πληρούν τα κριτήρια για ΜΚΔ, ενώ η μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή έχει κλινικά διακριτά χαρακτηριστικά όπως φτωχή ανταπόκριση στη θεραπεία και χαμηλότερα ποσοστά ύφεσης (Choi et al., 2020).

Στις ΗΠΑ ο ισόβιος επιπολασμός των αγχώδων διαταραχών αγγίζει το 31,1% (Andreescu & Lee, 2020). Ο ισόβιος επιπολασμός της Αγοραφοβίας είναι στο 2%, της Διαταραχής Πανικού στο 2% -5%, της ΓΑΔ στο 3%-5% και της Διαταραχής Κοινωνικής Φοβίας στο 10% παγκοσμίως (Giacobbe & Flint, 2018). Ο ισόβιος επιπολασμός της ΓΑΔ και της Διαταραχής Κοινωνικής Φοβίας είναι υψηλότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες (6,6% έναντι 3,6% και 5,7%-15,5% έναντι 4,2% -11,1% αντίστοιχα) (Altemus et al., 2014). Στην Ελλάδα ο επιπολασμός της ΓΑΔ υπολογίστηκε στο 4,10% ( 5,62% στις γυναίκες έναντι 2,55% στους άντρες) , της Διαταραχής Πανικού στο 1,88% (2,55% στις γυναίκες έναντι 1,19% στους άντρες ) και της Μικτής Αγχώδους και Καταθλιπτικής διαταραχής στο 2,67% (3,07% στις γυναίκες έναντι 2,26% στους άντρες) (Skaripnakis et al., 2013).

## 1.4 ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η έναρξη της ΜΚΔ είναι συνήθως σταδιακή και η πορεία της νόσου ποικίλλει σημαντικά με την περίοδο μεταξύ των επεισοδίων να είναι γενικά καλή για τους περισσότερους ασθενείς, ενώ η διάρκεια των επεισοδίων, ο αριθμός τους και το μοτίβο εμφανίζει μεγάλη ποικιλομορφία (Malhi & Manu, 2018).

Η περίοδος που είναι πιο πιθανό να εκδηλωθεί το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο είναι από την μέση εφηβεία μέχρι τη μέση ενήλικη ζωή, ωστόσο η πλειοψηφία των ασθενών θα βιώσουν το πρώτο επεισόδιο πριν την ηλικία των 20 ετών, με μέση ηλικία έναρξης τα 25 έτη και με μια δεύτερη κορύφωση να παρατηρείται στην ηλικία των πενήντα (Malhi & Manu, 2018; Park & Zarate, 2019). Η πιθανότητα υποτροπής είναι υψηλή και ο κίνδυνος αυξάνεται με κάθε νέο καταθλιπτικό επεισόδιο, με ένα ποσοστό 80% των ασθενών να βιώνουν ένα ακόμη ΜΚΕ κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Malhi & Manu, 2018).

Με θεραπεία τα επεισόδια διαρκούν 3-6 μήνες και η πλειοψηφία των ασθενών αναρρώνουν εντός 12 μηνών. Μακροπρόθεσμα και σε διάρκεια 2-6 ετών, η αναλογία των ατόμων που αναρρώνουν μειώνεται, αγγίζοντας το 60% στα 2 έτη, το 40% στα 4 έτη και το 30% στα 6 έτη, ενώ η συννοσηρότητα με αγχώδεις διαταραχές περιορίζει σημαντικά την ανάρρωση (Malhi & Manu, 2018).

Η κατάθλιψη συσχετίζεται αρκετά με αυτοκτονία αλλά και με σημαντική μείωση στη διάρκεια ζωής, εν μέρει λόγω τις συσχέτισης με την αυτοκτονικότητα, εν μέρει λόγω αύξησης της ευαλωτότητας για κύριες ιατρικές διαταραχές -καρδιαγγειακή νόσος, εγκεφαλικό, αυτοάνοσα νοσήματα, διαβήτη, καρκίνος – και φτωχότερης έκβασης στις ιατρικές αυτές καταστάσεις των ασθενών με ΜΚΔ (Beurel et al., 2020).

Σε ασθενείς με ΜΚΔ η συννοσηρότητα με αγχώδεις διαταραχές, τα ψυχωτικά συμπτώματα, η κατάχρηση ουσιών και η συνυπάρχουσα οριακή διαταραχή προσωπικότητας σχετίζονται με φτωχότερη πρόγνωση, μεγαλύτερη διάρκεια επεισοδίων και σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Park & Zarate, 2019). Συγχρονικές και προοπτικές μελέτες έχουν δείξει πως η μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή έχει πιο πρώιμη ηλικία έναρξης σε σχέση με τη ΜΚΔ, ενώ επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν πως τείνει να είναι πιο σοβαρή από την κατάθλιψη χωρίς αγχώδη στοιχεία, με τους ασθενείς να έχουν συχνότερα καταθλιπτικά επεισόδια και μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονικό ιδεασμό και προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας (Choi et al., 2020).

Τα συμπτώματα άγχους είναι αρκετά συχνά σε ασθενείς με καταθλιπτικές διαταραχές, με τα 2/3 των ασθενών με ΜΚΔ να έχουν και κλινικά σημαντικό άγχος και μάλιστα με την αγχώδη συμπτωματολογία να εμφανίζεται ένα με δύο έτη πριν την εμφάνιση κατάθλιψης (Malhi & Manu, 2018).

Οι αγχώδεις διαταραχές συνήθως εμφανίζονται πρώτη φορά κατά την παιδική ηλικία ή την εφηβεία. Η έναρξη της Διαταραχής Πανικού παρουσιάζει κορύφωση κατά το τέλος της εφηβείας και έπειτα την τρίτη δεκαετία ζωής, η ΓΑΔ κατά την παιδική ηλικία και πρώιμη εφηβεία και μια δεύτερη κορύφωση κατά την Πέμπτη και έκτη δεκαετία ζωής (πιθανά συνδεόμενη με ανάπτυξη χρόνιων νοσημάτων), ενώ η τυπική έναρξη ηλικίας της Διαταραχής Κοινωνικής Φοβίας είναι η μέση εφηβεία (Giacobbe & Flint, 2018).

## 2.1 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η παθοφυσιολογία της κατάθλιψης δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητή, ενώ είναι πιθανό να εμπλέκονται διάφοροι μηχανισμοί και διεργασίες-μειωμένη λειτουργικότητα μονοαμινεργικών νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, διαδικασίες νευροπλαστικότητας, λειτουργικές και δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο- αλλά και περιβαλλοντικοί, ψυχοκοινωνικοί και ψυχοπνευματικοί παράγοντες. Αντίστοιχα στις αγχώδεις διαταραχές εμπλέκονται πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών, ιδιοσυγκρασιακών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

### 2.1.1 Μονοαμινεργική υπόθεση

Ο ρόλος των μονοαμινεργικών νευροδιαβιβαστών σεροτονίνη, νορεπινεφρίνη και ντοπαμίνη στην παθογένεση της ΜΚΔ έχει κινήσει το ενδιαφέρον από τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, και έχει υποστηριχτεί από ευρήματα σχετικά με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) και την ενίσχυση της νευροδιαβίβασης των μονοαμινών που προκαλούσαν μέσω διάφορων μηχανισμών (Malhi & Manu, 2018).

Υπάρχουν σημαντικές δομικές και λειτουργικές συσχετίσεις και αλληλεπιδράσεις μεταξύ των συστημάτων σεροτονίνης, νορεπινεφρίνης και ντοπαμίνης και οποιαδήποτε επίδραση στο ένα σύστημα θα επηρεάσει και τα άλλα δύο (Rizvi & Kennedy, 2011).

Η υπόθεση αυτή ωστόσο, αδυνατεί να εξηγήσει το χρόνο που χρειάζονται τα αντικαταθλιπτικά για να δράσουν, τη σημαντική ποικιλομορφία των κλινικών εκδηλώσεων της κατάθλιψης και γιατί κάποιοι ασθενείς ανταποκρίνονται στην αντικαταθλιπτική αγωγή ενώ κάποιοι άλλοι όχι.

### 2.1.2 Αλλαγές στον άξονα Υποθαλάμου - Υπόφυσης – Επινεφριδίων (ΥΥΕ)

Ο άξονας ΥΥΕ βρίσκεται στο επίκεντρο των ερευνών για την κατάθλιψη εδώ και χρόνια. Ένα από τα πιο σταθερά βιολογικά ευρήματα σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης με μελαγχολικά στοιχεία είναι τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στο πλάσμα λόγω αυξημένης έκκρισης που σχετίζεται με στρες (Malhi & Manu, 2018). Οι αλλαγές στον άξονα ΥΥΕ σχετίζονται με σημαντική έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας και η αποτυχία να επανέλθει σε φυσιολογική κατάσταση με θεραπεία σχετίζεται με φτωχή κλινική έκβαση και αυξημένο κίνδυνο υποτροπής (Malhi & Manu, 2018).

Σε ασθενείς με μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή παρατηρείται μεγαλύτερη δυσλειτουργία του άξονα ΥΥΕ. Έρευνες έχουν δείξει πως γυναίκες με κατάθλιψη με αγχώδη στοιχεία που πραγματοποίησαν δοκιμασία δεξαμεθαζόνης (DST) παρουσίαζαν μειωμένη καταστολή της κορτιζόλης κατά 50% σε σύγκριση με γυναίκες με αγχώδεις διαταραχές (καταστολή κατά 37%) και γυναίκες με ΜΚΔ (καταστολή κατά 18%) (Choi et al., 2020).

Ωστόσο τα ανωτέρω ευρήματα δεν έχει καταστεί δυνατό να αποφέρουν κλινικά αποτελεσματικές θεραπείες.

### **2.1.3 Ανοσοποιητικό σύστημα και ο ρόλος της φλεγμονής**

Οι διάφορες αλλαγές στο περιφερικό ανοσοποιητικό σύστημα και η επακόλουθη υπερ-ενεργοποίηση των προ-φλεγμονωδών κυτοκίνων έχουν συσχετιστεί με τις διαταραχές της διάθεσης. Στη διατήρηση της ομοιόστασης του οργανισμού εμπλέκονται πολλοί τύποι κυττάρων και μηχανισμών του ανοσοποιητικού συστήματος, ωστόσο η απορρύθμιση των δράσεων τους συχνά συμβάλλει στην εμφάνιση νόσων, με αρκετά ερευνητικά δεδομένα να δείχνουν ότι εμπλέκονται και στις ψυχικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης (Beurel et al., 2020). Η ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος και η αυξημένη παραγωγή προ-φλεγμονωδών κυτοκίνων επηρεάζει πολλαπλούς βιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη συμπεριλαμβανομένης της αναπαραγωγής κυττάρων, της νευρογένεσης, της γλοιογένεσης και της κυτταρικής απόπτωσης (Menard et al., 2016).

Σε αρκετές μετα-αναλύσεις έχει παρατηρηθεί αύξηση των προ-φλεγμονωδών κυτοκίνων και των πρωτεϊνών οξείας φάσης (IL-6, TNF, CRP) σε ασθενείς με ΜΚΔ σε σύγκριση με υγιή υποκείμενα, ενώ οι αυξημένοι βιοδείκτες φλεγμονής έχουν συσχετιστεί με τα άτυπα συμπτώματα της κατάθλιψης και με στοιχεία αυτοκτονικότητας στη ΜΚΔ (Beurel et al, 2020). Σε μελέτη με PET scan παρατηρήθηκε αυξημένη ενεργοποίηση των κυττάρων της μικρογλοίας κατά τη διάρκεια ΜΚΕ και ειδικά στον προμετωπιαίο φλοιό, στον πρόσθιο φλοιό του προσαγωγίου και στη νήσο του εγκεφάλου, ενώ η μεγαλύτερη ενεργοποίηση των κυττάρων αυτών στη νήσο σχετίστηκε με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης (Menard et al, 2016).

Οι περιφερικές κυτοκίνες δρουν άμεσα στους νευρώνες και στα υποστηρικτικά κύτταρα (αστροκύτταρα, κύτταρα της μικρογλοίας) αφού περάσουν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό ή μέσω σημάτων από τις οδούς των προσαγωγών, όπως αυτών στο πνευμονογαστρικό νεύρο (Malhi & Manu, 2018). Η διαπερατότητα του αιματοεγκεφαλικού φραγμού -ο οποίος αποτελείται από ενδοθηλιακά κύτταρα, περικύτταρα και αστροκύτταρα- φαίνεται πως επηρεάζεται σε άτομα με διαταραχές της

διάθεσης και όταν αυτή επηρεαστεί δύνανται να μεταβούν μονοπύρηννα από τον σπλήνα στον εγκέφαλο και το κεντρικό νευρικό σύστημα (Menard, Hodes & Russo, 2016).

Άλλες έρευνες έχουν δείξει υψηλότερο αριθμό μονοπύρηννων σε άτομα με ΜΚΔ και μέτριο – σοβαρό άγχος και μειωμένα βασεόφιλα και αυξημένα ουδετερόφιλα σε άτομα με ΜΚΔ και υψηλά επίπεδα άγχους (Choi et al., 2020).

Ο ρόλος της φλεγμονής στην πρόκληση και επιδείνωση της κατάθλιψης είναι πολύπλοκος και πολύπλευρος , και αποτελεί ένα πεδίο στο οποίο απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να γίνουν διαθέσιμες νέες θεραπευτικές επιλογές στην αντιμετώπιση των διαταραχών της διάθεσης και της ΜΚΔ πιο συγκεκριμένα.

#### **2.1.4 Νευροπλαστικότητα και νευρογένεση**

Η νευροπλαστικότητα (ανάπτυξη και προσαρμοστικότητα σε νευρωνικό επίπεδο) πιθανά επηρεάζεται από τη φλεγμονή στον οργανισμό και τη δυσλειτουργία του άξονα ΥΥΕ τα οποία προκύπτουν από περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες (Malhi & Manu, 2018).

Η διαδικασία της νευρογένεσης ελέγχεται από πρωτεΐνες και νευροτροφικούς παράγοντες (BDNF), τα οποία μειώνονται σημαντικά σε ασθενείς με κατάθλιψη και ως συνέπεια αυξάνεται η ευαλωτότητα του ατόμου στο στρες μέσω της επίδρασης αυτών των παραγόντων στους νευρώνες του πρόσθιου εγκεφάλου (Menard et al, 2016 ; Malhi & Manu, 2018). Υπάρχουν αρκετά στοιχεία που δείχνουν πως η νευρωνική ανάπτυξη που επιτυγχάνεται μέσω του νευροτροφικού παράγοντα BDNF παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών και στη ΜΚΔ γενικότερα (Rizvi & Kennedy, 2011) .

Μελέτες μετά θάνατον σε ασθενείς με κατάθλιψη έδειξαν έλλειψη κοκκοειδών νευρώνων στην οδοντωτή έλικα στον ιππόκαμπο στα άτομα που εν ζωή δεν είχαν λάβει κανενός είδους θεραπεία για την κατάθλιψη , ενώ άλλες έρευνες έδειξαν πως οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία για την κατάθλιψη έχουν σημαντικά υψηλότερο αριθμό νευρωνικών προγονικών κυττάρων σε σύγκριση με άτομα που δεν λαμβάνουν θεραπεία (Malhi & Manu, 2018).

Φαίνεται λοιπόν πως η νευρογένεση – η δημιουργία νέων νευρώνων από πολυδύναμα βλαστοκύτταρα στον εγκέφαλο ενηλίκων- ενισχύει την ανθεκτικότητα των ατόμων απέναντι στο στρες και οι αντικαταθλιπτικές θεραπείες συμβάλλουν σημαντικά σε αυτή σε άτομα που υποφέρουν από κατάθλιψη.

### **2.1.5 Δομικές και λειτουργικές αλλαγές στον εγκέφαλο**

Από τα πιο σταθερά ευρήματα ιστοπαθολογικών μελετών σε ασθενείς με κατάθλιψη είναι η μειωμένη πυκνότητα του κάτω φλοιού και των κυττάρων στον προμετωπιαίο φλοιό ενώ από ευρήματα ερευνών πιθανολογείται πως οι αλλαγές που προκαλούνται από την έκθεση σε στρες στη δομή και λειτουργία των συνάψεων στο εγκεφαλικό κύκλωμα ανταμοιβής πιθανά να σχετίζονται με τα συμπτώματα ανηδονίας και μεγαλύτερης ευαλωτότητας σε εθισμό που παρατηρούνται σε ασθενείς με κατάθλιψη (Menard et al, 2016).

Μελέτες στη δομή του εγκεφάλου έχουν δείξει σταθερά μικρότερο όγκο του ιππόκαμπου σε ασθενείς με ΜΚΔ σε σύγκριση με άτομα χωρίς κατάθλιψη, και κάποιες μελέτες έχουν συνδέσει το βαθμό της απώλειας όγκου με τη διάρκεια της κατάθλιψης χωρίς θεραπεία στη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Malhi & Manu, 2018). Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση από τα νευροαπεικονιστικά ευρήματα που παρατηρούνται στη ΜΚΔ είναι εγκεφαλική ατροφία ειδικά στον κογχομετωπιαίο ,προμετωπιαίο και στον πρόσθιο φλοιό του προσαγωγίου ενώ μέτρια μείωση του όγκου παρατηρείται στον ιππόκαμπο και στο ραβδωτό σώμα (Rizvi & Kennedy, 2011).

Μελέτες λειτουργικής απεικόνισης του εγκεφάλου που εξετάζουν τα εγκεφαλικά δίκτυα που εμπλέκονται στη ρύθμιση του συναισθήματος, στον μηρυκασμό σκέψεων και στην αυτό-επίγνωση μεταξύ άλλων, έδειξαν σε άτομα με καταθλιπτικές διαταραχές αυξημένη δραστηριότητα και συνδεσιμότητα της αμυγδαλής και του πρόσθιου προσαγωγίου, ενώ αντίθετα μειωμένη δραστηριότητα παρατηρούνταν στη νήσο του εγκεφάλου και στον ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό (Malhi & Manu, 2018).

Σε μια μελέτη έγινε σύγκριση των μαγνητικών τομογραφιών (MRI) ασθενών με ΜΚΔ, αγχώδων διαταραχών , μικτής αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής και υγιών υποκειμένων και βρέθηκε πως και οι τρεις ομάδες ασθενών εμφάνιζαν μειωμένο όγκο φαιάς ουσίας στο φλοιό της πρόσθιας μοίρας της έλικας του προσαγωγίου σε σύγκριση με τα υγιή υποκείμενα (Choi et al., 2020). Σε μελέτη λειτουργικής απεικόνισης του εγκεφάλου, ασθενείς με Διαταραχή Κοινωνικής Φοβίας έδειξαν μειωμένη ενεργοποίηση στον έσω προμετωπιαίο φλοιό σε σύγκριση με υγιή υποκείμενα (Yoon & Kim, 2020).

Ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει πως η ενεργοποίηση του «κυκλώματος απειλής» - ενεργοποιείται κατόπιν αντίληψης απειλητικών ερεθισμάτων και είναι κύκλωμα του εγκεφάλου με κοινές συνδέσεις μεταξύ του μέσω ραχιαίου προμετωπιαίου φλοιού, της νήσου του εγκεφάλου και της αμυγδαλής- σχετίζεται θετικά με επίπεδα καταστασιακού άγχους και αγχώδων χαρακτηριστικών προσωπικότητας σε άτομα με αγχώδεις διαταραχές (Giacobbe & Flint, 2018).

### **2.1.6 Κληρονομικότητα και Επιγενετική**

Μελέτες με δίδυμους δείχνουν πως η ΜΚΔ παρουσιάζει μέτρια κληρονομικότητα , με τους συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με ΜΚΔ να εμφανίζουν τρεις φορές υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση καταθλιπτικού επεισοδίου (Malhi & Manu, 2018). Μελέτες συσχέτισης ολόκληρου του γονιδιώματος (GWAS) έχουν αναγνωρίσει αρκετά γονίδια που εμπλέκονται στην ΜΚΔ, με μικρή ωστόσο επίδραση, ωστόσο οι μελέτες αυτές έχουν αρχίσει να αναγνωρίζουν με επιτυχία μεταβλητές κινδύνου ενώ τα ευρήματα που επιβεβαιώνονται πιθανά να αρχίσουν να δίνουν πληροφορίες για την παθοφυσιολογία της ΜΚΔ (Malhi & Manu, 2018).

Οι αγχώδεις διαταραχές φαίνεται πως επηρεάζονται και από γενετικούς παράγοντες . Η γενετική κληρονομικότητα υπολογίζεται στο 30%-50% για τις αγχώδεις διαταραχές ενώ οι συγγενείς πρώτου βαθμού πασχόντων από διαταραχές άγχους εμφανίζουν 4 έως 6 φορές αυξημένες πιθανότητες για εμφάνιση αγχώδων διαταραχών (Giacobbe & Flint, 2018). Δεδομένα από μελέτες με δίδυμους αναφέρουν ότι η κληρονομικότητα υπολογίζεται σε ποσοστό 32% για τη ΓΑΔ, πάνω από 48% για τη Διαταραχή Πανικού και 51% για τη Διαταραχή Κοινωνικής Φοβίας (Schiele & Domschke, 2017).

Η Επιγενετική είναι η επιστήμη που ασχολείται με την αλληλεπίδραση γονιδίων και περιβάλλοντος. Το περιβάλλον επιδρά άμεσα στην ερμηνεία των γενετικών πληροφοριών και κάποια γονίδια φαίνεται πως ενεργοποιούνται υπό την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, διαδικασία που καθορίζεται από επιγενετικούς μηχανισμούς. Έρευνες σε αυτό τον τομέα οδηγούν στην ανακάλυψη νέων οδών και μηχανισμών μέσω των οποίων οι περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην τροποποίηση της νευροβιολογίας του εγκεφάλου , διαφοροποιώντας για παράδειγμα την πλαστικότητα των νευρώνων (Malhi & Manu, 2018).

Έρευνες έχουν δείξει πως στις ψυχικές διαταραχές , συμπεριλαμβανομένων των αγχώδων διαταραχών εμπλέκονται μηχανισμοί της επιγενετικής όπως μεθυλίωση του DNA , microRNAs και τροποποίηση ιστονών (Lin & Tsai, 2020). Η επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στη φαινοτυπική διαφοροποίηση πιθανά εξαρτάται από το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο συμβαίνουν, με τις πρώιμες αναπτυξιακές φάσεις της οργάνωσης των συνάψεων να αποτελούν ένα «παράθυρο ευαισθησίας» στο στρες και να σχετίζονται με χειρότερη νευροαναπτυξιακή έκβαση και ευαισθησία σε ψυχικές διαταραχές (Schiele & Domschke, 2017). Φαίνεται πως η ευαισθησία στο στρες μεταφέρεται στις γενεές , ενώ επιγενετικοί μηχανισμοί εμπλέκονται με τις

αλλαγές στην πλαστικότητα των συνάψεων που σχετίζονται με καταθλιπτικές συμπεριφορές αλλά και με τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην ανταπόκριση τους στο στρες (Menard et al, 2016).

Σε μελέτες συσχέτισης ολόκληρου του γονιδιώματος έχει βρεθεί σημαντική συσχέτιση μεταξύ επιγενετικών διεργασιών και επίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων σε σχέση με τις αγχώδεις διαταραχές, όπως για παράδειγμα η συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής 5-HTTLPR στο γονίδιο 5LC6A4 το οποίο σε συνδυασμό με αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία οδηγεί σε αυξημένη ευαισθησία στο άγχος (Lin & Tsai, 2020).

Σημαντικά αυξημένα επίπεδα μεθυλίωσης του DNA έχουν αναφερθεί στην περιοχή υποκίνησης του γονιδίου του υποδοχέα γλυκοκορτικοειδών (NR3C1) σε δείγμα ασθενών με ΓΑΔ που δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, και αυτά τα αυξημένα επίπεδα μεθυλίωσης φαίνεται πως προβλέπουν τον αυξημένο κίνδυνο για διάγνωση άγχους ή/και κατάθλιψης (Schiele & Domschke, 2017).

### **2.1.7 Περιβαλλοντικοί παράγοντες/ Παράγοντες Κινδύνου**

Ο ρόλος των γεγονότων ζωής στην επίσπευση εμφάνισης και πιθανά στην αιτιοπαθογένεια της ΜΚΔ έχει αναγνωριστεί εδώ και χρόνια.

Τραυματικά γεγονότα πρώιμα στην ζωή συμβάλλουν στην ανάπτυξη ατομικών διαφορών όσον αφορά την ικανότητα αντίδρασης και αντιμετώπισης ψυχοπνευστικών γεγονότων μετέπειτα στην ζωή (Menard et al., 2016). Παράγοντες όπως κακοποίηση, παραμέληση και απώλεια στην παιδική ηλικία φαίνεται να σχετίζονται με την ευαλωτότητα σε ΜΚΔ κατά την ενήλικη ζωή μετά από στρεσογόνα γεγονότα, ενώ κλινικές μελέτες και μελέτες σε ζώα έχουν συνδέσει το τραύμα στην πρώιμη παιδική ηλικία με κατάθλιψη αργότερα στη ζωή μέσω αλλαγών στον άξονα ΥΥΕ (υπολειτουργία στον υποδοχέα γλυκοκορτικοειδών) (Malhi & Manu, 2018). Τα άτομα που υπήρξαν θύματα παιδικής κακοποίησης και γονεϊκής παραμέλησης έχουν σημαντικά υψηλότερη πιθανότητα να αναπτύξουν διαταραχές της διάθεσης, ενώ έρευνες σε παιδιά που ζούσαν σε ιδρύματα έχουν δείξει πως η γενικότερη στέρηση σχετίζεται με εμμένοντα συμπεριφορικά και γνωστικά ελλείμματα (Menard et al, 2016).

Αντίστοιχα τραυματικά και ψυχοπνευστικά γεγονότα ζωής στην πρώιμη παιδική ηλικία (σωματική /συναισθηματική παραμέληση ή κακοποίηση, σεξουαλικό τραύμα, εμπειρίες απώλειας ή αποχωρισμού) σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο, 2 έως 4 φορές, για ανάπτυξη Διαταραχής Πανικού, Διαταραχής Κοινωνικής Φοβίας και ΓΑΔ αργότερα στη ζωή (Schiele & Domschke, 2017).

Σύμφωνα με τη Hammen, (2018) μεταξύ των παραγόντων κινδύνου που αυξάνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης, είναι οι κοινωνικο-δημογραφικοί (γυναικείο

φύλο), κάποιες γνωστικές διεργασίες αλλά και χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου και μοτίβα συμπεριφοράς, ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και η κατάθλιψη των γονέων.

Η υπερπροστατευτική στάση και η τάση για τελειοθρία των γονέων, οι διαπροσωπικές διαμάχες και προστριβές μεταξύ των γονιών και τα ψυχοπιεστικά γεγονότα (ειδικά αυτά που σχετίζονται με απειλή ή κίνδυνο) είναι παράγοντες που έχουν σχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση αγχωδών διαταραχών στην παιδική ηλικία και μετέπειτα στη ζωή (Giacobbe & Flint, 2018).

Πρόσφατα το ενδιαφέρον έχει στραφεί στους παράγοντες που προάγουν την ψυχική ανθεκτικότητα. Κάποιοι άνθρωποι παρά τα αντίξοα βιώματα κατά την παιδική ηλικία πιθανά δεν θα αναπτύξουν ψυχοπαθολογία. Η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, η ανάπτυξη θετικών και λειτουργικών στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η εξωστρέφεια και η ευσυνειδητότητα, και τα υψηλά επίπεδα αυτεπάρκειας φαίνεται πως προάγουν την ψυχική ανθεκτικότητα (Schiele & Domschke, 2017).

## 2.2 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΣΕ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές επηρεάζουν δυο φορές συχνότερα τις γυναίκες . Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια έχουν δείξει με συνέπεια πως μετά την έναρξή τους στην εφηβεία, η μείζων κατάθλιψη , η δυσθυμία και οι αγχώδεις διαταραχές είναι δυο με τρεις φορές συχνότερες στις γυναίκες (Parker & Brotchie, 2010). Τα καταθλιπτικά επεισόδια ήταν η τρίτη αιτία στα χρόνια υγιούς ζωής που χάνονται λόγω αναπηρίας (Years of healthy life lost due to disability – YLDs) στις γυναίκες το 2017 και οι αγχώδεις διαταραχές η όγδοη (GBD, 2018). Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις βασικές αιτίες αναπηρίας σχετιζόμενη με νόσο στις γυναίκες , οι οποίες αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο για κατάθλιψη κατά τη διάρκεια των αναπαραγωγικών τους ετών (Sassarini, 2016). Οι διαφορές μεταξύ των δυο φύλων παρατηρείται στις αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια αλλά και σε υποκλινική συμπτωματολογία (Altemus et al., 2014).

Οι διαφορές μεταξύ των δυο φύλων παρουσιάζουν διακυμάνσεις μεταξύ των διάφορων ηλικιακών ομάδων. Στην προ εφηβεία δεν παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές μεταξύ των δύο φύλων στα ποσοστά κατάθλιψης , με τα αγόρια να εμφανίζουν ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά, ενώ στις ηλικίες 15-19 ετών ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι δυο φορές υψηλότερος στα κορίτσια και τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης αναφέρονται στις ηλικίες κοντά στα 20 έτη -17% για τους άντρες και 26% για τις γυναίκες (Parker & Brotchie, 2010; Faravelli et al., 2013). Αυξημένα ποσοστά ΜΚΔ παρατηρούνται στις γυναίκες με την αρχή του ωοθηκικού κύκλου και τη σημαντική αύξηση των οιστρογόνων (στάδιο Tanner III) και πιθανολογείται πως η έναρξη της ήβης ενεργοποιεί την προδιάθεση για ευαλωτότητα στις γυναίκες (Altemus et al., 2014). Η κορύφωση στα ποσοστά της κατάθλιψης φαίνεται στις ηλικίες 15-30 ετών, με μια δεύτερη κορύφωση πρώτων καταθλιπτικών επεισοδίων να παρατηρείται στις γυναίκες στα τέλη της τέταρτης με αρχές της πέμπτης δεκαετίας ζωής και ενώ στη συνέχεια οι διαφορές μεταξύ των δυο φύλων φαίνεται να εξομαλύνονται και να φτάνουν σε σχετικά παρόμοια επίπεδα κατά την τρίτη ηλικία δεν εξαλείφονται ποτέ πλήρως (Parker & Brotchie, 2010; Faravelli et al., 2013).

Σύμφωνα με τους Faravelli και συνεργάτες (2013), ο ισόβιος επιπολασμός των καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών ήταν 17% (από το οποίο το 72,4% ήταν γυναίκες) και 12% (από το οποίο το 68,9% ήταν γυναίκες) αντίστοιχα, ενώ συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης παρατηρήθηκε στο 9,2% (από το οποίο το 70,6% ήταν γυναίκες) του δείγματος της έρευνας τους. Η επίπτωση των καταθλιπτικών

διαταραχών στις ηλικίες 14-19 ετών ήταν υψηλότερη στις γυναίκες χωρίς να εντοπίζονται σημαντικές διαφορές στην επίπτωση των αγχωδών διαταραχών, ενώ και στο διάστημα πριν την εμμηνόπαυση παρατηρείται υψηλότερη επίπτωση των καταθλιπτικών διαταραχών (22.8% των γυναικών έναντι 9,7% των αντρών) και αγχωδών διαταραχών ( 17,2% των γυναικών έναντι 7,2% των αντρών) στις γυναίκες , ενώ μετά την εμμηνόπαυση δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο φύλων στις αναφερόμενες για πρώτη φορά συναισθηματικές διαταραχές – στις καταθλιπτικές διαταραχές αναφέρονται ποσοστά 8,6% σε γυναίκες έναντι 5,8% σε άντρες και σε αγχώδεις διαταραχές 5,1% σε γυναίκες έναντι 4,4% σε άντρες (Faravelli et al., 2013). Οι διαφορές μεταξύ των δυο φύλων στην έναρξη των αγχωδών διαταραχών παρατηρούνται από τη μέση παιδική ηλικία με τα κορίτσια να τις εμφανίζουν συχνότερα σε σχέση με τα αγόρια (Altemus et al., 2014).

Διαφορές παρατηρούνται και στην αναφερόμενη συμπτωματολογία. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν υπερυπνία, υπερφαγία και αύξηση σωματικού βάρους, αισθήματα ενοχής και αναξιότητας , κόπωση , ευσυγκινησία και σωματικό πόνο, ενώ είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν μοτίβα εσωτερίκευσης (π.χ. απομόνωση, κλάμα) ενώ οι άντρες εξωτερίκευσης (θυμός, κατάχρηση αλκοόλ) (Parker & Brotchie, 2010). Στη συστηματική ανασκόπηση τους οι Otten και συνεργάτες αναφέρουν πως η κατάθλιψη και η καταθλιπτική διάθεση παρατηρούνται συχνότερα στις γυναίκες (8,7%-36,8% έναντι 5,8%-37,7% στους άντρες), ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι συχνότερος στις γυναίκες (9,2% έναντι 6%) ενώ ο κίνδυνος για απόπειρα αυτοκτονίας ήταν συχνότερος στους άντρες (0,5% έναντι 0,3%) (2021). Ενώ ο επιπολασμός της ΓΑΔ δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην πορεία και στις κλινικές εκδηλώσεις. Οι γυναίκες με ΓΑΔ αναφέρουν πιο συχνά σωματική δυσφορία με κόπωση, μυϊκή ένταση και συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα (καρδιοαναπνευστικά και γαστρεντερικά) οι άντρες συνήθως αναφέρουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις λόγω υπερβολικής ανησυχίας , ενώ μεταξύ ατόμων με ΓΑΔ με χρόνια πορεία οι άντρες αναφέρουν συχνότερα κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχών διάθεσης και άλλων αγχωδών διαταραχών (Altemus et al., 2014). Ο επιπολασμός της διαταραχής πανικού και της αγοραφοβίας είναι υψηλότερος στις γυναίκες και έρευνες έχουν δείξει πως οι γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας παρουσιάζουν αυξημένη ευαισθησία στο άγχος και είναι πιο πιθανό να περιγράψουν συμπτώματα όπως το αίσθημα δύσπνοιας , τάσης για λιποθυμία και αίσθημα πνιγμού και τείνουν να φοβούνται τα σωματικά συμπτώματα του πανικού σε αντίθεση με τους άντρες οι οποίοι συνήθως φοβούνται τις κοινωνικές επιπτώσεις του άγχους (Altemus

et al., 2014). Διαφορές παρατηρούνται και στα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής κοινωνικής φοβίας μεταξύ των δύο φύλων. Σύμφωνα με τους Altemus και τους συνεργάτες (2014), οι γυναίκες πιο συχνά φοβούνται να δώσουν συνέντευξη, να μιλήσουν σε άτομα σε θέση εξουσίας, να φάνε και να πιούνε μπροστά σε άλλους ή να δώσουν σημαντικές εξετάσεις και αναφέρουν πιο συχνά συννοσηρότητα με συναισθηματικές ή άλλες αγχώδεις διαταραχές ενώ οι άντρες αντιμετωπίζουν συνήθως προβλήματα σε διαπροσωπικές και κοινωνικές συναναστροφές, είναι πιο πιθανό να είναι άγαμοι ή διαζευγμένοι και συνήθως έχουν συννοσηρότητα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, εθισμό σε τζόγο και κατάχρηση ουσιών.

Διαφορές παρατηρούνται και στις επιπτώσεις των αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών στα δύο φύλα. Οι Linder και οι συνεργάτες (2020) του στην συστηματική ανασκόπηση τους αναφέρουν πως η κατάθλιψη σχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά ανεργίας στις γυναίκες σε κάποιες έρευνες αλλά όχι σε άλλες ενώ φάνηκε πως η κατάθλιψη σχετίστηκε με χαμηλότερα εισοδήματα και κέρδη από την εργασία στους άντρες, οι οποίοι ήταν πιο πιθανό να λάβουν αναπηρική σύνταξη ως συνέπεια καταθλιπτικής ή μικτής αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής σε σχέση με τις γυναίκες.

Τα ευρήματα ερευνών υποστηρίζουν τη γοναδική θεωρία, σύμφωνα με την οποία οι σημαντικές διακυμάνσεις που εμφανίζουν τα επίπεδα ορμονών στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες επηρεάζουν περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στη ρύθμιση της διάθεσης και της συμπεριφοράς, όπως ο προμετωπιαίος φλοιός και ο ιππόκαμπος (Faravelli et al., 2013). Οι ορμονικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα κατά την εφηβεία στις γυναίκες και ειδικά η συμβολή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης και η επίδραση αυτών σε πρωταρχικά συστήματα νευροδιαβίβασης (σύστημα υπομέλα τόπου – νορεπινεφρίνης, σύστημα σεροτονίνης, σύμπλεγμα υποδοχέων GABA- βενζοδιαζεπίνης) πιθανά οδηγούν σε υπερ- ενεργοποίηση του μεταιχμιακού συστήματος ως απόκριση σε αρνητικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής και ως συνέπεια των επιδράσεων των γοναδικών ορμονών (Parker & Brotchie, 2010). Τα δύο φύλα διαφέρουν και στην έκθεση τους στις διακυμάνσεις των αναπαραγωγικών ορμονών, με τους άντρες να εκτίθενται σε σταθερές σχετικά γοναδικές ορμόνες στην αναπαραγωγική τους ηλικία, ενώ οι γυναίκες κατά τον κύκλο της εμμήνου ρύσεως, της εγκυμοσύνης και του θηλασμού εκτίθενται σε μεγαλύτερες ορμονικές διακυμάνσεις, ενώ κατά την εγκυμοσύνη και το θηλασμό καταστέλλεται ο άξονας ΥΥΕ και οι αποκρίσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος στο στρες (Altemus et al., 2014).

Μια από τις υποθέσεις που έχει προταθεί για την εξήγηση των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων αναφέρει πως κάποιες εμπειρίες που σχετίζονται με τον ρόλο του

φύλου διαμορφώνουν την ανάπτυξη της προσωπικότητας και την τάση για άγχος και κατάθλιψη, και επομένως οι γυναίκες οι οποίες τείνουν να εμφανίζουν τάση για εσωτερίκευση ή να έχουν πιο παθητική στάση δημιουργούν ισχυρότερη ευαλωτότητα σε άγχος και κατάθλιψη (Parker & Brotchie, 2010). Παρόλο που κάποιες διαφορές σε συμπεριφορές και τρόπους αντιμετώπισης ενδέχεται να παρατηρούνται πιο συχνά στο ένα φύλο δεν είναι ωστόσο απόλυτες, ενώ περιβαλλοντικές επιδράσεις όπως τα πολιτισμικά στερεότυπα που σχετίζονται με το φύλο συμβάλλουν στις διαφορές μεταξύ των φύλων σε συμπεριφορές και στον κίνδυνο για ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών δεν είναι εύκολο να διαχωριστεί ο βαθμός στον οποίο τα στερεότυπα που σχετίζονται με το φύλο είναι αποτέλεσμα βιολογικά προκαθορισμένων διαφορών (Altemus et al., 2014).

Μια δεύτερη υπόθεση είναι πως οι γυναίκες εκτίθενται σε περισσότερα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής σε σχέση με τους άντρες. Στις ΗΠΑ ένα ποσοστό 15.2% γυναικών αναφέρουν πως έχουν βιώσει τέσσερις ή περισσότερους τύπους αρνητικών γεγονότων ζωής – συναισθηματική/σωματική/ σεξουαλική κακοποίηση, παραμέληση, δυσλειτουργία στην οικογένεια- σε σύγκριση με ένα ποσοστό 9.2% των αντρών (Altemus et al., 2014).

## 2.3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Ο ισόβιος επιπολασμός της ΜΚΔ στους ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα υπολογίζεται στο 1%-4% και της δυσθυμίας στο 2% περίπου, ποσοστά που αυξάνονται στα κλινικά πλαίσια και αγγίζουν το 5% στην ΠΦΥ, το 11% στην ΤΦΥ, το 12% σε μεγάλης διάρκειας νοσηλείες και το 25% - 50% σε ηλικιωμένους που μένουν σε οίκους ευγηρίας (Γουρνέλλης, 2011 ; Casey, 2017). Ο επιπολασμός φαίνεται πως είναι χαμηλότερος στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες (60-66 ετών) και στους άντρες σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία και τις γυναίκες (Sjoberg et al., 2017).

Ο επιπολασμός των αγχωδών διαταραχών στους ηλικιωμένους κυμαίνεται από 1,2%-15% για άτομα που ζουν στην κοινότητα και από 11%-28% για άτομα εκτός πλαισίου κοινότητας, ενώ γενικότερα ο επιπολασμός των αγχωδών διαταραχών στους ηλικιωμένους μειώνεται σε σχέση με άτομα νεαρότερης ηλικίας, με εξαίρεση τη ΓΑΔ που εμφανίζει παρόμοια ποσοστά σε νέους και ηλικιωμένους (Andreesson & Lee, 2020).

Η όψιμη έναρξη των αγχωδών διαταραχών συνήθως απαιτεί διερεύνηση για παρουσία άλλων ψυχικών ή ιατρικών καταστάσεων που πιθανά συμβάλλουν ή εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με το άγχος (Giacobbe & Flint, 2018).

Η κατάθλιψη τείνει να είναι πιο επίμονη στους ηλικιωμένους και συνήθως ακολουθεί χρόνια πορεία με υποτροπές προκαλώντας σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας, μειωμένη ποιότητα ζωής και αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα (Casey, 2017).

Η γηριατρική κατάθλιψη είναι η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας για πρώτη φορά στη ζωή του ατόμου κατά την τρίτη ηλικία (Περιογιάννης & Ληξουριώτης, 2020). Σε περίπτωση ύπαρξης ιστορικού καταθλιπτικών διαταραχών σε νεαρότερη ηλικία, αυτές δύνανται να υποτροπιάσουν και κατά την τρίτη ηλικία, ωστόσο σε περιπτώσεις όψιμης έναρξης κατάθλιψης και πρώτης εκδήλωσης στην τρίτη ηλικία γίνεται διερεύνηση για άλλες καταστάσεις που πιθανά συνέβαλλαν (Casey, 2017). Κάποιες σωματικές παθήσεις αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στους ηλικιωμένους (όπως ο υποθυρεοειδισμός ή ο υπερθυρεοειδισμός, η νόσος Πάρκινσον, η αγγειακή νόσος και ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος), και η λήψη κάποιων φαρμάκων μπορεί να αυξήσει την ευαλωτότητα στην κατάθλιψη (όπως β-αναστολείς, διγοξίνη, βενζοδιαζεπίνες, αντιπαρκινσονικά, αντινεοπλασματικά, κορτικοστεροειδή, ιντερφερόνη) (Γουρνέλλης, 2011 ; Casey, 2017).

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης και η εκδήλωση αυτής στους ηλικιωμένους μπορεί να διαφέρουν από αυτά που παρατηρούνται σε άτομα μικρότερης ηλικίας.

Στους ηλικιωμένους και ειδικά σε αυτούς με αρκετούς παράγοντες κινδύνου για αγγειακά νοσήματα και με παρόντα γνωστικά ελλείμματα απουσιάζει το καταθλιπτικό συναίσθημα και συνήθως αναφέρεται άγχος, ανηδονία, μειωμένη αυτοφροντίδα και ψυχοκινητική επιβράδυνση (Γουρνέλλης, 2011). Οι ηλικιωμένοι συνήθως επικεντρώνονται και αναφέρουν περισσότερο σωματικά ενοχλήματα (διάχυτοι πόνοι, κεφαλαλγίες, μυϊκοί πόνοι), πολλαπλά και διάχυτα συμπτώματα, απώλεια σωματικού βάρους, εμμονικούς μηρυκασμούς, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, έντονη ενασχόληση με τα οικονομικά, μελαγχολία και σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα (Casey, 2017; Περιτογιάννης & Ληξουριώτης, 2020).

Οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές αρκετά συχνά εμφανίζονται μαζί στους ηλικιωμένους, με ένα ποσοστό 13%-23% ηλικιωμένων με αγχώδεις διαταραχές να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια και για ΜΚΔ. και ένα 47,5% ηλικιωμένων με ΜΚΔ να έχουν ταυτόχρονα και αγχώδη συμπτωματολογία, με την πρόγνωση να είναι χειρότερη σε αυτές τις περιπτώσεις και να αναφέρεται υψηλότερος κίνδυνος αυτοκτονίας, γνωστικής έκπτωσης και περισσότερα σωματικά συμπτώματα (Andreeson & Lee, 2020).

Ενίοτε η σοβαρή κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να συνοδεύεται και από ψυχωτικά στοιχεία, με παραληρητικές ιδέες και ακουστικές ψευδαισθήσεις (σχετικές με ενοχή, θάνατο, φτώχεια, αποσύνθεση), και μερικές φορές συνοδεύεται και από παραδοξότητα στη σκέψη και κατατονία (Casey, 2017; Περιτογιάννης & Ληξουριώτης, 2020).

Η «ψευδοάνοια» της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους αναφέρεται στην κατάθλιψη που συνοδεύεται από έντονα γνωστικά ελλείμματα και διαταραχές στη μνήμη – διαταραχή στη συγκέντρωση και στην επεξεργασία πληροφοριών, ελλείμματα σε εκτελεστικές διεργασίες- και μπορεί να αποτελέσει πρόδρομο στάδιο της άνοιας, είτε ως πρώιμη ένδειξη είτε ως παράγοντας κινδύνου, ακόμη και όταν η γνωστική έκπτωση βελτιώνεται με αντικαταθλιπτική θεραπεία (Γουρνέλλης, 2011; Casey, 2017; Περιτογιάννης & Ληξουριώτης, 2020).

Πολλοί παράγοντες εμπλέκονται στην εκδήλωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία. Στον Πίνακα 4 αναφέρονται οι σημαντικότεροι από αυτούς:

Πίνακας 4: Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία<sup>4</sup>

<b>Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φύλο</li> <li>• Ηλικία άνω των 80 ετών</li> <li>• Μοναξιά/Χηρεία</li> <li>• Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο</li> </ul>
<b>Παράγοντες σχετιζόμενοι με τον τρόπο ζωής</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κακή διατροφή</li> <li>• Κάπνισμα</li> <li>• Κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών</li> </ul>
<b>Ιατρικοί παράγοντες</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κακή σωματική υγεία και απώλεια αυτονομίας</li> <li>• Πολυφαρμακία</li> <li>• Αγγειακά συμβάντα</li> <li>• Νευροεκφυλιστικές Νόσοι</li> <li>• Σύνδρομο ευπάθειας</li> </ul>
<b>Ψυχοπνευστικοί παράγοντες</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κοινωνικός αποκλεισμός</li> <li>• Οικονομική δυσπραγία</li> <li>• Απώλεια οικείων και φιλικών προσώπων</li> <li>• Ιδρυματοποίηση</li> </ul>

Οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τους άντρες και τα ποσοστά της κατάθλιψης είναι υψηλότερα στις γυναίκες σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ακόμη και στις γυναίκες 65 ετών και άνω , με τη διαφορά μεταξύ των φύλων να μειώνεται στις ηλικίες 80 ετών και άνω , ενώ οι γυναίκες με συννοσηρότητα με χρόνια νοσήματα ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς συννοσηρότητα (Tsolaki et al., 2017 ; Monteso et al., 2011 ; Concalves-Pereira et al., 2019).

Στην έρευνα τους οι Tsolaki και συνεργάτες (2017) σε πληθυσμό ηλικιωμένων σε αγροτική περιοχή της Κρήτης , αναφέρουν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικιακή ομάδα που ανήκουν ,τόσο πιο πιθανό ήταν να παρουσιάζουν κατάθλιψη και Ήπια Γνωστική Έκπτωση με τον επιπολασμό της κατάθλιψης στο δείγμα να είναι 30,7% στην ομάδα 61-70 ετών, 33,5% στην ομάδα 71-88 ετών, 38,8% στην ομάδα 81-90 ετών και 41,5% στα άτομα 91 ετών και άνω . Σε άλλη έρευνα στην Ελλάδα τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης αναφέρονταν μεταξύ άγαμων, διαζευγμένων ή χήρων ηλικιωμένων σε σύγκριση με τους έγγαμους (Kounatsou et al., 2020).

<sup>4</sup> Περιτογιάννης & Ληξουριώτης, 2020; Sjoberg et al., 2017 ; Monteso et al., 2011

Η επιδείνωση της υγείας , τα χρόνια νοσήματα και οι δυσκολίες που αυτά συνεπάγονται , ειδικά σε σχέση με την απώλεια της αυτονομίας και την εξάρτηση από τρίτους αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Στην έρευνα των Κουνάτσου και συνεργατών (2020) βρέθηκε πως τα που εμφάνιζαν καταθλιπτικά συμπτώματα έπασχαν από περισσότερα σωματικά νοσήματα, ενώ οι ηλικιωμένοι με οστεοπόρωση ήταν 2,61 φορές πιο πιθανό να εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία .

Υψηλότερος επιπολασμός κατάθλιψης παρατηρείται και μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη - σχεδόν δυο φορές υψηλότερος σε σύγκριση με τα άτομα που δεν πάσχουν από χρόνια νοσήματα- με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τους άντρες, ενώ νοσήματα όπως η διαβητική νευροπάθεια, η οστεοαρθρίτιδα και ο υποθυρεοειδισμός να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη (Roy& Lloyd,2012 ; Cols – Sagarra et al., 2016).

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους σχετίζεται με τον χρόνιο πόνο και αρκετά συχνά εμφανίζεται στο πλαίσιο χρόνιων νοσημάτων, όπως νευρολογικών, ρευματοειδών, καρδιαγγειακών νόσων (Περιογιάννης & Ληξουριώτης, 2020). Η κατάθλιψη συμβάλλει στη νοσηρότητα και θνησιμότητα που σχετίζονται με συγκεκριμένες καρδιαγγειακές καταστάσεις , ωστόσο μπορεί να αποτελεί και συνέπεια αυτών (Casey, 2017). Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν συσχετίσει τις αγχώδεις διαταραχές στην τρίτη ηλικία με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα και ειδικότερο με αυξημένο φορτίο καρδιαγγειακής νόσου και γνωστικής έκπτωσης (Andreeson & Lee, 2020).

Οι οικονομικές δυσχέρειες επηρεάζουν την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής . Η έρευνα της Καρανικόλα και των συνεργατών (2018) για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων αναφέρει πως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και οι γυναίκες ανέφεραν χειρότερη ποιότητα ζωής κατά την περίοδο της κρίσης , και μέτριου βαθμού συσχέτιση της ψυχικής υγείας και της οικονομικής δυσπραγίας. Οι αγχώδεις διαταραχές προκαλούν σημαντική λειτουργική έκπτωση και δυσφορία στους ηλικιωμένους , ενώ η σοβαρότητα των αγχώδων συμπτωμάτων σχετίζεται με μεγαλύτερου βαθμού αναπηρία και φτωχότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους (Andreeson & Lee, 2020).

Στους ηλικιωμένους η εμφάνιση κρίσεων πανικού, ειδικά απουσία ατομικού ή οικογενειακού ιστορικού Διαταραχής Πανικού , με παρουσία νευρολογικών (απώλεια συνείδησης) και σωματικών συμπτωμάτων χωρίς να συνοδεύονται από τα ψυχολογικά

συμπτώματα, απαιτεί διερεύνηση για αποκλεισμό άλλης ιατρικής κατάστασης, ενώ η Αγοραφοβία μπορεί να εμφανιστεί στους ηλικιωμένους μετά την εμφάνιση σωματικής νόσου ή τραυματικού γεγονότος , όπως μια πτώση (Giacobbe & Flint, 2018). Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με έναρξη ΓΑΔ στους ηλικιωμένους είναι τα χρόνια νοσήματα, η αναπηρία, η κοινωνική απομόνωση , η ιδρυματοποίηση και το πένθος (Andreesson & Lee, 2020).

## 2.4 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΑΡΑΝΤΙΝΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Η πανδημία λόγω του COVID-19 αποτέλεσε μια άνευ προηγουμένου επείγουσα κατάσταση υγείας που επηρέασε εκατομμύρια ανθρώπων παγκοσμίως. Πολλές χώρες εφάρμοσαν περιοριστικά μέτρα και υιοθέτησαν πολιτικές προκειμένου να περιοριστεί η μετάδοση του ιού. Τα μέτρα περιλάμβαναν περιορισμό των κοινωνικών επαφών μέσω απαγόρευσης της κυκλοφορίας, κλείσιμο των συνόρων, των σχολείων, των καταστημάτων που δεν κρίθηκε απαραίτητη η λειτουργία τους και των δημόσιων χώρων (Dettmann et al., 2022). Τα ανωτέρω μέτρα κρίθηκαν απαραίτητα για την προστασία της δημόσιας υγείας, αρκετοί ερευνητές εξέφρασαν ανησυχίες για την πιθανή αύξηση του αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης και μοναξιάς, αίσθημα που βάσει προηγούμενων μελετών μπορεί να επιδράσει στην πιθανότητα εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών και στην έκβαση της σωματικής υγείας του πληθυσμού (Castaldelli-Maia et al., 2021).

Τα περιοριστικά μέτρα που επιβλήθηκαν επέφεραν ποικίλες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Αυξήθηκε το αίσθημα μοναξιάς, η κατάχρηση ουσιών και η ενδοοικογενειακή βία, ενώ ταυτόχρονα επλήγη σημαντικά η παγκόσμια οικονομία με αποτέλεσμα αρκετά άτομα να χάσουν την εργασία τους, να μειωθεί σημαντικά το ατομικό και οικογενειακό εισόδημα και κάποιοι άνθρωποι να εργάζονται μέσω τηλεργασίας αποκλειστικά από την οικία τους (Dettmann et al., 2022).

Στην Ελλάδα η σχετικά άμεση επιβολή των περιοριστικών μέτρων στην έναρξη της πανδημίας πέτυχε στον σημαντικό περιορισμό των κρουσμάτων, υπήρξαν ωστόσο ανησυχίες για τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν κατά το διάστημα της πρώτης καραντίνας στην Ελλάδα στον γενικό πληθυσμό έδειξαν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, παρόμοια ή και πιο υψηλά με εκείνα που είχαν καταγραφεί κατά το διάστημα της οικονομικής κρίσης του 2009 (Skapinakis et al., 2020 ;Pappa et al., 2021).

Στη μελέτη των Fountoulakis και συνεργατών ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (45%) ανέφερε αυξημένα επίπεδα άγχους λόγω της καραντίνας, ενώ άλλο ένα σημαντικό μέρος (40%) ανέφερε περισσότερα καταθλιπτικά συναισθήματα, κάποιοι ανέφεραν αύξηση του αυτοκτονικού ιδεασμού (10,4%) και κάποιοι μείωση (4,42%) (2021). Στην ίδια μελέτη ένα ποσοστό 23,31% με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης εκδήλωσαν καταθλιπτική συμπτωματολογία, ένα ποσοστό 8,96% εκδήλωσαν για πρώτη φορά καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ αυξημένα επίπεδα άγχους

και καταθλιπτικών συναισθημάτων – συμπεριλαμβανομένων και των περιπτώσεων με υποκλινική συμπτωματολογία- αναφέρθηκαν στο 40% του δείγματος (Fountoulakis et al., 2021).

Σε άλλη μελέτη στην Κύπρο κατά το διάστημα της πανδημίας, με τη χρήση της κλίμακας GAD-7 βρέθηκε πως το 35,9% του δείγματος είχε χαμηλός σκορ στην κλίμακα, ένα ποσοστό 41% ανέφερε σκορ που αντιστοιχούσαν ήπιου βαθμού ΓΑΔ και ένα 14% ανέφερε σκορ που υποδείκνυαν μέτριας σοβαρότητας ΓΑΔ και ένα 9,1% σοβαρής (Solomou & Constantinidou, 2020). Στην ίδια μελέτη μέτρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κλίμακα PHQ-9 έδειξε ένα ποσοστό 42,6% εντός των φυσιολογικών πλαισίων, ένα 48,1% είχε σκορ που αντιστοιχούσε σε ήπια καταθλιπτική συμπτωματολογία, ένα 6,2% μέτρια και ένα 3% σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία (Solomou & Constantinidou, 2020).

Στην μελέτη των Parlapani και συνεργατών βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων φόβου για τον COVID-19 και της αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, με τις γυναίκες να αναφέρουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα φόβου, άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άντρες ενώ τα άτομα με ιστορικό ψυχικής νόσου και τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα φόβου για τον ιό (2020). Σε άλλη μελέτη στο χώρο της Ελλάδας αναφέρεται σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της συναισθηματικής επίδρασης της πανδημίας, ενώ φάνηκε πως τα άτομα που εμφάνιζαν μικρό ποσοστό καταθλιπτικών συμπτωμάτων χρησιμοποιούσαν περισσότερες θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασης (Skaripinakis et al., 2020).

Το Ηνωμένο Βασίλειο συγκαταλέγεται μεταξύ των χωρών της Ευρώπης που επλήγησαν σημαντικά από την πανδημία, με την πρώτη καραντίνα να διαρκεί επτά εβδομάδες. Στη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση τους οι Dettmann και συνεργάτες αναφέρουν αύξηση του επιπολασμού του άγχους κατά 26,35% (31% έναντι 4,65% το 2017) και της κατάθλιψης κατά 27,88% (32% έναντι 4,12% το 2017) κατά την πρώτη καραντίνα (2022).

Στις χώρες της Ασίας παρατηρήθηκε αύξηση του επιπολασμού κατάθλιψης (15,4%-19,8% έναντι 1,3%-3,4% πριν την πανδημία) αλλά και του άγχους (17,9% έναντι 2,1%-4,1% πριν την πανδημία), ενώ αντίστοιχα αύξηση του επιπολασμού της κατάθλιψης και άγχους φαίνεται και στις χώρες της Ευρώπης (26% έναντι 1,4%-3,9% πριν την πανδημία και 19,2% έναντι 3,0%-7,4% πριν την πανδημία αντίστοιχα) (Castaldelli-Maia et al., 2021). Στοιχεία για τον επιπολασμό άγχους και κατάθλιψης βάσει μιας μεγάλης κλίμακας μετα-ανάλυσης κατά τα αρχικά στάδια της πανδημίας σε

**Πίνακας 5: Επιπολασμός καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας σε διάφορες ομάδες του πληθυσμού κατά τα αρχικά στάδια της πανδημίας <sup>5</sup>**

Ομάδα Πληθυσμού	Επιπολασμός καταθλιπτικής συμπτωματολογίας	Επιπολασμός αγχώδους συμπτωματολογίας
Φροντιστές και μέλη οικογενειών ατόμων που νοσούσαν από COVID-19 και νεαροί ενήλικες σε καραντίνα	21%	42%
Ασθενείς με COVID-19	21%	26%
Φοιτητές Πανεπιστημίου	29%	32%
Πάσχοντες από σωματικό νόσημα (επιληψία, Νόσος Πάρκινσον, Καρκίνος)	37%	26% -31%
Εγκυμονούσες	34%	38%

Σε μια συγκριτική μελέτη σχετικά με τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους και διατροφικών συμπεριφορών μεταξύ δειγμάτων πληθυσμού της Ελλάδας και της Ισπανίας αναφέρεται υψηλότερη συχνότητα καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ισπανία (18,8% και 13,2% έναντι 13,6% και 12,3% αντίστοιχα) , ενώ και στις δύο χώρες παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στη συχνότητα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά πριν την πανδημία (Ελλάδα: 2,9%-5,0% , Ισπανία: 4,2%-6,0%) (Parandreu et al., 2020). Σε άλλη μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση σε πληθυσμό της Ισπανίας κατά την πανδημία COVID-19 βρέθηκε πως ο επιπολασμός των αγχώδων διαταραχών στους ενήλικους έφτανε το 20%, της κατάθλιψης το 22%, με ένα σημαντικό ποσοστό να αναφέρει πάνω από ήπιου βαθμού (34% και 36%), πάνω από μέτριου βαθμού (19% και 17%) και πάνω από σοβαρού βαθμού (8% και 6% ) αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία (Zhang et al., 2022).

Στον Πίνακα 6 αναφέρονται οι παράγοντες κινδύνου για μεγαλύτερη επίδραση του COVID-19 στην ψυχική υγεία του πληθυσμού :

<sup>5</sup> Dragioti et al., 2021

**Πίνακας 6: Παράγοντες κινδύνου για αυξημένη επίδραση πανδημίας σε ψυχική υγεία <sup>6</sup>**

<b>Παράγοντες Κινδύνου</b>
Γυναικείο φύλο
Κοινωνική απομόνωση
Διαμονή στην επαρχία
Ασταθές εισόδημα
Χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο
Αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης από COVID-19 (κακή κατάσταση υγείας, στενή επαφή με θετικό κρούσμα)
Παρακολούθηση ενημερωτικών ειδήσεων για COVID-19 για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα

### **Εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας**

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού που επηρεάστηκαν ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ειδικά στην Ελλάδα το δημόσιο σύστημα υγείας αντιμετώπιζε ήδη σημαντικές προκλήσεις μετά από μια δεκαετία οικονομικής ύφεσης και της κρίσης με το προσφυγικό ζήτημα, με αποτέλεσμα η ανθεκτικότητα και το ηθικό του προσωπικού στον τομέα της υγείας να έχουν επηρεαστεί σημαντικά πριν την έναρξη της πανδημίας (Pappa et al., 2021). Στην Ελλάδα ένα σημαντικό ποσοστό των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ανέφερε συμπτώματα μέτριας/σοβαρής κατάθλιψης (30,18%), και μέτριου/σοβαρού άγχους (25,66%) και σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση αναφέρονται ποσοστά επιπολασμού κατάθλιψης και άγχους 25% και 26% αντίστοιχα (Luo et al., 2020 ; Pappa et al., 2021).

Ειδικά για το προσωπικό στην υγεία το επάγγελμα του νοσηλεύτη/τριας, η εργασία στην πρώτη γραμμή και η άμεση επαφή με ασθενείς με COVID-19 αλλά και σε περιοχή που είχε πληγεί σημαντικά από την πανδημία αποτελούσαν επιπλέον παράγοντες κινδύνου για την επίδραση στην ψυχική υγεία, ενώ η ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού δικτύου, οι επαρκείς ιατρικοί πόροι και η διαθεσιμότητα προστατευτικών μέσων, η υψηλή αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και η έγκαιρη και ακριβής πληροφόρηση για ζητήματα υγείας λειτουργούσαν προστατευτικά (Luo et al., 2020).

<sup>6</sup> Luo et al., 2020

### 3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι θεραπευτικές επιλογές στη θεραπεία των αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών περιλαμβάνουν τη φαρμακοθεραπεία, τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αλλά σωματικές μη φαρμακευτικές θεραπείες ή και συνδυασμό αυτών.

### 3.2 Φαρμακευτικές θεραπείες

Οι φαρμακευτικές θεραπείες για τις καταθλιπτικές διαταραχές βασίζονται στην ενίσχυση της μονοαμινεργικής νευροδιαβίβασης, ενώ τα νεότερα αντικαταθλιπτικά στοχεύουν και σε άλλα εγκεφαλικά συστήματα, όπως ο υποδοχέας NMDA ή στο Γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) (Malhi & Manu, 2018).

Στον Πίνακα 7 αναφέρονται συγκεντρωτικά οι φαρμακευτικές θεραπείες για τις καταθλιπτικές διαταραχές :

**Πίνακας 7: Κατηγορίες Αντικαταθλιπτικών Φαρμάκων**

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης Σεροτονίνης (SSRIs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φλουοξετίνη</li> <li>• Παροξετίνη</li> <li>• Σερτραλίνη</li> <li>• Φλουβοξαμίνη</li> <li>• Σιταλοπράμη</li> <li>• Εσιταλοπράμη</li> <li>• Βορτιοξετίνη</li> </ul>
Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης (SNRIs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βενλαφαξίνη</li> <li>• Ντουλοξετίνη</li> </ul>
Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κλομιπραμίνη</li> <li>• Αμιτριπυλίνη</li> </ul>
Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μοκλοβεμίδη</li> </ul>
Ανταγωνιστές των υποδοχέων σεροτονίνης και αναστολείς επαναπρόσληψης(SARIs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τραζοδόνη</li> </ul>
Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης (NDRIs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βουπροπιόνη</li> </ul>
Νοραδρενεργικό και Ειδικό Σεροτονεργικό Αντικαταθλιπτικό (NaSSA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μιρταζαπίνη</li> </ul>
Μελατονινεργικός ανταγωνιστής και ανταγωνιστής υποδοχέων 5-HT <sub>2C</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αγομελατίνη</li> </ul>

Η επιλογή της αντικαταθλιπτικής αγωγής θα εξαρτηθεί από το ατομικό ιστορικό, τυχόν συνυπάρχουσες ψυχιατρικές παθήσεις, το προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου και τα συγκεκριμένα συμπτώματα του ασθενούς, οι προτιμήσεις του ασθενούς και το κόστος των φαρμάκων. Η ετερογένεια των καταθλιπτικών συμπτωμάτων δημιουργεί πολλές προκλήσεις στη θεραπεία της κατάθλιψης, και είναι πολύ πιθανό οι διαθέσιμες φαρμακοθεραπείες να μην στοχεύουν όλα τα συμπτώματα στον ίδιο βαθμό, παρόλο που έχουν αντίστοιχα ποσοστά αποτελεσματικότητας (Rizvi & Kennedy, 2011).

Τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά, όπως τα τρικυκλικά και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, εμφανίζουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σύγκριση με τα νεότερα και συνήθως χρησιμοποιούνται όταν τα υπόλοιπα δεν είναι αποτελεσματικά (Park & Zarate, 2019). Τα SSRIs αποτελούν θεραπεία πρώτης γραμμής τα τελευταία 25 χρόνια περίπου παρά το γεγονός ότι χρειάζονται κάποιες εβδομάδες για να δείξουν μετρήσιμο όφελος και στις παρενέργειες τους συγκαταλέγονται η σεξουαλική δυσλειτουργία, η αύξηση του σωματικού βάρους, η ναυτία και οι πονοκέφαλοι, και τη μόνη σοβαρή αλλά σπάνια παρενέργεια να είναι το σύνδρομο σεροτονίνης με συμπτώματα την ευερεθιστότητα, τρόμο και σε σοβαρές περιπτώσεις κρίσεις, κωματώδη κατάσταση και θάνατο (Malhi & Manu, 2018; Park & Zarate, 2019).

Τα SSRIs και SNRIs έχουν και αντίστοιχη αγχολυτική δράση και χρησιμοποιούνται και στη μικτή αγχώδης διαταραχή αλλά και στη θεραπεία των αγχώδων διαταραχών, ιδανικά σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία (Rizvi & Kennedy, 2011). Η φλουβοξαμίνη η παροξετίνη, η σετραλίνη και η βενλαφαξίνη είναι αποτελεσματικές στη διαταραχή κοινωνικής φοβίας, η εσιταλοπράμη, η παροξετίνη, ντουλοξετίνη, βενλαφαξίνη και η βουσπιρόνη στη ΓΑΔ και στη Διαταραχή Πανικού σε συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνες για σύντομα χρονικά διαστήματα (Giacobbe & Flint, 2018).

Από τη στιγμή που θα παρατηρηθεί ύφεση της συμπτωματολογίας, η θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτική αγωγή προτείνεται να συνεχίζεται για διάστημα 6 μηνών, ενώ σε άτομα που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για υποτροπή – ιστορικό δύο ή περισσότερων προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων, εμμένουσα συμπτωματολογία, ιστορικό παρατεταμένης ή σοβαρής συμπτωματολογίας-προτείνεται η συνέχιση της θεραπείας για δύο έτη (Park & Zarate, 2019).

Σε περίπτωση που δεν υπάρξει απόκριση στην φαρμακευτική αγωγή παρά την αύξηση στη δοσολογία συστήνεται αλλαγή ή προσθήκη αντικαταθλιπτικού άλλης κατηγορίας ή γίνεται προσθήκη φαρμάκου που ενισχύει τη δράση των

αντικαταθλιπτικών (λίθιο, τριιωδοθυρονίνη, αντιψυχωτικά ) (Malhi & Manu, 2018) . Σε σχέση με τα αντιψυχωτικά προτιμάται η προσθήκη άτυπων αντιψυχωτικών σε χαμηλές δόσεις (κουετιαπίνη, αριπιπραζόλη, ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, αμισουλπρίδη) για μικρά χρονικά διαστήματα και με παρακολούθηση από ψυχίατρο για έλεγχο τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών – καταστολή, πτώσεις, εξωπυραμιδικά συμπτώματα, ακαθυσία (Γουρνέλλης και συν., 2020).

### 3.3 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία συστήνεται στις περιπτώσεις κατάθλιψης ήπιας σοβαρότητας και σε περιπτώσεις μέτριας σοβαρότητας σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία, ωστόσο σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης οι ασθενείς λόγω συμπτωμάτων δυσκολεύονται να δεσμευθούν με την ψυχοθεραπεία.

Η πιο διαδεδομένη μορφή ψυχοθεραπείας είναι Γνωστική Συμπεριφορική (CBT). Αυτή η μορφή ψυχοθεραπείας μαθαίνει στους ασθενείς πως να αναγνωρίζουν τα αρνητικά μοτίβα σκέψης τα οποία συμβάλλουν στα καταθλιπτικά συναισθήματα, αλλά και τεχνικές αντιμετώπισης των αρνητικών σκέψεων και αντικατάστασης αυτών με άλλες περισσότερο υγιείς (Malhi & Manu, 2018) . Η CBT είναι η μορφή ψυχοθεραπείας που συστήνεται και στη θεραπεία των περισσότερων αγχωδών διαταραχών , σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία όπου αυτό κριθεί απαραίτητο (Giacobbe & Flint, 2018).

Άλλες μορφές ψυχοθεραπείας περιλαμβάνουν την Διαπροσωπική , η οποία επικεντρώνεται κυρίως στις δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και στα προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, η Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης και Η Γνωσιακή Θεραπεία βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (Malhi & Manu, 2018) .

Σε μια μετα-ανάλυση διαφόρων μεθόδων ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με ήπια έως μέτριας σοβαρότητας κατάθλιψη, βρέθηκε πως το ποσοστό ανταπόκρισης άγγιζε το 48%, χωρίς να φαίνονται σημαντικές διαφορές μεταξύ της CBT, της συμπεριφορικής ενεργοποίησης και της διαπροσωπικής (Park & Zarate, 2019).

### 3.4 Άλλες μορφές θεραπειών

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη στη θεραπεία της ανθεκτικής κατάθλιψης. Οι Van Diermen και συνεργάτες στην μετα-ανάλυση τους έδειξαν την αποτελεσματικότητα της μεθόδου σε ασθενείς με κατάθλιψη με ψυχωτικά στοιχεία, σε ηλικιωμένους και σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη (2018).

Ο επαναλαμβανόμενος Διακρανικός Μαγνητικός Ερεθισμός (με χρήση μαγνητικού πεδίου ενεργοποιούνται εστιακές περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού),

χρησιμοποιείται τα τελευταία χρόνια στη θεραπεία της ανθεκτικής κατάθλιψης , με θετική επίδραση στην ύφεση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας -ειδικά στην ανηδονία και το αίσθημα αβοηθησίας- αλλά με διφορούμενη αποτελεσματικότητα στην θεραπεία των αγχωδών διαταραχών (De Risio et al., 2020).

## 4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1.1 Αναγκαιότητα της έρευνας

Τα καταθλιπτικά σύνδρομα και οι αγχώδεις διαταραχές είναι πιο συχνές στις γυναίκες και υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ο επιπολασμός τους έχει αυξηθεί τα τελευταία δύο χρόνια, έπειτα από την έναρξη της πανδημίας COVID-19. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν πολλές σχετικές μελέτες, αλλά παλαιότερα δεδομένα υποδηλώνουν πως οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν τέτοιες διαταραχές. Ακόμα λιγότερα είναι γνωστά για τις γυναίκες που διαμένουν σε περιοχές της επαρχίας, όπου μάλιστα οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι λιγοστές και η διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής συχνά τίθεται από τους γιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

### 4.1.2 Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμηθεί ο επιπολασμός των αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών (F32, F33, F34, F40 και F41) σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, ICD-10) σε γυναίκες που ζουν στην επαρχία μετά τα διαστήματα καραντίνας λόγω της πανδημίας COVID-19 και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση με επιλεγμένους κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες.

Η ερευνητική υπόθεση είναι πως τα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων θα είναι υψηλά στις γυναίκες της επαρχίας μετά τα διαστήματα καραντίνας.

### 4.1.3 Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποιο είναι το επίπεδο του καταστασιακού άγχους και της κατάθλιψης σε γυναίκες που ζουν στην επαρχία, μετά τα διαστήματα καραντίνας;
- Σχετίζεται το επίπεδο καταστασιακού άγχους με το επίπεδο κατάθλιψης σε γυναίκες που ζουν στην επαρχία, μετά τα διαστήματα καραντίνας;
- Σχετίζεται το επίπεδο καταστασιακού άγχους με την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την κατάσταση διαμονής, την εργασιακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, το ιστορικό χρόνιων νοσημάτων;
- Σχετίζεται το επίπεδο κατάθλιψης με την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την κατάσταση διαμονής, την εργασιακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, το ιστορικό χρόνιων νοσημάτων;

#### 4.1.4 Μεθοδολογία και πληθυσμός έρευνας

Η εργασία είναι μία συγχρονική μελέτη που διεξήχθη με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια τα οποία μοιράστηκαν σε χρήστριες υπηρεσιών δύο ιδιωτικών ιατρείων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στην περιοχή των Φαρσάλων του Ν. Λάρισας. Με την μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας εντοπίστηκαν οι συμμετέχουσες, οι οποίες ενημερώθηκαν για την εθελοντική συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο επιμέρους ενότητες:

- Η πρώτη περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικές με την ηλικία (18-35, 36-50, 51-65, >6), το εκπαιδευτικό επίπεδο (Έως πρωτοβάθμια εκπαίδευση, Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, Τριτοβάθμια εκπαίδευση), την κατάσταση διαμονής (Συγκατοίκηση, Κατά μόνας), την εργασιακή κατάσταση (Μη εργαζόμενη, Εργαζόμενη), την οικονομική κατάσταση (Κακή, Μέτρια, Καλή σύμφωνα με αυτό-αναφορά των συμμετεχόντων), και το ιστορικό χρόνιων νοσημάτων (Όχι, Ναι). Η συγκεκριμένη ενότητα ερωτήσεων δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας και είναι βασισμένη τόσο στη μελέτη της βιβλιογραφίας όσο και στις προσωπικές ανάγκες για μελέτη και παρατήρηση της ερευνήτριας. Πρόκειται δηλαδή, για μία ομάδα ερωτήσεων που δεν βασίστηκε σε κάποια σταθμισμένη κλίμακα, αλλά περιλαμβάνει ερωτήσεις οι οποίες θα συσχετιστούν στο στάδιο της στατιστικής ανάλυσης για να διεξαχθούν τα συμπεράσματα ως προς το θέμα της μελέτης.
- Κλίμακα DASS-21. Πρόκειται για ένα ερευνητικό εργαλείο, που έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα, 21 ερωτήσεων, υπολογισμού του επιπέδου άγχους, κατάθλιψης, και στρες (Lyraκος et al., 2011). Οι προτάσεις της κλίμακας είναι τύπου Likert με τέσσερις διαβαθμίσεις (0 έως 3) και αφορά τρεις υποκλίμακες: α) κατάθλιψη, β) άγχος, και γ) στρες. Η κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις. Στην παρούσα μελέτη μελετώνται οι υποκλίμακες κατάθλιψης και άγχους. Η συνολική βαθμολογία για κάθε μία από τις υποκλίμακες προκύπτει από το άθροισμα των βαθμών πολλαπλασιαζόμενο επί 2 (από 0 έως και 42). Στην υποκλίμακα κατάθλιψης, βαθμολογίες <10 κατατάσσονται ως «καθόλου κατάθλιψη». Στην υποκλίμακα άγχους, βαθμολογίες <8 κατατάσσονται ως «καθόλου άγχος».

#### 4.1.5 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη

➤ **Κριτήρια ένταξης**

- Γυναίκες.
- Ηλικία 18 ετών και άνω.
- Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.

➤ **Κριτήρια αποκλεισμού**

- Ασθενείς με καρκίνο
- Ασθενείς με ρευματοειδή νοσήματα
- Άτομα που λαμβάνουν ήδη φαρμακευτική αγωγή για ψυχική νόσο

#### 4.1.6 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των απαντήσεων, αρχικά, πραγματοποιείται με την περιγραφική στατιστική. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες ( $n$ ,  $n\%$ ). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$ . Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας,  $p$ -value, ορίστηκε ίσο με 0,05 (5%). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 25 (Statistical Package for Social Sciences, vs 25).

## 4.2 Αποτελέσματα

### 4.2.1 Περιγραφική ανάλυση

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 129 γυναίκες. Οι 22 (17,1%) είναι ηλικίας 18-35 ετών, οι 32 (24,8%) 36-50 ετών, οι 39 (30,2%) 51-65 ετών, και οι 36 (27,9%) είναι μεγαλύτερες από 69 ετών. Οι 16 (12,4%) έχουν ιστορικό έως και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι 81 (62,8%) Δευτεροβάθμιας, και οι 32 (24,8%) Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι 23 (17,8%), από τις συμμετέχουσες, διαμένουν μόνες. Εργαζόμενες είναι οι 41 (31,8%) και με ιστορικό τουλάχιστον ενός χρόνιου νοσήματος είναι οι 17 (13,2%). Ως προς την οικονομική κατάσταση 37 (28,7%) δήλωσαν καλή και από 46 (35,7%) δήλωσαν κακή και μέτρια. Στον πίνακα 8 καταγράφονται τα χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών

Πίνακας 8. Χαρακτηριστικά δείγματος

		n (129)	n %
Ηλικία (έτη)	18-35	22	17,1%
	36-50	32	24,8%
	51-65	39	30,2%
	>65	36	27,9%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Έως Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	16	12,4%
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	81	62,8%
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	32	24,8%
Κατάσταση διαμονής	Συγκατοίκηση	106	82,2%
	Κατά μόνες	23	17,8%
Εργασιακή κατάσταση	Μη εργαζόμενη	88	68,2%
	Εργαζόμενη	41	31,8%
Οικονομική κατάσταση	Κακή	46	35,7%
	Μέτρια	46	35,7%
	Καλή	37	28,7%
Χρόνια νοσήματα	Όχι	112	86,8%
	Ναι	17	13,2%

### 4.3 Ερευνητικά ερωτήματα

#### 4.3.1 Ποιο είναι το επίπεδο του άγχους και της κατάθλιψης σε γυναίκες που ζουν στην επαρχία, μετά τα διαστήματα καραντίνας;

Από τις απαντήσεις που καταγράφηκαν στην κλίμακα DASS-21 (άγχος), οι 52 (40,3%) γυναίκες από το σύνολο των συμμετεχουσών βρέθηκαν να πάσχουν από άγχος.

Από τις απαντήσεις που καταγράφηκαν στην κλίμακα DASS-21 (κατάθλιψη), οι 22 (17,1%) γυναίκες από το σύνολο των συμμετεχουσών βρέθηκαν να πάσχουν από κατάθλιψη.

Πίνακας 9. Κατανομή απαντήσεων στις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης

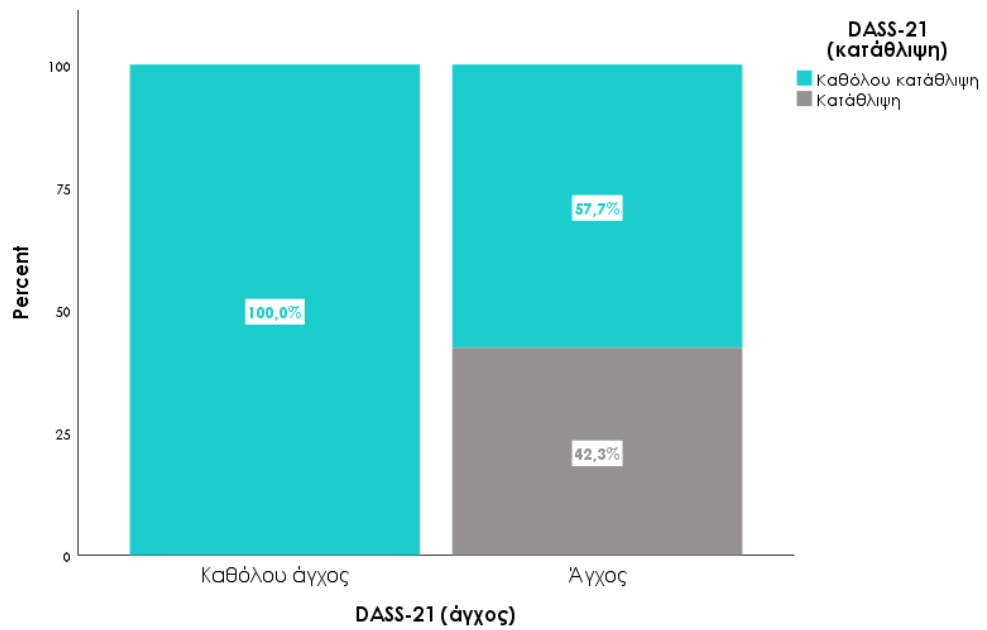
		n	n %
DASS-21 (άγχος)	Καθόλου άγχος	77	59,7%
	Άγχος	52	40,3%
DASS-21 (κατάθλιψη)	Καθόλου κατάθλιψη	107	82,9%
	Κατάθλιψη	22	17,1%

#### 4.3.2 Σχετίζεται το επίπεδο άγχους με το επίπεδο κατάθλιψης σε γυναίκες που ζουν στην επαρχία, μετά τα διαστήματα καραντίνας;

Ο έλεγχος  $\chi^2$  αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης [ $\chi^2(1) = 39,275$ ,  $p < 0,001$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μεγάλος, Cramer's V = 0,552. Οι γυναίκες με άγχος κατέγραψαν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς άγχος, 42,3% έναντι 0%.

Πίνακας 10. Διασταυρούμενος πίνακας κλίμακας άγχους και κλίμακας κατάθλιψης

			DASS-21 (κατάθλιψη)		Total
			Καθόλου κατάθλιψη	Κατάθλιψη	
DASS-21 (άγχος)	Καθόλου άγχος	Count	77	0	77
		% within DASS-21 (άγχος)	100,0%	0,0%	100,0%
	Άγχος	Count	30	22	52
		% within DASS-21 (άγχος)	57,7%	42,3%	100,0%
Total		Count	107	22	129
		% within DASS-21 (άγχος)	82,9%	17,1%	100,0%



Γράφημα 1. Ποσοστιαία κατανομή κατάθλιψης ανά επίπεδο άγχους

### 4.3.3 Σχετίζεται το επίπεδο άγχους με την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το είδος διαμονής, την εργασιακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, το ιστορικό χρόνιων νοσημάτων;

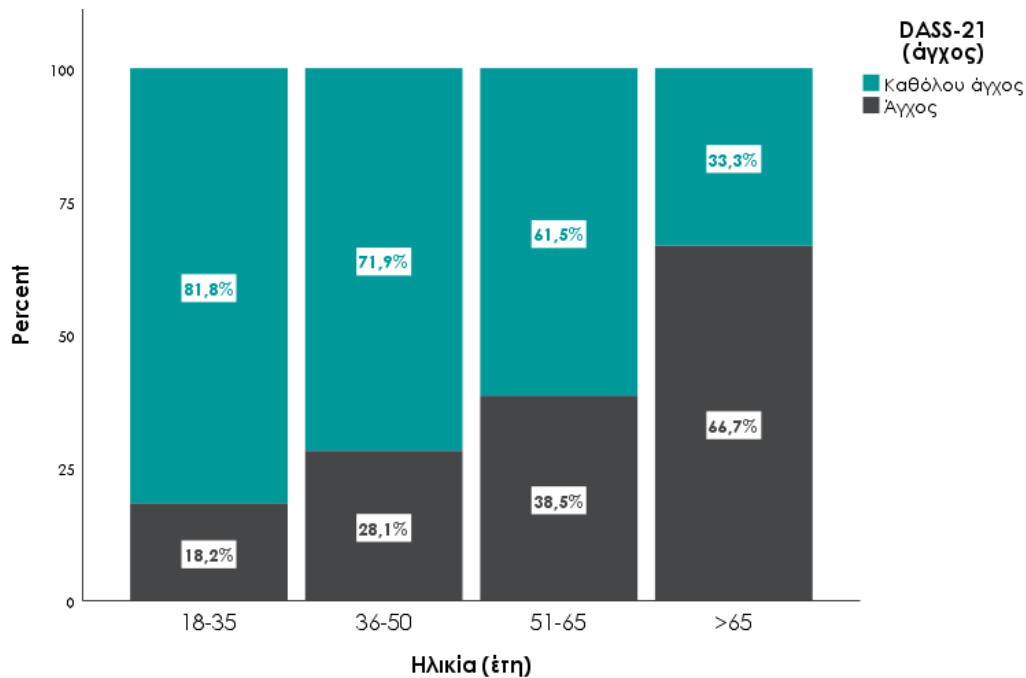
#### ΗΛΙΚΙΑ

Ο έλεγχος  $\chi^2$  αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και ηλικίας [ $\chi^2(3) = 16,901$ ,  $p = 0,001$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μεγάλος, Cramer's  $V = 0,362$ . Συγκεκριμένα, το ποσοστό άγχους στην ηλικιακή κατηγορία «18-35» υπολογίστηκε 18,2%, στην κατηγορία «36-50» 28,1%, στην κατηγορία «51-65» 38,5%, και στην κατηγορία «>65» 66,7%. Απ' όλους τους συνδυασμούς των ηλικιακών κατηγοριών μόνο οι γυναίκες ηλικιακού φάσματος >65 ετών κατέγραψαν, στατιστικά σημαντικό, υψηλότερο ποσοστό άγχους σε σχέση με τις γυναίκες που ανήκουν στις ηλικιακές κατηγορίες «18-35» και «36-50».

Πίνακας 11. Δισταυρούμενος πίνακας κλίμακας άγχους και ηλικίας

			Ηλικία (έτη)				Total
			18-35	36-50	51-65	>65	
DASS-21 (άγχος)	Καθόλου άγχος	Count	18 <sub>a</sub>	23 <sub>a</sub>	24 <sub>a, b</sub>	12 <sub>b</sub>	77
		% within Ηλικία (έτη)	81,8%	71,9%	61,5%	33,3%	59,7%
	Άγχος	Count	4 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	15 <sub>a, b</sub>	24 <sub>b</sub>	52
		% within Ηλικία (έτη)	18,2%	28,1%	38,5%	66,7%	40,3%
Total		Count	22	32	39	36	129
		% within Ηλικία (έτη)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Ηλικία (έτη) categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.



Γράφημα 2. Ποσοστιαία κατανομή άγχους ανά ηλικιακή κατηγορία

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

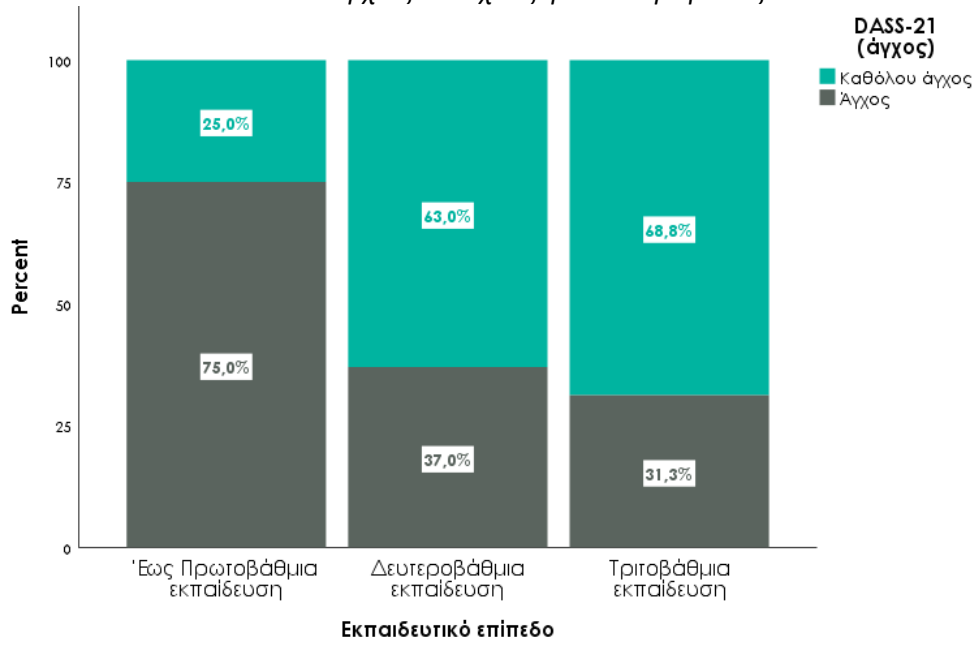
Ο έλεγχος  $\chi^2$  αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και εκπαιδευτικού επιπέδου [ $\chi^2(2) = 9,455$ ,  $p = 0,009$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μέτριος, Cramer's  $V = 0,271$ . Από τον πίνακα 5 καταγράφεται μία φθίνουσα τάση του ποσοστού άγχους όσο αυξάνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, το ποσοστό άγχους στην κατηγορία εκπαιδευτικού επιπέδου «Έως Πρωτοβάθμια εκπαίδευση» υπολογίστηκε 75,0%, στην κατηγορία «Δευτεροβάθμια εκπαίδευση» 37,0%, και στην κατηγορία «Τριτοβάθμια εκπαίδευση» 31,3%. Απ' όλους τους συνδυασμούς των εκπαιδευτικών επιπέδων μόνο οι γυναίκες που έλαβαν εκπαίδευση έως την Πρωτοβάθμια βαθμίδα κατέγραψαν, στατιστικά σημαντικό, υψηλότερο ποσοστό άγχους σε σχέση με τις γυναίκες που ανήκουν στις υπόλοιπες μορφωτικές βαθμίδες.

Πίνακας 12. Διασταυρούμενος πίνακας κλίμακας άγχους και εκπαιδευτικού επιπέδου

			Εκπαιδευτικό επίπεδο			Total
			Έως Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	
DASS-21 (άγχος)	Καθόλου άγχος	Count	4 <sub>a</sub>	51 <sub>b</sub>	22 <sub>b</sub>	77
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	25,0%	63,0%	68,8%	59,7%
	Άγχος	Count	12 <sub>a</sub>	30 <sub>b</sub>	10 <sub>b</sub>	52
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	75,0%	37,0%	31,3%	40,3%
Total		Count	16	81	32	129
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Εκπαιδευτικό επίπεδο categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Αλεξάνδρα Μάντζιου  
«Επιπολασμός καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών σε γυναίκες τις  
επαρχίας και σχετιζόμενοι παράγοντες»



Γράφημα 3. Ποσοστιαία κατανομή άγχους ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

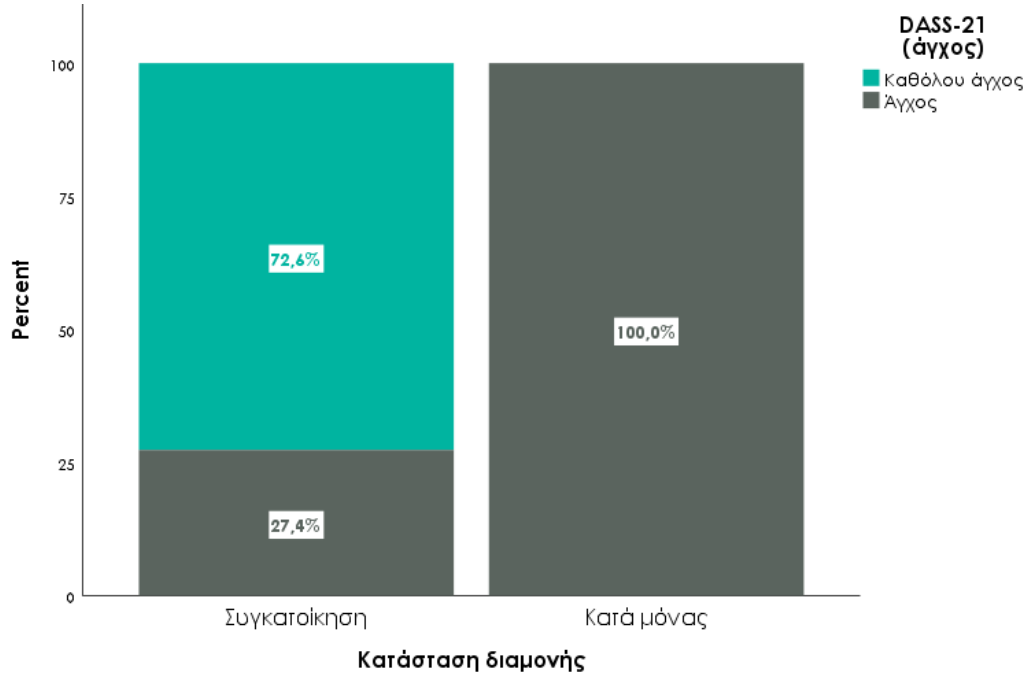
### ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Ο έλεγχος  $\chi^2$  αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και κατάσταση διαμονής [ $\chi^2(1) = 41,448, p < 0,001$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μεγάλος, Cramer's  $V = 0,567$ . Συγκεκριμένα, το ποσοστό άγχους στις γυναίκες που διαμένουν μόνες είναι στατιστικά υψηλότερο (100,0%) από το αντίστοιχο των γυναικών που συγκατοικούν με τουλάχιστον ένα άτομο (27,4%).

Πίνακας 13. Διασταυρούμενος πίνακας κλίμακας άγχους και διαμονής

			Κατάσταση διαμονής		Total
			Συγκατοίκηση	Κατά μόνες	
DASS-21 (άγχος)	Καθόλου άγχος	Count	77 <sub>a</sub>	0 <sub>b</sub>	77
		% within Διαμονή	72,6%	0,0%	59,7%
	Άγχος	Count	29 <sub>a</sub>	23 <sub>b</sub>	52
		% within Διαμονή	27,4%	100,0%	40,3%
Total		Count	106	23	129
		% within Διαμονή	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Διαμονή categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.



Γράφημα 4. Ποσοστιαία κατανομή άγχους ανά κατάσταση διαμονής

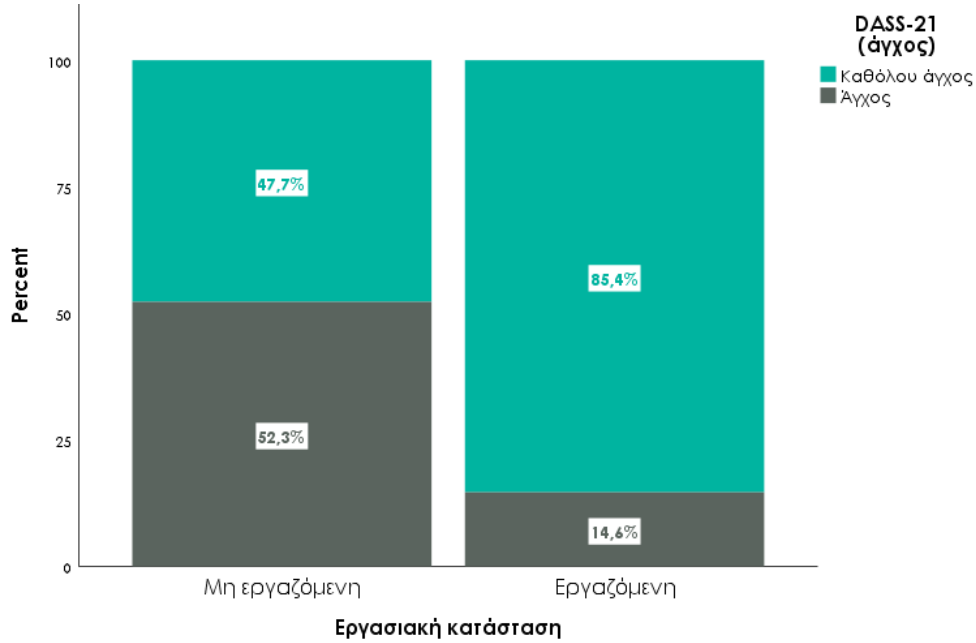
## ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο έλεγχος  $\chi^2$  αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και εργασιακής κατάστασης [ $\chi^2(1) = 16,468$ ,  $p < 0,001$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μέτριος, Cramer's  $V = 0,357$ . Συγκεκριμένα, το ποσοστό άγχους στις γυναίκες που δεν εργάζονται είναι στατιστικά υψηλότερο (52,3%) από το αντίστοιχο των γυναικών που εργάζονται (14,6%).

Πίνακας 14. Διασταυρούμενος πίνακας κλίμακας καταστατικού άγχους και εργασιακής κατάστασης

			Εργασιακή κατάσταση		Total
			Μη εργαζόμενη	Εργαζόμενη	
DASS-21 (άγχος)	Καθόλου άγχος	Count	42 <sub>a</sub>	35 <sub>b</sub>	77
		% within Εργασιακή κατάσταση	47,7%	85,4%	59,7%
	Άγχος	Count	46 <sub>a</sub>	6 <sub>b</sub>	52
		% within Εργασιακή κατάσταση	52,3%	14,6%	40,3%
Total		Count	88	41	129
		% within Εργασιακή κατάσταση	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Εργασιακή κατάσταση categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.



Γράφημα 5. Ποσοστιαία κατανομή άγχους ανά εργασιακή κατάσταση

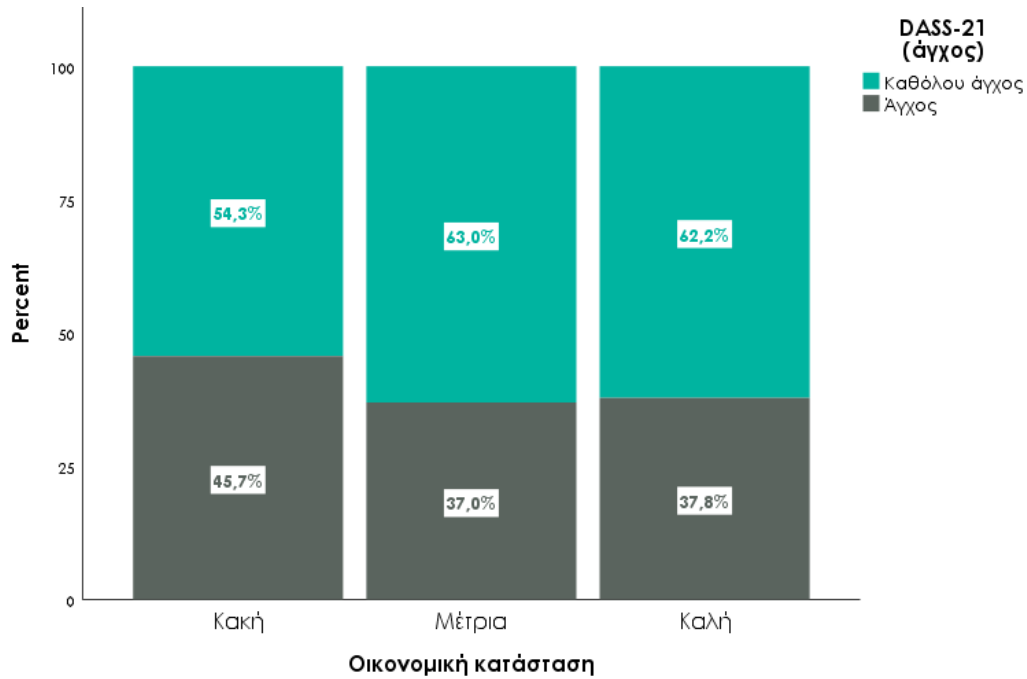
## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο έλεγχος  $\chi^2$  δεν αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και οικονομικής κατάστασης [ $\chi^2(2) = 0,855$ ,  $p = 0,652$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μικρός, Cramer's  $V = 0,081$ . Το ποσοστό άγχους στις γυναίκες που δήλωσαν κακή, μέτρια, και καλή οικονομική κατάσταση υπολογίστηκε 45,7%, 37,0%, και 37,8%, αντίστοιχα.

Πίνακας 15. Διασταυρούμενος πίνακας κλίμακας καταστατικού άγχους και οικονομικής κατάστασης

			Οικονομική κατάσταση			Total
			Κακή	Μέτρια	Καλή	
DASS-21 (άγχος)	Καθόλου άγχος	Count	25 <sub>a</sub>	29 <sub>a</sub>	23 <sub>a</sub>	77
		% within Οικονομική κατάσταση	54,3%	63,0%	62,2%	59,7%
	Άγχος	Count	21 <sub>a</sub>	17 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	52
		% within Οικονομική κατάσταση	45,7%	37,0%	37,8%	40,3%
Total		Count	46	46	37	129
		% within Οικονομική κατάσταση	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Οικονομική κατάσταση categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.



Γράφημα 6. Ποσοστιαία κατανομή άγχους ανά οικονομική κατάσταση

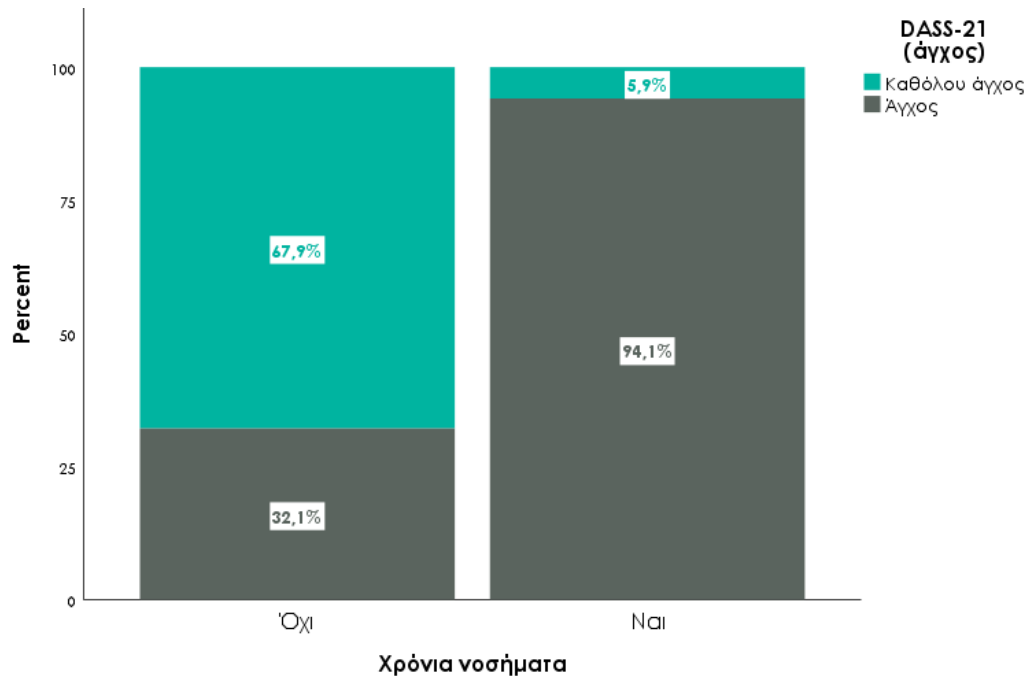
## ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ο έλεγχος  $\chi^2$  αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και χρόνιων νοσημάτων [ $\chi^2(1) = 23,561, p < 0,001$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μέτριος, Cramer's V = 0,427. Συγκεκριμένα, το ποσοστό άγχους στις γυναίκες που έχουν τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα είναι στατιστικά υψηλότερο (94,1%) από το αντίστοιχο των γυναικών που δεν έχουν κάποιο χρόνια νόσημα (32,1%).

Πίνακας 16. Διασταυρούμενος πίνακας κλίμακας καταστατικού άγχους και χρόνιων νοσημάτων

			Χρόνια νοσήματα		Total
			Όχι	Ναι	
DASS-21 (άγχος)	Καθόλου άγχος	Count	76 <sub>a</sub>	1 <sub>b</sub>	77
		% within Χρόνια νοσήματα	67,9%	5,9%	59,7%
	Άγχος	Count	36 <sub>a</sub>	16 <sub>b</sub>	52
		% within Χρόνια νοσήματα	32,1%	94,1%	40,3%
Total		Count	112	17	129
		% within Χρόνια νοσήματα	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Χρόνια νοσήματα categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.



Γράφημα 7. Ποσοστιαία κατανομή άγχους ανά συννοσηρότητα

#### 4.3.4 Σχετίζεται το επίπεδο κατάθλιψης με την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το είδος διαμονής, την εργασιακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, το ιστορικό χρόνιων νοσημάτων;

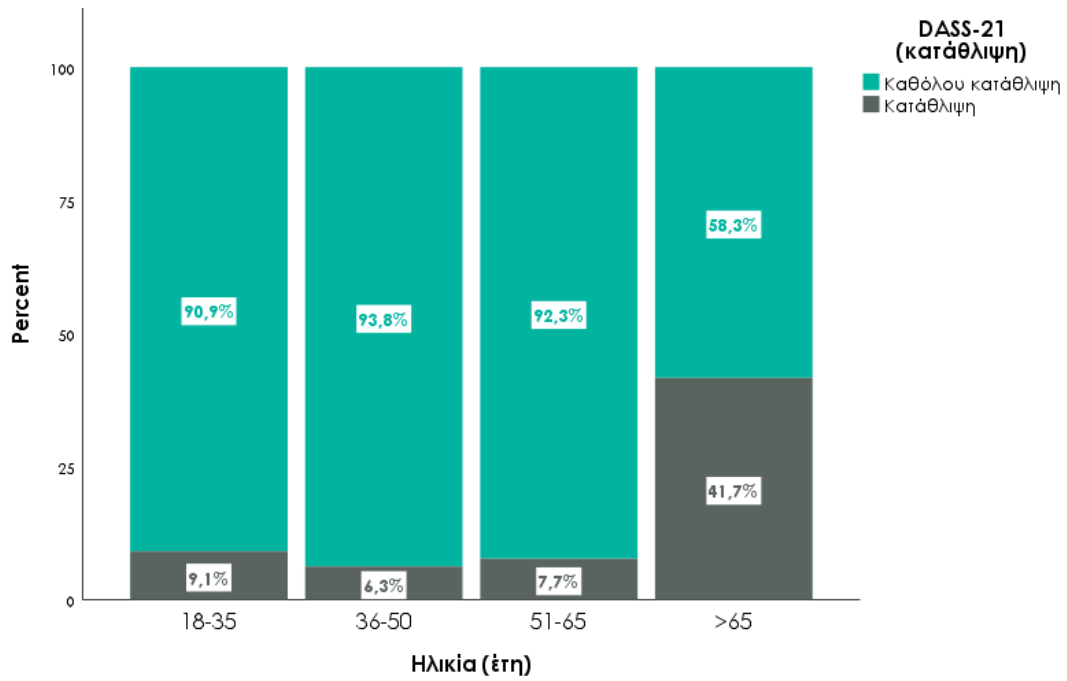
##### ΗΛΙΚΙΑ

Ο έλεγχος  $\chi^2$  αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και ηλικίας [ $\chi^2(3) = 21,460, p < 0,001$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μεγάλος, Cramer's V = 0,408. Συγκεκριμένα, το ποσοστό κατάθλιψης στην ηλικιακή κατηγορία «18-35» υπολογίστηκε 9,1%, στην κατηγορία «36-50» 6,3%, στην κατηγορία «51-65» 7,7%, και στην κατηγορία «>65» 41,7%. Απ' όλους τους συνδυασμούς των ηλικιακών κατηγοριών μόνο οι γυναίκες ηλικιακού φάσματος >65 ετών κατέγραψαν, στατιστικά σημαντικό, υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης σε σχέση με τις γυναίκες που ανήκουν στις ηλικιακές κατηγορίες «18-35», «36-50», και «51-65».

Πίνακας 17. Διασταυρούμενος πίνακας κλίμακας κατάθλιψης και ηλικίας

			Ηλικία (έτη)				Total
			18-35	36-50	51-65	>65	
DASS-21 (κατάθλιψη)	Καθόλου κατάθλιψη	Count	20 <sub>a</sub>	30 <sub>a</sub>	36 <sub>a</sub>	21 <sub>b</sub>	107
		% within Ηλικία (έτη)	90,9%	93,8%	92,3%	58,3%	82,9%
	Κατάθλιψη	Count	2 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	15 <sub>b</sub>	22
		% within Ηλικία (έτη)	9,1%	6,3%	7,7%	41,7%	17,1%
Total		Count	22	32	39	36	129
		% within Ηλικία (έτη)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Ηλικία (έτη) categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.



Γράφημα 8. Ποσοστιαία κατανομή κατάθλιψης ανά ηλικιακή κατηγορία

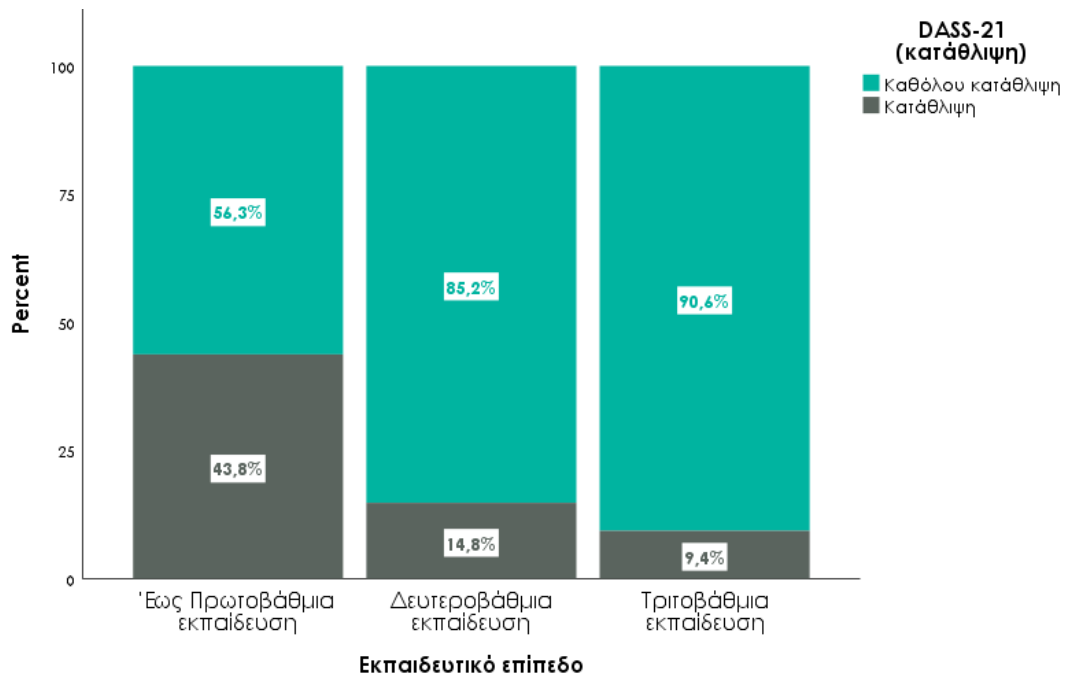
## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Ο έλεγχος  $\chi^2$  αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και εκπαιδευτικού επιπέδου [ $\chi^2(2) = 9,682, p = 0,008$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μέτριος, Cramer's  $V = 0,274$ . Συγκεκριμένα, το ποσοστό κατάθλιψης στην κατηγορία εκπαιδευτικού επιπέδου «Έως Πρωτοβάθμια εκπαίδευση» υπολογίστηκε 43,8%, στην κατηγορία «Δευτεροβάθμια εκπαίδευση» 14,8%, και στην κατηγορία «Τριτοβάθμια εκπαίδευση» 9,4%. Απ' όλους τους συνδυασμούς των εκπαιδευτικών επιπέδων μόνο οι γυναίκες που έλαβαν εκπαίδευση έως την Πρωτοβάθμια βαθμίδα κατέγραψαν, στατιστικά σημαντικό, υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης σε σχέση με τις γυναίκες που ανήκουν στις υπόλοιπες μορφωτικές βαθμίδες.

Πίνακας 18. Διασταυρούμενος πίνακας κλίμακας κατάθλιψης και εκπαιδευτικού επιπέδου

			Εκπαιδευτικό επίπεδο			Total
			Έως πρωτοβάθμια εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	
DASS-21 (κατάθλιψη)	Καθόλου κατάθλιψη	Count	9 <sub>a</sub>	69 <sub>b</sub>	29 <sub>b</sub>	107
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	56,3%	85,2%	90,6%	82,9%
	Κατάθλιψη	Count	7 <sub>a</sub>	12 <sub>b</sub>	3 <sub>b</sub>	22
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	43,8%	14,8%	9,4%	17,1%
Total		Count	16	81	32	129
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Εκπαιδευτικό επίπεδο categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.



Γράφημα 9. Ποσοστιαία κατανομή κατάθλιψης ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

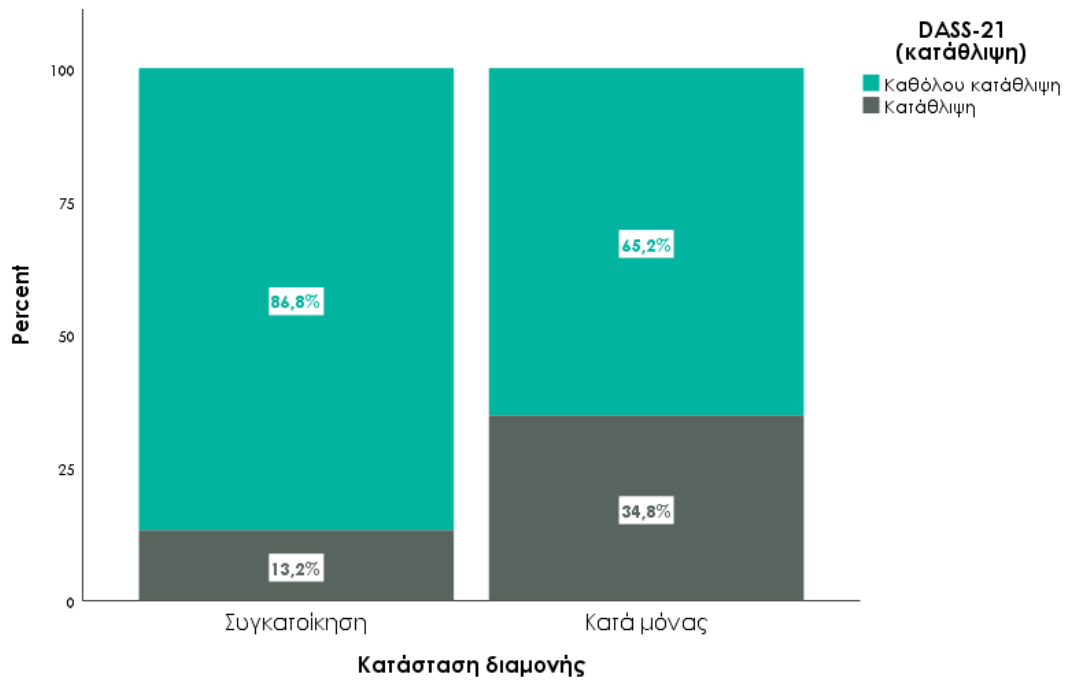
## ΔΙΑΜΟΝΗ

Ο έλεγχος  $\chi^2$  αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και τύπος διαμονής [ $\chi^2(1) = 6,219, p = 0,013$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μικρός, Cramer's  $V = 0,220$ . Συγκεκριμένα, το ποσοστό κατάθλιψης στις γυναίκες που διαμένουν μόνες είναι στατιστικά υψηλότερο (34,8%) από το αντίστοιχο των γυναικών που συγκατοικούν με τουλάχιστον ένα άτομο (13,2%).

Πίνακας 19. Διασταυρούμενος πίνακας κλίμακας κατάθλιψης και κατάσταση διαμονής

			Κατάσταση διαμονής		Total
			Συγκατοίκηση	Κατά μόνες	
DASS-21 (κατάθλιψη)	Καθόλου κατάθλιψη	Count	92 <sub>a</sub>	15 <sub>b</sub>	107
		% within Διαμονή	86,8%	65,2%	82,9%
	Κατάθλιψη	Count	14 <sub>a</sub>	8 <sub>b</sub>	22
		% within Διαμονή	13,2%	34,8%	17,1%
Total		Count	106	23	129
		% within Διαμονή	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Διαμονή categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.



Γράφημα 10. Ποσοστιαία κατανομή κατάθλιψης ανά κατάσταση διαμονής

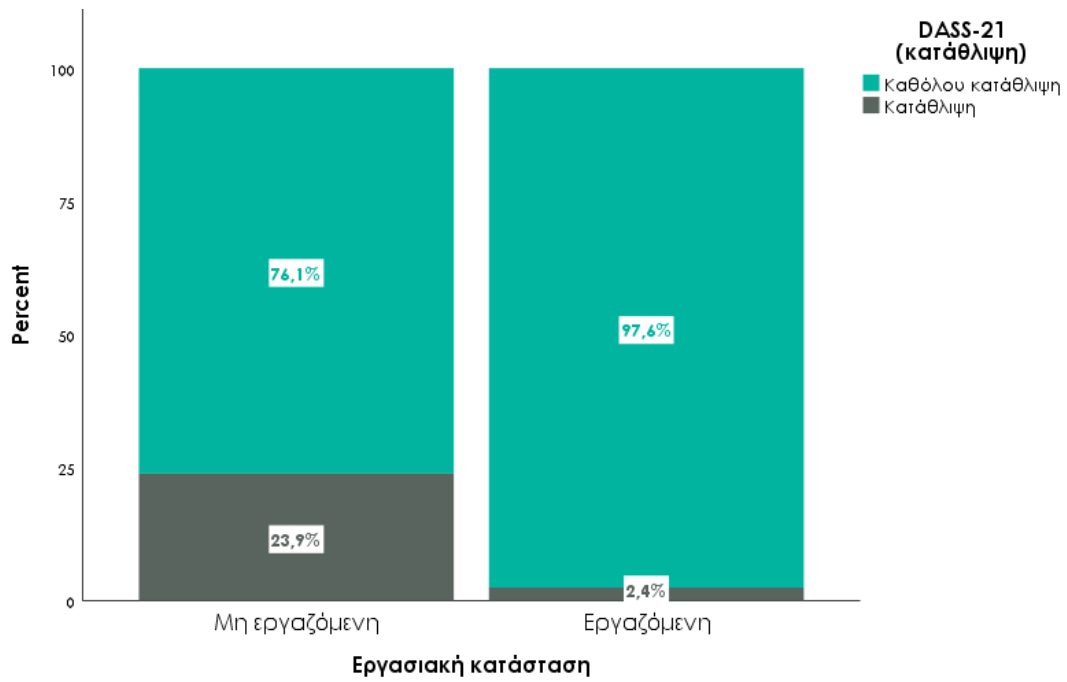
## ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο έλεγχος  $\chi^2$  αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και εργασιακής κατάστασης [ $\chi^2(1) = 9,076$ ,  $p = 0,003$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μικρός, Cramer's  $V = 0,265$ . Συγκεκριμένα, το ποσοστό κατάθλιψης στις γυναίκες που δεν εργάζονται είναι στατιστικά υψηλότερο (23,9%) από το αντίστοιχο των γυναικών που εργάζονται (2,4%).

Πίνακας 20. Διασταυρούμενος πίνακας κλίμακας κατάθλιψης και εργασιακής κατάστασης

			Εργασιακή κατάσταση		Total
			Μη εργαζόμενη	Εργαζόμενη	
DASS-21 (κατάθλιψη)	Καθόλου κατάθλιψη	Count	67 <sub>a</sub>	40 <sub>b</sub>	107
		% within Εργασιακή κατάσταση	76,1%	97,6%	82,9%
	Κατάθλιψη	Count	21 <sub>a</sub>	1 <sub>b</sub>	22
		% within Εργασιακή κατάσταση	23,9%	2,4%	17,1%
Total		Count	88	41	129
		% within Εργασιακή κατάσταση	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Εργασιακή κατάσταση categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.



Γράφημα 11. Ποσοστιαία κατανομή κατάθλιψης ανά εργασιακή κατάσταση

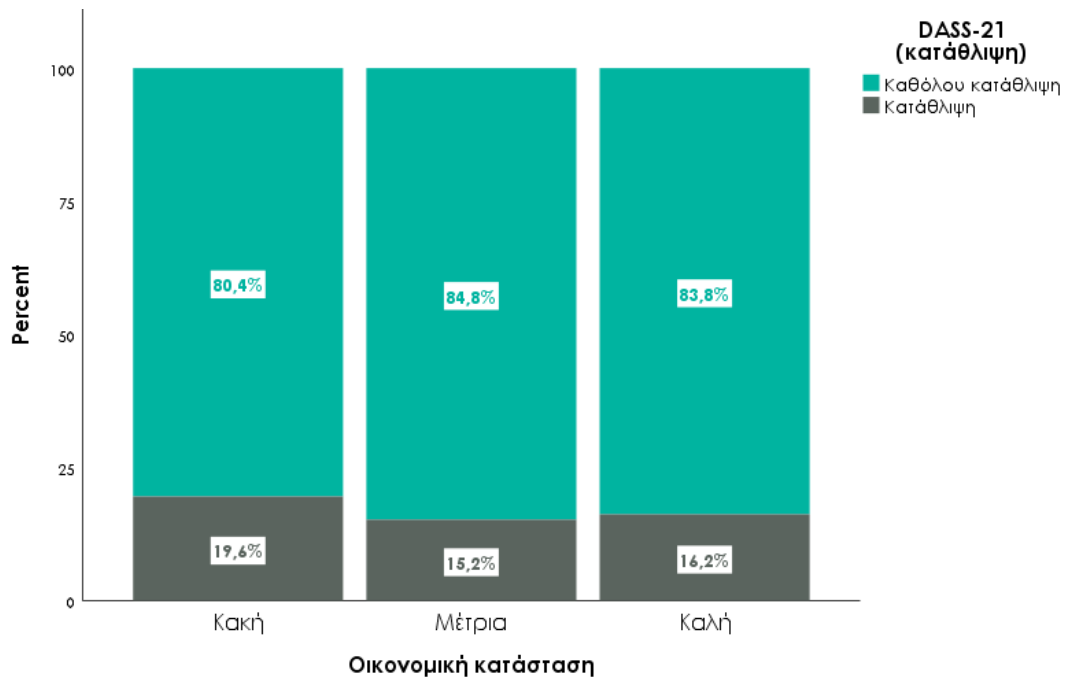
## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο έλεγχος  $\chi^2$  δεν αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και οικονομικής κατάστασης [ $\chi^2(2) = 0,333, p = 0,847$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μικρός, Cramer's V = 0,051. Το ποσοστό κατάθλιψης στις γυναίκες που δήλωσαν κακή, μέτρια, και καλή οικονομική κατάσταση υπολογίστηκε 19,6%, 15,2%, και 16,2%, αντίστοιχα.

Πίνακας 21. Διασταυρούμενος πίνακας κλίμακας κατάθλιψης και οικονομικής κατάστασης

			Οικονομική κατάσταση			Total
			Κακή	Μέτρια	Καλή	
DASS-21 (κατάθλιψη)	Καθόλου κατάθλιψη	Count	37 <sub>a</sub>	39 <sub>a</sub>	31 <sub>a</sub>	107
		% within Οικονομική κατάσταση	80,4%	84,8%	83,8%	82,9%
	Κατάθλιψη	Count	9 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	22
		% within Οικονομική κατάσταση	19,6%	15,2%	16,2%	17,1%
Total		Count	46	46	37	129
		% within Οικονομική κατάσταση	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Οικονομική κατάσταση categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.



Γράφημα 12. Ποσοστιαία κατανομή κατάθλιψης ανά οικονομική κατάσταση

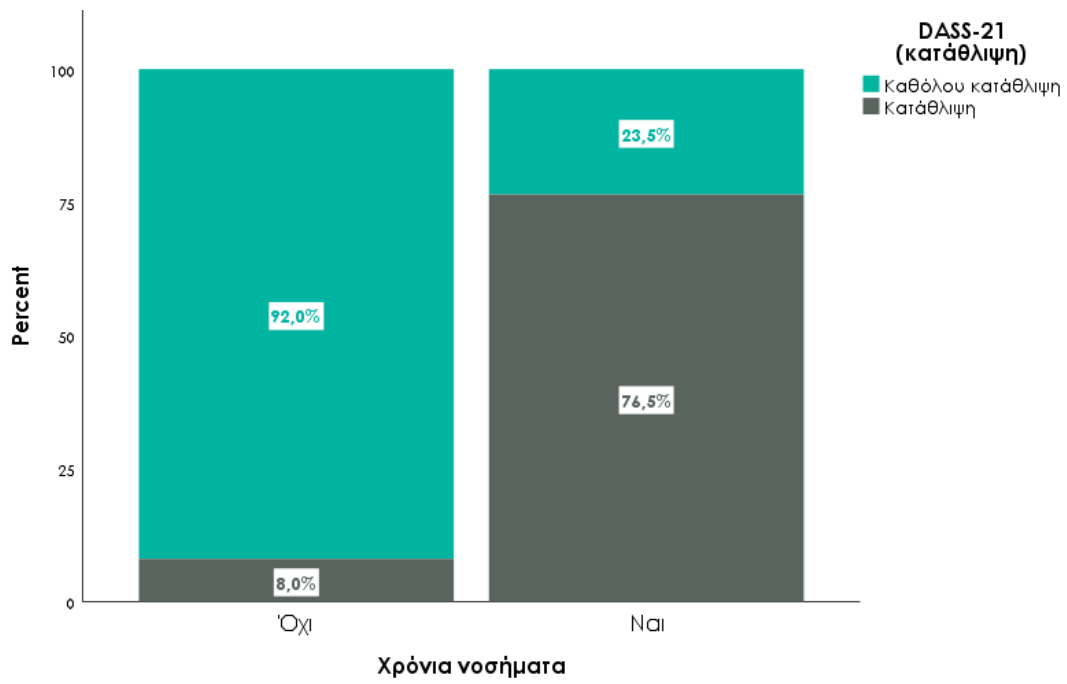
## ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ο έλεγχος  $\chi^2$  αποκάλυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και χρόνιων νοσημάτων [ $\chi^2(1) = 48,866, p < 0,001$ ]. Ο συσχετισμός ήταν μεγάλος, Cramer's V = 0,615. Συγκεκριμένα, το ποσοστό κατάθλιψης στις γυναίκες που έχουν τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα είναι στατιστικά υψηλότερο (76,5%) από το αντίστοιχο των γυναικών που δεν έχουν κάποιο χρόνια νόσημα (8,0%).

Πίνακας 22. Διασταυρούμενος πίνακας κλίμακας κατάθλιψης και χρόνιων νοσημάτων

			Χρόνια νοσήματα		Total
			Όχι	Ναι	
DASS-21 (κατάθλιψη)	Καθόλου κατάθλιψη	Count	103 <sub>a</sub>	4 <sub>b</sub>	107
		% within Χρόνια νοσήματα	92,0%	23,5%	82,9%
	Κατάθλιψη	Count	9 <sub>a</sub>	13 <sub>b</sub>	22
		% within Χρόνια νοσήματα	8,0%	76,5%	17,1%
Total		Count	112	17	129
		% within Χρόνια νοσήματα	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript letter denotes a subset of Χρόνια νοσήματα categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.



Γράφημα 13. Ποσοστιαία κατανομή κατάθλιψης ανά συννοσηρότητα

## 5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ένα σημαντικό ποσοστό των γυναικών που ζούσαν στην επαρχία εμφάνισαν σημαντικά ποσοστά κατάθλιψης και άγχους . Το 40,3% του δείγματος (52 γυναίκες) εμφάνιζε συμπτώματα άγχους (βαθμολογία στην υποκλίμακα «άγχους» >8 στο DASS-21 ) , ενώ το 17,1% του δείγματος (22 γυναίκες) εμφάνιζε καταθλιπτική συμπτωματολογία (βαθμολογία στην υποκλίμακα «κατάθλιψη» >10 στο DASS-21). Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης και άγχους σε σύγκριση με τους άντρες. Στην μελέτη των Richardson και συνεργατών (2020) σε άτομα ηλικίας 55 ετών και άνω η Ελλάδα , όπως και όλες οι χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, εμφάνιζε τη μεγαλύτερη διαφορά στον επιπολασμό της κατάθλιψης μεταξύ των δύο φύλων, σε αντίθεση με την Κορέα που εμφάνιζε τη μικρότερη. Στη μελέτη των Argyropoulos και συνεργατών (2015), σε ηλικιωμένους που επισκέπτονταν ΚΑΠΗ σε δυο περιοχές της Ελλάδας , οι γυναίκες εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε σύγκριση με τους άντρες και στις δύο περιοχές (54,6% έναντι 37,4% στην αστική περιοχή, και 62,9% έναντι 45,5% στην ημιαστική περιοχή). Σε μια μελέτη πληθυσμού στο Ηνωμένο Βασίλειο οι γυναίκες εμφάνιζαν υψηλότερο επιπολασμό καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και πιθανής καταθλιπτικής διαταραχής σε σχέση με τους άντρες , ενώ και σε αντίστοιχη μελέτη πληθυσμού στην Ελλάδα οι γυναίκες είχαν υψηλότερο επιπολασμό καταθλιπτικού επεισοδίου σε σχέση με τους άντρες (3,68% έναντι 2,10%), υψηλότερο επιπολασμό ΓΑΔ (5,62% έναντι 2,55%), Διαταραχής Πανικού (2,55% έναντι 1,19%) και Μικτής Αγχώδους και Καταθλιπτικής Διαταραχής (3,07% έναντι 2,26%) (Skaripakis et al., 2013 ; De la Torre et al., 2020). Σε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση ενηλίκων στη Βραζιλία οι γυναίκες εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά δωδεκάμηνου και ισόβιου επιπολασμού κατάθλιψης σε σχέση με τους άντρες (11,3% έναντι 4,0% και 21,6% έναντι 9,7% αντίστοιχα) (Silva et al., 2014). Στις ΗΠΑ ο γενικός επιπολασμός της μείζονος και ήπιας καταθλιπτικής διαταραχής σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας ήταν 4,8% και 4,3% αντίστοιχα (Guo et al., 2018).

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αφορούσε πληθυσμό γυναικών που ζούσε σε επαρχία της Ελλάδος. Σε μελέτες σε αστικές περιοχές και σε περιοχές της επαρχίας στην Πολωνία σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση βρέθηκε πιο σοβαρή κατάθλιψη κατά μέσο όρο στις γυναίκες της επαρχίας ενώ υψηλότερο ποσοστό των γυναικών αυτών είχε μέτρια /σοβαρή κατάθλιψη σε σύγκριση με τις γυναίκες που ζούσαν σε αστικές περιοχές, μάλιστα η σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είχε αρνητική συσχέτιση με τα επίπεδα TSH στις γυναίκες της επαρχίας (Bojar et al., 2020

; Gujski et al., 2021). Σε άλλη μελέτη σε περιοχές επαρχίας της Δυτικής Πολωνίας ήπια κατάθλιψη εμφανιζόταν στο 22,9%, μέτρια κατάθλιψη στο 3,6% και σοβαρή στο 4,1% (Lojko et al., 2015). Σε συγχρονική μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο σε γυναίκες που κατοικούσαν σε αστικό περιβάλλον ή στην επαρχία κατά την περιγεννητική περίοδο παρατηρήθηκε υψηλότερος επιπολασμός καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών στις γυναίκες που ζούσαν στην επαρχία σε σχέση με τις γυναίκες που έμεναν σε αστικό πλαίσιο (40,0% έναντι 28,5%) (Ginja et al., 2020). Στην ίδια μελέτη αναφέρεται πως ενώ οι γυναίκες που ζούσαν στην επαρχία έρχονταν αντιμέτωπες με λιγότερες κοινωνικο-οικονομικές ελλείψεις, ήταν πιο πιθανό να αναζητήσουν υποστήριξη και πληροφορίες για την κατάθλιψη και το άγχος και πιο πιθανό να αναφέρουν μειωμένη υποστήριξη από το κοινωνικό τους δίκτυο (Ginja et al., 2020). Αν αναλογιστούμε την ελληνική πραγματικότητα, οι γυναίκες στην επαρχία έχουν μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες και ειδικούς ψυχικής υγείας, ενώ είναι πιο πιθανό ο στιγματισμός στις επαρχιακές κοινωνίες να τις αποτρέπει από το να αναζητήσουν βοήθεια είτε από κάποιο γιατρό στη ΠΦΥ, που έχουν πιο εύκολα πρόσβαση, ή ακόμη και από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον τους. Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση σε νέους ενήλικες που έμεναν σε περιοχές της επαρχίας της Αυστραλίας, βρέθηκε υψηλότερος συνολικός επιπολασμός κατάθλιψης και άγχους σε όσους ζούσαν σε αστικές περιοχές (26,1%) σε σύγκριση με όσους ζούσαν στην επαρχία (24,9%) αν και η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική (Kasturi et al., 2023). Στη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Purtille και συνεργατών (2019) για τον επιπολασμό της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους εντοπίστηκαν επίσης διαφορές μεταξύ κατοίκων αστικών περιοχών και επαρχίας, με τον επιπολασμό της κατάθλιψης να είναι υψηλότερος μεταξύ των κατοίκων των αστικών περιοχών στις ανεπτυγμένες χώρες (16% έναντι 11,8%), αλλά υψηλότερος μεταξύ κατοίκων της επαρχίας στις αναπτυσσόμενες χώρες (9,6% έναντι 7,5%). Σε άλλη μελέτη σε ηλικιωμένους που ζούσαν στην κοινότητα στην Πορτογαλία βρέθηκε πως όσοι ζούσαν σε περιοχές της επαρχίας είχαν πιο συχνά ατομικό ιστορικό κατάθλιψης σε σχέση με όσους ζούσαν σε αστικό περιβάλλον (45,5% έναντι 33,8%) (Concalves-Pereira et al., 2019).

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε περιοχές της επαρχίας μετά τα διαστήματα καραντίνας λόγω της πανδημίας COVID-19, επιβεβαιώνοντας την ερευνητική υπόθεση ότι τα ποσοστά των ψυχικών αυτών διαταραχών θα ήταν αυξημένα. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τα δεδομένα μελετών από την ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία. Μελέτες για την επίδραση της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία του πληθυσμού στην Ελλάδα έδειξαν πως ένα ποσοστό 8,96% χωρίς προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης εμφάνιζαν πρώτο καταθλιπτικό

επεισόδιο σύμφωνα με αυτό-αναφορές, ένα ποσοστό 23,3% με ιστορικό κατάθλιψης εμφάνισαν καταθλιπτική συμπτωματολογία ενώ αυξημένα επίπεδα άγχους εντοπίστηκαν στο 40% περίπου του δείγματος (Fountoulakis et al., 2021). Έρευνες στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας κατά την πρώτη καραντίνα έδειξαν ποσοστά αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αντίστοιχα με αυτά που παρατηρήθηκαν κατά την οικονομική κρίση του 2009, με τα ποσοστά άγχους να είναι υψηλότερα από τα ποσοστά κατάθλιψης, ενώ σε άλλη μελέτη για την πανδημία στην Ελλάδα βρέθηκε πως οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά φόβου για τον ιό αλλά και υψηλότερα ποσοστά αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε σύγκριση με τους άντρες (Parlapani et al., 2020 ; Pappa et al., 2021). Σε συγκριτική μελέτη μεταξύ Ελλάδας και Ισπανίας κατά τα διαστήματα καραντίνας τα επίπεδα καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων ήταν υψηλότερα στην Ελλάδα (Parandreu et al., 2020). Η κοινωνική απομόνωση λόγω των περιοριστικών μέτρων πιθανά επηρέασε σημαντικά την ψυχική υγεία του πληθυσμού της Ελλάδας, ενώ ο φόβος και η αβεβαιότητα για το μέλλον, για την απώλεια εργασίας και την ανεργία σε μια χώρα που πρόσφατα ξεπέρασε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης του 2009 και ο φόβος για νέα κοινωνική ύφεση δεν αποκλείεται να εξηγούν τις διαφορές αυτές. Και σε μελέτες στην Κύπρο παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης που συσχετίστηκε με την πανδημία, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρήθηκε αύξηση στον επιπολασμό των αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών κατά το διάστημα της πρώτης καραντίνας (αύξηση κατά 26,35% και 27,88% αντίστοιχα), και παρόλο που σε δεύτερη μελέτη παρατηρήθηκε ύφεση των συμπτωμάτων μετά τις 20 εβδομάδες από την αρχή της καραντίνας σε κάποιες ομάδες του πληθυσμού παρέμειναν υψηλά (Solomou & Constantinidou, 2020; Fancourt et al., 2021; Dettman et al., 2022). Σε μετα-ανάλυση για την επίδραση των περιοριστικών μέτρων που επιβλήθηκαν λόγω της πανδημίας COVID-19, στο άγχος και στην κατάθλιψη, παρατηρήθηκε αύξηση του επιπολασμού των αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών τόσο στις χώρες της Ασίας(2,1%-4,1% έναντι 17,9% και 1,3%-3,4% έναντι 15,4%-19,8% αντίστοιχα) όσο και στις χώρες της Ευρώπης (3,0%-7,4% έναντι 19,2% και 1,4%-3,9% έναντι 26% αντίστοιχα) (Castaldelli-Maia et al., 2021). Μια από τις ομάδες του πληθυσμού που επιβαρύνθηκε ιδιαίτερα κατά την πανδημία ήταν το προσωπικό που εργαζόταν στον τομέα της υγείας. Σε συγχρονική μελέτη στην Ελλάδα εντοπίστηκαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης (30,18%) και άγχους (25,66%) σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας , και αντίστοιχα αποτελέσματα έδειξε μετα-ανάλυση σε διάφορες χώρες , με τον επιπολασμό του άγχους να υπολογίζεται στο 26% και της κατάθλιψης στο 25% ( Luo et al., 2020 ; Pappa et al., 2021). Τα υψηλά

ποσοστά άγχους και κατάθλιψης στο υγειονομικό προσωπικό στην Ελλάδα δεν προκαλούν έκπληξη δεδομένου ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας αντιμετώπιζε ήδη πολλές προκλήσεις πριν την πανδημία, όπως τις σημαντικές περικοπές σε πόρους και το πάγωμα των προσλήψεων προσωπικού λόγω της οικονομικής κρίσης. Σε ένα σύστημα υγείας που ήδη πάλευε να βρει ισορροπίες προστέθηκε σημαντική πίεση με τις αυξημένες ανάγκες λόγω της πανδημίας, ενώ το μέτρο της αναστολής εργασίας για όσους από το προσωπικό των δομών υγείας επέλεξαν να μην εμβολιαστούν κατά του ιού, οδήγησε σε νέες ελλείψεις προσωπικού και σε επιπλέον φορτίο για τους υπόλοιπους εργαζόμενους (Pappa et al., 2021).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της κατάθλιψης, με τις γυναίκες που είχαν άγχος να έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν άγχος (42,3% έναντι 0%,  $p < 0.001$ ). Η συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης έχει συζητηθεί αρκετά στη διεθνή βιβλιογραφία με σημαντικά ποσοστά ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη να έχουν και σημαντικά επίπεδα άγχους, ενώ φαίνεται πως η αγχώδης συμπτωματολογία προηγείται της εκδήλωσης καταθλιπτικού επεισοδίου ένα με δύο έτη περίπου σε σημαντικό μέρος των ασθενών (Malhi & Manu, 2018). Στη μελέτη των Braam και συνεργατών (2014) σε ηλικιωμένους βρέθηκε πως τα άτομα που δεν εμφάνιζαν κατάθλιψη είχαν επιπολασμό αγχώδους συμπτωματολογίας στο 32,3%, στα άτομα με υποκλινική κατάθλιψη ο επιπολασμός άγχους άγγιζε το 67,3%, ενώ στα άτομα με κλινική κατάθλιψη ο επιπολασμός άγχους ήταν στο 86,2%, με τις γυναίκες να εμφανίζουν σταθερά υψηλότερο επιπολασμό αγχώδους συμπτωματολογίας σε σχέση με τους άντρες, ενώ τα άτομα που είχαν μικτή αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία είχαν και υψηλότερα επίπεδα λειτουργικής αναπηρίας. Σε μελέτη σε γυναίκες που ζούσαν σε αγροτική περιοχή της Ινδίας, ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών (38,92%) που βίωναν άγχος είχαν και κατάθλιψη (Archana et al., 2017).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ άγχους και ηλικίας αλλά και μεταξύ κατάθλιψης και ηλικίας. Στην ηλικιακή ομάδα «18-35 ετών» καταγράφηκε άγχος στο 18,2% του δείγματος και κατάθλιψης στο 9,1% του δείγματος, στην ηλικιακή ομάδα «35-50 ετών» καταγράφηκε άγχος στο 28,1% και κατάθλιψη στο 6,3%, στην ηλικιακή ομάδα «51-65 ετών» καταγράφηκε άγχος στο 38,5% και κατάθλιψη στο 7,7%, και τέλος στις γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω καταγράφηκε άγχος στο 66,7% και κατάθλιψη 41,7%. Οι γυναίκες 65 ετών και άνω είχαν στατιστικά σημαντικότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με τη μελέτη των Skaripakis και συνεργατών (2013), σύμφωνα με την οποία ο επιπολασμός της κατάθλιψης παρουσίαζε αύξηση

στις ηλικιακές ομάδες 50-59 ετών και 60-70 ετών , και ο επιπολασμός του άγχους ήταν υψηλότερος στην ηλικιακή ομάδα 60-70 ετών. Σε άλλη μελέτη σε επαρχία της Κρήτης στην Ελλάδα , ο επιπολασμός της κατάθλιψης αυξανόταν με την ηλικία, στην ηλικιακή ομάδα 61-70 ετών ήταν 30,7%, στην ομάδα 71-80 ετών ήταν 33,5% στην ομάδα 81-90 ετών ήταν 38,8% και στους 91 ετών και άνω άγγιζε το 41,5% (Tsolaki et al., 2017). Και σε άλλη μελέτη σε επαρχία της Δυτικής Πολωνίας βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας , με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης να αυξάνει με την ηλικία, ενώ σε μελέτη σε επαρχία της Ινδίας σε γυναίκες βρέθηκε υψηλότερος επιπολασμός κατάθλιψης στην ηλικιακή ομάδα 51-55 ετών και μικρότερος αλλά όχι στατιστικά σημαντικός, επιπολασμός σε γυναίκες ηλικίας 56-60 ετών και σε άλλη μετα-ανάλυση ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης σε άτομα άνω των 65 ετών υπολογίζεται στο 13,3% , ενώ σε μελέτη στην Ιταλία παρατηρήθηκε τάση μείωσης του επιπολασμού κατάθλιψης μετά τα 80 έτη (Forlani et al., 2014 ; Lojko et al., 2015; Archana et al., 2017 ; Abdoli et al., 2021). Στη μελέτη των Richardson και συνεργατών (2020) σε ενήλικες 55 ετών και άνω από 18 χώρες , βρέθηκαν μεγάλες διαφορές στα ποσοστά κατάθλιψης ανά ηλικιακή ομάδα μεταξύ των χωρών, ωστόσο στην Ελλάδα και το Ισραήλ να παρατηρείται μεγάλη διαφορά μεταξύ των ομάδων 55-65 ετών και 75 ετών και άνω , με την ηλικιακή ομάδα 75 και άνω να εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στην Ελλάδα. Μια πιθανή εξήγηση για αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους στα άτομα 65 ετών και άνω είναι η αυξημένη πιθανότητα για ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων , η συνταξιοδότηση αλλά και ο περιορισμός της αυτονομίας με την πάροδο των ετών.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση, μέτριου συσχετισμού, εντοπίστηκε και μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και του άγχους και της κατάθλιψης . Οι γυναίκες που είχαν εκπαιδευτικό επίπεδο «έως Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση είχαν σημαντικά υψηλότερο άγχος και κατάθλιψη (75,0% και 43,8% αντίστοιχα), σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν ολοκληρώσει τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (37,0% και 14,8% αντίστοιχα) και τις γυναίκες που είχαν εκπαιδευτικό επίπεδο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (31,3% και 9,4% αντίστοιχα). Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία. Στη μελέτη των Lasserre και συνεργατών (2022) το χαμηλό ή μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες για ανάπτυξη καταθλιπτικής διαταραχής σε σύγκριση με το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Στη μελέτη των Richardson και συνεργατών (2020) σε ενήλικες 55 ετών και άνω από 18 χώρες, στις περισσότερες χώρες το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σχετιζόταν με υψηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης , με τα άτομα με εκπαιδευτικό επίπεδο μικρότερο της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης να εμφανίζουν μεγάλες διαφορές στον επιπολασμό της

κατάθλιψης σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν εκπαιδευτικό επίπεδο τριτοβάθμιας στις ΗΠΑ και στην Ελλάδα. Στη μελέτη των Skaridakis και συνεργατών (2013) , το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίστηκε με υψηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης αλλά όχι άγχους . Στη μελέτη των Fancourt και συνεργατών (2021) για την πορεία των αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τα διαστήματα καραντίνας στην Αγγλία , το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν παράγοντας κινδύνου για αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης .

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση , μεγάλου συσχετισμού εντοπίστηκε μεταξύ της κατάστασης διαμονής και του άγχους, με τις γυναίκες του δείγματος που ζούσαν μόνες να εμφανίζουν όλες άγχος , ενώ όσες συγκατοικούσαν με ένα τουλάχιστον άτομο εμφάνιζαν άγχος στο 27,4%. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση, μικρού συσχετισμού, βρέθηκε μεταξύ της κατάστασης διαμονής και της κατάθλιψης, με τις γυναίκες που μένουν μόνες να εμφανίζουν κατάθλιψη στο 34,8% και όσες συγκατοικούσαν με ένα τουλάχιστον ακόμη άτομο στο 13,2%. Στη μελέτη των Skaridakis και συνεργατών (2013), η μεταβλητή χηρεία/διαζύγιο/χωρισμός σχετίστηκε με αυξημένο επιπολασμό αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών. Τα άτομα αυτά είναι πιο πιθανό να μένουν μόνα τους. Στη μελέτη των Argyropoulos και συνεργατών (2015), σε ηλικιωμένους που επισκέπτονταν ΚΑΠΗ σε δυο περιοχές της Ελλάδας, οι άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με τους έγγαμους ( 55,6% έναντι 38,9% στην Πάτρα και 85,6% έναντι 38,9% στην Τρίπολη). Και σε άλλες μελέτες φαίνεται αυξημένος επιπολασμός κατάθλιψης σε άτομα που ήταν χήροι/διαζευγμένοι ή άγαμοι σε σύγκριση με όσα ήταν έγγαμα (Archana et al., 2017 ; Richardson et al., 2020). Στη μελέτη των Fancourt και συνεργατών (2021) για την πορεία των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης κατά την καραντίνα και μετά από αυτή στην Αγγλία, η διαμονή κατά μονάς σχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης τόσο στην αρχή της καραντίνας όσο και στη συνέχιση αυτής, παρόλο που τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης παρουσίασαν μείωση σε άλλες ομάδες του πληθυσμού στο αντίστοιχο διάστημα.

Σημαντικά στατιστική συσχέτιση , μέτριου συσχετισμού βρέθηκε μεταξύ της εργασιακής κατάστασης και του άγχους, με τις γυναίκες που δεν εργαζόταν να εμφανίζουν άγχος σε ποσοστό 52,3% του δείγματος , ενώ όσες εργαζόταν σε ποσοστό 14,6%. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση , μικρού συσχετισμού, βρέθηκε και μεταξύ εργασιακής κατάστασης και κατάθλιψης, με τις γυναίκες που δεν εργαζόταν να έχουν κατάθλιψη σε ποσοστό 23,9% και όσες εργαζόταν 2,4%. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών απασχολούνται με τις εργασίες του νοικοκυριού , ή, ειδικά στις επαρχιακές περιοχές της Ελλάδας , συνδράμουν σημαντικά στις αγροτικές

ή κτηνοτροφικές εργασίες που διατηρούν οι σύζυγοι ή άλλα μέλη της οικογένειας τους, και παρόλα αυτά να δηλώνουν μη εργαζόμενες. Αντίστοιχα αποτελέσματα αναφέρει και μελέτη σε γυναίκες σε αγροτική περιοχή τις Ινδίας, με τις γυναίκες που απασχολούνταν στα οικιακά ή διατηρούσαν εργασίες ημερήσιας απασχόλησης και λιγότερο σταθερές να εμφανίζουν υψηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης σε σύγκριση με τις γυναίκες που τηρούσαν εργασίες υψηλού κύρους (25,09% έναντι 11,11%) (Archana et al., 2017). Στη μελέτη των Skaripnakis και συνεργατών (2013), η κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα γενικότερα και ο επιπολασμός της κατάθλιψης ειδικότερα παρουσίαζε θετική συσχέτιση με την ανεργία. Σε άλλη μελέτη βρέθηκε πως οι άνεργοι (άντρες και γυναίκες) ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους εργαζόμενους, ειδικά σε περιοχές με υψηλότερα του μέσου όρου ποσοστά ανεργίας (Buffel et al., 2016). Στην ανασκόπηση τους οι Kohler και συνεργάτες (2018) σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη, αναφέρουν πως οι δυσκολίες στην εργασία σχετίζονται με κατάθλιψη. Η κατάθλιψη σχετίζεται με σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας σε όλους τους τομείς της ζωής, και πιο συγκεκριμένα με μείωση της παραγωγικότητας του ατόμου στον εργασιακό τομέα. Ίσως η σχέση κατάθλιψης και εργασίας να είναι αμφίδρομη, αν σκεφτούμε ότι η μείωση της αποδοτικότητας στην εργασία θα μπορούσε να οδηγήσει και σε απώλεια της εργασίας.

Στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ οικονομικής κατάστασης και άγχους και κατάθλιψης. Η μεταβλητή οικονομική κατάσταση είχε τις κατηγορίες «κακή», «μέτρια» και «καλή» και βασίστηκε στις αυτό-αναφορές των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Όσον αφορά το άγχος, τα ποσοστά ήταν 45,7%, 37,0% και 37,8% και για την κατάθλιψη 19,6%, 15,2% και 16,2% για τις κατηγορίες «κακή», «μέτρια» και «καλή» αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα δε συμφωνούν με τα αντίστοιχα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Στη μελέτη των Economidou και συνεργατών (2016), για την επίπτωση της οικονομικής κρίσης στον επιπολασμό κατάθλιψης στην Ελλάδα, αναφέρεται αύξηση του επιπολασμού της κατάθλιψης από 3,3% που υπολογιζόταν πριν την οικονομική κρίση σε 6,8% το 2009 και 12,3% το 2013, και σημαντική συσχέτιση των οικονομικών δυσκολιών με τη μείζονα κατάθλιψη. Σε μια μελέτη κοόρτης βρέθηκε πως το εισόδημα σχετίζεται με σημαντική ψυχική δυσφορία, όταν οι άνθρωποι το αντιλαμβάνονταν ως προς τη σημασία του για την κοινωνική κατάταξη τους και όχι σε συνάρτηση με το πόσο διέφερε από το μέσο εισόδημα (Wood et al., 2012). Άλλη μελέτη αναφέρει ότι το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο ήταν παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη κατάθλιψης και διαταραχών κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών (Lasserre et al., 2022).

Σημαντική συσχέτιση, μέτριου συσχετισμού, βρέθηκε μεταξύ των χρόνιων νοσημάτων και του άγχους. Οι γυναίκες που έπασχαν από ένα τουλάχιστον χρόνιο νόσημα εμφάνιζαν άγχος σε ποσοστό 94,1% του δείγματος, ενώ οι γυναίκες που δεν έπασχαν από χρόνιο νόσημα εμφάνιζαν άγχος σε ποσοστό 32,1% του δείγματος. Μεγάλος συσχετισμός βρέθηκε μεταξύ χρόνιων νοσημάτων και κατάθλιψης ( $p < 0.001$ ), με τις γυναίκες που έπασχαν από ένα τουλάχιστον χρόνιο νόσημα να εμφανίζουν κατάθλιψη σε ποσοστό 76,5% του δείγματος σε σύγκριση με ποσοστό 8,0% σε γυναίκες χωρίς χρόνιο νόσημα. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία. Στη συγχρονική μελέτη των Andriopoulos και συνεργατών (2013) αναφέρεται καταθλιπτική συμπτωματολογία και μειωμένη ποιότητα ζωής σε συμμετέχοντες και των δύο φύλων που έπασχαν από χρόνια αρθρίτιδα και Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), και στη μελέτη των Kounatsou και συνεργατών (2020) τα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν υψηλότερα μεταξύ των ηλικιωμένων που έπασχαν από οστεοπόρωση. Στη μελέτη των Argyropoulos και συνεργατών (2015), σε ηλικιωμένους που επισκέπτονταν ΚΑΠΗ σε δυο περιοχές της Ελλάδας, οι ηλικιωμένοι που έπασχαν από χρόνια νοσήματα είχαν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με αυτούς χωρίς χρόνιο νόσημα ( 50,8% έναντι 27,5% στην Πάτρα και 62,4% έναντι 4,5% στην Τρίπολη). Στη συστηματική ανασκόπηση των Volpato και συνεργατών (2021) για τη συσχέτιση μεταξύ άγχους, κατάθλιψης και δέσμευσης στη θεραπεία για ΧΑΠ, ο επιπολασμός του άγχους κυμαινόταν στο 23%-46% και της κατάθλιψης στο 11%-54%, ενώ η παρουσία κατάθλιψης σχετίστηκε με χειρότερη δέσμευση στη θεραπεία για τη ΧΑΠ, ενώ σε σχέση με το άγχος και τη δέσμευση στη θεραπεία τα αποτελέσματα ήταν διφορούμενα. Σε άλλη μελέτη σχετικά με τη ΧΑΠ βρέθηκε πως η επίπτωση των νοσηλειών για την ΧΑΠ ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με άγχος και κατάθλιψη (Montserrat – Capdevila et al., 2017). Άλλες μελέτες έχουν δείξει αυξημένο επιπολασμό κατάθλιψης σε άτομα που πάσχουν από ΣΔ, με τις γυναίκες με ΣΔ να έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους άντρες (Roy & Lloyd, 2012 ; Cols- Sagarma et al., 2016). Σημαντική συσχέτιση βρέθηκε και μεταξύ κατάθλιψης και του αριθμού των χρόνιων νοσημάτων από τα οποία έπασχε κάποιος, με τα άτομα που είχαν πολλαπλή νοσηρότητα ( παρουσία δύο ή και περισσότερων χρόνιων νοσημάτων) να εμφανίζουν σημαντικά διαφορά στον επιπολασμό κατάθλιψης σε σύγκριση με τα άτομα που δεν εμφάνιζαν πολλαπλή νοσηρότητα και τα άτομα που δεν υπέφεραν από κάποιο χρόνιο νόσημα (21,14% , 5,88% και 3,91% αντίστοιχα) (Read et al., 2017). Στη συστηματική ανασκόπηση των DeJean και συνεργατών (2013) η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πίστευαν πως βίωναν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους ως συνέπεια της διάγνωσης τους με

κάποιο χρόνιο νόσημα, ένα μικρότερο ποσοστό πίστευε πως τα συμπτώματα της μιας κατάστασης επηρέαζαν τις εκδηλώσεις της άλλης, πιστεύοντας πως υπήρχε αμφίδρομη σχέση μεταξύ τους, και τέλος ένα μικρό ποσοστό περιέγραφαν τις καταστάσεις ως συνυπάρχουσες αλλά ανεξάρτητες η μια της άλλης.

## 5.2 ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

### 5.2.1 Δυνατά σημεία

Η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει ένα αρκετό ικανό δείγμα. Το δείγμα αποτελείται από 129 γυναίκες που ζουν στην επαρχία. Η μελέτη αφορούσε άτομα που επισκεπτόταν την ΠΦΥ, οπότε πρόκειται για κλινικό πληθυσμό. Στην παρούσα φάση δεν υπάρχει αντίστοιχη μελέτη σε πληθυσμό γυναικών που ζουν στην επαρχία που να διερευνά τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μετά τα διαστήματα καραντίνας λόγω της πανδημίας.

### 5.2.2 Περιορισμοί

Η μελέτη αφορά πληθυσμό γυναικών μόνο και δε συμπεριλαμβάνει άντρες. Επίσης αναφέρεται σε πληθυσμό μιας περιοχής μόνο της Ελλάδας, περιλαμβάνοντας πληθυσμό που ζει στην επαρχία, χωρίς να παρουσιάζει δεδομένα από πληθυσμό που ζει σε αστικό πλαίσιο, επομένως τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν. Τα δεδομένα λήφθηκαν από αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια και δεν επαληθεύτηκαν από κλινικές συνεντεύξεις.

## 5.2 ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούν να εφαρμοστούν στην ΠΦΥ. Ένα μεγάλο μέρος των γυναικών που μένουν στην επαρχία απευθύνονται στους γιατρούς της ΠΦΥ, όχι πάντα απαραίτητα για συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης στρέφουν την προσοχή των γιατρών της ΠΦΥ στις γυναίκες που ζουν στην επαρχία, ειδικά σε αυτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 65 ετών και άνω, ζουν μόνες τους, είναι απόφοιτοι της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, είναι άνεργες και έχουν συννοσηρότητα με χρόνια νοσήματα. Προτείνεται η χρήση του ερωτηματολογίου PHQ, το οποίο είναι αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο και είναι σχεδιασμένο για να δίνει γρήγορα και αποτελεσματικά σκορ για την ύπαρξη ψυχικής νόσου σε ασθενείς της ΠΦΥ (Karekla et al., 2012).

Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών εμφάνισε συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης για τα οποία πολύ πιθανό να μην είχαν προηγούμενη διάγνωση. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών είναι μέγιστης σημασίας, και η ενίσχυση της γνώσης των ιατρών της ΠΦΥ και των οικογενειακών ιατρών με εξειδικευμένη γνώση και εκπαίδευση στη χρήση κλιμάκων για την ανίχνευση των κοινών ψυχικών διαταραχών είναι επιτακτική ανάγκη. Η πραγματοποίηση πολυκεντρικών μελετών και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας στο προσεχές μέλλον είναι σημαντική.

## 6.1 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- DSM-5. (2015). *Διαγνωστικά Κριτήρια από DSM -5*. Μετάφραση – Επιμέλεια Γκοτζαμάνης. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- ICD-10: Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας Δέκατη Αναθεώρηση (2008), Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας . Επιμέλεια για την Ελληνική Έκδοση : Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Γουρνέλλης, Ρ. (2002). *Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους: Σύγχρονα δεδομένα*. depression, 52, 164-174.
- Γουρνέλλης, Ρ., Μιχόπουλος, Ι., Πλουμπίδης, Δ., & Σκαπινάκης, Π. (2020). *Τα άτυπα αντιψυχωσικά ως θεραπεία ενίσχυσης των αντικαταθλιπτικών στη μη ψυχωσική κατάθλιψη*. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 37(3).
- Καρανικόλα, Ε. Κ., Δημόπουλος, Ε. Χ., Νιάκας, Δ. Α., & Αλετράς, Β. Ο. (2018). *Οικονομική κρίση και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ηλικιωμένων*. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 35(2).
- Λυράκος, Γ.(2022). «Μήπως έχω άγχος;» *Η ψυχολογία του Στρες – Μέθοδοι Αντιμετώπισης – Τεστ Ανίχνευσης DASS*. Θεσσαλονίκη – Αθήνα. iWrite.
- Μούτσου, Ε., & Γεωργάκα, Ε. (2014). *Εξελίξεις και συγκρούσεις αναφορικά με την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών στο DSM-5: Μία ανασκόπηση του επιστημονικού διαλόγου και κριτικής*. Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society, 21(2), 130-148.

- Περιογιάννης, Β., Ληξουριώτης, Χ. (2020). Ο ψυχογηριατρικός ασθενής στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 37(6).

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdoli, N., Salari, N., Darvishi, N., Jafarpour, S., Solaymani, M., Mohammadi, M., & Shohaimi, S. (2021). *The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews.
- Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. N. (2014). *Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives*. Frontiers in neuroendocrinology, 35(3), 320-330.
- Andreescu, C., & Lee, S. (2020). *Anxiety disorders in the elderly*. Anxiety Disorders, 561-576.
- Andriopoulos, P., Lotti-Lykousa, M., Pappa, E., Papadopoulos, A. A., & Niakas, D. (2013). *Depression, quality of life and primary care: a cross-sectional study*. Journal of Epidemiology and Global Health, 3(4), 245-252.
- Archana, P. S., Das, S., Philip, S., Philip, R. R., Joseph, J., Punnoose, V. P., & Lalithambika, D. P. (2017). *Prevalence of depression among middle aged women in the rural area of Kerala*. Asian journal of psychiatry, 29, 154-159.
- Argyropoulos, K., Bartsokas, C., Argyropoulou, A., Gourzis, P., & Jelastopulu, E. (2015). *Depressive symptoms in late life in urban and semi-urban areas of South-West Greece: An undetected disorder?* Indian journal of psychiatry, 57(3), 295.
- Beurel, E., Toups, M., & Nemeroff, C. B. (2020). *The bidirectional relationship of depression and inflammation: double trouble*. Neuron, 107(2), 234-256.
- Bojar, I., Raczkiwicz, D., & Sarecka-Hujar, B. (2020). *Depression, metabolic syndrome, serum TSH, and vitamin D concentrations in rural and urban postmenopausal women*. Medicina, 56(10), 511.
- Braam, A. W., Copeland, J. R., Delespaul, P. A., Beekman, A. T., Como, A., Dewey, M., Fichter, M., Holwerda, T., J., Lawlor, B., A., Lobo, A., Magnusson, H., Prince, M., J., Reischies, F., Wilson, K., C. & Skoog, I. (2014). *Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: results from the EURODEP concerted action*. Journal of affective disorders, 155, 266-272.

- Buffel, V., Missinne, S., & Bracke, P. (2017). *The social norm of unemployment in relation to mental health and medical care use: the role of regional unemployment levels and of displaced workers*. *Work, employment and society*, 31(3), 501-521.
- Casey, D. A. (2017). *Depression in older adults: a treatable medical condition*. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 44(3), 499-510.
- Castaldelli-Maia, J. M., Marziali, M. E., Lu, Z., & Martins, S. S. (2021). *Investigating the effect of national government physical distancing measures on depression and anxiety during the COVID-19 pandemic through meta-analysis and meta-regression*. *Psychological medicine*, 51(6), 881-893.
- Choi, K. W., Kim, Y. K., & Jeon, H. J. (2020). *Comorbid anxiety and depression: clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment*. *Anxiety Disorders*, 219-235.
- Cols-Sagarra, C., López-Simarro, F., Alonso-Fernández, M., Mancera-Romero, J., Pérez-Unanua, M. P., Mediavilla-Bravo, J. J., Barquilla-García, A., & Miravet-Jiménez, S. (2016). *Prevalence of depression in patients with type 2 diabetes attended in primary care in Spain*. *Primary Care Diabetes*, 10(5), 369-375.
- De la Torre, J. A., Vilagut, G., Ronaldson, A., Dregan, A., Ricci-Cabello, I., Hatch, S. L., Serrano-Blanco, A., Valderas, J., M., Hotopf, M. & Alonso, J. (2021). *Prevalence and age patterns of depression in the United Kingdom. A population-based study*. *Journal of Affective Disorders*, 279, 164-172.
- De Riso, L., Borgi, M., Pettorruso, M., Miuli, A., Ottomana, A. M., Sociali, A., Martnotti, G., Nicolo, G., Macri, S., Giannantonio, M. & Zoratto, F. (2020). *Recovering from depression with repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): a systematic review and meta-analysis of preclinical studies*. *Translational psychiatry*, 10(1), 1-19.
- DeJean, D., Giacomini, M., Vanstone, M., & Brundisini, F. (2013). *Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis*. *Ontario health technology assessment series*, 13(16), 1.
- Dettmann, L. M., Adams, S., & Taylor, G. (2022). *Investigating the prevalence of anxiety and depression during the first COVID-19 lockdown in the United Kingdom: Systematic review and meta-analyses*. *British Journal of Clinical Psychology*.

- Dragioti, E., Li, H., Tsitsas, G., Lee, K. H., Choi, J., Kim, J., Choi, Y., J., Tsamakis, K., Estradé, A., Agorastos, A., Vancampfort, D., Tsiptsios, D., Thompson, T., Mosina, A., Vakadaris, G., Fusar-Poli, P., Carvalho, A., F., Correll, C., U., Han, Y., J., Park, S., Il Shin, J., & Solmi, M. (2022). *A large-scale meta-analytic atlas of mental health problems prevalence during the COVID-19 early pandemic*. Journal of Medical Virology, 94(5), 1935-1949.
- Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L. E., Souliotis, K., Tzavara, C., Kontoangelos, K., Madianos, M. & Stefanis, C. (2016). Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(7), 1015-1024.
- Fancourt, D., Steptoe, A., & Bu, F. (2021). *Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study*. The Lancet Psychiatry, 8(2), 141-149.
- Faravelli, C., Scarpato, M. A., Castellini, G., & Sauro, C. L. (2013). *Gender differences in depression and anxiety: the role of age*. Psychiatry research, 210(3), 1301-1303.
- Forlani, C., Morri, M., Ferrari, B., Dalmonte, E., Menchetti, M., De Ronchi, D., & Atti, A. R. (2014). *Prevalence and gender differences in late-life depression: a population-based study*. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 22(4), 370-380.
- Fountoulakis, K. N., Apostolidou, M. K., Atsiova, M. B., Filippidou, A. K., Florou, A. K., Gousiou, D. S., Katsara, A., R., Mantzari, S., N., Padouva-Markoulaki, M., Papatriantafyllou, E., I., Sacharidi, P., I., Tonia, A., I., Tsagalidou, E., G., Zymara, V., P., Prezerakos, P., E., Koupidis, S., A., Fountoulakis, N., K. & Chrousos, G. P. (2021). *Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece*. Journal of affective disorders, 279, 624-629.
- GBD, Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. The Lancet, 392(10159), 1789-1858.
- Jacobbe, P., & Flint, A. (2018). *Diagnosis and management of anxiety disorders*. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology, 24(3), 893-919.

- Ginja, S., Jackson, K., Newham, J. J., Henderson, E. J., Smart, D., & Lingam, R. (2020). *Rural-urban differences in the mental health of perinatal women: a UK-based cross-sectional study*. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 1-11.
- Gonçalves-Pereira, M., Prina, A. M., Cardoso, A. M., da Silva, J. A., Prince, M., & Xavier, M. (2019). *The prevalence of late-life depression in a Portuguese community sample: A 10/66 Dementia Research Group study*. Journal of Affective Disorders, 246, 674-681.
- Gujski, M., Raczkiwicz, D., Humeniuk, E., Sarecka-Hujar, B., Wdowiak, A., & Bojar, I. (2021). *Depressive symptoms and healthy behavior frequency in Polish postmenopausal women from urban and rural areas*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(6), 2967.
- Guo, N., Robakis, T., Miller, C., & Butwick, A. (2018). *Prevalence of depression among women of reproductive age in the United States*. Obstetrics and gynecology, 131(4), 671.
- Hammen, C. (2018). *Risk factors for depression: an autobiographical review*. Annual review of clinical psychology, 14, 1-28.
- Karekla, M., Pilipenko, N., & Feldman, J. (2012). *Patient Health Questionnaire: Greek language validation and subscale factor structure*. Comprehensive psychiatry, 53(8), 1217-1226.
- Kasturi, S., Oguoma, V. M., Grant, J. B., Niyonsenga, T., & Mohanty, I. (2023). *Prevalence rates of depression and anxiety among young rural and urban Australians: a systematic review and meta-analysis*. International journal of environmental research and public health, 20(1), 800.
- Köhler, C. A., Evangelou, E., Stubbs, B., Solmi, M., Veronese, N., Belbasis, L., Bortolato, B., Melo, M., C., A., Coelho, C., A., Fernandes, S., A., Olfson, M., Ioannidis, J., P., A. & Carvalho, A. F. (2018). *Mapping risk factors for depression across the lifespan: an umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies*. Journal of psychiatric research, 103, 189-207.
- Kouvatsoy, K., Iliadou, M., Kalatzi, P., Evanthia, S., Christos, P., Maria, K., & Tziaferi, S. (2020). *Depression among elderly users of open and closed care facilities in a rural region of Greece: An important public health issue*. Materia Socio-Medica, 32(1), 35.
- Lasserre, A. M., Imtiaz, S., Roerecke, M., Heilig, M., Probst, C., & Rehm, J. (2022). *Socioeconomic status, alcohol use disorders, and depression: A population-based study*. Journal of affective disorders, 301, 331-336.

- Lin, E., & Tsai, S. J. (2020). *Gene-environment interactions and role of epigenetics in anxiety disorders*. *Anxiety disorders*, 93-102.
- Linder, A., Gerdtham, U. G., Trygg, N., Fritzell, S., & Saha, S. (2020). *Inequalities in the economic consequences of depression and anxiety in Europe: a systematic scoping review*. *European journal of public health*, 30(4), 767-777.
- Lojko, D., Czajkowska, A., Suwalska, A., Palys, W., Jaracz, K., Górna, K., Pniewska, J., Gołębowska, K., Baron, U., & Rybakowski, J. (2015). *Symptoms of depression among adults in rural areas of western Poland*. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22(1).
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). *The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public—A systematic review and meta-analysis*. *Psychiatry research*, 291, 113190.
- Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). *Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample*. *European Psychiatry*, 26(S2), 1731-1731.
- Malhi, G., S. & Mann, J., J. (2018). *Depression*. *Lancet*. 24;392(10161):2299-2312.
- Ménard, C., Hodes, G. E., & Russo, S. J. (2016). *Pathogenesis of depression: Insights from human and rodent studies*. *Neuroscience*, 321, 138-162.
- Montesó, P., Ferre, C., Lleixa, M., Albacar, N., Aguilar, C., Sanchez, A., & Lejeune, M. (2012). *Depression in the elderly: study in a rural city in southern Catalonia*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(5), 426-429.
- Montserrat-Capdevila, J., Godoy, P., Marsal, J. R., Ortega, M., Pifarré, J., Alsedà, M., Castan, M., T., & Barbé, F. (2018). *Mental disorders in chronic obstructive pulmonary diseases*. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(3), 398-404.
- Otten, D., Tibubos, A. N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., Ladwig, K., Wild, P., S., Grabe, H., J. & Beutel, M. E. (2021). *Similarities and differences of mental health in women and men: A systematic review of findings in three large German cohorts*. *Frontiers in Public Health*, 9, 553071.
- Papandreou, C., Arijia, V., Aretouli, E., Tsilidis, K. K., & Bulló, M. (2020). *Comparing eating behaviours, and symptoms of depression and anxiety between Spain and Greece during the COVID-19 outbreak: Cross-sectional*

- Pappa, S., Athanasiou, N., Sakkas, N., Patrinos, S., Sakka, E., Bamparessou, Z., Tsirikla, S., Adraktas, A., Pataka, A., Migdalis, I., Gida, S. & Katsaounou, P. (2021). *From recession to depression? Prevalence and correlates of depression, anxiety, traumatic stress and burnout in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Greece: A multi-center, cross-sectional study.* International journal of environmental research and public health, 18(5), 2390.
- Park, L. T., & Zarate Jr, C. A. (2019). *Depression in the primary care setting.* New England Journal of Medicine, 380(6), 559-568.
- Parker, G., & Brotchie, H. (2010). *Gender differences in depression.* International review of psychiatry, 22(5), 429-436.
- Parlapani, E., Holeva, V., Voitsidis, P., Blekas, A., Gliatas, I., Porfyri, G. N., Golemis, A., Papadopoulou, K., Dimitriadou, A., Chatzigeorgiou, A., F., Bairactari, V., Patsiala, S., Skoupra, M., Papigkioti, K., Kafetzopoulou, C. & Diakogiannis, I. (2020). *Psychological and behavioral responses to the COVID-19 pandemic in Greece.* Frontiers in psychiatry, 821.
- Purtle, J., Nelson, K. L., Yang, Y., Langellier, B., Stankov, I., & Roux, A. V. D. (2019). *Urban–rural differences in older adult depression: A systematic review and meta-analysis of comparative studies.* American Journal of Preventive Medicine, 56(4), 603-613.
- Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). *Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis.* Journal of affective disorders, 221, 36-46.
- Richardson, R. A., Keyes, K. M., Medina, J. T., & Calvo, E. (2020). *Sociodemographic inequalities in depression among older adults: cross-sectional evidence from 18 countries.* The Lancet Psychiatry, 7(8), 673-681.
- Rizvi, S. J., & Kennedy, S. H. (2011). *The keys to improving depression outcomes.* European Neuropsychopharmacology, 21, S694-S702.
- Roy, T., & Lloyd, C. E. (2012). *Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review.* Journal of Affective Disorders, 142, S8-S21.
- Sassarini, J. (2016). *Depression in midlife women.* Maturitas, 94, 149-154.
- Schiele, M. A., & Domschke, K. (2018). *Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders.* Genes, Brain and Behavior, 17(3), e12423.

- Silva, M. T., Galvao, T. F., Martins, S. S., & Pereira, M. G. (2014). *Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis*. Brazilian Journal of Psychiatry, 36, 262-270.
- Sjöberg, L., Karlsson, B., Atti, A. R., Skoog, I., Fratiglioni, L., & Wang, H. X. (2017). *Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults*. Journal of affective disorders, 221, 123-131.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P. N., & Mavreas, V. (2013). *Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece*. BMC psychiatry, 13(1), 1-14.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Oikonomou, A., Dimitriadis, G., Gkikas, P., Perdikari, E., & Mavreas, V. (2020). *Depression and its relationship with coping strategies and illness perceptions during the COVID-19 lockdown in Greece: a cross-sectional survey of the population*. Depression research and treatment, 2020.
- Solomou, I., & Constantinidou, F. (2020). *Prevalence and predictors of anxiety and depression symptoms during the COVID-19 pandemic and compliance with precautionary measures: age and sex matter*. International journal of environmental research and public health, 17(14), 4924.
- Tsolaki, M., Gkioka, M., Verykoui, E., Galoutzi, N., Kavalou, E., & Pattakou-Parasyri, V. (2017). *Prevalence of dementia, depression, and mild cognitive impairment in a rural area of the island of Crete, Greece*. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 32(5), 252-264.
- Van Diermen, L., Van Den Ameele, S., Kamperman, A. M., Sabbe, B. C., Vermeulen, T., Schrijvers, D., & Birkenhäger, T. K. (2018). *Prediction of electroconvulsive therapy response and remission in major depression: meta-analysis*. The British journal of psychiatry, 212(2), 71-80.
- Volpato, E., Toniolo, S., Pagnini, F., & Banfi, P. (2021). *The relationship between anxiety, depression and treatment adherence in chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review*. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 16, 2001.
- Wood, A. M., Boyce, C. J., Moore, S. C., & Brown, G. D. (2012). *An evolutionary based social rank explanation of why low income predicts mental distress: A 17-year cohort study of 30,000 people*. Journal of affective disorders, 136(3), 882-888.

- Yoon, S., & Kim, Y. K. (2020). *The role of the oxytocin system in anxiety disorders*. *Anxiety Disorders*, 103-120.
- Zhang, S. X., Chen, R. Z., Xu, W., Yin, A., Dong, R. K., Chen, B. Z., Delios, A., Y., Miller, S., McIntyre, R., S., Ye, W. & Wan, X. (2022). *A systematic review and meta-analysis of symptoms of anxiety, depression, and insomnia in Spain in the COVID-19 crisis*. *International journal of environmental research and public health*, 19(2), 1018.

## 7.1 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### 7.1.1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

---

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ  
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

---

#### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

##### Ηλικία

##### Μορφωτικό επίπεδο

- Έως Πρωτοβάθμια
- Δευτεροβάθμια
- Τριτοβάθμια

##### Οικογενειακή κατάσταση

- Άγαμος/ η
- Έγγαμος/ η
- Διαζευγμένος/ η
- Χήρος/ α

##### Τέκνα

- Όχι
- Ναι, όλα εν ζωή
- Ναι, όχι όλα εν ζωή

##### Συχνότητα επαφής με εγγόνια

- Δεν έχω εγγόνια
- Τα βλέπω σπάνια
- Τα βλέπω συχνά
- Τα βλέπω καθημερινά
- Ζω μαζί τους

#### Διαμονή

- Κατά μόνες
- Συγκατοίκηση

#### Οικονομική κατάσταση

- Πολύ κακή
- Κακή
- Μέτρια
- Καλή
- Πολύ καλή

#### Κάπνισμα

- Ποτέ
- Πρώην
- Ενεργός/ ή

#### Κατανάλωση αλκοόλ

- Ποτέ
- Σπάνια
- Εβδομαδιαία
- Καθημερινά

#### Καθημερινό περπάτημα

- Έλλειψη περπατήματος
- <15'
- 15'-30'
- 30'-60'
- >60'

#### Λήψη φαρμάκων καθημερινά

- Καθόλου
- 1-5
- 6-10
- >10

#### Θρησκευτικές πεποιθήσεις

- Άθεος/ η
- Χριστιανός/ ή ορθόδοξος/ η
- Άλλη θρησκεία/ αίρεση

# DASS<sub>21</sub>

Greek translation and Adaptation

George N. Lyrakos and Chrysa Arvaniti

Όνομα :

Ημερομηνία:

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1 Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2 Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3 Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

1	Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0 3	1	2
2	Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0 3	1	2
3	Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0 3	1	2
4	Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόπηση της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια )	0 3	1	2
5	Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0 3	1	2
6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετωπίζα	0 3	1	2
7	Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0 3	1	2
8	Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0 3	1	2
9	Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0 3	1	2
10	Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0 3	1	2
11	Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0 3	1	2

Αλεξάνδρα Μάντζιου  
«Επιπολασμός καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών σε γυναίκες τις  
επαρχίας και σχετιζόμενοι παράγοντες»

12	Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0 3	1	2
13	Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0 3	1	2
14	Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0 3	1	2
15	Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό	0 3	1	2
16	Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0 3	1	2
17	Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0 3	1	2
18	Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0 3	1	2
19	Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0 3	1	2
20	Ένιωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0 3	1	2
21	Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0 3	1	2

## 7.1.2 ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

### Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης

Καλείστε να συμμετέχετε σε μια έρευνα που διεξάγεται από την Μάντζιου Αλεξάνδρα , Ψυχολόγο και Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια στο Τμήμα Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου .Πρέπει να είστε 18 χρονών (ή μεγαλύτεροι) για να συμμετέχετε στην έρευνα. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Μπορείτε να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε για να διαβάσετε **το Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης**. Μπορείτε επίσης να αποφασίσετε να το συζητήσετε με την οικογένεια ή τους φίλους σας. Αντίγραφο αυτού του εντύπου θα σας δοθεί.

#### ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σας ζητάμε να συμμετέχετε στην παρούσα έρευνα γιατί ο σκοπός της είναι εκτίμηση του επιπολασμού των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών σε γυναίκες που ζουν στην επαρχία. **Η συμπλήρωση και επιστροφή του ερωτηματολογίου ή οι απαντήσεις στις ερωτήσεις της συνέντευξης αποτελούν συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα.**

#### ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα. Εάν αισθανθείτε δυσφορία κατά την απάντησή σας σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, παρακαλούμε μη διστάσετε να ζητήσετε να παραλειφθούν.

#### ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΑ ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Εάν επαληθευτεί η ερευνητική υπόθεση , αυτό σημαίνει πως ο επιπολασμός των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών είναι υψηλός στις γυναίκες που ζουν στην επαρχία, γνώση που θα συνδράμει στη διάγνωση των ανωτέρω διαταραχών πιο έγκαιρα ειδικά από τους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

#### ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Δεν θα έχετε κάποιο άμεσο και σημαντικό οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

#### ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Κατά τη δήλωση των ερευνητών της έρευνας δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων.

#### ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Οποιοσδήποτε πληροφορίες αποκτηθούν σχετικά με την παρούσα έρευνα και οι οποίες θα μπορούσαν να σας ταυτοποιήσουν προσωπικά, θα παραμείνουν απόρρητες. Οι πληροφορίες εκείνες που σας ταυτοποιούν προσωπικά, θα διατηρηθούν ξεχωριστά από τα υπόλοιπα δεδομένα που σας αφορούν.

Τα δεδομένα θα φυλάσσονται με ευθύνη του ερευνητή.

Αλεξάνδρα Μάντζιου  
«Επιπολασμός καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών σε γυναίκες τις  
επαρχίας και σχετιζόμενοι παράγοντες»

Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας. .

**ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ**

Μπορείτε να επιλέξετε να συμμετέχετε ή όχι στην παρούσα έρευνα. Αν συμμετέχετε εθελοντικά σε αυτή την έρευνα, μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε να απαντήσετε και να παραμείνετε στην έρευνα.

**ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ**

Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψετε τη συμμετοχή σας χωρίς να υποστείτε καμία κύρωση.

**ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ**

Αν έχετε οποιοδήποτε ερωτήσεις ή ανησυχίες σε σχέση με την έρευνα, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή .

ΜΑΝΤΖΙΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ , ΤΗΛ: 6973786624

Η έρευνα έχει λάβει έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου [76/13-12-2022].

Για οποιοδήποτε παράπονο ή καταγγελία σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να απευθύνεστε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (email: ehde@eap.gr).

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθύνεστε στον/στην Υπεύθυνο/η Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και σε κάθε περίπτωση στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (complaints@dpa.gr ).

Διάβασα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Υπογραφή Συμμετέχοντα		Υπογραφή ερευνητή	
Ημερομηνία			

Αλεξάνδρα Μάντζιου  
«Επιπολασμός καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών σε γυναίκες τις  
επαρχίας και σχετιζόμενοι παράγοντες»