



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο σύνταξης

Η μακροχρόνια πορεία των γνωστικών ελλειμμάτων της σχιζοφρένειας

Κ. Φωκάς, Β. Μποζίκας 117

Ανασκοπήσεις

Ψυχογενής ανορεξία: Διαγνωστικά λαβύρινθος και θεραπευτικά γρίφος

Α. Λαγούδης, Β. Μποζίκας 121

Επανεξέταση της δράσης του λιθίου επί των γνωσιακών λειτουργιών: Δράση του λιθίου στο νευροψυχιατρικά επιβαρυνόμενο ΚΝΣ

Ε. Τσάλτα, Δ. Κόντης 132

Ερευνητικές εργασίες

Μεταβολή της οικογενειακής ατμόσφαιρας θεραπευομένων σε αποκαταστασιακές δομές

Σ. Μαρτινάκη, Χ. Τσόπελας, Δ. Πλουμπίδης, Β. Μαυρέας 145

Απόπειρες αυτοκαταστροφής στο Γενικό Νοσοκομείο και προειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης

Γ. Μουσσάς, Κ. Τουρνικιώτη, Α. Τσελεμπής, Ε. Ρίζος, Δ. Μπράτης, Κ. Βασιλά-Δέμη 153

Οι κανόνες ασφαλείας στα τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας

Ε. Κούκια, Ε. Γιαννούλη, Ν. Γκόνης, Α. Δουζένης 162

Βιβλιοκριτική 171

Νεκρολογία 176

Νέες εκδόσεις 182

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις 183

Οδηγίες για τους συγγραφείς 185



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

Longitudinal course of cognitive deficits in schizophrenia

K. Fokas, V. Bozikas 119

Reviews

Anorexia nervosa: Diagnostically a labyrinth and therapeutically a riddle?

A. Lagoudis, V. Bozikas 121

A review of the effects of lithium on cognitive functions: Effects on the neuropsychiatrically challenged CNS

E. Tsaltas, D. Kontis 132

Research articles

Change of atmosphere in patients' family after attending rehabilitation programs

S. Martinaki, Ch. Tsopelas, D. Ploumpidis, V. Mavreas 145

Suicide attempts in the General Hospital and warning signs

G. Moussas, K. Tournikioti, A. Tselebis, E. Rizos, D. Bratis, K. Vasila-Demi 153

Security rules in acute inpatient wards in psychiatric hospitals in the greater area of Athens

E. Koukia, E. Giannouli, N. Gonis, A. Douzenis 162

Books review

..... 171

Obituary

..... 176

New editions

..... 182

Future scientific meetings

..... 183

Instructions to contributors

..... 187



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

2^ο Μονοθεματικό
Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής
Εξαρτήσεις, Συννοσηρότητα,
Πρόληψη και Θεραπεία

Με διεθνή Συμμετοχή

5-7 Μαρτίου 2010, Θεσσαλονίκη,
Ξενοδοχείο Macedonia Palace



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ. 210 7214184, 7214148
Fax. 210-7242032
E-mail: psych@psych.gr Website: www.psych.gr

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



FREI S.A. TRAVEL - CONGRESS

Μέγαρο Βλάχου-Γκλαβάνη,
Παπαρρηγοπούλου 3, 105 61 Αθήνα
Τηλ. 210-3215600 Fax. 210-3219296
E-mail: info@frei.gr Website: www.frei.gr

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Η μακροχρόνια πορεία των γνωστικών ελλειμμάτων της σχιζοφρένειας

Τα γνωστικά ελλείμματα αποτελούν πυρηνικό χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας και οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή τη νόσο εμφανίζουν, από τα πρώιμα στάδιά της, τέτοιου είδους ελλείμματα στις περισσότερες νοητικές λειτουργίες.^{1,2} Το τυπικό νευροψυχολογικό προφίλ των ασθενών με σχιζοφρένεια περιλαμβάνει ελλείμματα στην ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών, στην προσοχή/εγρήγορση, στην εργαζόμενη μνήμη, στη λεκτική μάθηση και μνήμη, στην οπτικοχωρική μνήμη, στη λογική σκέψη και επίλυση προβλημάτων, καθώς και στην κοινωνική νόηση (αναγνώριση συναισθημάτων και «θεωρία του νου»). Οι γνωστικές ικανότητες των ασθενών αυτών βρέθηκε να συσχετίζονται με τη λειτουργικότητά τους και φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην πρόγνωση από τα θετικά ή αρνητικά συμπτώματα.³

Η διαλεύκανση της μακροχρόνιας πορείας των γνωστικών ελλειμμάτων της σχιζοφρένειας μπορεί να έχει σημαντικές συνέπειες στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας, στη θεραπεία, καθώς και στην έκβασή της. Η εξέλιξη των νευροψυχολογικών ελλειμμάτων των ασθενών με σχιζοφρένεια θα μπορούσε να βοηθήσει στην επίλυση της αντιπαράθεσης μεταξύ των ερευνητών που υποστηρίζουν ότι η σχιζοφρένεια είναι μια νευροεκφυλιστική νόσος και αυτών που τη θεωρούν ως μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που παραμένει στάσιμη. Επιπλέον, ελλείμματα σε γνωστικές λειτουργίες μπορεί να χρησιμεύσουν ως πιθανοί ενδοφαινότυποι εάν παραμένουν σταθερά, ή στην αντίθετη περίπτωση, η πορεία τους επηρεάζεται από συγκεκριμένους γνωστούς μη γενετικούς παράγοντες. Τέλος, η ταυτοποίηση των γνωστικών ελλειμμάτων που παραμένουν σταθερά και αυτών που είναι ευαίσθητα σε αλλαγές θα διευκόλυνε την αξιολόγηση παρεμβάσεων, φαρμακολογικών θεραπειών ή προγραμμάτων γνωστικής αποκατάστασης, που στοχεύουν στη βελτίωση των νοητικών λειτουργιών. Εάν η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από σταδιακή επιδείνωση κάποιων νοητικών λειτουργιών, παρεμβάσεις που σταθεροποιούν αυτά τα ελλείμματα θα θεωρούνταν αποτελεσματικές, ενώ εάν η γνωστική κατάσταση των ασθενών παραμένει στάσιμη, θα μπορούσαν να θεωρηθούν αποτελεσματικές εάν οδηγούν σε μετρήσιμες βελτιώσεις.^{4,5}

Ανασκοπήσεις εργασιών που ερευνούν την πορεία των νευρογνωστικών ελλειμμάτων σε ασθενείς με σχιζοφρένεια καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα ελλείμματα αυτά παρέμεναν σταθερά, τουλάχιστον στους ασθενείς που διαβιούσαν στην κοινότητα.^{4,6} Σε πρόσφατη μάλιστα μετα-ανάλυση σχετικών δημοσιευμένων εργασιών, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έδειξαν σημαντική βελτίωση στις περισσότερες νευροψυχολογικές δοκιμασίες.⁵ Μια στρατηγική ιδιαίτερης σημασίας στη μελέτη της πορείας των γνωστικών ελλειμμάτων στη σχιζοφρένεια αποτελεί η επαναλαμβανόμενη αξιολόγηση ασθενών με πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο. Οι μακροχρόνιες έρευνες των ασθενών αυτών παρέχουν μια επαρκή και ρεαλιστική εκτίμηση των γνωστικών επιδόσεων αναφοράς καθώς και έλεγχο των παραγόντων που σχετίζονται με τη χρονιότητα (ιδρυματοποίηση, μακροχρόνια θεραπεία, επίδραση της νόσου αυτής καθαυτής). Από τέτοιες μελέτες προκύπτει ότι, γενικά, τα νευροψυχολογικά ελλείμματα που διαπιστώνονται κατά τη διάρκεια του πρώτου σχιζοφρενικού επεισοδίου παραμένουν σταθερά με την πάροδο του χρόνου. Μια πιθανή εξαίρεση σε αυτό το πρότυ-

πο μπορεί να αποτελεί η λεκτική μνήμη, καθώς υπάρχουν κάποια στοιχεία περαιτέρω έκπτωσης της. Είναι ενδιαφέρον ότι η συγκεκριμένη νοητική λειτουργία εξαρτάται από εγκεφαλικές περιοχές (προμετωπιαίος και μέσος κροταφικός φλοιός) που έχει βρεθεί ότι παρουσιάζουν προοδευτική μείωση του όγκου τους κατά τη διάρκεια της νόσου. Επιπλέον, η βελτίωση της ψυχοπαθολογίας φαίνεται να επηρεάζει θετικά την πορεία των γνωστικών ελλειμμάτων, καθιστώντας σημαντική την ανάγκη επαρκούς και ευρείας αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας.⁷

Κωνσταντίνος Φωκάς

Καθηγητής Ψυχιατρικής
Α' Ψυχιατρική Κλινική
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Βασίλης Μποζίκας

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής
Α' Ψυχιατρική Κλινική
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Βιβλιογραφία

1. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficits in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 1998, 12:426-445
2. Fioravanti M, Carlone O, Vitale B, Cinti ME, Clare L. A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychol Rev* 2005, 15:73-95
3. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophr Bull* 2000, 26:119-136
4. Kurtz NN. Neurocognitive impairment across the lifespan in schizophrenia: an update. *Schizophr Res* 2005, 74:15-26
5. Szöke A, Trandafir A, Dupont M-E, Méary A, Schürhoff F, Leboyer M. Longitudinal studies of cognition in schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2008, 192:248-257
6. Rund BR. A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 1998, 24:437-446
7. Bozikas VP, Andreou C. Longitudinal studies of cognition in first-episode schizophrenia: a systematic review of the literature. (In press)

Editorial

Άρθρο Σύνταξης

Longitudinal course of cognitive deficits in schizophrenia

Cognitive deficits are a core feature of schizophrenia, and patients with schizophrenia demonstrate deficits, early in the course of the illness, in most domains of cognitive functioning compared to healthy control subjects, suggesting a generalized cognitive impairment.^{1,2} The neuropsychological profile of patients typically consists of deficits in speed of processing, attention/vigilance, working memory, verbal learning and memory, visual learning and memory, reasoning and problem solving, and social cognition (emotion recognition, theory of mind). Cognitive skills have been shown to be associated with the functional status of patients with schizophrenia, and may have a greater influence on outcome than positive or negative symptoms.³

The delineation of the longitudinal course of cognitive deficits in patients with schizophrenia may have important implications for theories of pathophysiology, as well as for the treatment and outcome of the illness. For one, it could settle the debate between those that view schizophrenia as a neurogenerative disorder, and those that conceptualize it as a developmental neural insult that remains stable over time. Moreover, cognitive deficits that are found to remain stable over time, or their course is predictably influenced by specific identifiable non-genetic factors, might serve as potential endophenotypes. Finally, the identification of those cognitive deficits that are fixed and those that are most sensitive to change would facilitate the evaluation of interventions, pharmacological treatments or cognitive rehabilitation programmes, aiming at the improvement of cognitive functions. If schizophrenia is characterized by a gradual worsening of some cognitive domains, interventions that stabilize these cognitive deficits would be judged as efficacious whereas, if the cognitive status is static over time, an intervention would need to lead to measurable improvements in cognitive functions in order to be considered as successful.^{4,5} Literature reviews of longitudinal studies investigating the trajectory of neurocognitive deficits across the lifespan in schizophrenia have concluded that neurocognitive deficits evident upon illness onset appear to be stable, at least in community-dwelling outpatients.^{4,6} In a recent meta-analysis of longitudinal studies of cognition in schizophrenia,⁵ patients with schizophrenia showed a significant improvement in most cognitive tasks.

One strategy of special relevance when it comes to evaluating the course of cognition over the course of schizophrenia is the longitudinal assessment of first episode (FES) patients. Such studies provide an adequate and realistic baseline measure of cognitive performance; moreover, they minimize the effect of confounding variables associated with chronicity (such as institutionalisation, as well as long-term treatment effects and disease processes). An overview of such studies suggests that neuropsychological deficits that are present following a first episode of schizophrenia generally seem to remain stable over time. A possible exception in this pattern might be the domain of verbal memory, where there is some evidence of further deterioration over the long term; since this specific cognitive ability is closely dependent on cortical structures known to show progressive volume reductions during the course of the illness, further studies are warranted to confirm this observation. Moreover,

improvements in psychopathology appear to positively influence the course of cognitive deficits; hence, sufficient and comprehensive treatment of these symptoms is of utmost importance, although further research is needed in order to investigate specific medication effects.⁷

Konstantinos Fokas

Professor of Psychiatry
1st Department of Psychiatry
Aristotle University of Thessaloniki

Vasilis Bozikas

Ast. Professor of Psychiatry
1st Department of Psychiatry
Aristotle University of Thessaloniki

References

1. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficits in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 1998, 12:426–445
2. Fioravanti M, Carlone O, Vitale B, Cinti ME, Clare L. A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychol Rev* 2005, 15:73–95
3. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophr Bull* 2000, 26:119–136
4. Kurtz NN. Neurocognitive impairment across the lifespan in schizophrenia: an update. *Schizophr Res* 2005, 74:15–26
5. Szöke A, Trandafir A, Dupont M-E, Méary A, Schürhoff F, Leboyer M. Longitudinal studies of cognition in schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2008, 192:248–257
6. Rund BR. A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 1998, 24:437–446
7. Bozikas VP, Andreou C. Longitudinal studies of cognition in first-episode schizophrenia: a systematic review of the literature. (In press)

Ανασκόπηση Review

Ψυχογενής ανορεξία: Διαγνωστικά λαβύρινθος και θεραπευτικά γρίφος

A. Λαγούδης, Β. Μποζίκας

Α' Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2009, 20:129–131

Εκατόν πενήντα χρόνια αφότου πρωτοπεριγράφηκε, η Ψυχογενής Ανορεξία συνεχίζει να προβληματίζει τους επιστήμονες ως προς την αιτιολογία και τη διάγνωση αλλά –κυρίως– ως προς την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ή πρόληψή της. Οι περιπτώσεις που εντάσσονται στις «άτυπες» μορφές των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής αυξάνονται και τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου αντιμετωπίζονται από αρκετούς μελετητές με σκεπτικισμό. Η αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας θεωρείται τόσο πολυπαραγοντική που καμία από τις υπάρχουσες θεωρίες (βιολογική, γνωστική, συστημική και ψυχοδυναμική) δεν καταφέρνει να εξηγήσει πλήρως από μόνη της τις κλινικές εκφράσεις της νόσου. Η κοινωνική διάσταση φαίνεται να διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Παρόλ' αυτά, υπάρχουν τελευταία αξιόλογες προσπάθειες να τεθεί ένα πιο ξεκάθαρο πλαίσιο αντιμετώπισης της νόσου σε σχέση –πρωτίστως– με τη βαρύτητα των κλινικών χαρακτηριστικών στην πορεία της διαταραχής. Αν και κάποιες θεραπείες φαίνονται αποτελεσματικότερες από κάποιες άλλες, η πρόοδος που έχει επιτευχθεί σε αυτόν τον τομέα παραμένει μη ικανοποιητική.

Λέξεις ευρετηρίου: Ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, διαταραχή πρόσληψης τροφής

Ο άνθρωπος κατέχεται από το σώμα του, ενώ έχει την ψευδαίσθηση ότι το κατέχει.¹

Εισαγωγή

«Σκεφτόμαστε με λέξεις και αισθανόμαστε με λέξεις». Η ρήση αυτή του Ευάγγελου Παπανούτσου δεν φαίνεται να βρίσκει εφαρμογή στην περίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Ατυχώς, η επιλογή και των δύο συνθετικών της κλινικής οντότητας (anorexia nervosa) που περιγράφηκε για πρώτη φορά – σχεδόν ταυτόχρονα, τη δεκαετία του 1870– από τον sir William Gull στην Αγγλία και τον Ernest-Charles Lasegue στη Γαλλία,² αποδεικνύεται μάλλον ανεπιτυχής, αφού η όρεξη δεν βλάπτεται παρά –αν τελικά αυτό συμβεί– αργά στην πορεία της νόσου και δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι η προέλευση της «ανορεξίας» είναι νευρογενής. Τα αίτια, μάλιστα, της νοσολογικής αυτής οντότητας εξακολουθούν να παραμένουν ομιχλώδη, παρά το παγκοσμίως αυξανόμενο ενδιαφέρον που τροφοδοτείται από τη διαφαινόμενη αύξηση της συχνότητάς της στις δυτικές, κυρίως, κοινωνίες, παρά το γεγονός, επίσης, ότι πλείστοι γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες περιγράφονται σε ποικίλες ποσοστώσεις, ανάλογα με την προσέγγιση των ερευνητών που αναζητούν τα αίτιά της. Πάντως, η Ψυχογενής Ανορεξία ανήκει στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, όπου συνδέεται τελευταίως και η παχυσαρκία.

Κλινική εικόνα-ταξινόμηση

Από την πρώτη της κιάλας περιγραφή η Ψυχογενής Ανορεξία «δίχασε» τους επιστήμονες ως προς την πρόβλεψη της πορείας της. Έτσι, ενώ ο Lasegue έδωσε έμφαση στην έλλειψη αποτελεσματικής θεραπείας και υπογράμμισε «το μακρύ δρόμο (που έχει) να διανύσει» η νόσος, αντίθετα ο Gull, πιο αισιόδοξος, χαρακτήρισε την έκβασή της στο «μεγαλύτερο μέρος της ευνοϊκή», προσθέτοντας μάλιστα ότι «με θερμές και σταθερές ποσότητες τροφής και τονωτικών, η δύναμη μπορεί σταδιακά να επανακτηθεί και η ίαση να επέλθει». Προειδοποιούσε όμως ότι θα έπρεπε να αποφευχθεί η μετάπτωση της νόσου στη χρονιότητα.³ Σημαντικοί σύγχρονοι μελετητές των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, όπως οι Hilda Bruch, Arthur Crisp και Gerald Russell, υπογραμμίζουν, ακόμα και σήμερα, την παρατηρούμενη πολυπλοκότητα στην πορεία της διαταραχής, τονίζοντας με έμφαση τη συνύπαρξη, αφενός μεν της αγωνίας

του κλινικού για πιθανή μοιραία κατάληξη της νόσου, αφετέρου δε την άσβεστη ελπίδα για ίασή της.³ Στο πλαίσιο αυτό, πάνω από 150 μελέτες έχουν δημοσιευτεί κατά τα τελευταία 75 χρόνια, στοχεύοντας στην αντικειμενικότερη περιγραφή, στην πληρέστερη κατανόηση και στην ακριβέστερη πρόγνυσή της. Η έλλειψη, όμως, πλήρως ικανοποιητικών δεδομένων οδήγησε στη διατύπωση των εν χρήσει σήμερα διαγνωστικών κριτηρίων της Ψυχογενούς Ανορεξίας μέσα από συναινέσεις που δεν είναι πάντα ανεπιφύλακτες, καθώς υπάρχουν φωνές που χαρακτηρίζουν κάποια κριτήρια ανεπαρκή και παρωχημένα, προϊόντα μιας πεπερασμένης ψυχιατρικής αντίληψης προηγούμενων δεκαετιών.⁴

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά DSM-IV είναι:

- α. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο, ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο).
 - β. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι αν το βάρος του είναι κάτω από το φυσιολογικό.
 - γ. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματός του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.
 - δ. Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τριών τουλάχιστον διαδοχικών εμμηνορρυσιών.
(Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της έρχονται μόνο μετά χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων).
- Προσδιορίζονται 2 τύποι της Ψυχογενούς Ανορεξίας: (α) περιοριστικός τύπος και (β) τύπος υπερφαγίας/κάθαρσης, οι οποίοι διαχωρίζονται ανάλογα με το αν το άτομο έχει ή όχι εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλαδή προκλητό έμετο ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Στο ICD-10 τα κριτήρια διάγνωσης είναι:

- α. Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο ή ο ΔΜΣ είναι 17,5 ή λιγότερο. Σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.
- β. Η απώλεια βάρους αυτοπροκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών» τροφών. Είναι δυνατόν επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα: αυτοπροκαλούμενοι έμετοι/κενώσεις με καθαρτικές ουσίες, υπερβολική σωματική άσκηση, χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή/και διουρητικών.
- γ. Υπάρχει παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους επικυριαρχεί ως παρέμβλητη, υπερτιμημένη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.
- δ. Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή του υποθαλαμο-υποφυσιο-γοναδικού άξονα εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. Δυνατόν επίσης να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης, μεταβολές στον περιφερικό μεταβολισμό των θυρεοειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.
- ε. Εάν η έναρξη τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία, η διαδοχή των γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (η ανάπτυξη σταματά, στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γεννητικά όργανα παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση η ήβη συχνά συμπληρώνεται φυσιολογικά αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί.

Εύκολα διαπιστώνει κανείς την ετερογένεια των κριτηρίων που οι ψυχίατροι καλούνται να χρησιμοποιήσουν για να θέσουν τη διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας: Δύο απ' αυτά είναι εύκολα τεκμαρτά, καθώς τόσο το –κατώτερο του αναμενόμενου φυσιολογικού– σωματικό βάρος όσο και η αμηνόρροια είναι αντικειμενικά μετρήσιμα, όχι όμως τα δύο άλλα. Κι αν ο «έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ» αφήνει περιθώρια αντικειμενικής προσέγγισης, μπορεί άραγε, εξίσου εύκολα, να ισχυ-

ριστεί κανείς το ίδιο για τη «διαταραχή στον τρόπο που βιώνει κανείς το βάρος ή το σχήμα του σώματος του»; Για παράδειγμα, παλαιότερη ανάλυση σε μελέτη εκτίμησης του σχήματος σώματος δείχνει ότι δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η αντίληψη των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία για το σχήμα του σώματός τους βλάπτεται, τουλάχιστον όχι περισσότερο απ' ό,τι σε άλλες ομάδες ασθενών.⁵

Αλλά και η συνολικότερη ταξινόμηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (Ψυχογενής Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία, Άτυπη Διαταραχή Πρόσληψης τροφής) αφήνει περιθώρια μη καθολικής αποδοχής της ως πλήρως ικανοποιητικής. Η προσθήκη της Άτυπης Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής, για τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες δεν πληρούνται τα κριτήρια για κάποιες από τις δύο παλαιότερα αναγνωρισθείσες διαταραχές, δηλαδή την Ψυχογενή (ή Νευρογενή) Ανορεξία και την Ψυχογενή (ή Νευρογενή) Βουλιμία, τι άλλο μπορεί να σημαίνει παρά αδυναμία της ισχύουσας ταξινόμησης να «αποσαφηνίσει» το τοπίο. Η διαπίστωση μάλιστα ότι η Άτυπη Διαταραχή –βάσει των αποτελεσμάτων 3 μελετών σε πληθυσμούς κοινοτήτων (Aberdeen, UK, n=510 – Florence, Italy, n=189 – Southampton, UK, n=190) εμφανίζει συχνότητα ίση αυτής που εμφανίζουν μαζί Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία (με την τελευταία να εμφανίζει καταγραφές της συχνότερα από την πρώτη)^{6,7} οδηγεί αβίαστα στο ερώτημα: η παρούσα ταξινόμηση δεν έχει ακόμα αναγνωρίσει διακριτές νοσολογικές οντότητες και χαρακτηρίζει ως «Άτυπο» ό,τι δεν κατανοεί πλήρως ή μήπως τα διαγνωστικά κριτήρια –αλλά και η υποκειμενικότητα στην εφαρμογή τους– τόσο της Ανορεξίας όσο και της Βουλιμίας αποκλείουν μεγάλο αριθμό ασθενών από το να ενταχθούν στις δύο αυτές αναγνωρισμένες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής;⁷

Οι κλινικές εκδηλώσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας ποικίλουν με προεξάρχοντα χαρακτηριστικά τη συνεχή επιδίωξη απώλειας βάρους, ακόμα κι όταν αυτό κυμαίνεται σε κατώτερα από το φυσιολογικό επίπεδα, την υπερβολική άσκηση, τον συνεχώς πιο αυστηρό έλεγχο των τροφών που καταναλώνονται, με αποκλειστικό κριτήριο τη χαμηλή θερμοδική τους αξία, την ενοχική διάθεση μετά από –όχι απαραίτητα υπερβολική– κατανάλωση τροφής, την υπεραπασχόληση με το βάρος και τη βασανιστική έγνοια για την εμφάνιση του σώματος.⁸

Οι κυριότερες κλινικές επιπτώσεις είναι το πολύ χαμηλό βάρος, που κυμαίνεται από λίγο κατώτερο του φυσιολογικού μέχρι απίσχναση, η υποθερμία, που εκδηλώνεται με ψυχρά άκρα και χαμηλή ανοχή στο κρύο, συμπτώματα από το πεπτικό, όπως δυσκοιλιότητα, αίσθηση πλήρωσης ακόμα και μετά από μικρά γεύματα, αδυνατίσμα των μαλλιών, τα οποία μοιάζουν με αυτά των βρεφών (lanugo), αμηνόρροια στις γυναίκες οι οποίες είναι στην εμμηνορυσιακή περίοδο και καθυστέρηση της έναρξης της εμμήνου ρύσεως στα νεαρά κορίτσια και, τέλος, ελάττωση της ερωτικής επιθυμίας τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες.⁹

Από τον εργαστηριακό έλεγχο προκύπτουν αρκετά –πάντως μη ειδικά– ευρήματα, όπως αύξηση της κορτιζόλης του πλάσματος, θυρεοειδικές ορμόνες (T₃,T₄) στα κατώτερα φυσιολογικά επίπεδα με φυσιολογική συγκέντρωση TSH, αύξηση της συγκέντρωσης της αυξητικής ορμόνης, σπάνια σοβαρή υπογλυκαιμία, ηλεκτροκαρδιογραφικές ανωμαλίες (κυρίως διαταραχές αγωγιμότητας, με προεξάρχουσα την παράταση του διαστήματος QT, λόγω ηλεκτρολυτικών διαταραχών), μέτρια ορθόχρωμη κυτταρική αναιμία, ήπια λευκοπενία με συνοδό λεμφοκυττάρωση, θρομβοπενία, υπερχοληστερολαιμία, αύξηση καρωτίνης ορού, ηλεκτρολυτικές διαταραχές οι οποίες συνήθως έπονται εμέτων και κατάχρησης διουρητικών και είναι αντίστοιχα μεταβολική αλκάλωση-υποκαλιαιμία και μεταβολική οξέωση-υποκαλιαιμία-υπονατριαιμία, οστεοπενία και οστεοπόρωση (με αύξηση του κινδύνου καταγμάτων) και, τέλος, διεύρυνση των κοιλιών του εγκεφάλου και συνολικότερα των χώρων που υποδέχονται το ENY με αποτέλεσμα να υπάρχει εικόνα «ψευδοατροφίας».^{10,11}

Επιδημιολογία

Υπάρχει η αίσθηση ότι η συχνότητα εμφάνισης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής έχει αυξηθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες, παρότι διατυπώνονται δικαιολογημένα επιφυλάξεις που αφορούν στη μεγαλύτερη αναγνωρισιμότητά τους και την αύξηση της τάσης των ασθενών να ζητούν βοήθεια σε σχέση με το παρελθόν.¹² Ο επιπολασμός ζωής (life time prevalence) του πλήρους συνδρόμου της Ψυχογενούς Ανορεξίας στις γυναίκες εκτιμάται 0,5–2% με ελαφρώς αυξητική τάση,¹² ενώ στους άνδρες 0,29%.¹³ Εδώ δεν συμπεριλαμβάνονται περιπτώσεις που πληρούν μερικά μόνο από τα κριτήρια του συνδρόμου που συμπεριλαμβάνονται στο DSM IV.

Η δυσαναλογία ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες, που προκύπτει από το σύνολο των μελετών και κυμαίνεται ως αναλογία από 10–20/18, εκφράζεται ιδανικά από την εικόνα που έχει σχηματίσει κάθε ψυχίατρος για τον τυπικό ασθενή που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία: λευκή έφηβη, μέσου ή ανώτερου οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος.¹⁴ Εδώ αξίζει, όμως, να αναφερθεί ότι σε μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας (από το 1980 ως τον Ιούνιο του 2001), που επικεντρώθηκε στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στα νεαρά αγόρια, η αναλογία γυναικών/ανδρών μειώνεται δραματικά και κυμαίνεται στο 4/1 όταν συνηγορούνται νεαροί άντρες οι οποίοι εμφανίζουν Διαιτητικές και Εικόνας Σώματος Συμπεριφορές (Dieting and body image behaviors). Αυτοί οι ασθενείς εμφανίζουν διαφοροποιημένη κλινική εικόνα, σε σχέση με τα συνομήλικα κορίτσια, με λιγότερο ενδιαφέρον για ιδανικό σωματικό βάρος και μεγαλύτερη ενασχόληση με το να είναι μύδεις και συνοδεύεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και συχνά από κατάχρηση αλκοόλ.¹⁵

Η διεθνής κατανομή της Ψυχογενούς Ανορεξίας έχει δείξει ότι εμφανίζεται κυρίως σε Δυτικού τύπου κοινωνίες, αν και έχει αρχίσει να αυξάνεται η συχνότητά της σε μετανάστες που μετακινούνται από χώρες με χαμηλό σε χώρες με υψηλό επιπολασμό, χωρίς ποτέ όμως να εξισώνεται με αυτόν που εμφανίζουν οι γηγενείς πληθυσμοί, ο ετήσιος ρυθμός του οποίου υπολογίζεται ότι είναι 0,3% σε νέες γυναίκες.¹⁶ Σε φυλετικό επίπεδο προσβάλλει κυρίως εκπροσώπους της λευκής φυλής. Προτιμά εμφανώς το γυναικείο φύλο και την εφηβεία ή τη νεαρή ενήλικη ζωή. Εκκολάπτεται συχνότερα στους κόλπους ανώτερων κοινωνικών στρωμάτων. Ο επιπολασμός της υπολογίζεται σε 0,7% σε γυναίκες στην εφηβεία¹⁷ και η επίπτωσή της ανά 100.000 πληθυσμού το χρόνο είναι 8 νέα περιστατικά.¹⁷

Συννοσηρότητα

Η Ψυχογενής Ανορεξία εμφανίζει υψηλή συννοσηρότητα τόσο με αγχώδεις όσο και με καταθλιπτικές διαταραχές και η ύπαρξη νευρωτισμού (ή αγχώδους υπόβαθρου ή κλίσης-Anxiety proneness) θεωρείται σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας για την εμφάνισή της.¹³ Η εμπλοκή της σεροτονίνης φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από τη σημαντική συννοσηρότητα της νόσου με την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και οδήγησε στην

υπόθεση της ένταξης της Ψυχογενούς Ανορεξίας στο Ψυχαναγκαστικό Καταναγκαστικό Φάσμα (OC Spectrum).^{18,19}

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η παρατήρηση ότι ασθενείς που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής εμφανίζουν κοινά στοιχεία προσωπικότητας. Παρατήρηση που επιβεβαιώθηκε από μελέτη η οποία συνέδεε τους διάφορους τύπους των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής με τις περιγραφείσες στο DSM-IV Διαταραχές Προσωπικότητας και ανέδειξε τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας ως τη συχνότερη διαταραχή από τον Άξονα II σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία Περιοριστικού Τύπου (ακολουθούμενη από την Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας) καθώς και σε ασθενείς με Άτυπη Διαταραχή (ακολουθούμενη από Εξαρτητική και Δραματική). Αντίθετα, σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία τύπου Υπερφαγίας/Κάθαρσης αλλά και με Ψυχογενή Βουλιμία προεξάρχει η Μετ αιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας. Φαίνεται λοιπόν ότι όπου τα στοιχεία της προσωπικότητας είναι παρορμητικά, η νόσος «συμπεριφέρεται» σύντονα και τα βουλιμικά επεισόδια και οι έμετοι βρίσκονται σε πρώτο πλάνο, ενώ όταν τα στοιχεία της προσωπικότητας είναι ψυχαναγκαστικά/περιοριστικά, τότε ο περιορισμός στην πρόσληψη τροφής και η υπέρ το δέον άσκηση εμφανίζονται ως οι επιλογές του ασθενούς για τον έλεγχο του βάρους.²⁰

Αιτιολογία-παθογένεση

Πολυπαραγοντική εκτιμάται ότι είναι η αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας, χωρίς οι παθογενετικοί παράγοντες που εμπλέκονται να είναι πλήρως διερευνημένοι. Οι αιτιολογικές θεωρίες είναι η βιολογική, η γνωστική-συμπεριφορική, η συστημική και η ψυχοδυναμική.^{21,22}

Η βιολογική θεωρία στηρίζει τα επιχειρήματά της στο γεγονός ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα σε κάποιες οικογένειες. Έτσι, μελέτες οικογενειών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος εμφάνισης κάποιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής σε γυναίκες συγγενείς ασθενών είναι από 7–20 φορές υψηλότερος από ότι στο γενικό πληθυσμό.^{23,24} Λόγω απουσίας μελετών υιοθεσίας, χρησιμοποιήθηκαν μελέτες διδύμων για να τεκμηριώσουν γενετική προδιάθεση.

Κλινικά λοιπόν δείγματα ανέδειξαν παρουσία της Ψυχογενούς Ανορεξίας σε 55% των μονοζυγωτικών διδύμων και μόνο στο 5% των διζυγωτικών, την ίδια στιγμή που οι αντίστοιχοι αριθμοί για την Ψυχογενή Βουλιμία ήταν 35% και 30%.⁸ Επειδή μελέτες με κλινικά μόνο δείγματα δεν θα επαρκούσαν για την εξαγωγή σχετικά ασφαλών συμπερασμάτων, ακολούθησαν μελέτες πληθυσμών που εκτιμούν ότι σε ποσοστά από 58–76% η εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Η εκτίμηση αυτή πάντως δεν είναι κοινά αποδεκτή, καθώς αρκετές ενστάσεις διατυπώνονται ως προς την αξιολόγηση των δεδομένων που προκύπτουν από τις μελέτες.²⁴ Στην πιο πρόσφατη μελέτη διδύμων στη Σουηδία φάνηκε να επιβεβαιώνεται ο αυξημένος κίνδυνος σε οικογένειες που υπάρχει άνδρας με Ψυχογενή Ανορεξία και ότι η κληρονομικότητα φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο όταν η νόσος ορίζεται με τα «στενά» κατά DSM IV κριτήρια.¹³ Τελικά, φαίνεται πως οι ερευνητές συμφωνούν ως προς τη βιολογική-γενετική επίδραση αλλά διαφωνούν ως προς το μέγεθος αυτής. Κυτταρικές-γενετικές μελέτες διεξάγονται και η έρευνα στράφηκε στον πολυμορφισμό των γονιδίων που εμπλέκονται με τη σεροτονίνη, καθώς αυτό το νευροδιαβιβαστικό σύστημα διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο τόσο στη ρύθμιση της Διάθεσης, όσο και της Πρόσληψης Τροφής. Επίσης, είναι γνωστό ότι η σεροτονίνη θεωρείται ότι συμμετέχει στο θεωρητικό σχήμα που ονομάζεται «Ψυχαναγκαστικό Καταναγκαστικό Φάσμα», το οποίο αποτελούν η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, κάποιες από τις Σωματόμορφες Διαταραχές (Υποχονδρίαση, Σωματοδυσμορφοφοβική) και άλλες νοσολογικές οντότητες (νόσος Tourette κ.ά.) και στο οποίο τελευταία εντάσσονται και οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.^{18,19} Ιδιαίτερη προσοχή προσέλκυσε το γονίδιο 5-HT2AR (HTR2A) έπειτα από μια αναφορά η οποία συνέδεε μια παραλλαγή (-1438 A-G) της περιοχής προαγωγής του γονιδίου με την Ψυχογενή Ανορεξία.²⁵ Όμως, τρεις από έξι μελέτες, καθώς και μία πολυκεντρική βασισμένη σε οικογένειες απέτυχαν να επιβεβαιώσουν την παραπάνω υπόθεση.²⁶ Άλλες μελέτες με παρόμοιους στόχους παρουσίασαν ανεπαρκή μάλλον στοιχεία που συνέδεαν τη νόσο με τα χρωμοσώματα 4, 1p, 2 και 13.^{27,28} Η υπόθεση ότι το σύστημα υποθάλαμος-υπόφυση-ενδοκρινείς αναμειγνύεται ενεργά στη διαταραχή, μια και παίζει ρό-

λο στην πρόσληψη τροφής και ωριμάζει χρονικά την ίδια περίοδο που συνήθως εμφανίζεται αυτή, στέκει σε θεωρητικό επίπεδο αλλά μένει να αποδειχτεί.²⁹ Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης η προσέγγιση κατά την οποία άλλοι μηχανισμοί εμπλέκονται στην πυροδότηση του προβλήματος και άλλοι αναλαμβάνουν στη συνέχεια.³⁰ Προφανώς, απαιτείται περαιτέρω επισταμένη έρευνα και προσεκτική αξιολόγηση των δεδομένων, ώστε να προκύψουν πιο αξιόπιστα και ασφαλή συμπεράσματα στο μέλλον.

Η γνωστική-συμπεριφορική θεωρία δίνει έμφαση στη διαταραχή αντίληψης του σώματος και επαγωγικά στον έντονο φόβο πρόσληψης βάρους ως λαθεμένη μαθησιακή διαδικασία που συνδέεται με τη μείωση του άγχους και την αυτοεκτίμηση των ασθενών. Η επιτυχία στον έλεγχο πρόσληψης τροφής και στη διατήρηση του σωματικού βάρους εκλαμβάνεται ως επιτυχία, ενώ το αντίθετο οδηγεί σε επίταση της –ούτως ή άλλως χαμηλής– αυτοεκτίμησης. Τόσο οι εντός της οικογένειας συμπεριφορές που αφορούν σε διαδικασίες τιμωρίας-ανταμοιβής, όσο και τα κοινωνικά πρότυπα ομορφιάς –άρα και επιτυχίας– όπως αυτά εκφράζονται μέσω του καταγισμού εικόνων από τα μαζικά μέσα ενημέρωσης, αλληλεπιδρούν σε πολλαπλά επίπεδα, οδηγώντας στον –με ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά στοιχεία– τρόπο σκέψης ο οποίος είναι υπεύθυνος για την έναρξη, τουλάχιστον, της νόσου. Χαμηλή αυτοεκτίμηση, τελειομανία και αυξημένες γονεϊκές απαιτήσεις μπορούν να θεωρηθούν προδιαθεσικοί παράγοντες.²² Το γονεϊκό πρότυπο παίζει πολυεπίπεδα το ρόλο του. Δίνει ταυτόχρονα το μέτρο «κρίσης» και «σύγκρισης». Προσφέρει τις προσδοκίες με ασάφεια αλλά αναιρεί την εκπλήρωσή τους ξεκάθαρα. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί μια αναδρομική μελέτη που σχεδιάστηκε με σκοπό να ελέγξει τη σωματική άσκηση γονέων ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία, τόσο κατά τη διάρκεια της νόσου, όσο και πριν την εκδήλωση αυτής. Παράλληλα ελέγχθηκαν ως προς τη συχνότητα και ένταση της σωματικής άσκησης έφηβοι που δεν έπασχαν από τη νόσο, καθώς και οι γονείς τους. Τα αποτελέσματα σαφώς ανέδειξαν ότι οι γονείς των εφήβων που έπασχαν από Ψυχογενή Ανορεξία εμφάνιζαν αυξημένη σωματική άσκηση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Όμως, παρά την τεκμηριωμένη σύνδεση της σωματικής δραστηριότητας γονιών-παιδιών, πουθενά δεν φάνηκε μεγαλύτερη συσχέτιση στους ανορεξικούς ασθενείς και τους γονείς τους από ό,τι στους «υγιείς».³¹

Η συστημική προσέγγιση δίνει βάση στα γεγονότα ζωής της οικογένειας και στη σχέση με τη μητέρα. Η γονεϊκή αποστέρωση είναι ποικιλότροπη και δεν υποθέτει τη φυσική απουσία των γονέων. Η θεωρία της συναισθηματικής πρόσδεσης –κατά τη Bruch– δίνει έμφαση στην πρώιμη προσκόλληση στη μητέρα που οδηγεί σε αδυναμία του παιδιού να διαφοροποιηθεί από τη μητρική εικόνα και να απεμπλακεί από το γονεϊκό έλεγχο. Στην εφηβεία, αυτή η αδυναμία ενεργοποιείται συγκρουόμενη με τις απαιτήσεις για αυτοκατάφαση και αυτονομία με αποτέλεσμα ο ανορεξικός ασθενής να αποδύεται σε μια προσπάθεια ελέγχου του σώματος.³²

Κατά τον Minuchin διακρίνονται 4 τύποι οικογένειας με ανορεκτικό μέλος: ο «υπερεμπλεκόμενος», όπου τα όρια μεταξύ των μελών δεν είναι ευδιάκριτα, ο «αποφευκτικός», όπου κάθε σύγκρουση αποφεύγεται, ο «άκαμπτος», που αντιδρά σε κάθε αλλαγή και ο «υπερπροστατευτικός», όπου υπάρχει υπερβολικός βαθμός ενδιαφέροντος, φροντίδας και υπηρετήσης των αναγκών των υπολοίπων.³³

Η ψυχοδυναμική θεωρία εμπλέκει την αναζήτηση εαυτού και ταυτότητας του ασθενούς στις συμπεριφορές που οδηγούν και διατηρούν, ως κάτι το φυσιολογικό, τη νόσο. Ο έντονος φόβος της ωρίμανσης και, φυσικά, των συνεπειών που αυτή επιφέρει και ο οποίος ενσαρκώνεται «αντικειμενικά» μέσα από τις σωματικές αλλαγές που νομοτελειακά επέρχονται στην εφηβεία, οδηγεί σε μια προσπάθεια αναβολής ή –αν είναι δυνατόν– ματαιώσης της «απειλητικής» –ως προς ένα ανασφαλές και ανέτοιμο εγώ– ενηλικίωσης. Η αγωνία της ωρίμανσης απωθείται, αφού ο έλεγχος του σωματικού βάρους προέχει και ανακουφίζει την αίσθηση απώλειας ελέγχου, χαρίζει την ψευδαίσθηση της αποτελεσματικότητας και αποκοιμίζει τη χαμηλή αυτοεκτίμηση κάτω από το πέπλο της «παντοδυναμίας» της επιβολής πάνω στην επιθυμία για πρόσληψη τροφής.²¹

Πορεία – εξέλιξη – θεραπευτική προσέγγιση

Η πρόγνωση της πορείας της Ψυχογενούς Ανορεξίας περιπλέκεται από την ίδια την πολυπλοκότητα της νόσου, από την ένδεια και ανομοιογένεια των κλινικών ερευνών που έχουν μέχρι σήμερα διενεργηθεί, ενώ η ασάφεια επιτείνεται από την έλλειψη κοινώς αποδεκτής και εφαρμόσιμης μεθοδολογίας

για τη μελέτη της. Η αναζήτηση σταθερών κριτηρίων τα οποία να καθορίζουν, εκτός από το πότε τίθεται, φυσικά, η διάγνωση, τότε θεωρούμε ότι υπάρχει ανταπόκριση στη θεραπεία, υποτροπή, ύφεση ή ίαση της νόσου, είναι εξαιρετικά σημαντικής σημασίας για τη ορθότερη αντιμετώπισή της, αλλά και για την καλύτερη παρακολούθηση της «συμπεριφοράς» της σε παγκόσμιο επίπεδο.

Εξαιρετικής χρησιμότητας είναι μια ανασκόπηση³ των μελετών που έχουν διενεργηθεί με θέμα την Ψυχογενή Ανορεξία η οποία επιχειρήσε να ορίσει και να προτείνει μια μεθοδολογική προσέγγιση που θα επέτρεπε τη χρήση κοινής γλώσσας. Στη δεδομένη πολυπλοκότητα της εξέλιξης της νόσου αντιπαρατέθηκαν 4 κομβικά για την εξέλιξή της σημεία:

1. Η αρχική ανταπόκριση στη θεραπεία
2. Η υποτροπή (και η αποτροπή της)
3. Η ύφεση της νόσου
4. Η ανάρρωση-ίαση απ' αυτήν.

– Ως ανταπόκριση στη θεραπεία θεωρείται –σε γενικές γραμμές– η κατάσταση όπου: τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα από την απίσχναση υποχωρούν, το βάρος αυξάνεται τουλάχιστον στο 90% του συνιστώμενου (στους Metropolitan Life Tablets) ή ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι κατ' ελάχιστο 20, επέρχεται φανερή ελάττωση της ανησυχίας για την αύξηση του βάρους ή για το σχήμα του σώματος και η έμμηνος ρύση επανεμφανίζεται.

– Ως υποτροπή θεωρείται η κατάσταση όπου –μετά φυσικά από μια αρχική, ανεξαρτήτως χρονικού διαστήματος, ανταπόκριση στη θεραπεία– επανεμφανίζονται τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα εκ της απίσχνασης, το βάρος πέφτει κάτω από το 85% του συνιστώμενου ή ο ΔΜΣ είναι κάτω από 18,5, η ανησυχία τόσο για το βάρος, όσο και για το σχήμα του σώματος φανερά αυξάνει σε σχέση με την περίοδο ανταπόκρισης στη θεραπεία και η αμηνόρροια επανεγκαθίσταται.

– Ως ύφεση θεωρείται η κατάσταση κατά την οποία: τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα έχουν σταθερά υποχωρήσει, το βάρος είναι σταθερά τουλάχιστον στο 90% του συνιστώμενου ή ο ΔΜΣ είναι τουλάχιστον 20, η λειτουργικότητα του ασθενούς έχει αξιόπιστη βελτίωση, όπως αυτή μετριέται από τον Αξιόπιστο Δείκτη Αλλαγής (Reliable Change Index, $RC=(X_2-X_1)/S_1$, όπου X_2 είναι η τελευταία βαθμολογία της λειτουργικότητας του ασθενούς, X_1 η πρω-

ταρχική βαθμολογία και S_1 η σταθερά λάθους της μέτρησης) ή όταν το επίπεδο λειτουργικότητάς του είναι συγκρίσιμο με αυτό ανθρώπων που δεν πάσχουν από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής και, τέλος, όταν έχει ομαλοποιηθεί στο φυσιολογικό η έμμηνος ρύση.

– Ως ανάρρωση-ίαση θεωρείται η κατάσταση κατά την οποία ισχύουν τα κριτήρια της ύφεσης για έναν ελάχιστο χρονικό ορίζοντα 8 εβδομάδων.

Στενότερα συνδεδεμένη με την ορθή εκτίμηση της φάσης στην οποία βρίσκεται η νόσος είναι και η απόφαση του τρόπου που θα πρέπει να επιλεγεί για την αντιμετώπισή της. Τέσσερις –κατά σειρά φθίνοντος επιπέδου αντιμετώπισης– είναι οι ενδεικνυόμενοι τρόποι διαχείρισης του ασθενούς σε συνάρτηση με την κλινική του εικόνα και την –άμεση ή εν δυνάμει– απειλή που προκύπτει απ' αυτήν.^{34,35}

- Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία
- Μερική νοσηλεία
- Εντατική εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση
- Εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση.

Έχουν θεσπιστεί συγκεκριμένα κριτήρια^{34,35} που οδηγούν στη σωστή επιλογή.

– Έτσι, σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία θα πρέπει να υποβάλλονται ασθενείς με σωματικό βάρος μικρότερο κατά τουλάχιστον 15% του φυσιολογικού ή $\Delta\text{Μ}\Sigma < 17$, σοβαρές ιατρικές επιπλοκές, πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας ή προηγούμενη αποτυχία θεραπείας σε κατώτερο επίπεδο αντιμετώπισης. Σε μερική νοσηλεία θα πρέπει να οδηγούνται ασθενείς με σωματικό βάρος μικρότερο κατά 5–15% του φυσιολογικού ή $\Delta\text{Μ}\Sigma$ μεταξύ 17 και 19, απουσία σοβαρών σωματικών επιπλοκών ή πρόσφατης απόπειρας αυτοκτονίας, ταχεία απώλεια βάρους (απώλεια περίπου 3,6 kg σε 4 εβδομάδες), εμπλοκή σε επεισόδια υπερφαγίας/κάθαρσης με συχνότητα πάνω από μια φορά ημερησίως και αποτυχία θεραπείας σε κατώτερο επίπεδο αντιμετώπισης.

– Σε εντατική εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση θα πρέπει να μπου ασθενείς με σωματικό βάρος μικρότερο κατά 5% του φυσιολογικού ή $\Delta\text{Μ}\Sigma > 19$, σταθερό κίνητρο για θεραπεία, απουσία ιατρικών επιπλοκών ή απόπειρας αυτοκτονίας, εμπλοκή σε επεισόδια υπερφαγίας/κάθαρσης με συχνότητα κάτω από μια φορά ημερησίως και επαρκή κοινωνική και οικογενειακή στήριξη.

– Τέλος, απλή εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση θα επιλέγεται για ασθενείς με φυσιολογικό σωματικό βάρος με $\Delta M\Sigma \geq 19$, σταθερό κίνητρο για θεραπεία και αποφυγή υποτροπών, απουσία εμφανούς ιατρικού ή ψυχιατρικού κινδύνου, εμπλοκή σε επεισόδια υπερφαγίας/κάθαρσης μικρότερη από 2 φορές την εβδομάδα και επαρκή κοινωνική και οικογενειακή στήριξη.

Γίνεται λοιπόν εύκολα αντιληπτό ότι ο διττός χαρακτήρας της νόσου, με τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα να εκφράζονται παράλληλα –προεξάρχοντας τα μεν ή τα δε κατά περίπτωση–, καθώς και η αστάθεια στην πορεία της, επιβάλλουν, για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της, το σχεδιασμό ενός ορθολογικά δομημένου θεραπευτικού πλαισίου και την –κατά το δυνατόν συνεπή– εφαρμογή του.

Πρώτος, και ίσως σημαντικότερος, στόχος της θεραπευτικής προσέγγισης πρέπει να είναι η συνειδητοποίηση εκ μέρους των ασθενών του προβλήματος, η κατανόηση ότι χρειάζονται βοήθεια και η διατήρηση του κινήτρου για αντιμετώπιση του προβλήματος. Το τελευταίο καθόλου δεν στερείται δυσκολίας, δεδομένης της ήδη παγιωμένης αντίληψής τους ότι στην ουσία δεν υπάρχει πρόβλημα ή δεν είναι και τόσο σοβαρό. Σε περίπτωση που καταστεί αδύνατον να αντιληφθούν την κρισιμότητα της κατάστασής τους και απειλείται άμεσα αυτή η ίδια η ζωή τους, είτε από ιατρικές επιπλοκές που εμφανίζονται αναπτρεπτα σε προχωρημένα στάδια της νόσου, είτε από τον, αυξημένο στην Ψυχογενή Ανορεξία, κίνδυνο αυτοκτονίας, η ακούσια νοσηλεία των ασθενών είναι μονόδρομος.⁸

Δεύτερος σε προτεραιότητα έρχεται ο στόχος της αποκατάστασης του σωματικού βάρους, για την εκπλήρωση του οποίου μπορεί να απαιτηθεί ποικιλία θεραπευτικών μέσων (έλεγχος των εμέτων, σταθερή υπερθερμιδική δίαιτα, εντερική ή παρεντερική χορήγηση τροφής στην οξεία φάση κ.ά.). Η επίτευξη αυτού του στόχου, αν και σημαντική από μόνη της για τη βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς και την αντιμετώπιση των απειλητικών για τη ζωή του ιατρικών επιπλοκών, επ' ουδενί διασφαλίζει μακροπρόθεσμα την αποφυγή υποτροπών της νόσου.⁸

Μοιραία λοιπόν, τρίτος στόχος μιας ολοκληρωμένης θεραπευτικής προσέγγισης είναι η αλλαγή των αντιλήψεων, του τρόπου σκέψης και των ψυχολογικών μηχανισμών που συμμετείχαν στη δια-

δικασία εγκατάστασης και ανατροφοδότησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας.⁸

Φαίνεται ότι αυτός ο τελευταίος στόχος καθόλου δεν μπορεί να θεωρηθεί έσχατος, αφού η υποχώρηση μόνο των «συμπεριφορικών» κριτηρίων της νόσου, χωρίς αντίστοιχη υποχώρηση των γνωστικών «στρεβλώσεων» που αφορούν στην εικόνα σώματος και τον υπερβολικό φόβο πρόσληψης βάρους, δεν διασφαλίζει την αποτροπή των υποτροπών της νόσου που, ούτως ή άλλως, υποτροπιάζει. Μάλιστα, συγκεκριμένη μελέτη όχι μόνο τεκμηρίωσε αυξημένη συχνότητα υποτροπών σε ασθενείς που δεν είχαν «αναρρώσει» από τα «γνωστικά» συμπτώματα της Ψυχογενούς Ανορεξίας σε σχέση με αυτούς που η ύφεσή τους τα συμπεριελάμβανε, αλλά συνέδεσε ακόμα και τη συνέχιση θεωρούμενων ως χαρακτηριστικών προσωπικότητας, όπως π.χ. η τελειομανία ή η ψυχαναγκαστικότητα με συνέχιση της νοσογόνου διαδικασίας και αύξηση των υποτροπών.³⁶

Λίγα στοιχεία υπάρχουν που να μπορούν να εκτιμηθούν ως υποστηρικτικά –και σε καμιά περίπτωση αποδεικτικά– θεραπευτικών οφελών των διάφορων προσεγγίσεων που έχουν προταθεί για τη μακρόπνοη αντιμετώπιση των πυρηνικών συμπτωμάτων της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Μικρής αποδεικτικής αξίας (αφού υποστηρίζονται από λιγότερες των 4 χαμηλής αποδεικτικής ικανότητας μελετών) δεδομένα και οριακό θεραπευτικό κέρδος έχουν να επιδείξουν η χρήση των αντικαταθλιπτικών (μόνο στην αποτροπή των υποτροπών και όχι στην οξεία φάση όπου δεν φαίνεται να βοηθούν), η γνωστική αναλυτική θεραπεία, η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Μοναδική εξαίρεση, η οικογενειακή θεραπεία για τους εφήβους, η οποία έχει να επιδείξει και μέτριας αποδεικτικής αξίας δεδομένα (τουλάχιστον 4 μελέτες ή 2 μελέτες ανώτερης ποιότητας) και αξιοσημείωτα θεραπευτικά οφέλη.³⁷⁻⁴⁰

Ειδικότερα, ανασκοπώντας 32 μελέτες θεραπείας που περιελάμβαναν μόνο φαρμακοθεραπεία, μόνο ψυχοθεραπεία και συνδυασμό των δύο, οι μελετητές κατέληξαν στα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Οι μελέτες φαρμακοθεραπείας που έχουν μέχρι τώρα γίνει στερούνται στο σύνολό τους σημαντικής αποδεικτικής αξίας, αφού μόνο 2 χαρακτηρίστηκαν ως καλές (good) και 6 ως επαρκείς (fair).⁴¹
- Καμία από αυτές που χρησιμοποιήθηκε εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης

(φλουοξετίνη) δεν απέδειξε όφελος σε σχέση με το placebo.⁴¹

- Χρησιμοποιώντας και συγκρίνοντας τρικυκλικά (κυπροεπταδίνη και αμιτριπτιλίνη με placebo) επίσης δεν αναδείχτηκαν διαφορές στο πρωταρχικά οφέλη αλλά μόνο στα δευτερεύοντα, με την κυπροεπταδίνη να συνδέεται με γρηγορότερη και μεγαλύτερη πρόσληψη βάρους σε σχέση με το placebo, καθώς και με λιγότερο καταθλιπτικό συναίσθημα.⁴¹
- Τεστοστερόνη και αυξητική ορμόνη συγκρινόμενες με το placebo επέδειξαν μειωμένο καταθλιπτικό συναίσθημα και λιγότερες μέρες μέχρι την αποκατάσταση του βάρους αντίστοιχα.⁴¹
- Οι μελέτες ψυχοθεραπείας χωρίζονται σε ατομικές και οικογενειακές με τις δεύτερες να είναι αποτελεσματικότερες των πρώτων σε βάθος χρόνου.⁴²
- Από τις ατομικές ψυχοθεραπείες, η Γνωστική Συμπεριφορική έχει επιδείξει καλύτερα αποτελέσματα (στα δευτερεύοντα οφέλη) από τη Γνωστική Αναλυτική και τη Διαπροσωπική που, όμως, παραμένουν και αυτές αποτελεσματικές σε σχέση με τη «συνήθη αντιμετώπιση» και τη λίστα αναμονής, πράγμα που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι δομημένες και κατευθυνόμενες ψυχοθεραπείες είναι προτιμητέες στην Ψυχογενή Ανορεξία.⁴²
- Οι οικογενειακές θεραπείες δίνουν καλύτερα αποτελέσματα όταν είναι δομημένες με τέτοιον τρόπο ώστε να υπάρχει ταυτόχρονη παρουσία οικογένειας και ασθενούς σε σχέση με αυτές που δουλεύουν ξεχωριστά με την οικογένεια.⁴²
- Οι οικογενειακές θεραπείες τέλος αποδίδουν αποτελεσματικότερα σε εφήβους και από αυτούς ιδιαίτερα σε εκείνους που πάσχουν για μικρότερο χρονικό διάστημα παρά σε όσους η νόσος είχε μακρόχρονη πορεία.⁴²

Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται να επιβεβαιώσουν άλλα από διάφορες παλαιότερες μελέτες, όπου είχε φανεί ότι η οικογενειακή υπερτερεί της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας και ότι ο συνδυασμός της με τη γνωστική συμπεριφορική σε εφήβους, μετά την αποκατάσταση του φυσιολογικού σωματικού βάρους, αποδίδει θετικά αποτελέσματα.⁴³

Αναλύοντας τον γνωστικό συμπεριφορικό τρόπο προσέγγισης της Ψυχογενούς Ανορεξίας δεν μπορεί παρά να παρατηρήσει κανείς τη διάστασή της από

τα ψυχαναλυτικά μοντέλα. Οι «πρωτογενείς» αιτίες θεωρούνται απροσπέλαστες (ή ασύμφορα προσπελάσιμες) και το ενδιαφέρον στρέφεται σε «δευτερογενείς» αιτίες – αναστρέψιμες μετά την αποκατάσταση του σωματικού βάρους και συνδεδεμένες με αγχογόνες καταστάσεις. Η προσέγγιση γίνεται μέσα σε ένα γενικότερο πλαίσιο «μόρφωσης» του ασθενούς για τη φύση της ασθένειας και τη σημασία των γνωστικών παραγόντων που την επηρεάζουν. Η αποκατάσταση του σωματικού βάρους εκλαμβάνεται, όχι μόνο ως κεφαλαιώδες κομμάτι της θεραπείας, αλλά και ως εφελκυστήρας για την αναγνώριση εκ μέρους του ασθενούς της κλινικής του εικόνας, των σκέψεων και των συναισθημάτων του, με απώτερο στόχο την εκλογίκευση των συνηθειών του φαγητού.⁴⁴ Οι δυσλειτουργικές σκέψεις που οδηγούν στην αποφυγή φαγητού αναγνωρίζονται ως τέτοιες, συμπεριφορικές ασκήσεις υποδεικνύουν το καθημερινό «μενού», το οποίο ως επί το πλείστον αποτελείται από φαγητά που οι ασθενείς απέφευγαν, ενώ γίνεται προσπάθεια να αναγνωριστούν σκέψεις και πρακτικές που ενισχύουν τη μη επιθυμητή συμπεριφορά. Τέλος, οι γνωστικές τεχνικές στρέφονται και κατά των αισθημάτων χαμηλής αυτοεκτίμησης και ανεπάρκειας, υπηρετώντας έτσι το δεύτερο, μετά την εκλογίκευση του φαγητού, στόχο της θεραπείας που είναι η τροποποίηση των γνωσιών οι οποίες αφορούν στην αρνητική αυτοεκτίμηση και τη διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος.⁴⁴

Συμπεράσματα

Αναδρομικές μελέτες έχουν δείξει πως μόνο κάτι λιγότερο από τους μισούς ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία θα πετύχουν πλήρη ίαση. Μεταξύ των υπολοίπων, στο 30% θα υπάρξει μερική μόνο ύφεση, με κατά καιρούς επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, στο 20% η νόσος θα μεταπέσει σε χρονιότητα, ενώ η θνητότητα φαίνεται να αγγίζει το 5-10%.⁴⁵ Σύνθετη ως προς τη διάγνωση, διδαλώς ως προς τα ποικίλα αίτια, αποδεικνύεται και «αναρχική» ως προς την ανταπόκριση στις θεραπείες. Ίσως γι' αυτό διεγείρει πάντα το ενδιαφέρον του κοινού και των μέσων. Ούτως ή άλλως, η Ψυχογενής Ανορεξία συγκροτεί ένα γενικό παράδειγμα των ψυχικών διαταραχών καθώς στην εκδήλωσή ενημέρωσής της συμπλέκονται βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Στα χρόνια που έρχονται, θα υπάρξουν αναμφίβολα

πρόοδοι, ιδίως από την πλευρά των βιολογικών παραμέτρων, αρκεί βέβαια να μην τεθούν σε δεύτερη μοίρα, όπως φοβάται ο Β. Falissard, παράμετροι, όπως οι αναπαραστάσεις του σώματος, οι διατροφικές συνθήκες εντός των διαφόρων κοινωνιών, οι διαντιδράσεις μεταξύ των μελών μιας οικογένειας ως προς τις διατροφικές συμπεριφορές, η πολυεστιακή

και συνδυαστική θεραπευτική αντιμετώπιση.⁴⁶ Είναι προφανές ότι στην Ψυχογενή Ανορεξία, όπως και στις περισσότερες ψυχικές διαταραχές, η πρόοδος δεν μπορεί παρά να προέλθει από την ταυτόχρονη προώθηση της βασικής βιολογίας, των κλινικών μελετών και της έρευνας στο πεδίο των επιστημών του ανθρώπου.

Anorexia nervosa: Diagnostically a labyrinth and therapeutically a riddle?

A. Lagoudis, V. Bozikas

1st Department of Psychiatry, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2009, 20:121–131

A hundred and fifty years since first described, Anorexia Nervosa continues to problematize scientists regarding its etiology and diagnosis but –primary– its treatment or prevention. The cases of patients characterized as having an “Atypical” Eating Disorder are raised and the present diagnostic criteria are faced with skepticism by many psychiatrists. The etiology of Anorexia Nervosa is considered to be so multifactorial that none of the existing theories (biological, cognitive, systemic and psychodynamic) can satisfactorily explain totally the clinical manifestations of the disorder. Social component seems to play –among others– an important role. Nevertheless, recently there is in process a remarkable effort in order to standardize a clear therapeutic plan totally adjusted in the severity of the clinical features in the course of the disorder. Some treatments seem to be more efficacious than others but generally the results in treating Anorexia Nervosa are not satisfactory.

Key words: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorder

Βιβλιογραφία

1. Χριστοδούλου ΙΣ. Εισαγωγή στο «Περί Ψυχής» του Αριστοτέλους, σελ. 7
2. Klein DA, Walsh BT. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiol Behav* 2004, 81:359–374
3. Bergh C, Sodersten P. Anorexia nervosa: rediscovery of a disorder. *Lancet* 1998, 351:1427–1429
4. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003, 361:407–416
5. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1962, 24:187–194
6. Ricca V, Mannucci E, Mezzani B, Di BM, Zucchi T, Paionni A et al. Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eat Weight Disord* 2001, 6:157–165
7. Andersen AE, Bowers WA, Watson T. A slimming program for eating disorders not otherwise specified. Reconceptualizing

- a confusing, residual diagnostic category. *Psychiatr Clin North Am* 2001, 24:271–280
8. Pike KM. Long term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission, and recovery. *Clin Psychol Rev* 1998, 18: 447–475
 9. Sharp CW, Freeman CP. The medical complications of anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1993, 162:452–462
 10. Mitchell JE. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *Psychiatr Med* 1983, 1:229–255
 11. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, Hatsukami D, Lentz R. Electrolyte and other physiological abnormalities in patients with bulimia. *Psychol Med* 1983, 13:273–278
 12. Fombonne E. Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *Br J Psychiatry* 1995, 166:462–471
 13. Cynthia MB, Patrick FS. Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:305–312
 14. Walters EE, Kendler KS. Anorexia nervosa and anorexic like syndromes in a population based female twin sample. *Am J Psychiatry* 1995, 152:64–71
 15. Muese AM, Stein DG, Arbess G. Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *J Adolesc Health* 2003, 33:427–435
 16. Crago M, Shisslak CM, Estes LS. Eating disturbances among American minority groups: a review. *Int J Eat Disord* 1996, 19: 239–248
 17. Hoek HW, van HD. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003, 34:383–396
 18. Hollander E. Treatment of obsessive compulsive spectrum disorders with SSRIs. *Br J Psychiatry Suppl* 1998:7–12
 19. McElroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr. Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry* 1994, 55(Suppl):33–51
 20. Randy AS, Levitt JL, Sansone LA. The prevalence of Personality Disorders among those with Eating Disorders. *Eat Disord* 2005, 13:7–21
 21. Williamson DA, Martin CK, Stewart T. Psychological aspects of eating disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004, 18:1073–1088
 22. Williamson DA, White MA, York-Crowe E, Stewart TM. Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behav Modif* 2004, 28:711–738
 23. Klump KL, Kaye WH, Strober M. The evolving genetic foundations of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001, 24:215–225
 24. Klump KL, Miller KB, Keel PK, McGue M, Iacono WG. Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population based twin sample. *Psychol Med* 2001, 31:737–740
 25. Collier DA, Arranz MJ, Li T, Mupita D, Brown N, Treasure J. Association between 5-HT2A gene promoter polymorphism and anorexia nervosa. *Lancet* 1997, 350:412
 26. Gorwood P, Ades J, Bellodi L, Cellini E, Collier DA, Di BD et al. The 5-HT(2A) -1438G/A polymorphism in anorexia nervosa: a com-bined analysis of 316 trios from six European centres. *Mol Psychiatry* 2002, 7:90–94
 27. Grice DE, Halmi KA, Fichter MM, Strober M, Woodside DB et al. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am J Hum Genet* 2002, 70:787–792
 28. Devlin B, Bacanu SA, Klump KL, Bulik CM, Fichter MM, Halmi KA et al. Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates. *Hum Mol Genet* 2002, 11:689–696
 29. Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *Am J Psychiatry* 2003, 160:1041–1052
 30. Walsh BT, Devlin MJ. Eating disorders: progress and problems. *Science* 1998, 280:1387–1390
 31. Davis C, Blackmore E, Katzman DK, Fox J. Female adolescents with anorexia nervosa and their parents: a case control study of exercise attitudes and behaviours. *Psychol Med* 2005, 35:377–386
 32. Bruch H. *Eating disorders*. Basic Books, New York, 1973
 33. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Harvard University Press, Cambridge, 1978
 34. Stewart TM, Williamson DA. Multidisciplinary treatment of eating disorders-Part 2: Primary goals and content of treatment. *Behav Modif* 2004, 28:831–853
 35. Stewart TM, Williamson DA. Multidisciplinary treatment of eating disorders-Part 1: Structure and costs of treatment. *Behav Modif* 2004, 28:812–830
 36. Rachel BM, Ada HZ, Richard P. Ebstein. An examination of Cognitive versus Behavioral Components of Recovery from Anorexia Nervosa. *J Nerv Ment Dis* 2006, 194:697–703
 37. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C et al. Double blind placebo controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting purging type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2001, 49:644–652
 38. Lock J, Le GD. Can family based treatment of anorexia nervosa be manualized? *J Psychother Pract Res* 2001, 10:253–261
 39. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44:1047–1056
 40. Treasure J, Schmidt U. Anorexia nervosa. *Clin Evid* 2002, 903–913
 41. Cynthia MB, Nancy DB, Kimberly AB. Anorexia Nervosa Treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007, 40:310–320
 42. Leanna R, Jennifer C. A review of psychotherapeutic interventions for children and adolescents with eating disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007, 16:4
 43. Rosman BL, Minuchin S, Liebman R. Family lunch session: an introduction to family therapy in anorexia nervosa. *Am J Orthopsychiatry* 1975, 45:846–853
 44. Garner DM. Individual psychotherapy for anorexia nervosa. *J Psychiatr Res* 1985, 19:423–433
 45. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002, 159:1284–1293
 46. Falissard B. Eating disorders: interactions between human nutrition research and food behaviours. *Tren Food Scie Technol* 2007, 18:281–284

Αλληλογραφία: Α. Λαγούδης, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Ανασκόπηση Review

Επανεξέταση της δράσης του λιθίου επί των γνωσιακών λειτουργιών: Δράση του λιθίου στο νευροψυχιατρικά επιβαρυσμένο ΚΝΣ

Ε. Τσάλτα,¹ Δ. Κόντης^{1,2}

¹Εργαστήριο Πειραματικής Ψυχολογίας, Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

²Α' Ψυχιατρικό Τμήμα, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα

Ψυχιατρική 2009, 20:132–144

Πρόσφατα δεδομένα αποδίδουν στο λίθιο νευροπροφυλακτική και νευροτροφική δράση, δημιουργώντας προσδοκίες δράσης γνωσιακού ενισχυτή. Αυτό έρχεται σε σύγκρουση με την καθιερωμένη άποψη που, βασιζόμενη σε παλαιότερα κλινικά δεδομένα και αναφορές ασθενών, συνδέει το λίθιο με «γνωσιακό θάμβος» (cognitive blurring) και αρνητική δράση επί της μνήμης. Μια πρόσφατη αναθεώρηση των παλαιότερων μελετών και ο συνδυασμός τους με νέες κλινικές και εργαστηριακές έρευνες σχετικά με την πρωτογενή δράση του λιθίου επί των γνωσιακών λειτουργιών οδήγησε στα εξής συμπεράσματα: (α) Το σύνολο των δεδομένων σχετικά με τη δράση του λιθίου επί των γνωσιακών λειτουργιών δεν στοιχειοθετεί εικόνα σοβαρής ή εμμένουσας γνωσιακής διαταραχής. Απεναντίας, πρόσφατα ευρήματα υπαινίσσονται γνωσιακή ευόδωση, κάτω από ορισμένες συνθήκες, (β) Οι συνθήκες που φαίνονται να προάγουν την εμφάνιση ευεργετικής γνωσιακής δράσης του λιθίου ενέχουν πρόκληση προς τα γνωσιακά συστήματα, όπως είναι η αυξημένη δυσκολία των χρησιμοποιούμενων δοκιμασιών. Προτείνουμε ότι και άλλες προκλήσεις εκτός αυτής, όπως βιολογικές προκλήσεις ή προσβολές προς το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), ενδέχεται να αναδείξουν δράση γνωσιακής ενίσχυσης του λιθίου. Έτσι, το παρόν, δεύτερο μέρος της ανασκόπησης μας εστιάζει σε μελέτες της δράσης του λιθίου επί γνωσιακών διαταραχών που συνδέονται με λειτουργικές ή/και βιολογικές προκλήσεις προς το ΚΝΣ, όπως το στρες, τα τραύματα και οι νευροεκφυλιστικές και ψυχιατρικές διαταραχές.

Λέξεις ευρητηρίου: Λίθιο, γνωσιακή λειτουργία, γνωσιακός ενισχυτής, στρες, νευροεκφυλιστική διαταραχή

Εισαγωγή

Το λίθιο τεκμηριωμένα παρέχει νευροπροστασία έναντι πλειάδας κυτταροτοξικών προσβολών,^{3,4} όπως είναι η στέρση οξυγόνου, γλυκόζης και άλλων τροφικών παραγόντων που περιλαμβάνονται στο πλάσμα⁵⁻⁷ και η έκθεση σε διεγερτικές νευροτοξίνες όπως το γλουταμικό.⁶ Ωστόσο, πιθανές λειτουργικές προεκτάσεις γνωσιακής ενίσχυσης δεν έχουν ακόμη επιβεβαιωθεί.

Σε προηγούμενες ανασκοπήσεις^{1,2} εξετάσαμε τα κλινικά και ερευνητικά δεδομένα που αναφέρονται στην πρωτογενή δράση του λιθίου επί της συμπεριφοράς και των γνωσιακών λειτουργιών. Σύμφωνα με τα δεδομένα αυτά, το λίθιο έχει ορισμένες μη ειδικές συμπεριφορικές επιπτώσεις που μπορούν να αλλοιώσουν την εικόνα της δράσης του επί των γνωσιακών λειτουργιών. Οι επιπτώσεις αυτές περιλαμβάνουν μείωση της εγρήγορσης και της διερευνητικής δραστηριότητας (αλλά όχι της κινητικότητας εν γένει) και μετριασμό των φυσιολογικών αντιδράσεων προς απωθητικά ερεθίσματα, όπως τα ερεθίσματα που συνδέονται με στρες και με φόβο. Επομένως, δεν είναι δόκιμο να εξετάζονται οι επιπτώσεις του λιθίου επί των γνωσιακών λειτουργιών μόνο με απωθητικές διαδικασίες (τιμωρίας): θετικά ενισχυόμενες δοκιμασίες πρέπει να διεξάγονται παράλληλα, και μάλιστα περισσότερο βάρος πρέπει να αποδίδεται στα αποτελέσματα αυτών.

Άλλος παράγοντας ο οποίος πιθανά παρεισφύει στην αξιολόγηση των επιπτώσεων του λιθίου επί των γνωσιακών λειτουργιών είναι το γεγονός ότι οι περισσότερες σχετικές κλινικές έρευνες έχουν γίνει σε πληθυσμούς ψυχιατρικών ασθενών, συνήθιστα με διπολική διαταραχή. Όταν οι έρευνες αυτές περιλαμβάνουν ομάδες ελέγχου, οι ομάδες αυτές είναι είτε υγιείς μάρτυρες που δεν λαμβάνουν λίθιο, είτε προέρχονται από τον ίδιο κλινικό πληθυσμό, αλλά επίσης δεν λαμβάνουν λίθιο. Δεδομένου ότι η διπολική διαταραχή (αλλά και συναισθηματικές διαταραχές χωρίς την επιπρόσθετη περιπλοκή της κυκλικότητας) έχει επιπτώσεις επί των γνωσιακών λειτουργιών, είναι δύσκολο να διαχωριστούν οι γνωσιακές επιπτώσεις του λιθίου από εκείνες της ίδιας της διαταραχής, έστω και σε έρευνες που περιλαμβάνουν ορθοθυμικούς ασθενείς. Αυτό, προφανώς, ισχύει και για τις ομάδες ελέγχου διπολικών ασθενών, ιδιαίτερα μάλιστα επειδή σε αυτές συχνά δια-

κόπτεται η αγωγή συντήρησης για τη διάρκεια της μελέτης. Δεν προκαλεί λοιπόν εντύπωση το γεγονός ότι, σε αρκετές πρόσφατες μελέτες, οι συγγραφείς εκφράζουν την αδυναμία τους να διαχωρίσουν τις επιδράσεις του λιθίου από εκείνες της νόσου (π.χ.⁸).

Μια εναλλακτική προσέγγιση είναι η παρατήρηση των δράσεων του λιθίου επί των γνωσιακών λειτουργιών υγιών εθελοντών. Ωστόσο, οι σχετικές μελέτες αναγκαστικά περιορίζονται σε σύντομους χρόνους χορήγησης, η οποία αποκαλείται «υποχρονία» (subchronic: μεταξύ 7 και 15 ημερών). Η βασική επιφύλαξη εδώ συνίσταται σε ενδείξεις ότι η οξεία και υποχρονία χορήγηση λιθίου φαίνονται να συνδέονται ιδιαίτερα με τις προαναφερθείσες, μη ειδικές δράσεις του λιθίου επί της συμπεριφοράς. Πράγματι, σε αντίθεση με ορισμένες έρευνες βραχείας χορήγησης, οι μελέτες με την πιο μακρόχρονη χορήγηση που εμείς γνωρίζουμε^{9,10}, 3 και 8 εβδομάδες αντίστοιχα αναφέρουν φυσιολογική μνημονική λειτουργία υγιών εθελοντών υπό λίθιο.

Μια άλλη ερευνητική οδός που χρησιμοποιείται είναι η παρατήρηση των δράσεων του λιθίου στις γνωσιακές λειτουργίες πειραματοζώων. Και εδώ, επιφυλάξεις αναφύονται από τα χρησιμοποιούμενα καθεστώτα χορήγησης λιθίου. Πολλές από τις παλαιότερες μελέτες πειραματοζώων, οι οποίες και συνάδουν με τις παλαιές μελέτες στον άνθρωπο διαπιστώνοντας γνωσιακά ελλείμματα κατά τη λήψη λιθίου, χρησιμοποιούν βραχεία χορήγηση ή/και υψηλές δόσεις, συχνά χωρίς μέριμνα διατήρησης ικανών επιπέδων νατρίου και, πάντως, συνήθως χωρίς να αναφέρουν τα προκύπτοντα επίπεδα πλάσματος λιθίου. Τα αποτελέσματα νεοτέρων μελετών οι οποίες αναφέρουν χρόνια χορήγηση και επίπεδα πλάσματος λιθίου συναφή με αυτά των κλινικών επιπέδων συντήρησης, διαφοροποιούνται σημαντικά από τα αποτελέσματα των παλαιών μελετών.^{11,12}

Εν συντομία, και έχοντας υπ όψη τις παραπάνω επιφυλάξεις, η σύνθεση των υπαρχόντων δεδομένων έχει ως εξής:^{1,2}

Σε κλινικούς πληθυσμούς, η δράση του λιθίου επί της μάθησης εμφανίζεται ηπιώς αρνητική, ενώ οι σύγχρονες μελέτες τείνουν να αποδίδουν τα παρατηρούμενα ελλείμματα στη μη ειδική κατασταλτική δράση της ουσίας επί της συμπεριφοράς. Επιπλέον, τα ελλείμματα αυτά είναι ιδιαίτερα διακριτά στα αρχικά στάδια της λήψης λιθίου: όπως προαναφέρ-

θηκε, δεδομένα που προκύπτουν από οξεία ή υποχρόνια χορήγηση λιθίου πρέπει να αξιολογούνται με επιφύλαξη. Πράγματι, τα ευρήματα προσφάτων μελετών σε πειραματόζωα υπό χρόνιο καθεστώς λιθίου και σε δόσεις που διατηρούν επίπεδα πλάσματος συναφή με αυτά της κλινικής πρακτικής, όχι μόνον δεν παρατηρούν μαθησιακά ελλείμματα, αλλά αναφέρουν βελτιωμένη μάθηση.

Τα ευρήματα κλινικών μελετών σχετικά με τη δράση του λιθίου στη μνήμη είναι διχασμένα. Μελέτες σε υγιείς εθελοντές δείχνουν ότι η οξεία ή βραχεία λήψη λιθίου δεν επηρεάζει τη βραχεία μνήμη βασικών, καθημερινών γεγονότων. Ωστόσο, η αύξηση των απαιτήσεων απόδοσης (όπως π.χ. σε νευροψυχολογικές δοκιμασίες) περιστασιακά αναδεικνύει ήπια ελλείμματα τα οποία φαίνονται να είναι παροδικά, όπως εκείνα που παρατηρούνται στη μάθηση. Παρόμοια εικόνα προκύπτει από τις ανθρωπινες μελέτες σε σχέση με τη μνήμη μακράς διάρκειας. Οι πρόσφατες μελέτες πειραματοζώων, που χρησιμοποιούν κλινικά επίπεδα πλάσματος λιθίου, αναφέρουν απρόσκοπτη μακρόχρονη μνήμη (π.χ. μνήμη αναγνώρισης και αναφοράς), όπως και μάθηση. Επιπρόσθετα, στη μνήμη εργασίας (*working memory*: βραχεία μνήμη η οποία θεωρείται μέρος των εκτελεστικών λειτουργιών), το χρόνιο λίθιο φαίνεται να προκαλεί σημαντική βελτίωση κάτω από ορισμένες συνθήκες. Μια τέτοια συνθήκη είναι η εφαρμογή πρόκλησης προς το μνημονικό σύστημα, σε βαθμό τέτοιο ώστε να εμφανισθεί έκπτωση στην απόδοση των πειραματοζώων ελέγχου (π.χ. μέσω στρες,⁹ ή μέσω αυξημένης δυσκολίας των δοκιμασιών¹¹⁻¹⁵). Είναι σημαντικό ότι αυτά τα (απροσδόκητα) δεδομένα εναρμονίζονται με πρόσφατα ευρήματα μιας τετραετούς έρευνας σε διπολικούς ασθενείς, η οποία συνδύασε τεχνικές νευροψυχολογικής διερεύνησης της άμεσης λεκτικής μνήμης με απεικονιστικές τεχνικές (MRI).¹⁶ Η έρευνα αυτή διαπίστωσε σημαντική βελτίωση της λεκτικής μνήμης, με παράλληλη αύξηση του όγκου του ιπποκάμπου κατά τη χρόνια χορήγηση λιθίου. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρει μια έρευνα σε πειραματόζωα, στην οποία χρόνια λήψη λιθίου σε πρώιμα στάδια ανάπτυξης επιμύων συνδέθηκε με αυξημένη μαθησιακή ικανότητα και αύξηση του λόγου βάρους φλοιωδών και υποφλοιωδών περιοχών.¹⁷

Η ανθρώπινη προσοχή και συγκέντρωση φαίνονται αδιατάρακτες από τη λήψη λιθίου. Ορισμένες παλαιότερες έρευνες σε πειραματόζωα αναφέρουν μείωση του εύρους της προσοχής, με αποτέλεσμα να αγνοούνται ερεθισμοί χαμηλής αντιληπτικής αξίας. Ωστόσο τα ευρήματα αυτά δεν υποστηρίζονται από πιο πρόσφατες έρευνες, οι οποίες διαπιστώνουν φυσιολογική προσοχή, όπως και οι κλινικές μελέτες. Τέλος, τα δεδομένα πάνω στη δράση του λιθίου στις εκτελεστικές λειτουργίες (με εξαίρεση τη μνήμη εργασίας, που προαναφέρθηκε) είναι ισχνά, και δεν μπορούν να αξιολογηθούν επί του παρόντος.

Συμπερασματικά,^{1,2} το σύνολο των δεδομένων δεν συνθέτει μια εικόνα σημαντικής ή επιμέρους γνωσιακής έκπτωσης ως αποτέλεσμα της λήψης λιθίου. Συγχρόνως όμως, ο αριθμός των μελετών που αναφέρουν ευόδωση των γνωσιακών λειτουργιών κατά τη λήψη λιθίου είναι σχετικά μικρός. Οι μελέτες αυτές εναρμονίζονται με την υπόθεση ότι η νευροπροστατευτική και νευροτροφική δράση του λιθίου μπορεί να έχει λειτουργικές προεκτάσεις γνωσιακής ενίσχυσης, αλλά δεν προσφέρουν, επί του παρόντος τουλάχιστον, μοχλό ανατροπής της τρέχουσας αντίληψης ότι το λίθιο έχει αρνητική δράση επί των γνωσιακών λειτουργιών. Εξετάζοντας τις μελέτες που αναδεικνύουν την ευεργετική δράση του λιθίου επί των γνωσιακών λειτουργιών, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι ο κοινός παρονομαστής τους είναι, κατ' αρχήν, η εξέταση των γνωσιακών επιδράσεων του λιθίου μετά από παρατεταμένη χορήγηση και, κατά δεύτερο λόγο (στην περίπτωση ερευνών σε πειραματόζωα), η χρησιμοποίηση δοκιμασιών αυξημένης δυσκολίας, οι οποίες αντιπροσωπεύουν πρόκληση προς τη γνωσιακή επάρκεια πειραματοζώων ελέγχου εκτός λιθίου. Στις περιπτώσεις εκείνες που οι ομάδες ελέγχου εμφανίζουν έκπτωση απόδοσης λόγω αυξημένης δυσκολίας ή προηγούμενης έκθεσης σε στρες, τα πειραματόζωα υπό λίθιο εμφανίζουν βελτίωση της απόδοσής τους στις γνωσιακές δοκιμασίες γνωσιακής λειτουργικότητας.^{6-8,10}

Βάσει της παρατήρησης αυτής προτείνουμε ότι τα λειτουργικά οφέλη που ενδεχομένως προσφέρει το λίθιο ως επακόλουθο της νευροπροστατευτικής του δράσης δεν εμφανίζονται κάτω από συνθήκες φυσιολογικής γνωσιακής λειτουργικότητας, πιθανόν λόγω επιδράσεων οροφής (*ceiling effects*). Τα

οφέλη αυτά πρέπει, επομένως, να αναζητηθούν επί υποστρώματος γνωσιακών ελλειμμάτων, όπως αυτά που συνοδεύουν προκλήσεις προς το ΚΝΣ. Τέτοιες προκλήσεις ή προσβολές περιλαμβάνουν ψυχοβιολογικούς παράγοντες όπως το στρες, αλλά και τραύματα του ΚΝΣ, είτε μηχανικά, είτε προκαλούμενα από ισχαιμία, κυτταροτοξικές ουσίες, ακτινοβολία, νευροεκφυλιστικές ή/και ψυχιατρικές διαταραχές.

Επιδράσεις του λιθίου σε γνωσιακές διαταραχές συνοδευόμενες προκλήσεις προς το ΚΝΣ

Η αξιολόγηση του λιθίου ως εν δυνάμει γνωσιακού ενισχυτή σαφώς δεν μπορεί να στηριχθεί μόνο σε κλινικές παρατηρήσεις θεραπευτικής αποτελεσματικότητας. Όπως επιχειρηματολογούν οι Kennedy et al,¹⁸ για να τεκμηριωθεί γνωσιακή ενίσχυση στο πλαίσιο μιας νοσολογικής ενότητας που επιφέρει γνωσιακά ελλείμματα, πρέπει να αποδειχθεί ότι το λίθιο, σε σύγκριση με εικονική θεραπεία (placebo), προκαλεί είτε σημαντική βελτίωση των σχετικών γνωσιακών ελλειμμάτων, είτε σημαντική μείωση στο ρυθμό εξέλιξης των ελλειμμάτων αυτών. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα των ελεγχόμενων κλινικών μελετών πρέπει να πλαισιώνονται από συγκλίνοντα δεδομένα πειραματικών μοντέλων της εν λόγω διαταραχής, τα οποία να συσχετίζουν τη δράση του λιθίου με τα στοιχεία του νευροχημικού υποστρώματός της που ενοχοποιούνται για τα συνοδά γνωσιακά ελλείμματα.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, παρουσιάζουμε τις επιδράσεις του λιθίου επί γνωσιακών δυσλειτουργιών εμφανιζόμενων στο πλαίσιο διαφόρων προσβολών ή προκλήσεων προς το ΚΝΣ. Αναφερόμαστε στα υπάρχοντα κλινικά δεδομένα, σε δεδομένα προερχόμενα από πειραματικά μοντέλα, ή στο συνδυασμό των δύο ερευνητικών οδών στις περιπτώσεις όπου αυτό είναι εφικτό.

Λίθιο και γνωσιακά-συμπεριφορικά ελλείμματα προκαλούμενα από στρες

Στο κεφάλαιο αυτό, τα δεδομένα προέρχονται κυρίως από μελέτες σε πειραματόζωα. Έκθεση επιμύων και ανώτερων θηλαστικών σε συνθήκες χρόνιου στρες προκαλεί συμπεριφορικές διαταραχές, όπως υποκινησία, αλλά και γνωσιακές διαταραχές όπως διαταραχές μάθησης και μνήμης. Αξίζει να σημει-

ωθεί ότι ορισμένα από τα μοντέλα χρόνιου στρες, όπως η παρατεταμένη αναγκαστική κολύμβηση, που προκαλεί υποκινησία,¹⁹ και η χρόνια έκθεση σε ήπιες, εναλασσόμενες μορφές στρες,²⁰ που προκαλεί διαταραχές μνήμης, έχουν προταθεί ως μοντέλα κατάθλιψης.

Οι γνωσιακές διαταραχές που προκαλούνται από το στρες εμφανίζονται με ιδιαίτερη ευκρίνεια σε διάφορες δοκιμασίες πλοήγησης στο χώρο, όπως είναι ο υποβρύχιος λαβύρινθος Morris,²¹ ο ακτινωτός κλωβός²² και ο κλωβός Υ.²³ Καθώς η γνωσιακή απόδοση στις παραπάνω δοκιμασίες συνδέεται στενά με τη λειτουργία του ιπποκάμπου, η τρέχουσα άποψη είναι ότι το χρόνιο στρες καταλήγει σε ελλείμματα στις δοκιμασίες αυτές, προκαλώντας νευροανατομικές και νευροχημικές αλλοιώσεις στον ιππόκαμπο ανάλογες με αυτές που παρατηρούνται κατά τη γήρανση.²⁴

Οι Vasconcellos et al¹⁴ έδειξαν ότι η προθεραπεία με λίθιο μείωσε σημαντικά το έλλειμμα στη μνήμη αναφοράς (reference memory) που παρατηρείται στον υποβρύχιο λαβύρινθο Morris σε επίμυες, μετά από έκθεση σε χρόνιο στρες. Σε μια ακόλουθη μελέτη με την ίδια μεθοδολογία και καθεστώς χορήγησης λιθίου,²⁵ η προθεραπεία με λίθιο επίσης εμπόδισε τη μείωση της δραστηριότητας του ενζύμου Na⁺/K⁺-ΑΤΡάση που παρατηρείται στον ιππόκαμπο μετά από χρόνιο στρες. Τόσο η νευροχημική όσο και η γνωσιακή διαταραχή που προκάλεσε το στρες αναχαιτίστηκαν επίσης και από τη χορήγηση λιθίου μετά από το στρες. Βάσει των ευρημάτων αυτών, και σε συμφωνία με παλαιότερα ευρήματα,²⁶ οι Vasconcellos et al²⁵ πρότειναν ότι η ρύθμιση της δραστηριότητας της Na⁺/K⁺-ΑΤΡάσης μπορεί να αποτελεί έναν από τους μηχανισμούς θεραπευτικής δράσης του λιθίου. Χρησιμοποιώντας πάντα το ίδιο καθεστώς στρες και λιθίου, οι Vasconcellos et al²⁷ έδειξαν ότι το χρόνιο στρες επίσης προκάλεσε οξειδωτικές καταστροφές στον ιππόκαμπο. Η προθεραπεία με λίθιο μείωσε τις ελεύθερες ρίζες που παρατηρήθηκαν στον ιππόκαμπο ως συνέπεια του στρες. Το λίθιο δηλαδή εμφάνισε αντιοξειδωτική δράση, αλλά δεν αναχαίτισε πλήρως τις οξειδωτικές καταστροφές που παρατηρήθηκαν στον ιππόκαμπο λόγω του στρες. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι η σειρά μελετών των Vasconcellos et al^{14,25,27} εστίασε στη δραστηριότητα της Na⁺/K⁺-ΑΤΡάσης

στον ιππόκαμπο, καθώς η περιοχή αυτή είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στις νευροχημικές επιπτώσεις του στρες. Ωστόσο, υπάρχει και το ενδεχόμενο το λίθιο να έχει παρόμοια ρυθμιστική δράση επί της δραστηριότητας της Na^+/K^+ -ΑΤΡάσης και σε άλλες περιοχές του εγκεφάλου.

Σε μια άλλη έρευνα, η χρόνια χορήγηση λιθίου πριν από έκθεση σε στρες ακινητοποίησης μείωσε σημαντικά την υποκινησία που προκάλεσε το στρες σε ακόλουθη δοκιμασία αναγκαστικής κολύμβησης.²⁸ Επιπρόσθετα, οι Silva et al²⁹ έδειξαν ότι το καθεστώς χρόνιου στρες, που προκαλεί υποκινησία στη δοκιμασία αναγκαστικής κολύμβησης, επίσης μειώνει το ρυθμό κυτταρικού πολλαπλασιασμού και διαφοροποίησης και αυξάνει τον ρυθμό απόπτωσης και τα επίπεδα του προ-αποπτωτικού ενζύμου glycogen-synthase-kinase-3beta (GSK-3beta), στον ιππόκαμπο. Στην ίδια μελέτη, η χορήγηση λιθίου κατά τη διάρκεια έκθεσης στο χρόνιο στρες αναχαίτισε τόσο τις συμπεριφορικές όσο και τις νευροχημικές επιπτώσεις του στρες. Οι Silva et al²⁹ προτείνουν ότι το λίθιο μπορεί να μειώνει τις επιπτώσεις του στρες πάνω στην κυτταρική λειτουργία και τη συμπεριφορά μέσω ρύθμισης της δραστηριότητας της GSK-3beta.

Λίθιο και γνωσιακά-συμπεριφορικά ελλείμματα προκαλούμενα από τραύμα στο ΚΝΣ

Λίθιο και ισχαιμία

Πειραματικά μοντέλα παροδικής ισχαιμίας του εγκεφάλου (π.χ. μέθοδος απόφραξης 4 αγγείων³⁰) έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη των επιπτώσεων ισχαιμικών επεισοδίων στον άνθρωπο, καθώς και για τη μελέτη της νευρογένεσης που παρατηρείται στον ιππόκαμπο ενηλίκων ανώτερων θηλαστικών (στην υποκοιλιακή και υποκοκκιδώδη ζώνη).^{31,32} Η νευρογένεση στον ενήλικο ιππόκαμπο προάγεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες (π.χ. αισθητηριακά εμπλουτισμένα περιβάλλοντα, μάθηση) αλλά και από παθολογικές καταστάσεις όπως η ισχαιμία.³³ Αυτός ο μηχανισμός αυτό-επιδιόρθωσης του εγκεφάλου, που είναι ανεπαρκής με αποτέλεσμα την ελλιπή λειτουργική αποκατάσταση, ενισχύεται σημαντικά από το λίθιο.³⁴

Οι Yan et al^{35,36} χρησιμοποίησαν ένα πειραματικό μοντέλο παροδικής (15 min) εγκεφαλικής ισχαιμίας

σε επίμυες, προκαλώντας νευρολογικές και γνωσιακές διαταραχές όπως δυσκολία ισορροπίας σε δοκό, υπερδραστηριότητα στο ανοιχτό πεδίο και ελλειμματική μάθηση και μνήμη σε χωροταξικές δοκιμασίες όπως ο υποβρύχιος λαβύρινθος Morris. Χορήγηση λιθίου επί 2 εβδομάδες πριν από την πρόκληση ισχαιμίας μείωσε σημαντικά τις επακόλουθες νευρολογικές και γνωσιακές διαταραχές. Παράλληλα, μείωσε σημαντικά τον νευρωνικό θάνατο στην περιοχή CA1 του ιπποκάμπου. Το ίδιο καθεστώς λιθίου αύξησε σημαντικά την ενεργοποίηση του ενζύμου ERK1/2 (extracellular signal-regulated kinase) μετά την ισχαιμία και προκάλεσε σημαντική αύξηση και αυξημένο ποσοστό επιβίωσης κυττάρων θετικών στην 5-bromo-2'-deoxyuridine (BrdU) στην οδοντωτή έλικα του ιπποκάμπου. Οι συγγραφείς³⁶ προτείνουν ότι το λίθιο αυξάνει τη γένεση και επιβίωση νέων κυττάρων στον ιππόκαμπο μέσω του μονοπατιού ERK.

Λίθιο και ακτινοβολία

Η ακτινοβολία του κρανίου στον καρκίνο είναι μια διαδικασία που μπορεί να προκαλέσει χρόνια γνωσιακά ελλείμματα στον άνθρωπο. Σε μια πρόσφατη μελέτη οι Yazlovitskaya et al³⁷ έδειξαν ότι η έκθεση νεογνών ποντικών σε ακτινοβολία του κρανίου προκάλεσε απόπτωση και μείωση της νευρογένεσης στην υποκοκκιδώδη ζώνη του ιπποκάμπου. Προκάλεσε επίσης και διαταραχές μάθησης και μνήμης στον υποβρύχιο λαβύρινθο Morris: όπως προαναφέρθηκε, η καλή απόδοση στη δοκιμασία αυτή εξαρτάται από τη λειτουργικότητα του ιπποκάμπου.²⁴ Χορήγηση λιθίου για μια εβδομάδα πριν από την ακτινοβολία του κρανίου προστάτευσε τους νευρώνες του ιπποκάμπου από την απόπτωση, ενώ παράλληλα εμπόδισε τα γνωσιακά ελλείμματα που παρατηρήθηκαν στην ομάδα ελέγχου εικονικής προθεραπείας. Οι Yazlovitskaya et al³⁷ απέδωσαν την προστασία αυτή, εν μέρει τουλάχιστον, στη δράση του λιθίου στο μονοπάτι που σχετίζεται με το ένζυμο GSK-3beta και την έκφραση των πρωτεϊνικών δεικτών απόπτωσης Bcl-2/Bax, έχοντας δείξει επίσης, *in vitro*, ότι η έκθεση σε λίθιο σε συνδυασμό με την ιονίζουσα ακτινοβολία προκάλεσε αναστολή της GSK-3beta, αύξηση στην έκφραση της αντι-αποπτωτικής πρωτεΐνης Bcl-2, και μείωση στην έκφραση της προ-αποπτωτικής πρωτεΐνης Bax.

Λίθιο και νευροτοξικότητα

Οι Pascual & Gonzalez¹⁵ έδειξαν ότι η έγχυση μικροποσοτήτων της διεγερτικής νευροτοξίνης ιμποτινικό οξύ στο βασικό πυρήνα του εγκεφάλου προκαλεί νευροτοξική καταστροφή των χολινεργικών νευρώνων, συνοδευόμενη από συμπεριφορικά και γνωσιακά ελλείμματα όπως μείωση της διερευνητικής δραστηριότητας και έλλειμμα στην ανάκληση παθητικής αποφυγής. Υποχρονία χορήγηση λιθίου πριν από την έγχυση του ιμποτινικού μείωσε σημαντικά τη νευροτοξική δράση του και επίσης απέτρεψε τα συμπεριφορικά ελλείμματα που προκάλεσε η νευροτοξίνη στην εικονική ομάδα ελέγχου.

Λίθιο και γνωσιακά-συμπεριφορικά ελλείμματα προκαλούμενα από νευροεκφυλιστικές νόσους **Λίθιο και νόσος Alzheimer**

Η νόσος Alzheimer χαρακτηρίζεται από προοδευτική κατάρρευση των γνωσιακών λειτουργιών και ιδιαίτερα της μνήμης. Τα νευροπαθολογικά σημεία της είναι η εμφάνιση πλακών που σχηματίζονται από συσσώρευση του πεπτιδίου αμυλοειδές-β (Αβ) και νευροϊνιδιακών εγκλειστών, τα οποία δημιουργούνται από την πρωτεΐνη ταυ που συνδέεται με τους μικροσωληνίσκους.³⁸ Τα νευροπαθολογικά αυτά στοιχεία εμφανίζονται σε περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τις γνωσιακές λειτουργίες, όπως ο ιππόκαμπος και ο φλοιός. Θεραπευτικά σχήματα που διερευνούνται μέσω πειραματικών μοντέλων της νόσου και κλινικών μελετών, στοχεύουν είτε στη μείωση του φορτίου Αβ, είτε στη μείωση του φορτίου ταυ, μέσω της ελάττωσης της δραστηριότητας των κινασών που φωσφορυλιώνουν την ταυ, όπως είναι η GSK-3beta.³⁹ Το λίθιο είναι αναστολέας της GSK-3beta καθώς και της σύνθεσης του Αβ.^{40,41} Βάσει των δεδομένων αυτών, η υπόθεση ότι το λίθιο μπορεί να προσφέρει κλινικό όφελος στη νόσο Alzheimer έχει προσελκύσει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον, τόσο από πλευράς κλινικών ερευνών όσο και μέσω μελέτης πειραματικών μοντέλων της νόσου.

Τα αποτελέσματα δύο κλινικών μελετών που συνέκριναν ασθενείς σε λίθιο με ίδιας ηλικίας μάρτυρες χωρίς θεραπεία δεν ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Οι Dunn et al⁴² χρησιμοποίησαν αρχεία ασθενών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συνέκριναν ασθενείς που είχαν λάβει λίθιο με ασθενείς που δεν

είχαν ποτέ λάβει λίθιο. Διαπίστωσαν ότι τα άτομα που είχαν λάβει λίθιο είχαν υψηλότερο ποσοστό διαγνώσεων άνοιας από τους μάρτυρες. Επίσης, υπήρχε αυξανόμενη πιθανότητα διάγνωσης άνοιας στα άτομα με μεγαλύτερο αριθμό συνταγών λιθίου. Σε μια άλλη μελέτη, οι Terao et al⁴³ συνέκριναν ηλικιωμένους ασθενείς χωρίς διάγνωση άνοιας οι οποίοι είχαν λάβει λίθιο με αντίστοιχους μάρτυρες που δεν είχαν λάβει λίθιο, χρησιμοποιώντας την κλίμακα Mini-Mental State Examination (MMSE). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στη βαθμολογία MMSE. Ωστόσο, όταν στην ομάδα λιθίου συμπεριελήφθησαν άτομα που είχαν πάρει λίθιο στο παρελθόν ή/και βρίσκονταν σε θεραπεία με λίθιο κατά τη διάρκεια της μελέτης, τότε η βαθμολογία MMSE της ομάδας λιθίου ήταν σημαντικά υψηλότερη από αυτήν της ομάδας ελέγχου.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι δυο μελέτες που προαναφέρθηκαν δεν έλαβαν υπόψη ένα βασικό παράγοντα. Οι συναισθηματικές διαταραχές συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο άνοιας: ηλικιωμένοι διπολικοί ασθενείς έχουν πιθανότητα 14% να εμφανίσουν άνοια, ενώ ίδιας ηλικίας μάρτυρες μόνον 3,4%.⁴⁴ Παράλληλα, ασθενείς με άνοια έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μανίας ή κατάθλιψης και επομένως αυξημένη πιθανότητα χορήγησης λιθίου.⁴⁵ Μια πρόσφατη μελέτη που έλαβε υπόψη τον παράγοντα αυτό είναι πολύ πιο ενθαρρυντική. Οι Nunes et al⁴⁶ συνέκριναν δύο ομάδες ηλικιωμένων ορθοθυμικών διπολικών ασθενών με ίσο αριθμό προηγούμενων επεισοδίων μανίας και κατάθλιψης. Η μια ομάδα λάμβανε λίθιο, ενώ η άλλη δεν είχε πάρει λίθιο πρόσφατα ούτε βρισκόταν υπό θεραπεία λιθίου κατά τη μελέτη. Ένα ποσοστό 33% της ομάδας που δεν λάμβανε λίθιο είχε διάγνωση νόσου Alzheimer, ενώ μόλις 5% της ομάδας λιθίου έλαβε την ίδια διάγνωση. Επομένως, η θεραπεία με λίθιο μείωσε το ποσοστό άνοιας των ηλικιωμένων διπολικών ασθενών στο επίπεδο του γενικού πληθυσμού.⁴⁴ Η ίδια ερευνητική ομάδα⁴⁷ ανέφερε μειωμένη έκφραση της GSK-3beta (α) σε καλλιέργειες νευρώνων του ιπποκάμπου επιμύων που είχαν εκτεθεί σε χρόνια λίθιο και (β) σε καλλιέργειες λευκοκυττάρων ηλικιωμένων διπολικών ασθενών υπό χρόνια θεραπεία λιθίου. Βάσει του συνδυασμού των κλινικών και πειραματικών δεδομένων οι συγγραφείς^{46,47} θεωρούν απαραίτητη την περαιτέρω διερεύνηση της πιθανής προστατευτικής δράσης του λιθίου στη νόσο Alzheimer.

Τα δεδομένα σχετικά με τη δράση του λιθίου στο πλαίσιο πειραματικών μοντέλων της νόσου Alzheimer, αν και διχασμένα είναι, σε γενικές γραμμές, ενθαρρυντικά. Ένα μοντέλο της νόσου Alzheimer είναι διαγονιδιακά (transgenic) ποντίκια για την πρόδρομη πρωτεΐνη του αμυλοειδούς (APP). Τα ποντίκια αυτά εμφανίζουν διαταραχές μνήμης στον υποβρύχιο λαβύρινθο Morris. Κάτω από θεραπεία λιθίου, παρατηρήθηκε μείωση της φωσφορυλίωσης της πρωτεΐνης tau και προστασία της δένδριτικής δομής του μετωπιαίου φλοιού και του ιπποκάμπου των ποντικών αυτών τα οποία, παράλληλα, επέδειξαν σημαντική βελτίωση της απόδοσής τους στη δοκιμασία του λαβυρίνθου Morris.⁴⁸ Οι συγγραφείς προτείνουν ότι το λίθιο μπορεί να έχει τη νευροπροστατευτική δράση του στο μοντέλο αυτό επηρεάζοντας το μονοπάτι της GSK-3beta μέσω της ρύθμισης της ωρίμανσης της πρόδρομης πρωτεΐνης APP.

Ένα εναλλακτικό διαγονιδιακό μοντέλο Alzheimer είναι το ποντίκι 3xTg-AD⁴⁹ το οποίο, γηράσκοντας, εμφανίζει πλάκες αμυλοειδούς και νευρινιδιακά έγκλειστα, σε συνδυασμό με γνωσιακά ελλείμματα. Στο μοντέλο αυτό, το λίθιο μείωσε τη φωσφορυλίωση της tau, αλλά δεν βελτίωσε τα συνοδά ελλείμματα της μνήμης εργασίας.⁵⁰ Ωστόσο, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι στη μελέτη αυτή το λίθιο δεν μείωσε σημαντικά το φορτίο Αβ. Προτείνουν ότι ο συνδυασμός του λιθίου με κάποιον άλλον παράγοντα που μειώνει το φορτίο αυτό ίσως αποτελέσει αποτελεσματική θεραπεία των παρατηρούμενων γνωσιακών ελλειμμάτων.

Λίθιο και νωτιαίο-παρεγκεφαλιδική αταξία τύπου 1

Τέλος, η δράση του λιθίου ως νευροπροστατευτικού παράγοντα και γνωσιακού ενισχυτή έχουν αξιολογηθεί σε ένα πειραματικό μοντέλο της νωτιαίο-παρεγκεφαλιδικής αταξίας τύπου 1, η οποία είναι μια άλλη νευροεκφυλιστική νόσος που χαρακτηρίζεται από προοδευτική κινητική και γνωσιακή έκπτωση. Χορήγηση λιθίου σε διαγονιδιακά ποντίκια που εμφανίζουν τη διαταραχή αναχαίτισε την αναμενόμενη μείωση της δένδριτικής διακλάδωσης σε μεταλλαγμένους πυραμιδικούς νευρώνες του ιπποκάμπου. Επίσης, επέφερε σημαντική βελτίωση στον συντονισμό της κίνησης, στη μάθηση και στη μνήμη. Οι συγγραφείς Watase et al⁵¹ προτείνουν ότι

το λίθιο είναι μια σημαντική θεραπευτική πρόταση για την ανθρῶπινη νωτιαίο-παρεγκεφαλιδική αταξία τύπου 1.

Λίθιο και γνωσιακά-συμπεριφορικά ελλείμματα συσχετιζόμενα με ψυχιατρικές διαταραχές

Λίθιο και διπολική διαταραχή

Στο σημείο αυτό, δεν μπορούμε να προσθέσουμε πολλά σχετικά με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα του λιθίου επί των γνωσιακών ελλειμμάτων που συσχετίζονται με τη διπολική διαταραχή, καθώς τα περισσότερα ανθρῶπινα δεδομένα σχετικά με τις συμπεριφορικές/γνωσιακές επιπτώσεις του λιθίου προέρχονται από μελέτες σε διπολικούς ασθενείς και έχουν εξετασθεί ενδελεχώς αλλού.^{1,2} Ωστόσο, ορισμένες πρόσφατες μελέτες οι οποίες περιλαμβάνουν νευροαπεικονιστικά δεδομένα προσφέρουν ιδιαίτερα σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τα νευροανατομικά παρελκόμενα της διπολικής διαταραχής, και τις επιπτώσεις της χορήγησης λιθίου επ' αυτών.

Οι Bearden et al,^{52,53} με τη βοήθεια της μαγνητικής τομογραφίας, αναφέρουν ότι η πυκνότητα της φαιάς ουσίας διπολικών ασθενών (που στην πλειοψηφία τους λάμβαναν λίθιο) ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από εκείνη μαρτύρων σε αρκετές περιοχές του φλοιού, ιδιαίτερα δε στην τοξοειδή έλικα και τις παραμεταιχιακές περιοχές αμφοτερόπλευρα, οι οποίες συσχετίζονται με τη ρύθμιση της προσοχής, κινητοποίησης και συναισθηματικής κατάστασης. Σε επόμενη μελέτη, η ίδια ομάδα⁵⁴ συνέκρινε την ανατομία του ιπποκάμπου διπολικών ασθενών υπό θεραπεία με λίθιο, διπολικών ασθενών χωρίς φαρμακοθεραπεία και υγιών μαρτύρων ίδιας ηλικίας. Οι διπολικοί ασθενείς χωρίς φαρμακοθεραπεία εμφάνισαν έλλειμμα σε περιοχές του δεξιού ιπποκάμπου σε σύγκριση με τους διπολικούς ασθενείς υπό θεραπεία λιθίου και τους μάρτυρες. Αντίθετα, οι διπολικοί ασθενείς υπό λίθιο εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερο συνολικό όγκο ιπποκάμπου από τους μάρτυρες και τους διπολικούς χωρίς φαρμακοθεραπεία. Οι συγγραφείς⁵⁴ προτείνουν ότι οι διαταραχές μνήμης που έχουν αναφερθεί σε διπολικούς ασθενείς ίσως οφείλονται στην παρατηρηθείσα παθολογία του ιπποκάμπου, ενώ η αύξηση του όγκου του ιπποκά-

μπού σε ασθενείς υπό λίθιο ενδεχομένως οφείλεται στη νευροτροφική δράση του λιθίου.

Μια μελέτη μακράς διάρκειας¹⁶ συνδύασε νευροαπεικονιστικές τεχνικές μέτρησης του όγκου των εγκεφαλικών περιοχών μέσω μαγνητικής τομογραφίας με τη νευροψυχολογική εκτίμηση της λεκτικής μνήμης (California Verbal Learning Test) διπολικών ασθενών υπό θεραπεία με λίθιο. Οι ασθενείς αυτοί δεν είχαν λάβει φαρμακοθεραπεία προ της έναρξης της έρευνας και της θεραπείας λιθίου και εξετάστηκαν κατ' επανάληψη για μια περίοδο 2–4 ετών. Στόχος της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός της επίδρασης του χρόνιου λιθίου επί του όγκου του ιπποκάμπου και επί της μνημονικής ικανότητας των συμμετεχόντων. Οι Yucel et al¹⁶ αναφέρουν αμφοτερόπλευρη αύξηση του όγκου του ιπποκάμπου κατά τη διάρκεια της έρευνας, καθώς και ενδείξεις βελτίωσης της λεκτικής μνήμης των ασθενών. Οι ερευνητές συσχετίζουν τα ευρήματά τους με τη νευροπροστατευτική δράση του λιθίου την οποία τεκμηριώνουν οι προκλινικές έρευνες.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρουμε ότι τα αποτελέσματα των ερευνών που συσχετίζουν τη λήψη λιθίου με αυξήσεις του όγκου περιοχών του εγκεφάλου^{16,52–54} έχουν πρόσφατα αμφισβητηθεί από τον Regenold,^{55,56} ο οποίος προτείνει ότι οι παρατηρούμενες αυξήσεις όγκου μπορεί να οφείλονται σε αύξηση του ενδοκυττάριου νερού εξ αιτίας του λιθίου και όχι σε αύξηση του όγκου και πυκνότητας του εγκεφαλικού ιστού. Αν και το ενδεχόμενο αυτό πρέπει να εξετασθεί, τα δεδομένα που το υποστηρίζουν είναι πολύ περιορισμένα. Μια μόνο μελέτη⁵⁷ αναφέρει σημαντική αύξηση στο περιεχόμενο νερού στον μετωπιαίο φλοιό αλλά όχι στον ιπποκάμπο επιμύων που είχαν λάβει χρόνια λίθιο, όπως ανταπαντούν οι Yucel και Mac Queen.⁵⁸ Επιπρόσθετα, οι Bearden et al,⁵⁹ επιχειρηματολογούν ότι ακόμη και η αύξηση του ενδοκυττάριου νερού μπορεί να συνδέεται, άμεσα ή έμμεσα, με το θεραπευτικό μηχανισμό του λιθίου. Εμφανώς, περισσότερη έρευνα είναι απαραίτητη, και οι Bearden et al⁵⁹ προτείνουν ότι ο συνδυασμός των νευροαπεικονιστικών τεχνικών της T2 χαλαρομετρίας (T2 relaxometry) και της απεικόνισης διάχυσης τένσορα (diffusion tensor imaging) που διερευνούν τη μακροδομή του εγκεφάλου καθώς και τη μικροδομή της λευκής ουσίας του εγκεφάλου

αντίστοιχα, μπορεί να διευκρινίσει αν και κατά πόσον οι παρατηρούμενες αυξήσεις εγκεφαλικού όγκου ως αποτέλεσμα χορήγησης λιθίου οφείλονται σε αλλαγές στην ενδοκυττάρια περιεκτικότητα νερού.

Λίθιο και αρχόμενη ψύχωση

Πρόσφατα, η νευροπροστατευτική και θεραπευτική αποτελεσματικότητα του λιθίου έχει αρχίσει να αξιολογείται σε σχέση με τα πρόδρομα στάδια ψυχωσικών διαταραχών. Η αρχόμενη ψύχωση έχει συσχετισθεί με δομικές και μεταβολικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο.⁶⁰ Φαρμακολογικές παρεμβάσεις οι οποίες μπορούν να καθυστερήσουν ή ακόμη και να αποτρέψουν τη μετάβαση από τα πρόδρομα στάδια σε κλινική ψύχωση σαφώς επισύρουν τεράστιο θεωρητικό και κλινικό ενδιαφέρον. Αν και απαιτείται μεγάλη προσοχή όταν αναφέρονται δεδομένα τα οποία δεν έχουν ακόμη δημοσιευθεί, μια έρευνα τα ευρήματα της οποίας βρίσκονται υπο συγγραφή (Berger et al, προσωπική επικοινωνία του καθηγητή κ. C. Pantelis) αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό. Αυτή η ερευνητική ομάδα μελέτησε τον χρόνο χαλάρωσης T2 στον ιπποκάμπο και χρησιμοποίησε τη μαγνητική φασματοσκοπία πρωτονίων (proton magnetic resonance spectroscopy) για να αξιολογήσει πρόδρομες δομικές και μεταβολικές αλλοιώσεις σε άτομα εξαιρετικά υψηλού κινδύνου (ultra high risk) για εμφάνιση ψύχωσης, και αναφέρει πολύ ενθαρρυντικά ευρήματα σε σχέση με τη δράση του λιθίου επί των αλλοιώσεων αυτών. Άτομα υψηλού κινδύνου εξετάστηκαν πριν από την έναρξη και 3 μήνες μετά από τη θεραπεία με χαμηλές δόσεις λιθίου και συγκρίθηκαν με μια ομάδα ελέγχου επίσης υψηλού κινδύνου η οποία δεν έλαβε λίθιο και με μια ομάδα υγιών μαρτύρων. Καθώς μελέτες σε πειραματόζωα καταδεικνύουν ότι η νευροπροστατευτική δράση του λιθίου εμφανίζεται ήδη σε επίπεδα πλάσματος 0,3–0,4 mmol/L⁶¹ χρησιμοποίησαν υποκλινικές δόσεις λιθίου προς αποφυγή παρενεργειών. Τα αποτελέσματα από τη μελέτη του χρόνου χαλάρωσης T2 στον ιπποκάμπο διαφοροποίησαν ασθενείς υπό θεραπεία λιθίου από τους ασθενείς οι οποίοι απλά συνέχισαν την προηγούμενη θεραπεία τους. Επιπλέον, οι ασθενείς υπό θεραπεία λιθίου εμφάνισαν ορισμένες μεταβολικές διαφοροποιήσεις από την ομάδα ασθενών χωρίς λίθιο: συγκεκριμένα έδειξαν αύξηση στα επίπεδα

N-ακετυλ-ασπαρτικού, μυο-ινοσιτόλης, κρεατίνης και χολίνης, τα οποία είχαν μειωθεί ή παραμείνει ίδια σε ασθενείς χωρίς λίθιο. Επιπρόσθετα, το ποσοστό μεταβολής αυτών των δομικών και μεταβολικών παραμέτρων στον ιππόκαμπο των ασθενών με λίθιο συσχετιζόταν θετικά με τη βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων. Τα ευρήματα αυτά συνηγορούν υπέρ της συνδυασμένης νευροπροστατευτικής και λειτουργικής (θεραπευτικής) δράσης του λιθίου σε άτομα υψηλού κινδύνου για έκφραση ψύχωσης.

Σύνοψη και συμπεράσματα

Οι πρόσφατες έρευνες σχετικά με τη δράση του λιθίου επί υποστρώματος συμπεριφορικών/γνωσιακών ελλειμμάτων που προκαλούνται από προκλήσεις ή προσβολές προς το ΚΝΣ αναφέρουν ενθαρρυντικά δεδομένα σχετικά με την ενδεχόμενη δράση του ως γνωσιακού ενισχυτή. Το λίθιο προστατεύει από τα νευροανατομικά και νευροχημικά επακόλουθα τραυματικών προς το ΚΝΣ παρεμβάσεων όπως είναι το παρατεταμένο στρες, η ισχαιμία, η ακτινοβολία και η έκθεση σε νευροτοξικούς παράγοντες. Επιπρόσθετα, μετριάζει τα γνωσιακά ελλείμματα που συνοδεύουν τις προσβολές αυτές. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως το στρες, το λίθιο δεν αποτρέπει απλώς την εμφάνιση γνωσιακών ελλειμμάτων, αλλά φαίνεται και να τα ανατρέπει *post facto*. Αυτός ο συνδυασμός νευροπροστασίας και γνωσιακής ενίσχυσης από το λίθιο εμφανίζεται ιδιαίτερα στο πλαίσιο δοκιμασιών χωροταξικής μνήμης, οι οποίες ρυθμίζονται κυρίως από τον ιππόκαμπο. Φαίνεται δε να συνδέεται με προστασία που παρέχει το λίθιο ενάντια (α) στην αύξηση του ρυθμού απόπτωσης και (β) τη μείωση της γένεσης και επιβίωσης νέων κυττάρων στον ιππόκαμπο, που προκαλούν οι προαναφερθείσες προσβολές. Νευροχημικά, αυτή η νευροπροστατευτική και νευροτροφική δράση του λιθίου έχει συσχετισθεί με τη ρύθμιση των βιοχημικών μονοπατιών της GSK-3beta και Bcl-2/Bax.

Παρόμοια εικόνα προκύπτει από τις μελέτες της δράσης του λιθίου επί υποστρώματος γνωσιακής έκπτωσης προκαλούμενης από νευροεκφυλιστικές διαταραχές. Το λίθιο αναστρέφει τα αυξημένα ποσοστά της νόσου Alzheimer που παρατηρούνται σε γηράσκοντες διπολικούς ασθενείς, επιστρέφο-

ντάς τα στα ποσοστά που παρατηρούνται στο γενικό πληθυσμό. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η δράση αυτή συσχετίζεται με μείωση της έκφρασης της GSK-3beta. Διαγονιδιακά πειραματικά μοντέλα της νόσου Alzheimer έχουν επίσης παράγει δεδομένα που συνάδουν με μια ευεργετική δράση του λιθίου ενάντια σε γνωσιακά ελλείμματα που συνδέονται με νευροεκφυλιστικές διαδικασίες. Και σ' αυτό το ερευνητικό επίπεδο, η ευεργετική δράση του λιθίου έχει συσχετισθεί με τη ρύθμιση των μονοπατιών της GSK-3beta.

Τα κλινικά δεδομένα σχετικά με τη δράση του λιθίου επί γνωσιακής έκπτωσης συσχετιζόμενης με ψυχιατρικές διαταραχές περιορίζονται βασικά στη διπολική διαταραχή και είναι αμφίσημα.^{1,2} Αυτό φαίνεται να οφείλεται, εν μέρει τουλάχιστον, στο ότι δεν έχει δοθεί το πρέπον βάρος στο γεγονός ότι η ίδια η διπολική διαταραχή προάγει προοδευτικά γνωσιακά ελλείμματα: τα ελλείμματα αυτά έχουν πιθανόν αποδοθεί στο λίθιο, μια από τις παλαιότερες και βασικές μέχρι και σήμερα φαρμακολογικές θεραπείες της. Πάντως, όπως προαναφέρθηκε σε σχέση με τη νόσο Alzheimer, η διπολική διαταραχή αυξάνει σημαντικά το ποσοστό ανοιών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, ενώ το λίθιο αναχαιτίζει την αύξηση αυτή. Εκτός από τις κλασικές κλινικές μελέτες, μια σημαντική ερευνητική οδός ανοίχθηκε από νευροαπεικονιστικές μελέτες σε ασθενείς με διπολική διαταραχή και ασθενείς σε πρόδρομο στάδια ψύχωσης. Η θεραπεία λιθίου σε διπολικούς ασθενείς έχει συσχετισθεί με αυξήσεις στον όγκο του ιπποκάμπου και, σε ορισμένες περιπτώσεις, με τη σύγχρονη βελτίωση γνωσιακών επιδόσεων σε δοκιμασίες που εξαρτώνται από τον ιππόκαμπο. Τέλος, σε άτομα πολύ υψηλού κινδύνου για ψύχωση, το λίθιο φαίνεται να αναχαιτίζει δομικές και νευροχημικές αλλιώσεις που συνδέονται με τη μετάβαση από το πρόδρομο στάδιο σε εκπεφρασμένη ψύχωση.

Συμπερασματικά, σε ένα πρόσφατο ειδικό άρθρο¹ ασχοληθήκαμε με την πρωτογενή δράση του λιθίου επί των γνωσιακών λειτουργιών και προτείναμε την υπόθεση ότι η ουσία αυτή μπορεί να προσφέρει γνωσιακή ενίσχυση η οποία, όμως, γίνεται εμφανής όταν τα γνωσιακά συστήματα βρίσκονται κάτω από συνθήκες πρόκλησης ή προσβολής. Η

υπόθεση αυτή είναι συμβατή με τα αυξανόμενα νευροανατομικά και νευροχημικά δεδομένα που προκύπτουν από μελέτες *in vitro* και *in vivo*, και τα οποία καταδεικνύουν ότι το λίθιο έχει σημαντική νευροπροφυλακτική και νευροτροφική δράση έναντι προσβολών προς το ΚΝΣ, ιδιαίτερα σε σχέση με τις αλλοιώσεις που αυτές προκαλούν στον ιππόκαμπο.⁶²⁻⁶⁷ Στην παρούσα ανασκόπηση, εστίασαμε επομένως στη δράση του λιθίου επί γνωσιακών ελλειμμάτων προκαλούμενων από βιολογικές προσβολές προς το ΚΝΣ, συμπεριλαμβανομένων του στρες και αλλοιώσεων λόγω τραυμάτων, νευροεκφυλιστικών και νευροψυχιατρικών διαδικασιών.

Τα πρόσφατα συμπεριφορικά δεδομένα δίνουν σημαντική στήριξη στην άποψη ότι η νευροπροστατευτική δράση του λιθίου έναντι προσβολών προς το ΚΝΣ μπορεί να προεκτείνεται και σε λειτουργική βελτίωση των γνωσιακών επιπτώσεων των προσβολών αυτών. Επιπρόσθετη στήριξη έρχεται από ηλεκτροφυσιολογικά δεδομένα. Διερεύνηση των ηλεκτροφυσιολογικών παρελκομένων της νευροτροφικής δράσης του λιθίου (Son et al 2003, Shim et al 2007) κατέδειξε αύξηση μετασυναπτικών αντιδράσεων, συναπτικής ισχύος και ρυθμού εκπόλωσης των κοκκιοκυττάρων στην οδοντωτή έλικα του ιπποκάμπου επιμύων μετά από 14 ημέρες χορήγησης λιθίου.^{68,69} Έχει επίσης καταγραφεί ευόδωση της μακρόχρονης ενδυνάμωσης (*long-term potentiation: LTP*) στην περιοχή CA1 του ιπποκάμπου μετά από 4 εβδομάδες χορήγησης λιθίου. Δεδομένου ότι η LTP θεωρείται ένας από τους νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς της μάθησης και μνήμης,^{70,71} ενώ αλλοιώσεις στον όγκο του ιπποκάμπου^{72,73} ή στη δομική του ακεραιότητα⁷⁴ συσχετίζονται με την απόδοση της λειτουργίας της μνήμης, οι νευροανατομικές και ηλεκτροφυσιολογικές αλλαγές που προαναφέρθηκαν σε σχέση με τη λήψη λιθίου είναι πλήρως συμβατές με τη λειτουργική βελτίωση της μνήμης που αναφέρεται στις πρόσφατες συμπεριφορικές έρευνες της δράσης του λιθίου.¹¹⁻¹⁷

Στο σημείο αυτό, είναι χρήσιμο να επανέλθουμε στο θέμα της χρονικής πορείας της δράσης του λιθίου επί των γνωσιακών λειτουργιών, το οποίο θίξαμε στη Εισαγωγή, τονίζοντας ότι η οξεία και χρόνια δράση της ουσίας φαίνονται να διαφοροποι-

ούνται σημαντικά. Οι Shim et al⁶⁹ αναφέρουν ότι η ηλεκτροφυσιολογική δράση της οξείας χορήγησης λιθίου είναι η μείωση της διεγερσιμότητας των νευρωνικών απολήξεων, με αποτέλεσμα την απελευθέρωση γλουταμικού και τη μείωση της μετασυναπτικής διεγερσιμότητας στην οδοντωτή έλικα του ιπποκάμπου. Επομένως, οι συγγραφείς αυτοί αποδίδουν την παρατηρηθείσα αύξηση μετασυναπτικών αντιδράσεων, συναπτικής ισχύος και ρυθμού εκπόλωσης των κοκκιοκυττάρων στην περιοχή αυτή όχι στην οξεία, άμεση δράση του λιθίου επί της συναπτικής δραστηριότητας, αλλά στη νευροπλαστική του δράση η οποία απαιτεί τουλάχιστον 2 εβδομάδες χορήγησης ώστε να ολοκληρωθεί η γονιδιακή έκφραση πρωτεϊνών οι οποίες συνεισφέρουν στη νευρωνική και συναπτική πλαστικότητα.⁷⁵ Αυτή η περίοδος 2 εβδομάδων αντιστοιχεί με το χρονικό σημείο έκφρασης της θεραπευτικής δράσης του λιθίου.⁷⁶ Το καθεστώς λιθίου υπό το οποίο οι Shim et al⁶⁹ διαπίστωσαν ευόδωση της LTP ήταν χρόνια χορήγηση (14-30 ημέρες), σε κλινικά επίπεδα πλάσματος (0,51-0,78 mEq/L). Το καθεστώς αυτό είναι το ίδιο που παρήγαγε ευόδωση της μάθησης και μνήμης στις προαναφερθείσες συμπεριφορικές μελέτες σε πειραματόζωα.¹¹⁻¹⁴

Θεωρούμε ότι το σύνολο των στοιχείων που παραθέσαμε στην ανασκόπηση αυτή στηρίζει την υπόθεση ότι το λίθιο έχει ευεργετική δράση επί των γνωσιακών λειτουργιών, η έκφραση της οποίας μεγιστοποιείται κάτω από συνθήκες πρόκλησης προς τα γνωσιακά συστήματα. Βεβαίως η υπόθεση αυτή χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, και θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον η διερεύνηση αυτή να γίνει σε υγιή αλλά γηράσκοντα πληθυσμό, όπου η συνθήκη πρόκλησης προς τα γνωσιακά συστήματα είναι η φυσιολογική φθορά του ΚΝΣ. Είναι γεγονός ότι, αν και το λίθιο είναι μια καλά δοκιμασμένη ψυχοτρόπος ουσία, το στενό θεραπευτικό του παράθυρο⁷⁷ καθιστά τη χορήγησή του δύσκολη, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι και θα είχαν το μεγαλύτερο όφελος από τη νευροπροστατευτική του δράση και τις γνωσιακές προεκτάσεις της. Ωστόσο, είναι ενθαρρυντικό ότι η νευροπροστατευτική δράση του λιθίου εμφανίζεται ήδη σε υποκλινικά επίπεδα πλάσματος, (μεταξύ 0,3-0,4 mmol/L:⁶¹), τουλάχιστον σε πειραματόζωα.

A review of the effects of lithium on cognitive functions: Effects on the neuropsychiatrically challenged CNS

E. Tsaltas,¹ D. Kontis^{1,2}

¹Experimental Psychology Laboratory, 1st Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, Eginition Hospital, Athens, ²1st Psychiatry Department, Psychiatric Hospital of Attica, Athens, Greece

Psychiatriki 2009, 20:132–144

Recent data attribute neuroprotective and neurotrophic actions to lithium, leading to expectations of cognitive enhancement action. This hypothesis is at odds with the predominant view of clinical psychiatry which, on the basis of older clinical data as well as on subjective reports of lithium-treated patients, associates lithium with cognitive blurring and specific memory deficits. Review of the older data and their integration with more recent clinical and experimental work on the primary effects of lithium on cognitive functioning led us to two central conclusions: (a) Data on the primary cognitive effects of lithium, considered in their entirety, do not support a picture of serious or long-lasting cognitive decline. On the contrary, recent evidence suggests cognitive enhancement under certain conditions. (b) The conditions which appear to promote the emergence of cognitive enhancement under lithium are conditions of challenge to the cognitive systems, such as increased task difficulty resulting in deterioration in the performance of untreated controls. We are suggesting that alternative challenges to cognitive functioning, which therefore would facilitate the emergence of lithium's cognitive enhancement action, include biological insults to the central nervous system (CNS). This second part of our review of the cognitive effects of lithium therefore focuses on studies of its action on cognitive dysfunction associated with functional or biological challenge to the CNS, such as stress, trauma, neurodegenerative and psychiatric disorders.

Key words: Lithium, cognitive function, cognitive enhancer, stress, neurodegenerative disease

Βιβλιογραφία

1. Τσάλτα Ε, Καλογεράκου Σ. Επανεξέταση της δράσης του λιθίου επί των γνωσιακών λειτουργιών. Μέρος 1: Πρωτογενείς Επιδράσεις. *Ψυχιατρική* 2009, 20:62–78
2. Tsaltas E, Kontis D, Boulougouris V, Papadimitriou GN. Lithium and cognitive enhancement: leave it or take it? *Psychopharmacology*(Berl). Special issue on Cognitive Enhancers. 2008 Sep 10. (Epub ahead of print) *PMID*: 18781296
3. Chuang DM, Chen RW, Chalecka-Franaszek E, Ren M, Hashimoto R, Senatorov V et al. Neuroprotective effects of lithium in cultured cells and animal models of diseases. *Bipolar Disord* 2002, 4:129–136
4. Jope RS. Lithium and GSK-3: one inhibitor, two inhibitory actions, multiple outcomes. *Trends Pharmacol Sci* 2003, 24:441–443
5. Cimarosti H, Rodnight R, Tavares A et al. An investigation of the neuroprotective effect of lithium in organotypic slice cultures of rat hippocampus exposed to oxygen and glucose deprivation. *Neurosci Lett* 2001, 315:33–36
6. Nonaka S, Hough CJ, Chuang DM. Chronic lithium treatment robustly protects neurons in the central nervous system against excitotoxicity by inhibiting N-methyl-D-aspartate receptor-mediated calcium influx. *Proc Natl Acad Sci USA* 1998, 95:2642–2647
7. Hongisto V, Smeds N, Brecht S, Herdegen T, Courtney MJ, Coffey ET (2003) Lithium blocks the c-Jun stress response and protects neurons via its action on glycogen synthase kinase 3. *Mol Cell Biol* 23:6027–6036
8. Van Gorp WG, Altshuler L, Theberge DC, Wilkins J, Dixon W. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients with and without prior alcohol dependence. A preliminary study. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55:41–46
9. Stip E, Dufresne J, Lussier I, Yatham L. A double-blind, placebo-controlled study of the effects of lithium on cognition in healthy subjects: mild and selective effects on learning. *J Affect Disord* 2000, 60:147–157
10. Caill H, Zwicker AP, Klepacz S. The effects of lithium carbonate on healthy volunteers: mood stabilization? *Biol Psychiatry* 1990, 27:711–722
11. Nocjar C, Hammonds MD, Shim SS. Chronic lithium treatment magnifies learning in rats. *Neuroscience* 2007, 150:774–788
12. Tsaltas E, Kontis D, Boulougouris V, Papakosta VM, Giannou H, Pouloupoulou C et al. Enhancing effects of chronic lithium on memory in the rat. *Behav Brain Res* 2007, 177:51–60

13. Tsaltas E, Kyriazi T, Pouloupoulou C, Kontis D, Maillis A. Enhancing effects of lithium on memory are not by-products of learning or attentional deficits. *Behav Brain Res* 2007b, 180:241–245
14. Vasconcellos AP, Tabajara AS, Ferrari C, Rocha E, Dalmaz C. Effect of chronic stress on spatial memory in rats is attenuated by lithium treatment. *Physiol Behav* 2003, 79:143–149
15. Pascual T, Gonzalez JL. A protective effect of lithium on rat behaviour altered by ibotenic acid lesions of the basal forebrain cholinergic system. *Brain Res* 1995, 695:289–292
16. Yucel K, McKinnon MC, Taylor VH, Macdonald K, Alda M, Young LT, Macqueen GM. Bilateral hippocampal volume increases after long-term lithium treatment in patients with bipolar disorder: a longitudinal MRI study. *Psychopharmacology (Berl)* 2007, 195:357–367
17. Gallo C, Poletti G, Cazorla A. Effects of chronic lithium administration on brain weights, acetylcholinesterase activity and learning ability in rats. *Life Sci* 1990, 47:507–513
18. Kennedy GJ, Golde TE, Tariot PN, Cummings JL. Amyloid-based interventions in Alzheimer's disease. *CNS Spectr* 2007, 12(12 Suppl 1):1–14
19. Porsolt RD, Le Pichon M, Jalfre M. Depression: a new animal model sensitive to antidepressant treatments. *Nature* 1977, 266:730–732
20. Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ. A molecular and cellular theory of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54:597–606
21. Bodnoff SR, Humphreys AG, Lehman JC, Diamond DM, Rose GM, Meaney MJ. Enduring effects of chronic corticosterone treatment on spatial learning, synaptic plasticity, and hippocampal neuropathology in young and mid-aged rats. *J Neurosci* 1995, 15:61–69
22. Nishimura JI, Endo Y, Kimura F. A long term stress exposure impairs maze learning performance in rats. *Neurosci Lett* 1999, 273:125–128
23. Conrad CD, Galea LA, Kuroda Y, McEwen BS. Chronic stress impairs rat spatial memory on the Y maze, and this effect is blocked by tianeptine pretreatment. *Behav Neurosci* 1996, 110:1321–1334
24. Nichols RM, Zieba M, Bye N. Do glucocorticoids contribute to brain aging? *Brain Res Rev* 2001, 37:273–286
25. Vasconcellos AP, Zugno AI, Dos Santos AH, Nietto FB, Crema LM, Gonnalves et al. Na⁺,K⁺-ATPase activity is reduced in hippocampus of rats submitted to an experimental model of depression: effect of chronic lithium treatment and possible involvement in learning deficits. *Neurobiol Learn Mem* 2005, 84:102–110
26. el-Mallakh RS. The Na,K-ATPase hypothesis for manic depression. II. The mechanism of action of lithium. *Med Hypotheses* 1983, 12:269–282
27. Vasconcellos AP, Nietto FB, Crema LM, Diehl LA, de Almeida LM, Prediger ME et al. Chronic lithium treatment has antioxidant properties but does not prevent oxidative damage induced by chronic variate stress. *Neurochem Res* 2006, 31:1141–1151
28. Kofman O, Levin U, Alpert C. Lithium attenuates hypokinesia induced by immobilization stress in rats. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psych* 1995, 19:1081–1090
29. Silva R, Mesquita AR, Bessa J, Sousa JC, Sotiropoulos I, Luyo P, et al. Lithium blocks stress-induced changes in depressive-like behavior and hippocampal cell fate: the role of glycogen-synthase-kinase-3beta. *Neuroscience* 2008, 152:656–669
30. Pulsinelli WA, Brierley JB. A new model of bilateral hemispheric ischemia in the unanesthetized rat. *Stroke* 1979, 10:267–272
31. Pincus DW, Keyoung HM, Harrison-Restelli C, Goodman RR, Fraser RA, Edgar M et al. Fibroblast growth factor-2/brain-derived neurotrophic factor-associated maturation of new neurons generated from adult human subependymal cells. *Ann Neurol* 1998, 43:576–585
32. Johansson CB, Momma S, Clarke DL, Risling M, Lendahl U, Frisen J. Identification of a neural stem cell in the adult mammalian central nervous system. *Cell* 1999, 96:25–34
33. Gould E, Tanapat P. Lesion-induced proliferation of neuronal progenitors in the dentate gyrus of the adult rat. *Neuroscience* 1997, 80:427–436
34. Chen G, Rajkowska G, Du F, Seraji-Bozorgzad N, Manji HK. Enhancement of hippocampal neurogenesis by lithium. *J Neurochemistry* 2000, 75:1729–1734
35. Yan XB, Wang SS, Hou HL, Ji R, Zhou JN. Lithium improves the behavioral disorder in rats subjected to transient global cerebral ischemia. *Behav Brain Res* 2007, 177:282–289
36. Yan XB, Hou HL, Wu LM, Liu J, Zhou JN. Lithium regulates hippocampal neurogenesis by ERK pathway and facilitates recovery of spatial learning and memory in rats after transient global cerebral ischemia. *Neuropharmacology* 2007, 53:487–495
37. Yazlovitskaya EM, Edwards E, Thotala D, Fu A, Osusky KL, Whetsell WO et al. Lithium treatment prevents neurocognitive deficit resulting from cranial irradiation. *Cancer Res* 2006, 66:11179–11186
38. Selkoe DJ. Alzheimer's disease: genes, proteins, and therapy. *Physiol Rev* 2001, 1:741–766
39. Sperber BR, Leight S, Goedert M, Lee VM. Glycogen synthase kinase-3 beta phosphorylates tau protein at multiple sites in intact cells. *Neurosci Lett* 1995, 197:149–153
40. Belmaker RH. Bipolar disorder. *N Engl J Med* 2004, 351:476–486
41. Sun X, Sato S, Murayama O, Murayama M, Park JM, Yamaguchi H et al. Lithium inhibits amyloid secretion in COS7 cells transfected with amyloid precursor protein C100. *Neurosci Lett* 2002, 321:61–64
42. Dunn N, Holmes C, Mullee M. Does lithium therapy protect against the onset of dementia? *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2005, 19:20–22
43. Terao T, Nakano H, Inoue Y, Okamoto T, Nakamura J, Iwata N. Lithium and dementia: a preliminary study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006, 30:1125–1128
44. Kessing IV. Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder. *Psychol Med* 1998, 28:1027–1038
45. Nilsson FM, Kessing LV, Sorensen TM, Andersen PK, Bolwig TG. Enduring increased risk of developing depression and mania in patients with dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002, 73:40–44
46. Nunes PV, Forlenza OV, Gattaz WF. Lithium and risk for Alzheimer's disease in elderly patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2007, 190:359–360
47. Gattaz WF, Forlenza OV, Nunes PV. Authors' reply. *Br J Psychiatry* 2007:191:362
48. Rockenstein E, Torrance M, Adame A, Mante M, Bar-on P, Rose JB et al. Neuroprotective effects of regulators of the glycogen synthase kinase-3beta signaling pathway in a transgenic model of Alzheimer's disease are associated with reduced amyloid precursor protein phosphorylation. *J Neurosci* 2007, 27:1981–1991
49. Oddo S, Caccamo A, Kitazawa M, Tseng BP, LaFerla FM. Amyloid deposition precedes tangle formation in a triple transgenic model of Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 2003, 24:1063–1070
50. Caccamo A, Oddo S, Tran LX, LaFerla FM. Lithium reduces tau phosphorylation but not A beta or working memory deficits in a transgenic model with both plaques and tangles. *Am J Pathol* 2007, 170:1669–1675
51. Watase K, Gatchel JR, Sun Y, Emamian E, Atkinson R, Richman R et al. Lithium therapy improves neurological function and hippocampal dendritic arborization in a spinocerebellar ataxia type 1 mouse model. *PLoS Med* 2007, 4:e182
52. Bearden CE, Thompson PM, Dutton RA, Frey BN, Peluso MA, Nicoletti M et al. Threedimensional mapping of hippocampal

- anatomy in unmedicated and lithium-treated patients with bipolar disorder. *Neuropsychopharmacology* 2007, 33:1229–1238
53. Bearden CE, Thompson PM, Dalwani M, Hayashi KM, Lee AD, Nicoletti M et al. Greater cortical gray matter density in lithium-treated patients with bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2007, 62:7–16
 54. Bearden CE, Soares JC, Klunder AD, Nicoletti M, Dierschke N, Hayashi KM et al. PM. Three-dimensional mapping of hippocampal anatomy in adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008a, 47:515–525
 55. Regenold WT. Lithium and increased cortical gray matter – more tissue or more water? *Biol Psychiatry* 2008, 63:e17
 56. Regenold WT. Lithium and increased hippocampal volume: more tissue or more water? Letter to the editor. *Neuropsychopharmacology* 2008, 33:1773–1774
 57. Phatak P, Shaldivin A, King LS, Shapiro P, Regenold WT. Lithium and inositol: effects on brain water homeostasis in the rat. *Psychopharmacology (Berl)* 2006, 186:41–47
 58. Yucel K, MacQueen GM. Reply: lithium and increased hippocampal volume—more tissue or more water? *Neuropsychopharmacology* 2008, 33:1775
 59. Bearden CE, Thompson PM, Dalwani M, Hayashi KM, Lee AD, Glahn DC et al. Reply: lithium and increased cortical gray matter—more tissue or more water? *Biol Psychiatry*, 2008b, 63:19
 60. Borgwardt SJ, McGuire PK, Aston J, Berger G, Dazzan P, Gschwandtner U et al. Structural brain abnormalities in individuals with an at-risk mental state who later develop psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 2007, 51:69–75
 61. Gray NA, Zhou R, Du J, Moore GJ, Manji HK. The use of mood stabilizers as plasticity-enhancers in the treatment of neuropsychiatric disorders. *J Clin Psych* 2003, 64(Suppl 5):3–17
 62. Moore GJ, Bebchuk JM, Hasanat K, Chen G, Seraji-Bozorgzad N, Wilds IB et al. Lithium increases N-acetyl-aspartate in the human brain: *in vivo* evidence in support of bcl-2's neurotrophic effects? *Biol Psychiatry* 2000, 48:1–8
 63. Manji HK, Moore GJ, Chen G. Bipolar disorder: leads from the molecular and cellular mechanisms of action of mood stabilizers. *Br J Psychiatr Suppl* 2001, 41:107–119
 64. Sassi RB, Nicoletti M, Brambilla P, Malinge AG, Frank E, Kupfer DJ et al. Increased gray matter volume in lithium-treated bipolar disorder patients. *Neurosci Lett* 2002, 329:243–245
 65. Kim JS, Chang MY, Yu IT, Kim JH, Lee SH, Lee YS et al. Lithium selectively increases neuronal differentiation of hippocampal neural progenitor cells both *in vitro* and *in vivo*. *J Neurochem* 2004, 89:324–336
 66. Chuang DM. Lithium neuroprotection from glutamate excitotoxicity. Lithium and mood stabilizers: mechanism of action. *Clin Neurosci Res* 2004, 4:243–252
 67. Chuang DM, Priller J. Potential use of lithium in neurodegenerative disorders. In: Bauer M, Grof P, Müller-Oerlinghausen B (eds) *Lithium in neuropsychiatry: the comprehensive guide*. Taylor & Francis Books, London, 2006:381–397
 68. Son H, Yu IT, Hwang SJ, Kim JS, Lee SH, Lee YS et al. Lithium enhances long-term potentiation independently of hippocampal neurogenesis in the rat dentate gyrus. *J Neurochem* 2003, 85:872–881
 69. Shim SS, Hammonds MD, Ganocy SJ, Calabrese JR. Effects of subchronic lithium treatment on synaptic plasticity in the dentate gyrus of rat hippocampal slices. *Progr Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007, 31:343–347
 70. Bliss TV, Collingridge GL. A synaptic model of memory: long term potentiation in the hippocampus. *Nature* 1993, 361:31–39
 71. Kandel E. The molecular biology of memory storage: a dialog between genes and synapses. *Biosci Rep* 2004, 24:475–522
 72. Touloupoulou T, Grech A, Morris RG, Schulze K, McDonald C, Chapple B et al. The relationship between volumetric brain changes and cognitive function: a family study on schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2004, 56:447–453
 73. Von Gunten A, Ron MA. Hippocampal volume and subjective memory impairment in depressed patients. *Eur Psychiatry* 2004, 19:438–440
 74. Lillywhite LM, Saling MM, Briellmann RS, Weintrob DL, Pell GS, Jackson GD. Differential contributions of the hippocampus and rhinal cortices to verbal memory in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2007, 10:553–559
 75. Lenox RH, Frazee A. Mechanism of action of antidepressants and mood stabilizers. In: Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff CN (eds) *Neuropsychopharmacology: the fifth generation of progress*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002:1139–1163
 76. Hirschfeld RMA, Clayton PJ, Cohen I, Fawcett J, Keck P, McCellan J et al. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. In: American Psychiatric Association Steering Committee (ed) *The practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2000*. American Psychiatric Association Press, Washington, DC, pp 509–514
 77. Donaldson IM, Cuningham J. Persisting neurologic sequelae of lithium carbonate therapy. *Arch Neurol* 40:747–751 Dunn N, Holmes C, Mullen M (2005) Does lithium therapy protect against the onset of dementia? *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1983, 19:20–22

Αλληλογραφία: Ε. Τσάλτα, Λεωφ. Βασ. Σοφίας 74, 115 28 Αθήνα
 e-mail: tsaltas1@med.uoa.gr
 Τηλ: 210-72 89 114, 6932 428 798

Ερευνητική εργασία Research article

Μεταβολή της οικογενειακής ατμόσφαιρας θεραπευομένων σε αποκαταστασιακές δομές

Σ. Μαρτινάκη,¹ Χ. Τσόπελας,² Δ. Πλουμπίδης,¹ Β. Μαυρέας³

¹Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

²Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα

³Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Ψυχιατρική 2009, 20:145–152

Πρόσφατες μελέτες έχουν επιβεβαιώσει την άποψη πως ένα ασταθές οικογενειακό περιβάλλον, με αρνητικά εκφραζόμενο συναίσθημα από τα υγιή μέλη, συμβάλλει στην αρνητική πρόγνωση. Τα αποκαταστασιακά προγράμματα έχουν θετική επίδραση στην αντιστροφή αυτής της αρνητικής ατμόσφαιρας. Σκοπός της εργασίας είναι να διαπιστωθεί η πιθανή επίδραση της παρακολούθησης ενός αποκαταστασιακού προγράμματος στην οικογενειακή ατμόσφαιρα. Σαράντα οκτώ ασθενείς και οι φροντιστές τους από διαφορετικές περιοχές της Αθήνας συμμετείχαν στην έρευνα. Χρησιμοποιήθηκαν προκατασκευασμένες και σταθμισμένες κλίμακες (κλίμακα οικογενειακής ατμόσφαιρας, κλίμακα οικογενειακής επιβάρυνσης και κλίμακα οικογενειακών συνηθειών). Η μέτρηση πραγματοποιήθηκε πριν και μετά από τη συμμετοχή στο πρόγραμμα αποκατάστασης. Είχαμε ένα ποσοστό απαντητικότητας 90%. Η οικογενειακή ατμόσφαιρα σε συσχέτιση με τις άλλες τρεις κλίμακες βρέθηκε να βελτιώνεται από την παρακολούθηση ενός αποκαταστασιακού προγράμματος. Δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην επιβάρυνση μεταξύ πατέρα και μητέρας. Η διάγνωση και οι προηγούμενες θεραπευτικές μέθοδοι βρέθηκαν να επιδρούν στο αποτέλεσμα. Η παρούσα μελέτη ελέγχει τη θετική επίδραση των αποκαταστασιακών προγραμμάτων στη γενική βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας, επισημαίνοντας ιδιαίτερα τη σημασία της συστημικής θεραπείας πριν ή κατά την παρακολούθηση ενός προγράμματος, όπου άλλες μεταβλητές όπως το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση, το επάγγελμα, η κοινωνικο-οικονομική θέση, τα χρόνια ασθένειας, δεν βρέθηκαν να σχετίζονται.

Λέξεις ευρητηρίου: Οικογενειακή ατμόσφαιρα, οικογενειακή επιβάρυνση, οικογενειακές συνήθειες, αποκαταστασιακά προγράμματα

Εισαγωγή

Ο ρόλος της οικογένειας στην αιτιοπαθογένεια της ψυχικής νόσου άρχισε να μελετάται από την δεκαετία του '60¹ και συνεχίστηκε τη δεκαετία του 1970. Το κίνημα της αποασυλοποίησης έφερε πολλούς αρρώστους από τα ψυχιατρεία στην κοινότητα, μετατοπίζοντας έτσι σε μεγάλο βαθμό το βάρος της φροντίδας τους στην οικογένεια.^{2,3}

Μέσα από μια σειρά μελετών, διαπιστώθηκε πως ένα ασταθές οικογενειακό περιβάλλον,⁴ με συναισθηματική υπερεμπλοκή, σύγχυση στους ρόλους⁵ και εκφραζόμενη αρνητική κριτική από τα υγιή μέλη της οικογένειας προς το πάσχον⁶⁻⁸ έχει αρνητική επίδραση στην εξέλιξη της νόσου, την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και τη συνολική βελτίωση του ασθενούς.

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται πως η αρνητική ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα χαρακτηρίζεται ως χρόνιος παράγοντας stress που ευοδώνει τις υποτροπές των ψυχικά πασχόντων,⁹ ενώ υπογραμμίζεται η αμφίδρομη σχέση οικογενειακού περιβάλλοντος και κλινικής πορείας του αρρώστου, όπου εμπλέκονται οι υγιείς εφεδρείες¹⁰ που διαθέτει η οικογένεια (ηθική και πρακτική υποστήριξη, αισιοδοξία, ενθάρρυνση, συνεργασιμότητα με τους θεραπευτές και το θεραπευτικό σχήμα, ικανότητα εξεύρεσης και αξιοποίησης εξωτερικών πηγών βοήθειας) αλλά και οι μειονεξίες της, όπως η ανεπάρκειά της σε υποστηρικτικό - φροντιστικό ρόλο κ.ά.

Η ύπαρξη σοβαρών ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων, στρεσογόνων καταστάσεων ή σημαντικών γεγονότων ζωής, υπό τον τίτλο της «επιβάρυνσης», επηρεάζουν την ψυχική υγεία και ισορροπία των μελών της οικογένειας και των φροντιστών ατόμων που πάσχουν από χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές.^{11,12}

Η επιβάρυνση διακρίνεται σε υποκειμενική και αντικειμενική. Ως αντικειμενική προσδιορίζεται το σύνολο των επιπτώσεων στην καθημερινότητα του νοικοκυριού, η οικονομική περίσφιξη, η δαπάνη χρόνου για τις ανάγκες του αρρώστου, οι περιορισμοί στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή κ.ά., ενώ ως υποκειμενική η υποκειμενική αίσθηση επιβάρυνσης της οικογένειας και ο βαθμός της. Σε αυτή συγκαταλέγονται η θλίψη για την κατάσταση του αρρώστου, ο πόνος για την «απώλεια» του προσώπου που ήξεραν, η ματαίωση προσδοκιών, το στίγμα, οι ενοχές, η πικρία και η δυ-

σφορία για τις μη ικανοποιητικές ιατρικές υπηρεσίες που τους παρέχονται.¹³

Με τον όρο οικογενειακές συνήθειες ορίζονται οι τελετουργικές πράξεις, οι παραδόσεις και οι επαναλαμβανόμενες αντιδράσεις των μελών μιας οικογένειας, οι οποίες αποτελούν και τα βασικά στοιχεία της επικοινωνίας και της σταθερότητας της οικογένειας.¹⁴

Οι συνήθειες αποτελούν τον κώδικα εκδήλωσης των συμβολικών τρόπων επικοινωνίας των μελών μιας οικογένειας και εκφράζουν την οικογενειακή συνοχή και τη διαδικασία καθορισμού της ταυτότητας της οικογενειακής κουλτούρας. Έτσι η καταγραφή των οικογενειακών συνθηκών επιτρέπει μια απευθείας αντικειμενική παρατήρηση της οικογενειακής απαρτίωσης, οργάνωσης και λειτουργικότητας.¹⁵

Οικογένειες με μέλος που νοσεί από σχιζοφρένεια είναι συστήματα στα οποία η επικοινωνιακή διαδικασία και τα συναισθήματα έχουν επηρεαστεί σοβαρά ή διαταραχθεί και όπου οι ρόλοι, οι ταυτότητες και τα όρια έχουν μπερδευτεί ή περιπλεχθεί από την εξέλιξη της νόσου.¹⁶⁻¹⁸

Η ανάπτυξη της κοινωνικής-κοινωνικής ψυχιατρικής και η δημιουργία αποκαταστασιακών προγραμμάτων για τους ψυχικά ασθενείς οδήγησε στην ανάγκη μελέτης των άμεσων και έμμεσων επιδράσεων που ασκούν τα προγράμματα αυτά, τόσο στους ίδιους τους ασθενείς, όσο και στα μέλη της οικογένειάς τους.

Τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έχουν ως σκοπό να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ψυχικά ασθενών,¹⁹ όχι μόνο με τη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους, για να μπορούν να ανταποκριθούν σε κοινωνικές συμπεριφορές και ρόλους, αλλά και εξασφαλίζοντας τις συνθήκες συνάντησης με τις πραγματικές τους ανάγκες και επιθυμίες.

Η θετική επίδραση ενός αποκαταστασιακού προγράμματος σε σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον βρέθηκε να σχετίζεται με: (α) τη μείωση της εξάρτησης του ασθενούς ως συνέπεια της βελτίωσης των δεξιοτήτων του,²⁰ (β) την απαλλαγή από το αίσθημα ότι ο ασθενής αποτελεί οικονομικό βάρος και (γ) την αναθεώρηση των απόψεων που ίσχυαν στην οικογένεια σχετικά με τη μελλοντική αυτονόμηση του ασθενούς.^{21,22}

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει την επίδραση της αποκατάστασης χρόνιων ψυχικών ασθενών στην οικογενειακή ατμόσφαιρα την

επιβάρυνση των φροντιστών καθώς και τις συνθήκες που υιοθετούν αυτές οι οικογένειες κατά τη διάρκεια τουλάχιστον ενός έτους παρακολούθησης, ενός αποκαταστασιακού προγράμματος από τον ασθενή.

Υλικό και μέθοδος

Δείγμα

Το δείγμα αποτέλεσαν 48 θεραπευόμενοι και οι 48 φροντιστές τους.

Οι συμμετέχοντες είχαν ενταχθεί σε μια από τις παρακάτω αποκαταστασιακές δομές:

- α. Νοσοκομείο Ημέρας Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών (Αιγινήτειο Νοσοκομείο).
- β. Επαγγελματικά Εκπαιδευτικά Εργαστήρια (Προεργασίας και Κατάρτισης) Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα – Καισαριανής (ΚΚΨΥ), Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών (Αιγινήτειο Νοσοκομείο).
- γ. Υπηρεσία Ημερήσιας Φροντίδας (ΥΠΗΦ) Κέντρου Επαγγελματικής Προεργασίας (ΚΕΠ) Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών (Αιγινήτειο Νοσοκομείο).
- δ. Εργαστήρια Ειδικής Μονάδας Αποκατάστασης και Επανάταξης Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ).
- ε. Μονάδα Ημερήσιας Φροντίδας του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Ζωγράφου (ΚΚΨΥ) Νοσηλευτικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Από κάθε ένα από τα ανωτέρω προγράμματα έγινε προσπάθεια να συγκεντρωθεί ένας περίπου ίσος αριθμός θεραπευόμενων.

Τα κριτήρια επιλογής θεραπευόμενων και φροντιστών:

- Ο θεραπευόμενος και οι φροντιστές του να διαμένουν στο ίδιο σπίτι.
- Σε περίπτωση απουσίας (μόνιμης ή προσωρινής) των γονέων, στην έρευνα συμμετέχει το μέλος της οικογένειας που είναι υπεύθυνο για τον θεραπευόμενο και με το οποίο συγκατοικεί αυτός (π.χ. αδελφός-ή, σύντροφος κ.ά.)
- Σε περίπτωση που ο θεραπευόμενος διαμένει σε δικό του σπίτι θα πρέπει να περνά αρκετές ώρες (το λιγότερο 3–4 ώρες/ημέρα) με τους δικούς του μετά την επιστροφή του από την αποκαταστα-

ακή δομή. Ισχύει για φυσικούς και ανάδοχους γονείς/φροντιστές.

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- Θεραπευόμενοι που διαμένουν σε κάποια στεγαστική δομή (Ξενώνας, Οικοτροφείο, Προστατευμένο Διαμέρισμα) και οι φροντιστές τους
- Ανάδοχοι γονείς θεραπευόμενων όταν δεν συγκατοικούν με τον θεραπευόμενο ή έχουν μικρής χρονικής διάρκειας επαφή
- Φροντιστές με ιστορικό ή υπόνοια ψυχικής νόσου, χρήσης ουσιών, νοητική υστέρηση ή διαταραχή προσωπικότητας
- Διακοπή παρακολούθησης του προγράμματος από τον θεραπευόμενο για διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών
- Να μην έχει γίνει συστημική θεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες των θεραπευόμενων (Family Therapy).

Ερευνητικά εργαλεία

Η μελέτη βασίστηκε στη διανομή προκατασκευασμένων και σταθμισμένων κλιμάκων, την Κλίμακα Οικογενειακής Ατμόσφαιρας (Family Atmosphere Scale–FAS), την Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης (Family Burden Scale–FBS) και την Κλίμακα Οικογενειακών Συνηθειών (Family Rituals Scale–FRS). Οι κλίμακες διανεμήθηκαν σε δύο χρόνους T0 (4η εβδομάδα ένταξης στο πρόγραμμα) και T1 (ένα μήνα πριν την ολοκλήρωση του προγράμματος).

Θέματα που αφορούν στη στάθμιση των κλιμάκων για την αξιοπιστία, την εσωτερική εγκυρότητα, την ανάλυση παραγόντων, την προγνωστική εγκυρότητα υπήρξαν αντικείμενα άλλων εργασιών (Κλίμακα FAS,^{9,20,22} Κλίμακα FBS,^{6,23} Κλίμακα FRS¹⁵).

Τα έντυπα απευθυνόταν στους φροντιστές των θεραπευόμενων και μόνο ένα, αυτό των οικογενειακών συνηθειών, διανεμήθηκε και στους θεραπευόμενους στην ίδια ακριβώς μορφή με αυτή που συμπλήρωσαν και οι οικείοι τους.

Η FAS περιλαμβάνει 6 διαστάσεις, όπου κάθε διάσταση περιλαμβάνει και μια κατάσταση που συναντάται σε οικογένειες με ψυχωσικό μέλος. Η διαβάθμιση των απαντήσεων κυμαίνεται από το 1 έως το 4. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 6 έως το 24 (παθολογική οικογένεια – απόλυτα αρνητική ατμόσφαιρα).

Η FBS περιλαμβάνει 23 ερωτήματα: 5 ερωτήματα για οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια (Παράγοντας Α), 8 ερωτήματα που αφορούν στην καθημερινή δραστηριότητα και την κοινωνική ζωή (παράγοντας Β), 4 ερωτήματα για την επιθετικότητα του ασθενούς προς τα υγιή μέλη (Παράγοντας Γ), και 6 ερωτήματα για την υγεία των μελών (Παράγοντας Δ). Κάθε παράγοντας βαθμολογείται χωριστά και η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 έως το 46.

Τέλος, η FRS περιλαμβάνει 11 ερωτήματα για συνήθειες όπως ο εορτασμός εορτών, γενεθλίων, η ανταλλαγή δώρων σε γιορτές, κοινές έξοδοι, επισκέψεις σε φίλους ή συγγενείς κ.ά. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 1 (πολύ συχνά) έως το 4 (ποτέ). Η συνολική βαθμολογία μπορεί να είναι από 11 έως 44 (παθολογική οικογένεια).

Για τα διαγνώσεις των θεραπευομένων είχαν χρησιμοποιηθεί από τους επαγγελματίες των προγραμμάτων τα επίσημα ταξινομητικά συστήματα DSM-IV²⁴ και ICD-10.²⁵

Στατιστική ανάλυση

Επιχειρώντας να καταδείξουμε την ενδεχόμενη τροποποίηση και βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας, της οικογενειακής επιβάρυνσης και των οικογενειακών συνηθειών, προβήκαμε σε πρωτογενή ανάλυση με την κατά ζεύγη ανάλυση, μεταξύ των τριών κλιμάκων και στους δύο χρόνους.

Πολλαπλή ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για την εξέταση της σχέσης μεταξύ των κλιμάκων και της επίδρασης σε αυτές των ανεξάρτητων μεταβλητών όπως το φύλο, η ηλικία, το εργασιακό ιστορικό, η προηγούμενη παρακολούθηση αποκαταστασιακού προγράμματος, η διάγνωση, τα χρόνια της νόσου, η εκπαίδευση, οι νοσηλείες, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση.

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το SPSS 12.0 for Windows.

Αποτελέσματα

Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων (Θεραπευόμενοι

Το δείγμα αποτέλεσαν κατά τα 2/3 άνδρες (33 Α προς 15 Γ). Η μέση ηλικία των μελών ήταν 32,4 και στην πλειοψηφία τους ήταν άγαμοι (47 άγαμοι-97,9%).

Από αυτούς 45 ζουν με μέλη πατρικής οικογένειας (93,7%) και μόλις 4,2% με ανάδοχη οικογένεια. Επιπλέον, 30 (62,3%) ζουν σε πολυμελείς οικογένειες (4-6 μέλη) ενώ 18 (37,5%) σε οικογένειες με 1-3 μέλη.

Αν και οι θεραπευόμενοι ήταν νέα άτομα, νοσούσαν για μεγάλο χρονικό διάστημα, 26 (54,2%) για περισσότερα από 10 χρόνια, ενώ 22 (45,8%) για λιγότερο από 10 χρόνια. Επιπρόσθετα, οι μισοί θεραπευόμενοι 24 (50%), είχαν νοσηλείες πολλών εβδομάδων.

Ότι αφορά το επαγγελματικό ιστορικό των θεραπευομένων, 14 (29,2%) είχαν κάπου απασχοληθεί πριν την έναρξη της νόσου και 17 (35,3%) μετά την εκδήλωσή της. Η μέση διάρκεια της επαγγελματικής απασχόλησης που προηγήθηκε της εισόδου στο πρόγραμμα ήταν 29,5 μήνες, κανείς όμως δεν εργαζόταν κατά τις παραμονές της ένταξης στο πρόγραμμα ή κατά τη διάρκεια αυτού.

Σε ποσοστό 69% έπασχαν από Σχιζοφρενική Ψύχωση, 12,5% από Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή, 10,4% από Συναισθηματική Διαταραχή, 4,2% από Διαταραχή Προσωπικότητας, 2,1% από Σύνδρομο Asperger και 2,1% από Σωματοδυσμορφική Διαταραχή.

Το 56,3% του δείγματος ήταν μέσης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (μηνιαίο εισόδημα άνω των 1000 €), 27,1% κατώτερης (λιγότερο από 1000 €).

Συνοπτικά, το δείγμα αποτελείται από χρόνιους κυρίως ψυχωσικούς αρρώστους, με έντονη υπολειμματική συμπτωματολογία, με μειωμένη λειτουργικότητα και φτωχό εργασιακό ιστορικό.

Τα λοιπά δημογραφικά χαρακτηριστικά θεραπευομένων και φροντιστών. Αναφέρονται στον πίνακα 1.

Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα βελτίωσης καταδεικνύονται στον πίνακα 2 ένα μήνα πριν την ολοκλήρωση του προγράμματος και σε όλες τις κλίμακες, ανάμεσα στους χρόνους T0 και T1.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση της οικογενειακής επιβάρυνσης με τις λοιπές κλίμακες FAS, FBS, FRS στους χρόνους T0 και T1 παρουσιάζει ο πίνακας 3.

Η οικογενειακή ατμόσφαιρα, η επιβάρυνση και οι συνήθειες βρέθηκαν βελτιωμένες σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μετά το πέρας της παρακολούθησης του αποκαταστασιακού προγράμματος.

Πίνακας 1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των θεραπευόμενων και των φροντιστών τους

Θεραπευόμενοι (n: 48)		Φροντιστές (n: 48)			
Ηλικία	N	(%)	(%)	N	(%)
20–24	9	18,8	30–39	1	2,1
25–29	9	18,8	40–49	10	20,8
30–34	14	29,2	50–59	16	33,3
35–39	7	14,6	60–69	13	27,1
40–44	5	10,4%	70–79	7	14,6
45–49	4	8,3	80–89	1	2,1
Εκπαίδευση (σε χρόνια)					
Έως 12	23	47,9	Έως 6	17	35,4
12 και πάνω	25	52,1	Άνω των 6	31	64,6
Επάγγελμα					
Ανεπάγγελτοι	19	39,6%	Οικιακά	21	43,8
Εξειδικευμένοι/ Άνεργοι	19	39,6	Δημόσιος υπάλληλος	7	14,6
Φοιτητές	10	20,8	Ιδιωτικός υπάλληλος	5	10,4
			Συνταξιούχος	12	25,0
			Ελεύθερος επαγγελματίας	3	6,3

Ειδικότερα, η πολλαπλή ανάλυση των κλιμάκων FAS, FBS, FRS, στο χρόνο T1 σε σχέση με τις τιμές που μετρήθηκαν στο χρόνο T0 αλλά και άλλες μεταβλητές έδειξαν ότι:

- (α) Η βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας (T1 FAS) εξαρτάται σε ποσοστό 69,7% από την προηγούμενη οικογενειακή ατμόσφαιρα (T0 FAS), την θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια και τη διάγνωση του ασθενούς.
- (β) Η βελτίωση της οικογενειακής επιβάρυνσης (T1 FBS) εξηγείται σε ποσοστό 49,3% από την προηγούμενη επιβάρυνση (T0 FBS) και τη διάγνωση του ασθενούς.
- (γ) Η βελτίωση των οικογενειακών συνηθειών (T1 FRS) εξηγείται σε ποσοστό 58,9% από τις προηγούμενες συνηθειες (T0 FRS) και το φύλο του ασθενούς (πίνακας 4).

Πίνακας 2 Κατά ζεύγη ανάλυση (Paired Samples t- Test) κλιμάκων στο χρόνο T0 και T1.

	Σταθερή απόκλιση (SD)	t-test	p
T0 FAS	2,44		
T1 FAS	2,94	8,804	<0,001
T0 FBS	7,99		
T1 FBS	7,87	7,969	<0,001
T0 FRS	7,17		
T1 FRS	7,17	5,537	<0,001
T0 FRS patient	5,76		
T1 FRS patient	5,81	3,058	<0,004

Πίνακας 3. Συσχετίσεις των κλιμάκων FAS με τις κλίμακες FBS, FRS, FRS patient στο χρόνο T0 και T1.

		FBS	FRS	FRS patient
T0	FAS	0,38**	0,37**	0,31*
T1	FAS	0,66**	0,34*	0,39**

*p<0,05, **p<0,01

Πίνακας 4. Πολλαπλή Ανάλυση Κλιμάκων FAS, FBS, FRS στο χρόνο T1.

	(69,7%) T1 FAS constant p	(49,3%) T1 FBS constant p	(58,9%) T1 FRS constant p	(59%) T1 FRS patient constant p	
T0 FAS	0,56	0,00			
Προηγούμενη θεραπευτική αντιμετώπιση οικογένειας	-1,65	0,00			
Διάγνωση	-1,53	0,00			
T0 FBS		0,65	0,00		
Διάγνωση		-3,8	0,03		
T0 FRS			0,75	0,00	
T0 FRS patient				0,7	0,00
Φύλο ασθενούς				-2,3	0,43

Ανάλυση μεταβλητών όπως η ηλικία ασθενών και φροντιστών, η διάγνωση, η προηγούμενη παρακολούθηση προγράμματος, το εργασιακό ιστορικό, η εκπαίδευση ασθενών και φροντιστών, τα χρόνια νόσου,

οι νοσηλείες, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας, η προηγούμενη παρακολούθηση προγράμματος δεν έδειξαν να επηρεάζουν τα αποτελέσματα.

Συζήτηση

Η συμμετοχή του θεραπευόμενου σε ένα ημερήσιο αποκαταστασιακό πρόγραμμα όπως Νοσοκομείο Ημέρας ή προεπαγγελματικό πρόγραμμα, βρέθηκε πως βελτιώνει σε σημαντικό βαθμό την οικογενειακή ατμόσφαιρα, τις οικογενειακές συνήθειες και μειώνει την επιβάρυνση των φροντιστών.

Σημαντικά στοιχεία όπως ανοιχτή επιθετικότητα προς τον ασθενή, αρνητικά συναισθήματα γι' αυτόν, οικονομικό βάρος, εξάρτηση του ασθενούς, μη συμμόρφωσή του με τη θεραπεία, περιορισμός του χρόνου των φροντιστών, ακαταστασία του νοικοκυριού προκαλούμενη από τον ασθενή, ανεργία του αρρώστου, επιθετική συμπεριφορά του ασθενούς προς κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας του και άλλοι παράγοντες που μετρήθηκαν από τις κλίμακες οικογενειακής ατμόσφαιρας (FAS), οικογενειακής επιβάρυνσης (FBS) και οικογενειακών συνηθειών (FRS), βρέθηκαν με χαμηλότερες τιμές στον δεύτερο χρόνο (T1) μέτρησης, σε σχέση πάντα με τις απαντήσεις στον πρώτο χρόνο μέτρησης (T0).

Τα αποτελέσματά μας ως προς τη συνολική βελτίωση επιβεβαιώνουν τις αναφορές άλλων ερευνητών.^{19,21}

Ένα επιπλέον σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν η συσχέτιση μεταξύ των τριών κλιμάκων FAS, FBS, FRS, με την έννοια της αλληλεξάρτησης. Βρέθηκε δηλαδή πως αρνητική οικογενειακή ατμόσφαιρα, προκαλεί μεγαλύτερη επιβάρυνση στα υγιή μέλη (φροντιστές) και διαταράσσει σημαντικά τις συνήθειες της οικογένειας σε τομείς εξόδων, προγραμματισμού διακοπών, εορτασμού επετείων κ.ά. Αντίστοιχα θετική αλλαγή της οικογενειακής ατμόσφαιρας συμπαρασύρει θετικά την οικογενειακή επιβάρυνση και τις οικογενειακές συνήθειες.

Η σοβαρότητα της νόσου (διάγνωση) βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά στις μετρήσεις στο δεύτερο χρόνο (T1) με τις κλίμακες FAS και FBS. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το ότι η αυξημένη συχνότητα των προβλημάτων συμπεριφοράς του αρρώστου και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ασθένειας, προκαλούν

έντονη οικογενειακή επιβάρυνση και διαταραχή στην οικογενειακή ατμόσφαιρα. Στο δεύτερο χρόνο μέτρησης (T1) φαίνεται να βελτιώνεται περισσότερο η οικογενειακή ατμόσφαιρα στους μη ψυχωσικούς ασθενείς.

Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αντίστοιχα πολλών ερευνητών.^{13,26,27} Οι Mueser et al 1996, Schene et al 1998³⁰ δεν βρήκαν συσχέτιση της διάγνωσης με την οικογενειακή ατμόσφαιρα και επιβάρυνση. Οι πρώτοι συνέκριναν την επιβάρυνση που προκαλούν ασθενείς με σχιζοφρένεια και ασθενείς με διπολική διαταραχή, ενώ οι δεύτεροι υποστηρίζουν με έρευνά τους πως η συμβίωση είναι αυτή που προκαλεί επιβάρυνση και όχι τα συμπτώματα της νόσου.

Ουσιαστικό επίσης είναι και το εύρημα πως στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας επιδρά η θεραπευτική παρέμβαση που είχαν δεχτεί τα μέλη μιας οικογένειας από θεραπευτές με τους οποίους είχαν συνεργαστεί στο παρελθόν και πολύ πριν την ένταξη του πάσχοντος μέλους τους σε ένα αποκαταστασιακό πρόγραμμα.

Στην παρούσα μελέτη μεταβλητές όπως το φύλο, η ηλικία των ασθενών και των φροντιστών τους, ο αριθμός των μελών που ζουν στην οικογένεια, οι προηγούμενες νοσηλείες, η διάρκεια των νοσηλείων, η επαγγελματική κατάσταση ασθενών και φροντιστών, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας, η εκπαίδευση ασθενών και φροντιστών, τα έτη της νόσου, δεν βρέθηκαν να επιδρούν στην οικογενειακή ατμόσφαιρα. Αρκετές όμως έρευνες έχουν καταδείξει συσχέτιση μεταβλητών όπως αυτές που προαναφέρθηκαν με την οικογενειακή ατμόσφαιρα.^{5,13,28,29}

Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας των θεραπευόμενων που παρακολούθησαν ένα αποκαταστασιακό πρόγραμμα. Δεν υποστηρίζουμε πως μόνο η παρακολούθηση του προγράμματος προκάλεσε την βελτίωση που παρατηρήθηκε. Πιθανά και άλλοι παράγοντες, όπως κάποια αλλαγή στη θεραπευτική διαδικασία του ασθενούς, να επιφέρει καλύτερη ανταπόκριση του στο πρόγραμμα και ολοκλήρωση του, γεγονός τα οποία μπορούν συνδυαστικά να βελτιώσουν την οικογενειακή ατμόσφαιρα του θεραπευόμενου.

Η εμπλοκή επίσης όλο και περισσότερων μελών μιας οικογένειας στις δραστηριότητες ενός αποκαταστασιακού προγράμματος μπορεί να ασκεί από μόνη της

θετική επίδραση στο ενδοοικογενειακό περιβάλλον και αντίστοιχα να ενισχύει το κίνητρο παρακολούθησης.

Η ενημέρωση επίσης φροντιστών από διάφορες πηγές όπως π.χ. μια διαφημιστική καμπάνια κατά του στίγματος, μπορεί να αποτελεί μια μεταβλητή, η οποία επιδρά τόσο στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας, καθώς αλλάζει η κοινωνική στάση απέναντι στην ψυχική νόσο, όσο και στην έλευση αλλά και παρακολούθηση του προγράμματος από τον ασθενή.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν είναι οριστικά, καθώς το δείγμα των θεραπευομένων ήταν

μικρό, μη ομοιογενές ως προς τη διάγνωση, τα χρόνια νόσου και το φύλο. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα μπορεί να αποτελέσουν τα εξής: (α) Μελέτη της επιβάρυνσης όλων των ενήλικων μελών μιας οικογένειας (π.χ. αδέρφια) και πόσο αυτή επηρεάζει τη συνολική οικογενειακή ατμόσφαιρα αθροιστικά, (β) Διερεύνηση των πιθανών μακροχρόνιων επιδράσεων της αποκατάστασης στην οικογένεια αρκετό καιρό μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, (γ) η επικέντρωση σε αποκαταστασιακές μονάδες με προδιαγεγραμμένα χαρακτηριστικά ανάμεσα στα οποία απαραίτητα να συμπεριλαμβάνεται η οικογενειακή θεραπεία και στη συνέχεια η συγκριτική μελέτη μονάδων με κοινά χαρακτηριστικά.

Change of atmosphere in patients' family after attending rehabilitation programs

S. Martinaki,¹ Ch. Tsopeles,² D. Ploumpidis,¹ V. Mavreas³

¹1st Psychiatry Clinic University of Athens, Eginition Hospital, Athens, ²Psychiatric Hospital of Attica,

³Psychiatry Clinic University of Ioannina, Ioannina, Greece

Psychiatriki 2009, 20:145–152

Contemporary research had confirmed the opinion that an unstable familial environment, with expressed negative affects of healthy members, contributes to negative prognosis of patients. Rehabilitation Programs can contribute to reverse this negative atmosphere in families of mentally ill patients. In own research have participated 48 patients and their carers from different settings in the Athens area. We used validated scales (Family Atmosphere Scale, Family Burden Scale and Family Rituals Scale). The measurement took place before and after the participation in the rehabilitation program. We had a 90% follow up rate. Family's climate, measured with all three scales, showed a statistically significant improvement after the end of the rehabilitation program. The burden was the same for mothers and fathers. The diagnosis and the previous therapeutic methods had an influence on the outcome. Current research verifies the positive outcome of rehabilitation programs in the overall improvement of family's atmosphere. Early or simultaneous provision of systemic therapy has a positive affect. Other variables like sex, age, education, profession, socio-economic status, years of illness, hadn't any significant influence.

Key words: Family atmosphere, family burden, family rituals, rehabilitations programs

Βιβλιογραφία

1. Σακελλαρόπουλος Π. Προβλήματα επικοινωνίας στην οικογένεια του σχιζοφρενικού (Μελέτη των θεωριών των G. Bateson, L. Wynne και Th. Lidz). *Minerv Med Greca* 1974, 2:319–330
2. Τομαράς Β., Μαυρέας Β. Σχιζοφρένεια και Οικογένεια. Ο ρόλος της οικογένειας στην πορεία και θεραπεία της σχιζοφρένειας. *Ιατρική* 1990, 57:238–246
3. Ζήση Α. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες: ερευνητικές εξελίξεις και νέες προοπτικές. *Εγκέφαλος* 2001, 38:53–71
4. Brown GM, Birley JCT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry* 1972, 121:241–258
5. Τομαράς Β, Ιωάννοβιτς Ε, Μαδιανός Μ, Καψάλη Α, Μαραβελής Δ, Στεφανής Κ. Αποκατάσταση ψυχιατρικών αρρώστων: προοπτική αξιολόγηση αποτελέσματος. *Ψυχιατρική* 1992, 3:67–76
6. Madianos MG, Economou M. Negative symptoms in schizophrenia: the effect of long-term, community-based psychiatric intervention. *Int J Ment Health* 1988, 17:22–34
7. Mavreas VE, Tomaras V, Economou M, Stefanis CN. Expressed emotion in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992, 27:4–9
8. Μαδιανός ΜΓ. *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Εκδόσεις Καστανιώτη 2005:211–21, 402–420
9. Tomaras V, Mavreas V, Carydi V, Stefanis CN, Ioannovich I. Expressed emotion in families of schizophrenics living in community. Poster presentation. *Behavior Therapy World Congress* 1998. Edinburgh 5–10
10. Τομαράς Β. Η συμβολή της οικογένειας στην ομαλή ζωή του ψυχικά άρρωστου μέλους της. *Εγκέφαλος* 2001, 38,4:48–50
11. Crad J & Stainbury P. Mental illness and the family. *Lancet* 1963, 1:544–547
12. Hoening J & Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry* 1966, 12:165–176
13. Madianos MG, Economou M, Dafni O, Koukia E, Palli A and Rogakou E. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *Europ Psychiatry* 2004, 19:408–414
14. Wolin SJ, Bennet L. Family rituals. *Fam Proc* 1984, 23:401–420
15. Madianos MG, Economou M. Schizophrenia and family rituals measuring family rituals among schizophrenics and “normals”. *Eur Psychiatry* 1994, 9:45–51
16. Bowen M. The family as a unit study and treatment. *Am J Orthopsychiatry* 1960, 31:40–60
17. Mischler E, Waxler N. *Interaction in families*. New York 1968: Jwiley
18. Minuchin S. *Families and family therapy*. Cambridge, 1974 Harvard University Press
19. Tomaras V, Vlachonikolis IG, Stefanis CN, Madianos M. The effect of individual psychosocial treatment on the family atmosphere of schizophrenic patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988, 23:256–261
20. Madianos MG, Madianou D. The effects of long-term community care on relapse and adjustment of persons with chronic schizophrenia. *Int J Ment Health* 1992, 21:37–49
21. Koukia E, Madianos M. The effect of rehabilitation of schizophrenic patients on their family atmosphere and the emotional well-being of caregivers. *Eur J Psychiatry* 2005, 19:55–64
22. Μαδιανός Μ, Γουρνάς Β, Τομαράς Β, Καψάλη Α, Στεφανής Κ. Οικογενειακή ατμόσφαιρα χρόνιων ψυχωσικών: Μια προοπτική διαχρονική έρευνα. *Εγκέφαλος* 1988, 25:177–181
23. Κούκια Ε, Μαδιανός Μ. Οικογενειακή επιβάρυνση και ψυχική αρρώστια: μέθοδοι εκτίμησης. *Εγκέφαλος* 2004, 41:119–127
24. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 th ed. (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
25. WHO, ICD-10. *Classification of mental and behavioral disorders with glossary and diagnostic criteria for research*, 1994, Churchill
26. Burry L, Zaborowski B, Konieczynska Z. Family Burden in schizophrenic patients in different forms of psychiatric care. *Psychiatr Pol* 1998, 32:275–286
27. Magliano L, Fadden G, Madianos MG et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study *Soc Psychiatr Epidemiol* 1998, 33:405–412
28. Maldonado JG, Urizar AC and Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatric Epidemiology* 2005, 40:899–904
29. Roberts AA. The labor market consequences of family illness. *J Ment Health Policy Econ* 1999, 1,2:183–195
30. Schene AH, Van Wijngaarden B, Koeter MWJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophren Bull* 1998, 24:609–618

Αλληλογραφία: Σ. Μαρτινάκη, Αιγινήτσιο Νοσοκομείο, Λεωφ. Βασ. Σοφίας, 74 115 28 Αθήνα
 e-mail: smartinaki@yahoo.gr
 Τηλ.: 210-72 26 576, 210-72 89 131

Ερευνητική εργασία Research article

Απόπειρες αυτοκαταστροφής στο Γενικό Νοσοκομείο και προειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης

Γ. Μουσσάς,¹ Κ. Τουρνικιώτη,¹ Α. Τσελεμπής,² Ε. Ρίζος,¹
Δ. Μπράτης,² Κ. Βασιλά-Δέμη²

¹Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
²Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα

Ψυχιατρική 2009, 20:153–161

Οι αυτοκτονίες αποτελούν ένα μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας και βρίσκονται στο επίκεντρο πολλών ερευνών με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση των Προειδοποιητικών Σημείων Επαγρύπνησης στις απόπειρες αυτοκτονίας. Για το σκοπό αυτό, μελετήθηκαν 100 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Σωτηρία» μετά από απόπειρα αυτοκτονίας. Η εξέταση περιλάμβανε τη διεξαγωγή ημιδομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης, τη χορήγηση της κλίμακας Beck Depression Inventory (BDI) και τη διερεύνηση των παρακάτω Προειδοποιητικών Σημείων Επαγρύπνησης: Εσωτερικευση, Επιμένουσα ακεφιά, Παρουσία πρόσφατου τραύματος στο ιστορικό, Αλλαγή συμπεριφοράς, Φόβος, Εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων, Κατάθλιψη και Επιθετικότητα. Το 80% του συνολικού δείγματος παρουσίαζε τουλάχιστον δύο Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης για απόπειρα αυτοκτονίας και μόνο το 10% των ασθενών δεν εμφάνιζε κανένα Προειδοποιητικό Σημείο. Τα πιο συχνά Προειδοποιητικά Σημεία ήταν η επιμένουσα ακεφιά και η παρουσία πρόσφατου τραύματος με ποσοστά 61% και 53% αντίστοιχα. Επίσης, παρατηρήθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ αριθμού Προειδοποιητικών Σημείων και βαθμολογίας της κατάθλιψης στην κλίμακα BDI. Τα Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης είναι παρόντα στη συμπεριφορά των ατόμων που πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας με υψηλή συχνότητα και η έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση τους από την πλευρά της οικογένειας, του ευρύτερου περιβάλλοντος και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δύναται να συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη των αυτοκτονιών.

Λέξεις ευρητηρίου: Απόπειρα αυτοκτονίας, προειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης, πρόληψη, κατάθλιψη

Εισαγωγή

Κατά το έτος 2000 σχεδόν ένα εκατομμύριο άνθρωποι πέθαναν από αυτοκτονία, με ποσοστό θνησιμότητας παγκοσμίως 16,7 στους 100.000 ή ένας θάνατος κάθε 40 sec. Τα τελευταία 45 χρόνια τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξήθηκαν κατά 60% σε όλο τον κόσμο, με τις αυτοκτονίες να συγκαταλέγονται πλέον στις 3 πρώτες αιτίες θανάτου για τις ηλικίες 15–44 έτη (και για τα δύο φύλα). Είναι αξιοσημείωτο δε ότι τα παραπάνω στοιχεία αφορούν άτομα που αυτοκτόνησαν, ενώ λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα για τις απόπειρες αυτοκτονίας, ο αριθμός των αποπειραθέντων ασθενών αυξάνεται έως και 20 φορές.^{1,2}

Η μελέτη της αυτοκτονίας και γενικότερα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς τείνει πλέον να συμπεριλάβει και τις απόπειρες, καθότι μπορούν να θεωρηθούν μέρος ενός συνεχούς, στο φάσμα της αυτοκτονικότητας, που κυμαίνεται από τον αυτοκτονικό ιδεασμό, στη χειριστική απόπειρα, στην απόπειρα μέτριας σοβαρότητας και τέλος στην αυτοκτονία. Επιπρόσθετα η ύπαρξη στο ιστορικό μιας ή περισσότερων αποπειρών θεωρείται ο βασικότερος προγνωστικός παράγοντας για μια μελλοντική απόπειρα ή και αυτοκτονία.^{4–7}

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας ποικίλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα.¹ Παρότι η αξιοπιστία των επιδημιολογικών δεδομένων αναφορικά με την αυτοκτονία είναι αμφίβολη, σε πολλές χώρες φαίνεται να επιβεβαιώνεται ένα υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, με λόγο που κυμαίνεται από 3:1 έως 7,5:1, με μοναδικές εξαιρέσεις την Κίνα και την Ινδία, όπου τα ποσοστά γυναικών που πεθαίνουν από αυτοκτονία είναι παρόμοια με αυτά των ανδρών.^{8–10} Όσον αφορά στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η Φινλανδία παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών, ενώ η Ελλάδα το χαμηλότερο. Το χαμηλό αυτό ποσοστό μπορεί να οφείλεται και σε μεθοδολογικά και επιδημιολογικά ζητήματα, ωστόσο έχει αποδοθεί σε μεγάλο μέρος σε πολιτιστικές παραμέτρους καθώς και στον προστατευτικό ρόλο των ισχυρών οικογενειακών δεσμών που υφίστανται ακόμα στην Ελλάδα.¹¹

Επιπρόσθετα, αναφορές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προβλέπουν ότι το μερίδιο των αυτο-

κτονιών στην παγκόσμια επιβάρυνση της δημόσιας υγείας από ασθένειες κατά τις επόμενες δεκαετίες θα αυξηθεί περαιτέρω.^{1,12,13} Συνεπώς το φαινόμενο των αυτοκτονιών αποτελεί σε παγκόσμιο επίπεδο ένα μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας και συνιστά το επίκεντρο πολλών ερευνών, οι οποίες βρίσκονται σε εξέλιξη με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας.

Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης (ΠΣ)

Η έννοια των Προειδοποιητικών Σημείων στην υγεία δεν είναι νέα.¹⁴ Προειδοποιητικά Σημεία έχουν χρησιμοποιηθεί εδώ και πολλά χρόνια στη δημόσια υγεία σε επίπεδο κοινότητας με επίκεντρο σημαντικά προβλήματα υγείας όπως τα καρδιακά επεισόδια, το εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια και το σακχαρώδη διαβήτη.¹⁵ Σε πεδία πιο «εκ του σύννεγγυς» στη ψυχική υγεία, έχουν αναγνωριστεί Προειδοποιητικά Σημεία για τη νεανική βία.¹⁶ Παραδόξως, η προσέγγιση αυτή μόνο πρόσφατα έχει χρησιμοποιηθεί στην αυτοκτονία,¹⁷ παρά το γεγονός ότι αποτελεί ένα εκτεταμένο ζήτημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο εδώ και δεκαετίες. Τα πιο συχνά ταυτοποιημένα Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης για την αυτοκτονία περιλαμβάνουν: τον αυτοκτονικό ιδεασμό, απότομες αλλαγές στην προσωπικότητα, στη συμπεριφορά, στον ύπνο και στη διατροφή, αισθήματα ενοχής και μειωμένες σχολικές ή εργασιακές επιδόσεις.¹⁸ Ο γενικός στόχος των Προειδοποιητικών Σημείων αφορά στη βελτίωση της αναγνώρισης και ανταπόκρισης του κοινού σε συγκεκριμένα προβλήματα με αποτέλεσμα την καλύτερη έκβαση σε μακροχρόνια βάση.¹⁹ Στην περίπτωση της αυτοκτονίας ο στόχος είναι απλός και άμεσος: να αυξηθεί ο συνολικός αριθμός των ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό ή συμπεριφορές που αναζητούν βοήθεια έμμεσα –και συνήθως διαλάθουν από το στενό περιβάλλον τους– και κατά συνέπεια να σωθούν περισσότερες ζωές.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη έλαβε χώρα στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Σωτηρία» και αφορούσε το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν για απόπειρα αυτοκαταστροφής σε διάστημα 3 μηνών (κα-

τά την περίοδο 1/10/03 έως 31/12/03). Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν νοσηλεύόμενοι των παθολογικών κλινικών και ο τρόπος με τον οποίο είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν περιλάμβανε τη λήψη φαρμάκων σε υπερβολική δοσολογία. Το σύνολο του δείγματος αποτέλεσαν 100 ασθενείς, εκ των οποίων 24 άνδρες και 76 γυναίκες.

Σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο, όλοι οι ασθενείς εξετάστηκαν κατά το πρώτο 24ωρο της νοσηλείας τους και εκτός από τα βασικά δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο) καταγράφηκαν το εκπαιδευτικό επίπεδο (σε έτη) και η απασχόλησή τους. Η εξέταση περιλάμβανε τη διεξαγωγή ημιδομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης, τη χορήγηση της κλίμακας Beck Depression Inventory (BDI) και τη διερεύνηση των Προειδοποιητικών Σημείων Επαγρύπνησης.

Πιο συγκεκριμένα, η ημιδομημένη ψυχιατρική συνέντευξη αποσκοπούσε στην εκτίμηση ενδεχόμενης προϋπάρχουσας ψυχιατρικής διαταραχής σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV.

Επίσης, όπως αναφέρθηκε, στους ασθενείς χορηγήθηκε η ψυχομετρική κλίμακα Beck Depression Inventory (BDI),²⁰ προκειμένου να αξιολογηθεί η παρουσία και η ένταση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η BDI αποτελεί μια από τις πιο δημοφιλείς κλίμακες μέτρησης της κατάθλιψης τόσο στην Ελλάδα,^{21,22} όσο και διεθνώς,²³ η οποία αποτελείται από 21 λήμματα, βαθμολογούμενα σε μια κλίμακα από 0–3.²⁰ Πέραν αυτού η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου έγινε και λόγω των ψυχομετρικών της χαρακτηριστικών. Πράγματι, η BDI παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, ενώ η αξιοπιστία επαναδοκιμασίας κυμαίνεται μεταξύ 0,48–0,86 για τις κλινικές ομάδες και 0,60–0,90 για τον μη κλινικό πληθυσμό. Επιπρόσθετα, η εγκυρότητά της σε σχέση με ένα εξωτερικό κριτήριο για την κατάθλιψη, όπως η κλινική διάγνωση, θεωρείται ικανοποιητική. Όσον αφορά στην ερμηνεία της βαθμολογίας στη BDI θεωρείται ότι τιμές μεγαλύτερες ή ίσες του 14 υποδηλώνουν την ύπαρξη από ήπιας έως σοβαρής κατάθλιψης.²⁴

Τέλος, δεδομένης της αυξανόμενης βιβλιογραφίας για το ρόλο των προειδοποιητικών σημείων στην αυτοκτονική συμπεριφορά διερευνήθηκε, μέσω συνέντευξης με τους ασθενείς και το οικογενειακό τους

περιβάλλον, η παρουσία ή όχι των ακόλουθων οκτώ προειδοποιητικών σημείων για την αυτοκτονία: εσωτερική κούραση, επιμένουσα ακεφιά, παρουσία πρόσφατου τραύματος στο ιστορικό, αλλαγή συμπεριφοράς, φόβος, εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων, κατάθλιψη και επιθετικότητα^{14,17,25–27} (πίνακας 1).

Αποτελέσματα

Όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και συγκεκριμένα ως προς το φύλο, παρατηρήθηκε ότι στο δείγμα υπερέβησε σαφώς ο γυναικείος πληθυσμός (76 γυναίκες) έναντι του ανδρικού (24 άνδρες) ($p < 0,01$), με διαφορά επίσης στην ηλικία (33,4 vs 39,8 έτη αντίστοιχα, $p < 0,05$) χωρίς όμως διαφορά ως προς την εκπαίδευση (11,5 vs 10,5 έτη σπουδών, NS).

Αναφορικά με την ηλικία, το σύνολο των ασθενών είχαν μέσο όρο ηλικίας 34,9 έτη ($\pm 14,9$), με το 50% του δείγματος να παρουσιάζει ηλικία μικρότερη των 32 ετών. Η μέση διάρκεια εκπαίδευσης του δείγματος σε έτη ήταν 11,3 ($\pm 3,0$), με ένα ποσοστό της τάξεως του 25% να έχει λάβει εκπαίδευση μόλις 6 ετών. Όσον αφορά στη BDI η μέση βαθμολογία των ασθενών ήταν 20,77 ($\pm 12,51$), με το 52% των ασθενών να παρουσιάζει βαθμολογία μεγαλύτερη από 20.

Η απασχόληση φάνηκε να συσχετίζεται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία με τους άνεργους να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά έναντι των εργαζομένων όσον αφορά στη βαθμολογία της BDI (26,3 \pm 11,8 έναντι 16,9 \pm 11,4, $t=3,5$, $P < 0,05$), (πίνακας 2).

Όσον αφορά σε στοιχεία που προέκυψαν, από την ημιδομημένη ψυχιατρική συνέντευξη διαπιστώθηκε

Πίνακας 1. Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης για την αυτοκτονία.

Εσωτερική κούραση
Επιμένουσα ακεφιά
Παρουσία πρόσφατου τραύματος στο ιστορικό
Αλλαγή συμπεριφοράς
Φόβος
Εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων
Κατάθλιψη
Επιθετικότητα

Πίνακας 2. Συγκρίσεις αποπειραθέντων αυτοκτονία σε σχέση με την απασχόληση και τη βαθμολογία στη BDI

	Μέσος όρος (M)	Αριθμός δείγματος (N)	Τυπική απόκλιση (SD)
*Εργαζόμενοι	16,978	46	11,4207
*Άνεργοι	26,333	33	11,8892
Συνταξιούχοι	24,143	7	9,1911
Μαθητές	19,286	14	14,4085
Σύνολο	20,770	100	12,5109

*Εργαζόμενοι vs άνεργοι, $t=-3,5$, $p<0,05$

ότι το 20% του δείγματος ανέφερε θετικό οικογενειακό ιστορικό για ψυχική νόσο.

Τέλος, τα αποτελέσματα σχετικά με τη διερεύνηση των Προειδοποιητικών Σημείων Επαγρύπνησης στους αποπειραθέντες ασθενείς συνοψίζονται στον πίνακα 3. Ένα ποσοστό της τάξεως του 80% του συνολικού δείγματος παρουσίαζε τουλάχιστον δύο Προειδοποιητικά Σημεία και μόνο το 11% των ασθενών δεν εμφάνιζε κανένα Προειδοποιητικό Σημείο.

Κατά μέσο όρο οι ασθενείς παρουσίαζαν τρία Προειδοποιητικά Σημεία (πίνακας 4). Η ακεφιά ήταν το Προειδοποιητικό Σημείο που παρουσιάστηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό (61%), ενώ ακολουθούσε η παρουσία πρόσφατου τραύματος στο ιστορικό, στο 53% του δείγματος. Αντιθέτως η εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων αφορούσε μόλις το 2% του πληθυσμού της μελέτης (πίνακας 5).

Πίνακας 3. Αριθμός προειδοποιητικών σημείων σε αποπειραθέντες αυτοκτονία

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστική συχνότητα
ΠΣ 0	11	11	11
ΠΣ 1	13	13	24
ΠΣ 2	16	16	40
ΠΣ 3	25	25	65
ΠΣ 4	17	17	82
ΠΣ 5	15	15	97
ΠΣ 6	1	1	98
ΠΣ 7	1	1	99
ΠΣ 8	1	1	100
Σύνολο	100	100	

Πίνακας 4. Αριθμός προειδοποιητικών σημείων κατά μέσο όρο στο σύνολο του δείγματος των αποπειραθέντων αυτοκτονία.

	N	Μικρότερος αριθμός	Μεγαλύτερος αριθμός	Μέσος όρος	SD
Προειδοποιητικά σημεία	100	0	8	2,84	1,716

Πίνακας 5. Ποσοστά εμφάνισης προειδοποιητικών σημείων (ΠΣ) στους αποπειραθέντες αυτοκτονία

	Ποσοστό εμφάνισης ΠΣ στο δείγμα (%)
Εσωτερίκευση	47
Ακεφιά	61
Πρόσφατο τραύμα	53
Αλλαγή συμπεριφοράς	18
Φόβος	27
Εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων	2
Κατάθλιψη	46
Επιθετικότητα	11

Η αναζήτηση συσχετίσεων ανάμεσα στα δημογραφικά στοιχεία, τη βαθμολογία στη BDI και στα Προειδοποιητικά Σημεία έδωσε τα ακόλουθα αποτελέσματα: Ισχυρή θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε –όπως ήταν άλλωστε αναμενόμενο– μεταξύ του αριθμού των προειδοποιητικών σημείων και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως αξιολογήθηκε μέσω της BDI ($p<0,01$), (πίνακας 6). Επίσης ισχυρή θετική συσχέτιση σημειώθηκε και ανάμεσα στην βαθμολογία στη BDI και στην ηλικία ($p<0,01$). Αντιθέτως, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα, τόσο στη βαθμολογία της BDI όσο και στον αριθμό προειδοποιητικών σημείων για αυτοκτονία. Επίσης, δεν παρατηρήθηκε καμία συσχέτιση ανάμεσα στην ύπαρξη προειδοποιητικών σημείων και στην ηλικία ή στα έτη εκπαίδευσης.

Συζήτηση

Τα Προειδοποιητικά Σημεία, ως γνωστόν, είναι παρόντα στη συμπεριφορά των ατόμων που πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας με υψηλή συ-

Πίνακας 6. Συσχετίσεις μεταξύ BDI, Αριθμού Προειδοποιητικών Σημείων, Ηλικίας και Εκπαίδευσης των αποπειραθέντων αυτοκτονία.

		Αριθμός προειδοποιητικών σημείων	BDI	Ηλικία
BDI	Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson	0,545**		
	Τιμή P (αμφίπλευρη)	0,00		
Ηλικία	Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson	0,141	0,235*	
	Τιμή P (αμφίπλευρη)	0,161	0,019	
Εκπαίδευση	Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης	-0,090	-0,065	-0,306**
	Τιμή P (αμφίπλευρη)	0,384	0,530	0,003

* Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05

** Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01

χνότητα και η έγκυρη και έγκαιρη αναγνώρισή τους από την πλευρά της οικογένειας, του ευρύτερου περιβάλλοντος και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δύναται να αποτελέσει σημαντικό τμήμα της πρόληψης των αυτοκτονιών.¹⁴

Οι παράγοντες αυξημένου κινδύνου για αυτοκτονία περιλαμβάνουν το ανδρικό φύλο, την εφηβεία και την ηλικία άνω των 65 ετών, ενώ όσον αφορά στις απόπειρες οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το γυναικείο φύλο, τη νεαρή ηλικία, τον άγαμο βίο, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και την ανεργία.^{8,28,29} Οι δημογραφικοί παράγοντες για τις απόπειρες αυτοκαταστροφής επιβεβαιώνονται και στο δείγμα της μελέτης μας σε ασθενείς που πραγματοποίησαν απόπειρα αυτοκτονίας, όπου φαίνεται ότι οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία σε μια αναλογία γυναικών/ανδρών ίση με 3:1.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται πως περισσότερο από το 90% των θυμάτων αυτοκτονίας παρουσίαζαν κάποια ψυχιατρική διαταραχή κατά την περίοδο του

θανάτου.^{30,31} Παρά ταύτα οι περισσότεροι ψυχιατρικοί ασθενείς δεν διαπράττουν απόπειρα αυτοκτονίας.^{32,33} Συνεπώς η ύπαρξη μιας ψυχιατρικής διαταραχής αποτελεί απαραίτητη αλλά όχι και ικανή συνθήκη για την αυτοκτονία.³⁴ Σε συμφωνία με τα παραπάνω, μόνο το 20 % των ασθενών της μελέτης είχαν θετικό ψυχιατρικό ιστορικό. Ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές, οι συναισθηματικές και ψυχωσικές διαταραχές, η χρήση αλκοόλ ή/και ουσιών και οι διαταραχές προσωπικότητας και ελέγχου των παρορμήσεων ενέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία ή παρααυτοκτονικές συμπεριφορές,^{28,34-36} ενώ η παρουσία πολλαπλών ψυχιατρικών διαταραχών συνδέεται με ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο.³⁷

Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς με κατάθλιψη έχουν 10-20 φορές υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας από το γενικό πληθυσμό,³⁸ ενώ οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν σε ποσοστό 40% και σε ποσοστό 10% πραγματοποιούν μια ολοκληρωμένη αυτοκτονία.³⁹ Στην παρούσα μελέτη 20% των ασθενών είχαν ατομικό ιστορικό κατάθλιψης, ενώ κανένας ασθενής δεν ανήκε στο σχιζοφρενικό φάσμα.

Στους ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί, η περίοδος αμέσως μετά το εξιτήριο είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, καθώς υπολογίζεται ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν 100 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό,⁴⁰ και για το λόγο αυτό 10 ασθενείς χρειάστηκε και αποδέχθηκαν να νοσηλευτούν στην Ψυχιατρική Κλινική.

Επίσης, οφείλει να τονιστεί ότι το αλκοόλ συνυπήρχε σε ποσοστό 30% των αποπειρών ως μέσο υποβοήθησης της απόπειρας χωρίς διαπιστωμένη διαταραχή κατάχρησης/εξάρτησης από το αλκοόλ.

Ο πληθυσμός της μελέτης παρουσίασε μεγάλη διακύμανση γύρω από το μέσο όρο στις μεταβλητές που εξετάστηκαν, γεγονός που υπογραμμίζει την ύπαρξη ανομοιογένειας στο δείγμα. Έτσι, όσον αφορά στην καταθλιπτική συμπτωματολογία, συνυπάρχουν στο δείγμα άτομα με κλινικά σημαντική κατάθλιψη (με βαθμολογία BDI μεγαλύτερη του 21), και άτομα με υποκλινική συμπτωματολογία. Είναι συνεπώς πιθανό, ιδιαίτερα στα άτομα αυτά να λαμβάνουν μεγαλύτερη βαρύτητα παράγοντες που σχετίζονται με την παρορμητικότητα. Πράγματι, μελέτες που έχουν επι-

κεντρωθεί στις απόπειρες αυτοκτονίας, έχουν δείξει ότι το 75% των αποπειραθέντων χρειάστηκαν λιγότερη από μία ώρα για να λάβουν την απόφαση, τονίζοντας έτσι το ρόλο της παρορμητικότητας.⁴¹ Πιθανόν η παρορμητικότητα να παίζει σημαντικό ρόλο για το γεγονός ότι, όπως αναφέρθηκε ήδη στη μέθοδο, το σύνολο των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, μετά την απόπειρα νοσηλεύτηκαν σε Παθολογικό Τμήμα και για κανένα δεν χρειάστηκε νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η σοβαρότητα της απόπειρας συχνά σχετίζεται με την ένταση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, αλλά και με το βαθμό σχεδιασμού της. Είναι προφανές ότι στην παρούσα μελέτη οι απόπειρες δεν παρουσίαζαν μεγάλο βαθμό επικινδυνότητας για τη ζωή του ασθενούς, και στην πλειοψηφία ήταν μέσης βαρύτητας αφού απαιτούσαν τη νοσηλεία του ασθενούς, αλλά όχι εντατική παρακολούθηση.

Όσον αφορά στη διερεύνηση των Προειδοποιητικών Σημείων, παρατηρείται αυξημένη παρουσία «ακεφιάς» στη μελέτη. Πράγματι, το 61% των ασθενών αναφέρει «ακεφιά», η οποία ως Προειδοποιητικό Σημείο φαίνεται να συνάδει με την ύπαρξη ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου όπως το αίσθημα απελπισίας,⁴² η ανηδονία,⁴³ η παρορμητικότητα⁴⁴ και η υψηλή συναισθηματική αντίδραση.⁴⁵ Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι οι παραπάνω παράγοντες προκαλούν άγχος και οδύνη σε βαθμό αβάσταχτο για το άτομο, με αποτέλεσμα αυτό να επιδιώκει να ξεφύγει μέσω της αυτοκτονίας.^{37,45}

Η παρουσία «τραύματος» στο ιστορικό αναφέρεται τόσο σε ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής όσο και σε ενδοψυχικούς παράγοντες. Στη μελέτη η ύπαρξη «τραύματος» στο ιστορικό ως Προειδοποιητικό Σημείο ήταν ιδιαίτερα συχνή με το 53% του δείγματος να αναφέρει ψυχοπιεστικά γεγονότα. Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς προτείνουν ένα προδιαθεσικό για το στρες (diathesis-stress) μοντέλο, στο οποίο οι ψυχιατρικοί, ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες προδιαθέτουν ένα άτομο όσον αφορά στην αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής αλληλεπιδρούν με τους παράγοντες αυτούς αυξάνοντας τον κίνδυνο. Σε συμφωνία με αυτό το μοντέλο, οι αυτοκτονικές συμπεριφορές συχνά

έπονται ψυχοπιεστικών γεγονότων που περιλαμβάνουν οικογενειακές και συναισθηματικές/ερωτικές συγκρούσεις καθώς και νομικά ή πειθαρχικά προβλήματα, ιδιαίτερα σε ευάλωτους ψυχισμούς.⁴⁶ Στρεσογόνοι παράγοντες πιο «μακρινοί», όπως οι περιγεννητικές συνθήκες και η παιδική κακοποίηση έχουν επίσης συσχετιστεί με επακόλουθη αυτοκτονική συμπεριφορά και την προαναφερθείσα ψυχική ευαλωτότητα.⁴⁷ Οι εν λόγω παράγοντες, ωστόσο, δεν διερευνήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Επιπρόσθετα, οι ασθενείς της μελέτης εμφάνισαν σε αρκετά υψηλό ποσοστό «κατάθλιψη» και «εσωτερικήυση» ως Προειδοποιητικά Σημεία. Συγκεκριμένα το 46% του δείγματος ανέφερε «κατάθλιψη», ενώ το 47% «εσωτερικήυση». Η εσωτερικήυση μπορεί να θεωρηθεί μέρος της καταθλιπτικής διεργασίας κατά την οποία λαμβάνει χώρα μια στροφή του ατόμου προς τον εαυτό του. Τα δύο Προειδοποιητικά αυτά Σημεία βρίσκονται σε συνάφεια με τα ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν τον υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας σε ασθενείς με κατάθλιψη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.³⁸

Αντιθέτως, τα υπόλοιπα Προειδοποιητικά Σημεία δεν παρουσιάστηκαν με ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα. Έτσι, «φόβος» ανέφερε το 27% του δείγματος ενώ «αλλαγή συμπεριφοράς», «επιθετικότητα» και «εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων» εκδήλωσε το 18%, 11% και 2% αντίστοιχα.

Ακόμη, όσον αφορά στην απασχόληση και την καταθλιπτική συμπτωματολογία παρατηρήθηκε ότι η βαθμολογία της BDI ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στους ανέργους σε σχέση με τους εργαζόμενους αποπειραθέντες. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει στον πληθυσμό της μελέτης τη σχέση μεταξύ απασχόλησης και κατάθλιψης, καθώς επίσης και τη συμμετοχή της ανεργίας στους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά.^{28,29,8}

Τέλος, όπως είναι αναμενόμενο, η αύξηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας η οποία αξιολογείται από την κλίμακα Beck Depression Inventory (BDI) συνδέεται με αυξημένη παρουσία Προειδοποιητικών Σημείων επαγρύπνησης, και στην παρούσα μελέτη συνδέεται επίσης με την αύξηση της ηλικίας.

Αξιοσημείωτο είναι, ότι μελέτες που έχουν βασιστεί σε διεξοδικές συνεντεύξεις με συγγενείς και στενούς φίλους ατόμων που έχουν αυτοκτονήσει αποδεικνύουν ότι το περιβάλλον του θύματος βρίσκει το θάνατό του από αυτοκτονία ανεξήγητο και συχνά αρνείται ότι είχε παρατηρήσει προειδοποιητικά σημεία για την αυτοκτονία.^{48,49} Αυτός είναι και ο λόγος που πολλοί ερευνητές θεωρούν την εκπαίδευση του στενού περιβάλλοντος του ασθενούς αλλά και γενικότερα του ευρύτερου κοινού απαραίτητη για την αποτελεσματικότερη συμμετοχή τους στην πρόληψη των αυτοκτονιών.^{14,17}

Συμπερασματικά, άτομα που πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας παρουσιάζουν σε υψηλό ποσοστό Προειδοποιητικά Σημεία, τα οποία όμως διαφεύγουν της προσοχής και της αναγνώρισης από το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών. Η χρήση των Προειδοποιητικών Σημείων είναι δυνατόν να συνεισφέρει σημαντικά στην καθημερινή κλινική πρακτική. Η ταυτοποίηση παρατηρήσιμων

Προειδοποιητικών Σημείων που υποδηλώνουν την κλιμάκωση της απελπισίας και της αυτοκτονικής πρόθεσης και αυξάνουν τον προσεχή κίνδυνο αποτελεί μια ουσιαστική πρόοδο στο πεδίο της επιστήμης που μελετά την αυτοκτονικότητα. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να εντάξουν τα Προειδοποιητικά Σημεία στην ψυχοεκπαίδευση των οικογενειών των ασθενών με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, προκειμένου να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν εγκαίρως τα Προειδοποιητικά Σημεία της αυτοκτονικότητας και έτσι να μπορούν να παρέμβουν άμεσα προστατεύοντας τους ασθενείς.

Όσον αφορά στις μελλοντικές έρευνες στο αντικείμενο αυτό, θα πρέπει να εξεταστεί αν σημαντικοί βιολογικοί παράγοντες οι οποίοι παρέχουν στοιχεία υπέρ της πιθανής συμβολής κληρονομικών γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη αυτοκτονικών συμπεριφορών⁵⁰ μπορούν να δώσουν στοιχεία πρόβλεψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και να συνδεθούν ενδεχομένως με την ύπαρξη συγκεκριμένων Προειδοποιητικών Σημείων.

Suicide attempts in the General Hospital and warning signs

G. Moussas,¹ K. Tournikioti,¹ A. Tselebis,² E. Rizos,¹ D. Bratis,² K. Vasila-Demi²

¹2nd Department of Psychiatry, "Attikon" University General Hospital, University of Athens, Athens

²Department of Psychiatry, "Sotiria" General Hospital for Chest Diseases, Athens, Greece

Psychiatriki 2009, 20:153–161

Suicide represents a major public health issue and much research is focusing on the prevention and management of suicidal behavior. The present study aims at the assessment of Warning Signs of Suicide. For this purpose, 100 patients admitted for attempted suicide in Sotiria General Hospital have been included in the study. All patients have been examined through a semi-structured psychiatric interview, the somministration of Beck Depression Inventory (BDI) and the assessment of the following Warning Signs: Internalization, Feeling gloomy, Presence of recent trauma in the patient's history, Change of behavior, Fear, Giving gifts, Depression and Aggression. The results showed that 80% of the sample presented at least two warning signs whereas only 10% of the patients had no warning signs. Moreover, a strong correlation was observed between the total score of depression as assessed with the BDI Scale and the number of Warning Signs. Warning Signs are present with a high percentage in patients who attempt suicide and many authors suggest that they should be included in suicide prevention. Therefore, it is important for all mental health clinicians to integrate the assessment of Warning Signs into their practices and to educate both patients and family members to recognize them.

Key words: Suicide attempt, warning signs for suicide, prevention, depression

Βιβλιογραφία

- World Health Organization. *Suicide prevention (SUPRE)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2007. (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
- Centers for Disease Control and Prevention. Advance report of final mortality statistics. *Monthly Vital Statist Report* 1993, 41:1-52
- Plutchik R & van Praag HM. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress Neuropsychopharmacol Biologic Psychiatry* 1989, 13:(Suppl):23-34
- Leon AC, Friedman RA, Sweeney JA, Brown RP, Mann JJ. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. *Psychiatry Res* 1990, 31:99-108
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry* 2002, 181:193-199
- Douglas J, Cooper J, Amos T, Webb R, Guthrie E, Appleby L. "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *J Affect Disord* 2004, 79:263-268
- Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry* 2004, 185:70-75
- Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2002, 7:6-8
- Jenkins R. Addressing suicide as a public health problem. *Lancet* 2002, 359:813-14
- Pescosolido BA, Mendelsohn R. Social causation or social construction of suicide? An investigation into the social organization of official rates. *Am Sociol Rev* 1986, 51:80-101
- Ierodiakonou CS, Iakovides A, Ierodiakonou-Benou I. *Psychopathology* 1998, 31:281-292
- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006, 3:e442. (Electronic article)
- Murray CL, Lopez AD eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996
- Rudd MD. Suicide Warning Signs in Clinical Practice. *Curr Psychiatry Report* 2008, 10:87-90
- Lee TH. Planning pays off if a heart attack strikes. *Harv Heart Lett* 2004, 14:1-3
- Peterson JL, Newman R. Helping to curb youth violence: the APA-MTV "warning signs" initiative. *Profession Psychol: Research Pract* 2000, 31:509-514
- Rudd MD, Berman L, Joiner TE et al. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical application. *Suicide Life Threat Behav* 2006, 36:255-262
- Hosansky D. Youth suicide: Should government fund more prevention programs? *CQ Researcher* 2004, 127-147
- Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Amer Acad Child Adol Psychiatr* 2003, 42:386-405
- Beck AT, Steer RA. *Manual for the revised beck depression inventory*. San Antonio TX, Psychological Corporation 1987
- Moussas GI, Tselebis A, Karkanas A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry* 2008, 7:7
- Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burnout versus depression and sense of coherence: A study in Greek nursing staff. *Nurs Health Scien* 2001, 3:69-71
- Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, Ingram RE. Issues and recommendations regarding the use of Beck Depression Inventory. *Cognit Ther Research* 1987, 11, 3:289-299
- Ντώνιας Σ, Δεμερτζής Ι. Στάθμιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck. *Πρακτικά 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νευρολογίας και Ψυχιατρικής* 1983, 1, 486-492
- <http://www.suicidology.org>
- <http://www.afsp.org>
- <http://www.suicide.org>
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2008, 192:98-105
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999, 29:9-17
- Barracough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. One hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974, 125:355-373
- Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH Jr, Gassner S, Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1979, 49:888-899
- Jamison KR (1986). Suicide and bipolar disorders. *Ann NY Acad Sci* 1986, 487:301-315
- Johns CA, Stanley M, Stanley B. Suicide in schizophrenia. *Ann NY Acad Sci* 1986, 487:294-300
- Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *Am J Psychiatry* 1999, 156:181-189
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56:617-626
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53:339-348
- Hawton K, Cole D, O'Grady J et al. Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 1982, 141:286-291
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta analysis. *Br J Psych* 1997, 170:205-228
- Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyrer CR. Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psych* 1997, 154:199-204
- Chipps J, Stewart G, Sayer G. Suicide mortality in NSW: clients of mental health services. *NSW Publ Health Bull* 1995, 6:75-81
- Wyder M. *Understanding deliberate self harm. A qualitative inquiry into attempted suicide*. Thesis. University of Western Sydney, 2005
- Beck AT, Steer RA, Kovacs M et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985, 142:559-563
- Nock MK, Kazdin AE. Examination of affective, cognitive and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002, 31:48-58

44. Zouk H, Tousignant M, Seguin M et al. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *J Affect Disord* 2006, 92:195–204
45. Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci* 2001, 932:94–102
46. Brent DA, Perper JA, Moritz G et al. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide Life Threat Behav* 1993 23:179–187
47. Salk L, Lipsitt LP, Sturner WQ et al. Relationship of maternal and perinatal conditions to eventual adolescent suicide. *Lancet* 1985, 1:624–627
48. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psych* 1974, 125:355–373
49. Brent DA, Perper JA, Kolko DJ, Zelenak JP. The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolescent Psych* 1988, 27:362–366
50. Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of suicide: an overview. *Harv Rev Psychiatry* 2004, 12:1–13

Αλληλογραφία: Γ. Μουσσάς, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ρίμνι 1, Χαϊδάρι 124 62,
e-mail: gmpsuo@gmail.com
Τηλ: 210-5832448, 210-5832420, 694 443 1690, Fax: 210-5326453

Ερευνητική εργασία Research article

Οι κανόνες ασφαλείας στα τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας

Ε. Κούκια,¹ Ε. Γιαννούλη,² Ν. Γκόνης,³ Α. Δουζένης⁴

¹Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα,

^{3,4}Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο, «Αττικόν», Αθήνα

Ψυχιατρική 2009, 20:162–170

Η έρευνα αυτή αφορά στην καταγραφή των μέτρων ασφαλείας που υπάρχουν στα τμήματα βραχείας νοσηλείας των ψυχιατρικών νοσοκομείων στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Επίσης αναφέρονται οι πρακτικές ελέγχου και οι εξετάσεις που διενεργούνται στους αρρώστους κατά τη νοσηλεία τους από τους επαγγελματίες υγείας. Η μελέτη συμπεριέλαβε στοιχεία από 14 τμήματα βραχείας νοσηλείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στους ελέγχους και στις απαγορεύσεις που πραγματοποιούνται. Επιπλέον, το κύριο χαρακτηριστικό ήταν η έλλειψη κανόνων και μέτρων ασφαλείας, με αποτέλεσμα οι συνθήκες εργασίας να επιβαρύνονται σημαντικά. Θέματα που έθιξαν οι εργαζόμενοι ήταν η έλλειψη νομοθετικού πλαισίου, κανόνων και στρατηγικών που να προάγουν την ασφάλεια του αρρώστου, των επαγγελματιών υγείας και του θεραπευτικού πλαισίου.

Λέξεις ευρητηρίου: Κανόνες ασφαλείας, μέτρα ασφαλείας, τμήμα βραχείας νοσηλείας, απαγορευμένα αντικείμενα

Εισαγωγή

Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία εφαρμόζουν σειρά πολιτικών και διαδικασιών που αφορούν σε θέματα ασφάλειας. Αν και είναι προφανής η ανάγκη για αυξανόμενη ασφάλεια στα νοσοκομεία και για μονάδες καλά σχεδιασμένες απ' την αρχή, μικρός αριθμός ερευνών έχει ασχοληθεί με την αναζήτηση συγκεκριμένων μέτρων ασφαλείας. Το προσωπικό ψυχικής υγείας πρέπει να εργάζεται σε ασφαλές περιβάλλον, που να επιτρέπει την παροχή θεραπευτικής φροντίδας στον ασθενή. Υπάρχει ανάγκη να προστατευτούν οι ευάλωτοι ασθενείς, τα περιουσιακά τους στοιχεία, το προσωπικό υγείας αλλά και σε μερικές περιπτώσεις το σύνολο της κοινωνίας, από βίαιους ασθενείς.¹

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής αποτελεί το πρόσωπο-κλειδί στη διατήρηση της ασφάλειας του ασθενούς αλλά και γενικότερα του τμήματος ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Όσον αφορά στα βίαια επεισόδια που μπορεί να προκαλέσει ο άρρωστος, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να γνωρίζει πώς να εκτιμά αποτελεσματικά τον δυνητικό κίνδυνο και οι παρεμβάσεις να επικεντρώνονται στην πρόληψη της έτερο- ή αυτοκαταστροφής. Και στις δύο περιπτώσεις η αποτελεσματική νοσηλευτική διαχείριση σχετίζεται με την εφαρμογή συγκεκριμένων κανόνων ασφαλείας στην ψυχιατρική κλινική. Επιπλέον η απομόνωση και ο περιορισμός του δυνητικά βίαιου αρρώστου δεν έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί την πιο αποτελεσματική παρέμβαση. Το γεγονός αυτό επιβάλλει την υιοθέτηση και εναλλακτικών μέτρων ασφαλείας, π.χ προληπτικός έλεγχος κατά την εισαγωγή του αρρώστου.^{2,3}

Οι νοσηλευτές είναι τα συχνότερα θύματα βίαιων επεισοδίων, απειλών, προσβολών και επιθετικότητας από τον ψυχικά άρρωστο. Η αυξημένη επικινδυνότητα για βία δημιουργεί στους νοσηλευτές την αίσθηση της ανασφάλειας και αυξάνει την εργασιακή ένταση.^{1,4-6}

Επίσης τα επεισόδια αυτά σχετίζονται με χρήση ουσιών ή φαρμακευτική κατάχρηση από τον άρρωστο. Προηγούμενες μελέτες έχουν προσδιορίσει διάφορα στοιχεία που προάγουν την αίσθηση ασφάλειας στο προσωπικό, όπως η εκπαίδευση στην εκτίμηση κινδύνου ή σε στρατηγικές πρόληψης και παρέμβασης αλλά και υιοθέτηση συγκεκριμένων μέτρων. Έρευνες

κατέδειξαν ότι η χρήση κινητών τηλεφώνων και οι ατομικοί συναγερμοί που φέρει ο νοσηλευτής επάνω του λειτουργούν προστατευτικά.^{6,7}

Στα ελληνικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, η έλλειψη νομοθετικών πλαισίων που να αφορούν στους κανόνες και στα μέτρα ασφάλειας προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία. Η αυξανόμενη βία στα διάφορα νοσοκομειακά πλαίσια και ο υψηλός κίνδυνος σωματικής επίθεσης που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές έχουν δημιουργήσει την ανάγκη για έρευνα που αφορά στα τρέχοντα μέτρα ασφάλειας στις ψυχιατρικές κλινικές βραχείας νοσηλείας στην Αθήνα-Ελλάδα.

Πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι στον ελλαδικό χώρο τα ψυχιατρικά νοσοκομεία διαθέτουν μόνο «Τμήματα Βραχείας Νοσηλείας», χωρίς τον ευδιάκριτο διαχωρισμό από τα τμήματα οξέων και επειγόντων περιστατικών όπως συμβαίνει στα νοσοκομεία του εξωτερικού.^{1,3,7} Υπάρχουν μόνο δύο τμήματα, με την ονομασία «επείγοντων» και «οξέων» αντίστοιχα, που όμως οι κανόνες λειτουργίας τους δεν έχουν καμία διαφορά από τα «βραχείας» νοσηλείας.

Τα τμήματα Βραχείας Νοσηλείας στη Ελλάδα εμπειρεύουν τον ρόλο των «οξέων και επειγόντων», δηλαδή την εισαγωγή οξέων περιστατικών που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας λόγω της πιθανής επικινδυνότητας (αυτο- ή έτερο-) ή της έξαρσης των συμπτωμάτων. Στο σύνολο των τμημάτων δεν υπάρχει νομοθετική ρύθμιση που να καθορίζει την παραμονή του αρρώστου, η οποία μπορεί να κυμαίνεται από ημέρες έως μήνες.

Για το λόγο αυτό στην παρούσα εργασία, με τον όρο «Τμήματα Βραχείας Νοσηλείας» περιλαμβάνουμε όλα τα τμήματα που πραγματοποιείται εισαγωγή και φροντίδα κρίσιμων ψυχιατρικών περιστατικών.

Οι στόχοι της μελέτης ήταν:

- α. Να εκτιμηθούν τα προληπτικά μέτρα ασφάλειας που λαμβάνονται απ' τις ψυχιατρικές νοσηλεύτριες (τες) στην εισαγωγή και κατά τη νοσηλεία των ασθενών.
- β. Να προσδιορισθούν οι πολιτικές (μέτρα) ασφαλείας που υπάρχουν και εφαρμόζονται τώρα στις ψυχιατρικές κλινικές βραχείας νοσηλείας.
- γ. Να καταγραφούν επιπλέον πληροφορίες απ' τις νοσηλεύτριες(ες).

Υλικό και μέθοδος

Χώρος διεξαγωγής της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους νοσηλευτές δεκατεσσάρων τμημάτων βραχείας νοσηλείας. Τα πέντε ήταν τμήματα ανοιχτού τύπου νοσηλείας και τα 9 κλειστού τύπου νοσηλείας. Στα εννέα τμήματα η κεντρική πόρτα παραμένει συνεχώς κλειστή και στα πέντε κλείνει τουλάχιστον μία φορά την ημέρα. Στο σύνολο των τμημάτων οι εισαγωγές των αρρώστων γίνονται κυρίως από την 24ωρη εφημερία επειγόντων περιστατικών. Ο μέσος αριθμός κρεβατιών για κάθε τμήμα είναι 26 και έξι τμήματα ανέφεραν την ύπαρξη θαλάμου απομόνωσης. Τα δώδεκα τμήματα είναι τμήματα μεικτής νοσηλείας και δύο δέχονται μόνο άνδρες.

Το ερωτηματολόγιο

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το ερωτηματολόγιο «Έρευνα για τους κανόνες ασφάλειας μίας ψυχιατρικής κλινικής» του Seamus Cowman (Ward Safety and Security Rules Survey).¹ Το μεταφρασμένο στα Ελληνικά Ερωτηματόγιο είναι στη διάθεση κάθε ενδιαφερόμενου από τους Έλληνες συγγραφείς.

Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από τρία κυρίως μέρη:

Μέρος Α: αναφέρεται στα αντικείμενα που απαγορεύονται για τυχόν αυτο- ή έτεροκαταστροφική συμπεριφορά. Οι ερωτηθέντες καλούνται να διαλέξουν μία απάντηση μεταξύ των «απαγορεύεται πάντα», «απαγορεύεται μερικές φορές» και «δεν απαγορεύεται ποτέ» σημειώνοντας με «ν» στην αντίστοιχη κυψέλη. Επίσης δίνεται ένας κενός χώρος για να συμπληρωθούν αντικείμενα που τυχόν δεν αναφέρονται, καθώς και οι λόγοι απαγόρευσης.

Μέρος Β: αναφέρονται οι κανόνες ασφαλείας του τμήματος καθώς και οι έλεγχοι και οι εξετάσεις που γίνονται στον άρρωστο κατά την εισαγωγή και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Οι ερωτηθέντες απαντούν με ένα «ν» στην κυψέλη που αντιστοιχεί σε ποια πρακτική ή σε ποιο στοιχείο ασφαλείας εφαρμόζεται ή υπάρχει αντίστοιχα, «πάντα», «μερικές φορές» ή «ποτέ».

Μέρος Γ: περιλαμβάνει στοιχεία σε σχέση με το κλείδωμα της πόρτας στα τμήματα και έναν κενό χώρο μίας σελίδας για να συμπληρωθεί ελεύθερα με σχόλια των ερωτηθέντων.

Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής. Χρησιμοποιήθηκε επίσης η ανάλυση περιεχομένου για να περιγραφούν και κατηγοριοποιηθούν τα κυριότερα αντικείμενα ή θέματα που αναφέρθηκαν από τους νοσηλευτές των τμημάτων στους αντίστοιχους κενούς χώρους του ερωτηματολογίου.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στη συνέχεια ανά κατηγορίες. Το χαρακτηριστικό των αποτελεσμάτων ήταν ότι παρατηρήθηκε σημαντική ποικιλομορφία μεταξύ των δεκατεσσάρων τμημάτων τόσο ως προς τα αντικείμενα που επιτρέπονται ή απαγορεύονται, όσο και ως προς τα χαρακτηριστικά και τις νοσηλευτικές πρακτικές ασφαλείας (πίνακας 1).

Με εξαίρεση τα αλκοολούχα ποτά, τα ναρκωτικά, τον σουγιά, τα ψαλίδια και τα όπλα που απαγορεύονται από το σύνολο των τμημάτων, σημειώθηκαν διαφορές ως προς τα υπόλοιπα αντικείμενα. Υπάρχουν αντικείμενα όπως τα ξυράφια, οι λίμες και τα διαλυτικά που απαγορεύονται πάντα ή μερικές φορές. Επίσης, για αντικείμενα όπως οι αναπτήρες, τα μολύβια, τα αρώματα και οι σακούλες δόθηκαν απαντήσεις που αντιστοιχούν και στους τρεις τύπους νοσηλευτικής πρακτικής (πίνακας 2).

Στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών δεν υπάρχει ανιχνευτής μετάλλων, ούτε γίνεται εξονυχιστικός έλεγχος του αρρώστου για τη μεταφορά επικίνδυνων αντικειμένων. Κάποιες φορές (50%) πραγματοποιείται αστυνομικός έλεγχος, όπως γίνεται στα αεροδρόμια. Η τσάντα, οι τσέπες του αρρώστου και ο προσωπικός του χώρος, ελέγχονται από την πλειοψηφία των κλινικών. Όσον αφορά στους επισκέπτες, οι απαντήσεις ποικίλουν (πίνακας 3).

Όσον αφορά στους κανόνες ασφαλείας π.χ. κλείδωμα της τουαλέτας, αφαίρεση των ταπών/πριζών ή χρήση και καταμέτρηση πλαστικών πιάτων/μαχαιροπήρουνων, παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές έδωσαν απαντήσεις που αντιστοιχούσαν και στις τρεις απα-

Πίνακας 1. Απαγορευμένα αντικείμενα.

Αντικείμενο	Απαγορεύεται πάντα		Απαγορεύεται μερικές φορές		Δεν απαγορεύεται ποτέ	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Αλκοολούχα ποτά	14	100,0	-	-	-	-
Μπαταρίες			10	71,4	4	28,6
Ξυράφια μιας χρήσης	8	57,1	6	42,9	-	-
Σύρματα/καλώδια	11	78,6	3	21,4	-	-
Παράνομα ναρκωτικά	14	100,0	-	-	-	-
Αναπήρες/σπίρτα	3	21,4	8	57,1	3	21,4
Φάρμακα/χάπια	14	100,0	-	-	-	-
Λίμες	10	71,4	4	28,6	-	-
Μολύβια/στυλό	2	14,3	7	50,0	5	35,7
Σουγιάς	14	100,0	-	-	-	-
Άρωμα/after shave	3	21,4	8	57,1	3	21,4
Πλαστικές σακούλες	5	35,7	5	35,7	4	28,6
Λεπίδες ξυραφιού	13	92,9	1	7,1	-	-
Ψαλίδια	14	100,0			-	-
Διαλυτικά (π.χ. κόλλα, υγρό αναπήρα)	13	92,9	1	7,1		
Όπλα	14	100,0	-	-	-	-

Πίνακας 2. Έλεγχοι που διενεργούνται από τους νοσηλευτές.

Έλεγχοι	Πάντα		Μερικές φορές		Ποτέ	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Τσάντας	13	92,9	1	7,1	-	-
Τσέπες	12	85,7	2	14,3	-	-
«Αστυνομικός»	-	-	7	50,0	7	50,0
«Εξονυχιστικός»	-	-	-	-	14	100,0
Με ανιχνευτή μετάλλων	-	-	-	-	14	100,0
Κατά την επιστροφή από άδεια	4	28,6	9	64,3	-	-
Προσωπικών χώρων	8	57,1	6	42,9	-	-
Επισκεπτών	3	21,4	8	57,1	3	21,4

Πίνακας 3. Κανόνες ασφαλείας τμήματος.

Κανόνες	Πάντα		Μερικές φορές		Ποτέ	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Τουαλέτες κλειδωμένες	4	28,6	8	57,1	2	14,3
Τουαλέτες χωρίς τάπες/πρίζες	4	28,6	4	28,6	6	42,9
Πλαστικά πιάτα	3	21,4	8	57,1	3	21,4
Πλαστικά μαχαιροπίρουνα	3	21,4	9	64,3	2	14,3
Πλαστικά ποτήρια	6	42,9	6	42,9	2	14,3
Ντουλάπι καθαριότητας κλειδωμένο	11	78,6	3	21,4	-	-
Πρόσβαση σε βραστό νερό	1	7,1	2	14,3	11	78,6
Καταμέτρηση μαχαιριών	10	71,4	3	21,4	1	7,1

ντήσεις (πραγματοποιούνται πάντα, μερικές φορές, ποτέ) (πίνακες 4,5).

Στο σύνολο των τμημάτων πραγματοποιούνται εξετάσεις για τη χρήση ουσιών μόνο κατά την εισαγωγή. Η τυχαιοποιημένη εξέταση των αρρώστων γίνεται μερικές φορές. Επίσης οι νοσηλευτές των τμημάτων φάνηκαν να είναι πιο ανεκτικοί στη χρήση οινοπνεύματος καθώς παρατηρήθηκε ένας σημαντικός αριθμός τμημάτων στα οποία δεν γίνονται ποτέ εξετάσεις για οινόπνευμα π.χ. κατά την εισαγωγή του αρρώστου (37,7%), στην επιστροφή από την έξοδο (35,7), τυχαιοποιημένη (50%) ή βάσει υποψιών (21,4%). Επίσης πρέπει να επισημανθεί ότι όσον αφορά στο αλκοόλ οι απαντήσεις αφορούσαν μόνο τις αιματολογικές εξετάσεις, καθώς δεν γίνονται ποτέ εξετάσεις αναπνοής.

Μέτρα ασφαλείας στο κάθε τμήμα/νοσοκομείο

Οι νοσηλευτές των τμημάτων ερωτήθηκαν για ένα σύνολο δεκαέξι στοιχείων ασφαλείας. Βρέθηκε ότι το 50% διέθετε σύστημα ενδοσυνεννόησης στην είσοδο της κλινικής. Μόνο τρεις (21,4%) κλινικές ανέφεραν την ύπαρξη συναγερμού εκτάκτου ανάγκης στο νοσηλευτικό γραφείο και έξι (42,9%) συναγερμό που ακούγεται σε όλο το νοσοκομείο.

Στο 78,6% των κλινικών οι φρουροί ανταποκρίνονται στην κλήση από τους νοσηλευτές αν παραστεί ανάγκη. Μόνο σε μία κλινική διώκονται οι άρρωστοι αν διενεργήσουν βίαιη επίθεση. Οι νοσηλευτές στο σύνολο των κλινικών αρνούνται την είσοδο στους συγγενείς, όταν δημιουργούν προβλήματα.

Επίσης κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούν κάποια στοιχεία ασφαλείας που δεν υπάρχουν σε κανένα από τα τρία νοσοκομεία:

- Σύστημα αναγνώρισης με κάρτα/κλειδί
- Ατομικοί συναγερμοί εκτάκτου ανάγκης
- Κλειστό κύκλωμα τηλεόρασης.

Επιπλέον αντικείμενα που αναφέρθηκαν από τους νοσηλευτές των τμημάτων:

- Πολύμπριζο: απαγορεύεται πάντα λόγω κινδύνου για απόπειρα
- Ζώνες ρούχων: απαγορεύονται πάντα λόγω κινδύνου για απόπειρα
- Κορδόνια παπουτσιών: απαγορεύονται μερικές φορές λόγω κινδύνου για απόπειρα
- Γυαλιά ηλίου-μυωπίας-τσιγάρα-καλσόν-κασκόλ: δεν απαγορεύονται ενώ είναι επικίνδυνα

Πίνακας 4. Εξετάσεις και έλεγχος για χρήση ουσιών.

Εξετάσεις ουρολογική/αιματολογική	Πάντα		Μερικές φορές		Ποτέ	
	N	%	N	%	N	%
Κατά την εισαγωγή	14	100,0	-	-	-	-
Επιστροφή από έξοδο	2	14,3	11	78,6	1	7,1
Τυχαιοποιημένη	-	-	14	100,0	-	-
Βάσει υποψιών	13	92,9	1	7,1	-	-
Αναφορά στην αστυνομία	2	14,3	6	42,9	6	42,9

Πίνακας 5. Εξετάσεις και έλεγχος για χρήση οινοπνεύματος.

Εξετάσεις ουρολογική/αιματολογική	Πάντα		Μερικές φορές		Ποτέ	
	N	%	N	%	N	%
Κατά την εισαγωγή	5	35,7	4	28,6	5	35,7
Επιστροφή από έξοδο	1	7,1	8	57,1	5	35,7
Τυχαιοποιημένη	-	-	7	50,0	7	50,0
Βάσει υποψιών	7	50,0	4	28,6	3	21,4

Θέματα που τέθηκαν από τους νοσηλευτές των τμημάτων:

1. Οι νοσηλευτές από το σύνολο των τμημάτων επεσήμαναν ότι τα μέτρα ασφαλείας είναι ελλιπέστατα, με αποτέλεσμα να εργάζονται σε συνθήκες αυξημένης επικινδυνότητας.
2. Ανέφεραν ότι οι απαγορεύσεις και οι έλεγχοι των ασθενών γίνονται συνήθως κατά περίπτωση και αφού έχει προηγηθεί απόπειρα του αρρώστου ή αν αναφέρεται στο ιστορικό του (π.χ. προηγηθείσα χρήση ουσιών).
3. Τόνισαν την έλλειψη νομοθετικής κάλυψης κατά την κλινική πρακτική.
4. Το κυριότερο θέμα που τονίσθηκε ήταν ότι στην καθημερινή πρακτική, ελάχιστοι κανόνες ασφαλείας τηρούνται με ακρίβεια από το σύνολο των νοσηλευτών. Φάνηκε ότι ο κάθε νοσηλευτής ενεργεί συνήθως ατομικά σε σχέση με τις απαγορεύσεις που θέτει στον αρρώστο ή στις εξετάσεις που προτείνει να γίνουν. Στη συνέχεια ενημερώνει τη θεραπευτική ομάδα και κάποιες αποφάσεις λαμβάνονται στη συνέχεια σε συνεργασία με τον υπεύθυνο ιατρό.

Συζήτηση

Κατ' αρχάς ως μειονέκτημα της εργασίας θα πρέπει να αναφερθεί το γεγονός της έλλειψης συστηματικής στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων, πράγμα που οφείλεται στο μικρό αριθμό πληροφοριών που καταχωρήθηκαν.

Εν τούτοις, η μελέτη αυτή αποτελεί την πρώτη ερευνητική προσπάθεια να καταγραφούν τα στοιχεία ασφαλείας και οι πρακτικές που εφαρμόζονται στις ψυχιατρικές μονάδες βραχείας νοσηλείας στον Ελλαδικό χώρο. Τα σημαντικότερα ευρήματα ήταν: 1. Η διαπίστωση ότι υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των τμημάτων ως προς τις πρακτικές που εφαρμόζονται καθώς και τα μέτρα ασφαλείας 2. Στα Τμήματα Βραχείας Νοσηλείας, αν και είναι στην ουσία Τμήματα Επειγόντων και Οξέων περιστατικών για την Ελλάδα, οι κανόνες ασφαλείας τους είναι ελλιπέστατοι.

Οι Bowers et al¹ διενήργησαν την πρώτη ολοκληρωμένη μελέτη που αφορούσε στα μέτρα ασφαλείας των ψυχιατρικών νοσοκομείων στην ευρύτερη περιοχή του Λονδίνου. Η τάση που παρατηρήθηκε είναι

ότι στις περισσότερες κλινικές η πόρτα παραμένει κλειστή ή υπάρχει 24ωρη αστυνομική ασφάλεια.

Στα τμήματα της παρούσας έρευνας, η πρώτη διαφορά που παρατηρήθηκε ήταν ότι αν και στο σύνολο των τμημάτων νοσηλεύονται άρρωστοι με ψυχικό πρόβλημα σε οξεία συνήθως φάση με ή χωρίς επικινδυνότητα, στα εννέα τμήματα η κεντρική πόρτα παραμένει συνεχώς κλειστή και στα πέντε κλείνει τουλάχιστον μία φορά την ημέρα. Το θέμα του κλεισίματος της πόρτας του τμήματος αποτελεί αντικείμενο συζήτησης τα τελευταία χρόνια. Έχει θεωρηθεί ότι περιορίζει την ελευθερία του αρρώστου και έχει ενταχθεί σε ένα γενικότερο πλαίσιο συζητήσεων, που αφορούν την εισαγωγή του αρρώστου με ψυχικό νόσημα στο νοσοκομείο χωρίς τη συναίνεσή του και την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων κατά τη νοσηλεία του.⁸⁻¹⁰

Παρατηρήθηκε ότι οι μονάδες παρουσίασαν διαφορές ως προς τα αντικείμενα που απαγορεύονται ως επικίνδυνα για αυτο- ή ετεροκαταστροφική συμπεριφορά. Από την ανάλυση των σχολίων των νοσηλευτών διαφάνηκε ότι η διαδικασία απόφασης για το χαρακτηρισμό των αντικειμένων στηρίζεται στην προηγηθείσα εμπειρία της θεραπευτικής ομάδας (παρελθόντα περιστατικά), στο ιστορικό του αρρώστου ή σε πληροφορίες που δίνονται από το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου. Η συγκεκριμένη διαπίστωση έχει υποστηριχθεί και από την έρευνα των Bowers et al,¹¹ οι οποίοι διενήργησαν παρόμοια μελέτη σε κλινικές του Λονδίνου.

Η ίδια εικόνα διαφορετικών πρακτικών παρατηρήθηκε και στους κανόνες ασφαλείας των τμημάτων. Σημειώθηκε ότι αν και τα τμήματα νοσηλεύουν αρρώστους στην οξεία φάση της αρρώστιας τους, δεν υπάρχει κοινή πρακτική ως προς τα αντικείμενα που δυνητικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν για αυτο- ή ετεροκαταστροφική συμπεριφορά. Οι ασθενείς σε αρκετές περιπτώσεις έχουν πρόσβαση σε χώρους, όπως τα ντουλάπια καθαριότητας (28,6% πάντα και 57,1% μερικές φορές).

Τα βίαια επεισόδια με θύματα συνήθως το προσωπικό σχετίζονται με αυξημένη χρήση ουσιών ή φαρμακευτική κατάχρηση των αρρώστων με ψυχιατρικό νόσημα.¹² Για την ανίχνευση των ουσιών πραγματοποιούνται διαγνωστικές εξετάσεις ρουτίνας.^{13,14}

Οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται για τη διαπίστωση πιθανής χρήσης ουσιών στα ελληνικά νοσο-

Πίνακας 6. Ύπαρξη μέτρων ασφάλειας στο κάθε τμήμα.

Μέτρα ασφάλειας	Ναι		Όχι	
	N	(%)	N	(%)
Σύστημα ενδοσυνεννόησης στην είσοδο της κλινικής	7	50,0	7	50,0
Συναγερμός εκτάκτου ανάγκης στο νοσηλευτικό γραφείο	3	21,4	11	78,6
Συναγερμός εκτάκτου ανάγκης στο νοσοκομείο	6	42,9	8	57,1
Τηλεφωνική γραμμή άμεσης επέμβασης	10	71,4	4	28,6
Γραφείο ασφάλειας στην είσοδο του νοσοκομείου	10	71,4	4	28,6
Πρόσβαση στους φρουρούς ασφαλείας	11	78,6	3	21,4
Ομάδα άμεσης επέμβασης	4	28,6	10	71,4
Δίωξη ασθενούς σε βίαιο επεισόδιο	1	7,1	13	92,9
Άρνηση εισόδου σε συγγενείς	14	100,0	0	0

κομεία αποτελεί επίσης ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο θέμα της κλινικής πρακτικής. Τα αποτελέσματα έδειξαν αρκετές διαφορές μεταξύ των τμημάτων. Τα κυριότερα θέματα φάνηκαν να είναι η έλλειψη νομοθετικού πλαισίου και συγκεκριμένων οδηγιών, που έχουν ως αποτέλεσμα να εγείρονται στους εργαζομένους αντικρουόμενα συναισθήματα και αμφιβολίες ως προς τη δικαιοδοσία τους.

Η σύγκρουση μεταξύ της εξασφάλισης της ασφάλειας του αρρώστου και της διατήρησης των δικαιωμάτων του έχει τονισθεί και σε προηγούμενες έρευνες. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συνεργασία του αρρώστου ώστε να πραγματοποιηθούν οι εξετάσεις με την προϋπόθεση ότι υπάρχει μία ικανοποιητική θεραπευτική σχέση.¹²

Κοινή πρακτική αποτελούν μόνο οι εξετάσεις κατά την εισαγωγή των αρρώστων στο τμήμα. Αν υπάρχουν υποψίες χρήσης ουσιών, τότε στην πλειοψηφία των τμημάτων (92,9%) διενεργούνται διαγνωστικές εξετάσεις. Παρόλ' αυτά παρατηρήθηκε ότι υπάρχει μεγαλύτερη ανοχή σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ, όπου μόνο στα μισά τμήματα γίνονται εξετάσεις όταν υπάρχουν υποψίες. Οι νοσηλευτές επεσήμαναν ότι δεν υπάρχει πρωτόκολλο σε σχέση με τις εξετάσεις ή με τους ελέγχους, γεγονός που παρεμποδίζει την εκτέλεση του έργου τους ειδικά στις περιπτώσεις που ο άρρωστος αρνείται να συνεργαστεί.

Όσον αφορά στους ελέγχους τόσο του αρρώστου και του προσωπικού του χώρου όσο και των επισκεπτών, οι απαντήσεις κυμάνθηκαν κυρίως μεταξύ του ότι γίνονται πάντα ή μερικές φορές. Αναφέρθηκε ότι κύριος παράγοντας που επηρεάζει την πραγματοποίησή τους είναι η εικόνα που έχουν οι εργαζόμενοι για τον άρρωστο. Αυτό σημαίνει ότι διενεργείται τακτικά

έλεγχος σε άρρωστο με ιστορικό ή τάσεις αυτοκαταστροφής ή ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς.¹⁵

Σε αντίθεση με έρευνες του εξωτερικού όπου εφαρμόζεται σαφής στρατηγική από τους επαγγελματίες υγείας στην πρόληψη της αυτοκτονίας, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αλλά και τα σχόλια των επαγγελματιών έδειξαν ότι οι έλεγχοι και οι εξετάσεις στον άρρωστο αποφασίζονται εξατομικευμένα χωρίς συγκεκριμένο πρωτόκολλο.¹⁶ Στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιείται ανιχνευτής μετάλλων ο οποίος υπάρχει στις ψυχιατρικές κλινικές του εξωτερικού.¹⁷ Επίσης οι εργαζόμενοι σχολίασαν ότι δεν γνωρίζουν τον τρόπο που γίνεται ο «εξονυχιστικός» έλεγχος αλλά και ποια είναι τα όρια της δικαιοδοσίας τους σε σχέση με την πιθανή παραβίαση της ατομικότητας του αρρώστου.

Αξίζει να σχολιασθεί τέλος ότι τα μέτρα ασφαλείας είναι ελλιπέστατα. Οι εργαζόμενοι φάνηκαν να στηρίζουν την ασφαλεία τους στη μεταξύ τους συνεργασία. Όπως σχολίασαν στην πλειοψηφία τους, όταν θεωρείται ότι υπάρχει στο τμήμα δυνητικά επικίνδυνος άρρωστος, προειδοποιούν τους φύλακες ώστε να είναι σε ετοιμότητα για επέμβαση. Επίσης αν και κάποια τμήματα σημείωσαν την ύπαρξη συναγερμών έκτακτης ανάγκης, στην πραγματικότητα το 71,4% χρησιμοποιεί το τηλέφωνο, ενώ τα υπόλοιπα τμήματα ανέφεραν ότι πρέπει να αντιμετωπίσουν το περιστατικό χωρίς βοήθεια.

Το συμπέρασμα από το σύνολο των στοιχείων που δόθηκαν από τα τμήματα είναι ότι οι εργαζόμενοι δουλεύουν σε συνθήκες αυξημένης επικινδυνότητας, εύρημα που έχει διαπιστωθεί και σε άλλες χώρες.¹⁸ Το αποτέλεσμα είναι ότι επικρατούν συναισθήματα ανασφάλειας και φόβου, τα οποία επηρεάζουν την αποτελεσματική παροχή φροντίδας. Η μοναδική

δυνατότητα του εργαζομένου σε ένα τέτοιο περιβάλλον είναι η αξιολόγηση της επικινδυνότητας του αρρώστου, ένα πεδίο που προσελκύει συνεχώς το ενδιαφέρον των ερευνητών. Οι τελευταίες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι σε ψυχιατρικά τμήματα δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις για την αξιολόγηση. Όπως αναφέρουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας σε έρευνες που αφορούν σε θέματα ασφάλειας της εργασίας στους ψυχιατρικούς χώρους, απαιτείται ένας συνδυασμός εκπαίδευσης, εμπειρίας και συνεργασίας, ώστε να νιώθουν σίγουροι και ασφαλείς κατά την προσφορά της φροντίδας στον άρρωστο.¹⁹

Συμπέρασμα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης κατέδειξαν ότι τα ψυχιατρικά τμήματα βραχείας νοσηλείας

αμιγώς ψυχιατρικών νοσοκομείων της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας παρουσιάζουν σημαντικότερες ελλείψεις στον τομέα της ασφάλειας. Επιπλέον, παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς τις πρακτικές ελέγχου των αρρώστων με ψυχικό πρόβλημα και έλλειψη πρωτοκόλλων και κανόνων που θα καθοδηγούσαν την κλινική πρακτική.

Οι εργαζόμενοι σε αυτούς τους χώρους χρειάζονται αρχικά προστασία σε νομοθετικό επίπεδο. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύονται σε θέματα αξιολόγησης της επικινδυνότητας καθώς και σε τεχνικές άμεσης παρέμβασης. Τέλος η δημιουργία στρατηγικών και πλαισίων που θα αφορούν στην ασφάλεια τόσο του αρρώστου όσο και του επαγγελματία υγείας, αποτελούν προϋποθέσεις για την αποτελεσματική προσφορά φροντίδας στο χώρο του νοσοκομείου.²⁰

Security rules in acute inpatient wards in psychiatric hospitals in the greater area of Athens

E. Koukia,¹ E. Giannouli,² N. Gonis,³ A. Douzenis⁴

¹School of Nursing, University of Athens, Athens, ²"Eginition" University Hospital of Athens,

^{3,4}Medical School, University of Athens, "Attikon", Athens, Greece

Psychiatriki 2009, 20:162–170

This research concerns the recording of safety measures in acute mental health wards of psychiatric hospitals in the greater area of Athens. The practices of control and testing on patients performed by nurses are also reported. The total sample consists of 14 acute inpatient psychiatric wards. The results indicated that important differences were noticed in the controls and prohibitions. Moreover, the main characteristic was the lack of protocols and measures of safety, a situation that burdened nursing practice. The lack of rules and strategies that would promote the safety of patient, professionals and therapeutic milieu, were brought into light by nurses' quotes.

Key words: Security rules, safety measures, acute inpatient wards, banned items

Βιβλιογραφία

1. Bowers L, Crowhurst N, Alexander J et al. Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: results from a London-wide survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004, 9:427–433
2. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as intervention for the short-term management of violence management in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nursing* 2006, 3:8–18
3. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs* 2004, 13:3–10
4. Presley D, Robinson G. Violence in the emergency department: nurses contend with prevention in the healthcare arena. *Nurs Clin North Am* 2002, 37:161–169
5. Eriksen W. Practice area and work demands in nurses' aides: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2006, 13:97
6. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM et al. Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology* 2005, 16:704–709
7. Rose M. A survey of violence toward nursing staff in one large Irish Accident and Emergency Department. *J Emerg Nurs* 1997, 23:214–219
8. Valimaki M, Taipale J, Kaltiala-Heino R. Deprivation of liberty in psychiatric treatment: a Finnish perspective. *Nurs Ethics* 2001, 8:522–532
9. Bensley L, Nelson N, Kaufman J, Silverstein B, Shields JW. Patient and staff views of factors influencing assaults on psychiatric hospital employees. *Iss Ment Health Nurs* 1995, 16:433–446
10. Needham I, Abderhalden C, Dassen T, Haug HJ, Fisher JE. Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry. *Swiss Med Wkly* 2002, 132: 253–258
11. Bowers L, Jarrett M, Clark N, Kiyimba F, McFarlane L. Determinants of absconding by patients on acute psychiatric wards. *J Adv Nurs* 2000, 32:644–649
12. Kendrick C, Basson J, Taylor PJ. Substance misuse in a high security hospital: period prevalence and an evaluation of screening. *Crim Behav Ment health* 2002, 12:123–134
13. Sinclair K, Collins D, Potokar J. Drug misuse by patients in inner-city hospital. *Nurs. Stand* 2003, 17:33–37
14. Galletly CA, Field CD, Prior M. Urine drug screening of patients admitted to a state psychiatric. *Hosp Community Psychiatry* 1993, 44:587–589
15. Trenoweth S. Perceiving risk in dangerous situations: risks of violence among mental health inpatients. *J Adv Nurs* 2003, 42:278–228
16. Sullivan AM, Barron ChT, Bezmen J, Rivera J, Zapata-Vega M. The safe treatment of the suicidal patient in an adult inpatient setting: a proactive preventive approach. *Psych Q* 2005, 76:67–83
17. Gillig PM, Markert R, Barron J, Coleman F. A comparison of staff and patient perceptions of the causes and cures of physical aggression on a psychiatric unit. *Psych Q* 1998, 69:45–60
18. Bilgin H, Buzlu S. A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues Ment Health Nurs* 2006, 27:75–90
19. Martin T, Daffern M. Clinician perception of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006, 13:90–99
20. Bowers L, Crowhurst N, Alexander J, Eales S, Guy S, McCann E. *Psychiatric Nurses' Views on Criteria for Psychiatric Intensive Care: acute and Intensive Care Staff Compared*. City University, London, 2001

Αλληλογραφία: Ε. Κούκια, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής,
 Δαβάκη Πίνδου 42, Ζωγράφου 157 73, Αθήνα
 Τηλ.: 210-74 81 174
 e-mail: ekoukia@nurs.uoa.gr

Βιβλιοκριτική Books review

Β.Π. Κονταξάκης, Κ.Θ. Κόλλιας, Μπ. Χαβάκη-Κονταξάκη
**Πρώιμες Ψυχωσικές Εκδηλώσεις:
Σημεία, Συμπτώματα & Παρεμβάσεις**

ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2008
ISBN: 978-960-452-1

Το πρόβλημα της αναγνώρισης των πρώιμων ψυχωτικών συμπτωμάτων ώστε να επιτρέπουν, χωρίς σημαντική πιθανότητα λάθους, τον ανάλογο χαρακτηρισμό μιας κλινικής εικόνας, αποτέλεσαν από τα μέσα του 19ου αιώνα ένα από τα μείζονα αντικείμενα μελέτης της Ψυχιατρικής και των συναφών επιστημονικών κλάδων.

Μεγάλη έκταση καλύπτουν επίσης οι μελέτες οι σχετικές με τους προδιαθεσικούς παράγοντες της ψύχωσης, τροφοδοτώντας και τη συζήτηση για τα όρια παθολογικού και φυσιολογικού. Οι σχετικές απόψεις έχουν υποστεί σημαντικές μεταβολές ακολουθώντας την εξέλιξη επιστημονικών και κοινωνικών αντιλήψεων.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η άσκηση της ψυχιατρικής λιγότερο σε ιδρύματα και περισσότερο μέσα στον κοινωνικό ιστό, καθώς και η προβληματική της πρόληψης έχουν ανανεώσει το ενδιαφέρον για τις πρώιμες ψυχωτικές εκδηλώσεις.

Είναι ιδιαίτερα ευπρόσδεκτος αυτός ο τόμος, που απευθύνεται σε ιατρούς και ερευνητές. Κατορθώνει να ολοκληρώσει μια συστηματική παρουσίαση των πιο σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων και αντιλήψεων σχετικά με τα πολλαπλά ζητήματα που θέτει η διάγνωση και η αντιμετώπιση των πρώιμων ψυχωτικών εκδηλώσεων, αλλά προτείνει και μια ιδιαίτερα τεκμηριωμένη συζήτηση γύρω από τους προδιαθεσικούς παράγοντες, πάντα σε αναφορά με ένα ευρύτατο φάσμα ερευνητικών δεδομένων.

Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η προσπάθεια των συγγραφέων να αναδείξουν το ιστορικό βάθος του προβληματισμού στην κάθε ενότητα και κεφάλαιο. Ιδιαίτερα στο «Προβληματισμοί σε σχέση με ζητήματα ταξινόμησης στην ψύχωση: Φάσμα και συνεχές, κατηγορίες και δια-

στάσεις» εισάγουν συστηματικά τον αναγνώστη σε μια ευρύτερη συζήτηση για τις ψυχώσεις, προσεγγίζοντας την άποψη περί «μονήρους» εξέλιξης των ψυχώσεων, του 19ου αιώνα, που επανέφερε ο Crow με την έννοια ενός συνεχούς, στους δύο πόλους του οποίου συναντούμε τη σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη. Η αναφορά στις κριτικές που αφορούν την κυρίαρχη ταξινόμηση του Kraepelin, στο μοντέλο των πολλαπλών ουδώντου «σχιζοφρενικού φάσματος, στην εξέλιξη της κατηγοριοποίησης σε θετικά και αρνητικά συμπτώματα και την προσθήκη του «συνδρόμου της αποδιοργάνωσης» δίνουν μια εικόνα της πολυπλοκότητας των ζητημάτων, όπως αναδεικνύονται από την διεθνή βιβλιογραφία.

Στα κεφάλαια που αφορούν την «Προδιάθεση για ψύχωση» γίνεται μια λεπτομερής παρουσίαση των βιολογικών, νευρο-αναπτυξιακών, κοινωνικο-δημογραφικών προδιαθεσικών παραγόντων αλλά και μια συνοπτική παρουσίαση των ψυχογενετικών υποθέσεων.

Ιδιαίτερα τεκμηριωμένο και άμεσα αξιοποιήσιμο από ερευνητές παρουσιάζεται το κεφάλαιο το σχετικό με την «Προδρομική συνδρομή», παραθέτοντας μια ενδιαφέρουσα ιστορική αναδρομή αλλά και την παρουσίαση δομημένων εργαλείων εκτίμησης, όπως η Συνέντευξη Περιεκτικής Εκτίμησης Ψυχικών Καταστάσεων (CAARMS) – την ελληνική έκδοση της οποίας υπογράφουν και οι συγγραφείς, η Δομημένη Συνέντευξη Προδρόμων Συμπτωμάτων (SIPS), η κλίμακα Bonn για την ανίχνευση Βασικών Συμπτωμάτων (BSABS), το Εργαλείο Προδιάθεσης προς Σχιζοφρένεια των Ενηλίκων (SPI-A) και η χρήση της PANSS για την ανίχνευση προδρομικών καταστάσεων.

Το κεφάλαιο για «Το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο» ανασυνθέτει τον προβληματισμό για το σύνολο των παραγόντων που υπεισέρχονται στην έκλυση ενός πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου. Αξιοσημείωτη είναι η τεκμηριωμένη αναφορά τόσο στην ιστορία των σχετικών αντιλήψεων και παρεμβάσεων – στο «αίνιγμα της έκλυσης ενός πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου», όσο και τη σημερινή διεθνή προβληματική, η οποία επιχειρεί να συνθέσει δεδομένα από πολλαπλούς ερευνητικούς ορίζοντες.

Αναφέρεται στο «χρόνο μη θεραπευομένης ψύχωσης» (DUP) και μη «θεραπευομένης νόσου» (DUI) και προτείνει, θεραπευτικά, κυρίως τους άξονες της φαρμακευτικής αντιμετώπισης.

Σε πολλά κεφάλαια και στα συμπεράσματα συναντούμε επίσης αναφορές στη διεθνή προβληματική της ανίχνευσης των προδρομικών γνωσιακών ελλειμμάτων και την ενδεχόμενη αντιμετώπιση τους, τα οποία είναι θέματα που συγκεντρώνουν το σύγχρονο ερευνητικό ενδιαφέρον.

Πιστεύω ότι ο πλούτος και η ερευνητική τεκμηρίωση αυτού του τόμου θα τον καταστήσουν βιβλίο αναφοράς, για τις πρώιμες ψυχωτικές εκδηλώσεις, για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Δημήτριος Ν. Πλουμπίδης
Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής

V.P. Kontaxakis, C.Kollias, B.J. Havaki-Kontaxaki

**Early Psychotic Manifestations:
Signs, Symptoms & Interventions**

BETA Medical Publishers, Athens 2008
ISBN: 978-960-452-1

Community based exercise of psychiatry has renewed the interest on early psychotic manifestations.

This volume proposes an historic overview and a full overview of contemporary bibliography on multiple aspects, biological, developmental, social-demographic and therapeutic, on this issue.

The Greek edition of the scale of Comprehensive Assessment of at Risk Mental States (CAARMS) is presented by the authors and equally other scales in use, in order to assess early psychotic manifestations.

We can find also, in respective chapters, a full scale of therapeutic means in our disposition.

D.N. Ploumpidis
Assoc. Prof. of Psychiatry

Φρ. Γονιδάκης, Ελ. Βάρσου

**Ψυχογενής Ανορεξία: Αυτοφυλακισμένες κοπέλες
& το μονοπάτι προς την έξοδο**

BHTA Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2008
ISBN: 978-452-053-4

Το βιβλίο αυτό προσφέρει στο αναγνωστικό κοινό μια σύντομη αλλά ολοκληρωμένη προσέγγιση για το σύνολο των παραμέτρων που υπεισέρχονται στη θεώ-

ρηση της ψυχογενούς ανορεξίας: αιτιολογικών υποθέσεων, της κοινωνικής φυσιολογίας των ασθενών, της κλινικής πορείας και των πολλαπλών μεθόδων αντιμετώπισης, ανάλογα με τη βαρύτητα της εικόνας.

Αποτυπώνει την πολυπλοκότητα της εμφάνισης και της πορείας αυτής της νόσου, της αλληλο εμπλοκής νοσηρών και μη νοσηρών φαινομένων, τα οποία, κατά διαστήματα, καθιστούν τους οικείους αλλά και τους θεραπευτές αμήχανους συνοδούς μιας καταστροφικής πορείας.

Σύντομα και περιεκτικά κεφάλαια μας εισάγουν σε γνώσεις εξονυχιστικά επίκαιρες, σχετικά με όλα αυτά τα ζητήματα. Στο τέλος κάθε κεφαλαίου παρατίθεται περιεκτική βιβλιογραφία.

Κάθε κεφάλαιο ξεκινά με μια κλινική περίπτωση. Αυτή η εισαγωγή του κάθε κεφαλαίου παραπέμπει στην συγγραφική παράδοση της Ψυχιατρικής, από το 19ο αιώνα, όπου οι κλινικές περιπτώσεις αποτελούσαν το έναυσμα για κάθε γενίκευση και θεωρητική επεξεργασία. Στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας αποτυπώνει το γεγονός ότι η εξατομικευμένη προσέγγιση, η «χειροποίητη εργασία» αποτελούν όρο για κάθε πιθανή πρόοδο ή θεραπευτική επιτυχία με αυτούς τους αιτιολογικούς ασθενείς.

Όπως φαίνεται από τις ευχαριστίες, στην αρχή του βιβλίου και από την ανάπτυξη των κεφαλαίων, πρέπει να περιλάβουμε στα θετικά του, ότι αποτελεί το προϊόν μιας ολόκληρης ομάδας συνεργατών που εργάζεται για πολλά χρόνια, υπό την ηγεσία της Ε. Βάρσου, τόσο με εξωτερικούς ασθενείς όσο και με νοσηλευόμενους, προτείνοντας ένα σύνολο θεραπευτικών μέσων, από τη διαχείριση της διατροφής και τη φαρμακοθεραπεία, ως την ψυχοθεραπευτική αγωγή και την εικαστική θεραπεία.

Δημήτριος Ν. Πλουμπίδης
Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής

Fr. Fonidakis, E. Varsou

**Anorexia nervosa: Girls in self imprisonment
and the possibility of a way out**

BETA Medical Publishers, Athens 2008
ISBN: 978-452-053-4

This is a comprehensive volume on different aspects of anorexia nervosa. A clinical vignette precedes each of 23 chapters, developing etiologic factors, social issues, the clinical course of the disease and available

therapeutic means. In every chapter there is a concise and up to date bibliography.

This book reflects a long experience of a team of collaborators working together, since many years, in Psychiatric Clinic of Athens University.

D.N. Ploumpidis
Assoc. Prof. of Psychiatry

Στ. Στυλιανίδης, Μ.Γ. Λίλυ Στυλιανούδη
**Κοινότητα & Ψυχιατρική μεταρρύθμιση:
Η εμπειρία της Εύβοιας 1988–2008**

Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ, Αθήνα 2008
ISBN: 978-960-6863-01-1

Το βιβλίο αυτό περιγράφει την προσπάθεια σύνδεσης, από τα πρώτα βήματα, της άσκησης της ψυχιατρικής μέσα στον κοινωνικό ιστό της Εύβοιας με την κοινωνική ανθρωπολογία, ιδιαίτερα τα χρόνια 1988–1997, της ίδρυσης και της οργάνωσης του Κέντρου Ψυχικής Υγείας της Χαλκίδας.

Βάση του αποτελεί το υλικό του σεμιναρίου «Ψυχιατρική και Ανθρωπολογία» που έγινε στην Χαλκίδα τον Δεκέμβρη του 1991. Τα κείμενα των βασικών εισηγήσεων αναπτύχθηκαν με νεότερα δεδομένα, ενώ προστέθηκαν και συμπληρωματικά άλλα κείμενα, ώστε να ολοκληρωθεί και να επικαιροποιηθεί ο θεματικός κύκλος. Ορισμένα κείμενα διατήρησαν τη μορφή του προφορικού λόγου του σεμιναρίου, ενώ παρατίθεται και σημαντικό τμήμα από τη συζήτηση και τις παρεμβάσεις των συμμετεχόντων.

Η Μ.Γ. Λίλυ Στυλιανούδη, κοινωνική ανθρωπολόγος, δίνει στον πρόλογο μια ιδέα του τι περίμεναν από αυτή την συνεργασία: «...θα εξετάσουμε καταρχήν τη διάδραση των λειτουργιών του κέντρου ψυχικής υγείας (ψυχιάτρων, ψυχολόγων, θεραπευτών διαφόρων ειδικοτήτων, κοινωνικών λειτουργών κ.ά.) με το διοικητικό σύστημα, με τον περιβάλλοντα κοινωνικό χώρο και με τους χρήστες του, όπως και τους χρήστες κατά τη διάρκεια της επανένταξής τους και τη σχέση τους τόσο με τους λειτουργούς όσο και με το κοινωνικό περιβάλλον το οποίο τους υποδέχεται... Στην Εύβοια, όπως και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας, παρουσιάζεται το φαινόμενο της συνύπαρξης μιας παραδοσιακής μορφής κοινωνικής οργάνωσης με πλέον σύγχρονες μορφές. Στο εν λόγω πλαίσιο, θεωρήσαμε ότι η κοινωνική ανθρωπολογία μπορούσε να προσφέρει τα απαραίτητα εννοιολογικά εργαλεία και κριτήρια για την ανάγνωση αυτής της πολυπλοκότητας...».

Τα τέσσερα κείμενα της εισαγωγής –δύο υπογράφονται από τον Σ. Στυλιανίδη, ένα από τους Σ. Στυλιανίδη και Ε. Μπαγουρδή και ένα από την Μ.Γ. Λίλυ Στυλιανούδη– παρέχουν μια ολοκληρωμένη εικόνα του θεωρητικού πλαισίου της κοινωνικής ψυχιατρικής, της κοινωνικής ανθρωπολογίας, αλλά και της ψυχανάλυσης, που επιτρέπουν να μιλήσουμε για τους κοινούς τους τόπους. Η αναδρομή στην έννοια της «κουλτούρας», ως βασικής συνιστώσας της ανθρώπινης συμπεριφοράς, στις ιστορικές καταβολές της διαπολιτισμικής ψυχιατρικής και της κοινωνικής ανθρωπολογίας και στις σημερινές τους τάσεις, δίνει σημαντικά επιχειρήματα στη χρήση αυτών των προσεγγίσεων σε ότι αφορά τη διάγνωση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων αλλά και τη κοινωνική εναισθησία, στις θεραπευτικές και κοινωνικές παρεμβάσεις των θεραπειών.

Τα κείμενα του 1ου κεφαλαίου παρέχουν επιχειρήματα για την συνάρθρωση ψυχιατρικής και κοινωνικής ανθρωπολογίας και τα εργαλεία που μπορούν να την επιτρέψουν, όπως η ανάλυση των αφηγήσεων ζωής και το γενεαλογικό σχεδιάγραμμα ή γενεόγραμμα.

Η έννοια της ανθρώπινης κοινότητας, της συγκρότησής της, της ψυχικής νόσου εντός αυτής και της αντιμετώπισής της ολοκληρώνεται στα δύο κείμενα του 2ου κεφαλαίου.

Στα επόμενα κεφάλαια επιχειρείται η αποτύπωση του κοινωνικού χώρου της Εύβοιας και των εμπειριών από την προσπάθεια οργάνωσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενταγμένων στον κοινωνικό ιστό. Το 3ο κεφάλαιο αναφέρεται στην κοινωνική ιστορία της Εύβοιας, την συγκρότηση των δήμων, με αναφορά στις ελληνικές, στις αρβανίτικες κοινότητες και στη συνέχεια τις προσφυγικές.

Το 4ο κεφάλαιο αναφέρεται ειδικότερα στη διαδρομή των ψυχιατρικών υπηρεσιών τη δεκαετία του 1990, στον ξενώνα με τους ασθενείς από την Λέρο και την περίπτωση της Μαρίας, βαρύτατα ασυλοποιημένης ασθενούς, με παραδειγματική πορεία εγκλεισμού, βίας και εγκατάλειψης και τις συνδυασμένες προσπάθειες για να βρεθούν τρόποι επικοινωνίας και θεραπευτικής παρέμβασης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το κείμενο των Μ.Γ. Λίλυ Στυλιανούδη και Π. Χονδρού για τις «Αναπαραστάσεις του «κακού» και της νόσου στην Εύβοια, όπως ανασύρθηκαν μέσα από τον τοπικό Τύπο των ετών 1865–1940», όπου αποτυπώνεται η κοινωνική αναπαράσταση της νόσου, της βίας και γενικότερα του «κακού», στον Ευβοϊκό τύπο.

Στα δύο κείμενα του επιμέτρου σχετικά με τις αντιστάσεις στην αλλαγή των θεσμών και ένα νέο παρά-

δειγμα για μια νέα πολιτική ψυχικής υγείας προσεγγίζονται οι θεωρητικές βάσεις αυτών των ζητημάτων.

Πιστεύω ότι ο αναγνώστης θα βρει σε αυτό τον τόμο ένα ολοκληρωμένο θεωρητικό πλαίσιο που θα του επιτρέψει να κατανοήσει πως η γνώση της ιστορικότητας και της δομής του κοινωνικού χώρου και της ύπαρξης του ατόμου εντός αυτού, θα μπορούσαν να έχουν καταλυτικά θετικό ρόλο στην οργάνωση κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών και την αποτελεσματική εργασία τους. Τα πρώτα βήματα και τα πρώτα επιτεύγματα μπορούν να γίνουν χάρη στον προσωπικό ενθουσιασμό, τις αρχικές γνώσεις και τη συνεργασία με ειδικούς επιστήμονες, η συνέχεια όμως, το ριζώμα αυτής της πολυεπίπεδης προσέγγισης, η παραγωγή γνώσης και τεχνολογίας, αλλά και η αξιολόγησή τους απαιτούν χρόνο, εκπαίδευση και στοιχειώδη επαγγελματική εξασφάλιση. Μόνο με αυτές τις συνθήκες θα μπορούσε αυτή η συνάρθρωση διαφορετικών προσεγγίσεων να προσαρμοστεί στην καταλυτικά μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα της εποχής μας. Δεν νομίζω ότι σήμερα, όπου κυριαρχεί η αγωνία επιβίωσης των στοιχειωδών ψυχιατρικών παρεμβάσεων μέσα στον κοινωνικό ιστό, ευνοούνται αυτές οι πολυεπίπεδες προσεγγίσεις. Για τον λόγο αυτό το περιεχόμενο του τόμου αποκτά χαρακτήρα παραδειγματικό και την αξία μαρτυρίας.

Δημήτριος Ν. Πλουμπίδης
Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής

St. Stylianidis, M.G. Lily Stylianoudi
**Community & Psychiatric Reform:
The example of Euboea 1988–2008**
Ed. Topos, Athens 2008
ISBN: 978-960-6863-01-1

This volume offers an overview of the development of social psychiatry, social anthropology and transcultural psychiatry and examines the possibilities of collaboration between them in the field of community based psychiatry. The homonymous seminar held in Chalcis in December 1991 offered the majority of interventions which have been updated and other ones have been added in order to permit a global approach. Chapters on the development of the local society and the activities of mental health professionals in the 1990's offer the possibility of applications of this multidisciplinary approach.

D.N. Ploumpidis
Assoc. Prof. of Psychiatry

Επιμέλεια: Β. Τομαράς, Χ. Καραμανωλάκη, Ι. Ζέρβας
Θεραπεία ζεύγους: Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, από την ψυχαναλυτική, τη συμπεριφορική και τη συστημική οπτική

Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2008

Το ζεύγος αποτελεί κάτι περισσότερο από το άθροισμα των μερών του. Η θέση αυτή αναδεικνύεται από την ίδια τη διεργασία κάθε ψυχοθεραπείας, όπου η συνάντηση των δυο ενεχόμενων μερών αποτελεί ένα τρίτο όρο, απαραίτητο για το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αποτελεί επίσης μια σχέση βάσης για κάθε ψυχισμό, με αφετηριακό σημείο τη σχέση του βρέφους με τη μητέρα του.

Ο εντοπισμός, η κατανόηση και κυρίως η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση του ψυχικού πόνου, τον οποίο συνεπάγεται η δυσλειτουργία του ζεύγους στο πλαίσιο του γάμου, αποτελούν το αντικείμενο του βιβλίου *Θεραπεία ζεύγους: ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις από την ψυχαναλυτική, τη συμπεριφορική και τη συστημική οπτική*, την έκδοση του οποίου επιμελήθηκαν οι Β. Τομαράς, Χ. Καραμανωλάκη και Ι. Ζέρβας. Το βιβλίο χωρίζεται σε τρία μέρη, ένα για κάθε μια από τις τρεις θεραπευτικές προσεγγίσεις, (όπως παρουσιάστηκαν σε ισάριθμες διημερίδες που διοργάνωσε ο Κλάδος Ψυχοθεραπείας της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας).

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση, που αποτελεί το πρώτο μέρος του βιβλίου, ξεκινάει με ένα κείμενο του Μ. Γίωσαφάτ, το οποίο ανάγει τις προσδοκίες και τις απογοητεύσεις του γάμου στον αντίκτυπο των τραυματικών ματαιώσεων του παιδιού στη σχέση του με τη μητέρα. Ακολουθεί το κείμενο του Δ. Ρήγα, όπου ο συγγραφέας εμβαθύνει στον συνδυασμό του ενδοψυχικού και του διαπροσωπικού στοιχείου που δίνει στο ζεύγος την ιδιαίτερη δυναμική του. Επίσης εικονογραφεί με κλινικό υλικό τον τρόπο με τον οποίο τα δυο μέρη του ζεύγους επιχειρούν ασυνείδητα να «διαχειριστούν», το καθένα για λογαριασμό του, το πάσχον μέρος του ψυχισμού του μέσω της προβολής του στον/στη σύντροφο. Η Ε. Ιωάννοβιτς εστιάζεται στα ασυνείδητα κριτήρια επιλογής συντρόφου και τη σημασία τους στη συγκρότηση του ζεύγους. Κατά τους συγγραφείς η ψυχαναλυτική θεραπευτική του ζεύγους βασίζεται κυρίως στην επισημάνση και αξιοποίηση, από τον θεραπευτή, των μεταβιβαστικών φαινομένων, όπως αυτά διαπιστώνονται, κυρίως, μέσω της αντιμεταβίβασης του θεραπευτή.

Το δεύτερο μέρος του βιβλίου περιλαμβάνει τις συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Τα κείμενα του μέρους αυτού επικεντρώνονται στη σεξουαλική σχέση του ζεύγους και τους μηχανισμούς της ερωτικής έλξης, καθώς

και της σεξουαλικής δυσλειτουργίας, χωρίς να παραλειφθεί ο ρόλος των φόβων και των προσδοκιών που επηρεάζουν τη σχέση αυτή – επισημαίνει ο Ν. Βαϊδάκης – καθώς και των διαστρεβλωμένων αντιλήψεων που καταδυναστεύουν τους σεξουαλικούς συντρόφους και των δυο φύλων – καταγράφει στο κείμενό του ο Κ. Παπασταμάτης. Στα κλινικά κείμενα του Ν. Βαϊδάκη και του Χ. Δημητρακόπουλου περιγράφεται καταλεπτώς η συμπεριφορική ψυχοσεξουαλική θεραπεία ζεύγους.

Στο τρίτο μέρος περιλαμβάνονται οι συστημικές προσεγγίσεις. Το κείμενο της Β. Πομίνι επιχειρεί να συμπεριλάβει στη συστημική λογική τις τεράστιες αλλαγές που έχουν σημειωθεί (καθώς και τις συμπαρομαρτούσες συγχύσεις και συγκρούσεις) στους ρόλους, σεξουαλικούς και κοινωνικούς, των δυο μερών του ζεύγους. Οι συστημικές κατευθύνσεις στη θεραπεία ζεύγους αναπτύσσονται σε όλο τους το εύρος από τον Β. Τομαρά, ο οποίος δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία της θεραπευτικής σχέσης, καθώς και στο θεραπευτικό τρίγωνο – τον «τρίτο» παράγοντα που θα σταθεροποιήσει την εγγενώς ασταθή δυαδική σχέση, παραθέτοντας και κλινικά παραδείγματα. Κατά την Κ. Χαραλαμπάκη, το «τρίτο» στοιχείο ενυπάρχει σε κάθε ζεύγος – π.χ. ως απών ή αποκλεισμένος «τρίτος» μιας δυάδας (π.χ. ο πατέρας στο ζεύγος μητέρας-παιδιού), και το κείμενό της αναφέρεται ακριβώς στις τριγωνικές καταστάσεις.

Στο βιβλίο υπάρχουν επίσης και τρία κείμενα σχολιασμού της κάθε προσέγγισης από έναν εκπρόσωπο άλλης, καθώς και επισήμανσης κοινών σημείων και αποκλίσεων (από τους Κ. Χαραλαμπάκη, Μ. Γωσαφάτ και Δ. Ρήγα).

Εκτός από τον επιστημονικό πλούτο του, το βιβλίο διαθέτει και μια ιδιαίτερη ποιότητα σύνθεσης (την οποία επισημαίνει στον πρόλογό του ο Ν. Τζαβάρας), προϊόν ασφαλώς ενός ανοικτού, απροκατάληπτου, εις βάθος διαλόγου μεταξύ διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, αλλά και της προσήλωσης στο βίωμα των ασθενών, που διατρέχει όλα τα κλινικά κείμενά του. Πρόκειται δηλαδή για μια σημαντική, και από πολλές απόψεις πρωτοποριακή συμβολή στην ελληνική ψυχοθεραπευτική βιβλιογραφία.

Γρηγόρης Μανιαδάκης
Ψυχίατρος

V. Tomaras, H. Karamanolaki, I. Zervas (Edited by)

Preface by: N. Tzavaras

**Couple therapy:
Psychotherapeutic Approaches
from the Psychoanalytic, Behavioral
and Systemic point of view**

Kastaniotis, Athens 2008

The subject matter of the book *Couple therapy: Psychotherapeutic Approaches from the Psychoanalytic, Behavioral and Systemic Approaches*, consists of psychoanalytic, behavioral and systemic approaches of marital therapy. Psychoanalytic approaches (by M. Josafat, D. Rigas and I. Ioannovich) focus on the importance of early relationships and traumata both on couple problems and in transference and countertransference phenomena in the therapeutic situation. Behavioral approaches (by C. Vaidakis, Chr. Dimitracopoulos, K. Papastamatis) focus on the sexual relationship and on mechanisms of arousal and dysfunction. They also put stress on expectations and fears that dominate the sexual relation of the couple. Systemic approaches (by V. Pomini, V. Tomaras and K. Charalambaki) and touch, among other issues, on recent changes in roles. On a therapeutic and theoretical level they focus on the notion of the third element in the couple and of triangulation. The book also contains three highly interesting chapters consisting of comments of each approach by a representative of another. It is worth noting that all the contributions in it come from a meeting on couple therapy organized by the Psychotherapy Section of the Hellenic Psychiatric Association.

G. Maniadakis
Psychiatrist

Νεκρολογία Obituary

Αποτελεί για μένα ιδιαίτερη τιμή να απευθύνω λίγα λόγια στη μνήμη του καθηγητού ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ.

Τον καθηγητή Ευάγγελο Δημητρίου συνάντησα για πρώτη φορά στο δεύτερο έτος της ειδικότητάς μου, όταν διορίστηκε ως επιμελητής στη Β' Νευρολογική και Ψυχιατρική Κλινική το 1974. Από τότε και μέχρι το τέλος της ζωής του πορευθήκαμε μαζί στο χώρο της Β' Ψυχιατρικής Κλινικής ζώντας ευχάριστες και δυσάρεστες ημέρες, συμφωνώντας και διαφωνώντας, χωρίς ποτέ να διαταραχθεί η σχέση εκτίμησης, σεβασμού και αγάπης προς το πρόσωπό του.

Στις 14 Αυγούστου του 2009, ο καθηγητής Ευάγγελος Δημητρίου πήρε το μεγάλο δρόμο του αιώνιου αποχωρισμού. Ξαφνικά και απρόσμενα η καρδιά του λύγισε και έκλεισαν για πάντα τα φωτεινά του μάτια, έλειψε από όλους μας το ευγενικό και ζεστό του χαμόγελο.

Όταν νικά ο θάνατος σκέφτεσαι τη ζωή σαν μια αστραπή της αιωνιότητας. Λίγα χρόνια μπροστά στο άπειρο. Γι' αυτό η ζωή είναι πιο ακριβή. Για το σύντομό της, για το πρόσκαιρο και απρόσμενό της, για το εύθραυστό της, αλλά και για το αιώνιο.

Γεννήθηκε στην Πρώτη Σερρών όπου και τέλειωσε τις εγκύκλιες σπουδές του. Έλαβε το πτυχίο της Ιατρικής Σχολής από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Για μικρό χρονικό διάστημα άσκησε το επάγγελμα του ιατρού στη γενέτειρά του και αργότερα έλαβε την ειδικότητα του Νευρολόγου-Ψυχιάτρου από το Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών.



Η φιλομάθειά του τον οδηγεί στην Αγγλία όπου παραμένει για ένα χρόνο στο Νοσοκομείο Lynfield Mount του Brandford-Yorkshire κάνοντας μεταπτυχιακές σπουδές στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Leeds.

Επιστρέφοντας στην Ελλάδα παρακολουθεί ανελλιπώς τις δραστηριότητες του Ιατροπαιδαγωγικού Σταθμού και του Ψυχοθεραπευτικού Ιατρείου της μοναδικής τότε Ψυχιατρικής και Νευρολογικής Κλινικής του ΑΠΘ υπό τον καθηγητή Γεώργιο Αναστασόπουλο. Κατά το

διάστημα αυτό γνωρίζεται με τον τότε Υφηγητή και κατόπιν Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Χαράλαμπο Ιεροδιακόνου, με τον οποίο συνδέονται με στενή και γόνιμη φιλία, μέχρι το τέλος της ζωής του και ολοκληρώνει τη διδακτορική του διατριβή με τίτλο «Συμβολή εις την μελέτην των ψυχολογικών προβλημάτων των τυφλών παιδιών και εφήβων».

Στη συνέχεια και για τρία συναπτά έτη εργάζεται στην Υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής του Παραρτήματος Θεσσαλονίκης, όπου συνεργάζεται με τους καθηγητές του Ψυχολογικού Τμήματος του ΑΠΘ Λάμπρο Χουσιάδα, Μίκα Χαρίτου-Φατούρου και Ευστάθιο Λυμπεράκη καθώς και με την Ψυχολόγο-Ψυχαναλύτρια Α. Ποταμιάνου.

Το 1974 διορίζεται ως επιμελητής της Β' Πανεπιστημιακής και Νευρολογικής Κλινικής του ΑΠΘ υπό τον καθηγητή κ. Ιωάννη Λογοθέτη. Έκτοτε και μέχρι της συνταξιοδότησής του το 1997, εργάστηκε στη Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ανερχόμενος όλες τις ακαδημαϊκές βαθμίδες. Πρώτα το υφηγητού εκπονώντας διατριβή με θέμα «Το Eysenk Personality Questionnaire (EPQ) στη μελέτη της προσωπικότητας

του Έλληνα και η χρήση του στην Κλινική Πράξη», και εν συνεχεία αυτή του Επίκουρου, του Αναπληρωτού Καθηγητού και τέλος του Καθηγητού και Διευθυντού της Κλινικής (1986).

Τη θέση του υπεύθυνου και εν συνεχεία του διευθυντού της Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ανέλαβε σε περίοδο όπου συντελούνταν σημαντικές οργανωτικές και διοικητικές αλλαγές τόσο στο χώρο της Παιδείας (του Πανεπιστημίου) (Νόμος 1268/82, Πλαίσιο των ΑΕΙ), όσο και στο χώρο της Υγείας (Νόμος 1392/83 του ΕΣΥ). Παρόλες τις τεράστιες δυσχέρειες που αντιμετώπισε, με την καρτερικότητα και την υπομονή του κατόρθωσε να ξεπεράσει όλους τους σκοπέλους.

Τα επιστημονικά του ενδιαφέροντα στράφηκαν σε ιδιαίτερα ευαίσθητες και πρωτοποριακές περιοχές. Αυτές της βιοανάδρασης, της θεραπείας συμπεριφοράς, των διαταραχών παρορμήσεων και ιδιαίτερα των διαταραχών πρόσληψης τροφής και σεξουαλικών διαταραχών. Οι εισηγήσεις του αποτελούσαν για όλους τους νεότερους συναδέλφους σημεία αναφοράς.

Στους χώρους αυτούς συνέβαλε δημιουργικά με τη διδακτική του πείρα προσφέροντας εκπαίδευση τόσο σε προπτυχιακό όσο και σε μεταπτυχιακό επίπεδο, όχι μόνον σε φοιτητές της ιατρικής και ειδικευόμενους στην ψυχιατρική, αλλά και σε φοιτητές και σπουδαστές του Ψυχολογικού Τμήματος του ΑΠΘ, της Σχολής Μαιών, σε Κοινωνικούς Λειτουργούς και στη Σχολή Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής του ΨΝΘ όπου ήταν πάντα ιδιαίτερα αγαπητός.

Το μεγάλο του πάθος και το έντονο ενδιαφέρον του ήταν η Νευρολογική και Ψυχιατρική Εταιρεία Νοτιοανατολικής Ευρώπης, όπου κατανάλωσε απεριόριστες δυνάμεις. Υπήρξε ιδρυτικό μέλος της Εταιρείας, Γενικός Γραμματέας, Αντιπρόεδρος και Πρόεδρός της. Από τις διάφορες θέσεις υπηρέτησε με επιμονή και υπομονή τους σκοπούς της Εταιρείας οργανώνοντας πληθώρα συνεδρίων στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες των Βαλκανίων.

Το ενδιαφέρον του για την πρόοδο της ψυχιατρικής στην Ελλάδα αποδεικνύεται και από το ότι διετέλεσε Αντιπρόεδρος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας.

Παράλληλα με τις ακαδημαϊκές του δραστηριότητες συνέχιζε να προσφέρει την επιστημονική του γνώση και εμπειρία σε ασθενείς στο χώρο του ιδιωτικού του ιατρείου, μέχρι το πέρας της ζωής του.

Θα ήταν παράλειψη να μην τονίσει κανείς ότι ευτύχισε να χαρεί μια χαρούμενη οικογένεια. Η γλυκύτατη και εξαιρετική σύντροφός του Έλλη στάθηκε συμπαραστάτης και βοηθός σε όλα τα βήματα της ζωής του. Ο γιός του Χρήστος και τα τρία εγγόνια του ήταν η χαρά των γηρατειών του.

Υπήρξε σεμνός, απέριττος, χωρίς ίχνος έπαρσης, με ευρύτητα γνώσεων και σοφία. Εξαιρετικά εργατικός, αθόρυβος, συστηματικός, άνθρωπος χαμηλών τόνων με πολλά ενδιαφέροντα. Διέγραψε μια πορεία ζωής που χαρακτηρίζεται από μια συνεχή προσπάθεια βελτίωσης των γνώσεών του, αλλά και από τη μεγάλη προσφορά στο κοινωνικό σύνολο.

Η συνεχής επιστημονική του κατάρτιση, η συνέπεια, η επιμονή και η αγάπη του για την ιατρική, του χάρισαν την εκτίμηση των συναδέλφων και των μαθητών του. Ο ήπιος χαρακτήρας και η προθυμία του να βοηθά και να δίνει τεκμηριωμένες λύσεις τον έκαναν να είναι μια σταθερή αναφορά στην πιεστική και υπεύθυνη καθημερινότητα.

Το προσωπικό του παράδειγμα, υπόδειγμα διακριτικής, ευγενικής και σοβαρής ανθρώπινης παρουσίας, αποτελεί παρακαταθήκη για όλους εμάς που πρόσκαιρα μένουμε πίσω.

Θα σε θυμόμαστε πάντα με σεβασμό και αγάπη.

Ιωάννης Σ. Γκιουζέπας
Καθηγητής Ψυχιατρικής ΑΠΘ

Συνεδρία Περιφερειακού Τμήματος
Μακεδονίας ΕΨΕ
14 Οκτωβρίου 2009

Νέες εκδόσεις New editions

- **Schizophrenia** (Second edition)
S. Kasper, G.N. Papadimitriou
Informa Healthcare, London, 2009
- **Διασυνδεδετική Ψυχιατρική**
Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Ι. Ζέρβας (Επιμ. Έκδοσης)
ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2009
- **Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία:
Μια σύγχρονη ψυχιατρική** (2 τόμοι)
N.B. Αγγελόπουλος
ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2009
- **Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής**
(τέταρτη έκδοση)
B.T. Sadock, V.A. Sadock
Γ.Ν. Παπαδημητρίου (Επιμ. Ελληνικής Έκδοσης)
Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα, 2007
- **Θεραπεία Ζεύγους: Ψυχοθεραπευτικές
Προσεγγίσεις από την ψυχαναλυτική,
την συμπεριφορική και τη συστημική οπτική**
Β. Τομαράς, Χ. Καραμανωλάκη, Ι. Ζέρβας
(Επιμέλεια Έκδοσης)
Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2008
- **Εμμηνόπαυση: Οδηγός Ψυχικής
Υγείας και Φροντίδας**
D.E. Stewart
Ι. Ζέρβας, Α. Σπυροπούλου (Επιμ. Ελληνικής Έκδοσης)
ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2009
- **Ψυχική αναστολή και υπερκινητικότητα**
Ελένη Λαζαράτου (Επιμέλεια Έκδοσης)
ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2009
- **Νευροψυχιατρική και Συμπεριφορική
Νευρολογία** (Β' Έκδοση)
J.L. Cummings, M.R. Trimble
Θ. Παπαρρηγόπουλος (Επιμ. Ελληνικής Έκδοσης)
Μετάφραση: Π. Φερεντίνος
ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2009
- **Η καθημερινή ζωή στο ψυχιατρείο:
Μορφές ιδρυματισμού
και ιδρυματικής κακοποίησης**
Χ. Ασημακόπουλος
Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2008
- **Ψυχική Υγιεινή και ψυχική
διαταραχή στην Κοινότητα**
Ε. Βλαχάκη, Γρ. Μανιαδάκης (Επιμέλεια Έκδοσης)
ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2008
- **Παρέμβαση στην κρίση**
Ο. Γωτάκος (Επιμέλεια Έκδοσης)
Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα, 2008
- **Βιασμός**
Ο. Γωτάκος, Μ. Τσιλιάκου
Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα, 2008
- **Ο κύκλος της κακοποίησης**
Ο. Γωτάκος, Μ. Τσιλιάκου
Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα, 2008

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις

Future scientific meetings

- **"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-Gueibly, 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) auntsola@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
- **1st International Congress on Neurobiology and Clinical Pharmacology & European Psychiatric Association Conference on Treatment Guidance, Thessaloniki, Greece**
November 19–22, 2009
Organization: International Society of Neurobiology and Psychopharmacology
Collaboration: WPA Section on Private Practice Psychiatry, European Psychiatric Association
E-mail: info@globalevents.gr,
Website: www.globalevents.gr
- **DGPPN Congress, Berlin, Germany**
November 25–28, 2009
Organization: German Psychiatry & Psychotherapy Association, Website: www.dgppn-congress.de
- **4th International Congress on Brain & Behaviour & 17th Thessaloniki Conference-Dual Congress Thessaloniki, Greece**
December 3–6, 2009
Organizer: International Society on Brain and Behaviour
Collaboration: Hellenic Psychiatric Association, Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balkans, Hellenic College of Academic Psychiatry
E-mail: salonica@triaenatours.gr
Website: www.triaenatours.gr
- **"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
- **2ο Μονοθεματικό Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής «Εξαρτήσεις, Συννοσηρότητα, Πρόληψη και Θεραπεία», Θεσσαλονίκη**
 Μάρτιος 5–7, 2010
 Οργ. Φορέας: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία
 Οργ. Γραφείο: Frei S.A. Congress Travel,
 Τηλ. 210-3215600, Fax: 210-3219296
 E-mail: info@frei.gr
- **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 Schübler, 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: yzouy@263.net
 Website: www.psychiatryonline.cn
- **International Conference: From Adolescence to Adulthood - Normality and Psychopathology, Larnaca, Cyprus**
 September 9–12, 2010
 Organizer: Cyprus Psychiatric Association
- Cooperation: World Psychiatric Association, European Society for Child and Adolescent Psychiatry, Hellenic Psychiatric Association, Hellenic Society of Child and Adolescent Psychiatry,
 Website: www.topkinisis.com/AANP
- **“18th World Congress on Psychiatric Genetics”, Athens, Greece**
 October 3–7, 2010
 Organizer: International Society of Psychiatric Genetics
 Cooperation: National and Kapodistrian University of Athens Medical School 1st Department of Psychiatry Eginition Hospital, University Mental Health Research Institute
 Congress Organizing Bureau: Erasmus Conferences Tours & Travel S.A.
 Contact: Prof. G.N. Papadimitriou
 Tel.: +30 210 7257693, Fax: +30 210 7257532
 E-mail: info@ispg2010.org
 Website: www.erasmus.gr
- **16ο Διεθνές Φόρουμ Ψυχανάλυσης - International Federation of Psychoanalytic Societies: «Το ενδοψυχικό και το Διυποκειμενικό στη Σύγχρονη Ψυχανάλυση», Αθήνα, Ελλάς**
 Οκτώβριος 20–23, 2010
 Επικοινωνία: Αν. Καθηγητής Γρ. Βασιλαματζής
 Οργ. Φορέας: Ελληνική Εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας
 Οργ. Γραφείο: Easy Travel,
 Τηλ.: 210-36 15 201, Fax: 210-36 25 572,
 E-mail: easytravel@hol.gr
- **“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