



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο σύνταξης

Ψυχική υγεία, φροντίδα και αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών

Γ.Ν. Παπαδημητρίου..... 203

Ανασκόπηση

Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή: Μία αμφισβητούμενη διαγνωστική κατηγορία

Γ.Δ. Γαρούφαλλος..... 205

Ερευνητικές εργασίες

Συνήθειες και προβλήματα ύπνου σε έφηβους μαθητές

Ε. Λαζαράτου, Δ. Δικαίος, Δ. Αναγνωστόπουλος, Κ. Σολδάτος..... 221

Στάσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με την αυτοκτονία

Ε. Βαλεργάκη, Μ. Τσαγκαράκης, Γ. Στριμπούλη-Γριμπούλη, Ε. Ανυφαντάκη, Ι. Τριποδιανάκης..... 231

Παρατηρήσεις για τη διεκδικητικότητα και τη σχέση της με την ενσυναίσθηση σε Έλληνες φοιτητές

Α. Πατέρα, Α. Πολυτίμου..... 238

Ενδιαφέρουσα περίπτωση

Κακώθες Νευροληπτικό Σύνδρομο μετά από διακοπή αντιχολινεργικών παραγόντων

Κ. Κοσμά, Β. Ρούμπος, Μ. Μάμαλη, Κ. Ξύπας, Κ. Κολοβού, Γ. Καλογηράτος, Α. Φόρτος 245

Ειδικό άρθρο

Άσκηση στην ψυχοθεραπεία στο πλαίσιο της ειδικότητας στην ψυχιατρική παιδιών και εφήβων

Ι. Τσιάντης, J. Piha, D. Deboutte..... 248

Γενικό άρθρο

Αναγκαιότητα και προϋποθέσεις ψυχοθεραπείας σε παιδοψυχιατρική/ψυχιατρική ενδονοσοκομειακή μονάδα

Σ.Ν. Σαλπιστής..... 254

Βιβλιοκριτική 264

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις..... 267

Οδηγίες για τους συγγραφείς..... 270



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

11, Papadiamantopoulou str., 115 28 Athens, Greece

CONTENTS

Editorial

Mental health, care and management of the mentally ill

G.N. Papadimitriou..... 204

Review

Schizoaffective disorder: An arguable diagnostic entity

G.D. Garyfallos..... 205

Research article

Habits and problems of sleep in adolescent students

E. Lazaratou, D. Dikeos, D. Anagnostopoulos, C. Soldatos 221

Attitudes of medical and nursing personnel on suicide

E. Valergaki, M. Tsagarakis, G. Strimbouli-Grimbouli, E. Anifantaki, I. Tripodianakis 231

Observations on the assertiveness and its relation to empathy in Greek students

A. Patera, A. Politimou..... 238

Case report

Neuroleptic Malignant Syndrome after withdrawal of anticholinergic agents

K. Kosma, B. Rombos, M. Mamali, K. Xipas, K. Kolovou, G. Kalogiratos, A. Fortos..... 245

Special article

Psychotherapy training in specialist child and adolescent psychiatry

J. Tsiantis, J. Piha, D. Deboutte 248

General article

Necessity and conditions of individual psychotherapy application in a child psychiatric/psychiatric inpatient unit

S.N. Salpistis..... 254

Books review 264

Future scientific meetings..... 267

Instructions to contributors..... 270

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Ψυχική υγεία, φροντίδα και αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών

Η ψυχική και η σωματική υγεία είναι στενά συνδεδεμένες και όπως δικαιολογημένα θεωρείται, δεν υπάρχει υγεία χωρίς ψυχική υγεία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων του γενικού πληθυσμού μπορεί να εμφανίσει ψυχικές διαταραχές, καταστάσεις που επηρεάζουν την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή και αποτελούν σημαντική αιτία ανικανότητας. Σήμερα εκτιμάται ότι ένας στους τέσσερις ενήλικες Ευρωπαίους αντιμετωπίζει τουλάχιστον μια μορφή ψυχικής νόσου κάθε χρόνο. Στην πρώτη θέση βρίσκεται η μονοπολική κατάθλιψη και ακολουθούν οι διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ, η σχιζοφρένεια, η διπολική συναισθηματική διαταραχή και η άνοια. Στον κατάλογο αναφέρονται, επίσης, η απώλεια ακοής στους ενήλικες και το AIDS, που συνοδεύονται από ψυχολογικά προβλήματα. Αν προστεθούν δε και κάποια από τα τροχαία ατυχήματα που πιθανότατα αποτελούν απόπειρες αυτοκτονίας, τότε πραγματικά είναι μεγάλο το φάσμα των καταστάσεων που οφείλονται σε ψυχιατρικά αίτια και οδηγούν το άτομο στην ανικανότητα.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το κόστος για την ψυχική υγεία υπολογίζεται στο 3–4% του ακαθάριστου προϊόντος, κυρίως λόγω της μειωμένης παραγωγικότητας των πασχόντων, ενώ οι ψυχικές διαταραχές θεωρείται ότι αποτελούν πρωταρχική αιτία πρώιμης συνταξιοδότησης. Κατά το έτος 2020, η κατάθλιψη, από την τέταρτη θέση που βρίσκεται σήμερα παγκοσμίως για όλα τα νοσήματα, αναμένεται ότι θα αποτελεί την πρώτη αιτία νόσησης του αναπτυσσόμενου κόσμου. Οι ψυχίατροι είναι συχνά οι κατ'εξοχήν γιατροί που αντιμετωπίζουν τα άτομα με μείζονες ψυχικές διαταραχές (σχιζοφρένεια και διπολική συναισθηματική διαταραχή).

Την περασμένη δεκαετία, η ψυχιατρική είχε εστιάσει το ενδιαφέρον της για τη σχιζοφρένεια στα λεγόμενα «θετικά» συμπτώματα της νόσου. Σήμερα, πέρα από τα θετικά συμπτώματα, στην κλινική εκτίμηση λαμβάνονται υπ' όψιν η ευρύτερη συμπτωματολογία με συμπτώματα όπως τα αρνητικά, τα γνωσιακά ελλείμματα και τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη διάθεση. Η ιδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών ήταν παλαιότερα μια συνηθισμένη εξέλιξη. Σήμερα, όμως, οι δυνατότητες που παρέχει η φαρμακευτική θεραπεία και η μεγάλη πρόοδος που έχει συντελεσθεί στην κοινωνική ψυχιατρική με τα προγράμματα αποκατάστασης, τη λειτουργία των Νοσοκομείων Ημέρας και των ενδιάμεσων θεραπευτικών δομών έχουν αλλάξει σημαντικά επί τα βελτίω την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου.

Τα ψυχοφάρμακα, 50 και πλέον χρόνια μετά την ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης, εξακολουθούν να αποτελούν την πρώτη και άμεση θεραπευτική επιλογή, ενώ σημαντική είναι η πρόοδος και η συμβολή των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και της ψυχοεκπαίδευσης των ασθενών και των συγγενών τους στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Με τα αντιψυχωσικά φάρμακα «πρώτης γενιάς», τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα αποτελούσαν το κύριο πρόβλημα, ενώ τα «δεύτερης γενιάς», που χορηγούνται κυρίως σήμερα, έχουν διαφορετικές ανεπιθύμητες ενέργειες, που εστιάζονται συνήθως στις μεταβολικές διαταραχές. Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους είναι πλέον σαφώς περισσότερο ενημερωμένοι αναφορικά με τη συμπτωματολογία, την πρόληψη και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

Στην καθημερινή κλινική πρακτική, η αναβάθμιση της σχέσης γιατρού-αρρώστου συμβάλει στην καλύτερη «συμμόρφωση» στη θεραπεία, ενώ παράλληλα η ποιότητα ζωής των ασθενών πρέπει να αποτελεί βασικό στόχο της θεραπείας. Η εγκατάσταση των Ψυχιατρικών Τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία συνέβαλε στην απομυθοποίηση (αποστιγματοποίηση της ψυχικής νόσου), έδωσε τη δυνατότητα συνεργασίας των ιατρών των διαφόρων ειδικοτήτων και συνετέλεσε σημαντικά στην αναγνώριση της σημασίας της συμβουλευτικής-διασυνδεδετικής ψυχιατρικής. Παρά το γεγονός όμως ότι το στίγμα της ψυχικής νόσου έχει αμβλυωθεί σημαντικά, δεν παύει να υφίσταται δυστυχώς ακόμη και σήμερα στην κοινωνία.

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα η προσπάθεια που καταβάλλεται από την ακαδημαϊκή ψυχιατρική για την απαρτίωση των νεότερων δεδομένων στην πληρέστερη εκπαίδευση των ειδικευομένων στην ψυχιατρική, στο πλαίσιο του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών.

Γεώργιος Ν. Παπαδημητρίου

Καθηγητής Ψυχιατρικής Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστήμιο Αθηνών
Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Βιβλιογραφία

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR et al. No health without mental health. *Lancet* 2007, 370:859–877
2. World Health Organization. The World Health Report 2001. *Mental Health: new understandings, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001. Report from the WHO European Ministerial Conferenc. Copenhagen, Denmark. WHO Regional Office for Europe, 2005
3. Μαλλιώρη Μ, Οικονόμου-Λαλιώτη Μ, Πλουμπιδής Δ, Κουρέα-Κρεμαστινού ΤΖ. Ψυχική δημόσια υγεία: Στο: Κουρέα-Κρεμαστινού ΤΖ. «ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ, Θεωρία-Πράξη-Πολιτικές». Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2007:535–556
4. Παπαδημητρίου ΓΝ, Παπακώστας ΙΓ. Η σχέση γιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας. *Ιατρική* 2002, 82:44–56

Editorial Άρθρο Σύνταξης

Mental health, care and management of the mentally ill

Mental and physical health are closely related; it is considered that no health exists without mental health.

According to the World Health Organization (WHO), a significant number of individuals in the general population can develop mental disorders, conditions which affect their personal, familial and social life and constitute an important cause of impairment. It is currently considered that almost one in four Europeans is suffering from a form of mental illness each year. Most frequently is unipolar depression, followed by alcohol use disorders, schizophrenia, bipolar disorder and dementia. The WHO list, also, mentions loss of hearing in adults and AIDS, which are frequently accompanied by psychological problems. If we also consider that some car accidents may probably be suicidal attempts, then the spectrum of conditions which are related to psychiatric reasons and can lead to disability is really wide.

In the European Union the cost for mental health is estimated in the range of 3–4% of the Gross National Product mainly, due to decreased productivity of patients, while mental disorders are considered as a major cause of early retirement. It is estimated that in 2020 depression, which today ranks in the fourth position of all diseases, will be the most frequent cause of morbidity in the developed world.

Psychiatrists are usually the physicians who are responsible for the management of individuals with major mental disorders (schizophrenia and bipolar disorder).

Regarding schizophrenia, in the last decades psychiatry has focused its interest on the so-called “positive” symptoms. Today, however, it is considered that, apart from the positive symptoms, clinical evaluation should also take into consideration a broader scope of symptomatology including “negative” symptoms, cognitive deficits and symptoms related to mood. Institutionalization was in the past the usual outcome for the mentally ill. Nowadays, effective drug treatments and the great progress in social psychiatry with rehabilitation programs, day hospitals and intermediate therapeutic units has led to a dramatic improvement of the management of mental illness.

Psychopharmacology, already more than 50 years after the discovery of chlorpromazine, still remain the indispensable first treatment choice, while very important is also the contribution of psychological interventions and psychoeducation of patients and their relatives towards the more efficacious management of mental disorders. Extrapyramidal symptoms were considered as the main problem of the first generation antipsychotics, while second generation antipsychotics, which are mainly used today, have a different side-effect profile, related usually to weight gain and metabolic disorders. In the meanwhile, patients and their relatives are much more informed regarding the symptomatology, prevention and treatment of mental disorders.

The growing importance which is attached to doctor – patient relationship in the everyday clinical practice contributes to better compliance with treatment, while the quality of life of the patient is increasingly being considered as a main target of treatment. The establishment of Psychiatric Units in General Hospitals has provided the possibility of collaboration between physicians of different specialties and has contributed to the destigmatization of mental illness and to the recognition of the importance of consultation– liaison psychiatry. It must, however, be noted that despite the fact that the stigma associated with mental illness has been blunted, it unfortunately still exists in the society.

Finally, the efforts made by academic psychiatry for the integration of new data in the education of the psychiatric residents, in the frame of the “biopsychosocial model” of management of the mentally ill, must be emphasized.

George N. Papadimitriou

*Professor of Psychiatry, 1st Department of Psychiatry,
University of Athens Eginition Hospital, Athens, Greece*

Βιβλιογραφία

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR et al. No health without mental health. *Lancet* 2007, 370:859–877
2. World Health Organization. The World Health Report 2001. *Mental Health: new understandings, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, Denmark. WHO Regional Office for Europe, 2005
3. Malliori M, Ekonomou-Lalioti M, Ploumbidis D, Kourea-Kremastinou J. Public Mental Health. In: Kourea-Kremastinou J, Public Health: Theory, Practice, Politics. Technogamma Editions, 2007:535–556
4. Papadimitriou GN, Papakostas JG. Doctor Patient relationship in the new millennium. *Medicine* 2002, 82:44–56

Ανασκόπηση Review

Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή: Μία αμφισβητούμενη διαγνωστική κατηγορία

Γ.Δ. Γαρύφαλλος

Β΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2008, 19:205–220

Ο όρος «σχιζοσυναισθηματική διαταραχή» εισήχθη στην ψυχιατρική ορολογία πριν από 75 χρόνια. Μέχρι και σήμερα αποτελεί πεδίο διαφωνίας ως προς τον ορισμό της και ως προς τη θέση της, ως υποτύπο σχιζοφρένειας, συναισθηματικής διαταραχής ή κάπου ενδιάμεσα. Η ασάφεια αυτή αντανακλάται διαχρονικά και όσον αφορά τον ορισμό των διαγνωστικών κριτηρίων στα διάφορα ταξινομικά συστήματα, στις διαφορές των συστημάτων μεταξύ τους και στην αδυναμία τους να καθορίσουν σταθερά σε βάθος χρόνου την εγκυρότητα της διάγνωσης. Όλα τα παραπάνω οδήγησαν σε προτάσεις ακόμη και για την απόσυρση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, ως ξεχωριστής διαγνωστικής οντότητας. Ως προς τα επιδημιολογικά στοιχεία, ο επιπολασμός της διαταραχής κυμαίνεται μεταξύ 0,3% και 0,8%. Υπάρχει σχετική υπεροχή των γυναικών, οφειλόμενη πιθανόν στην υπεροχή τους στον καταθλιπτικό τύπο. Ο τύπος αυτός είναι πιο συχνός σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ ο διπολικός σε νεότερα. Όσον αφορά άλλες παραμέτρους, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, η πιθανότητα το άτομο να είναι έγγαμο, η ηλικία έναρξης, η πρόγνωση και η κοινωνική προσαρμογή, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή φαίνεται να έχει περισσότερο ευνοϊκά δεδομένα σε σχέση με τη σχιζοφρένεια και λιγότερο σε σχέση με τις διαταραχές της διάθεσης. Τα επιδημιολογικά και κλινικά αυτά δεδομένα καθώς και δεδομένα προερχόμενα από οικογενειακές, μελέτες με διδύμους, γενετικές και νευροαπεικονιστικές μελέτες καταδεικνύουν ότι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είναι μία διαγνωστική οντότητα που κατέχει μια ενδιάμεση θέση σ' ένα συνεχές (continuum) μεταξύ σχιζοφρένειας και διαταραχών της διάθεσης και αποτελεί το καλύτερο παράδειγμα και πρότυπο αμφισβήτησης της λεγόμενης «Κρεπελίνιας διχοτόμησης», των μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών.

Λέξεις ευρετηρίου: Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, διάγνωση, επιδημιολογία, «Κρεπελίνια διχοτόμηση».

Ορισμός- Αρχικές διαγνωστικές προσεγγίσεις

Εδώ και περισσότερο από 100 χρόνια ο Kraepelin διχοτόμησε τις λεγόμενες ενδογενείς ψυχώσεις σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τη σχιζοφρένεια (*dementia praecox*) με φτωχό τελικό αποτέλεσμα και τη μανιοκατάθλιψη με σαφώς πιο ευνοϊκό. Αυτή η λεγόμενη «Κραπελίνια διχοτόμηση» (*Kraepelinian dichotomy*) κυριάρχησε στη συνέχεια, στη δυτική τουλάχιστον ψυχιατρική και παρέμεινε αλώβητη κατά το μάλλον ή ήττον έως και τις μέρες μας.¹ Από την αρχή όμως και ο ίδιος ο Kraepelin γνώριζε ότι δεν είναι δυνατόν όλες οι περιπτώσεις των ενδογενών ψυχικών διαταραχών να καταταγούν εύκολα και σίγουρα στις δύο αυτές κατηγορίες. Κάποιες περιπτώσεις όπως για παράδειγμα η παραληρηματική μανία, αλλά και άλλες, θα μπορούσαν να ταξινομηθούν και στις δύο κατηγορίες ή σε καμία από αυτές.² Σε μία κριτική εκτίμηση της ταξινόμησής του έγραφε στη μελέτη του «Οι φαινομενολογικές μορφές της τρέλας» (*The phenomenological forms of insanity*) ότι «οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να έχουν στοιχεία και από τις δύο οντότητες, δηλαδή και από τη σχιζοφρένεια και από τη μανιοκατάθλιψη και ότι μπορεί να έχουν διαφορετική πορεία και πρόγνωση από τη σχιζοφρένεια».^{2,3} Οι αμφιβολίες του Kraepelin είχαν αρχίσει να ενδυναμώνονται νωρίτερα όταν ο μαθητής του E. Zendig στη μελέτη του «Συμβολή στη διαφορική διάγνωση της μανιοκαταθλιπτικής τρέλας και της πρώιμης άνοιας» (*Contributions to differential diagnosis of manic-depressive insanity and dementia praecox*), το 1909, ανέφερε ότι περίπου το 30% των δειγμάτων του Kraepelin που είχαν διαγνωσθεί ως πρώιμη άνοια, είχαν πορεία και τελική κατάληξη που δεν αντιστοιχούσε σε πρώιμη άνοια.^{2,3} Έτσι στην προαναφερθείσα μελέτη του, του 1920, ο Kraepelin έγραφε «οι περιπτώσεις που δεν μπορούν να κατηγοριοποιηθούν (στην πρώιμη άνοια ή στη μανιοκατάθλιψη) είναι δυστυχώς πολύ συχνές» και λίγο παρακάτω, «πρέπει να ζήσουμε με την παραδοχή ότι τα κριτήρια που εφαρμόζουμε δεν είναι ικανά να κάνουν τη διαφοροποίηση, σ' όλες τις περιπτώσεις μεταξύ σχιζοφρένειας και μανιοκατάθλιψης».² Επομένως, ο Kraepelin ήξερε ότι τα όρια μεταξύ των δύο οντοτήτων είναι ελαστικά, ότι υπάρχουν γέφυ-

ρες που τις συνδέουν καθώς και πολλές αλληλοεπικαλύψεις μεταξύ τους. Ο E. και ο M. Bleuler ανέφεραν και αυτοί περιπτώσεις αλληλοεπικαλύψεων τις οποίες ονόμασαν «μικτές ψυχώσεις» και τις τοποθέτησαν στη σχιζοφρένεια λόγω της προτεραιότητας που έδιναν στα λεγόμενα «θεμελιώδη συμπτώματα». Σύμφωνα με το σκεπτικό τους, η παρουσία αυτών των συμπτωμάτων ήταν αποφασιστικής σημασίας για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας και όχι η πορεία και η τελική κατάληξη.³ Αξίζει να σημειωθεί ότι το 1966 ο Angst, μαθητής του M. Bleuler, διερευνώντας τις μικτές ψυχώσεις τις θεωρεί ως μέρος των συναισθηματικών διαταραχών, σε αντίθεση με την άποψη του δασκάλου του.³

Όσον αφορά την Αμερική οι πρώτες περιγραφές γίνονται το 1913 από τον G. Kirby και το 1921 από τον A. Hoch, οι οποίοι περιγράφουν περιπτώσεις ασθενών με μικτά στοιχεία σχιζοφρένειας και μανιοκατάθλιψης που επειδή δεν παρουσίαζαν προοδευτικά επιδεινούμενη πορεία, όπως η σχιζοφρένεια, τις κατατάσσουν στην ομάδα της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, σύμφωνα με το διαχωρισμό του Kraepelin.⁴ Αξίζει βέβαια ν' αναφερθεί ότι ο πρώτος που περιέγραψε, στη σύγχρονη εποχή, κάποιου είδους «σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής», ως χωριστής ομάδας, ήταν ο K. Kahlbaum, το 1863, κάτω από το όνομα «τυπική κυκλική φρενοπάθεια» (*vesania typical circularis*).²

Ο όρος σχιζοσυναισθηματική διαταραχή εισάγεται για πρώτη φορά στην ψυχιατρική ορολογία το 1933 από τον J. Kasanin, ο οποίος σε άρθρο του στο *American Journal of Psychiatry* περιγράφει περιπτώσεις άτυπες τόσο για τη σχιζοφρένεια όσο και για τις συναισθηματικές διαταραχές. Οι περιπτώσεις αυτές αφορούσαν σε ασθενείς σχετικά νέους, με καλή κοινωνική λειτουργικότητα που ξαφνικά ανέπτυσσαν μια δραματική ψυχωτική εικόνα. Οι ασθενείς συχνά είχαν μια προηγούμενη προσβολή στο τέλος της εφηβείας. Στην κλινική εικόνα υπήρχε συναισθηματική αναταραχή, διαστρέβλωση της επαφής με την πραγματικότητα και σε κάποιους ψευδείς αισθητηριακές αντιλήψεις, όχι όμως παθητικότητα και απόσυρση. Κάποιοι ασθενείς είχαν οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής, ενώ συνήθως της αιφνίδιας έναρξης προηγούνταν

κάποιος στρεσογόνος παράγοντας. Η διάρκεια των συμπτωμάτων ήταν κάποιες εβδομάδες ή μήνες με τελική κατάληξη την πλήρη ανάρρωση.^{2,4} Οι περιπτώσεις που περιγράφηκαν από τον Kasanin και ονομάστηκαν σχιζοσυναισθηματική ψύχωση, δεν έχουν πολλά κοινά σημεία με το σημερινό ορισμό της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής. Αντίθετα έχουν περισσότερες ομοιότητες με τη διαταραχή *bouffée délirante* των Γάλλων ψυχιάτρων ή με την οξεία και παροδική ψυχωτική διαταραχή του ICD-10, κυρίως με τον πολυμορφικό τύπο,³ ή σε μικρότερο βαθμό με τη βραχεία ψυχωτική διαταραχή με στρεσογόνο παράγοντα κατά DSM-IV-TR. Η περιγραφή που ταιριάζει περισσότερο σ' αυτό που σήμερα ορίζουμε ως σχιζοσυναισθηματική διαταραχή προέρχεται από τον K. Schneider με τον όρο «ενδιάμεσες περιπτώσεις» (*cases-in-between*).³

Το 1936 οι Hunt & Appel σε μια μελέτη που δημοσιεύθηκε στο *American Journal of Psychiatry* με τίτλο “Prognosis in the psychoses lying midway between schizophrenia and manic-depressive psychoses”, αναφέρονται στην πρόγνωση των ενδιαμέσων αυτών καταστάσεων. Μελετώντας όλους τους ασθενείς που εισήχθησαν στο Pennsylvania Hospital μεταξύ 1919–1929 και εμφάνιζαν σχιζοφρενική, συναισθηματική ή μικτή συμπτωματολογία, βρίσκουν ότι οι μικτοί ασθενείς παρουσιάζουν ύφεση των συμπτωμάτων σε διπλάσια συχνότητα από τους σχιζοφρενικούς, αλλά κατά 50% μειωμένη συχνότητα σε σύγκριση με τους μανιοκαταθλιπτικούς.⁵

Το 1940 ο Kant περιγράφοντας «αναρρώσαντες σχιζοφρενικούς», αναφέρει ότι η έναρξη της συμπτωματολογίας ήταν οξεία ή υποξεία, ενώ προηγίτο αυτής κάποιος στρεσογόνος παράγοντας. Στην κλινική εικόνα υπήρχε θόλωση της συνείδησης, ιδέες συσχέτισης και ακουστικές ψευδαισθήσεις. Οι ασθενείς σωματικά ανήκαν στον πυκνικό τύπο, ενώ η διάρκεια του επεισοδίου ήταν κάποιοι μήνες, με τελική κατάληξη την πλήρη ανάρρωση. Τέλος ανέφερε ότι στους συγγενείς των ασθενών υπερτερούσαν οι διπολικοί σε σχέση με τους σχιζοφρενικούς. Είναι η πρώτη φορά που γίνεται αναφορά στο οικογενειακό ιστορικό των ασθενών.² Το 1966, οι Astrup & Noreik αναλύοντας την κατάληξη 1200 σχιζοφρενικών ασθενών βρίσκουν ότι αυτοί που ανέρρωσαν ήταν αυτοί που

στην κλινική τους εικόνα παρουσίαζαν συναισθηματικά συμπτώματα όπως έξαρση, ψυχοκινητική διέγερση, φυγή ιδεών ή εναλλαγές της διάθεσης.² Τα δεδομένα τους δείχνουν τη σύνδεση των μικτών αυτών περιπτώσεων με τις συναισθηματικές διαταραχές, σε συμφωνία και με τις απόψεις του Angst που προαναφέρθηκαν. Στη δεκαετία του '70 έγινε αποδεκτό ότι για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής θα πρέπει να υπάρχουν και σχιζοφρενικά και συναισθηματικά συμπτώματα συνδυαζόμενα, με μια ελάχιστη διάρκεια.²

Το 1978 οι Spitzer et al⁶ διατυπώνουν ορισμένα κριτήρια, τα Research Diagnostic Criteria (RDC), τα οποία ως προς τη διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής (που περιλαμβάνει δύο υποτύπους, μανιακό και καταθλιπτικό) προϋποθέτουν την ύπαρξη ενός πλήρους μανιακού ή καταθλιπτικού συνδρόμου καθώς και τουλάχιστον ενός συμπτώματος που παραπέμπει σε σχιζοφρένεια. Στα κριτήρια γίνεται αναφορά για την ύπαρξη χρονικού διαστήματος μιας τουλάχιστον εβδομάδας με σχιζοφρενικά συμπτώματα χωρίς την ύπαρξη προεξαρχόντων καταθλιπτικών ή μανιακών συμπτωμάτων καθώς και η αναφορά για χρονικό διάστημα με αλληλοεπικάλυψη συναισθηματικών και σχιζοφρενικών συμπτωμάτων.

Διάγνωση κατά DSM και ICD

Στις αρχικές κατατάξεις της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή κατηγοριοποιούνταν ως υποτύπος της σχιζοφρένειας.⁷ Η πρώτη από αυτές, το DSM-I το 1952, περιείχε τον «σχιζοσυναισθηματικό τύπο» στις σχιζοφρενικές αντιδράσεις, ενώ η δεύτερη DSM-II το 1968, την κατηγορία «σχιζοφρένεια-σχιζοσυναισθηματικός τύπος» και διατύπωση «ασθενείς που έχουν σχιζοφρενικά συμπτώματα μαζί με εκσεσημασμένη έξαρση ή κατάθλιψη».²

Στην επόμενη κατάταξη, DSM-III το 1980, η διαταραχή περιλαμβάνεται στις «ψυχωτικές διαταραχές που δεν κατατάσσονται αλλού», χωρίς όμως συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια, κάτι που καθιστά τη διαταραχή μία «υπολειμματική οντότητα» αφού και στις διευκρινίσεις που δίνονται αναφέρεται ότι η δι-

άγνωση αυτή αφορά σ' εκείνες τις περιπτώσεις στις οποίες ο κλινικός δεν μπορεί να κάνει διαφορική διάγνωση μεταξύ συναισθηματικής διαταραχής και σχιζοφρένειας ή σχιζοφρενικομορφής διαταραχής. Τονίζεται επίσης ότι πριν καταλήξει στη διάγνωση αυτή ο κλινικός θα πρέπει να εξετάσει προσεκτικά όλες τις προηγούμενες διαγνώσεις και κυρίως τη διάγνωση συναισθηματικών διαταραχών με ψυχωτικά στοιχεία.

Στην επόμενη κατάταξη, DSM-II-R, το 1987, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή περιλαμβάνεται επίσης στις «ψυχωτικές διαταραχές που δεν κατατάσσονται αλλού», έχει όμως συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια όπως επίσης και δύο υποτύπους, το διπολικό και τον καταθλιπτικό, ενώ επισημαίνεται ότι αν και θα έπρεπε, σε συμφωνία με την ονοματολογία της κατάταξης, να ονομασθεί «σχιζοδιαθεσική διαταραχή (schizomood disorder), μια και ο όρος «διαταραχές της διάθεσης» αντικατέστησε τον όρο «συναισθηματικές διαταραχές», εντούτοις για ιστορικούς λόγους διατηρείται ο όρος σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Στην επόμενη και τελευταία μέχρι σήμερα ταξινόμηση, DSM-IV, το 1994, εντάσσεται στην κατηγορία «σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές». Τα διαγνωστικά της κριτήρια είναι, σε γενικές γραμμές, παρόμοια μ' εκείνα του DSM-III-R αν και υπάρχουν και κάποιες διαφοροποιήσεις. Οι διαφοροποιήσεις αυτές είναι οι εξής: (1) Στο πρώτο κριτήριο, η αναφορά ότι θα πρέπει να πληρούται ταυτόχρονα και το κριτήριο A για σχιζοφρένεια, το οποίο σύμφωνα με το DSM-IV θα πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον για 1 μήνα έναντι 1 εβδομάδας του DSM-III-R, οδηγεί στη συνεπαγωγή ότι η ελάχιστη διάρκεια ενός σχιζοσυναισθηματικού επεισοδίου είναι ένας μήνας. (2) Στην υποσημείωση του ίδιου κριτηρίου αναφέρεται ότι σε περίπτωση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου θα πρέπει να υπάρχει απαραίτητα καταθλιπτική διάθεση και όχι εναλλακτικά εκσεσημασμένη μείωση ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης όπως ισχύει για τη διάγνωση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου στα πλαίσια διαταραχής της διάθεσης. Αυτό γίνεται διότι μείωση ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης μπορεί να υπάρχει σε άλλες ψυχωτικές καταστάσεις όπως π.χ. σχιζοφρένεια. (3) Αναγνωρίζεται η ύπαρξη μικτού επεισοδίου, όπως βέβαια συμβαίνει και στις διαταραχές της διάθεσης. (4) Στο συνοδευτικό, επεξηγηματικό κείμενο

του DSM-IV, στο τμήμα με επικεφαλίδα διαγνωστικά κριτήρια, δίνονται πιο λεπτομερείς επεξηγήσεις και παραδείγματα, αναφορικά με διάφορα στοιχεία των κριτηρίων, όπως η χρονική σειρά της συναισθηματικής και ψυχωτικής συμπτωματολογίας, η διάρκεια τους κ.λπ.

Διαφοροποιήσεις υπάρχουν και μεταξύ των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV και εκείνων του άλλου ταξινομικού συστήματος, του ICD-10. Οι διαφοροποιήσεις αυτές, μερικές από τις οποίες είναι σημαντικές, είναι οι εξής: (1) Η περιγραφή του ICD-10 αναφέρεται σε επεισόδιο, ενώ εκείνη του DSM-IV σε διαχρονική διάρκεια της διαταραχής, αν και αυτό δεν γίνεται απόλυτα σαφές παρά μόνον από τη διατύπωση του κριτηρίου C και εκείνη των δύο υποτύπων. (2) Σύμφωνα με το κριτήριο G2 του ICD-10, θα πρέπει να υπάρχουν συμπτώματα από μία τουλάχιστον από τις 6 παρατιθέμενες ομάδες συμπτωμάτων, που όπως σημειώνεται είναι σχεδόν ταυτόσημες με εκείνες της σχιζοφρένειας. Δύο από αυτές τις ομάδες αφορούν η μία σε κατατονική συμπεριφορά και η άλλη σε διαταραχή του λόγου, με την ύπαρξη ασυναρτησίας, νεολογισμών κ.λπ. Αντίθετα στο αντίστοιχο κριτήριο του DSM-IV, το κριτήριο B, αναφέρεται ότι τα «σχιζοφρενικά» συμπτώματα θα πρέπει απαραίτητα να αφορούν ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Άρα αν υπάρχουν άλλα «σχιζοφρενικά» συμπτώματα όπως π.χ. αποδιοργάνωση λόγου, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, επιπέδωση συναισθήματος κ.λπ. τότε δεν πληρούται το κριτήριο B. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο προηγούμενο κριτήριο, το κριτήριο A, η διατύπωση είναι ότι το μανιακό/μικτό/καταθλιπτικό επεισόδιο θα πρέπει να υπάρχει «ταυτόχρονα με συμπτώματα που πληρούν το κριτήριο A της σχιζοφρένειας». Το κριτήριο όμως A της σχιζοφρένειας μπορεί να πληρούται από συνδυασμό π.χ. αποδιοργανωμένου λόγου και αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς μόνον, ή αποδιοργανωμένου λόγου και κατατονικής συμπεριφοράς. (3) Από την άλλη μεριά το DSM-IV τονίζει στο κριτήριο B, ότι η ύπαρξη «σχιζοφρενικών» συμπτωμάτων θα πρέπει να συμβαίνει εν απουσία προεξάρχοντων συμπτωμάτων διαταραχών της διάθεσης, κάτι το οποίο δεν διατυπώνεται στα κριτήρια του ICD-10 G2 και G3. (4) Η διάρκεια του σχιζοσυναισθηματικού επεισοδίου κατά DSM-IV, θα πρέπει να

είναι κατ' ελάχιστον, όπως προαναφέρθηκε, ένας μήνας. Σύμφωνα με τη διατύπωση του ICD-10, δεν μπορεί να γίνει συνεπαγωγή για την ελάχιστη διάρκεια του επεισοδίου. Η διατύπωση του κριτηρίου G3 ότι τα κριτήρια G1 και G2 θα πρέπει να πληρούνται κατά τη διάρκεια του ίδιου επεισοδίου και τουλάχιστον για ένα τμήμα του επεισοδίου να συνυπάρχουν, οδηγεί, θεωρητικά τουλάχιστον, στην πιθανότητα να υπάρχει π.χ. ένα μανιακό επεισόδιο διάρκειας μίας εβδομάδος, όπως απαιτείται, ταυτόχρονα την ίδια εβδομάδα να υπάρχουν «σχιζοφρενικά» συμπτώματα τα οποία να υπάρχουν/υπήρχαν για μια επιπλέον εβδομάδα. Άρα η διάρκεια του επεισοδίου μπορεί να περιορίζεται στις δύο μόνον εβδομάδες.

Οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο ταξινομικών συστημάτων δημιουργούν δυσκολίες στη διενέργεια διαπολιτισμικών μελετών,² κάτι το οποίο βέβαια ισχύει και γι' άλλες διαγνωστικές κατηγορίες. Πέρα όμως απ' αυτό, υπάρχουν διάφοροι προβληματισμοί και ερωτηματικά, κυρίως όσον αφορά στα κριτήρια του DSM-IV. Οι Maj et al,⁸ για παράδειγμα, αναφέρουν ότι στο πρώτο κριτήριο, όσον αφορά στην πλήρωση του κριτηρίου A της σχιζοφρένειας, θα έπρεπε να υπάρχει διευκρίνιση ότι οι πιθανές ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες δεν έχουν συναισθηματικό περιεχόμενο, όσον αφορά δε στο κριτήριο B υποστηρίζουν ότι δεν είναι ξεκάθαρο τι εννοείται με τη φράση «απουσία προεξαρχόντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης». Αν εννοείται δηλαδή ότι δεν πληρούνται τα κριτήρια για μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο ή ότι δεν υπάρχουν κλινικά σημαντικά «συναισθηματικά» συμπτώματα. Ένας άλλος προβληματισμός αναφέρεται στο κριτήριο C και στην έκφραση ότι τα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης θα πρέπει να καταλαμβάνουν χρονικά ένα σημαντικό τμήμα της όλης διαταραχής. Ο προβληματισμός που υπάρχει αφορά καταρχήν στο ότι θα πρέπει να υπολογισθεί με ακρίβεια η διάρκεια συνολικά όλων των «συναισθηματικών» επεισοδίων και να συγκριθεί με τη συνολική διάρκεια της διαταραχής, κάτι το οποίο είναι εξαιρετικά δύσκολο. Το εγχείρημα καθίσταται δυσκολότερο διότι συνήθως θα πρέπει να γίνει αναδρομικά.^{4,7} Επιπρόσθετα, είναι ασαφές το τι σημαίνει «σημαντικό τμήμα της όλης διαταραχής».^{4,8} Στο επεξηγηματικό κείμενο του DSM-IV αναφέρεται ότι ο υπολογισμός είναι στην

κρίση του κλινικού, το παράδειγμα όμως που δίνεται είναι «χονδροειδές», με την έννοια ότι αναφέρεται σε διάρκεια σχιζοφρένειας 4 ετών και στη συνέχεια εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου διάρκειας 5 εβδομάδων με συνύπαρξη «σχιζοφρενικών» συμπτωμάτων. Είναι προφανές ότι στην περίπτωση αυτή δεν πληρούται το κριτήριο C για σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Υπάρχει η άποψη ότι η διάρκεια των επεισοδίων διαταραχής της διάθεσης θα πρέπει να καλύπτει περίπου το 15–20% της συνολικής διάρκειας της διαταραχής.⁴

Στο DSM-IV-TR⁹ αναφέρεται επίσης ότι επειδή η αναλογία «συναισθηματικών/σχιζοφρενικών» στοιχείων μπορεί να διαφοροποιείται στην πορεία του χρόνου, είναι πιθανόν ν' αλλάζει και η διάγνωση π.χ. από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή σε σχιζοφρένεια.

Αξιοπιστία και σταθερότητα της διάγνωσης

Όλοι οι παραπάνω προβληματισμοί καταδεικνύουν ότι η διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής είναι δύσκολη, περίπλοκη και ασαφής σύμφωνα με τα υπάρχοντα διαγνωστικά κριτήρια. Πολλές φορές χρησιμοποιείται ως διάγνωση για να λύσει διαγνωστικά διλήμματα του κλινικού μεταξύ σχιζοφρένειας και διαταραχών της διάθεσης.⁷ Το πρόβλημα αντανakλάται στην πολύ χαμηλή αξιοπιστία μεταξύ εκτιμητών (inter-rater reliability) ως προς τη διάγνωση αυτή. Για παράδειγμα οι Maj et al⁸ αναφέρουν ότι η τιμή του Cohen kappa για τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ήταν 0,22, ενώ για το μανιακό επεισόδιο 0,71 και για το μείζον καταθλιπτικό 0,82. Ένα άλλο στοιχείο αφορά στη μη σταθερότητα της διάγνωσης διαχρονικά.¹⁰ Οι Schwartz et al¹¹ βρίσκουν ότι σ' επανεκτίμηση μετά 2 χρόνια, μόνον το 36% διατήρησε τη διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής σε σύγκριση με το 92% της σχιζοφρένειας, το 83% της διπολικής και το 74% της μείζονος κατάθλιψης. Η μεγαλύτερη στροφή (42%) ήταν προς σχιζοφρένεια, ενώ σημαντικά μικρότερη (21%) προς διαταραχές της διάθεσης. Σε παλαιότερη έρευνα, η διαγνωστική σταθερότητα για τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σ' επανεκτίμηση μετά 6 μήνες όμως, ήταν μεγαλύτερη (61,5%) αλλά αρκετά μικρότερη από εκείνη της σχιζοφρένειας (75,4%).¹² Αντίθετα νεότερες μελέτες δίνουν πιο αι-

σιόδοξα μηνύματα. Σε μία από αυτές,¹³ σε ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, η διαγνωστική σταθερότητα της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, σ' επανεκτίμηση μετά 18 μήνες, ήταν πολύ υψηλή (94%), παρόμοια της σχιζοφρένειας (97%) και μεγαλύτερη της διπολικής (83%). Η πιο συχνή αλλαγή ήταν από διπολική διαταραχή σε σχιζοσυναισθηματική (13%), ενώ το αντίστροφο δεν παρατηρήθηκε σε καμία περίπτωση. Αντίθετα, η αλλαγή από σχιζοφρένεια/σχιζοφρενικόμορφη προς σχιζοσυναισθηματική ήταν σημαντικά μικρότερη (3,3%), ενώ το 6% των ασθενών με αρχική διάγνωση σχιζοσυναισθηματικής έλαβαν στην επανεκτίμηση διάγνωση σχιζοφρένειας. Σχολιάζοντας τα ευρήματά τους οι συγγραφείς, σε σύγκριση μ' εκείνα των Schwartz et al.¹¹ που όπως προαναφέρθηκε βρίσκουν πολύ μικρότερη διαγνωστική σταθερότητα για τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, επισημαίνουν ότι η πρώτη εκτίμηση που έγινε μέσα στις 6 πρώτες εβδομάδες από την εισαγωγή, περιελάμβανε επανειλημμένες λεπτομερείς διαγνωστικές συνεντεύξεις και όχι μόνο μία. Τονίζουν δε ότι σ' επίπεδο κλινικής πρακτικής αυτό είναι απαραίτητο κυρίως για τους ασθενείς με πρώτο επεισόδιο. Τέλος, σημειώνουν ότι η μεγαλύτερη πιθανότητα είναι η αλλαγή από διπολική σε σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Το εύρημα αυτό επικυρώνεται και από τη νεότερη έρευνα των Berk et al,¹⁴ από την οποία προκύπτει ότι το 23% (13/55) με τελική διάγνωση σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής είχαν αρχικά διαγνωσθεί ως διπολικοί, ενώ το αντίστροφο συνέβαινε μόνο στο 4% (7/163). Σε άλλη βέβαια πρόσφατη μελέτη, σε απώτερη επανεκτίμηση (5 έτη), βρέθηκε ότι στο 61% των ασθενών με αρχική διάγνωση σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής διπολικού τύπου, η διάγνωση άλλαξε σε διπολική διαταραχή.¹⁵ Το ενδιαφέρον στην έρευνα των Berk et al,¹⁴ είναι ότι πάνω από τους μισούς ασθενείς (55%) με τελική διάγνωση διπολικής ή σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής είχαν λάβει προηγούμενα άλλες διαγνώσεις, τις οποίες μάλιστα είχαν διατηρήσει για πολλά χρόνια. Από μία άλλη προσέγγιση, οι Woo et al¹⁶ αναφέρουν ότι η συμφωνία διάγνωσης μεταξύ εξωτερικού ιατρού επειγόντων και διάγνωσης εξόδου, για τους ασθενείς που εισήχθησαν, ήταν λίγο πάνω από το 60% και ήταν παρόμοια, για όλες τις διαγνωστικές κατηγορίες (σχιζοφρένεια 62%, διπο-

λική 65%, σχιζοσυναισθηματική 63%). Τα στοιχεία των δύο τελευταίων μελετών είναι ενδεικτικά του ότι το πρόβλημα της μη διαχρονικής σταθερότητας της διάγνωσης δεν είναι αποκλειστικό «προνόμιο» της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής.¹⁷

Το πόσο περίπλοκη είναι η διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια των δύο ταξινομικών συστημάτων καθώς και το πόσο μεγάλες διαφορές υπάρχουν σε σύγκριση με την καθημερινή κλινική πρακτική φαίνεται από τα ευρήματα πρόσφατης μελέτης στη Δανία. Σύμφωνα με τη μελέτη από 59 ασθενείς που έλαβαν διάγνωση εξόδου σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, κανένας δεν έλαβε τη διάγνωση αυτή, σε επανεκτίμηση, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV, ενώ μόνο σε 6 (10%) η διάγνωση επιβεβαιώθηκε σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10.¹⁸ Τα ευρήματα αυτά μπορεί να σημαίνουν ότι λίγοι ασθενείς πληρούν με ακρίβεια τα κριτήρια των δύο ταξινομικών συστημάτων και κατ' επέκτασιν ότι τα κριτήρια και των δύο δεν είναι επαρκή για τη διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής.¹⁷ Από την άλλη μεριά βέβαια, μπορεί να σημαίνουν ότι υπάρχει ανεπάρκεια των γιατρών ή τουλάχιστον των συγκεκριμένων, ως προς την ορθή διάγνωση της διαταραχής.

Το πρόβλημα της διάγνωσης αφορά κυρίως τη διαχρονική διάγνωση (longitudinal diagnosis) της νόσου. Σύμφωνα με την Halle Bipolarity Longitudinal Study (HABILOS), κατά την οποία οι ερευνητές προσπάθησαν να τοποθετήσουν ασθενείς με μανιακή συμπτωματολογία είτε στην κατηγορία διπολικής διαταραχής είτε στην κατηγορία σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, βρέθηκε ότι το 36,1% διεγνώσθη ως διπολική διαταραχή, το 8,3% ως σχιζοσυναισθηματική, ενώ το 55,6% δεν κατέστη δυνατόν να τοποθετηθεί σε μία από τις δύο κατηγορίες, σύμφωνα με κριτήρια του ICD-10 διαχρονικά. Αν όμως χρησιμοποιηθεί μια «εμπειρική προσέγγιση» τότε το 63,9% κατατάσσεται στη σχιζοσυναισθηματική και το 36,1% στη διπολική διαταραχή.² Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή η διαχρονική διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής τίθεται είτε υπάρχουν σχιζοσυναισθηματικά επεισόδια είτε υπάρχουν διδοχικά σχιζοφρενικά, συναισθηματικά επεισόδια και αντιστρόφως. Για παράδειγμα, ένας ασθενής

που αρχικά εμφανίζει σχιζοφρενικό επεισόδιο, μετά από ένα χρόνο μείζον καταθλιπτικό, μετά κάποιους μήνες μανιακό και αργότερα ένα σχιζοσυναισθηματικό, λαμβάνει διάγνωση σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής.² Έχει βρεθεί ότι δεν υπάρχουν διαφορές σε κανένα επίπεδο π.χ. οικογενειακό ιστορικό, προνοσηρή προσωπικότητα, προνοσηρή κοινωνική προσαρμογή, απάντηση σε προφυλακτική θεραπεία κ.λπ. μεταξύ ασθενών με σχιζοσυναισθηματικά επεισόδια και εκείνων με διαδοχικά εμφανιζόμενα σχιζοφρενικά και συναισθηματικά.³ Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι τα αναφερόμενα ποσοστά σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής (63,9%) στην προαναφερθείσα μελέτη, αν ακολουθηθεί η «εμπειρική προσέγγιση», κρίνονται ως υπερβολικά υψηλά.

Επιδημιολογικά στοιχεία

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα δεδομένα σχετικά με την επίπτωση και τον επιπολασμό της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής στον γενικό πληθυσμό και αυτό διότι σ' όλες τις επιδημιολογικές μελέτες μέχρι σήμερα η διαταραχή δεν ξετάζονταν ξεχωριστά. Η εκτίμηση που υπήρχε ήταν ότι ο επιπολασμός για όλη τη ζωή (lifetime) κυμαίνεται μεταξύ 0,5–0,8% ενώ στο DSM-IV-TR⁹, αναφέρεται ότι η διαταραχή είναι λιγότερο συχνή από τη σχιζοφρένεια. Το τελευταίο στοιχείο επιβεβαιώνεται και από τη μοναδική πρόσφατη αντιπροσωπευτική επιδημιολογική μελέτη στη Φινλανδία, σύμφωνα με την οποία, ο επιπολασμός της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής για όλη τη ζωή είναι 0,32%, έναντι 0,87% της σχιζοφρένειας και 0,59% των συναισθηματικών ψυχώσεων (διπολικής διαταραχής και μονοπολικής με ψυχωτικά στοιχεία).¹⁹ Σε μία άλλη επιδημιολογική μελέτη, σε επαρχία της Ιρλανδίας, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή παρουσίαζε επιπολασμό περίπου στο 1/3 σε σύγκριση με τη σχιζοφρένεια και στο 1/2 σε σχέση με τη διπολική (0,11%, 0,39% και 0,26%).²⁰ Σε κλινικά δείγματα η διαταραχή εμφανίζεται σε ποσοστά που κυμαίνονται από 2–29%.²¹ Σε πολλές περιπτώσεις η διάγνωση σχιζοσυναισθηματική διαταραχή χρησιμοποιείται όταν ο κλινικός δεν είναι βέβαιος για τη σωστή διάγνωση.⁴

Ως προς το φύλο, φαίνεται ότι υπάρχει μία υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών. Σε παλαιότερη

μελέτη στην κοινότητα, βρέθηκε ότι ο κίνδυνος για εμφάνιση ψυχωτικής διαταραχής με συναισθηματικά στοιχεία (όχι αποκλειστικά σχιζοσυναισθηματικής) ήταν 6,8 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες.²² Σύμφωνα με την προαναφερθείσα Φινλανδική επιδημιολογική μελέτη ο επιπολασμός των γυναικών ήταν τριπλάσιος σε σχέση με τους άνδρες (0,47% έναντι 0,14%).¹⁹ Αντίστοιχα δεδομένα υπάρχουν και από κλινικά δείγματα. Οι Marneros et al²³ αναφέρουν ότι το 63% των ασθενών τους με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ήταν γυναίκες. Σε μία πρόσφατη ανασκόπηση 155 μελετών φαίνεται να υπάρχει μία τάση για υπεροχή των γυναικών στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή σε σύγκριση με τη σχιζοφρένεια, ενώ αντίστροφα μια μικρότερη τάση για υπεροχή τους στις διαταραχές της διάθεσης σε σύγκριση με τη σχιζοσυναισθηματική.²⁴ Σύμφωνα με το DSM-IV-TR⁹ η υπεροχή αυτή των γυναικών οφείλεται, κατά μεγάλο ποσοστό, στην επικράτησή τους στον καταθλιπτικό τύπο της διαταραχής. Τέλος αναφέρεται ότι οι άνδρες με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή εκδηλώνουν συχνότερα αντικοινωνική συμπεριφορά και εμφανίζουν περισσότερο επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα.^{4,7}

Ως προς την ηλικία, ο διπολικός τύπος φαίνεται ότι είναι συχνότερος στους νεαρούς ενήλικες ενώ ο καταθλιπτικός στα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα.^{7,9} Σύμφωνα με τη Φινλανδική επιδημιολογική έρευνα, ο υψηλότερος επιπολασμός αφορούσε στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 45–54 ετών (0,52%), ενώ στην αμέσως προηγούμενη (30–44 ετών) ήταν σημαντικά μικρότερος (0,22%). Μετά την ηλικία των 54 ετών τα ποσοστά μειώνονταν σε 0,47% στις ηλικίες 55–64 ετών και 0,11% σ' άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών.¹⁹ Αξίζει να σημειωθεί ότι η έρευνα δεν συμπεριελάμβανε άτομα κάτω των 30 ετών. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το ποσοστό των ανύπαντρων στους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή διπολικού τύπου είναι παρόμοιο των διπολικών και αρκετά μικρότερο των σχιζοφρενικών.¹⁵ Περίπου τα ίδια συμπεράσματα προκύπτουν και από την ανασκοπική μελέτη των Cheniaux et al²⁴ σύμφωνα με την οποία, οι σχιζοσυναισθηματικοί ασθενείς συνολικά έχουν μικρότερη πιθανότητα να μην έχουν παντρευτεί τότε σε σύγκριση με τους σχιζοφρενικούς και ίση ή μεγαλύτερη σε σχέση

μ' ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης. Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι σχιζοσυναισθηματικοί έχουν υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με τους σχιζοφρενικούς,^{15,23,25} αλλά όχι σε σχέση με τους αμιγείς συναισθηματικούς ασθενείς.²³ Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται με μικρότερο σκορ στην υποκλίμακα θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας PANSS.²³⁻²⁵ Οι ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή έχουν καλύτερο εργασιακό επίπεδο σε σύγκριση με τους σχιζοφρενικούς,^{15,24-26} αντίθετα έχουν ίσο ή λίγο κατώτερο σε σύγκριση με άτομα με διαταραχές της διάθεσης.^{15,24} Το ίδιο σχήμα ισχύει και για την προνοσηρή κοινωνική προσαρμογή.²⁴

Κλινικές παράμετροι

Όσον αφορά την πρόγνωση και το τελικό αποτέλεσμα της νόσου οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή βρίσκεται σε μία ενδιάμεση θέση μεταξύ σχιζοφρένειας και διαταραχών της διάθεσης.^{7,27-30} Υπολογίζεται ότι ένα 20-30% των ασθενών έχει μια προοδευτικά επιδεινούμενη πορεία με επιμέμοντα ψυχωτικά συμπτώματα.⁷ Σε μία μελέτη βρέθηκε ότι τελικό αρνητικό αποτέλεσμα υπήρχε στο 49,5% των σχιζοσυναισθηματικών έναντι 93,2% των σχιζοφρενικών και 35,8% των ασθενών με διαταραχές της διάθεσης.²⁹ Παρόμοια ευρήματα προκύπτουν και από άλλη έρευνα με επανεκτιμήσεις –σε διάρκεια 10 ετών– ασθενών με σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, ψυχωτική συναισθηματική διαταραχή και μονοπολική κατάθλιψη χωρίς ψυχωτικά στοιχεία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τη χειρότερη έκβαση είχε η ομάδα της σχιζοφρένειας, στη συνέχεια εκείνη της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, ακολουθούμενη από την ομάδα των συναισθηματικών διαταραχών με ψυχωτικά στοιχεία, ενώ την καλύτερη έκβαση εμφάνιζαν οι ασθενείς με μονοπολική μη ψυχωτική κατάθλιψη.³⁰ Επιπρόσθετα οι σχιζοσυναισθηματικοί ασθενείς εμφάνιζαν λιγότερες επανεισαγωγές σε σχέση με τους σχιζοφρενικούς, στις αρχικές τουλάχιστον επανεκτιμήσεις. Υπάρχουν βέβαια και ερευνητές όπως οι Sim et al²⁵ που σε προοπτική μελέτη 2 ετών βρίσκουν ότι σχιζοσυναισθηματικοί ασθενείς με πρώτο επεισόδιο

δεν εμφανίζουν καλύτερη έκβαση από αντίστοιχους σχιζοφρενικούς. Σε άλλη έρευνα το 82% των ασθενών με πρώτο σχιζοσυναισθηματικό επεισόδιο, από το οποίο είχαν αναρρώσει πλήρως, υποτροπίασαν μέσα στα προσεχή 5 χρόνια. Οι ασθενείς είχαν υψηλά ποσοστά δεύτερης και τρίτης υποτροπής παρά τη στενή παρακολούθηση. Διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής μετά από ένα χρόνο κατά τον οποίο οι ασθενείς ήταν καλά, αύξανε δραματικά τον κίνδυνο υποτροπής.³¹ Κακοί προγνωστικοί παράγοντες για τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή θεωρούνται η κακή προνοσηρή λειτουργικότητα, η λανθάνουσα έναρξη, η απουσία εκλυτικών παραγόντων, η μικρή ηλικία έναρξης, η υπεροχή και επιμονή ψυχωτικών συμπτωμάτων έναντι των συναισθηματικών, η μη ανάρρωση μεταξύ επεισοδίων και το οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας.^{7,32} Ο διπολικός υποτύπος φαίνεται να έχει καλύτερη πρόγνωση από τον καταθλιπτικό.⁹

Αναφορικά με την ηλικία έναρξης, η νόσος αρχίζει συνήθως νωρίς στην ενήλικη ζωή αν και μπορεί ν' αρχίζει και στην εφηβεία ή και σε κάποιες περιπτώσεις αργότερα στη ζωή του ατόμου.⁹ Υπάρχουν αναφορές ότι η ηλικία έναρξης της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με τη σχιζοφρένεια και μικρότερη σε σχέση με τις διαταραχές της διάθεσης,²³ αν και άλλοι ερευνητές δεν υποστηρίζουν την άποψη αυτή,²⁵ κυρίως όσον αφορά τη σχιζοφρένεια.²⁴ Υποστηρίζεται επίσης ότι η νόσος στις γυναίκες αρχίζει αργότερα σε σχέση με τους άνδρες, κάτι το οποίο συμβαίνει και στη σχιζοφρένεια.⁴ Όπως προαναφέρθηκε η μικρή ηλικία έναρξης είναι ένας από τους κακούς προγνωστικούς παράγοντες, κάτι το οποίο υπογραμμίζει την αναγκαιότητα, ιδιαίτερα στ' άτομα αυτά, για έγκαιρη ανίχνευση και πιο εντατική αντιμετώπιση συμπεριλαμβανομένης και της ψυχοεκπαίδευσης.²⁵

Τι είναι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή;

Απ' όλα τα παραπάνω φαίνεται ότι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή όσον αφορά τα κριτήρια διάγνωσης των υπαρχόντων ταξινομικών συστημάτων αλλά και τη διαχρονική διαγνωστική της σταθερότητα είναι εξαιρετικά ασαφής και αμφισβητούμενη διαγνωστική οντότητα. Ως προς δε τα δημογραφικά

στοιχεία και κάποιες κλινικές παραμέτρους, φαίνεται ότι έχει ομοιότητες αλλά και διαφορές από τις δύο βασικές διαγνωστικές οντότητες της «Κρεπελίνιας διχοτόμησης», δηλαδή τη σχιζοφρένεια και τη μαυνοκαταθλιπτική ψύχωση. Τι είναι λοιπόν η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή; Είναι μία παραλλαγή σχιζοφρένειας όπως ανέφεραν, κυρίως κατά το παρελθόν, ορισμένοι ερευνητές³³ που υποστήριζαν την άποψη αυτή με βάση ομοιότητες σε κλινικά συμπτώματα, οικογενειακό ιστορικό, γνωστική έκπτωση και θεραπεία; Είναι μια παραλλαγή, μια άτυπη μορφή διαταραχών της διάθεσης, όπως υποστηρίζεται από άλλους ερευνητές;³⁴ Ο Lapierre³⁵ αναφέρει ότι πρόκειται για μια φαινοτυπική παραλλαγή είτε της σχιζοφρένειας είτε των συναισθηματικών διαταραχών, που μακροπρόθεσμα καταλήγει στο να είναι υπότυπος είτε της μίας είτε της άλλης διαγνωστικής οντότητας. Τα στοιχεία από μία πρόσφατη ανασκόπηση 155 μελετών όμως, καταδεικνύουν ότι οι προηγούμενες απόψεις μάλλον δεν ισχύουν μιας και η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή εμφανίζει ομοιότητες αλλά ταυτόχρονα και διαφορές, τόσο σε σχέση με τη σχιζοφρένεια όσο και με τις διαταραχές της διάθεσης,²⁴ γεγονός που φάνηκε, όπως προαναφέρθηκε, και από την παρούσα μελέτη αλλά υποστηρίζεται και από άλλους ερευνητές.^{7,32} Μια άλλη πιθανότητα είναι ν' αποτελεί η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή έναν άλλο τύπο ψύχωσης, μία «τρίτη ψύχωση», εντελώς διακριτή από τη σχιζοφρένεια και τις διαταραχές της διάθεσης. Η άποψη αυτή δεν είναι πιθανό να ισχύει, κατ' αρχήν διότι όπως προαναφέρθηκε η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή έχει πλην των διαφορών και πολλές ομοιότητες με τις δύο άλλες διαγνωστικές κατηγορίες.²⁴ Κατά δεύτερο δε λόγο, αν ίσχυε, θα έπρεπε οι συγγενείς πρώτου βαθμού των σχιζοσυναισθηματικών ασθενών να εμφανίζουν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό σχιζοσυναισθηματική διαταραχή παρά σχιζοφρένεια ή διαταραχές της διάθεσης, κάτι που δεν συμβαίνει σύμφωνα με οικογενειακές/γενετικές μελέτες,^{7,32} όπως θα δούμε στη συνέχεια. Μία τέταρτη τέλος πιθανότητα είναι οι σχιζοσυναισθηματικοί ασθενείς να εμφανίζουν συννοσηρότητα δύο διακριτών νοσολογικών οντοτήτων, δηλαδή σχιζοφρένειας και διαταραχών της διάθεσης. Και η εξήγηση αυτή δεν είναι πολύ πρόσφορη, διότι η επίπτωση και ο επι-

πολασμός της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής είναι πολύ μεγαλύτερος απ' ό,τι θα δικαιολογούσε μία τυχαία συνύπαρξη δύο διακριτών νοσολογικών οντοτήτων.³²

Η πιο δημοφιλής σήμερα άποψη είναι ότι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή κατέχει την ενδιάμεση θέση σ' ένα συνεχές (continuum) που εκτείνεται μεταξύ σχιζοφρένειας και διαταραχών της διάθεσης,^{2,7,24,32} ενώ και η ίδια μπορεί να αποτελεί ένα συνεχές στο γενικότερο συνεχές. Ο Marneros³ υποστηρίζει ότι αν και η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή έχει μεγαλύτερη σχέση με τις συναισθηματικές διαταραχές απ' ό,τι με τη σχιζοφρένεια, εντούτοις δεν είναι ταυτόσημη μ' αυτές. Συνεχίζει δε αναφέροντας ότι άλλοι ασθενείς είναι πιο κοντά στη σχιζοφρένεια, έχοντας και μεγαλύτερη επίπτωση σχιζοφρένειας στις οικογένειές τους και άλλοι, ίσως οι περισσότεροι, είναι πιο κοντά στις συναισθηματικές διαταραχές. Οι Bobbes et al³² που συντάσσονται επίσης με την άποψη αυτή, αναφέρουν επιπρόσθετα, ότι σ' αυτό το συνεχές αναφορικά με την πρόγνωση η ακολουθία από τη χειρότερη προς την ευνοϊκότερη πλευρά θα μπορούσε να είναι σχιζοφρένεια-σχιζοσυναισθηματική διαταραχή-διαταραχές της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία-διαταραχές της διάθεσης χωρίς ψυχωτικά στοιχεία.

Αμφισβήτηση της «Κρεπελίνιας διχοτόμησης»

Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή επομένως αποτελεί το καλύτερο παράδειγμα και πρότυπο για την αμφισβήτηση της «Κρεπελίνιας διχοτόμησης» μεταξύ σχιζοφρένειας και διαταραχών της διάθεσης. Η άποψη αυτή τόσον όσον αφορά στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ειδικά όσο και στην αμφισβήτηση της διχοτόμησης γενικά βασίζεται σε πολλά ερευνητικά δεδομένα από πολλούς τομείς, τα τελευταία χρόνια.

Οικογενειακές μελέτες – Μελέτες διδύμων

Από τα δεδομένα των οικογενειακών μελετών, σε γενικές γραμμές, προκύπτει η ύπαρξη αυξημένης οικογενούς συνάθροισης μεταξύ σχιζοφρένειας και διπολικής διαταραχής καθώς και της σχιζοσυναισθηματικής τόσο με τη σχιζοφρένεια όσο και τη διπολική.¹ Σε μία παλαιότερη μελέτη, για παράδει-

μα, ο Tsuang³⁶ βρίσκει ότι ο κίνδυνος νόσησης για σχιζοφρένεια ήταν ίδιος για τους συγγενείς πρώτου βαθμού τόσο ασθενών με σχιζοφρένεια όσο και ασθενών με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, ενώ ήταν μικρότερος για τους συγγενείς ασθενών με συναισθηματική διαταραχή. Αντίστροφα ο κίνδυνος νόσησης από συναισθηματική διαταραχή εμφανίζονταν σε μία ενδιάμεση θέση για τους συγγενείς ασθενών με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, μεταξύ του μεγαλύτερου κινδύνου που εμφάνιζαν οι συγγενείς ασθενών με συναισθηματική διαταραχή και του μικρότερου που παρουσίαζαν εκείνοι ασθενών με σχιζοφρένεια. Παρότι φαίνεται, από τα παραπάνω ευρήματα, να υπάρχει μια κάπως μεγαλύτερη κλίση προς τη σχιζοφρένεια, ο συγγραφέας καταλήγει ότι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή δεν μπορεί να είναι παραλλαγή ούτε της σχιζοφρένειας ούτε των συναισθηματικών διαταραχών. Σε μία άλλη μελέτη,³⁷ ο κίνδυνος νόσησης για σχιζοφρένεια ήταν 5,1% στους συγγενείς ασθενών με «κλασική σχιζοφρένεια», 3,8% στους συγγενείς ασθενών με «σχιζομανιακή-διπολική διαταραχή», ενώ αντίστροφα η διπολική διαταραχή εμφανιζόταν με κίνδυνο νόσησης 4,4% στους συγγενείς των σχιζομανιακών-διπολικών, αλλά μόνο με 1,4% σ' εκείνους των «κλασικών» σχιζοφρενικών. Οι Erlenmeyer-Kimling et al³⁸ σε μια προοπτική μελέτη παρακολούθησαν τα παιδιά σχιζοφρενικών και συναισθηματικών ασθενών για μια εικοσαετία. Υπήρχε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό σχιζοφρένειας στα παιδιά των σχιζοφρενικών ασθενών, ενώ τα ποσοστά σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και συναισθηματικής ψύχωσης ήταν παρόμοια και στα παιδιά των σχιζοφρενικών και σ' εκείνα των συναισθηματικών ασθενών. Σε μία σχετικά πρόσφατη έρευνα με διδύμους οι Cardno et al³⁹ καταλήγουν ότι τα σχιζοφρενικά και μανιακά σύνδρομα μοιράζονται κοινούς γενετικούς παράγοντες κινδύνου, ενώ υπάρχουν και ειδικοί για κάθε σύνδρομο. Η δε γενετική επιρρέπεια για σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είναι ολοκληρωτικά κοινή με την επιρρέπεια για σχιζοφρένεια και μανία. Τέλος, στην πιο πρόσφατη οικογενειακή μελέτη βρέθηκε ότι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ήταν ισότιμα στενά συνδεδεμένη τόσο με τη σχιζοφρένεια όσο και με τη διπολική διαταραχή σε συγγενείς πρώτου βαθμού. Ο κίνδυνος για σχιζοσυναισθηματική δια-

ταραχή ήταν ο ίδιος αν ο συγγενής είχε σχιζοφρένεια, διπολική ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Αντίθετα αν το τελικό αποτέλεσμα ήταν διπολική διαταραχή η ύπαρξη συγγενούς με διπολική διαταραχή ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου, ενώ η ύπαρξη σχιζοφρενικού συγγενή ήταν σαφώς μικρότερος αλλά σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Το αντίστροφο ίσχυε αν το τελικό αποτέλεσμα ήταν σχιζοφρένεια.⁴⁰ Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είναι πολύ πιθανόν να παριστά ξεχωριστή κλινική εκδήλωση μιας γενετικά ενδιάμεσης μορφής μεταξύ σχιζοφρένειας και διπολικής διαταραχής. Συμπερασματικά, απ' όλα τα παραπάνω μπορεί κανείς να υποθέσει ότι υπάρχει μια μερική τουλάχιστον αλληλοεπικάλυψη γενετικών παραγόντων κινδύνου μεταξύ σχιζοφρένειας και συναισθηματικών διαταραχών και η αλληλοεπικάλυψη αυτή αφορά πρωταρχικά τους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.⁴¹

Ταυτοποίηση γονιδίων

Τα τελευταία χρόνια, με την πρόοδο που έχει επιτευχθεί στον τομέα της γενετικής, έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες και υπάρχουν στοιχεία αναφορικά με την ταυτοποίηση γονιδίων που προδιαθέτουν στην εμφάνιση τόσο της σχιζοφρένειας όσο και της διπολικής διαταραχής.^{42,43} Η πιο ισχυρή ένδειξη για αλληλοεπικάλυψη γονιδίου (ων) αφορά το γονιδιακό σύμπλεγμα G72/G30 στο χρωμόσωμα 13q.^{33,43,44} Πολλές μελέτες εμπλέκουν το γονίδιο με τη σχιζοφρένεια και αρκετές επίσης με τη διπολική διαταραχή.^{42,43,45-47} Στην πιο πρόσφατη όμως και μεγαλύτερη έρευνα,⁴⁹ βρέθηκε σημαντική συσχέτιση με τη διπολική διαταραχή, όχι όμως με τη σχιζοφρένεια. Ανάλυση των στοιχείων πέρα από τη συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγοριοποίηση, έδειξε ότι υπήρχε σημαντική συσχέτιση στα άτομα εκείνα που είχαν στο ιστορικό τους επεισόδιο μείζονος διαταραχής της διάθεσης. Αν και τα ευρήματα χρήζουν επιβεβαίωσης, η μελέτη αυτή δείχνει ότι αν και αρχικά η σύνδεση του γονιδίου(ων) βρέθηκε ν' αφορά τη σχιζοφρένεια, πιθανώς το γονίδιο επηρεάζει την ευαισθησία για επεισόδια διαταραχής της διάθεσης σ' όλο το φάσμα σχιζοφρένειας-διπολικής διαταραχής και υπ' αυτήν την έννοια μπορεί να σχετίζεται στενά με τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

Ένα άλλο πιθανό αλληλοεπικαλυπτόμενο γονίδιο έχει ανιχνευθεί μέσω της κυτογενετικής, η οποία εξετάζει ανωμαλίες στη δομή των χρωμοσωμάτων. Μια χρωμοσωμική εκτροπή, που αναφέρεται ως «ισοροπημένη επανατοποθέτηση» (balanced translocation), μπορεί να συμβεί μεταξύ των χρωμοσωμάτων 1 και 11. Κατ' αυτήν, ένα τμήμα κάθε χρωμοσώματος αποσπάται και ενώνεται με το «κομμένο» άκρο του άλλου χρωμοσώματος. Η κατάσταση αυτή μπορεί να είναι χωρίς συνέπειες, εκτός αν η αποκοπή γίνει σε σημείο που έχει ως αποτέλεσμα τη διάσπαση γονιδίων ή τη δυσλειτουργία γειτονικών γονιδίων.^{42,43} Σε μια μεγάλη οικογένεια με 87 μέλη, 37 έφεραν την εκτροπή αυτή, 7 από τα οποία έπασχαν από σχιζοφρένεια, 1 από διπολική διαταραχή και 10 από υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη με ψυχωτικά στοιχεία στην πλειοψηφία των ατόμων.^{43,44} Η απόσπαση στο χρωμόσωμα 1, στη θέση 1q,⁴² έχει βρεθεί ότι διακόπτει δύο γονίδια, τα *DISC1* (Disrupted in Schizophrenia 1) και *DISC2*. Το γονίδιο *DISC1* υποστηρίζεται ότι παίζει ρόλο στην εγκεφαλική ανάπτυξη.⁴⁹ Πρόσφατες μελέτες συνδέουν την παραπάνω εκτροπή με τη σχιζοφρένεια,⁵⁰ τη σχιζοφρένεια αλλά και τη διπολική διαταραχή,^{51,52} τη σχιζοφρένεια και τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή,⁵³ και με τις τρεις διαγνωστικές κατηγορίες με ισχυρότερη τη σύνδεση με τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή⁵¹ και κυρίως εκείνη του διπολικού τύπου.⁵⁴

Ένα άλλο γονίδιο, το *NRG1* (Neuregulin 1), που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 8p,¹² έχει συνδεθεί με τη σχιζοφρένεια,^{55,56} ενώ πιο πρόσφατα αναφέρεται ότι επηρεάζει ισότιμα την ευαισθησία για ανάπτυξη τόσο σχιζοφρένειας όσο και διπολικής διαταραχής.⁵⁷ Στη μελέτη αυτή μάλιστα, βρέθηκε ότι η ισχυρότερη σύνδεση αφορούσε διπολικούς ασθενείς με ψυχωτικά στοιχεία μη σύντονα με το συναίσθημα καθώς και σχιζοφρενικούς με ιστορικό μανιακών συμπτωμάτων.⁵⁷ Αν και τα ευρήματα χρήζουν επαλήθευσης, είναι ενδεικτικά ότι το γονίδιο παίζει ρόλο κατά μείζονα λόγο σ' ασθενείς με εικόνα σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, με την ευρεία έννοια του όρου.

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις σήμερα για την εμπλοκή του *DTNBP1* (Dystrobrevin binding protein 1), που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 6p22, με τη σχιζοφρένεια^{58,59} και μάλιστα με τις μορφές με προεξάρ-

χοντα αρνητικά συμπτώματα.⁶⁰ Αντίθετα, σύμφωνα με μια μελέτη σε διπολικούς ασθενείς, δεν φάνηκε να υπάρχει σημαντική συσχέτιση συνολικά. Υπήρχε όμως συσχέτιση με υποομάδα διπολικών που εμφάνιζαν ψυχωτικά στοιχεία τουλάχιστον στα μισά από τα επεισόδιά τους.⁶¹

Ένα ακόμη γονίδιο, το *BDNF* (Brain derived neurotrophic factor), που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 11p13, έχει εμπλακεί με την ανάπτυξη διπολικής διαταραχής⁶²⁻⁶⁴ ή με υποτύπους της όπως διπολική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή φάσεων.⁶⁵ Το *BDNF* παίζει ρόλο στην ανάπτυξη και επιβίωση νευρωνικών πληθυσμών και σ' ένα ώριμο νευρικό σύστημα σχετίζεται με τη νευρωνική πλαστικότητα.⁴² Η σχέση του με τη σχιζοφρένεια έχει μελετηθεί λιγότερο, υπάρχουν όμως αναφορές για θετική συσχέτιση,⁶⁶ κυρίως αν στην κλινική εικόνα υπάρχουν καταθλιπτικά συμπτώματα.⁶⁷ Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να επικυρωθεί ή ν' απορριφθεί ο ρόλος του *BDNF* στην εμφάνιση διαταραχών διάθεσης και σχιζοφρένειας.⁴²

Τέλος, ένα άλλο γονίδιο, το *COMT* (κατεχολο-μεθυλ-τρανσφεράση), που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 22q11, έχει εμπλακεί όσον αφορά την εμφάνιση σχιζοφρένειας⁶⁸ αν και υπάρχουν και αντίθετες απόψεις.⁶⁹ Το *COMT* παίζει ως γνωστόν σημαντικό ρόλο στον καταβολισμό της ντοπαμίνης. Ως προς τη διπολική διαταραχή, υπάρχουν επίσης αναφορές που εμπλέκουν το *COMT* στην ανάπτυξή της.⁷⁰ Χρειάζεται όμως περισσότερη έρευνα για να διαπιστωθεί η συμβολή του.⁴²

Απ' όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι σήμερα από ευρήματα γενετικών μελετών έχουμε αρκετές ενδείξεις αναφορικά με την ύπαρξη γενετικών τόπων, που συμβάλλουν στην ευαισθησία για την εμφάνιση όλων των διαταραχών του φάσματος από τη σχιζοφρένεια μέχρι τις διαταραχές της διάθεσης, συμπεριλαμβανομένης και της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής. Τα ευρήματα αυτά έχουν σημαντικές συνέπειες όσον αφορά την κατάταξη των μείζονων ψυχιατρικών διαταραχών, διότι καταδεικνύουν μια αλληλοεπικάλυψη αναφορικά με τη βιολογική βάση των διαταραχών, που πάνω από 100 χρόνια θεωρούνταν σαφώς διακριτές οντότητες.¹ Μελλοντικές έρευνες θα μας δώσουν τη δυνατότητα καλύτερης

κατανόησης της γενετικής συσχέτισης των ψυχωτικών διαταραχών. Δεν θα πρέπει όμως να αγνοηθούν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Στον τομέα αυτό χρειάζονται περισσότερες λεπτομερείς μελέτες, διότι ένα συγκεκριμένο περιβάλλον μπορεί να επηρεάζει τον φαινότυπο τόσο από πλευράς κλινικών εκδηλώσεων όσο και από πλευράς βαρύτητας της νόσου. Επιπρόσθετα μπορεί να υπάρχουν διαντιδράσεις μεταξύ συγκεκριμένων περιβαλλοντικών παραγόντων και συγκεκριμένων γονιδίων.⁴¹

Νευροαπεικόνιση και Νευροπαθολογία

Στοιχεία που αμφισβητούν την «Κρεπελίγια διχοτόμηση» παρέχονται και από νευροαπεικονιστικές μελέτες, αν και για τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ειδικά, υπάρχουν πολύ λίγα δεδομένα.⁷ Σε μία μελέτη βρέθηκε διεύρυνση των κοιλιών σε σχιζοφρενικούς και σε καταθλιπτικούς με ψυχωτικά στοιχεία, όχι όμως σε καταθλιπτικούς χωρίς ψυχωτικά στοιχεία.⁷¹ Άλλες δομικές εγκεφαλικές ανωμαλίες, κοινές σε σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή, περιλαμβάνουν μείωση του όγκου της λευκής ουσίας στην αριστερή μετωπιαία και κροταφοβρεγματική περιοχή,^{72,73} μείωση του όγκου της φαιάς ουσίας στον αριστερό κροταφικό πόλο,⁷⁴ καθώς και αυξημένη πυκνότητα D2 υποδοχέων σε διπολικούς με ψυχωτικά στοιχεία και σχιζοφρενικούς, όχι όμως σε διπολικούς χωρίς ψυχωτικά στοιχεία.⁷⁵ Σύμφωνα με μια συγκριτική μελέτη ασθενών με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, διπολική διαταραχή και υγιών, οι δύο πρώτες ομάδες παρουσίαζαν παρόμοιες ανωμαλίες σε περιοχές του ραβδωτού σώματος (κερκοφόρο πυρήνα και κέλυφος φακοειδούς).⁷⁶

Νευροπαθολογικές μελέτες δείχνουν επίσης την ύπαρξη κοινών ευρημάτων σε σχιζοφρένεια και σε διαταραχές της διάθεσης, όπως για παράδειγμα μείωση του νευρωνικού μεγέθους στον προμετωπιαίο φλοιό, μείωση της νευρωνικής πυκνότητας στο πρόσθιο τμήμα της έλικας του προσαγωγίου, καθώς και μείωση των κυττάρων της γλοίας.^{7,44}

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, τα στοιχεία από διάφορες μελέτες κλινικές, οικογενειακές, γενετικές, νευροαπεικονιστικές, νευροπαθολογικές, καθώς και επιδημιολογικά

δεδομένα, καταδεικνύουν ότι η «Κρεπελίγια διχοτόμηση» αμφισβητείται σοβαρά και η πιο πρόσφορη προσέγγιση είναι η οπτική της ύπαρξης των μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών σ' ένα συνεχές (continuum). Στο συνεχές αυτό η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή κατέχει μία ενδιάμεση θέση μεταξύ σχιζοφρένειας και διαταραχών της διάθεσης,^{7,24} ενώ και η ίδια αποτελεί ένα συνεχές π.χ. σχιζοσυναισθηματική διαταραχή κυρίως «συναισθηματική», σχιζοσυναισθηματική διαταραχή κυρίως «σχιζοφρενική».⁷⁷ Η άποψη του συνεχούς είναι η πρόταση των περισσότερων ερευνητών σήμερα. Σε μία πρόσφατη ανασκόπηση 257 μελετών, σχετικών με τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η πλειοψηφία (133) ήταν υπέρ της υπόθεσης του συνεχούς, με δεύτερη σε συχνότητα την άποψη (89 μελέτες) που στήριζε την υπόθεση ότι αποτελεί διαταραχή της διάθεσης.³⁴ Παρά την ευρεία αποδοχή της άποψης αυτής, οι συνακόλουθες προτάσεις ως προς την πρακτική εφαρμογή της ποικίλλουν.

Στην προαναφερθείσα ανασκόπηση για παράδειγμα, οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μία μόνον νόσος, η διαταραχή της διάθεσης, μ' ένα ευρύ φάσμα ως προς τη βαρύτητά της, η δε σχιζοσυναισθηματική διαταραχή αλλά και η σχιζοφρένεια είναι ψυχωτικές διαταραχές της διάθεσης και δεν αποτελούν χωριστές διαταραχές.³⁴ Σε μία άλλη πιο πρόσφατη ανασκόπηση οι Malhi et al,⁷ αναφέρουν ότι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή αποτελεί το μέσον ενός συνεχούς μεταξύ σχιζοφρένειας και διπολικής διαταραχής, ή εναλλακτικά ότι είναι ένα «υπόπροϊόν» των δύο. Και στις δύο περιπτώσεις συνιστούν την απάλειψή της ως όρου από την ψυχιατρική ορολογία και προτείνουν την προσθήκη ειδικών προσδιοριστών στα κριτήρια της σχιζοφρένειας και των διαταραχών της διάθεσης. Έτσι, προτείνεται στη σχιζοφρένεια να προστεθούν προσδιοριστές που αναφέρονται σε μανιακά, μικτά και καταθλιπτικά συμπτώματα, στη διπολική I διαταραχή προσδιοριστές ψυχωτικών συμπτωμάτων που πληρούν το κριτήριο A για τη σχιζοφρένεια, μαζί αλλά και ξεχωριστά από τα «συναισθηματικά» συμπτώματα, κάτι το οποίο προτείνεται να ισχύει και για τη μονοπολική κατάθλιψη αλλά και για την καταθλιπτική φάση της διπολικής II διαταραχής. Κι άλλοι ερευνητές πριμοδοτούν την άποψη της απάλειψης της σχιζοσυναισθηματικής

διαταραχής ως οντότητας και προσθέτουν ότι η διατήρησή της στις προσεχείς εκδόσεις των διαγνωστικών ταξινομικών συστημάτων θα είναι ολέθριο λάθος.¹⁰ Υπάρχουν όμως και αντίθετες απόψεις. Οι Munk-Laurson et al,⁴⁰ για παράδειγμα, καταλήγουν ότι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είναι μια ξεχωριστή κλινική εκδήλωση μιας ενδιάμεσης γενετικής μορφής μεταξύ σχιζοφρένειας και διπολικής διαταραχής. Ο δε Marneros¹⁷ σημειώνει ότι δεν συνιστάται η απάλειψή της διότι αποτελεί μία κλινική πραγματικότητα και μάλιστα επισημαίνει ότι «μία χρήσιμη κλινική διάγνωση που αφορά εκατομμύρια ανθρώπων δεν μπορεί να εγκαταλειφθεί προς

χάριν θεωριών που μπορεί ν' αλλάζουν και συχνά». Σε γενικότερο πλαίσιο τίθεται το θέμα της προσέγγισης των μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών με τη χρήση ενός διαστασιακού (dimensional) ή ενός κατηγοριοποιητικού (categorical) μοντέλου ή με την υιοθέτηση και των δύο,^{78,79} ένα θέμα που θα αντιμετωπίσουν οι προσεχείς εκδόσεις του DSM και του ICD. Μελλοντικές μελέτες, κυρίως στον τομέα της γενετικής και νευροβιολογίας, θα βοηθήσουν σημαντικά στην καλύτερη κατανόηση της παθογένεσης της ψυχοπαθολογίας⁴² των μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών και σε πιο εύστοχες θεραπευτικές παρεμβάσεις.⁴⁴

Schizoaffective disorder: An arguable diagnostic entity

G.D. Garyfallos

2nd University Department of Psychiatry, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2008, 19:205–220

Seventy-five years ago, J. Kasanin introduced the term “schizoaffective disorder” to refer to a disorder with symptoms of both schizophrenia and affective disorders. Since then, schizoaffective disorder has raised a considerable amount of discussion about its definition and position as a variant of schizophrenia, a variant of mood disorder or as an entity in between. This ambiguity is reflected on the definition of diagnostic criteria of the disorder in the taxonomic systems, which are practically too complex. Furthermore, there are essential differences between DSM-IV and ICD-10 regarding schizoaffective definition. Finally, the disorder has a very low inter-rater reliability and a very low longitudinal diagnostic stability. All the above have even led to proposals of elimination of schizoaffective disorder as a separate diagnostic entity. The prevalence of the disorder varies between 0.3% and 0.8%. Schizoaffective disorder is more common in women than in men, a difference that is mostly attributed to increased incidence among women of the depressive type. The bipolar type of the disorder is more often found in young adults, whereas the depressive type is commoner in older adults. With regards to other variables such as educational level, marital status, prognosis, occupational level and social adjustment, schizoaffective disorder has more favourable characteristics than schizophrenia and less favourable than mood disorders. Age at onset is earlier than mood disorders and later than schizophrenia. The above epidemiologic and clinical data, as well as data from family, twin, genetic and neuroimaging studies, indicate that schizoaffective disorder can be best viewed as a mid-point on a continuum between schizophrenia and mood disorders and represents the most prominent paradigm challenging the so-called “Kraepelinian dichotomy” of major psychiatric disorders. Though schizoaffective disorder is a nosological nuisance, it is also a clinical reality and it is not advisable to abandon it as a separate diagnosis.

Key words: Schizoaffective disorder, diagnosis, epidemiology, “Kraepelinian dichotomy”.

Βιβλιογραφία

- Craddock N, Owen M. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *Br J Psychiatry* 2005, 186:364–366
- Marneros A. The paradigm of overlapping affective and schizophrenic spectra: schizoaffective conditions. In: Marneros A, Akiskal H (eds) *The overlap of affective and schizophrenic spectra*. Cambridge University Press, Cambridge, 2007:1–24
- Marneros A. The schizoaffective phenomenon: The state of the art. *Acta Psychiatr Scand* 2003, 108(Suppl 418):29–33
- Sadock B, Sadock V. *Kaplan and Sadock's synopsis of Psychiatry*. 10th ed. Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, 2007:501–504
- Hunt R, Appel K. Prognosis in the psychosis lying midway between schizophrenia and manic-depressive psychoses. *Am J Psychiatry* 1936, 93:313–339
- Spitzer R, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978, 35:773–782
- Malhi G, Green M, Fagiolini A et al. Schizoaffective disorder: diagnostic issues and future recommendations. *Bipolar Disorder* 2008, 10:215–230
- Maj M, Pirozzi R, Formicola AM et al. Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder: preliminary data. *J Affect Disord* 2000, 57:95–98
- APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition, Text revision (DSM-IV-TR), American Psychiatric Association, Washington DC, 2000:319–323
- Majer W. Do schizoaffective disorder exist at all? *Acta Psychiatr Scand* 2006, 13:369–371
- Schwartz J, Fenning S, Tanenberg-Karant M et al. Congruence of diagnosis 2 years after first-admission diagnosis of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57:593–600
- Fenning S, Kovaszny B, Rich Ch et al. Six-month diagnostic stability of psychiatric diagnoses in first-admission patients with psychosis. *Am J Psychiatry* 1994, 151:1200–1208
- Schimmelman B, Conus Ph, Edwards J et al. Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode psychosis. *J Clin Psychiatry* 2005, 66:1239–1246
- Berk M, Dodd S, Callaly P et al. History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. *J Affect Disord* 2007, 103:181–186
- Nardi A, Nascimento I, Freire R et al. Demographic and clinical features of schizoaffective (schizobipolar) disorder. A 5-year retrospective study. Support for a bipolar spectrum disorder. *J Affect Disord* 2005, 89:201–206
- Woo B, Sevilla C, Obrocea G. Factors influencing the stability of psychiatric diagnosis in the emergency setting: review of 934 consecutively inpatient admissions. *Gen Hosp Psychiatry* 2006, 28:434–436
- Marneros A. Do schizoaffective disorders exist at all? *Acta Psychiatr Scand* 2007, 115:162
- Vollmer-Larsen A, Jacobsen T, Hemmingsen R, Parnas J. Schizoaffective disorder. The reliability of its clinical diagnostic use. *Acta Psychiatr Scand* 2006, 113:402–407
- Perala J, Suvisaari J, Saarni S et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007, 64:19–28
- Scully P, Owens J, Kinsella A, Waddington J. Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogenous population in rural Ireland: small area variation in rate. *Schiz Research* 2004, 67:143–155
- Okasha A. The concept of schizoaffective disorder: utility versus validity and reliability—a transcultural perspective. In: Marneros A, Akiskal H (eds) *The overlap of affective and schizophrenic spectra*. Cambridge University Press, Cambridge, 2007:104–132
- Tien A, Eaton W. Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:37–46
- Marneros A, Deister A, Rhode A. Psychopathological and social status of patients with affective, schizophrenic and schizoaffective disorder after long term course. *Acta Psychiatr Scand* 1990, 82:352–358
- Cheniaux E, Fernandez-Landeira J, Telles L et al. Does schizoaffective really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *J Affect Disord* 2008, 106:209–217
- Sim K, Grad P, Chan YH et al. A 24-month prospective outcome study of first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder within an early psychosis intervention program. *J Clin Psychiatry* 2007, 68:1368–1376
- Jäger M, Bottlender R, Strauss A et al. Fifteen-year follow up of ICD-10 schizoaffective disorders compared with schizophrenia and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 109:30–37
- Samson Ö, Simpson J, Tsuang M. Outcome of schizoaffective disorders. *Schizophr Bull* 1988, 14:543–554
- Kendler K, McGuire M, Gurnerberg A, Walsh D. Examining the validity of DSM-III-R schizoaffective disorder and its putative subtypes in the Roscommon family study. *Am J Psychiatry* 1995, 152:755–764
- Marneros A, Rhode A, Deister A. Frequency and phenomenology of persisting alterations in affective, schizoaffective and schizophrenia disorders: a comparison. *Psychopathology* 1998, 31:23–28
- Harrow M, Grossman L, Herbner E. Ten year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood -in-congruent psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 2000, 177:421–426
- Robinson D, Woerner M, Alvir J. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56:241–247
- Bobes J, Bascaran MT, Garcia-Portilla MP et al. Schizoaffective disorder. In: Kasper S, Hirschfeld R (eds) *Handbook of bipolar disorder*. Taylor and Francis, New York, 2005:227–244
- Evans J, Heaton P, Paulsen J et al. Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? *J Clin Psychiatry* 1999, 60:874–882
- Lake R, Hurwitz N. Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders: there are no schizoaffective disorders. *Psychiatry Research* 2006, 143:255–287
- Lapierre Y. Schizophrenia and manic depression: Separate illness or a continuum? *Can J Psychiatry* 1994, 39:S59–S64
- Tsuang M. Morbidity risks of schizophrenia and affective disorders among first degree relatives of patients with schizoaffective disorder. *Br J Psychiatry* 1991, 158:165–170
- Kendler K, Karkowski L, Walsh D. The structure of psychosis: latent class analysis of probands from the Roscommon family study. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55:492–499
- Erlenmeyer-Kimling L, Hildoff-Adamo U, Rock D et al. The New York high risk project. Prevalence and comorbidity of Axis I

- disorders in offspring of schizophrenic parents at 25-years follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54:1096–1102
39. Cardno A, Rijdsdijk F, Sham P et al. A twin study of genetic relationships between psychotic symptoms. *Am J Psychiatry* 2002, 159:539–545
 40. Munk Laursen T, Labouriau R, Lich R et al. Family history of psychiatric illness as a risk factor for schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:841–848
 41. Kelsoe J. The overlapping of the spectra: overlapping genes and genetic models. In: Marneros A, Akiskal H (eds) *The overlap of affective and schizophrenic spectra*. Cambridge University Press, Cambridge, 2007:25–42
 42. Craddock N, O'Donovan M, Owen M. Genes for schizophrenia and bipolar disorder? Implications for psychiatric nosology. *Schizophr Bull* 2006, 32:9–16
 43. Potash J. Carving chaos: genetics and classification of mood and psychotic syndromes. *Harvard Rev Psychiatry* 2006, 14: 47–63
 44. Kempf L, Hussain N, Potash J. Mood disorder with psychotic features, schizoaffective disorder and schizophrenia with mood features: trouble at the borders. *Int Rev Psychiatry* 2005, 17:9–19
 45. Hall D, Gogos J, Karayiorgou M. The contribution of three strong candidate schizophrenia susceptibility genes in demographically distinct populations. *Genes Brain Behav* 2004, 55:976–980
 46. Schumacher J, Jamra R, Freudenberg J et al. Examination of G72 and D-amino-acid oxidase as genetic risk factors for schizophrenia and bipolar affective disorder. *Mol Psychiatry* 2004, 9:203–207
 47. Chen Y, Akula N, Detera-Wadleigh S et al. Findings in an independent sample support an association between bipolar affective disorder and the G72/G30 locus on chromosome 13q33. *Mol Psychiatry* 2004, 9:87–92
 48. Williams N, Green E, Macgregor S et al. Variation of the DAOA/G30 locus influences susceptibility to major mood episodes but not psychosis in schizophrenia and bipolar disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:366–373
 49. Ozeki Y, Tomoda T, Kleiderlein J et al. Disrupted in schizophrenia-1 (DISC-1): Mutant tranaction prevents binding to NudE-like (NUDEL) and inhibits neurite outgrowth. *Proceed Nation Acad Of Science USA* 2003, 100:289–294
 50. Hennah W, Varilo T, Kestila M et al. Haplotype transmission analysis provides evidence of association for DISC 1 to schizophrenia and suggests sex-dependent effects. *Hum Mol Genet* 2003, 12:3151–3159
 51. Hodgkinson C, Goldman D, Jaeger J et al. Disrupted in schizophrenia (DISC-1): association with schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Am J Hum Genet* 2004, 75:862–872
 52. Thomson P, Wray N, Millar J et al. Association between the TRAX/DISC locus and both bipolar disorder and schizophrenia in the Scottish population. *Mol Psychiatry* 2005, 10:657–668
 53. Sachs N, Sawa A, Holmes S et al. A frameshift mutation in Disrupted in Schizophrenia 1 in an American family with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Mol Psychiatry* 2005, 10:758–764
 54. Hamshere M, Bennett P, Williams N et al. Genome-wide linkage scan in schizoaffective disorder: significant evidence for linkage (LOD=354) at 1q42 close to DISC 1 and suggestive evidence at 22q11 and 19q13. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:1081–1088
 55. Stefanson H, Sigurdsson E, Steinthorsdottir V et al. Neuregulin 1 and susceptibility to schizophrenia. *Am J Hum Genet* 2002, 71:877–892
 56. Stefanson H, Sarginson J, Kong A et al. Association of neuregulin-1 with schizophrenia confirmed in a Scottish population. *Am J Hum Genet* 2003, 72:83–87
 57. Green E, Raybould R, McGregor S et al. The operation of the schizophrenia susceptibility gene, Neuregulin 1 (*NRG 1*) across traditional diagnostic boundaries to increase risk for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:642–648
 58. Straub R, Jiang Y, McLean C et al. Genetic variation in the 6p22.3 gene *DTNBP1*, the human ortholog of the mouse dysbinding gene is associated with schizophrenia. *Am J Hum Genet* 2002, 71:337–348
 59. Williams N, O'Donovan M, Owen M. Is the dysbinding gene (*DTNBP 1*) a susceptibility gene for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005, 31:800–805
 60. Fanous A, van den Oord E, Riley B et al. Relationship between a high risk haplotype in the *DTNBP 1* (dysbindin) gene and clinical features of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005, 162: 1824–1832
 61. Raybould R, Green E, McGregor S et al. Bipolar disorder and polymorphisms in the dysbindin (dystrobrevin binding protein 1) gene (*DTNBP1*). *Biol Psychiatry* 2005, 57:696–701
 62. Sklar P, Gabriel S, McInnis M et al. Family based association study of 76 candidate genes in bipolar disorder: *BDNF* is a potential risk locus. Brain-derived neurotrophic factor. *Mol Psychiatry* 2002, 7:579–593
 63. Neves-Pereira M, Mundo E, Muglia P et al. The brain-derived neurotrophic factor gene confers susceptibility to bipolar disorder: evidence from a family based association study. *Am J Hum Genet* 2002, 71:651–655
 64. Geller B, Badner J, Tillman R et al. Linkage disequilibrium of the brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 2004, 161:1698–1700
 65. Müller D, DeLuca V, Sicard et al. The brain derived neurotrophic factor (*BDNF*) gene is associated with rapid cycling bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2006, 189:317–323
 66. Neves-Pereira M, Cheung J, Pasdar A et al. *BDNF* gene is a risk factor for schizophrenia in a Scottish population. *Mol Psychiatry* 2005, 10:208–211
 67. Schumacher J, Jamra R, Becker T et al. Evidence for a relationship between genetic variants at the brain-derived neurotrophic factor (*BDNF*) locus and major depression. *Biol Psychiatry* 2005, 58:307–314
 68. Shifman S, Bronstein M, Sternfeld M et al. A high significant association between *COMT* haplotype and schizophrenia. *Am J Hum Genet* 2002, 71:1296–1302
 69. Williams H, Glaser B, Williams N et al. No association between polymorphisms in *COMT* and schizophrenia in two large samples. *Am J Psychiatry* 2005, 162:1736–1738
 70. Shifman S, Bronstein M, Sternfeld M et al. *COMT*: a common susceptibility gene in bipolar disorder: evidence, limitations and implications. *Am J Med Genet* 2004, 128:61–64
 71. Salokangas R, Cannon T, Van E et al. Structural magnetic resonance imaging in patients with first-episode schizophrenia, psychotic and severe non-psychotic depression and healthy controls. Results of the schizophrenia and affective psychoses (SAP) project. *Br J Psychiatry* 2002, 43(Suppl):58–65
 72. McDonald C, Bullmore E, Sham P et al. Association of genetic risks for schizophrenia and bipolar disorder with specific and

- generic brain structural endophenotypes. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:974-984
73. McIntosh A, Job D, Moorhead T et al. White matter density in patients with schizophrenia, bipolar disorder and their unaffected relatives. *Biol Psychiatry* 2005, 58:254-257
74. Kasai K, Shenton M, Salisbury D et al. Differences and similarities in insular and temporal pole MRI gray matter volume abnormalities in first-episode schizophrenia and affective psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60:1069-1077
75. Pearlson G, Wong D, Tunc L et al. *In vivo* D2 Dopamine receptor density in psychotic and non-psychotic patients with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:471-477
76. Getz G, DelBello M, Fleck D et al. Neuroanatomic characterization of schizoaffective disorder using MRI: a pilot study. *Schizophr Research* 2002, 55:55-59
77. Peralta V, Cuesta M. Exploring the borders of the schizoaffective spectrum: a categorical and dimensional approach. *J Affect Disord* 2008, 108:71-86
78. Ketter T, Wang P, Becker O et al. Psychotic bipolar disorders: dimensional similar to or categorically different from schizophrenia. *J Psychiatr Research* 2004, 38:47-61
79. Dikeos D, Wickham H, McDonald C et al. Distribution of symptom dimensions across Kraepelinian divisions. *Br J Psychiatry* 2006, 189:346-353

Αλληλογραφία: Γ.Δ. Γαρυφαλλος, Σόλωνος 41, 546 44 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2313-324 149, 2310-818 274
Fax: 2310-655 941

Ερευνητική εργασία Research article

Συνήθειες και προβλήματα ύπνου σε έφηβους μαθητές

Ε. Λαζαράτου, Δ. Δικαίος, Δ. Αναγνωστόπουλος, Κ. Σολδάτος

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Ψυχιατρική 2008, 19:221–230

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας υπάρχει αυξημένη συχνότητα των διαταραχών του ύπνου. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η εκτίμηση των συνηθειών και των προβλημάτων ύπνου σε μαθητές Λυκείου της περιοχής Αθηνών και η συσχέτισή τους με δημογραφικές και άλλες παραμέτρους. Η κλίμακα αϋπνίας των Αθηνών, στην παραλλαγή με 5 λήμματα (AIS-5), χορηγήθηκε σε 713 εφήβους μαθητές Λυκείου. Συλλέχθηκαν επίσης στοιχεία που αφορούν την ηλικία, το φύλο, τη σχολική επίδοση και το χρόνο που αφιερώνεται σε σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες. Η μέση διάρκεια ύπνου ήταν 7,5 ώρες, με μέσο χρόνο έλευσης του ύπνου στις 12:20 μμ και έγερσης 7:15 πμ. Ο συνολικός χρόνος ύπνου δεν επηρεάζεται από το φύλο αλλά συνδέεται με το χρόνο που δαπανάται στις διάφορες δραστηριότητες. Τα παράπονα για τον ύπνο αφορούσαν την καθυστερημένη έλευση και την ανεπαρκή συνολική διάρκεια του ύπνου. Τα κορίτσια παραπονιόνταν περισσότερο από τα αγόρια. Οι στατιστικές συσχετίσεις έδειξαν ότι οι μαθητές της Β΄ Λυκείου και εκείνοι με χαμηλότερες μαθησιακές επιδόσεις είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν αυξημένη βαθμολογία στην AIS-5. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο χρόνος ύπνου μαθητών Λυκείου εξαρτάται από πρακτικές παραμέτρους όπως το ωράριο του σχολείου και άλλων δραστηριοτήτων, ενώ τα παράπονα για τον ύπνο σχετίζονται με το θηλυκό γένος, τη Β΄ τάξη και τις χαμηλές σχολικές επιδόσεις. Η διαφορά ανάμεσα στον πραγματικό χρόνο ύπνου και τα παράπονα για τον ύπνο πρέπει να ληφθούν υπόψη όταν μελετάται ο ύπνος των εφήβων.

Λέξεις ευρετηρίου: Έφηβος, διαταραχές ύπνου, παράπονα ύπνου.

Εισαγωγή

Ο ύπνος αποτελεί βασική λειτουργία του οργανισμού, αν και την ακριβή χρησιμότητά του και τους μηχανισμούς που εμπλέκονται σε αυτόν δεν τους έχουμε πλήρως κατανοήσει. Σήμερα γνωρίζουμε ότι σε αντίθεση με παλαιότερες απόψεις που τον ήθελαν «παθητική» κατάσταση, ο ύπνος είναι πολύπλοκο φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από κυκλικές μεταβολές της μορφής του εγκεφαλογραφήματος και ενδοκρινικά φαινόμενα που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκειά του. Σε αδρές γραμμές, στον ύπνο διακρίνονται δύο ποιοτικά διαφορετικές καταστάσεις: ο ύπνος REM (ύπνος ταχείων οφθαλμικών κινήσεων-REM από τα αρχικά των λέξεων rapid eye movements) και ο ύπνος NREM (non-REM: χωρίς ταχείες οφθαλμικές κινήσεις). Με την αύξηση της ηλικίας, η διάρκεια του ύπνου και η διαμόρφωση της εσωτερικής του αρχιτεκτονικής αλλάζουν. Κατά μέσον όρο ένα νεογέννητο βρέφος κοιμάται 17 ώρες το 24ώρο, ένα παιδί 12 ετών ή ένας έφηβος 8 ώρες, ένας μεσήλικας 7 ώρες και ένας ηλικιωμένος 6,5 ώρες.¹

Η καλή υπνική λειτουργία είναι σημαντική για τη γενική υγεία και τη λειτουργικότητα του ατόμου. Η έλλειψη ύπνου οποιασδήποτε αιτιολογίας συνοδεύεται από υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και πτώση της λειτουργικότητας του ατόμου. Αντιστρόφως, και η γενική κατάσταση του ατόμου επηρεάζει σημαντικά τον ύπνο. Διάφορες σωματικές ή ψυχικές παθήσεις, αλλά και ψυχολογικές αντιδράσεις σε συνηθισμένα ψυχοπαιστικά γεγονότα, μπορεί να επιδράσουν στον ύπνο δημιουργώντας προβλήματα στην ποσότητα ή την ποιότητά του.²

Καθώς η εφηβεία χαρακτηρίζεται από σημαντικές σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβολές, αποτελεί περίοδο της ζωής του ατόμου κατά την οποία υπάρχει αυξημένη συχνότητα των διαταραχών του ύπνου.^{3,4} Η διαταραχή του ύπνου που επικρατεί στην εφηβεία είναι η αϋπνία, η οποία έχει κυρίως τη μορφή διαταραχής του κικκάδιου ρυθμού, συνηθέστατα του τύπου της αναστροφής του ωραρίου του ύπνου λόγω αυξημένης κοινωνικής και ποικίλου τύπου δραστηριότητας του εφήβου και των εκπαιδευτικών απαιτήσεων.^{5,6}

Ως αϋπνία ορίζεται η ελαττωμένη ποσότητα ή ποιότητα του ύπνου που έχει σημαντική συχνότητα εμφάνισης, διαρκεί επί αρκετό χρονικό διάστημα και οδηγεί είτε σε προβλήματα της λειτουργικότητας του πάσχοντος είτε σε υπεραπασχόλησή του με τη διαταραχή του ύπνου. Υπό αυτή την έννοια, η «αϋπνία» της εφηβείας δεν είναι ανάλογη αυτής της ενήλικης ζωής, καθόσον ο τρόπος ζωής των εφήβων τους προσανατολίζει σε ξενύχτια, είτε λόγω διαβάσματος είτε λόγω διασκέδασης, έτσι ώστε να παρουσιάζουν καθυστέρηση στην επέλευση του ύπνου και καθυστέρηση του πρωινού ξυπνήματος.⁷ Ως συνέπεια, συχνά επέρχεται καθημερινή δυσκολία του εφήβου να κοιμηθεί πριν τις δύο ή τρεις τη νύχτα, που συνοδεύεται από μόνιμη έλλειψη ύπνου λόγω της πρωινής ώρας του ξυπνήματος που επιβάλλεται κυρίως από εκπαιδευτικούς λόγους. Έτσι, οι έφηβοι παραπονούνται ότι δεν μπορούν να κοιμηθούν όπως θα ήθελαν. Ψυχολογικοί λόγοι, συχνά σφειλόμενοι σε υπερβολικό άγχος με ή χωρίς καταθλιπτικά στοιχεία, μπορεί επίσης να αποτελούν επιπρόσθετο παράγοντα που συμβάλλει στη διαταραχή του ύπνου. Παρατηρούνται επίσης αϋπνίες δευτερογενείς στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, αλκοόλ ή καπνού, που είναι συχνή σ' αυτή την ηλικία.⁸⁻¹⁰

Πρέπει πάντως να τονιστεί ότι, παρότι ο μέσος όρος του συνολικού χρόνου του ύπνου ανά 24ωρο ελαττώνεται σταδιακά από την παιδική ηλικία και κατά την ηλικία των 16 ετών φθάνει το 8ωρο που χαρακτηρίζει τον ύπνο του ενήλικα, τα διάφορα άτομα παρουσιάζουν εκσεσημασμένες μεταξύ τους διαφορές ως προς τον χρόνο του ύπνου που χρειάζονται, με συνέπεια να είναι δυνατόν να παραπονείται για αϋπνία κάποιος παρότι κοιμάται 8 ώρες το εικοσιτετράωρο, ενώ να μην θεωρείται ότι έχει αϋπνία αυτός που κοιμάται π.χ. 6 ώρες το εικοσιτετράωρο, εφόσον αισθάνεται τον ύπνο του ως επαρκή. Οι ατομικές διαφορές μάλιστα αυτές στις ανάγκες και στις συνήθειες του ύπνου είναι πολύ μεγαλύτερες στα παιδιά και τους εφήβους παρά στους ενήλικες.^{11,12}

Οι αιτιάσεις για κακό ή λίγο ύπνο, οι συνήθειες του ύπνου και ο συνολικός χρόνος του νυκτερινού ύπνου διαφέρουν σημαντικά μεταξύ εφήβων από διάφορες χώρες και διαφορετικά κοινωνικοπολιτισμικά περιβάλλοντα. Οι περισσότεροι πάντως έφηβοι κοιμούνται μεταξύ 6 και 8 ωρών κατά τις εργά-

σιμες ημέρες και παραπονιούνται ότι ο ύπνος τους είναι ανεπαρκής ή διαταραγμένος.^{13,14} Ο συνολικός χρόνος του ύπνου των εφήβων φαίνεται ότι είναι τόσο λιγότερος όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία τους, όσο βαρύτερο είναι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, όσο πιο μακριά είναι το σχολείο από το σπίτι τους, όσο πιο νωρίς αρχίζει το σχολικό πρόγραμμα μέσα στην ημέρα, όσο εντονότερη είναι η κοινωνική τους ζωή, όσο πιο απαιτητικές είναι τυχόν επαγγελματικές δραστηριότητές τους και όσο λιγότερος είναι ο γονεϊκός έλεγχος πάνω στο καθημερινό τους πρόγραμμα.^{15,16} Τα παράπονα για ανεπαρκή ή κακό ύπνο είναι συχνότερα στα κορίτσια από ό,τι στα αγόρια (παρότι οι ώρες του ύπνου δεν φαίνεται να διαφέρουν ανάμεσα στα δύο φύλα), ίσως λόγω διαφορών που σχετίζονται με κοινωνικούς παράγοντες ή εξ αιτίας της εμμηναρχής και διαφορών στην ηλικία εμφάνισης της εφηβείας μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Τα ευρήματα αυτά έχουν επιβεβαιωθεί μέσω πολλών μελετών σε διάφορα μέρη του κόσμου, που περιέλαβαν μεγάλο αριθμό εφήβων μαθητών από ευρωπαϊκές, αμερικανικές και ασιατικές χώρες.¹⁷⁻²¹

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να εκτιμήσει τις συνήθειες του ύπνου και την παρουσία προβλημάτων και παραπόνων για τον ύπνο σε έναν πληθυσμό εφήβων μαθητών λυκείου στην Αθήνα μέσα από ένα αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Επιπρόσθετα μελετήθηκε η συσχέτιση των προβλημάτων του ύπνου με διάφορους δημογραφικούς παράγοντες, τις σχολικές απαιτήσεις, τις σχολικές επιδόσεις, και το σχολικό πρόγραμμα. Η ύπαρξη στην Ελλάδα δύο διαφορετικών σχολικών κατευθύνσεων, μία με μεγάλη πίεση για υψηλή σχολική επίδοση και μία χωρίς, επίσης η ύπαρξη σε ορισμένα σχολεία ενός εναλασσόμενου ωραρίου σύμφωνα με το οποίο τα σχολεία αυτά λειτουργούν το πρωί τη μία εβδομάδα και το απόγευμα την άλλη, μας επέτρεψε να συγκρίνουμε τις παραμέτρους του ύπνου μέσα από ομάδες εφήβων που καθορίζονται από αυτές τις ποικίλες πορείες και τα προγράμματα.

Υλικό και μέθοδος

Το δείγμα μας αποτελείτο από 713 εφήβους μαθητές (396 κορίτσια και 317 αγόρια, ηλικίας 15-18 ετών) πρώτης έως τρίτης λυκείου της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας. Το δείγμα περιείχε ολόκληρο τον σχολικό

κό πληθυσμό τριών λυκείων δημόσιας εκπαίδευσης που επιλέχθηκαν να αντιπροσωπεύσουν τις διαφορετικές σχολικές κατευθύνσεις και σχολικά ωράρια. Δύο από τα σχολεία ήταν γενικά λύκεια, ενώ το τρίτο ήταν τεχνικό λύκειο. Η επιλογή των δύο κατευθύνσεων έγινε για να συγκριθούν τα προβλήματα των μαθητών που προορίζονται σε διαφορετικό τύπο σπουδών. Όπως είναι γνωστό, από τους μαθητές των γενικών λυκείων ζητείται να λάβουν μέρος στις πανελλήνιες εξετάσεις στο τέλος της τρίτης λυκείου με σκοπό να εισαχθούν στα Πανεπιστήμια. Οι μαθητές που φοιτούν στα τεχνικά λύκεια επίσης λαμβάνουν μέρος σε πανελλήνιες εξετάσεις, οι οποίες όμως είναι κατά πολύ ευκολότερες, με σημαντικά μικρότερο ανταγωνισμό και οδηγούν σε ανώτερη εκπαίδευση. Η ώρα έναρξης λειτουργίας των σχολείων το πρωί είναι στις 08:20, ενώ υπάρχουν λύκεια που έχουν μία εβδομαδιαία εναλλαγή του προγράμματος, μία εβδομάδα πρωινό πρόγραμμα και μία εβδομάδα απογευματινό με ώρα έναρξης 14:10. Η πλειονότητα των μαθητών ζούσαν μόλις μερικά λεπτά απόσταση με τα πόδια από τα σχολεία τους.

Διανεμήθηκαν αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια από έναν κοινωνικό λειτουργό ή έναν ψυχολόγο και με τη βοήθεια των καθηγητών σε όλους τους μαθητές των τριών τάξεων του λυκείου των σχολείων που συμμετείχαν στην έρευνα, κατά τη διάρκεια πρωινών μαθημάτων περίπου στη μέση της σχολικής χρονιάς. Το ερωτηματολόγιο περιείχε ένα εισαγωγικό τμήμα όπου καταγράφονταν προσωπικά και οικογενειακά δεδομένα: σχολείο, τάξη, φύλο, χρόνος που επενδύεται σε σχολικές δραστηριότητες (φροντιστήρια, μαθήματα κ.λπ.) και σε εξωσχολικές δραστηριότητες (αθλήματα, μουσική κ.λπ.), βαθμοί της προηγούμενης σχολικής χρονιάς (κατηγοριοποιημένοι από το 0 μέχρι το 5 με 0=πολύ κακός και 5=άριστος μαθητής). Το ερωτηματολόγιο του ύπνου αποτελείτο από μία σειρά ερωτήσεων πάνω στις συνήθειες του ύπνου: (Τι ώρα ξυπνάς συνήθως το πρωί τις μέρες που πηγαίνεις σχολείο; Τι ώρα πηγαίνεις σχολείο; Τι ώρα γυρνάς από το σχολείο; Τι ώρα πέφτεις στο κρεβάτι σου το βράδυ; Αν κοιμάσαι μέσα στη διάρκεια της ημέρας για πόση ώρα; Πόσο συχνά κοιμάσαι κατά τη διάρκεια της ημέρας τις εργάσιμες ημέρες και πόσο συχνά το σαββατοκύριακο;). Ζητήθηκε οι ερωτήσεις να απαντηθούν ξεχωριστά για το πρωινό και για το απογευματινό

σχολικό πρόγραμμα. Το ερωτηματολόγιο περιείχε επίσης τις πρώτες πέντε ερωτήσεις από την Κλίμακα Αϋπνίας των Αθηνών (Athens Insomnia Scale, AIS)²² Υπολογίστηκαν υποκειμενικά παράπονα για την επέλευση του ύπνου, για τις νυχτερινές αφυπνίσεις, το τελικό ξύπνημα, την ολική διάρκεια ύπνου και την ποιότητα του ύπνου. Η βαθμολογία στα λήμματα της AIS ήταν τύπου κλίμακας Likert (από 1 έως 4). Η κλίμακα AIS έχει σταθμιστεί σε ένα δείγμα 299 ατόμων. Η διαγνωστική της αξιοπιστία και εγκυρότητα ελέγχθηκε με τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της, με αυτά που βρέθηκαν με τη χρήση του ICD-10 για τη διάγνωση της αϋπνίας. Η κλίμακα AIS απέδωσε υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα (93% and 85%, αντιστοίχως), ενώ παράλληλα είχε υψηλή εσωτερική εγκυρότητα με δείκτη Cronbach's α ίσο με 0,9, μέσο συντελεστή συσχέτισης μεταξύ των λημμάτων της ίσο με 0,7 και συντελεστή εγκυρότητας των απαντήσεων μετά από μια εβδομάδα επανεξέταση ίσο με 0,9.²³

Υπολογίστηκαν στατιστικά οι συγκρίσεις των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες των μαθητών με το t-test και το ANOVAs, ενώ η σχέση προβλημάτων ύπνου και παραπόνων για τον ύπνο με κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά αλλά και με δεδομένα που αφορούν τις σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες υπολογίστηκαν με την πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα

Διάρκεια ύπνου

Σύμφωνα με τις αυτοαναφερόμενες ώρες ύπνου και πρωινής έγερσης, η μέση διάρκεια νυχτερινού ύπνου των μαθητών ήταν 6 ώρες και 58 min (SD=70 min). Η μέση τιμή της ώρας επέλευσης του ύπνου ήταν 00:18±01:08 και της πρωινής έγερσης ήταν 07:15±00:32. Περίπου το 60% των μαθητών ανέφερε ότι έκανε μεσημεριανό ύπνο (κοιμούνται το μεσημέρι από μισή ώρα μέχρι 4 ώρες) με μία μέση τιμή 2,7±1,3 για τις εργάσιμες ημέρες, ενώ 68,5% κοιμόντουσαν το μεσημέρι τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα. Η μέση διάρκεια μεσημεριανού ύπνου ήταν (1 ώρα και 56 min±1ώρα και 2 min). Η μέση διάρκεια συνολικού ύπνου εικοσιτετραώρου λαμβάνοντας υπόψιν νυχτερινό και μεσημεριανό ύπνο ήταν 7 ώρες και 28 min±1 ώρα και 16 min. 9,3%

του δείγματος κοιμόταν περίπου 6 ώρες την ημέρα, 31,1% μεταξύ 6 και 7 ωρών, 32,5% μεταξύ 7 και 8 ωρών, 18,1% μεταξύ 8 και 9 ωρών, και 9,0% περισσότερο από 9 ώρες.

Οι τιμές της διάρκειας του ύπνου σε σχέση με το σχολείο, το σχολικό πρόγραμμα, την τάξη και το φύλο παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ μέσης διάρκειας ύπνου αγοριών και κοριτσιών μαθητών (7,53 vs. 7,40 ώρες). Παρομοίως δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων των μαθητών που παρακολουθούσαν το πρωινό σχολικό πρόγραμμα, μεταξύ των διαφορετικών σχολείων ή την 1η, 2η ή 3η τάξη λυκείου. Αντίθετα, όπως δείχνει ο πίνακας 1, οι μαθητές του Γενικού Λυκείου 2, κοιμόντουσαν περισσότερο κατά τη διάρκεια των εβδομάδων που παρακολουθούσαν απογευματινά μαθήματα σε σχέση με αυτές των πρωινών μαθημάτων ($t=11,35$, $df=161$, $P<0,001$). Όταν έγινε η ανάλυση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης των παραγόντων που επηρέαζαν την ολική διάρκεια ύπνου (πίνακας 2), βρέθηκε ότι οι μαθητές της τεχνικής εκπαίδευσης κοιμόντουσαν σημαντικά λιγότερο από τους μαθητές της γενικής εκπαίδευσης, και ότι τα αγόρια κοιμόντουσαν ελαφρώς περισσότερο από ότι τα κορίτσια. Για το σύνολο του δείγματος, ο κύριος παράγοντας που επηρέασε την ολική διάρκεια ύπνου ήταν ο χρόνος που επενδύθηκε στις διάφορες δραστηριότητες. Ξεχωριστή ανάλυση των δύο φύλων έδειξε ότι οι δραστηριότητες που συνδέονται με λιγότερο ύπνο ήταν για τα αγόρια αυτές που σχετίζονταν με την κοινωνική ζωή, ενώ για τα κορίτσια αυτές που σχετίζονταν με φροντιστήρια και άλλες εκπαιδευτικές δραστηριότητες συμπληρωματικές του σχολικού προγράμματος.

Παράπονα για τον ύπνο

Τα παράπονα σε σχέση με τον ύπνο όπως προκύπτουν από την AIS, ήταν κυρίως αυτά που σχετίζονται με καθυστερημένη έλευση ύπνου και ανεπαρκή ολική διάρκεια ύπνου (πίνακας 3). Από το σύνολο των 713 εφήβων μαθητών του δείγματός μας, 697 έδωσαν έγκυρες απαντήσεις στην πλειονότητα των θεμάτων της AIS, και από αυτά το 56,5% είχε βαθμολογήσει τουλάχιστον ένα από τα λήμματα της AIS-5 ως σημαντικά ή σοβαρά διαταραγμένο. Το 29,2%

Πίνακας 1. Ολική αναφερόμενη διάρκεια ύπνου (σε ώρες, μέση τιμή+SD) σύμφωνα με το σχολικό πρόγραμμα, το σχολείο, την τάξη και το φύλο.

Πρόγραμμα	Σχολείο	Τάξη	Αγόρια	Κορίτσια	Ολικό δείγμα
Πρωί	Γενικό Λύκειο 1	1	7,89 + 1,29	7,87 + 1,11	7,88 + 1,18
		2	7,54 + 1,18	7,12 + 1,19	7,29 + 1,20
		3	7,53 + 0,95	7,08 + 0,96	7,28 + 0,98
	Γενικό Λύκειο 2	1	7,30 + 1,66	7,53 + 1,19	7,41 + 1,44
		2	7,78 + 1,09	7,74 + 1,07	7,75 + 1,06
		3	7,62 + 1,23	7,62 + 0,75	7,62 + 1,00
	Τεχνικό Λύκειο	1	7,28 + 1,53	7,24 + 1,47	7,26 + 1,49
		2	7,53 + 1,46	7,57 + 1,23	7,55 + 1,36
		3	7,73 + 1,46	6,69 + 1,23	7,03 + 1,37
Απόγευμα	Γενικό Λύκειο 2	1	8,54 + 1,47	8,96 + 1,18	8,75 + 1,34
		2	8,94 + 1,78	9,13 + 1,34	9,08 + 1,45
		3	8,73 + 1,67	8,59 + 1,29	8,66 + 1,47
<i>Μέσες τιμές</i>					
Πρωινό πρόγραμμα	Γενικό Λύκειο 1		7,65 + 1,16	7,36 + 1,16	7,48 + 1,17
	Γενικό Λύκειο 2		7,51 + 1,40	7,64 + 1,02	7,58 + 1,20*
	Τεχνικό Λύκειο		7,42 + 1,49	7,24 + 1,39	7,33 + 1,44
	1η τάξη		7,48 + 1,51	7,54 + 1,31	7,51 + 1,40
	2η τάξη		7,57 + 1,28	7,39 + 1,19	7,47 + 1,23
	3η τάξη		7,59 + 1,12	7,18 + 1,01	7,36 + 1,08
	Σύνολο		7,53 + 1,35	7,40 + 1,21	7,46 + 1,27
Απογευματινό πρόγραμμα	Γενικό Λύκειο 2		8,69 + 1,59	8,91 + 1,28	8,82 + 1,42*

*διαφορά μεταξύ των δύο τιμών στατιστικά σημαντική, $P < 0,001$ **Πίνακας 2.** Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση της ολικής διάρκειας ύπνου (για το πρωινό σχολικό ωράριο) του φύλου, της τάξης, του σχολείου, της σχολικής επίδοσης και του χρόνου για σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες. Τρεις ανεξάρτητες αναλύσεις, μία για κάθε φύλο και μία για ολόκληρο το δείγμα.

	B	+	SE	P
Φύλο (0=A, 1=K)	-0,194	+	0,101	0,055
Τάξη 1η	0,024	+	0,115	0,835
Τάξη 2η		col.		
Τάξη 3η	-0,049	+	0,043	0,264
Σχολείο Γενικό Λύκειο 1	0,123	+	0,123	0,318
Γενικό Λύκειο 2		col.		
Τεχνικό Λύκειο	-0,388	+	0,138	0,005
Σχολική επίδοση	0,007	+	0,050	0,882
Σχολικές δραστηριότητες	-0,020	+	0,008	0,016
Εξωσχολικές δραστηριότητες	-0,009	+	0,004	0,018

col. =removed due to co-linearity

εκτίμησε ότι η έλευση του ύπνου του ήταν σημαντικά καθυστερημένη, ενώ το 33,3% ανέφερε ότι η ολική διάρκεια του ύπνου του ήταν τουλάχιστον σημαντικά ανεπαρκής. Παράπονα για κάθε μία από τις άλλες μεταβλητές που εξετάστηκαν από την AIS-5 (νυχτερινή αφύπνιση, πολύ νωρίς πρωινή αφύπνιση και ποιότητα ύπνου) έγιναν μεταξύ 10% και 20% των ερωτηθέντων (πίνακας 3).

Η συνολική βαθμολογία της AIS-5 σε σχέση με το σχολείο, την τάξη και το φύλο παρουσιάζονται στον

πίνακα 4. Σύμφωνα με τις μέσες τιμές, δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των μαθητών των τριών σχολείων όμως υπήρχε μία σημαντική διαφορά σε σχέση με τις τρεις τάξεις του λυκείου (ANOVA $F=4,58$, $df=696$, $P=0,011$). Βρέθηκε σημαντική διαφορά επίσης μεταξύ των δύο φύλων. Τα παράπονα για τον ύπνο ήταν σημαντικά πιο έντονα στα κορίτσια παρά στα αγόρια ($t=4,38$, $df=693,1$, $P<0,001$). Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση της AIS-5 βαθμολογίας παρουσιάζεται στον πίνακα 5. Όπως φαίνεται από τον πίνακα επιβεβαιώνονται οι διαφορές μεταξύ των φύλων

Πίνακας 3. Ποσοστό παραπόνων για τον ύπνο συνολικά και σε σχέση με το φύλο όπως αναφέρεται από την AIS-5 (συνολική βαθμολογία ± σταθερή απόκλιση). Αριθμός (και ποσοστό) απαντούντων που εκτιμούν ότι έχουν τουλάχιστον ένα συγκεκριμένο πρόβλημα με τα σχετικά θέματα.

	Αγόρια	Κορίτσια	Ολικό δείγμα
Λήμματα της AIS-5			
Επέλευση ύπνου (n=696)	76 (24,6%)	125 (32,4%)	201 (29,2%)
Νυχτερινές αφυπνίσεις (n=697)	39 (12,6%)	99 (25,1%)	136 (19,0%)
Πρωινή αφύπνιση (n=695)	50 (16,2%)	85 (22,0%)	135 (18,9%)
Ολική διάρκεια ύπνου (n=697)	83 (26,7%)	154 (39,8%)	237 (33,3%)
Ποιότητα ύπνου (n=697)	31 (10,0%)	70 (18,1%)	101 (14,1%)
Οποιοδήποτε λήμμα της AIS-5 (n=697)	156 (50,3%)	238 (61,5%)	394 (56,5%)

Πίνακας 4. Συνολική βαθμολογία της AIS-5 (μέση τιμή + SD) Ελλήνων εφήβων μαθητών σε σχέση με τη σχολική τάξη και το φύλο.

Σχολείο	Τάξη	Αγόρια	Κορίτσια	Ολικό δείγμα
Γενικό Λύκειο 1	1	3,40 + 2,42	4,34 + 3,17	3,96 + 2,91
	2	4,00 + 2,65	5,62 + 3,25	4,96 + 3,11
	3	3,83 + 2,47	4,37 + 2,34	4,13 + 2,40
Γενικό Λύκειο 2	1	3,03 + 1,99	5,23 + 3,43	4,08 + 2,96
	2	4,07 + 2,43	5,33 + 3,14	4,96 + 2,99
	3	4,21 + 3,08	4,43 + 2,49	4,33 + 2,77
Τεχνικό Λύκειο	1	4,18 + 2,78	4,64 + 3,34	4,43 + 3,09
	2	4,51 + 3,20	5,24 + 3,47	4,83 + 3,32
	3	3,83 + 2,17	4,62 + 3,56	4,33 + 3,11
Μέσες τιμές	Γενικό Λύκειο 1	3,76 + 2,52	4,87 + 3,06	4,40 + 2,89
	Γενικό Λύκειο 2	3,67 + 2,56	5,02 + 3,05	4,42 + 2,91
	Τεχνικό Λύκειο	4,27 + 2,88	4,80 + 3,40	4,55 + 3,16
	1η τάξη	3,64 + 2,52	4,64 + 3,29	4,19 + 3,00*
	2η τάξη	4,22 + 2,84	5,45 + 3,26	4,92 + 3,14*
	3η τάξη	3,97 + 2,65	4,45 + 2,67	4,24 + 2,66*
	Σύνολο	3,92 + 2,67**	4,89 + 3,16**	4,46 + 2,99

* Διαφορά μεταξύ των τριών τιμών στατιστικά σημαντική, $P=0,011$

** Διαφορά μεταξύ των δύο τιμών στατιστικά σημαντική, $P<0,001$

Πίνακας 5. Πολλαπλή Γραμμική Ανάλυση της AIS-5, του φύλου, της τάξης, του σχολείου, της σχολικής επίδοσης και του χρόνου για σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες. Τρεις ανεξάρτητες αναλύσεις, μία για κάθε φύλο και μία για ολόκληρο το δείγμα.

	<i>b</i>	+	<i>SE</i>	<i>P</i>
Φύλο(0=A, 1=K)	1,105	+	0,232	0,001
Τάξη 1η	-0,775	+	0,263	0,003
Τάξη 2η			col.	
Τάξη 3η	-0,240	+	0,099	0,016
Σχολείο Γενικό Λύκειο 1	0,164	+	0,283	0,563
Γενικό Λύκειο 2			col.	
Τεχνικό Λύκειο	0,105	+	0,315	0,738
Σχολική επίδοση	-0,390	+	0,114	0,001
Σχολικές δραστηριότητες	0,002	+	0,019	0,916
Εξωσχολικές δραστηριότητες	0,010	+	0,009	0,260

col. = removed due to co-linearity

όπως και οι διαφορές στις τρεις τάξεις. Μαθητές της δευτέρας λυκείου παραπονιούνται για τον ύπνο τους περισσότερο από αυτούς της πρώτης και της τρίτης λυκείου. Επιπρόσθετα, η σχολική επίδοση σχετίζεται αρνητικά με τα παράπονα για τον ύπνο. Μαθητές με χαμηλότερη σχολική επίδοση είναι πιθανόν να εμφανίσουν υψηλότερη βαθμολογία AIS-5 (πίνακας 5). Όσον αφορά το φύλο, βρέθηκε ότι οι διαφορές που αφορούν τις τρεις τάξεις και τη σχολική επίδοση είναι αυξημένες μεταξύ των κοριτσιών παρά μεταξύ των αγοριών. Τέλος, τα παράπονα για τον ύπνο δεν βρέθηκε να σχετίζονται με τις διάφορες σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες (πίνακας 5).

Συζήτηση

Σε αυτήν τη μελέτη διερευνήθηκε δείγμα 713 εφήβων χρησιμοποιώντας αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Βρέθηκε ότι η μέση διάρκεια ύπνου που αναφέρθηκε ήταν 7 ώρες και 28 min±1 ώρα και 16 min. Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με μελέτες μαθητών από την Taiwan, την Κίνα, και τις ΗΠΑ.^{14,24-26}

Η ώρα έλευσης ύπνου το βράδυ ήταν αργότερα για τους Έλληνες μαθητές σε σχέση με αυτή των μαθητών από άλλες χώρες.^{25,27} Σε γενικές γραμμές, η

ώρα έλευσης του ύπνου στην Ελλάδα για όλες τις ηλικίες είναι αρκετά αργότερα σε σχέση με άλλες χώρες και είναι συνήθως γύρω στα μεσάνυχτα ή και αργότερα για την πλειονότητα του πληθυσμού. Η μέση τιμή ώρας αφύπνισης ήταν επίσης αργότερα σε σχέση με αυτή άλλων μελετών.^{12,25,27} και αυτό μπορεί να εξηγηθεί από τη γειτνίαση των δημόσιων σχολείων με τα σπίτια, συνήθως δεν απέχουν πάνω από 5-10 min για την πλειονότητα των μαθητών και επίσης από το γεγονός του ότι το πρωινό δεν θεωρείται στην Ελλάδα σημαντικό γεύμα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επίσης δείχνουν ότι η διαφορά μεταξύ μέσης διάρκειας ύπνου για τα δύο φύλα δεν υπερβαίνει τα 8 min. Το φύλο δεν βρέθηκε σε άλλες μελέτες να επηρεάζει ουσιαστικά τη διάρκεια ύπνου.^{24,28} Σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, το σχολικό ωράριο και οι διάφορες δραστηριότητες βρέθηκαν να επηρεάζουν την ολική διάρκεια ύπνου των εφήβων.²⁹⁻³²

Ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό του δείγματός μας είναι ότι περίπου το 70% των μαθητών συνήθιζε να κοιμάται το μεσημέρι. Δύο άλλες μελέτες ασχολούνται με τη συνήθεια του μεσημεριανού ύπνου σε άλλους πληθυσμούς μαθητών. Και στις δύο αυτές έρευνες η συχνότητα του μεσημεριανού ύπνου είναι χαμηλότερη σε σχέση με αυτή των Ελλήνων μαθητών.^{24,27} Ο μεσημεριανός ύπνος είναι διαδομένη συνήθεια στον ελληνικό πληθυσμό παρόλο που φαίνεται να μειώνεται ως συνήθεια.³³ Η μέση τιμή διάρκειας μεσημεριανού ύπνου ήταν περίπου 2 ώρες για τους μαθητές που κοιμόντουσαν τακτικά το μεσημέρι, όμως η συνολική διάρκεια ύπνου δεν υπερέβαινε αυτή των μαθητών που δεν είχαν τακτικό μεσημεριανό ύπνο πάνω από 40 min. Αυτό δείχνει ότι ο μεσημεριανός ύπνος χρησιμοποιείται κυρίως ως αντισταθμιστικός παράγοντας για τις μειωμένες ώρες νυχτερινού ύπνου.

Τα κύρια παράπονα για τον ύπνο στην έρευνά μας σχετίζονται με την καθυστερημένη επέλευση ύπνου (29%) και την ανεπαρκή ολική διάρκεια ύπνου (33%), ενώ η νυχτερινή αφύπνιση και η πολύ πρωινή αφύπνιση αναφέρθηκαν ως προβλήματα πολύ σπανιότερα. Αυτά τα ευρήματα είναι μερικώς σύμφωνο με μία μελέτη Ταϊβανέζων μαθητών, 27% των οποίων ανέφερε προβλήματα για καθυστερημένη επέλευση

ση ύπνου²⁴ και με μία με Ιταλούς μαθητές 20% των οποίων είχαν τις ίδιες δυσκολίες.²⁷

Στον πληθυσμό μας 56,5% είχαν βαθμολογήσει τουλάχιστον ένα από τα λήμματα της AIS-5 ως σημαντικά ή σοβαρά διαταραγμένο. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με μια έρευνα 763 Γάλλων μαθητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης,³⁴ ενώ είναι πολύ υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό σε έρευνα με Κινέζους μαθητές.²⁵ Τα ποικίλα ποσοστά παραπόνων για τον ύπνο μεταξύ διαφορετικών ερευνών και πληθυσμών μπορεί να οφείλονται σε πολιτισμικές και δημογραφικές διαφορές, αλλά επίσης και στις διαφορετικές μεθόδους αξιολόγησης στις διάφορες μελέτες. Τα παράπονα για τον ύπνο βρέθηκε ότι αυξάνουν σε σχέση με την ηλικία.^{25,35,36} Τα ευρήματά μας ότι οι μαθητές της δευτέρας λυκείου παραπονιούνται περισσότερο για τον ύπνο τους, ενώ τα παράπονα μειώνονται στην τρίτη λυκείου, μπορεί να είναι αποτέλεσμα ιδιομορφιών της ελληνικής κοινωνίας και του σχολικού συστήματος. Γενικά στην Ελλάδα υπάρχει μία μεγάλη συναισθηματική και οικονομική επένδυση των γονιών για την εκπαίδευση των παιδιών τους και ειδικά σε σχέση με την είσοδό τους στο Πανεπιστήμιο μέσω των Πανελληνίων εξετάσεων. Στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα όμως οι μαθητές δεν είναι εξοικειωμένοι με εξετάσεις στα προηγούμενα σχολικά χρόνια και οι εξετάσεις των πρώτων σχολικών ετών δεν είναι καθοριστικές για την πρόοδό τους. Επομένως έχουν να αντιμετωπίσουν εξετάσεις καθοριστικής σημασίας για το μέλλον τους στο τέλος του δεύτερου και τρίτου και τελευταίου έτους των σπουδών τους στο λύκειο. Επιπρόσθετα, το εκπαιδευτικό σύστημα στην Ελλάδα άλλαξε πολλές φορές τα τελευταία 20 χρόνια και αυτές οι αλλαγές προκάλεσαν πολύ άγχος στους μαθητές και τις οικογένειές τους. Συνεπώς πιθανόν τα παράπονα για τον ύπνο να αυξάνουν όταν οι μαθητές αντιμετωπίζουν για πρώτη φορά στη 2α λυκείου τις εξετάσεις με τις μεγαλύτερες απαιτήσεις και να μειώνονται όταν αρχίζουν να συνηθίζουν τις εξετάσεις αυτές.

Παρόμοια ευρήματα με τη δική μας έρευνα είχαν δύο άλλες μελέτες που αναφέρουν παράπονα για τον ύπνο πιο συχνά από κορίτσια παρά από αγόρια.^{35,37}

Καμία μελέτη μέχρι τώρα δεν έχει συσχετίσει τα παράπονα για τον ύπνο με τη σχολική επίδοση. Στο δείγμα μας, μαθητές με χαμηλότερη σχολική επίδοση είναι πιο πιθανόν να κάνουν παράπονα για τον ύπνο. Φαίνεται ότι οι σκληρά εργαζόμενοι μαθητές που τα πηγαίνουν καλύτερα στο σχολείο δεν παραπονιούνται για το μειωμένο τους ύπνο, γιατί συνειδητοποιούν την ανάγκη για συστηματική και συνεχόμενη προσπάθεια, έτσι ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του εκπαιδευτικού συστήματος.

Το πιο ενδιαφέρον εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με την αναφερόμενη μειωμένη διάρκεια ύπνου δεν ήταν οι ίδιοι σε σχέση με αυτούς που επηρέασαν τα παράπονα σε σχέση με τον ύπνο. Η διάρκεια του ύπνου ήταν ανεξάρτητη από φύλο, σχολική τάξη και σχολική επίδοση, ενώ εξαρτάται από το είδος του σχολείου (μικρότερη διάρκεια ύπνου για τους μαθητές τεχνικού λυκείου) και με τον χρόνο που περνούν στις διάφορες δραστηριότητες (τα αγόρια κοιμόντουσαν λιγότερο όταν είχαν πιο πολλές εξωσχολικές δραστηριότητες, ενώ τα κορίτσια κοιμόντουσαν λιγότερο όταν είχαν πιο πολλές σχολικές δραστηριότητες). Τα παράπονα για τον ύπνο ήταν ανεξάρτητα από τον τύπο του σχολείου και τον χρόνο που επενδύσαν στις διάφορες σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες, αλλά εξαρτιόταν από την τάξη, το φύλο και τη σχολική επίδοση.

Προηγούμενες μελέτες για τον ύπνο των εφήβων βάσισαν την προσέγγισή τους στη διάρκεια του ύπνου ή στα παράπονα για τον ύπνο και καμία απευθείας σύγκριση των παραγόντων που τα επηρεάζουν δεν έχει γίνει. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας υποδεικνύουν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διάρκεια του ύπνου σχετίζονται περισσότερο με πρακτικά ζητήματα όπως το σχολικό πρόγραμμα και οι διάφορες δραστηριότητες, ενώ τα παράπονα για τον ύπνο είναι κυρίως αποτελέσματα άλλων επιρροών, που σχετίζονται με το φύλο ή με συγκεκριμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των μαθητών. Η διαφορά μεταξύ αντικειμενικής διάρκειας ύπνου και παραπόνων για τον ύπνο πρέπει να ληφθεί υπόψη στις μελλοντικές μελέτες για τον ύπνο των εφήβων.

Habits and problems of sleep in adolescent students

E. Lazaratou, D. Dikeos, D. Anagnostopoulos, C. Soldatos

1st Department of Psychiatry, Athens University Medical School, Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2008, 19:221–230

The evaluation of sleep habits and sleep related problems in high school adolescent students in the Athens area and the assessment of these problems' relation to demographic and other variables was investigated by the Athens Insomnia Scale – 5 item version (AIS-5), which was administered to 713 adolescent Senior High School students in the Greater Athens Area. Data such as age, sex, school records, and time spent per week in school-related and extracurricular activities were collected. The sample's mean sleep duration was 7,5 hours, mean bedtime 12:20 am and wake-up time 7:15 am. Total sleep time was not affected by gender, but was influenced by time spent in various activities. Sleep complaints were related to delayed sleep, onset latency and insufficient total duration of sleep. Girls complained more than boys, while correlations showed that students with lower academic performance and those in second grade were more likely to have higher AIS-5 scores. The results show that sleep time of high school students is dependent on practical matters such as school schedule and other activities, while sleep complaints are related to female gender, bad school performance as well as to the second grade. The difference between actual sleep time and sleep complaints should be considered when studying the sleep of adolescents.

Key words: Adolescent, sleep disturbances, sleep complaints.

Βιβλιογραφία

1. Σολδάτος ΚΡ, Δικαίος ΔΓ. Ο φυσιολογικός ύπνος. *Ελλην Ιατρ* 1997, 63:224–227
2. Σολδάτος Κ. (Επιμ). *Διαταραχές του Ύπνου. Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική*. Ιατρικές Εκδόσεις «Σελίδα», Αθήνα, 1993
3. Jeammet Ph. Peut-on Parler d'une spécificité de la psychopathologie de l' adolescence? *L' Informat Psychiatr* 1981, 57:171–182
4. Λαζαράτου Ε, Δικαίος Δ, Σολδάτος Κ. Αναπτυξιακή θεώρηση των διαταραχών ύπνου. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2002, 19:633–644
5. Verlander LA, Benedict JO, Hanson DP. Stress and sleep patterns of college students. *Percept Motor Skills* 1999, 88:893–898
6. Schuen JN, Millard SL. Evaluation and treatment of sleep disorders in adolescents. *Adolesc Med* 2000, 11:605–616
7. Okawa M, Uchiyama M, Ozaki S, Shigui K, Ichikawa H. Circadian rhythm sleep disorders in adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998, 52:483–490
8. Holmen TL, Barrett-Connor E, Holmen J, Bjerner L. Health problems in teenage daily smokers versus nonsmokers, Norway, 1995-1997: the Nord-Trondelag Health Study. *Am J Epidem* 2000, 151:148–155
9. Lexcen FJ, Hicks RA. Does cigarette smoking increase sleep problems? *Percept Motor Skills* 1993, 77:16–18
10. Marcelli D, Braconnier A. Perturbations de conduites d'endormissement et du sommeil. In: Marcelli D, Braconnier A (eds) *Psychopathologie de l'adolescent*. Edit Masson, Paris, 1988:143–148
11. Arakawa M, Taira K, Tanaka H, Yamakawa K, Toguchi H, Kadokaru H et al. A survey of junior high school students' sleep habit and lifestyle in Okinawa. *Psychiatry Clin Neurosciences* 2001, 55:211–212
12. Mantz J, Muset A, Winter AS. The characteristics of sleep-wake rhythm in adolescents aged 15-20 years. A survey made at school during ten consecutive days. *Arch Paediatr* 2000, 7:256–262
13. Roberts RE, Roberts CR, Chen IG. Ethnocultural differences in sleep complaints among adolescents. *J Nervous Ment Disease* 2000, 188:222–229
14. Wolfson AR, Carskadon MA. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Developm* 1998, 69:875–887
15. Carskadon MA, Wolfson AR, Acebo C, Tzischinsky O, Seifer R. Adolescent sleep patterns, circadian timing, and sleepiness at a transition to early school days. *Sleep* 1998, 21:871–881
16. Fukuda K, Ishihara K. Age-related changes of sleeping pattern during adolescence. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001, 55:231–232

17. Carskadon MA. Patterns of sleep and sleepiness in adolescents. *Pediatrician* 1990, 17:5-12
18. Kelman BB. The sleep needs of adolescents. *J School Nurs* 1999, 15:14-19
19. Laperge L, Petit D, Simard C, Vitaro F, Tremblay RE, Montplaisir J. Development of sleep patterns in early adolescence. *J Sleep Research* 2001, 10:59-67
20. Levy D, Gray-Donald K, Leech J, Zvagulis I, Pless IB. Sleep patterns and problems in adolescents. *J Adolescent Health Care* 1986, 7:386-389
21. Murata K, Araki S. Menarche and sleep among Japanese school-girls: an epidemiological approach to onset of menarche. *Tohoku J Experim Med* 1993, 171:21-27
22. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Research* 2000, 48:555-560
23. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J Psychosom Research* 2003, 55:263-267
24. Gau SE, Soong WT. Sleep problems of junior high school students in Taipei. *Sleep* 1995, 18:667-673
25. Liu X, Uchiyama M, Okawa M, Kurita H. Prevalence and correlates of self-reported sleep problems among Chinese adolescents. *Sleep* 2000, 23:27-34
26. Yang L, Zuo C, Eaton LF. Research note: sleep problems of normal Chinese adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 1987, 28:167-172
27. Manni R, Raui MT, Marchioni E, Castelnuovo G, Murelli R, Sartori I et al. Poor sleep in adolescents: a study of 869 17-year-old Italian secondary school students. *J Sleep Research* 1997, 6:44-49
28. Tynjala J, Kannas L, Valimaa R. How young Europeans sleep. *H Educat Research* 1993, 8:69-80
29. Carskadon MA, Vieira C, Acebo C. Association between puberty and delayed phase preference. *Sleep* 1993, 16:258-262
30. Epstein R, Chillag N, Lavie P. Starting times of school: effects on daytime functioning of fifth-grade children in Israel. *Sleep* 1998, 21:250-256
31. Ferber R. Sleep schedule-dependent causes of insomnia and sleepiness in middle childhood and adolescence. *Pediatrician* 1990, 17:13-20
32. Tynjala J, Kannas L, Levalahti E. Perceived tiredness among adolescents and its association with sleep habits and use of psychoactive substances. *J Sleep Research* 1997, 6:189-198
33. Soldatos C, Madianos M, Vlachonikolis I. *Early afternoon napping: a fading Greek habit*. Sleep, Supplement. 6th European Congress on Sleep Research, 1982:202-205
34. Vigneau J, Bailly D, Duhamel A, Vervaccke P, Beuscart R, Collinet C. Epidemiologic study of sleep quality and troubles in French secondary school adolescents. *J Adolescent Health* 1997, 21:343-350
35. Park YM, Matsumoto K, Shinkoda H, Nagashima H, Kang MJ, Seo YJ. Age and gender difference in habitual sleep-wake rhythm. *Psych Clin Neurosciences* 2001, 55:201-203
36. Shikoda H, Matsumoto K, Park YM, Nagashima H. Sleep-wake habits of schoolchildren according to grade. *Psych Clin Neurosci* 2000, 54:287-289
37. Ipsiroglu OS, Fatemi A, Werner I, Paditz E, Schwarz B. Self-reported organic and nonorganic sleep problems in schoolchildren aged 11 to 15 years in Vienna. *J Adolescent Health* 2002, 31:436-442

Αλληλογραφία: Ε. Λαζαράτου, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Βασ. Σοφίας 72-74, 115 28 Αθήνα
Τηλ: 210-64 62 075

Ερευνητική εργασία Research article

Στάσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με την αυτοκτονία

Ε. Βαλεργάκη,¹ Μ. Τσαγκαράκης,¹ Γ. Στριμπούλη-Γριμπούλη,²
Ε. Ανυφαντάκη,³ Ι. Τριποδιανάκης⁴

¹Ψυχιατρική Κλινική, ²Παθολογικός Τομέας, ³Ιδιώτης Ψυχολόγος, ⁴Ιδιώτης Ψυχίατρος,
Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Ρέθυμνο

Ψυχιατρική 2008, 19:231–237

Στη μελέτη αυτή διερευνήσαμε τη στάση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης και των Κέντρων Υγείας του νομού σε σχέση με την αυτοκτονία και στον αυτοκτονικό ασθενή, προκειμένου να διαπιστώσουμε την ανάγκη εκπαίδευσης του στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών. Χρησιμοποιήσαμε το Ερωτηματολόγιο της Στάσης σε σχέση με την αυτοκτονία που αποτελείται από 21 λήμματα και έχει τρεις υποκλίμακες: συναισθηματική στάση προς τον ασθενή, επαγγελματική επάρκεια στην αντιμετώπισή του και στάση στο δικαίωμα στην αυτοκτονία. Βρήκαμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είχε μια σημαντικά πιο συναισθηματική στάση προς τον ασθενή, όπως και οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Τα άτομα που δήλωσαν ότι είναι θρησκευόμενα είχαν μια σημαντικά πιο επικριτική στάση απέναντι στην αυτοκτονία, αλλά και πιο συναισθηματική στάση προς τον ασθενή, συγκριτικά με τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν είναι θρησκευόμενα. Τέλος, το 26% των ερωτηθέντων διαφώνησαν με το ότι τα άτομα που αυτοκτονούν πάσχουν από ψυχική ασθένεια. Συμπερασματικά τονίζεται η ανάγκη εκπαίδευσης του προσωπικού στην παροχή επαγγελματικής φροντίδας σε μία τόσο δύσκολη ομάδα ατόμων όπως αυτά μετά από απόπειρα αυτοκτονίας ή άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό.

Λέξεις ευρετηρίου: Στάσεις, αυτοκτονία, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό.

Εισαγωγή

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε γενικά νοσοκομεία είναι μεγαλύτερος από ότι στον γενικό πληθυσμό και αυτό συνδέεται με τη σοβαρότητα των σωματικών καταστάσεων για τις οποίες νοσηλεύονται οι ασθενείς. Έτσι, ασθενείς με διάφορες κακοήθεις νόσους, καρδιοπάθειες, νευρολογικά νοσήματα, βλάβες του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού και άλλες σοβαρές σωματικές καταστάσεις, θεωρούνται άτομα υψηλού κινδύνου για να εμφανίσουν αυτοκτονικό ιδεασμό ή/και αυτοκτονικές συμπεριφορές.^{1,2} Παράλληλα, στα γενικά νοσοκομεία, συχνά νοσηλεύονται άτομα μετά από απόπειρα αυτοκτονίας για την αντιμετώπιση των σωματικών επιπλοκών.

Ο ρόλος του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του κινδύνου αυτοκτονίας αυτών των ασθενών, όπως και στον κατάλληλο χειρισμό των ατόμων που εισάγονται μετά από απόπειρα αυτοκτονίας, είναι σημαντικός. Γνώση και κατανόηση είναι απαραίτητες για την παροχή επαγγελματικής φροντίδας σε αυτή την πραγματικά δύσκολη ομάδα ατόμων.³ Η προσέγγιση με γνώση, ενδιαφέρον και ευαισθησία μπορεί να συμβάλει στη διακοπή της αυτοκαταστροφικής διαδικασίας.⁴ Για το λόγο αυτό η κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού στην προσέγγιση αυτοκτονικών ασθενών, έχει περιληφθεί στα προγράμματα πρόληψης των αυτοκτονιών σε πολλές χώρες.⁵

Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι το προσωπικό του γενικού νοσοκομείου μπορεί να βιώνει αρνητικά συναισθήματα προς τον αυτοκτονικό ασθενή.^{6,1,3} Είναι σαφές ότι οι αυτοκτονικοί ασθενείς δεν είναι πολύ δημοφιλείς στα ιατρικά τμήματα και έχει διαπιστωθεί ότι πιο αρνητική στάση έχει το προσωπικό στα τμήματα επειγόντων περιστατικών όπου ο φόρτος εργασίας είναι σχεδόν πάντα υπερβολικός.⁶ Εκτός από το φόρτο εργασίας, άλλοι παράγοντες που πιστεύεται ότι επηρεάζουν τη στάση του προσωπικού είναι οι προσωπικές τους πεποιθήσεις για την αυτοκτονία, η έλλειψη εκπαίδευσης και η έλλειψη εμπειρίας.^{7,8}

Στη μελέτη αυτή παρουσιάζουμε τη στάση απέναντι στην αυτοκτονία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Γ.Ν. Ρεθύμνης και των τεσσάρων Κέντρων Υγείας του Νομού. Ειδικότερα

εξετάστηκε αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και κατά πόσο δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως, το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα, τα χρόνια στο επάγγελμα, η εμπειρία με άτομα που έχουν πραγματοποιήσει απόπειρα αυτοκτονίας ή έχουν εκφράσει αυτοκτονικό ιδεασμό, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και η ύπαρξη απόπειρας ή αυτοκτονίας στο άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον επηρεάζει τη στάση τους. Απώτερος στόχος ήταν η διερεύνηση της ανάγκης εκπαίδευσης του προσωπικού στην προσέγγιση τέτοιων ασθενών.

Υλικό και μέθοδος

Δείγμα

Οι συμμετέχοντες ήταν ένα τυχαίο δείγμα από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου και των τεσσάρων Κέντρων Υγείας του Νομού που ανταποκρίθηκαν στην πρόσκληση να συμμετάσχουν στην έρευνα. Συνολικά υπήρχαν 104 συμμετέχοντες στην έρευνα (11 άτομα εξαιρέθηκαν διότι δεν απάντησαν πλήρως τα ερωτηματολόγια). Από τα άτομα αυτά, 70 (67%) εργαζόταν στο Νοσοκομείο και 34 (37%) στα Κέντρα Υγείας. Οι 48 (46%) ήσαν ιατροί και οι 56 (54%) νοσηλευτικό προσωπικό. Η ηλικία των συμμετεχόντων είχε μέσο όρο τα 36,7 έτη (εύρος από 22 έως 63 έτη, τυπική απόκλιση=10,04). Ο μέσος χρόνος επαγγελματικής απασχόλησης ήταν τα 10,09 έτη (εύρος από 0,5 έως 35 έτη, τυπική απόκλιση=8,83). Οι 74 συμμετέχοντες (71%) δήλωσαν ότι είχαν επαφή στον χώρο εργασίας με ασθενή με τάση αυτοκτονίας, ενώ οι 30 (29%) όχι. Σε ότι αφορά τη θρησκευτικότητα, οι 78 συμμετέχοντες (75%) δήλωσαν ότι είναι θρησκευόμενα άτομα με συχνότητα εκκλησιασμού συστηματικά οι 12 και αραιά οι 44. Αντίθετα, 26 άτομα (25%) δήλωσαν ότι δεν είναι θρησκευόμενα άτομα. Τέλος, 9 άτομα (8%) ανέφεραν ιστορικό απόπειρας ή αυτοκτονίας στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Υλικά

Προκειμένου να καταγραφεί η στάση των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο της Στάσης στην Αυτοκτονία.⁷ Το ερωτηματολόγιο αυτό που αποδόθηκε στα ελληνικά με τη διαδικασία μετάφρασης-αντίστροφης μετάφρασης (βλ.

Παράρτημα) αποτελείται από 21 προτάσεις-ερωτήσεις. Οι απαντήσεις έχουν την μορφή οπτικού αναλόγου, δηλαδή γραμμής μήκους 100 χιλιοστών, όπου το 0 αντιστοιχεί στο «διαφωνώ πολύ» και το 100 στο «συμφωνώ πολύ». Το Ερωτηματολόγιο της Στάσης στην Αυτοκτονία αποτελείται από τρεις υποκλίμακες που βασίζονται σε παραγοντική ανάλυση: τη συναισθηματική στάση απέναντι στον ασθενή (7 προτάσεις), την επαγγελματική επάρκεια στην αντιμετώπισή του (4 προτάσεις) και τη γνώμη για το δικαίωμα ή όχι στην αυτοκτονία (5 προτάσεις). Η συνολική βαθμολογία για κάθε υποκλίμακα προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των επιμέρους προτάσεων που την αποτελούν και για τις προτάσεις με αρνητικό βάρος η βαθμολογία προκύπτει μετά από αφαίρεση από 100. Οι υπόλοιπες 5 προτάσεις του ερωτηματολογίου δεν κατηγοριοποιούνται. Από τις προτάσεις αυτές, δύο είναι οι πιο καίριες και αφορούν τη γνώμη για το κατά πόσον αυτοί που αυτοκτονούν πάσχουν από ψυχική ασθένεια και για το αν κάποιος που θέλει να αυτοκτονήσει πρέπει να παραπέμπεται σε ψυχίατρο. Η εσωτερική σταθερότητα (συντελεστής Cronbach) των υποκλιμακών του Ερωτηματολογίου της Στάσης στην Αυτοκτονία ήταν $\alpha=0,6$ για τον παράγοντα συναισθηματική στάση προς τον ασθενή, $\alpha=0,7$ για την επαγγελματική επάρκεια στην αντιμετώπισή του και $\alpha=0,5$ για το δικαίωμα στην αυτοκτονία. Το ερωτηματολόγιο πληροί αυτό που θεωρείται στάση γιατί περιλαμβάνει και τις τρεις απαραίτητες συνιστώσες της στάσης, δηλαδή τη γνωσιακή, τη συναισθηματική και τη συμπεριφορική.

Παράλληλα με το Ερωτηματολόγιο της Στάσης στην Αυτοκτονία, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν και ένα ερωτηματολόγιο με τα παρακάτω στοιχεία: ηλικία, φύλο, επάγγελμα (ιατρός ή νοσηλεύτης), θρησκευτικότητα και συχνότητα εκκλησιασμού, χρόνια επαγγελματικής απασχόλησης και ιστορικό απόπειρας ή αυτοκτονίας στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Αποτελέσματα

Από τη σύγκριση της στάσης των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ως προς τη συναισθηματική στάση και ως προς το δικαίωμα στην αυτοκτονία.

Συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε μια σημαντικά πιο συναισθηματική στάση ($t=-4,49$, $P<0,001$) και μια πιο επικριτική στάση ως προς στο δικαίωμα στην αυτοκτονία ($t=-2,05$, $P<0,04$). Από την σύγκριση των δύο φύλων βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν μια σημαντικά πιο συναισθηματική στάση σε σχέση με τους άνδρες ($t=-6,25$, $P<0,001$). Σε ότι αφορά τη θρησκευτικότητα, τα άτομα που ανέφεραν ότι είναι θρησκευόμενα έδειξαν μια σημαντικά πιο συναισθηματική στάση απέναντι στον αυτοκτονικό ασθενή ($t=2,033$, $P<0,05$) σε σχέση με τα μη θρησκευόμενα άτομα, ενώ η αυξημένη συχνότητα εκκλησιασμού φάνηκε να συσχετίζεται με μια σημαντικά πιο επικριτική στάση απέναντι στο δικαίωμα στην αυτοκτονία ($r=0,49$, $P<0,001$). Το ιστορικό αυτοκτονίας στην οικογένεια δεν βρέθηκε να επηρεάζει τη στάση. Επίσης, η στάση του προσωπικού δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την ηλικία και τα χρόνια επαγγελματικής απασχόλησης.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις που δεν κατηγοριοποιούνται. Οι 28 από τους 104 ερωτηθέντες (26%) διαφώνησαν με το ότι τα άτομα που αυτοκτονούν πάσχουν από ψυχική ασθένεια, αλλά μόνον 4 (3,6%) δεν συμφώνησαν με την παραπομπή του αυτοκτονικού ασθενούς στον ψυχίατρο. Τέλος, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ του προσωπικού του Νοσοκομείου και των Κέντρων Υγείας και στις τρεις υποκλίμακες.

Συζήτηση

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του γενικού νοσοκομείου έχει την ευθύνη να δημιουργήσει ένα θετικό κλίμα στη συνάντηση του ασθενούς με τις ιατρικές υπηρεσίες. Γνώση και κατανόηση είναι απαραίτητες για την παροχή επαγγελματικής φροντίδας σε μια πραγματικά δύσκολη και απαιτητική ομάδα ατόμων όπως αυτή μετά από απόπειρα αυτοκτονίας ή με αυτοκτονικό ιδεασμό.⁹ Αυτό που ενδιαφέρει όταν διερευνά κανείς την στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην αυτοκτονία και στον αυτοκτονικό ασθενή είναι να δει κατά πόσο οι προσωπικές τους πεποιθήσεις απέναντι στην αυτοκτονία επηρεάζουν την ετοιμότητά τους στη φροντίδα του αυτοκτονικού ασθενή ώστε να λειτουργήσουν αποτρεπτικά σε μια ενδεχόμενη απόπειρα αυτοκτονίας. Το άλλο σημαντικό

θέμα είναι αν γνωρίζει πραγματικά το προσωπικό πώς να αντιμετωπίσει τον αυτοκτονικό ασθενή και εδώ τίθεται το θέμα της εκπαίδευσης.

Η στάση σε σχέση με την αυτοκτονία συνδέεται γενικά με την κουλτούρα. Φυλετικές και εθνικές διαφορές στην κουλτούρα, στις θρησκευτικές πεποιθήσεις και στην κοινωνική θέση επηρεάζουν τις απόψεις για το θάνατο και την αυτοκτονία που έχουν τα μέλη των κοινωνικών ομάδων.¹⁰ Αυτό προκύπτει τόσο από μελέτες σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες όπως για παράδειγμα στις ΗΠΑ¹⁰ όσο και από συγκρίσεις μεταξύ χωρών.¹¹ Σε συμφωνία με τα παραπάνω δίνεται ολοένα και περισσότερο ιδιαίτερη έμφαση και προσοχή στη σημασία και ανάγκη κατανόησης του πολιτισμικού νοήματος της αυτοκτονίας και στην ανάγκη να πάψει να θεωρείται δεδομένο ότι το νόημα και η ερμηνεία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι ίδια σε όλες τις κουλτούρες και υποκουλτούρες.¹² Κατά πόσο, όμως, η στάση απέναντι στην αυτοκτονία, είτε ως ανεκτικότητα είτε ως απαγόρευση, επηρεάζει πραγματικά τους δείκτες αυτοκτονιών είναι θέμα προς συζήτηση. Από τη συγκριτική μελέτη της στάσης στην αυτοκτονία μεταξύ Ολλανδών και Ινδών διαπιστώθηκε ότι η ανεκτικότητα δεν σχετίζεται απαραίτητα με αυξημένο αριθμό αυτοκτονιών και ότι η απαγορευτική στάση στην Ινδία και άλλες μη-δυτικές κοινωνίες δεν δρα και τόσο αποτρεπτικά στην αυτοκτονία.¹¹ Οι παρατηρούμενες διαφορές των δεικτών μπορεί και να οφείλονται σε ελλιπή καταγραφή των περιπτώσεων και στην απουσία έρευνας.¹³ Για κάποιες ομάδες η αυτοκτονία είναι ο παραδοσιακά αποδεκτός τρόπος αντιμετώπισης της ντροπής, της ψυχικής κακουχίας και της σωματικής ασθένειας, ενώ για κάποιες άλλες πολιτισμικές ομάδες η ύπαρξη και μόνο αυτοκτονικού ιδεασμού θεωρείται μια ατιμωτική και εγωιστική εμπειρία που πρέπει να απαλειφθεί.¹⁴ Τουλάχιστον στο Δυτικό κόσμο η αυτοκτονία αντιμετωπίζεται γενικά ως μια παράλογη πράξη που συνδέεται με κάποια ψυχική διαταραχή.

Η θρησκευτικότητα, ανεξάρτητα από το θρήσκευμα ή το δόγμα, θεωρείται ότι είναι ένας προστατευτικός παράγων στην αυτοκτονία.¹⁵ Η θρησκευτικότητα πιστεύεται ότι δρα μέσω της απόρριψης της αποδοχής της αυτοκτονίας ως λύση στα προβλήματα της ζωής και μέσω της αντίθεσης στο δικαίωμα στην αυτοκτονία.¹⁶ Ο Eskin⁸ σύγκρινε τη στάση

σπουδαστών σε ιερατικά και κοσμικά σχολεία. Οι σπουδαστές των ιερατικών σχολείων είχαν μια πιο επικριτική στάση απέναντι στην αυτοκτονία, αλλά και μια πιο συναισθηματική απέναντι στα άτομα με τάση αυτοκτονίας, σε σύγκριση με τους σπουδαστές των κοσμικών σχολείων.

Στη μελέτη μας φαίνεται ότι η στάση στην αυτοκτονία δεν επηρεάζει τη στάση απέναντι στο ασθενή. Η θρησκευτικότητα συσχετίζεται με θετική συναισθηματική στάση προς τον ασθενή, παρά την έντονα απορριπτική στάση προς την αυτοκτονία. Στη μελέτη μας 24 άτομα (23%) διαφώνησαν με τη πρόταση «η ζωή είναι δώρο του Θεού και μόνον αυτός μπορεί να την πάρει πίσω», ενώ 33 (31%) συμφώνησαν με «το δικαίωμα στην αυτοκτονία».

Ένα άλλο εύρημα της μελέτης μας είναι ότι το 26% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι πιστεύουν ότι η αυτοκτονία δεν είναι γενικά αποτέλεσμα ψυχικής διαταραχής να πάει, αν και μόνον 4 (3,6%) διαφώνησαν «με την παραπομπή του ασθενούς σε ψυχίατρο». Σαφώς αυτή η υποτίμηση της σχέσης της αυτοκτονίας με τις ψυχικές διαταραχές θέτει το θέμα της εκπαίδευσης του προσωπικού, εάν θέλουμε αφενός μεν να μειώσουμε το στίγμα της αυτοκτονίας και αφετέρου να βελτιώσουμε την αποτελεσματικότητα της φροντίδας ατόμων υψηλού κινδύνου.^{17,18} Η επίδραση της εκπαίδευσης στην αλλαγή της στάσης έχει διερευνηθεί σε αρκετές μελέτες. Δυστυχώς σε κάθε μελέτη χρησιμοποιήθηκε διαφορετικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα και διαφορετικό όργανο μέτρησης της στάσης. Οι Botega et al¹⁹ βρήκαν ότι ένα δωρο εκπαιδευτικό πρόγραμμα είχε σημαντική θετική επίδραση στη στάση 317 ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία και διατηρήθηκε σε επανέλεγχο μετά από 6 μήνες. Η βελτίωση της στάσης αφορούσε στους παράγοντες της συναισθηματικής στάσης και επαγγελματικής επάρκειας στην φροντίδα του ασθενούς, αλλά όχι στον παράγοντα του δικαιώματος στην αυτοκτονία.

Σε αντίθεση με άλλες μελέτες^{20,7} στις οποίες βρέθηκε ότι όσο αυξάνει η ηλικία και η εμπειρία του προσωπικού η στάση είναι πιο συναισθηματική προς τον αυτοκτονικό ασθενή, δεν βρήκαμε οι δύο αυτές παράμετροι να επηρεάζουν τη στάση.

Τέλος, οι Samuelsson et al²¹ μελέτησαν τις εντυπώσεις ατόμων που πήραν εξιτήριο από γενικό νο-

σοκομείο μετά τη νοσηλεία τους για απόπειρα αυτοκτονίας. Τα άτομα αυτά ανέφεραν ότι τους βοήθησε πολύ, η ποιότητα της φροντίδας, η κατανόηση και η επιβεβαίωση των συναισθημάτων τους. Κατά τους συγγραφείς έλλειψη της επιβεβαίωσης εξηγεί τις αντιδράσεις του ασθενούς στη διάρκεια της νοσηλείας, όπως αίσθηση ότι έχει γίνει βάρος, επιθυμία να φύγει από το νοσοκομείο παρά τις αντίθετες συστάσεις των γιατρών και σε κάποιες περιπτώσεις νέα απόπειρα.

Ένας περιορισμός της μελέτης που πρέπει να αναφερθεί αφορά το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε έχει σταθμιστεί σε πληθυσμό νοσηλευτών και όχι σε άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα μας καταδειχνουν την ανάγκη για εκπαίδευση του προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου και των Κέντρων Υγείας στην αντιμετώπιση ατόμων με τάση αυτοκαταστροφής.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο της Στάσης σε σχέση με την Αυτοκτονία [SBAQ] Botega et al [2005]

Παράγων 1. Συναισθήματα προς τον ασθενή

1. Ειλικρινά προτιμώ να μην έχω να φροντίσω ασθενείς που έχουν προσπαθήσει να αυτοκτονήσουν.
2. Νοιώθω ανήμπορος να αντιμετωπίσω ένα άτομο που θέλει να αυτοκτονήσει.
3. Αυτός που προειδοποιεί συνήθως δεν αυτοκτονεί.
4. Νοιώθω κάποιες φορές θυμό, καθώς υπάρχουν άνθρωποι που θέλουν να ζήσουν και αυτός ο ασθενής θέλει να πεθάνει.
5. Αυτός που θέλει πραγματικά να αυτοκτονήσει, δεν κάνει μόνο απόπειρες.
6. Φοβάμαι να ρωτήσω έναν ασθενή αν έχει αυτοκτονικό ιδεασμό, για να μην του βάλω την ιδέα στο μυαλό.
7. Εάν ένας άρρωστος υποφέρει πολύ από μια ασθένεια, η ιδέα της αυτοκτονίας μου είναι πιο αποδεκτή.

Παράγων 2. Επαγγελματική επάρκεια

8. Νοιώθω ότι είμαι ικανός να βοηθήσω ένα άτομο που έχει κάνει απόπειρα.
9. Έχω την επαγγελματική ικανότητα να χειριστώ ασθενείς που κινδυνεύουν να αυτοκτονήσουν.
10. Νοιώθω ότι είμαι σε θέση να καταλάβω πότε ένας ασθενής κινδυνεύει να αυτοκτονήσει.
11. Νοιώθω ανασφάλεια να φροντίσω ασθενείς που κινδυνεύουν να αυτοκτονήσουν.

Παράγων 3. Δικαίωμα στην αυτοκτονία

12. Η ζωή είναι δώρο από τον Θεό και μόνο αυτός μπορεί να την πάρει πίσω.
13. Νομίζω ότι αν ένα άτομο θέλει να αυτοκτονήσει, έχει το δικαίωμα να το κάνει.
14. Όταν ένα άτομο λέει ότι θέλει να αυτοκτονήσει, προσπαθώ να του αλλάξω τα μυαλά.
15. Όταν είμαι μπροστά σε μια αυτοκτονία σκέφτομαι: Αν είχε μιλήσει με κάποιον θα είχαν βρει ένα άλλο τρόπο.
16. Το άτομο που έχει στην καρδιά του τον Θεό, δεν θα αυτοκτονήσει.

Υπόλοιπα θέματα

17. Γενικά τα άτομα που αυτοκτονούν πάσχουν από ψυχική ασθένεια.
18. Νομίζω ότι χρειάζεται κανείς πολύ κουράγιο για να αυτοκτονήσει.
19. Αν μου πει κάποιος ότι θέλει να αυτοκτονήσει, θεωρώ σωστό να τον παραπέμψω στον ψυχίατρο.
20. Αν ένας ασθενής αυτοκτονήσει μέσα στο νοσοκομείο θα έχει σοβαρούς λόγους να το κάνει.
21. Σε δύσκολες φάσεις της ζωής μου, μου πέρασε η αυτοκτονία από το μυαλό.

Attitudes of medical and nursing personnel on suicide

E. Valergaki,¹ M. Tsagarakis,¹ G. Strimbouli-Grimbouli,²
E. Anifantaki,³ I. Tripodianakis⁴

¹Psychiatric Clinic, ²Pathology Sector, ³Private Practice Psychologist, ⁴Private Practice Psychiatrist
General Hospital and Community Health Center of Rethimno, Rethimno, Crete

Psychiatriki 2008, 19:231-237

This paper investigates the attitudes towards suicide among nursing and medical personnel of Rethimno General Hospital and the Community Health Centers of the county of Rethimno. The Suicide Behavior Attitudes Questionnaire (SBAQ) comprises of 21 visual analogue scale items and three subscales: i.e feelings when caring for a suicidal patient, professional capacity and right to suicide. The study sample consisted of 104 members of the personnel, (48 doctors and 56 nurses). Nursing personnel tended to be more sympathetic towards the patient than doctors. More sympathetic attitudes were also expressed by women compared to men. Religious individuals expressed a more condemnatory attitude towards suicide, and a more sympathetic attitude towards the patient, compared to non religious ones. 26% of the total sample expressed the belief that suicide is not associated with a psychiatric disease. The need for training of the personnel is emphasized in order to give professional care to the difficult group of suicide attempters or patients with suicidal ideation.

Key words: Attitudes, suicide, medical personnel, nursing personnel.

Βιβλιογραφία

1. Suominen K, Isometsa E, Heliä H, Lonnqvist J, Henriksson M. General hospital suicides. A psychological autopsy study in Finland. *Gen Hosp Psych* 2002, 24:412-416
2. Jacobs DG. Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry* 2003, 160(Suppl 11):1-60
3. Samuelsson M, Asberg M, Gustavsson JP. Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1997, 95:222-230
4. Hawton K. General hospital management of suicide attempters. In: Hawton K, van Heeringen K (eds) *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, Wiley, 2000:519-537
5. Taylor SJ, Kingdon D, Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide. An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatr Scand* 1997, 95:457-463
6. Suokas J, Lonnqvist J. Staff's attitudes towards patients who attempt suicide. In: Diekstra RFW, Maris R, Platt S, Schmidtke A, Sonneck G (eds) *Suicide and its prevention. The role of attitude and imitation*. WHO, 1989:227-248
7. Botega NJ, Reginato DG, da Silva SV, Cais CF, Rapeli CB, Mauro MLF et al. Nursing personnel attitudes towards suicide. The development of a measure scale. *Rev Bras Psiquiatr* 2005, 27:315-318
8. Eskin M. The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39:536-542
9. Samuelsson M, Sunbring Y, Winnel I, Asberg M. Nurses' attitudes to attempted suicide patients. *Scand J Caring Sci* 1997, 11:232-237
10. Range LM, Leach MM, McIntyre D, Posey-Deters PB, Marion MS, Kovac SH et al. Multicultural perspectives on suicide. *Aggress Violent Beh* 1999, 4:413-430
11. Kerkhof AJF, Nathawat SS. Suicidal Behavior and Attitudes towards Suicide among Students in India and the Netherlands. A Cross-cultural Comparison. In: Diekstra RFW, Maris R, Platt S, Schmidtke A, Sonneck G (eds) *Suicide and its prevention. The role of attitude and imitation*. WHO, 1989:144-162
12. Colucci E. The cultural facet of suicidal behavior. Its importance and neglect. AeJAMH (serial on the Internet). 2006, 5:13. Available from: <http://www.auseinet.com/journal/vol5iss3/colucci.pdf>
13. Vijayakumar L. Suicide and Mental disorders-a maze. *Indian J Med Res* 2006, 124:371-374

14. Orbach I. A taxonomy of factors related to suicide. *Clin Psychol Sci Prac* 1997, 4:208-224
15. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *J Nerv Ment Dis* 2000, 188:543-546
16. Neeleman J, Mak V, Wessely S. Suicide by age, ethnic group, coroners' verdicts and country of birth. A three-year survey in inner London. *Br J Psychiatry* 1997, 171:463-467
17. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnosis in 3275 suicides. a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004, 4:37
18. Berlim MT, Perizzolo J, Lejderman F, Fleck MP, Joiner TE. Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior. *J Affect Disord* 2007, 100:233-239
19. Botega NJ, Silva SV, Reginato DG, Rapeli CB, Cais CF, Mauro ML et al. Maintained attitudinal changes in nursing personnel after a brief training on suicide prevention. *Suic Life Threat Behav* 2007, 37:145-153
20. McCann T, Clark E, McConnachie S, Harvey I. Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Accid Emerg Nurs* 2006, 14:4-10
21. Samuelsson M, Wiklander M, Asberg M, Saveman BI. Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *J Adv Nurs* 2000, 32:635-643

Αλληλογραφία: Ε. Βαλεργάκη, Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο
Ρεθύμνου, Τρανταλλίδου 15-17, 741 00 Ρέθυμνο
Τηλ. 28310-87281

Ερευνητική εργασία Research article

Παρατηρήσεις για τη διεκδικητικότητα και τη σχέση της με την ενσυναίσθηση σε Έλληνες φοιτητές

Α. Πατέρα, Α. Πολυτίμου

Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2008, 19:238–244

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να καθορίσει το επίπεδο της διεκδικητικότητας σε δείγμα φοιτητικού πληθυσμού και να συγκρίνει τα επίπεδα διεκδικητικότητας ως προς τα διάφορα είδη της ενσυναίσθησης. Μελετήθηκαν τα δεδομένα που προέκυψαν από τη χρήση του ερωτηματολογίου Rathus που αξιολογεί τα επίπεδα διεκδικητικότητας σε δείγμα 100 Ελλήνων φοιτητών. Οι κοινωνικές παράμετροι που λήφθηκαν υπόψη για την επεξεργασία είναι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και το αν ο φοιτητής ζει μόνος ή με τους γονείς του. Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψαν τα κάτωθι συμπεράσματα: (α) Δεν υπάρχει διαφορά στα επίπεδα της διεκδικητικότητας στην ομάδα που ζουν μόνος ή με τους γονείς, (β) Η διεκδικητικότητα των φοιτητών φαίνεται να σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, (γ) Στο σύνολο του φοιτητικού δείγματος διαπιστώνεται στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ διεκδικητικότητας και θυμικής ενσυναίσθησης καθώς και διεκδικητικότητας και ενσυναίσθησης-ανησυχίας, (δ) Σε ό,τι αφορά την κοινωνική κατάσταση των φοιτητών, στους φοιτητές που ζουν μόνος η διεκδικητικότητα σχετίζεται θετικά με την ενσυναίσθηση-ανησυχία, (ε) Αντίθετα, στους φοιτητές που ζουν με τους γονείς η διεκδικητικότητα φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με τη γνωστική ενσυναίσθηση καθώς και με τη θυμική ενσυναίσθηση. Τα αποτελέσματα αυτά παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για τη φύση της σχέσης διεκδικητικότητας και ενσυναίσθησης.

Λέξεις ευρετηρίου: Διεκδικητικότητα, ενσυναίσθηση, κοινωνικές παράμετροι, φοιτητικός πληθυσμός.

Εισαγωγή

Είναι γεγονός ότι για ένα σημαντικό αριθμό φοιτητών η επιλογή να ακολουθήσουν την τριτοβάθμια εκπαίδευση δεν είναι αποκλειστικά δική τους, αλλά το αποτέλεσμα πιέσεων από το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Το όποιο περιβάλλον αλληλεπιδρά με τις προδιαθέσεις του ατόμου για αναγνώριση, τις ικανότητές του, καθώς και τα πρόσφορα μέσα τα οποία προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την πιθανότητα επίτευξης του σκοπού του.¹ Παράλληλα η περίοδος σπουδών χαρακτηρίζεται ως ψυχολογική και συναισθηματική προσπάθεια για την προσωπική ανεξαρτησία και την επαγγελματική ταυτότητα. Εκτός από τις σπουδαστικές τους ευθύνες, οι φοιτητές υιοθετούν ρόλους και αναλαμβάνουν πρόσθετες ευθύνες που είναι μέρος της μετάβασης από την εφηβεία στην ενηλικίωση.^{2,3}

Η πρώτη επαφή των φοιτητών με τον πανεπιστημιακό χώρο είναι ένας σημαντικός παράγοντας που προκαλεί πίεση και άγχος, που πιο συγκεκριμένα ονομάζεται άγχος της πραγματικότητας. Οι διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις με άλλους φοιτητές έχουν περιγραφεί ως πηγή άγχους και συναισθηματικής φόρτισης.⁴ Έχει επίσης αναφερθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό της συναισθηματικής ανησυχίας μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη διεκδικητικότητας (assertiveness), η οποία είναι ένας σημαντικός αναπτυξιακός παράγοντας για τους φοιτητές και έχει υποστηριχθεί ότι η ανάπτυξη διεκδικητικότητας αποτελεί σημαντικό συστατικό για την επικοινωνία των φοιτητών. Οι Galassi & Galassi⁵ περιέγραψαν τη διεκδικητικότητα ως εξής:

- Υπεράσπιση των δικαιωμάτων του εαυτού και των άλλων
- Άρνηση στις απαιτήσεις των άλλων
- Αποδοχή και απόδοση φιλοφρονήσεων
- Έναρξη, διατήρηση και ολοκλήρωση συνομιλιών
- Έκφραση αγάπης και αποδοχής, έκφραση προσωπικών απόψεων (συμπεριλαμβανομένης της διαφωνίας) και έκφραση δικαιολογημένου θυμού και ενόχλησης.

Οι προαναφερόμενοι ερευνητές θεώρησαν ότι η διεκδικητικότητα είναι μια σειρά μαθημένων λεκτικών και μη λεκτικών συμπεριφορών σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Οι μη διεκδικητικοί άνθρωποι χαρακτηρίζονται ως τελειομανείς, με έντονο αίσθημα αυτοκριτικής, αλλά δίχως ρεαλιστικές προσδοκίες

και με έντονη επιθυμία να είναι αρεστοί από όλους.⁶ Η εκπαίδευση στη διεκδικητικότητα έχει θεωρηθεί σημαντική παρέμβαση για άτομα που βιώνουν έντονο άγχος και ως μια ιδιαίτερα αποτελεσματική θεραπεία για φοιτητές με κοινωνική φοβία.⁷

Οι στόχοι της παρούσας έρευνας είναι:

1. Να καθορίσει το επίπεδο διεκδικητικότητας σε δείγμα αρρένων Ελλήνων φοιτητών.
2. Να εξετάσει την επίδραση δημογραφικών στοιχείων.
3. Να καθορίσει τη σχέση της διεκδικητικότητας και ενσυναίσθησης (empathy) των φοιτητών.

Υλικό και μέθοδος

Χαρακτηριστικά του δείγματος

Η έρευνα στηρίχθηκε στα δεδομένα από άρρενες φοιτητές, ηλικίας από 18–25 ($21,6 \pm 2,4$) χρονών. Το σύνολο του δείγματος είναι 104 άτομα, φοιτητές τμημάτων της Νομικής και της Θεολογικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Τα ερωτηματολόγια απευθύνθηκαν σε ενήλικες φοιτητές, διότι η βασική υπό εξέταση παράμετρος (διεκδικητικότητα) σε αυτή την περίοδο της ζωής έχει σχεδόν εδραιωθεί.

Η επιλογή του δείγματος έγινε με κατά στρώματα τυχαία δειγματοληψία ως προς την τριτοβάθμια εκπαίδευση (φοιτητές). Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν οι εξής παράμετροι:

- Ηλικία
- Μορφωτικό επίπεδο γονέων
- Συνθήκες ζωής (αν ζει μόνος του).

Η κατανομή σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες ως προς τις κοινωνικές παραμέτρους απεικονίζονται στους πίνακες 1 και 2.

Πίνακας 1. Κατανομή συχνότητας των 104 φοιτητών της έρευνας ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας.

	Πατέρας		Μητέρα	
	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική συχνότητα
Μέσο	52	50	51	49
Ανώτατο	52	50	53	51
Σύνολο	104	100	104	100

Πίνακας 2. Κατανομή συχνότητας των 104 φοιτητών της έρευνας ως προς τις συνθήκες ζωής (εάν ζουν μόνοι ή με τους γονείς τους).

Συνθήκες ζωής	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)
Μόνοι	38	36,5
Με τους γονείς	66	63,5
Σύνολο	104	100,0

Διαδικασία συλλογής δεδομένων και εφαρμογή ψυχομετρικών διαδικασιών

Η διανομή των ψυχομετρικών εργαλείων έγινε ατομικά όπου κάθε φοιτητής συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τις δικές του απόψεις και εμπειρίες. Το κάθε άτομο έπαιρνε το ερωτηματολόγιο και το συμπλήρωνε μόνο του σε προσωπικό χρόνο και σε ιδιωτικό χώρο. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο για να εξασφαλιστεί η αντικειμενικότητα των απαντήσεων και πριν την παραλαβή του προηγήθηκε πλήρης ενημέρωση για τον τρόπο συμπλήρωσης.

Επίσης, χρειάζεται να σημειωθεί ότι από την αρχή υπήρξε η διαβεβαίωση ότι η συμμετοχή ήταν προαιρετική, φυσικά ανώνυμη και ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα βοηθούσε στην προαγωγή της έρευνας. Κάθε άτομο έπρεπε να απαντήσει με προσοχή και ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις, και κρίθηκε αναγκαίο να συμπληρωθεί με άνεση χρόνου.

Οι φοιτητές ήταν πρόθυμοι να συμμετέχουν στην έρευνα. Στη συνέχεια ακολούθησε η βαθμολόγηση των ερωτηματολογίων.

Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Διεκδικητικότητας Rathus (Rathus Assertiveness Schedule, 1973). Για να είναι δυνατή η χρήση του ερωτηματολογίου σε ελληνικό δείγμα, πραγματοποιήθηκε διπλή μετάφραση από δύο ερευνητές με σκοπό την πιο πιστή και έγκυρη απόδοση του στην ελληνική γλώσσα.

Για την εκτίμηση των διαφόρων τύπων ενσυναίσθησης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (Interpersonal Reactivity Index) όπως έχει ήδη περιγραφεί.⁸ Η κλίμακα αυτή στηρίζεται σε τέσσερις υποκλίμακες (δύο για γνωστικούς και δύο για συναισθηματικούς παράγοντες). Ειδικότερα για τους γνωστικούς παράγοντες διερευνάται η γνωστική ενσυναίσθηση (Perspective Taking) και η φαντασία ή φαντασιακή ενσυναίσθηση (Fantasy), ενώ για

τους συναισθηματικούς παράγοντες διερευνάται η ενσυναίσθηση ή σύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση (Empathic Concern) και το προσωπικό άγχος ή ενσυναίσθητη ανησυχία (Personal Distress).

Κλίμακα διεκδικητικότητας Rathus

Η κλίμακα μετρά τη διεκδικητικότητα, δηλαδή την τάση του ατόμου να διεκδικεί τα αιτήματά του και να προβάλλει τις ανάγκες του με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες των άλλων.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις και δημιουργήθηκε από τον Rathus για να μετρήσει την αλλαγή στη συμπεριφορά ως αποτέλεσμα εξάσκησης στη διεκδικητικότητα. Οι ερωτήσεις βασίζονται κυρίως σε περιπτώσεις που περιγράφηκαν από τους Wolpe⁹ και Wolpe & Lazarus¹⁰ και σε δηλώσεις από κλίμακες του Allport.¹¹ Περιγράφει διάφορες διεκδικητικές και μη διεκδικητικές διαπροσωπικές συμπεριφορές και τα άτομα καλούνται να εκφράσουν, σε μία κλίμακα έξι διαβαθμίσεων, το βαθμό στον οποίο οι συμπεριφορές αυτές τους εκφράζουν. Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου έγινε με τη μέθοδο της αντίστροφης μετάφρασης. Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της κλίμακας στην αρχική της μορφή είναι ικανοποιητικά [η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (συντελεστής άλφα) κυμαίνεται από $\alpha=0,77$ έως $\alpha=0,87$ και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων κυμαίνεται από 0,79–0,86].

Η βαθμολόγηση γίνεται σε μία κλίμακα έξι διαβαθμίσεων (όπου το -3 δηλώνει ότι «Δεν με χαρακτηρίζει, δεν με περιγράφει καθόλου» και το +3 «Με χαρακτηρίζει και με περιγράφει απολύτως», ενώ δεν υπάρχει 0). Γίνεται άθροιση των απαντήσεων, μερικές από τις οποίες βαθμολογούνται αντίστροφα. Το άθροισμα των απαντήσεων διαιρείται κατόπιν διά του 30 (που είναι ο αριθμός των δηλώσεων) και ο εξεταζόμενος μπορεί να λάβει μια βαθμολογία από 1 μέχρι 6. Η υψηλότερη βαθμολογία φανερώνει και εντονότερη διεκδικητική συμπεριφορά.

Στατιστική επεξεργασία

Η παρούσα έρευνα είναι περιγραφική με ποσοτικές και κατηγορικές μεταβλητές. Είναι δειγματοληπτική ως προς τον αριθμό των εξεταζόμενων και συσχετιστική, γιατί προσπαθεί να ανακαλύψει τις συσχετίσεις μεταξύ των ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών. Υπολογίσθηκαν οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλί-

σεις, οι συντελεστές συσχέτισης, έγινε δικατάληκτη ανάλυση διασποράς για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας. Χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο *t*, μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (ANOVA).

Αποτελέσματα

Από τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας, προέκυψαν οι κατανομές συχνοτήτων κάθε παράγοντα που περιγράφονται στους πίνακες 1 και 2.

Οι τιμές αυτής της κατανομής για τη διεκδικητικότητα ως προς τις συνθήκες ζωής παρουσιάζονται στον πίνακα 3 και είναι: μέσος όρος 0,39 και τυπική απόκλιση 0,54 αν ζουν μόνοι και μέσος όρος 0,49 και τυπική απόκλιση 0,63 αν ζουν με τους γονείς.

Ο πίνακας 4 παρουσιάζει τα περιγραφικά χαρακτηριστικά της διεκδικητικότητας για τους 104 φοιτητές της έρευνας ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε

μία τάση για σημαντικότητα σε ότι αφορά το μορφωτικό επίπεδο μητέρας ως προς τη διεκδικητικότητα ($P=0,085$). Συγκεκριμένα, τα παιδιά που οι μητέρες τους έχουν μέσο μορφωτικό επίπεδο ($MO=0,56$) χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη διεκδικητικότητα από τα παιδιά που οι μητέρες έχουν ανώτατο μορφωτικό επίπεδο ($MO=0,35$).

Σε ότι αφορά τη σχέση διεκδικητικότητας και δι-αφόρων τύπων ενσυναίσθησης¹² τα αποτελέσματα αναφέρονται στον πίνακα 5. Σύμφωνα με τον πίνακα 5 στο σύνολο του δείγματος, η διεκδικητικότητα συσχετίζεται αρνητικά και με τη θυμική ενσυναίσθηση που αξιολογεί τα συναισθήματα ενδιαφέροντος, ζεστασιάς και συμπάθειας του ατόμου προς άλλα άτομα ($r=-0,28$ και $P<0,01$) και με την ενσυναίσθητη ανησυχία που αξιολογεί τα συναισθήματα ανησυχίας και άγχους που βιώνει το άτομο ως αντίδραση σε ακραίο άγχος που βιώνεται από άλλα άτομα ($r=-0,27$ και $P<0,01$).

Σε ότι αφορά την κοινωνική κατάσταση των φοιτητών, στους φοιτητές που ζουν μόνοι τους η διεκδικη-

Πίνακας 3. Περιγραφικά χαρακτηριστικά της διεκδικητικότητας των 104 φοιτητών της έρευνας ως προς το εάν ζουν μόνοι ή με τους γονείς τους.

	Συνθήκες ζωής				t-test		
	Μόνοι		Με τους γονείς		t	df	P
Διεκδικητικότητα	Μέσος όρος 0,39	Τυπική απόκλιση 0,54	Μέσος όρος 0,49	Τυπική απόκλιση 0,63			

Πίνακας 4. Περιγραφικά χαρακτηριστικά της διεκδικητικότητας για τους 104 φοιτητές της έρευνας ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας.

	Μορφωτικό επίπεδο μητέρας				t-test		
	Μέσο		Ανώτατο		t	df	P
Διεκδικητικότητα	Μέσος όρος 0,56	Τυπική απόκλιση 0,50	Μέσος όρος 0,35	Τυπική απόκλιση 0,67			

Πίνακας 5. Δείκτες συνάφειας (Pearson *r*) μεταξύ της διεκδικητικότητας και των 4 διαστάσεων ενσυναίσθησης για το σύνολο των 104 φοιτητών της έρευνας.

	Γνωστική ενσυναίσθηση	Φαντασιακή ενσυναίσθηση	Θυμική ενσυναίσθηση	Ενσυναίσθητη ανησυχία
Σύνολο	-0,14	-0,13	-0,28**	-0,27**
Ζουν μόνοι	0,09	-0,14	-0,03	0,42**
Με γονείς	-0,25*	-0,11	-0,36**	0,19

* Στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο 5%

** Στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο 1%

τικότητα συσχετίζεται θετικά με την ενσυναίσθητη ανησυχία ($r=0,42$ και $P<0,01$). Αντίθετα στους φοιτητές που ζουν με τους γονείς τους η διεκδικητικότητα συσχετίζεται αρνητικά με τη γνωστική ενσυναίσθηση που αξιολογεί την τάση των ατόμων να υιοθετούν αυθόρμητα τις απόψεις των άλλων ($r=-0,25$ και $P<0,05$) καθώς και με τη θυμική ενσυναίσθηση ($r=0,36$ και $P<0,01$). Όπως προκύπτει από τον ίδιο πίνακα, η διεκδικητικότητα δεν φαίνεται σε καμία περίπτωση να σχετίζεται με τη φαντασιακή ενσυναίσθηση που αξιολογεί την ικανότητα των ατόμων να ταυτίζονται με τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές πλασματικών χαρακτήρων (στον κινηματογράφο, στα βιβλία, κ.ο.κ.)

Συζήτηση

Υπενθυμίζεται ότι με τον όρο διεκδικητικότητα εννοούμε την ικανότητα του ατόμου, όταν έρχεται σε σχέση με το περιβάλλον του να μπορεί να εκφράσει τις απαιτήσεις του καθώς και την ικανότητά του να τις πραγματοποιήσει.¹³ Εδώ ανήκει το να:

- α. Επιτρέπει στον εαυτό του να έχει απαιτήσεις.
- β. Εμπιστεύεται τον εαυτό του να τις εκφράσει.
- γ. Νοιώθει ότι έχει τις ικανότητες για να τις πραγματοποιήσει.

Το άτομο το οποίο κατέχει αυτές τις τρεις ικανότητες στην καθημερινή του επαφή με άλλους ανθρώπους, έχει αυτοεκτίμηση που το βοηθά να λαμβάνει συνεχή θετική ενίσχυση από το περιβάλλον.

Διάφοροι ορισμοί θεωρούν την έκφραση συναισθημάτων ως βασικό στοιχείο της διεκδικητικότητας. Ο Wolpe,⁸ παραδείγματος χάριν, αντιλαμβάνεται τη διεκδικητικότητα ως «την κατάλληλη έκφραση προς ένα άλλο πρόσωπο οποιουδήποτε συναισθήματος εκτός του άγχους». Η εισαγωγή βέβαια της ιδέας ενός «κατάλληλου» τύπου έκφρασης είναι ασαφής: «Διεκδικητικότητα είναι το να εκφράζει κανείς τις απόψεις και τις επιθυμίες του άμεσα».¹⁴ Οι Galassi & Galassi⁵ επεκτείνουν τα προηγούμενα θεωρώντας ότι η διεκδικητική συμπεριφορά εμπεριέχει τις παρακάτω κατηγορίες: ανταλλαγή φιλοφρονήσεων, έκφραση προσωπικών αιτημάτων, έναρξη και διατήρηση μιας συζήτησης, υπεράσπιση δικαιωμάτων, ικανότητα του ατόμου να πει όχι και έκφραση των προσωπικών του απόψεων, ανεξάρτητα από το αν είναι δυσαρέσκεια, θυμού ή θετικών

συναισθημάτων. Για ορισμένους ερευνητές η έλλειψη διεκδικητικότητας δεν είναι απαραίτητα σημείο ανεπάρκειας ή άγχους.¹⁵

Το αποτέλεσμα της παρούσης έρευνας έδειξαν ότι το συγκεκριμένο δείγμα του ελληνικού φοιτητικού πληθυσμού φαίνεται να παρουσιάζει σημαντικό βαθμό διεκδικητικότητας, η οποία δεν φαίνεται να συναρτάται από τους κοινωνικούς παράγοντες (μορφωτικό επίπεδο γονέων, συνθήκες διαβίωσης) που διερευνήθηκαν. Σημαντικό είναι το εύρημα ότι η διεκδικητικότητα φαίνεται να συσχετίζεται αρνητικά σε σημαντικό βαθμό με διάφορες παραμέτρους της ενσυναίσθησης και ιδιαίτερα με τη θυμική ενσυναίσθηση και την ενσυναίσθητη ανησυχία. Όπως έχει ήδη αναφερθεί,¹⁶ η «θυμική ενσυναίσθηση» αξιολογεί συναισθήματα ενδιαφέροντος, φροντίδας και συμπάθειας του ατόμου προς άλλα άτομα και η «ενσυναίσθητη ανησυχία» αξιολογεί συναισθήματα ανησυχίας και άγχους.

Σε ότι αφορά τη σχέση διεκδικητικότητας και ενσυναίσθησης που παρατηρήθηκε, θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν μελέτες που σημειώνουν μία αντίστροφη σχέση μεταξύ επιθετικότητας και ενσυναίσθησης¹⁷⁻¹⁹ και έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι η χαμηλή ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην πρόβλεψη της επιθετικότητας.

Και η ενσυναίσθηση και η διεκδικητικότητα τις τελευταίες δύο δεκαετίες θεωρούνται σημαντικές κοινωνικές δεξιότητες για την προσωπική και επαγγελματική βελτίωση.²⁰ Ο Rakos²¹ προτείνει ότι η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει τη δύναμη και τη διεκδικητικότητα με τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής καταλληλότητας. Η ενσυναίσθηση και η διεκδικητικότητα έχουν συνδεθεί με μία ευρεία και πολυδιάστατη εκδήλωση συμπεριφορών και ιδιαίτερα με την επικοινωνία.

Είναι προφανές ότι τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα πρέπει να αξιολογηθούν με τη μέγιστη δυνατή επιφυλακτικότητα, αφού για ένα τόσο «ευαίσθητο» θέμα χρειάζονται περαιτέρω μελέτες και σε άλλα δείγματα φοιτητικού πληθυσμού και των δύο φύλων για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Observations on the assertiveness and its relation to empathy in Greek students

A. Patera, A. Politymou

Neurology Department, Eginition Hospital, University of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2008, 19:238-244

The aim of the present study is to determine the level of assertiveness in a sample of male Greek students and in addition to compare the level of assertiveness with the various factors of empathy. The data of a sample of 104 Greek students were collected by using the Rathus Assertiveness questionnaire which evaluates assertiveness. The questionnaire used in a randomized sample of students, it was anonymous, voluntary and the students were asked to answer it in their personal time. In order to obtain reliable results the questionnaire was translated into the Greek language by two independent translators. The scores obtained were compared with various social factors such as: age, educational status of parents, and whether the students lived with their family or not. The results of the statistical analysis of our data revealed that: (a) There is no significant difference in the level of assertiveness between groups of students living alone or with their parents. (b) The assertiveness of students seems to be related with the educational level of their mothers. (c) In the whole of the students sample there is a statistically significant negative correlation between assertiveness and empathic concern, as well as between assertiveness and personal distress. (d) As regards the social status of the students, assertiveness is positively correlated with personal distress in students who live alone. (e) In contrast, assertiveness in students living with their parents seems to be negatively correlated with cognitive empathy, as well as empathic concern. The results of this study provide evidence that assertiveness has a strong relationship with empathy and the above results are discussed in relation to the pertinent literature examining the content of assertiveness.

Key words: Assertiveness, empathy, social factors, student population.

Βιβλιογραφία

1. Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α. *Ψυχολογία Κινήτρων*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1999
2. Zill N, Robinson J. The Generation X difference. *Am J Demograph* 1995, 27:24-29
3. Newman B, Newman P. *Development through life: A psychosocial approach*. Pacific Grove, CA, Brooks Cole, 1995
4. Santiago-Rivera AL, Gard T, Bernstein B. The importance of achievement, intimacy, autonomy, and life events among first year college students. *J College Stud Psych* 1999, 13:57-73
5. Galassi M, Galassi J. Assertion: A critical review. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1978, 15:16-28
6. Lazarus PS. *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer, 1984
7. Chambliss D. Social anxiety and assertiveness: A comparison of the correlations in phobic and college student samples. *Behav Research Ther* 1982, 20:403-404
8. Πατέρα Α, Βασιλοπούλου Ε. Παρατηρήσεις για τη σχέση ενσυναίσθησης και συγκεκριμένων κοινωνικών παραμέτρων σε δείγμα φοιτητικού πληθυσμού. *Εγκέφαλος* (2008): υπό δημοσίευση
9. Wolpe J. *The practice of behavior therapy*. 3rd ed. Pergamon Press, 1969
10. Wolpe J, Lazarus AA. *Behavior therapy techniques*. Oxford, UK, Pergamon, 1966
11. Allport G. *Pattern and growth in personality*. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1961

12. Μαλικιώση-Λοΐζου Μ. *Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση. Ψυχολογία* 2003, 10:295-309
13. Ευθυμίου Κ. *Απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων-Διεκδικητική συμπεριφορά, Assertiveness-Training Programme. Ινστιτούτο έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αθήνα, 2000*
14. Eisler RM, Frederiksen LW. *Perfecting social skills: a guide to interpersonal behavior*. New York, Plenum, 1980
15. Furnham A. Assertiveness in three cultures: Multidimensionality and cultural differences. *J Clin Psychol* 1979, 35:522-527
16. Moore BS. The origins and development of empathy. *Motivation and emotion* 1990, 14:75-80
17. Feshbach N D, Feshbach S. The relationship between empathy and aggression in two age groups. *Development Psychol* 1969, 1:102-107
18. Hogan R. Moral conduct and moral character: A psychological perspective. *Psychologic Bull* 1973, 79:217-232
19. Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy. *J Personal* 1972, 40:525-543
20. Fensterheim H, Baer J. *Don't say yes when you want to say no*. Oxford: Dell, 1975
21. Rakos RF. *Assertive Behavior: Theory, research, and training*. London, Routledge, 1991

Αλληλογραφία: Α. Πατέρα, Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Βασ. Σοφίας 74, 115 28 Αθήνα
Τηλ: 210-72 89 405, 210-72 89 406

Ενδιαφέρουσα περίπτωση Case report

Κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο μετά από διακοπή αντιχολινεργικών παραγόντων

Κ. Κοσμά,¹ Β. Ρούμπος,² Μ. Μάμαλη,² Κ. Ξύπας,²
Κ. Κολοβού,² Γ. Καλογηράτος,² Α. Φόρτος²

¹Νευρολογικό Τμήμα, ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο, Αθήνα

²Ψυχογηριατρικό Τμήμα, ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2008, 19:245–247

Η απότομη διακοπή των αντιχολινεργικών παραγόντων αποτελεί σπάνιο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη Κακόηθους Νευροληπτικού Συνδρόμου. Πρέπει ωστόσο να λαμβάνεται υπόψιν σε κάθε προσπάθεια τροποποίησης της αγωγής, διότι η έγκαιρη αναγνώριση του συνδρόμου κρίνεται καθοριστική για τη μείωση της θνητότητας. Το περιστατικό που περιγράφεται παρακάτω αφορά ασθενή που εμφάνισε την κλινική τριάδα του συνδρόμου μετά από διακοπή Βιπεριδένης και παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς αποτελεί σπανιότατη βιβλιογραφικά περίπτωση.

Λέξεις ευρητηρίου: Κακόηθες Νευροληπτικό Σύνδρομο, αντιχολινεργικοί παράγοντες, απότομη διακοπή.

Εισαγωγή

Το Κακόηθες Νευροληπτικό Σύνδρομο (ΚΝΕΣ) αποτελεί σπάνια αλλά εξαιρετικά σοβαρή ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση σε αντιψυχωτικούς συνήθως παράγοντες. Κλινικά, το σύνδρομο χαρακτηρίζεται κυρίως από δυσκαμψία, τρόμο, πυρετό, θόλωση της συνείδησης και διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (υπόταση ή υπέρταση, ταχυκαρδία).¹ Η αύξηση δε του μυϊκού τόνου σε ορισμένες

περιπτώσεις οδηγεί σε νέκρωση του μυϊκού ιστού με κίνδυνο νεφρικής ανεπάρκειας από μυοσφαιρινουρία. Συνήθη εργαστηριακά ευρήματα είναι η λευκοκυττάρωση και η αύξηση της κινάσης κρεατινίνης.^{1,2} Η συχνότητα εμφάνισής του είναι 0,4–1,4%³ ενώ η θνητότητά του κυμαίνεται μεταξύ 10–30%.⁴

Το σύνδρομο έχει περιγραφεί συχνότερα σε γυναίκες μεταξύ 20 και 50 ετών,¹ σε διεγερτικούς ασθενείς,⁵ σε ασθενείς στους οποίους έγινε απότομη αύξηση της αντιψυχωτικής αγωγής⁶ και σε εκείνους

που ταυτόχρονα λαμβάνουν αγωγή με λίθιο και αντιχολινεργικά.⁷ Τα τυπικά αντιψυχωτικά ενέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ΚΝεΣ,^{8,9} ωστόσο στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν μεμονωμένες αναφορές εμφάνισης του συνδρόμου και μετά από τη λήψη αντιψυχωτικών της νεότερης γενιάς.^{10,11}

Ακόμη σπανιότερα το ΚΝεΣ έχει εμφανιστεί μετά από απότομη διακοπή αγωνιστών της ντοπαμίνης,¹² με τη λήψη του αντιεμετικού μετοκλοπραμίδη,^{13,14} και μετά από λήψη τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών.^{15,16} Η περίπτωση που περιγράφεται παρακάτω αφορά ασθενή στον οποίο εμφανίστηκε ΚΝεΣ μετά από απότομη διακοπή αντιχολινεργικών παραγόντων και θεωρείται εξαιρετικά σπάνια αφού έχουν αναφερθεί άλλα δύο μόλις περιστατικά παγκοσμίως.^{17,18}

Περιγραφή περίπτωσης

Άρρενας ασθενής, ηλικίας 69 ετών με διάγνωση σχιζοφρένεια και ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, ρυθμιζόμενου με αντιδιαβητική *per os* αγωγή, προσήλθε στο Νοσοκομείο μας λόγω νέας, πρόσφατης υποτροπής της νόσου. Ο ασθενής ελάμβανε από 25ετίας περίπου αγωγή με αλοπεριδόλη, πιμοζίδη και βιπεριδένη (Akineton R). Η τελευταία ενδομυϊκή χορήγηση αλοπεριδόλης παρατεταμένης δράσεως καταγράφηκε προ 20 ημέρου.

Λόγω της μη ανταπόκρισης των ψυχικών συμπτωμάτων στην ως άνω αναφερόμενη αγωγή θεωρήθηκε σκόπιμη και διενεργήθηκε διακοπή της αντιψυχωτικής του αγωγής. Επιπρόσθετα, διεκόπη και η λήψη βιπεριδένης λόγω εμφάνισης ήπιων γνωστικών ελλειμμάτων που είχε συσχετισθεί χρονικά με την έναρξη χορήγησης των αντιχολινεργικών.

Μία ημέρα μετά τη διακοπή του αντιχολινεργικού, ο ασθενής εμφάνισε ήπια δεκατική πυρετική κίνηση ενώ δύο μέρες αργότερα παρουσίασε πτώση του επιπέδου συνείδησης, υπερπυρεξία (38,5 °C), ταχυκαρδία (128 σφύξεις/min) και γενικευμένη δυσκαμψία. Από τον εργαστηριακό του έλεγχο διαπιστώθηκαν: λευκοκυττάρωση, WBC: 12,7, 109/L), αύξηση των ηπατικών ενζύμων και της CPK (2.345 U/L).

Ο ασθενής πληρούσε τα κριτήρια για ΚΝεΣ, μεταφέρθηκε σε Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου και στη συνέχεια σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η διενέργεια CT (αξονικής τομογραφίας) εγκεφάλου

και ΟΝΠ (οσφυονωτιαίας παρακέντησης) επιβεβαίωσαν εξ αποκλεισμού τη διάγνωση καθώς δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα που να επεξηγούν την εν λόγω κλινική εικόνα. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά, με ενυδάτωση, αντιπυρετικά και χορήγηση βρωμοκρυπτίνης (15 mg ημερησίως) και λοραζεπάμης (4 mg ημερησίως). Σταδιακά τα συμπτώματα βελτιώθηκαν και ο ασθενής εξήλθε 12 ημέρες αργότερα. Κατά την επανεξέταση του ασθενούς στο Νοσοκομείο μας και για τον έλεγχο των ψυχωτικών του συμπτωμάτων αποφασίστηκε η χορήγηση κουετιαπίνης. Η αγωγή με το συγκεκριμένο φαρμακευτικό παράγοντα αποφασίστηκε λόγω της μικρότερης αναφερόμενης συχνότητάς του να προκαλέσει ΚΝεΣ. Το φάρμακο χορηγήθηκε σε προοδευτικά αυξανόμενες δόσεις έως 600 mg ημερησίως. Στον ασθενή δεν εμφανίστηκε καμία παρενέργεια και έπειτα από 5 εβδομάδες περίπου ο ασθενής εξήλθε βελτιωμένος.

Συζήτηση-Συμπεράσματα

Η απότομη διακοπή των αντιχολινεργικών παραγόντων αποτελεί σπάνιο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ΚΝεΣ, καθώς το παράδειγμα ασθενούς που περιγράφηκε αποτελεί το τρίτο κατά σειρά που αναφέρεται στη βιβλιογραφία. Η ιδιαίτερη αυτή περίπτωση πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν σε κάθε προσπάθεια τροποποίησης της αγωγής, διότι η έγκαιρη αναγνώριση του συνδρόμου κρίνεται καθοριστική για τη μείωση της θνητότητας. Ωστόσο, και μετά την επιτυχή αντιμετώπιση ενός επεισοδίου ΚΝεΣ, στους περισσότερους ασθενείς, η αντιψυχωτική αγωγή θα συνεχίζει να είναι αναγκαία για τον έλεγχο των ψυχιατρικών τους συμπτωμάτων. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν ότι η επαναχορήγηση του ίδιου αντιψυχωτικού, στην ίδια δόση επαναπροκαλεί το σύνδρομο 5 στις 6 περιπτώσεις,⁴ ενώ η χρήση ενός αντιψυχωτικού μικρότερης ισχύος (μικρός αριθμός mg κατά δόση) έχει αποδειχθεί ασφαλής σε 9 από τις 10 περιπτώσεις.

Η έναρξη αγωγής με ένα άτυπο αντιψυχωτικό σε μικρή δόση και η προοδευτική αύξηση της δόσης αποτελεί την ασφαλέστερη επιλογή για να μην επανεμφανιστεί ΚΝεΣ, ελέγχοντας παράλληλα για σημεία ΚΝεΣ και διατηρώντας τον ασθενή καλά ενυδατωμένο.

Neuroleptic Malignant Syndrome after withdrawal of anticholinergic agents

K. Kosma,¹ B. Roumbos,² M. Mamali,² K. Xipas,²
K. Kolovou,² G. Kalogiratos,² A. Fortos²

¹Department of Neurology, Dromokaitio Psychiatric Hospital of Athens, Athens, Greece

²Psychogeriatric Department, Dromokaitio Psychiatric Hospital of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2008, 19:245–247

Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) is a rare but a potential lethal condition therefore it always represents a neurological emergency. Although NMS is considered mainly as idiosyncratic complication of antipsychotic medication, isolated reports show that the syndrome can rarely occur due to other causes such as, after abrupt withdrawal of anticholinergics and this was the case that is presented here. The syndrome continues to carry a high mortality rate and its basic management remains risk reduction, early diagnosis and supportive care. Thus, familiarity and vigilance to all known risk factors is considered essential for early diagnosis and intervention, and consequently for the reduction of morbidity and mortality of NMS.

Key words: Neuroleptic Malignant Syndrome, anticholinergic, abrupt withdrawal.

Βιβλιογραφία

1. Κονταξάκης Β. Κακόηθες σύνδρομο από νευροληπτικά (αντιψυχωσικά) φάρμακα. Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ιατρ Χρον* 1987, 12:949–956
2. Pelonero AL, Levenson JL, Pandurangi AK. Neuroleptic malignant syndrome: a review. *Psychiatr Serv* 1998, 49:1163–1172
3. Pope HG Jr, Keck PE Jr, McElroy SL. Frequency and presentation of neuroleptic malignant syndrome in a large psychiatric hospital. *Am J Psychiatry* 1986, 143:1227–1233
4. Adnet P, Lestavel P, Krivosic-Horber R. Neuroleptic malignant syndrome. *Br J Anaesth* 2000, 85:129–135
5. Keck PE, Pope HG Jr, Cohen BM, McElroy SL, Nierenberg AA. Risk factors for neuroleptic malignant syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1989, 46:914–918
6. Itoh H, Ohtsuka N, Ogita K. Neuroleptic malignant syndrome. *Folia Psychiatr Neurol Jpn* 1977, 31:559–576
7. Bond WS. Detection and management of the neuroleptic malignant syndrome. *Clin Pharm* 1984, 3:302–307
8. Chong LS, Abbott PM. Neuroleptic malignant syndrome secondary to Loxapine. *Br J Psychiatry* 1991, 159:572–573
9. Caroff SN. The neuroleptic malignant syndrome. *J Clin Psychiatry* 1980, 41:79–83
10. Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ, Christodoulou NG, Pappas KG. Olanzapine-associated neuroleptic malignant syndrome. *Progr Neuropharm & Biol Psychiatry* 2002, 5:897–902
11. Sing KJ, Ramaekers GM, Van Harten PN. Neuroleptic malignant syndrome and quetiapine. *Am J Psychiatry* 2002, 159:149–150
12. Friedman JH, Feinberg SS, Feldman RG. A neuroleptic malignant-like syndrome due to levodopa therapy withdrawal. *JAMA* 1985, 254:2792–2795
13. Friedman LS, Weinrauch LA, D'Elia JA. Metoclopramide-induced neuroleptic malignant syndrome. *Archives of Intern Med* 1987, 147:1495–1497
14. Patterson JF. Neuroleptic malignant syndrome associated with metoclopramide. *Southern Med J* 1988, 81:674–675
15. Madakasira S. Amoxapine-induced neuroleptic malignant syndrome. *Drug Intellig Clin Pharm* 1989, 23:50–51
16. Taylor NE, Schwartz HI. Neuroleptic malignant syndrome following amoxapine overdose. *J Nerv Ment Dis* 1988, 176:249–251
17. Spivak B, Gonen N, Mester R, Averbuch E, Adlersberg S, Weizman A. Neuroleptic malignant syndrome associated with abrupt withdrawal of anticholinergic agents. *Int Clin Psychopharmacol* 1996, 11:207–209
18. Tani H, Fujita K, Okazaki Y. Neuroleptic malignant syndrome related to a switch to perospirone and anticholinergic withdrawal. *Am J Psychiatry* 2006, 163:547–548

Αλληλογραφία: Κ. Κοσμά, Νευρολογικό Τμήμα, ΨΝΑ, Δρομοκαΐτειο Νοσοκομείο Αττικής, Ιερά Οδός 343, 124 61 Χαϊδάρη, Αθήνα

Ειδικό άρθρο Special article

Άσκηση στην ψυχοθεραπεία στο πλαίσιο της ειδικότητας στην ψυχιατρική παιδιών και εφήβων

I. Τσιάντης,¹ J. Piha,² D. Deboutte³

¹Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων, Τομέας Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής,

²Πανεπιστήμιο of Turku, Finland

³Πανεπιστημιακό Κέντρο Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Antwerp, Βέλγιο

Ψυχιατρική 2008, 19:248–253

Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται οι κατευθυντήριες οδηγίες για την ψυχοθεραπευτική άσκηση των ειδικευομένων στην ψυχοθεραπεία της Παιδοψυχιατρικής και Ψυχιατρικής Εφήβων όπως έχει εγκριθεί από τον κλάδο Παιδοψυχιατρικής και Ψυχιατρικής Εφήβων της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων. Ο στόχος της ψυχοθεραπευτικής άσκησης στην ειδικότητα της ΠΨΨΕ είναι να παρέχει εκπαίδευση ώστε να ευαισθητοποιηθεί ο ειδικευόμενος ανάλογα με τις προδιαγραφές που ισχύουν σε κάθε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε ένα ή όλους τους κυρίως ψυχοθεραπευτικούς τύπους. Δηλαδή στην Ψυχαναλυτική/Ψυχοδυναμική ατομική ψυχοθεραπεία, τη γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, ή στη θεραπεία οικογένειας. Η ψυχοθεραπευτική άσκηση περιλαμβάνει τα εξής τρία στοιχεία: (α) εξοικείωση με τα θεωρητικά μοντέλα, (β) ατομικές δεξιότητες και γνώση των τεχνικών, (γ) επίγνωση από το θεραπευτή της προσωπικής εμπειρίας ζωής του, τα οποία και περιγράφονται συνοπτικά για κάθε θεραπευτικό τύπο. Περιγράφονται επίσης τα εξής: (α) Η έκταση της άσκησης για κάθε τύπο και τονίζεται η ανάγκη ατομικής και ομαδικής εποπτείας των εκπαιδευομένων από εκπαιδευμένο ψυχοθεραπευτή παιδιών και εφήβων. (β) Το επίπεδο επάρκειας και τι περιλαμβάνεται σε κάθε τύπο ψυχοθεραπείας. (γ) Η αξιολόγηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Χρειάζεται να τονιστεί ότι η κατάσταση που επικρατεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναφορικά με την εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία διαφέρει από χώρα σε χώρα και ότι οι εκπαιδευτικοί πόροι και οι δυνατότητες ποικίλουν στις διάφορες χώρες.

Λέξεις ευρετηρίου: Άσκηση στην ψυχοθεραπεία, παιδική, εφηβική ψυχιατρική, Ειδικευόμενοι.

Το εκπαιδευτικό εγχειρίδιο της ειδικότητας στην Παιδοψυχιατρική και Ψυχιατρική Εφήβων (ΠΨΨΕ) (8 Δεκεμβρίου 2000) από τον Κλάδο της Ειδικότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων, ορίζει ότι η άσκηση για την απόκτηση της ειδικότητας ΠΨΨΕ θα πρέπει να καλύπτουν τη θεωρητική βάση της ψυχοθεραπείας ατόμου και οικογένεια, και επιπλέον να περιλαμβάνουν άσκηση στην ατομική, ομαδική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία σύμφωνα με τις μεθόδους ψυχαναλυτικού/ψυχοδυναμικού, συμπεριφορικού/γνωστικού ή συστημικού τύπου. Το κείμενο αποτελεί συμπλήρωμα του εγχειριδίου για την άσκηση της ειδικότητας στην Παιδοψυχιατρική και Ψυχιατρική Εφήβων και δίνονται συγκεκριμένες οδηγίες για την ψυχοθεραπευτική άσκηση (Log-Book on Training 2000).¹

Εισαγωγή

Οι ψυχολογικοί χειρισμοί των ψυχιατρικών διαταραχών παιδιών και εφήβων καθίστανται αναγκαίοι. Ως εκ τούτου, η ένταξη της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας στα μαθήματα της ειδικότητας ΠΨΨΕ, μοιάζει επιβεβλημένη.

Στόχοι

Ο στόχος της ψυχοθεραπευτικής άσκησης στο πλαίσιο της ειδικότητας ΠΨΨΕ είναι να προσφέρει μια θεωρητική βάση για την ψυχοθεραπευτική εργασία με παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους. Ακόμα, η διδακτέα ύλη της ειδικότητας στην Παιδοψυχιατρική και Ψυχιατρική Εφήβων θα πρέπει να παρέχει την απαραίτητη εκπαίδευση ώστε να υπάρχει η δυνατότητα να ευαισθητοποιείται ο εκπαιδευόμενος (ανάλογα με τις προδιαγραφές που ισχύουν σε κάθε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης), σε έναν ή όλους τους τρεις κύριους ψυχοθεραπευτικούς κλάδους:

- Στην ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική ατομική ψυχοθεραπεία
- Στη γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, ή
- Στην ψυχοθεραπεία οικογένειας.

Ο παιδοψυχίατρος πρέπει να γνωρίζει τους μη συγκεκριμένους και τους συγκεκριμένους παράγοντες που προσδιορίζουν την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ασφάλεια της ψυχοθεραπείας σε παιδιά, εφήβους και οικογένειες.

Η ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική ατομική ψυχοθεραπεία (ΨΨΑΨ) πηγάζει από την ψυχαναλυτικού τύπου σκέψη. Αυτή η μορφή ψυχοθεραπείας εστιάζει στην αλληλεπίδραση μεταξύ των νοητικών και των συναισθηματικών δυνάμεων και στους τρόπους με τους οποίους αυτές επηρεάζουν τη συμπεριφορά. Το ψυχοδυναμικό μοντέλο βασίζεται στην αποδοχή της ύπαρξης ασυνείδητων δραστικών δυνάμεων που ενεργούν στο νου και στην αναγκαιότητα να γίνει προσπάθεια να κατανοηθούν οι δυνάμεις αυτές και να εργάζεται ο θεραπευτής με αυτές σταθερά σε όλη τη διάρκεια του θεραπευτικού έργου. Σκοπός της θεραπείας είναι να ανακαλύψει το παιδί (ασθενής), κυρίως μέσω του υλικού που παράγει παίζοντας, ζωγραφίζοντας και μιλώντας, την υποκειμενικά κατανοηθείσα σχέση που υπάρχει ανάμεσα στα συμπτώματα του παρόντος και στις προηγούμενες εμπειρίες του.

Η γνωστική/συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (ΓΣΨ) βασίζεται στη θεωρία της μάθησης, και εστιάζει στη συμπεριφορική, γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη και λειτουργία του ανθρώπου. Βασίζεται αφενός στην υπόθεση ότι στην ατομική ανάπτυξη και λειτουργία, το περιβάλλον του ατόμου, τα ατομικά χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας και η συμπεριφορά που διαμορφώνεται ανάλογα με τις περιστάσεις αλληλοπροσδιορίζονται, και αφετέρου στο ότι η συμπεριφορά είναι ένα εξελισσόμενο δυναμικό φαινόμενο. Η ΓΣΨ χρησιμοποιεί ένα συνδυασμό τεχνικών, πολλές από τις οποίες βασίζονται στα μοντέλα κλασικής και συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης, τα οποία όμως ξεπερνά κατά πολύ στα σύγχρονα ψυχοδυναμικά εκπαιδευτικά προγράμματα της.

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία (είτε πρόκειται για θεραπεία ατόμων/παιδιών, των γονιών τους ή των οικογενειών τους), εστιάζει στο πλαίσιο των διαμορφωμένων σχέσεων, ασχολείται με σενάρια αλληλεπίδρασης και εννοιών και στοχεύει στη διευκλίνηση του ατομικού και διαπροσωπικού δυναμικού στα πλαίσια ενός συστήματος που το βλέπει ως όλο. Η θεραπευτική εργασία μπορεί να περιλαμβάνει συμβουλευτική με ευρύτερα δίκτυα, όπως τους άλλους επαγγελματίες που εργάζονται με το άτομο/παιδί ή την οικογένεια. Μπορεί να πηγάζει από την ΨΨΑΨ ή τη ΓΣΨ.

Η θεραπευτική σχέση

Στην εργασία με παιδιά, εφήβους και οικογένειες, η θεραπευτική σχέση με τον ασθενή είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Ο θεραπευτής πρέπει να διαθέτει μεγάλη εσωτερική ευελιξία για να μπορεί να σχετίζεται με παιδιά διαφορετικών ηλικιών, με τους γονείς τους και με τους επαγγελματίες στο καθημερινό κοινωνικό περιβάλλον του, ενώ ταυτοχρόνως να είναι σε θέση να διατηρεί τη δική του ενήλικη ακεραιότητα.

Στοιχεία της άσκησης

Όλα τα είδη της ψυχοθεραπευτικής άσκησης αποτελούνται από τρία στοιχεία:

- α. Εξοικείωση με τα θεωρητικά μοντέλα
 - β. Ατομικές δεξιότητες και γνώση των τεχνικών
 - γ. Επίγνωση από το θεραπευτή της προσωπικής του εμπειρίας ζωής.
- α. Εξοικείωση με τα θεωρητικά μοντέλα
- Στην ΨΨΑΨ αυτό σημαίνει ότι ο θεραπευτής πρέπει να διαθέτει επαρκή γνώση των διαφόρων θεωριών περί:
 1. Της βρεφικής, παιδικής και εφηβικής ανάπτυξης (ψυχολογικές και ψυχοβιολογικές θεωρίες, ψυχαναλυτική θεωρία, θεωρία δεσμού, θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, μοντέλα παιδικής ψυχοπαθολογίας)
 2. Της ανάπτυξης της οικογένειας, και
 3. Των τεχνικών της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας παιδιού και εφήβου.
 - Στη ΓΣΨ αυτό σημαίνει ότι ο θεραπευτής πρέπει να διαθέτει επαρκή γνώση της θεωρίας της μάθησης, εστιάζοντας στην ανθρώπινη γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη και λειτουργία καθώς επίσης και να κατανοεί τη σχέση εγκεφάλου-συμπεριφοράς και τη δυναμική των κοινωνικών δικτύων.
 - Στην ψυχοθεραπεία οικογένειας εξοικείωση με τα θεωρητικά μοντέλα σημαίνει ότι ο θεραπευτής πρέπει να διαθέτει επαρκή γνώση της ανάπτυξης και της λειτουργίας της οικογένειας, τόσο της συνηθισμένης όσο και της διαταραγμένης, και του πώς τα συγκεκριμένα αυτά οικογενειακά χαρακτηριστικά μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη και την εξέλιξη των παιδιών.

β. Ατομικές δεξιότητες και γνώση των τεχνικών

- Στην ΨΨΑΨ σημαίνει ότι ο θεραπευτής πρέπει να έχει την ικανότητα:
 1. Να αναπτύσσει και να εγκαθιστά μια θεραπευτική σχέση με το παιδί και τον γονέα ή τους γονείς (κηδεμόνες) και να προωθήσει μια θεραπευτική συμμαχία (συμμαχία εργασίας) με εκείνους
 2. Να αναγνωρίζει το γεγονός ότι για να έχει περιεχόμενο και νόημα, η επικοινωνία απαιτεί συναισθηματική επαφή και συμμετοχή (ενσυναίσθηση), χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να εμπλέκεται συναισθηματικά
 3. Να γνωρίζει τους σκοπούς και τα όρια της θεραπείας, ανάλογα με το εάν αυτή έχει καθοριστεί ως περιπτώσιολογικός χειρισμός, διορθωτική παρέμβαση στο περιβάλλον του ασθενούς, συμβουλευτική, υποστήριξη ή ψυχοθεραπεία και
 4. Να διεξάγει παρατήρηση του νηπίου ή του παιδιού, σε παράλληλο σεμινάριο υπό την εποπτεία κάποιου ειδικευμένου καθοδηγητή σεμιναρίου (προαιρετικά).²
- Στη ΓΣΨ αυτό σημαίνει ότι ο θεραπευτής πρέπει να έχει τη γνώση και την ικανότητα:
 1. Να εγκαθιστά θεραπευτική σχέση με το παιδί και τον γονέα ή τους γονείς του (κηδεμόνες) και τους σημαντικούς άλλους (τους επαγγελματίες από το καθημερινό κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού) και να προάγει μια θεραπευτική συμμαχία (συμμαχία εργασίας) με αυτούς
 2. Να αναγνωρίζει το γεγονός ότι για να έχει νόημα η επικοινωνία απαιτείται συναισθηματική επαφή και συμμετοχή (ενσυναίσθηση), χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να εμπλέκεται συναισθηματικά
 3. Να γνωρίζει τους σκοπούς και τα όρια της θεραπείας και
 4. Να εφαρμόζει στη θεραπεία των διάφορων ψυχιατρικών διαταραχών παιδιών και εφήβων τις ποικίλες τεχνικές που χρησιμοποιεί η ΓΣΨ και τα πρωτόκολλα της.³
- Στην ψυχοθεραπεία οικογένειας ατομικές δεξιότητες και γνώση τεχνικών σημαίνει ότι ο θεραπευτής πρέπει να διαθέτει τις δεξιότητες να

εγκαταστήσει μια θεραπευτική σχέση με όλα τα μέλη της οικογένειας (συχνά δε, και με τους επαγγελματίες από το καθημερινό κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού), και να είναι σε θέση να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τη λεκτική και μη λεκτική συμβολή κάθε μέλους της οικογένειας.

γ. Επίγνωση από το θεραπευτή της προσωπικής του εμπειρίας ζωής

Το στοιχείο αυτό αναφέρεται στο γεγονός ότι στην ψυχοθεραπευτική εργασία ο χειρισμός από τον θεραπευτή των δικών του συναισθηματικών αντιδράσεων και των εμπειριών του αποτελούν ουσιαστικό μέρος της διαδικασίας. Ο θεραπευτής πρέπει να έχει την ευχέρεια να χρησιμοποιεί τις δικές του συναισθηματικές αντιδράσεις και προσωπικές εμπειρίες προς όφελος του ασθενή του και χωρίς να θέτει σε κίνδυνο το συμφέρον αυτού. Ένα μέρος της εκπαίδευσης στην ψυχοθεραπεία είναι αφιερωμένο στην προσπάθεια να αυξηθεί η επίγνωση των προσωπικών εμπειριών που έχει ο θεραπευτής. Αυτό μπορεί να γίνει με τη μορφή εντατικής ατομικής ψυχοθεραπείας (στην ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική ατομική ψυχοθεραπεία (ΨΨΑΨ) και στη γνωστική/συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (ΓΣΨ), ή με ομάδες αυτοεπίγνωσης με γνωστικό/συμπεριφορικό προσανατολισμό (ΓΣΨ), ή με εργασία με την οικογένεια καταγωγής (στην άσκηση οικογενειακής ψυχοθεραπείας).

Έκταση της άσκησης

Η διάρκεια της εκπαίδευσης είναι τρία με τέσσερα χρόνια, ανάλογα με τις προδιαγραφές της κάθε χώρας.

Η ελάχιστη διάρκεια εκπαίδευσης στα θεωρητικά μοντέλα θα πρέπει να είναι οι 400 ώρες (100 ώρες θεωρητικά και 300 ώρες συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική άσκηση).

Η έκταση της εκπαίδευσης στις ατομικές δεξιότητες και στη γνώση των τεχνικών πρέπει να φτάνει συνολικά τις 200–300 ώρες, ανάλογα με το είδος της ψυχοθεραπείας που εφαρμόζεται. Κατά τη διάρκεια των θεωρητικών μαθημάτων ο ασκούμενος θα πρέπει να κάνει πρακτική εξάσκηση και στα τρία είδη ψυχοθεραπείας (ψυχοδυναμική, γνωστική–συμπεριφορική, οικογένεια). Η ψυχοθεραπευτική αυτή εργασία πρέπει να υπόκειται σε σταθερή εποπτεία

σύμφωνα με τις γενικές αρχές της κάθε ψυχοθεραπευτικής τεχνικής (ατομική και ομαδική εποπτεία σε εβδομαδιαία ή δεκαπενθήμερη βάση).

Κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης εκπαίδευσης στην ψυχοθεραπεία, ο ασκούμενος οφείλει να ολοκληρώνει:

– Στην ΨΨΑΨ:

α. Μία τουλάχιστον περίπτωση παιδιού προσχολικής ηλικίας, μία παιδιού στη λανθάνουσα περίοδο και μία εφήβου.

β. Συμβουλευτική των γονέων.

γ. Συμβούλιο με το προσωπικό της διεπιστημονικής ψυχοθεραπευτικής ομάδας.

– Στη ΓΣΨ: τέσσερις περιπτώσεις – μία με ένα νήπιο, μία με ένα παιδί, μία με έναν έφηβο και μία διαμεσολαβητική θεραπεία με το γονιό ή με σημαντικούς άλλους.

– Στην οικογενειακή θεραπεία, έξι περιπτώσεις.

Επίπεδο επάρκειας

Οι ασκούμενοι πρέπει να αποκτήσουν το 1ο επίπεδο επάρκειας στις βασικές θεωρητικές γνώσεις και το 2ο επίπεδο επάρκειας στις βασικές θεραπευτικές δεξιότητες. Ορισμένοι εκπαιδευόμενοι προχωρούν και στο 3ο επίπεδο επάρκειας (προαιρετικό). Το 3ο επίπεδο επάρκειας περιλαμβάνει:

– Διευρυμένα μαθήματα θεωρητικών και κλινικών σεμιναρίων – αφορά και τους 3 θεραπευτικούς κλάδους

– Παρατήρηση μωρών και μικρών παιδιών στην ψυχοδυναμική ατομική ψυχοθεραπεία – αφορά την ΨΨΑΨ

– Κλινική εργασία υπό εποπτεία (ατομική και ομαδική) – αφορά και τους 3 θεραπευτικούς κλάδους

– Εμπεριστατωμένη επίγνωση των προσωπικών εμπειριών του θεραπευτή – αφορά και τους 3 θεραπευτικούς κλάδους

– Προσωπική ψυχανάλυση – αφορά την ΨΨΑΨ

– ή ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία – αφορά την ΨΨΑΨ και τη ΓΣΨ

– Εντατική εργασία με την οικογένεια καταγωγής – αφορά την οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι τα παραπάνω κριτήρια είναι ενδεικτικά των όσων προτείνει η επιτροπή. Σε γενικές γραμμές, οι εκπαιδευόμενοι

απαιτείται να κατέχουν τη βασική επάρκεια, τις θεωρητικές γνώσεις και τις βασικές θεραπευτικές δεξιότητες ανάλογα με τα ισχύοντα στην κάθε ευρωπαϊκή χώρα.⁴

Αξιολόγηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας

Το πρόγραμμα ψυχοθεραπείας που προσφέρεται στο εκπαιδευτικό κέντρο θα πρέπει να συνοδεύεται από εκτενή βιβλιογραφία και η όλη διαδικασία θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από πλήρη διαφάνεια. Αξιολόγηση των εκπαιδευομένων θα πρέπει να γίνεται στην αρχή της εκπαιδευτικής διαδικασίας, στο μέσον και στο τέλος, σύμφωνα με τους κανονισμούς της χώρας. Οι εκπαιδευόμενοι και οι επόπτες πρέπει να έχουν προσόντα και εμπειρία στο είδος ψυχοθεραπείας με το οποίο ασχολούνται.

Συγκεκριμένα ζητήματα στην άσκηση των παιδοψυχιάτρων στην ψυχοθεραπεία

Η κατάσταση που επικρατεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναφορικά με την ψυχοθεραπεία διαφέρει από χώρα σε χώρα, και ως εκ τούτου οι εκπαιδευτικοί πόροι και οι δυνατότητες ποικίλουν αναλόγως. Στην ειδίκευση ΠΨΨΕ, ο χρόνος που αφιερώνεται στην ψυχοθεραπεία ενδέχεται να είναι περιορισμένος. Εντούτοις και η στάση των εκπαιδευομένων προς την ψυχοθεραπεία ποικίλει και ενδέχεται ορισμένοι να μην εμφανίζουν ενδιαφέρον προς αυτήν. Οι εκπαιδευτές των προγραμμάτων ειδικότητας ΠΨΨΠ θα πρέπει να έχουν υπόψη τους αυτά τα θέματα και τα προβλήματα που συνδέονται με την άσκηση ψυχοθεραπείας.

Ευχαριστούμε τον καθηγητή Α. Rothenberger για τις παρατηρήσεις του.

Psychotherapy training in specialist child and adolescent psychiatry

J. Tsiantis,¹ J. Piha,² D. Deboutte³

¹*Professor of Child Psychiatry, President of the European Union Medical Specialist, Child and Adolescent Psychiatry Section,*

²*Professor of Child Psychiatry, University of Turku Finland*

³*Professor of Child Psychiatry, Director of the Department of Child and Adolescent Psychiatry Antweys Belgium*

Psychiatriki 2008, 19:248–253

This paper presents the guidelines for psychotherapy training as part of specialist child and adolescent psychiatry training, as approved by the Section of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy (CAPP) of the European Union of Medical Specialties (UEMS). The goal of psychotherapy training as part of specialist CAPP training is to raise the trainees' awareness as regards the requirements in force in each EU country, for one or all the main psychotherapeutic modes. That is: psychoanalytic/psychodynamic individual psychotherapy, cognitive behavioral psychotherapy, or family psychotherapy. Psychotherapy training consists of three elements described in detail for each psychotherapeutic mode: (a) familiarity with theoretical models, (b) personal skills and knowledge of techniques, and (c) awareness of own life experience. The guidelines also include the following: (a) The volume of training for each mode, while stressing the need for individual and group supervision of the trainees by a qualified child and adolescent therapist, (b) The competence level and what is included in each psychotherapeutic mode, (c) The evaluation of the training process. It should be noted that the situation in the field of psychotherapy training, as well as the educational resources and potential, vary from one European country to another.

Key words: Training in psychotherapy, child-adolescent psychiatry, trainees.

Βιβλιογραφία

1. www.uems.net
2. Lanyado M, Horne A. *The Handbook of Child and Adolescent Psychotherapy: Psychoanalytic Approaches*. Routledge. London
3. Friedberg R, McClure J. *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents*. ISBN 1-57230-723-4, The Guilford Press, New York, 2002
4. The CanMEDS Physician Competency Framework. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa, Canada, 2005

Αλληλογραφία: Ι. Τσιάντης, Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου (ΕΨΥΠΕ), Αγ. Ιωάννου Θεολόγου 19, 155 61 Χολαργός
e-mail: itsianti@med.uoa.gr
Τηλ./Fax: 210-65 22 396

Γενικό άρθρο General article

Αναγκαιότητα και προϋποθέσεις ψυχοθεραπείας σε παιδοψυχιατρική/ψυχιατρική ενδονοσοκομειακή μονάδα

Σ.Ν. Σαλπιστής

Κλινικός Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπευτής

Ψυχιατρική 2008, 19:254–263

Η ψυχιατρική φροντίδα, και ιδιαίτερα η παιδοψυχιατρική, πλήττεται από το σύγχρονο ορθολογικό τρόπο οικονομικής σκέψης, και η ποιότητα των υπηρεσιών της απειλείται από την απαίτηση για μεγαλύτερη «παραγωγικότητα». Μία σοβαρή συνέπεια αυτού του τρόπου σκέψης είναι ο ολοένα και μεγαλύτερος παραγκωνισμός των ψυχοθεραπευτικού τύπου παρεμβάσεων. Στην παρούσα μελέτη, επιχειρείται σύγκριση των δυνατοτήτων και της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών ασθενειών και των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και τονίζεται η θεραπευτική αξία της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ θεράποντος και θεραπευομένου σε κάθε περίπτωση. Γίνεται, επίσης, περιγραφή και σύγκριση τριών ψυχιατρικών κατευθύνσεων (βιολογικής/νευρολογικής, περιγραφικής και ψυχαναλυτικής/ψυχοδυναμικής) στην προσπάθεια κατανόησης και αντιμετώπισης των ψυχικών ασθενειών. Τέλος, επισημαίνεται η αναγκαιότητα ύπαρξης μιας ψυχοθεραπευτικής κουλτούρας και άσκησης ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε κάθε ψυχιατρική μονάδα.

Λέξεις ευρετηρίου: Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, περιγραφική, ψυχοδυναμική διάγνωση, ενδονοσοκομειακή, παιδοψυχιατρική/ψυχιατρική μονάδα.

Εισαγωγή

Η παιδοψυχιατρική, ολοένα και περισσότερο, τείνει να θεωρείται ως ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών προς κοινωνικά ιδρύματα και φορείς, όπως το σχολείο, η κοινωνική πρόνοια, τα δικαστήρια κ.ά., σε βαθμό που η αυτονομία και το περιεχόμενό της ως επιστήμης περνούν σε δεύτερη ή τρίτη μοίρα. Από την άλλη, η παράταση των δυσμενών οικονομικών συνθηκών έχει, μεταξύ άλλων, ως αποτέλεσμα και την περικοπή κονδυλίων προς την υγεία, όπου η ψυχιατρική –και ιδιαίτερα η παιδοψυχιατρική– κατέχει παραδοσιακά την τελευταία θέση των προτεραιοτήτων επιδότησης.^{1,2}

Μία ακόμη συνέπεια της δυσμενούς οικονομικής κατάστασης, και όχι μόνον αυτής, είναι οι πιέσεις για ολοένα και μεγαλύτερη παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα σε όλους τους τομείς εργασίας. Αυτός ο ορθολογικός τρόπος οικονομικής σκέψης πλήττει ιδιαίτερα τον χώρο της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς ο τρόπος προσέγγισης των προβλημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει και τα αποτελέσματά της δεν είναι πάντα ή/και εύκολα μετρήσιμα μεγέθη, τουλάχιστον με τον τρόπο που απαιτεί η μεθοδολογία των φυσικών επιστημών. Η ψυχιατρική/ψυχολογική προσέγγιση αφορά, ή θα έπρεπε να αφορά, ενδοψυχικές και διαπροσωπικές διεργασίες που είναι συχνά λανθάνουσες, αφηρημένες και μη μετρήσιμες ποσοτικά. Οι όποιες δομικές ψυχικές αλλαγές, που επιτυγχάνονται διαμέσου των οποιωνδήποτε θεραπευτικών παρεμβάσεων, απαιτούν τη συνεναισθησία, την κατανόηση και το σεβασμό του θεραπευτή για το ψυχικό υλικό και το πρόσωπο του θεραπευομένου μέσα από έναν εξελικτικό και για τους δύο διάλογο που συνήθως απαιτεί αρκετό χρόνο. Οι μακροσκελείς λίστες αναμονής στις περισσότερες παιδοψυχιατρικές μονάδες δεν αφήνουν πολλά περιθώρια για την άσκηση μιας ψυχοθεραπευτικού τύπου αντιμετώπισης. Οι απαιτήσεις για ποσοτική εργασία απειλούν την άσκηση μιας περισσότερο ποιοτικής παρέμβασης.³ Το «διαγνωστικό μοντέλο» φαίνεται πως επικρατεί του «θεραπευτικού», προς όφελος του ιδιωτικού τομέα που καρπούται ως πελάτες τους ασθενείς στους οποίους ο δημόσιος τομέας δεν εξαντλεί όλες τις δυνατότητες προσφοράς θεραπευτικών υπηρεσιών. Είναι σαφές πως πλήττονται περισσότερο, με καταστροφικές συχνά συνέπειες, οι οικονομικά ασθενέστερες οικογένειες. Δεν είναι, όμως, μόνον

οικονομικοί οι λόγοι που οδηγούν στην κατάσταση αυτή. Όλοι όσοι έχουν εργασθεί σε ψυχιατρικές κλινικές ή νοσοκομεία, ασχέτως ειδικότητας, έχουν διαπιστώσει πως ακόμα και εκεί που η ψυχοθεραπεία ή πιο σωστά οι θεραπευτικές συνεδρίες αποτελούν μέρος της παρεχόμενης περίθαλψης, αυτό γίνεται στο βαθμό που το επιτρέπει η λίστα αναμονής ή/και η ευτυχής συγκυρία ύπαρξης μιας ολιστικής βιο-ψυχο-κοινωνικής προσέγγισης των ψυχικών ασθενειών στο συγκεκριμένο τμήμα.

Σύγκριση μελετών για την αποτελεσματικότητα αντικαταθλιπτικών και ψυχοθεραπείας

Τα τελευταία 15 περίπου χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη φαρμακευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, με συνέπεια την εκρηκτική αύξηση της συνταγογράφησης ψυχοφαρμάκων και ιδιαίτερα αντικαταθλιπτικών, χωρίς επαρκή επιστημονική στήριξη για την αποτελεσματικότητά τους σε όλες τις περιπτώσεις. Αντίθετα, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, έχει διεξαχθεί μία πληθώρα σοβαρών, εκτεταμένων και τεκμηριωμένων ερευνών που καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα, την έκταση και τη μονιμότητα των αλλαγών που επιτυγχάνονται με την ψυχοδυναμική κυρίως ψυχοθεραπεία σε ένα μεγάλο φάσμα ψυχικών διαταραχών όπως, για παράδειγμα, στην κατάθλιψη, σε διάφορες μορφές διαταραχών προσωπικότητας, στο μετατραυματικό σύνδρομο, στην κοινωνική φοβία, στην ψυχογενή ανορεξία, τη βουλιμία κ.ά.⁴⁻⁹

Όσον αφορά τις πολυάριθμες έρευνες για την αποτελεσματικότητα των ψυχοφαρμάκων εν γένει, και των αντικαταθλιπτικών ειδικότερα, θα πρέπει να αναφερθεί πως τα αποτελέσματα παρουσιάζουν μία υπερβολικά θετική εικόνα σε σχέση με την πραγματικότητα.¹⁰ Ταυτόχρονα, το 75% περίπου όλων των δημοσιευμένων ερευνών για την αποτελεσματικότητα των διαφόρων φαρμάκων χρηματοδοτούνται από τις εταιρείες που τα παράγουν. Σύμφωνα με τους Abramsen & Starfield,¹¹ οι έρευνες αυτές δίνουν θετικά αποτελέσματα πενταπλάσια σε σύγκριση με τις ανεξάρτητες έρευνες για τα ίδια σκευάσματα. Στο 60% περίπου των ερευνών, δεν διαφαίνονται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα αντικαταθλιπτικά σκευάσματα και τα placebo,^{12,13} στα δε παιδιά και τους εφήβους, οι μετα-αναλύσεις δείχνουν πως

η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών δεν υπερτερεί των placebos, ενώ ταυτόχρονα διπλασιάζεται ο κίνδυνος αυτοχειρίας.^{14,15}

Η αξία και η σημασία της ποιότητας της διαπροσωπικής σχέσης ανάμεσα σε ασθενή και θεράποντα ιατρό προκύπτει και από διάφορα ερευνητικά ευρήματα, καθώς η κατάσταση των ασθενών που λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή από ιατρούς που δεν κατάφεραν να δημιουργήσουν μία θεραπευτική συμμαχία μαζί τους, επιδεινώνεται σε αντίθεση με τους ασθενείς που έχουν αναπτύξει θεραπευτική συμμαχία με τους θεράποντες ιατρούς τους.¹⁶ Οι ιατροί που δημιουργούν καλή σχέση με τους ασθενείς τους, ακόμη και όταν χορηγούν placebo, επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με αυτούς που χορηγούν αντικαταθλιπτικά χωρίς να έχουν καλή θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς τους.¹⁷

Η έλλειψη της δέουσας βαρύτητας στη σημασία της διαπροσωπικής, αν μη τι άλλο, σχέσης, ακόμη και όταν η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι κυρίως φαρμακευτική, ανάγει το θέμα της ψυχικής νόσου σε πρόβλημα όχι ψυχολογικό, αλλά αμιγώς βιολογικό, δηλαδή ως αποτέλεσμα μιας βιοχημικής αναρχίας του εγκεφάλου. Μία ψυχιατρική προσέγγιση, που αρκείται στη μελέτη της λειτουργίας του εγκεφάλου, δεν θα μπορέσει ποτέ να δημιουργήσει ένα ολοκληρωμένο μοντέλο λειτουργίας του ανθρώπινου ψυχισμού που συνεκτιμά τη δυναμική αλληλεπίδραση φαινομένων όπως η συνείδηση, το συναίσθημα, το βίωμα, η κινητοποίηση, η ρύθμιση, η εκπροσώπηση, η γνώση, ο λόγος και η βούληση.¹⁸ Ο άνθρωπος εγκεφαλος αναπτύσσεται μέσα σε ένα πλαίσιο διαπροσωπικών σχέσεων που δρουν καθοριστικά στη διαμόρφωση της δομής του.¹⁹ Η θεώρηση που ταυτίζει τον άνθρωπο με το σώμα του, καθιστώντας τον με τον τρόπο αυτό αντικείμενο μελέτης που επιδέχεται ανάλυσης μέχρι και του τελευταίου μοριακού του στοιχείου, αποτελεί μία προσέγγιση που ουσιαστικά αγνοεί τον άνθρωπο ως υποκείμενο με προσωπική ιστορία, σχέσεις, συναισθήματα, λόγο, όνειρα, επιδιώξεις και υπαρξιακούς προβληματισμούς που παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ψυχικής του ισορροπίας. Ο ισχυρισμός της βιολογικά προσανατολισμένης ψυχιατρικής ότι οι ψυχικές ασθένειες είναι το αποτέλεσμα μιας διαταραγμένης ισορροπίας στον εγκέφαλο, οφειλόμενης σε ιδιοσυστασιακή ευαλωτότητα, οδηγεί σε μια ενδογενή αιτιολόγηση της ψυχικής ασθένειας που αποκόπτει το άτομο από

τον περίγυρό του. Γνωρίζουμε όμως πως ένα μεγάλο μέρος της δομικής λειτουργίας του εγκεφάλου αναπτύσσεται μετά τη γέννηση,²⁰ γεγονός που επιβεβαιώνει τη σημαντική επιρροή που ασκούν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η έρευνα για την επίδραση της ψυχοθεραπείας στην εγκεφαλική λειτουργία έχει καταδείξει παρόμοιες μεταβολές με αυτές που συμβαίνουν και στην περίπτωση της ψυχοφαρμακευτικής αντιμετώπισης.²¹⁻²³ Νευρολόγοι, όπως οι Damasio,²⁴ Berthoz^{25,26} κ.ά., κατάφεραν να εξηγήσουν τον τρόπο με τον οποίο η ψυχική καταπόνηση επηρεάζει τον εγκέφαλο, προκαλώντας μεταβολές στη χημική του ισορροπία που με τη σειρά τους μπορούν να οδηγήσουν σε αποκλίνουσες συμπεριφορές. Η πρόταση αυτών των ερευνητών, για την αντιμετώπιση τέτοιου είδους προβλημάτων, είναι η λήψη μέτρων για τη μείωση ή εξάλειψη των αγχογόνων παραγόντων και όχι η προσπάθεια αποκατάστασης της χημικής ισορροπίας του εγκεφάλου διαμέσου ψυχοφαρμάκων.

Ψυχιατρική διαγνωστική και ψυχοδυναμική προσέγγιση

Στην ψυχιατρική υπάρχουν τρεις τουλάχιστον διαφορετικές κατευθύνσεις:

1. Η βιολογική/νευρολογική, που εστιάζεται κυρίως σε κληρονομικούς παράγοντες.
2. Η περιγραφική, που εστιάζεται σε καταστάσεις και συμπτώματα
3. Η ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική, που εκτιμά την προσωπικότητα διαμέσου μιας εξελικτικής-ψυχολογικής προσέγγισης.

Είναι πλέον κοινή πεποίθηση πως είναι αδύνατη η περιγραφή και η κατανόηση μίας τόσο σύνθετης πραγματικότητας, όπως ο εσωτερικός κόσμος ενός ατόμου, με μία και μοναδική προσέγγιση ή οπτική και πως μία περιγραφική διάγνωση δεν αποτελεί επαρκή βάση για να στηριχθεί ένας θεραπευτικός σχεδιασμός. Για να αποκτήσει νόημα και περιεχόμενο μία διαγνωστική προσέγγιση, ασχέτως προσανατολισμού και θεωρητικού υπόβαθρου, θα πρέπει να εξετασθεί μέσα στα πλαίσια του συστήματος που διενεργείται. Η οποιαδήποτε εξέλιξη και αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών μας εργαλείων, που γίνεται ακόμα πιο αναγκαία εξαιτίας του επιδεινούμενου οικονομικού κλίματος και της μείωσης των πόρων προς την ψυχιατρική περίθαλψη, προϋποθέτει ένα συνεχή προβληματισμό και μία εν δυνάμει αμφισβήτηση

της πλήρους επάρκειάς τους. Κάτι τέτοιο όμως δεν αποτελεί εύκολη υπόθεση από τη στιγμή που συχνά επηρεαζόμαστε, κυρίως υποσυνείδητα, από τις αξίες, τον τρόπο σκέψης και τη φιλοσοφία του εργασιακού μας περιβάλλοντος. Μία δημιουργική αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας των διαγνωστικών μας εργαλείων –που δεν πρέπει να θυσιάζουν τη μοναδικότητα του κάθε ασθενούς στο βωμό μιας γενικής ταξινόμησης, όπως συνήθως συμβαίνει– οφείλει να φέρνει στο προσκήνιο ερωτήματα που αφορούν τη χρησιμότητά τους, το ποιόν εξυπηρετούν περισσότερο (ασθενή ή θεράποντα;), και το εάν διευρύνουν την κατανόηση και τη συνειδητοποίηση μας για τον ασθενή, ώστε να εμπλουτίζεται ο θεραπευτικός μας σχεδιασμός. Σύμφωνα με τους Mezzich & Schmolke,²⁷ η σημασία και η συμβολή της διάγνωσης στο θεραπευτικό σχεδιασμό αυξάνουν ανάλογα με το εύρος της κατανόησης που δημιουργεί η διάγνωση αυτή για τον ασθενή, τη μοναδικότητά του και τον τρόπο που σχετίζεται και επικοινωνεί. Γεννάται λοιπόν το ερώτημα: γιατί επιβιώνει τότε και επί τόσες δεκαετίες ο περιγραφικός τρόπος διαγνωστικής προσέγγισης χωρίς να έχει αξιολογηθεί επιστημονικά ο τρόπος με τον οποίο συμβάλλει στη βελτίωση της ψυχιατρικής περίθαλψης, και γιατί το προσωπικό των ψυχιατρικών ιδρυμάτων/τμημάτων, ακόμα και αυτό με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, επιδεικνύει μερικές φορές επάρκεια πολύ μικρότερη από αυτήν που πραγματικά διαθέτει; Η εξήγηση βρίσκεται στο ότι κάθε οργανισμός περιέχει διάφορες πηγές άγχους που προσπαθεί να ελέγξει και να μειώσει. Οι διεργασίες αυτές όμως δημιουργούν μερικές φορές κωλύματα και εμπλοκές στην άσκηση των καθηκόντων του προσωπικού.^{28,29} Το πρόβλημα αυτό είναι ακόμη εντονότερο στους ψυχιατρικούς οργανισμούς καθώς έχουν ως κύριο μέλημά τους την αντιμετώπιση πολύ επώδυνων συναισθημάτων σε καθημερινή βάση και για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Επειδή όμως κάθε άμυνα έχει το τίμημά της, η προσπάθεια ελέγχου του άγχους οδηγεί σε συρρίκνωση της επάρκειας του προσωπικού. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, λοιπόν, τα προβλήματα των ασθενών, που νοσηλεύονται σε ένα ψυχιατρικό τμήμα ή έχουν σχέση «ημερήσιας νοσηλείας», περιπλέκονται ακόμη περισσότερο. Πολλοί έχουν περιγράψει τα ιδιαίτερα φαινόμενα που παρατηρούνται στην αλληλεπίδραση ανάμεσα σε θεραπευτές και θεραπευόμενους με μεταιχμιακή ή ψυχιατρική οργάνωση προσωπικότητας, διευρύνοντας την

κατανόησή μας γύρω από αυτά, π.χ. Main,³⁰ Searles,³¹ Haugsgjerd,³² Crafoord,³³ Belin³⁴ κ.ά.

Το περιγραφικό διαγνωστικό μοντέλο δημιουργεί μια αίσθηση τάξης και ασφάλειας, που λειτουργεί ως φίλτρο και ασπίδα απέναντι στο συναισθηματικό χάος αυτών των ασθενών, μειώνοντας με τον τρόπο αυτό το συλλογικό άγχος της οργάνωσης, κάτι που με τη σειρά του διευκολύνει το χειρισμό και την αντιμετώπισή τους. Η κατά κάποιο τρόπο «αντικειμενικοποίηση» του ασθενούς και η αναγωγή του σε μία «περίπτωση» βοηθά στο να αντέξουμε το τεράστιο άγχος, τον τρόπο και την απόγνωσή του κατά την άμεση συνάντησή μας μαζί του.

Ο Kernberg,^{35,36} μέσα από ένα συστημικό και ψυχαναλυτικό τρόπο θεώρησης, έχει τονίσει τις δυσκολίες που παρουσιάζει η ιδρυματική φροντίδα, αλλά και τις δυνατότητες που παρέχει, λειτουργώντας ως σκηνή στην οποία εκτυλίσσεται το εσωτερικό δράμα του ασθενούς με τις παθογενείς εσωτερικοποιημένες αντικειμενότροπες σχέσεις που το χαρακτηρίζουν και που με τον τρόπο αυτό μπορούν όχι μόνο να διαγνωσθούν αλλά και να τροποποιηθούν θεραπευτικά. Η επίτευξη όμως αυτού του στόχου απαιτεί ένα τρόπο θεώρησης που να αξιολογεί τον ασθενή και τις όποιες εκδηλώσεις του ψυχισμού του –συνειδητές ή μη– ως στοιχεία που εμπεριέχουν κάποιο νόημα και όχι απλά ως εκδηλώσεις της ασθένειάς του που πρέπει πάση θυσία να εξαλειφθούν.

Η αποτελεσματικότητα των ψυχοφαρμάκων θα ήταν ακόμη μεγαλύτερη εάν η χρήση τους εντασσόταν σε ένα ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, δηλαδή σε ένα πλαίσιο σταθερό και προβλέψιμο, όπου μία θεμελιώδης προϋπόθεσή του είναι η ύπαρξη μιας ψυχοθεραπευτικής σχέσης, στην οποία ο θεραπευόμενος έχει τη δυνατότητα να μιλήσει για τον εαυτό του και τη ζωή του, να μοιραστεί και να εναποθέσει επώδυνα και απειλητικά συναισθήματα και να επεξεργαστεί ενδοψυχικές διαπροσωπικές συγκρούσεις που οδήγησαν στην προσωπική του κατάρρευση. Ο εστιασμός, όμως, αποκλειστικά στα συμπτώματα, με σκοπό μία ακριβή ψυχιατρική περιγραφική διάγνωση, που ουσιαστικά αγνοεί τη δυναμική που τα προκαλέσει και τις ευρύτερες ψυχολογικές ανάγκες του θεραπευόμενου, καθιστά τον τελευταίο μία «περίπτωση», επιτείνοντας την προσωπική του απομόνωση. Μία ολική θεώρηση του ατόμου, σε αντίθεση με την αντίληψη της απλής επισήμανσης και αποκατάστα-

σης των ελλείψεών του, εμπεριέχει θεραπευτική ισχύ. Η δυνατότητα που προσφέρεται στον ασθενή να ασκεί την αυτονομία του και η ενθάρρυνσή της, σε αντίθεση με την υποχρέωση αποδοχής ενός έτοιμου θεραπευτικού σχήματος, έχει επίσης θεραπευτικό αποτέλεσμα.³⁷ Ακόμη και σε περιπτώσεις όπου επιβάλλεται η λήψη αναγκαστικών μέτρων, είναι σημαντικός ο τρόπος με τον οποίο θα γίνει κάτι τέτοιο. Εάν ο ασθενής αντιμετωπισθεί με σεβασμό και ενημερωθεί για τους λόγους αυτής της επιβολής, τότε οι πιθανότητες μίας μελλοντικής θεραπευτικής συνεργασίας αμοιβαίας εμπιστοσύνης αυξάνονται σημαντικά. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση μπορεί να απαλλάσσει από τα βασανιστικά συμπτώματα, δεν προσφέρει όμως στο άτομο από μόνη της νέο περιεχόμενο ζωής και εσωτερική αναδιοργάνωση. Υπό την έννοια αυτή, είναι μία θεραπεία συντηρητική. Ο δημιουργός του όρου «σχιζοφρένεια» E. Bleuler κάνει έναν πολύ σημαντικό, από κλινική άποψη, διαχωρισμό των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων σε πρωτογενή και δευτερογενή. Τα πρωτογενή δημιουργούνται από την ίδια την ψυχωσική διεργασία και είναι: αυτισμός, χάλαση συνειρμών, αμφιθυμία και απάθεια. Τα δευτερογενή δημιουργούνται από τον αγώνα του ασθενούς ενάντια στη διαδικασία της ασθένειάς του και είναι, μεταξύ άλλων, τα εξής: διέγερση, παραισθήσεις, παραλήρημα, επιθετικότητα και άγχος. Από τη στιγμή που τα νευροληπτικά δρουν αποκλειστικά πάνω στα δευτερογενή συμπτώματα, θα μπορούσαμε να πούμε πως του αφαιρούν κατά κάποιον τρόπο τα μοναδικά όπλα που διαθέτει απέναντι στην ασθένειά του, ιδιαίτερα εάν δεν τύχουν κατάλληλης επεξεργασίας που να οδηγεί στην κατανόηση της ύπαρξής τους και του συμβολικού τους περιεχομένου.³⁸

Η μείωση των συμπτωμάτων δεν είναι απαραίτητα κριτήριο βελτίωσης της ψυχικής κατάστασης. Αυτό εξαρτάται πάντα από τη «σημασία» του συγκεκριμένου συμπτώματος για τον ίδιο τον ασθενή. Ακόμα και η παντελής ή/και ξαφνική απουσία συμπτωμάτων δεν αποτελεί απαραίτητα κριτήριο ψυχικής ισορροπίας και είναι πιθανό να οφείλεται στο φόβο του ασθενούς να έρθει σε επαφή με τα πραγματικά ενδοψυχικά ή/και διαπροσωπικά του διλήμματα/αδιέξοδα, καταφεύγοντας σε αυτό που αποκαλούμε «φυγή στην υγεία» (flight into health). Μερικές φορές, το σύμπτωμα μπορεί να αποτελεί κατά κάποιον τρόπο το πιο «υγιές» στοιχείο μίας προσωπικότητας, καθώς μπορεί να είναι κραυγή βοήθειας και το μοναδικό μέ-

σο που διαθέτει το άτομο τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή ή περίοδο για να εκφράσει το εσωτερικό του δράμα. Επίσης, συμπτώματα που δίνουν «δευτερογενή» οφέλη μπορεί να είναι μερικές φορές η μοναδική πηγή ικανοποίησης για το άτομο. Ορισμένα παιδιά αναπτύσσουν συμπτώματα και συμπεριφορές που αποσκοπούν στην απόσπαση της προσοχής των γονιών από τις διαπροσωπικές τους συγκρούσεις και στην αποκατάσταση της σχέσης τους.

Συνεπώς, η ύπαρξη κάποιων συμπτωμάτων αποτελεί μερικές φορές ψυχολογικό πλεονέκτημα και η απουσία τους ίσως μειώνει τις πιθανότητες αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης της υπάρχουσας προβληματικής.

Η μείωση των συμπτωμάτων θεωρείται, λοιπόν, συχνά ως επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυτή είναι μία ανεπαρκής, κατά την άποψή μας, αξιολόγηση του επιθυμητού θεραπευτικού αποτελέσματος, καθώς υπάρχουν και άλλοι παράγοντες ικανοί να χαρακτηρίσουν ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα ως θετικό και πολύπλευρο. Τέτοιοι παράγοντες είναι, για παράδειγμα, η ψυχική ωριμότητα, η ικανότητα χειρισμού νέων καταστάσεων ψυχικής έντασης, η ικανότητα προβληματισμού, το επίπεδο κοινωνικής λειτουργίας και η ευελιξία της εικόνας εαυτού και αντικειμένων.

Οι περισσότεροι ορισμοί για το τι θεωρείται ως θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι ανεπαρκείς, από τη στιγμή που και ο όρος «ψυχική υγεία» είναι ασαφής και άμεσα εξαρτώμενος από τη φιλοσοφία και την ιδεολογία αυτού που την ορίζει.

Ένα ικανοποιητικό μοντέλο ορισμού της ψυχικής υγείας είναι αυτό που πρότειναν οι R. Ekstein et al, μετά από μακρόχρονες έρευνες γύρω από βαριές ψυχοπαθολογίες, και σύμφωνα με το οποίο η ψυχική υγεία θα μπορούσε να μετρηθεί ανάλογα με την αυξομείωση της απόστασης ανάμεσα στο άτομο και στον κόσμο των αντικειμένων του. Μία επαρκής απόσταση θα δημιουργούσε προϋποθέσεις σταθερότητας εαυτού και αντικειμένου, ενώ μία μεγαλύτερη από την επιθυμητή θα οδηγούσε σε καταστάσεις συμβίωσης ή σύντηξης που καταστρέφουν την ικανότητα εξέλιξης του εαυτού.³⁹

Το μοντέλο αυτό δίνει τη δυνατότητα θεώρησης του μεν ασθενούς ως αναπόσπαστου μέρους ενός κοινωνικού πλαισίου, των δε ψυχικών του μηχανισμών όχι ως μεμονωμένων φαινομένων, τονίζοντας

το διαπροσωπικό τους χαρακτήρα και τις αντικειμενότερες σχέσεις του ασθενούς.

Είναι σημαντικό να αναζητούμε το πιθανό συμβολικό περιεχόμενο των συμπτωμάτων, αλλά παράλληλα να μην υποτιμούμε ούτε τη σημασία τους για τον ασθενή και τον περίγυρό του, αλλά ούτε και την αξία της μείωσής τους με τη χρήση ψυχοφαρμάκων ή άλλου είδους ιατρικών παρεμβάσεων.

Σε μία ψυχική διαταραχή, η αναζήτηση κατανόησης του υπόβαθρου της, που είναι μοναδικό για κάθε άτομο, απαιτεί χρόνο, εμπειρία και εκπαίδευση. Όμως, μια τέτοιου είδους προσέγγιση έρχεται πλέον, όπως προαναφέρθηκε, ολοένα και συχνότερα σε σύγκρουση με οικονομικούς, πολιτικούς και διοικητικούς στόχους για μεγαλύτερη «αποτελεσματικότητα», παραγωγικότητα και εύκολα μετρήσιμα αποτελέσματα. Μέσα σε αυτό το συνεχώς επιδεινούμενο κοινωνικο-οικονομικό κλίμα, όσοι τουλάχιστον θεωρούν τις ψυχικές ασθένειες σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα κοινωνικών επιρροών εκφράζουν την έντονη ανησυχία τους για τις πιθανές συνέπειες αυτού του κλίματος σε παιδιά που δεν νοιώθουν καλά ψυχικά. Η ανησυχία αυτή εγείρεται από το ενδεχόμενο να θεωρηθούν τα ψυχικά προβλήματα των παιδιών ατομικά τους προβλήματα, με τη βοήθεια μίας ιατρικής διάγνωσης, εξαιτίας της αδυναμίας της κοινωνίας να δημιουργήσει καλύτερες συνθήκες ζωής. Στην περίπτωση αυτή, το ενδιαφέρον εστιάζεται στα «αποκλίνοντα» παιδιά και όχι στην ανάγκη λήψης κοινωνικών μέτρων υψηλού κόστους. Με τον τρόπο αυτό και βάσει της παραπάνω θεώρησης, οι διάφορες ψυχιατρικές διαγνώσεις γίνονται το μέσο με το οποίο η κοινωνία εξατομικεύει τα προβλήματα προκειμένου να απαλλαγεί των ευθυνών της. Από την άλλη, δεν πρέπει να παραβλέπουμε πως υπάρχουν παιδιά με σοβαρά προσωπικά προβλήματα και πως, στην αγωνία μας μήπως τα χαρακτηρίσουμε άδικα ως ασθενείς, ενδέχεται να αγνοήσουμε την ανάγκη τους για ψυχιατρική ή ψυχολογική βοήθεια.

Στην προσπάθεια διαμόρφωσης μίας διάγνωσης, είναι ιδιαίτερα σημαντική η εκτίμηση της προσωπικότητας στο σύνολό της και όχι μόνο των υπαρχόντων συμπτωμάτων. Όπως υποστηρίχθηκε από πολλούς, η διάγνωση αποκαλύπτει πολλά για τη διαταραχή, αλλά ελάχιστα για τις υγιείς πλευρές της προσωπικότητας του ασθενούς. Η διάγνωση στηρίζεται συνήθως σε συμπτώματα, που τόσο ποσοτικά

όσο και ποιοτικά δεν απεικονίζουν με αρκετή σαφήνεια την υποβόσκουσα ψυχοπαθολογία. Για παράδειγμα, η εξεζητημένη χρήση ψεμάτων μπορεί να οφείλεται: (1) στην ελλιπή εξέλιξη του εγώ και στην αδυναμία του να διαχωρίσει τη φαντασία από την πραγματικότητα, (2) στις αντικειμενότερες σχέσεις του παιδιού, αντικατοπτρίζοντας το φόβο τιμωρίας ή το φόβο απώλειας της αγάπης του αντικειμένου, (3) στην προσπάθεια άρνησης μίας οδυνηρής πραγματικότητας, παρόλο που υπάρχει καλή αντίληψη αυτής της πραγματικότητας και τέλος, (4) η χρήση ψεμάτων, ως στοιχείο χαρακτήρα, μπορεί να σημαίνει ελλιπή εξέλιξη του υπερεγώ.⁴⁰

Συνεπώς, τα συμπτώματα θα πρέπει πάντα να αξιολογούνται με βάση τη συνολική εξέλιξη, ακόμα και σε περιπτώσεις που η θεραπεία στοχεύει απλά και μόνο στη μείωση της έντασής τους. Ορισμένα πολύ χαρακτηριστικά συμπτώματα σχετίζονται με την εξελικτική φάση που βρίσκεται το παιδί και εξαφανίζονται μετά την είσοδο στην επόμενη εξελικτική φάση. Μία φάση μπορεί να χαρακτηρίζεται από δυσκολίες ύπνου, μία άλλη από αναπτυξιακό τραυλισμό, καταναγκασμούς κ.λπ.

Περιβαλλοντική θεραπεία, ψυχοθεραπευτική στάση και ψυχοθεραπευτική κουλτούρα ως αναγκαίες προϋποθέσεις

Οι όροι «περιβαλλοντική θεραπεία»,^{41,42} «ψυχοθεραπευτική στάση»^{43,44} και «ψυχοθεραπευτική κουλτούρα»³³ έχουν άμεση σχέση με τα προλεγόμενα.

Περιβαλλοντική θεραπεία είναι: «Η συστηματική διαμόρφωση χώρου, χρόνου, ανθρωπίνων σχέσεων και ατμόσφαιρας σε μία μονάδα περίθαλψης με τρόπο που να προσφέρει δυνατότητες σε αποκλίνοντα ή μη προσαρμοσμένα άτομα να αποκτήσουν αυτοεκτίμηση και δύναμη για την επίλυση των προβλημάτων που οδήγησαν στην ανάγκη περίθαλψης».⁴²

Ο Haugsgjerd,³² αναφερόμενος διαμέσου μιας ψυχαναλυτικής θεώρησης στην περιβαλλοντική θεραπεία ψυχωσικών ασθενών, λέει: «Η εργασία σε ένα ψυχιατρικό τμήμα έχει, από ψυχολογική άποψη, δύο κύριες πλευρές. Η μία είναι η συνεναισθησιακή κατανόηση προς τους ασθενείς, που σημαίνει να είναι κάποιος ευαίσθητος δέκτης των συναισθηματικών διαθέσεων, των προσπαθειών για επαφή και των ενδοψυχικών διεργασιών τους. Αυτή αφορά την πρόσ-

ληψη εντυπώσεων και τη συνειδητοποίησή τους. Η άλλη πλευρά είναι να παραμείνει κάποιος αυτόνομο, σκεπτόμενο και συγκροτημένο άτομο, να διατηρήσει τα όριά του και να διαμορφώσει για τους ασθενείς τις συνθήκες που θα ευνοούν ολοένα και μεγαλύτερη τάξη στη συναισθηματική τους ζωή και διατήρηση των προσωπικών εσωτερικών τους ορίων».

Ο όρος «ψυχοθεραπευτική στάση» αναφέρεται κυρίως στη βασική στάση που οφείλουν να έχουν όλοι όσοι εργάζονται στα πλαίσια της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Ο Cullberg⁴³ ορίζει την ψυχοθεραπευτική στάση ως: «Μία στάση απέναντι στον ασθενή και τα προβλήματά του που χαρακτηρίζεται από σεβασμό για τη θέση εξάρτησης που έχει ως ζητών βοήθεια, αλλά και για το μοναδικό κόσμο των εμπειριών του. Στη θεραπευτική στάση δεν υπάρχει καμία ψεύτικη καλοσύνη ή «θεραπευτική» προσποίηση, αλλά διάθεση να γίνουν όλες οι πλευρές των προβλημάτων του ασθενούς αντικείμενο επικοινωνίας»

Ο ορισμός αυτός δεν συνδέεται με κάποια συγκεκριμένη θεωρία και αποτελεί μια γενική επιθυμητή ανθρωπιστική στάση στα πλαίσια της ψυχιατρικής περίθαλψης, ανεξαρτήτως θεραπευτικής μεθόδου.

Αυτός που συνέδεσε τον όρο με έναν ψυχοδυναμικό τρόπο θεώρησης και που αφορά τη θεραπευτική στάση εκτός των πλαισίων μιας αμιγώς θεραπευτικής κατάστασης είναι ο Ottosson:⁴⁴ «Μία ψυχοθεραπευτική στάση χαρακτηρίζεται από την επικέντρωση στο υποκείμενο και την εστίαση στα βιώματα, στη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου και στην αλληλεπίδραση ανάμεσα στις αντικρουόμενες εσωτερικές του δυνάμεις και ανάμεσα στον άνθρωπο και στους γύρω του».

Είναι αλήθεια πως διάφορες μορφές υποστηρικτικών μεθόδων αποτελούν ένα μεγάλο μέρος του συνόλου της παρεχόμενης ψυχιατρικής περίθαλψης. Δυστυχώς, όμως, οι προσπάθειες αυτές, αν και φιλότιμες, είναι συνήθως χωρίς συγκεκριμένο στόχο και ουσιαστικό αποτέλεσμα, ματαιώνοντας και τα δύο μέρη. Εξίσου σημαντική με την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση είναι και η συνεχής αξιολόγησή της (αναγκαιότητα, σχεδιασμός, επιλογή τρόπου παρέμβασης στις διάφορες καταστάσεις, αποτελέσματα) από ανεξάρτητους ειδικούς με την απαιτούμενη επάρκεια.

Ψυχοθεραπευτική κουλτούρα είναι η διαμόρφωση τέτοιας ατμόσφαιρας σε μια ψυχιατρική μονάδα,

ώστε οτιδήποτε συμβαίνει σε αυτήν αξιολογείται μέσα από ψυχοθεραπευτικούς όρους.³³ Σε ένα τέτοιο κλίμα ευδοκιμούν ο βαθύς σεβασμός προς τον άνθρωπο και τα προβλήματά του και η κατανόηση για το χρόνο που απαιτούν οι ψυχικές αλλαγές. Η απόκτηση ψυχοθεραπευτικής κουλτούρας από το προσωπικό οδηγεί στην αίσθηση συμμετοχής και σύμπραξης σε κάτι ιδιαίτερα σημαντικό, σε αυξημένη αυτοεκτίμηση, ικανοποίηση και ανθεκτικότητα κατά την άσκηση των καθηκόντων του, καθώς και σε πολύ αμεσότερες και ειλικρινέστερες σχέσεις με τους ασθενείς.

Η ατομική ψυχοθεραπεία, ορισμένων έστω ασθενών, συμβάλλει στη διαμόρφωση και διατήρηση της ψυχοθεραπευτικής κουλτούρας που θα ωφελησει και τους υπόλοιπους ασθενείς. Κάθε εργαζόμενος, λοιπόν, σε μία ψυχιατρική μονάδα –νοσοκομειακή ή μη– παιδών ή ενηλίκων, με ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση είναι σκόπιμο και απαραίτητο να έχει τουλάχιστον ένα περιστατικό σε συστηματική ψυχοθεραπεία, τόσο για τους προαναφερθέντες όσο και για προσωπικούς του λόγους. Κάτι τέτοιο συντελεί όχι μόνο στη διατήρηση και ενίσχυση της επαγγελματικής του ταυτότητας, αλλά και στη θεραπευτική αισιοδοξία. Υπό τέτοιες συνθήκες, και ιδιαίτερα όταν συνοδεύονται από καλή διεπιστημονική, ομαδική συνεργασία και αλληλεγγύη, οι πιθανότητες «επαγγελματικής κόπωσης» μειώνονται δραματικά.³³

Η ατομική ψυχοθεραπεία στους χώρους εργασίας μας δεν συρρικνώνει τις λίστες αναμονής, αντίθετα τις επιμηκύνει. Όμως, βοηθά πολύπλευρα και αποτελεσματικά τόσο το ειδικευμένο και ανειδίκευτο προσωπικό όσο και όλους τους ασθενείς –είτε βρίσκονται σε ατομική ψυχοθεραπεία είτε όχι– ιδιαίτερα τους οικονομικά και κοινωνικά αδύναμους. Αντί να υποτάξουμε την ποιοτική άσκηση των καθηκόντων μας στη νέα ορθολογική-οικονομική θεώρηση, θα έπρεπε να την προτάξουμε ως αναγκαία, παρά τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματά της, εκμεταλλευόμενοι τα όποια πλεονεκτήματα και περιθώρια παρέχει η θεώρηση αυτή. Πολλές είναι οι έρευνες διεθνώς που καταδεικνύουν ότι οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας, ότι θα πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα και ότι η πρόληψή τους θα έχει μακροπρόθεσμα οικονομικά οφέλη. Η ψυχοθεραπευτική στήριξη και αντιμετώπιση συμβάλλει στη μείωση του κόστους περίθαλψης, καθώς μειώνει το χρόνο παραμονής στο νοσο-

κομείο, την κατανάλωση φαρμάκων και τη διάρκεια ανικανότητας προς εργασία, οδηγώντας συνεπώς και σε καλύτερη ποιότητα ζωής. Από μία κοινωνικο-οικονομική, αλλά και ανθρωποκεντρική άποψη, είναι ιδιαίτερα σημαντική η θέσπιση μέτρων ώστε η πρόσβαση στην ψυχοθεραπεία και σε κάθε άλλη μορφή ψυχολογικής στήριξης να είναι εφικτή για κάθε πολίτη, ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Κατά τον Crafoord,³³ ακόμη και με μία θεώρηση αμιγώς οικονομική, το κόστος ενός ασθενούς εξαρτημένου εφόρου ζωής από το ψυχιατρείο, με ό,τι αυτό συνεπάγεται, είναι σίγουρα μεγαλύτερο από το σύνολο των μισθών ολόκληρης της επαγγελματικής ζωής ενός ψυχοθεραπευτή. Αυτό σημαίνει πως μία και μόνον επιτυχημένη ψυχοθεραπεία ενός σοβαρά διαταραγμένου παιδιού, εφήβου ή και νέου ενήλικα αρκεί για να δικαιολογηθούν οι μισθοί ενός ψυχοθεραπευτή μέχρι τη συνταξιοδότησή του, δηλαδή τελικά είναι «συμφέρουσα» στο κράτος!

Επίλογος

Μονοδιάστατες ερμηνείες για τη διατάραξη της ψυχικής ισορροπίας ενός ατόμου δεν ανταποκρίνονται πλέον στις απαιτήσεις μιας σύγχρονης επιστημονικής προσέγγισης του θέματος. Η πολυπλοκότητα της εξέλιξης μιας ψυχοπαθολογίας καθορίζεται από τόσους πολλούς παράγοντες, ώστε οποιαδήποτε πρόβλεψη της εξέλιξης της είναι σχεδόν αδύνατη. Η ίδια διαταραχή (π.χ. κατάθλιψη) μπορεί να έχει διαφορετική αιτιολογία σε διαφορετικά άτομα, και η ίδια αιτιολογία (π.χ. μια πρώιμη απώλεια ενός γονέα από θάνατο) μπορεί να προκαλέσει διαφορετικές διαταραχές (π.χ. και κατάθλιψη και αντικοινωνική συμπεριφορά). Για το λόγο αυτό, οι Sroufe & Rutter⁴⁵ προτείνουν τη μελέτη διαφόρων ατομικών σχημάτων αιτιολογικών παραγόντων ή εξελικτικών πορειών, αντί της αναζήτησης μίας και μοναδικής αιτίας.

Η ψυχική υγεία θα πρέπει να ορίζεται ως η παρουσία κάποιων θετικών χαρακτηριστικών και όχι ως η απουσία κάποιων αρνητικών.⁴⁶ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), ένας από τους παράγοντες που προάγουν την υγεία γενικότερα είναι «η συμμετοχή του ατόμου στην κατάσταση της ζωής του». Πολλοί ερευνητές έχουν επιβεβαιώσει τον αποφασιστικό ρόλο του παράγοντα αυτού στην

εύρυθμη λειτουργία ενός ατόμου.⁴⁷ Μία θεραπευτική αντιμετώπιση όμως που αποσκοπεί ουσιαστικά μόνο στη συμπτωματική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου (βιολογική θεώρηση/φαρμακευτική αντιμετώπιση) και δεν βοηθά το άτομο να αναπτύξει νέες και αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης εσωτερικών ή/και εξωτερικών πιέσεων διαμέσου της κατανόησης των αιτίων του υπαρξιακού του αδιεξόδου (ψυχοδυναμική/ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση), είναι ανεπαρκής. Είναι προφανής η αναγκαιότητα ολικής θεώρησης για το τι είναι ψυχική υγεία και τι ψυχική ασθένεια καθώς και εξεύρεσης διαγνωστικών μοντέλων που δίνουν τη δυνατότητα εξατομικευμένης και πολύπλευρης θεραπευτικής προσέγγισης.⁴⁸ Για την πραγματοποίηση των στόχων αυτών και για ψυχιατρική φροντίδα με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα, απαιτείται η συνεργασία όλων των λειτουργιών ψυχικής υγείας, όπου ο καθένας ξεχωριστά θα συμβάλει με τις ειδικές του γνώσεις στην ευρύτερη και πολύπλευρη προσέγγιση των προβλημάτων του ατόμου διαμέσου κοινής ευθύνης.⁴⁹

Η εξέλιξη των νευροεπιστημών ενίσχυσε το θεραπευτικό μας οπλοστάσιο, χωρίς όμως να ακυρώσει τις όποιες άλλες ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, η συμβολή των οποίων στην αντιμετώπιση πολλών ψυχοπαθολογιών έχει αποδειχθεί καθοριστική. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίες θα ήταν αδύνατον να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά μόνο με τη χορήγηση ψυχοφαρμάκων.⁵⁰ Η ψυχαναλυτική θεωρία και κλινική πράξη έχουν συμβάλει καθοριστικά στην κατανόηση του ανθρώπινου ψυχισμού διαμέσου εννοιών και φαινομένων, όπως υποσυνείδητο, μεταβίβαση, αντιμεταβίβαση, θεραπευτική συμμαχία, αμυντικοί μηχανισμοί κ.ά., και μπορούν να συνεισφέρουν περαιτέρω στην ευρύτερη κατανόηση των ευρημάτων των νευροεπιστημών για τη διαμόρφωση ενός ακόμα πιο εξελιγμένου μοντέλου του ανθρώπινου ψυχισμού. Για να δικαιολογήσουν όμως οι ψυχαναλυτικές θεραπείες τη μακρόχρονη επένδυση ενέργειας, χρόνου και χρημάτων, θα πρέπει να τεκμηριώσουν ακόμη περισσότερο την έκταση των δομικών αλλαγών που επιτελούνται στην προσωπικότητα των θεραπευομένων καθώς και την αποκτούμενη ανθεκτικότητά τους έναντι εσωτερικών και εξωτερικών πιέσεων.⁵¹

Necessity and conditions of individual psychotherapy application in a child psychiatric/psychiatric inpatient unit

S.N. Salpistis

Clinical Psychologist, Psychotherapist

Psychiatriki 2008, 19:254–263

Psychiatric care, and especially child psychiatry, is influenced by the modern rational way of economic thinking and the quality of its services is threatened by the demand for greater “productivity”. This way of thinking leads to the phenomenon of the continuously increasing neglect of psychotherapeutic interventions. In this particular study we compare the possibilities and the effectiveness between pharmaceutical and psychotherapeutic treatment of mental diseases and emphasize the therapeutic value of interpersonal relation between therapist and patient in any case. We try even to describe and compare three psychiatric approaches (biological/neurological, descriptive and psychoanalytic/psychodynamic) in an attempt to understand and treat mental diseases. Finally, we mark out the necessity of the existence of a psychotherapeutic culture and the application of psychotherapeutic interventions in every psychiatric unit.

Key words: Psychotherapeutic interventions, descriptive, psychodynamic diagnosis, inpatient, child psychiatric/psychiatric unit.

Βιβλιογραφία

1. Καζαλόττι Ε. *Το Ψυχαργώς ψυχορραγεί*. Ελευθεροτυπία, 19/11/2007
2. *Εμφύχωση. Μετασηματισμός των πόρων: προϋποθέσεις για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*. Τεύχος Δεκεμβρίου 2004
3. *Εμφύχωση. Διασφάλιση-βελτίωση ποιότητας: «ψιλά γράμματα» ή συστατικό στοιχείο της δράσης μας; Τεύχος Ιουνίου 2005*
4. Fonagy P, Clarkin J, Gerber A et al (eds) *An open door review of outcome study in psychoanalysis*. International Psychoanalytical Association, London, 2002
5. Dare C, Eisler I, Russell G et al. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Randomized controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001,185:37–45
6. Leichsenring, F, Rabung, S, Leibing, E. The efficacy of short term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:1208–1216
7. Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (ed) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*. 5th ed. Wiley NY, 2004:139–193
8. Leichsenring F, Biskup J, Kreiche R, Staats, H. The Göttingen study of psychoanalytic therapy: First results. *Int J Psychoanalysis* 2005, 86:433–455
9. Tasca GA, Ritchie K, Conrad G et al. Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychother Res* 2006, 16:106–121
10. Baker CB, Johnsrud MT, Crismon ML, Rosenheck RA, Woods SW. Quantitative analysis of sponsorship bias in economic studies of antidepressants. *Br J Psychiatry* 2003, 183:498–506
11. Abramson J, Starfield B. The effect of conflict of interest on biomedical research and clinical practice guidelines: Can we trust the evidence in evidence-based medicine? *JABFB* 2005, 18:414–418
12. Kirsch I, Moore T, Scorobia A, Nicholls S. The emperors new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the US Food and Drug Administration. *Prevent Treatm* 2002a, 5 article 23 (<http://journals.apa.org/prevention/volume 5/pre 0050023a.html>)
13. Kirsch I, Scorobia A, Moore T. Antidepressants and placebos: Secrets, revelations and unanswered questions. *Prevent Treatm* 2002, 5 article 33 (<http://journals.apa.org/prevention/volume 5/pre 0050033r.html>)
14. Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet* 2004, 363:1341–1345
15. Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield, PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *Br Med J* 2004, 328:879–883

16. Van Os TWDP, van den Brink RHS, Tiemens BG, Jenner JA et al. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *J Affect Disord* 2005, 84:43–51
17. Blatt SJ, Sanislow CA, Zuroff DC, Pilkonis PA. Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol* 1996, 64:1276–1284
18. Auchincloss E. The place of Psychoanalytic Treatments Within Psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:501–502
19. Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995, 152:1563–1575
20. Todd RD, Swarzenski B, Rossi PG, Visconti P. Structural and Functional Development of the Human Brain. In: Cicchetti D, Cohen DC (eds) *Developmental Psychopathology*. Vol 1. Theory and Methods. Wiley NY, 1995:161–194
21. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP et al. Coudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:681–689
22. Martin SD, Martin E, Rai SS, Richardson MA, Royall R. Brain blood low changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: Preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58:641–648
23. Schwartz JM, Stroessel PW, Baxter LR, Martin KM, Phelps MG. Systematic Changes in Cerebral Glucose Metabolic Rate after Successful Behavior Modification Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53:109–113
24. Damasio AR. *Descartes' error, emotion, reason and the human brain*. Putnam, NY, 1994
25. Berthoz A. *Le sens du Mouvement*. Odile Jarob, Paris, 1997
26. Berthoz A. *La decision*. Odile Jarob, Paris, 2003
27. Mezzich JE, Schmolke MM. Multiaxial diagnosis and psychotherapy planning: on the relevance of ICD-10, DSM-IV and complementary schemas. *Psychother Psychosom* 1995, 63:71–80
28. Menzies I. A case-study in the functioning of social systems as a defense against anxiety. *Hum Relat* 1960,13: 251–260
29. Riöch MJ. Wilfred Bion's teorier om grupper. In: Jern S et al (eds) *Grupprelationer. En antologi om förhållandena mellan individ, grupp och organisation*. Natur och Kultur, Stockholm, 1984
30. Main T. The hospital as a therapeutic institution. *Bull Menninger Clin* 1946, 10:66–70
31. Searles HF. Integration and differentiation in schizofrenia: An over-all view. *Br J Med Psychol* 1959, 32:261–281
32. Haugsgjerd S. *Psykoterapi och miljöterapi vid psykoser*. Prisma, Stockholm, 1985
33. Crafoord C. *En bok om borderline*. Natur och Kultur, Stockholm, 1986
34. Belin S. *Vansinnets makt*. Natur och Kultur, Stockholm, 1993
35. Kernberg O. Psychoanalytic object-relations theory, group processes, and administration: toward an integrative theory of hospital treatment. *Ann Psychoanal* 1973, 1:363–388
36. Kernberg O. *Svåra personlighetsstörningar*. Natur och Kultur, Stockholm, 1988
37. Davidson L, Strauss JS. Sense of self in recovery from severe mental illness. *Br J Med Psychol* 1992, 65:131–145
38. Bleuer E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. International University Press, New York, 1950
39. Ekstein R. *Children of time and space, of action and impulse Clinical studies on the psychoanalytic treatment of severely disturbed children*. Appleton-Century-Croft, NY, 1966
40. Freud A. *The symptomatology of childhood: a preliminary attempt at classification*. The writings of Anna Freud VII. Karger, London, 1970
41. Main T. The Ailment. *Br J Med Psychol* 1957, 30:129–145
42. Crafoord C. Om miljöterapi i psykiatrisk vård. *Socialmedicinsk tidskrift* 1970, 47:14–20
43. Cullberg J. *Dynamisk Psykiatri*. Natur och Kultur. Stockholm, 1985
44. Ottosson JO. Psykoterapiforskning. *Läkartidningen* 1976, 73: 1203–1206
45. Sroufe LA, Rutter M. The domain developmental psychopathology. *Child Development* 1976, 55:17–29
46. Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychologist* 2000, 55:5–14
47. McWilliam RA, Bailey DB. Effects of classroom social structure and disability of engagement. *Top Early Childhood Spec Educ* 1995, 15:123–147
48. Αναγνωστόπουλος Δ. Τμήμα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας του Π/Ψ τομέα του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία». Στο: Τσιάντης Ι, Μπιθάρη Φ (Επιμ.) *Ψυχιατρικός τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο για παιδιά. Λειτουργίες-Προοπτικές*, Αθήνα, 1990
49. Ταταρίδης Δ. *Δημιουργία και λειτουργία παιδοψυχιατρικών μονάδων με ψυχαναλυτικό πρίσμα*. Το μοντέλο της Θράκης. Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων, Απρίλιος 29, 2007. Website:www.inpsy.gr/articles/documents
50. Clarkin JF, Yoemans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality*. John Wiley & Sons, NY, 1999
51. Wallerstein RS. Psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:499–500

Αλληλογραφία: Σ.Ν. Σαλπιστής, Πατριάρχου Ιωακείμ 10, 546 22 Θεσσαλονίκη

Βιβλιοκριτική Books review

Δημήτρης Ν. Καρτάκις
Νευρολόγος-Ψυχίατρος

Ψυχιατρείο Χανίων. Η ίδρυση και η εξέλιξή του Πως το έζησα από το 1964 έως το 1985

Έκδοση Ιατρικού Συλλόγου Χανίων, Χανιά 2006

Τα βιβλία και οι μελέτες που πραγματεύονται την ιστορία και την εξέλιξη των ψυχιατρικών ιδρυμάτων στη χώρα μας είναι ελάχιστα. Το βιβλίο του Δ. Καρτάκι είναι ιδιαίτερα ευπρόσδεκτο, καθώς μας επιτρέπει να ακολουθήσουμε την πορεία ενός από τα παλαιότερα ψυχιατρικά ιδρύματα, προσφέροντας τόσο τεκμήρια και περιγραφές όσο και την αφήγηση της προσωπικής του συμβολής, στην προσπάθεια στερώσεως της θεραπευτικής λειτουργίας του ιδρύματος.

Ένα πρώτο Φρενοκομείο Χανίων ιδρύθηκε στα Χανιά το 1900, από τη νεοσυσταθείσα Κρητική Πολιτεία, προκαλώντας και τις αντιδράσεις των περιοίκων. Καταργήθηκε ένα χρόνο αργότερα, αφού δέχθηκε ένα μικρό αριθμό ασθενών.

Το Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας ιδρύθηκε, πάλι από την Κρητική Πολιτεία, το 1910 και, όπως τονίζει ο Δ. Καρτάκις, ο σκοπός του ήταν μάλλον η ανακούφιση του κοινωνικού συνόλου παρά η θεραπεία των ασθενών. Μετονομάστηκε σε «Δημόσιο Ψυχιατρείο Σούδας» το 1925, με δύναμη 150 κλινών, και τη δεκαετία του 1930 μεταστεγάστηκε σε καταλληλότερο κτήριο, αλλά πάντα με πολλές και τραγικές κτηριακές και λειτουργικές ατέλειες, σε βάρος των ασθενών. Με τον αναγκαστικό νόμο 965/1937 οργανώθηκε σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, με δυναμικότητα 330 κλινών. Αργότερα, οι κλίνες αυξήθηκαν σε 550, για να μειωθούν το 1982 σε 400. Οι συνθήκες νοσηλείας για μεγάλο διάστημα δεν είχαν τίποτα το θεραπευτικό, ενώ το ιατρικό προσωπικό αποτελούσαν, αρχικά, γενικοί γιατροί. Μόλις το 1949 διορίστη-

κε ένας νευρολόγος ψυχίατρος (Αγ. Χατζηλιάς), ενώ ο συγγραφέας διορίστηκε ως επιμελητής το 1964 και παραιτήθηκε το 1967. Εκτός από την προϊστάμενη, το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν ανεκπαιδευτοί πρακτικοί νοσοκόμοι. Ο Δ. Καρτάκις επανήλθε το 1970 ως διευθυντής της Ψυχιατρικής Κλινικής, αφού για ένα διάστημα τη διεύθυνση είχε αναλάβει ο Γιάννης Μαντωνάκης. Οι κακές συνθήκες νοσηλείας έκαναν απαραίτητη την κατασκευή του νέου (του σημερινού) νοσοκομειακού συγκροτήματος, με εξειδικευμένα μελέτη και σύγχρονες προδιαγραφές, το οποίο εγκαινιάστηκε το 1971. Ο συγγραφέας αναφέρει τα θετικά αποτελέσματα από τις προσπάθειες εκπαίδευσης του προσωπικού και αποφυγής της συσσώρευσης χρόνιων αρρώστων, με οδηγίες προς τις οικογένειες και την επαφή με τους γιατρούς της περιοχής τους. Η διαίρεση των τμημάτων, ανάλογα με την κατάσταση των νοσηλευόμενων ασθενών, η απασχόληση και η ψυχαγωγία τους προκρίθηκαν ως μέτρα ενίσχυσης του θετικού αποτελέσματος. Ως το 1976 ο συγγραφέας ήταν ο μόνος ψυχίατρος του ιδρύματος, εκτελώντας τα θεραπευτικά του καθήκοντα και προσπαθώντας να προωθήσει τα οργανωτικά/διοικητικά ζητήματα. Το 1976, η άφιξη από το ΨΝ Αττικής δύο ομάδων, 30 και 40 χρόνιων ασθενών, έκανε ορατό τον κίνδυνο μετατροπής του ιδρύματος σε άσυλο-αποθήκη ανθρώπων. Μόλις το 1976 εργάστηκε στο ίδρυμα δεύτερος ψυχίατρος και μετά το 1980, 3-4 ψυχίατροι, αλλά και αγροτικοί γιατροί. Ο συγγραφέας, που συνταξιοδοτήθηκε το 1985, περιγράφει τις προσπάθειες βελτίωσης της λειτουργίας του Δημόσιου Ψυχιατρείου Σούδας σε μια εποχή όχι και τόσο μακρινή από τη σημερινή και δείχνει ότι τίποτα δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς επιμονή και εμπνευσμένη προσωπική εργασία. Επίσης, ότι η ικανοποιητική λειτουργία ενός ιδρύματος εξαρτάται από τη συνεργασία πολλών παραγόντων, κοινωνικών,

οργανωτικών, οικονομικών και προσωπικών, γεγονός που καθιστά αυτό το λειτουργικό σύνολο ιδιαίτερα εύθραυστο.

Στις τελευταίες σελίδες του βιβλίου, ο Δ. Καρτάκις εκφράζει τη γνώμη ότι η διακοπή της λειτουργίας του ΨΝ Χανίων το Φεβρουάριο 2006 ήταν ανατιολόγητη και αντιφατική.

Δημήτρης Ν. Πλουμπιδής

Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Dimitris N. Kartakis

Neurologist-Psychiatrist

Psychiatric hospital of Chania (Creta)

Its foundation and evolution

My experience from 1964 to 1985

Edition of the Medical Board of Chania, 2006

A first psychiatric asylum was founded in Chania in 1900 and a second one in 1910. This second one evolved to the psychiatric hospital of Creta from 1925 to 11 February 2006, date of interruption of the admissions in the psychiatric hospital and distribution of the stuff in out door units and psychiatric units in general hospitals.

The hard conditions of care for a long period of time and the efforts to improve the buildings, the stuff and the methods of care are described in this book.

Dim. Ploumpidis

Assoc, Professor of Psychiatry University of Athens

Ανδρέας Παπανικολάου και συνεργάτες

Μετάφραση-Επιμέλεια: Αζαρίας Καραμανλίδης

Οι Αμνησίες

Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης,

Ηράκλειο 2007

ISBN 978-960-524-249-7

Η ελληνική έκδοση του βιβλίου «Οι Αμνησίες» (The Amnesias: A Clinical Textbook of Memory Disorders, Oxford University Press, 2006), του Ανδρέα Παπανικολάου και συνεργατών, δεν μπορεί παρά να

αποτελεί ένα σημαντικό εκδοτικό γεγονός. Πολύ περισσότερο όταν το βιβλίο πραγματεύεται το κεντρικό και πάντα επίκαιρο θέμα της μνήμης (εκ του μέμονα, μέμνημαι: διανοούμαι, προτίθεμαι, επιθυμώ πολύ/ λατ. *memini*: αναμιμνήσκομαι, ενθυμούμαι/ αρχ. *ινδ. manas*: αίσθησις, νους). Ο Ανδρέας Παπανικολάου, καθηγητής κλινικών νευροεπιστημών στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Τέξας στο Χιούστον, είναι διεθνώς αναγνωρισμένος για τις έρευνες του που αφορούν στην πλαστικότητα των εγκεφαλικών διεργασιών και στην απεικόνιση των νοητικών λειτουργιών, κυρίως με τη μέθοδο της μαγνητοεγκεφαλογραφίας. Η ευρυμάθεια, σοβαρότητα και εμβρίθεια του Ανδρέα Παπανικολάου στα θέματα των ανώτερων νοητικών και γλωσσικών λειτουργιών, ειδοποιών χαρακτηριστικών του ανθρώπου, είναι γνωστή. Η κατάρτιση που διαθέτει του επιτρέπει να υπερβεί τον κίνδυνο εκπόνησης απλά και μόνο ενός επιπλέον συγγράμματος στο ήδη υπάρχον πλήθος βιβλίων, από μονογραφίες μέχρι εκτενείς πολυ-συγγραφικούς τόμους, σχετικά με τη μνήμη και τις διαταραχές της. Ιδιαίτερα μάλιστα για την ελληνική επιστημονική πραγματικότητα έρχεται να συμπληρώσει ένα κενό στην περιορισμένη σχετική βιβλιογραφική παραγωγή. Το συλλογικό αυτό έργο πλαισιώνεται από ένα επιτελείο 16 εξαιρετικών συνεργατών, Ελλήνων και Αμερικανών. Εντούτοις, η συνοχή του βιβλίου διατηρείται ακέραια, αφού ο Ανδρέας Παπανικολάου συμμετέχει στη συγγραφή και επιμέλεια του συνόλου των κεφαλαίων.

Η ανάπτυξη του υλικού του βιβλίου σε δύο διακριτούς άξονες, το θεωρητικό και τον κλινικό, επιτρέπει στον αναγνώστη να σχηματίσει μια εναργή εικόνα του θέματος. Στα πρώτα δύο κεφάλαια του βιβλίου γίνεται μια εξαιρετική συνοπτική παρουσίαση των διαφόρων τύπων της μνήμης, αποσαφηνίζονται σύνθετα φαινόμενα και εννοιολογικές κατασκευές και περιγράφονται οι νευροβιολογικοί και νευροφυσιολογικοί πιθανοί εγκεφαλικοί μηχανισμοί των διαφόρων μνημονικών λειτουργιών, όπως η κωδικοποίηση, η πλαγίωση και η ανάκληση των αναμνήσεων. Ακολουθούν εννέα κεφάλαια όπου αναπτύσσονται αναλυτικά όλα τα σημαντικά σύνδρομα αμνησίας όπως αυτά εκδηλώνονται στην κλινική πράξη, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα διαταραχών που εκτείνεται από τα νευροεκφυλιστικά νοσήματα, τις τραυματικές κακώσεις και τις αγγειακές βλάβες, μέχρι την παροδική καθολική αμνησία και τις ψυχογενείς διαταραχές της μνήμης. Η ομοιογενής διάρθρωση των κεφαλαίων

ων αυτών περιλαμβάνει τη λεπτομερή κλινική περιγραφή κάθε συνδρόμου μέσα από αντιπροσωπευτικά περιστατικά, τις νευροψυχολογικές δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται για την εκτίμησή τους, την επιδημιολογία και τους προδιαθεσικούς παράγοντες, τη διαφορική διάγνωση, την παθοφυσιολογία κάθε συνδρόμου, την πρόγνωση και θεραπεία τους, για να καταλήξει σε συμπερασματικά σχόλια που αφορούν κυρίως στις επιπτώσεις της διαταραχής στη λειτουργία της μνήμης. Στο καταληκτικό κεφάλαιο του βιβλίου, που τιτλοφορείται «Σημειώσεις για μια θεωρία της μνήμης», ο Ανδρέας Παπανικολάου, αντί να προτείνει μια ενιαία θεωρία της μνήμης, «κάνει απλώς νύξεις για τη φύση των προϋποθέσεων μιας τέτοιας θεωρίας» βασιζόμενος στη σημασία των φαινομένων της αμνησίας που επισκοπήθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια. Το εγχειρίδιο ολοκληρώνεται με ένα ιδιαίτερα κατατοπιστικό παράρτημα των συχνότερα χρησιμοποιούμενων νευροψυχολογικών δοκιμασιών και με εκτενή βιβλιογραφία.

Η γραφή με σαφήνεια, η σύγχρονη ερευνητική τεκμηρίωση και η έμφαση κυρίως στα εμπειρικά δεδομένα και λιγότερο στις θεωρητικές κατασκευές, καθιστούν το βιβλίο κατάλληλο για εκπαιδευτική χρήση στους φοιτητές της Ψυχολογίας και των νευροεπιστημών και στους ειδικευόμενους στη Νευρολογία και την Ψυχιατρική, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν απευθύνεται και στους ειδικούς που ασχολούνται με τη μνήμη και τους νευροψυχιάτρους γενικότερα. Πρέπει τέλος να σημειωθεί ότι η εξαιρετικά επιμελημένη έκδοση από τις Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, η ιδιαίτερα προσεγμένη γλώσσα και η χρήση ενιαίας και δόκιμης ορολογίας στην Ελληνική, συμβάλλουν αποφασιστικά στην ευαναγνωστότητα του εγχειριδίου.

Θωμάς Παπαρρηγόπουλος
Επίκ. Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστήμιο Αθηνών

Andrew Papanicolaou et al

Translation-Editing: Azarias Karamanlidis

The Amnesias

Panepistimiakes Ekdoseis Kritis, Irakleio 2007

ISBN 978-960-524-249-7

The Greek edition of "The Amnesias" by Andrew Papanicolaou and collaborators is of special impor-

tance for the Greek scientific readership. Andrew Papanicolaou, professor of Clinical Neurosciences at the University of Texas, Houston, is well-known for his research on brain plasticity and functional brain imaging through magnetoencephalography. His sound and in-depth knowledge of higher cognitive and linguistic functions guarantees the uniqueness of this work on memory and its disturbances. Despite being a collective work, sixteen Greek and American scientists collaborated in this effort, the book has a special coherence due to Papanicolaou's participation in every chapter. The book's material is developed along two distinct axes, a theoretical and a clinical one, which allows for a clear perspective on the subject. The first two chapters provide a concise and comprehensive account of the different types of memory, clarify complex phenomena and constructs, and putative cerebral mechanisms of memory are described. In the following nine chapters all major amnesia syndromes are covered in a consistently organized way: description of the clinical syndrome through the presentation of representative cases, pertinent neuropsychological diagnostic assessment, epidemiological features and predisposing factors, differential diagnosis, pathophysiology of the syndrome, prognosis and treatment. The full range of disorders from degenerative disease of the brain, traumatic injury, and stroke to transient global amnesia and psychogenic amnesia is included. In the final chapter, "Notes for a theory of memory", Andrew Papanicolaou provides a theoretical framework within the working hypotheses on memory that are widely accepted nowadays. The textbook ends with a very useful "Appendix of Neuropsychological Tests" and an extensive number of important and up-to-date references. The clarity of writing, state-of-the-art documentation and emphasis on empirical facts rather than theoretical constructs, make this user-friendly handbook a highly recommended companion for students in psychology and cognitive neurosciences, residents in neurology and psychiatry, as well as for memory researchers and neuropsychiatrists. Last but not least, the elegant and diligent Greek edition definitely contributes to the success of the book.

Thomas Paparrigopoulos
Ast. Professor of Psychiatry University of Athens

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις

Future scientific meetings

- **“17th European Congress of Psychiatry”,
Lisbon, Portugal**
January 24–28, 2009
Organizer: WPA European Psychiatric Association
E-mail: <http://www2.Kenes.com/epa>
- **EBC-2nd European Brain Policy Forum:
A focus on depression and the European Society,
Brussels, Belgium**
February 25–26, 2009
Organizer: European Brain Council
Website: www.Kenes.com/ebpf2009
- **“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.censtups.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
- **“10th ECNP Regional Meeting, Tallinn, Estonia**
April 23–25, 2009
Organizer: European College of
Neuropsychopharmacology
E-mail: tallinn2009@ecup.eu
Website: www.ecnp.eu
- **CINP Thematic Meeting on Major Psychoses and
Substance Abuse, Edinburg**
April 25–27, 2009
Organizer: Collegium Internationale Neuro-
Psychopharmacologicum
Website: www.cinp.org
- **35ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα,
Ελλάς**
Μάιος 5–9, 2009
Οργάνωση: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών
E-mail: iea@mednet.gr
Website: www.mednet.gr
- **6ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό Συνέδριο: Ψυχική
υγεία παιδιού και εφήβου στη σύγχρονη Ελλάδα**
Μάιος 15–17, 2009, Αίγλη Ζαππείου, Αθήνα
Οργάνωση: Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδος
Website: www.hscapsongress2009.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
- **12th Annual Scientific Meeting of the European
Association for Consultation-Liaison Psychiatry
and Psychosomatics (EACLPP-Evidence Based
Medicine in CL Psychiatry and Psychosomatics”,
Noordwijkerhout, The Netherlands**
June 25–27, 2009
Organizer: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Contact: A. Leentjens, EACLPP President
E-mail: i.sonderen@nwp.net
Website: www.eaclpp.org
- **8th International Conference on Bipolar Disorders,
Pittsburg, Pennsylvania, USA**
June 25–27, 2009
Organizer: Western Psychiatric Institute & Clinic/
University of Pittsburg School of Medicine
Website: www.8thbipolar.org

- **Διεθνές θεματικό Συνέδριο: Από την ψυχική αναστολή στην υπερκίνητικότητα-ψυχοπαθολογική προσέγγιση, Αθήνα, Ελλάδα**
 Ιούλιος 3–5, 2009
 Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία για την Προαγωγή της Ψυχιατρικής και Συναφών Επιστημών
 Συνεργασία: Α' & Β' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
 E-mail: easytravel@hol.gr
- **World Congress of the World Federation for Mental Health, Athens, Greece**
 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
- **"22nd ECNP Congress, Istanbul, Turkey**
 September 12–16, 2009
 Organizer: European College of Neuropsychopharmacology
 E-mail: organisingsecretariat@ecup2009.eu
 Website: www.colloquium-group.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
- **20th World Congress on Psychosomatic Medicine, Torino, Italy**
 September 23–26, 2009
 Organizer: Department of Neuroscience, Università degli Studi di Torino
 E-mail: info@icpm2009.com
 Website: www.icpm2009.com
- **"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
 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
 Contact: Dr Jorge Nazar
 Organizer: University of Cuyo
 E-mail: Jorge_Nazar@hotmail.com
- **"2nd Eastern European Psychiatric Congress, Moscow, Russian Federation**
 October 27–30, 2009
 Contact: Prof G.N. Christodoulou
 Congress President
 Tel.: 210-72 14 148, Fax: 210-72 42 032
 E-mail:psych@psych.gr
 Website: www.paeeb2009moscow.ru
- **"56th Annual Meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine (APM). - Quality of Care: Implications for Psychosomatic Medicine", Las Vegas, USA**
 November 11–14, 2009
 Organizer: Academy of Psychosomatic Medicine: The Organization for Consultation-Liaison Psychiatry
 Contact: Executive Director APM
 E-mail:apm@apm.org
 Website: www.apm.org
- **10th World Congress of the World Association of Psychosocial Rehabilitation, Bangalore, India**
 November 12–15, 2009
 Organizer: World Association for Psychosocial Rehabilitation
 Contact: Dr Afzal Javed, T. Murali, Prof. M. Madianos
 E-mail: afzal@afzalaved.co.uk/muralitryloth@gmail.com
- **DGPPN Congress, Berlin, Germany**
 November 25–28, 2009
 Organization: German Psychiatry & Psychotherapy Association
 Website: www.dgppn-congress.de
- **"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

- **18th European Congress of Psychiatry Munich, Germany**
February 27–March 2, 2010
Organization: European Psychiatric Association
Website: www.Kenes.com/epa
- **CINP World Congress, Hong Kong**
June 6–10, 2010
Organizer: Collegium Internationale Neuro-Pharmacologicum
Website: www.cinp2010.com
- **20th IFP World Congress of Psychotherapy, Lucerne, Switzerland**
June 16–19, 2010
Organizer: International Federation for psychotherapy
Website: www.IFP-FMPP2010.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
- **“XIII Annual Scientific Meeting of the European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) and XXVIII European Conference on Psychosomatic Research (ECPR)”, Innsbruck, Austria**
June 30–July 3, 2010
Contact: Prof. Gerhard Schüßler, MD
E-mail: info@eaclpp-ecpr2010.org
Website: www.eaclpp-ecpr2010.org
- **13th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, Rome, Italy**
September 1–4, 2010
Organization: University of Molise, Campobasso & University of Chieti-Pescara, Italy
- **“WPA Regional Meeting”, Beijing, China**
September 1–5, 2010
Organizer: Chinese Society of Psychiatry
Contact: Dr Yizhuang Zou
E-mail: yzou@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) Foundation 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