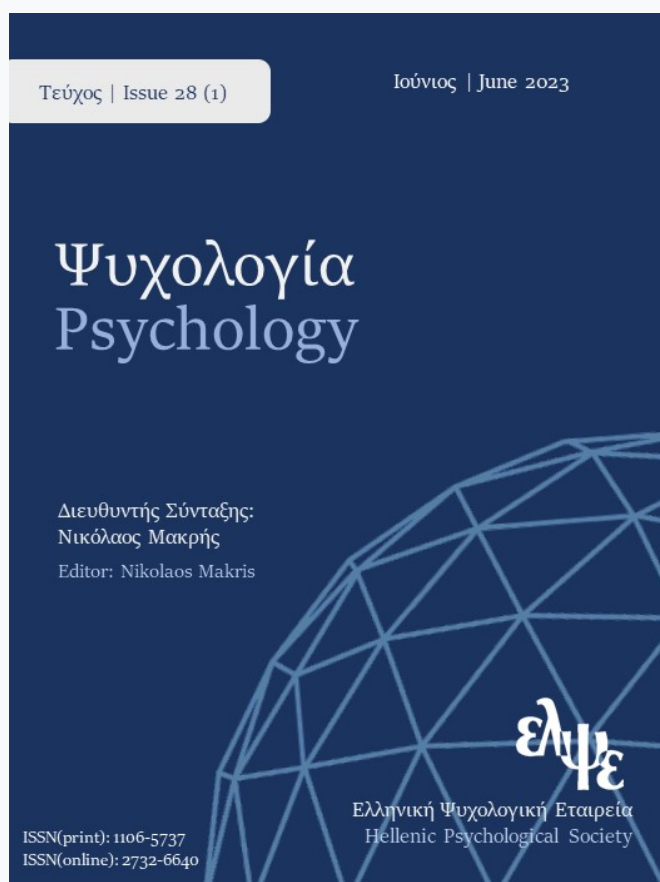


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 28, No 1 (2023)

Special Section: Approaching intersectionality in gender psychology research



Delay in seeking treatment for depression. Perceptions of patients with depressive disorders

Eleni Skoura, George Koulierakis, Theodoros Fouskas

doi: [10.12681/psy_hps.30963](https://doi.org/10.12681/psy_hps.30963)

Copyright © 2023, Eleni Skoura, George Koulierakis, Theodoros Fouskas



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Skoura, E., Koulierakis, G., & Fouskas, T. (2023). Delay in seeking treatment for depression. Perceptions of patients with depressive disorders. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 28(1), 139–158. https://doi.org/10.12681/psy_hps.30963



ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ | RESEARCH PAPER

Καθυστερημένη αναζήτηση φροντίδας στην κατάθλιψη. Αντιλήψεις ασθενών με καταθλιπτική διαταραχή

Ελένη ΣΚΟΥΡΑ^{1,2}, Γεώργιος ΚΟΥΛΙΕΡΑΚΗΣ², Θεόδωρος ΦΟΥΣΚΑΣ²¹ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί), Αθήνα, Ελλάδα² Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα, Ελλάδα

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ	ΠΕΡΙΛΗΨΗ
Καταθλιπτική διαταραχή, Θεραπευτικό χάσμα, Καθυστερημένη αναζήτηση φροντίδας, Ποιοτική έρευνα	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις ασθενών με καταθλιπτική διαταραχή, σχετικά με την καθυστέρηση στην αναζήτηση φροντίδας. Πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα, με ατομικές ημιδομημένες συνεντεύξεις σε δέκα λήπτες υπηρεσιών υγείας με ιστορικό κατάθλιψης, οι οποίες αναλύθηκαν μέσω της Θεματικής Ανάλυσης. Από την ανάλυση του ερευνητικού υλικού προέκυψαν τέσσερα θέματα: α) αδυναμία αξιολόγησης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων από τους ασθενείς, β) ενδογενή / ατομικά χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην καθυστέρηση αναζήτησης θεραπείας, γ) εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και δ) ο ρόλος του οικογενειακού/υποστηρικτικού περιβάλλοντος στην αναζήτηση φροντίδας στην κατάθλιψη. Τα θέματα αυτά περιλαμβάνουν συγκεκριμένους παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας. Οι παράγοντες αυτοί, φαίνεται ότι είναι το αντιληπτό στίγμα, οι πεποιθήσεις και προσωπικές απόψεις / στάσεις των ατόμων, αλλά και εξωγενή/πρακτικά ή περιβαλλοντικά εμπόδια, όπως η έλλειψη πόρων στις υπηρεσίες υγείας, η έλλειψη ενημέρωσης/αλφαριθμητισμού στον τομέα της ψυχικής υγείας και οι αντιλήψεις του οικογενειακού/οικείου περιβάλλοντος για την ψυχική ασθένεια. Είναι αναγκαίο να γίνουν μεταρρυθμίσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας, αλλά και να οργανωθούν εκστρατείες με στόχο την ευαισθητοποίηση - ενημέρωση του πληθυσμού και τη μείωση του θεραπευτικού χάσματος στην καταθλιπτική διαταραχή και ευρύτερα στη ψυχική νόσο.
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
Ελένη Σκούρα, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Λεωφόρος Αλεξάνδρας 196, 11521 Αθήνα, Ελλάδα eskoura@hotmail.com	

Εισαγωγή

Κατάθλιψη - επιδημιολογικά στοιχεία

Η κατάθλιψη είναι μια κοινή διαταραχή που επηρεάζει τόσο τη ψυχική, όσο και τη σωματική υγεία. Τα κύρια συμπτώματά της περιλαμβάνουν επίμονα χαμηλή διάθεση, έλλειψη ενδιαφέροντος που οδηγεί σε κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία, αϋπνία ή υπερυπνία, ανηδονία, αλλαγές στο σωματικό βάρος και αυτοκτονικές σκέψεις (American Psychiatric Association, 2022). Η κατάθλιψη αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, παγκοσμίως, με υψηλό επιπολασμό (Wang et al., 2017). Περισσότερα από 264.000.000 άτομα όλων των ηλικιών επηρεάζονται από αυτή (World Health Organization, 2020). Ο αριθμός των περιστατικών κατάθλιψης, παγκοσμίως, αυξήθηκε από 172 εκατομμύρια το 1990, σε 258 εκατομμύρια το 2017 (αύξηση 49,9%) (Liu et al., 2020). Τα δεδομένα αυτά καταδεικνύουν πως η κατάθλιψη παραμένει ένα μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας για το οποίο οι κυβερνήσεις πρέπει να υποστηρίξουν την απαραίτητη έρευνα για την ανάπτυξη καλύτερων παρεμβάσεων πρόληψης και θεραπείας.

Σύμφωνα με τη μελέτη του 2017 για το παγκόσμιο φορτίο ασθενειών, τραυματισμών και παραγόντων κινδύνου, η καταθλιπτική διαταραχή έχει επικρατήσει ως μια από τις τέσσερις κορυφαίες αιτίες για Έτη Ζωής με Αναπηρία (YLDs) (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018). Τα άτομα με σοβαρή κατάθλιψη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να έχουν παράλληλα, κακές συνθήκες διαβίωσης, διατροφής

ή συννοσηρότητες, όπως ο διαβήτης ή οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ενώ αυξάνεται και ο κίνδυνος πρόωρης θνησιμότητας (Kessler, 2012· Seligman & Nemeroff, 2015· Siva, 2021).

Σε έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για την υγεία του Ελληνικού πληθυσμού, το 2019, η οποία περιελάμβανε και την καταγραφή του επιπολασμού και της σοβαρότητας των ψυχικών ασθενειών και ειδικότερα της κατάθλιψης, 3,8% του πληθυσμού δήλωσε πως βίωνε συμπτώματα κατάθλιψης. Το ποσοστό αυτό ήταν μειωμένο κατά 19,2% σε σχέση με την αντίστοιχη έρευνα του 2014 (4,7%). Οι 7 στους 10 ήταν γυναίκες (69,5%). Επιπρόσθετα, 0,7% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, δήλωσε πως τις τελευταίες δύο εβδομάδες πριν την έρευνα, είχε κάνει σκέψεις πως «θα ήταν καλύτερα να μη ζει ή να βλάψει τον εαυτό του» (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2020).

Εκτιμάται ότι η κατάθλιψη αυξήθηκε κατά 27,6% εξαιτίας της πανδημίας COVID-19, ενώ συνολικά, υπολογίζονται 49,4 εκατομμύρια περιπτώσεις σοβαρής μορφής κατάθλιψης, το οποίο μεταφράζεται σε συνολικά 33,6 έως 68,7 επιπλέον Χρόνια Ζωής σε Συνθήκες Σωματικής και/ή Πνευματικής Αδυναμίας (Disability-Adjusted Life Years - DALYs) (Santomauro et al., 2021). Σε συγχρονική έρευνα που διεξήχθη κατά την πρώτη φάση της πανδημίας στην Ελλάδα (Skaripinakis et al., 2020), φάνηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της συναισθηματικής επιβάρυνσης λόγω της πανδημίας. Συγκεκριμένα, 25% των συμμετεχόντων επηρεάστηκε αρνητικά σε σημαντικό βαθμό στον ψυχοσυναισθηματικό τομέα, ενώ υπήρξε αύξηση σε συμπτώματα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Περίπου 45% και 66% των ατόμων με ήπια ή μέτρια καταθλιπτικά συμπτώματα, αντίστοιχα, επηρεάστηκαν έντονα συναισθηματικά από την πανδημία (σε σύγκριση με το 16% αυτών που παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων). Διαδικτυακή έρευνα των Fountoulakis et al. (2021), η οποία διερεύνησε το ποσοστό κλινικής κατάθλιψης στον ενήλικο πληθυσμό (18-69 ετών) στην Ελλάδα, κατά την περίοδο του γενικού απαγορευτικού, κατέδειξε πως η κλινική κατάθλιψη ήταν παρούσα στο 9,31% των συμμετεχόντων, με επιπλέον 8,5% να αντιμετωπίζει σοβαρή δυσφορία. Επίσης, η ίδια έρευνα έδειξε ότι αυξήθηκαν τα συναισθήματα ανησυχίας και το καταθλιπτικό συναίσθημα (συμπεριλαμβανομένων υποκλινικών περιπτώσεων) σε περισσότερο από το 40% του ενήλικου πληθυσμού της χώρας μας. Από τα άτομα με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, 23,3% εμφάνισε κατάθλιψη, έναντι 8,96% των περιπτώσεων χωρίς προηγούμενο ιστορικό, τα οποία εκδήλωσαν το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο.

Αντιμετώπιση της κατάθλιψης

Το συνολικό σχέδιο δράσης για την ψυχική υγεία 2013-2020, που εγκρίθηκε από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, παρέχει την πολιτική δέσμευση για τις δράσεις αντιμετώπισης των ψυχικών ασθενειών, αν και αναγνωρίζει ότι οι άνθρωποι και οικονομικοί πόροι που διατίθενται στις περισσότερες χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα εξακολουθούν να είναι πολύ περιορισμένοι για να επιτύχουν βελτίωση στην παροχή θεραπείας για τη καταθλιπτική διαταραχή και άλλες ψυχικές νόσους (Inbijaio, 2012). Ωστόσο, έρευνες έχουν δείξει πως υπάρχουν ατομικά εμπόδια στην αναζήτηση φροντίδας στην κατάθλιψη, όπως η πεποίθηση ότι το πρόβλημα θα επιλυθεί από μόνο του ή ότι το άτομο μπορεί να λύσει το πρόβλημα, το στίγμα και η προκατάληψη έναντι των ατόμων με ψυχική ασθένεια, η έλλειψη γνώσης στα θέματα ψυχικής υγείας, τα οικονομικά βάρη, η έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και η πεποίθηση ότι η θεραπεία δεν είναι χρήσιμη (Andrade et al., 2014· Coombs et al., 2021· Dutta et al., 2019· Mojtabai et al., 2011).

Η εργασία του Goffman σχετικά με το στίγμα και τη διαχείριση του εαυτού άσκησε μεγάλη επιρροή στη μελέτη της εμπειρίας της χρόνιας ασθένειας. Ο ορισμός του για το στίγμα βασίζεται στη διάκριση μεταξύ της «εν δυνάμει κοινωνικής ταυτότητας» («virtual social identity») - δηλαδή τις στερεότυπες κατηγοριοποιήσεις που κάνουμε στην καθημερινή ζωή - και στην «καθαυτό κοινωνική ταυτότητα» («actual social identity») – δηλαδή σε εκείνα τα γνωρίσματα που όντως διαθέτει το άτομο. Το στίγμα εμφανίζεται όταν υπάρχει ανακολουθία ανάμεσα στη δυνητική και την καθαυτό κοινωνική ταυτότητα (Goffman, 1968). Σε έρευνα των Yang et al. (2020), σχετικά με το στίγμα στην κατάθλιψη, βρέθηκε ότι στους συνεντευξιαζόμενους επικρατούσαν υψηλά επίπεδα στιγματιστικών πεποιθήσεων για την κατάθλιψη. Παράγοντες οι οποίοι συσχετίστηκαν θετικά με την αύξηση του στίγματος στους ασθενείς με κατάθλιψη ήταν η μεγαλύτερη ηλικία, το αντρικό φύλο, η ανεργία και τα ενδοοικογενειακά προβλήματα. Από τα ευρήματα αυτής της μελέτης διαφαίνεται πως το στίγμα επηρεάζει επίσης τις συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας και αυτό αποτελεί έναν λόγο εξαιτίας του οποίου τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν αναζητούν βοήθεια (Knaak et al., 2017).

Πρόσφατη ανασκόπηση των Cuijpers et al. (2019) σχετικά με τις ψυχολογικές θεραπείες της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα έδειξε ότι οι ψυχοθεραπείες είναι αποτελεσματικές σε ασθενείς που απευθύνονται σε δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα αποτελέσματα μάλιστα, είναι συγκρίσιμα με αυτά της

αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής, βραχυπρόθεσμα και πιθανώς πιο αποτελεσματικά, μακροπρόθεσμα. Επιπλέον, στην ίδια μελέτη, αναφέρεται πως οι χρήστες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να επωφεληθούν από ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση των συμπτωμάτων και στην πρόληψη της εμφάνισης της μείζονος κατάθλιψης.

Το θεραπευτικό χάσμα

Η καθυστέρηση αναζήτησης θεραπείας, ή αλλιώς «θεραπευτικό χάσμα» (Treatment Gap) ορίζεται ως ο αριθμός των ατόμων με πάθηση ή ασθένεια που χρειάζονται θεραπεία για αυτή, αλλά που δεν τη λαμβάνουν (Kale, 2002). Η ιδέα ενός «χάσματος» μπορεί να εφαρμοστεί σε άλλους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, μπορεί να υπάρχει διαγνωστικό κενό (αποτυχία διάγνωσης όλων των ασθενών που πάσχουν από μία συγκεκριμένη νόσο) και κενό έρευνας (μη ύπαρξη των απαιτούμενων ερευνών για τη διάγνωση ή τη διαχείριση μιας ασθένειας) (Kale, 2002). Στον τομέα της ψυχικής υγείας, το θεραπευτικό χάσμα αναφέρεται ως η διαφορά ανάμεσα στον αριθμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και στον αριθμό εκείνων των ατόμων που έχουν πρόσβαση στις κατάλληλες υπηρεσίες (Kohn et al., 2004).

Σύμφωνα με το Συμπεριφορικό Μοντέλο Χρήσης Υπηρεσιών Υγείας (Behavioral Model of Health Service Use), τα άτομα δεν αναζητούν υπηρεσίες υγείας εκτός εάν αντιληφθούν ότι δεν είναι καλά και χρειάζονται βοήθεια (Andersen & Newman, 1973). Μεταγενέστερες εκδοχές του μοντέλου υποδηλώνουν ότι η χρήση υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από τα ενδογενή χαρακτηριστικά του ατόμου (συμπεριλαμβανομένου του φύλου, της ηλικίας και των πεποιθήσεων για την υγεία), ενώ χαρακτηριστικά που διευκολύνουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας φαίνεται πως είναι το υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η κοινωνική υποστήριξη, η κοινότητα και η ανάγκη για βοήθεια (Graham et al., 2017). Το θεραπευτικό χάσμα μπορεί να μετρηθεί άμεσα ή έμμεσα. Η άμεση μέθοδος συνήθως χρησιμοποιείται στις μελέτες επιπολασμού προκειμένου να διερευνηθεί πόσες από τις περιπτώσεις που εντοπίστηκαν δεν λαμβάνουν θεραπεία. Εμμέσως, είναι δυνατό να ερωτηθούν οι ασθενείς σε πόσους υποδείχθηκε θεραπεία, αλλά δεν την έλαβαν καθόλου ή τη διέκοψαν, γεγονός που υποδεικνύει τη συμβολή της μη συμμόρφωσης στο θεραπευτικό χάσμα (Kohn et al., 2018). Η εκτίμηση του χάσματος θεραπείας μπορεί να είναι ένα σημαντικό μέτρο έκβασης και το πρώτο βήμα προς τη μείωσή του (Kale, 2002).

Το θεραπευτικό χάσμα επηρεάζει όχι μόνο τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, αλλά και τις οικογένειές τους, τους εργοδότες και τα συστήματα υγείας. Ειδικότερα, οι συνέπειες για το άτομο με ψυχική διαταραχή που δεν αντιμετωπίζεται περιλαμβάνουν αυξημένες επαφές με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, μειωμένα επίπεδα απασχόλησης και συχνά χαμηλότερους μισθούς (όταν τα άτομα εργάζονται), δυσκολίες στις προσωπικές σχέσεις, έλλειψη προσοχής σε προβλήματα σωματικής υγείας και πρόωρο θάνατο (Call & Shafer, 2018· Michel et al., 2018· Yi et al., 2017).

Η μείωση του θεραπευτικού χάσματος στις ψυχικές διαταραχές είναι ο πρωταρχικός τροποποιήσιμος παράγοντας για τη μείωση του παγκόσμιου βάρους των ψυχικών διαταραχών και του κοινωνικού αντίκτυπου (Kohn et al., 2018). Έτσι έχουν αναπτυχθεί εξειδικευμένα προγράμματα, όπως το Πρόγραμμα για τη Βελτίωση της Φροντίδας της Ψυχικής Υγείας (Programme to Reduce the Treatment Gap for Mental Disorders - PRIME), το οποίο εφαρμόζεται σε αναπτυσσόμενες χώρες (Αιθιοπία, Ινδία, Νότια Αφρική και Ουγκάντα) και δίνει έμφαση στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας, αξιοποιώντας τα παγκόσμια ερευνητικά ευρήματα στο χώρο της ψυχικής υγείας. Σκοπός του προγράμματος είναι η μείωση των ανισοτήτων και η κάλυψη των αναγκών ευάλωτων πληθυσμών, ιδιαίτερα των γυναικών και των ανθρώπων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας (Lund et al., 2012).

Οι πεποιθήσεις των ατόμων με ψυχικές διαταραχές για τις αιτίες των συμπτωμάτων τους, είναι δυνητικά καθοριστικοί παράγοντες για την έγκαιρη, καθυστερημένη ή ανεπιτυχή αναζήτηση βοήθειας. Συγκεκριμένα, οι αιτιολογικές πεποιθήσεις των ατόμων που δεν έχουν ακόμη ζητήσει βοήθεια για τα προβλήματα ψυχικής τους υγείας φαίνεται πως παίζουν σημαντικό ρόλο για την έναρξη της θεραπείας, αλλά μέχρι στιγμής, λείπουν μελέτες και έρευνα σχετικά με τις πεποιθήσεις, τα εμπόδια και την αντιληπτή ανάγκη των ατόμων για θεραπεία (Henderson et al., 2013· Knaak et al., 2017· Magaard et al., 2017).

Το Μοντέλο Κοινής Λογικής (Common-Sense Model) (Leventhal et al., 2016) αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο θεωρητικό πλαίσιο που εξηγεί τις διεργασίες μέσω των οποίων οι ασθενείς αναγνωρίζουν πιθανές απειλές για την υγεία τους, διαμορφώνουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις ενόψει της απειλής, μορφοποιούν τις αντιλήψεις τους ως προς την απειλή και τις προσφερόμενες θεραπευτικές επιλογές, δημιουργούν σχέδια δράσης για την αντιμετώπιση της απειλής και ενσωματώνουν συνεχόμενη ανατροφοδότηση σχετικά με την αποτελεσματικότητα του πλάνου δράσης και την πρόοδο αναφορικά με την αναχαίτηση της

απειλής. Το συγκεκριμένο μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς για σωματικά προβλήματα, αλλά και ψυχικές διαταραχές. Με βάση αυτό δημιουργήθηκε η κλίμακα των Witteman et al. (2016), με σκοπό την αξιολόγηση των αντιλήψεων των ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, η ποιοτική έρευνα βρίσκει εφαρμογή σε διάφορους κλάδους των επιστημών της υγείας, όπου τα κοινωνικά προβλήματα και τα ζητήματα ενδιαφέροντος είναι περίπλοκα και έχουν μεταβλητές ή έννοιες που δεν μετριοούνται εύκολα με τις ποσοτικές μεθόδους (Colorafi & Evans, 2016). Η ποιοτική έρευνα επικεντρώνεται στην κατανόηση ενός ερευνητικού ερωτήματος ως ανθρωπιστική ή ιδεαλιστική προσέγγιση, ενώ χρησιμοποιείται για την κατανόηση των πεποιθήσεων, των εμπειριών, των συμπεριφορών και των αλληλεπιδράσεων (Pathak et al., 2013). Ωστόσο, στο πεδίο της ψυχικής υγείας, παρατηρείται έλλειψη ποιοτικών μελετών, τόσο παγκοσμίως, όσο και στη χώρα μας.

Για τους παραπάνω λόγους, στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η ποιοτική μέθοδος ως η πιο κατάλληλη για τη ανάλυση του υπό διερεύνηση θέματος και την ουσιαστικότερη καταγραφή των αντιλήψεων/πεποιθήσεων των ασθενών με καταθλιπτική διαταραχή σχετικά με την αναζήτηση φροντίδας.

Η παρούσα μελέτη

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αποτυπωθούν οι γνώσεις, οι αντιλήψεις, οι στάσεις και οι πρακτικές ατόμων που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή, αναφορικά με την καθυστέρηση στην αναζήτηση φροντίδας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, επιδιώχθηκε να απαντηθούν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του αντιληπτού στίγματος και της αναζήτησης φροντίδας;
- Συμβάλλει το οικογενειακό/υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενή στη μείωση του διαστήματος κατά το οποίο ο ασθενής μένει χωρίς θεραπεία και με ποιο τρόπο;
- Γνωρίζουν οι ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή στοιχεία της νόσου, ώστε να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα;
- Είχαν οι ασθενείς ενημέρωση από κάποιο φορέα για τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας;
- Υπήρξαν εμπόδια στη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας;

Απώτερος στόχος της μελέτης ήταν η μείωση του χρονικού διαστήματος που παραμένει αθεράπευτη η νόσος, γεγονός που μπορεί να έχει ως συνέπεια τη μείωση του κοινωνικού βάρους, αλλά και των νοσηλείων, ώστε να υπάρξει όφελος τόσο για το κοινωνικό σύνολο όσο και για το σύστημα υγείας της χώρας μας.

Μέθοδος

Ερευνητικός σχεδιασμός

Για την επίτευξη των στόχων της παρούσας μελέτης διεξήχθησαν εις βάθος ημιδομημένες συνεντεύξεις με σκοπό να προσεγγίσουν τα ερευνητικά ερωτήματα μέσα από το ίδιο το βίωμα του ατόμου και να μετατρέψουν αυτή την εμπειρία σε επιστημονική γνώση. Η ημιδομημένη συνέντευξη κατευθύνει το συνεντευξιαζόμενο στους βασικούς άξονες, αλλά είναι πιο ευέλικτη και δίνει και την ευκαιρία να εκφράσει τις σκέψεις και τις απόψεις του ελεύθερα, προσφέροντας έτσι την δυνατότητα αλληλεπίδρασης μεταξύ ερευνητή – συνεντευξιαζόμενου (Kvale, 2007).

Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με βάση Οδηγό συνέντευξης, με συγκεκριμένες ανοιχτές ερωτήσεις που υποβλήθηκαν σε όλους τους συμμετέχοντες. Δόθηκε έμφαση σε ερωτήσεις που οι συμμετέχοντες/ουσες πιθανότατα θα ήταν σε θέση να απαντήσουν, λόγω των εμπειριών τους και της επαφής τους με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Hamilton & Finley, 2019). Ο Οδηγός δημιουργήθηκε με βάση συγκεκριμένους θεματικούς άξονες, ώστε η βασική ερευνήτρια (ΕΣ) να μην αποκλίνει από τον σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, χωρίς ωστόσο αυτό να είναι αυστηρά περιοριστικό για την εξέλιξη των συνομιλιών. Όταν χρειαζόταν να αποσαφηνιστούν κάποιες από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, η ερευνήτρια έθετε επιπλέον διευκρινιστικές ερωτήσεις. Ενδεικτικά, κάποιες ερωτήσεις του Οδηγού ήταν: «Ποια συμπτώματα σας οδήγησαν σε ειδικό ψυχικής υγείας;», «Πως λειτούργησε το οικογενειακό/στενό σας περιβάλλον ως προς την αναζήτηση ειδικού επαγγελματία ψυχικής υγείας;», «Πότε θεωρείτε πως πρέπει να αναζητά κάποιος/α έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας για την κατάθλιψη;».

Συμμετέχοντες/ουσες

Στην μελέτη συμμετείχαν δέκα (10) ασθενείς του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αθηνών, με διαγνώσεις μέσα στο φάσμα των συναισθηματικών διαταραχών και κυρίαρχη διαταραχή την κατάθλιψη. Κατόπιν προσεκτικής μελέτης του ιστορικού των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, έγινε η επιλογή των συμμετεχόντων, σύμφωνα με κριτήρια που έθεσε η ερευνήτρια, με βάση τη βιβλιογραφία (Γαλάνης, 2017· Τσιώλης, 2015).

Τα κριτήρια συμμετοχής ήταν η αντιπροσωπευτικότητα ως προς το κοινό βίωμα της κατάθλιψης, η ικανότητα παροχής πλούσιων πληροφοριών - επιλέχθηκαν ενήλικα άτομα και των δύο φύλων με εκτενές ιστορικό και υψηλό λειτουργικό επίπεδο - και, τέλος, η ομαλή πρόσβαση της ερευνήτριας στους συμμετέχοντες. Οι διαγνώσεις που παρατίθενται ως μέρος του προφίλ των συμμετεχόντων (Πίνακας 1) ήταν καταγεγραμμένες στις επίσημες γνωματεύσεις, οι οποίες είχαν δοθεί στους ασθενείς από τους θεράποντες ιατρούς τους με βάση τα κριτήρια της 10^{ης} Αναθεώρησης του Διεθνούς Συστήματος Ταξινόμησης Νόσων (ICD-10). Οι 9 στους 10 συμμετέχοντες/ουσες τοποθετούν χρονικά την έναρξη της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης τουλάχιστον μία 20ετία πριν. Οι περισσότεροι/ες, αρχικά, απευθύνθηκαν σε επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων, ενώ έλαβαν και κάποια αγωγή, η οποία οδήγησε σε προσωρινή ύφεση των συμπτωμάτων. Όλοι/ες κινητοποιήθηκαν αρκετά έτη μετά την έναρξη της νόσου, κυρίως αφού παρατήρησαν μείωση της λειτουργικότητάς τους σε επίπεδο δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής και εργασιακού τομέα. Ένας συμμετέχων χρειάστηκε να νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική. Όσον αφορά στο κοινωνικό προφίλ των συμμετεχόντων, οι δύο διέμεναν μόνοι και δεν είχαν σύντροφο, μία συμμετέχουσα ήταν διαζευγμένη και διέμενε με τους γονείς της, δύο εκ των γυναικών ήταν σε διάσταση αλλά διέμεναν ακόμη με τους συζύγους τους και οι υπόλοιποι πέντε ήταν έγγαμοι και διέμεναν με την οικογένειά τους. Επίσης, ήταν όλοι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης: Ιδιωτικών Εργαστηρίων Κατάρτισης, Ανώτερων ή Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων. Τρεις συμμετέχοντες ήταν επαγγελματίες στο χώρο της υγείας, χωρίς ωστόσο να έχουν γνώση για τα στοιχεία της νόσου, ενώ όλοι είχαν μέσα στο στενό τους κύκλο, ένα άτομο που βίωσε την κατάθλιψη. Τέλος, όλοι παρακολουθούσαν σταθερά σε δομές ψυχικής υγείας για τη νόσο, τα τελευταία 2-4 έτη και εκτός της φαρμακοθεραπείας, ακολουθούσαν συνδυαστικά ψυχοθεραπεία ή εργοθεραπεία σε εβδομαδιαία βάση.

Ο αριθμός των συμμετεχόντων οριστικοποιήθηκε όταν διαπιστώθηκε, κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων και της επεξεργασίας και ανάλυσης του υλικού που προέκυπτε, ότι η ένταξη νέων συμμετεχόντων δεν προσέφερε κάτι νέο στη παραγωγή διαφορετικών και χρήσιμων δεδομένων για την επίτευξη του ερευνητικού σκοπού («σημείο θεωρητικού κορεσμού» - point of theoretical saturation) (Hamilton & Finley, 2019· Καλλιδικάκη, 2010), δηλαδή έως ότου «(α) δεν προκύπτουν νέα ή σχετικά δεδομένα σχετικά με μια κατηγορία, (β) η κατηγορία είναι καλά ανεπτυγμένη ως προς τις ιδιότητες και τις διαστάσεις που καταδεικνύουν την όποια μεταβολή και (γ) οι σχέσεις μεταξύ των κατηγοριών είναι επαρκώς επικυρωμένες» (Bryman, 2012, p. 421).

Η προσέλευση των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε μέσω απευθείας επικοινωνίας της πρώτης συγγραφέως μαζί τους. Οι συμμετέχοντες/ουσες παρακολουθούσαν θεραπευτικά προγράμματα στο πλαίσιο που εργάζεται η πρώτη συγγραφέας, γεγονός που διευκόλυνε την προσέγγισή τους και κατ'επέκταση, τη διαδικασία της σκόπιμης δειγματοληψίας, αλλά και τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Πριν την έναρξη κάθε συνέντευξης, προηγήθηκε μια συζήτηση γενικού περιεχομένου σχετικά με την επικαιρότητα, με στόχο τη μείωση του άγχους των συμμετεχόντων και την εξοικειώσή τους με τη διαδικασία. (Κεδράκα, 2008).

Διαδικασία

Πριν την έναρξη κάθε συνέντευξης δόθηκαν στους συμμετέχοντες Έντυπο Ενημέρωσης, στο οποίο εξηγούνταν αναλυτικά ο σκοπός της μελέτης και Έντυπο Συγκατάθεσης, το οποίο οι συμμετέχοντες/ουσες υπέγραφαν και επέστρεφαν στην πρώτη συγγραφέα, η οποία διεξήγαγε τις συνεντεύξεις. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε σε χρόνο που όρισε ο/η κάθε συμμετέχοντας/ουσα. Ο χώρος που επιλέχθηκε ήταν το κτίριο του ΚΨΥ Αθηνών για εννέα από αυτούς. Αρχικά, η ερευνήτρια εξήγησε τον σκοπό της μελέτης και τον λόγο για τον οποίο επιλέχθηκε ο καθένας τους να συμμετέχει, ενώ παράλληλα τους ενημέρωσε για τη διάρκεια της συνέντευξης και τη δυνατότητα να έχουν αντίγραφο της, εάν το επιθυμούσαν. Οι συμμετέχοντες/ουσες ενημερώθηκαν επίσης πως η συνομιλία θα καταγραφεί και ότι είχαν το δικαίωμα να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν.

Η ηχογράφηση και μετεγγραφή των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε με πληρότητα, δηλαδή χωρίς να παραλειφθεί κανένα στοιχείο από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων (Colorafi & Evans, 2016). Στη συνέχεια και

για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας, τα κείμενα δόθηκαν πίσω στους συμμετέχοντες, ώστε να τα διαβάσουν και να τα επαληθεύσουν ή να εκφράσουν τυχόν αντιρρήσεις (Patton, 1990). Τελικώς, δεν εκφράστηκε κάποια αντίρρηση από τους ερωτηθέντες. Η μέση διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν περί τα 30 λεπτά. Η διαδικασία συλλογής του υλικού ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2020 και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2021.

Πίνακας 1

Προφίλ συμμετεχόντων

Συμμετέχων/ουσα	Προφίλ		
	Φύλο	Ηλικία (έτη)	Διαγνωστική ταξινόμηση κατά ICD-10
Σ 1	άντρας	53	F 32
Σ 2	γυναίκα	46	F 41.2
Σ 3	γυναίκα	75	F 32
Σ 4	γυναίκα	73	F 31 και F 32*
Σ 5	γυναίκα	44	F 32
Σ 6	άντρας	53	F 34.1
Σ 7	γυναίκα	41	F 33
Σ 8	γυναίκα	61	F41.2
Σ 9	γυναίκα	43	F 32
Σ 10	γυναίκα	50	F 32 και F 31*

*Σημείωση. *Διπλή διάγνωση

Επεξεργασία ερευνητικού υλικού

Για την επεξεργασία του ερευνητικού υλικού επιλέχθηκε η μέθοδος της θεματικής ανάλυσης (Γαλάνης, 2018· Τσιώλης, 2018), μια μέθοδος αναγνώρισης, αναφοράς και καταγραφής θεμάτων που προκύπτουν μέσα από επαναλαμβανόμενα νοηματικά μοτίβα στο σύνολο των δεδομένων που έχει συλλέξει ο ερευνητής (Braun & Clarke, 2014· Τσιώλης, 2015). Κατά την ανάλυση, εφαρμόστηκε επαγωγική πορεία, στη διάρκεια της οποίας τα θέματα που εξήχθησαν βασίστηκαν κυρίως στα δεδομένα που προέκυψαν από την έρευνα και όχι τόσο στις προϋπάρχουσες θεωρίες (Braun & Clarke, 2006). Ειδικότερα, τα στάδια που ακολουθήθηκαν ήταν τα εξής:

(1) Μετεγγραφή των συνεντεύξεων. Πραγματοποιούνταν σε σύντομο χρονικό διάστημα, μετά την ολοκλήρωση κάθε συνέντευξης, ώστε η ερευνήτρια να σημειώνει στοιχεία της εξωλεκτικής επικοινωνίας των συνεντευξιζόμενων (π.χ. μορφασμούς, χειρονομίες), τα οποία ήταν σημαντικά για την ανάλυση.

(2) Εντοπισμός και συγκέντρωση των αποσπασμάτων που συνδέονται νοηματικά με το αντίστοιχο ερευνητικό ερώτημα. Τα κείμενα διαβάστηκαν πολλές φορές, με στόχο την κατανόηση των αντιλήψεων των συμμετεχόντων και τα σηματοδοτούμενα νοήματα (Moser & Korstjens, 2018). Εδώ, επιχειρήθηκε να αναζητηθούν όλα τα δεδομένα, ακόμη και αυτά που δεν συμφωνούσαν με τα συνήθη ευρήματα (Burnard et al., 2008).

(3) Κωδικοποίηση. Επιχειρήθηκε η νοηματοδότηση του κάθε επιλεγμένου αποσπάσματος, δηλαδή το βασικό τμήμα ή στοιχείο των πρωτογενών δεδομένων ή πληροφοριών που μπορούσαν να αξιολογηθούν με ουσιαστικό τρόπο σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα (Braun & Clarke, 2006).

(4) Ορισμός θεμάτων μέσω της συλλογής των κωδικών που προέκυψαν. Στην παρούσα μελέτη, υιοθετήθηκε η προσέγγιση που συστήνεται από τον Τσιώλη (2018), σύμφωνα με την οποία τα ερευνητικά ερωτήματα χρησιμοποιούνται ως οδηγός για την διερεύνηση των νοημάτων και των θεμάτων που αναδύονται ώστε να εξασφαλιστεί η συνάφεια του ερευνητικού σκοπού με τα αποτελέσματα. Στη διάρκεια της κωδικοποίησης και του ορισμού των θεμάτων, η ερευνήτρια είχε ως γνώμονα τα δύο βασικά κριτήρια εσωτερικής ομοιογένειας και εξωτερικής ετερογένειας (Patton, 1990): Οι κωδικοί που διαμορφώνουν το κάθε θέμα παρουσιάζουν συνοχή μεταξύ τους νοηματικά, ενώ τα ίδια τα θέματα διαχωρίζονται με σαφήνεια. Παράλληλα, προκειμένου να επιτευχθεί έλεγχος της εγκυρότητας, χρησιμοποιήθηκε άλλος ερευνητής, ο οποίος δεν είχε συμμετοχή στην ανάλυση των δεδομένων και δημιούργησε τις δικές του κωδικοποιήσεις, οι οποίες δεν είχαν ουσιαστικές διαφορές με τις αρχικές (Creswell, 2008).

(5) Παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Η ερμηνεία και νοηματοδότηση των αποτελεσμάτων προέκυψε κυρίως μέσα από τις εμπειρίες και τη περιγραφή των βιωμάτων των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που προέκυψαν

συγκρίθηκαν με αποτελέσματα άλλων ερευνών του ίδιου επιστημονικού τομέα. Για τη περαιτέρω διασφάλιση της αξιοπιστίας της παρούσας μελέτης, η ερευνήτρια επεδίωξε να παρουσιάσει τα ευρήματα με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αντικειμενικότητα και υπευθυνότητα, αναγνωρίζοντας τις προσωπικές της απόψεις πάνω στο υπό μελέτη ζήτημα, καταγράφοντας δε, με ακρίβεια τα λεγόμενα των συνεντευξιαζόμενων, αποφεύγοντας παράλληλα, να πλατειάσει με επιπρόσθετες ερμηνείες που τυχόν πήγαζαν από προσωπικές εμπειρίες ή διαφορετικά βιώματα.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν: α) έλεγχος της εγκυρότητας από τους συμμετέχοντες (respondent validation) (Lindheim, 2022): Η ερευνήτρια παρείχε σε κάθε συμμετέχοντα μια περιγραφή για το είτε κατά τη συνέντευξη, β) έλεγχος της εγκυρότητας παρουσιάζοντας τις απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις και τα θέματα στον δεύτερο και τρίτο συγγραφέα για επαλήθευση. Στόχος ήταν να αναζητηθεί επιβεβαίωση ότι τα ευρήματα και οι εντυπώσεις της ερευνήτριας συνάδουν με τις απόψεις εκείνων που διεξήχθη η έρευνα και να αναζητηθούν τομείς στους οποίους υπάρχει έλλειψη απαντήσεων και τους λόγους για αυτήν.

Δεοντολογικά ζητήματα

Το ερευνητικό πρωτόκολλο και ο Οδηγός συνέντευξης κατατέθηκαν στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, το οποίο, ομόφωνα, ενέκρινε τη διεξαγωγή της. Όλα τα άτομα που συμμετείχαν ήταν ενήλικα με δικαιοπρακτική ικανότητα. Αφού προηγήθηκε αναλυτική τους ενημέρωση αναφορικά με τους σκοπούς της έρευνας και τον φορέα υλοποίησής της, ζητήθηκε η ενυπόγραφη συναίνεσή τους για την ηχογράφηση των συνεντεύξεων και την επεξεργασία του υλικού. Επιπλέον, ενημερώθηκαν αναλυτικά και για τη δυνατότητα υποβολής παραπόνων-καταγγελίας. Τονίστηκε η εμπιστευτικότητα του περιεχομένου της συζήτησης και η πλήρης ανωνυμοποίηση και μη κοινοποίηση των στοιχείων τους.

Διευκρινίστηκε ότι για τη διαδικασία της μετεγγραφής, υπεύθυνη ήταν αποκλειστικά η ερευνήτρια. Επίσης, όλοι/ες οι συμμετέχοντες/ουσες ενημερώθηκαν πως θα λάβουν αντίγραφα των συνομιλιών τους πριν τη δημοσίευση της μελέτης, ώστε να επιβεβαιώσουν τα γραφόμενα και να μειωθεί ο κίνδυνος διαστρέβλωσης των δεδομένων (Richards & Schwartz, 2002).

Αποτελέσματα

Μέσω της θεματικής ανάλυσης (Πίνακας 2) που εφαρμόστηκε στο ερευνητικό υλικό που συγκεντρώθηκε, προέκυψαν τέσσερα βασικά θέματα με τα επιμέρους υποθέματα.

1. Αδυναμία αξιολόγησης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων από τους ασθενείς

Οι συμμετέχοντες/ουσες αναφέρουν ότι η νόσος εξελίσσεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αξιολογήσουν τα συμπτώματά της:

«Εεε κατάθλιψη για μένα είναι μία νόσος πολύ άσχημη και ύπουλη. Εεε... την οποία δεν την αναγνωρίζουμε γρήγορα και εύκολα και μπορεί να την έχει κάποιος για πάρα πολλά χρόνια και να το εντοπίσει μετά από πολύ καιρό» (Σ2)

«Στην αρχή δεν ήταν τόσο έντονο. Εεε... τα συμπτώματα γινόντουσαν πιο έντονα, η θλίψη γινόταν πιο έντονη, η έλλειψη χαράς ή ευτυχίας, γινόταν πιο έντονη... και αυτό με... με οδήγησε να καταλάβω ότι κάτι δεν πάει καλά... Καθυστέρησα... σημαντικά θα έλεγα. Μπορώ να πω και δεκαετία! ... Πρώτον, το σταδιακό το λίγο-λίγο και σιγά σε αφήνει να θεωρήσεις ότι δεν συμβαίνει κάτι σημαντικό» (Σ6)

Παράλληλα, φαίνεται πως επειδή δεν έχουν γνώση για τα στοιχεία της νόσου, αιτιολογούν και ερμηνεύουν τα συμπτώματα με διαφορετικούς τρόπους:

«Εξελίσσονταν σιγά-σιγά. Δεν ήρθαν όλα μαζί... Δεν κοιμόμουν, έλεγα ήπια ένα καφέ παραπάνω. Έτρωγα λίγο παραπάνω, είχα παχύνει, έλεγα είναι επειδή δεν κοιμάμαι και με πιάνει βουλιμία. Ήτανε λίγο τα συμπτώματα, πώς να το πω, ύπουλα» (Σ9)

«Οι πονοκέφαλοι ήτανε... πόσο καιρό... δεν σκέφτηκα ποτέ την κατάθλιψη ...Όλα τα ρίχνουμε στο άγχος. Δηλαδή σου περνάνε μία τέτοια, ότι όλα δημιουργούνται από το άγχος, Οπότε λες εντάξει, άγχος είναι. Δεν πάει, δεν μπαίνεις δεν μπαίνεις σε διαδικασία να πας σε γιατρό» (Σ5)

Στη προσπάθειά τους να αιτιολογήσουν τα συμπτώματα, οι ασθενείς, φαίνεται πως κάνουν χρήση πολλαπλών υπηρεσιών υγείας και προσεγγίζουν γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων:

«Ήταν το λιγότερο 6 μήνες εεε, που πήγα σε διάφορες ειδικότητες γιατρών και όλοι στο τέλος μου λέγανε να ψάξω και το κομμάτι το ψυχικό». (Σ2)

Ταυτόχρονα, υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης για τα στοιχεία της νόσου. Χαρακτηριστικά, ένας ασθενής ανέφερε πως κατόρθωσε να αξιολογήσει σε κάποια δεδομένη στιγμή τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, μέσω ενημέρωσης από το διαδίκτυο. Ενώ κάποιος άλλος ανέφερε πως ενημερώθηκε πρώτη φορά για τα στοιχεία της νόσου στο πανεπιστήμιο:

«Θεώρησα δηλαδή τον εαυτό μου ότι πιθανόν να είμαι καταθλιπτικός, εεε σαν να λέμε μία μικρή αυτοδιάγνωση ας το πούμε έτσι και άρχισα να διαβάζω, ας πούμε με το που υποψιάστηκα(...) ψυλλιάστηκα κάτι και άρχισα να διαβάζω λίγο για την κατάθλιψη από το διαδίκτυο...» (Σ6)

«...έπρεπε να ξεκινήσω από πιο μικρή από την εφηβεία γιατί τότε ήταν τα πρώτα συμπτώματα. Εεμ (...)να υπήρχε στο σχολείο, εεε περισσότερη ενημέρωση. Στο γυμνάσιο και στο λύκειο να είχανε περισσότερη ενημέρωση για τα ψυχικά νοσήματα...» (Σ7)

II. Ενδογενή/ατομικά χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην καθυστέρηση αναζήτησης θεραπείας

Από τα λόγια των συμμετεχόντων φαίνεται ότι υπάρχουν κάποια τυπικά ενδογενή/ατομικά χαρακτηριστικά που εμποδίζουν την αναζήτηση θεραπείας. Αυτά, σε ορισμένους/ες, αφορούν σε δομικά στοιχεία του χαρακτήρα τους, όπως είναι η προσωπική δυσκολία έκφρασης ή ο βαθμός αυτοεπίγνωσης/αυτογνωσίας:

«Το θέμα είναι να μπορείς και να το λες και να μπορείς και να το βγάζεις... Πρώτη, η πρώτη μου επικοινωνία με ψυχολόγο και μετά ψυχίατρο δεν μπορούσα να εκφραστώ δεν μπορούσα να ανοιχτώ σε έναν άνθρωπο που δεν ήξερα...» (Σ1)

Ο βαθμός αυτοεπίγνωσης ή αυτογνωσίας του κάθε ατόμου φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην καθυστέρηση αναζήτησης ειδικού:

«Είναι πολύ δύσκολο να το συνειδητοποιήσεις από μόνος σου γιατί παλεύεις με πάρα πολλά πράγματα... Είναι και θέμα αυτογνωσίας το να ξέρεις και εσύ με το που θα δεις το πρώτο σύμπτωμα αν αντιλαμβάνεσαι κάποια πράγματα, κάποια συμπτωματολογία » (Σ1)

Ενώ, ακόμη ένα ενδογενές στοιχείο που αναφέρεται είναι η άρνηση/μη αποδοχή της κατάστασης:

«...από όταν μου το είπανε πέρασαν τρία χρόνια που εγώ πήγα σε ψυχίατρο τελικά. Γιατί δεν είχα αποδεχτεί αυτό το ενδεχόμενο ότι ισχύει» (Σ2)

«Εεε.., μπορεί και να εθελουφλούσα. Όταν τελικά είδα ότι δεν πάει άλλο ήταν ε, εμ, το σημείο που υπερίσχυε η άρνηση μάλλον, για όλα» (Σ9)

«Πολλά πράγματα μπορεί να μη θέλουμε να τα δούμε» (Σ6)

Ορισμένοι συμμετέχοντες, επίσης, εξέφρασαν ένα αίσθημα παντοδυναμίας. Ανέφεραν πως, ενώ ουσιαστικά παρατηρούσαν τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, θεώρησαν πως θα μπορούσαν να τα ξεπεράσουν μόνοι τους ή δεν μπορούσαν να αποδεχτούν πως δεν θα τα ξεπερνούσαν μόνοι τους:

«Αν μου το λέγανε... πίστευα ότι είχα τη δύναμη να το ξεπεράσω μόνη μου. Εεε, μία και ήμουν άτρωτη ...Ε άτρωτη θα ήμουν και στην ασθένεια» (Σ3)

«..ήτανε δύσκολο για μένα, δεν ξέρω για άλλο άνθρωπο να μπορέσω να δεχτώ ότι, ότι προσπαθώ μόνος μου να ξεπεράσω αυτή την κατάσταση... τη θλίψη και την έλλειψη χαράς, μόνος μου δεν μπορούσα να τα ξεπεράσω κι αυτό ήταν ακόμα ένα χτύπημα» (Σ6)

Ένα άλλο ενδογενές χαρακτηριστικό που μοιάζει να συμβάλλει στην καθυστέρηση αναζήτησης θεραπείας και έχει άμεση σχέση με τις πεποιθήσεις των ατόμων, είναι το αντιληπτό στίγμα για τη ψυχική νόσο. Ειδικότερα, αρκετοί συνεντευξιαζόμενοι ανησυχούσαν για τους χαρακτηρισμούς που θα τους απέδιδε το κοινωνικό τους περιβάλλον εάν απευθύνονταν σε ειδικό ψυχικής υγείας ή θεωρούσαν την αναζήτηση ειδικού ψυχικής υγείας «ντροπή»:

«Οι περισσότεροι γνωστοί μου έχουν την άποψη ότι όποιος έχει ψυχολογικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα είναι τρελός! Εεε... και γενικά δεν είναι κάτι που κανείς το αποδέχεται σαν κάτι φυσιολογικό. Ε, τότε και εγώ θεωρούσα κάτι τέτοιο». (Σ2)

«...με τα χιλιά ζόρια, πήγα σε δεύτερο γιατρό. Δεν ήθελα, δηλαδή δεν, δεν το πίστευα και αρνιόμουνα κιόλας το θεωρούσα κάτι κακό. Κακό; Ότι μετά θα ήμουνα η τρελή του... του σπιτιού.. Ξέρω 'γω... Το θεωρούσα, πώς να στο πω, ταμπού» (Σ5)

Τέλος, κάποια άτομα εξέφρασαν φόβο για τη λήψη φαρμακοθεραπείας. Είχαν αρνητική στάση απέναντι στα φάρμακα ή διατηρούσαν τη πεποίθηση πως η αγωγή που πιθανώς θα τους χορηγούσαν οι ψυχίατροι θα είχε ανεπιθύμητες παρενέργειες, με αποτέλεσμα να μην απευθύνονται καν σε ψυχιάτρους ή να μην ακολουθούν ολοκληρωμένη θεραπεία:

«...και η αλήθεια είναι για τη δεύτερη φορά που με έπιασαν οι κρίσεις πανικού πάλι με παρότρυνση πήγα. Δεν είχα σκοπό να πάω. Όχι γιατί, δεν φοβόμουνα πλέον το στίγμα, δεν ήθελα να μπω ξανά σε διαδικασία των φαρμάκων και της καταστολής» (Σ5)

«Η ψυχολόγος μου είχε πει ότι πρέπει να πάρω αντικαταθλιπτικά. Εγώ δεν το είχα δεχτεί και είχα συνεχίσει τη θεραπεία χωρίς φαρμακοθεραπεία μόνο με την ψυχοθεραπεία. Ήμουν εναντίον των φαρμάκων τότε και δεν ήθελα να πάρω φάρμακα...». (Σ7)

III. Εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Στο ζήτημα της πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι συμμετέχοντες/ουσες ανέφεραν μία ποικιλία εμποδίων. Οι περισσότεροι/ες επιθυμούσαν να απευθυνθούν σε δημόσιες δομές, αφού τα κόστη στους ιδιώτες επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι μεγάλα, με αποτέλεσμα κάποιιοι να διακόπτουν τη θεραπεία που είχαν ξεκινήσει λόγω οικονομικής δυσπραγίας:

«...Είχα τέτοια συμπτώματα. Αλλά δεν είχα ούτε το χρηματικό ποσό αλλά ούτε και το... δεν είχα ούτε την ευκολία και την ευκαιρία» (Σ10)

«Όμως... η αλήθεια είναι ότι τον έκοψα τον ψυχολόγο για λόγους οικονομικούς... Εεεε βέβαια, δεν κρύβω ότι αν έβρισκα σε κάποια δημόσια δομή θα μου ήταν πολύ πιο εφικτό να πάω» (Σ9)

«Απλώς πρέπει... γιατί οι άνθρωποι δεν έχουμε όλη την άνεση να πληρώσουν ακριβά... επισκέψεις ακριβές... Οπότε ίσως θα έπρεπε να έχει καλύτερη διαφήμιση, σε εισαγωγικά, για τα κρατικά που υπάρχουν. Γιατί είναι πολλοί άνθρωποι που χρειάζονται, αλλά δεν έχουν λεφτά!» (Σ8)

Χαρακτηριστικές είναι οι αναφορές στην έλλειψη των δομών ψυχικής υγείας, αλλά και του ανθρώπινου δυναμικού που τις στελεχώνουν, ιδιαίτερα στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας:

«Με παρέπεμψε, όταν όμως... Έλα όμως που εγώ πήρα τηλέφωνο και είχε ραντεβού μετά από δύο, δυόμισι μήνες! Οπότε δεν πήγα ποτέ... Δημόσια δομή στην περιοχή μου» (Σ9)

«...Μου ξανά έτυχε να χρειαστώ γιατρό δεν είχα πρόσβαση σε δημόσιο γιατρό. Δηλαδή πήρα στο κέντρο ψυχικής υγείας που ήταν εδώ σε εμάς, στην περιοχή μας, Σεπτέμβρη μήνα που έπαθα κρίσεις πανικού,, ε, και μου κλείσανε Δεκέμβρη...» (Σ5)

Σημαντικό στοιχείο είναι το ότι λόγω της ελλιπούς στελέχωσης των δομών ψυχικής υγείας, οι χρήστες αυτών των υπηρεσιών δεν έχουν σταθερό πρόσωπο αναφοράς, αφού οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που τους αναλαμβάνουν εναλλάσσονται, ενώ σε ορισμένες θεραπευτικές συνεδρίες υπάρχει απουσία μικρό όριο:

«Όταν πήγα στο κέντρο ψυχικής υγείας άλλαξα τρεις γιατρούς δηλαδή τα δύο χρόνια άλλαξα τρεις φορές γιατρό. Δηλαδή πάνω που συνήθισα έναν γιατρό και μπορούσα να τα βρω, να τα βρω... δηλαδή να επικοινωνήσω μαζί του, μου αλάζανε γιατρό» (Σ5)

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η πρόσβαση σε υπηρεσία ψυχικής υγείας επετεύχθη ευκολότερα, μέσω κάποιου οικείου προσώπου του ασθενή, ο οποίος γνώριζε προσωπικά τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Αυτό καταδεικνύει και τη δυσλειτουργία των δημόσιων δομών, αφού ουσιαστικά παρακάμπτονταν η τυπική διαδικασία του κλεισίματος ενός ραντεβού, η οποία, σύμφωνα και με τις παραπάνω παρατηρήσεις των συνεντευξιαζόμενων, φαίνεται πως είναι χρονοβόρα:

«Εεμ, οπότε βρήκα έναν, μία γιατρό... στο ΙΚΑ. Έτυχε να είναι και γνωστή της γιαγιάς μου επειδή την παρακολουθούσε χρόνια και μπηκα και εγώ στη διαδικασία αυτή. Σημειωτέον έπασχε και η γιαγιά μου από κατάθλιψη από 30 χρονών» (Σ5)

«...επειδή τότε είχα ένα φίλο στο 401, είναι βοηθός μικροβιολόγου, ξεκινήσαμε να ψάχνουμε την αιτία των πονοκεφάλων, πονοκεφάλων... και στη συνέχεια καταλήξαμε σε νευρο... νευρολόγο και από νευρολόγο σε ψυχολόγο, ψυχίατρο με στείλανε» (Σ5)

Ταυτόχρονα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν είχαν καμία ενημέρωση ή εκπαίδευση από κάποιον φορέα για το που και πως θα πρέπει να αναζητήσουν βοήθεια, ώστε να διευκολυνθεί η πρόσβασή τους στις αρμόδιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας:

«Περισσότερη ενημέρωση. Εγώ δεν το ήξερα τώρα αυτό που μου λέτε! Ότι θα μπορούσα να πάω στο εξωτερικό ιατρείο. Δεν το, δεν το γνώριζα!» (Σ9)

«Δεν ήξερα κάτι για να μπορέσω να ζητήσω βοήθεια απλώς ήμουν 'αφησμένη'... Στο πρόβλημά μου...» (Σ4)

Από τις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων φαίνεται ότι ο ρόλος των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων εκτός του τομέα της ψυχικής υγείας, είναι σημαντικός στην καθυστέρηση αναζήτησης κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης και πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αναφέρουν πως, ουσιαστικά, οι γιατροί αυτοί

χορηγούν αγωγή για προσωρινή ανακούφιση των συμπτωμάτων, με αποτέλεσμα να τους αποπροσανατολίζουν από την ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση. Χαρακτηριστικές είναι οι παρακάτω αναφορές:

«.. η γιαγιά μου όχι η μαμά μου... Της έχουσε πει γιατροί άλλης ειδικότητας ότι έχει κατάθλιψη ε, αλλά δεν έχει κάποια παρακολούθηση ψυχιατρική γιατί εκείνη δεν έχει επιλέξει να αναζητήσει αυτή τη βοήθεια . Πάρνει όμως ένα ψυχιατρικό φάρμακο εδώ και χρόνια. Της το έγραψε ένας παθολόγος και της το ενέκρινε γιατρός άλλης ειδικότητας που την παρακολουθεί για τη νόσο που έχει» (Σ2)

«Είχα πάει, μπράβο, γενικά, σε ένα παθολόγο που με παρακολουθούσε για εξετάσεις ρουτίνας και λοιπά και του είχα πει ότι είχα έλλειψη ύπνου και μου είχε δώσει... Βέβαια ο άνθρωπος... Υπό πίεση, σε εισαγωγικά, δική μου. Εεε μου έγραψε και πήρα τότε κάποια αντικαταθλιπτικά και μου λέει: Στα δίνω, έχουσε μικρή δόση μέσα υπνωτικού... για να σε βοηθήσουν στον ύπνο» (Σ9)

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η περίπτωση μιας συμμετέχουσας, η οποία αναφέρει ότι ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας/ψυχίατρος, φαίνεται πως έκανε υποεκτίμηση του προβλήματος:

«Ναι, ναι αυτός μου είπε, μου λέει, μην ασχολείσαι με ψυχολογικά και αυτά. Θα λες μόνο: Δεν βαριέσαι! Αυτό θα λες» (Σ10)

Υπήρξαν ωστόσο και κάποιες αναφορές σε άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας:

«Πάρα πολύ εύκολο γιατί ήξερα από μόνη μου ότι το Αιγινήτειο ήτανε ψυχιατρικό νοσοκομείο και πήγα στα εξωτερικά ιατρεία για να δω αν με δέχονται. Με δέχτηκαν αμέσως και μου έδωσαν ένα ψυχίατρο για να μιλήσω. Χωρίς ραντεβού, αν θυμάμαι καλά» (Σ8)

«Ρώτησα και έμαθα από το ΙΚΑ ποιους είχανε ψυχολόγους, ψυχιάτρους ε και...» (Σ7)

IV. Ο ρόλος του οικογενειακού/υποστηρικτικού περιβάλλοντος στην αναζήτηση φροντίδας στην κατάθλιψη

Από τα λόγια των συμμετεχόντων φαίνεται πως το οικογενειακό/υποστηρικτικό περιβάλλον διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αναζήτηση φροντίδας στη νόσο. Ενδεικτικές είναι οι αναφορές κάποιων συμμετεχόντων, οι οποίοι αναζητούσαν τη παρότρυνση από τους οικείους προκειμένου να απευθυνθούν σε ειδικούς:

«Θα με βοηθούσε ίσως, αν οι γύρω μου ήτανε πιο ευαίσθητοποιημένοι στο συγκεκριμένο τομέα και δεν είχανε την τάση να θέλουν να κρύβουν κάτω από το χαλί τα προβλήματα» (Σ2)

«Ναι, ίσως αν υπήρχε κάποιος στο περιβάλλον αυτό, είτε γιατρός είτε ψυχολόγος είτε κάτι ε να... Τώρα οι γονείς μου τι να ξέρανε!» (Σ10)

Η στάση και η διαχείριση του οικείου περιβάλλοντος στην αναζήτηση φροντίδας ποικίλλει. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η στάση των οικείων περιγράφεται ως ενθαρρυντική. Τα στενά πρόσωπα αντιλήφθηκαν το πρόβλημα και επισήμαναν τη διαφοροποίηση στη συμπεριφορά των συνεντευξιαζόμενων με αποτέλεσμα να τους οδηγήσουν σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας:

«Εεε η σύζυγος μου κατάλαβε πολλά πράγματα, αυτή με καθοδήγησε στην αρχική μου εεε... με βοήθησε στην αρχή να καταλάβω ότι κάτι, κάτι άλλο συμβαίνει, ότι δεν είναι φυσιολογικό αυτό που συμβαίνει... Πήγα, πήγα για να πάω μετά από αυτό που συζητήσα με τη σύζυγό μου κ με έπεισε να πάω» (Σ1)

«Μόνο στη μαμά μου το είπα. Αυτό! Η οποία είχε καταλάβει από όλους περισσότερο ότι κάτι δεν πάει καλά και η αλήθεια είναι με εεε, πώς το λένε, με παρακίνησε και εκείνη» (Σ9)

Σε κάποιες περιπτώσεις, η στάση των οικείων περιγράφεται ως πιεστική. Συγκεκριμένα, οι συγγενείς προκαλούσαν αρνητικά συναισθήματα στους συμμετέχοντες και επέρχονταν συγκρούσεις προκειμένου αυτοί να πειστούν και να επισκεφθούν έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας:

«Ο πατέρας μου για καλό, σε εισαγωγικά καλό, λέει «Να πας με τη μητέρα σου σε ένα ψυχολόγο». Ψυχίατρο ή ψυχολόγο, δεν θυμάμαι... Ψυχίατρο μάλλον, δεν θυμάμαι. Τέλος πάντων και εγώ εκεί είχα πάρα πολύ θυμό με όλους» (Σ8)

«Δεν θα πήγαινα εύκολα, ήμουν πάρα πολύ αρνητική. Δηλαδή πήγα μόνο γιατί με πήγε η μητέρα μου! Έτσι για να μην της χαλάσω το χατίρι. Επειδή στεναχωρήθηκε πάρα πολύ η μητέρα μου για αυτό και επειδή έκλαιγε» (Σ5)

Πιεστικά όμως για αναζήτηση βοήθειας λειτουργούσε και έμμεσα το οικογενειακό περιβάλλον, λόγω συνθηκών. Χαρακτηριστική ήταν η δήλωση μιας συμμετέχουσας:

«Οι συνθήκες! Το ότι έχω άρρωστο στο σπίτι, του ότι έχει την ανάγκη μου, το ότι πρέπει να σηκωθώ. Δεν είναι πια δικαίωμά μου να μη σηκωθώ» (Σ3)

Ωστόσο, οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις των ατόμων του στενού περιβάλλοντος, αποτελούσαν τροχοπέδη στην έγκαιρη αναζήτηση φροντίδας, σε κάποιες περιπτώσεις. Τα οικεία πρόσωπα φαίνεται πως διατηρούσαν κάποιες προκαταλήψεις σχετικά με τα ψυχικά νοσήματα ή αρνούνταν να αποδεχθούν τη πραγματικότητα:

«Την πρώτη φορά δεν είχα καθόλου υποστήριξη, αλλά ίσα-ίσα είχα πολύ άσχημες αντιδράσεις επιλέγοντας να αναζητήσω βοήθεια και πολύ αρνητική κριτική προς τα εμένα και επειδή τώρα ξέρω, δεν θα άντεχα να περάσω μία τέτοια διαδικασία! Δεν το γνωρίζει αυτό το κομμάτι» (Σ2)

«Βρέθηκε ένας σύμβουλος εκεί κοντά στη γειτονιά, αλλά μόλις λέω θα το πω στον άντρα μου να πάμε θα αντιδράσει δεν ήταν υπέρ των φαρμάκων ποτέ εκεί πέρα. Δηλαδή, δεν είχε ιδέα από ψυχική ασθένεια και τέτοια, δεν είχε βιώσει ποτέ του, ε και όταν του είπα ότι πήγα εγώ σε νευρολόγο και αυτά, ε, αντέδρασε άσχημα» (Σ10)

Χαρακτηριστική ήταν η αναφορά κάποιας συνεντευξιαζόμενης στο θέμα αυτό, όπου το οικογενειακό της περιβάλλον αναγνώρισε τη σοβαρότητα της κατάστασης όταν τελικά αυτή χρειάστηκε να νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική:

«Στην αρχή δεν τους άρεσε... και δεν είχαν καταλάβει και ακριβώς τι συμβαίνει. Εεε... στην πορεία λίγο κατάλαβαν, αλλά όχι πλήρως. Δηλαδή έπρεπε να γίνει η νοσηλεία μου για να καταλάβουν ότι δεν ήμουνα καλά» (Σ7)

Εξάλλου, ορισμένοι συμμετέχοντες εξέφρασαν αρνητική διάθεση να μοιραστούν το πρόβλημα τους για τη ψυχική νόσο με τους οικείους τους, επικαλούμενοι πως θα έπρεπε πρώτα να το διαχειριστούν μόνοι τους, πιθανώς φοβούμενοι τις αντιδράσεις που θα προκαλούσε μια τέτοια ανακοίνωση:

«Θεωρώ ότι εεε, όταν υπάρχει ένα άτομο με τέτοια συμπτώματα κατάθλιψης μέχρι να το διαχειριστεί κατάλληλα καλό είναι να... Καλό είναι να μην ανακατεύει όλο τον οικογενειακό περίγυρο» (Σ9)

«...απλά θεωρούσα ότι είναι καλό να μην το μαθαίνουν οι άλλοι, το αν πας να ζητήσεις τέτοια βοήθεια. Και τώρα πιστεύω ότι είναι καλό να μην το ξέρουν οι άλλοι... Τώρα ξέρω ότι δυστυχώς πολλοί άνθρωποι δεν παραδέχονται ότι υπάρχει και ψυχική νόσος» (Σ2)

Επιπλέον, ο ρόλος του οικογενειακού/υποστηρικτικού περιβάλλοντος στην αναζήτηση φροντίδας προσδιορίζεται και παθητικά. Δηλαδή, μέσω των εμπειριών που ανέφεραν πως είχαν οι συμμετέχοντες από οικεία πρόσωπα που βίωσαν την κατάθλιψη. Ειδικότερα, παρατηρώντας κάποια κοινά βιώματα στο στενό τους περιβάλλον, ορισμένοι από τους συνεντευξιαζόμενους κινητοποιήθηκαν συντομότερα απ' ό,τι φαίνεται:

«Ναι γιατί είχε ο γιος μου και κατάθλιψη είχε, εκτός από την ψυχωτική συνδρομή. Είχε κατάθλιψη και τον έβλεπα δεν ήθελε να βγαίνει, δεν ενδιαφερόταν αν πλυθεί, αν δεν πλυθεί, αν άλλαξε αν δεν άλλαξε. Εεε γενικά ήταν ένα τέλμα. Εμ και έτσι από κει ορμώμενος και από την αγωγή που του έδωσε ο ψυχίατρος του...» (Σ3)

«...για να 'μαι ειλικρινής, η αδερφή μου έκανε πρώτη την κίνηση για ένα δικό της έντονο πρόβλημα που είχε να απευθυνθεί σε δομή και αμέσως από κείνη και εγώ είδα το δρόμο ας πούμε τον οποίο μπορεί κάποιος να απευθυνθεί σε δομή και να ζητήσει βοήθεια» (Σ6)

Ωστόσο, άλλες φορές, αυτή η εμπειρία και η παρατήρηση κοινών καταστάσεων σχετικά με τη νόσο μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον δεν έδειξε να συμβάλλει θετικά στη συντομότερη αναζήτηση επαγγελματία ψυχικής υγείας από κάποιους συμμετέχοντες, για τη δική τους περίπτωση. Είναι αξιοσημείωτο όμως ότι στη διάρκεια των συνεντεύξεων, οι ίδιοι, έκαναν αυτή τη σύνδεση αναδρομικά:

«Ναι, η πεθερά μου είχε βιώσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο πολύ παλιά όταν και εγώ την είχα γνωρίσει. Ήταν καταθλιπτική σε μεγάλα χρονικά διαστήματα... Έμεινε πίσω στο θυμικό μου, σε πολύ πίσω μέρος του κεφαλιού αλλά δεν με επηρέαζε τόσο πολύ αυτό, δεν έλεγα α να η πεθερά μου τι πέρασε δεν έμπαινα σε σύγκριση να πω τώρα που είμαι εγώ στην κατάθλιψη...» (Σ1)

«Είχα, όχι γνώση ιδιαίτερη της νόσου, αλλά εμπειρία από μικρή, εεε επειδή, υποθέτω χωρίς να το ξέρω, η γιαγιά μου είχε κατάθλιψη. Ε και ότι κι η μαμά μου είχε κατάθλιψη. Η μαμά μου τώρα έχει σίγουρα κατάθλιψη...» (Σ2)



Πίνακας 2

Θέματα, υποθέματα και κωδικοί της θεματικής ανάλυσης

Θέματα	Υποθέματα	Κωδικοί
1) Αδυναμία αξιολόγησης των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων	1.1) Έλλειψη γνώσης για τα στοιχεία της νόσου	1.1.1 Αιτιολόγηση συμπτωμάτων 1.1.2 Έλλειψη γνώσης για την συμπτωματολογία της νόσου 1.1.3 Καθυστέρηση ετών με αδιάγνωστη νόσο
	1.2) Συνεχής εξέλιξη της νόσου με «άτυπα συμπτώματα»	1.2.1 Εξέλιξη της νόσου με «ύπουλο τρόπο» 1.2.2 Τελική μορφή κλινικής εικόνας με σοβαρή δυσλειτουργία 1.2.3 Παροδική ύφεση συμπτωμάτων
	1.3) Σπατάλη πόρων υγείας	1.3.1 Χρήση πολλαπλών υπηρεσιών υγείας 1.3.2 Επίσκεψη σε διαφορετικές ειδικότητες ιατρών
2) Ενδογενή / Ατομικά χαρακτηριστικά – εμπόδια στην αναζήτηση της θεραπείας	2.1) Προσωπική δυσκολία έκφρασης	2.1.1 Δυσκολία εξωτερίκευσης προβλημάτων
	2.2) Άρνηση της κατάστασης	2.2.1 Έλλειψη αυτογνωσίας 2.2.2 Μη αποδοχή της ασθένειας 2.2.3 Αίσθημα παντοδυναμίας
	2.3) Αντιληπτό στίγμα	2.3.1 Αντιληπτό στίγμα
	2.4) Φόβος για την φαρμακοθεραπεία	2.4.1 Αμφιβολία για αποτελεσματικότητα φαρμάκων 2.4.2 Φόβος για παρενέργειες από φάρμακα («καταστολή»)
3) Εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας	3.1) Έλλειψη ενημέρωσης για την πρόσβαση σε κατάλληλη δομή	3.1.1 Χορήγηση ψυχιατρικής αγωγής από άλλες ιατρικές ειδικότητες 3.1.2 Πληροφορίες μόνο μέσω αναζήτησης στο διαδίκτυο 3.1.3 Εσφαλμένη αρχική διάγνωση 3.1.4 Καθυστέρηση θεραπείας
	3.2) Έλλειψη εξειδικευμένων κρατικών δομών	3.2.1 Δυσκολία πρόσβασης σε ιδιωτικές δομές, λόγω οικονομικής δυσπραγίας 3.2.2. Επίσκεψη σε γραφεία ιδιωτών ψυχιάτρων 3.2.3 Έλλειψη ΠΦΥ στη ψυχική υγεία
	3.3) Μεγάλο χρονικό διάστημα αναμονής σε δημόσιες δομές	3.3.1 Υποστελέχωση κρατικών δομών 3.3.2 Διακοπή υπάρχουσας θεραπείας, λόγω έλλειψης follow up 3.3.3 Προσέγγιση και παραπομπή σε δημόσια δομή διαμέσου άλλων προσώπων
	3.4) Μη ύπαρξη διασύνδεσης υπηρεσιών υγείας	3.4.1 Ιατροκεντρική/μονοδιάστατη διαχείριση του προβλήματος 3.4.2 Μη ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου
4) Ρόλος του οικογενειακού υποστηρικτικού περιβάλλοντος	4.1) Υποστήριξη από οικογενειακό / οικείο περιβάλλον	4.1.1 Παρότρυνση από οικείο πρόσωπο για αναζήτηση βοήθειας 4.1.2 Κινητοποίηση και επίσκεψη σε ειδικό, μέσω συγγενικού προσώπου
	4.2) Αρνητική / μη υποστηρικτική στάση των οικείων	4.2.1 Προκατάληψη των οικείων προσώπων για τον ρόλο των ειδικών ψυχικής υγείας 4.2.2 Φόβος των οικείων για στιγματισμό του ασθενή
	4.3) Παθητικός ρόλος του οικείου περιβάλλοντος	4.3.1 Ενεργοποίηση μέσω κοινών βιωμάτων που παρατηρήθηκαν σε οικείο πρόσωπο 4.3.2 Μη επισήμανση του προβλήματος από τους οικείους 4.3.3 Μη αναζήτηση βοήθειας, παρά την εμπειρία σε συγγενικό πρόσωπο

Συζήτηση

Τα ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυση του ερευνητικού υλικού φαίνεται πως επαληθεύουν αρκετά στοιχεία των έως τώρα δημοσιευμένων ερευνών. Ειδικότερα, στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι οι ασθενείς δεν γνώριζαν τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης, οπότε αδυνατούσαν να αξιολογήσουν τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, στοιχείο που αποτελεί βασικό εύρημα και στις μελέτες των Gulliver et al. (2012) και van Beijouw et al. (2010). Μια σοβαρή συνέπεια αυτής της έλλειψης «αλφαριθμητισμού» στον τομέα της ψυχικής υγείας (Wei et al., 2015) είναι το ότι οι ασθενείς απευθύνονται τελικά σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας όταν συνήθως έχει μειωθεί σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο της λειτουργικότητάς τους, αυξάνοντας έτσι το ήδη τεράστιο κόστος θεραπείας των ψυχικών διαταραχών (Henderson et al., 2013· Michel et al., 2018). Επιπλέον, η χρήση πολλαπλών υπηρεσιών ή/και οι επισκέψεις σε γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, σε συνδυασμό με τυχόν σωματικά προβλήματα, συμβάλλουν σε σημαντική σπατάλη πόρων υγείας (Simon et al., 2023).

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι, σημαντικό ρόλο στην καθυστέρηση αναζήτησης φροντίδας, διαδραματίζουν τα ατομικά/ενδογενή χαρακτηριστικά, όπως το αντιληπτό στίγμα που σχετίζεται με τις ψυχικές ασθένειες, το οποίο έχει ιδιαίτερα αρνητικές συνέπειες σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό εμπόδιο στην πρόσβαση στη θεραπεία και στην ανάκαμψη των ασθενών (Gulliver et al., 2010· Knaak et al., 2017· Li et al., 2022) Σύμφωνα με τον Goffman (1968) το στίγμα «είναι πράγματι ένα ιδιαίτερο είδος σχέσης ανάμεσα στο γνώρισμα και το στερεότυπο» (p. 4). Ο αυτοστιγματισμός αποτελεί διαμεσολαβητικό παράγοντα στη σχέση ανάμεσα στο αντιληπτό στίγμα και ψυχοκοινωνικές εκβάσεις, όπως η ποιότητα ζωής, η αυτο-εκτίμηση και η λειτουργικότητα (Picco et al., 2017). Αναφορικά με το στίγμα που σχετίζεται με τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας, οι παράγοντες που σχετίζονται με την κουλτούρα στο χώρο εργασίας στον τομέα της υγείας, αλλά και ο ρόλος των μέσων μαζικής επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των ταινιών και των κοινωνικών δικτύων στη διαμόρφωση εικόνων και αντιλήψεων για την ψυχική ασθένεια, μπορούν να συμβάλλουν στη διαιώνιση των στερεοτύπων και να επηρεάσουν την ποιότητα της περίθαλψης (da Silva et al., 2020). Δυστυχώς, η απεικόνιση των ψυχικών ασθενειών στα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι σε μεγάλο βαθμό αρνητική ή ανακριβής, γεγονός που καθιστά το κοινωνικό στίγμα ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα (Goerfert et al., 2019). Άλλα εμπόδια, όπως προκύπτουν από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων, είναι η άρνηση ή μη αποδοχή της κατάστασης, η χαμηλή αντιληπτή ανάγκη για βοήθεια, ή η πεποίθηση πως το πρόβλημα θα επιλυθεί μόνο του. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με ευρήματα προηγούμενων ερευνών (Farmer et al., 2012· Kanehara et al., 2015· Kohn et al., 2018· Shumet et al., 2019). Συνδυαστικά δε με τον φόβο για τη φαρμακευτική αγωγή, η οποία σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης στη θεραπεία (De las Cuevas & Peñate, 2015), αποτελούν δυσμενείς προϋποθέσεις αποτελεσματικής φροντίδας.

Το μοντέλο Κοινής Λογικής (Leventhal et al., 2016) υποθέτει ότι οι άνθρωποι είναι ενεργοί λύτες των προβλημάτων τους και η συμπεριφορά τους καθορίζεται από τις αντιλήψεις τους για το περιβάλλον τους. Η χαμηλά αντιληπτή ανάγκη για βοήθεια και οι ενδογενείς φραγμοί λόγω πεποιθήσεων είναι τα κύρια εμπόδια στην αναζήτηση και παραμονή στη θεραπεία μεταξύ ατόμων με τις πιο συχνά εμφανιζόμενες ψυχικές διαταραχές, παγκοσμίως (Andrade et al., 2014), ενώ η διάρκεια της κατάθλιψης, η σοβαρότητα της κατάστασης και η αναγνώριση των διαταραχών είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την αναζήτηση βοήθειας (Karam et al., 2018).

Η συμβολή των οικείων προσώπων φαίνεται πολλές φορές να δρα θετικά στη μείωση του θεραπευτικού χάσματος, καθώς βρέθηκε πως οι οικείοι τους ενθαρρύνουν τους συμμετέχοντες να στραφούν σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις, ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν είναι υποστηρικτικός, αλλά αρνητικός ή ακόμη και παρεμποδιστικός, καθυστερώντας ουσιαστικά τους ασθενείς να αναζητήσουν βοήθεια ή ωθώντας τους να διακόψουν οποιαδήποτε τυχόν θεραπευτική παρέμβαση έχουν επιλέξει. Η στάση αυτή των οικείων προσώπων σχετίζεται εμφανώς με τον στιγματισμό των ψυχικά ασθενών από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ο οποίος συνδέεται με την καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας (Barney et al., 2006· Samari et al., 2022). Παρόμοια ευρήματα αναφέρει η μελέτη των Griffiths et al. (2011) και πρόσφατη έρευνα των Subramaniam et al. (2020), όπου φάνηκε πως το 43,1% των συμμετεχόντων δεν ζήτησαν βοήθεια καθώς ανησυχούσαν για το τι μπορεί να σκέφτονται οι άλλοι εάν ανακαλύψουν ότι βρίσκονταν σε θεραπεία.

Ως προς τα εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, βασικό εκτιμάται από τους συμμετέχοντες το οικονομικό κόστος, ιδιαίτερα όσον αφορά την πρόσβαση σε ιδιώτες επαγγελματίες υγείας. Η δυνατότητα πληρωμής για υγειονομική περίθαλψη είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη έννοια στη βιβλιογραφία

των υπηρεσιών υγείας και των οικονομικών υγείας. Το κόστος αντανάκλα την οικονομική ικανότητα των ανθρώπων να ξοδεύουν πόρους και χρόνο για να χρησιμοποιούν τις κατάλληλες υπηρεσίες (Levesque et al., 2013). Εξάλλου, τα άτομα που αναζητούν βοήθεια είναι πιθανό να μην γνωρίζουν πόσο θα κοστίζει η λήψη των αντίστοιχων υπηρεσιών υγείας, καθώς η διάρκεια της θεραπείας, οι τύποι των υπηρεσιών που χρειάζονται και η ανάγκη για εξειδικευμένη περίθαλψη (έναντι της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης) είναι δύσκολο να προσδιοριστούν εξαρχής (Subramaniam et al., 2020). Τα οικονομικά εμπόδια δεν αναφέρονται ως λόγος μη αναζήτησης θεραπείας σε άλλες έρευνες (Waumans et al. 2022), συνεπώς, το σχετικό εύρημα της παρούσας μελέτης θα μπορούσε να εξηγηθεί με βάση το γεγονός του αυξημένου κόστους των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα.

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη ανέφεραν την απουσία οργάνωσης και διασύνδεσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά και τη μη ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών αρχικά, από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, στοιχεία που συμβάλλουν σημαντικά στο θεραπευτικό χάσμα και ειδικότερα στην καθυστέρηση της ορθής διάγνωσης ή στην διακοπή της θεραπείας. Οι van Beljouw et al. (2010) επισημαίνουν την ανάγκη οι γιατροί άλλων ειδικοτήτων, πλην της ψυχιατρικής, να είναι σε θέση να διακρίνουν την διαφορά μεταξύ οργανικών και ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων ή να αναγνωρίζουν το σημείο όπου η φροντίδα που παρέχουν οι ίδιοι στους ασθενείς δεν επαρκεί, ώστε να τους παραπέμπουν συντομότερα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Παράλληλα, ένα ακόμη στοιχείο που βρέθηκε ότι δυσκολεύει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι η έλλειψη και ανεπάρκεια πόρων στο πεδίο της ψυχικής υγείας, η οποία συνδέεται τόσο τόσο με τη μη επάρκεια ανθρώπινου δυναμικού και υλικοτεχνικών υποδομών, όσο και τη μη επαρκή εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Qin & Hsieh, 2020), στοιχεία που επισημάνθηκαν και από ορισμένους συμμετέχοντες. Τα παραπάνω αντανάκλουν την μετάβαση του συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα (Madianos, 2020) και την ανάγκη δημιουργίας δομών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Souliotis et al., 2017).

Αν περισσότεροι άνθρωποι είχαν από νωρίς πρόσβαση σε κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και λάμβαναν κατάλληλη θεραπεία, η επιβάρυνση από την κατάθλιψη θα μπορούσε να μειωθεί σημαντικά. Το κλείσιμο του χάσματος που αφορά στην ποιότητα της θεραπείας για τους ψυχικά ασθενείς απαιτεί στρατηγικές με στόχο την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας (Fortin et al., 2018) και των έγκαιρων παρεμβάσεων, οι οποίες αποτρέπουν τα μακροχρόνια και σοβαρά αποτελέσματα της νόσου και την ανάπτυξη δευτερογενών διαταραχών (Coombs et al., 2021). Το Συμπεριφορικό Μοντέλο Χρήσης Υπηρεσιών Υγείας (Andersen & Newman, 1973) θα μπορούσε να λειτουργήσει ως πλαίσιο ως προς αυτή την κατεύθυνση. Οι da Silva et al. (2020) επισημαίνουν πως οι προσεγγίσεις των ζητημάτων στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνουν τον σχεδιασμό προγραμμάτων με στόχο τη μείωση του στίγματος στην ψυχική ασθένεια και την ενίσχυση αναζήτησης φροντίδας στον τομέα της ψυχικής υγείας. Νεότερες έρευνες (Pile et al., 2018· Zelmer, 2018) έδειξαν πως η πρόσβαση θα μπορούσε να βελτιωθεί παρέχοντας έγκαιρες παρεμβάσεις στους νέους ή στο σχολικό περιβάλλον για τη μείωση των εμποδίων χρόνου και κόστους.

Η αύξηση της ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης σχετικά με τους τύπους των προσφερόμενων θεραπειών, η ορθή παροχή φροντίδας μέσω κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων θεραπειών ψυχικής υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας παραμένουν σημαντικές προκλήσεις για την παροχή ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης (Subramaniam et al., 2020). Στο πλαίσιο αυτό, είναι αναγκαίο να οργανωθούν – σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας - προγράμματα προαγωγής της ψυχικής υγείας και ενημέρωσης, μέσω οργάνωσης παρουσιάσεων/ομιλιών και βιωματικών σεμιναρίων σε ομάδες μαθητών στα σχολεία, αλλά και σε γενικούς γιατρούς, με στόχο την προώθηση της έγκαιρης αναζήτησης βοήθειας, συμπεριλαμβανομένης της έγκαιρης διαγνωστικής αποσαφήνισης και της υποστήριξης ακόμη και για άτυπα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να μειωθεί το στίγμα, αλλά και να εξασφαλιστεί ουσιαστική θεραπεία και συνεχή παρακολούθηση για τους ψυχικά ασθενείς.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη αποτίμηση του θεραπευτικού χάσματος στην ψυχική υγεία από την οπτική των ασθενών, ωστόσο, τα αποτελέσματα δεν θα μπορούσαν να γενικευθούν λόγω του περιορισμένου αριθμού των συμμετεχόντων, (στοιχείο που χαρακτηρίζει όλες τις ποιοτικές μελέτες) (Fitzpatrick & Boulton, 1994). Επιπλέον, το γεγονός ότι από τους δέκα συμμετέχοντες, οι οκτώ ήταν γυναίκες και οι δύο άντρες δεν επιτρέπει τη διατύπωση συμπερασμάτων ως προς τυχόν διαφορές φύλου στην καθυστέρηση αναζήτησης φροντίδας.

Το ξεκίνημα του ερευνητικού-εμπειρικού τμήματος της μελέτης συνέπεσε με την έναρξη των καθολικών απαγορεύσεων μετακίνησης λόγω της πανδημίας COVID-19. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να περιοριστεί το εύρος

επιλογής των συμμετεχόντων, κατά τη περίοδο των πρώτων μεγάλων απαγορευτικών μέτρων, αφού πολλοί χρήστες υπηρεσιών υγείας, τότε, διέκοψαν τη συστηματική παρακολούθησή τους και απευθύνονταν στη δομή σε περίπτωση που έκριναν οι ίδιοι πως υπήρχε μεγάλη ανάγκη, ή όταν έπρεπε να γίνει νέα συνταγογράφηση της φαρμακευτικής αγωγής τους. Ωστόσο αυτή η συνθήκη άλλαξε όταν άρχισαν να αίρονται κάποιες απαγορεύσεις στον τομέα των μετακινήσεων καθιστώντας έτσι ευκολότερη της πρόσβαση σε περισσότερους/ες συμμετέχοντες/ουσες. Επιπλέον, η χρήση χειρουργικής μάσκας, λόγω των περιοριστικών μέτρων που επέφερε η πανδημία, περιόρισε την άντληση και αξιοποίηση στοιχείων εξωλεκτικής επικοινωνίας που σχετίζονται με τις κινήσεις και εκφράσεις της περιοχής του στόματος (πχ. μειδίαμα). Ωστόσο, αντισταθμιστικά, αξιοποιήθηκαν στοιχεία όπως χειρονομίες, εκφραστικές κινήσεις των ματιών, τόνος και ένταση φωνής, στάση σώματος και στοιχεία εξωτερικής εμφάνισης.

Παρ' όλα αυτά, η παρούσα μελέτη μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βάση για μελλοντικές ποσοτικές έρευνες, ώστε να προσδιοριστούν και να μετρηθούν συγκεκριμένες μεταβλητές που αιτιολογούν τη δημιουργία του θεραπευτικού χάσματος στη καταθλιπτική διαταραχή, αλλά και κατ' επέκταση στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., text revision (DSM-5-TR)*. APA Publishing.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51(1), 95-124. <https://doi.org/10.2307/3349613>
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., ... Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303-1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about Depression and its Impact on Help-Seeking Intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qpp0630a>
- Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can 'thematic analysis' offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9, 26152-26152. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4th ed). Oxford University Press.
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204(8), 429-432. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.292>
- Γαλάνης, Π. (2017). Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(6), 834-840.
- Γαλάνης, Π. (2018). Ανάλυση δεδομένων στην ποιοτική έρευνα. Θεματική ανάλυση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(3), 416-421.
- Colorafi, K. J., & Evans, B. (2016). Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. *HERD*, 9(4), 16-25. <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
- Coombs, N. C., Meriwether, W. E., Caringi, J., & Newcomer, S. R. (2021). Barriers to healthcare access among U.S. adults with mental health challenges: A population-based study. *SSM - Population Health*, 15, 100847. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100847>
- Creswell, J. W. (2008). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (3rd ed.). Pearson.
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12), 129-129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>

- da Silva, A. G., Baldaçara, L., Cavalcante, D. A., Fasanella, N. A., & Palha, A. P. (2020). The Impact of Mental Illness Stigma on Psychiatric Emergencies. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 573–573. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00573>
- De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2015). Explaining pharmacophobia and pharmacophilia in psychiatric patients: Relationship with treatment adherence. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 30(5), 377–383. <https://doi.org/10.1002/hup.2487>
- Dutta, M., Spoorthy, M. S., Patel, S., & Agarwala, N. (2019). Factors responsible for delay in treatment seeking in patients with psychosis: A qualitative study. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(1). https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_234_17
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2020). ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ: Έτος 2019. Δελτίο Τύπου. <https://www.statistics.gr/documents/20181/5856c8ff-59cd-aefo-2883-f90e4b265706>
- Farmer, C., Farrand, P., & O'Mahen, H. (2012). 'I am not a depressed person': How identity conflict affects help-seeking rates for major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 12(1), 164. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-164>
- Fitzpatrick, R., & Boulton, M. (1994). Qualitative methods for assessing health care. *Quality in Health Care*, 3(2), 107–113. <https://doi.org/10.1136/qshc.3.2.107>
- Fortin, M., Bamvita, J.-M., & Fleury, M.-J. (2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 63(2), 103–114. <https://doi.org/10.1177/0706743717737030>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.061>
- Call, J. B., & Shafer, K. (2018). Gendered Manifestations of Depression and Help Seeking Among Men. *American Journal of Men's Health*, 41–51. <https://doi.org/10.1177/1557988315623993>
- GBD 2017 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. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Graham, A., Hasking, P., Brooker, J., Clarke, D., & Meadows, G. (2017). Mental health service use among those with depression: an exploration using Andersen's Behavioral Model of Health Service Use. *Journal of Affective Disorders*, 208, 170–176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.074>
- Griffiths, K. M., Crisp, D. A., Barney, L., & Reid, R. (2011). Seeking help for depression from family and friends: A qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. *BMC Psychiatry*, 11, 196–196. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-196>
- Goepfert, N. C., Conrad von Heydendorff, S., Dreßing, H., & Bailer, J. (2019). Effects of stigmatizing media coverage on stigma measures, self-esteem, and affectivity in persons with depression – an experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2123-6>
- Goffman, E. (1968). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Pelican Books.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113–113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Brewer, J. L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry*, 12(1), 81. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-81>
- Hamilton, A. B., & Finley, E. P. (2019). Qualitative methods in implementation research: An introduction. *Psychiatry Research*, 280, 112516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112516>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Ivbijaro, G. (2012). The case for change: The Global Mental Health Action Plan 2013–2020. *Mental Health in Family Medicine*, 9(3), 135–135.

- Kale, R. (2002). The Treatment Gap. *Epilepsia*, 43, 31–33. <https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.43.s.6.13.x>
- Καλλινικάκη, Θ. (2010). Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας. Τόπος.
- Kanehara, A., Umeda, M., Kawakami, N., & World Mental Health Japan Survey Group. (2015). Barriers to mental health care in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69(9), 523–533. <https://doi.org/10.1111/pcn.12267>
- Karam, E. G., Karam, G. E., Farhat, C., Itani, L. J., Fayyad, J., Karam, A. N., Mneimneh, Z., Kessler, R., & Thornicroft, G. (2018). Determinants of treatment of mental disorders in Lebanon: barriers to treatment and changing patterns of service use. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(6), 655–661. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000422>
- Κεδράκα, Κ. (2008). Μεθοδολογία λήψης συνέντευξης. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.5050.9846>
- Kessler, R. C. (2012). The costs of depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 35(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.005>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858–866.
- Kohn, R., Ali, A. A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., Saldivia, S., & Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: An overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 42, e165–e165. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781849208963>
- Leventhal, H., Phillips, L. A. & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 935–946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Li, X. Y., Liu, Q., Chen, P., Ruan, J., Gong, X., Luo, D., Zhou, Y., Yin, C., Wang, X. Q., Liu, L., & Yang, B. X. (2022). Predictors of Professional Help-Seeking Intention Toward Depression Among Community-Dwelling Populations: A Structural Equation Modeling Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.801231>
- Lindheim, T. (2022). Participant Validation: A Strategy to Strengthen the Trustworthiness of Your Study and Address Ethical Concerns. In G. Espedal, B. Jelstad Løvaas, S. Sirris, & A. Wæraas (Eds.), *Researching Values: Methodological Approaches for Understanding Values Work in Organisations and Leadership* (pp. 225–239). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-90769-3_13
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
- Lund, C., Tomlinson, M., De Silva, M., Fekadu, A., Shidhaye, R., Jordans, M., Petersen, I., Bhana, A., Kigozi, F., Prince, M., Thornicroft, G., Hanlon, C., Kakuma, R., McDaid, D., Saxena, S., Chisholm, D., Raja, S., Kippen-Wood, S., Honikman, S. Patel, V. (2012). PRIME: A Programme to Reduce the Treatment Gap for Mental Disorders in Five Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Medicine*, 9(12), Article e1001359. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001359>
- Madianos, M. G. (2020). The adventures of psychiatric reform in Greece: 1999–2019. *BJPsych International*, 17(2), 26–28. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1192/bji.2019.30>
- Magaard, J. L., Seeralan, T., Schulz, H., & Brütt, A. L. (2017). Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(5), Article e0176730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176730>
- Michel, C., Schnyder, N., Schmidt, S. J., Groth, N., Schimmelmänn, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2018). Functioning mediates help-seeking for mental problems in the general population. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 54, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.009>

- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., Wells, K. B., Pincus, H. A., & Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8), 1751–1761. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002291>
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European Journal of General Practice*, 24(1), 9–18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Pathak, V., Jena, B., & Kalra, S. (2013). Qualitative research. *Perspectives in Clinical Research* 4(3), 192. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.115389>
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Sage.
- Picco, L., Lau, Y. W., Pang, S., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Mediating effects of self-stigma on the relationship between perceived stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients: Findings from a cross-sectional survey in Singapore. *BMJ Open*, 7(8), Article e018228. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018228>
- Pile, V., Smith, P., Leamy, M., Blackwell, S. E., Meiser-Stedman, R., Stringer, D., Ryan, E. G., Dunn, B. D., Holmes, E. A., & Lau, J. Y. F. (2018). A brief early intervention for adolescent depression that targets emotional mental images and memories: Protocol for a feasibility randomised controlled trial (IMAGINE trial). *Pilot and Feasibility Studies*, 4, 97. <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0287-3>
- Qin, X., & Hsieh, C.-R. (2020). Understanding and Addressing the Treatment Gap in Mental Healthcare: Economic Perspectives and Evidence From China. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 004695802095056. <https://doi.org/10.1177/0046958020950566>
- Richards, H. M., & Schwartz, L. J. (2002). Ethics of qualitative research: Are there special issues for health services research? *Family Practice*, 19(2), 135–139. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.2.135>
- Samari, E., Teh, W. L., Roystonn, K., Devi, F., Cetty, L., Shahwan, S., & Subramaniam, M. (2022). Perceived mental illness stigma among family and friends of young people with depression and its role in help-seeking: A qualitative inquiry. *BMC Psychiatry*, 22(1), 107. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03754-0>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Seligman, F., & Nemeroff, C. B. (2015). The interface of depression and cardiovascular disease: therapeutic implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1345, 25–35. <https://doi.org/10.1111/nyas.12738>
- Siva, N. (2021). Severe mental illness: reassessing COVID-19 vaccine priorities. *Lancet*, 397(10275), 657. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00429-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00429-3)
- 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*, 3158954. <https://doi.org/10.1155/2020/3158954>
- Shumet, S., Azale, T., Ayano, G., Abebaw, D., Amare, T., & Getnet, W. (2019). Intention to seek help for depression and associated factors among residents of Aykel town, Northwest Ethiopia: Cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0274-y>
- Simon, J., Wienand, D., Park, A.-L., Wippel, C., Mayer, S., Heilig, D., Laszewska, A., Stelzer, I., Goodwin, G. M., & McDaid, D. (2023). Excess resource use and costs of physical comorbidities in individuals with mental health disorders: A systematic literature review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 66, 14–27. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.10.001>
- Souliotis, K., Agapidaki, E., Tzavara, C., & Economou, M. (2017). Psychiatrists role in primary health care in Greece: Findings from a quantitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0172-0>
- Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Shafie, S., Chua, H. C., Tan, W. M., Tan, K. B., Verma, S., Heng, D., & Chong, S. A. (2020). Minding the treatment gap: Results of the Singapore Mental Health Study.

- Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(11), 1415–1424. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01748-0>
- Τσιώλης, Γ. (2015). Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων: Διλήμματα, δυνατότητες, διαδικασίες. Στο Γ. Πυργιωτάκης, Χρ. Θεοφιλίδης (Επιμ.), *Ερευνητική Μεθοδολογία στις Κοινωνικές Επιστήμες και στην Εκπαίδευση. Συμβολή στην επιστημολογική θεωρία και την ερευνητική πράξη* (σς. 473-498). Πεδίο.
- Τσιώλης, Γ. (2018). Θεματική ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Στο Γ. Ζαϊμάκης (Επιμ.), *Ερευνητικές διαδρομές στις κοινωνικές επιστήμες: Θεωρητικές-Μεθοδολογικές συμβολές και μελέτες περίπτωσης* (σς. 97-125). (Πρώτη έκδοση). Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- van Beljouw, I., Verhaak, P., Prins, M., Cuijpers, P., Penninx, B., & Bensing, J. (2010). *Reasons and Determinants for Not Receiving Treatment for Common Mental Disorders*. 61(3), 8.
- Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., Zhu, Y., Chen, C., Zhong, X., Liu, Z., Wang, D., & Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(8), Article e017173. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017173>
- Waumans, R. C., Muntingh, A., Draisma, S., Huijbregts, K. M., van Balkom, A., & Batelaan, N. M. (2022). Barriers and facilitators for treatment-seeking in adults with a depressive or anxiety disorder in a Western-European health care setting: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03806-5>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- Witteman, C., Bolks, L., & Hutschemaekers, G. (2011). Development of the Illness Perception Questionnaire Mental Health. *Journal of Mental Health*, 20(2), 115–125. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.507685>
- World Health Organization (2020). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yang, F., Yang, B. X., Stone, T. E., Wang, X. Q., Zhou, Y., Zhang, J., & Jiao, S. F. (2020). Stigma towards depression in a community-based sample in China. *Comprehensive Psychiatry*, 97, 152152. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152152>
- Yi, Y., Turney, K., & Wildeman, C. (2017). Mental Health Among Jail and Prison Inmates. *American Journal of Men's Health*, 11(4), 900–909. <https://doi.org/10.1177/1557988316681339>
- Zelmer, J. (2018). Measuring Progress in Access to Health Services. *Healthcare Policy = Politiques de Sante*, 14(1), 6–9. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25554>

Delay in seeking treatment for depression. Perceptions of patients with depressive disorders

Eleni SKOURA^{1,2}, George KOULIERAKIS², Theodoros FOUSKAS²

¹ Psychiatric Hospital of Attica (Dafni), Athens, Greece

² Department of Public Health Policy, University of West Attica, Athens, Greece

KEYWORDS

Depressive disorder,
Treatment gap,
Delayed care seeking,
Qualitative research

CORRESPONDENCE

Eleni Skoura
Department of Public Health
Policy, School of Public Health,
University of West Attica,
Leoforos Alexandras 196,
11521, Athens, Greece
eskoura@hotmail.com

ABSTRACT

The aim of the current study was to explore the perceptions and convictions of patients diagnosed with depressive disorder, which related to delayed seek for treatment. For this purpose, semi-structured interviews were conducted with ten patients diagnosed with depression, from a public psychiatric hospital and a Mental Health Center. The research material was analysed through Thematic Analysis. From the collected material and the analysis, four main themes were emerged: (a) inability to assess psychopathological symptoms by patients, (b) endogenous/individual features that contribute to delaying seeking treatment, (c) barriers to access mental health services and (d) the role of the family/supportive environment in seeking treatment for depression. Themes include specific factors affecting delayed seeking for treatment. These factors seem to be the perceived stigma, patients' beliefs and personal views/attitudes, as well as external/practical or environmental barriers, such as lack of resources within health services, lack of information /literacy in mental health and perceptions of the family members about mental illness. It is necessary to carry out mental health reforms and also to organize campaigns aimed at raising awareness - informing the population and reducing the therapeutic gap in depressive disorder and more widely in mental illness.