

Γεγονότα ζωής και κλινικοί υπότυποι της μείζονος κατάθλιψης: μελέτη εγκάρσιας διατομής

K.N. Φουντουλάκης, A. Ιακωβίδης, S. Καπρίνης, Γ. Καπρίνης

Γ' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Ψυχιατρική 2006, 17:122–136

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των πιεστικών γεγονότων ζωής και της κλινικής κατάθλιψης. Ενενήντα ασθενείς πάσχοντες από μείζονα κατάθλιψη ηλικίας $36,57 \pm 12,02$ ετών και 121 μάρτυρες ηλικίας $27,11 \pm 10,59$ ετών πήραν μέρος στη μελέτη. Οι μονάδες μέτρησης μεταβολών της ζωής (Life Change Units, LCU) σύμφωνα με τους Rahe και συν. χρησιμοποιήθηκαν για την ποσοτικοποίηση των γεγονότων ζωής. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε ανάλυση συμμεταβλητότητας (ANCOVA) και συντελεστή συσχέτισης. Τα αποτελέσματα προτείνουν ότι οι άνδρες ασθενείς με άτυπη κατάθλιψη διέφεραν από όλες τις άλλες ομάδες, ενώ αντιθέτως δεν υπήρχαν διαφορές στη βαθμολογία της LCU ανάμεσα στις υπόλοιπες ομάδες. Η LCU σχετίζόταν με τους μελαγχολικούς δείκτες και το άγχος, αλλ' όχι με τη γενική λειτουργικότητα. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι μόνο μια υποκατηγορία ασθενών με μείζονα κατάθλιψη μπορεί να χαρακτηρίζεται από την παρουσία πιεστικών γεγονότων ζωής. Οι άνδρες άτυποι καταθλιππικοί ασθενείς αναφέρουν το βαρύτερο φορτίο γεγονότων ζωής. Το ερώτημα που ανακύπτει είναι κατά πόσον αυτό αποτελεί αντικειμενικό εύρημα ή οι ασθενείς αυτοί (που παρουσιάζουν βαρύτερη παθολογία της προσωπικότητας και ευαισθησία στη διαπροσωπική απόρριψη) τείνουν να αναφέρουν γεγονότα ζωής κατά υπερβολικό τρόπο.

Λέξεις ευρετηρίου: μονάδες μέτρησης μεταβολών της ζωής, *stress*, άτυπη κατάθλιψη.

Εισαγωγή

Μια από τις πιο αμφιλεγόμενες πλευρές που αφορούν την αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης είναι ο ρόλος που μπορεί να παιζουν τα γεγονότα ζωής. Είναι ασαφές το κατά πόσον τα γεγονότα ζωής προκαλούν κατάθλιψη, απλώς αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνισή της ή, αντιθέτως, δεν παιζουν κανένα πραγματικό ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης.¹⁻⁴ Οι βιολογικές θεωρίες προτείνουν ότι το αίτιο της κατάθλιψης βρίσκεται σε μια βιοχημική διαταραχή της λειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και, υπ' αυτή την έννοια, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που χρονικά σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου (οι αναπτυξιακοί δεν περιλαμβάνονται στην ανάλυση αυτή) στην καλύτερη περίπτωση έχουν εκλυτικό ρόλο.

Ένα σημαντικό σημείο, που βρίσκεται στο επίκεντρο συζητήσεων από παλαιότερα, είναι το κατά πόσον τα γεγονότα ζωής εμφανίζουν το ίδιο ή ανάλογο αποτέλεσμα σε διαφορετικούς ανθρώπους ή, αντιθέτως, ένα άτομο μπορεί να εκλαμβάνει ένα γεγονός ως δυσάρεστο ή απειλητικό, ενώ ένα άλλο όχι. Με άλλα λόγια, είναι δυνατόν να γίνει αντικειμενική εκτίμηση του δυναμικού που εμφανίζει ένα γεγονός ζωής να αποτελέσει πιεστικό παράγοντα; Αν η απάντηση είναι «Όχι», τότε δεν μπορεί να γίνει κανενός είδους επιστημονική μελέτη στον χώρο αυτόν.

Δύο διαφορετικές προσεγγίσεις έχουν προταθεί, ώστε να εκτιμηθεί η παρουσία ή όχι γεγονότων ζωής και η επίδρασή τους στη ζωή του ατόμου. Η πρώτη, προτάθηκε από τον Paykel⁵ και βασίζεται σε μια δομημένη συνέντευξη που επιχειρεί να αναγνωρίσει τα διαφορετικά ποιοτικά χαρακτηριστικά και την επίδραση που μπορεί να έχει καθένα από αυτά στη ζωή του ατόμου. Η δεύτερη προσέγγιση προτάθηκε από τον Rahe⁶ και αφορά την υιοθέτηση μιας προσέγγισης τύπου «μαύρου κουτιού» (black box), με καταγραφή όλων των γεγονότων με ένα «αθεωρητικό» (ή αγνωστικούτικό) τρόπο και κατόπιν την εφαρμογή στον κατάλογο γεγονότων που προκύπτει των συντελεστών βαρύτητας που προκύπτουν από νομο-

γραφικά δεδομένα. Ακόμα περισσότερο, η προσέγγιση αυτή μετατόπισε την εστίαση της έρευνας από τα «δυσάρεστα» γεγονότα στα γεγονότα που «προκαλούν μεταβολή στην καθημερινή ρουτίνα», πράγμα που αποτελεί μια πολύ σημαντική θεωρητική καινοτομία. Η μέθοδος του Rahe έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα στην ψυχοσωματική έρευνα, αλλά δεν υπάρχουν καταγραφές στο MEDLINE που να δείχνουν ότι έχει χρησιμοποιηθεί στη μελέτη της κατάθλιψης. Αντιθέτως, υπάρχουν κάποιες μελέτες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο του Paykel. Η ένδεια «σκληρών» ερευνητικών δεδομένων είναι ένα σοβαρότατο θέμα, καθώς αφορά ένα σημείο, στο οποίο βασίζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση ενός σημαντικού ποσοστού — αν όχι της πλειονότητας — των ασθενών με κατάθλιψη.

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των προσφάτων γεγονότων ζωής (με εκτίμηση του αντικτύπου τους σύμφωνα με τη μέθοδο του Rahe) και των κλινικών εκδηλώσεων της μειζονος κατάθλιψης. Το ερώτημα που διατυπώθηκε ήταν το κατά πόσον οι καταθλιπτικοί ασθενείς που εμφανίζουν διαφορετικούς κλινικούς υποτύπους κατάθλιψης (μελαγχολικά ή άτυπα χαρακτηριστικά) διαφέρουν μεταξύ τους καθώς και από τους υγιείς μάρτυρες όσον αφορά το βάρος που προκύπτει από τα γεγονότα ζωής που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών πριν από την εμφάνιση του παρόντος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Υλικό και μέθοδος

Ενενήντα (90) ασθενείς που έπασχαν από μονοπολική μείζονα κατάθλιψη σύμφωνα με το DSM-IV (32 άνδρες και 58 γυναίκες), ηλικίας $36,45 \pm 12,22$ (εύρος 18–60) ετών⁷ και 121 υγιείς μάρτυρες (28 άνδρες και 93 γυναίκες), ηλικίας $26,42 \pm 8,06$ (εύρος 18–59 ετών), πήραν μέρος στη μελέτη. Όλοι παρείχαν έγγραφη συναίνεση. Δεκαεπτά από αυτούς ($N=17$, 18,88%) πληρούσαν τα κριτήρια για άτυπα χαρακτηριστικά και 34 (37,77%) για μελαγχολικά (σύμφωνα με το DSM-IV). Τριάντα εννέα ($N=39$,

43,43%) ασθενείς δεν πληρούσαν κριτήρια για κανένα ειδικό σύνδρομο.

Εννέα από τους ασθενείς (10%) είχαν πρόσφατα (κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δύο εβδομάδων) προβεί σε απόπειρα αυτοκτονίας με λήψη χαπιών και 23 (25,55%) είχαν κάνει απόπειρα τουλάχιστον μια φορά στο παρελθόν με μη βίαιο τρόπο. Ουδείς ασθενής ανέφερε ιστορικό βίαιης απόπειρας αυτοκτονίας (αυτοπυροβολισμός, απαγχονισμός, πτώση από ύψος κ.λπ.).

Οι ασθενείς έπρεπε να είναι σωματικά υγιείς και η έναρξη του παρόντος καταθλιπτικού επεισοδίου να μην είχε συμβεί περισσότερο από 4 εβδομάδες πριν. Δεν έπρεπε να αναφέρουν ιστορικό βίαιης απόπειρας, να μην εμφανίζουν κατατονικά ή ψυχωτικά χαρακτηριστικά ή εποχική συναισθηματική διαταραχή, ούτε να πληρούν τα κριτήρια άλλης διαταραχής του άξονα I κατά DSM-IV, εκτός της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και της διαταραχής πανικού.

Οι ασθενείς ήταν είτε εσωτερικοί είτε εξωτερικοί ασθενείς της Γ' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Αποτελούσαν διαδοχικές περιπτώσεις που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη και δεν υπήρξε κάποια συστηματική προκατάληψη.

Το SCAN v 2.0 χρησιμοποιήθηκε για τη διάγνωση της κατάθλιψης και των υποτύπων της.⁸

Περίπου οι μισοί ασθενείς εμφάνιζαν συννοστρότητα με κάποια αγχώδη διαταραχή.

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλάμβανε γενική αίματος και βιοχημικές εξετάσεις, T₃, T₄ και TSH.

Η ψυχομετρική εκτίμηση περιελάμβανε την Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), την Hamilton Anxiety Scale (HAS), τις 1965 και 1971 Newcastle Depression Diagnostic Scales (1965 και 1971-NDDS), την Diagnostic Melancholia Scale (DMS)⁹ και την General Assessment of Functioning Scale (GAF).⁷

Οι μονάδες μέτρησης μεταβολών ζωής (Life Change Units, LCU), σύμφωνα με τη μέθοδο των Rahe και συν.,⁶ χρησιμοποιήθηκαν για την ποσοτικοποίηση των γεγονότων ζωής κατά τη διάρκεια των έξι μηνών που προηγήθηκαν της εμφάνισης της συ-

μπτωματολογίας. Η κλίμακα περιελάμβανε 43 αντικείμενα¹⁰ και χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές του 1995.¹¹ Η κλίμακα αυτή και οι συντελεστές της έχουν ελεγχθεί για την καταλληλότητά τους σε ελληνικό πληθυσμό (Φουντουλάκης και συν., αδημοσίευτα δεδομένα). Η εκτίμηση των γεγονότων ζωής έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια των πρώτων τεσσάρων εβδομάδων μετά την εμφάνιση του παρόντος επεισοδίου (ανάλογα με το χρόνο που ζήτησε βοήθεια ο ασθενής) και αφορούσε τους έξι μήνες που είχαν προηγηθεί του παρόντος επεισοδίου. Καταγράφηκαν επίσης τα κάτωθι δεδομένα που αφορούν το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό:

- α. Ηλικία
- β. Αριθμός προηγούμενων επεισοδίων
- γ. Αριθμός κριτηρίων κατά DSM-IV
- δ. Αριθμός άτυπων χαρακτηριστικών
- ε. Αριθμός μελαγχολικών χαρακτηριστικών
- στ. Ηλικία έναρξης
- ζ. Ύπαρξη ή όχι πρόσφατης απόπειρας αυτοκτονίας
- η. Ιστορικό παρόμοιας απόπειρας κατά τη διάρκεια της ζωής

Στατιστική ανάλυση

Η βαθμολογία LCU δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή ($\chi^2=24,18$, df(adj)=7, $p=0,001$). Αφού εφαρμόσθηκε αναγκαστική κανονικοποίηση (forced normalization) στα δεδομένα της βαθμολογίας LCU, εκτελέσθηκε ανάλυση συνδιακύμανσης (two-way analysis of covariance, ANCOVA) με τον υπότυπο και το φύλο ως παράγοντες, την ηλικία ως συμμεταβλητή και τη βαθμολογία LCU ως εξαρτημένη μεταβλητή. Με αυτό τον τρόπο, η ανάλυση έλαβε υπ' όψιν της και διόρθωσε τις διαφορές ως προς το φύλο και την ηλικία μεταξύ των ομάδων. Έγιναν ακόμα δύο αναλύσεις ANCOVA με την παρουσία πρόσφατης απόπειρας ή με το ιστορικό απόπειρας ως παράγοντες, την ηλικία ως συμμεταβλητή και τη βαθμολογία LCU ως εξαρτημένη μεταβλητή. Έτσι, αφού εκτελέστηκαν περισσότερες της μιας συγκρίσεις και για να ακολουθηθεί το κριτήριο κατά Bonferroni επιλέχθηκε η τιμή $p<0,016$ ως το επίπεδο,

κάτω από το οποίο θα γίνεται δεκτή η στατιστική σημαντικότητα. Η δοκιμασία Scheffe χρησιμοποιήθηκε ως *post-hoc test*.

Η ανάλυση συσχετίσεων περιελάμβανε τον υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης Pearson (Pearson product moment correlation coefficient) ανάμεσα στην κανονικοποιημένη βαθμολογία LCU και την ηλικία, ηλικία έναρξης, αριθμό προηγούμενων επεισοδίων, αριθμό κριτηρίων κατά DSM-IV, αριθμό άτυπων χαρακτηριστικών, αριθμό μελαγχολικών χαρακτηριστικών, GAF, NDDS 1965, NDDS 1971, άξονα ενδογένειας της DMS, άξονα αντιδραστικότητας της DMS, HDRS-17, HDRS-καταθλιπτικό δείκτη, HDRS-δείκτη άγχους, HDRS-δείκτη ύπνου, HDRS-μη ειδικό δείκτη, HAS, HAS-σωματική υποκλίμακα, HAS-ψυχική υποκλίμακα. Μετά από διόρθωση κατά Bonferroni, επιλέχθηκε το επίπεδο $p<0,002$ ως το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τους συντελεστές συσχέτισης.

Αποτελέσματα

Οι γυναίκες ($N=58$, 64,44%) ήταν περισσότερες από τους άνδρες ($N=32$, 35,56%), γεγονός που δεν είναι ασυνήθιστο¹² και αντανακλά τον υψηλότερο επιπολασμό που έχει η κατάθλιψη στις γυναίκες.

Η βαθμολογία LCU ήταν $126,93 \pm 148,02$ (εύρος 0–735) για τους μάρτυρες, $151,54 \pm 134,74$ (εύρος 0–628) για τους ασθενείς με κατάθλιψη (συνολικό δείγμα) και $249,53 \pm 152,57$ (εύρος 91–628) για τους άτυπους, $78,26 \pm 94,46$ (εύρος 0–270) για τους μελαγχολικούς και $172,71 \pm 124,13$ (εύρος 0–561) για τους αδιαφοροποίητους ασθενείς. Με λεπτομέρειες τα περιγραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στους πίνακες 1 και 2.

Η two-way ANCOVA απεκάλυψε ένα κυρίως αποτέλεσμα (main effect) για το φύλο ($p=0,003$) και τον υποτύπο της κατάθλιψης ($p<0,001$) καθώς και μια σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ τους ($p=0,01$). Οι δοκιμασίες *post-hoc* απεκάλυψαν ότι οι άνδρες ανέφεραν μεγαλύτερο φόρτο γεγονότων ζωής (LCU) από τις γυναίκες. Όσον αφορά τους υποτύπους της κατάθλιψης, οι άτυποι διέφεραν και από τους μάρτυ-

ρες και από τους μελαγχολικούς, ενώ οι μελαγχολικοί και οι αδιαφοροποίητοι δεν διέφεραν από τους μάρτυρες. Η αλληλεπίδραση υποτύπου και φύλου ήταν ισχυρή και οι άτυποι άνδρες διέφεραν από όλες τις άλλες ομάδες, ενώ ουδεμία άλλη διαφορά μεταξύ των ομάδων υπήρχε (Πίνακες 1 και 2). Δεν υπήρχαν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με προσφατη απόπειρα ($N=9$, 10%) και σε εκείνους χωρίς, ούτε ανάμεσα σε εκείνους με ιστορικό απόπειρας ($N=23$, 25,55%) σε σχέση με εκείνους χωρίς ($p>0,5$).

Η βαθμολογία LCU συσχετίζοταν σημαντικά ($p<0,001$) με τον αριθμό μελαγχολικών χαρακτηριστικών ($R=-0,55$), τις κλίμακες 1965 και 1971 Newcastle scales ($R=-0,56$ και $0,56$, αντιστοίχως), τον άξονα ενδογένειας της DMS ($R=-0,50$), την HDRS-17 ($R=-0,48$) και την HAS ($R=-0,45$).

Τα γραφήματα (Εικόνες 1 και 2) δείχνουν μια γραφική αναπαράσταση της μεταβολής της βαθμολογίας LCU σε σχέση με τη διάρκεια της νόσου και την ηλικία των ασθενών. Η ερμηνεία των διαγραμμάτων αυτών περιπλέκεται από το γεγονός ότι βασίζονται σε δεδομένα εγκάρσιας διατομής (cross-sectional data) και η ηλικία έναρξης διαφέρει μεταξύ των υποτύπων.

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης προτείνουν ότι οι άνδρες ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν σημαντικά βαρύτερο φορτίο γεγονότων ζωής σε σύγκριση με τις γυναίκες ασθενείς. Επίσης, οι άτυποι ασθενείς αναφέρουν βαρύτερο φορτίο σε σύγκριση με τους μάρτυρες και τους μελαγχολικούς. Οι μελαγχολικοί και οι αδιαφοροποίητοι ασθενείς διαφέρουν μεταξύ τους, αλλ' όχι με τους μάρτυρες. Οι άνδρες άτυποι ασθενείς ($N=4$, 4,44%) ανέφεραν το βαρύτερο φορτίο το οποίο και ήταν διπλάσιο από της αμέσως επόμενης ομάδας και 3–4 φορές βαρύτερο από των υγιών μαρτύρων. Στην πραγματικότητα φαίνεται ότι οι άτυποι άνδρες με κατάθλιψη είναι εκείνοι που ευθύνονται για όλα τα στατιστικώς σημαντικά ευρήματα της παρούσης μελέτης.

Πίνακας 2. Μέσοι όροι και σταθερές αποκλισιες στις διαγνωστικές ομάδες.

Μάρτυρες	Ασθενείς με κατάθλψη (συνολικό δείγμα)	Μελαγχολικοί	Άτυποι	Αδιαφοροποίητοι
Ηλικία	26,43	7,88	36,46	12,23
Ηλικία έναρξης	—	—	31,10	11,41
Αριθμός προηγ. επεισοδίων	—	—	6,62	1,26
Αριθμός κριτήριων κατά DSM-IV	—	—	1,03	0,92
Αριθμός άπτυπων χαρακτηριών	—	—	2,48	1,62
Αριθμός μελαγχολικών χαρ.	—	—	50,52	14,29
GAF	—	—	4,87	2,43
Newcastle scale 1965	—	—	—7,57	18,64
Newcastle scale 1971	—	—	4,76	2,98
Ενδογενής άξονας DMS	—	—	5,51	2,46
Αντιδραστικός άξονας DMS	—	—	25,67	5,80
HDRS-17	—	—	27,62	6,38
Δείκτης κατάθλψης HDRS-17	—	—	10,43	2,63
Δείκτης άγχους HDRS-17	—	—	5,76	2,44
Δείκτης ύπνου HDRS-17	—	—	3,60	2,04
Μη ειδικός δείκτης HDRS-17	—	—	6,67	2,68
HAS	—	—	31,57	10,87
HAS σωματική υποκλίμακα	—	—	15,40	7,59
HAS ψυχική υποκλίμακα	—	—	13,06	4,38
LCU	126,93	148,02	151,54	134,74
			78,26	94,46
			249,53	152,57
			172,72	124,13

ANCOVA post-hoc tests που αφορούν τη βαθμολογία LCU ανάμεσα στους υποτύπους της κατάθλψης. Άτυποι εναντί μαρτύρων ($p=0,009$), άτυποι έναντι μελαγχολικών ($p<0,001$), μελαγχολικοί έναντι αδιαφοροποίητων ($p=0,023$).

Πίνακας 1. Μέσοι όροι και σταθερές αποκλίσεις στις διαγνωστικές ομάδες και στα δύο φύλα.

	Μάρτυρες (N=121)				Μελαγχολικοί (N=34)			
	Άνδρες (N=93)		Γυναίκες (N=28)		Άνδρες (N=12)		Γυναίκες (N=22)	
	M.O.	Σ.Α.	M.O.	Σ.Α.	M.O.	Σ.Α.	M.O.	Σ.Α.
Ηλικία	24,69	5,22	32,21	11,77	32,83	15,33	43,05	14,32
Ηλικία έναρξης	—	—	—	—	53,33	2,89	30,73	11,09
Αριθμός προηγ. επεισοδίων	—	—	—	—	6,33	1,15	7,73	0,88
Αριθμός κριτηρίων κατά DSM-IV	—	—	—	—	1,33	0,58	0,32	0,48
Αριθμός άτυπων χαρακτηριστικών	—	—	—	—	4,00	0,00	4,18	0,96
Αριθμός μελαγχολικών χαρακτηριστικών	—	—	—	—	33,33	14,43	40,82	11,03
GAF	—	—	—	—	7,00	0,87	7,16	1,61
Newcastle scale 1965	—	—	—	—	-30,33	16,17	-25,20	13,23
Newcastle scale 1971	—	—	—	—	7,33	1,15	7,86	1,96
Ενδογενής άξονας DMS	—	—	—	—	4,33	0,58	4,23	1,97
Αντιδραστικός άξονας DMS	—	—	—	—	29,33	0,58	28,50	6,72
HDRS-17	—	—	—	—	30,33	2,31	30,09	7,19
Δείκτης κατάθλιψης HDRS-17	—	—	—	—	9,00	3,46	11,95	2,01
Δείκτης άγχους HDRS-17	—	—	—	—	7,33	1,15	5,00	2,65
Δείκτης ύπνου HDRS-17	—	—	—	—	6,00	0,00	4,82	1,59
Μη ειδικός δείκτης HDRS-17	—	—	—	—	8,00	1,73	7,36	2,89
HAS	—	—	—	—	39,00	10,39	28,09	11,06
HAS σωματική υποκλίμακα	—	—	—	—	22,33	6,35	12,45	6,63
HAS ψυχική υποκλίμακα	—	—	—	—	13,67	4,04	12,55	4,95
LCU	142,19	156,56	76,25	101,94	61,17	83,02	87,59	100,77

M.O. = Μέσος όρος.

ANCOVA post-hoc tests που αφορούν τη βαθμολογία LCU.

Στατιστικώς σημαντικές είναι οι διαφορές μεταξύ των φύλων ($p=0,025$) και φύλων επί υποτύπων: οι άτυποι άνδρες δέχθηραν από όλες τις άλλες ομάδες ($p=0,008$ έναντι φυσιολογικών ανδρών, $p<0,001$ έναντι φυσιολογικών γυναικών, $p=0,001$ έναντι μελαγχολικών ανδρών, $p=0,001$ έναντι μελαγχολικών γυναικών. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ άτυπων και αδιαφοροποίητων ανδρών και γυναικών).

Οι εικόνες 1 και 2 δίδουν μια γραφική αναπαράσταση των σχέσεων μεταξύ του φορτίου από τα γενονότα ζωής, των υποτύπων της κατάθλιψης, της ηλικίας και της διάρκειας της νόσου. Από τα δια-

γράμματα αυτά φαίνεται ότι το φορτίο από τα γενονότα ζωής μειώνεται στους υγιείς μάρτυρες με την αύξηση της ηλικίας και αυτό είναι σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία.^{13,14} Ωστόσο, το αντίθετο φαίνε-

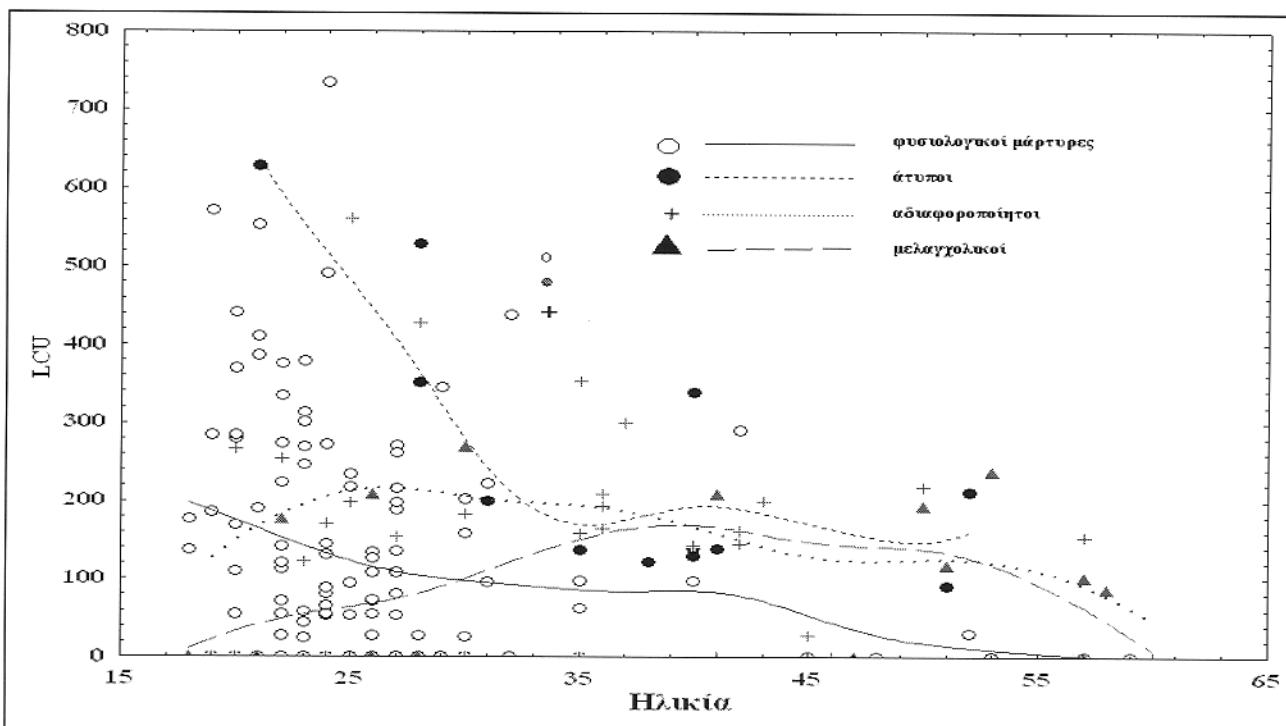
Πίνακας 1. (Συνέχεια)

	Άτυποι (N=17)				Αδιαφοροποίητοι (N=39)			
	Άνδρες (N=4)		Γυναίκες (N=13)		Άνδρες (N=16)		Γυναίκες (N=23)	
	M.O.	S.A.	M.O.	S.A.	M.O.	S.A.	M.O.	S.A.
Ηλικία	32,25	9,39	37,00	7,82	30,56	10,90	36,57	9,25
Ηλικία έναρξης	16,67	8,08	28,38	7,87	35,60	8,96	30,94	11,09
Αριθμός προηγ. επεισοδίων	7,00	1,73	5,92	1,12	6,60	1,34	5,71	0,47
Αριθμός κριτηρίων κατά DSM-IV	2,00	0,00	2,31	0,48	0,80	0,45	0,82	0,64
Αριθμός άτυπων χαρακτηριστικών	2,33	1,15	1,31	0,63	1,60	0,89	1,18	0,81
Αριθμός μελαγχολικών χαρακτηριστικών	41,67	5,77	63,85	6,18	55,00	16,96	56,18	10,83
GAF	2,83	0,29	3,08	1,79	4,00	2,03	3,53	1,55
Newcastle scale 1965	13,33	2,31	4,23	8,88	0,20	6,83	4,26	11,17
Newcastle scale 1971	3,00	1,73	3,15	1,95	2,80	1,30	2,41	1,18
Ενδογενής άξονας DMS	7,33	1,15	7,92	0,86	5,40	2,30	5,24	2,88
Αντιδραστικός άξονας DMS	19,33	1,15	23,85	3,51	27,40	3,91	23,35	5,22
HDRS-17	23,33	1,15	26,15	4,38	30,00	5,57	25,12	6,58
Δείκτης κατάθλιψης HDRS-17	9,67	0,58	8,54	1,81	9,00	3,94	10,71	2,52
Δείκτης άγχους HDRS-17	4,33	2,89	6,38	1,26	8,20	1,79	5,53	2,60
Δείκτης ύπνου HDRS-17	2,67	0,58	3,31	1,55	4,20	1,92	1,82	1,78
Μη ειδικός δείκτης HDRS-17	3,33	2,31	6,00	2,16	7,20	1,64	6,47	2,83
HAS	21,67	2,31	37,00	5,37	39,20	9,86	30,12	12,16
HAS σωματική υποκλίμακα	4,67	2,89	19,85	3,72	20,80	6,26	14,88	8,44
HAS ψυχική υποκλίμακα	14,33	6,35	14,23	3,49	15,40	3,36	11,82	4,22
LCU	458,75	144,06	185,15	82,28	220,94	139,70	139,17	102,19

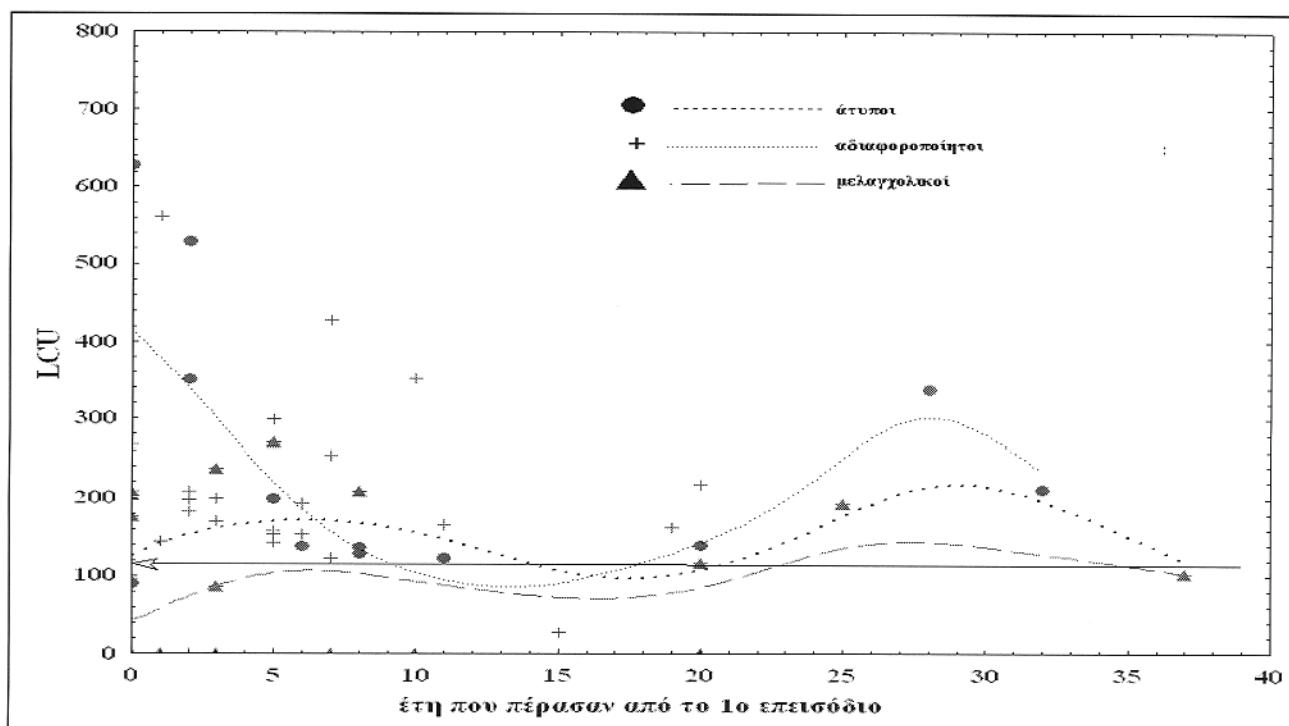
ται να ισχύει για τους ασθενείς με κατάθλιψη, με την εξαίρεση των ατύπων. Οι ασθενείς με κατάθλιψη αρχίζουν από χαμηλότερη γραμμή εκκίνησης όσον αφορά το φορτίο, αλλά σύντομα βιώνουν ένα βαρύ φορτίο, το οποίο και διατηρούν για το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους. Οι άτυποι ασθενείς (και κυρίως οι άνδρες) αρχίζουν με πολύ υψηλά επίπεδα φορτίου, το οποίο ακολούθως μειώνεται στα επίπεδα των υπόλοιπων ασθενών. Αυτά τα διαγράμματα γενικά υπονοοούν ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη υποφέρουν

από ήπια έως μέτρια αύξηση του φορτίου λόγω γεγονότων ζωής καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, αλλά επίσης πιθανολογούν ότι τα γεγονότα αυτά και το φορτίο που προκαλούν είναι μάλλον αποτέλεσμα και όχι αίτιο της νόσου τους, με την εξαίρεση των άρρενων ατύπων ασθενών.

Τα περισσότερα δεδομένα προτείνουν ότι η μείζων κατάθλιψη είναι πολυπαραγοντική νόσος και πολλές μεταβλητές μπορεί να ευθύνονται για την ανάπτυξή της διά μέσου ποικίλων οδών, συμπεριλαμ-



Εικόνα 1. Βαθμολογία LCU έναντι ηλικίας στις τέσσερις ομάδες της μελέτης. Φαίνεται ότι μόνο οι νεώτεροι άτυποι καταθλιπτικοί ασθενείς διαφέρουν από τους υπολοίπους.



Εικόνα 2. Βαθμολογία LCU έναντι αριθμού ετών που έχουν περάσει από την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου στις τρεις ομάδες. Δεν υπάρχουν ισχυρές διαφορές μεταξύ τους.

βανομένων των ανάπτυξιακών. Η πλήρης κατανόηση της νόσου απαιτεί την εκτίμηση ενός ευρύτατου φάσματος παραγόντων κινδύνου από πολλούς τομείς. Τα όποια αποτελέσματα θα πρέπει να ερμηνεύονται με μεγάλη προσοχή και επιφύλαξη, επειδή υπάρχουν σημαντικά προβλήματα που προέρχονται από την αυθαίρετη εξαγωγή συμπερασμάτων και την επιλεκτική ανάκληση γεγονότων, καθώς και από τους περιορισμούς ενός καθαρά ποσοτικοποιητικού μοντέλου.

Τα εμπειρικά δεδομένα είναι ασαφή και αντικρουόμενα. Άλλοτε δεν διαπιστώνεται καμμία διαφορά μεταξύ καταθλιπτικών ασθενών και μαρτύρων, άλλοτε μόνο ποσοτικές διαφορές και άλλοτε ενοχοποιείται η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού περιβάλλοντος ως το πραγματική αίτιο πρόκλησης των γεγονότων ζωής και του συνακόλουθου φορτίου που επιφέρουν.

Αρκετές μελέτες αμφισβητούν τον ρόλο που μπορεί να παίζουν τα γεγονότα ζωής στην ανάπτυξη ή την εξέλιξη της κατάθλιψης. Προτείνουν δε ότι τα γεγονότα ζωής αποκτούν αυξημένο ρόλο με την ηλικία, αλλά απαιτούν διαντίδραση με παράγοντες ευαλωτότητας¹⁵ έτσι, ώστε να οδηγήσουν στην εμφάνιση κατάθλιψης. Άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι, παρότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν μεγαλύτερο αριθμό γεγονότων ζωής, αυτά είναι τουλάχιστον εν μέρει αποτέλεσμα της δικής τους συμπεριφοράς. Σε υποστήριξη της θέσης αυτής, υπάρχουν αναφορές ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη δεν διαφέρουν από τους μάρτυρες στα λεγόμενα «ανεξάρτητα» γεγονότα ζωής, εκείνα δηλαδή που δεν εξαρτώνται από τον έλεγχο του ατόμου.¹⁶ Οι παράγοντες της προσωπικότητας μπορεί ενδεχομένως να προδιαθέτουν στην ανάπτυξη κατάθλιψης, αλλά επίσης δομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η έντονη αναζήτηση συγκινήσεων (*sensation-seeking*), σχετίζονται με μεγαλύτερο αριθμό γεγονότων ζωής,¹⁷ ώστε τελικά να παρατηρείται η ύπαρξη μιας τριγωνικής σχέσης.

Άλλες μελέτες συσχετίζουν τα γεγονότα ζωής με τον υπότυπο, τα κλινικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης και την πορεία της νόσου.¹⁸ Η παραδοσιακή προσέγγιση συσχετίζει τα γεγονότα ζωής με τον

«νευρωτικό» ή «αντιδραστικό» τύπο της κατάθλιψης και προτείνει ότι ο «ενδογενής» τύπος είναι ανεξάρτητος απ' αυτά. Ωστόσο, τα εμπειρικά δεδομένα αμφισβητούν την άποψη αυτή. Σήμερα, το DSM-IV αντικατέστησε σε μεγάλο βαθμό τον όρο «ενδογενής» με τον όρο «μελαγχολική» και τον όρο «νευρωτική» με τον όρο «άτυπη», παρότι οι ορισμοί απέχουν από το να είναι ταυτόσημοι. Φαίνεται ότι οι άτυποι ασθενείς, όταν συγκρίνονται με τους μελαγχολικούς, αναφέρουν περισσότερα γεγονότα ζωής, σχετικώς υψηλότερα επίπεδα άγχους και ταχύτερα προκλητά δυναμικά.¹⁹ Άλλες μελέτες προτείνουν ότι τα γεγονότα ζωής δείχνουν κάποιου βαθμού συσσώρευση σε οικογένειες και σχετίζονται σημαντικά με την παρουσία άγχους και κατάθλιψης στην κοινότητα.²⁰

Τα χαρακτηριστικά εκείνα που βρίσκονται στην ασαφή ζώνη μεταξύ της κλινικής κατάθλιψης και της προσωπικότητας, όπως π.χ. η τάση να τοποθετείται κάποιος με αρνητιστική διάθεση απέναντι στα προβλήματα, μπορεί να σχετίζονται με πιεστικά γεγονότα ζωής κατά τους πρόσφατους 12 μήνες, πάλι όμως και στην περίπτωση αυτή υπάρχει το πρόβλημα να καθοριστεί ποιο είναι το αίτιο και ποιο το αποτέλεσμα.²¹ Οι καταθλιπτικοί ασθενείς αναφέρεται να έχουν σαφέστερη αντίληψη του ήπιου καθημερινού άγχους και των μικρο-υποχρέωσεων και γεγονότων που το προκαλούν, καθώς και μειωμένη αντίληψη των ευχάριστων γεγονότων· βασίζονται υπερβολικά σε στρατηγικές προσαρμογής που είναι συναισθηματικά προσανατολισμένες, και έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με φυσιολογικούς μάρτυρες. Για τους ασθενείς με κατάθλιψη, τα καθημερινά ενοχλητικά μικρογεγονότα, η στρατηγική προσαρμογής, καθώς και μερικά στοιχεία της ποιότητας ζωής φαίνεται ότι συσχετίζονται με τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας, καθώς και με την ανθεκτικότητα στη θεραπεία.²² Μερικοί συγγραφείς αναφέρουν ότι τα γεγονότα ζωής σχετίζονται κυρίως με γνωσιακά συναισθηματικά συμπτώματα, αλλ' όχι με σωματικά. Η αίσθηση του ελέγχου καθώς και το υποστηρικτικό περιβάλλον μπορεί να δράσουν ως ενδιάμεσοι στη σχέση μεταξύ γεγονότων ζωής και κατάθλιψης.²³

Το ισχυρότερο εύρημα έως σήμερα αφορά τη σχέση μεταξύ των γεγονότων ζωής και του αυτοκτονικού ιδεασμού.²⁴ Η αυτοκτονία αναφέρεται ότι σχετίζεται με τα γεγονότα ζωής που έλαβαν χώρα κατά τους προηγούμενους τρεις μήνες και ιδιαίτερα με όσα συνέβησαν την τελευταία εβδομάδα. Ειδικότερα, γεγονότα που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και δικαστικά θέματα φαίνεται ότι έχουν αρκετή ισχύ για να διαχωρίσουν τους αυτοκτονικούς ασθενείς από τους μάρτυρες.²⁵ Ωστόσο, μερικοί συγγραφείς αναφέρουν ότι τα πρόσφατα γεγονότα ζωής δεν προβλέπουν την αυτοκτονικότητα. Η χαμηλή κοινωνική προσαρμογή που αφορά τη στενή οικογένεια καθώς και χαμηλή γενική κοινωνική προσαρμογή μπορεί να είναι ισχυρότεροι προβλεπτικοί παράγοντες της αυτοκτονικότητας, ανεξάρτητα από τη διάγνωση.²⁶

Οι ασθενείς με μέτρια προς σοβαρή κατάθλιψη, μη μελαγχολική κατάθλιψη ή πρώτο επεισόδιό της, αντιστοίχως, βιώνουν 3 ή 4 γεγονότα ζωής πιο συχνά από τους ασθενείς με σοβαρή μελαγχολική ή υποτροπιάζουσα κατάθλιψη — και αυτό είναι στατιστικώς σημαντικό. Άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών ή της νόσου, όπως είναι το φύλο, η πρώιμη απώλεια γονέων, το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ή άλλων ψυχικών διαταραχών, τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά, ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας και η χρονιότητα, δεν σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα αρνητικών γεγονότων ζωής.²⁷ Τα γεγονότα ζωής μπορεί να παίζουν ρόλο στην πρώτη εμφάνιση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου σε ασθενείς με δυσθυμική διαταραχή και σε εκείνους με μείζονα κατάθλιψη.²⁷

Ωστόσο, σε αντίθεση με τις εργασίες που συσχετίζουν τα γεγονότα ζωής με ελαφρότερες και πιο «αντιδραστικές» ή «νευρωτικές» μορφές κατάθλιψης, υπάρχει μια δημοσίευση η οποία αναφέρει μια κατανομή των γεγονότων ζωής υπό τη μορφή αυξανόμενου συνεχούς στις διαταραχές: απουσία μείζονος κατάθλιψης και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, μείζων κατάθλιψη απούσα — γενικευμένη αγχώδης διαταραχή παρούσα, μείζων κατάθλιψη παρούσα — γενικευμένη αγχώδης διαταραχή απούσα, μείζων κατάθλιψη και γενικευμένη αγχώδης διατα-

ραχή ταυτοχρόνως παρούσες. Οι συγγραφείς αυτοί συμπέραναν ότι τα πιεστικά γεγονότα ζωής σχετίζονται τόσο με τη μείζονα κατάθλιψη όσο και με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, ότι οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη τείνουν να έχουν μεγαλύτερο φορτίο γεγονότων ζωής από τους ασθενείς με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, ενώ η συνύπαρξη των δύο διαγνώσεων σχετίζεται με ακόμη βαρύτερο φορτίο γεγονότων ζωής.²⁹ Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με τα ευρήματα της παρούσης μελέτης, αφού οι άτυποι ασθενείς τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, ακόμα και όταν η ανίχνευσή του δεν είναι δυνατόν να γίνει με τις συνηθισμένες κλίμακες άγχους.

Συμπερασματικά, όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των γεγονότων ζωής και των τύπων της κατάθλιψης, παρότι είναι ευρύτατα διαδεδομένη η πεποίθηση ότι υπάρχει μια σχέση και αυτή αντανακλά τη διάκριση μεταξύ του ενδογενούς και του αντιδραστικού τύπου της κατάθλιψης, αυτή η σχέση — αν και εφόσον υπάρχει τελικά — είναι μάλλον ασθενής και αφορά κυρίως τα συνολικά κοινωνικά προβλήματα κατά τη στιγμή της εκτίμησης, παρά τα πραγματικά γεγονότα ζωής κατά την εισβολή της νόσου.³⁰ Έτσι, πολλοί συγγραφείς επιμένουν ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι μάλλον μειωμένης σημασίας όσον αφορά την πορεία και εξέλιξη της σοβαρής και υποτροπιάζουσας κατάθλιψης, σε αντίθεση όμως με τον ρόλο τους στην έναρξη τέτοιων μορφών κατάθλιψης και στην πορεία και εξέλιξη η-πιότερων μορφών.^{31,32}

Λαμβάνοντας υπ' όψιν όλα τα παραπάνω, αρκετοί ερευνητές προτείνουν ότι οι κοινωνικές σχέσεις αποτελούν ένα σημαντικά ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα της φυσικής πορείας της κατάθλιψης απ' ό,τι τα γεγονότα ζωής.³³ Το συμπέρασμα που προκύπτει από ένα δυστυχώς περιορισμένο αριθμό μελετών στην κοινότητα είναι ότι η νεαρότερη ηλικία, το χαμηλότερο κοινωνικό επίπεδο και τα αρνητικά και πιεστικά γεγονότα ζωής που αφορούν την οικογένεια σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης.³⁴ Ακόμα περισσότερο, αναφέρεται ότι τα πρόσφατα γεγονότα ζωής δεν προβλέπουν την

αυτοκτονικότητα, σε αντίθεση με τη χαμηλότερη προσαρμογή στη στενότερη οικογένεια και την ευρύτερη κοινωνία, που αποδεδειγμένως αποτελούν ισχυρούς παράγοντες ταξινόμησης της απόπειρας αυτοκτονίας, ανεξάρτητα από τη διάγνωση.²⁶ Ακόμα και η αναφερόμενη σχέση μεταξύ της διάκρισης ενδογενούς-αντιδραστικής κατάθλιψης και των γεγονότων ζωής μπορεί στην πραγματικότητα να αντανακλά τη σχέση της συμπτωματολογίας με κοινωνικά προβλήματα κατά τη στιγμή της εκτίμησης, παρά με γεγονότα ζωής κατά την εισβολή της νόσου.³⁰

Παρότι φαίνεται ότι οι διαπροσωπικές απώλειες μπορεί να αποτελούν πιο πιεστικά γεγονότα ζωής, το κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον φαίνεται ότι μετριάζει την επίδρασή τους, ενώ η έλλειψή του αποτελεί περαιτέρω ανεξάρτητη πηγή φορτίου. Όμως, είναι επίσης γνωστό ότι η διαθέσιμη κοινωνική στήριξη μορφοποιείται από τη δυνατότητα του ατόμου να συνάπτει διαπροσωπικές σχέσεις.²⁰

Παρότι ο ρόλος των γεγονότων ζωής κατά την περίοδο αμέσως πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων μπορεί να αποτελεί αμφιλεγόμενο θέμα, έχει τεκμηριωθεί η ευαισθητοποίηση των νευρωνικών κυκλωμάτων που είναι υπεύθυνα για την απάντηση στο stress, ως αποτέλεσμα πρώιμης τραυματικής εμπειρίας, όπως και η συμμετοχή των κυκλωμάτων αυτών στην παθοφυσιολογία του άγχους και των διαταραχών της διάθεσης. Τα γεγονότα ζωής της ενήλικης ζωής, όταν επικάθονται σε ευαισθητοποιημένο με αυτό τον τρόπο υπόστρωμα, μπορεί να ευαδώνουν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών.³⁵ Το ιστορικό παιδικής κακοποίησης μπορεί να σχετίζεται αφ' εαυτού με αυξημένη νευροενδοκρινική απάντηση στο stress, η οποία ενδυναμώνεται περισσότερο από την επικάθηση και άλλων τραυμάτων κατά την ενήλικη ζωή.³⁶ Τα γεγονότα ζωής κατά την εφηβεία αναφέρεται ότι αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης της εφηβείας.³⁷ Οι μελέτες διδύμων παρέχουν τα ισχυρότερα στοιχεία για τη σχετική ισχύ της επίδρασης των περιβαλλοντικών και των γενετικών παραγόντων: οι πρώτοι φαίνεται να ερμηνεύουν το ίδιο ποσοστό μεταβλητότητας (variance) της κατάθλιψης που ερμηνεύουν και τα γονίδια.³⁸

Υπάρχουν φυσικά και διαφορετικές γνώμες και μερικοί συγγραφείς πιστεύουν ότι, παρόλο που η συχνότητα εμφάνισης πιεστικών γεγονότων ζωής ποικίλλει και μεταβάλλεται με την ηλικία, η σχέση μεταξύ των γεγονότων αυτών και της κατάθλιψης παραμένει σταθερή και ίδια για όλες τις ηλικίες.³⁹

Ένας άλλος παράγων που συσκοτίζει τα πράγματα είναι το φύλο. Αναφέρεται ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος και των γεγονότων ζωής στην εμφάνιση και την πορεία της κατάθλιψης. Στις γυναίκες, οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες (γάμος, παιδιά στο σπίτι, υψηλότερη εκπαίδευση και ποιότητα σχέσεων) — αλλ' όχι οι ψυχοκοινωνικοί πιεστικοί παράγοντες ή τα γεγονότα ζωής — βρέθηκε να σχετίζονται με τη βαρύτητα της κατάθλιψης κατά την εκτίμηση. Η βαρύτητα της κατάθλιψης στους άνδρες αναφέρεται ότι είναι ανεξάρτητη από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, γεγονότα ζωής και ψυχοκοινωνικά εκλυτικά αίτια.⁴⁰ Μια μεγάλη προοπτική μελέτη που συμπεριέλαβε 1.942 ενήλικες δίδυμες γυναίκες, οι οποίες εξετάστηκαν έως και 4 φορές σε διάστημα 9 ετών, αναφέρει ότι η ανάπτυξη ευαλωτότητας για μειζονα κατάθλιψη σε γυναίκες προκύπτει διά μέσου τριών γενικών οδών που αντανακλούν την εσωτερίκευση συμπτωμάτων, την εξωτερίκευση συμπτωμάτων και ψυχοκοινωνικά προβλήματα.⁴¹ Τα παραπάνω είναι σε συμφωνία με προηγούμενα ευρήματα της δικής μας ομάδας, που αφορούν μια τριγωνική σχέση μεταξύ του θηλυκού γένους, της άτυπης κατάθλιψης και ταχύτερων προκλητών δυναμικών,¹⁹ αλλά είναι σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσης μελέτης που αναφέρει ότι οι άνδρες άτυποι ασθενείς αναφέρουν περισσότερα γεγονότα ζωής.

Γενικά, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προτείνει ότι η σύγκριση των προσφάτων γεγονότων ζωής μεταξύ των ασθενών με κατάθλιψη κατά την εμφάνιση ενός επεισοδίου και του γενικού πληθυσμού τείνει να εμφανίζει σταθερά μεγαλύτερο αριθμό γεγονότων ζωής για τους ασθενείς. Τα γεγονότα καλύπτουν ένα εύρος απειλητικών και δυσάρεστων εμπειριών. Υπάρχει μόνο περιορισμένη επιλεκτικότη-

τα σε σχέση με πραγματικές ή φαντασιωσικές απώλειες και δεν υπάρχουν πραγματικά δεδομένα που να στηρίζουν τη διαφορετικότητα μεταξύ «ενδογενούς» και «νευρωτικής» κατάθλιψης. Μερικά δεδομένα σχετίζουν τα γεγονότα με την έκβαση και την υποτροπή, αλλά η σχέση είναι μάλλον μέτριας ισχύος. Παρότι η κοινωνική στήριξη μπορεί να αποτελεί κρίσιμο παράγοντα, σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα που αφορούν τη διάκριση μεταξύ αιτίου και αποτελέσματος κάνουν κάθε εξαγωγή συμπερασμάτων δύσκολη. Ωστόσο, είναι βέβαιο ότι η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση και υποτροπή της κατάθλιψης. Η επίδραση αυτή φαίνεται να είναι τόσο άμεση όσο και τροποποιητικός παράγων πάνω στα γεγονότα ζωής. Η γενική εντύπωση είναι ότι η εμφάνιση μειζόνων γεγονότων ζωής σηματοδοτεί μια περίοδο αυξημένης ευαλωτότητας για το άτομο να εμφανίσει κατάθλιψη.³

Τα μεθοδολογικά θέματα είναι πολύ σημαντικά στην έρευνα που αφορά τα γεγονότα ζωής. Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, δύο είναι οι κύριες προσεγγίσεις στο πρόβλημα της εκτίμησης των γεγονότων ζωής.

Η πρώτη είναι η μέθοδος της αυτο-αναφερόμενης εκτίμησης των γεγονότων ζωής όπως προτάθηκε από τον Rahe και ακολουθήθηκε στην παρούσα μελέτη. Η μέθοδος αποδείχθηκε αξιόπιστη και διαπολιτισμικά σταθερή.⁴²⁻⁴⁶ Καταγράφει όλα τα γεγονότα και τους αποδίδει μια βαθμολογία αντικτύου, η οποία έχει προκύψει από εμπειρικά δεδομένα. Ωστόσο, η μέθοδος αυτή έχει δεχθεί κριτική από πολλούς συγγραφείς, οι οποίοι αμφισβήτησαν τη χρησιμότητα της αυτοαναφοράς των γεγονότων. Οι συγγραφείς αυτοί τονίζουν την ανάγκη να αποκλείονται τα δεδομένα εκείνα, τα οποία αποτελούν συνέπεια μάλλον της νόσου, ωστόσο κάτι τέτοιο μπορεί να οδηγήσει σε άλλου τύπου ερευνητικές προκαταλήψεις. Επίσης, η άθροιση των γεγονότων με αρνητικό και θετικό νόημα είναι αμφισβητούμενη.^{5,47}

Η δεύτερη μέθοδος βασίζεται σε συνέντευξη με εξεταστή, προτάθηκε από τον Paykel και έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στην έρευνα της κατάθλιψης.⁴⁸⁻⁵⁰

Η μέθοδος της συνέντευξης έχει προφανή πλεονεκτήματα έναντι της αυτο-αναφοράς, παρουσιάζει όμως και πολλά μειονεκτήματα. Το κυριότερο μειονέκτημα είναι ότι εναπόκειται στον εξεταστή να κρίνει κατά πόσον ένα γεγονός αποτελεί αίτιο ή αποτέλεσμα σε σχέση με τη νόσο. Επίσης, χρησιμοποιεί κρίση για τη διερεύνηση του μηχανισμού που πυροδοτήθηκε. Ο Rahe επιχειρηματολογεί ότι αυτές οι ιδιότητες και η ποιότητα του γεγονότος στην πραγματικότητα αφορούν τον εξεταζόμενο και όχι το γεγονός αυτό καθ' αυτό ή το περιβάλλον. Υπό την έννοια αυτή, η συνέντευξη δεν καταγράφει τον αντικειμενικό αντίκτυπο του γεγονότος, αλλά μάλλον την υποκειμενική αίσθηση του ασθενούς.^{51,52} Επιπλέον, η συνέντευξη με πληροφοριοδότη (συγγενή ή άλλον) είναι συχνά αναξιόπιστη.⁴⁷

Ένα ακόμα μεθοδολογικό πρόβλημα είναι το γεγονός ότι το ακριβές χρονικό διάστημα, κατά το οποίο ένα γεγονός αποτελεί παράγοντα κινδύνου, είναι άγνωστο. Η αποδοχή του διαστήματος των προηγούμενων έξι μηνών βασίζεται μεν σε κάποια επιδημιολογικά δεδομένα, στην πραγματικότητα όμως είναι μάλλον αυθαίρετη, καθώς είναι αποδεδειγμένο ότι τα γεγονότα της πρώιμης παιδικής ηλικίας είναι σημαντικότερα από εκείνα της ενήλικης ζωής. Υπ' αυτήν την έννοια ο λανθάνων χρόνος είναι άγνωστος.

Συμπέρασμα

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης προτείνουν ότι μόνο υποομάδες των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη — και ειδικότερα οι άρρενες ασθενείς με άτυπη κατάθλιψη — χαρακτηρίζονται από την παρουσία βαρέος φορτίου πιεστικών γεγονότων ζωής, σε σύγκριση τόσο με τους υγιείς μάρτυρες όσο και με τους υπόλοιπους ασθενείς. Το ερώτημα που ανακύπτει είναι κατά πόσον αυτό αποτελεί πραγματικό γεγονός ή οι ασθενείς αυτοί (που χαρακτηρίζονται από βαρύτερη ψυχοπαθολογία προσωπικότητας και υπερευαισθησία στη διαπροσωπική απόρριψη) τείνουν να υπεραναφέρουν γεγονότα ζωής.

Life events and clinical subtypes of major depression: a cross-sectional study

K.N. Fountoulakis, A. Iacovides, S. Kaprinis, G. Kaprinis

3rd Department of Psychiatry, Aristotle University of Thessaloniki

Psychiatriki 2006, 17:122–136

The present study aimed to investigate the relationship between stressful life events and depression. Ninety major depressive patients aged 36.57 ± 12.02 years and 121 matched controls, aged 27.11 ± 10.59 years took part in the study. The Life Change Units (LCU) according to Rahe et al was used for the quantification of life events. The Statistical Analysis included ANCOVA and Pearson Correlation Coefficient. The results suggested that males reported significantly more life events than females. Atypical males differed from all other gender-by-type groups, while no other differences were present. LCU correlated with melancholic indices but did not correlate with anxiety or functioning. The results of the current study suggest that only subgroups of depressive patients are characterized by the presence of stressful life events. Male atypical patients may report the highest load of life events. The question that arises is whether this is a true fact or these patients (which have higher personality psychopathology and interpersonal rejection sensitivity) tend to over-report life events.

Key words: life change units, stress, atypical depression.

K.N. Fountoulakis, Lecturer in Psychiatry, 1st Parodos of Ampelонon street, 55535 Pylaia, Thessaloniki, Greece

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Paykel E. The evolution of life events research in psychiatry. *J Affect Dis* 2001, 62:141-149.
2. Paykel E. Stress and affective disorders in humans. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2001, 6:4-11.
3. Paykel E. Life events, social support and depression. *Acta Psych Scand* 1994, 377 (Suppl):50-58.
4. Iacovides A, Fountoulakis K, Fotiou F, Kaprinis G.
5. Relationship of personality disorders to DSM-IV subtypes of major depression. *Can J Psychiatry* 2002, 47:196-197.
6. Paykel E. Methodological aspects of life events research. *J Psychosomatic Res* 1983, 27:341-352.
7. Rahe R. Stress and psychiatry. In: Sadock B (ed): Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 1995:1545-1559.

7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Press, Washington DC, 1994.
8. Wing J, Babor T, Brugha T. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990, 47:589-593.
9. Bech P. Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, 1993.
10. Rahe R, Ryman D, Ward H. Simplified scaling for Life Change Events. *J Human Stress* 1980, December:22-27.
11. Miller M, Rahe R. Life changes scaling for the 1990s. *J Psychosomatic Res* 1997, 43:279-292.
12. Coryell W, Endicott J, Andreasen N, Keller M. Bipolar I, bipolar II and non bipolar major depression among the relatives of affectively ill probands. *Am J Psychiatry* 1985, 142:817-821.
13. Silverstone P, Salsali M. Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003, 2:2.
14. Salsali M, Silverstone P. Low self-esteem and psychiatric patients: Part II – The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003, 2:3.
15. Ohaeri J, Otote D. Family history, life events and the factorial structure of depression in a Nigerian sample of inpatients. *Psychopathology* 2002, 35:210-209.
16. Harkness K, Luther J. Clinical risk factors for the generation of life events in major depression. *J Abnormal Psychol* 2001, 110:564-572.
17. Farmer A, Redman K, Harris T, Mahmood A, Sadler S, McGuffin P. Sensation-seeking, life events and depression. The Cardiff Depression Study. *Br J Psychiatry* 2001, 178:549-552.
18. Paykel E, Tanner J. Life events, depressive relapse and maintenance treatment. *Psychol Med* 1976, 6:481-485.
19. Fotiou F, Fountoulakis K, Iacovides A, Kaprinis G. Pattern-reversed visual evoked potentials in subtypes of major depression. *Psychiatry Res* 2003, 15:259-271.
20. Rijsdijk F, Sham P, et al. Life events and depression in a community sample of siblings. *Psychol Med* 2001, 31:401-410.
21. Spence S, Sheffield J, Donovan C. Problem-solving orientation and attributional style: moderators of the impact of negative life events on the development of depressive symptoms in adolescence? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002, 31:219-229.
22. Ravindran A, Matheson K, Griffiths J, Merali Z, Anisman H. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *J Affect Dis* 2002, 71:121-130.
23. Chou K, Chi I. Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators? *International Journal of Aging and Human Development* 2001, 52:155-171.
24. Monroe S, Harkness K, Simons A, Thase M. Life stress and the symptoms of major depression. *J Nerv Ment Dis* 2001, 189:168-175.
25. Cooper J, Appleby L, Amos T. Life events preceding suicide by young people. *Soc Psych Psychiat Epidemiol* 2002, 37:271-275.
26. Kelly T, Soloff P, Lynch K, Haas G, Mann J. Recent life events, social adjustment, and suicide attempts in patients with major depression and borderline personality disorder. *J Personality Dis* 2000, 14:316-326.
27. Kohn Y, Zislin J, et al. Increased prevalence of negative life events in subtypes of major depressive disorder. *Compr Psychiatry* 2001, 42:57-63.
28. Moerk K, Klein D. The development of major depressive episodes during the course of dysthymic and episodic major depressive disorders: a retrospective examination of life events. *J Affect Dis* 2000, 58:117-123.
29. Newman S, Bland R. Life events and the 1-year prevalence of major depressive episode, generalized anxiety disorder, and panic disorder in a community sample. *Compr Psychiatry* 1994, 35:76-82.
30. Paykel E, Rao B, Taylor C. Life stress and symptom pattern in out-patient depression. *Psychol Med* 1984, 14:559-568.
31. Paykel E, Cooper Z, Ramana R, Hayhurst H. Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression. *Psychol Med* 1996, 26:121-133.
32. Thomson K, Hendrie H. Environmental stress in primary depressive illness. *Arch Gen Psychiatry* 1972, 26:130-132.
33. Wildes J, Simons A, Harkness K. Life events, number of social relationships, and twelve-month naturalistic course of major depression in a community sample of women. *Depression Anxiety* 2002, 16:104-113.
34. Friis R, Wittchen H, Pfister H, Lieb R. Life events and changes in the course of depression in young adults. *Eur Psychiatry* 2002, 17:241-253.
35. Paykel E. Life stress, depression and attempted suicide. *J Human Stress* 1976, 2:3-12.
36. Heim C, Newport D, et al. The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: a multiple regression analysis. *Depress Anxiety* 2002, 15:117-125.
37. Pine D, Cohen P, Johnson J, Brook J. Adolescent life events as predictors of adult depression. *J Affect Dis* 2002, 68:49-57.
38. Tennant C. Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Austr N Z J Psychiatry* 2002, 36:173-182.
39. Nolen-Hoeksema S, Ahrens C. Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychol Aging* 2002, 17:116-124.
40. Barlow S, Linden M, Lucht M, Freyberger H. The importance of psychosocial factors, gender, and severity of depression in distinguishing between adjustment and depressive disorders. *J Affect Dis* 2002, 72:71-78.

41. Kendler K, Gardner C, Prescott C. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry* 2002, 159:1133-1145.
42. McDonald B, Pugh W, Gunderson E, Rahe R. Reliability of Life Change Cluster Scores. *Br J Clin Soc Psychol* 1972, 11:407-409.
43. Rahe R, Floistad I, et al. A model of life changes and illness research. *Arch Gen Psychiatry* 1974, 31:172-177.
44. Rahe R. The more things change... *Psychosom Med* 1994, 56:306-307.
45. Rahe R, Veach T, Tolles R, Murakami K. The stress and coping inventory: an educational and research instrument. *Stress Med* 1999, 16:199-208.
46. Rahe R. Multi-cultural correlations of life change scaling: America, Japan, Denmark and Sweden. *J Psychosom Res* 1969, 13:191-197.
47. Paykel E. The interview for Recent Life Events. *Psychol Med* 1997, 27:301-310.
48. Paykel E, Meyers J, Diendt M. Life events and depression. *Arch Gen Psychiatry* 1969, 27:753-760.
49. Paykel E, Prusoff B, Uhlenhuth E. Scaling of life events. *Arch Gen Psychiatry* 1971, 25:340-347.
50. Paykel E. Life stress and psychiatric disorder: Applications of the clinical approach. In: Dohrenwend B (ed): *Stressful Life Events: their Nature and Effects*. Wiley, New York, 1974.
51. Rahe R. Life change measurement clarification. *Psychosom Med* 1978, 40:95-98.
52. Rahe R. Life change events and mental illness: an overview. *J Human Stress* 1979, September:2-10.