

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ;	2
ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ; ΣΤΟΧΟΙ	2
ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ MORRIS (1970).	3
ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΒΑΣΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ Ψ.Ε.;	3
ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΜΕΓΕΘΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ	4
ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	5
ΠΗΓΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	5
ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΛΗΣΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ	6
ΑΛΛΟΥ ΤΥΠΟΥ ΕΡΕΥΝΕΣ	7
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	8
Η ΣΧΕΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΣ – ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ	9
ΟΡΟΙ	9
ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	10
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	10
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	10
ΔΙΑΦΑΝΕΙΕΣ	10
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	10

Ερωτήσεις:

1. Τι είναι η επιδημιολογία;
2. Τι είναι η ψυχιατρική επιδημιολογία;
3. Δώστε ένα παράδειγμα επιδημιολογικής έρευνας που γνωρίζετε
4. Ένας Δήμαρχος μιας αθηναϊκής πόλης σκοπεύει να επενδύσει στην δημιουργία ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας. Χωριστείτε σε 3 ομάδες και σχεδιάστε μια πρόταση ανάπτυξης αυτού του Κέντρου.
5. Ετοιμάστε ένα σχέδιο αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων που πιθανώς θα συναντήσετε στον δρόμο σας για την ανάπτυξη του Κέντρου.
6. Προτείνετε του μια επιδημιολογική έρευνα, σχεδιάστε την υλοποίησή της και υπολογίστε το κόστος και τον χρόνο υλοποίησης.

ΟΡΙΣΜΟΙ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ;

Η Επιδημιολογία είναι η επιστήμη που μελετά την κατανομή και τους καθοριστικούς παράγοντες της συχνότητας της εμφάνισης των νόσων στον άνθρωπο (Τριχόπουλος, 1982)

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ; ΣΤΟΧΟΙ

Η Ψυχιατρική επιδημιολογία αναπτύχθηκε ως κλάδος της Επιδημιολογίας μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο μέσα από την ανάγκη εκτίμησης της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής σε τοπικό επίπεδο (νομοί, δήμοι, γειτονιές). Έχει τους ακόλουθους στόχους:

1. Να διερευνήσει την επικράτηση των διαφόρων τύπων ψυχικά αρρώστων και ψυχικά υγιών στο γενικό πληθυσμό
2. Να αποκαλύψει τις σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών του πληθυσμού και της εμφάνισης της ψυχικής διαταραχής, ώστε να διευκρινιστεί η προέλευση της διαταραχής.
3. Να δοκιμάσει αιτιολογικές υποθέσεις που προέρχονται είτε από εργαστηριακές είτε από κλινικές μελέτες (μοντέλα εμφάνισης κατάθλιψης, αιτιολογικά μοντέλα σχιζοφρένειας).
4. Να εκτιμήσει τα ποσοστά θεραπευτικής βελτίωσης σε σχέση με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας προληπτικών και θεραπευτικών μέτρων.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ MORRIS (1970)

Η Ψυχιατρική επιδημιολογία έχει το ακόλουθο περιεχόμενο:

1. Τη μελέτη της ιστορικής εξέλιξης της ψυχιατρικής περίθαλψης
2. τη δυνατότητα διαγνωστικής στην κοινότητα
3. την αξιολόγηση των υπηρεσιών
4. τη διερεύνηση των στοιχείων επικινδυνότητας
5. τα συμπλήρωση της ψυχιατρικής κλινικής εικόνας
6. την αναγνώριση συνδρόμων
7. και τη διερεύνηση των αιτιών

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΒΑΣΙΚΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ Ψ.Ε.;

1. να ανιχνεύσει τις διαστάσεις της ψυχικής διαταραχής στο γενικό πληθυσμό.
2. να αποτελέσει ένα εργαλείο για την οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (η γνώση της κατανομής και των αιτιών μιας ψυχικής διαταραχής στοχεύει στην ανάπτυξη της μεθοδολογίας για τον έλεγχο ή την πρόληψή της μέσα από έναν σωστό προγραμματισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής).

Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ (π.χ. Λοιμώδη νοσήματα) ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΤΗ ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ, ΟΠΟΥ ΑΠΟΥΣΙΑΖΕΙ Ο ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΩΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ (με εξαίρεση 3 δοκιμασίες για την κατάθλιψη η εγκυρότητα των οποίων ακόμη ελέγχεται)

ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΜΕΓΕΘΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

1. **ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ (Prevalence)** μιας ψυχικής διαταραχής ορίζεται από τον συνολικό αριθμό των περιπτώσεων της ψυχικής διαταραχής σ' ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα δια του αριθμού του γενικού πληθυσμού στο καθορισμένο χρονικό διάστημα επί τον αριθμό που βασίζεται το ποσοστό αυτό, δηλαδή επί 1.000 ή 100.000 κατοίκων. Το χρονικό διάστημα επεκτείνεται από τη μια εβδομάδα, τον ένα μήνα (point prevalence) ή χρόνο μέχρι και ολόκληρη τη ζωή (lifetime prevalence). Συνήθως εκφράζεται σε 1.000 άτομα. Στη ψυχιατρική επιδημιολογία, σε έρευνες επιτόπιες γενικού πληθυσμού, εκτιμάται η στιγμιαία επικράτηση (point prevalence), ενώ έρευνες που βασίζονται σε χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών αναφέρονται κυρίως σε ποσοστά ετήσιας επικράτησης (annual treated prevalence).
2. **ΕΠΙΠΤΩΣΗ (Incidence)** μιας ψυχικής διαταραχής ορίζεται από τον αριθμό των νέων περιπτώσεων αυτής της διαταραχής σε ένα ορισμένο χρονικό διάστημα δια του αριθμού του γενικού πληθυσμού στο καθορισμένο χρονικό διάστημα επί τον αριθμό που βασίζεται το ποσοστό αυτό, δηλαδή επί 1.000 ή 100.000 κατοίκων. Η επίπτωση έχει θεωρηθεί σαν η αληθινή επικράτηση (true prevalence). Η μέτρησή της είναι επίπονη. Η αξιολόγηση των πρώτων εισαγωγών στα ψυχιατρεία προσφέρει πληροφόρηση πάνω σε ένα μέρος των διαταραχών

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

ΠΗΓΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

- Κάθε κεντρικό αρχείο (case register) ψυχιατρικών περιπτώσεων. Υπάρχουν στην *Μ. Βρετανία, Γερμανία, Σκανδιναβικές χώρες, Βουλγαρία* από την δεκαετία του 1970 και πρόσφατα στην *Ιταλία και Ισπανία*
- Κάθε στατιστική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας
- Αρχεία ιδιωτών
- Αρχεία ασφαλιστικών εταιριών
- Αρχεία αστυνομίας (αυτοκτονικότητα)
- Άλλα Υπουργεία (Δικαιοσύνης και Δημοσίας Τάξεως για τοξικομανείς, Εθνικής Άμυνας για Ι5)
- *Ο ίδιος ο πληθυσμός που διαμένει σε μια κοινότητα*
- *Άτομα «κλειδιά» της κοινότητας (key informants)*
- *Παρατήρηση μέσω συμμετοχής στην κοινότητα (ποιοτική μέθοδος)*

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΛΗΣΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

A. Για τη νοσηλευτική νοσηρότητα

- Περιγραφική στατιστική της χρήσης των υπηρεσιών αναδρομικής υφής για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα (retrospective)
- Απογραφή μιας ημέρας (one day census) ή ενός ορισμένου χρόνου (εβδομάδα ή μήνας)
- Έρευνα μιας ομάδας αρρώστων (cohort) σε σύγκριση με αντίστοιχη ομάδα υγιών ατόμων που έχουν εξομοιωθεί σε επίπεδο κοινωνικών χαρακτηριστικών

B. Για τη μη νοσηλευτική νοσηρότητα

- Διατμηματική ή συγχρονική επιτόπια έρευνα (cross sectional field survey). Η Κοινότητα τέμνεται και μελετάται ένα κομμάτι που περιέχει αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού. Η τομή αφορά για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας ή χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Σχήμα 1: σταδιακή Διαδικασία). Μειονεκτήματα: μεγάλο ερευνητικό έργο, μεγάλο κόστος.
- Συνδυασμός επιτόπιας έρευνας και άντλησης πληροφοριών από άτομα κλειδιά και άλλους πληροφοριοδότες
- Έρευνα ολόκληρου του πληθυσμού μιας περιοχής (Sensus survey) Bremer (1951) Βόρειος Νορβηγία

ΑΛΛΟΥ ΤΥΠΟΥ ΕΡΕΥΝΕΣ

- Έρευνα ομάδας ατόμων με κοινά κλινικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά (ίδια κλινική διάγνωση ή άτομα που χρησιμοποιούν ίδιου τύπου υπηρεσία). Μπορεί να είναι αναδρομική ή προοπτική. Χρησιμοποιείται κυρίως για την μελέτη της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων από έναν χώρο που παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής αρωγής.
- Προοπτικές – διαχρονικές έρευνες (longitudinal). Αν η ομάδα αρρώστων παρακολουθηθεί μέσα σε διαφορετικά χρονικά σημεία (για 1,2,5, ή 10 και περισσότερα χρόνια).
- Έρευνες τύπου παρέμβασης. Αποτελούν βασικό εργαλείο ελέγχου προγραμμάτων πρόληψης στην ψυχική υγιεινή. Αφορούν ομάδες πληθυσμού οι οποίες μέσω οργανωμένων προγραμμάτων παρέμβασης προετοιμάστηκαν για μια αλλαγή στην ζωή τους. Παράδειγμα αποτελεί η έρευνα του Wilner (1962) πάνω στην επίδραση της νέας κατοικίας ομάδας ατόμων που μεταφέρθηκαν από τις τρώγλες που ζούσαν σε νέες κατοικίες.
- Σύγκριση περιπτώσεων (case control) και ομάδας ελέγχου, σ' ένα ορισμένο χρονικό διάστημα. Επιλέγονται αντιπροσωπευτικά περιστατικά. Αφορά τη μελέτη της επίδρασης ορισμένων κλινικών και κοινωνικών μεταβλητών στην ψυχική κατάσταση ατόμων που θεωρούνται περιπτώσεις.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Η διαμόρφωση των υποθέσεων

Η ανάπτυξη υποθέσεων πρέπει να ενσωματώνει μια αιτιοκρατική λογική στην αναζήτηση του αιτίου που θέλει να αποκαλύψει η έρευνα. Δύο είναι τα στάδια αυτής της φάσης:

- Το στάδιο της ανάπτυξης των υποθέσεων που πρέπει να διερευνηθούν. Μια υπόθεση πρέπει να περιλαμβάνει:
 - a) Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που θα μελετηθεί
 - b) Το αίτιο που θα διερευνηθεί
 - c) Το αναμενόμενο πιθανό εύρημα και
 - d) Την πιθανή σχέση αιτίου και αιτιατού (αναφερόμενου ευρήματος)

- Το στάδιο της διαμορφώσεως των υποθέσεων που βασίζεται στις ακόλουθες μεθόδους
 - a) Μέθοδος της διαφοράς. Αν η συχνότητα της νόσου διαφέρει κάτω από δύο διαφορετικές καταστάσεις, πρέπει να ενοχοποιηθεί ο παράγοντας που θα βρεθεί απών κατά τη μια κατάσταση
 - b) Μέθοδος συμφωνίας. Αν ένας παράγοντας είναι κοινός σε καταστάσεις που ενοχοποιούνται στην εκδήλωση της νόσου, αυτός ο παράγοντας πρέπει να ευθύνεται για την νόσο.

2. Η έννοια της μεταβλητής (variable)

Εξαρτημένη μεταβλητή: Αυτή που θα διερευνηθεί (ψυχική αρρώστεια).
Ανεξάρτητες μεταβλητές: Ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, κοινωνική και οικονομική θέση, εκπαίδευση κτλ.

Ασυνεχείς μεταβλητές (categorical): Η μεταβλητή του φύλου (Άντρας – γυναίκα)

Συνεχείς μεταβλητές: Ηλικία ή το εισόδημα εκφρασμένο αριθμητικά

Η ΣΧΕΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΣ – ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Η σχέση μπορεί να αναλυθεί μέσα από τον τετράπτυχο πίνακα:

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΣ	ΠΑΡΟΥΣΑ	ΑΠΟΥΣΑ	Σύνολο
ΝΑΙ	a	b	a+b
ΟΧΙ	c	d	c+d
Σύνολο	a+c	b+d	a+b+c+d

Σημείο διάκρισης (cutting point) της παθολογικότητας σε μια κλίμακα μέτρησης ψυχοπαθολογίας (π.χ. κλίμακα Langer, 1962 με cutting point 4 παθολογικά συμπτώματα) αποτελεί αυτό που ισορροπεί μεταξύ της δυνατότητας ανίχνευσης των ποσοστών των ατόμων της κατηγορίας β και γ. Αν η κλίμακα πρόκειται να χρησιμοποιηθεί σε κοινοτικές έρευνες για την ανίχνευση ατόμων που μπορεί να έχουν ανάγκη ψυχιατρικής βοήθειας, τότε το σημείο διάκρισης πρέπει να τοποθετηθεί σε χαμηλά επίπεδα, ώστε να αποκαλυφθούν τα άτομα με εσφαλμένα αρνητικά συμπτώματα που αναφέρουν μικρό αριθμό συμπτωμάτων αλλά πιθανόν να νοσούν.

ΟΡΟΙ

(δές Πίνακα 2):

Ευαισθησία: Η ιδιότητα ενός οργάνου να διακρίνει τα πιθανά θετικά αποτελέσματα, δηλαδή τις ψυχιατρικές περιπτώσεις μεταξύ των ατόμων που εμφανίζουν θετικά ψυχιατρικά συμπτώματα.

Ειδικότητα: Η ικανότητα ενός οργάνου να διακρίνει τους πραγματικά υγιείς μεταξύ εκείνων που παρουσιάζουν την νόσο (δηλαδή το ποσοστό εκείνων με χαμηλή βαθμολόγηση στη δοκιμασία).

Θετική Προγνωστική Ισχύς: Η ικανότητα μιας δοκιμασίας να προβλέπει σωστά τη πιθανότητα μιας διάγνωσης αρρώστιας (Δες πίνακα 3, όπου 57 άτομα αποτελούν πιθανές περιπτώσεις αλλά μόνο 17 είναι σύμφωνα με την κλινική εκτίμηση πραγματικές περιπτώσεις. Η P.P.P. είναι μόνο 28,8% άρα πρέπει να ανέβει το κριτήριο)

Αρνητική Προγνωστική Ισχύς: Η ικανότητα μιας δοκιμασίας να προβλέπει σωστά τη πιθανότητα μιας διάγνωσης να είναι κάποιος υγιής (Δες πίνακα 3, όπου 168 άτομα αποτελούν πιθανές περιπτώσεις να είναι κάποιος υγιής, εκ των οποίων 202 είναι πράγματι υγιείς σύμφωνα με την κλινική εκτίμηση. Η N.P.P. είναι 96,3% άρα πολύ καλή).

ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ

A. Δείγμα πιθανοτήτων

- Τυχαίο δείγμα (κάθε υποκείμενο έχει την δυνατότητα να επιλεγεί)
- Συστηματικό δείγμα (κάθε υποκείμενο επιλέγεται από μια συστηματική σειρά)
- Δείγμα κατά ομάδες (κάθε ομάδα ενός πλυθησμού αντιπροσωπεύεται)
- Στρωματοποιημένο τυχαίο δείγμα (όπου στρώματα μπορεί να είναι η ηλικία ή το φύλο κτλ)
- Αναλογική (κατευθυνόμενη) δειγματοληψία πιθανοτήτων (καταρτίζεται ένα σχέδιο στρωματοποιημένου δείγματος κατά ηλικία και φύλο. Τα ποσοστά ηλικίας και φύλου είναι ανάλογα με αυτά του συνολικού πληθυσμού που θα διερευνηθεί. Ο απαιτούμενος αριθμός των ατόμων του δείγματος εξακολουθεί να επιλέγεται μέχρι που να συμπληρωθεί η αναλογία (quota) σε κάθε στρώμα ηλικίας και φύλου.

B. Δείγμα χωρίς πιθανότητες (όλος ο πληθυσμός, πχ. Ένα σχολείο)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

A. Ταχυδρομικά (10% πιθανότητα απάντησης)

B. Μέσω επιτόπιας συνέντευξης

I. Δομημένη (κλινική συνέντευξη SCID, SCAN κτλ)

II. Ελεύθερη (Kinsey, 1955 για την σεξουαλική συμπεριφορά)

III. Κλινική συνέντευξη (καταγραφή συμπτωμάτων μέσω κλιμάκων)

- Langer
- Mc Milan (1957) (Health Opinion Survey)
- Zung (1965)
- Goldberg (1972) σε τέσσερις μορφές
- Derogatis et al (1973) (Symptom Checklist) σε δύο μορφές
- Depuy (1974) (General Well Being Scale)
- Radloff (1977) CES-D
- Dohrenwends (1981)
- Μαδιανός (1985) (Κλίμακα Αξιολογήσης Ψυχικής Υγείας)

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΙΑΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΔΙΑΦΑΝΕΙΕΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1.1. Επιδημιολογία

Η επιδημιολογία είναι η επιστήμη που μελετά την κατανομή και τους καθοριστικούς παράγοντες της συχνότητας της εμφάνισης των νόσων στον άνθρωπο (McMahon & Pugh, 1970· Τριχόπουλος, 1982). Η συχνότητα των νόσων μετράται και σχετίζεται με διάφορα χαρακτηριστικά των ατόμων ή με το περιβάλλον τους. Αναζητώντας την ετυμολογία της λέξης επιδημιολογία φανερώνεται ότι συντίθεται από τις ελληνικές λέξεις επί(μεταξύ), δήμος(άνθρωποι, λαός) και λόγος(δόγμα) και κατά συνέπεια, σημαίνει το λόγο για το τι συμβαίνει στο λαό/πληθυσμό. Η διερεύνηση της συχνότητας των νόσων δεν είναι ένα καινούργιο φαινόμενο. Ωστόσο, η ανάπτυξη της επιδημιολογικής θεωρίας και μεθόδου τις τελευταίες δεκαετίες έχει ανοίξει νέες δυνατότητες και έχει διεγείρει το ενδιαφέρον μέσα σε πολλά πεδία εφαρμογών (Ahlbom & Norell, 1992).

Στο παρελθόν η επιδημιολογία οριζόταν ως η επιστήμη η οποία μελετά τις επιδημίες, τις λοιμώδεις δηλαδή ασθένειες, οι οποίες απότομα και ανεξέλεγκτα προσβάλλουν πλήθος ανθρώπων (Κατσουγιαννόπουλος, 1984). Ο Ιπποκράτης, ο πατέρας της ιατρικής, χρησιμοποίησε τον όρο επιδημιολογία για να περιγράψει την επικράτηση μιας αρρώστιας στον πληθυσμό μιας περιοχής. Από τον όρο επιδημία έλαβε και το όνομά της η επιδημιολογία, που σημαίνει η επιστήμη, η οποία σπουδάζει τις επιδημίες.

Αργότερα, κυρίως μετά την βιομηχανική επανάσταση, έγινε αντιληπτό ότι ο ορισμός αυτός καθώς και το περιεχόμενο της επιδημιολογίας ήταν ιδιαίτερα περιορισμένα (Κατσουγιαννόπουλος, 1984). Οι μεγάλες λοιμώδεις επιδημίες που μάστιζαν την ανθρωπότητα έκαναν τον κύκλο τους και έφταναν προς το τέλος τους, χάρη στα προληπτικά μέτρα που είχαν τεθεί σε εφαρμογή ή ακόμα και στην πρόοδο της επιστήμης, με τις ραγδαίες προόδους στους τομείς της μικροβιολογίας και ανοσολογίας, που κατάφερε είτε να τις αντιμετωπίσει είτε και να τις εξαλείψει.

Αντίθετα, τα νοσήματα που άρχιζαν να επικρατούν και να μαστίζουν το ανθρώπινο γένος ήταν εντελώς διαφορετικής αιτιολογίας και στην πλειοψηφία τους μη λοιμώδη. Τέτοια ήταν τα χρόνια νοσήματα, οι χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις, τα νοσήματα φθοράς – καθώς είχε αυξηθεί και ο μέσος όρος ζωής, όπως επίσης και νοσήματα που η αιτιολογία τους πρέπει να αναζητηθεί στον τρόπο ζωής του σύγχρονου ανθρώπου, π.χ. νοσήματα που οφείλονται στο άγχος της καθημερινότητας, στη μεταβολή, τη ρύπανση και την καταστροφή του φυσικού περιβάλλοντος, ακόμα και στις αυξημένες απαιτήσεις της επαγγελματικής δραστηριότητας.

Κατά συνέπεια, η μεταβολή της νοσολογίας των ανθρώπων οδήγησε σταδιακά και στη διεύρυνση του περιεχομένου και των αντικειμένων έρευνας της επιδημιολογίας, με αποτέλεσμα στις μέρες μας να ασχολείται με μία πληθώρα νοσημάτων, με τις ψυχικές διαταραχές, τα ατυχήματα, ακόμα και τις αυτοκτονίες και γενικότερα με οποιαδήποτε πάθηση παρουσιάζει επικράτηση στον πληθυσμό (Κατσουγιαννόπουλος, 1984).

Το πεδίο της επιδημιολογίας μπορεί να χωριστεί σε τρεις περιοχές: την περιγραφική, την αναλυτική και την πειραματική επιδημιολογία (Korchin, 1976· Regier & Burke, 1985).

Η περιγραφική επιδημιολογία ασχολείται με τον καθορισμό της συχνότητας εμφάνισης των νόσων και των διαταραχών σε έναν ορισμένο πληθυσμό. Με βάση τα δεδομένα που αντλούνται από τέτοιες έρευνες, είναι δυνατόν να δημιουργηθούν τα κατάλληλα συστήματα δημόσιας υγείας, προσαρμοσμένα στις ανάγκες του κάθε πληθυσμού, καθώς και να ληφθούν πληροφορίες τόσο γι' αυτούς που νοσούν και χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, όσο και γι' αυτούς που αντιμετωπίζουν προβλήματα, αλλά δεν τυγχάνουν θεραπευτικής φροντίδας (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

Η αναλυτική επιδημιολογία καθορίζει τους «παράγοντες κινδύνου» στην εμφάνιση των νόσων και των διαταραχών, καθώς και τους «προστατευτικούς παράγοντες» στην πορεία και εξέλιξη τέτοιων διαταραχών. Τα δεδομένα αυτών των ερευνών είναι χρήσιμα για αναδρομικές μελέτες σε μία κοινότητα, καθώς και για την προοπτική μελέτη ασθενών και τον καθορισμό εξέλιξης της πάθησης τους (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

Η πειραματική επιδημιολογία χρησιμοποιείται προκειμένου οι προληπτικές και θεραπευτικές μέθοδοι των νόσων και των διαταραχών να εφαρμόζονται πειραματικά σε ένα μέρος του πληθυσμού, έτσι ώστε να γίνεται έλεγχος για τη δυνατότητα εφαρμογής τους στην ευρύτερη κοινότητα (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

1.2. Επιδημιολογία Ψυχικής Υγείας

Κλάδος της Γενικής Επιδημιολογίας θεωρείται η Επιδημιολογία Ψυχικής Υγείας, η οποία αναπτύχθηκε κυρίως μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο μέσα από τις ανάγκες για την εκτίμηση των αναγκών σε επίπεδο περιοχών, ώστε να αναπτυχθούν οι απαραίτητες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που να καλύπτουν τις ανάγκες αυτές. Η Επιδημιολογία Ψυχικής Υγείας ενδιαφέρεται για την επικράτηση (prevalence) και την επίπτωση (incidence) των ψυχικών διαταραχών και διερευνά βαθύτερα τους κοινωνικοπολιτιστικούς εκείνους παράγοντες που έχουν πιθανή σημασία στην αιτιολογία και τη δυναμική των διαταραχών αυτών (Μαδιανός, 1980). Όπως αναφέρουν οι Regier & Burke (1985), συγκεκριμένα για τον τομέα της ψυχικής υγείας, επιδημιολογία είναι η μελέτη της κατανομής, της συχνότητας και των αιτιών των ψυχικών διαταραχών στον ανθρώπινο πληθυσμό (Παπαδάτος & Στογιαννίδου, 1988).

Τα μέτρα της συχνότητας των νόσων είναι κεντρική δραστηριότητα όλης της επιδημιολογίας και μπορούν να αφορούν είτε στο πλήθος των υπάρχοντων περιστατικών, είτε στην εμφάνιση των νέων περιστατικών (Ahlbom & Norell, 1992). Αυτά τα μέτρα ονομάζονται δείκτες νοσηρότητας, και είναι δύο ειδών, ανάλογα με το αν εκφράζουν τη συχνότητα μιας κατάστασης σε μια ορισμένη χρονική στιγμή, οπότε μιλάμε για δείκτες επικράτησης, ή τη συχνότητα επέλευσης ενός γεγονότος σε μία

χρονική περίοδο με καθορισμένη διάρκεια, οπότε αναφερόμαστε στους δείκτες επίπτωσης. Η επικράτηση δεν έχει χρονική διάσταση, επειδή αναφέρεται σε μία στιγμή. Χρησιμοποιείται ο όρος επικράτηση, αντί του όρου επιπολασμού, επειδή ο δεύτερος συνδέεται κυρίως με τα λοιμώδη νοσήματα και όχι με τις ψυχικές διαταραχές (Μαδιανός, 1989). Συγκεκριμένα στην επιδημιολογία σαν χρονική στιγμή θεωρείται συνήθως μία ορισμένη ημέρα. Η επίπτωση από την άλλη πλευρά, έχει χρονική διάσταση και η τιμή της εξαρτάται από το μέγεθος της χρονικής περιόδου ή το είδος της μονάδας χρόνου που κάθε φορά χρησιμοποιείται (Τριχόπουλος, 1982). Η επίπτωση έχει θεωρηθεί σαν η αληθινή επικράτηση (true prevalence) (Μαδιανός, 1989).

Συμπερασματικά, τα μέτρα επικράτησης περιγράφουν τι ποσοστό του πληθυσμού εκδηλώνει την ψυχική διαταραχή σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, ενώ τα μέτρα επίπτωσης περιγράφουν τη συχνότητα επέλευσης των νέων περιπτώσεων κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. Γίνεται φανερό λοιπόν, ότι κάθε άτομο ανήκει σε μία από τις δύο «καταστάσεις»: σε μία κατάσταση που δεν περικλείει ψυχική διαταραχή ή σε μια κατάσταση που περιλαμβάνει κάποια διαταραχή αυτού του είδους. Σ' αυτό το πλαίσιο, τα μέτρα επικράτησης περιγράφουν το ποσοστό του πληθυσμού που είναι σε κατάσταση ψυχικής διαταραχής σε μια συγκεκριμένη στιγμή, ενώ τα μέτρα επίπτωσης περιγράφουν τη ροή από την κατάσταση που δεν περιλαμβάνει διαταραχή, στην κατάσταση διαταραχής (Ahlbom & Norell, 1992).

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, το ύψος της επικράτησης εξαρτάται από την επίπτωση, αφού ένας υψηλότερος ρυθμός εμφάνισης νέων περιπτώσεων προσθέτει περιπτώσεις στον αριθμό των ήδη υπαρχουσών, τον οποίο και τείνει να αυξήσει (Ahlbom & Norell, 1992).

Σύμφωνα με τους Lin και Standley (1962), η Επιδημιολογία Ψυχικής Υγείας έχει τους ακόλουθους στόχους:

- Να διερευνήσει την επικράτηση των ατόμων που εκδηλώνουν ψυχική διαταραχή και αυτών που δεν εκδηλώνουν αντίστοιχη διαταραχή στο γενικό πληθυσμό.
- Να αποκαλύψει τις σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών του πληθυσμού και της εμφάνισης της ψυχικής διαταραχής, έτσι ώστε να διευκρινιστεί η προέλευσή της.
- Να δοκιμάσει αιτιολογικές υποθέσεις που προέρχονται είτε από εργαστηριακές είτε από κλινικές μελέτες.
- Να εκτιμήσει τα ποσοστά θεραπευτικής βελτίωσης σε σχέση με την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των προληπτικών και θεραπευτικών μέτρων.

Στις επιδημιολογικές έρευνες η μεταβλητή που διερευνάται είναι εξαρτημένη από άλλες που είναι ανεξάρτητες. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρούνται διάφοροι δημογραφικοί δείκτες, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση κ.ά., ενώ εξαρτημένη μεταβλητή θεωρείται η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές. Είναι αναγκαίο οι μεταβλητές αυτές να εκτιμηθούν μέσα σε συγκεκριμένο χρόνο και τόπο. Στην Επιδημιολογία Ψυχικής Υγείας το ερωτηματολόγιο είναι το κύριο όργανο ανίχνευσης της ψυχοπαθολογίας (Μαδιανός, 1989).

Από τα παραπάνω προκύπτει, ότι το βασικό έργο της Επιδημιολογίας Ψυχικής Υγείας είναι η ανίχνευση των διαστάσεων των ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό (έννοιες της επικράτησης και της επίπτωσης) και η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των προληπτικών και θεραπευτικών μέσων (Μαδιανός, 1989).

Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να δοθεί ένας ορισμός της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα (Μαδιανός, 1989).

Η Marie Jahoda, η οποία έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με τον ορισμό της ψυχικής υγείας (1958), ορίζει τη θετική ψυχική υγεία ως το αποτέλεσμα της φυσιολογικής συμπεριφοράς, ως μία κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά:

- την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητας του,
- τη δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο,
- τη δυνατότητα αντίστασης στο στρες,
- τη δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές,
- την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον,
- την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και
- τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματα του.

Για την αξιολόγηση και τον καθορισμό της συμπεριφοράς, αλλά κυρίως για τη διάκριση ανάμεσα στη μέση – φυσιολογική και στην αποκλίνουσα – παθολογική συμπεριφορά, έχουν προταθεί και χρησιμοποιούνται τριών ειδών κριτήρια: τα στατιστικά, τα ιδεαλιστικά και τα λειτουργικά κριτήρια (Μπεζεβέγκης, 1897). Τα τρία αυτά είδη κριτηρίων δεν αντικρούουν το ένα το άλλο, αντίθετα είναι λειτουργικό να χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός τους, για τον πληρέστερο καθορισμό και την αξιολόγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και της ψυχικής υγείας.

Αρχικά, τα στατιστικά είναι τα συνηθέστερα και συχνότερα χρησιμοποιούμενα κριτήρια. Σύμφωνα με τα στατιστικά κριτήρια, η ομαλή συμπεριφορά είναι ό,τι κάνουν ή δεν κάνουν οι περισσότεροι άνθρωποι και ό,τι πλησιάζει το μέσο όρο της ανθρώπινης συμπεριφοράς για κάθε περίπτωση. Δηλαδή, όσο πιο συνήθης είναι μια συμπεριφορά και όσο περισσότερο πλησιάζει προς το μέσο όρο, τόσο πιο φυσιολογική θεωρείται. Φυσικά ισχύει και η αντίστροφη πορεία. Παρόλο που τα στατιστικά κριτήρια προσφέρουν μια σταθερή βάση για την αξιολόγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, υπάρχουν κάποια σημεία που έχουν αποτελέσει αντικείμενο κριτικής της συγκεκριμένης προσέγγισης. Έτσι:

- Αυτό που είναι στατιστικά πιο συνηθισμένο, δεν είναι απαραίτητο να αποτελεί πάντα και ομαλή ή επιθυμητή συμπεριφορά.

- Ομοίως, το στατιστικά ασυνήθιστο, δεν είναι αναγκαία παθολογικό, ειδικά στην περίπτωση που η απόκλιση είναι προς τη θετική κατεύθυνση.
- Η στατιστική προσέγγιση είναι δύσκολο να αποδώσει την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης προσωπικότητας και συμπεριφοράς.
- Οι τυπικές αντιδράσεις (norms) στις οποίες στηρίζονται τα στατιστικά κριτήρια, συχνά βασίζονται σε κλινικές - και άρα όχι αντιπροσωπευτικές - ομάδες του πληθυσμού.
- Σημαντικό είναι το πρόβλημα της οριοθέτησης (συχνότητα εμφάνισης, ποσοστό που απαντάται μια συγκεκριμένη μορφή συμπεριφοράς στον πληθυσμό και απόστασή της από το μέσο όρο), ώστε να μπορεί με ασφάλεια να θεωρηθεί μια συμπεριφορά ως φυσιολογική ή ως παθολογική.

Μια διαφορετική προσέγγιση από τη στατιστική, είναι η χρήση της συμμόρφωσης προς τις κοινωνικές αξίες ως κριτήριο καθορισμού της ομαλής συμπεριφοράς. Έτσι, ομαλή θεωρείται η συμπεριφορά που είναι πιο κοντά στις κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες και στα καθιερωμένα αυτού του είδους πρότυπα. Αυτή την προσέγγιση ακολουθούν περισσότερα προβλήματα από τη στατιστική, δεδομένης και της ρευστότητας των κριτηρίων της.

Έπειτα, η ιδεαλιστική προσέγγιση αναφέρεται στο επιθυμητό, στο απόλυτο και στο τι θα έπρεπε να συμβαίνει. Σύμφωνα με τα κριτήρια αυτά υπάρχει ένα ιδεώδες συμπεριφοράς, προς το οποίο συγκρίνεται κάθε φορά η πραγματική συμπεριφορά, για να εκτιμηθεί κατά πόσο είναι φυσιολογική ή όχι. Η θεώρηση ότι αυτό που είναι ομαλό, είναι και ιδεώδες έχει θετικά στοιχεία γιατί τονίζει τη σημασία που έχουν οι ανώτεροι σκοποί και οι επιδιώξεις για τον άνθρωπο. Παρόλα αυτά όμως, δεν βρίσκει μεγάλο πεδίο εφαρμογής, καθώς είναι ελάχιστοι οι άνθρωποι που κατορθώνουν να επιτύχουν το τέλειο στην εξέλιξή τους, και επιπλέον όλοι έχουν ελαττώματα και αδυναμίες.

Τέλος, τα λειτουργικά κριτήρια για την αξιολόγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι τα πλέον πρακτικά και εφαρμόσιμα. Σύμφωνα με τη λειτουργική προσέγγιση, το κριτήριο για τη διάκριση της ομαλής από την προβληματική συμπεριφορά είναι οι συνέπειες που έχει ένα σύμπτωμα στην ενδοπροσωπική και διαπροσωπική προσαρμογή του ατόμου. Δηλαδή, ό,τι εμποδίζει ή δυσχεραίνει την προσαρμογή αυτή, θα πρέπει να θεωρείται ως παθολογική συμπεριφορά. Οι τομείς στους οποίους εξετάζεται η επίπτωση μιας μορφής συμπεριφοράς είναι οι ακόλουθοι: ανάπτυξη των νοητικών ικανοτήτων, κοινωνική προσαρμογή, αυτοέλεγχος, αξιολόγηση από άλλα πρόσωπα και αυτοσυναίσθημα.

Με βάση τα προηγούμενα, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η επιδημιολογία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη μακροπρόθεσμων στόχων, όπως ο καθορισμός των αιτιών κάποιας διαταραχής, αλλά και για βραχυπρόθεσμους στόχους, όπως η άμεση εφαρμογή των δεδομένων σε προγράμματα περίθαλψης και πρόληψης (Korchin, 1976).

Η διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών, η διερεύνηση της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών και κατ' επέκταση η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικά. Αυτό καταδεικνύεται σε έρευνα του Τσαχαγέα (1994α), όπου η πλειοψηφία των ερωτώμενων αναγνωρίζει τον πρωταρχικό ή βασικό ρόλο της ψυχικής υγείας στη ζωή του ανθρώπου καθώς και το γεγονός ότι αυτή βλάπτεται εύκολα. Θετικό εύρημα αυτής της έρευνας είναι, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι η κοινωνία έχει υποχρέωση να λάβει μέτρα για την ψυχική υγεία. Η άποψη αυτή έρχεται να συμφωνήσει και με τα σύγχρονα δεδομένα της Επιδημιολογίας της Ψυχικής Υγείας, κατά τα οποία, τόσο οι κοινωνίες όσο και οι κυβερνήσεις οφείλουν να είναι πάντα ευαισθητοποιημένες στις βασικές αρχές της ψυχικής υγιεινής.

Σε μία άλλη έρευνα του Τσαχαγέα (1994β) για την εξακρίβωση του βαθμού γνώσεως του ελληνικού κοινού ως προς την ψυχική υγιεινή, βρέθηκε ότι μεγάλη αναλογία των ατόμων δεν έχει διδαχθεί για την ψυχική υγιεινή και άρα δεν έχει σαφή αντίληψη γι' αυτήν. Τα περισσότερα άτομα επιθυμούν περισσότερες και σωστές γνώσεις για την ψυχική υγιεινή και θεωρούν αποτελεσματικότερους φορείς για το σκοπό αυτό την παιδεία, τη συστηματική αγωγή υγείας και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Σαν συμπέρασμα, ο συγγραφέας αναφέρει ότι «επιβάλλεται να συμπληρωθεί το ανεπαρκές επίπεδο γνώσεων και να τονωθεί το ενδιαφέρον του πληθυσμού για τη συμμετοχή του σε προγράμματα παρέμβασης στα πλαίσια της Προληπτικής Ιατρικής».

1.3. Ανασκόπηση επιδημιολογικών ερευνών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό

Οι συστηματικές προσπάθειες για την επιδημιολογική ανάλυση των ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα είναι αρκετά περιορισμένες. Πάντως, διαπιστώνεται γενικά η ύπαρξη αρκετά υψηλών ποσοστών με εμφανείς σοβαρές διαταραχές (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1984). Ένα μεγάλο ποσοστό από τις επιδημιολογικές έρευνες στον ελληνικό χώρο έχουν διεξαχθεί από τους Μαδιανό και συν., από τη Μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

Σε εκτεταμένη επιτόπια διατμηματική έρευνα που διεξήχθη από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Μαδιανός και Ζάρναρη, 1983), περιλήφθηκε ένα τυχαία συστηματικό δύο φάσεων δείγμα 4.083 ενηλίκων ανδρών και γυναικών ηλικίας 20-64 ετών από 33 νομούς της χώρας. Το δείγμα αυτό αντιπροσωπεύει το 1,5% των νοικοκυριών του συνόλου της χώρας. Ως βασικό όργανο ελέγχου της επικράτησης της ψυχοπαθολογίας στον πληθυσμό χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Langner. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 24% των γυναικών και 11,1% των ανδρών του δείγματος θα μπορούσαν να θεωρηθούν σαν άτομα με σοβαρή έκπτωση της ψυχικής τους υγείας παρουσιάζοντας προβλήματα λειτουργικότητας. Τα άτομα που προέρχονταν από την Αθήνα, χαρακτηρίστηκαν από υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τα άτομα που προέρχονταν από άλλες γεωγραφικές περιοχές. Τα χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης ψυχοπαθολογίας εμφανίζουν οι ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Οι γυναίκες εμφανίζουν τριπλάσια ποσοστά βαριάς και υπερδιπλάσια ποσοστά σοβαρής διαταραχής. Σε σχέση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία με τη χρήση της κλίμακας C.E.S.-D. (με

διαχωριστικό σημείο το 16), βρέθηκε ότι σε εθνικό επίπεδο, το 17,2% του συνολικού δείγματος (23,4% των γυναικών και 9,6% των ανδρών) παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα.

Το 1984 διεξήχθη μια δεύτερη πανελλήνια επιτόπια συγχρονική έρευνα με θέμα τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην ψυχική υγεία και τη χρήση ουσιών. Το δείγμα αποτελέστηκε από 4.292 άτομα ηλικίας 12 έως 64 ετών και ελήφθη από 37 νομούς της χώρας, απόλυτα αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού. Η ανίχνευση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων έγινε με τις κλίμακες Langner και C.E.S.-D. Με κριτήριο την ύπαρξη 6 ή περισσότερων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων οι άνδρες ηλικίας 18-64 ετών παρουσιάζουν σοβαρή διαταραχή της ψυχικής τους υγείας σε ποσοστό 18,7% ενώ οι γυναίκες σε ποσοστό 34,1%. Σύμφωνα με το διαχωριστικό σημείο 16 της κλίμακας C.E.S.-D., 15,4% των ανδρών και 37,6% των γυναικών ανήκουν στην κατηγορία της καταθλιπτικής κατάστασης. Τα ποσοστά αυτά είναι σχετικά υψηλά – ειδικά για τις γυναίκες – αν συγκριθούν με αυτά της πανελλήνιας έρευνας του Ε.Κ.Κ.Ε.. Τα ποσοστά δεν αποτελούν κλινικές καταστάσεις, αλλά φαινόμενα αποθάρρυνσης, σαν συνέπεια των ψυχοπιεστικών κοινωνικών συνθηκών και γεγονότων της ζωής, όμως κατατάσσουν τα άτομα σε ομάδες υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών.

Στην Αθήνα το 1979 - 1980, ένα τυχαίο δείγμα 1.574 ανδρών και γυναικών ηλικίας 20-64 ετών επιλέχθηκε με τη διαδικασία των δύο σταδίων από τους δήμους Βύρωνα – Καισαριανής που εξυπηρετούνται από το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής, στα πλαίσια της συστηματικής επιδημιολογικής εκτίμησης των ψυχιατρικών αναγκών των δήμων αυτών (Μαδιανός και συν., 1983· Μαδιανός, 1983· Madianos et al., 1985). Το δείγμα αποτελούσε το 15% των δύο δήμων, και με την εφαρμογή του κριτηρίου των 6 και πλέον ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων στην κλίμακα Langner, η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών βρέθηκε μεγαλύτερη στις γυναίκες (29%) από ότι στους άνδρες (18,1%). Μετά από μια πιο σύνθετη επεξεργασία με την εφαρμογή 11 κλινικών και άλλων κριτηρίων από δύο ανεξάρτητους εκτιμητές των ερωτηματολογίων, τα ποσοστά της επικράτησης μειώθηκαν στο 18% και 8% αντίστοιχα. Τα ποσοστά της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως ανιχνεύτηκαν από την κλίμακα C.E.S.-D., ήταν 9,26% για τους άνδρες και 23,3% για τις γυναίκες.

Στη δεύτερη φάση της έρευνας αυτής (Τομαράς & Κανάλη, 1981 - 1982) δύο ψυχίατροι πήραν κλινική διαγνωστική συνέντευξη από ένα δείγμα 350 ατόμων που επιλέχτηκε από το αρχικό δείγμα των 1.574 ατόμων και σύμφωνα με την κλινική τους κατάσταση βρέθηκε ότι το 18,8% του δείγματος αυτού παρουσίασε έκδηλη κλινική ψυχοπαθολογία, που στο μεγαλύτερο μέρος της ήταν του τύπου της νευρωσικής διαταραχής (16,5%), ενώ οι σχιζοφρενικού τύπου διαταραχές βρέθηκαν να είναι 1,2% και οι συναισθηματικές διαταραχές 0,50% του δείγματος (Τομαράς, 1984· Τομαράς και συν., 1986).

Τα ποσοστά αυτά είναι παρόμοια με αυτά που ανέφεραν οι Mavreas et al. (1986) κατά τη διεξαγωγή μιας επιτόπιας έρευνας σε δείγμα 489 ενηλίκων κατοίκων των δήμων Αγίας Βαρβάρας – Χαϊδαρίου. Με τη χρήση του P.S.E. και κριτήριο τη βαθμολογία στο Index of Definition, μεγαλύτερη ή

ιση του 5, το 8,6% των ανδρών και το 22,6% των γυναικών χαρακτηρίστηκαν ως κλινικές περιπτώσεις, ενώ το συνολικό ποσοστό της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών στο δείγμα ήταν 16%.

Το 1992 διεξήχθη μια επιτόπια έρευνα στο νομό Ιωαννίνων από το Μουζά (1996) και πραγματοποιήθηκε στην πόλη των Ιωαννίνων και σε 99 κοινότητες του νομού. Το δείγμα αποτέλεσαν 1.986 άτομα ηλικίας 18-65 ετών επιλεγμένα με τυχαίο τρόπο. Και σε αυτή την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Langner και C.E.S.-D. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας από τους άνδρες (25,8% και 15,8% αντίστοιχα). Οι κάτοικοι της πόλης εμφάνισαν επίσης υψηλότερο ποσοστό ψυχοπαθολογίας από τους κατοίκους των κοινοτήτων (23,8% προς 21,5%). Αυξημένη ψυχοπαθολογία παρατηρήθηκε στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, σε περιπτώσεις χηρείας και στους παλιννοστούντες, καθώς και τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής βρέθηκε να έχουν ιδιαίτερη σημασία στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Σχετικά με την επικράτηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, οι γυναίκες παρουσιάζουν διπλάσια ποσοστά από τους άνδρες (18,4% έναντι 9,5%). Την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας βρέθηκε να επηρεάζουν τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, η παλιννόστηση, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η κατάσταση της χηρείας, όπως και στην περίπτωση της γενικής ψυχοπαθολογίας.

Έρευνα που διεξήχθη από ψυχίατρο σε τυχαίο δείγμα 251 υπερηλίκων ηλικίας 65 ετών και άνω στους δήμους Βύρωνα – Καισαριανής (Γουρνάς, Μαδιανός και Στεφανής, 1986), αποκάλυψε ότι στην πλειοψηφία τους έπασχαν από κάποια σωματική αρρώστια. Οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερες ψυχικές διαταραχές (ελαφρές – σοβαρές διαταραχές) στο σύνολό τους (39,8%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες είναι 29,5%. Οι άνδρες επικρατούν στην κατηγορία των μέτριων – σοβαρών διαταραχών με ποσοστό 19% έναντι 16,7% για τις γυναίκες.

Επιδημιολογική έρευνα με δείγμα 126 κορίτσια ηλικίας 14-20 ετών, σπουδάστριες μιας μέσης επαγγελματικής σχολής που διέμεναν σε οικοτροφείο, διεξήχθη από τους Μαδιανό, Γιαννάκα, Μαδιανού και Κρα (1980). Την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 61 κορίτσια ίδιας ηλικίας και κοινωνικο-οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου με το δείγμα, οι οποίες επίσης διέμεναν σε οικοτροφείο και αποκτούσαν επαγγελματική εκπαίδευση και 50 κορίτσια της ίδιας ηλικίας με παρόμοια κοινωνικά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά, οι οποίες όμως έμεναν με συγγενείς ή με την οικογένειά τους. Με τη χρησιμοποίηση της κλίμακας Langner και την εμφάνιση πάνω από 6 παθολογικών συμπτωμάτων, οι τρεις ομάδες εκδήλωσαν υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας (43,6%, 50,8% και 30% αντίστοιχα).

Στον τομέα των εφήβων υπάρχει μία ακόμα επιδημιολογική έρευνα σε μια ημιαστική περιοχή (Κοκκέβη, Τυπάλδου, Κοκώση, Κατσουγιάννη & Αδάμου, 1986). Το δείγμα αποτέλεσαν 795 μαθητές, ηλικίας 14-18 ετών, από δύο αντιπροσωπευτικά σχολεία της Αθήνας και συγκρίθηκαν με μια ομάδα 320 ενηλίκων, υπαλλήλων τράπεζας στην Αθήνα και 309 εφήβων, μαθητών από τη Σαλαμίνα, με αντίστοιχα χαρακτηριστικά με το δείγμα. Από την εξέτασή τους με την κλίμακα M.M.P.I., προέκυψε από πλευράς προσωπικότητας, ότι τα κορίτσια φαίνονται να ανησυχούν περισσότερο και να έχουν

λιγότερη ασφάλεια και αυτοπεποίθηση από τα αγόρια. Επιπλέον, σχεδόν διπλάσιος αριθμός κοριτσιών βρέθηκε να εμφανίζει ήπια ή σοβαρότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους συγκριτικά με τα αγόρια. Σε σύγκριση με το δείγμα των ενηλίκων καθώς και με τους εφήβους της Σαλαμίνας, οι έφηβοι της Αθήνας παρουσιάζονται να εκδηλώνουν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας.

Η παρατήρηση των παραπάνω ερευνών αποκαλύπτει ότι οι κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές επηρεάζουν την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό (Madianos et al., 1985). Συγκεκριμένα, η ηλικία, η κοινωνική οικονομική και οικογενειακή κατάσταση, το φύλο, ο τόπος μόνιμης κατοικίας, η εθνική καταγωγή, τα ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής και άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές βρέθηκαν να συμβάλουν στην εκδήλωση ορισμένων ψυχικών διαταραχών.

Επίσης, τα ψυχοπαθολογικά και καταθλιπτικά συμπτώματα που ανιχνεύτηκαν στις παραπάνω έρευνες, δεν θα πρέπει να θεωρηθούν ως διαμορφωμένες κλινικές οντότητες, αλλά ως συμπτώματα αποθάρρυνσης (demoralization), τα οποία όπως αναφέρει ο Μαδιανός (1986) «έχουν κοινωνιογενετικό χαρακτήρα και εμφανίζονται μέσα από συναισθήματα ματαίωσης (frustration) και απώλειας ανταμοιβής (reward) σε ευάλωτες (highrisk) ή περιθωριακές (αποστερημένες) κοινωνικές ομάδες (μετανάστες και άλλες μειονότητες) που διαβιούν σε ένα κοινωνικό σύστημα αποργάνωσης (disintegration)». Βέβαια, τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να θεωρούνται από το άτομο ως «σήματα κινδύνου» και να το οδηγούν στην αναζήτηση βοήθειας. Σε γενικές γραμμές πάντως, τα ποσοστά της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών που αποκαλύφθηκαν από τις έρευνες στον ελληνικό χώρο είναι αντίστοιχα με αυτά παρόμοιων ξένων κοινοτικών ερευνών (Dohrenwend et al., 1980).

Στο διεθνή χώρο, έχουν γίνει αρκετές επιδημιολογικές έρευνες γύρω από την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών, κυρίως πριν τη δεκαετία του 1950, μια εποχή που, κατά τον Dohrenwend (αναφέρεται στο Μαδιανός, 1989), σημαδεύτηκε από τη διεξαγωγή κλασικών επιδημιολογικών ερευνών. Οι έρευνες αυτές και συγκεκριμένα όσες αφορούσαν στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα, απέδειξαν τη σπουδαιότητα των κοινωνικών παραγόντων στην εκδήλωση των διαταραχών αυτών.

Επιχειρώντας μια ιστορική αναδρομή, οι πρώτες προσπάθειες για τη διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών έγιναν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Η πρώτη συστηματική έρευνα για τις ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα έγινε τη δεκαετία του 1930 (Faris & Dunham, 1939), στο Σικάγο των Η.Π.Α. Οι ερευνητές μελέτησαν τη σχέση μεταξύ ψυχικής διαταραχής και βιοτικού επιπέδου, συγκρίνοντας τους τόπους κατοικίας 35.000 ατόμων, τα οποία είχαν νοσηλευτεί σε δημόσια ή ιδιωτικά ψυχιατρεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η κοινωνική τάξη έχει άμεση σχέση με τις σχιζοφρενικές διαταραχές.

Η δεύτερη σημαντική έρευνα των Hollingshead και Redlich (1958) είχε καλύτερη μεθοδολογία, καθώς μελετήθηκε ο πληθυσμός μιας αμερικάνικης πόλης που είχε εκδηλώσει Ψυχικές διαταραχές και στη συνέχεια συγκρίθηκε με τον «υγιή» πληθυσμό της ίδιας πόλης, ώστε να

καθοριστούν οι κοινωνικές μεταβλητές των προβλημάτων. Η σχέση μεταξύ κοινωνικής τάξης και ψυχικών διαταραχών παρατηρήθηκε και σ' αυτή επίσης την έρευνα.

Η έρευνα των Srole et al. (1962), αποτέλεσε μία από τις σημαντικότερες στον τομέα της επιδημιολογίας. Αφορούσε στη διερεύνηση της ψυχικής υγείας ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού ενός τμήματος της πόλης της Νέας Υόρκης. Τα αποτελέσματα επανέλαβαν την υπόθεση για τη σχέση μεταξύ κοινωνικής τάξης και ψυχικής υγείας.

Κάνοντας μια σύντομη ανασκόπηση στα πιο σύγχρονα διεθνή δεδομένα (Μαδιανός, 1989), στις Η.Π.Α. υπολογίζεται από έρευνες αντιπροσωπευτικών δειγμάτων του γενικού πληθυσμού ότι ποσοστό 15-25% έχει την ανάγκη περίθαλψης (President's Commission on Mental Health, 1978), ενώ περίπου 7 εκατομμύρια άνθρωποι λαμβάνουν ενδονοσοκομειακή ή εξωτερική ψυχιατρική περίθαλψη κάθε χρόνο (NIMH, 1978). Γενικότερα, οι έρευνες της δεκαετίας του 1970 στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. δείχνουν ότι ένα ποσοστό 4-8% ανδρών και 8-15% γυναικών από το γενικό πληθυσμό, παρουσιάζουν συμπτώματα διαταραχής της ψυχικής τους υγείας (Stationary Office, Dublin 1984).

Μια από τις σημαντικότερες προσπάθειες διερεύνησης του επιπέδου ψυχικής υγιεινής στην κοινότητα αποτελεί η έρευνα του Camperwell στην Αγγλία (Bebbington et al., 1981). Διαπιστώθηκε ότι το 10,9% του δείγματος παρουσίαζε ψυχικές διαταραχές, με ποσοστό 6,1% για τους άνδρες και 14,9% για τις γυναίκες.

Οι Shapiro et al. (1984), διερεύνησαν την ψυχική υγεία των κατοίκων τριών αμερικάνικων κοινοτήτων. Το 22% του πληθυσμού αναφέρεται να ανήκει σε κάποια από τις διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-III (American Psychiatric Association, 1980).

Στις μέρες μας η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών είναι όχι μόνο χρήσιμη, αλλά και επιβεβλημένη, διότι οι κοινωνικές, οικονομικές, περιβαλλοντικές και άλλες εξελίξεις και αλλαγές στις σύγχρονες κοινωνίες, έχουν πολύ συχνά επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του ατόμου, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν ψυχικά προβλήματα ολοένα και μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού. Μέσω των επιδημιολογικών μελετών θα καταστεί δυνατό να καταγραφεί η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες, να ληφθεί μέριμνα και να γίνει η συγκρότηση των κατάλληλων υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης των διαταραχών αυτών στα πλαίσια της κοινότητας.