



## ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

#### Άρθρο σύνταξης

Σύγκριση αντιψυχωσικών πρώτης και δεύτερης γενιάς: Σύγχρονα δεδομένα

Γ. Γαρύφαλλος, Ι. Γκιουζέπας..... 111

#### Ερευνητική εργασία

Μελέτη της ευερεθιστότητας σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση

Α. Σπυροπούλου, Ι. Ζέρβας, Ε. Λαμπρινουδάκη, Δ. Ρίζος, Κ. Κουντή, Χ. Τζαβάρα, Ε. Σανιδά, Α. Αυγουλέα,  
Ε. Βούσουρα, Γ. Χριστοδουλάκος, Γ. Κρεατσάς, Κ.Ρ. Σολδάτος ..... 115

#### Ειδικά άρθρα

Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου με καρκίνο

Γ.Ι. Μουσσάς, Α.Π. Καρκανιάς, Α. Παπαδοπούλου..... 124

Η διαμόρφωση της έννοιας του χρόνου και η σημασία της στην ψυχαναλυτική-  
ψυχοθεραπευτική σχέση

Ε. Σουμάκη, Δ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Αναστασόπουλος..... 145

#### Ανασκόπηση

Το φαινόμενο PLACEBO: Ορισμοί, ερμηνείες, ηθικοί προβληματισμοί

Χ. Ανδρέου, Β. Μποζίκας..... 153

#### Γενικό άρθρο

Μία εξατομικευμένη συμπεριφορικής έμπνευσης προσέγγιση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Δ. Παπαδόπουλος, Σ. Στυλιανίδης..... 165

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις..... 177

Οδηγίες για τους συγγραφείς..... 179



## PSYCHIATRIKI

---

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

---

11, Papdiamantopoulou str., 115 28 Athens, Greece

---

### CONTENTS

#### Editorial

**Comparison of first and second generation antipsychotics: An update**

*G. Garyfallos, J. Giouzevas* ..... 111

#### Research article

**A study of irritability in menopausal women**

*A. Spyropoulou, J. Zervas, I. Lambrinouadaki, D. Rizos, K. Koundi, Ch. Tzavara, E. Sanida, A. Augoulea, E. Voursoura, G. Christodoulakos, G. Creatsas, C.R. Soldatos* ..... 115

#### Special articles

**Psychological and psychiatric problems in cancer patients in the general hospital**

*G.I. Moussas, A.P. Karkanias, A. Papadopoulou* ..... 124

**The concept of time and its relation to the psychoanalytic-psychotherapeutic setting**

*E. Soumaki, D. Anagnostopoulos, D. Anastasopoulos* ..... 145

#### Reviews

**The PLACEBO effect: Definition, theories of action, ethical considerations**

*Ch. Andreou, V.P. Bozikas* ..... 153

#### General article

**An individualized behavioral approach in psychosocial rehabilitation**

*D. Papadopoulos, S. Stylianidis* ..... 165

**Future scientific meetings**..... 177

**Instructions to contributors**..... 179

## Άρθρο Σύνταξης Editorial

### Σύγκριση αντιψυχωσικών πρώτης και δεύτερης γενιάς: Σύγχρονα δεδομένα

Η μοντέρνα εποχή όσον αφορά τη θεραπεία των ψυχωτικών διαταραχών αρχίζει στις αρχές της δεκαετίας του '50 με την ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης, γεγονός που αποτέλεσε πραγματική επανάσταση και ίσως την πιο σημαντική συμβολή στη θεραπεία των ψυχιατρικών ασθενειών. Η χλωροπρομαζίνη και όλα τα φάρμακα που εμφανίστηκαν τα επόμενα 10–15 χρόνια είχαν ως κοινό στοιχείο το ότι ήταν ισχυροί ανταγωνιστές των D<sub>2</sub> ντοπαμινεργικών υποδοχέων.

Το επόμενο ορόσημο στη φαρμακοθεραπεία των ψυχώσεων ήταν η εισαγωγή –στις αρχές της δεκαετίας του '90– των άτυπων αντιψυχωσικών ή αντιψυχωσικών δεύτερης γενιάς. Το πρωτότυπο βέβαια από τα φάρμακα αυτά ήταν ένα παλιό φάρμακο, η κλοζαπίνη που συντέθηκε το 1958. Όλα τα νέα αντιψυχωσικά διαφέρουν από τα προηγούμενα, στο ότι παρουσιάζουν ίση ή και μεγαλύτερη δραστηριότητα στους υποδοχείς της σεροτονίνης, σε σχέση με τους D<sub>2</sub> υποδοχείς της ντοπαμίνης και για το λόγο αυτό ονομάζονται και ανταγωνιστές της σεροτονίνης-ντοπαμίνης.

Το επόμενο χρονικό διάστημα και με τη σχετική πείρα που συσσωρεύεται από τη χρήση των νεότερων φαρμάκων αναπτύσσεται η πεποίθηση ότι τα φάρμακα αυτά υπερέχουν των νευροληπτικών σε διάφορους τομείς, όπως: (1) έχουν ίση ή καλύτερη αποτελεσματικότητα στα θετικά συμπτώματα, (2) έχουν καλύτερη αποτελεσματικότητα στα αρνητικά συμπτώματα, (3) βελτιώνουν τη γνωστική λειτουργία είτε άμεσα είτε έμμεσα λόγω αποφυγής παρενεργειών, (4) επιδρούν θετικά στα καταθλιπτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, (5) εμφανίζουν λιγότερες παρενέργειες κυρίως όσον αφορά τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα, (6) υπάρχει καλύτερη αποδοχή και συμμόρφωση από τους ασθενείς.<sup>1</sup> Για το λόγο αυτό τα αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς θεωρούνται φάρμακα πρώτης επιλογής για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και των άλλων ψυχωτικών διαταραχών. Παρά την ευρεία αυτή αποδοχή δύο μεγάλες μετα-ανάλυσεις καταλήγουν σε αλληλοσυγκρουόμενα συμπεράσματα. Στην πρώτη από αυτές, που αναφέρεται σε 52 μελέτες, οι Geddes et al<sup>2</sup> υποστηρίζουν ότι αν η σύγκριση των αντιψυχωσικών 2ης γενιάς με εκείνα της 1ης, αφορά σε δόσεις ≤12 mg αλοπεριδόλης ή ισοδύναμου, τότε τα νεότερα φάρμακα δεν εμφανίζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Προσθέτουν επίσης ότι τα αντιψυχωσικά 2ης γενιάς εμφανίζουν μεν λιγότερα εξωπυραμιδικά συμπτώματα αλλά δεν είναι συνολικά καλύτερα ανεκτά από τα νευροληπτικά, διότι το πλεονέκτημά τους αυτό αντισταθμίζεται από τις άλλες παρενέργειες. Αντίθετα, σε νεότερη και μεγαλύτερη μετα-ανάλυση 124 μελετών, οι Davis et al<sup>3</sup> αναφέρουν ότι κάποια από τα νεότερα φάρμακα όπως η κλοζαπίνη ή ολανζαπίνη, η ρισπεριδόνη και η αμισουλπριδίδη εμφανίζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από τα παλαιότερα, ενώ κάποια άλλα όπως η ζιπρασιδόνη, η κουετιαπίνη, η αριπιπραζόλη και η σερτινδόλη ίση. Οι ερευνητές αναφέρουν επίσης ότι τα ευρήματά τους δεν διαφοροποιούνται κατ' ελάχιστον αν οι συγκρίσεις αφορούν χαμηλές, ≤12 mg ή υψηλές >12 mg δόσεις αλοπεριδόλης ή ισοδύναμου και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα αντιψυχωσικά 2ης γενιάς είναι μία ανομοιογενής ομάδα ως προς την αποτελεσματικότητα. Όσον αφορά την ανεκτικότητα οι συγγραφείς αφού κριτικάρουν τα συμπεράσματα της μετα-ανάλυσης των Geddes et al,<sup>2</sup> δίνουν έμφαση στα λιγότερα εξωπυραμιδικά και πρωτοδοτούν το ευνοϊκότερο προφίλ των νεότερων φαρμάκων. Το δε τελικό τους συμπέρασμα είναι ότι τα αντιψυχωσικά 2ης γενιάς, ή τουλάχιστον κάποια από αυτά, είναι φάρμακα πρώτης γραμμής.

Τα τελευταία 3 χρόνια δημοσιεύθηκαν 3 μεγάλες μελέτες, που διέφεραν από τις προηγούμενες υπό την έννοια ότι ο σχεδιασμός και η μεθοδολογία τους αντανάκλασε τις συνθήκες του «πραγματικού κόσμου», δηλαδή της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Στην πρώτη από αυτές την Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE),<sup>4</sup> που χρηματοδοτήθηκε από το NIMH, 1460 σχιζοφρενικοί ασθενείς έλαβαν, στην πρώτη φάση της μελέτης κατόπιν τυχαιοποίησης, ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη, κουετιαπίνη, ζιπρασιδόνη ή περφαιναζίνη για 18 μήνες. Τα αποτελέσματα κάθε άλλο παρά ενθαρρυντικά ήταν μία και στο τέλος των 18 μηνών το 74% των ασθενών είχε διακόψει τη θεραπεία για οποιοδήποτε λόγο, με καλύτερο ποσοστό για την ολανζαπίνη (64%) και χειρότερο για την κουετιαπίνη (82%). Ο χρόνος διακοπής ήταν απώτερος για την ολανζαπίνη σε σύγκριση με την ρισπεριδόνη και την κουετιαπίνη, αλλά όχι σε σύγκριση με την περφαιναζίνη. Ο χρόνος διακοπής λόγω μη αποτελεσματικότητας ήταν απώτερος για την ολανζαπίνη συγκριτικά με τη ρισπεριδόνη, κουετιαπίνη και περφαιναζίνη, αλλά η βελτίωση ως προς τις τιμές της κλίμακας PANSS παρότι αρχικά ήταν μεγαλύτερη για την ομάδα της ολανζαπίνης, το πλεονέκτημα αυτό χανόταν με την πάροδο του χρόνου. Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ όλων των φαρμάκων ως προς το χρόνο διακοπής λόγω παρενεργειών αν και μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών υπό ολανζαπίνη διέκοψε λόγω αύξησης βάρους και μεταβολικών παρενεργειών, ενώ περισσότεροι ασθενείς υπό περφαιναζίνη διέκοψαν λόγω εξωπυραμιδικών. Από τη μελέτη προκύπτει ότι όλα τα φάρμακα είναι σε γενικές γραμμές όμοια, με την ολανζαπίνη να εμφανίζεται σχετικά πιο αποτελεσματική αν και αυτό μπορεί να οφείλεται στις μεγαλύτερες μέσες δόσεις της σε σύγκριση με τα υπόλοιπα, κάτι για το οποίο η έρευνα έχει δεχθεί κριτική.

Η δεύτερη μελέτη, η Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CuLASS1),<sup>5</sup> που χρηματοδοτήθηκε από το NHS στη Μ. Βρετανία, αφορούσε στη σύγκριση ως ομάδων, αντιψυχωσικών 1ης και 2ης (πλην κοζαπίνης) γενιάς, για χρονικό ορίζοντα ενός έτους. Από τα αποτελέσματα της μελέτης δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την ποιότητα ζωής (που αποτελούσε και τη βασική παράμετρο μέτρησης της έκβασης), τις τιμές στην κλίμακα PANSS, την τιμή στην κλίμακα Calgary για την κατάθλιψη, την

τιμή στην κλίμακα GAF και τις τιμές στις κλίμακες μέτρησης οξέων εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων. Μάλιστα υπήρχε μία τάση για μεγαλύτερη βελτίωση της συμπτωματολογίας και της ποιότητας ζωής για τους ασθενείς που λάμβαναν αντιψυχωσικά 1ης γενιάς. Η μελέτη δέχθηκε κριτική για κάποιες μεθοδολογικές της προσεγγίσεις όπως για παράδειγμα ότι η επιλογή του συγκεκριμένου αντιψυχωσικού 1ης ή αντίστοιχα 2ης γενιάς ανήκε στο θεράποντα γιατρό, η επιλογή ως βασικής παραμέτρου μέτρησης της έκβασης ήταν η ποιότητα ζωής, ότι το αντιψυχωσικό 1ης γενιάς που επελέγη περισσότερο ήταν η σουλπιρίδη, ένα αντιψυχωσικό όχι τόσο «δημοφιλές» κ.λπ. Παρόλ' αυτά, τα αποτελέσματα της μελέτης είναι αξιοπρόσεκτα.

Η τρίτη και πιο πρόσφατη έρευνα, η European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST),<sup>6</sup> μία πολυκεντρική μελέτη σε 14 χώρες, αφορούσε στη σύγκριση 4 αντιψυχωσικών 2ης γενιάς (ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, αμισουλπρίδη, ζιπρασιδόνη) με την αλοπεριδόλη, για χρονικό ορίζοντα 1 έτους. Η μελέτη διέφερε από τις προηγούμενες στο ότι αφορούσε πρακτικά ασθενείς (498) με πρώτο επεισόδιο. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ασθενών υπό αλοπεριδόλη διέκοψε τη θεραπεία για οποιοδήποτε λόγο. Το ίδιο ίσχυε και για τη διακοπή λόγω μη αποτελεσματικότητας με τη διαφορά όμως μεταξύ αλοπεριδόλης και κουετιαπίνης να μην είναι στατιστικά σημαντική και την ολανζαπίνη και αμισουλπρίδη να έχουν τα μικρότερα ποσοστά. Η συνολική βελτίωση μετρούμενη με τις κλίμακες CGI και GAF έδειξε τη μεγαλύτερη βελτίωση για την αμισουλπρίδη και τη μικρότερη για την αλοπεριδόλη και κουετιαπίνη. Ως προς τη μείωση όμως των τιμών στην κλίμακα PANSS, το ποσοστό επανεισαγωγών καθώς και τη συμμόρφωση στη θεραπεία δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων. Το ποσοστό διακοπής λόγω παρενεργειών διέφερε μεταξύ των ομάδων, κυρίως λόγω καλύτερης ανεκτικότητας της ολανζαπίνης και κουετιαπίνης έναντι της αλοπεριδόλης. Οι ερευνητές καταλήγουν λέγοντας ότι από τα αποτελέσματά τους δεν μπορούν να υποστηρίξουν ότι τα αντιψυχωσικά 2ης γενιάς είναι πιο αποτελεσματικά από την αλοπεριδόλη.

Ως προς τη συμμόρφωση, επιπρόσθετα του ευρήματος της προηγούμενης μελέτης μια πρόσφατη ανασκόπηση<sup>7</sup> καταλήγει ότι η συμμόρφωση των ασθενών γενικά έχει ελαφρά μόνον βελτιωθεί μετά την εμφάνιση των νεότερων φαρμάκων.

Απ' όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι ο υπερβολικός ενθουσιασμός που υπήρχε για την υπεροχή των αντιψυχωσικών 2ης γενιάς έναντι των νευροληπτικών έχει τα τελευταία χρόνια μειωθεί και η αποτίμηση της σύγκρισης μπορεί να γίνει σήμερα σε πιο ρεαλιστική βάση. Ο ενθουσιασμός αυτός ήταν δικαιολογημένος, και εν μέρει τουλάχιστον, τροφοδοτούνταν τόσο από την ψυχιατρική κοινότητα όσο και από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, που επιθυμούσαν σφοδρά να πιστέψουν ότι υπάρχουν πλέον πολύ πιο «καλά» φάρμακα σ' όλα τα επίπεδα. Η ρεαλιστικότερη σημερινή προσέγγιση αντανάκλαται στην πρόσφατη αναθεώρηση των οδηγιών του Texas Medication Algorithm Project (TMAP).<sup>8</sup> Η πρώτη οδηγία, κατά πλειοψηφία όμως της ομάδας των ειδικών, ως προς τη θεραπεία του πρώτου σχιζοφρενικού επεισοδίου είναι αντιψυχωσικά 2ης γενιάς, ενώ στην προηγούμενη πρόταση του 2003, η οδηγία βασιζόταν σε ομοφωνία της ομάδας. Επιπρόσθετα, η δεύτερη οδηγία για χρήση αντιψυχωσικού 1ης γενιάς τίθεται ως δυνατότητα ομοφώνως στο στάδιο 2 του αλγορίθμου, μετά από μία ατελέσφορη προσπάθεια με αντιψυχωσικό 2ης γενιάς. Στην προηγούμενη εκδοχή, η μονοθεραπεία με αντιψυχωσικό 1ης γενιάς ήταν μια δυνατότητα στο στάδιο 2Α μετά από δύο ανεπιτυχείς προσπάθειες με αντιψυχωσικό 2ης γενιάς (πλην κλοζαπίνης), ενώ στην αμέσως προηγούμενη εκδοχή του 1999 προτεινόταν στο στάδιο 4 μετά από 3 προσπάθειες με κάποιο από τα νεότερα φάρμακα.

Όλες αυτές οι επισημάνσεις δεν γίνονται για να απαξιώσουν τη σημαντική συμβολή των αντιψυχωσικών 2ης γενιάς στην πρόοδο αναφορικά με τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και των άλλων ψυχωτικών διαταραχών, αλλά για να υπογραμμίσουν την ανάγκη για μεγαλύτερη πρόοδο στην ανάπτυξη νέων φαρμακοθεραπευτικών παρεμβάσεων, και απ' ότι φαίνεται τέτοια βήματα έχουν αρχίσει να γίνονται. Ένα τέτοιο βήμα προκύπτει από μία πρόσφατη δημοσίευση για την αντιψυχωσική αποτελεσματικότητα ενός αγωνιστή του υποδοχέα mGluR 2/3,<sup>9</sup> μια ερευνητική προσπάθεια που βρίσκεται στη φάση II. Αν αυτή επιβεβαιωθεί σε μελλοντικές μελέτες θα είναι το πρώτο αντιψυχωσικό χωρίς άμεση δράση στους ντοπαμινεργικούς υποδοχείς.

Συμπερασματικά, η ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης ήταν μια πραγματική επανάσταση. Η εμφάνιση των αντιψυχωσικών 2ης γενιάς δεν ήταν επανάσταση, ήταν ένα σημαντικό βήμα προς τα εμπρός. Ίσως τώρα βρισκόμαστε στο χρονικό σημείο για την ανάπτυξη αντιψυχωσικών φαρμάκων 3ης γενιάς, φαρμάκων με διαφορετικό φαρμακολογικό προφίλ, πιο αποτελεσματικά και πιο «φιλικά» ως προς τις ανεπιθύμητες ενέργειες, από τα υπάρχοντα.

**Γιώργος Γαρούφαλος** Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής

**Γιάννης Γκιουζέπας** Καθηγητής Ψυχιατρικής

B' Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

## Βιβλιογραφία

1. WPA Task Force. The usefulness and use of second-generation antipsychotic medication. *Curr Opin Psychiatry* 2002, 15(Suppl 1):1-51
2. Geddes J, Freemantle N, Harrison P et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000, 321:1371-1376
3. Davis J, Chen N, Glick I. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60:553-564
4. Lieberman J, Stroup S, McEvoy J et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005, 353: 1209-1223
5. Jones P, Barnes T, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second vs first-generation antipsychotic drug in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:1079-1087
6. Kahn R, Fleischhacker W, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomized trial. *Lancet* 2008, 371:1085-1097
7. Voruganti L, Baker L, Awad G. New generation antipsychotic drugs and compliance behaviour. *Curr Opin Psychiatry* 2008, 21:133-139
8. Moore T, Buchanan R, Buckley P et al. The Texas Medication Algorithm Project. Antipsychotic algorithm for schizophrenia: 2006 update. *J Clin Psychiatry* 2007, 68:1751-1762
9. Patil S, Zhang L, Martenyi F et al. Activation of mGluR 2/3 receptors as a new approach to treat schizophrenia: a randomized phase 2 clinical trial. *Nat Med* 2007, 13:1102-1107

## Editorial

### Άρθρο Σύνταξης

# Comparison of first and second generation antipsychotics: An update

The modern era in the treatment of psychotic disorders began in the early '50s with the discovery of chlorpromazine. This was a real revolution and maybe the most important single contribution in the treatment of psychiatric illnesses. Chlorpromazine and the subsequent drugs that were introduced in the next 10–15 years, shared a common element in that they all were potent dopamine-2(D<sub>2</sub>) receptor antagonists.

The next landmark in the pharmacotherapy of psychoses was the introduction, in the early '90s, of the novel or atypical or second generation antipsychotics (SGAs). The prototype of these new drugs was clozapine, an "old" drug, originally synthesized in 1958. What all new agents have in common –in contrast to the traditional antipsychotics- is similar or greater activity at serotonin receptors than at dopamine type 2 receptors and for this reason they have been called serotonin-dopamine antagonists.

In the ensuing years due to the accumulated experience in the use of SGAs, a widespread belief has been developed that the new agents are superior to neuroleptics as: (1) they have similar, if not better, efficacy on the positive symptoms, (2) they have advantages in terms of improving negative symptoms, (3) they ameliorate cognitive function either directly or as a secondary effect of avoiding side effects, (4) there is some evidence that they improve depressive symptoms, (5) they have fewer side effects, especially extrapyramidal symptoms, (6) there is better compliance and greater subjective acceptance by the patients.<sup>1</sup> Therefore, SGAs are considered as first-line treatment in schizophrenia and other psychotic disorders. However, two large meta-analyses reach conflicting conclusions. In the first one, Geddes et al<sup>2</sup> made a systematic overview and meta-regression analysis of 52 randomized controlled trials comparing SGAs and first generation antipsychotics (FGAs). They concluded, that when the dose was  $\leq 12$  mg/day of haloperidol or equivalent, SGAs have no benefits in terms of efficacy. In addition, they stated that SGAs cause fewer extrapyramidal side effects, but overall tolerability is similar to FGAs, as this advantage is counterbalanced by the presence of other side effects. In contrast, Davis et al,<sup>3</sup> in a more recent and larger meta-analysis of 124 randomized controlled trials, reported that some of the SGAs such as clozapine, olanzapine, risperidone and amisulpride are more efficacious than FGAs while other such as ziprasidone, quetiapine, aripiprazole and sertindole seem to have the same efficacy as the "older" drugs. Furthermore, they supported that they did not find any significant effect of haloperidol dose, ( $\leq 12$  mg/day/ $>12$  mg/day) or equivalent and concluded that SGAs are not a homogenous group, as far as their efficacy is concerned. Regarding tolerability, the researchers criticize the conclusions of Geddes et al,<sup>2</sup> overemphasize the manifestation of fewer extrapyramidal symptoms by SGAs and underscore their overall tolerability. Their final conclusion, is that SGAs, or at least some of them, are first line drugs.

During the last 3 years, 3 large studies have been published. These studies differed from the previous as their design and methodology were closer to "real world", closer to everyday clinical practice. In the first one, the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE)<sup>4</sup> which was sponsored by the National Institute of Mental Health, 1460 schizophrenic patients were randomly assigned to receive olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone or perphenazine for up to 18 months. The results of the study were far from encouraging as 74% of the patients discontinued their medication for any cause before 18 months. Olanzapine performed better (64%) and quetiapine worse (82%). The time to discontinuation of treatment was significantly longer in the olanzapine group compared to the quetiapine and risperidone groups, but not in comparison to the perphenazine group. The time to discontinuation of treatment for lack of efficacy was longer for olanzapine than for quetiapine, risperidone and perphenazine. However, regarding total PANSS scores, although the greatest improvement initially appeared in the olanzapine group, its advantage diminished over time. There were no significant differences between groups in time until discontinuation owing to side effects. However, olanzapine was associated with more discontinuation for weight gain and metabolic effects and perphenazine with more discontinuation for extrapyramidal symptoms. In general, the various drugs studied were similar, with olanzapine being relatively more effective, as measured by treatment discontinuation. This might be due to the more optimal dose of olanzapine compared to the other agents, a fact for which the study has been criticized.

The second study, the Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CULASS1),<sup>5</sup> which was funded by the NHS in the United Kingdom, compared FGAs and SGAs (other than clozapine), as classes, across 1 year. There were no significant differences between groups on quality of life (which was the primary outcome measure), on the PANSS scores, on the Calgary Depression Scale for Schizophrenia score, on the GAF score and on scores of scales measuring acute extrapyramidal symptoms. In fact,

FGAs were associated with a slightly greater improvement in quality of life and in PANSS total score, but differences, as mentioned, were not statistically significant. The study has been criticized for some methodological approaches, such as the selection of the individual drug in each class by the responsible consultant psychiatrist, the quality of life was the primary outcome measure, sulpiride – a not very “popular” drug – was the most commonly chosen FGAs, etc. Despite all the above, the results of the study are remarkable.

The third and more recent study is the European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST),<sup>6</sup> a multicenter study in 14 different countries. According to the study design, 498 practically first-episode psychotic patients, were randomly assigned to 4 SGAs (olanzapine, quetiapine, amisulpride, zipradisone) or to haloperidol. The results of the study showed that, treatment discontinuation for any cause was significantly higher in patients taking haloperidol than in those taking any SGA. In addition, treatment discontinuation of insufficient efficacy was, similarly, higher in patient on haloperidol than in those on SGAs, although the difference between haloperidol and quetiapine was not significant. The olanzapine and amisulpride group had the lower rates of discontinuation due to the lack of efficacy. Global improvement, as measured by the CGI and GAF scales, differed between treatments with most improvement recorded with amisulpride and least with haloperidol and quetiapine. However, the reduction of PANSS scores, the rates of admission to hospital and the adherence to antipsychotic drugs did not differ significantly between groups. Treatment discontinuation rates because of side effects differed between treatments, mainly due to the better tolerability of quetiapine and olanzapine compared to haloperidol. The researchers conclude stating that they cannot support that SGAs are more efficacious than is haloperidol.

Regarding compliance, in addition to the finding of the previous study, a recent review<sup>7</sup> reports that compliance behavior of the patients has only marginally improved since the introduction of SGAs.

From all the above, it clearly seems that the great initial enthusiasm regarding the superiority of SGAs versus the FGAs has considerably been diminished and today, the appraisal of the comparison between the two classes is more realistically based. This enthusiasm was justified, as it has been encouraged, at least partly, by an overly expectant community of psychiatrists and patients and their families eager to believe that much “better” drugs, in all the aspects, now exist. The more realistic approach today is reflected on the last revision of guidelines of Texas Medication Algorithm Project (TMAP).<sup>8</sup> There, the first recommendation is again, as in the previous TMAP version of 2003, that SGAs are preferred for treatment of first episode of schizophrenia, but this time it has been established by majority opinion, unlike by group consensus in 2003. Furthermore, the second recommendation states that FGAs are an option in stage 2 of the antipsychotic algorithm after a trial of 1 SGA. In the previous version it was recommended that monotherapy with FGAs is an option in stage 2A, after trials of 2 SGAs (other than clozapine), while in the older version of 1999 FGAs were recommended as an option in stage 4 after trials of 3 of the SGAs.

All the above comments do not have the intention to downgrade the important contribution of the SGAs in the pharmacotherapy of schizophrenia and other psychotic disorders, but to underscore the urgent need for greater progress in developing novel therapeutic intervention. This effort seem that has already started. For instance, a recent phase II clinical trial supports the antipsychotic efficacy of an mGluR 2/3 receptor agonist.<sup>9</sup> If confirmed in future studies, this could be the first antipsychotic without direct action on dopamine receptors.

In conclusion, the discovery of chlorpromazine was a real revolution. The introduction of SGAs was an important step forward but not a revolution. Now, the time has probably come for the development of third generation antipsychotics agents with different pharmacological profile, more efficacious and more “friendly” regarding side effects.

**George Garyfallos** Assistant Professor of Psychiatry

**John Giouzevas** Professor of Psychiatry

2nd Psychiatric Department Aristotelian University of Thessaloniki

## References

1. WPA Task Force. The usefulness and use of second-generation anti-psychotic medication. *Curr Opin Psychiatry* 2002, 15(Suppl 1):1-51
2. Geddes J, Freemantle N, Harrison P et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000, 321:1371-1376
3. Davis J, Chen N, Glick I. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60:553-564
4. Lieberman J, Stroup S, McEvoy J et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005, 353:1209-1223
5. Jones P, Barnes T, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second vs first-generation antipsychotic drug in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:1079-1087
6. Kahn R, Fleischhacker W, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomized trial. *Lancet* 2008, 371:1085-1097
7. Voruganti L, Baker L, Awad G. New generation antipsychotic drugs and compliance behaviour. *Curr Opin Psychiatry* 2008, 21:133-139
8. Moore T, Buchanan R, Buckley P et al. The Texas Medication Algorithm Project. Antipsychotic algorithm for schizophrenia: 2006 update. *J Clin Psychiatry* 2007, 68:1751-1762
9. Patil S, Zhang L, Martenyi F et al. Activation of mGluR 2/3 receptors as a new approach to treat schizophrenia: a randomized phase 2 clinical trial. *Nat Med* 2007, 13:1102-1107

## Ερευνητική εργασία Research article

### Μελέτη της ευερεθιστότητας σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση

Α. Σπυροπούλου,<sup>1</sup> Ι. Ζέρβας,<sup>1</sup> Ε. Λαμπρινουδάκη,<sup>2</sup> Δ. Ρίζος,<sup>3</sup> Κ. Κουντή,<sup>1</sup>  
Χ. Τζαβάρα,<sup>4</sup> Ε. Σανιδά,<sup>1</sup> Α. Αυγουλέα,<sup>2</sup> Ε. Βούσουρα,<sup>1</sup> Γ. Χριστοδουλάκος,<sup>2</sup>  
Γ. Κρεατσάς,<sup>2</sup> Κ.Ρ. Σολδάτος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ειδικό Ιατρείο Ψυχικής Υγείας Γυναικών, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο,  
<sup>2</sup>Ιατρείο Κλιμακτηρίου-Εμμηνόπαυσης, Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Αρεταίειο»  
Νοσοκομείο, <sup>3</sup>Ορμονολογικό Εργαστήριο, Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Αρεταίειο»  
Νοσοκομείο, <sup>4</sup>Βιοστατιστικός, Αθήνα

Ψυχιατρική 2008, 19:115–123

**Π**αρά το γεγονός ότι η ευερεθιστότητα αποτελεί συχνά το κύριο παράπονο των περιεμμηνοπαυσικών και εμμηνόπαυσιακών γυναικών, μελέτες που να εστιάζουν ειδικά στην ευερεθιστότητα σ' αυτό τον πληθυσμό, ουσιαστικά απουσιάζουν. Στην παρούσα συγχρονική μελέτη έλαβαν μέρος 163 περιεμμηνοπαυσιακές και εμμηνόπαυσιακές γυναίκες, που παρακολουθούνταν σε ειδικό ιατρείο κλιμακτηρίου και δεν λάμβαναν θεραπεία υποκατάστασης. Μελετήθηκε εάν η εξωστρεφόμενη και η εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα, όπως μετρήθηκαν με την κλίμακα Ευερεθιστότητας, Κατάθλιψης και Άγχους (IDA scale), συνδέονται με τη φάση της εμμηνόπαυσης (περιεμμηνοπαυση ή εμμηνόπαυση), με τα επίπεδα των ορμονών, την παρουσία χρόνιας νόσου, καθώς και με παραμέτρους της εμμηνόπαυσης, όπως τα αγγειοκινητικά συμπτώματα και η αύπνια. Επιπλέον, διερευνήθηκε η πιθανή σχέση των δύο υποκλιμάκων της ευερεθιστότητας με μετρήσεις του άγχους και της κατάθλιψης. Βρέθηκε ότι η εξωστρεφόμενη και η εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα των περι- και εμμηνόπαυσιακών γυναικών συσχετίζονται με την παρουσία χρόνιας νόσου, μιας παραμέτρου που μπορεί εν μέρει να επηρεάζεται από τη μεγαλύτερη ηλικία των γυναικών αυτών. Η εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα συσχετίστηκε θετικά με τα επίπεδα των ορμονών FSH και LH, υποδηλώνοντας έναν πιθανό σύνδεσμο μεταξύ εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας και εμμηνόπαυσης. Η παρουσία αγγειοκινητικών συμπτωμάτων και αύπνιας δεν συσχετίστηκε με την εσωστρεφόμενη και εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα. Για την εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα βρέθηκε θετική συσχέτιση με το επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ η εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα συσχετίστηκε θετικά τόσο με το άγχος, όσο και με τη βαρύτητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Ευερεθιστότητα, εμμηνόπαυση, ορμόνες, αύπνια, χρόνια νόσος.

## Εισαγωγή

Αν και η ευερεθιστότητα αποτελεί ένα από τα συχνότερα αναφερόμενα παράπονα στις γυναίκες με προεμμηνόρρυσιακή, περιγεννητική ή περιεμμηνόπαυσιακή διαταραχή της διάθεσης,<sup>1,2</sup> έρευνες που να έχουν εστιάσει στη μελέτη της ευερεθιστότητας στις γυναίκες αυτές ουσιαστικά απουσιάζουν. Το γεγονός ότι η ευερεθιστότητα έχει αγνοηθεί στην πρόσφατη ιατρική βιβλιογραφία, μπορεί να αποδοθεί αφενός στο μη ικανοποιητικό ορισμό του όρου «ευερεθιστότητα» και αφετέρου στο ανεπίλυτο θέμα του κατά πόσο αντιπροσωπεύει ένα συναισθηματικό σύμπτωμα ή αφορά ένα περισσότερο ή λιγότερο σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.<sup>3,4</sup> Επιπλέον, η ευερεθιστότητα συχνά συγχέεται με όρους όπως ο θυμός, η εχθρότητα και η επιθετικότητα, ή εκλαμβάνεται ως σύμπτωμα κλινικών ψυχιατρικών διαταραχών, όπως οι διαταραχές της διάθεσης, οι διαταραχές της προσωπικότητας, κ.ά.<sup>3,4</sup> Σε αντίθεση με εκείνους που παραγνωρίζουν την ευερεθιστότητα, οι Snaitth & Taylor πρότειναν ότι η ευερεθιστότητα μπορεί ενδεχομένως να αποτελεί μια ανεξάρτητη ψυχοπαθολογική οντότητα και όχι ένα μόνο σύμπτωμα της καταθλιπτικής ή της αγχώδους διαταραχής.<sup>4</sup> Η άποψη αυτή ενισχύθηκε, όταν στη διάρκεια δημιουργίας της ευρέως χρησιμοποιούμενης Κλίμακας Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS), βρέθηκε ότι οι παράμετροι της ευερεθιστότητας συνιστούσαν έναν ανεξάρτητο παράγοντα (factor) από την κλινική κατάθλιψη.<sup>5</sup> Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν υψηλή συχνότητα της ευερεθιστότητας στους πάσχοντες από παθολογικά νοσήματα και της εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας στους παραπτωματικούς νέους, ενισχύοντας την άποψη για την ανάγκη μιας ανεξάρτητης και ειδικά εστιασμένης στην ευερεθιστότητα επιστημονικής μελέτης.<sup>6,7</sup>

Οι Snaitth & Taylor (1985) ορίζουν την ευερεθιστότητα ως μια «συναισθηματική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από μειωμένο χαρακτηριστικό έλεγχο, που συχνά καταλήγει σε αφίσθυμα λεκτικά και συμπεριφορικά ξεσπάσματα, παρότι η διάθεση μπορεί να είναι παρούσα χωρίς να παρατηρείται κάποια μορφή συμπεριφορικών εκδηλώσεων της. Μπορεί να εκδηλώνεται είτε ως σύντομο επεισόδιο, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, είτε ως παρατεταμένο και γενικευμένο επεισόδιο. Η εμπειρία της ευερεθιστότητας

είναι πάντοτε δυσάρεστη για το υποκείμενο και η ανοιχτή εκδήλωση της δεν ενέχει το καθαρικό αποτέλεσμα των δικαιολογημένων εκρήξεων θυμού».<sup>4</sup> Ο ορισμός αυτός των Snaitth & Taylor αποτέλεσε τη βάση για τον ορισμό της ευερεθιστότητας, στα πλαίσια δημιουργίας των Διαγνωστικών Κριτήριων για την Ψυχοσωματική Έρευνα.<sup>8</sup>

Τα συναισθηματικά συμπτώματα, που είναι γνωστό ότι σχετίζονται περισσότερο με την εμμηνόπαυση, είναι τα καταθλιπτικά συμπτώματα, η ευερεθιστότητα και η συναισθηματική αστάθεια.<sup>9</sup> Η καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι εκείνη που έχει μελετηθεί διεξοδικότερα,<sup>10</sup> ενώ η μελέτη της ευερεθιστότητας στερείται ουσιαστικής βιβλιογραφικής παρουσίας. Αυτό είναι αξιοπερίεργο, ιδιαίτερα εάν λάβουμε υπόψη μας τα αποτελέσματα της έρευνας Study of Women's Health Across the Nation (SWAN), που έδειξαν ότι οι γυναίκες στην αρχή της περιεμμηνόπαυσης εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό επίμονων αλλαγών της διάθεσης, όπως η ευερεθιστότητα, ο εκνευρισμός και η συναισθηματική αστάθεια, ενώ δεν ανέφεραν το ίδιο συχνά ότι αισθάνονταν λυπημένες.<sup>11</sup>

Επομένως, φαίνεται ότι η ευερεθιστότητα, ως μείζον παράπονο πολλών γυναικών στην περιεμμηνόπαυση και στην εμμηνόπαυση, χρήζει περαιτέρω αποσαφήνισης, η οποία θα μπορούσε να συμβάλει στην κατανόηση αυτής της συναισθηματικής συμπτωματολογίας στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο της ζωής των γυναικών. Χρήσιμο θα ήταν ακόμη να κατανοήσουμε την πιθανή σχέση της ευερεθιστότητας με το άγχος και την κατάθλιψη. Επειδή παραμένει αμφιλεγόμενο αν τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση και τη μετάβαση σ' αυτήν σχετίζονται με τις ορμονικές αλλαγές ή αποτελούν δευτερογενές αποτέλεσμα των αγγειοκινητικών και άλλων ενοχλητικών συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, όπως η αύπνια,<sup>12</sup> η παρούσα έρευνα είχε τους εξής στόχους:

- α. Τη μελέτη της ευερεθιστότητας στις περιεμμηνόπαυσιακές και εμμηνόπαυσιακές γυναίκες
- β. Τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων της ευερεθιστότητας με τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, την αύπνια, την παρουσία χρόνιας ασθένειας και τις ορμονικές παραμέτρους (στεροειδή του φύλου, γοναδοτροφίνες, προλακτίνη και τις θυροειδικές ορμόνες) και



γ. Την εκτίμηση πιθανής συσχέτισης της ευερεθιστότητας με μετρήσεις της κατάθλιψης και του άγχους, όπως αυτές προέκυψαν από αυτοσυμπληρούμενες ψυχομετρικές κλίμακες.

### Υλικό και μέθοδος

**Δείγμα:** Εκατόν εξήντα τρεις (163) γυναίκες στην περιεμμηνόπαυση και στην εμμηνόπαυση που παρακολουθούνταν στο Ειδικό Ιατρείο Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης της Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αρεταίειο Νοσοκομείο, αξιολογήθηκαν κατά τη διάρκεια της προγραμματισμένης τους παρακολούθησης. Οι γυναίκες που επισκέπτονται το συγκεκριμένο ιατρείο, προσέρχονται είτε με δική τους πρωτοβουλία, είτε παραπέμπονται από τον ιατρό τους, με στόχο να λάβουν θεραπεία για πιθανά ενοχλητικά κλιμακτηριακά συμπτώματα, ή γενική καθοδήγηση για ζητήματα υγείας που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση. Όσες γυναίκες υποβάλλονταν σε ορμονική θεραπεία υποκατάστασης ή λάμβαναν τιβολόνη δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, ούτως ώστε να αποκλειστούν τυχόν επιδράσεις των εν λόγω φαρμακευτικών σκευασμάτων στο ορμονικό προφίλ και στην εκδήλωση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων. Για κάθε ασθενή λήφθηκε ιατρικό ιστορικό, που περιλάμβανε το ιστορικό των εμμηνορυσιακών κύκλων, την τελευταία έμμηνο ρύση (ΤΕΡ), την ηλικία, την επαγγελματική, εκπαιδευτική, οικογενειακή κατάσταση και τον αριθμό των παιδιών. Οι ασθενείς συναίνεσαν αφού προηγουμένως ενημερώθηκαν για τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Η εμμηνόπαυση και η περιεμμηνόπαυση ορίστηκαν για τις ανάγκες της μελέτης, με βάση τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ).<sup>13</sup> Σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ, η εμμηνόπαυση συμβαίνει με την ΤΕΡ, η οποία πιστοποιείται με βεβαιότητα μόνο εκ των υστέρων, μετά τη μεσολάβηση ενός έτους διακοπής της εμμηνορυσίας. Η περιεμμηνόπαυση περιλαμβάνει την περίοδο που προηγείται της εμμηνόπαυσης, όταν ξεκινούν οι ενδοκρινικές, βιολογικές και κλινικές εκδηλώσεις της επερχόμενης εμμηνόπαυσης και περιλαμβάνει και το πρώτο έτος μετά την ΤΕΡ.<sup>14</sup> Επειδή στον ορισμό του ΠΟΥ παρατηρείται μια μερική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ του τελευταίου έτους της περιεμμηνόπαυσης και του πρώτου εμμηνοπαυσιακού έτους,<sup>15</sup> στην πα-

ρούσα μελέτη, ως εμμηνοπαυσιακές αναφέρονται οι γυναίκες που είχαν συμπληρώσει τουλάχιστον ένα έτος από την ΤΕΡ και περιεμμηνοπαυσιακές εκείνες στις οποίες είχε μεσολαβήσει λιγότερο από ένα έτος από την ΤΕΡ.

**Διαγνωστικά εργαλεία:** Οι ασθενείς συμπλήρωσαν την κλίμακα Ευερεθιστότητας, Κατάθλιψης και Άγχους (Irritability, Depression, Anxiety Scale, IDA), την κλίμακα κατάθλιψης του Zung και το ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory-STAI). Η IDA είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα που αποτελείται από 18 λήμματα και εκτιμά την ευερεθιστότητα ως μια προσωρινή συναισθηματική κατάσταση.<sup>16</sup> Η ευερεθιστότητα διακρίνεται σε «εξωστρεφόμενη», που εκφράζεται στους γύρω, και σε «εσωστρεφόμενη», που στρέφεται προς τον εαυτό. Η υποκλίμακα της εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας αποτελείται από τα εξής τέσσερα λήμματα: «Νευριάζω και φωνάζω ή φέρομαι απότομα στους άλλους», «Είμαι υπομονετικός/ή με τους άλλους ανθρώπους», «Νιώθω ότι θα μπορούσα να χάσω τον έλεγχο και να χτυπήσω ή να τραυματίσω κάποιον» και «Οι άνθρωποι με ταραζουν τόσο πολύ, που μου έρχεται η επιθυμία να κοπανάω τις πόρτες, ή να σπάω πράγματα». Τα τέσσερα λήμματα που απαρτίζουν την υποκλίμακα της εσωστρεφόμενης ευερεθιστότητας είναι τα εξής: «Νιώθω ότι θέλω να βλάψω τον εαυτό μου», «Θυμώνω με τον εαυτό μου», «Μου έρχεται η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου» και «Τελευταία εκνευρίζομαι με τον εαυτό μου». Κάθε λήμμα λαμβάνει τέσσερις πιθανές απαντήσεις, που βαθμολογούνται από 0 έως 3, με το συνολικό σκορ της ευερεθιστότητας να κυμαίνεται από 0 έως 12. Η κλίμακα IDA διαθέτει δύο ακόμη υποκλίμακες που μετρούν το άγχος και την κατάθλιψη, καθώς στη διάρκεια δημιουργίας της θεωρήθηκε αναγκαία η διερεύνηση της σχέσης της ευερεθιστότητας με το άγχος και την κατάθλιψη. Στην παρούσα μελέτη κρίθηκε σκόπιμο να γίνει χρήση μόνο των δύο υποκλιμάκων της ευερεθιστότητας, ενώ η εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης έγινε χωριστά με τις ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες STAI και Zung, αντίστοιχα. Η κλίμακα του Zung είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης της σοβαρότητας της κατάθλιψης, αποτελούμενη από 20 λήμματα.<sup>17</sup> Η υποκλίμακα του άγχους ως συναισθηματικής κατάστασης (state), της κλίμακας STAI αποτελείται από 20 λήμματα, που μετρούν τα τρέχοντα

αγχώδη συναισθήματα.<sup>18</sup> Όσο υψηλότερη η βαθμολογία στις παραπάνω ψυχομετρικές κλίμακες, τόσο σοβαρότερη η ψυχοπαθολογία.

Η μέτρηση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων έγινε με την κλίμακα του Greene, η οποία παρέχει ένα συνολικό σκορ, καθώς και επιμέρους σκορ για τα ψυχολογικά, σωματικά και αγγειοκινητικά συμπτώματα.<sup>19</sup> Η εκτίμηση της αϋπνίας έγινε με την Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών.<sup>20</sup> Η χρόνια νόσος αναφέρεται στην παρουσία υπέρτασης, καρδιακής νόσου, σακχαρώδους διαβήτη και/ή θυρεοειδικής νόσου.

**Ορμονικοί προσδιορισμοί:** Οι ορμόνες που μετρήθηκαν ήταν οι εξής: γοναδοτροφίνες (FSH, LH), οιστραδιόλη (17-β-E2), τεστοστερόνη, θειϊκή διυδροεπιανδροστερόνη (DHEA-S), Δ4-ανδροστενεδιόνη, προλακτίνη και θυρεοειδικές ορμόνες (TSH, FT4, FT3). Η μέτρηση των FSH και LH έγινε με ανοσοενζυμική μέθοδο στον αυτόματο αναλυτή AxSYM-FSH, Abbott AxSYM και LH Abbott AxSYM, αντίστοιχα (Abbott Laboratories, Illinois, USA). Ο συντελεστής μεταβλητότητας (CV) κυμάνθηκε από 5,2% έως 10,0% για την LH και από 5,3% έως 8,5% για την FSH. Ο προσδιορισμός της οιστραδιόλης έγινε με τη μέθοδο Abbott Estradiol (Abbott Lab, Abbott Park, Ill, USA), στον αναλυτή AxSYM R. Το κατώτερο όριο ανίχνευσης και η αναλυτική ευαισθησία της μεθόδου ήταν 5 και 20 pg/mL, αντίστοιχα, και ο συνολικός δείκτης % CV ήταν: 12,4, 7,2 και 8,1 στα επίπεδα των 85, 300 και 700 pg/mL, αντίστοιχως, σύμφωνα με τις μετρήσεις του εργαστηρίου. Η Δ4-ανδροστενεδιόνη μετρήθηκε με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA-IBL Androstendione ELISA (IBL GmbH, Hamburg, Germany). Ο δείκτης % CV μεταξύ των δοκιμασιών (inter-assay) κυμάνθηκε από 6,5 έως 8,1. Τα επίπεδα συνολικής τεστοστερόνης και DHEA-S προσδιορίστηκαν με τη μέθοδο της ανοσοχημειοφωταύγειας στον αναλυτή Immulite (Diagnostic Products Corporation, Los Angeles, USA). Ο συνολικός δείκτης CV κυμάνθηκε από 8,0% έως 16,0% και από 8,1% έως 15%, αντίστοιχα. Η αναλυτική ευαισθησία για την τεστοστερόνη ήταν 0,05 ng/mL. Η μέτρηση της προλακτίνης, της TSH, FT3 και FT4 έγινε με ανοσοενζυμική μέθοδο (Abbott AxSYM, Abbott Laboratories, Illinois, USA). Ο συνολικός δείκτης % CV ήταν 3,4–6,3% για την προλακτίνη, 5,1–10,3% για την TSH, 3,7–8,4% για την FT3 και 3,6–10,0% για την FT4. Η αναλυτική ευαισθησία ήταν 0,6 ng/mL για την

προλακτίνη, 0,03 μIU/mL για την TSH, 1,1 pg/mL για την FT3 και 0,4 ng/dL για την FT4.

**Στατιστική ανάλυση:** Ο έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών έγινε με τη μη παραμετρική δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov. Στις περιπτώσεις μη κανονικής κατανομής έγιναν λογαριθμικοί μετασχηματισμοί.

Ο έλεγχος της σχέσης της ευερεθιστότητας με τις κλίμακες της αϋπνίας, τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, την κλίμακα κατάθλιψης του Zung και την κλίμακα άγχους STAI έγινε με τον υπολογισμό των συντελεστών μερικής συσχέτισης, ελέγχοντας για την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών, τη φάση της εμμηνόπαυσης και την παρουσία χρόνιας νόσου. Οι τιμές των κλιμάκων χρησιμοποιήθηκαν ως συνεχείς μεταβλητές. Ο συντελεστής συσχέτισης (Pearson's correlation coefficient) χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των πιθανών συσχέτισεων μεταξύ των επιπέδων των ορμονών και της ευερεθιστότητας. Προκειμένου να ανιχνευθούν τυχόν διαφορές στα επίπεδα ορμονών ανάλογα με την εμμηνόπαυσιακή κατάσταση (περιεμμηνόπαυση και εμμηνόπαυση) χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη διερεύνηση της σχέσης της ευερεθιστότητας με τα επίπεδα ορμονών πραγματοποιήθηκε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, με διόρθωση για την επίδραση της ηλικίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της επαγγελματικής και οικογενειακής κατάστασης, του αριθμού των παιδιών, της φάσης της εμμηνόπαυσης και της παρουσίας χρόνιας νόσου. Κάθε ορμόνη που συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την ευερεθιστότητα στη μονομεταβλητή ανάλυση εξετάστηκε ξεχωριστά στη γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης, γιατί ο διαγνωστικός έλεγχος του μοντέλου με δύο ή περισσότερες ορμόνες έδειξε ισχυρή συγγραμμικότητα (collinearity). Δεν διαπιστώθηκε άλλη συσχέτιση πλην της γραμμικής, μετά από την εισαγωγή στα μοντέλα μετασχηματισμών των τιμών των ορμονών, στο τετράγωνο ή στον κύβο.

Για να δώσουμε μια ένδειξη της κλινικής σημαντικότητας των στατιστικά σημαντικών μεταβλητών, υπολογίστηκε το μέγεθος επίδρασης (effect size) στο σκορ της ευερεθιστότητας. Δεν βρέθηκαν σημαντικές αλληλεπιδράσεις των μεταβλητών.

Τα Ρ που αναφέρονται είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο STATA (έκδοση 6.0).

### Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτέλεσαν 163 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 55,1 έτη (SD=5,7 έτη). Τα χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Η μέση βαθμολογία ήταν 5,1 (SD=2,4) για την εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα και 5,9 (SD=2,7) για την εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα. Οι μέσοι όροι βαθμολογίας των περιεμμηνοπαυσιακών και εμμηνοπαυσιακών γυναικών σε όλες τις διαγνωστικές κλίμακες παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε καμία κλίμακα. Σημαντικού βαθμού θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των επιπέδων FSH και LH και της εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας (πίνακας 3). Αντίθετα, δεν βρέθηκε σημαντική σχέση ανάμεσα στην εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα και στα επίπεδα των ορμονών. Επιπρόσθετα, η εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με

**Πίνακας 1.** Χαρακτηριστικά του δείγματος (n=163).

	n (%)
<i>Ηλικία σε έτη (μέσος όρος±SD)</i>	55,1 (5,7)
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	
Εργαζόμενη	69 (42,3)
Οικιακά-άνεργη	55 (33,7)
Συνταξιούχος	39 (23,9)
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	
Έγγαμος	122 (74,9)
Άλλη	41 (25,1)
<i>Αριθμός παιδιών</i>	
Κανένα	18 (11,3)
1-2	111 (69,8)
>2	30 (18,9)
<i>Φάση της εμμηνόπαυσης</i>	
Περιεμμηνόπαυση	26 (17,3)
Εμμηνόπαυση	124 (82,7)
<i>Χρόνια νόσος</i>	
Όχι	109 (66,9)
Ναι	54 (33,1)

**Πίνακας 2.** Μέσες τιμές των διαγνωστικών κλιμάκων σε περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

	Φάση εμμηνόπαυσης				
	Περιεμμηνόπαυση		Εμμηνόπαυση		P*
	MT	SD	MT	SD	
Εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα (IDA)	5,1	3,4	5,0	2,2	0,889
Εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα (IDA)	5,6	2,8	5,9	2,7	0,647
Κατάθλιψη (Zung)	36,3	6,8	39,8	8,4	0,115
Άγχος (STAI-state)	40,1	7,8	40,3	11,3	0,921
Αϋπνία (Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών)	3,0	3,8	3,9	3,8	0,272
Αγγειοκινητικά συμπτώματα (Greene)	2,6	2,3	1,9	2,0	0,116

\* Student's t-test

**Πίνακας 3.** Συσχέτισεις των δύο υποκλιμάκων της ευερεθιστότητας με τα επίπεδα των ορμονών για το συνολικό δείγμα (n=163).

	Εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα	Εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα
TSH (μIU/mL)*	0,01	0,09
FT <sub>3</sub> (pg/mL)*	0,04	-0,09
FT <sub>4</sub> (ng/dL)*	0,06	-0,09
FSH (μIU/mL)	0,08	<b>0,25</b>
LH (μIU/mL)	0,18	<b>0,26</b>
Οιστραδιόλη (pg/mL)*	0,04	-0,05
Προλακτίνη (ng/mL)*	-0,09	-0,11
Τεστοστερόνη (ng/dL)	0,05	0,04
DHEA-S (ng/mL)	0,02	0,09
Δ4-ανδροστενδιόνη	0,05	0,18

Σημείωση: Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις επισημαίνονται με έντονη γραμματοσειρά, (P<0,05, αμφίπλευρα)

\* Ο έλεγχος βασίστηκε σε λογαριθμικούς μετασχηματισμούς

το επίπεδο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της εσωστρεφόμενης ευερεθιστότητας και της κλίμακας κατάθλιψης του Zung και την κλίμακα άγχους STAI-state (πίνακας 4). Το 30,5% των γυναικών είχαν ανεπαρκή ύπνο (επίδοση στην Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών  $\geq 6$ ),<sup>21</sup> αλλά δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην ευερεθιστότητα μεταξύ αυτών που είχαν καλό ή ανεπαρκή ύπνο. Δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις

**Πίνακας 4.** Συντελεστές μερικής συσχέτισης της ευερεθιστότητας με την αύπνια, τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, την καταθλιπτική συμπτωματολογία και το άγχος.

	Εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα	Εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα
Αύπνια (Κλίμακα Αύπνιας Αθηνών)	-0,10	-0,01
Αγγειοκινητικά συμπτώματα (Greene)	-0,19	-0,05
Κατάθλιψη (Zung)	<b>0,21</b>	<b>0,24</b>
Άγχος (STAI-state)	<b>0,23</b>	0,16

*Σημείωση:* Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις επισημαίνονται με έντονη γραμματοσειρά, ( $P < 0,05$ , αμφίπλευρα). Οι συντελεστές είναι διορθωμένοι για την ηλικία, τα εμμηνοπαυσιακά έτη, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών και την παρουσία χρόνιας νόσου.

μεταξύ των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων και της φάσης της εμμηνόπαυσης και των δύο υποκλιμάκων της ευερεθιστότητας.

Σύμφωνα με την ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα, η μεταβλητή που βρέθηκε να συσχετίζεται ανεξάρτητα ήταν η παρουσία χρόνιας νόσου (πίνακας 5). Οι γυναίκες με χρόνια νόσο είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα (effect size=44,6%). Ομοίως, βάσει της ανάλυσης πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, οι γυναίκες με χρόνια νόσο σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα (effect size=40,0%). Επιπλέον, αύξηση των επιπέδου της FSH (effect size=22,2% για αύξηση 20 μονάδων) και των επιπέδων της LH (effect size=37,0% για αύξηση 20 μονάδων), βρέθηκαν να συσχετίζονται με την εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα στο μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

### Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη η εσωστρεφόμενη και η εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα συσχετίστηκαν θετικά με την παρουσία χρόνιας νόσου (υπέρταση, καρδιακή νόσος, σακχαρώδης διαβήτης και/ή θυρεοειδική νόσος), ενώ δεν βρέθηκε συσχέτιση με τη φάση της

**Πίνακας 5.** Προσαρμοσμένοι συντελεστές παλινδρόμησης β (τυπικό σφάλμα), από το πολυμεταβλητό μοντέλο.

	Εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα β±SE	Εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα β±SE
Ηλικία σε έτη (μέσος όρος±SD)	-0,02±0,05	-0,03±0,07
Επαγγελματική κατάσταση Εργαζόμενη, (αναφ.)		
Οικιακά-άνεργη	0,14±0,60	0,03±0,79
Συνταξιούχος	-0,80±0,69	-1,10±0,89
Οικογενειακή κατάσταση Έγγαμος, (αναφ.)		
Άλλο	0,58±0,059	-0,28±0,78
Αριθμός παιδιών Κανένα, (αναφ.)		
1-2	-0,53±0,78	0,65±0,98
>2	-1,37±0,97	-0,72±1,34
Φάση εμμηνόπαυσης Περιεμμηνόπαυση, (αναφ.)		
Εμμηνόπαυση	-0,19±0,72	-0,79±0,96
Χρόνια νόσος Όχι, (αναφ.)		
Ναι	<b>1,07±0,53<sup>†</sup></b>	<b>1,08±0,54<sup>†</sup></b>
FSH (μIU/mL)	-	<b>0,03±0,01<sup>†</sup></b>
LH (μIU/mL)*	-	<b>0,05±0,02<sup>†*</sup></b>

Σημείωση: <sup>†</sup> $P < 0,05$

\* Οι συντελεστές προέκυψαν από ένα νέο μοντέλο διορθωμένο για όλες τις άλλες μεταβλητές

εμμηνόπαυσης, τα αγγειοκινητικά συμπτώματα και την αύπνια. Επομένως, τόσο η εσωστρεφόμενη όσο και η εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα φαίνεται ότι σχετίζονται με τη χρόνια ασθένεια, ένα παράγοντα που, παρότι δεν είναι ειδικός για την εμμηνόπαυση, ενδέχεται να σχετίζεται με τη μεγαλύτερη ηλικία του εμμηνοπαυσιακού πληθυσμού. Σε δύο πρόσφατες μελέτες σε Ιταλούς ασθενείς, βρέθηκε ότι το 27% των πασχόντων από παθολογικά νοσήματα, εμφάνιζαν ευερέθιστη διάθεση,<sup>22</sup> και ότι η ευερεθιστότητα αποτελούσε ένα από τα πρόδρομα συμπτώματα του εμφράγματος του μυοκαρδίου.<sup>23</sup> Τα αποτελέσματα αυτά είναι ακόμη σύμφωνα με ευρήματα μελετών, που δείχνουν ότι η ευερεθιστότητα σχετίζεται με τη νοσηλεία, τις σωματικές νόσους και τις διαγνωστικές διαδικασίες,<sup>24</sup> ενθαρρύνοντας την ένταξη της ευερέθιστης διάθεσης στα Διαγνωστικά Κριτήρια για την Ψυχοσωματική Έρευνα.<sup>25</sup> Η συγχρονική φύση

της παρούσας μελέτης δεν μας επιτρέπει να κάνουμε υποθέσεις για αιτιολογικές σχέσεις. Ωστόσο, τα αποτελέσματα δείχνουν την ύπαρξη κάποιας σχέσης μεταξύ της ευερεθιστότητας και της χρόνιας νόσου στις εμμηνόπαυσιακές γυναίκες.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι η εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα FSH και LH. Δεν υπάρχουν στοιχεία, που να στηρίζουν την ύπαρξη μιας απευθείας σχέσης μεταξύ των επιπέδων FSH και LH και της εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας. Ωστόσο, καθώς οι FSH και LH είναι δείκτες της ωοθηκικής γήρανσης και της εμμηνόπαυσης, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν συσχέτιση μεταξύ της εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας και της εμμηνόπαυσης. Τα ευρήματα μας ενισχύονται από τ' αποτελέσματα μελετών που βρίσκουν ότι η ευερεθιστότητα είναι ένα από τα συχνότερα αναφερόμενα παράπονα των γυναικών στην εμμηνόπαυση.<sup>9,11</sup> Θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον να εξεταστούν περαιτέρω οι δρόμοι, που πιθανώς συνδέουν τις αλλαγές στο ορμονικό προφίλ της εμμηνόπαυσης με τα συστήματα των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου, που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά και τα συμπτώματα της διάθεσης.<sup>26</sup>

Έχει προταθεί ότι τα αγγειοκινητικά συμπτώματα και οι διαταραχές του ύπνου λειτουργούν ως μεσο-λαβητές στη σχέση εμμηνόπαυσης και κατάθλιψης, προσφέροντας στήριξη στη λεγόμενη «θεωρία του ντόμινο».<sup>27-29</sup> Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δεν υποστηρίζουν κάτι τέτοιο, αφού η ευερεθιστότητα δεν συσχετίστηκε ούτε με τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, ούτε με την αϋπνία. Τα συναισθηματικά συμπτώματα, και κυρίως η καταθλιπτική συμπτωματολογία, εμφανίζονται συνήθως κατά τη περίοδο της περιεμμηνόπαυσης.<sup>12,22,30,31</sup> Η σύνδεση ευερεθιστότητας και περιεμμηνόπαυσης δεν επιβεβαιώθηκε σε αυτήν τη μελέτη, γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με τον μικρό αριθμό των περιεμμηνόπαυσιων γυναικών (n=26), που συμμετείχαν στη μελέτη.

Στο υπό μελέτη δείγμα, η ένταση τόσο της εσωστρεφόμενης όσο και της εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας συνέπεσε με τις διαχωριστικές τιμές (cut-off points) που είχαν βρει οι Snaith et al (1978), ότι διαχώριζαν την ομάδα ελέγχου από ομάδα ψυχιατρικών ασθενών, που έπασχαν από σοβαρή διαταραχή της διάθεσης.<sup>16</sup> Το εύρημα αυτό μπορεί να υποδηλώνει την ύπαρξη υπο-ουδικής ψυχιατρικής διαταραχής στον πληθυσμό της μελέτης, π.χ. κατάθλιψη, αλλά ο

σχεδιασμός της έρευνας δεν επιτρέπει τη διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων γι' αυτό το ζήτημα. Μια προοπτική μελέτη παρακολούθησης, με δομημένες κλινικές συνεντεύξεις, θα μπορούσε να διερευνήσει περαιτέρω το θέμα αυτό.

Στις γυναίκες που μελετήσαμε βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα και το επίπεδο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ενώ η εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα συσχετίστηκε τόσο με σοβαρότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία και όσο και με το άγχος (state-anxiety). Η σχέση ευερεθιστότητας, όπως αυτή μετρήθηκε με την κλίμακα IDA, με το άγχος και την κατάθλιψη δεν έχει μέχρι σήμερα πλήρως αποσαφηνιστεί. Στην πρώτη παρουσίαση της κλίμακας IDA,<sup>16</sup> τα αποτελέσματα έδειξαν ισχυρή συσχέτιση τόσο της κατάθλιψης όσο και του άγχους με την εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας επιβεβαίωσαν τη θετική συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης με την εσωστρεφόμενη ευερεθιστότητα, ενώ προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι η εξωστρεφόμενη ευερεθιστότητα αποτελεί ανεξάρτητη διαταραχή της διάθεσης και όχι ένα συνοδό χαρακτηριστικό του άγχους και της κατάθλιψης.<sup>4</sup> Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε την αυτονομία της εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας μόνο ως προς την αγχώδη συμπτωματολογία. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι το ερώτημα του κατά πόσο η ευερεθιστότητα συσχετίζεται με άλλες συναισθηματικές καταστάσεις, επηρεάζεται από τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται. Η κλίμακα IDA,<sup>16</sup> παρότι παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα, εγείρει ορισμένα θέματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Ο Lester υποστήριξε ότι οι τέσσερις διαστάσεις –εσωστρεφόμενη, εξωστρεφόμενη, άγχος και κατάθλιψη– δεν μετρούν διακριτές διαστάσεις αλλά μια γενική συναισθηματική διαταραχή.<sup>32</sup> Παρά τους περιορισμούς της κλίμακας IDA, και τη δήλωση των Born & Steiner<sup>1</sup> ότι «καμία από τις υπάρχουσες κλίμακες μέτρησης της ευερεθιστότητας δεν αποτελεί έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ευερέθιστης διάθεσης των γυναικών» αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε την κλίμακα IDA, καθώς κρίναμε ότι ήταν η καταλληλότερη για τους σκοπούς της μελέτης.

Ανάμεσα στους περιορισμούς αυτής της μελέτης ότι είναι ο συγχρονικός της (cross-sectional) σχεδια-

σμός. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα της –σύμφω- να με όσα γνωρίζουμε– είναι ότι πρόκειται για την πρώτη φορά, που μελέτη εστιάζει στη συναισθημα- τική κατάσταση της ευερεθιστότητας σε εμμηνοπαυ- σιακές γυναίκες, και το γεγονός ότι η εκτίμησή μας βασίσθηκε σ' ένα ειδικό ψυχομετρικό εργαλείο, και όχι στην απλή αναφορά του συμπτώματος.

Συμπερασματικά, τα ευρήματά μας δείχνουν ότι τό- σο η εξωστρεφόμενη, όσο και η εσωστρεφόμενη ευ- ερεθιστότητα των περι- και εμμηνοπαυσιακών γυναι- κών σχετίζονται με την παρουσία χρόνιας νόσου, δη- λαδή μ' έναν παράγοντα που μπορεί να επηρεάζεται εν μέρει από τη μεγαλύτερη ηλικία των εμμηνοπαυσι-

ακών γυναικών. Η φάση της εμμηνόπαυσης, καθώς και τα τυπικά εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, όπως τα αγ- γειοκινητικά συμπτώματα και η αϋπνία φαίνεται πως δεν σχετίζονται με την ευερεθιστότητα. Η εξωστρε- φόμενη ευερεθιστότητα συνδέεται με τα επίπεδα της FSH και LH, υποδηλώνοντας έναν πιθανό σύνδεσμο μεταξύ της εξωστρεφόμενης ευερεθιστότητας και της εμμηνόπαυσης. Περαιτέρω ερευνητική εργασία χρει- άζεται τόσο για ν' αποσαφηνιστεί το περιεχόμενο του όρου της ευερεθιστότητας στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας των γυναικών, καθώς και για τη δημιουργία ει- δικών ψυχομετρικών εργαλείων, που θα μπορούσαν με ακρίβεια ν' ανιχνεύσουν την ευερεθιστότητα.

## A study of irritability in menopausal women

A. Spyropoulou,<sup>1</sup> I. Zervas,<sup>1</sup> I. Lambrinouadaki,<sup>2</sup> D. Rizos,<sup>3</sup> K. Koundi,<sup>1</sup>  
Ch. Tzavara,<sup>4</sup> E. Sanida,<sup>1</sup> A. Augoulea,<sup>2</sup> E. Vousoura,<sup>1</sup>  
G. Christodoulakos,<sup>2</sup> G. Creatsas,<sup>2</sup> C.R. Soldatos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Women's Mental Health Clinic, 1st Department of Psychiatry, Eginition Hospital, University of Athens,

<sup>2</sup>Menopause Clinic, 2nd Department of Obstetrics and Gynecology, "Areteion Hospital", University of Athens,

<sup>3</sup>Hormonal Laboratory, of Department of Obstetrics and Gynecology, "Areteion" Hospital, University of Athens,

<sup>4</sup>Biostatistician, Athens, Greece

Psychiatriki 2008, 19:115–123

Despite the fact that irritability is frequently the main presenting complaint of perimenopausal and postmenopausal women, studies specifically researching irritability in this population are scant. One hundred sixty three (163) peri- and postmenopausal women non-HT users, attending a menopause clinic, were included in this cross-sectional study. The investigation focused on whether the occurrence of inward and outward irritability in menopause is associated with various menopausal parameters, such as vasomotor symptoms, insomnia, menopausal status, hormone levels, and with the presence of chronic disease. Furthermore, we examined the possible association of inward and outward irritability with measures of anxiety and depression. Outward and inward irritability of peri- and postmenopausal women seem to be related to chronic disease, a factor that may be partially influenced by the older age of menopausal women. Outwardly directed irritability is found to be related to FSH and LH levels, independently of specific menopausal symptoms, such as vasomotor symptoms or insomnia. Outward irritability was found to be positively correlated with depressive symptomatology, whereas inward irritability correlated with both anxiety and higher depressive symptomatology.

**Key words:** Irritability, menopause, hormones, insomnia, chronic disease.

## Βιβλιογραφία

1. Born L, Steiner M. Irritability: the forgotten dimension of female-specific mood disorders. *Arch Womens Ment Health* 1999, 2:153-167
2. Steiner M, Yonkers KA. *Depression in women: Mood disorders associated with reproductive cyclicality*. London, Martin Dunitz Ltd, 1998:56-67
3. Fava GA. Irritability. *Br J Psychiatry* 1986, 148:338-339
4. Snaith RP, Taylor CM. Irritability: Definition, Assessment and Associated Factors. *Br J Psychiatry* 1985, 147:127-136
5. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987, 150:782-786
6. Mangelli L, Fava GA, Grassi L et al. Irritable mood in Italian patients with medical disease. *J Nerv Ment Dis* 2006, 194: 226-228
7. Donovan SJ, Nunes EV, Stewart JW et al. "Outer-directed irritability": a distinct mood syndrome in explosive youth with a disruptive behavior disorder? *J Clin Psychiatry* 2003, 64: 698-701
8. Fava GA, Freyberg HJ, Bech P et al. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 1995, 63:1-8
9. Sherwin BR. Menopause: Myths and Realities. In: Stotland NL, Stewart DE (eds) *Psychological aspects of Women's Health Care. The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology*. Second edition. Washington, American Psychiatric Press, 2001:241-259
10. Cohen L, Soares CN, Joffe H. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. *Am J Med* 2005, 118:93S-97S
11. Bromberger JT, Assmann SF, Avis NE et al. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre- and perimenopausal women. *Am J Epidemiol* 2003, 158:347-356
12. Freeman EW, Sammel MD, Lin H. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:375-382
13. World Health Organization: Report of a WHO Scientific Group: *Research on the Menopause*. Geneva: World Health Organization, 1981. WHO Technical Report Series No 670
14. Sherman S. Defining the menopausal transition. *Am J Med* 2005, 118:3S-7S
15. Prior JC. Perimenopause: The complex endocrinology of the menopausal transition. *Endocr Rev* 1998, 19:397-428
16. Snaith RP, Constantopoulos AA, Jardine MY et al. A clinical scale for the self-assessment of irritability. *Br J Psychiatry* 1978, 132:164-171
17. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965, 12:63-70
18. Spielberger CD, Gorus RL, Luchene RE et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, revised ed. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 1983
19. Greene JG: A factor analytic study of climacteric symptoms. *J Psychosom Res* 1976, 20:425-430
20. Soldatos C, Dikeos D, Paparrigopoulos T. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res* 2000, 48: 555-560
21. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J Psychosom Res* 2003, 55:263-267
22. Freeman EW, Sammel MD, Liu L et al. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:62-70
23. Ottolini F, Modena MG, Rigatelli M. Prodromal symptoms in myocardial infarction. *Psychother Psychosom* 2005, 74:323-327
24. Fava GA. Irritable mood and physical illness. *Stress Med* 1987, 3:293-299
25. Fava GA, Freyberg HJ, Bech P et al. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 1995, 63:1-8
26. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord* 2003, 74:67-83
27. Avis NE, Crawford S, Stellato R. Longitudinal study of hormone levels and depression among women transitioning through menopause. *Climacteric* 2001, 4:243-249
28. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosom Med* 2001, 63:603-608
29. Joffe H, Hall JE, Soares CN et al. Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care. *Menopause* 2002, 9:389-391
30. Schmidt PJ, Haq N, Rubinow DR. A longitudinal evaluation of the relationship between reproductive status and mood in perimenopausal women. *Am J Psychiatry* 2004, 161:2238-2244
31. Schmidt PJ. Mood, depression, and reproductive hormones in the menopausal transition. *Am J Med* 2005, 118:54S-58S
32. Lester D. Examination of a scale to assess irritability. *Person Individ Diff* 1998, 9:935-936

Αλληλογραφία: Α. Σπυροπούλου, Ειδικό Ιατρείο Ψυχικής Υγείας Γυναικών, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Βασ. Σοφίας 74, 115 28 Αθήνα  
 Τηλ: 210-72 97 957, fax: 210-60 30 640  
 e-mail: arspyrop@yahoo.com

## Ειδικό άρθρο Special article

# Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου με καρκίνο

Γ.Ι. Μουσσάς,<sup>1</sup> Α.Π. Καρκανιάς,<sup>2</sup> Α. Παπαδοπούλου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών Γενικό Νοσοκομείο, «Αττικόν», <sup>2</sup>Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», <sup>3</sup>Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο», Αθήνα

Ψυχιατρική 2008, 19:124–144

Ο καρκίνος αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες. Ο ασθενής με καρκίνο αντιμετωπίζει υψηλά επίπεδα άγχους, ενώ παράλληλα χρειάζεται να λάβει αποφάσεις κρίσιμης σημασίας για τη θεραπεία του. Ως νόσος απειλητική για τη ζωή, ο καρκίνος αποτελεί ψυχοτραυματικό παράγοντα, που πυροδοτεί στον πάσχοντα αισθήματα κινδύνου, ενώ συγχρόνως επηρεάζει τη λειτουργικότητά του. Η διάγνωση του καρκίνου μπορεί να προκαλέσει διάφορες ψυχολογικές αντιδράσεις, όπως ο φόβος, το άγχος και το αίσθημα του αβοήθητου. Το 50% των ασθενών παρουσιάζουν μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές όπως οι Αγχώδεις Διαταραχές (Διαταραχή Μετά Από Οξύ Στρες, Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες), η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, οι Διαταραχές Προσαρμογής, το Οργανικό Ψυχοσύνδρομο. Τα μέλη της ομάδας της Διασυνδετικής Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής (ΔΣΨ) παρεμβαίνουν σε ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών αντιδράσεων και ψυχιατρικών διαταραχών, που παρουσιάζονται στους ασθενείς με καρκίνο. Επίσης, υπάρχουν ασθενείς με μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές όπως η Σχιζοφρένεια, και ο ψυχίατρος παρεμβαίνει προκειμένου να διευκολύνει την κατανόηση τη νόσου του καρκίνου από τον ασθενή και να ενισχύσει την ενεργό συμμετοχή του στη θεραπεία. Επιπρόσθετα κύριο στόχο αποτελεί η συνεργασία μεταξύ της ομάδας ΔΣΨ και των θεραπόντων ιατρών. Οι ψυχίατροι ευοδώνουν την καλύτερη κατανόηση της νόσου της σχιζοφρένειας από τους ογκολόγους πολεμώντας παράλληλα το στίγμα που σχετίζεται με αυτή. Ο κίνδυνος να προβεί ο ασθενής με καρκίνο σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι υψηλότερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Σημαντικό βήμα για



την αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας είναι η ανεύρεση εκείνων των παραγόντων, που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας στους πάσχοντες από καρκίνο, όπως η μείζων κατάθλιψη, το ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και ο μη ελεγχόμενος πόνος. Όταν το τέλος της ζωής για τον ασθενή πλησιάζει, ο ψυχίατρος καλείται να αντιμετωπίσει σωματικά προβλήματα, ψυχολογικά συμπτώματα και υπαρξιακά θέματα. Συγκεκριμένα, στόχος του είναι να αντιμετωπίσει τον ψυχικό πόνο του ασθενούς του και να παροτρύνει την οικογένειά του να ακούσει τις επιθυμίες του. Η ενεργός παρουσία της Ψυχοογκολογίας παρατηρείται σ' όλο το συνεχές της πορείας του καρκίνου από το πρώτο στάδιο, την πρόληψη και τον προκλινικό καρκίνο, μέχρι την παρηγορητική φροντίδα και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, παρεμβαίνοντας μέσω της διάγνωσης και της δραστικής θεραπείας.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Καρκίνος, ψυχοτραυματικός παράγοντας, ψυχιατρικές διαταραχές, συμβουλευτική διασυνδετική ψυχιατρική, καταληκτικός άρρωστος.

## Εισαγωγή

Η ψυχο-ογκολογία αποτελεί σημαντικό κλάδο της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής και τα τελευταία χρόνια έχει γνωρίσει τεράστια ανάπτυξη σε μικρό χρονικό διάστημα και αυτό σε μια εποχή που υπάρχει σχετική στασιμότητα της εν γένει διασυνδετικής ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο, καθώς η τελευταία δεν έχει ακόμα αποκτήσει σημαντική υπόσταση στα πλαίσια της ψυχιατρικής και ασκεί περιορισμένη επιρροή στην παροχή ιατρικής φροντίδας από τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων.<sup>1</sup>

Η Ψυχο-ογκολογία διέλυσε εσφαλμένες αντιλήψεις γύρω από τη σχέση των ψυχιατρικών διαταραχών και της νόσου ή των θεραπειών της. Τεκμηρίωσε με ομάδες ελέγχου και μετα-αναλύσεις το όφελος των διαφόρων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων για τους ασθενείς, αλλά και τις εκπαιδευτικές εκείνες στρατηγικές που αποδεδειγμένα θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη βελτίωση της συναισθηματικά φορτισμένης θεραπευτικής σχέσης ασθενούς/προσωπικού.<sup>2</sup> Οι κακοήθεις νεοπλασίες αποτελούν μια μεγάλη ομάδα παθήσεων, που περιλαμβάνει περισσότερους από 100 επιδημιολογικά και παθολογοανατομικά διαφορετικούς τύπους και είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις.<sup>3</sup> Ο κίνδυνος να εμφανίσει κάποιος καρκίνο είναι λίγο μικρότερος από 1:2 στους άνδρες και λίγο περισσότερος από 1:3 στις γυναίκες. Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο πιο συχνός στους άνδρες ενώ ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες. Η εντόπι-

σή του καρκίνου στον πνεύμονα είναι η πιο θανατηφόρος και για τα δύο φύλα, επίσης υψηλά είναι τα ποσοστά του μελανώματος στο δέρμα. Η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου ελαττώθηκε μετά την αξιοποίηση της κολονοσκόπησης, η οποία εκτός από διαγνωστικό εργαλείο χρησιμοποιείται και ως θεραπευτικό μέσο.<sup>4</sup> Σημαντικές πρόοδοι επιτεύχθηκαν με την ανακάλυψη των καρκινικών δεικτών, την εξέλιξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης (χειρουργικές τεχνικές, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) καθώς και με την αλλαγή στον τρόπο ζωής των ασθενών.

Τα τελευταία χρόνια με την πρόοδο της θεραπευτικής αντιμετώπισης, η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο έχει αυξηθεί. Με τις εξελίξεις αυτές η ιατρική και ειδικότερα η ογκολογία άρχισε να στρέφεται και σε άλλες παραμέτρους του καρκίνου, όπως είναι η ψυχοκοινωνική διάσταση της νόσου και οι συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών στα πλαίσια της ολιστικής προσέγγισης, όπως άλλωστε αποδεικνύεται με την ανάπτυξη των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα γενικά και ογκολογικά νοσοκομεία.<sup>5</sup>

Παρόλ' αυτά ακόμη στην Ελλάδα δεν υπάρχει επαρκής αριθμός υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τους καρκινοπαθείς στην κοινότητα αναλογικά με τον πληθυσμό των ασθενών. Συγκεκριμένα, και ενώ το 1996, σύμφωνα με τον Μαδιανό, για τις ψυχικές διαταραχές υπήρχαν στην Ελλάδα 123 ενδιάμεσες δομές περιλαμβανόμενων των κέντρων ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών, των συμβουλευτικών σταθμών και των συμβουλευτικών για χρήστες ουσι-

ών, δεν υπήρχε μέχρι το 2004 όσον αφορά το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ενδιάμεση δομή παροχής ψυχοκοινωνικών φροντίδων εστιασμένη στους ασθενείς και επιζώντες με καρκίνο.<sup>6</sup>

### **Ψυχολογικά προβλήματα στους ασθενείς με καρκίνο**

Η διάγνωση του καρκίνου είναι ένα ψυχοτραυματικό γεγονός, το οποίο επηρεάζει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα τη συνολική λειτουργικότητα του πάσχοντος<sup>7</sup> και παρά το γεγονός ότι το άγχος, που συνοδεύει τον καρκίνο, μετριάζεται με την πάροδο του χρόνου, φαίνεται ότι επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του ασθενούς.<sup>8</sup>

Ο καρκίνος αποτελεί μια χρόνια νόσο απειλητική για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς. Η διάγνωση, η θεραπεία και η εξέλιξη της νόσου συνθέτουν ένα πολύπλοκο και εξαιρετικά στρεσογόνο πεδίο για τον άρρωστο. Είναι ένα γεγονός, λοιπόν, χωρίς περιορισμένη και οριοθετημένη χρονική διάρκεια στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, που επεκτείνεται μέσα στο χρόνο και ανακινεί θέματα ψυχολογικής σημασίας για το άτομο. Τα στοιχεία της απειλής, της ματαιώσης, της ενδεχόμενης καταστροφής, ψυχικής και σωματικής σε φαντασιστικό ή σε πραγματικό επίπεδο, κινητοποιούν τους μηχανισμούς άμυνας, τις ψυχικές δηλαδή διεργασίες, που στόχο έχουν να ελέγξουν το άγχος που αναδύεται. Κάποιοι από αυτούς μπορεί να είναι αποτελεσματικοί και να αποκαθίσταται η ψυχική ισορροπία και η συνήθης λειτουργικότητα, ενώ άλλοι μπορεί να είναι δυσπροσαρμοστικοί και να επιπλέκουν την κατάσταση περισσότερο όπως π.χ. η άρνηση που μπορεί να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση στη θεραπεία.

Η ψυχοσωματική προσέγγιση, σύμφωνα με τον Alexander, δέχεται ότι όταν ένα όργανο ή ένα σύστημα αναπτύσσει νόσο, τότε εξελίσσεται μια σειρά γεγονότων ικανών να κινητοποιήσουν βαθύτερα και πρώιμα εγκατεστημένες συγκρούσεις και να κλονίσουν τις πρωτογενείς άμυνες απέναντί τους. Αυτό θεωρείται ότι σχετίζεται με την ασυνείδητη «επιλογή νόσου» και στην ουσία ένα άτομο ψυχολογικά προδιατεθειμένο, είναι δυνατό να αντισταθμίσει την προδιάθεση αυτή, εάν η καθημερινή του λειτουργία έχει μηχανισμούς επαρκούς ρύθμισης.<sup>9</sup>

Το κατά πόσο μπορεί να διαχειριστεί σε σημαντικό βαθμό ο ασθενής τις ματαιώσεις που πηγάζουν από

τη νόσο, σχετίζεται με την ικανότητα του να πενήσει τις απώλειες που η νόσος συνεπάγεται. Αυτό δεν είναι εφικτό για όλους, γεγονός που καθιστά σημαντικό το να εκτιμήσουμε και να υποστηρίξουμε τον κάθε ασθενή ανάλογα με την ιδιαιτερότητα της ψυχικής του δομής.<sup>10</sup>

Διαπιστώνονται λοιπόν κλινικά φαινόμενα, που χαρακτηρίζουν την ανάπτυξη μετατραυματικού συνδρόμου, όπως η συνεχής ενασχόληση με τη νόσο, παραισφρύουσες βασανιστικές σκέψεις θανάτου και καταστροφής ή ακόμη και άρνηση, αποφυγή σε οτιδήποτε υπενθυμίζει τη νόσο, όπως π.χ. η θεραπεία. Οι υποτροπές της νόσου μπορεί να είναι ακόμη πιο τραυματικές από την αρχική εμφάνισή της και το άγχος που εκλύεται να αποδιοργανώνει ψυχικά τον ασθενή.<sup>11</sup> Το αν το άγχος και η ψυχολογική επιβάρυνση παίζουν ρόλο στην επέκταση της νόσου είναι ένα θέμα που δεν έχει σαφώς απαντηθεί. Το σίγουρο είναι ότι η στάση του ασθενούς απέναντι στη νόσο και ο τρόπος με τον οποίο χειρίζεται τις επαπειλούμενες απώλειες σχετίζονται άμεσα με τη συνεργασία του ίδιου με τον ιατρό του και στο βαθμό που αυτή η συνεργασία εμφυσά την αποδοχή της θεραπείας, επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση της νόσου.

Η εκδήλωση άγχους σε ασθενείς με καρκίνο σχετίζεται με τη δομή της προσωπικότητας, διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, καθώς και με την ιατρική εκτίμηση, η σοβαρότητα της οποίας επηρεάζει την προσαρμογή του ασθενούς και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα εκδήλωσης έντονου άγχους αυξάνεται στις παρακάτω συνθήκες:

- Μικρή ηλικία
- Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση,
- Άγαμος ασθενής και
- Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης<sup>12</sup>

Οι στατιστικές αναφέρουν ότι ένα σημαντικό υψηλό ποσοστό, περίπου 50% των ασθενών καταλήγουν από τη νόσο.<sup>13</sup>

- Το 85% των ασθενών με προχωρημένη νόσο δέχεται χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Ωστόσο, ψυχιατρική εκτίμηση και συστηματική ψυχολογική υποστήριξη δέχεται μόνο ένα ελάχιστο ποσοστό. Η διάγνωση μιας ασθένειας όπως ο καρκίνος με τους φόβους που εμπεριέχει και την απειλή για την ίδια τη ζωή, καταλήγει σ' ένα σύνθετο σύνολο θεμάτων:

- Την αντιμετώπιση των φυσικών συμπτωμάτων (συμπεριλαμβανομένων αυτών που προκαλεί η θεραπεία)
- Την αναζήτηση τρόπου αντιμετώπισης της κατάστασης
- Την προσπάθεια αποδοχής της υπαρξιακής διάστασης της ασθένειας
- Το αίσθημα ανησυχίας για την οικογένεια που επηρεάζεται από τον καρκίνο και
- Την αναζήτηση μιας παρήγορης φιλοσοφικής, πνευματικής ή θρησκευτικής πίστης ή αξίας που δίνει νόημα στη ζωή και στο θάνατο.<sup>14</sup>

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται σε ασθενείς με καρκίνο, είναι στην πραγματικότητα αντιδράσεις στη διάγνωση της νόσου, την πρόγνωση και τις θεραπευτικές τεχνικές. Οι θεραπείες του καρκίνου δημιουργούν ένα εύρος ψυχιατρικών και ψυχολογικών διαταραχών, από απλή κόπωση μέχρι διαταραχή στη διάθεση με επίπτωση στην ποιότητα ζωής.<sup>15</sup> Η αντίδραση του αρρώστου στον καρκίνο εξαρτάται από:

- Την προσωπικότητά του
- Τους αμυντικούς ψυχικούς μηχανισμούς,
- Συσχετίζεται δε με τη φάση ζωής, την οποία ο ασθενής διέρχεται.

Κατά κάποιο τρόπο η ενδοψυχική ζωή του πάσχοντος –εσωτερική πραγματικότητα– δέχεται ένα σοβαρό πλήγμα που είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σοβαρές ανατροπές της ψυχικής ισορροπίας. Ταυτόχρονα η κοινωνική ζωή του πάσχοντος –η εξωτερική πραγματικότητα– αλλάζει σημαντικά και επηρεάζεται από:

- Το οικογενειακό πλαίσιο, καθώς και την υποστήριξη που αυτό παρέχει
- Τη στάση που έχει απέναντι στον άρρωστο και τη νόσο
- Την εντόπιση του καρκίνου.<sup>14</sup>

Τα στάδια της νόσου είναι ιδιαίτερα σημαντικά γεγονότα, τα οποία επηρεάζουν το εξωτερικό πλαίσιο της ζωής του ασθενούς. Στο εξωτερικό πλαίσιο, εκτός από τις επιπτώσεις στην εργασία και την οικογένεια, σημαντικό ρόλο, που επηρεάζει την προσαρμογή του πάσχοντος, διαδραματίζει η σχετική μυθολογία, που αναπτύσσεται γύρω από τον καρκίνο. Απόρροια αυτού είναι οι διάφορες δυσλειτουργικές απόψεις και

στάσεις που αναπτύσσονται σε κοινωνικό επίπεδο και οι οποίες είναι οι παρακάτω:

- Ένα αίσθημα ότι ο καρκίνος είναι από τη φύση του φρικτός και αφύσικος
- Ο φόβος ότι ο καρκίνος είναι στίγμα, κάτι επαίσχυντο ίσως και τιμωρία
- Ο φόβος ότι ο καρκίνος θα μπορούσε να είναι και μεταδοτικός
- Υπερβολική απαισιοδοξία γύρω από τις ελπίδες επιβίωσης
- Ένα αίσθημα ότι μακροχρόνιες υφέσεις στην καρδιακή νόσο π.χ. είναι κάτι για το οποίο πρέπει να χαίρεται κάποιος, ενώ στον καρκίνο είναι κάτι για το οποίο πρέπει να λυπάται, λόγω της άμεσης σύνδεσης της νόσου με τον θάνατο
- Φόβος ότι ο καρκίνος είναι ο χειρότερος τρόπος θανάτου και περισσότερο επώδυνος και βασανιστικός από άλλες αιτίες. Αποτέλεσμα αυτής της μυθολογίας είναι τα ποσοστά ενημέρωσης στη χώρα μας, ακόμη και στις μέρες μας, να υπολείπονται.<sup>5,16</sup>

Στη δεκαετία του 1960, σχετικά με το αν πρέπει να αποκαλύπτεται η διάγνωση του καρκίνου, άρχισαν οι πρώτες συζητήσεις στις ΗΠΑ. Οι ψυχίατροι ήταν υπέρ του να αποκαλύπτεται η διάγνωση, ή τουλάχιστον μέρος αυτής, ενώ οι ογκολόγοι ήταν αρνητικοί. Σε μια έρευνα του Oken το 1961, περισσότερο από 90% των ιατρών δεν απεκάλυπταν στον ασθενή τους τη διάγνωση.<sup>17</sup>

Στο ενδοψυχικό επίπεδο οι μελέτες οδήγησαν σε μια ιεράρχηση των μηχανισμών προσαρμογής για την αντιμετώπιση της νόσου.

Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την ιεράρχηση:

- Η *αντιμετώπιση* είναι η πλέον ώριμη και αποτελεσματική διαδικασία
- Η *άμυνα* είναι μια νευρωτική διαδικασία με μερική επιτυχία
- Η *αποτυχία του Εγώ* είναι η πιο αρχαϊκή/ψυχωτική διαδικασία προσαρμογής.<sup>18</sup>

Εκείνη βεβαίως που ανατάρραξε τα λιμνάζοντα ύδατα ήταν το 1960 η ψυχίατρος Elizabeth Kubler-Ross. Μέχρι τότε εθεωρείτο ταμπού να συζητά κάποιος με άρρωστο που έχει καρκίνο για τον επικείμενο θάνατο. Αυτή προκάλεσε ιατρούς και νοσηλευτές να σταματήσουν να αποφεύγουν τους ασθενείς και ν' ακούν τις ανησυχίες τους, ν' αναγνωρίζουν τα αισθήματα

απομόνωσης των αρρώστων που πλησιάζουν τον θάνατο και την ανάγκη τους για διάλογο σχετικά με την κατάστασή τους.

Έτσι συνέβαλε στο να τροποποιηθεί η στάση μας και η φροντίδα μας για τον καταληκτικό άρρωστο, παρουσιάζουν δε ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα στάδια ψυχολογικής προσαρμογής που η Elizabeth Kubler-Ross περιέγραψε.

Σύμφωνα με αυτή την περιγραφή, τα στάδια της συναισθηματικής προσαρμογής του ασθενούς είναι:

- *Άρνηση*, κατά την οποία ο ασθενής απορρίπτει την απειλητική μορφή της πραγματικότητας και αυτό του προσφέρει προσωρινή ισορροπία και ανακούφιση
- *Οργή*, όταν η άρνηση δίνει τη θέση της στον θυμό, που συμπυκνώνεται στο ερώτημα «Γιατί εγώ, είναι άδικο»
- *Διαπραγμάτευση*, στο στάδιο αυτό ο ασθενής προσπαθεί ν' απομακρύνει το τέλος με μεταφυσικές προσεγγίσεις και αναζητήσεις
- *Κατάθλιψη* που επικρατεί ως αποτέλεσμα της επίγνωσης από τον ασθενή των συσσωρευμένων απωλειών (εργασίας, υγείας, εικόνας σώματος κ.λπ.)
- *Αποδοχής*, όπου ο ασθενής είναι απομονωμένος, «άδειος από συναισθήματα» χωρίς συμμετοχή στην καθημερινότητα, και δίνει την εντύπωση ότι ο αγώνας τελείωσε και το τέλος επέρχεται.<sup>19</sup>

Τα μέλη της ΔΣΨ καλούνται όχι μόνο να αναγνωρίσουν τις ψυχικές διεργασίες των ασθενών που διέρχονται αυτά τα στάδια, αλλά και να διαμορφώσουν εκείνες τις συνθήκες στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης, που θα επιτρέψουν την ανάδυση και αναγνώριση όλων εκείνων των σκέψεων και συναισθημάτων που ναρκοθετούν την ψυχική τους επιβίωση ενόσω μάχονται τον καρκίνο. Στόχος είναι να παρέμβουν με τρόπο αποτελεσματικό και εξατομικευμένο σε κάθε ασθενή που βάλλεται από τη νόσο και ότι αυτή συμβολίζει, αλλά και από τις ίδιες τις ψυχικές του αντιδράσεις, που σε αυτήν τη στιγμή της ζωής τους είναι επώδυνες και πολλές φορές δυσπροσαρμοστικές.

### Ψυχιατρικές διαταραχές και καρκίνος

Σε ένα ογκολογικό τμήμα οι ψυχιατρικές διαταραχές συνήθως υποδιαγιγνώσκονται και υποθεραπεύονται. Ακόμα και οι ασθενείς που δεν πληρούν τα

κριτήρια για μία ψυχιατρική διαταραχή εμφανίζουν συμπτώματα και σημεία ψυχικής κόπωσης που συνδέεται με τη νόσο, τη μυθολογία της, τις επικοινωνιακές δυσκολίες τους με το προσωπικό, καθώς και με τα υπαρξιακά προβλήματά τους. Αυτή η ψυχολογική ευαισθησία των ογκολογικών ασθενών συχνά παραβλέπεται και δεν τυγχάνει της φροντίδας του προσωπικού, όχι τόσο λόγω ανεπαρκών γνώσεων όσο λόγω μιας ασυνείδητης στάσης συναισθηματικής αποστασιοποίησης. Στη φάση της αρχικής διάγνωσης του καρκίνου το 50% περίπου των ασθενών αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας και επιστρέφουν σε προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας. Το υπόλοιπο 50% παρουσιάζει κάποια ψυχιατρική διαταραχή είτε σε προϋπάρχον έδαφος ψυχιατρικής διαταραχής, είτε από έλλειψη απαραίτητης υποστήριξης που θα τους βοηθήσει να ενισχύσουν τους υπάρχοντες ψυχικούς μηχανισμούς άμυνας.<sup>5</sup>

Οι ψυχιατρικές διαταραχές αφορούν πρωτίστως διαταραχές προσαρμογής, ενώ ακολουθούν η κατάθλιψη (20–45% ανάλογα με τα διαγνωστικά κριτήρια) και το οργανικό ψυχοσύνδρομο (15–75% στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο), που όμως δεν ανιχνεύονται επαρκώς, παρότι είναι γνωστή η αυξημένη επίπτωση τους στους ασθενείς με καρκίνο.<sup>4</sup>

Σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχιατρικής διαταραχής στους ασθενείς με καρκίνο αναφέρονται παράγοντες που σχετίζονται με:

- Τη νόσο, (η προχωρημένη νόσος, ο περιορισμός της λειτουργικότητας, ο πόνος, η εντόπιση της νόσου)
- Το ψυχιατρικό ιστορικό, (κατάθλιψη, πένθος, κακοποίηση, αγχώδεις διαταραχές)
- Τη θεραπεία της νόσου, (κορτικοστεροειδή, οπιοειδή, χημειοθεραπεία)
- Κοινωνικούς παράγοντες (απουσία υποστηρικτικού δικτύου, ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια).<sup>20</sup>

### Διαταραχές προσαρμογής

Οι διαταραχές προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, με άγχος, με μικτή αγχώδη και καταθλιπτική διάθεση, που αποτελούν την πιο συχνή διάγνωση στον άξονα 1, βρίσκονται σε ένα συνεχές με οξείες αγχώδεις αντιδράσεις στη μία άκρη του φάσματος και στην άλλη άκρη με διαταραχές της διάθεσης και με αγχώδεις διαταραχές.<sup>4</sup>

Η νοσηλεία, η ασθένεια, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις προκαλούν έντονη ανησυχία και δυσπροσαρμοστικότητα στην καθημερινή πρακτική. Μπορεί λοιπόν να οδηγήσουν σε διαταραχές προσαρμογής εξαιτίας των συνοδών προβλημάτων του πόνου, της φυσικής αδυναμίας και της προβληματικής του ασθενούς σχετικά με το θάνατο. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με δυσκολίες στην εργασία και πιθανά οικονομικά προβλήματα επιβαρύνουν τη λειτουργικότητα του ασθενούς.<sup>15</sup>

### **Αγχώδεις διαταραχές**

Οι αγχώδεις διαταραχές στους ασθενείς με καρκίνο χαρακτηρίζονται από ένα ευρύ κλινικό φάσμα και η αιτιολογία τους είναι πολυπαραγοντική. Γενικά, το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της αγχώδους διαταραχής που οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση είναι κλινικά σημαντικό άγχος, το οποίο αποδίδεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της συγκεκριμένης ιατρικής κατάστασης. Συγκεκριμένα, ασθενείς με πρωτοπαθή νεοπλάσματα στο ΚΝΣ, είναι δυνατό να παρουσιάσουν ψυχιατρικά συμπτώματα του τύπου των αγχώδων διαταραχών τα οποία σχετίζονται με την εντόπισή τους στον εγκέφαλο. Επιπρόσθετα ενδοκρινολογικές διαταραχές όπως π.χ. στην περίπτωση του όγκου των καρκινοειδών, ευθύνονται για την εκδήλωση σοβαρού άγχους στους πάσχοντες.<sup>4</sup> Σε προδιατεθειμένα άτομα, ανάλογα με την ψυχοδομή, με νευρωσικού τύπου σημαντικές καθηλώσεις, είναι δυνατόν η σοβαρότητα της διάγνωσης του καρκίνου να πυροδοτήσει κρίσεις άγχους, οι οποίες κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις μπορεί να μετατραπούν σε δομημένες κλινικές εικόνες όπως είναι η Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή.

### **Διαταραχή μετά από οξύ στρες**

Πρόκειται για τη διαταραχή που εκδηλώνεται ως απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός και διαρκεί λιγότερο από 30 ημέρες. Στη διαταραχή αυτή παρουσιάζονται παρεισφρητικά φαινόμενα, αποφυγή και συναισθηματικό μούδιασμα, αυξημένη διεγερσιμότητα, διασχιστικά συμπτώματα (αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, αμνησία).

Εφόσον λοιπόν τα συμπτώματα παραμείνουν για περισσότερο από 1 μήνα, και πληρούν τα κριτήρια για τη συγκεκριμένη διαταραχή, η διάγνωση αλλάζει

σε διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες.<sup>4,21</sup> Οι Holland & Rowland<sup>22</sup> περιγράφουν την αντίδραση των ασθενών που ακολουθεί τη διάγνωση του καρκίνου, η οποία χαρακτηρίζεται από αμηχανία, συναισθηματικό μούδιασμα και άρνηση, ενώ μπορεί να ελλοχεύουν αισθήματα απελπισίας και απόγνωσης. Οι μελέτες αυτές καταδεικνύουν τον καρκίνο ως ψυχοτραυματικό γεγονός, που κινητοποιεί ψυχικές διεργασίες, των οποίων η κλινική έκφραση συνάδει με τη διαταραχή μετά από οξύ στρες, εφόσον βέβαια πληρούνται τα χρονικά κριτήρια που αναφέρθηκαν παραπάνω.<sup>22</sup>

### **Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες**

Παρότι τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει μελετηθεί ο καρκίνος ως μία νόσος που πυροδοτεί αντιδράσεις στρες και ανάλογα σύνδρομα στους ενήλικες και στα παιδιά αλλά μόνο μετά την έκδοση των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV, η απειλή στη ζωή και στη σωματική ακεραιότητα που σχετίζεται με νόσο όπως ο καρκίνος, αναγνωρίστηκε ως ψυχοτραυματικός παράγοντας γι' αυτή τη διαταραχή.<sup>21,23</sup> Η συχνότητα του πλήρους συνδρόμου κυμαίνεται από 3–4%<sup>24</sup> στους ασθενείς που βρίσκονται σε αρχικά στάδια του καρκίνου σε 35%<sup>25</sup> στους ασθενείς μετά τη θεραπεία. Τα επιμέρους μετατραυματικά συμπτώματα του καρκίνου έχουν μεγαλύτερη συχνότητα από 20%<sup>24</sup> σε 80%<sup>26</sup> προ και μετά τη θεραπεία.

Ο καρκίνος είναι ένα τραυματικό γεγονός<sup>27,28</sup> που προκαλεί ανάλογες ψυχολογικές αντιδράσεις αποτελώντας το γενεσιουργό αίτιο πολλαπλών καταστάσεων απειλητικών για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα. Η αρχική διάγνωση, η θεραπεία, η εξέλιξη της νόσου και οι υποτροπές μπορούν να αποτελούν κατεξοχήν τραυματικά γεγονότα.<sup>27</sup> Ο φόβος του θανάτου, της φυσικής αδυναμίας ή ακόμη του ακρωτηριασμού πυροδοτούν συναισθήματα ότι το άτομο βλάπτεται και κινδυνεύει.<sup>21</sup> Σε αντίθεση με άλλα ψυχοτραυματικά γεγονότα όπως η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση και οι φυσικές καταστροφές, που είναι εξωγενή για τον άνθρωπο, η οργανική νόσος όπως ο καρκίνος που τον απειλεί είναι ενδογενής<sup>29</sup> και προέρχεται από το ίδιο του το σώμα. Αυτή η διάσταση της «εκ των έσω» προέλευσης της εν δυνάμει καταστροφής επιδρά στην αντίληψη και το νόημα του κινδύνου για το άτομο. Συμπτώματα, μετεγχειρητικές ουλές, ο πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί

από την ίδια την ασθένεια ή τη θεραπεία, «υπενθυμίζουν» συνεχώς τη νόσο<sup>21</sup> και κρατούν σε εγρήγορση τον πάσχοντα.

*Φάρμακα που προκαλούν συμπτώματα άγχους στους ασθενείς με καρκίνο*

Τα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της νόσου αποτελούν συχνή αιτία άγχους στους ασθενείς με καρκίνο στα πλαίσια της δράσης τους στο ΚΝΣ. Σε αυτά περιλαμβάνονται:

- Βρογχοδιασταλτικά στεροειδή (που χρησιμοποιούνται σε πολλά θεραπευτικά πρωτόκολλα),
- Ανοσοκατασταλτικές κυτταροκίνες,
- Αντιψυχωτικά που χρησιμοποιούνται ως αντιεμετικά (μετοκλοπραμίδη)
- Φάρμακα που προκαλούν εγκεφαλοπάθεια και οργανικό ψυχοσύνδρομο, μπορούν να προκαλέσουν άγχος.<sup>4,30</sup>

Επίσης μερικές φορές η ίδια η νόσος, προκαλεί αγχώδη συμπτωματολογία μέσω βιολογικών μηχανισμών και συγκεκριμένα ορμονικών διαταραχών, όπως είναι γνωστό για τους ενδοκρινικούς όγκους και τα καρκινοειδή.<sup>4</sup>

Η θεραπεία των αγχωδών διαταραχών στους ασθενείς με καρκίνο προσανατολίζεται στην άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην αναζήτηση της αιτίας, η οποία αντιμετωπίζεται αν αυτό είναι δυνατόν. Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται περιλαμβάνει αγχολυτικά, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, αντικαταθλιπτικά καθώς και νευροληπτικά σε ασθενείς με σύγχυση ή συμπτώματα ενός αρχόμενου οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Παράλληλα, εφαρμόζονται συμπεριφορικές τεχνικές, ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, δημιουργικές θεραπείες (τέχνη, μουσική, χορός), ενώ συγκροτούνται ομάδες στήριξης του ασθενούς που αποτελούνται από ασθενείς ή επιζήσαντες από τον καρκίνο. Η ψυχιατρική παρέμβαση, επιπλέον, στοχεύει στη διαμόρφωση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τον ασθενή με καρκίνο, ενισχύοντας την ουσιαστική επικοινωνία του με τους θεράποντες ιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να μειωθεί το άγχος, που σχετίζεται με την ενημέρωση του πάσχοντος για την πορεία της σωματικής του νόσου, και με την πορεία της θεραπείας του.<sup>20,21,30-33</sup>

### **Σύνδρομα που σχετίζονται με τη διακοπή ουσιών**

Το αλκοόλ είναι μια διαδεδομένη και νόμιμη εξαρτησιογόνος ουσία. Η κατάχρηση/εξάρτηση από αυτό αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα Δημόσιας Υγείας και συνδέεται με αρκετές μορφές καρκίνου. Συγκεκριμένα, η εντόπιση της νόσου σε περιοχές όπως η στοματική κοιλότητα,<sup>34</sup> ο φάρυγγας, ο λάρυγγας, ο οισοφάγος, το ήπαρ,<sup>35</sup> σχετίζεται άμεσα με την κατανάλωση αλκοόλ.<sup>36</sup>

Στην αρχική φάση της διάγνωσης ή της θεραπείας του καρκίνου είναι δυνατό η διακοπή του αλκοόλ να πάρει οξεία μορφή, με αποτέλεσμα, να εμφανισθεί συμπτωματολογία κυμαινόμενη από την αρχική φάση του συνδρόμου στέρησης έως τη βαρύτερη εικόνα του delirium tremens. Εμφανίζεται στο 5-15% των ασθενών μετά τη διακοπή του αλκοόλ.<sup>37</sup> Σε αυτές τις περιπτώσεις, εκτός από τη θεραπεία της σωματικής νόσου, πρέπει να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα στέρησης και γενικότερα το πρόβλημα που σχετίζεται με το αλκοόλ. Η πρώτη ανίχνευση του προβλήματος αυτού είναι ουσιώδης παράγων για την αποτροπή σοβαρών επιπλοκών. Η καλή ενυδάτωση, η χρήση βενζοδιαζεπινών, ακόμα και νευροληπτικών σε μερικές περιπτώσεις, χρειάζονται για την αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών από τη διακοπή του αλκοόλ.<sup>35</sup> Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι συχνά οι ασθενείς οι οποίοι κάνουν κατάχρηση αλκοόλ κάτω από την πίεση και το στρες της διάγνωσης του καρκίνου αυξάνουν την κατανάλωση του αλκοόλ, με όλες τις επιπτώσεις στη θεραπεία του καρκίνου και στον ψυχισμό του πάσχοντος, ο οποίος επιβαρύνεται σοβαρά κυρίως στο καταθλιπτικό φάσμα και κατά συνέπεια η ψυχιατρική υποστήριξη είναι απαραίτητη στην ομάδα των ασθενών αυτών.

Οι ασθενείς που διακόπτουν το τσιγάρο μετά τη διάγνωσή τους μπορεί να παρουσιάσουν διασχιστικά φαινόμενα, σοβαρό άγχος, αϋπνία και παράδοξη συμπεριφορά.<sup>4,38-40</sup> Οι βενζοδιαζεπίνες είναι η θεραπεία εκλογής και μπορεί να χρειαστεί να συνεχιστεί για πολλές εβδομάδες. Υπάρχουν ψυχοθεραπευτικά προγράμματα, που συχνά προσφέρουν στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς «ένα παράθυρο ευκαιρίας» όπως λέγεται στη διακοπή του καπνίσματος, εφόσον έχουν κινητοποιηθεί οι ψυχικές άμυνες και το κίνητρο της διακοπής είναι σημαντικό.<sup>4</sup>

Στην περίπτωση που η διάγνωση του καρκίνου γίνει σε ασθενή που αναφέρει κατάχρηση τοξικών ουσιών, απαιτείται ψυχιατρική παρέμβαση η οποία προσανατολίζεται στην ασφαλή διακοπή της χρήσης, καθώς επίσης και στην αντιμετώπιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων όπως το άγχος, η κατάθλιψη και οι διαταραχές του ύπνου, που είναι δυνατόν να εμφανίζονται ακόμα και εβδομάδες μετά την απεξάρτηση. Απαιτείται, ως εκ τούτου, αυξημένη εγρήγορση από τους θεράποντες, διότι οι ασθενείς με κατάχρηση/εξάρτηση από διάφορες ουσίες και πάσχοντες από καρκίνο αντιμετωπίζουν ένα διττό πρόβλημα, που επιβαρύνει σημαντικά την ψυχική τους υγεία και μειώνει την προσαρμογή τους.<sup>41</sup>

### **Κατάθλιψη και καρκίνος**

Η κατάθλιψη συχνά συνοδεύει τις διάφορες σωματικές νόσους και κυρίως τις χρόνιες, οι οποίες προκαλούν σοβαρή ψυχική επιβάρυνση.<sup>42,43</sup>

Τα κριτήρια διάγνωσης της κατάθλιψης σε ασθενείς με σωματική νόσο είναι τα παρακάτω:

*A. Καταθλιπτικό συναίσθημα, αντικειμενικό ή υποκειμενικό.*

- Αξιόλογη μείωση ενδιαφερόντων ή ικανοποίησης για δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
- Φοβισμένη ή καταθλιπτική εμφάνιση
- Ψυχοκινητική αναστολή ή ανησυχία
- Κοινωνική απόσυρση ή μείωση ομιλητικότητας
- Αισθήματα αναξιοσύνης ή αδικαιολόγητης ενοχής
- Αισθήματα οίκτου προς εαυτόν ή απαισιοδοξία
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκαταστροφής
- Μείωση ή έλλειψη συναισθηματικής αντίδρασης.

*B. Τα παρακάτω κριτήρια δεν είναι ασφαλή κριτήρια κατάθλιψης*

- Σημαντική απώλεια βάρους η αύξηση βάρους (0,5 % του βάρους σώματος σε μηνιαία βάση)
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Κόπωση ή απώλεια μνήμης
- Αξιοσημείωτη μείωση της ικανότητας συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.<sup>44</sup>

Όπως οι αγχώδεις διαταραχές, και οι διαταραχές της διάθεσης μπορεί να έχουν πολλαπλή αιτιολογία στους ασθενείς με καρκίνο. Ανάμεσα στους πιο ση-

μαντικούς ψυχοπνευματικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο αναφέρονται:

- Η επίγνωση της διάγνωσης της νόσου
- Οι υποτροπές
- Η κακή πρόγνωση
- Ένας πιθανός ακρωτηριασμός
- Η απουσία υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου
- Ο ανεπαρκώς ελεγχόμενος πόνος και
- Ο φόβος του ασθενούς ότι θα γίνει λειτουργικά ανίκανος και θα εξαρτάται από το περιβάλλον του, καθώς και
- Ο φόβος ενός επικείμενου επώδυνου θανάτου.<sup>20,45,46</sup>

*Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο*

1. Ψυχιατρικό ιστορικό
  - α. Ιστορικό κατάθλιψης (ατομικό ή οικογενειακό)
  - β. Ιστορικό αλκοολισμού.
2. Παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο
  - α. Προχωρημένο στάδιο καρκίνου
  - β. Πλημμελώς αντιμετωπιζόμενος πόνος.
3. Φαρμακευτική αγωγή
  - α. Κορτικοστεροειδή (πρεδνιζόνη, δεξαμεθαζόνη)
  - β. Άλλες χημειοθεραπευτικές ουσίες (βινκριστίνη, βιπλαστίνη, L-ασπαραγινάση, ιντερφερόνη)
  - γ. Άλλα φάρμακα (σιμετιδίνη, διαζεπάμη, ινδομεθακίνη, λεβοντόπα, μεθυλντόπα, φαινοβαρβιτάλη, προπανολόνη, αλκαλοειδή, οιστρογόνα).
4. Άλλες ιατρικές καταστάσεις που προκαλούν κατάθλιψη
  - α. Μεταβολικές
  - β. Διατροφικές
  - γ. Ενδοκρινικές
  - δ. Νευρολογικές.<sup>4</sup>

Τα στεροειδή, εκτός από κατάθλιψη, μπορεί να προκαλέσουν υπομανία ή ακόμη και μανία με ψυχωτικά στοιχεία.<sup>4</sup>

Η παρουσία ιστορικού μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας, που σχετίζεται με την ευαλωτότητα ενός ασθενούς με καρκίνο να παρουσιάσει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της νόσου ή της θεραπείας.<sup>47,48</sup> Το καταθλιπτικό συναίσθημα, η ανηδονία, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, τα αισθήματα αναξιοσύνης και ενοχής είναι καθορι-

στικά για να διακρίνουμε τους ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη.<sup>49</sup> Ωστόσο, τα σωματικά συμπτώματα όπως η ανορεξία,<sup>50</sup> η αύπνια, η κόπωση, η καταβολή, παρουσιάζονται τόσο στην κατάθλιψη όσο και στον καρκίνο, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής.<sup>4,45,51,52</sup> Παρόλ' αυτά, μπορεί τα φυτικά συμπτώματα να συνεχίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα, μετά από χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία, γεγονός που πρέπει να αξιολογείται πάντα σε ασθενείς με αυτή τη κλινική εικόνα.<sup>4</sup> Η ανορεξία και η ελαττωμένη ικανότητα σκέψης φαίνεται να είναι πιο χρήσιμες στη διάγνωση της κατάθλιψης στους ασθενείς με καρκίνο, σε σχέση με τις διαταραχές του ύπνου και την κόπωση.<sup>51</sup>

Στους ασθενείς με καρκίνο τα αισθήματα αναξιοτήτας και ενοχής είναι μέσης βαρύτητας και παροδικά, σε αντίθεση με τους καταθλιπτικούς ασθενείς που βιώνουν ένα ισχυρό αίσθημα απόρριψης του ίδιου τους του εαυτού.<sup>4</sup> Επίσης, παρότι οι σκέψεις θανάτου είναι συχνές στους καρκινοπαθείς, δεν έχουν την ένταση και την επιθυμία που είναι χαρακτηριστική στους καταθλιπτικούς. Ωστόσο, ο αυτοκτονικός ιδεασμός από μόνος του δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι έχουμε και διάγνωση κατάθλιψης.<sup>53</sup> Διαγνωστικά, εκτός από τις κλίμακες HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) και BDI (Beck Depression Inventory), υπάρχει η κλίμακα HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), που είναι πλέον εξειδικευμένη και χρησιμοποιείται στους ασθενείς με οργανική νόσο και στην οποία εξαιρούνται τα φυτικά συμπτώματα. Τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες της κατάθλιψης και του άγχους μπορούν να αθροιστούν, οπότε έχουμε μια χρήσιμη εκτίμηση της κλινικής εικόνας.<sup>52</sup> Ιδιαίτερης αναφοράς αξίζει ο καρκίνος του παγκρέατος, ο οποίος μέσω παρανεοπλασματικού συνδρόμου και πιθανής αλλαγής της σερετονινεργικής λειτουργίας ή παραγωγής λανθασμένου νευρομεταβιβαστού, οδηγεί σε πολύ αυξημένη επικράτηση καταθλιπτικής διαταραχής ακόμα και πριν εμφανιστούν τα κλινικά συμπτώματα της νόσου του καρκίνου.<sup>54</sup>

Λόγω των πολλών σωματικών συμπτωμάτων, η διάγνωση της κατάθλιψης χρήζει ιδιαίτερης προσοχής με συνεκτίμηση των διαφορετικών κριτηρίων.

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ασθενείς με καρκίνο περιλαμβάνει έναν συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής με αντικαταθλιπτικά, (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, εκλεκτι-

κοί αναστολείς σεροτονινεργικών και αδρενεργικών υποδοχέων, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά) και ψυχοδιεγερτικά καθώς και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, γνωσιακές/συμπεριφορικές τεχνικές, ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.<sup>4,20,49</sup>

Υπάρχουν πολλές παρανοήσεις σχετικά με τη συνταγογράφηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Θεωρείται ότι οι ασθενείς με καταληκτική ασθένεια δεν επωφελούνται από αυτά, καθώς έχουν προφανή λόγο να είναι καταθλιπτικοί. Υπάρχει πεποίθηση ότι οι ψυχολογικές θεραπείες είναι καλύτερες και ότι τα φάρμακα δεν συμβαδίζουν με τέτοιες θεραπείες. Επιπρόσθετα υπάρχει ο φόβος και η ανησυχία για εξάρτηση από τα φάρμακα (αβάσιμα στην πραγματικότητα). Ωστόσο, σύγχρονες μελέτες καταδεικνύουν ότι η χρήση τους μπορεί να είναι αποτελεσματική ακόμη και όταν το τέλος της ζωής πλησιάζει, ενώ ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης φαίνεται να έχει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.<sup>4,55-57</sup>

### **Αυτοκτονικότητα και καρκίνος**

Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με καρκίνο αυτοκτονούν 2 φορές συχνότερα από το γενικό πληθυσμό και ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός στους καταληκτικούς ασθενείς είναι αυξημένος (8,5-17,5%).<sup>53,58</sup> Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα, δηλαδή την εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού και τη συνεχή ενασχόληση με αυτόν, ασθενών που πάσχουν από καρκίνο. Εκτός από τους ψυχοπαιστικούς παράγοντες που αναφέρθηκαν, υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και επομένως με αυξημένη πιθανότητα αυτοκαταστροφής.<sup>4,58-60</sup>

*Παράγοντες αυτοκτονικότητας στους ασθενείς με καρκίνο*

1. Διαγνωσμένη κατάθλιψη (25% όλων των ασθενών με καρκίνο έχουν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης και το ποσοστό αυξάνεται σε 48% σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο).
2. Πόνος/αίσθημα αβοήθητου.
3. Αυξημένο άγχος.
4. Παρορμητικές συμπεριφορές που συνδυάζονται με κατάχρηση αλκοόλ, οργανικό ψυχοσύνδρομο και ψύχωση.



5. Δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις.
6. Το αίσθημα που μπορεί να έχει ο άρρωστος ότι εξαρτάται από τρίτους.
7. Σοβαρά οικογενειακά προβλήματα.
8. Διαταραχή προσωπικότητας.
9. Σοβαρό ψυχικό τραύμα στο παρελθόν.
10. Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης και απόπειρας αυτοκτονίας.
11. Θετικό οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας.<sup>4,61</sup>

Συνήθως οι ασθενείς που αυτοκτονούν ή αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν –μεταξύ αυτών και οι καρκινοπαθείς– παρουσιάζουν τα αναφερόμενα ως προειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης, τα οποία σχετίζονται ιδιαίτερα με τη σοβαρότητα της απόπειρας και τη θανατηφόρα πρόθεση.

#### *Προειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης*

- Εσωτερική ευση
- Ακεφιά
- Κρίση ζωής ή τραύμα
- Αλλαγή προσωπικότητας
- Απειλή
- Προσφορά δώρων και προσωπικών αντικειμένων
- Κατάθλιψη
- Επιθετικότητα ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά<sup>62</sup>

Οι ασθενείς με καρκίνο, που εν δυνάμει θα προβούν σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, χαρακτηρίζονται από τις προειδοποιήσεις που απευθύνουν στο στενό τους περιβάλλον,<sup>63</sup> το οποίο δεν αντιλαμβάνεται πάντοτε τη βαρύτητα αυτών των προειδοποιήσεων. Επίσης εκτός αυτών υπάρχουν και διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες, που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκαταστροφικότητας.

#### *Κοινωνικοί παράγοντες*

- Περιορισμένη υποστήριξη από το σπίτι
- Χαμηλή κοινωνική υποστήριξη
- Έντονα εξαρτητικές σχέσεις
- Σοβαρές οικογενειακές διαφωνίες
- Έντονη ανησυχία του πάσχοντος για την οικογένεια και παιδιά
- Σοβαρή πνευματική και ψυχική κρίση.<sup>60</sup>

Το να εντοπίσουμε αυτούς τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες και κατά συνέπεια να αναγνωρίσουμε τους ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας, είναι το πρώτο βήμα για μια σωστή

θεραπευτική προσέγγιση. Οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ενοχή, να νιώθουν παγιδευμένοι, εγκαταλελειμμένοι και θυμωμένοι και είναι θεραπευτικό να τους προτρέψουμε να μας μιλήσουν για τις σκέψεις αυτές.<sup>4,60</sup>

Διάφορες μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη και το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι οι πιο συχνές διαγνώσεις των ασθενών με καρκίνο με πρόθεση να αυτοκτονήσουν ή εκείνων που διέπραξαν απόπειρα αυτοκτονίας.<sup>64-66</sup> Ιδιαίτερα, το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή στους ασθενείς τελικού σταδίου,<sup>67-69</sup> και ο συγκεκαλυμμένος αυτοκτονικός ιδεασμός στους ασθενείς αυτούς ανήκει συχνά στα πλαίσια διαταραχών της διάθεσης.<sup>70</sup>

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός συνήθως παρουσιάζεται στα πλαίσια ψυχιατρικής διαταραχής και μια προσεκτική εκτίμηση και παρέμβαση είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της αυτοκτονικής πρόθεσης, σε αυτούς τους αρρώστους. Με τη έγκαιρη ψυχιατρική παρέμβαση μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος για αυτοκτονία ακόμη και στους ασθενείς τελικού σταδίου.<sup>11,58</sup>

#### **Οργανικό ψυχοσύνδρομο**

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι πιο συχνό στους ασθενείς με καρκίνο, περισσότερο από άλλες ομάδες ασθενών που είναι σοβαρά άρρωστοι, ειδικά σε ότι αφορά τους καταληκτικούς αρρώστους.<sup>69</sup> Η επίπτωσή του αυξάνει καθώς ο καρκίνος εξελίσσεται. Αρχικά είναι 10-27%, ενώ στα τελικά στάδια της νόσου και προς το τέλος της ζωής φθάνει το 85%.<sup>71,72</sup> Οι πολύ νέοι, καθώς και οι ανοσοκατασταλμένοι από τη νόσο ή τη θεραπεία μπορεί να παρουσιάσουν λιγότερα συμπτώματα.<sup>69,71</sup>

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο μπορεί να προκληθεί από την αρχική νόσο (πρωτοπαθείς όγκοι του ΚΝΣ, μεταστάσεις κ.λπ.), να σχετίζεται με συνοδές οργανικές διαταραχές (μεταβολικές διαταραχές και παρανεοπλασματικά σύνδρομα, υποξία, πόνος, λοιμώξεις, αγγειακές διαταραχές, έκπτωση οργάνων κ.λπ.) ή ακόμα και τη θεραπεία του καρκίνου (ναρκωτικά, αναλγητικά, αντιχολινεργικά, αναισθητικά, αντιυπερτασικά, αντιβιοτικά, αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωτικά, θεραπευτικά σκευάσματα για τον καρκίνο).<sup>4</sup>

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι:

1. Η μεγάλη ηλικία (άνοια/γνωσιακή έκπτωση)
2. Προϋπάρχοντα νοσήματα του ΚΝΣ
3. Χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης στο αίμα
4. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές
5. Ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή άλλων ουσιών
6. Υπερπυρεξία ή υποθερμία
7. Οστικές μεταστάσεις
8. Αιματολογικές νόσοι.<sup>72</sup>

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, στους οποίους το οργανικό ψυχосύνδρομο συνδυάζεται με μια υποκείμενη μείωση των γνωσιακών λειτουργιών, πιθανώς στα πλαίσια ανοϊκής διαταραχής, μπορεί να μην επανέλθουν ποτέ στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας. Αυτοί οι ασθενείς όταν επιστρέψουν στο σπίτι, πιθανό να μη μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και να χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα για τις ανάγκες τους. Η ψυχιατρική συμβουλευτική μπορεί να υποστηρίξει την οικογένεια, διαμέσου σύνδεσης με ψυχιατρικές υπηρεσίες στην κοινότητα, προκειμένου να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες τους.<sup>4</sup>

Το οργανικό ψυχосύνδρομο γενικά, κατηγοριοποιείται ανάλογα με το επίπεδο της ψυχοκινητικής κατάστασης του ατόμου:

- Ψυχοκινητική ανησυχία
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση
- Μικτή κατάσταση.

Ανεξάρτητα από την αιτία του, παρουσιάζει χαρακτηριστικά την ακόλουθη κλινική εικόνα. Αρχικά, ο άρρωστος μπορεί να εμφανίσει θόλωση της συνείδησης συνοδευμένη από γνωσιακές και συμπεριφορικές διαταραχές, τότε, είναι πιθανό να μην αξιολογηθεί σωστά η κλινική εικόνα του ασθενούς.<sup>69</sup> Ο άρρωστος εμφανίζεται καχύποπτος με εναλλαγές στη διάθεση και ίσως παράδοση συμπεριφορά. Τα σημεία αυτά μπορεί να αποδοθούν σε άγχος, κατάθλιψη, στη δυσκολία να διαχειριστεί τα προβλήματα που απορρέουν από τη νόσο, ή ακόμη και σε θυμό. Η οικογένεια και το προσωπικό μπορεί να βρίσκουν δικαιολογίες για τη συμπεριφορά του, να αρνούνται ότι ελλοχεύει μια σοβαρή διαταραχή ή να αποδίδουν στον ασθενή κακή συμπεριφορά.<sup>73</sup>

Το οργανικό ψυχосύνδρομο μπορεί να συνοδεύεται από παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ψυχοκινητική ανησυχία ή αντίθετα από απάθεια, υπνηλία, πτωχό λόγο και ψυχοκινητική επιβράδυνση. Ο τελευταίος τύπος είναι και ο πιο δύσκολος στη διάγνωση

επειδή η κλινική εικόνα δεν είναι θορυβώδης, παρά τα αυτά βιώνεται δυσάρεστα από τον άρρωστο και η συμπτωματολογία ανταποκρίνεται θετικά στην αντιψυχωτική αγωγή. Αξίζει να σημειώσουμε ότι η επιθετικότητα είναι συχνή και παρουσιάζεται στο 67% των μορφών με ψυχοκινητική ανησυχία.<sup>74</sup> Οι βενζοδιαζεπίνες συχνά χρησιμοποιούνται ως αγχολυτικό με αποτέλεσμα την επιδείνωση της εικόνας του. Η διάγνωση λοιπόν απαιτεί ετοιμότητα για τη συνολική αξιολόγηση της κλινικής εικόνας.

Όταν φθάσουμε στο επίπεδο του οργανικού παραληρήματος, έχουμε μια κατάσταση που περιλαμβάνει μια σύνθετη κλινική εικόνα και η αντιμετώπιση είναι δύσκολη. Θεραπευτικά στόχος μας είναι να μειωθεί η σύγχυση και ο ασθενής να αισθανθεί ασφαλής, με την παραμονή οικείου προσώπου και τη διαμόρφωση ανάλογων περιβαλλοντικών συνθηκών π.χ. προστατευτικά κιγκλιδώματα στο κρεβάτι, νυχτερινός φωτισμός, περιορισμός ενοχλητικών ήχων. Παράλληλα συνιστούμε αντιψυχωτική αγωγή. Χρησιμοποιούνται η αλοπεριδόλη και άτυπα αντιψυχωτικά (ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη, ζιπρασιδόνη) σε χαμηλές δόσεις.<sup>4,69,75-77</sup> Αν τα αντιψυχωτικά αποτύχουν να ελέγξουν την επιθετικότητα, τότε μπορεί να γίνει παρεντερική χορήγηση λοραζεπάμης (σε συνδυασμό με τα αντιψυχωτικά). Ωστόσο, πρέπει κανείς να έχει υπόψη του ότι το οργανικό ψυχосύνδρομο μπορεί να είναι μέρος της εξέλιξης της νόσου<sup>78</sup> του ασθενούς, οπότε είναι πιθανό να μην βελτιώνεται, γεγονός μάλιστα που προκαλεί έντονο άγχος στα μέλη της οικογένειας. Η υποστηρικτική θεραπεία για τον άρρωστο και η εκπαίδευση της οικογένειας πρέπει να αξιοποιηθούν, προκειμένου να ελεγχθεί το άγχος των οικείων, με απώτερο σκοπό την καλύτερη φροντίδα του ασθενούς, γεγονός βέβαια που εμπεριέχει δυσκολίες, εφόσον αναγκαία συνθήκη αποτελεί η ουσιαστική συνεργασία της οικογένειας με τους θεράποντες, η οποία δεν είναι πάντοτε δεδομένη.<sup>79</sup>

### **Σχιζοφρένεια και καρκίνος**

Έχουν βρεθεί αντικρουόμενα αποτελέσματα στις μελέτες για την επίπτωση του καρκίνου στους ασθενείς με σχιζοφρένεια.<sup>80</sup> Σε μία πρόσφατη μεγάλη μελέτη πληθυσμού, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καρκίνου από τον υπόλοιπο πληθυσμό.<sup>4</sup> Δεν είναι ξεκάθαρος όμως ο ρόλος ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτού του πληθυσμού όπως το κάπνισμα, η χρήση νευροληπτικών και οι

γενετικοί παράγοντες στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου.<sup>81,82</sup> Σε μελέτες, στις οποίες καταδεικνύεται μικρότερη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου από ότι στον γενικό πληθυσμό, έχουν συζητηθεί διάφοροι μηχανισμοί, όπως η υπερντοπαμινεργική λειτουργία, οι οποίοι μπορεί να ασκούν προστατευτική δράση σε αυτούς τους ασθενείς.<sup>83</sup>

Πρόκειται για ασθενείς, που εξαιτίας της ψυχιατρικής διαταραχής επισκέπτονται λιγότερο συχνά τους ιατρούς οπότε παραμένουν αδιάγνωστοι και χωρίς θεραπεία για καιρό. Επίσης πολλές φορές ερμηνεύουν παραληρητικά τη συμπτωματολογία τους, αγνοώντας πρόδρομα συμπτώματα ή σημεία, με αποτέλεσμα να την υπομένουν χωρίς να παραπονεθούν. Όταν οι ασθενείς με σχιζοφρενική διαταραχή, που πάσχουν από καρκίνο, χρειαστεί να νοσηλευτούν στο πλαίσιο μιας παθολογικής, χειρουργικής ή άλλης κλινικής παρουσιάζονται δυσκολίες τόσο για τον άρρωστο, όσο και για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Οι άρρωστοι μπορεί να θεωρήσουν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις απειλητικές γι' αυτούς και να τις επεξεργασθούν παραληρητικά, με αποτέλεσμα τη δυσχερή συνεργασία με τους θεράποντες, ακόμη και την άρνηση στη θεραπεία.<sup>80</sup>

Παράλληλα, η φροντίδα αυτών των αρρώστων πολλές φορές διακινεί αρνητικά συναισθήματα στο προσωπικό, που πυροδοτούνται από την άγνοια και το φόβο γύρω από την ψυχική νόσο, καθώς και την προκατάληψη και το στίγμα που την ακολουθεί. Το αίτημα προς τη Συμβουλευτική – Διασυνδεδετική είναι να διασφαλιστεί η συνεργασία του ασθενούς και να υποστηριχθεί το προσωπικό στο χειρισμό παράδοξων συμπεριφορών, ακόμη και επεισοδίων επιθετικότητας. Ανακύπτει λοιπόν το ζήτημα της κατανόησης από τους θεράποντες των παραμέτρων της ψυχικής νόσου που επεμβαίνουν αρνητικά στις διαδικασίες της νοσηλείας. Αυτό απαιτεί τη συνεργασία διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων και των ψυχιάτρων της Συμβουλευτικής Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο για τον άρρωστο. Καθοριστικής σημασίας είναι όταν οι σχιζοφρενείς νοσηλεύονται για καρκίνο να συνεχίσουν να λαμβάνουν την αντιψυχωτική τους αγωγή, αν είναι δυνατό διατηρώντας τις δοσολογίες στα επίπεδα πριν την εισαγωγή τους. Βέβαια, πάντα συνεκτιμώνται η οργανική νόσος (ο καρκίνος) και η

πιθανή επιβάρυνση της σωματικής κατάστασης του ασθενούς, οπότε γίνονται όπου επιβάλλεται κατάλληλες τροποποιήσεις.<sup>84</sup>

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι σε ότι αφορά τους καρκινοπαθείς με σχιζοφρενική διαταραχή ο ψυχίατρος καλείται να αντιμετωπίσει ποικίλα ζητήματα όπως τη γνωστοποίηση της νόσου στον ασθενή, την κατανόηση από αυτόν της σοβαρότητας της ασθένειας και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, αλλά και τον κατευνασμό των φόβων του προσωπικού και των άλλων ασθενειών, με ταυτόχρονη υπεράσπιση του δικαιώματος νοσηλείας του ψυχικά ασθενούς χωρίς διακρίσεις και αποκλεισμούς.

### **Αντιμετώπιση του ασθενούς με καρκίνο στο γενικό νοσοκομείο – Ο ρόλος της Διασυνδεδετικής Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής (ΔΣΨ)**

Έχει γίνει αποδεκτό ότι η παρέμβαση της Διασυνδεδετικής Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής (ΔΣΨ), μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση των ψυχολογικών δεικτών, οι οποίοι επηρεάζουν την αντίδραση του ασθενούς στη διάγνωση, τη θεραπεία και την ικανότητά του για καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι νέες θεραπευτικές μέθοδοι των διάφορων μορφών καρκίνου φέρνουν ολοένα και συχνότερα τη ΔΣΨ αντιμέτωπη με το αίτημα της υποστήριξης ασθενών αυτού του είδους.

Είναι σημαντικό τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας της ΔΣΨ να κατανοήσουν τις ψυχολογικές συγκρούσεις και τα ψυχιατρικά συμπτώματα των ασθενών με καρκίνο. Στο πλαίσιο αυτό:

- Απαιτείται τα μέλη της ΔΣΨ να γνωρίζουν τη βιολογική κατάσταση του ασθενούς και τις αναγκαίες θεραπείες
- Επιβάλλεται ευέλικτη προσέγγιση σύμφωνα με την ιατρική κατάσταση του ασθενούς, καθώς και
- Διερεύνηση των μηχανισμών άμυνας οι οποίοι αναπτύσσονται στη διάρκεια της νόσου
- Ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής του ασθενούς
- Επίγνωση της αντιμεταβίβασης την οποία προκαλεί ο πολύ σοβαρά άρρωστος, δηλαδή όλων εκείνων των ασυνείδητων στάσεων απέναντι στον ασθενή και απέναντι στην ψυχική του πραγματικότητα η οποία δοκιμάζεται υπό το βάρος της απειλής και της απώλειας.

Εκτός αυτών, διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παρεμβαίνουν στην ανάπτυξη του καρκίνου, στην ποιότητα ζωής και στο χρόνο επιβίωσης των ασθενών. Είναι διαπιστωμένο ότι ο χρόνος επιβίωσης των ασθενών βελτιώνεται από τις παρακάτω συνθήκες:

1. Ικανότητα συναισθηματικής έκφρασης.
2. Κοινωνική υποστήριξη.
3. Χαμηλά επίπεδα συναισθηματικού στρες.
4. Αγωνιστικότητα.<sup>85</sup>

Χαρακτηριστικά, σε σύνολο 17 μελετών, οι 12 έδειξαν μια σημαντική μείωση του άγχους μέσω της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

Μάλιστα ο Spiegel καθόρισε τα τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχοθεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο.

1. Κοινωνική υποστήριξη – ειδικά στην ομαδική ψυχοθεραπεία.
2. Συναισθηματική υποστήριξη.
3. Γνωσιακή αναδόμηση.
4. Εκπαίδευση στην ικανότητα να αντιμετωπίζει ο ασθενής τις διάφορες δυσκολίες.<sup>86</sup>

Παράλληλα κατέδειξε με μελέτες την ευνοϊκή επίδραση της ψυχοθεραπείας στην επιμήκυνση της επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο.<sup>87-89</sup>

Η ικανότητα των ψυχιάτρων και των υπολοίπων μελών της ομάδας της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής να αντιληφθούν τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς και τις φαντασιώσεις που συνδέονται με τη νόσο καθιστά πλέον εύκολη την απάντηση στις διάφορες ερωτήσεις, δηλαδή στο πόσα πρέπει να ειπωθούν, καθώς και το τι πρέπει ν' αποφευχθεί. Το σημαντικότερο στην προσέγγιση του ασθενούς είναι η ενσυναίσθηση της ψυχικής του κατάστασης. Συχνά το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, στην προσπάθειά του να υποστηρίξει τον άρρωστο, τελικά δεν του επιτρέπει την έκφραση συναισθημάτων αδυναμίας και φόβου μπροστά στην αρρώστια και την απειλή θανάτου.<sup>90</sup> Είναι εξαιρετικά σημαντικό στη θεραπευτική μας σχέση με τον άρρωστο τόσο το να ακούσουμε τα άγχη και τις αγωνίες του, όσο και να αντέξουμε τα δικά μας οδυνηρά συναισθήματα απέναντι στον πόνο και το θάνατο. Η προσέγγιση αυτή διευκολύνει τη διευκρίνιση των ψυχολογικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων που αναπτύσσονται

υπό το στρες της διάγνωσης της νόσου. Με τον τρόπο αυτό είναι κατανοητή η συμμόρφωση ή η μη συμμόρφωση του ασθενούς στη συνιστώμενη θεραπεία με όρους αντίστασης και μεταβίβασης και επομένως είναι δυνατή η κατανόηση του ασθενούς, με πλέον ψυχολογικούς όρους. Σε γενικότερο επίπεδο ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, ατομικές ή ομαδικές θεραπείες εφαρμόζονται. Οι ομαδικές θεραπείες, που στηρίζονται στην παροχή εκμάθησης νέων τρόπων αντιμετώπισης, στην ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων και στο μοίρασμα κοινών εμπειριών έχουν εν δυνάμει σημαντικά οφέλη για τους ασθενείς με καρκίνο.<sup>91</sup>

Η επικοινωνία εν γένει με τον ασθενή που έχει καρκίνο, πέραν του ότι είναι το μέσον για τη μετάδοση διαφόρων πληροφοριών, στηρίζει το ηθικό του, στοιχείο απαραίτητο για την επιβίωσή του.<sup>92,93</sup> Η ενημέρωση σε ότι αφορά την οργανική νόσο προκαλεί συχνά αμηχανία στο θεράποντα που αναλαμβάνει το ρόλο του αγγέλου κακών ειδήσεων, ενώ και οι ασθενείς είναι δυνατόν να παρουσιάσουν ποικίλες αντιδράσεις οι οποίες καθιστούν ακόμη πιο δύσκολο τον ρόλο αυτό. Συγκεκριμένα, μπορεί να είναι αμφιθυμικοί σχετικά με το τι ακριβώς επιθυμούν να γνωρίζουν, να παρουσιάζουν άρνηση ή ακόμη και στη περίπτωση που θέλουν να είναι πλήρως ενήμεροι ο ιατρός καλείται να συνυπολογίσει το προσδοκώμενο όφελος ή μη που θα έχουν οι ασθενείς του, εφόσον το μεταβιβαζόμενο μήνυμα είναι δυσάρεστο και πιθανά θα επηρεαστεί ο ψυχισμός τους. Οι σύγχρονες απόψεις δεν εστιάζονται τόσο στο αν θα λέμε την αλήθεια στους ασθενείς, αλλά τι είδους σχέση δημιουργούμε με τον άρρωστο, ώστε να μας επιτρέπεται να του λέμε την αλήθεια για την ασθένειά του. Σε αυτό το πλαίσιο, η μεταφορά πληροφοριών σχετικά με τη νόσο διαμορφώνει τη θεραπευτική σχέση και καθορίζεται ταυτόχρονα από αυτή. Η εγκατάσταση μιας θεραπευτικής σχέσης που χαρακτηρίζεται από την ενσυναίσθηση και την ουσιαστική επικοινωνία, που επιτρέπει στον ασθενή να αποκαλύψει φόβους και προβληματισμούς σχετικά με τον καρκίνο, αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την ψυχική φροντίδα του αρρώστου.<sup>94,95</sup>

Στους ογκολογικούς ασθενείς, το κύριο αντικείμενο της ΔΣΨ είναι η επαύξηση της συνολικής ποιότητας φροντίδας για τους ασθενείς, λαμβάνοντας υπόψη τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, που

επηρεάζουν τον χρόνο έναρξης, την πορεία και την έκβαση κάθε σωματικής νόσου. Όσον αφορά τους ογκολογικούς ασθενείς, αρχικά τα μέλη της ΔΣΨ θα έπρεπε να καταγράψουν όλους τους ασθενείς με καρκίνο προκειμένου να υπάρχει πλήρης εικόνα του αριθμού των πασχόντων. Στη συνέχεια τους ενημερώνουν για τη δυνατότητα αυτής της παρέμβασης και τους ενθαρρύνουν να διαμορφώσουν αιτήματα σχετικά με το ψυχικό φορτίο που αντιμετωπίζουν, τα οποία και εκκινούν τη θεραπευτική σχέση. Η οικογένεια που συνήθως αποτελεί το άμεσο υποστηρικτικό πλαίσιο για τον ασθενή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία του. Η παρουσία της στο σχεδιασμό της ψυχιατρικής παρέμβασης συνάδει όχι μόνο με την καλύτερη αντιμετώπιση του πάσχοντος, αλλά και με την προοπτική της ΔΣΨ να ενσκήψουν στους προβληματισμούς και στις ανάγκες της οικογένειας. Πολλές φορές οι έντονες ανησυχίες της οικογένειας σχετικά με την πορεία του ασθενούς ή η εθελούσια αναζήτηση βοήθειας από τα μέλη της οδηγούν στην αναζήτηση της ψυχιατρικής βοήθειας. Ο ρόλος των μελών της ΔΣΨ δεν περατώνεται στην ψυχιατρική αντιμετώπιση του ασθενούς, αλλά επεκτείνεται και στην εκπαίδευση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση των ασθενών αυτών. Επιπρόσθετα, ορισμένα χαρακτηριστικά στην κλινική πορεία του ασθενούς όπως είναι τα μη ελεγχόμενα συμπτώματα, η παρουσία μέτριου ή σοβαρού άγχους που σχετίζεται με τη διάγνωση του καρκίνου, σοβαρά φυσικά συμπτώματα, καθώς και προσδόκιμο επιβίωσης μικρότερο του ενός έτους επιβάλλουν παρέμβαση της ομάδας. Τέλος ανακύπτει το ζήτημα παρέμβασης όταν οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες είναι διαμορφωμένες κατά τέτοιο τρόπο που επιβαρύνουν την πορεία του ασθενούς.<sup>96</sup>

Η ΔΣΨ στα πλαίσια της Ογκολογίας καλείται να εκτιμήσει συνολικά:

- Οφέλη και κίνδυνους από τη θεραπεία
- Συμπτώματα
- Ψυχοκοινωνικό στρες
- Προσωπικούς στόχους του ασθενούς
- Εκπαίδευση και αναγκαίες πληροφορίες
- Πρώιμη παρέμβαση<sup>32</sup>

#### **Εντόπιση/Εξειδίκευση συμπτωμάτων**

Ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου, προκύπτουν ιδιαιτερότητες σε σωματικό και ψυχικό επίπε-

δο για τις οποίες πρέπει να είναι ενήμερος ο ψυχίατρος προκειμένου να βοηθήσει πιο αποτελεσματικά.

- *Ca προστάτη:* Οι ασθενείς βιώνουν απειλή στη σεξουαλικότητα και τον ανδρισμό τους, με μεγάλη δυσκολία συχνά στο να εκφράσουν τις σχετικές ανησυχίες τους. Επίσης αφορά κυρίως μεγαλύτερες ηλικίες, γεγονός που σημαίνει ότι οι ασθενείς μπορεί να είναι περισσότερο αρνητικοί στη ψυχιατρική εκτίμηση και αντιμετώπιση. Διαπιστώθηκε σε μελέτες αυξημένο ποσοστό ψυχιατρικών προβλημάτων στους ασθενείς με τη συγκεκριμένη εντόπιση του καρκίνου (32,6% άγχος, 15,2% κατάθλιψη), 40% δε από τους ασθενείς αυτούς αρνήθηκε ψυχιατρική συνέντευξη.<sup>97</sup>
- *Ca μαστού:* Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι στρεσογόνα γεγονότα που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα της ασθενούς. Η κατάθλιψη και το άγχος είναι συχνές ψυχολογικές αντιδράσεις στις ασθενείς αυτές. Η μαστεκτομή (ακρωτηριασμός), υποτροπές, η επέκταση της νόσου σε άλλα όργανα, η εικόνα του εαυτού και ο αντίκτυπος στις διαπροσωπικές σχέσεις της ασθενούς είναι θέματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο ιατρός. Επίσης οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας όπως η αλωπεκία, η απώλεια βάρους, η κόπωση και η δυσχέρεια στη συγκέντρωση καθώς και συμπτώματα όπως η αϋπνία και οι έντονες εξάψεις που οφείλονται σε θεραπεία με αντιοιστρογόνα και αναστολείς της αρωματάσης παρουσιάζονται στις ασθενείς αυτές.<sup>14</sup>
- *Ca κόλου:* Συχνά οι ασθενείς αυτοί βιώνουν ενοχές εξαιτίας των διατροφικών συνηθειών τους, αφού η κακή διατροφή με πολλά λιπαρά και λίγες φυτικές ίνες σχετίζεται με τη νόσο. Επίσης οι κολοστομίες επηρεάζουν την εικόνα του εαυτού και προκαλούν αισθήματα ντροπής που μπορεί να οδηγήσουν σε ελαττωμένη λειτουργικότητα σε οικογενειακό, επαγγελματικό επίπεδο και αυξημένα ψυχολογικά προβλήματα.<sup>5</sup>
- *Ca πνεύμονα:* Αποτελεί τη μορφή εκείνη που προκαλεί τη μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση σε σχέση με άλλες μορφές καρκίνου εξαιτίας: (α) της φτωχής πρόγνωσης<sup>46</sup> και (β) των αισθημάτων ενοχής<sup>98</sup> που μπορεί να έχουν οι ασθενείς εξαιτίας της συσχέτισης του καρκίνου του πνεύμονα με το κάπνισμα. Ο βήχας, η νευραλγία μετά από θωρακοτομία, οι ελαττωμένες εφεδρείες του πνεύμονα έχουν

σοβαρό ψυχικό αντίκτυπο για τους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα.

- *Ca ωοθηκών*: Σε ασθενείς με καρκίνο ωοθηκών γίνεται μέτρηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα των καρκινικών δεικτών, οι οποίοι αποτελούν ένδειξη υποτροπής της νόσου. Κινητοποιούνται ως εκ τούτου συχνά έντονα άγχη και επηρεάζεται σοβαρά η διάθεση στην αναμονή του ελέγχου αυτού.<sup>25</sup> Η αφαίρεση των ωοθηκών με ή χωρίς υστερεκτομή έχει μείζονα επίδραση στον ψυχισμό της ασθενούς επηρεάζοντας την εικόνα του εαυτού και κατ'επέκταση τη σεξουαλική της λειτουργία. Η αδυναμία τεκνοποίησης που ακολουθεί είναι ένα θέμα, που καλείται να διαχειριστεί η ασθενής, αντιμετωπίζοντας τη ματαιώση της απόκτησης απογόνου, γεγονός που ανάλογα με το στάδιο της ζωής της και την προσωπικότητα και τις φαντασιώσεις της κινητοποιούνται ζητήματα, που πρέπει να εμπεριέξει η θεραπευτική σχέση. Επιπρόσθετα, ο πόνος και η απόφραξη του εντέρου χαρακτηρίζουν πολλές φορές την εντόπιση αυτή του καρκίνου, ζητήματα για τα οποία πρέπει να είναι ενήμερος ο ψυχίατρος.<sup>14</sup>
- *Ca παγκρέατος*: Χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος και σοβαρά σωματικά συμπτώματα. Καθώς η νόσος εξελίσσεται τα συμπτώματα επιδεινώνονται και χρειάζονται επεμβατικές μέθοδοι για την αντιμετώπισή τους, με σοβαρές επιπτώσεις στον ψυχισμό των αρρώστων. Μελέτες δείχνουν ότι παρουσιάζονται σε υψηλά επίπεδα ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς αυτούς,<sup>54,99,100</sup> ενώ έγινε και συσχέτιση μεταξύ αυτών και των ενδοκρινολογικών αλλαγών που εμφανίζονται. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν σε αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικού τύπου διαταραχές και άγχος.<sup>5,27,100</sup>

### **Κριτήρια πρώιμης παρέμβασης της ΔΣΨ**

Οι ασθενείς με καρκίνο συνήθως υποβάλλονται σε θεραπεία με χημειοθεραπευτικά σκευάσματα και ακτινοβολίες. Οι παρενέργειες αυτών, όπως είναι η απόπτωση των τριχών της κεφαλής, η ναυτία και η κόπωση, προκαλούν σημαντικές ψυχολογικές αντιδράσεις στους ασθενείς και εν δυνάμει μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές.<sup>108</sup> Κρίνεται λοιπόν, σκόπιμη η έγκαιρη ψυχιατρική παρέμβαση, προκειμένου να διασφαλιστεί η ψυχική θωράκιση του ασθενούς απέναντι στην επώδυνη, κάποιες φορές, θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου. Ο πόνος που αντιστέκεται στη थे-

ραπεία μπορεί, όπως αναφέρθηκε, να σχετίζεται με μείζονα ψυχιατρική διαταραχή, όπως η κατάθλιψη, γεγονός που συνιστά ένδειξη πρώιμης ψυχιατρικής παρέμβασης.<sup>109</sup> Επιπροσθέτως, το ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών σχετίζεται με δυσχερέστερη προσαρμογή στα νέα δεδομένα της ζωής του ασθενούς, μετά τη διάγνωση του καρκίνου.<sup>101</sup> Η αντιμετώπιση μιας βαριάς ασθένειας όπως ο καρκίνος, σε συνδυασμό με την επιτακτική ανάγκη διακοπής της χρήσης, καθώς και η αυξημένη συννοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών στους ασθενείς αυτούς αποτελούν παραμέτρους, τις οποίες πρέπει να εκτιμήσει συνολικά η ομάδα της Διασυνδεδετικής Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής.<sup>47,102</sup> Επιβάλλεται αυξημένη ετοιμότητα από τον θεράποντα σε ότι αφορά την επιδείνωση των γνωσιακών λειτουργιών του ασθενούς. Σε αυτή την περίπτωση ο πάσχων πρέπει να εκτιμηθεί προκειμένου να διαπιστωθεί αν αυτή εμφανίζεται στα πλαίσια ψυχιατρικής διαταραχής.<sup>74</sup> Επίσης αν ο πάσχων από καρκίνο έχει ιστορικό ψυχικής νόσου, είναι δυνατό το τραυματικό γεγονός του καρκίνου να αποτελέσει ισχυρό ψυχοπρεστικό παράγοντα και να οδηγήσει σε υποτροπή της νόσου. Παράλληλα, εφόσον ο ασθενής βρίσκεται σε ψυχιατρική κλινική, αναγκαία είναι η επανεκτίμηση των δόσεων και η προσαρμογή τους ανάλογα και με τη σωματική του υγεία.<sup>84</sup>

Κάποιες φορές οι θεράποντες έρχονται αντιμέτωποι με αίτημα επίσπευσης ή υποβοηθούμενου θανάτου. Η διαχείριση του γεγονότος αυτού είναι εξαιρετικά δύσκολη, αποτελεί ένδειξη ψυχιατρικής παρέμβασης και θέτει την ομάδα της Ψυχο-ογκολογίας σε σοβαρά διλήμματα. Η έκφραση της επιθυμίας του θανάτου από τον ασθενή συνήθως σχετίζεται με ψυχιατρικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, ακόμη δε και με την υποθεραπευτική αντιμετώπιση του πόνου.<sup>103-105</sup>

### **Καταθληκτικός άρρωστος και ΔΣΨ**

Όταν πλησιάζει το τέλος της ζωής για τον ασθενή, ο ιατρός βρίσκεται αντιμέτωπος με σωματικά προβλήματα, ψυχολογικά συμπτώματα και υπαρξιακά θέματα, που διαπλέκονται μεταξύ τους, με τρόπο που ξεπερνάει τις απαιτήσεις της συνήθους καθημερινής κλινικής πρακτικής. Οι δυσκολίες είναι πολλαπλές για τον άρρωστο και τον θεράποντα. Ο πόνος, η κόπωση, η αϋπνία, η ανορεξία/καχεξία επιβαρύνουν τον ασθενή μας. Καθένα από αυτά τα συμπτώματα

πρέπει να διερευνηθεί διεξοδικά και να αντιμετωπιστεί άμεσα.<sup>106,107</sup>

Οι ασθενείς με πόνο έχουν μεγαλύτερη συχνότητα κατάθλιψης και άγχους. Μάλιστα, ο χρόνιος πόνος μπορεί να είναι ένα ανάλογο της κατάθλιψης. Ο φόβος των ιατρών ότι θα εθίσουν τον άρρωστο σε ναρκωτικά αναλγητικά ή η αντίσταση της οικογένειας που φοβάται τις παρενέργειες (π.χ. βυθιότητα, σύγχυση, ζάλη) από την αναλγησία, οδηγούν στον να υποθεραπεύεται ο πόνος στους ασθενείς τελικού σταδίου. Ο ψυχίατρος, σε ότι αφορά τους αρρώστους με προχωρημένη νόσο, πρέπει να παροτρύνει τους θεράποντες να αντιμετωπίζουν τον πόνο επιθετικά, δίνοντας παράλληλα έμφαση στην αξία του να σεβαστεί κανείς τα όσα υποστηρίζει ο καταληκτικός άρρωστος που παραπονείται για πόνο, προκειμένου να μην υποτιμηθεί ως «κακός» και μη συνεργάσιμος ασθενής. Ο φόβος του εθισμού μπορεί να είναι ένας τρόπος άρνησης της σοβαρότητας της κατάστασης, ακόμη και καλυμμένος φόβος του θανάτου. Επίσης γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές μπορούν να αξιοποιηθούν προκειμένου να γίνει πιο αποτελεσματικός έλεγχος του πόνου.<sup>108,109</sup>

Η διάκριση μεταξύ της σωματικής κόπωσης και της κόπωσης που οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες είναι δυσχερής στον καταληκτικό άρρωστο, αφού ουσιαστικά συνυπάρχουν. Ψυχοδιεγερτικά φάρμακα, καθώς και αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται, ενώ παράλληλα προτείνεται προσεκτική κινητοποίηση του ασθενούς αν αυτό δεν του προκαλεί πόνο ή δεν θέτει τη ζωή του σε κίνδυνο.<sup>106</sup>

Για τον καταληκτικό άρρωστο είναι πολύ σημαντικό να ανακουφίζεται από την επώδυνη κατάσταση στην οποία βρίσκεται με ικανοποιητικό ύπνο. Στόχος μας είναι να διατηρήσουμε ένα φυσιολογικό κερκάρδιο ρυθμό. Χρησιμοποιούνται αντικαταθλιπτικά για να ευοδώσουν τον ύπνο, ακόμη και χωρίς τη διάγνωση της κατάθλιψης. Χορηγούνται αναλγητικά για να αποφεύγεται η αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας. Επίσης υπναγωγά και βενζοδιαζεπίνες οι οποίες έχουν αγχολυτική δράση, εξαιρώντας όμως τους ασθενείς που πάσχουν και από οργανικό ψυχοσύνδρομο.<sup>72</sup>

Η ανορεξία και η καχεξία είναι συχνά συμπτώματα στο τέλος της ζωής και προκαλούν μεγάλη ανησυχία στην οικογένεια. Πολλές φορές, οι συγγενείς πιέζουν τον άρρωστο για περισσότερο φαγητό και για να

προσπαθήσει περισσότερο, ελπίζοντας ότι αν βελτιωθεί η θρέψη του, θα αποφευχθεί το μοιραίο.<sup>110</sup> Με αυτόν τον τρόπο του προκαλούν ενοχές ότι ευθύνεται για την κατάστασή του, τη στιγμή που οι ήρεμες διαπροσωπικές σχέσεις<sup>50,75</sup> και η ανθρώπινη επαφή είναι πολύτιμες. Η οικογένεια πρέπει να βοηθηθεί να καταλάβει ότι ο ασθενής δεν νοιώθει πείνα και δεν ωφελείται με το να πιέζεται να φάει. Μάλιστα, όταν η ανορεξία είναι μέρος της διαδικασίας του θανάτου έχει φανεί ότι η ολική παρεντερική διατροφή επιδεινώνει την ποιότητα ζωής του αρρώστου.<sup>108</sup>

Ο ψυχίατρος καλείται να διαγνώσει και να αντιμετωπίσει ψυχιατρικές διαταραχές στον καταληκτικό άρρωστο, αλλά και να βοηθήσει την οικογένεια να διαχειριστεί το γεγονός ότι πλησιάζει το τέλος. Σημαντικό είναι επίσης να ενισχύσει το ιατρικό προσωπικό στην προσπάθειά του να διατηρήσει τις ισορροπίες στη θεραπευτική του προσέγγιση, αποφεύγοντας την υπερεμπλοκή από τη μια, αλλά και την έλλειψη ενσυναίσθησης από την άλλη.

Πάνω απ' όλα όμως ο ψυχίατρος συνοδεύει τον καταληκτικό άρρωστο στο θάνατο και αποτελεί μια σταθερή καθησυχαστική παρουσία για αυτόν, που θα αφουγκραστεί την αγωνία του, θα καταστείλει το άγχος του όσο είναι δυνατό και θα παροτρύνει το περιβάλλον να ακούσει τις επιθυμίες του.<sup>111</sup>

## Συμπέρασμα

Η ψυχιατρική παρέμβαση στοχεύει στην καλύτερη διαχείριση των ψυχοπνευματικών εκφάνσεων της οργανικής νόσου από τον ασθενή, στην ψυχική ενδυνάμωση των μελών της οικογένειάς του αλλά και στην ενίσχυση της προσπάθειας των θεράποντων ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα σύνθετα και δυσεπίλυτα προβλήματα που προκαλεί μία νόσος επικίνδυνη για τη ζωή, όπως είναι ο καρκίνος.

- Όσο η νόσος προχωρεί και η θεραπεία γίνεται λιγότερο αποτελεσματική, τόσο αυξάνεται η ανάγκη για βοήθεια και παρέμβαση στον άρρωστο και την οικογένειά του.
- Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους πρέπει να έχουν πρόσβαση σε μια διεπιστημονική ομάδα ειδικών οι οποίοι θα συνεργάζονται και θα τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο και την αναγκαία θεραπεία.

- Οι σημαντικές πληροφορίες πρέπει να δίνονται από το θεράποντα με ικανοποιητικό τρόπο επικοινωνιακά σε άνετο χώρο με και άνεση χρόνου.
- Υπάρχει ανάγκη για φροντίδα της οικογένειας μετά τον θάνατο, ιδιαίτερα αν υπάρχουν παιδιά και εξαρτώμενα μέλη.
- Οι συγγενείς με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου χρειάζονται υποστήριξη και φροντίδα (προληπτική παρέμβαση).
- Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη θεωρείται συστατικό στοιχείο της ποιότητας ζωής των ασθενών, αφού ασθενείς και επιζώντες πρέπει να ζουν με αξιοπρέπεια και όχι απλώς να επιβιώνουν.

Είναι σύνηθες να θεωρούμε ότι οι ασθενείς υποφέρουν κυρίως από το σωματικό άλγος και αντιμετωπίζοντάς το τους απελευθερώνουμε από τα δυσάρεστα συναισθήματα. Στην πραγματικότητα, το αίσθημα του «υποφέρειν»<sup>12</sup> είναι πολύπλοκο και αντανακλά την ενδόμυχη αγωνία του ασθενούς μας μπροστά στην απειλή του καρκίνου, που αφορά την ψυχική, σωματική και κοινωνική του υπόσταση. Το

επίφοβο του μέλλοντος, η προσωπική νοηματοδότηση του καθενός στην έννοια της ασθένειας, το τραυματικό γεγονός που επικάθεται σε μια ψυχική δομή με διαμορφωμένους μηχανισμούς άμυνας, η ιστορία και οι εμπειρίες του αρρώστου μας, η απώλεια της λειτουργικότητας, το δυνητικό πλήγμα στις διαπροσωπικές σχέσεις, αποτελούν διαστάσεις του προβλήματος στις οποίες πρέπει να εντρυφήσει ο ψυχίατρος, προκειμένου να βοηθήσει αποτελεσματικά τον ασθενή του. Στόχος του είναι να διευκολύνει την αναγνώριση των προβλημάτων, να ενισχύσει την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, να ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων και να βοηθήσει να βρει ο άρρωστος τους καλύτερους δυνατούς τρόπους για την επίλυσή τους.<sup>14</sup> Ο Weisman έγραψε ότι η επιθυμία να ζήσει κανείς είναι μια έκφραση της ελπίδας σε συνδυασμό με τη διάθεση για αγώνα.<sup>13</sup> Αυτήν ακριβώς την επιθυμία καλείται να ενδυναμώσει ο ψυχίατρος και η ομάδα της ΔΣ Ψυχιατρικής, προκειμένου να καταπολεμήσει την εντύπωση του τελολογικού της αδυναμίας, της φθοράς και του θανάτου.

## Psychological and psychiatric problems in cancer patients in the general hospital

G.I. Moussas,<sup>1</sup> A.P. Karkanias,<sup>2</sup> A. Papadopoulou<sup>3</sup>

<sup>1</sup>2nd Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, "Attikon" General Hospital,

<sup>2</sup>Psychiatric Department "Sotiria" General Hospital of Chest Disease,

<sup>3</sup>"Dromokaitio" Psychiatric Hospital of Athens, Greece

Psychiatriki 2008, 19:124-144

Cancer is the most common cause of death after heart disease. The patient diagnosed with cancer confronts high levels of emotional distress, while he has to make crucial decisions about his treatment. As a life threatening illness, it is a traumatic stressor which triggers overwhelming feelings and affects the patient's functioning. There is a variety of psychological responses. Anger, fear, anxiety, hopelessness attend the diagnosis of cancer. Fifty percent of affected individuals develop psychiatric disorders, such as Stress Response Syndromes like Acute Response Syndromes, Post-



traumatic Stress Disorder, Major Depression, Adjustment Disorders, and Delirium. The members of consultation-liaison psychiatry intervene in a wide spectrum of psychiatric complications of cancer. Also, there are patients with major psychiatric disorders such as schizophrenia who develop cancer and the psychiatrist has to give them an understanding of the illness and to facilitate their active participation in the medical treatment. The main purpose is co-operation between consultation liaison psychiatrists and physicians. Psychiatrists make efforts to promote a better understanding of schizophrenia among physicians and to fight the stigma attached to the disease. The risk of suicide is higher in cancer patients, than in general population and the identification of patients at increased risk of suicide among affected individuals such as those with major depression, alcohol abusers, uncontrolled pain, advanced illness is a very important step in suicide prevention. When the end of life is approaching, psychiatrists have to face physical problems, psychological symptoms and issues of existence, which pose special challenges for the patient. The psychiatrist has to help him to reduce the psychological pain and to encourage his family to listen to his wishes. The consultation-liaison psychiatrists intervene at every stage of cancer from the prevention and the preclinical cancer, to palliative care and end-of-life, with diagnosis and effective therapy.

**Key words:** Cancer, traumatic stressor, psychiatric disorders, consultation-liaison psychiatry, end of life.

## Βιβλιογραφία

- Lloyd GG, Mayou RA. Liaison psychiatry or psychological medicine? *Br J Psychiatry* 2003, 183:5-7
- Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer* 1999, 80:1770-1780
- Μουτσόπουλος Χ. *Cecil Παθολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1991
- Lederberg M. Psycho-Oncology. In: Sadock B, Sadock V (ed) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005
- Ιακωβίδης Β, Ιακωβίδης Α. *Αρχές Ψυχοογκολογίας. Ψυχοσωματική και Σωματοψυχική θεώρηση του καρκίνου*. Εκδόσεις Μαστορίδη, 2001
- Madianos MG. Preventive aspects of the mental health care system reform in Greece. In: Christodoulou GN, Lesic-Tosevski, Kontaxakis VP (eds) *Issues in Preventive Psychiatry*. Karger, Basel, 1999:47-54
- Sollner W, Maislinger S, Konig A. Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service. *Psycho-Oncology* 2004, 13:893-897
- Massie MJ, Holland JC. Psychological reactions to breast cancer in the pre- and post-surgical period. *Semin Surg Oncol* 7:320-325
- Γκρεμ Τείλορ. *Ψυχοσωματική Ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση*. Μετάφραση: Ζερβός Κ. Εκδόσεις Καστανιώτη, 2001
- Σακελλάρης Δ. *Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία με ογκολογικούς ασθενείς. Προβλήματα και άγχη που αφορούν τους θεραπευτές*. Στο: *Ψυχοσωματική Ιατρική*. Επιστ. Επιμ. Σακελλαρόπουλος Π. Εκδόσεις Παπαζήση, 2007
- Akechi T, Kugua A, Okamura H, Nakano T, Okoyama T, Mikami I et al. Suicidal thoughts in cancer patients: Clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1999, 53:569-573
- Friedman IC, Kalidas M, Elledge R, Chant J, Romero C, Husain I et al. Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-oncology* 2006, 15:595-603
- Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thum M. Cancer Statistics 2007. *Ca Cancer J Clin* 2007, 57:43-66
- Greenberg D, Vitaglianno H, Pirl W, Abrams A, Murriel A, Rauch P. Patients with cancer and the evolution of the role of psychiatry in oncology. In: Stern T, Fricchione G, Cassem N, Jellinek M, Rosenbaum J (eds) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, Mosby, 2004:571-591
- Razavi D, Stiefel F. Common psychiatric disorders in cancer patients I. Adjustment disorders and depressive disorders. *Support Care Cancer* 1994, 2:223-232
- Brewin TB. Quality of survival-Can we measure it? Can we influence it? In: Stroll BA (ed) *Coping with Cancer Stress Dordrecht*, Martinus Nijhoff Publishers, 83-93
- Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitude. *JAMA* 1961, 175:1120-1128
- Ιεροδιακόνου Χ. Διαμόρφωση ψυχικών συμπτωμάτων και μηχανισμοί άμυνας. Στο: Ιεροδιακόνου Χ, Φωτιάδης Χ, Δημητρίου Ε (Συντ.) *Ψυχιατρική*, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Μαστορίδης, 1988
- Μπαλλής Θ. *Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής. Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων*, University Studio Press, 2000

20. Breitbart W. Identifying patients at risk for and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer* 1995, 3:45-60
21. Guverich M, Devins G, Rodin G. Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics* 2002:259-281
22. Holland JC, Rowland JH. *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of Patient with Cancer*. New York, Oxford University Press, 1989
23. Lindberg N, Wellisch D. Identification of traumatic stress reactions in women at increased risk for breast cancer. *Psychosomatics* 2004, 45:7-16
24. Green B, Rowland J, Krupnick J, Epstein S, Stocton P, Stern N et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics* 1998, 39:102-111
25. Mundy EA, Blanchard EB, Cirenza E et al. Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behav Res Ther* 2000, 38:1015-1027
26. Cella DF, Mahon SM, Donovan MA. Cancer recurrence as a traumatic event. *Behav Med* 1990, 16:15-22
27. Smith M, Redd W, Peyser C, Vogl D. Posttraumatic stress disorder in cancer: A Review. *Psycho-Oncology* 1999, 8:521-537
28. Andrykowski M, Cordova M, Grath Mc, Sloan D, Kenady D. Stability and change in post-traumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: A 1 year follow-up. *Psycho-oncology* 2000, 9:69-78
29. Green BL, Epstein SA, Krupnick JL, Rowland JH. Trauma and medical illness: assessing trauma-related disorders. In: Wilson JP, Keane TM (eds) *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York, Guilford Press, 1997:160-191
30. Posner JB. Nonmetastatic effects of cancer on the nervous system. In: Wyngaarden JB, Smith LH (eds) *Cecil's textbook of medicine*. Saunders, Philadelphia, 1988:1104-1107
31. Mazzocato C, Stiefel F, Buclin T, Berney A. Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician II. Neuroleptics. *Support Care Cancer* 2000, 8:89-97
32. NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology*. Distress management, version 1.2007, National Comprehensive Cancer Network
33. Buclin T, Mazzocato C, Berney A, Stiefel F. Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician IV. Other psychotropic agents. *Support Care Cancer* 2001, 9:213-222
34. Blot WJ, Mc Laughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res* 1988, 48:3282-3287
35. Lundberg CJ, Passik DS. Alcohol and Cancer: A review for psycho-oncologists. *Psycho-oncology* 1997, 6:253-266
36. Λισσαίος Β, Δοντάς Ν, Ασημακόπουλος Γ. *Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1991
37. Maxmen JS, Ward NG. Substance-related disorders. In: *Essential psychopathology and its treatment*. WW Norton and Company, New York, 132-172
38. Zhang S, Petro TM. The effect of nicotine on murine CD4 T cell responses. *Int J Immunopharmacol* 1996, 18:467-478
39. Giannakoulas G, Katramados A, Melas N, Diamantopoulos I, Chimonas E. Acute effects of nicotine withdrawal syndrome in pilots during flight. *Aviat Space Environ Med* 2003, 74:247-251
40. Yun A, Bazar K, Lee P, Gerber A, Daniel S. The smoking gun: many conditions associated with tobacco exposure may be attributable to paradoxical compensatory autonomic responses to nicotine. *Med Hypoth* 2005, 64:1073-1079
41. Jaffe J, Antony J. Substance-related disorders: introduction and overview. In: Sadock B, Sadock V (eds) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005:1133-1328
42. Cassen EH. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatr Clin North Am* 1990, 13:597-612
43. Cassen NH, Bernstein JG. Depressed Patients. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassen WH, Jellinek MS, Rosenbaum JF (eds) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital*. 5th ed. Philadelphia, PA: Mosby, Elsevier, 2004:25-68
44. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984, 53:2243-2249
45. Ιακωβίδης Β. Κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο. *Psychiatriki*, 2006, 17:102-105
46. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology* 2001, 10:19-28
47. Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1990, 51:12-17
48. Mermelstein HT, Lesko L. Depression in patients with cancer. *Psycho-oncology* 1992, 1:199-215
49. Angelino A, Treisman G. Major Depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer* 2001, 9:344-349
50. Inui A. Cancer anorexia-cachexia syndrome: Current issues in research and management. *A Can J Clin* 2002, 52:72-91
51. Akechi T, Akizuki N, Sakuma K, Yoshikawa E. Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* 2003, 44:244-248
52. Brennan J. *Cancer in Context. A practical guide to supportive care*. Oxford University Press, 2004
53. Tatsuo A, Hitoshi O, Yataka N, Yosuke U. *Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma*. American cancer society, 2002:1085-1093
54. Passik SD, Breitbart WS. Depression on patients with pancreatic carcinoma. *Cancer* 1996, 78:615-627
55. Miller KE, Adams SM, Miller MM. Antidepressant medication use in palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* 2006, 23:127-133
56. Block SD. Psychological issues in end-of-life care. *J Palliat Med* 2006, 9:751-772
57. Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. *Cancer J* 2006, 12:388-397
58. Akechi T, Okuyama T, Suguwara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. Prevalence, patient perceptions, contributing factors, and longitudinal changes. *Am Cancer Soc*, 2003:183-191
59. Akechi T, Okamura O, Yamawaki S, Uchitomi Y. Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not. *Psychosomatics* 2001, 41:141-145
60. Massie M, Cagnon P, Holland C. Depression and suicide in patients with cancer. *J Pain Symp Manag* 1994, 9:325-340
61. Bukberg J, Penman D, Mc Callion S. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984, 43:199-212

62. Μουσσάς Γ, Καρκανιάς Α, Κατσαρού Ν, Βλαχάκης Γ, Τσελεμπής Α, Περισσάκη Α. *Απόπειρες αυτοκαταστροφής και προ-ειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης*. 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 14–18 Μαΐου 2004, Κως
63. Rudd MD. Warning signs for suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2003, 33:99–100
64. Chocinov HM, Wilson KG, Enns M et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995, 152:1185–2791
65. Baile WF, DiMaggio JR, Schapira DV, Janofsky JS. The request for assistance in dying. *Cancer* 1993, 72:1786–2791
66. Brown JH, Henteleff P, Barakat S, Rowe CJ. Is it normal for terminally ill patients to desire death? *Am J Psychiatry* 1986, 143: 208–211
67. Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients: A prospective study. *Cancer* 1996, 78:1131–1137
68. Akechi T, Uchitomi Y, Okamura H et al. Usage of haloperidol for delirium in cancer patients. *Support Care. Cancer* 1996, 4:390–392
69. Morrison C. Identification and Management of Delirium in the critically ill patient with cancer. *AACN clinical issues* 2003, 14:92–111
70. Holland JC. Psychological aspects of cancer. In: Holland JF, Frei E (eds) *Cancer Medicine*. 2nd ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 252–267
71. Massie MJ, Holland JC, Glass E. Delirium in terminally ill cancer patients. *Am J Psychiatry* 1983, 140:1048–1050
72. Ljubisavlevic V, Kelly B. Psychiatry and primary care. Risk factors for development of delirium among oncology patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2003, 25:345–352
73. Pereira J, Hanson J, Bruera E. The Frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. *Am Cancer Soc* 1997, 79:835–842
74. Liptzin B. Clinical diagnosis and management of delirium. In: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB (eds) *Psychiatric Care of the Medical Patient*. New York, Oxford University Press, 2000:581–596
75. NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology*. Palliative Care, Version 1.2006, National Comprehensive Cancer Network
76. Lipowski ZJ. Delirium (acute confusional status). *JAMA* 1987, 258:1789–1792
77. Trzepacz P, Breitbart W, Franklin J, Levenson J, Martini DR. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *Am J Psychiatry* 1999, 156(Suppl):1–20
78. Morita T, Tei Y, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Underlying Pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Managem* 2001, 22:997–1006
79. Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, Tsuneto S, Shima Y. Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics* 2004, 45:107–113
80. Inagaki T, Yasukawa R, Okazaki S, Yasuda H, Kawamukai T, Utani E et al. Factors disturbing treatment for cancer patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006, 60:327–331
81. De Leon J, Dadvand M, Canuso C, White AO, Stanilla JK, Simpson GM. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *Am J Psychiatry* 1995, 152:453–455
82. Zammit S, Allebeck P, Dalman C, Lundberg I, Hemmingsson T, Lewis G. Investigating the association between cigarette smoking and schizophrenia in a cohort study. *Am J Psychiatry* 2003, 160:2216–2221
83. Basu S, Dasgupta PS. Role of dopamine on malignant tumour growth. *Endocrine* 2000, 12:237–241
84. Μουσσάς Γ. Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική. Στο: Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ (Συντ) *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής* 2ος τόμος. Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2006:723–744
85. Norman S. Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *J Psychother Pract Res* 1998, 7:1–9
86. Hill D, Kelleher K, Shamaker SA. Psychosocial interventions in adult patients with coronary heart disease and cancer: a literature review. *Gen Hosp Psychiatry* 1998, 14(Suppl 6):285–425
87. Spiegel D. Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. *Support Care Cancer* 1995, 3:252–256
88. Blake-Mortimer J, Gore-Felton C, Kimerling R, Turner-Cobb JM, Spiegel D. Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *Eur J Cancer* 1999, 35:1581–1586
89. Spiegel D. Effects of psychotherapy on cancer survival. *Nat Rev Cancer* 2002, 2:383–389
90. Consolli S. Το οικογενειακό και θεραπευτικό περιβάλλον ασθενών με καρκίνο. Στο: Σακελλαρόπουλος Π (Συντ.) *Ψυχοσωματική Ιατρική*. Εκδόσεις Παπαζήση, 2007
91. Spira JL. Group therapies. In: Holland JC (ed) *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York, 1998:701–716
92. Warden JW. Communication: A critical factor surviving. Proceeding of the fifth national conference on human values and Cancer. *Am Cancer Soc*, 1987:11–13
93. Statement of the American Society of Clinical Oncology: genetic testing for cancer susceptibility. Adopted on February 20. *J Clin Oncol* 1996, 14:1730–1736 (Discussion 1737–1740)
94. Surbone A. Telling the truth to patients with cancer: what is the truth. *Lanc Oncol* 2006, 7:944–950
95. Καλλέργης Γ. *Οδηγός ενημέρωσης και επικοινωνίας με τον ασθενή: Εξατομίκευση, Θεραπευτική Σχέση, Χαρακτήρας, Οικογένεια*. Medical Graphics, 2000
96. Razavi D, Delavaux N, Farvacques C, Robaye E. Brief Psychological training for health care professionals dealing with cancer patients: a one-year assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 1991, 12:253–260
97. Kunkel E, Bakker J, Myers R, Oyesanmi O, Gomella L. Biopsychological aspects of prostate cancer. *Psychosomatics* 2000, 41:85–94
98. Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H. Coping, distress and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56:756–762
99. Fitzsimmons D, George S, Payne S, Johnson CD. Differences in perception of quality of life issues between health professionals and patients with pancreatic cancer. *Psycho-oncology* 1999, 8:135–143
100. Green AI, Austin CP. Psychopathology of pancreatic cancer: a psychobiologic probe. *Psychosomatics* 1993, 34:208–221
101. Weisman D. Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Am J Med Sc* 1976, 271:187–196
102. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *J Am Med Ass* 1983, 249:717–757

103. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Galanos A, Vlahos L, Depression, hopelessness, and sleep in cancer patients' desire for death. *Int J Psychiatry Med* 2007, 37:201-211
104. Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, Skirko MG, Allard P, Chary S et al. Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *Hth Psychol* 2007, 26:314-323
105. Kornfeld D. Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to medical practice. *Am J Psychiatry* 2002, 159:1964-1972
106. Fleishman S. Treatment of Symptom Clusters: Pain, Depression and Fatigue. *J Nat Cancer Inst Mon* 2004, 32:112-123
107. Flechtner H, Bottomley A. Fatigue and Quality of life: Lessons from the real world. *Oncologist* 2003, 8:5-9
108. Lederberg M, Joshi N and of Life and Palliative Care. In: Sadock B, Sadock V (eds) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005
109. Cleary J. Cancer pain management. *Cancer Control* 2000, 7: 120-131
110. Ross D, Alexander C. Management of common symptoms on terminally ill patients: Part I. Fatigue, anorexia, cachexia, nausea and vomiting. *Am Fam Physicia* 2001, 64:807-814
111. Cohen T, Block S, Issues on psychotherapy with terminally ill patients. *Palliat Support Care* 2004, 2:181-189
112. Cassel E. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Eng J Med* 1982, 306:639-645
113. Weisman AD. *On Denying and Dying*, New York, NY Behavioral Publications, 1972

---

Αλληλογραφία: Γ.Ι. Μουσσάς, Νοσοκομείο «Αττικόν», Ψυχιατρική Κλινική, Ρίμνι 1, 124 62 Αθήνα

## Ειδικό άρθρο Special article

# Η διαμόρφωση της έννοιας του χρόνου και η σημασία της στην ψυχαναλυτική-ψυχοθεραπευτική σχέση

Ε. Σουμάκη,<sup>1</sup> Δ. Αναγνωστόπουλος,<sup>1</sup> Δ. Αναστασόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ελληνική Εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας, Αθήνα

<sup>2</sup>Ελληνική Εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας του Παιδιού και του Εφήβου, Αθήνα

Ψυχιατρική 2008, 19:145–152

**Η** ψυχανάλυση συνδέεται στενά με την έννοια του χρόνου στην προσπάθειά της να κατανοήσει με ποιο τρόπο οι διαταραχές στο παρόν ορίζονται από τα γεγονότα του παρελθόντος. Το άρθρο αναφέρεται στη διαμόρφωση της έννοιας του χρόνου στα διάφορα στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του ατόμου, από τη γέννηση και την κατάκτηση της σταθερότητας του αντικειμένου μέχρι και τη φάση της ανάπτυξης της ταυτότητας και της αυτονομίας. Ο χρόνος ως προβολή της εσωτερικότητας του ατόμου και αναπαράσταση των ψυχολογικών του συγκρούσεων και της αποδοχής του στις βαθύτερες και αντιφατικές ενορμήσεις του, αναγνωρίζεται ως άλλη εμπειρία στις διάφορες ψυχοπαθολογικές οντότητες. Οι ασθενείς στη μεταβίβαση δημιουργούν μια δική τους κατάσταση καθώς προβάλουν τη δική τους ξεχωριστή αίσθηση χώρου και χρόνου. Οι παραμορφώσεις τους, όσον αφορά στον χρόνο, αντανακλούν τόσο την ψυχοπαθολογία τους όσο και τις αντιδράσεις τους τις σχετικές με τη χρονική συναισθηματική στιγμή, που εκδραματίζονται στο ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Χρόνος, αντίληψη, ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη, ψυχανάλυση.

## Εισαγωγή

Ο χρόνος και ειδικότερα «ο προσωπικός χρόνος» μετριέται με ό,τι καταφέρνουμε ν' αντιληφθούμε, να αναγνωρίσουμε, να βιώσουμε. Πρόκειται για μια αλληλουχία στιγμών, πράξης ή απραξίας, ζωντανίας ή σιωπής, μουσικής ή παύσης, που οδηγούν στην ανάπτυξη του ατόμου, στην εξέλιξη της προσωπικότητάς του, στη διαμόρφωση μιας προσωπικής πορείας.

Οι σχέσεις που έχουν οι άνθρωποι με το χρόνο είναι περίπλοκες, αλλά υπέρμετρο πλούτου. Θα μπορούσαμε να τον φανταστούμε ως προϊόν μιας δύσκολης σχέσης ανάμεσα στη ανάμνηση του παρελθόντος και στην ελπίδα του μέλλοντος. Το ανθρώπινο υποκείμενο θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι αντιμετωπίζει το χρόνο μέσα από μια διαδικασία προσπάθειας να ενώσει τις διαφορετικές στιγμές σε ένα ενιαίο «όλον». Αυτός φαίνεται να αντανάκλα την ανάγκη συγχώνευσης του αντικειμένου με το υποκείμενο, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την πραγμάτωση της ανθρώπινης δημιουργίας, εγγράφοντας έτσι στο ψυχικό χώρο μian ελπίδα αιωνιότητας ενάντια σε κάθε άγχος αφανισμού και θανάτου.

Στην αρχή της ζωής μας νιώθουμε πως χρόνος και χώρος δεν είναι παρά ένα «παλιό γέρικο ζευγάρι» όπως λέει ο Φουκώ.<sup>1</sup> Ένα ζευγάρι που ούτως ή άλλως εμάς δεν μας αφορά, καθώς οι δικές μας σχέσεις με το χρόνο όπως τον βιώνουμε τότε μοιάζουν ελαστικές, αφού αισθανόμαστε αθάνατοι. Σύμμαχός μας σ' αυτό η απώθηση, η λήθη. Η αίσθηση του «άχρονου» είναι μια ασυνείδητη επιθυμία αλλά και συχνά μια αμυντική λειτουργία. Η αίσθηση του χρόνου όμως, είναι υποκειμενική και ανάλογη με τα δρώμενα. Έτσι θεωρούμε ότι οι ευτυχισμένες στιγμές «τρέχουν σαν αστραπή», ενώ αντίθετα η θλίψη «κυλάει βαριά και αργά». Σύμφωνα με τον Proust<sup>2</sup> άλλωστε, πρόκειται για το ρυθμό με τον οποίο ξετυλίγεται η ύπαρξη ως αποτέλεσμα του υποκειμενικού χρόνου εγγεγραμμένου στον ψυχισμό υπό μορφή ψηφίδων ψυχικού υλικού, αισθητηριακού και κιναισθητικού τύπου, υλικών που διευθετούνται στη βάση των ενορμητικών κινήσεων.

Ο χρόνος ως πρωταρχική εμπειρία είναι σύμφωνα και με το Χαρτοκόλλη<sup>3</sup> εννοιατικός και ως έμφυτη δομή όπως και ο χώρος, εξυπηρετεί την ενοποίηση και ταυτοποίηση της εμπειρικής ασυνέχειας της αντίληψης, της συνείδησης και της αλλαγής. Ο υποκειμενικός χρόνος δηλαδή καθορίζεται από ψυχικές δυναμικές επιδράσεις, προσωπικές και βιωματικές.

Ψυχολογικά η καταγραφή της διαδοχής των γεγονότων είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της εμπειρίας του χρόνου. Σύμφωνα με τον Loeward,<sup>4</sup> παρελθόν, παρόν και μέλλον είναι στατικές και γραμμικές έννοιες, εμπειρίες αίσθησης του χρόνου που αλληλο-διαμορφώνονται και σταθερά επηρεάζονται από ενδοψυχικές δυνάμεις.

Οι πρώτες αναλυτικές θεωρίες εστίασαν στη λειτουργία του Εκείνο (Id) και σύμφωνα με το τοπογραφικό μοντέλο ο χρόνος θεωρείται ότι είναι μια ανακεφαλαίωση προηγούμενων καταστάσεων. Στη συνέχεια με την υπεροχή του δομικού μοντέλου και της ψυχολογίας του Εγώ, διατυπώθηκε μια πιο εξελιγμένη θεωρία, σύμφωνα με την οποία ο χρόνος αντιπροσώπευε την έκφραση των δυναμικών αλληλεπιδράσεων του Εκείνο (Id), Εγώ και Υπερεγώ. Έτσι άρχισε να αναγνωρίζεται η υποκειμενική φύση της εκτίμησης του Εγώ για το χρόνο (Colarusso 1979).<sup>5</sup>

Η αίσθηση του παρόντος και του μέλλοντος συνδέθηκε με τη λειτουργία του Εγώ και του Υπερεγώ. Η θεωρία των αντικειμενότροπων σχέσεων και το αναπτυξιακό μοντέλο σκέψης προσέφεραν εργαλεία σύλληψης ιδιαίτερα βοηθητικά στην ψυχαναλυτική μελέτη του χρόνου. Η θεωρία των αντικειμενότροπων σχέσεων υποστηρίζει ότι για να αποκτήσει το βρέφος την έννοια του χρόνου, πρέπει να περάσει από μια διαδικασία κινήτρων που περιλαμβάνει τη μητέρα ως αντικείμενο που ικανοποιεί, αλλά και ματαιώνει. Έτσι με την απαρτίωση των «καλών» και «κακών» εμπειριών αναπτύσσεται η αναγνώριση του παρελθόντος ως εμπειρία.

Ο Arlow (1972)<sup>6,7</sup> αναγνωρίζει την αίσθηση του χρόνου και τα στοιχεία του όπως αντίληψη, κινητικότητα και μνήμη ως περίπλοκες εκφράσεις της λειτουργίας του Εγώ.

## Η διαμόρφωση της έννοιας του χρόνου στα διάφορα στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του ατόμου

### A. Ο χρόνος από τη γέννηση μέχρι την κατάκτηση της σταθερότητας του αντικειμένου

Ο Eissler<sup>8</sup> αναφέρεται στο χρόνο σαν μια καθολική αντίθεση ανάμεσα στις πρώιμες αντιλήψεις της παιδικής ηλικίας περί χρόνου και την αποδοχή της πραγματικότητας στην ενήλικη ζωή, οπότε ο χρόνος βιώνεται ως μη ελεγχόμενος και τετελεσμένος, σκέ-

ψη που οδηγεί τον ενήλικα να αποδέχεται το αναπόφευκτο του θανάτου. Έτσι, σύμφωνα με τον Eissler, η αλληλεπίδραση των συναισθημάτων, οι διαβαθμίσεις τους, οι αποδοχή του Εγώ ή η άρνησή τους φαίνεται να ορίζουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται ο χρόνος.

Η Α. Freud (1965)<sup>9</sup> θεωρεί πως υπάρχουν βασικές διαφορές στον τρόπο που βιώνεται η υποκειμενικότητα του χρόνου από τα παιδιά και τους ενήλικες. Ξεκινώντας λοιπόν απ' την αρχή, παρατηρούμε ότι το βρέφος καθορίζει το δικό του υποκειμενικό χρόνο με βάση την ψυχική του πραγματικότητα, δηλαδή με μοναδικό κριτήριο τις ανάγκες του Εκείνου και τις λειτουργίες του Εγώ.

Στην αρχή της ζωής, λόγω του σχετικά αδιαφοροποίητου βρεφικού Εγώ, δεν υπάρχει επαρκής αίσθηση της διάρκειας. Όλα καθορίζονται από ομοιοστατικούς μηχανισμούς, κανονικές και εναλλασσόμενες αισθήσεις ευχαρίστησης και ματαίωσης. Αναπόφευκτα αυτοί οι παράγοντες εμπεριέχονται και στην πρώτη σχέση του ανθρώπινου υποκειμένου, τη σχέση με τη μητέρα.

Άλλες ψυχαναλυτικές έρευνες υποστηρίζουν ότι οι πρώτες ενδείξεις της διαφορετικότητας του χρόνου μπορούν να αναγνωριστούν από την τρίτη εβδομάδα της ζωής (Gifford 1960).<sup>10</sup> Αυτό το συνδέουν με τις ανάγκες του βρέφους και την ανταπόκριση που έχει σ' αυτές από την πλευρά της μητέρας. Και η ανταπόκριση της μητέρας σχετίζεται αφενός με την ετοιμότητά της, όσο και με την αντίληψή της περί χρόνου στη διάρκεια του εικοσιτετράωρου (γεγονός που επιβεβαιώνεται και από το πρόγραμμα ύπνου και διατροφής του μωρού). Μ' αυτό τον τρόπο οι ενστικτώδεις βιολογικές ανάγκες του βρέφους γίνονται ψυχολογικές, μέρος του βρεφικού Εγώ, αντανάκλαση της σχέσης του με το αναδυόμενο αντικείμενο (μητέρα). Οι ενστικτώδεις απαιτήσεις βιώνονται για μια μεγάλη περίοδο του χρόνου (στοματικό στάδιο) και οδηγούν σε μια αίσθηση διαβαθμιζόμενης παρουσίας-απουσίας, ευχαρίστησης-ματαίωσης. Για το βρέφος, ο χρόνος δεν έχει ακόμα οργανωθεί γύρω από μια δομή τριών διαστάσεων, όμως παρά ταύτα βιώνεται ως «πανταχού παρών». Φαίνεται σαν να βιώνει το βρέφος την αίσθηση ενός «αιώνιου παρόντος», που συνδέεται από τη μια με την αρχή της ευχαρίστησης και την πρωταρχική ναρκισσιστική παντοδυναμία, όπου ανάγκες και επιθυμίες ικανοποιούνται ευθύς αμέσως, πριν από την εγκαθίδρυση της διάστασης

του παρελθόντος (μνήμη) και τη διάσταση του μέλλοντος (προσδοκία), και από την άλλη με μια έλλειψη σαφούς διαφοροποίησης του Εαυτού από τον εξωτερικό κόσμο, πριν ακόμα από τη δόμηση του αντικειμένου και τη σταθερότητά του, τις σχέσεις του και την αίσθηση της ταυτότητάς του.

Ο Χαρτοκόλης (1974)<sup>3</sup> θεωρεί ότι η αντίληψη του βρέφους για τις μεταβολές του χρόνου όσον αφορά στην ένταση των ενστικτωδών απαιτήσεών του, καθορίζεται στην περίοδο του πρώιμου προσανατολισμού του στο χώρο και το χρόνο από τις διαβαθμίσεις στο επίπεδο της έντασης των ερεθισμάτων. Όσο λιγότερη δηλαδή η διαβάθμιση, τόσο λιγότερη η συνείδηση του χρόνου.

Οπωσδήποτε πάντως η «αρκετά καλή μητέρα» (Winnicott 1969)<sup>11</sup> μέσω της ικανοποίησης των αναγκών του βρέφους για πείνα, δίψα, αγκαλιά κ.λπ. γίνεται ο φορέας και εκφραστής του χρόνου του. Αυτός όμως ο χρόνος, χρήσιμος σύμμαχος στη δόμηση της σχέσης τους, μπορεί να γίνει ο ίδιος δυνάστης και για το βρέφος, όταν δεν ικανοποιείται, και για τη μάνα, που υποχρεώνεται να παραμένει διαθέσιμη ελαχιστοποιώντας το δικό της προσωπικό χρόνο.

Στην επόμενη φάση (πρωκτική) η εμπειρία του χρόνου του νηπίου συνδυάζεται με τη λειτουργία του κατώτερου γαστρεντερικού συστήματος, την ούρηση και την αφόδευση. Για άλλη μια φορά στηρίζεται στην αλληλεπίδραση με τη μητέρα, που θα καθοδηγήσει την ανάπτυξη του ελέγχου αυτών των λειτουργιών, γεγονός που σημαίνει και την ικανοποίησή τους, σε διαφορετικό και ελεγχόμενο χρόνο από τη στιγμή της γέννησης της επιθυμίας έως την ικανοποίησή της. Ο Jones (1923)<sup>12</sup> υποστήριξε ότι το παιδί εξισώνει το χρόνο με τα πρωκτικά προϊόντα, αλλά και ο Doob (1994)<sup>13</sup> τόνισε την επίδραση του πρωκτικού ερωτισμού που παράγει μιαν αίσθηση αυξημένης λιβιδινικής σχέσης μεταξύ χρόνου και πρωκτικότητας. Αυτό μαζί με την επιβεβαίωση της παντοδυναμίας του παραμένει για το νήπιο ένα βασικό θέμα της υποκειμενικής αίσθησης του χρόνου και καταγράφεται στο ασυνείδητό του σαν κεντρικό σημείο. Έτσι η μετακίνηση προς τη σταθερότητα του αντικειμένου και η ενδοβολή του, προκαλεί τρεις σημαντικές αλλαγές στον τρόπο που το παιδί αντιλαμβάνεται το χρόνο:

1. Ο χρόνος σταδιακά ενδοβάλλεται ως στοιχείο Εαυτού που εξαρτάται όλο και λιγότερο από την παρουσία του Άλλου.

2. Παρελθόν, παρόν και μέλλον αρχίζουν να έχουν συνέχεια ως ψυχικές εμπειρίες.
3. Λόγω της αίσθησης σταθερότητας του αντικειμένου δομείται και η αίσθηση της διάρκειας.

Από μια άλλη άποψη λοιπόν, όπως υποστηρίζει και ο Χαρτοκόλλης<sup>14</sup> το αίσθημα του χρόνου καθορίζεται από τη σχέση του Εγώ και του Εαυτού κυρίως με τα εσωτερικά αντικείμενα. Ο Piaget (1937)<sup>15</sup> υποστήριξε ότι το παιδί αποκτά μια γενικευμένη κατανόηση του χρόνου κατά τη διάρκεια του 2ου έτους της ζωής του, παραλληλίζοντάς την με την ανάπτυξη της γλωσσικής του ικανότητας. Υποστηρίζει επίσης ότι ο χρόνος που δημιουργεί τη μεγαλύτερη εντύπωση στο παιδί είναι ο χρόνος των γεγονότων που το περιβάλλουν.

Στην προσπάθεια κατανόησης της δομής του χρόνου, χρειάζεται να γίνει αναφορά και στην έννοια των μεταβατικών αντικειμένων κατά Winnicott,<sup>16</sup> τα οποία προηγούνται χρονολογικά από τη θεμελίωση του κριτηρίου της πραγματικότητας και αντιπροσωπεύουν το αντικείμενο της πρώτης σχέσης (μητέρας-παιδιού). Το παιδί διαλέγει το αρκουδάκι επειδή είναι μαλακό, επειδή η αίσθηση του μαλακού είναι χαρακτηριστικό της μητέρας του. Έτσι το αρκουδάκι γίνεται για το παιδί η δυνατότητα να κρατήσει την εικόνα της μητέρας του παρούσα, μηδενίζοντας το χρόνο της απουσίας της. Η μεταφορά αυτή είναι μια έκφραση συμβόλων που αναφέρονται στη συμπλοκή του παρόντος με το παρελθόν, του όλου με το μέρος. Το «παιγνίδι» αυτό μέσω του μεταβατικού αντικειμένου, ανάμεσα στις παρούσες και παρελθούσες εικόνες Εαυτού και Αντικειμένου, σηματοδοτεί την αρχή ενός πλησιάζματος ανάμεσα σε παρελθόν και παρόν που διευκολύνεται από την ψυχική αναπαράσταση της μητέρας και την εξωτερική εικόνα της. Το παιδί ελέγχει το μεταβατικό αντικείμενο και χειρίζεται ταυτόχρονα και τα δύο, δηλαδή και τις ψυχικές αναπαραστάσεις και τις εξωτερικές εικόνες, κάνοντάς τες να «έρχονται και να φεύγουν». Το παρόν λοιπόν γίνεται παρελθόν, και το παρελθόν παρόν. Η παρουσία της μητέρας αντιπροσωπεύει το παρόν, η ψυχική της αναπαράσταση εν τη απουσία της γίνεται το παρελθόν, και η αναμονή της επιστροφής της το μέλλον. Με τη σταδιακή απόσυρση του μεταβατικού αντικειμένου και την κατάκτηση της αίσθησης σταθερότητας του αντικειμένου, δημιουργείται μια απώθηση της εξίσωσης «μητέρα ισοδύναμη με χρόνο».

Η αίσθηση του χρόνου σταδιακά γίνεται μια πιο αυτόνομη λειτουργία του Εγώ, σύμμαχος του αντι-

κειμενικού χρόνου. Οι αναλυτές, αρχίζοντας από τον Freud (1915),<sup>17</sup> όρισαν το χρόνο ως λειτουργία του συνειδητού. Και ακολουθώντας τη γραμμή του, συνδέσαν την αίσθηση του χρόνου με την αίσθηση της εσωτερικής αντίληψης των βιωμάτων. Με την ανάπτυξη του συνειδητού, αυτή προβάλλεται στο εξωτερικό περιβάλλον και την ονομάζουμε χρόνο.

### **Β. Ο χρόνος κατά την ψυχοσεξουαλική φάση της ανάπτυξης της κατάκτησης της ταυτότητας και της αυτονομίας**

Η διαμόρφωση της έννοιας του χρόνου κατά την εφηβεία κυριαρχείται από τις βασικές αναπτυξιακές διαδικασίες αυτής της περιόδου, δηλαδή από την πορεία κατάκτησης της αυτονομίας του ατόμου, την παγίωση της σεξουαλικής και την ολοκλήρωση της συνολικής του ταυτότητας. Η πορεία αυτή χαρακτηρίζεται από τις συνεχείς παλινδρομικές και αμφιθυμικές ψυχικές κινήσεις, από ένα συνεχές «μπρος-πίσω».

#### *Κλινικό παράδειγμα 1*

*Η Έλλη, ετών 14, περιγράφει το χρόνο σαν ένα «Χάος, ένα Δράκο με μεγάλο στόμα που θα την καταπιεί». Τρομάζει μπροστά στο πέρασμα και προσπαθεί ν' ακινητοποιήσει το χρόνο. Σε κάθε προσπάθεια αυτονομίας ένα λιποθυμικό επεισόδιο έρχεται να την κρατήσει πάλι στη σχέση με τη μητέρα. Αναρωτιέται γιατί να διαβάσει αφού θα πεθάνει, γιατί να συνδεθεί με τα παιδιά αφού θα χωρίσουν, γιατί να κάνει οτιδήποτε.*

*Η Έλλη φοβάται συνεχώς ότι θα βαρεθεί με ό,τι κι αν κάνει παρομοιάζοντας τον πανικό της απέναντι στο χρόνο-δράκο, που έφθασε «να την πάρει απ' τους γονείς της», σαν μια φυσική παγίδα. Κατά βάθος όμως ξέρει πως η παγίδευσή της βρίσκεται στην αμφιθυμία της για αλλαγή και μετακίνηση, αλλά και στην ανάγκη της να παραμείνει καθηλωμένη στην πρώιμη σχέση με τη μητέρα που της προσέφερε ασφάλεια, ένα παιδικό καταφύγιο.*

*Η στάση καθήλωσης είναι εμφανής και στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες, που χαρακτηρίζονται άλλοτε από μια υπερβολική ενεργητική στάση και άλλοτε από μια ακινησία που δημιουργεί ένα αίσθημα ανίας τόσο στην ίδια όσο και στον θεραπευτή. Η αλλαγή για την Έλλη μοιάζει να βιώνεται ως απειλή. Η Έλλη μ' αυτό τον τρόπο μοιάζει να θέλει να επιστρέψει και να κρατηθεί στο παρελθόν.*



### Κλινικό παράδειγμα 2

Η Άννα, επίσης στα 14 της, αντίθετα σπρώχνει το χρόνο της σεξουαλικής της ενηλικίωσης μέσω ανταγωνισμού με το αντικείμενο, υιοθετώντας συμπεριφορές εκδραμάτισης των εσωτερικών της συγκρούσεων και της έντονης επιθετικότητας προς τη μητέρα, με ευκαιριακές και επιπόλαιες ερωτικές σχέσεις εν δυνάμει επικίνδυνες. Φαίνεται να επιδιώκει να μεταφέρει το μέλλον στο ανώριμο παρόν. Και οι δύο έφηβες έρχονται αντιμέτωπες με τις δικές τους συγκρούσεις εξάρτησης, αυτονομίας και ελέγχου, σε σχέση με την ενδοβλημένη μητέρα και ερμηνεύουν το χρόνο με αντιθετικό τρόπο, υιοθετώντας η μια το ένα και η άλλη το άλλο άκρο του ψυχικού εκκρεμούς.

Είναι ενδιαφέρον να σημειώσουμε εδώ ότι η διαφορετική αυτή στάση των εφήβων βρίσκεται σε αναλογία με μια παρόμοια διαφοροποιημένη στάση των μητέρων τους, γεγονός που αντανακλάται και στη σχέση της κάθε έφηβης με τη μητέρα της.

Στην εφηβεία ταιριάζει όμορφα το παραμύθι «Η ωραία κοιμωμένη» των αδελφών Γκριμ, που συμβολοποιεί το εξής μήνυμα: «μη προσπαθείς να βιάσεις τα πράγματα. Όταν ο χρόνος ωριμάσει, το πρόβλημα θα λυθεί από μόνο του». <sup>18</sup> Το άτομο καθόλη τη διάρκεια της εφηβείας αγωνίζεται να εξερευνήσει τις προηγούμενες απρόσιτες περιοχές της ύπαρξης και να τις αφομοιώσει στην αίσθηση της ταυτότητάς του. Η διαδικασία αυτή συνοδεύεται από μεγάλες συναισθηματικές εντάσεις, για την αντιμετώπιση των οποίων άμυνα είναι η ναρκισσιστική απόσυρση. Η ωραία κοιμωμένη-έφηβη μπορεί να εκληφθεί ως μια φαντασίωση, όπου ο θάνατος είναι απλά ο ύπνος, όπου ο χρόνος αιωρείται, όπου αντιστρέφονται οι ρόλοι του γρήγορου και του αργού. Στις φαντασιώσεις των εφήβων πολλές φορές ο θάνατος δεν αντιπροσωπεύει το σταμάτημα του υποκειμενικού χρόνου. Αντίθετα αντιμετωπίζεται ως κάτι παροδικό και ελέγξιμο, ως ένας δυναμικά αναιρούμενος χρόνος π.χ. «να πεθάνω να δω ποιος θα κλάψει, ποιος θα έρθει στην κηδεία μου».

### Συζήτηση

#### Η σημασία του χρόνου στην ψυχαναλυτική-ψυχοθεραπευτική σχέση

Ο χρόνος από μόνος του είναι μια αυθαίρετη θεωρία του ανθρώπου. Οποσδήποτε όμως είναι μια προβολή της εσωτερικότητάς του, αναπαράσταση

των ψυχολογικών του συγκρούσεων, των αποδοχών του, της προσαρμογής του στις βαθύτερες και αντιφατικές εννομήσεις του. Αποδεχόμενος το χρόνο, ο άνθρωπος αποδέχεται τον εαυτό του και τη ζωή με τα αναπόφευκτα ελλείμματα και τους περιορισμούς της. Μέσω της διαδικασίας των ελεύθερων συνειρμών και του ονείρου στην ψυχαναλυτική σχέση, είναι δυνατόν να μελετηθεί η καταγραφή των ακολουθιών των ψυχικών εμπειριών. Οι ψυχικές δομές (Loeward)<sup>4</sup> στην ουσία είναι χρονικές. Ο χρόνος δηλαδή όπως προτείνει ο Arlow<sup>7</sup> «ανθρωπομορφοποιείται» και γίνεται σύμμαχος και δυνάστης στη σχέση.

Μια σειρά από διαφορετικές ψυχοπαθολογικές πιθανότητες και συνδυασμούς μπορεί να προκύψει από την «ασύμμετρη ή αριστοτελική λογική», κατά την οποία ο χρόνος και ο χώρος καθώς και η διαφορά μεταξύ του όλου και των μερών, είναι τελείως συμβατή. Αυτή συνιστά ακόμη τη λογική βάση της έννοιας της δευτερογενούς διαδικασίας σκέψης κατά Freud,<sup>19</sup> και της «συμμετρικής λογικής», που ως διαδικασία επιτρέπει τις συνδέσεις, συσχετίσεις, αναπαραστάσεις, εξισώσεις, συμβολισμούς. Αποτέλεσμα αυτών είναι η διαταραχή στην έννοια του χώρου-χρόνου, όπως για παράδειγμα στην αγοραφοβική παθολογία.

Μπορεί επίσης να υπάρξει διαταραχή στην ικανότητα διάκρισης μεταξύ του όλου και των μερών του, η οποία εκφράζεται σαν μια αποτυχία κατανόησης του χρόνου και του χώρου, όπως παρατηρείται στις ψυχωτικές ή οριακές ψυχοπαθολογίες. Πράγματι στη βιβλιογραφία υπάρχει γενική συμφωνία ότι η εμπειρία του χρόνου ως «ακίνητου», «παγωμένου», «σιωπηλού» συναντιέται στη σχιζοφρένεια (Bouchard 1926, Scott 1948, Dubois 1955, Jaspers 1959), ή άλλοτε ότι ο χρόνος βιώνεται τελείως χαοτικός, άλλοτε γρήγορος, άλλοτε αργός, χωρίς παρελθόν και μέλλον. Ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική κατάθλιψη νιώθουν ότι ο χρόνος κινείται συνεχώς, ενώ οι ίδιοι παραμένουν ακίνητοι. Καταθλιπτικοί ασθενείς ταυτίζουν το χρόνο με τον ίδιο τους τον εαυτό, καθώς το μέλλον κατακλύζεται και παγιδεύεται από το παρελθόν. Οι αγχώδεις προσωπικότητες κυριαρχούνται από ένα αίσθημα χρόνου που εμπεριέχει ένα αμετάκλητο παρελθόν και ένα αγωνιώδες μέλλον.

Σε άλλους ασθενείς μπορεί να υπάρξει δυσκολία στην αντίληψη του χρόνου όπως την παρατηρούμε στην ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική παθολογία. Σύμφωνα με τον Stekel (1927) οι ψυχαναγκαστικοί ασθενείς «δεν θέλουν να παραδεχτούν το χρόνο».

Όπως είπε ένας ψυχαναγκαστικός ασθενής (Dooley 1941) «δεν πρέπει ποτέ να ξεχαστώ. Κοιτάω το ρολόι και απασχολούμαι. Διαφορετικά δεν θα ήξερα ποιος είμαι» (Χαρτοκόλλης 2006).<sup>14</sup>

Στην ψυχαναλυτική σχέση ο χρόνος μετριέται με τον ίδιο τρόπο, όπως αναφερθήκαμε στη σχέση μάνας-παιδιού, στη σχέση των εφήβων με την αποδοχή της πραγματικότητας και της φαντασίωσης. Θα μπορούσε κανείς να κάνει αναφορά σε συνεδρίες που ο χρόνος δεν φτάνει, ή σε συνεδρίες που ο χρόνος δεν τελειώνει πάντα στα πλαίσια της σχέσης μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης. Ποια είναι η σημασία του χρόνου γι' αυτόν που μετράει με το ρολόι του τα λεπτά της συνεδρίας που απομένουν χωρίς πράγματι να θέλει να φύγει; Ο χρόνος αντιπροσωπεύει πιο ζωντανά από κάθε άλλη κατάσταση την ανάγκη της αποδοχής της οριοθέτησης όπως και την ανάλογη ανικανότητα, συμβολίζοντας με αυτό τον τρόπο το συνολικό θέμα της ζωής του ατόμου, τη σχέση του με τη διαδικασία ανάπτυξης από την αρχή ως το τέλος, απ' τη γέννηση ως το θάνατο.

Μέσα στη χρονική ασφάλεια που προσφέρουν τα σαράντα πέντε λεπτά της συνεδρίας, τη σταθερότητα, τη συνέχεια, την επανάληψη και τις τελετουργίες της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, διευκολύνεται η παλινδρόμηση σε στάδιο πρώιμο και άχρονο. Αναδύονται αδόμητες αναπαραστάσεις που συνδέονται με τη λειτουργία του ασυνειδήτου υπό τη μορφή ονείρων και ελευθέρων συνειρμών. Γι' αυτό εξάλλου ζητείται από τους ασθενείς μας να είναι χαλαροί προκειμένου να απελευθερωθούν από τους καθορισμένους δεσμούς με το χρόνο. Και είναι ακριβώς λόγω της συνύπαρξης αυτών των διαφορετικών χρονικών ασυμφωνιών που μπορούμε να φθάσουμε σ' αυτές τις σπάνιες αλλά και συναρπαστικές στιγμές της ενόρασης, στιγμές έντονες και σημαντικές ως τώρα της ύπαρξης, στιγμές όπως αυτές που περιγράφονται από τους ασθενείς μας π.χ. «χάθηκα μες το χρόνο», «χάθηκα στο παρελθόν μου», «δεν ξέρω που βρίσκομαι», «δεν ξέρω ποιος είμαι».

Ο ψυχοθεραπευτής απ' την άλλη μεριά αυτής της σχέσης ζει ένα παράδοξο. Όπως και η «αρκετά καλή μητέρα», χρειάζεται κι αυτός ανάλογα να πετύχει το δύσκολο συνδυασμό «του να χαθεί και ο ίδιος», από το δικό του Εγώ, για να παρακολουθήσει την πορεία του εσωτερικού ταξιδιού του θεραπευόμενου. Συγχρόνως πρέπει να είναι παρών, κατανοώντας, ερμηνεύοντας και κρατώντας το όριο του καθορι-

σμένου χρόνου που ζητάει απ' τον ασθενή του και από το ίδιο του το Εγώ ν' απαρνηθεί, επιτυγχάνοντας έτσι μια ικανοποιητική όσο και απαραίτητη ενσυναίσθηση. Χρειάζεται δηλαδή «ν' αφήσει» το χρόνο και για τους δύο, αλλά και παράλληλα να «κρατήσει» το χρόνο και για τους δύο. Και μέσα σ' αυτή την χρονικά οριοθετημένη συνεδρία των σαράντα πέντε λεπτών, που όμως βιώνεται σαν να διαρκεί άλλοτε πέντε λεπτά, άλλοτε μια αιωνιότητα, αυτή η σχέση, σύμμαχος και δυνάστης και για τους δύο, θα κινηθεί ανάμεσα σε εκφράσεις και σιωπές, μονολόγους και διαλόγους, αναστεναγμούς, παύσεις και ενθαρρυντικούς ήχους, συσχετισμούς, ερμηνείες και ανακατασκευές.

Έτσι, θέματα όπως τα σαράντα πέντε λεπτά της συνεδρίας, ο αριθμός των συνεδριών, κάποιες αλλαγές, κάποιες καθυστερήσεις ή άκαιρες προσελεύσεις, η διάρκεια της διακοπής και η διάρκεια της θεραπείας, έχουν τεράστια σημασία και για τα δύο μέλη αυτής της σχέσης. Ο θεραπευτής διαχειρίζεται το χρόνο, ο θεραπευόμενος τον χρησιμοποιεί, και οι δύο του δίνουν νόημα. Και βέβαια το τέλος της συνεδρίας, το πέρασμα όπως βιώνεται σ' αυτή την ιδιαίτερη συνάντηση στα πλαίσια της μεταβίβασης στον εξωτερικό χρόνο, δηλαδή στην εξωτερική πραγματικότητα, μπορεί και για τους δύο να είναι δύσκολο. Φράσεις όπως: «μόλις βγήκα χρειαζόμουν τουαλέτα», ή «βγήκα και ήμουν σα χαμένος», ή «δε μπορούσα να περπατήσω, βαρύ ήταν το σώμα μου και άδειο το μυαλό μου», ή «έπρεπε να καθίσω κάπου, να φάω μια ολόκληρη σοκολάτα για να συνέλθω» επιβεβαιώνουν τη δυσκολία αυτής της προσαρμογής. Η μεταφορά από παρελθόντα σε ενεστώτα χρόνο, λειτουργεί σαν την «μηχανή του χρόνου», καθώς σχετίζεται με τις συγκρούσεις, τις ενορμήσεις, τις αποστερήσεις. Η μνήμη ενέχει θέση παρελθόντος χρόνου, ενώ η νοηματοδότηση στη ψυχοθεραπευτική σχέση εξυπηρετεί την αποκατάσταση της συνέχειας του χρόνου, δηλαδή της προσωπικής ιστορίας του ασθενούς στον οποίο με αυτόν τον τρόπο επιτρέπεται η προβολή του εαυτού του στο μέλλον.

Οι ασθενείς στη μεταβίβαση δημιουργούν μια δική τους κατάσταση καθώς προβάλλουν τη δική τους ξεχωριστή αίσθηση χώρου και χρόνου. Οι παραμορφώσεις τους, όσον αφορά στο χρόνο, αντανακλούν τόσο την ψυχοπαθολογία τους, όσο και τις αντιδράσεις τους τις σχετικές με τη χρονική συναισθηματική στιγμή που εκδραματίζονται στο ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, αυτές δηλαδή που παράγονται μέσα από την

ανάδυση των απωθημένων μνημών και εμπειριών και μέσα από την αλληλεπιδραστική σχέση. Ορισμένοι άλλοι πάλι αρνούνται το πέρασμα του χρόνου, προβάλλοντας αντίσταση στην αλλαγή, στο θρήνο, στο πένθος, ανήμποροι να διαπραγματευθούν την έννοια του τέλους, που συνοδεύεται από το φόβο της απώλειας και το φόβο του θανάτου.

Ο Freud επεσήμανε ότι η έννοια του χρόνου και η γένεσή της είναι έμφυτες στην οργάνωση και λειτουργία του Εγώ. Η ανάπτυξη, η καθήλωση, η παλινδρόμηση, η επιστροφή του απωθημένου, το «άχρονο» του ασυνείδητου και το μεθύτερο βίωμα (Nachträglichkeit) είναι έννοιες που συναντάμε στα έργα του και που αποδεικνύουν πως δεν υπάρχει παραδοσιακά ευθεία συνέχεια με το χρονολογικό χρόνο. Ο ίδιος από το 1900 έγραφε σε σχέση με τα όνειρα όπως και το ασυνείδητο, ότι δεν υποκύπτουν στους περιορισμούς του χρόνου. Ο όρος «άχρονο» για το όνειρο είναι μάλλον ουδέτερος, καθώς και η εμπειρία αλλά και η έννοια του χρόνου μπορεί να υπάρχουν είτε στο έκδηλο περιεχόμενο του ονείρου, είτε στη δομή του:<sup>19</sup> «Αλήθεια είναι πως δε μπορείς ποτέ να είσαι σίγουρος πως ένα όνειρο έχει τελείως ερμηνευθεί». Το περιεχόμενο του ασυνείδητου και του ονείρου προέρχεται από το απώτερο παρελθόν και φέρνει στην επιφάνεια παιδικές επιθυμίες και συγκρούσεις, συχνά μεταμφιεσμένες. Έτσι συμβαίνει και στην ανάλυση στο σύνολό της: «Όσο βαθιά

μπορείς να πας, υπάρχει σίγουρα και βαθύτερα. Η ανάλυση μπορεί να θεωρηθεί ατελείωτη μέσα σε μια τελειωμένη ψυχαναλυτική διαδικασία» (Berenstein 1987).<sup>20</sup>

Με βάση την ψυχαναλυτική σχέση οργανώνεται μια διαδικασία κατά την οποία αναλυτής και αναλύομενος τελικά μαθαίνουν να χρησιμοποιούν την προαναφερόμενη ώρα απ' την αρχή ως το τέλος, με όλο και λιγότερους φόβους, αντιστάσεις, δυσaréσκειες ή και απληστία. Είναι απαραίτητο για το θεραπευτή να μπορεί να αποδεχθεί την αξία της χρονικής διάρκειας της συνεδρίας, είτε πρόκειται για την πρώτη διαγνωστική συνεδρία με το έντονο συναίσθημα του «τώρα» που τον κατακλύζει, είτε για την εκατοστή επαναλαμβανόμενη συνεδρία.

Όσο κι αν φαίνεται παράδοξο, με τη βοήθεια του δικού του ολοκληρωμένου χωροχρόνου οφείλει να συγκεντρώνει τα τεμαχισμένα αυτά κομμάτια του αντικειμενικού χρόνου, και του χρόνου ως καταγραφή εμπειριών, να τα ξεχωρίσει, να τα ενώσει, να τα συρράψει σε μια προσωπική χρονική ιστορία ζωής. Κύριος προορισμός της διεργασίας αυτής είναι η ανακατασκευή, δηλαδή η ανασύσταση ενός μέρους της παιδικής ιστορίας του ατόμου, πραγματικής ή φαντασιωσικής, μέσα από την ανάμνηση, την ανάμιξη παρελθόντος και μέλλοντος, την εσωτερική και εξωτερική συνέχεια.

## The concept of time and its relation to the psychoanalytic-psychotherapeutic setting

E. Soumaki,<sup>1</sup> D. Anagnostopoulos,<sup>1</sup> D. Anastasopoulos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hellenic Society of Psychoanalytic Psychotherapy,

<sup>2</sup>Hellenic Society of Psychoanalytic Psychotherapy of Child and Adolescent, Athens, Greece

Psychiatriki 2008, 19:145–152

Psychoanalysis is fundamentally related to time because it is an effort to understand how disturbances in the present are determined by events in the past. This paper represents an attempt to delineate the developmental line of time sense from birth to object constancy, concentrating on those maturational and environmental factors which determine psychotemporal adaptation in infancy and early childhood until the age of adolescence. Patients' distortions of time can frequently and readily be observed in clinical psychoanalysis reflecting both their psychopathology and their reactions to the temporal aspects of the psychoanalytic setting.

**Key words:** Time, perception, development, psychoanalysis.

## Βιβλιογραφία

1. Εκο Ο. *Το Εκκρεμές του Φουκώ*. Μετάφραση: Έφη Καλλιφατίδη, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2002
2. Προυστ Μ. *Αναζητώντας τον χαμένο χρόνο*. Μετάφραση: Ζάννας Π, Πούλος Π. Εκδόσεις Εστία, Αθήνα, 2001
3. Hartocolis P. Origins of time, a reconstruction of the ontogenetic development of the sense of time based on object-relations theory. *Psychoanal Q* 1974, 43:243–261
4. Lovewald W. The experience of time *Psychoanal. Study Child* 1972, 27:135–148
5. Colarusso C. The development of time sense – from birth to object constancy. *Int J Psycho Anal* 1979, 60:243–251
6. Arlow J. Disturbances of the sense of time. *Psychoanalytic Q* 1984, 53:13–37
7. Arlow J. Psychoanalysis and time. Monographs of the Journal of the American Psychoanalytic Association (ed) *J Am Psychoanal*, New York, 1972
8. Eissler KR. The Psychiatrist and the Dying Patient. *Int Univ Press*, New York, 1955
9. Freud A. Normality and Pathology in Childhood. *Int Univ Press*. New York, 1965
10. Gifford S. Sleep time and the early ego. *J Am Psychoanal Ass* 1960, 8:5–42
11. Winnicott N. *Από την Παιδιατρική στην Ψυχανάλυση*. Μετάφραση: Χατζόπουλος Θ. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2002
12. Jones E. Hate and anal eroticism in the obsessional neurosis. In: *Papers on Psycho-analysis*. Baillieue, Tindall and Cox 3d (ed) London, 1923
13. Doob LW. *Patterning of time*. Yale Univ Pres. New Haven, 1971
14. Χαρτοκόλλης Π. *Χρόνος και Αχρονικότητα. Παραλλαγές της χρονικής εμπειρίας*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2006
15. Piaget J. Time perception in children. In: Fraser JT (ed) *The Voices of time*. George Braziller, New York, 1966
16. Winnicott DW. *Διαδικασίες ωρίμανσης και διευκολυντικό περιβάλλον*. Μετάφραση: Χατζόπουλος Θ. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2003
17. Φρόυντ Σ. *Δοκίμια Μεταψυχολογίας*. Μετάφραση: Παραδέλλης Θ. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1980
18. Bettelheim B. *Ο άγνωστος κόσμος των παραμυθιών*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1975
19. Freud S. *The Unconscious*. SE London, 1915, 14:187
20. Sabbadini A. Boundaries of timelessness. Some thoughts about the temporal dimension of the Psychoanalytic space. *Int J Psycho Anal* 1989, 70:305–318

---

Αλληλογραφία: Ε. Σουμάκη, Ακτή Θεμιστοκλέους 6, 185 36 Πειραιάς  
 e-mail: soumaki@otenet.gr  
 Τηλ.: 210-42 83 308

## Ανασκόπηση Review

# Το φαινόμενο PLACEBO: Ορισμοί, ερμηνείες, ηθικοί προβληματισμοί

Χρ. Ανδρέου,<sup>1,2</sup> Β. Μποζίκας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη  
<sup>2</sup>Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2008, 19:153–164

**Τ**ο φαινόμενο placebo (από το λατινικό απαρέμφατο placere=του ευχαριστείν), η «μη ειδική» ψυχολογική δράση μιας θεραπείας, παραμένει μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η σύγχρονη ιατρική, ως θεραπευτικό μέσο του οποίου η αποτελεσματικότητα είναι αναμφισβήτητη και ωστόσο παραγνωρισμένη, καθολική κι όμως δύσκολα ελεγχόμενη. Η ιστορία της ιατρικής διασταυρώνεται σε μεγάλο βαθμό με την ιστορία του φαινομένου placebo μια και, ουσιαστικά, το πρώτο φάρμακο που επιστημονικά αποδείχθηκε ότι δεν ήταν placebo εμφανίστηκε μόλις τον 17ο αιώνα. Σήμερα, οι εικονικές θεραπείες (placebo) αποτελούν πλέον οι ίδιες αντικείμενο μελέτης, με στόχο τη διευκρίνιση των μηχανισμών με τους οποίους η «ψυχή» επηρεάζει το «σώμα». Επιπλέον, κατέχουν ιδιαίτερη θέση ως μεθοδολογικά εργαλεία στη σύγχρονη ιατρική έρευνα, μια και οι διπλές-τυφλές, ελεγχόμενες με εικονική θεραπεία (placebo therapy), τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες έχουν καθιερωθεί ως ο χρυσός κανόνας για την αξιολόγηση οποιασδήποτε νέας θεραπείας. Όμως, η χρήση των εικονικών θεραπειών (placebo) εγείρει σημαντικούς ηθικούς προβληματισμούς, εφόσον αντίκειται σε δύο βασικές αρχές της ιατρικής, αυτές της ωφέλειας και της αυτονομίας. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει πάντα να γίνεται με τρόπο που να διασφαλίζει την ελαχιστοποίηση των κινδύνων από την έλλειψη δραστικής θεραπείας και τη διαφύλαξη των συμφερόντων του ασθενούς.

**Λέξεις ευρητηρίου:** Placebo, βιοηθική, φαρμακολογία.

## Εισαγωγή

Ο όρος placebo ξυπνά συνήθως δυσπιστία και σκεπτικισμό. Όμως, αποτελεί θεραπευτικό μέσο με αναμφισβήτητη, αν και ακατανόητη αποτελεσματικότητα.<sup>1</sup> Αποτελεί τη μοναδική θεραπεία που είναι συνεχώς παρούσα από τα πρώτα βήματα της ιατρικής, ενώ κατέχει ακόμη και σήμερα ιδιαίτερη θέση στη σύγχρονη ιατρική. Έχει ειπωθεί ότι «είναι το πιο αποτελεσματικό φάρμακο που γνωρίζει η επιστήμη, έχει υποβληθεί σε περισσότερες κλινικές μελέτες από οποιοδήποτε άλλο φάρμακο, και όμως γενικά πάντα αποδεικνύεται καλύτερο απ' ότι αναμένεται. Το εύρος των παθήσεων που απαντούν σε αυτό φαίνεται να είναι απεριόριστο».<sup>2</sup>

Η ιστορία της ιατρικής διασταυρώνεται σε μεγάλο βαθμό με την ιστορία του φαινομένου placebo.<sup>3</sup> Σε όλους τους αρχαίους πολιτισμούς περιγράφονται θεραπείες που συχνά εκπλήσσουν, άλλοτε με το σύνθετο και τον ευφάνταστο χαρακτήρα τους και άλλοτε με την εμφανέστατη επικινδυνότητά τους. Το ίδιο ισχύει ακόμη και για την ιπποκρατική και γαληνική ιατρική, παρά το ότι οι τελευταίες έχουν –για πρώτη φορά– κάποια λογική βάση: ο Γαληνός μάλιστα φαίνεται ότι είχε κάποια επίγνωση του φαινομένου placebo, αναφέροντας ότι σημαντικότερη από τη θεραπευτική μέθοδο ήταν η εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον ιατρό και τη θεραπεία.<sup>3,4</sup> Ουσιαστικά, το πρώτο φάρμακο που επιστημονικά καταδείχθηκε ως μη placebo εμφανίστηκε μόλις τον 17ο αιώνα, με την εισαγωγή της κιγχόνης από τους Ιησουΐτες το 1638 για την αντιμετώπιση του πυρετού.<sup>3,5</sup>

Φαίνεται ότι η έννοια του placebo ως εσκεμμένα προσποιητής θεραπείας αναπτύχθηκε το 19ο αιώνα, ταυτόχρονα με την αναγνώριση της επιστημονικής μεθόδου ως βάσης της ιατρικής επιστήμης από τον Claude Bernard.<sup>3,5</sup> Μια σημαντική στροφή έλαβε χώρα από τα μέσα του 20ου αιώνα και έπειτα, όταν πλέον οι δράσεις των placebo αναγνωρίστηκαν και άρχισαν να χρησιμοποιούνται συστηματικά, ως μεθοδολογικά εργαλεία για τη διάκριση των ειδικών από τα μη ειδικά στοιχεία των νέων θεραπευτικών αγωγών.<sup>3,5</sup> Στη σύγχρονη ιατρική έρευνα, οι διπλές-τυφλές, ελεγχόμενες με placebo, τυχαιοποιημένες

κλινικές μελέτες έχουν καθιερωθεί ως ο χρυσός κανόνας για την αξιολόγηση οποιασδήποτε νέας θεραπείας.<sup>4,6,7</sup> Σήμερα, το φαινόμενο placebo αναγνωρίζεται από το σύνολο της επιστημονικής κοινότητας, ενώ ταυτόχρονα είναι πλέον το ίδιο αντικείμενο μελέτης με στόχο τη διευκρίνιση των μηχανισμών δράσης του.

## Ορισμός και ιδιότητες του placebo

Ο όρος placebo προέρχεται από το λατινικό "placere" που σημαίνει «ευχαριστώ».<sup>3,4,7,8</sup> Η ινδοευρωπαϊκή της καταγωγή μοιάζει με τη ρίζα plak - που υποδηλώνει την ηρεμία. Ο όρος placebo ανευρίσκεται στον ψαλμό 116, στίχος 9, όπου η εβραϊκή λέξη «ethalecth» έχει μεταφραστεί ως «placebo», στη φράση «Placebo domino in regione vinorum (θα ευαρεστήσω τον Κύριο στη Χώρα των Ζωντανών)».<sup>3,4</sup> Στην Αγγλία του 14ο αιώνα ήταν λέξη της καθομιλουμένης, όπως στην έκφραση "to sing a placebo" που σήμαινε «κολακεύω»,<sup>3,4</sup> Στην ιατρική εισήχθη τον 18ο αιώνα. Το Ιατρικό Λεξικό Hooper το 1911 όριζε το placebo ως τη «θεραπεία που χορηγείται περισσότερο για την ευχαρίστηση του ασθενούς, παρά για την αντιμετώπιση μιας ασθένειας».<sup>3,4</sup> Με τη σημερινή έννοια, ως placebo ορίζεται οποιαδήποτε παρέμβαση είναι έτσι σχεδιασμένη ώστε να προσομοιάζει την ιατρική θεραπεία, αλλά δεν έχει καμιά ειδική δράση έναντι της νόσου για την οποία δίνεται,<sup>9</sup> με άλλα λόγια όταν δεν υπάρχει καμία βιολογικά πιθανή εξήγηση για την αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ αγωγής και κλινικής έκβασης.<sup>8</sup> Ένας πιο ευρύς ορισμός του placebo το θεωρεί ως θεραπεία με συμβολική αξία, η οποία προκαλεί φυσιολογικές μεταβολές μέσω των ψυχολογικών της ιδιοτήτων.<sup>10</sup> Την ακριβώς αντίθετη σημασία έχει ο όρος nocebo, δηλαδή την πρόκληση ασθένειας ή δυσφορίας από μια ουσία ή διαδικασία χωρίς «ειδική» δράση,<sup>8,9</sup> όταν το άτομο πιστεύει ότι η τελευταία είναι επιβλαβής.<sup>11</sup> Η επίδραση του nocebo μπορεί να είναι παροδική ή χρόνια, ακόμη και θανατηφόρα, με ακραίο παράδειγμα το «θάνατο βουντού».<sup>12</sup> Το nocebo πρέπει να διακρίνεται από τις ανεπιθύμητες ενέργειες του placebo: οι τελευταίες είναι οι αρνητικές ενέργειες που εμφανίζονται σε μια ουσία, από την οποία ο ασθενής αναμένει θεραπευτική δράση.<sup>12</sup>

Από τον ορισμό του placebo προκύπτουν δύο συνεπαγωγές: πρώτον, η θεραπεία placebo είναι μη δραστική βάσει της υπάρχουσας θεωρίας σχετικά με την παθοφυσιολογία της νόσου. Αυτό σημαίνει ότι ο χαρακτηρισμός μιας θεραπείας ως placebo εξαρτάται από τις υποκείμενες θεωρίες που, ως γνωστόν, αλλάζουν.<sup>10</sup> Δεύτερον, το φαινόμενο placebo δεν αντιστοιχεί στη συνολικά παρατηρούμενη δράση του placebo, καθώς η τελευταία εξαρτάται και από άλλους παράγοντες, όπως από τη φυσική εξέλιξη της νόσου,<sup>1,13</sup> τη στατιστική παλινδρόμηση προς το μέσο όρο<sup>a,14</sup> ή τη μεροληψία στην εκτίμηση του αποτελέσματος.<sup>8</sup> Για το λόγο αυτό, το φαινόμενο placebo δεν μπορεί να προσδιοριστεί σε μεμονωμένους ασθενείς, αλλά μόνο σε ομάδες ασθενών,<sup>15</sup> στο μεμονωμένο ασθενή είναι αδύνατο να διακριθεί η απάντηση στο placebo από τη φυσική πορεία της νόσου χωρίς θεραπεία.<sup>8</sup>

### Αποτελεσματικότητα

Κατά τη δεκαετία του 1950 αναφέρθηκε ότι, σε διπλές-τυφλές ελεγχόμενες με placebo μελέτες αναλγησίας, κατά μέσο όρο 35% των ασθενών εμφάνιζαν ικανοποιητική ανταπόκριση (δηλαδή τουλάχιστον 50% ελάττωση στα επίπεδα του πόνου) στο placebo σε διάφορες επώδυνες παθήσεις που ποικίλαν από απλή κεφαλαλγία μέχρι βαρύ μετεγχειρητικό πόνο.<sup>13</sup> Μια συχνή παρερμηνεία αυτής της παρατήρησης είναι ότι το ένα τρίτο των ασθενών σε οποιαδήποτε μελέτη θα επιδεικνύει θετική ανταπόκριση στο placebo (ο κανόνας του «ενός τρίτου»)· όμως, ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό του placebo είναι ακριβώς το ότι η ανταπόκριση σε αυτό εμφανίζει μεγάλη διακύμανση· για παράδειγμα, δύο ανασκοπήσεις μελετών αναλγησίας αναφέρουν ποσοστά ανταπόκρισης στο placebo 7–37%<sup>16</sup> και 0–72%.<sup>17</sup> Άλλωστε, έχει πρόσφατα αναφερθεί ότι σε παθή-

σεις όπως άσθμα, έλκος δωδεκαδακτύλου ή απλό έρπητα, τουλάχιστον 70% των ασθενών επιδεικνύει καλή έως εξαιρετική ανταπόκριση σε αποδεδειγμένα αναποτελεσματικές θεραπείες,<sup>18</sup> και σε πολλές ασθένειες ο κανόνας του «ενός τρίτου» μάλλον υποτιμά τη δράση του placebo: για παράδειγμα, σε μελέτες διαταραχής πανικού η ανταπόκριση σε αδρανή σκευάσματα μπορεί να φτάσει το 40–50%.<sup>19</sup>

Ανεξάρτητα όμως από τα ποσοστά αποτελεσματικότητας, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει κάτι που παρατηρήθηκε σχετικά με το φαινόμενο placebo σε διπλές-τυφλές μελέτες αναλγησίας: εάν η αποτελεσματικότητα του placebo υπολογιστεί με τον τύπο:

μέση ελάττωση του πόνου με το υπό εξέταση φάρμακο

μέση ελάττωση του πόνου με το γνωστό αναλγητικό

υπολογίστηκε ότι ο δείκτης αποτελεσματικότητας του placebo είναι 0,56 σε σύγκριση με τη μορφίνη, 0,54 με την ασπιρίνη, 0,56 με την κωδεΐνη κ.λπ. Δηλαδή η αναλογία της αποτελεσματικότητας του placebo προς τη φαινομενική αποτελεσματικότητα του ενεργού αναλγητικού παράγοντα φαίνεται να είναι σταθερή<sup>13</sup> – αν και το εύρημα αυτό έχει αμφισβητηθεί για στατιστικούς λόγους: η σταθερότητα του δείκτη αποτελεσματικότητας εξαλείφεται, εάν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι η κατανομή των τιμών ελάττωσης του πόνου δεν είναι κανονική και χρησιμοποιθούν (ως πιο αντιπροσωπευτικό στατιστικό μέτρο της κεντρικής τάσης) οι διάμεσες τιμές στη θέση των μέσων όρων.<sup>16</sup>

Η αποτελεσματικότητα του placebo εξαρτάται από διάφορα χαρακτηριστικά,<sup>1,15,20,21</sup> όπως το χρώμα, το μέγεθος και η γεύση, η μορφή χορήγησης (οι κάψουλες και οι ενέσεις είναι αποτελεσματικότερες από τα δισκία), αλλά και η τεχνική: όσο πιο παρεμβατική είναι, και όσο εντονότερα εμπλέκει τον ασθενή, τόσο πιο αποτελεσματική,<sup>14</sup> εξ ου και έχει ειπωθεί ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν την πιο ισχυρή placebo δράση που μπορεί να υπάρξει στην ιατρική.<sup>13</sup> Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η συχνότητα παρακολούθησης του ασθενούς: σε διπλές-τυφλές μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι, όσο αυξάνεται η τελευταία, τόσο αυξάνονται και τα ποσοστά ανταπόκρισης στο placebo (αλλά και στη δραστική

<sup>a</sup> ο όρος αναφέρεται στο φαινόμενο ότι, σε οποιαδήποτε μέτρηση, τα άτομα που παρουσιάζουν ακραίες βαθμολογίες σε μία χρονική στιγμή, για καθαρά στατιστικούς λόγους πιθανότατα θα έχουν λιγότερο ακραίες βαθμολογίες την επόμενη φορά που θα εξεταστούν.

ουσία).<sup>22</sup> Άλλο σημαντικό παράγοντα που καθορίζει την αποτελεσματικότητα αποτελεί το στοιχείο του νεωτερισμού: οι νέες θεραπείες είναι πάντα αποτελεσματικότερες από τις παλιές.<sup>14</sup> Αναφέρεται εδώ η επίδραση του ονόματος του φαρμάκου, το οποίο φαίνεται να έχει τεράστια συμβολική και πρακτική σημασία· σε αναγνώριση του γεγονότος αυτού, ο οργανισμός ελέγχου τροφίμων και φαρμάκων (Food and Drug Administration, FDA) στις ΗΠΑ απαγορεύει τη χρήση ονομάτων που δημιουργούν υποσχέσεις και καλλιεργούν προσδοκίες –ωστόσο, η κυκλοφορία φαρμάκων με ονόματα που υπαινίσσονται δράσεις πολύ περισσότερες από τις φαρμακολογικά γνωστές δεν είναι σπάνια.<sup>14</sup> Πάνω από όλα όμως, η αποτελεσματικότητα του placebo εξαρτάται από την πληροφόρηση που παρέχει ο ιατρός. Όσο περισσότερο πεισθεί και πείσει ο ιατρός τον ασθενή για την ισχύ της θεραπείας που του προτείνει, τόσο αποτελεσματικότερο θα είναι το placebo. Με άλλα λόγια, ο ιατρός που περιφρονεί το φαινόμενο placebo δεν θα το παρατηρήσει ποτέ.<sup>1</sup> Για τον ίδιο ίσως λόγο, εάν το «διπλό-τυφλό» μιας μελέτης καταργηθεί εκ μέρους του ιατρού (ακόμη και εάν ο ασθενής δεν το πληροφορηθεί), το placebo θα έχει μικρότερη αποτελεσματικότητα.<sup>1</sup> Είναι άλλωστε γνωστό ότι πλήθος «αποτελεσματικών» θεραπειών εμφάνιζαν σημαντικά ποσοστά αποτελεσματικότητας, ενόσω διατηρούνταν η πίστη των ιατρών σε αυτές· εντούτοις, όταν αποδεικνυόταν με μελέτες η έλλειψη θεραπευτικής δράσης εκ μέρους τους, η αποτελεσματικότητά τους ελαττωνόταν κατακόρυφα. Τούτο οδήγησε τον επιφανή Γάλλο ιατρό του 19ου αιώνα A. Trousseau<sup>23</sup> (κατ' άλλους, τον W. Osler),<sup>21</sup> να υποστηρίξει, μεταξύ σοβαρού και αστείου, ότι οι νέες θεραπείες πρέπει να χρησιμοποιούνται «το συντομότερο δυνατό, όσο ακόμη έχουν ισχύ».<sup>21,23</sup>

Το πεδίο δράσης του placebo είναι ευρύτατο. Αντίθετα με ό,τι πιστευόταν για καιρό, κάθε άτομο μπορεί να ανταποκριθεί στη χορήγηση placebo. Κανένα στοιχείο δεν μπορεί να προβλέψει την απάντηση στο placebo – ούτε η ηλικία, ούτε το νοητικό επίπεδο, το φύλο, η φυλή, η θρησκεία, εκπαίδευση ή κοινωνική τάξη.<sup>1,8</sup> Το μόνο χαρακτηριστικό που φαίνεται απαραίτητο είναι η ύπαρξη ώριμων και άθι-

κτων ανωτέρων γνωστικών λειτουργιών, καθώς το φαινόμενο placebo δεν υπάρχει στους κωματώδεις ασθενείς, ενώ είναι αμελητέο στα νεογνά και στους βαριά ανοϊκούς ασθενείς.<sup>1</sup>

Σημειώνεται εδώ ότι, παρά τις ευρύτατα διαδεδομένες αντιλήψεις περί του αντιθέτου, δεν υπήρξε επιτυχής απόπειρα να ταυτοποιηθεί κάποια προσωπικότητα που μπορεί να χρησιμεύσει ως δείκτης της αποτελεσματικότητας του placebo.<sup>13,14</sup> Υποστηρίζεται επίσης συχνά ότι οι ανταποκρινόμενοι στο placebo δεν έχουν πραγματική οργανική παθολογία· σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, μια προκαταρκτική φάση μελέτης με placebo, η οποία θα αποκλείει από την κυρίως μελέτη τα ανταποκρινόμενα σε αυτό άτομα, θα έπρεπε να μηδενίσει τα ποσοστά ανταπόκρισης στο placebo κατά τη δεύτερη φάση, κάτι που όμως δεν παρατηρείται.<sup>19</sup> Επίσης, άτομα που δεν απαντούν στο placebo σε μια δεδομένη στιγμή μπορεί να απαντήσουν σε μια άλλη.<sup>13</sup> Παρόλο που οι μελέτες της δράσης του placebo σταθερά αντικρούουν αυτούς τους μύθους, μια πρόσφατη μελέτη που έγινε σε νοσηλευτές υπέδειξε ότι 62% αυτών πίστευαν ότι υπάρχουν συγκεκριμένες προσωπικότητες που απαντούν στο placebo, ενώ 17% ότι η χρήση του placebo μπορεί να διαφοροποιήσει μεταξύ οργανικών και λειτουργικών νόσων.<sup>24</sup>

### Μορφές

Το placebo μπορεί να λάβει κάθε είδους μορφή: φαρμακευτική ουσία με όλες τις δυνατές οδούς χορήγησης· φυσικοθεραπεία· ακόμη και ψυχοθεραπεία ή χειρουργική επέμβαση.<sup>1</sup> Η επέμβαση στην έσω μαστική αρτηρία για την αντιμετώπιση της στηθάγχης, στα μέσα της δεκαετίας του 1950 αποτελεί κλασικό και διδακτικό παράδειγμα: Κατά την περίοδο εκείνη εμφανίστηκαν ενθουσιώδεις αναφορές για την αποτελεσματικότητα της απολίνωσης της έσω μαστικής αρτηρίας, η οποία θεωρούνταν ότι αύξανε την αιματική ροή στις στεφανιαίες αρτηρίες, βελτιώνοντας τη στεφανιαία νόσο. Εκατοντάδες ασθενών υποβλήθηκαν στην εγχείρηση, με ποσοστά υποκειμενικής βελτίωσης 75–91%. Όταν όμως, εξαιτίας αμφισβητήσεων για ανατομικούς λόγους, η



επέμβαση υποβλήθηκε σε διπλή-τυφλή σύγκριση με «προσποιοτή» διαδικασία, βρέθηκε ότι η δεύτερη είχε την ίδια αποτελεσματικότητα, διαπιστούμενη ακόμη και με το αντικειμενικό κριτήριο της δοκιμασίας κόπωσης.<sup>8,13,15</sup>

Διακρίνονται δύο είδη placebo: τα γνήσια και τα μη γνήσια. Τα πρώτα αντιστοιχούν σε αδρανείς ουσίες (π.χ. φυσιολογικός ορός), ενώ τα δεύτερα αποτελούν ουσίες ή θεραπείες με θεωρητική αλλά μη αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα, ή ακόμη ουσίες αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας που όμως χρησιμοποιούνται σε υποθεραπευτικές δόσεις ή σε νόσους για τις οποίες δεν έχουν ένδειξη.<sup>1,8</sup> Αν αναλογιστούμε ότι στην καθημερινή πρακτική τα αντικαταθλιπτικά δεν χρησιμοποιούνται για περισσότερο από 4 εβδομάδες παρά μόνο από ένα τρίτο των ασθενών, και η αναγραφόμενη δοσολογία τους είναι ανεπαρκής στα δύο τρίτα των περιπτώσεων, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι πολύ συχνά χρησιμοποιούνται ως μη γνήσια placebo.<sup>1</sup> Παρομοίως, η καταχρηστική εφαρμογή αγγειοδιασταλτικών των εγκεφαλικών αγγείων για ενδείξεις, στις οποίες η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει αποδειχθεί.<sup>1</sup>

### Χαρακτηριστικά

Οι ουσίες placebo έχουν φαρμακολογικό προφίλ με όλη την έννοια της λέξης: εμφανίζουν σχέση δόσης-αποτελεσματικότητας, peak effect και φαινόμενα συσσωρευσης,<sup>8,14,21</sup> σε μακρόχρονη χρήση επιφέρουν φαινόμενα ανοχής, και επί διακοπής είναι δυνατό να παρατηρηθεί στερεοτικό σύνδρομο.<sup>1,8,14</sup> Μπορεί επίσης να έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες<sup>1</sup> – μάλιστα, σε διπλές-τυφλές μελέτες συχνά οι ασθενείς που λαμβάνουν placebo αναφέρουν παρόμοιες ανεπιθύμητες ενέργειες με εκείνους που λαμβάνουν τη δραστική ουσία.<sup>7</sup> Η επωφελής δράση τους δεν περιορίζεται στα «λειτουργικά» ή ψυχοσωματικά νοσήματα.<sup>1</sup> Δεν είναι αποκλειστικά υποκειμενική, αλλά μπορεί να επιφέρει θεραπευτικές αλλαγές και σε αντικειμενικά παρατηρήσιμους δείκτες. Παράδειγμα, η δράση τους στην καρδιακή λειτουργία, την υπερλιπιδαιμία, την επούλωση των τραυμάτων, ακόμη και στην επιβίωση των καρκινοπαθών.<sup>1,4</sup> Η αποτελεσματικότητά του placebo εμφα-

νίζεται γενικά πιο γρήγορα από αυτή του «ειδικού» παράγοντα, π.χ. στην κατάθλιψη, και μπορεί να έχει διάρκεια.<sup>1,15</sup> Η χρονιότητα της νόσου επίσης δεν παίζει ρόλο: τα placebo είναι εξίσου αποτελεσματικά σε οξείες και χρόνιες καταστάσεις. Όμως, σε ορισμένους χρόνιους ασθενείς που έχουν ήδη υποβληθεί σε πολυάριθμες θεραπείες χωρίς αποτέλεσμα, το placebo επίσης είναι αναποτελεσματικό (φαινόμενο που χαρακτηρίζεται ως "placebo sag").<sup>1</sup>

### Μηχανισμός δράσης του placebo

Μια από τις πιο διαδεδομένες ερμηνείες του φαινομένου placebo είναι αυτή της εξαρτημένης μάθησης.<sup>8,9,13,25</sup> Ο ίδιος ο Pavlov περιέγραψε, εκτός από την εξαρτημένη μάθηση, και το εξαρτημένο φαινόμενο placebo: οι σκύλοι του εμφάνιζαν δράσεις τύπου μορφίνης όταν τοποθετούνταν στο χώρο όπου την είχαν προηγουμένως λάβει.<sup>25</sup> Παρομοίως, υπάρχουν ενδείξεις ότι και στον άνθρωπο μπορεί να δημιουργηθεί μια εξαρτημένη απάντηση placebo: το νοσοκομείο, ο ιατρός, το φάρμακο ή ακόμη το τελετουργικό της εξέτασης μπορεί, συσχετιζόμενα με μια παρελθούσα ικανοποιητική εμπειρία, δηλαδή με μια αποτελεσματική θεραπεία, να πυροδοτήσουν μια εξαρτημένη απάντηση placebo,<sup>14,25</sup> και το αντίστροφο, οι προηγούμενες αναποτελεσματικές εμπειρίες μπορεί να μειώσουν την αποτελεσματικότητα ενός δραστικού παράγοντα.<sup>26</sup> Για το λόγο αυτό, η προηγούμενη εμπειρία του ασθενούς με διάφορες θεραπείες μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα της παρούσας θεραπείας (εξ ου και το "placebo sag").<sup>25</sup>

Παρόλο που η εξαρτημένη μάθηση παίζει αναμφισβήτητο ρόλο στο φαινόμενο placebo, δεν εξηγεί κάποια σημαντικά χαρακτηριστικά του: το placebo είναι συχνά αποτελεσματικό από την πρώτη κιόλας χορήγηση· επίσης, η κινητοποίηση (motivation) του ασθενούς μπορεί να αναστρέψει το παρατηρούμενο αποτέλεσμα.<sup>25</sup> Τα κενά αυτά έρχεται να καλύψει μια γνωσιακή θεωρία για τη δράση του placebo, αυτή της «προσδοκίας ανταπόκρισης»: σύμφωνα με αυτήν η προσδοκία του ασθενούς –δηλαδή η επιθυμία του για θεραπεία, το αποτέλεσμα που περιμένει, αλλά και η εμπιστοσύνη του προς το θεραπευτή– εί-

ναι εκ των ων ουκ άνευ για την αποτελεσματικότητα του placebo. Με άλλα λόγια, το φαινόμενο placebo παρατηρείται κυρίως εάν ο ασθενής το περιμένει. Οι προσδοκίες γενικά αντικατοπτρίζουν τις γνώσεις σχετικά με το θεραπευτικό παράγοντα, τις συνθήκες υπό τις οποίες αυτός χορηγείται, και την υπό θεραπεία πάθηση.<sup>14</sup> Μπορούν να καλλιεργηθούν με λεκτικά μηνύματα αλλά και από χαρακτηριστικά του θεραπευτικού σκηνικού και πλαισίου.<sup>9,11,13,15,25,27</sup>

Μια τρίτη υπόθεση ερμηνεύει κάθε θεραπευτική δράση του placebo ως απλή αγχολυτική δράση. Η υπόθεση αυτή προέρχεται κυρίως από τη μελέτη της αποτελεσματικότητας του placebo στη θεραπεία του πόνου: η δράση placebo είναι πιο έντονη σε κλινικές μελέτες πόνου, όπου η συναισθηματική συνιστώσα του πόνου είναι μεγαλύτερη, παρά σε μελέτες πρόκλησης πόνου υπό συνθήκες εργαστηρίου.<sup>15</sup> Αναφέρεται επίσης ότι τα placebo είναι πιο αποτελεσματικά σε αγχώδεις ασθενείς,<sup>25</sup> αν και εδώ αυτό που κυρίως έχει σημασία είναι το άγχος «κατάστασης» (state) και όχι το «ιδιοσυστασιακό» (trait) άγχος.<sup>15</sup> Πάντως, η αγχώλυση δεν ερμηνεύει το πλήρες φάσμα των εκπληκτικών θεραπευτικών δράσεων του placebo.<sup>25</sup>

Σε μια προσπάθεια συγκερασμού των ανωτέρω θεωριών, έχει προταθεί η θεωρία ότι η αναλγητική δράση του placebo μπορεί να ερμηνευθεί ως τροποποίηση της προτεραιότητας που δίνει ο εγκέφαλος στα εισερχόμενα ερεθίσματα. Είναι γνωστή για παράδειγμα η έλλειψη πόνου στους τραυματισμένους στρατιώτες μέχρι να απομακρυνθούν από το πεδίο της μάχης.<sup>25</sup> Θεωρείται ότι για να αποφύγει τις επιπτώσεις ενός έντονου πόνου στους μηχανισμούς επιβίωσης, ο εγκέφαλος μπορεί να ελαττώσει τη συνειδητή του αντίληψη. Με τον ίδιο μηχανισμό, το placebo μπορεί να οδηγεί στη μετάθεση της προτεραιότητας από τον πόνο προς μη αλγεινά ερεθίσματα· μαθημένες συμπεριφορές ή συναισθηματικοί παράγοντες μπορεί να συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία.<sup>15</sup> Η έννοια αυτή είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα, αλλά πολύ δύσκολο να εφαρμοστεί στις υπόλοιπες, πλην της αναλγησίας, δράσεις του placebo.

Στην αντίπερα όχθη, η βιολογική προσέγγιση που ξεκίνησε το 1978, όταν παρατηρήθηκε ότι η

χορήγηση ναλοξόνης ανταγωνίζεται την αναλγητική δράση του placebo, οπότε προτάθηκε ότι το τελευταίο δρα μέσω των ενδορφινών. Παρά τα αντικρουόμενα αποτελέσματα των σχετικών μελετών, σήμερα πιστεύεται ότι οι ενδορφίνες παίζουν κάποιο ρόλο στην αναλγητική δράση του placebo, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει άγχος.<sup>5,9,15,25</sup> Στο πλαίσιο αυτό, και σε συνδυασμό με τη θεωρία της αγχώλυσης που αναφέρθηκε πιο πάνω, διερευνάται επίσης ο ρόλος της χολοκυστοκίνης, ενός νευροπεπτιδίου που βρίσκεται σε αφθονία στον εγκέφαλο. Η τελευταία εμφανίζει αγχογόνο δράση που σχετίζεται με τους μετωπιαίους λοβούς,<sup>9,11,25</sup> ενώ παράλληλα συμμετέχει στην αντίληψη του πόνου, καθώς οι ανταγωνιστές της προκαλούν αναλγησία που ίσως εμπλέκει εν μέρει το σύστημα των ενδογενών οπιοειδών.<sup>11</sup> Άλλη ερμηνεία για το φαινόμενο placebo προέρχεται από παρατηρήσεις που έγιναν σε πάσχοντες από νόσο Parkinson και σχετίζεται με τη ντοπαμίνη, που ως γνωστόν εμπλέκεται στο σύστημα ανταμοιβής· συγκεκριμένα, θεωρείται ότι η απελευθέρωση της τελευταίας στον επικλινή πυρήνα μπορεί να σχετίζεται με την προσδοκία για θεραπευτική δράση, συμμετέχοντας στην εμφάνιση του φαινομένου placebo. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται από κάποιες ενδείξεις, και θα μπορούσε επίσης να ερμηνεύσει τη δράση του placebo στον πόνο και την κατάθλιψη.<sup>9,28</sup> Έχουν προταθεί και άλλες οδοί που μπορεί να εμπλέκονται στο φαινόμενο placebo, οι οποίες θεωρείται ότι σχετίζονται με την αντίληψη του ερεθίσματος ως «σημαντικού» με τη θεραπευτική έννοια, προκαλώντας έτσι μεταβολές στα τελικά όργανα, π.χ. η νευροενδοκρινική και η ψυχονευροανοσολογική οδός.<sup>14</sup> Είναι άλλωστε γνωστό ότι ψυχικά και συναισθηματικά ερεθίσματα μπορούν να επηρεάσουν το ανοσολογικό σύστημα μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος, καθώς και τη νευροενδοκρινική έκκριση μέσω της υπόφυσης.<sup>14</sup>

Αναφέρονται, τέλος, τα μοντέλα της «ψυχογένειας»<sup>25</sup> και της «ευεργετογόνου δράσης του placebo».<sup>29</sup> Αρκετά όμοια μεταξύ τους, εμφανίζουν ενδιαφέρον καθώς εστιάζουν ιδιαίτερα στη συμμετοχή των ανωτέρων γνωστικών λειτουργιών ως προϋπόθεση για την εκδήλωση της θεραπευτικής

δράσης του placebo. Θεωρείται ότι οι τελευταίες δρουν μέσω τροποποίησης της εγκεφαλικής οργάνωσης, από την οποία προκύπτουν ψυχικές ή σωματικές μεταβολές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, μια πρόσφατη νευροαπεικονιστική μελέτη,<sup>30</sup> στην οποία συγκρίθηκαν οι μεταβολές στο μεταβολισμό της γλυκόζης κατά τη θεραπεία με placebo ή φλουοξετίνη: οι ανταποκρινόμενοι στη θεραπεία οποιασδήποτε μορφής εμφάνισαν μεταβολές, οι οποίες παρουσίαζαν σημαντικές ομοιότητες μεταξύ placebo και φλουοξετίνης.

### **Ηθικά ζητήματα σχετικά με τη χρήση των placebo στην έρευνα**

Οι διπλές τυφλές ελεγχόμενες με placebo κλινικές μελέτες έχουν ως στόχο να διευκρινίσουν εάν ένα υπό εξέταση φάρμακο έχει ειδική θεραπευτική δράση. Όμως, όπως αναφέρθηκε, κάθε αγωγή μπορεί να δρα και μέσω μη-ειδικών στοιχείων που εμπεριέχει, όπως (σε μία φαρμακολογική ειδικά μελέτη) την παροχή υποστήριξης, την εκπαίδευση του ασθενούς για τη διαταραχή του, την πλήρη εκτίμηση, την παροχή ενός «ειδικού» θεραπευτή, την προσδοκία θεραπείας, τη δέσμευση, τον ενθουσιασμό και τη θετική στάση του θεραπευτή, την παροχή δυνατότητας για έκφραση της δυσφορίας κ.λπ.<sup>14,31</sup> Για το λόγο αυτό, το υπό εξέταση φάρμακο είναι σκόπιμο να συγκριθεί με μια ουσία που περιλαμβάνει αυτά τα «μη-ειδικά» στοιχεία (δηλαδή ένα placebo), και όχι με την απουσία θεραπείας. Με άλλα λόγια, η χρήση του placebo είναι ένας τρόπος ώστε να αφαιρεθούν τα «παράσιτα» από το «σήμα».<sup>19</sup> Μια περαιτέρω λογική για τη χρήση placebo στις μελέτες νέων σκευασμάτων είναι ότι η ενημέρωση των ασθενών για την πιθανότητα λήψης placebo, παρόλο που δεν εξαφανίζει το φαινόμενο placebo (το τελευταίο δεν εξαφανίζεται ακόμη και εάν ο ασθενής ενημερωθεί ότι λαμβάνει αδρανή ουσία),<sup>14</sup> οδηγεί σε χαμηλότερα ποσοστά αποτελεσματικότητας και της δραστικής ουσίας σε σύγκριση με τις ανοιχτές μελέτες. Έτσι, η χορήγηση placebo αποτελεί καλή μέθοδο για την αποφυγή της υπερτίμησης της αποτελεσματικότητας ενός φαρμάκου.<sup>32</sup>

Ο βασικός αντίλογος στη χρήση των placebo συσίσταται στο ότι αυτή αντίκειται σε δύο βασικές αρ-

χές της ιατρικής, αυτές της ωφέλειας και της αυτονομίας. Η πρώτη, βασικός κανόνας της ιατρικής από την εποχή του Ιπποκράτη, αναφέρεται στο καθήκον του κλινικού να παρέχει την καλύτερη δυνατή θεραπεία στον ασθενή του.<sup>14</sup> Η έρευνα όμως διαφέρει από τη βέλτιστη δυνατή ατομική θεραπεία, καθώς τυπικά εμπεριέχει ένα στοιχείο αυξημένου κινδύνου. Η χορήγηση placebo μπορεί από αυτή την άποψη να θεωρηθεί ανήθικη, εφόσον θέτει κάποια άτομα σε κίνδυνο προς όφελος άλλων (μελλοντικών ασθενών). Η αρχή της αυτονομίας, από την άλλη, απέκτησε ιδιαίτερη θέση στην ιατρική μόλις πρόσφατα, κατά το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα· αναφέρεται στο δικαίωμα του ασθενούς να είναι ενημερωμένος σχετικά με τις δυνατότητες που υπάρχουν για τη θεραπεία του, καθώς και για τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα καθεμίας από αυτές, και να αποφασίζει για την υγεία του χωρίς πειθαναγκασμό. Η αρχή αυτή μπορεί να παραβιαστεί, στο βαθμό που η χρήση του placebo ενέχει κάποιο βαθμό εξαπάτησης του ασθενούς – αν και αυτό έχει εφαρμογή κυρίως όσον αφορά στη χρήση του placebo στην κλινική πράξη, και λιγότερο όσον αφορά στις ερευνητικές χρήσεις του.<sup>14</sup>

Οι ανωτέρω προβληματισμοί αναγνωρίστηκαν από τη Διακήρυξη του Helsinki, που συντάχθηκε από την Παγκόσμια Ιατρική Εταιρεία το 1975 και αποτελεί σήμερα το κύριο κείμενο αναφοράς όλης της παγκόσμιας ιατρικής κοινότητας όσον αφορά σε θέματα ηθικής κατά την έρευνα σε ανθρώπους· η Διακήρυξη αυτή συμπεριέλαβε στην 4η αναθεώρησή της το 1996 μια παράγραφο που δηλώνει ότι «σε κάθε ιατρική μελέτη κάθε ασθενής, συμπεριλαμβανομένων και αυτών της ομάδας ελέγχου, θα πρέπει να είναι βέβαιος ότι τυγχάνει της καλύτερης αποδεδειγμένης διαγνωστικής και θεραπευτικής μεθόδου».<sup>33</sup> Η κατά λέξη ερμηνεία αυτής της διακήρυξης θα υποδήλωνε ότι, εάν υπάρχει μια αποτελεσματική θεραπεία για κάποια πάθηση (όσο καλοήθης και αν είναι η τελευταία), η χρήση ομάδων ελέγχου που λαμβάνουν placebo στις μελέτες αποτελεσματικότητας νέων θεραπειών για αυτή την πάθηση είναι ανήθικη.<sup>14,34–36</sup>

Όμως η κατάσταση είναι αρκετά περίπλοκη διότι, για τους λόγους που αναφέρθηκαν πιο πάνω, οι

διπλές-τυφλές ελεγχόμενες με placebo μελέτες δεν είναι εύκολο να υποκατασταθούν εντελώς στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας νέων φαρμακευτικών αγωγών. Μια εναλλακτική λύση αποτελούν οι μελέτες ισοδυναμίας, που έχουν ως στόχο να αποδείξουν ότι η νέα θεραπεία είναι ισοδύναμη (δηλαδή όχι χειρότερη) από ό,τι μια ήδη υπάρχουσα αποτελεσματική θεραπεία. Δυστυχώς, το να δειχθεί ότι δύο θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές δεν αποδεικνύει ότι είναι και οι δύο αποτελεσματικές – μπορεί κάλλιστα και οι δύο θεραπείες να ήταν αναποτελεσματικές στη συγκεκριμένη μελέτη. Το συμπέρασμα ότι η νέα θεραπεία είναι αποτελεσματική μπορεί λοιπόν να συναχθεί μόνο εάν θεωρηθεί ότι η ήδη υπάρχουσα θεραπεία ήταν αποτελεσματική στη συγκεκριμένη μελέτη, δηλαδή ότι η τελευταία ήταν πιο αποτελεσματική από ένα placebo. Αυτό όμως είναι προβληματικό, δεδομένου ότι 1/3 έως 1/2 των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών αποβαίνουν αρνητικές ακόμη και όταν η «κλασική» θεραπεία είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματική<sup>14,37</sup> – για παράδειγμα, τα αντικαταθλιπτικά πολύ συχνά (στις μισές περίπου μελέτες) δεν επιδεικνύουν αποτελεσματικότητα ανώτερη του placebo.<sup>19,37</sup> Επιπλέον, οι μελέτες αυτού του τύπου έχουν σημαντικά μεθοδολογικά προβλήματα: είναι πολύ δύσκολο να επιλεγεί ένα κριτήριο μη-κατωτερότητας σε φάρμακα που έχουν μικρό μέγεθος επίδρασης, όπως στη σχιζοφρένεια, ενώ επίσης το συνεπαγόμενο μέγεθος πληθυσμού που απαιτείται για την ανεύρεση στατιστικά σημαντικών διαφορών είναι πολύ μεγάλο.<sup>37</sup> Έτσι, τέτοιες μελέτες μπορεί να οδηγήσουν στην έγκριση φαρμάκων που είναι αναποτελεσματικά ή έχουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, και άρα έχουν ως αποτέλεσμα ότι, τελικά, εκθέτουν περισσότερους ασθενείς σε πιθανώς αναποτελεσματικές ή επικίνδυνες ουσίες, σε σύγκριση με τις ελεγχόμενες με placebo διπλές-τυφλές μελέτες.<sup>14,35</sup> Οι μελέτες ισοδυναμίας πάντως μπορεί να είναι πολύ πληροφοριακές σε καταστάσεις όπως ο καρκίνος, οι λοιμώξεις και οι καρδιαγγειακές παθήσεις, αρκεί να υπάρχει επαρκής ευαισθησία της μεθόδου εκτίμησης. Γενικά, είναι αξιόπιστες όταν το μέγεθος της επίδρασης είναι μεγάλο και η διακύμανση μεταξύ μελετών μικρή, και όταν η ουσία ελέγχου (η «δραστική» ουσία) έχει αποδείξει με

επαρκή σταθερότητα την αποτελεσματικότητά της έναντι του placebo.<sup>14</sup>

Μελέτες ανωτερότητας, από την άλλη, δηλαδή μελέτες στις οποίες ένα νέο φάρμακο καλείται να αποδείξει την ανωτερότητά του έναντι μιας προϋπάρχουσας ουσίας, θα αντιμετώπιζαν πολλά από τα προβλήματα των μελετών ισοδυναμίας. Όμως, είναι εντελώς αδύνατες: για στατιστικούς λόγους, θα ήταν απαγορευτικά ακριβό να σχεδιαστεί μια μελέτη ικανής ισχύος ώστε να ανιχνεύσει διαφορές μεταξύ δύο δραστικών ουσιών (λόγω του προαναφερθέντος μικρού μεγέθους επίδρασης).<sup>34</sup>

Επομένως, μια αυστηρή ερμηνεία της διακήρυξης του Helsinki θα είχε ως αποτέλεσμα την υποβάθμιση των κλινικών μελετών. Από την άλλη, θα δημιουργούσε νέα ηθικά προβλήματα καθώς η στάση αυτή δεν λαμβάνει υπόψη την ελεύθερη βούληση των ίδιων των ασθενών που, για τους δικούς τους λόγους, μπορεί να επιλέγουν να συμμετέχουν σε τέτοιου είδους μελέτες – δηλαδή, την αρχή της αυτοδυναμίας.<sup>14</sup>

Μία λύση στο πρόβλημα θα ήταν η ανεύρεση και η συμμετοχή σε μελέτες αποτελεσματικότητας μόνο ατόμων που δεν ανταποκρίνονται στο placebo. Για παράδειγμα, στην κατάθλιψη, έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς που έχουν αρνητική τη δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη έχουν εξαιρετικά χαμηλή ανταπόκριση στο placebo. Δυστυχώς, επειδή αυτοί οι ασθενείς αποτελούν μικρό μόνο ποσοστό των εξωτερικών ασθενών με κατάθλιψη, οι δυνατές εφαρμογές αυτής της λύσης σε μελέτες που αφορούν σε τέτοιους ασθενείς είναι περιορισμένες.<sup>19</sup> Αντίστοιχα, θα μπορούσε να συμμετέχουν μόνο ασθενείς με χρόνια ή βαριά κατάθλιψη, μια και έχει βρεθεί ότι η χρονιότητα και η βαρύτητα της κατάθλιψης επηρεάζουν σταθερά αρνητικά την ανταπόκριση στο placebo.<sup>19</sup> Όμως, αυτό εισάγει μια νέα μεροληψία «επιλογής» (selection bias) από την έλλειψη κατάλληλης τυχαιοποίησης των ασθενών.<sup>38</sup> Μια τελευταία λύση που έχει προταθεί για να ελαττωθεί το φαινόμενο placebo σε μελέτες κατάθλιψης είναι να προστεθεί μια απλή-τυφλή φάση εισαγωγής διάρκειας 1–2 εβδομάδων, κατά την οποία όλοι οι ασθενείς θα λαμβάνουν placebo. Δυστυχώς, δεν λειτουργεί: οι περισσότεροι ασθενείς δεν αρχίζουν

να βελτιώνονται παρά μόνο μετά την έναρξη της διπλής-τυφλής φάσης.<sup>19</sup>

Επομένως τα ηθικά προβλήματα από τη χρήση του placebo στην έρευνα για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας νέων θεραπειών δεν είναι εύκολο να λυθούν άμεσα· αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν μπορεί να γίνει προσπάθεια για την ελαχιστοποίησή τους. Ο κύριος προβληματισμός, όπως αναφέρθηκε, είναι ότι τέτοιες μελέτες θέτουν τον ασθενή που λαμβάνει το placebo σε αυξημένο κίνδυνο. Άρα, η ηθικότητα μιας τέτοιας μελέτης εξαρτάται από την ύπαρξη μιας επαρκούς «κλασικής» θεραπείας, από τη σοβαρότητα της υπό μελέτη πάθησης, και από την πιθανότητα πρόκλησης μη αναστρέψιμης βλάβης από την καθυστέρηση της θεραπείας.<sup>14</sup>

Πολλοί φορείς έχουν αναγνωρίσει αυτή τη θέση και έχουν εκδώσει οδηγίες που θεωρούν ηθική τη χρήση των placebo στις κλινικές μελέτες υπό όρους, ακόμη και εάν υπάρχει «κλασική» αποτελεσματική θεραπεία. Μια διευκρίνιση που έγινε το 2001 στη διακήρυξη του Helsinki δηλώνει ότι η χρήση του placebo θα μπορούσε να είναι ηθικά αποδεκτή, ακόμη και εάν υπάρχει αποδεδειγμένα αποτελεσματική θεραπεία, όταν «για επαρκείς και επιστημονικά ορθούς μεθοδολογικούς λόγους η χρήση του είναι απαραίτητη για να καθοριστεί η αποτελεσματικότητα ή η ασφάλεια μιας προφυλακτικής, διαγνωστικής ή θεραπευτικής μεθόδου» ή όταν η υπό έρευνα μέθοδος αφορά σε «ελάσσονα πάθηση και οι ασθενείς που λαμβάνουν placebo δεν υπόκεινται σε επιπρόσθετο κίνδυνο σοβαρής ή μη αναστρέψιμης βλάβης».<sup>36</sup> Ο FDA δηλώνει επίσης ότι η χρήση του placebo είναι ανάρμοστη όταν υπάρχει διαθέσιμη θεραπεία η οποία είναι γνωστό ότι προλαμβάνει σοβαρές βλάβες, όπως θάνατο ή μη αναστρέψιμη νοσηρότητα στον υπό εξέταση πληθυσμό· όμως, όταν δεν υπάρχει σοβαρή βλάβη, είναι γενικά ηθική η χρήση του placebo (ακόμη και εάν αυτό έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση δυσφορίας στους ασθενείς της ομάδας ελέγχου) εφόσον αυτό δεν γίνεται πειθαναγκαστικά και εφόσον οι ασθενείς είναι πλήρως ενημερωμένοι για τις διαθέσιμες θεραπείες και τις επιπτώσεις της καθυστέρησης της θεραπείας. Ο ίδιος φορέας αναφέρει

ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν ελεγχόμενες με placebo μελέτες σε παθήσεις στις οποίες τα ήδη θεωρούμενα ως αποτελεσματικά φάρμακα δεν αποδεικνύονται σταθερά ανώτερα του placebo σε μεθοδολογικά επαρκείς μελέτες.<sup>35</sup>

Πώς όμως αυτά εφαρμόζονται στην περίπτωση ψυχιατρικών παθήσεων, όπως της κατάθλιψης ή της σχιζοφρένειας, όπου ως γνωστόν υπάρχει ανησυχία για τις επιπτώσεις κάθε νέου επεισοδίου στη μακροπρόθεσμη εξέλιξη της νόσου;<sup>34,39</sup> Το θέμα αυτό δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς: μία ανασκόπηση της χρήσης του placebo σε βραχείες μελέτες αντιμετώπισης της οξείας κατάθλιψης επιβεβαίωσε ότι αυτή δεν ενέχει αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας ή θνητότητας για τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου σε σύγκριση με τους ασθενείς που λαμβάνουν την ενεργό ουσία, όμως η οξεία κατάθλιψη δεν καλύπτει το σύνολο των περιπτώσεων, στις οποίες χρειάζεται να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα ενός νέου αντικαταθλιπτικού.<sup>14</sup> Στη σχιζοφρένεια, αναφέρεται ότι ανθεκτικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μία περίοδο χορήγησης placebo επανήλθαν ως επί το πλείστον στα αρχικά τους επίπεδα μετά την επανεισαγωγή της ενεργού αγωγής, όμως το διάστημα στο οποίο συνέβη αυτό κυμαινόταν σημαντικά.<sup>39</sup> Σημαντική λοιπόν είναι η διασφάλιση της αποφυγής μόνιμων βλαβών με παρακολούθηση των ασθενών για επαρκές χρονικό διάστημα μετά τη διακοπή της συμμετοχής τους στο πρωτόκολλο της μελέτης – αν μη τι άλλο τουλάχιστον για το διάστημα που προβλέπεται από το πρωτόκολλο. Αυτό δυστυχώς μπορεί επίσης να είναι προβληματικό στις ψυχιατρικές μελέτες, μια και η επιδείνωση του ασθενούς συχνά οδηγεί σε διακοπή της συμμόρφωσής του με το πρωτόκολλο της μελέτης, με αποτέλεσμα να μην είναι εύκολη η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της υποτροπής.<sup>34</sup>

Από την άλλη όμως, τα υπάρχοντα φάρμακα που υπάρχουν για τις ψυχιατρικές παθήσεις, ιδιαίτερα για τις σοβαρότερες, απέχουν μακράν από το να θεωρηθούν «επαρκή» ως κλασικές θεραπείες, και αυτό μάλλον δικαιολογεί τη διενέργεια διπλών-τυφλών, ελεγχόμενων με placebo μελετών για τα νέα υπό εξέταση σκευάσματα.<sup>34</sup> Όμως, υπό προϋποθέσεις – το βασικότερο, δεν θα πρέπει να παραγνωρί-

ζεται το βίωμα των ασθενών που υφίστανται υποτροπή της συμπτωματολογίας τους όντας σε αγωγή με placebo: τέτοιου είδους πειραματισμοί είναι ηθικά απαράδεκτοι, εκτός και εάν έχουν προβλεφθεί σαφή μέτρα για την αντιμετώπιση ασθενών που εμφανίζουν επιδείνωση κατά τη διάρκεια της μελέτης.<sup>7</sup> Το placebo πρέπει να δίνεται εντός ενός πλαισίου στενής παρακολούθησης και να έχουν προβλεφθεί μέτρα ταχείας παρέμβασης σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίσει επιδείνωση κατά τη διάρκεια της μελέτης, έτσι ώστε ο τελευταίος να είναι κατά το δυνατόν προστατευμένος από τυχόν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της υποτροπής.<sup>34,39,40</sup> Ασθενείς δε, για τους οποίους οι συνέπειες από την έλλειψη βελτίωσης (ή την επιδείνωση) θα ήταν σοβαρές ή μη αναστρέψιμες (όπως π.χ. εάν υπάρχει υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας) δεν θα πρέπει να συμμετέχουν σε τέτοιες μελέτες.<sup>7</sup> Τέλος, οι ασθενείς θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τη φύση της μελέτης, για τις διαθέσιμες θεραπείες και τις επιπτώσεις της καθυστέρησης της θεραπείας προφανώς θα πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η ικανότητα του ασθενούς να δώσει συναίνεση μετά από πληροφόρηση και να αποκλείονται από τη μελέτη ασθενείς με ελαττωμένη ικανότητα, εκτός και εάν έχουν προβλεφθεί εναλλακτικές διαδικασίες συναίνεσης.<sup>34</sup>

Ένας σχετικά καλός συμβιβασμός θα μπορούσε να είναι η τακτική που ακολουθείται για τα αντιεπιληπτικά φάρμακα: αυτά αρχικά δοκιμάζονται ως συμπληρωματική θεραπεία –κάτι που αυξάνει τον αριθμό των ασθενών που απαιτούνται για την ανάδειξη αποτελεσματικότητας, αλλά ταυτόχρονα διευκολύνει και τη στρατολόγηση ασθενών– και στη συνέχεια με διπλές-τυφλές μελέτες είτε (α) σε σύγκριση προς υπο-θεραπευτική δόση του φαρμάκου (κάτι που θεωρείται ότι αναστέλλει τις μείζονες γενικευμένες τονικο-κλονικές κρίσεις, επιτρέποντας όμως την εμφάνιση αύρας ή εστιακών κρίσεων, και άρα ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο), είτε (β) ελεγχόμενες με placebo σε προεγχειρητικούς ασθενείς, έτσι ώστε οι επιπτώσεις από τη λήψη μιας αναποτελεσματικής αγωγής να είναι κατά το δυνατόν βραχυπρόθεσμες. Κατ' αντιστοιχία, έχει προταθεί ότι οι νέες θεραπείες σε διπολικούς ασθενείς θα μπορούσαν αρχικά να

μελετώνται ως συμπληρωματική αγωγή, και στη συνέχεια σαν μονοθεραπεία σε ασθενείς νοσηλευόμενους, σε οξεία φάση μανίας ή ταχείας εναλλαγής φάσεων, κατά τρόπο ώστε να μεγιστοποιείται το θεραπευτικό αποτέλεσμα στο συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα και με την καλύτερη δυνατή παρακολούθηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια της μελέτης.<sup>40</sup>

## Επίλογος

Ως παράδειγμα των σχέσεων σώματος-ψυχής, το φαινόμενο placebo προσφέρει μοναδικές ευκαιρίες για τη μελέτη της αλληλεπίδρασης περιβαλλοντικών, ψυχικών και εγκεφαλικών διεργασιών.<sup>14</sup> Η κατανόησή του λοιπόν είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εμπάθυνση των γνώσεών μας όχι μόνο στη φαρμακολογία, αλλά και σε κάθε τομέα της θεραπευτικής τέχνης.<sup>1,25</sup> Η αναγνώριση του γεγονότος ότι υπάρχει ένα μέρος δράσης placebo σε κάθε θεραπεία και η εστίαση του ενδιαφέροντος στις μη ειδικές επιδράσεις της ιατρικής φροντίδας γενικά, μπορούν να παράσχουν στην ιατρική μια μοναδική ικανότητα επιστημονικής διερεύνησης και επέκτασης των θεραπευτικών διαδικασιών εντός ενός ευρύτερου βιοψυχοκοινωνικού πλαισίου. Οι ιατροί μπορούν να μάθουν πως να χρησιμοποιούν αυτές τις μη ειδικές επιδράσεις –που εν πολλοίς συνίστανται στη φύση της σχέσης τους με τον ασθενή<sup>14</sup> με ηθικά αποδεκτό, όχι παραπλανητικό, τρόπο. Οι ψυχολογικές διαστάσεις της λήψης ενός φαρμάκου και το νόημα που αυτή έχει για τον ασθενή μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην έκβαση μίας ασθένειας, και υπ' αυτή την έννοια το φαινόμενο placebo μπορεί να είναι ευπρόσδεκτο, προσθέτοντας στη βιολογική θεραπεία και αλληλεπιδρώντας με αυτή.<sup>14</sup> Η υπενθύμιση αυτή είναι χρήσιμη στη σύγχρονη εποχή, όπου η έμφαση στη βιοχημική παράδοση κινδυνεύει να αμελήσει τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της υγείας.

## Ευχαριστίες

*Ευχαριστούμε τον καθηγητή Ψυχιατρικής Αθανάσιο Καράβατο για τη βοήθειά του στη συγγραφή αυτού του άρθρου.*

# The PLACEBO effect: Definition, theories of action, ethical considerations

Ch. Andreou,<sup>1,2</sup> V.P. Bozikas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>1st Department of Psychiatry, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece,

<sup>2</sup>Hellenic Centre for Mental Health and Research, Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2008, 19:153–164

The placebo effect (from latin placere=to please), i.e. the nonspecific psychological therapeutic effects of a substance or procedure, remains one of the biggest challenges encountered by modern medicine, as a therapeutic means with unquestionable and yet unappreciated, global and yet uncontrollable, efficacy. The history of medicine largely intersects the history of placebo effect, as the first scientifically proven non-placebo drug only appeared in the 17th century. Today, placebos have themselves become an object of investigations aiming to clarify the mechanisms of mind-body interactions. Moreover, placebos occupy an important place as methodological tools in modern medical research; randomized double-blind, placebo-controlled studies have been established as the golden standard in the evaluation of new therapies. However, the use of placebos raises a number of important ethical issues, as it comes in contrast to the two most basic principles of medicine, beneficence and autonomy. Therefore, the use of placebos in clinical research should always include measures that ensure minimization of any risk associated with delay of active treatment, as well as preservation of the patients' interests. In clinical practice, physicians should be aware of psychological dimensions of treatment, of the meaning that the patient ascribes to it, as well as of the influence of the doctor-patient relationship, so that they can use these beneficial nonspecific (i.e. placebo) effects of treatment in the best interest of their patients.

**Key words:** Placebo, ethics, pharmacology.

## Βιβλιογραφία

- Godfrind IO. L' effet placebo: une gifle a la science? *Ann Med Psychol* 1997, 155:436–443
- Oh VM. The placebo effect: can we use it better? *BMJ* 1994, 309:69–70
- Shapiro AK, Shapiro E. *The powerful placebo: From ancient priest to modern physician*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1997
- Macedo A, Farre M, Banos JE. Placebo effect and placebos: what are we talking about? Some conceptual and historical considerations. *Eur J Clin Pharmacol* 2003, 59:337–342
- Kradin RL. The placebo response: its putative role as a functional salutogenic mechanism of the central nervous system. *Perspect Biol Med* 2004, 47:328–338
- Leber P. The use of placebo control groups in the assessment of psychiatric drugs: an historical context. *Biol Psychiatry* 2000, 47:699–706
- Emilien G, Maloteaux JM, Seghers A et al. Use of a placebo in clinical trials. *Eur Psychiatry*. 1998, 13:254–263
- Margo CE. The placebo effect. *Surv Ophthalmol* 1999, 44:31–44
- Klosterhalfen S, Enck P. Neurophysiology and psychobiology of the placebo response. *Curr Opin Psychiatry* 2008, 21:189–195
- Waring D. Paradoxical drug response and the placebo effect: a discussion of Grunbaum's definitional scheme. *Theor Med Bioeth* 2003, 24:5–17
- Benedetti F, Amanzio M, Casadio C et al. Blockade of nocebo hyperalgesia by the cholecystokinin antagonist proglumide. *Pain* 1997, 71:135–140
- Hahn RA. The nocebo phenomenon: concept, evidence, and implications for public health. *Prev Med* 1997, 26:607–611
- Heeg MJ, Deutsch KF, Deutsch E. The placebo effect. *Eur J Nucl Med* 1997, 24:1433–1440
- Papakostas YG, Daras MD. Placebos, placebo effect, and the response to the healing situation: the evolution of a concept. *Epilepsia* 2001, 42:1614–1625
- Benedetti F, Amanzio M. The neurobiology of placebo analgesia: from endogenous opioids to cholecystokinin. *Prog Neurobiol* 1997, 52:109–125
- McQuay H, Carroll D, Moore A. Variation in the placebo effect in randomised controlled trials of analgesics: all is as blind as it seems. *Pain* 1996, 64:331–335
- Moore A, Collins S, Carroll D et al. Paracetamol with and without codeine in acute pain: a quantitative systematic review. *Pain* 1997, 70:193–201

18. Roberts AH, Kewman DG, Mercier L et al. The power of nonspecific effects in healing: implications for psychosocial and biological treatments. *Clin Psychol Rev* 1993, 13:375-391
19. Khan A, Brown WA. The placebo enigma in antidepressant clinical trials. *J Clin Psychopharmacol* 2001, 21:123-125
20. de Craen AJ, Tijssen JG, de Gans J et al. Placebo effect in the acute treatment of migraine: subcutaneous placebos are better than oral placebos. *J Neurol* 2000, 247:183-188
21. Welch JS. Ritual in western medicine and its role in placebo healing. *J Religion Hth* 2003, 42:21-32
22. Posternak MA, Zimmerman M. Therapeutic effect of follow-up assessments on antidepressant and placebo response rates in antidepressant efficacy trials: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007, 190:287-292
23. Benson H. The placebo effect: history and physiology. *Prev Med* 1997, 26:612-615
24. Berthelot JM, Maugars Y, Abgrall M et al. Interindividual variations in beliefs about the placebo effect: a study in 300 rheumatology inpatients and 100 nurses. *Joint Bone Spine* 2001, 68:65-70
25. Godfroid IO, Placebo II. Psychiagenie et hypothese de l'organisation cerebrale. *Ann Med Psychol* 1998, 156:108-114
26. Flaten MA, Simonsen T, Waterloo K et al. Pharmacological classical conditioning in humans. *Human Psychopharmacol* 1997, 12:369-377
27. Vase L, Robinson ME, Price DD. The contributions of suggestion, desire, and expectation to placebo effects in irritable bowel syndrome patients. An empirical investigation *Pain* 2003, 105:17-25
28. de la Fuente-Fernandez R, Stoessl AJ. The placebo effect in Parkinson's disease. *Trends Neurosci* 2002, 25:302-306
29. Smith DF. Functional salutogenic mechanisms of the brain. *Perspect Biol Med* 2002, 45:319-328
30. Mayberg HS, Silva JA, Brannan SK et al. The functional neuroanatomy of the placebo effect. *Am J Psychiatry* 2002, 159:728-737
31. Temple RJ. Implications of effects in placebo groups. *J Natl Cancer Inst* 2003, 1:95:2-3
32. Nash JM, Holroyd KA, Rokicki LA, Kvaal S, Penzien DB. The influence of placebo awareness on stimulant drug response in a double-blind trial. *Psychopharmacology (Berl)* 2002, 161:213-221
33. World Medical Association. Declaration of Helsinki: recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects. *JAMA* 1997, 277:925-926
34. Lavori PW, Sugarman J. Placebo revisited. *Acta Psychiatr Scand* 2000, 101:173-175
35. Young SN, Annable L. The ethics of placebo in clinical psychopharmacology: the urgent need for consistent regulation. *J Psychiatry Neurosci* 2002, 27:319-321
36. Carpenter WT Jr, Appelbaum PS, Levine RJ. The Declaration of Helsinki and clinical trials: a focus on placebo-controlled trials in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003, 160:356-362
37. Laughren TP. The scientific and ethical basis for placebo-controlled trials in depression and schizophrenia: an FDA perspective. *Eur Psychiatry* 2001, 16:418-423
38. Hrobjartsson A. The uncontrollable placebo effect. *Eur J Clin Pharmacol* 1996, 50:345-348
39. Wyatt RJ, Henter ID, Bartko JJ. The long-term effects of placebo in patients with chronic schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1999, 46:1092-1105
40. Kaufman KR. Comparative bioethics in bipolar and epilepsy research. *Seizure* 2002, 11:51-56

---

Αλληλογραφία: Χρ. Ανδρέου, Αλ. Σβώλου 57, Θεσσαλονίκη 546 21, Greece  
Τηλ.: 694 668 2412  
e-mail: chrandre@auth.gr



## Γενικό Άρθρο General Article

### Μία εξατομικευμένη συμπεριφορικής έμπνευσης προσέγγιση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Δ. Παπαδόπουλος, Σ. Στυλιανίδης

*Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Λιβαδειά,  
Εταιρίας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), Αθήνα*

Ψυχιατρική 2008, 19:165–176

**Η** αποασυλοποίηση των χρόνιων νοσηλευομένων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και η ταυτόχρονη ανάπτυξη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας αναδείχθηκαν ως κεντρικοί στόχοι των παρεμβάσεων, βάσει των αρχών της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου και η ελαχιστοποίηση των αρνητικών συνεπειών της χρονιότητας και του ιδρυματισμού αποτέλεσαν τους βασικούς άξονες αυτής της προσπάθειας. Η εξατομικευμένη προσέγγιση μέσω της εφαρμογής ατομικού θεραπευτικού προγράμματος με την ταυτόχρονη αξιολόγηση της πορείας και των ατομικών αναγκών των ασθενών που διαμένουν σε στεγαστικές δομές ψυχιατρικής φροντίδας αποτελούν βασική προϋπόθεση για την επίτευξη των θεραπευτικών αποκαταστασιακών στόχων, τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της συνέχειας στη φροντίδα. Το άρθρο ολοκληρώνεται με την υποβολή σκέψεων και προτάσεων σε συνάρτηση με τις σύγχρονες προσεγγίσεις στην κοινωνική ψυχιατρική που απαιτούνται να ληφθούν υπόψη για να καταστήσουν το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελεσματικότερο και να το αναδείξουν ως ένα ισχυρό εργαλείο που βοηθά τους θεραπευτές να αντλήσουν ικανοποίηση & ευχαρίστηση από τη δουλειά τους βοηθώντας τους ασθενείς να γίνουν ενεργά μέλη μιας δημοκρατικής κοινωνίας.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, μέθοδος ενίσχυσης συμπεριφοράς, συνέχεια στη φροντίδα.

## Εισαγωγή

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή του Ατομικού Θεραπευτικού Προγράμματος (ΑΘΠ) προσαρμοσμένου στις ιδιαίτερες ανάγκες και ικανότητες των ασθενών, αποτελεί τον κύριο άξονα της εξατομικευμένης προσέγγισης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρόνιων ψυχικά ασθενών.<sup>1,2</sup> Σε αντιδιαστολή με την παθητικότητα της ιδρυματικής ζωής, τα άτομα με μειωμένη λειτουργικότητα αποκτούν εκ νέου την ανάγκη επιλογής και του προγραμματισμού της καθημερινότητάς τους. Ο στόχος μιας αποτελεσματικής ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η συνεχής βελτίωση και διατήρηση των λειτουργικών, νοητικών και ψυχοσυναισθηματικών δεξιοτήτων των ασθενών. Διαφορετικά, ο αρχικός στόχος θα αλλάξει και θα συρρικνωθεί προοδευτικά σε μια απλή εφαρμογή τεχνικών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και εντέλει σε μια διαχειριστική λογική της χρονιότητας του ψυχικά πάσχοντα, χωρίς να αναβαθμίζεται ταυτόχρονα και η ποιότητα της φροντίδας στο σύνολο της δομής.

Σε αυτό το άρθρο θα παρουσιαστεί η εφαρμογή της εξατομικευμένης προσέγγισης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση μέσω του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος σε ασθενείς που διαμένουν σε στεγαστικές δομές ψυχιατρικής φροντίδας. Θα περιγραφεί συνολικά η θεραπευτική – αποκαταστασιακή διαδικασία (αρχικής εκτίμησης, καθορισμού των θεραπευτικών παρεμβάσεων & στόχων, εφαρμογή και διαδικασίες επαναξιολόγησης). Θα συζητηθεί ο θεσμικός και θεραπευτικός ρόλος του προσώπου αναφοράς και της διεπιστημονικής ομάδας στο πλαίσιο ενός εξατομικευμένου μοντέλου φροντίδας. Επίσης, θα περιγραφούν οι ειδικές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές της ενίσχυσης ως μεθόδου εδραίωσης της λειτουργικής συμπεριφοράς. Το παράρτημα περιλαμβάνει ένα ενδεικτικό έντυπο ατομικού θεραπευτικού προγράμματος και αξιολογητικής φόρμας ως προς τους στόχους, που σχεδιάστηκαν από τους συγγραφείς του άρθρου και εφαρμόστηκαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα του οικοτροφείου ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης Λιβαδειάς της Εταιρίας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.<sup>16</sup>

## Η θεωρία της εξατομικευμένης προσέγγισης στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Βασικές έννοιες

Στα πλαίσια της ανάπτυξης καλών πρακτικών (good practices) και καινοτόμων δράσεων προς όφελος των ψυχικά πασχόντων, η εξατομικευμένη προσέγγιση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει προταθεί ως ένα δυναμικό, ολοκληρωμένο και υποστηρικτικό μοντέλο φροντίδας, που δίνει έμφαση στις ατομικές ιδιαιτερότητες και επιλογές των χρηστών, διασφαλίζοντας τη συνέχεια στη φροντίδα (continuity of care). Κατά την εφαρμογή του παραπάνω μοντέλου οι υποκειμενικές ανάγκες των επαγγελματιών ή του φορέα που υλοποιεί την παρέμβαση καθίστανται αντικείμενο επεξεργασίας, με στόχο την επιτυχή έκβαση του θεραπευτικού-αποκαταστασιακού σχεδίου.

Στην εξατομικευμένη προσέγγιση ο επαγγελματίας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καλείται να κινητοποιήσει και να εμπλέξει τον ψυχικά πάσχοντα σε μια συνεργατική σχέση, προκειμένου να διαμορφωθούν από κοινού οι αποκαταστασιακοί στόχοι στα εξής επίπεδα: (α) τη διατήρηση της ψυχικής υγείας και βελτίωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, (β) την εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων και αύξηση της γενικής λειτουργικότητας, (γ) την εργασιακή υποστήριξη και (δ) την ενίσχυση των κοινωνικών ευκαιριών και μείωσης του κοινωνικού στίγματος της ψυχικής διαταραχής.<sup>7</sup> Οι παραπάνω παρεμβάσεις είναι σημαντικό να βοηθήσουν τον ασθενή ως προς την κατανόηση των προνομιών αλλά και των υποχρεώσεων που έχει ως υπεύθυνο και ενεργό μέλος μιας δημοκρατικής κοινωνίας (citizenship), να ενδυναμώσουν (empowerment) τη διαπραγματευτική θέση του με τις υπηρεσίες, την οικογένεια την κοινότητα ευρύτερα.

Επίσης, στην εξατομικευμένη προσέγγιση, ο διαχειριστής περιστατικού (case manager) οφείλει να συμπεριλάβει και να χρησιμοποιήσει τους διαθέσιμους πόρους της κοινότητας και των υπηρεσιών του συστήματος (ανθρώπινων και υλικών πόρων), ώστε να επιτύχει τη διασύνδεση (connectedness) του ατόμου και της κοινωνίας.<sup>9</sup>

Μια μορφή της εξατομικευμένης προσέγγισης με άμεση εφαρμογή στα θεραπευτικά προγράμματα ψυχιατρικής αποκατάστασης, θεωρείται η κλινική διαχείριση του περιστατικού, γνωστή με την αγγλική

ορολογία ως “clinical case management”.<sup>10</sup> Σε αυτή την κατηγορία σύμφωνα με τους Muerse et al,<sup>11</sup> οι επαγγελματίες έχουν πολύχρονη κλινική εκπαίδευση και υψηλό επίπεδο κατάρτισης στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση δύσκολων ψυχιατρικών περιστατικών και ασχολούνται ενεργά με την ψυχοεκπαίδευση των οικογενειών.<sup>12</sup>

Από τη δεκαετία του 1980 και έπειτα, έχουν προταθεί στις ΗΠΑ και στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης πολλά μοντέλα που βασίζονται στην εξατομίκευση των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως το Assertive Community Treatment (ACT), γνωστό και ως Ενεργητικό Υποστηρικτικό Ολοκληρωμένο Κοινωνικό Πρόγραμμα Φροντίδας για Σοβαρές Ψυχιατρικές Διαταραχές.<sup>13</sup> Επίσης, το Training in Community Living (TCL)<sup>14</sup> και το Care Programme Approach (CPA).<sup>12</sup> Μια τέτοια προσέγγιση εφαρμογής του μοντέλου διαχείρισης περιστατικού στον χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινωνικής ψυχιατρικής είναι ρεαλιστική υπό ορισμένες προϋποθέσεις και στη χώρα μας.<sup>15</sup>

### **Το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα σε στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης**

Σε πρακτικό επίπεδο, η εφαρμογή της εξατομικευμένης προσέγγισης στις στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, λαμβάνει χώρα μέσω του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος.

Το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα ορίζεται ως «το σύνολο των καθημερινών προγραμματισμένων και εξατομικευμένων δράσεων που αποσκοπεί αφενός στην κάλυψη των αναγκών φροντίδας του ασθενούς, αφετέρου στην άσκηση και υποστήριξη του, προκειμένου να μπορέσει να ζήσει ως ενεργός πολίτης απολαμβάνοντας τα δικαιώματά του και τηρώντας τις κοινωνικές υποχρεώσεις».<sup>16</sup>

Το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει την εκτίμηση του ασθενούς σε όρους λειτουργικότητας και αναγκών στήριξης. Εμπεριέχει τους θεραπευτικούς στόχους, τη διάρκεια, τον συντονιστή της παρέμβασης, τους διαθέσιμους πόρους και την επαξιολόγησή του.

### **Βασικά χαρακτηριστικά του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος στην πράξη**

Τα βασικά χαρακτηριστικά του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος, ακολουθώντας τις αρχές της εξατομικευμένης προσέγγισης, είναι τα ακόλουθα:

*α. Η ενεργός συμμετοχή του ασθενή:* Η οργάνωση ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδίου προϋποθέτει την από κοινού συνεργασία του ασθενούς και του θεραπευτή. Το ατομικό σχέδιο προσαρμόζεται κάθε φορά στις προσωπικές δυνατότητες, επιλογές, επιθυμίες και ανάγκες του ασθενούς σε συνάρτηση και με τις κλινικές παρατηρήσεις του θεραπευτή που αναλαμβάνει να συντονίσει το σύνολο της θεραπευτικής διαδικασίας. Η ενεργός συμμετοχή του θεραπευόμενου στον καθορισμό των στόχων της θεραπείας επικεντρώνει στη δυνατότητα του θεραπευόμενου για αυτορρύθμιση.

*β. Η δόμηση της καθημερινότητας–ελαστικότητα (flexibility):* Οι χρόνιοι ψυχικά ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία στις αλλαγές. Η δόμηση κάνει τα πράγματα οικεία και ενσωματώνει τις ρουτίνες. Προσαρμόζει το περιβάλλον ώστε να είναι οργανωμένο και προβλέψιμο.<sup>13</sup> Συγχρόνως λαμβάνονται υπόψιν και εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της αποκαταστασιακής διαδικασίας, όπως είναι οι συχνές αποχωρήσεις των θεραπευτών, φαινόμενα εργασιακής κόπωσης (burn-out), η παρέμβαση της οικογένειας του πάσχοντα. Σε τέτοιες περιπτώσεις το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα είναι ευέλικτο και τροποποιήσιμο προς όφελος των θεραπευόμενων.

*γ. Η θεραπευτική σχέση:* Βασικός τρόπος δουλειάς είναι η ανάπτυξη εξατομικευμένης (προσωπικής) θεραπευτικής σχέσης του προσώπου αναφοράς με καθέναν από τους ασθενείς. Η θεραπευτική σχέση βασίζεται στις αρχές του συνεργατικού εμπειρισμού και της αμοιβαίας εμπιστοσύνης, γνωστής και ως συμμαχίας.<sup>17,18</sup> Ο Παπακώστας (1994) αναφέρει ως προς τη θεραπευτική σχέση στα πλαίσια της γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης ότι «... ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να προσκαλείται να κοιτάξει, να σκεφτεί, να αναρωτηθεί, να εξερευνήσει, να συλλάβει, να προβλέψει, να βιώσει, να δοκιμάσει, να κατανοήσει σαν ένα είδος επιστήμονα που διαθέτει περιέργεια και διαλογισμό».

δ. *Του θεραπευτικού συμβολαίου*: Ο ασθενής μέσω της συνεργατικής σχέσης που αναπτύσσει με τον συντονιστή του προγράμματος και την από κοινού επιλογή των στόχων, δεσμεύεται πως οφείλει να τηρήσει το ατομικό του πρόγραμμα με την υπογραφή της αποδοχής των όρων του (όπως αυτοί ορίζονται αναλόγως από τη σύνθεση της πολυκλαδικής ομάδας σε κάθε δομή χωριστά). Το ΑΘΠ λαμβάνει ένα ρόλο θεραπευτικού συμβολαίου, όπου δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα και το δικαίωμα να αναλάβει την ευθύνη για την υλοποίηση των στόχων, στον αντίποδα της αδράνειας και του κατακερματισμού της προσωπικότητας που παρείχε η ασυλική φροντίδα.

ε. *Οι θεραπευτικοί στόχοι (goals)*: Οι στόχοι είναι αρχικά απλοί, ρεαλιστικοί και ανταποκρίνονται στις ατομικές ανάγκες του καθένα. Η δυσκολία αυξάνεται προοδευτικά, ώστε να συνδεθεί ο σχεδιασμός με τη δράση και να αυξηθεί η αυτοεκτίμηση.<sup>19</sup>

στ. *Η συνέχεια στη φροντίδα (long-term-care)*: Η φροντίδα οργανώνεται καθόλη την αποκαταστασιακή πορεία, συμπεριλαμβάνοντας περιόδους κρίσεων, υποτροπών και νοσηλείας.<sup>5</sup>

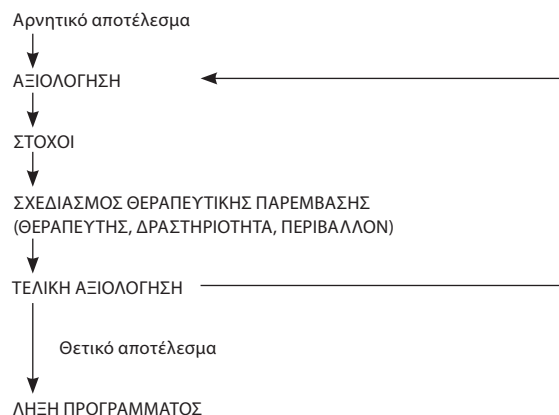
η. *Η κοινοτική εργασία*: Η γενίκευση και εφαρμογή των θεραπευτικών στόχων θα δοκιμαστούν και θα ενισχυθούν μέσω της καθημερινής συλλογής με τις διαθέσιμες υπηρεσίες της κοινότητας.<sup>20</sup>

### Ο σχεδιασμός του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος: Η μέθοδος step by step

Παρακάτω περιγράφεται αρχικώς σχηματικά (εικόνα 1) και μετά αναλυτικά, η εξελικτική διαδικασία – φάσεις ανάπτυξης του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.<sup>21</sup>

#### Η αρχική εκτίμηση

Κατά την αρχική φάση της αξιολόγησης του ασθενούς, πραγματοποιείται μια ημιδομημένη συνέντευξη (intake) μεταξύ του αξιολογητή (μπορεί να είναι το πρόσωπο αναφοράς ή άλλος επαγγελματίας) και του ασθενούς. Η αρχική συνέντευξη έχει τον σκοπό της πρώτης γνωριμίας, κατανόησης της προσωπικής ιστορίας, διαμόρφωσης αιτήματος. Αξιολογείται η γενική συμπεριφορά, οι προσωπικές αξίες, το πολιτισμικό και εκπαιδευτικό επίπεδο, η παρουσία ενε-



**Εικόνα 1.** Ένα ολοκληρωμένο μοντέλο ανάπτυξης του ΑΘΠ.

γού ή μη συμπτωματολογίας, η χρονιότητα.<sup>22</sup> Επίσης, συλλέγονται πληροφορίες από την οικογένεια ή το κοινωνικό δίκτυο (σε περίπτωση που υπάρχουν).

Με τη χρήση αξιολογητικών μεθόδων, όπως η παρατήρηση και η χορήγηση ερωτηματολογίων και κλιμάκων, συγκεντρώνονται πληροφορίες για τις εκτελεστικές δεξιότητές του (γνωστικές, αντιληπτικές),<sup>23</sup> αλλά και τις κοινωνικές, εργασιακές και διαμορφώνεται το προφίλ λειτουργικότητας. Οι παραπάνω διαδικασίες υλοποιούνται συνήθως από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, ψυχιάτρους, εργοθεραπευτές).

Οι παραπάνω εκτιμήσεις θα ληφθούν υπόψιν στην αξιολόγηση της «ετοιμότητας» ή όπως διεθνώς ονομάζεται ως "rehabilitation readiness" του υπό ένταξη ασθενή στο αποκαταστασιακό πρόγραμμα. Συχνά, ασθενείς με ελάχιστη ή καθόλου ελπίδα για αλλαγή (hope for change), επιλέγονται για κοινοτικά θεραπευτικά προγράμματα χωρίς να εξοπλιστούν οι θεραπευτές με τις δεξιότητες εκείνες και τις τεχνικές που θα ωθήσουν το άτομο να «πιστέψει» στην αλλαγή και να επενδύσει στην νέα πραγματικότητα.<sup>24,25</sup>

#### Ο καθορισμός των στόχων

Σ' αυτό το δεύτερο στάδιο, το πρόσωπο αναφοράς συγκεντρώνει όλες τις πληροφορίες που έχει συλλέξει και συγγράφει μια μικρή έκθεση που προκύπτει από το σύνολο των παραπάνω αξιολογήσεων. Οι αρχικοί στόχοι είναι προτιμότερο να είναι μετρήσιμοι, να μπορούν δηλαδή να αξιολογηθούν και να αυξάνεται σταδιακά η δυσκολία τους, ώστε αυξηθεί η αίσθηση της αποτελεσματικότητας του συμμετέχο-

να και να μην ματαιωθεί τόσο ο ασθενής, όσο και ο θεραπευτής. Το πρόσωπο αναφοράς σκιαγραφεί το λειτουργικό προφίλ του ασθενούς και συνεργάζεται μαζί του ως προς τον καθορισμό των θεραπευτικών στόχων και τον ενημερώνει για τον τρόπο εφαρμογής ειδικών τεχνικών.

Για παράδειγμα, κατά την έναρξη ενός ψυχογενιατρικού οικοτροφείου, ένας ρεαλιστικός στόχος θα ήταν η ομαλή προσαρμογή των φιλοξενουμένων ή/και η εκπαίδευση σε βασικές δεξιότητες, όπως η αυτοφροντίδα. Σε περίπτωση που ως στόχος θα ήταν η μετακίνηση με κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς, μάλλον ο στόχος θα ήταν πρόωρος και θα εξυπηρετούσε τις ανάγκες-προσδοκίες του θεραπευτή και λιγότερο τις ανάγκες του ασθενούς.

### **Ο ρόλος της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας στον σχεδιασμό του ΑΘΠ**

Ως συνέχεια του προηγούμενου σταδίου, το πρόσωπο αναφοράς ενημερώνει την πολυκλαδική ομάδα για το ιστορικό, την αξιολόγηση και τη γενική εικόνα του ασθενούς. Παρουσιάζει τους θεραπευτικούς στόχους που από κοινού επιλέχθηκαν. Το πρόσωπο αναφοράς περιγράφει ειδικά θέματα και προβληματισμούς, όπως δυσκολία στη θεραπευτική σχέση, θέματα συνεργασίας του ασθενούς, δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, ορίων, κ.λπ.

Ο ρόλος της πολυκλαδικής θεραπευτικής ομάδας στη φάση του προσδιορισμού των στόχων είναι κομβικός. Γίνεται ανοιχτή συζήτηση, όπου το κάθε μέλος μπορεί να εκφράσει τις δικές του σκέψεις γύρω από το προτεινόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η ανταλλαγή απόψεων, όπως προκύπτει από τον διαφορετικό ρόλο του καθένα, λειτουργεί συμπληρωματικά.

Η συνεργασία της ομάδας για την επιτυχή πορεία του ΑΘΠ συνίσταται στα εξής: (α) στην εφαρμογή ενιαίας μεθοδολογίας εκπαίδευσης & φροντίδας του ασθενούς, (β) το βαθμό εμπλοκής του κάθε μέλους στην αποκαταστασιακή διαδικασία, (γ) την τήρηση χρονοδιαγράμματος υλοποίησης της διαδικασίας, (δ) τη μεταφορά & συλλογή πληροφοριών για τις δυσκολίες ή επιτυχίες του ασθενούς από μέλη που τον «ζούν» κατά τη διάρκεια περιόδων που απουσιάζει το πρόσωπο αναφοράς.

### **Η θεραπευτική παρέμβαση**

Στο στάδιο της παρέμβασης, υλοποιείται το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα με τη συμφωνία όλων των ενδιαφερομένων (ασθενούς, προσώπου αναφοράς, πολυκλαδικής ομάδας) και κυρίως λαμβάνοντας υπόψιν και αξιολογώντας την ψυχική λειτουργία του υποκειμένου της παρέμβασης,

Η παρέμβαση διακρίνεται σε δύο βασικές φάσεις: (α) τους βραχυπρόθεσμους στόχους (άμεσους), και (β) τους μακροπρόθεσμους στόχους (μελλοντικούς).

Οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι βασίζονται στην απόκτηση πιο άμεσων και ειδικών δεξιοτήτων, που θεωρούνται απαραίτητες για τη μετάβαση σε εξελικτικά δυσκολότερους στόχους. Αναφέρονται κυρίως σε δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης, όπως αυτοφροντίδας-υγιεινής (πλύσιμο χεριών πριν και μετά το φαγητό, βούρτσισμα δοντιών, εκπαίδευση στη χρήση τουαλέτας, ντύσιμο-γδύσιμο), σίτισης, φροντίδας προσωπικού χώρου.<sup>26</sup>

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι συνήθως αναφέρονται σε πιο λειτουργικούς ασθενείς ή προϋποθέτουν την επιτυχή εκπαίδευση σε δεξιότητες αυτόνομης διαβίωσης. Τέτοιοι στόχοι θα μπορούσε να είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων λόγου και επικοινωνίας, η κινητοποίηση, η βελτίωση των σχέσεων με τρίτους (φίλους, συγγενείς), η διαχείριση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, η εργασιακή αποκατάσταση.

Από την έναρξη του σταδίου της παρέμβασης θα πρέπει να έχει οριστεί: (α) ο συντονιστής του θεραπευτικού προγράμματος, που συνήθως είναι το πρόσωπο αναφοράς, που λειτουργεί με την εποπτεία και βοήθεια κάποιου επαγγελματία της ομάδας (ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχίατρος, φυσιοθεραπευτής), (β) η ακριβής διάρκεια έναρξης και λήξης του προγράμματος, καθώς και η ημερομηνία επαναξιολόγησης. Η συνηθισμένη διάρκεια υλοποίησης ενός ΑΘΠ είναι έξι (6) μήνες. Σε περίπτωση που παραταθεί, θα πρέπει να συνοδεύεται από ενδιάμεση αξιολόγηση.

Στο παράρτημα 1 παρουσιάζεται αναθεωρημένο ένα αυτοσχέδιο Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα, που εφαρμόστηκε αρχικά από τον συγγραφέα του άρθρου στο οικοτροφείο της Λιβαδειάς και πλέον χρησιμοποιείται ευρέως στο σύνολο των στεγαστικών δομών της Εταιρίας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας.<sup>16</sup>

### **Η επαναξιολόγηση των στόχων**

Η επαναξιολόγηση των στόχων δεν διαφέρει ιδιαίτερα από τα προηγούμενα στάδια. Το πρόσωπο αναφοράς με το πέρας της διάρκειας του προγράμματος, αξιολογεί την αποκαταστασιακή πορεία, μεταφέρει την εικόνα στην πολυκλαδική ομάδα και κατόπιν συζήτησης με τον ασθενή, αποφασίζει αν θα τερματιστεί ο στόχος (επιτυχία), αν θα διατηρηθεί και για το επόμενο εξάμηνο με ενδιάμεσα βήματα (επανάληψη στόχου), ή αν αλλάζει οριστικά από κάποιον άλλον (αλλαγή στόχου).

Η επαναξιολόγηση είναι ουσιαστικό κομμάτι της αποκαταστασιακής διαδικασίας, καθώς αντανάκλα την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης από τη μια και από την άλλη συζητούνται εξωγενείς μεταβλητές ή λάθη που ώθησαν το θεραπευτικό πρόγραμμα σε μη αναμενόμενα αποτελέσματα. Για την αξιολόγηση των στόχων παρουσιάζεται στο παράρτημα 2 η αυτοσχέδια Κλίμακα Αξιολόγησης του ΑΘΠ που μετρά τόσο την πορεία των στόχων, αλλά και μια σειρά από δεξιότητες. Η παραπάνω κλίμακα εφαρμόστηκε αρχικά από τον συγγραφέα στο οικοτροφείο της Λιβαδειάς και πλέον χρησιμοποιείται ευρέως στο σύνολο των στεγαστικών δομών της Εταιρίας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, με συστηματική κλινική και επιστημονική εποπτεία της όλης διαδικασίας.<sup>16</sup>

### **Ειδικές τεχνικές στη θεραπευτική παρέμβαση: Η ενίσχυση της συμπεριφοράς**

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση, με κύριους εκπροσώπους τους Pavlov, Watson, Skinner, Thorndike, υποστηρίζει ότι τόσο η φυσιολογική όσο και η παθολογική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μάθησης που συνέβη σε προηγούμενα στάδια της ζωής. Η εφαρμογή των πειραματικών δεδομένων των ψυχολόγων της συμπεριφοράς στα θεραπευτικά προγράμματα έχει ως στόχο χρησιμοποιώντας τους νόμους της μάθησης να τροποποιήσει την υπάρχουσα συμπεριφορά ή να διδάξει νέα μοτίβα λειτουργικής συμπεριφοράς.

Ο Αμερικανός ψυχολόγος BF Skinner, καθηγητής ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο του Harvard, συνδυάζοντας τις απόψεις του συναδέλφου του E.L. Thorndike για το νόμο του αποτελέσματος (Law of Effect) στη συμπεριφορά, κατέληξε μετά από μια σειρά πειραμάτων στη μέθοδο της συντελεστικής μάθησης. Σύμφωνα με τον Skinner, ο οργανισμός υ-

οθετεί και εκτελεί μια συμπεριφορά που τον οδηγεί σε ευχάριστα επιθυμητά αποτελέσματα και του παρέχει αμοιβή, συνδέοντας τη συμπεριφορά με την απολαβή αισθήματος ηδονής. Οι θετικές συνέπειες που ακολουθούν μια συμπεριφορά είναι ερεθίσματα που ικανοποιούν διάφορες ανάγκες του οργανισμού και ονομάζονται ενισχυτές, ενώ η κυκλική διαδικασία που ακολουθείται είναι: ΕΡΕΘΙΣΜΑ (S) → ΑΜΟΙΒΗ → ΕΡΕΘΙΣΜΑ (S) → ΑΜΟΙΒΗ.

Οι βασικές μορφές ενίσχυσης που εφαρμόζονται σε κλινικά θεραπευτικά προγράμματα με στόχο την τροποποίηση της συμπεριφοράς ή την εκπαίδευση νέων μοτίβων λειτουργικής συμπεριφοράς είναι:

- α. Οι κοινωνικοί ενισχυτές, που περιλαμβάνουν οποιαδήποτε μορφή λεκτικής ή μη λεκτικής αποδοχής, το χαμόγελο, η στάση του σώματος, η εκδήλωση σωματικής εγγύτητας, ο έπαινος με εκφράσεις όπως «μπράβο», «τα κατάφερες».
- β. Οι υλικοί ενισχυτές χρησιμοποιούνται ως άμεση και αποκλειστική συνέπεια μιας επιθυμητής συμπεριφοράς. Θα μπορούσαν να είναι αγαπημένα υλικά αγαθά – προτιμήσεις του ασθενούς, που συνήθως ονομάζονται και προσωπικοί ενισχυτές και
- γ. Τα tokens (αμοιβές) χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό για την κινητοποίηση χρόνιων ψυχικά ασθενών και αποκτούν αξία όταν συνδέονται με πλήθος κοινωνικών και υλικών ενισχυτών.<sup>29</sup> Συνήθως πρόκειται για συμβολικά αντικείμενα, όπως μάρκες, κουπόνια, νομίσματα, πόντοι ή βαθμοί, τα οποία ο ασθενής μπορεί να κερδίσει και να ανταλλάξει με επιθυμητά αγαθά, δραστηριότητες ή προνόμια. Η παραπάνω μέθοδος είναι γνωστή και ως token economy (σύστημα των ανταλλάξιμων αμοιβών).<sup>30</sup> Τέτοια προγράμματα με αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα έχουν χρησιμοποιηθεί σε εκπαιδευτικά θεραπευτικά ιδρύματα παιδιών και εφήβων με ειδικές ανάγκες, σε δομές ψυχιατρικής φροντίδας, φυλακές, κ.λπ.<sup>20,30</sup>

Σύμφωνα με τον Kazdin (2001),<sup>28</sup> η επιτυχία ή αποτυχία από την εφαρμογή των ειδικών τεχνικών εξαρτάται από πολλές μεταβλητές, όπως ο τρόπος χορήγησης του ενισχυτή, το είδος του ενισχυτή, η καθυστέρηση στην παροχή της ενίσχυσης, τον βαθμό της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς που θέλουμε να αλλάξουμε. Γι' αυτό και γίνεται κατανοητό πως οι παραπάνω τεχνικές θα πρέπει να εφαρμόζονται από επαγγελματίες που έχουν κλινική εκπαίδευση στη

γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Σε αντίθεση τη περίπτωση, μπορούν εύκολα να υπεραπλουστευτούν στην καθημερινή κλινική εργασία, με αρνητικά αποτελέσματα στην αποκαταστασιακή πορεία των συμμετεχόντων στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Ένα τέτοιο παράδειγμα «κακής χρήσης» των τεχνικών της θετικής ενίσχυσης θα ήταν η συνεχής και καθυστερημένη παροχή υλικής ενίσχυσης σε έναν χρόνιο ασθενή ή η εκβιαστική χρήση των ανταλλάξιμων αμοιβών προς τους ασθενείς από ασυνείδητους επαγγελματίες.

### **Η εφαρμογή του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος σε άτομα με διαταραχές στον λόγο και στην επικοινωνία**

Στις στεγαστικές δομές ψυχιατρικής φροντίδας παρατηρείται σε πολλούς χρόνιους ασθενείς, επιπρόσθετα των ψυχιατρικών προβλημάτων τους, να εμφανίζουν και σοβαρές διαταραχές στην προφορική χρήση του λόγου και στη λεκτική επικοινωνία. Η δόμηση της καθημερινότητας σε ασθενείς αυτής της διαγνωστικής κατηγορίας επιτυγχάνεται μέσω οπτικών βοηθημάτων, όπως: (α) το πρόγραμμα με φωτογραφίες, (β) το πρόγραμμα με φωτογραφίες και λέξεις, (γ) το γραπτό πρόγραμμα. Το οπτικό μέσο δείχνει τι θα συμβεί και με ποια σειρά για όλη την ημέρα ή περίοδο της ημέρας και βοηθά να οργανώσει και να προβλέψει τι θα συμβεί στη συνέχεια. Επομένως, βοηθά τις μεταβάσεις και αλλαγές και μειώνει το άγχος της επίτευξης.

Η ενίσχυση του κινήτρου για επικοινωνία επιτυγχάνεται με: (α) τη δόμηση του φυσικού χώρου ώστε να αυξηθεί η ανάγκη για επικοινωνία, (β) τα ενδιαφέροντα να χρησιμοποιούνται ως ευκαιρίες για να αρχίσει αλληλεπίδραση επικοινωνίας, (γ) ενίσχυση της προσπάθειας για επικοινωνία. Ως μορφή επικοινωνίας δεχόμαστε οποιοδήποτε τρόπο χρησιμοποιεί, (δ) την επιβεβαίωση ότι η δραστηριότητα είναι ευχάριστη, (ε) και τον εντοπισμό άλλων ενηλίκων που επικοινωνούν επιτυχώς με το άτομο και μιμούνται τον τρόπο τους, (στ) την εκμετάλλευση κάθε στιγμής ως ευκαιρίας για επικοινωνιακή αλληλεπίδραση. Ο σκοπός είναι να εκπαιδευτεί το άτομο κατάλληλα να χρησιμοποιεί το οπτικό σύστημα οργάνωσης της δραστηριότητας ώστε από μόνο του σταδιακά να την ολοκληρώσει και να μην περιμένει από τον θεραπευτή την υπενθύμιση για να ανατρέξει στο πρόγραμμα.

### **Συμπεράσματα-Συζήτηση**

Στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη Ελλάδα, η υλοποίηση των νέων υπηρεσιών ακολούθησε κυρίως μια ποσοτική λογική κάλυψης των αναγκών για την απορρόφηση των κονδυλίων με στόχο την αποασυλοποίηση. Είναι ενδεικτικό ότι πολλές από τις νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας ξεκίνησαν να λειτουργούν χωρίς να έχει οριστεί, όπως κατά την κρίση μας εκ των προτέρων θα έπρεπε, ένα κοινό επιστημονικό θεραπευτικό μοντέλο φροντίδας και χωρίς τις αντίστοιχες ποιοτικές εκτιμήσεις του κλινικού έργου που θα παρέχουν ή ακόμα χωρίς την ύπαρξη άλλων ψυχιατρικών υπηρεσιών (π.χ. ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου) που θα ήταν απαραίτητη για τη στήριξη του θεραπευτικού έργου. Η ανάγκη δόμησης ενός ατομικού πλαισίου φροντίδας συνυφασμένου με όρους διασφάλισης της ποιότητας και συνέχειας της φροντίδας πρέπει να θεωρηθεί αναπόσπαστο κομμάτι της εξατομικευμένης προσέγγισης, όπως αυτή αξιολογεί τις ατομικές ανάγκες του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψιν τις διαθέσιμες υπηρεσίες της κοινότητας και τους πόρους του φορέα που υλοποιεί το αποκαταστασιακό πρόγραμμα.<sup>12</sup>

Το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα στην εξατομικευμένη προσέγγιση περιλαμβάνει και προωθεί τη διασφάλιση της ποιότητας σε διαφορετικά επίπεδα. Για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, η ποιότητα διασφαλίζει ότι θα λάβουν τη φροντίδα που χρειάζονται και ότι τα συμπτώματά τους και η ποιότητα ζωής τους θα βελτιωθούν.<sup>31</sup> Για τις οικογένειες, η ποιότητα προσφέρει υποστήριξη και βοηθά να διατηρηθεί η οικογενειακή συνοχή. Για τους επαγγελματίες ή όσους τη σχεδιάζουν, η ποιότητα διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και τη μείωση των συναισθημάτων της εργασιακής κόπωσης. Για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, η ποιότητα είναι το κλειδί για τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και για τον έλεγχο και εκλογίκευση του συστήματος.<sup>32</sup>

Οι άξονες στην παροχή της εξατομικευμένης ψυχοκοινωνικής φροντίδας είναι: (α) η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς καθόλη την αποκαταστασιακή πορεία, από την αρχική εκτίμηση έως την επαναξιολόγηση της πορείας των στόχων, (β) η συνεργατική θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του συντονιστή του θεραπευτικού σχεδίου, της πολυκλαδικής ομάδας και του πάσχοντος υποκειμένου, (γ) στην εφαρμογή ειδικών τεχνικών ενίσχυσης της συμπεριφοράς<sup>28</sup> και του

κινήτρου της ελπίδας για αλλαγή, (δ) η αναγνώριση και κατανόηση ειδικών ρυθμιστικών παραγόντων στην αποκαταστασιακή διαδικασία, όπως είναι οι οικογένειες των ψυχικά ασθενών, το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τους ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές και τις προσπάθειες υπέρ αυτών, η εξάντληση του προσωπικού, η δυναμική της ομάδας, όπως κάποιες φορές προκύπτει μέσω συγκρούσεων ρόλων – αρμοδιοτήτων, και (ε) η παροχή εποπτείας, αναγνώρισης των δυσκολιών, διαπραγμάτευσης της βιωμένης από τους θεραπευτές ματαιότητας και κενού και προσωπικών συναισθημάτων που διακινεί η θεραπευτική δουλειά με ψυχωτικούς ασθενείς. Όλες οι παραπάνω παρεμβάσεις στοχεύουν στην ανάδειξη του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος ως το ρυθμιστικό εργαλείο μέσω του οποίου το άτομο μαθαίνει εκ νέου λειτουργικές συμπεριφορές, βελτιώνει ήδη υπάρχουσες και ελαχιστοποιεί τις αρνητικές συνέπειες της χρονιότητας.

Η γενίκευση και διατήρηση των επιθυμητών συμπεριφορών εξασφαλίζεται μέσω της συχνής κοινωνικής συναλλαγής, όπου το άτομο (ξανα) βιώνει συναισθήματα στις διαφορετικές καταστάσεις, νιώθει ηδονή και ικανοποίηση στην ψυχαγωγία, προβληματίζεται για την επίλυση καθημερινών δυσκολιών και συναλλάσσεται συνολικά με το περιβάλλον του.<sup>33</sup> Ο ασθενής βιώνει το σημαντικότερο ανθρώπινο δικαίωμα, αυτό της επιλογής να ζει ως υπεύθυνος πολίτης με δικαιώματα και υποχρεώσεις, συγκροτώντας σταδιακά ένα σχέδιο ζωής.

Μέσα από αυτή την οπτική οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις δεν ανάγονται μόνο σε μια «τεχνική» συχνά υποβιβασμένη από την επιστημονική-ψυχιατρική κοινότητα, αλλά μπορεί να αποτελέσουν μια συνολική στρατηγική δημόσιας υγείας προς όφελος των χρηστών και των οικογενειών που εξυπηρετούνται από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

## An individualized behavioral approach in psychosocial rehabilitation

D. Papadopoulos, S. Stylianidis

*Community Residential Home of Livadia,  
Scientific Association for Regional Development and Mental Health (EPAPSY)*

Psychiatriki 2008, 19:165–176

The deinstitutionalization of chronic mental health patients and the simultaneous growth of community mental health structures were elected as central objectives of interventions, based on the concept of psychosocial rehabilitation. The main axes of this effort were maximization of the individual's potential and minimization of the long-term hospitalizations' negative consequences. The individualized approach via the application of an individual therapeutic program and the simultaneous evaluation of patients' needs and course during their stay in community residential home structures of psychiatric care constitute the basic condition for the achievement of therapeutic goals of rehabilitation, guarantee of the quality of services provided and continuity of care. The article is completed with the quotation of thoughts and proposals in connection with current approaches concerning the sector of social psychiatry, which everybody has to take into careful consideration in order to do the individual therapeutic program more effective being a powerful tool that helps therapists to draw satisfaction and pleasure from their work and helps patients to become active members of a democratic society.

**Key words:** Individual therapeutic program, psychosocial rehabilitation, reinforcement behavior method, continuity of care.



<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (1) - Έντυπο ατομικού θεραπευτικού προγράμματος</b>
Όνομα φορέα/Δομής υλοποίησης προγράμματος: Συντονιστής του ατομικού θεραπευτικού προγράμματος: Ημερομηνία ισχύος του ΑΘΠ: από ..... έως και .....
<b>ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ</b>
Όνοματεπώνυμο ..... Ηλικία ..... Επίπεδο εκπαίδευσης ..... Τελευταία ή/και παρούσα απασχόληση ..... Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ιδίου και οικογένειας του ..... Τόπος γέννησης-Πολιτισμικά στοιχεία ..... Κοινωνικο-Προνοιακές ανάγκες .....
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΟΥ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ</b>
Διαγνωστική κατηγορία (κατά DSM – IV ή ICD 10) Διαχείριση συμπτωματολογίας – Φύση της διαταραχής Διάρκεια νοσηλείων σε ψυχιατρικό νοσοκομείο Εναισθησία Τρέχουσες θεραπείες: Φαρμακοθεραπεία <input type="checkbox"/> Ψυχοθεραπεία <input type="checkbox"/> Εργοθεραπεία <input type="checkbox"/> Φυσικοθεραπεία <input type="checkbox"/> Ειδική εκπαίδευση <input type="checkbox"/> Άλλη θεραπεία .....
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>
Ιατρική κατάσταση Νοσηλευτικές παρεμβάσεις Διατροφικές συνήθειες
<b>ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ</b>
Στόχοι ΑΘΠ: Μακροπρόθεσμοι-Βραχυπρόθεσμοι Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης των στόχων Βαθμός εμπλοκής των επαγγελματιών στη διαδικασία Συντονιστής της θεραπευτικής παρέμβασης
<b>ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ</b>
<b>ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΥΤΟΝΟΜΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ</b> 1. Αυτοφροντίδα-Υγιεινή 2. Σίτιση 3. Φροντίδα προσωπικού χώρου και αντικειμένων 4. Γενικός καλλωπισμός του ένoικου-ασθενή
<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ &amp; ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ</b> 1. Ποιότητα της σχέσης 2. Πρόθεση για ανάπτυξη & συνέχεια κοινωνικών σχέσεων και σχέσεων με οικογένεια 3. Επιθυμία ερωτικών σχέσεων
<b>ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ</b> 1. Συμμετοχή σε προγράμματα κινητοποίησης 2. Συμμετοχή σε ψυχαγωγικές/Εκπαιδευτικές δραστηριότητες στη δομή 3. Εξωτερικές δραστηριότητες-εκδρομές
<b>ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΗΜΑΤΩΝ</b> 1. Είσπραξη & διαχείριση της σύνταξης
<b>ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ/ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΕΩΝ</b> 1. Χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς 2. Χρήση δημόσιων υπηρεσιών & υπηρεσιών της κοινότητας

(Συνεχίζεται)

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (1) - Έντυπο ατομικού θεραπευτικού προγράμματος (συνέχεια)</b>	
<b>ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ</b>	
Κοινωνική ενίσχυση Υλική ενίσχυση (περιγράφονται οι ενισχυτές) Σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών (Token economy)	
<b>ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ</b>	
Θεραπευτικοί χειρισμοί Θέματα ορίων	
Συμφωνήθηκε ως προς τη δέσμευση των παραπάνω και υπογράφεται από τους εξής ενδιαφερόμενους:	
Ο ασθενής/ένοικος (ονοματεπώνυμο – υπογραφή)	Το πρόσωπο αναφοράς/Ο θεραπευτής (ονοματεπώνυμο – υπογραφή)
Ημερομηνία & Τόπος	

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (2) Κλίμακα αξιολόγησης ατομικού θεραπευτικού προγράμματος. (Παπαδόπουλος Δημήτρης, 2004)</b>
Ονοματεπώνυμο ενοίκου: .....
Αξιολογητής: .....
Ημερομηνία: .....
Οδηγίες: Σημειώστε με ένα κύκλο κατά πόσο κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις χαρακτηρίζει ή περιγράφει τη λειτουργικότητα στους παρακάτω τομείς που αναλύονται, χρησιμοποιώντας τους παρακάτω κωδικούς.
<b>Κωδικοί Συμπλήρωσης της Κλίμακας</b>
0 = Καθόλου (το προσωπικό φροντίζει τον/την ένοικο)
1 = Λίγο (φτωχή κοινωνική δραστηριότητα και αυτοφροντίδα, αλλά επιδέχεται εκπαίδευσης)
2 = Μέτρια (χρειάζεται λεκτική και κινητική καθοδήγηση για την ολοκλήρωση μιας δράσης)
3 = Καλά (ημι-αυτονομία, χρήζει μερικής υπενθύμισης για την ολοκλήρωση του ΑΘΠ)
4 = Πολύ Καλά (Αυτονομία και ολοκλήρωση δράσεων χωρίς επίβλεψη και υπενθύμιση)

Στόχοι ατομικού θεραπευτικού προγράμματος	Αποτυχία στόχου	Επανάληψη στόχου	Επιτυχία στόχου
Βραχυπρόθεσμοι:	0-1	2-3	4
Μακροπρόθεσμοι:	0-1	2-3	4

(Συνεχίζεται)

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (2) Κλίμακα αξιολόγησης ατομικού θεραπευτικού προγράμματος (συνέχεια)</b>					
<b>ΤΟΜΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ</b>					
<b>1. Δεξιότητες αυτόνομης διαβίωσης</b>	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Καλά</b>	<b>Παρά πολύ</b>
Χρήση τουαλέτας	0	1	2	3	4
Πλύσιμο χεριών	0	1	2	3	4
Πλύσιμο προσώπου	0	1	2	3	4
Πλύσιμο σώματος	0	1	2	3	4
Ξυρίζεται μόνος του	0	1	2	3	4
Πλύσιμο δοντιών	0	1	2	3	4
Χτένισμα	0	1	2	3	4
Κόψιμο νυχιών	0	1	2	3	4
Καθαρισμός αυτιών	0	1	2	3	4
Φροντίδα προσωπικού χώρου (προσωπικά αντικείμενα, καθαριότητα, τακτοποίηση)	0	1	2	3	4
Ντύσιμο-γδύσιμο	0	1	2	3	4
Δεξιότητες σίτισης	0	1	2	3	4
Βοηθάει στην προετοιμασία & μάζεμα φαγητού	0	1	2	3	4
Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή	0	1	2	3	4
Συνολικό σκορ			/56		
<b>2. Κοινωνική συμπεριφορά-Επικοινωνία</b>	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Καλά</b>	<b>Παρά πολύ</b>
Προσαρμογή σε νέες συνθήκες	0	1	2	3	4
Επικοινωνιακή πρόθεση εντός οικοτροφείου	0	1	2	3	4
Επικοινωνιακή πρόθεση εκτός οικοτροφείου	0	1	2	3	4
Λεκτική επικοινωνία: Νόημα λόγου	0	1	2	3	4
Έκφραση επιθυμιών	0	1	2	3	4
Έκφραση παράπονων ή προβληματισμών	0	1	2	3	4
Ελεύθερος χρόνος: Συμμετοχή σε ομαδικές ή ατομικές δραστηριότητες	0	1	2	3	4
Επιδιώκει να βγαίνει εκτός Οικοτροφείου	0	1	2	3	4
Τηρεί τους κοινωνικούς κανόνες	0	1	2	3	4
Συνολικό σκορ			/36		
<b>4. Διαχείριση χρημάτων</b>	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Καλά</b>	<b>Παρά πολύ</b>
Χειρίζεται ο/η ίδιος/α τα χρήματα	0	1	2	3	4
Συνολικό σκορ			/4		
<b>5. Χρήση κοινοτικών διευκολύνσεων</b>	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Καλά</b>	<b>Παρά πολύ</b>
Χρησιμοποιεί Μέσα Μαζικής Μεταφοράς – Υπηρεσίες	0	1	2	3	4
Συνολικό σκορ			/4		
Συνολική βαθμολογία			/100		
<b>6. Γενική εκτίμηση</b>				<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>
Πολύ φτωχή αυτοφροντίδα και κοινωνική απόσυρση				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ημι-αυτονομία. Χρήζει υπενθύμιση της καθημερινής δραστηριότητας				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αυτονομία σε όλα ή σχεδόν όλα τα επίπεδα της καθημερινής δραστηριότητας				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Βιβλιογραφία

- Smith G, Schwebel A, Dunn R et al. The role of psychologist in the treatment, management, and prevention of chronic mental illness. *Am Psychol* 1993, 48:966-971
- Holloway F, Oliver N, Collins E et al. Case management: A critical review of the outcome literature. *Eur Psychiatry* 1995, 10:113-128
- Barbato A. Psychosocial rehabilitation and severe mental disorders: a public health approach. *World Psychiatry* 2006, 3:161-162
- Marshall M, Gray A, Lockwood A et al. Case management for people with severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophr Bull* 1999, 34:37-74
- Bachrach L. Continuity of care in approaches to case management for long-term mentally ill patients. *Hosp Commun Psychiatry* 1999, 44:465-468
- Bachrach L. Continuity of care for chronic mental patients: A conceptual analysis. *Am J Psychiatry* 1981, 33:189-197
- Anthony W, Cohen M, Farkas M et al. *Psychiatric rehabilitation*. 2nd ed. Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 2002
- Ware N, Hopper K, Tugenberg T et al. Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatry Services* 2007, 58:469-474
- Kimberly J, Alexander JA, Ullman E. Case management and quality of life: Assessing treatment and outcomes for clients with chronic and persistent mental illness. *Hth Serv Res* 2001, 36:61-90
- Kanter J. Clinical case management: definition, principles, and components. *Hosp and Comm Psychiatry* 1989, 40:361-368
- Mueser KT, Bond RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: Report of the national advisory mental health council. *Am J Psychiatry* 1998, 150:1447-1465
- Simpson A, Miller S, Bowers L. Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible. *J Psychiatry Mental Hth Nurs* 2003, 10:472-483
- Στυλιανίδης Σ. Ενεργητικό υποστηρικτικό ολοκληρωμένο κοινοτικό πρόγραμμα φροντίδας για σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (Assertive Community Treatment): Διερεύνηση εφαρμογών του στην Ελληνική Ψυχιατρική. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2003, 20:243-250
- Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment programme and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980, 37:392-397
- Στυλιανίδης Σ, Παντελίδου Σ. Η εφαρμογή του μοντέλου διαχείρισης περιστατικού στον χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της κοινοτικής ψυχιατρικής. *Ψυχιατρική* 2006, 17:113-121
- Παπαδόπουλος Δ. *Το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα: Θεωρία και Εφαρμογές*. Παρουσίαση και Αδημοσίευτες Σημειώσεις στο 1ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο για Στελέχη των Δομών της ΕΠΑΨΥ. Αθήνα 2004
- Καλαντζή-Αζίζι Α & συν. *Αυτογνωσία & Αυτοδιαχείριση, Γνωσιακή Συμπεριφορική Προσέγγιση*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2002
- Καλαντζή-Αζίζι Α. *Εισαγωγή στην Ψυχολογία*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 1999
- Bacon FL. A Program to assist people with mental illness in formulating realistic life goals – Formulating realistic life goals. *J Rehabilitation* 2002, 68:59-66
- Παπαδόπουλος Δ, Παντελίδου Σ, Στυλιανίδης Σ. Αξιολόγηση παρέμβασης στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων χρόνιων ψυχικά ασθενών σε οικοτροφείο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. *Τετρ Ψυχιατρ* 2007, 97:39-44
- Creek J. Treatment Planning and Implementation. In J Creek. Occupational Therapy and Mental Health. 2nd ed. 1997. London, Churchill Livingstone
- Kuntz C. *Persons with Severe Mental Illness: How Do They Fit into Long Term Care* 1995. Report by the Office of Disability, Aging and Long Term Care Policy, US Dept of Health and Human Services.
- Βάρσου Ν, Τυπάλδου Μ. Ψυχομετρικές Δοκιμασίες, Στο: *Ψυχιατρική. Α' Τόμος*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2000: 116-123
- Anthony W, Cohen M, Farkas M et al. *Psychiatric rehabilitation*. 2nd ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University 2002
- Farkas M. Identifying psychosocial rehabilitation interventions: an evidence and value based practice. *Word Psychiatry* 2006, 5:161-162
- Παπαδόπουλος Δ, Παντελίδου Σ, Κοσκινάς Β κα συν. *Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας ομαδικής παρέμβασης ανάπτυξης ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων χρόνιων ψυχικά ασθενών σε οικοτροφείο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης*. Αναρτημένη Ανακοίνωση. 17ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. Αθήνα 2006
- Καλαντζή-Αζίζι Α, Δέγλερης Ν. *Θέματα Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1992
- Kazdin AE. *Behavior Modification in Applied Settings*. USA: Wadsworth Thomson Learning, 2001
- Craighead LW, Craighead WE, Kazdin AE et al. *Cognitive and Behavioral Interventions: An empirical approach to Mental Health Problems*. Boston-London, Allyn and Bacon, 1994
- Luiselli JK. Reinforcement methods and variations in the clinical treatment of challenging behaviors. *Habilitat Ment Healthcare Newslett* 1995, 14:55-100
- Scott JE, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophren Bull* 1995, 21:675-668
- Eggert GM, Zimmer JG, Hall WJ et al. Case management: A randomized controlled study comparing a neighborhood team and a centralized individual model. *Health Services Research* 1991, 26:471-507
- Barbato A, D'Avanzo B, Rocca G et al. A study of long-stay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy. *Psychiatry Serv* 2006, 55:67-70

Αλληλογραφία: Δ. Παπαδόπουλος, Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Λιβαδειά  
Τηλ.: 6932 828 184  
e-mail: psychologists@hotmail.com

# Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις

## Future scientific meetings

- **“XXV Congreso de la Asociacion Psiquiatrica de America Latina (APAL)”, Isla Margarita, Venezuela**  
November 19–22, 2008  
Organizer: Latin American Psychiatric Association (APAL)  
Contact: Dr Edgard Belfort  
E-mail: belfort.ed@excite.com  
Website: www.apal.2008.org
- **“Annual Congress of the German Society of Psychiatry, Psychotherapy and Nervous Diseases”, Berlin Germany**  
November 26–29, 2008  
Organizer: German Society of Psychiatry, Psychotherapy and Nervous Diseases  
Contact: Dr Juerguen Zielaske  
E-mail: juergen.zielasek@lvr.de  
Website: www.dgppn-kongress.de
- **“17th European Congress of Psychiatry”, Lisbon, Portugal**  
January 24–28, 2009  
Organizer: WPA European Psychiatric Association  
E-mail: http://www2.Kenes.com/epa
- **“Ninth Workshop on Costs and Assessment in Psychiatry-Quality and Outcomes in Mental Health Policy and Economics”, Venice, Italy**  
March 27–29, 2009  
Organizer: WPA Section on Mental Health Economics  
Contact: Dr Massimo Moscarelli  
E-mail: moscarelli@icmpe.org
- **“Third Italian International Workshop of Franciacorta on Mood Disorder”, Iseo, Italy**  
March 28–29, 2009  
Organizer: Centro Studi Psichiatrici  
Collaboration: WPA Private Practice Section  
Contact: DR Giuseppe Tavormina  
E-mail: dr.tavormina.g@libero.it  
Website: www.censtupsi.org
- **WPA International Congress “Treatments in Psychiatry: A New Update”, Florence, Italy**  
April 1–4, 2009  
Organizer: Italian Psychiatric Association
- Contact: Dr Mario Maj  
E-mail: majmario@tin.it Website: www.psichiatria.it
- **35ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο**  
Μάιος 5–9, 2009  
Οργάνωση: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών  
E-mail: iea@mednet.gr  
Website: www.mednet.gr
- **“II Thematic Conference on Legal and Forensic Psychiatry”, Madrid, Spain**  
June 16–20, 2009  
Organizer: Spanish Society of Legal Psychiatry  
Contact: Dr Alfredo Calcedo Barba  
E-mail: forensicpsychiatry2009@gmail.com
- **World Congress of the World Federation for Mental Health**  
September 2–6, 2009  
Organizer: World Federation for Mental Health,  
Cooperation: Hellenic Psychiatric Association, Society of Preventive Psychiatry  
Contact: Prof. George Christodoulou  
Tel.: 0030-210-7291 389  
Congress Secretariat: ERA Ltd, 17 Asklipiou Str., 106 80 Athens  
E-mail: Info@era.gr  
Website: www.wmhc 2009.com
- **“Second European Conference on Schizophrenia Research (ECSR)”, Duesseldorf, Germany**  
September 23–25, 2009  
Organizer: German Research Network on Schizophrenia  
Contact: Dr Wolfgang Gaebel  
E-mail: wolfgang.gaebel@uni-dusseldorf.de  
Website: www.kompetenznetz-schizophrenia.de
- **“Annual Meeting of the International society of Addiction Medicine (ISAM)”, Calgary, Canada**  
September 23–27, 2009  
Organizer: International Society of Addiction Medicine (ISAM), Calgary, Canada  
Organizer: International Society of Addiction Medicine (ISAM)  
Contact: Nady el-Guebly, MD

E-mail: office@isamweb.com  
 Website: www.isamweb.org

- **“WPA Regional Meeting”, Abuja, Nigeria**

September 24–26, 2009  
 Organizer: African Association of Psychiatrists and Allied Professions  
 Collaboration: Association of Psychiatrists in Nigeria  
 Contact: Dr Oye Gureje  
 E-mails: (a) ofureje@comui.edu.ng, (b) femi\_olugbile@yahoo.com, (c) auntysola@yahoo.com

- **“VII World Congress of Depressive Disorders and International Symposium on Posttraumatic Stress Disorder”, Mendoza, Argentina**

September 24–26, 2009  
 Organizer: Dr Jorge Nazar. Collaboration: University of Cuyo  
 Contact: Dr Jorge Nazar  
 E-mail: Jorge\_Nazar@hotmail.com

- **“WPA Regional Meeting”, Dhaka, Bangladesh**

January 21–23, 2010  
 Organizer: Bangladesh Association of Psychiatry  
 Contact: Prof A.H. Mohammad Firoz  
 E-mail: bap@agni.com

- **“WPA Regional Meeting”, St. Petersburg, Russia**

June 17–19, 2010  
 Organizer: Russian Society of Psychiatrists  
 Contact: Dr Valery Krasnov  
 E-mail: krasnov@mtu-net.ru

- **“WPA Regional Meeting”, Beijing, China**

September 1–5, 2010  
 Organizer: Chinese Society of Psychiatry

Contact: Dr Yizhuang Zou  
 E-mail: yzouy@263.net  
 Website: www.psychiatryonline.cn

- **“WPA Regional Meeting”, Cairo, Egypt**

January 26–28, 2011  
 Organizer: Egyptian Psychiatric Association  
 Contact: Dr Tarek A. Okasha  
 E-mail: tokasha@internetegypt.com

- **“WPA Regional Meeting”, Yerevan, Armenia**

April 14–17, 2011  
 Organizer: Armenian Association of Psychiatrists  
 Contact: Dr Armen Sophoyan  
 E-mail: soghoyan@yahoo.com

- **“XV World Congress of Psychiatry”, Buenos Aires, Argentina**

October 11–15, 2011  
 Organizers: (a) Argentina Association of Psychiatrist (AAP), (b) Association of Argentinean Psychiatrists (APSA), (c) Fountation for Interdisciplinary Investigation of Communication (FINTECO)  
 Contact: Mariano R. Castex  
 E-mail: mcastex@congresosint.com.ar  
 Website: www.congresosint.com.ar

- **“WPA Regional Meeting”, Taipei, Taiwan**

November 12–13, 2011  
 Organizer: Taiwanese Society of Psychiatry  
 Contact: Dr Chiao-Chicy Che  
 E-mail: twpsyc@ms61.hinet.net