



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο σύνταξης

Το μέλλον της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα

Δ. Πλουμπίδης 207

Ανασκόπηση

Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης

Ι.Μ. Μιχόπουλος, Γ.Μ. Ζέρβας 211

Ερευνητικές εργασίες

Στάθμιση κλίμακας μέτρησης του εθισμού των εφήβων στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές

Κ.Ε. Σιώμος, Γ.Δ. Φλώρος, Ο.Δ. Μουζάς, Ν.Β. Αγγελόπουλος 222

Η εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στα δίγλωσσα παιδιά ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής

Ι. Παπαδάκη, Α. Χριστοδούλου, Μ. Παλαιολόγου, Μ. Βλασσοπούλου, Ε. Λαζαράτου,
Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Δ.Ν. Πλουμπίδης 233

Η σχέση του γνωσιακού σχήματος της υπευθυνότητας με τις ιδεοψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις τύπου ελέγχου και καθαριότητας

Β. Πατέρμου, Γ. Ευσταθίου, Α. Καλαντζή-Αζίζι 239

Γενικά άρθρα

Ένα γνωσιακό συμπεριφορικό ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βελτίωση των γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών με σχιζοφρένεια

Κ. Ευθυμίου, Σ. Ρακιτζή, V. Roder 245

Πλαίσιο λειτουργίας και καινοτόμες πρακτικές σε Κέντρο

Ημέρας για ψυχωτικούς ασθενείς

Κ. Παπακωνσταντίνου, Κ. Παπαδάκη, Σ. Στυλιανίδης 255

Κλινική Ψυχιατρική και Δικαστική Ψυχιατρική: Ομοιότητες και διαφορές

Α. Μπέκα 262

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις 275

Οδηγίες για τους συγγραφείς 277



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

The future of psychiatric reform in Greece

D.N. Ploumpidis..... 209

Review

Psychotherapeutic approaches of depression

I.M. Michopoulos, I.M. Zervas 219

Research articles

Validation of adolescent computer addiction test in a greek sample

K.E. Siomos, G.D. Floros, O.D. Mouzas, N.V. Angelopoulos 232

The psychopathology of bilingual children in a sample of a Community Mental Health Center

J. Papadaki, A. Christodoulou, M. Paleologou, M. Vlassopoulou, H. Lazaratou, D.C. Anagnostopoulos, D.N. Ploumpidis..... 237

The responsibility schema in obsessive compulsive checking and washing

B. Palermou, G. Efstathiou, A. Kalantzi-Azizi..... 243

Special articles

A cognitive behavioural group therapy program for the improvement of the cognitive and social abilities of patients with schizophrenia

K. Efthimiou, S. Rakitzi, V. Roder 253

Frame of internal functioning and innovative practices in a Day Center for psychotics

K. Papakonstantinou, K. Papadaki, S. Stylianidis..... 259

Clinical Psychiatry and Forensic Psychiatry: Similarities and differences

A. Beka..... 269

Future scientific meetings 275

Instructions to contributors..... 279

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Το μέλλον της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα

Με το τέλος του «Ψυχαργώ II», το 2009, ολοκληρώθηκε ο κύκλος των μεγάλων κοινοτικών προγραμμάτων, που επέτρεψαν την τελευταία εικοσαετία την ουσιαστική μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής φροντίδας στη χώρα μας.

Παρά τα ουσιαστικά επιτεύγματα, το οικοδόμημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έχει μείνει ημιτελές, όπως έχει επανειλημμένα τονισθεί.

Ορατές συνέπειες του ανολοκλήρωτου συστήματος φροντίδας είναι οι επικουρικές κλίνες (ράντζα) στις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων, κυρίως της Αττικής και το πολύ υψηλό ποσοστό αναγκαστικής νοσηλείας, δηλαδή 35–40% των εισαγωγών στις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων της Αττικής, πάνω από 50% στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και μικρότερα ποσοστά σε άλλες περιφερειακές μονάδες. Η αύξηση των ιδιωτικών κλινών είναι βέβαιη κυρίως στη Θεσσαλία και τη Μακεδονία, καθώς και η πληρότητά τους στην Αττική, αλλά δεν διαθέτουμε στοιχεία για την πιθανή μετακίνηση ασθενών προς τον ιδιωτικό τομέα.

Η εναγώνια αναζήτηση κλινών που αποτυπώνουν οι προηγούμενοι αριθμοί είναι άμεση συνέπεια των πολύ μεγάλων κενών στο δίκτυο της εξω-νοσοκομειακής φροντίδας, τόσο στην Αττική, όσο και στην υπόλοιπη χώρα. Η λειτουργία συμπληρωματικών δικτύων εξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών θα επέτρεπε όχι μόνο την έγκαιρη φροντίδα των ασθενών αλλά και την πρόληψη. Η δικτύωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα επιχειρήθηκε μέσω της τομεοποίησης, η οποία έχει τυπικά ολοκληρωθεί αλλά παραμένει ανενεργή. Οι ΤΕΨΥ (Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας) του κάθε τομέα είναι γνωμοδοτικά όργανα και αδυνατούν να ανταποκριθούν στο πλήθος αρμοδιοτήτων που τους ορίζει ο νόμος 2716/1999, όταν μάλιστα καλούνται να συντονίσουν την φροντίδα που παρέχουν διαφορετικοί φορείς, εντός και εκτός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Εύλογα γεννιέται το ερώτημα αν θα έχουμε άλλη ευκαιρία δικτύωσης των υπηρεσιών αν η τομεοποίηση ναυαγήσει και παραμείνουμε στην περιχαρακωμένη λειτουργία απομονωμένων υπηρεσιών από τη μία και ιδιωτών ιατρών από την άλλη πλευρά.

Η οργανωμένη παρακολούθηση (monitoring) της πιλοτικής λειτουργίας ενός δείγματος τομέων θα μπορούσε να δώσει πολύτιμες πληροφορίες για τη δυνατότητα συνεργασίας των διαφορετικών φορέων εντός των τομέων και για τις προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο. Για παράδειγμα, αν οι διευθυντές των μονάδων νοσηλείας είχαν την υποχρέωση να ενημερώνουν τον πρόεδρο της κάθε ΤΕΨΥ για τους νοσηλευόμενους ασθενείς του τομέα του, θα μπορούσε να δημιουργηθεί ένας δίαυλος επικοινωνίας με τις μονάδες που θα αναλάβουν τον ασθενή μετά το πέρας της νοσηλείας. Η συνεργασία των διαφόρων μονάδων που απαρτιώνουν ένα τομέα, αλλά και οι διατομεακές συνεργασίες θα ήταν επίσης πολύτιμες για την επιβίωση και την ορθολογική χρήση

των στεγαστικών μονάδων, που εγκαταστάθηκαν μέσα στον κοινωνικό ιστό από τα μεγάλα προγράμματα αποασυλοποίησης και οι οποίες απειλούνται σήμερα από την ενδοστρέφεια και την απομόνωση.

Η δυναμική των τοπικών κοινωνιών μπορεί να επιτρέψει θετικά βήματα, αλλά χωρίς ουσιαστικά δείγματα της θέλησης για αναδιοργάνωση των κεντρικών δημόσιων υπηρεσιών η αποτελεσματική συνεργασία των διάφορων μονάδων παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στους πολίτες δείχνει υπονομευμένη.

Η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών θα μπορούσε να επιτρέψει σημαντικά αποτελέσματα χωρίς μεγάλο οικονομικό κόστος. Αντίθετα η ολοκλήρωση του ημιτελούς οικοδομήματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, της ίδρυσης νέων μονάδων, της πρόσληψης προσωπικού για τη λειτουργία π.χ. των έτοιμων ψυχιατρικών μονάδων νοσηλείας σε πολλά γενικά νοσοκομεία της χώρας απαιτεί σαφή οικονομικό προγραμματισμό.

Δ.Ν. Πλουμπίδης

*Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Βιβλιογραφία

- Έκθεση της επιτροπής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, 2006–2008. Στο: Βαρουχάκης Χ, Θεοδωροπούλου Σ, Καραβάτος Θ, Πλουμπίδης Δ, Τομαράς Βλ, Τσιπιάς Β (Συντ.) Δικτυακός τόπος της ΕΨΕ: www.psych.gr
- Προτάσεις της ομάδας εργασίας της ΕΨΕ για τη διερεύνηση των επίκαιρων προβλημάτων που προκύπτουν από την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Πρόεδρος: Καραβάτος Θ, Μέλη: Βαρουχάκης Χ, Θεοδωροπούλου Σ, Κονταξάκης Β, Πλουμπίδης Δ, Τομαράς Β. *Ψυχιατρική* 2006, 17:175–178
- Christodoulou G. "Psychiatric reform revisited". *World Psychiatry* 2009, 8:121–122
- Βαρουχάκης Χ. Το ειδικό Ψυχιατρικό νοσοκομείο και η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. *Ψυχιατρική* 2007, 18:78–93

Editorial Άρθρο Σύνταξης

The future of psychiatric reform in Greece

With the end of "Psychargo II" in 2009, the cycle of major EU projects completed, having contributed in the last two decades to a substantial reform of psychiatric care in Greece. Despite major achievements, the edifice of the psychiatric reform has remained incomplete, as has been repeatedly pointed out.

Some visible effects of incompleteness of our care system are the auxiliary beds in psychiatric units of general hospitals, mainly in Attica and the very high rate of involuntary hospitalizations, 35–40% of admissions in psychiatric units of general hospitals in Athens, more than 50% in psychiatric hospitals and lower rates in other regional units. The growth of private clinics is mostly visible in Thessaly and Macedonia and also the full occupation of private beds in Attica, but we need further evidence to prove a possible shift of patients to the private sector.

The anxious research of beds is a direct consequence of the large gaps in the networking of the outdoor care, both in Attica and the rest of the country. Complementary networks of outdoor care services could enable an early care of patients but also prevention. The networking of psychiatric services in Greece has been attempted through sectorisation, which is now completed, but still remaining inactive. The ΤΕΨΥ (Sectoral Committees of Mental Health) are advisory bodies which failed to respond to the numerous tasks attributed to them by the Law 2716/1999, especially to coordinate indoor and out door services belonging to different organisms. I wonder if we will have another opportunity of networking if sectorisation fails and mental health care is only provided by isolated units and equally isolated private practitioners.

The pilot monitoring of a sample of sectors could provide valuable information on a possible cooperation between different units and contribute to defining priorities on national level.

Horizontal cooperation of indoor and outdoor care units could be accelerated if the directors of indoor care units had the obligation to inform the president of each ΤΕΨΥ on the presence of patients of his sector in their unit. Horizontal cooperation of different units belonging to the same sector would also be valuable for the further development of housing units, which have been installed into the community by the recent programs of deinstitutionalization.

The dynamics of local communities can allow positive achievements, but the improvement of mental health care in a large scale needs an active contribution of public services and stake holders.

The improvement of networking and reorganization of services could produce positive results not particularly expensive. On the contrary, the creation of new units, costs of functioning and staffing require a clear and long term economic planning.

D.N. Ploumpidis

*Associate Professor of Psychiatry
1st Psychiatric Department, University of Athens*

References

- *Report of the Committee of Psychiatric Reform, 2006–2008*. Hellenic Psychiatric Association. In: Barouhakis X, Karavatos A, Ploumpidis D, Theodoropoulou S, Tomaras V, Tsipas B (eds) www.psych.gr
- Report on the most important problems to face on the process of the psychiatric reform in Greece. Working team of Hellenic Psychiatric Association. President: Karavatos A. Members: Varouhakis X, Theodoropoulou S, Kontaxakis V, Kontis K, Ploumpidis D, Tomaras V. *Psychiatriki* 2006, 17:175–178
- Christodoulou G. "Psychiatric reform revisited". *World Psychiatry* 2009, 8:121–122
- Varouchakis Chr. Psychiatric Hospital and the progress of psychiatric reform. *Psychiatriki* 2007, 18:78–83

Ανασκόπηση Review

Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης

I.M. Μιχόπουλος,¹ Γ.Μ. Ζέρβας²

¹Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Αττικό» Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

²Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2009, 20:211–221

Ολες οι ψυχοθεραπευτικές σχολές έχουν αναπτύξει μοντέλα για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Υπάρχουν στοιχεία που είναι κοινά, αλλά και κάποια που κάνουν τις προσεγγίσεις να διαφέρουν. Γίνεται αναφορά στις εξής ατομικές προσεγγίσεις: Ψυχαναλυτική, Συμπεριφορική, Γνωσιακή, Διαπροσωπική, για τις οποίες υπάρχουν τα περισσότερα στοιχεία στη βιβλιογραφία. Πρόσφατες και εκτεταμένες μελέτες δείχνουν ότι η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της κατάθλιψης, σε όλες τις ηλικίες, ακόμα και σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Η ψυχοθεραπεία έχει καλά αποτελέσματα σε ήπιας και μέτριας βαρύτητας κατάθλιψη. Σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία είναι αποτελεσματική στην κατάθλιψη μεγάλης βαρύτητας. Σημαντικός είναι ο ρόλος της στην πρόληψη των υποτροπών. Πρόσφατες μελέτες λειτουργικής νευροαπεικόνισης του εγκεφάλου προσφέρουν στοιχεία για τον τρόπο που η ψυχοθεραπεία επηρεάζει βιολογικές δομές. Η έρευνα στις ψυχοθεραπείες έχει να επιλύσει ακόμη μεθοδολογικά ζητήματα.

Λέξεις ευρετηρίου: Κατάθλιψη, ψυχοθεραπεία, ψυχαναλυτική, γνωσιακή, συμπεριφορική, διαπροσωπική, αποτελεσματικότητα

Εισαγωγή

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί μία από τις θεραπευτικές εναλλακτικές επιλογές για την κατάθλιψη. Όλες οι ψυχοθεραπευτικές σχολές έχουν αναπτύξει μοντέλα για τη θεραπεία της και όλες έχουν να επιδείξουν αποτελεσματικότητα. Στην παρούσα ανασκόπηση θα επιχειρηθεί να περιγραφούν οι σημαντικότερες ατομικές προσεγγίσεις (Ψυχαναλυτική, Συμπεριφορική, Γνωσιακή, Διαπροσωπική) και να εκτιμηθούν ως προς την αποτελεσματικότητά τους στην κατάθλιψη.

Παρά τις φαινομενικά διαφορετικές προσεγγίσεις, τόσο στη θεωρία, όσο και στην πρακτική, οι ψυχοθε-

ραпевτικές σχολές μοιράζονται, λίγο ή πολύ, κάποια κοινά στοιχεία, όχι μόνο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, αλλά και γενικότερα (Frank 1993):¹

- Συναισθηματικά φορτισμένη σχέση που βασίζεται στην εμπιστευτικότητα
- Συλλογιστική που παρέχει εξηγήσεις για τα προβλήματα του ασθενούς και μεθόδους για να αντιμετωπισθούν
- Παροχή νέων πληροφοριών για το μέλλον, την πηγή του προβλήματος και για πιθανές εναλλακτικές λύσεις που εμπεριέχουν την ελπίδα της ανακούφισης

- Διευκόλυνση της συναισθηματικής φόρτισης και αποφόρτισης
- Μη ειδικές μεθόδους τόνωσης της αυτο-εκτίμησης
- Μετάδοση ελπίδας
- Παροχή εμπειριών επιτυχίας.

Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

Θα γίνει μια συνοπτική παρουσίαση των ψυχοθεραπευτικών σχολών και της θεώρησης τους για την κατάθλιψη. Η Γνωσιακή και η Διαπροσωπική θα αναφερθούν λεπτομερέστερα, μιας και γι' αυτές υπάρχουν οι περισσότερες συγκριτικές μελέτες στη βιβλιογραφία (πίνακας 1).

Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία κατάθλιψης

Η θεωρητική προσέγγιση της κατάθλιψης από την Ψυχαναλυτική σχολή έχει ακολουθήσει την εξέλιξη της θεωρίας στα τελευταία εκατό, περίπου, χρόνια, από τότε που διαμορφώθηκε η βασική ψυχαναλυτική θεωρία. Έτσι, πρώτος ο Freud μίλησε για την απώλεια και το ρόλο της στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης. Σύμφωνα με τη φροϋδική θεώρηση η κατάθλιψη αποτελεί έκφραση οργής προς τον εαυτό κατόπιν ενδοβολής ενός αντικειμένου που έχει χαθεί. Μεταγενέστερες θεωρήσεις έχουν συνδέσει την κατάθλιψη με τις στοματικές (Abraham, Rado, Fenichel) και τις ναρκισσιστικές (Kohut, Bibring) ανάγκες της προσωπικότητας, με την αδυναμία του εγώ (Bibring), με αυστηρό υπερέγω (Beres) ή με μειωμένη αυτοεκτίμηση (Zetzel).² Η Klein έχει μιλήσει για την «καταθλιπτική θέση», ως βασικό στάδιο της αναπτυξιακής πορείας του βρέφους.³ Η κατάθλιψη περιγράφεται, επίσης, ως αμυντική αντίδραση συντήρη-

σης/απόσυρσης (Engel, Schmale).² Όπως σε όλη την ψυχαναλυτική θεωρία, ιδιαίτερη σημασία έχει δοθεί στη σχέση μητέρας-παιδιού. Η πρώιμη στέρηση της μητέρας και οι αναπτυξιακές δυσκολίες που αυτή δημιουργεί έχουν συνδεθεί με τη μελλοντική εμφάνιση κατάθλιψης, κάτι που έχει επιβεβαιωθεί και από πολλές επιδημιολογικές μελέτες (Mahler, Benedek, Spitz & Wolf, Bowlby).^{4,5}

Η κλασική πρακτική της ψυχανάλυσης (3-4 συνεδρίες την εβδομάδα, πολύχρονη θεραπεία) έχει εγκαταλειφθεί για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Εφαρμόζεται περισσότερο το μοντέλο της βραχείας ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας (συχνότητα 1-2 φορές την εβδομάδα, 12μηνη θεραπεία). Το ψυχαναλυτικό πλαίσιο δίνει μεγάλη σημασία στη θεραπευτική σχέση και στη μεταβίβαση που προκύπτει. Χρησιμοποιούνται οι βασικές ψυχαναλυτικές τεχνικές: Ενσυναίσθηση (Empathy), Διευκρίνιση (Clarification), Ερμηνεία (Interpretation), και Αντιπαράθεση (Confrontation).

Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία κατάθλιψης

Σύμφωνα με τη Συμπεριφορική θεώρηση, η κατάθλιψη αποτελεί μια υπεργενικευμένη απόκριση, η οποία προκύπτει μετά από συγκεκριμένο ερέθισμα ή γεγονός. Δίνεται έμφαση στις συνθήκες που συντελούν στη συντήρηση της παθολογίας, αυτές είναι: η μείωση της συχνότητας ή της αποτελεσματικότητας των θετικών ενισχυτών (είτε λόγω απώλειας ή βιοχημικά) (Fester, Costello),⁶ η έλλειψη των κατάλληλων κοινωνικών δεξιοτήτων και η ύπαρξη αυξημένων αποστροφικών συμπεριφορών (Lewinsohn).⁷ Τα παραπάνω οδηγούν σε χαμηλή συχνότητα εγχειρηματικής συμπεριφοράς, παθητικότητα και δυσφορία. Οι

Πίνακας 1. Συγκριτική παρουσίαση των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων στην κατάθλιψη.

	Ψυχαναλυτική	Γνωσιακή-συμπεριφορική	Διαπροσωπική
Αίτια	Ενδοψυχικές συγκρούσεις	Δυσπροσαρμοστικά σχήματα	Διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις
Τεχνικές	Θεραπευτική σχέση, μεταβίβαση	Λειτουργική αντιπαράθεση σε αρνητικές σκέψεις, αναγνώριση σχημάτων, μεταγνωσιακή ικανότητα	Βελτίωση ικανότητας για επικοινωνία, αναδιαμόρφωση όρων του περιβάλλοντος
Ρόλος θεραπευτή	Διερμηνέας: Ενσυναίσθηση, απόσταση για ανάλυση της μεταβίβασης	Πεπειραμένος ερευνητής: Ενεργητικός ρόλος, συνεργατικός εμπειρισμός	Ερευνητής, καθοδηγητικός: Ενεργητικός ρόλος, θετική μεταβίβαση
Ρόλος οικογένειας/συζύγου	Δεν συμπεριλαμβάνονται στη θεραπεία	Παρατηρητής-βοηθός (σπάνια)	Κομβικός ρόλος

Από: Karasu T.B. Am J Psychiatry 1990⁸⁴

καταθλιπτικές σκέψεις θεωρούνται απλώς δευτερογενείς. Ακόμη ένας βασικός παράγοντας που συντελεί στη συντήρηση της παθολογίας θεωρείται η μαθημένη αβοηθητικότητα (Seligman).⁸ Σύμφωνα με τη θεωρία ένα επανειλημμένο αναπόφευκτο σοκ οδηγεί σε μελλοντικές καταστάσεις σε ελλείμματα στην κινητοποίηση (δεν γίνονται προσπάθειες διαφυγής), στη μάθηση (αποτυχία μάθησης νέων ανακουφιστικών τακτικών) και στο συναίσθημα (έντονη παθητικότητα).

Η συμπεριφορική θεραπεία για την κατάθλιψη είναι βραχείας διάρκειας και ως κύρια τεχνική εφαρμόζει τη συμπεριφορική ενεργοποίηση (behavioral activation). Αυτή περιλαμβάνει την κατάτμηση και οργάνωση των δραστηριοτήτων ανάλογα με το επίπεδο της κατάθλιψης. Το ξεκίνημα γίνεται από απλές δραστηριότητες και με προοδευτική αύξηση επιτυγχάνεται ενεργοποίηση του ατόμου. Το συναίσθημα βελτιώνεται δευτερογενώς.

Γνωσιακή ψυχοθεραπεία κατάθλιψης

Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεώρηση, η γνωσιακή δυσλειτουργία είναι πυρηνικό στοιχείο της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης ανεξαρτήτως βαρύτητας, χρονιότητας ή κλινικής εικόνας. Αυτό δεν σημαίνει ότι η γνωσιακή δυσλειτουργία αποτελεί αιτιοπαθογενετικό παράγοντα, αλλά ότι είναι τόσο κεντρική που επηρεάζει όλες τις άλλες εκδηλώσεις. Το γνωσιακό «προφίλ» της κατάθλιψης περιλαμβάνει διαταραχές βαθύτερης δομής της σκέψης (δυσλειτουργικές πεποιθήσεις): «καταθλιπτικογόνα» σχήματα, διαταραχές στον τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών: διεργασικές παρεκκλίσεις και διαταραχές περιεχομένου της σκέψης: αυτόματες σκέψεις. Το άτομο θεωρεί τον εαυτό αποτυχημένο, τον κόσμο εχθρικό και το μέλλον άσχημο, προσεγγίζοντας το θέμα μέσω της γνωσιακής τριάδας: εαυτός-κόσμος-μέλλον.⁹ Βασικό στοιχείο αποτελεί η ενεργοποίηση του σχήματος. Το σχήμα καθοδηγεί όλο το αντιληπτικό μας σύστημα στην επιλογή των στοιχείων που θα επεξεργαστεί προκειμένου να δράσει. Όταν ενεργοποιηθεί ένα καταθλιπτικογόνο σχήμα «κλειδώνει» όλο τον αντιληπτικό (και ερμηνευτικό) μηχανισμό στον καταθλιπτικό τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών. Από τη στιγμή που εμφανίζεται καταθλιπτικό συναίσθημα (σε οποιοδήποτε πλαίσιο) αυτό γίνεται κατανοητό ως ενεργοποίηση μιας σειράς αλληλοσυνδεόμενων βαθύτερων νοητικών δομών (mode) με τέτοιο τρόπο που καταλήγουν να ανακινούν ένα αίσθημα προσω-

πικής απώλειας, αποτυχίας και στέρησης. Η ισχύς της ενεργοποίησης αυτών των δομών και η κυριαρχία του ειδικού τρόπου επεξεργασίας πληροφοριών που αυτές επιβάλλουν στο συνήθη τρόπο αντίληψης επεξεργασίας των ερεθισμάτων καθορίζει τη βαρύτητα και τη διάρκεια της κατάθλιψης. Οι υποτροπές εξηγούνται με βάση ένα μοντέλο προδιάθεσης-στρες: Η προδιάθεση αναφέρεται σε μια ετοιμότητα για ενεργοποίηση των βαθύτερων δομών που αφορούν την καταθλιπτική θεματολογία (χαμηλός ουδός ενεργοποίησης) και μια προ-καταθλιπτική οργάνωση της υποκείμενης προσωπικότητας. Το στρες αφορά την ολοένα και ευκολότερη ενεργοποίηση αυτών των δομών μέσα από τα αρνητικά γεγονότα ζωής έτσι ώστε οι δομές αυτές αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερο σθένος.

Η θεραπευτική προσέγγιση είναι βραχείας διάρκειας και περιλαμβάνει συμπεριφορικούς και γνωσιακούς χειρισμούς. Οι συμπεριφορικές τεχνικές εφαρμόζονται στην έναρξη, κυρίως, της θεραπείας και αποσκοπούν στη δραστηριοποίηση: τεχνική ευχαρίστησης και ικανοποίησης, κατάτμηση δραστηριοτήτων, προγραμματισμός δραστηριοτήτων. Οι γνωσιακές επεμβάσεις καταγράφουν, ελέγχουν και τροποποιούν άμεσες κυρίως γνωσιακές δραστηριότητες (σκέψεις, εικόνες, διεργασίες) υπεύθυνες για την εκδήλωση περιγεγραμμένης ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η ορθολογιστική, η νοοκατασκευαστική και η πραγματιστική. Τελικό στάδιο αποτελεί η γνωσιακή αναδόμηση, η οποία στοχεύει στην αξιολόγηση και έλεγχο κεντρικότερων γνωσιακών δραστηριοτήτων και δομών (κανόνες, πεποιθήσεις, σχήματα). Για να επιτευχθεί απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός συνεδριών και συνδυασμός συμπεριφορικών, συναισθηματικών, γνωσιακών και διαπροσωπικών τεχνικών. Τελικός στόχος της γνωσιακής ψυχοθεραπείας είναι το άτομο να αποκτήσει δεξιότητες, έτσι ώστε να μπορεί να γίνει «θεραπευτής» του εαυτού του, τόσο στο παρόν επεισόδιο, όσο και σε πιθανά μελλοντικά.

Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία κατάθλιψης

Η Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1970 από τους Klerman & Weissman.¹⁰ Είναι βραχείας διάρκειας, μέτριας δόμησης και εστιάζεται στα συμπτώματα. Έχει εφαρμοσθεί στις περισσότερες μορφές της κατάθλιψης και βασική της υπόθεση αποτελεί η θέση ότι, ασχέτως αιτιών, η κατάθλιψη τείνει να πυροδοτείται από δια-

προσωπικές κρίσεις. Θεωρεί ότι τρία είναι τα βασικά στοιχεία της κατάθλιψης: τα συμπτώματα, η λειτουργικότητα και η προσωπικότητα του ασθενή. Εστιάζει, δε, στα δύο πρώτα. Η στάση του διαπροσωπικού θεραπευτή είναι θετική, ενεργητική και μη κριτική. Η θεραπευτική σχέση χρησιμοποιείται ως πρότυπο για τις σχέσεις του ασθενή. Σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας γίνεται εκπαίδευση στον τρόπο που ο ασθενής θα επιτύχει σαφέστερη επικοινωνία. Οι βασικές προβληματικές διαπροσωπικές περιοχές που μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο της θεραπείας είναι το πένθος, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, η μετάβαση ρόλου και τα διαπροσωπικά ελλείμματα.

Στην αρχική φάση της θεραπείας, δίνεται σημασία στην απογραφή των σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων και στη σύνδεση της κατάθλιψης με τη διαπροσωπική κατάσταση του ασθενή, γίνεται, δηλαδή, μια διαπροσωπική διατύπωση του προβλήματος. Κατόπιν γίνεται εστιασμός στις προσδοκίες και αντιλήψεις του ασθενή για τις σχέσεις του και προσπάθεια ανεύρεσης εναλλακτικών τρόπων χειρισμού των προβλημάτων. Σημαντικό ρόλο παίζει η δημιουργία κατάλληλου κλίματος εμπιστοσύνης και συναισθηματικής ασφάλειας έτσι ώστε ο ασθενής να έχει το χώρο για αυτό-αποκάλυψη. Ζητήματα που απασχολούν κατά το τέλος της θεραπείας είναι το πένθος και η αυτονόμηση.

Αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στην κατάθλιψη

Μετά την εμφάνιση των νεότερων αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων, με κύριους εκπροσώπους τους ειδικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), η χρήση της φαρμακευτικής θεραπείας διευρύνθηκε ιδιαίτερος. Ακόμα και γιατροί άλλων ειδικοτήτων χορηγούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, με λιγότερο σκεπτικισμό και επιφυλάξεις, μιας και αυτά παρουσιάζουν συνδυασμό καλής αποτελεσματικότητας και ασφάλειας. Από την άλλη μεριά, σε πρόσφατες και εκτεταμένες μελέτες έχει βρεθεί ότι η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της κατάθλιψης, σε όλες τις ηλικίες, ακόμα και σε νοσηλεύμενους ασθενείς.¹¹ Τα τελευταία χρόνια, μάλιστα, αυτές οι δύο θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν πάψει να εξετάζονται σε αντιδιαστολή. Αρκετά συχνά γίνεται ταυτόχρονη θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση (combined therapy). Η αποτελεσματικότητα αυτού του συνδυασμού έχει μελετηθεί τα τελευ-

ταία χρόνια και έχει δειχθεί ότι σε ελαφρές ή μέτριες μορφές κατάθλιψης ο συνδυασμός δεν προσφέρει πλεονέκτημα, ενώ σε κλινικής βαρύτητας κατάθλιψη η συνδυασμένη θεραπεία υπερτερεί της φαρμακοθεραπείας.¹²⁻¹⁵ Παρακάτω θα γίνει λεπτομερής αναφορά στη σύγκριση των δύο μεθόδων και στο συνδυασμό αυτών, αναλόγως της κλινικής βαρύτητας της κατάθλιψης.

Η αποτελεσματικότητα της Βραχείας Ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας δεν έχει μελετηθεί σε αρκετές έρευνες. Παρουσιάζονται, επίσης, ζητήματα σχετικά με τη μεθοδολογία των εργασιών που εξετάζουν τη χρήση της (ομάδες ελέγχου, τυχαιοποίηση, αριθμός ατόμων, αριθμός εργασιών). Αναφέρεται ως αποτελεσματική (όσο και οι άλλες μέθοδοι θεραπείας που ελέγχθηκαν, και ανώτερη της λίστας αναμονής) σε μία μετα-ανάλυση, η οποία είχε συμπεριλάβει έντεκα μελέτες,¹⁶ αν και έχουν εκφρασθεί αντίθετες γνώμες.¹⁷ Θεωρείται, γενικά, ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα σε ασθενείς με μικτή συμπτωματολογία, ενώ στην κλινική πρακτική, συμπεριλαμβάνονται και ασθενείς που θεωρούνται «δύσκολοι» (αυτοί που εμφανίζουν σημαντικά ζητήματα προσωπικότητας). Σε πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση τριών μελετών φαίνεται ότι η Βραχεία Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική με τη φαρμακευτική θεραπεία, ενώ ο συνδυασμός των δύο ήταν πιο αποτελεσματικός από τη φαρμακευτική θεραπεία (και εξίσου αποτελεσματικός με την ψυχοθεραπεία μόνη). Μειονεκτήματα της μεθοδολογίας όμως (μη τυχαιοποίηση, μη χρήση διόρθωσης κατά Bonferroni), καθιστούν τα αποτελέσματα όχι απολύτως ασφαλή.¹⁸ Μελέτη στην οποία χρησιμοποιήθηκε ανάθεση θεραπείας με χρήση τυχαιοποίησης έδειξε ότι η προσθήκη Βραχείας Ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας στη φαρμακοθεραπεία βελτιώνει την κοινωνική λειτουργικότητα και τα καταθλιπτικά συμπτώματα.¹⁹

Παρόμοιοι είναι οι περιορισμοί που εμφανίζονται και στη μελέτη της Συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας. Σημαντικό παράγοντα στην αξιολόγηση της αποτελεί το γεγονός ότι η εφαρμογή της συμπεριφορικής γνωσιακής ψυχοθεραπείας (CBT) έχει περιορίσει τη χρήση της αμιγώς συμπεριφορικής θεραπείας στην κατάθλιψη. Σε μετα-ανάλυση για διάφορες παθήσεις, μεταξύ των οποίων και η κατάθλιψη, ελέγχθηκε η προσθήκη του «γνωσιακού» παράγοντα σε συμπεριφορική θεραπεία και φάνηκε ότι δεν πλεονεκτεί σε σχέση με την αμιγώς συμπεριφορική θεραπεία.²⁰

Ορισμένες μελέτες της αποδίδουν παρόμοια αποτελεσματικότητα με τη γνωσιακή και τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία²¹ ή ακόμα και υπεροχή έναντι της γνωσιακής στην οξεία φάση²² και παρόμοια αποτελέσματα στη χρόνια φάση.²³ Και οι δύο τελευταίες μελέτες δίνουν στη συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (συμπεριφορική ενεργοποίηση: behavioral activation) παρόμοια αποτελεσματικότητα με τη φαρμακευτική θεραπεία. Σε ανάλογα συμπεράσματα καταλήγουν δύο πρόσφατες μετα-αναλύσεις: η πρώτη εξετάζει τα αποτελέσματα της συμπεριφορικής ενεργοποίησης αναλύοντας 16 εργασίες και καταλήγει ότι η αποτελεσματικότητά της είναι παρόμοια με της γνωσιακής ψυχοθεραπείας και της φαρμακοθεραπείας, σημειώνοντας όμως, μεθοδολογικά σφάλματα (ομάδες ελέγχου, ασαφής καθορισμός κλινικών δειγμάτων). Η δεύτερη εξετάζει τη θεραπεία επίλυσης προβλήματος (problem solving therapy) αναλύοντας 13 εργασίες, καταλήγει ότι παρά την πιθανή αποτελεσματικότητά της, η μεθοδολογία των εργασιών δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.²⁴

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αποτελούν τις πλέον ερευνητικά κατοχυρωμένες ως προς την αποτελεσματικότητα και περισσότερο δοκιμασμένες ειδικές παρεμβάσεις για την κατάθλιψη.¹¹ Αρκετές μετα-αναλύσεις εμφανίζουν τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία πιο αποτελεσματική από την εικονική θεραπεία (placebo),²⁵⁻²⁷ εξίσου αποτελεσματική με τη φαρμακευτική θεραπεία και το ίδιο αποτελεσματική με τη διαπροσωπική και τη βραχεία ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.^{25,28} Στα ίδια αποτελέσματα (εξίσου επιτυχείς: γνωσιακή, διαπροσωπική, ιμπραμίνη) κατέληξε μελέτη του Αμερικανικού Ινστιτούτου Υγείας (NIMH).²⁹ Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η μελέτη των Thase et al³⁰ κατά την οποία δοκιμάστηκαν τα εξής: αλλαγή σε γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) ή εφαρμογή γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας ως ενίσχυση μετά από ανεπιτυχή (αλλά επαρκή) θεραπεία με ένα αντικαταθλιπτικό, ενώ στην ομάδα ελέγχου έγινε αλλαγή αντικαταθλιπτικού σκευάσματος ή ενίσχυση του ήδη υπάρχοντος με δεύτερο φάρμακο. Σε αυτήν φάνηκε ότι οι ασθενείς που έλαβαν CBT (είτε μόνη, είτε σε συνδυασμό με φάρμακα) είχαν ίδια ανταπόκριση με αυτούς που άλλαξαν φάρμακο ή η θεραπεία τους ενισχύθηκε με δεύτερο φάρμακο. Οι ασθενείς που πήραν άλλο φάρμακο είχαν πιο γρήγορη ανταπόκριση από τη CBT αλλά και πιο πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, ενώ με την πάροδο του χρόνου η βελτίω-

ση της συμπτωματολογίας εξισορροπήθηκε στις δύο ομάδες. Για τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες, δεκατρείς από τις οποίες πληρούσαν τα κριτήρια για να συμπεριληφθούν σε τέσσερις μετα-αναλύσεις. Από αυτές προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα: η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία ήταν ανώτερη από το placebo σε 9 μελέτες, εμφάνισε παρόμοια αποτελεσματικότητα με τη φαρμακοθεραπεία, ο συνδυασμός διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας και φαρμάκων δεν έδειξε προστιθέμενο αποτέλεσμα, ενώ η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία φάνηκε τουλάχιστον το ίδιο καλή ή σημαντικά καλύτερη από τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία σε 3 μελέτες (έμμεση σύγκριση).³¹ Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση αναφέρεται ότι καμία από τις συνήθεις ψυχοθεραπείες δεν υπερτερεί, η διαπροσωπική θεραπεία εμφανίζει, όμως, ελαφρά υπεροχή.³²

Κατάθλιψη μέτριας-μεγάλης βαρύτητας (HAM-D>20)

Όταν η συμπτωματολογία είναι βαρύτερη, οι μελέτες δείχνουν ότι η παρουσία της φαρμακοθεραπείας είναι σημαντική.^{12,13} Μελέτη του Αμερικανικού Ινστιτούτου Υγείας (NIMH)²⁹ έδειξε ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία υστερούσε τόσο από τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, όσο και από τη φαρμακοθεραπεία. Οι θεραπείες δίνονταν, όμως, από ταχύρρυθμα εκπαιδευμένους θεραπευτές. Μεταβολές στην αποτελεσματικότητα της γνωσιακής ψυχοθεραπείας σε σχέση με την πείρα του θεραπευτή εμφανίστηκαν και στη μελέτη του De Rubeis,³³ όπου η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ήταν το ίδιο αποτελεσματική με τη φαρμακοθεραπεία στο κέντρο που οι θεραπευτές ήταν έμπειροι, ενώ υστερούσε στο κέντρο που οι θεραπευτές ήταν πιο άπειροι. Σε μελέτη του 2006,²² στην οποία γινόταν σύγκριση συμπεριφορικής ενεργοποίησης, φαρμακοθεραπείας και γνωσιακής ψυχοθεραπείας, φάνηκε ότι οι δύο πρώτες υπερτερούσαν στους ασθενείς που εμφάνιζαν σοβαρή κατάθλιψη. Αντίθετα, σε μελέτη του 2007³⁴ η οποία συνέκρινε τη γνωσιακή-συμπεριφορική και τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία φάνηκε ότι οι δύο θεραπείες είχαν παρόμοια αποτελεσματικότητα στο σύνολο των ασθενών. Ακόμα και εκείνοι που εμφάνιζαν μελαγχολικά χαρακτηριστικά είχαν εξίσου καλή ανταπόκριση. Όταν εξετάστηκαν, όμως, οι ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη, φάνηκε ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία υπερτερούσε. Μελέτη του 2007 με νοσηλευόμενους ασθενείς έδειξε υπερο-

χή του συνδυασμού διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας έναντι της «συνήθους» θεραπείας.³⁵

Χρόνια-ανθεκτική και υποτροπιάζουσα κατάθλιψη

Οι μελέτες που αναφέρονται στη χρόνια και ανθεκτική κατάθλιψη δεν είναι καλά ελεγχόμενες. Πρόσφατη ανασκόπηση από τον Markowitz³⁶ καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία έχει μέτρια και μη ειδικά αποτελέσματα. Σε εργασία στην οποία οι μη ανταποκρινόμενοι σε φαρμακοθεραπεία (νεφαζοδόνη) άλλαξαν σε ψυχοθεραπεία (γνωσιακή-συμπεριφορική ανάλυση, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: CBASP) και το αντίστροφο, φάνηκε ότι η αλλαγή είτε προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση βοήθησε στη βελτίωση των ασθενών.³⁷ Η ίδια ψυχοθεραπευτική μέθοδος φάνηκε να έχει θετικά αποτελέσματα σε εργασία του Klein:³⁸ οι ασθενείς που έλαβαν CBASP εμφάνισαν σημαντική διαφορά στις υποτροπές και στο επίπεδο των υπολειμματικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σε ανοιχτή μελέτη των Kenny & Williams,³⁹ με μονοπολικούς και διπολικούς ασθενείς με ανθεκτική κατάθλιψη υπήρξε μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και βελτίωση στη λειτουργικότητα με τη χρήση τροποποιημένου γνωσιακού-συμπεριφορικού μοντέλου (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT). Πρόσφατη ανασκόπηση για την αποτελεσματικότητα της μακράς διάρκειας ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας αναφέρει αποτελεσματικότητα (βελτίωση στα συμπτώματα και στη λειτουργικότητα) στη χρόνια κατάθλιψη, ειδικά στις περιπτώσεις που συνοδεύονται από διαταραχές προσωπικότητας.⁴⁰

Η ψυχοθεραπεία φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για την πρόληψη των υποτροπών.⁴¹ Παλαιότερες μελέτες δείχνουν ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να μειώσει τις υποτροπές έως και 50%.⁴²⁻⁴⁴ Δύο πρόσφατες ελεγχόμενες μελέτες αναδεικνύουν, επίσης, τη συμβολή της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στην πρόληψη των υποτροπών: για ασθενείς που παρουσίασαν ύφεση με ψυχοθεραπεία, η συνέχιση της θεραπείας με μηνιαίες αναμνηστικές συνεδρίες μειώνει τον κίνδυνο των υποτροπών, σε σχέση με απλή παρακολούθηση⁴⁵ και η ψυχοθεραπεία, συγκρινόμενη με φαρμακοθεραπεία, υπερτερεί στη μείωση των υποτροπών (76% μετά τα φάρμακα, 30,8% μετά την

ψυχοθεραπεία).⁴⁶ Έτσι, σε εργασίες που μελετήθηκε η θεραπεία συντήρησης με γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία σε ασθενείς που βρίσκονταν σε ύφεση, φάνηκε ότι μειώνει τις υποτροπές από 46-72 %.⁴⁷⁻⁴⁹ Ο Paykel σε πρόσφατη ανασκόπηση⁵⁰ καταλήγει στο ότι τα φάρμακα αποτελούν πιο εύκολη και γρήγορα αποδοτική λύση στην αρχή της θεραπείας, αλλά η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία υπερτερεί στον έλεγχο των υποτροπών. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν φανεί και με τη χρήση της διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας: μηνιαίες συνεδρίες μεγάλωνουν το χρονικό διάστημα της υποτροπής. Όσο πιο ειδικά στοιχεία χρησιμοποιούνται τόσο μεγαλύτερο το ελεύθερο μεσοδιάστημα μεταξύ επεισοδίων (2 χρόνια vs 5 μήνες).⁵¹ Ο συνδυασμός με φαρμακοθεραπεία μειώνει τις υποτροπές,⁵² ακόμα και για ασθενείς μεγαλύτερους από 60 ετών.⁵³ Ο Frank καταλήγει ότι το μέγιστο όφελος εμφανίζεται με μηνιαίες συνεδρίες μετά το πέρας της θεραπείας (για γυναίκες που δεν έλαβαν φαρμακοθεραπεία).⁵⁴

Ειδικές μορφές κατάθλιψης

Μια ειδική μορφή υποτροπιάζουσας κατάθλιψης είναι η εποχιακή κατάθλιψη. Αναφέρεται μια σημαντική πρόσφατη μελέτη στην οποία συγκρίθηκαν η φωτοθεραπεία και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Φάνηκε ότι ο συνδυασμός τους ήταν ανώτερος (73%) από τις δύο θεραπείες χωριστά, που εμφάνισαν παρόμοια αποτελεσματικότητα (50%).⁵⁵ Μια ιδιαίτερη μορφή κατάθλιψης είναι η περιγεννητική κατάθλιψη. Η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική, είτε ατομικά, ή σε ομάδες. Ομάδες μητέρων βοηθούν εκτός και αν συμπεριλαμβάνουν μαζί καταθλιπτικές με μη καταθλιπτικές μητέρες οπότε οι καταθλιπτικές χειροτερεύουν.⁵⁶⁻⁵⁸ Μη κατευθυντική ή υποστηρικτική συμβουλευτική βοηθά για ήπια έως μέτρια κατάθλιψη.^{59,60} Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι αποτελεσματική για λοχειακή κατάθλιψη,^{59,61} εξίσου αποτελεσματική με φλουοξετίνη⁶² και σε ομαδική μορφή.⁶³ Η διαπροσωπική θεραπεία είναι αποτελεσματική για λοχειακή κατάθλιψη συγκριτικά με λίστα αναμονής^{64,65} και σε ομαδική μορφή.⁶⁶

Μηχανισμός αλλαγής-ψυχολογικά δεδομένα

Οι ψυχοθεραπείες, λοιπόν, βοηθούν στην κατάθλιψη. Με ποιον, όμως, τρόπο; Έχει γίνει προσπάθεια να βρεθούν τα ειδικά εκείνα συστατικά που έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα. Για τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, ως θετικά στοιχεία αναφέρονται η θε-

ραπευτική σχέση (συνεργατικός εμπειρισμός), η θεραπευτική συμμαχία και οι προσδοκίες του ασθενή, στοιχεία που δείχνουν το βαθμό εμπλοκής του στη θεραπεία.^{67,68} Ως αρνητικά στοιχεία αναφέρονται οι τελειοθηρικές πεποιθήσεις, η παράξενη-εκκεντρική και η καταθλιπτική προσωπικότητα.^{68,69} Σημαντικό ρόλο παίζουν τα «μεγάλα απότομα κέρδη» ("sudden gains"),⁷⁰⁻⁷² τα οποία εμφανίζονται νωρίς, μετά από μια ιδιαίτερα σημαντική από πλευράς γνωσιακής αλλαγής συνεδρία. Ασθενείς που αναφέρουν τέτοιες αλλαγές έχουν καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και σε άλλες ψυχοθεραπείες. Σημαντικό στοιχείο για τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι η απόκτηση μεταγνωσιακής ικανότητας. Όταν επιτυγχάνεται δηλαδή αλλαγή του τρόπου σκέψης και όχι μόνο του περιεχομένου,⁴⁷ ο τρόπος επεξεργασίας των ερεθισμάτων γίνεται λιγότερο δύσκαμπτος και απόλυτος και αυξάνεται η ικανότητα ανάλυσης καταστάσεων.⁷³ Ο Teasdale αναφέρει τον όρο «μεταγνωσιακή συνειδητότητα».⁷⁴ όσο πιο αυξημένη είναι, τόσο μεγαλύτερος ο χρόνος για υποτροπή (ελεγχόμενη μελέτη). Αυτά σημαίνουν ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία προλαμβάνει την υποτροπή μετατοπίζοντας την τροπικότητα (mode) της επεξεργασίας πληροφοριών στη σκέψη των καταθλιπτικών (κάτι που δεν γνωρίζουμε αν ισχύει για την οξεία έκφραση του καταθλιπτικού επεισοδίου).

Για τη διαπροσωπική θεραπεία, μεταγραφές από συνεδρίες για διαπροσωπική σύγκρουση⁷⁵ δείχνουν ότι οι τεχνικές του θεραπευτή που προωθούν την αλλαγή είναι: η διερεύνηση, η αναζήτηση αντιστοιχιών σε άλλες σχέσεις, η διερεύνηση μοτίβων σχέσεων, η διερεύνηση επικοινωνιακών μοτίβων, η σηματοδότηση των σημαντικών, η παροχή υποστήριξης, η διερεύνηση εναλλακτικών, η επίλυση προβλήματος, η σηματοδότηση αναλογιών και η αντιπαράθεση. Από την άλλη μεριά, τα κύρια στοιχεία του ασθενή που βοηθούν στην αλλαγή είναι: η διάθεση να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα, να αναθεωρήσει διαπροσωπικά ζητήματα και να ανακατασκευάσει την αίσθηση εαυτού. Βοηθητικά στοιχεία, επίσης, ήταν η ικανότητα να διαχειρίζεται πολλαπλές θεωρήσεις για το ίδιο θέμα, η ενημερότητα για τα συναισθήματα των άλλων, η επιθυμία για αλλαγή, το αίσθημα ευθύνης για αλλαγή, η ικανότητα να χρησιμοποιεί ευρεία γκάμα επικοινωνιακών στρατηγικών, η επιθυμία για συνεργασία και η ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης.⁷⁶

Μηχανισμός αλλαγής – νευροβιολογικά δεδομένα

Λίγες μελέτες συγκρίνουν την ψυχοθεραπεία και τη φαρμακοθεραπεία ως προς τις μεταβολές που προκαλούν στο μεταβολισμό περιοχών εγκεφάλου. Βρίσκουν διαφορές, αλλά έχουν μεθοδολογικές ελλείψεις: παρόμοια αποτελεσματικότητα στην εξομάλυνση του μεταβολισμού στον προμετωπιαίο λοβό σε ασθενείς που έλαβαν παροξετίνη ή διαπροσωπική ψυχοθεραπεία,⁷⁷ μικρές διαφορές (αύξηση στο μεταβολισμό του μαιχμιακού συστήματος στην ομάδα της ψυχοθεραπείας, παρόμοια αύξηση στο μεταβολισμό των βασικών γαγγλίων και στις δύο ομάδες) σε ασθενείς που έλαβαν βενλαφαξίνη ή διαπροσωπική ψυχοθεραπεία⁷⁸ και διαφοροποιήσεις στο μεταβολισμό εγκεφαλικών δομών σε ασθενείς που έλαβαν παροξετίνη ή γνωσιακή ψυχοθεραπεία: αύξηση του μεταβολισμού στις δομές του προμετωπιαίου φλοιού στην ομάδα της παροξετίνης, αλλά μείωση στην ομάδα της γνωσιακής με ταυτόχρονη αύξηση στο ραχιαίο τμήμα της υπερμεσολοβίου έλικας.⁷⁹ Σημαντική είναι η εργασία των Kennedy et al⁸⁰ όπου τυχαίοποιημένα οι ασθενείς έλαβαν βενλαφαξίνη και γνωσιακή ψυχοθεραπεία και μετρήθηκαν οι αλλαγές του μεταβολισμού της γλυκόζης σε αυτούς που ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία. Και οι δύο θεραπείες εμφάνισαν μείωση στον έσω προμετωπιαίο φλοιό (αριστερά) και στον μετωπο-κογχικό φλοιό (άμφω), αλλά αύξηση στον κροταφο-νιακό φλοιό (δεξιά). Οι ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στη γνωσιακή ψυχοθεραπεία εμφάνισαν, επίσης, αυξημένη δραστηριότητα στην υπερμεσολοβία έλικας, ενώ οι ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στη βενλαφαξίνη εμφάνισαν μείωση στα οπίσθια τμήματα της περιοχής υπό το γόνυ του μεσολοβίου (περιοχή 25 κατά Brodmann) δεξιά. Ο ρόλος της υπερμεσολοβίας έλικας είναι πολύ σημαντικός: συντονίζει τα αισθητηριακά αντιληπτά ερεθίσματα με τα συναισθήματα, ρυθμίζει τις συναισθηματικές αντιδράσεις στον πόνο και ρυθμίζει την επιθετική συμπεριφορά.

Τελευταίες εργασίες συνδέουν νευροβιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στη σύγχρονη πρακτική γίνεται όλο και πιο σημαντικός, όσο αναδεικνύεται η λειτουργία της, όχι μόνο μέσω ψυχολογικών ενδείξεων, αλλά και μέσω βιολογικών δεικτών. Αναφέρονται ενδεικτικά οι εργασίες των Caspi⁸¹ και Pezawas.⁸² στην πρώτη μελέτη γίνεται φανερό η αλληλεπίδραση

περιβάλλοντος και γονιδίων στην ευαλωτότητα για κατάθλιψη (η πιθανότητα για εμφάνιση κατάθλιψης για τους φορείς ομόζυγου βραχέος αλληλίου του γονιδίου για το μεταφορέα της σεροτονίνης αυξάνεται πολλαπλάσια όσο αυξάνεται η σοβαρότητα του στρες στο οποίο έχουν υποβληθεί, σε σχέση με τους ετερόζυγους φορείς ή τους ομόζυγους φορείς του μακρού αλληλίου). Στη δεύτερη μελέτη βρέθηκε ότι υπήρχε λιγότερη φαϊά ουσία στην περιοχή γύρω από το γόνυ του πρόσθιου τμήματος της υπερμεσολοβίου έλικας και στην αμυγδαλή σε ασθενείς που είχαν τη βραχεία μορφή του πολυμορφισμού συγκριτικά με άτομα που είχαν τον μακρό/μακρό γονότυπο. Ομοίως, έχει βρεθεί ότι η βραχεία μορφή του πολυμορφισμού του γονιδίου για το μεταφορέα της σεροτονίνης (χαμηλή έκφραση του γονιδίου) αυξάνει κίνδυνο για μετατραυματική διαταραχή μετά από στρες (PTSD) (μετά από διόρθωση για φύλο, ηλικία και οικογενειακό ιστορικό) κατά 4,5 φορές και μείζονα κατάθλιψη μόνο σε συνθήκες υψηλού στρες και χαμηλής κοινωνικής στήριξης.⁸³ Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας είναι να «διορθώσει» στο βαθμό που της αναλογεί τις επιπτώσεις από το ψυχοκοινωνικό στρες, κάτι που όταν επιτυγχάνεται γίνεται αντιληπτό και με νευροβιολογικές μεθόδους.

Μεθοδολογικά ζητήματα

Η έρευνα στην ψυχοθεραπεία παραμένει ένα ανοιχτό ζήτημα. Αρκετά μεθοδολογικά ζητήματα δεν έχουν διευθετηθεί:

Οι διπλά τυφλές τυχαιοποιημένες μελέτες που αποτελούν τον κανόνα για τον έλεγχο των φαρμακευτικών θεραπειών, στον τομέα των ψυχοθεραπειών αποτελούν ακόμη μελλοντικό στόχο. Οι πιο πολλές τυχαιοποιημένες μελέτες αφορούν στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, αλλά η κριτική που δέχονται είναι σημαντική, καθώς υποστηρίζεται ότι είναι τα μη ειδικά στοιχεία της θεραπείας που δίνουν αποτελεσματικότητα.⁵⁰

Οι παρεμβάσεις, γενικά, είναι δύσκολες και η παρακολούθηση σύνθετη. Η ψυχοθεραπεία θεωρείται ότι μπορεί να έχει επίδραση και σε στοιχεία της προσωπικότητας του ασθενή, σε αντίθεση με τα φάρμακα. Πώς μπορεί να ξεχωρίσει κανείς αυτή τη δράση, για να δει ποια είναι η δράση στα συμπτώματα της κατά-

θλιψης (ή οποιασδήποτε άλλης διαταραχής); Από την άλλη μεριά, πώς μπορεί κανείς να ξέρει ποια είναι η επίδραση της προσωπικότητας του ασθενή στην ανταπόκριση στη θεραπεία; Στην καθημερινή κλινική πρακτική οι ασθενείς δεν προσέρχονται απαλλαγμένοι από έντονα στοιχεία ή και διαταραχές προσωπικότητας.

Οι ασθενείς επιλέγουν αν θα κάνουν και ποιου τύπου ψυχοθεραπεία, αυτό είναι μια προκατάληψη (bias) για κάθε μελέτη. Όπως επίσης και οι θεραπευτές δεν είναι ουδέτεροι απέναντι στον τύπο της ψυχοθεραπείας που ασκούν. Στοιχεία του θεραπευτή όπως η εκπαίδευση, η πείρα, το κίνητρο και η προσωπικότητα παίζουν ρόλο στην έκβαση της θεραπείας.

Ένα ζήτημα ακόμη είναι η επιλογή των ασθενών: όταν μιλούμε για κατάθλιψη και μελέτες, οι αυτοκτονικοί ασθενείς και αυτοί που δεν θέλουν για οποιοδήποτε λόγο να μπουν στη μελέτη δεν λαμβάνονται υπόψιν. Πώς επηρεάζουν τα αποτελέσματα οι διακοπές της θεραπείας (drop outs); Αυτά, βεβαίως, είναι θέματα που αφορούν και την έρευνα της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων. Κοινό ζήτημα είναι, επίσης, και η χρηματοδότηση της έρευνας, με εκ διαμέτρου διαφορετικές λύσεις: εύκολη και ικανή χρηματοδότηση για τη φαρμακευτική έρευνα, δύσκολη και ισχνή για τις ψυχοθεραπείες. Τελευταίες μελέτες που δείχνουν τη συνεργική αποτελεσματικότητα των δύο θεραπειών ίσως δείξουν ότι η ψυχοθεραπεία δεν είναι πολυτέλεια, αλλά σημαντικός κρίκος στη θεραπεία της κατάθλιψης.

Συμπεράσματα:

- Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αποτελούν αποτελεσματική εναλλακτική λύση στις ήπιες και μετρίου βαθμού καταθλίψεις.
- Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι σημαντικές ως συμπληρωματική παρέμβαση στις κλινικά σοβαρές καταθλίψεις.
- Υπάρχουν αυξανόμενα δεδομένα ότι η ψυχοθεραπεία έχει σημαντικό ρόλο στη σοβαρή κατάθλιψη και κυρίως στην πρόληψη των υποτροπών, συνήθως μαζί με φαρμακοθεραπεία.
- Υπάρχουν αυξανόμενα δεδομένα για τη βιολογική βάση και της ψυχοθεραπείας.

Psychotherapeutic approaches of depression

I.M. Michopoulos,¹ I.M. Zervas²

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

²1st Department of Psychiatry, Athens University, Medical School, Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2009, 20:211–221

All schools of psychotherapy have developed specific therapeutic approaches for depression. Common elements exist but still there are differences as well. In this we will review the following approaches, mostly cited in the depression therapy literature: Psychoanalytic, Behavioral, Cognitive and Interpersonal. Recent studies show that psychotherapy is effective in depression, even in the elderly and in hospitalized patients. Psychotherapy results are very good in mild to moderate depression. In combination with pharmacotherapy, psychotherapy shows good results in severe depression. It has an important role in preventing new episodes. Recent functional imaging studies show how psychotherapy can affect biological brain structure and function. However, there are still methodological issues that have to be dealt with in psychotherapy research.

Key words: Depression, psychotherapy, psychoanalytic, cognitive, behavioral, interpersonal, effectiveness

Βιβλιογραφία

1. Frank JD, Frank JB. *Persuasion and healing*. New York, Norman Cousins, 1993
2. Barron JW. *Making diagnosis meaningful: enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*. Washington DC, American Psychological Association, 1998
3. Klein M. *Love, guilt and reparation: and other works 1921–1945*. New York, Free Press, 1975
4. Bowlby J. *Loss: sadness and depression (Attachment and loss)*. Basic Books, New York, 1980
5. Mahler MS, Pine F, Bergman A. *The psychological birth of the human infant symbiosis and individuation*. New York, Basic Books, 2000
6. Costello CG. *Anxiety and depression: the adaptive emotions*. New York, Fireside ed 1976
7. Lewinshon P. *Control your depression*. Fireside ed, New York, 1992
8. Seligman EPM. *Helplessness: On depression, development and death*. Fireside ed. New York, 1976
9. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press, 1976
10. Weissman M, Markowitz JC, Klerman G. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York, Basic Books, 2000
11. Department of Health. *Treatment choice in psychological therapies and counseling*. UK, 2001
12. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF, III, Pilkonis PA, Hurley K et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54:1009–1015
13. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:714–719
14. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000, 342:1462–1470
15. Cuijpers P, van SA, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety* 2008
16. Crits-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992, 149:151–158
17. Svartberg M, Stiles TC. Efficacy of brief dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1993, 150:684–685
18. de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA, de JF. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007, 22:1–8
19. Molenaar PJ, Dekker J, Van R, Hendriksen M, Vink A, Schoevers RA. Does adding psychotherapy to pharmacotherapy improve social functioning in the treatment of outpatient depression? *Depress Anxiety* 2007, 24:553–562
20. Sweet AA, Loizeaux AL. Behavioral and cognitive treatment methods: a critical comparative review. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991, 22:159–185
21. Stravynski A, Greenberg D. The psychological management of depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992, 85:407–414

22. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol* 2006, 74:658-670
23. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol* 2008, 76:468-477
24. Cuijpers P, van SA, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007, 22:9-15
25. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998, 49:59-72
26. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989, 57:414-419
27. DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1007-1013
28. Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen TS. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord* 2002, 68:159-165
29. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989, 46:971-782
30. Thase ME, Friedman ES, Biggs MM, Wisniewski SR, Trivedi MH, Luther JF et al. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2007, 164:739-752
31. de Mello MF, de Jesus MJ, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005, 255:75-82
32. Cuijpers P, van SA, Andersson G, van OP. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008, 76:909-922
33. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:409-416
34. Luty SE, Carter JD, McKenzie JM, Rae AM, Frampton CM, Mulder RT et al. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *Br J Psychiatry* 2007, 190:496-502
35. Schramm E, van CD, Dykierok P, Lieb K, Kech S, Zobel I et al. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 2007, 164:768-777
36. Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy for chronic depression. *J Clin Psychol* 2003, 59:847-858
37. Schatzberg AF, Rush AJ, Arnow BA, Banks PL, Blalock JA, Borian FE et al. Chronic depression: medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:513-520
38. Klein DN, Santiago NJ, Vivian D, Blalock JA, Kocsis JH, Markowitz JC et al. Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. *J Consult Clin Psychol* 2004, 72:681-688
39. Kenny MA, Williams JM. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther* 2007, 45:617-625
40. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 2008, 300:1551-1565
41. Nierenberg AA, Petersen TJ, Alpert JE. Prevention of relapse and recurrence in depression: the role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *J Clin Psychiatry* 2003, 64(Suppl 15):13-7
42. Blackburn IM, Eunson KM, Bishop S. A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *J Affect Disord* 1986, 10:67-75
43. Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF et al. Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:782-787
44. Evans MD, Hollon SD, DeRubeis RJ, Piasecki JM, Grove WM, Garvey MJ et al. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:802-808
45. Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, Foster BM, Eaves GG, Silver PC. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58:381-388
46. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:417-422
47. Teasdale JD, Scott J, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Paykel ES. How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69:347-357
48. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004, 72:31-40
49. Bockting CL, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Huyser J et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2005, 73:647-657
50. Paykel ES. Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007, 10:131-136
51. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991, 48:1053-1059
52. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, Cornes C, Mallinger AG, Thase ME et al. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:769-773
53. Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999, 281:39-45
54. Frank E, Kupfer DJ, Buysse DJ, Swartz HA, Pilkonis PA, Houck PR et al. Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2007, 164:761-767
55. Rohan KJ, Roeklein KA, Tierney LK, Johnson LG, Lippy RD, Lacy TJ et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination for seasonal affective disorder. *J Consult Clin Psychol* 2007, 75:489-500
56. Chen CH, Tseng YF, Chou FH, Wang SY. Effects of support group intervention in postnatally distressed women. A controlled study in Taiwan. *J Psychosom Res* 2000, 49:395-399
57. Dennis CL. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Can J Psychiatry* 2003, 48:115-124

58. Fleming AS, Klein E, Corter C. The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1992, 33:685-698
59. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *Br J Psychiatry* 2003, 182:412-419
60. Wickberg B, Hwang CP. Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *J Affect Disord* 1996, 39:209-216
61. Honey KL, Bennett P, Morgan M. A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *Br J Clin Psychol* 2002, 41:405-409
62. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ* 1997, 314:932-936
63. Meager I, Milgrom J. Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry* 1996, 30:852-860
64. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57:1039-1045
65. Stuart S, O'Hara MW. Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:75-76
66. Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL, Lenz G. Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *J Psychother Pract Res* 2001, 10:124-131
67. Blatt SJ, Quinlan DM, Zuroff DC, Pilkonis PA. Interpersonal factors in brief treatment of depression: further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996, 64:162-171
68. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996, 64:532-539
69. Shahar G, Blatt SJ, Zuroff DC, Pilkonis PA. Role of perfectionism and personality disorder features in response to brief treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 2003, 71:629-633
70. Tang TZ, Luborsky L, Andrusyna T. Sudden gains in recovering from depression: are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? *J Consult Clin Psychol* 2002, 70:444-447
71. Tang TZ, DeRubeis RJ, Beberman R, Pham T. Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 2005, 73:168-172
72. Kelly MA, Roberts JE, Ciesla JA. Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: when do they occur and do they matter? *Behav Res Ther* 2005, 43:703-714
73. Manber R, Chambers AS, Hitt SK, McGahuey C, Delgado P, Allen JJ. Patients' perception of their depressive illness. *J Psychiatr Res* 2003, 37:335-343
74. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002, 70:275-287
75. Crowe M, Luty S. The process of change in Interpersonal Psychotherapy (IPT) for depression: a case study for the new IPT therapist. *Psychiatry* 2005, 68:43-54
76. Crowe M, Luty S. Patterns of response and non-response in interpersonal psychotherapy: a qualitative study. *Psychiatry* 2005, 68:337-349
77. Brody AL, Saxena S, Stoessel P, Gillies LA, Fairbanks LA, Alborzian S et al. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58:631-640
78. Martin SD, Martin E, Rai SS, Richardson MA, Royall R. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58:641-648
79. Goldapple K, Segal Z, Garson C, Lau M, Bieling P, Kennedy S, et al. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:34-41
80. Kennedy SH, Konarski JZ, Segal ZV, Lau MA, Bieling PJ, McIntyre RS et al. Differences in brain glucose metabolism between responders to CBT and venlafaxine in a 16-week randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007, 164:778-788
81. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003, 301:386-389
82. Pezawas L, Meyer-Lindenberg A, Drabant EM, Verchinski BA, Munoz KE, Kolachana BS et al. 5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: a genetic susceptibility mechanism for depression. *Nat Neurosci* 2005, 8:828-834
83. Young KA, Holcomb LA, Bonkale WL, Hicks PB, Yazdani U, German DC. 5HTTLPR polymorphism and enlargement of the pulvinar: unlocking the backdoor to the limbic system. *Biol Psychiatry* 2007, 15, 61:813-818
84. Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression, I: Systematic comparison of three psychotherapies. *Am J Psychiatry* 1990, 147:133-147

Αλληλογραφία: Ι.Μ. Μιχόπουλος, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Αττικό» Γενικό Νοσοκομείο, Ρίμινι 1, 124 62 Αθήνα, Τηλ. 210-58 32 426, Fax: 210-53 26 453
e-mail: imihopou@med.uoa.gr

Ερευνητική εργασία Research article

Στάθμιση κλίμακας μέτρησης του εθισμού των εφήβων στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές

Κ.Ε. Σιώμος, Γ.Δ. Φλώρος, Ο.Δ. Μουζάς, Ν.Β. Αγγελόπουλος

*Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα*

Ψυχιατρική 2009, 20:222–232

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η στάθμιση ενός αξιόπιστου εργαλείου για τη διάγνωση του εθισμού των Ελλήνων εφήβων μαθητών στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, καθώς και η περιγραφή των ιδιαίτερων ψυχομετρικών ιδιοτήτων του. Στη μελέτη έλαβαν μέρος 482 μαθητές της πόλης των Τρικάλων, που αποτελεί την πρώτη διαδικτυακή πόλη της Ελλάδας, και 907 μαθητές της πόλης της Λάρισας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το πρώτο τρίμηνο του έτους 2006. Η επιλογή των δειγμάτων έγινε με τυχαιοποιημένη ενστρωματωμένη δειγματοληψία. Οι μαθητές οι οποίοι ανέφεραν τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή συμπλήρωσαν την κλίμακα ΚΕΕΦΥ (Κλίμακα εθισμού των εφήβων στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές) η οποία προέκυψε από το Internet Addiction Test των 20 ερωτήσεων.¹ Εφαρμόστηκαν οι ψυχομετρικές δοκιμασίες της αξιοπιστίας ως προς το χρόνο, της εσωτερικής συνέχειας και της δομικής εγκυρότητας. Τέσσερις παράγοντες προκύπτουν από την παραγοντική ανάλυση οι οποίοι καθορίζουν το 59,15% της διακύμανσης της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας. Η κλίμακα ΚΕΕΦΥ αποδείχθηκε ότι παρουσιάζει άριστη αξιοπιστία ως προς το χρόνο, εσωτερική συνέχεια και δομική εγκυρότητα. Επισημαίνεται ο σημαντικός ρόλος της έγκαιρης επιμόρφωσης των εφήβων στις νέες τεχνολογίες. Η έρευνα αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια στον ελλαδικό χώρο δημιουργίας και εφαρμογής ενός αξιόπιστου εργαλείου για τη μέτρηση του εθισμού των εφήβων στους Η/Υ.

Λέξεις ευρετηρίου: Στάθμιση, υπολογιστές, εθισμός, κλίμακα εθισμού στους υπολογιστές

Εισαγωγή

Στη σημερινή εποχή που οι νέες τεχνολογίες εισβάλλουν στην ανθρώπινη καθημερινότητα, προσελκύοντας ολοένα και περισσότερους ανθρώπους στη χρήση τους, η επίδρασή τους δεν θα πρέπει να θεωρείται αμελητέα. Το σώμα των επιστημόνων της μελέτης των εθισμών σε παγκόσμιο επίπεδο αρχίζει να αναγνωρίζει μετά από δεκαετή έρευνα την επίδραση της υπερβολικής χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών μέσα από χρήσεις (όπως παιχνίδια υπολογιστών, διαδίκτυο, αναζήτηση πορνογραφικού υλικού, διαδικτυακό τυχερό παιχνίδι) στην ψυχική υγεία. Έχει αναφερθεί από ορισμένους ακαδημαϊκούς πως η υπερβολική χρήση των Η/Υ και του διαδικτύου μπορεί να είναι παθολογική και εθιστική και αυτό ανήκει στη γενικότερη κατηγορία του τεχνολογικού εθισμού.²⁻³ Ο τεχνολογικός εθισμός είναι μη χημικός εθισμός που περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση ανθρώπου-μηχανής. Η προβληματική χρήση των νέων τεχνολογιών από τον άνθρωπο ορίστηκε με διάφορα ονόματα από τους ερευνητές της μελέτης των εθισμών. Ήδη από το 1979 στο βιβλίο της "The Second Self" η καθηγήτρια του MIT, S. Turkle παρουσίασε μία υποκουλτούρα προγραμματιστών Η/Υ των οποίων ο στόχος ήταν η ίδια η διάδραση με τον υπολογιστή και όχι η χρήση του ως εργαλείο.⁴ Οι ψυχολογικές πλευρές αυτής της διάδρασης περιλάμβαναν την περηφάνια για την τεχνική γνώση και ικανότητα, το πάθος για ένα επίτευγμα, την αναζήτηση αναγνώρισης από τους συναδέλφους αλλά επίσης την υπερενασχόληση και κατάρρευση (burnout), την ελάττωση των ωρών ύπνου και αναστροφή του κερκάρδιου ρυθμού, την απομόνωση και αποξένωση από τον κοινωνικό ιστό. Η Margaret Shotton εισήγαγε τον όρο εθισμός στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές παρουσιάζοντας μία ομάδα ανδρών που ανέπτυσσαν τεχνολογικό εξοπλισμό σχετιζόμενο με ηλεκτρονικούς υπολογιστές και εστίαζαν τόσο στις δραστηριότητές τους ώστε να παραμελούν οικογένεια και φίλους.⁵ Σειρά αναφορών κατέδειξε πως υπάρχουν άτομα σε κίνδυνο ανάπτυξης εθιστικής συμπεριφοράς.^{6,7} Μελέτες απέδειξαν ότι ο εθισμός στους Η/Υ είναι υπαρκτό πρόβλημα, αν και δύσκολο να διαχωριστεί από την αναγκαστική χρήση για εργασιακούς λόγους.^{8,9} Παράλληλη πορεία είχε και η διαταραχή εθισμού στο Διαδίκτυο (IAD), που πρωτοαναφέρθηκε από έναν ψυχίατρο της Ν. Υόρκης, τον Ivan Goldberg¹⁰ και έχει προταθεί ως μία νέα παθολογική οντότητα προς ένταξη στην

αναμενόμενη 5η αναθεώρηση του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM.¹¹ Η Kimberley Young προχώρησε στη σύνταξη του IAT (Internet Addiction Test) των 20 ερωτήσεων,¹² ένα από τα ελάχιστα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκε σε έρευνες για τον εθισμό στο διαδίκτυο με αποδεκτά όρια αξιοπιστίας, όπως κατέδειξε και η στάθμισή του.¹³

Ο διαχωρισμός των δύο αυτών φαινομένων είναι δύσκολος, ειδικά καθώς τα τελευταία χρόνια προάγεται η συνεχής δικτύωση των χρηστών Η/Υ. Καθώς το Διαδίκτυο γίνεται σταδιακά τμήμα της καθημερινότητας, τόσο δυσκολεύει η διάκριση της παθολογικής από την υγιή χρήση. Η διάκριση αυτή είναι ακόμα δυσκολότερο να γίνει από άτομα χωρίς τη κατάλληλη εκπαίδευση, όπως είναι η περίπτωση σε γονείς ανηλίκων, όπου και η μόνη διακριτή συμπεριφορική παράμετρος είναι ο χρόνος μπροστά σε μία οθόνη Η/Υ. Το άτομο μπορεί να εκτελεί εργασίες εκτός ή εντός του Διαδικτύου παρόλο που είναι συνέχεια συνδεδεμένο με το Διαδίκτυο. Αναφέρεται ότι ο διαχωρισμός του χρήστη από το Διαδίκτυο μπορεί να επιφέρει στρες, όμως ο διαχωρισμός από τον Η/Υ συνήθως επιφέρει ισχυρότερες αντιδράσεις.¹⁴ Ακόμη πολλές τυπικές ενασχολήσεις ιδίως των ανηλίκων, όπως το παιχνίδι, μπορούν να διεξάγονται είτε σε Η/Υ εκτός του Διαδικτύου είτε σε υπολογιστικές συσκευές που συνδέονται με την τηλεόραση, χωρίς να προϋποθέτουν σύνδεση στο Διαδίκτυο.

Μία προσπάθεια σύνθεσης των ερευνητικών εργαλείων για τα δύο φαινόμενα έγινε από τον καθηγητή Yang του Πανεπιστημίου της Σεούλ με τη δημιουργία του ερωτηματολογίου CRABI.¹⁵ Το CRABI (Computer-Related Addictive Behavior Inventory) προέκυψε από τη μετατροπή των ερωτήσεων του IAT, έτσι ώστε να καλύπτουν το φαινόμενο του εθισμού στους Η/Υ εν γένει, και όχι μόνο του εθισμού στο Διαδίκτυο. Αντικαταστάθηκαν όροι που αναφέρονταν στο Διαδίκτυο με όρους που αναφέρονταν στους Η/Υ και το νέο ερωτηματολόγιο σταθμίστηκε σε εφηβικό πληθυσμό της Ν. Κορέας, συνδυάζοντας τη συσσωρευμένη εμπειρία από τη χρήση του IAT με τη δυνατότητα διεύρυνσης του πληθυσμού υπό εξέταση.

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ελληνικής πραγματικότητας (μικρός βαθμός ψηφιακού αλφαριθμητισμού γονέων, αργή διείσδυση του Διαδικτύου, αργός ρυθμός εισαγωγής των νέων τεχνολογιών στα σχολεία) καταστούν αναγκαία την ύπαρξη ενός ερευνητικού εργαλείου, το οποίο να μπορεί να εφαρμοστεί από

τον ειδικό ώστε να καλύπτει όσο το δυνατό ευρύτερα τις πιθανές χρήσεις και καταχρήσεις των νέων τεχνολογιών με κοινό παρανομαστή τη χρήση Η/Υ.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η στάθμιση ενός αξιόπιστου εργαλείου για την πρόληψη και τη διάγνωση του εθισμού των Ελλήνων εφήβων μαθητών στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές καθώς και η περιγραφή των ιδιαίτερων ψυχομετρικών ιδιοτήτων του.

Υλικό και μέθοδος

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 482 μαθητές της πόλης των Τρικάλων και 907 μαθητές της πόλης της Λάρισας. Τα Τρίκαλα επιλέχθηκαν ως η πρώτη διαδικτυακή πόλη της Ελλάδας και στο δείγμα των μαθητών τους διερευνήθηκε αρχικά η καλή προσαρμογή της κλίμακας. Στη συνέχεια διεξήχθη η έρευνα της καλής εφαρμογής των αποτελεσμάτων στο δείγμα της πόλης της Λάρισας, ώστε να αντληθούν συμπεράσματα για την δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων σε άλλες πόλεις ανά την επικράτεια. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το πρώτο τρίμηνο του έτους 2006. Τα δείγματα των μαθητών είναι αντιπροσωπευτικά των πόλεων των Τρικάλων και Λάρισας καθώς η επιλογή των δύο δειγμάτων έγινε με τυχαιοποιημένη ενστρωματωμένη δειγματοληψία για το Γυμνάσιο και Λύκειο. Στους μαθητές ηλικίας 12–18 ετών, χορηγήθηκαν δύο εργαλεία.

Το πρώτο εργαλείο που χορηγήθηκε είναι ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών του εφήβου καθώς και ερωτήσεων σχετικών με το είδος χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν οι μαθητές οι οποίοι ανέφεραν τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή (366 άτομα ή το 75,9% του συνολικού δείγματος των Τρικάλων και 733 άτομα ή το 80,8% του δείγματος της Λάρισας) ήταν η κλίμακα ΚΕΕΦΥ (Κλίμακα Εθισμού των Εφήβων στους ηλεκτρονικούς Υπολογιστές). Η ΚΕΕΦΥ προέκυψε από τις 20 ερωτήσεις του Internet Addiction Test με την αντικατάσταση του λήμματος «Διαδίκτυο» από το λήμμα «υπολογιστής», ενώ διατηρήθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν διαδεδομένες πτυχές της χρήσης Η/Υ σε συνδυασμό με το Διαδίκτυο, κατ' αντιστοιχία με τη διαδικασία δημιουργίας του ερωτηματολογίου CRABI για τον κορεατικό εφηβικό πληθυσμό.¹⁵ Η κλίμακα ΚΕΕΦΥ δημιουργήθηκε όπως και η κλίμακα CRABI με βάση ερωτήσεις από τη κλίμακα IAT, όμως δεν αποτελεί προσαρμογή του IAT στον ελληνικό πληθυσμό και

κατά συνέπεια δεν δημιουργήθηκε σε συνεργασία με τη δημιουργό του IAT. Τροποποιήθηκε ώστε να εφαρμοστεί σε εφηβικό πληθυσμό χρηστών υπολογιστών και όχι αποκλειστικά ενηλίκων ατόμων που πλοηγούνται στο Διαδίκτυο (όπως το IAT). Πρόκειται λοιπόν για πρωτότυπη εργασία, τα αποτελέσματα της εφαρμογής της οποίας δεν είναι κατ' ανάγκη συγκρίσιμα με αποτελέσματα της κλίμακας IAT, είναι όμως συγκρίσιμα με τη κλίμακα CRABI.

Η κλίμακα ΚΕΕΦΥ, όπως υποδηλώνεται από την ονομασία της, μετρά τον τεχνολογικό εθισμό που προκύπτει όταν ο έφηβος εκδηλώνει συμπεριφορά υπερβολικής χρήσης του Η/Υ. Δεν περιορίζεται μόνο στη χρήση του Διαδικτύου αλλά επεκτείνεται σε όλες τις δραστηριότητες που αναπτύσσει ένας χρήστης Η/Υ (π.χ. μη διαδικτυακό παιχνίδι, δραστηριότητα προγραμματισμού εφαρμογών, hacking, κ.λπ.)

Η ΚΕΕΦΥ αποτελείται από 20 ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται με την κλίμακα Likert από το 1 (καθόλου) μέχρι το 5 (πάντα), οπότε λαμβάνει συνολική βαθμολογία από 20 μέχρι 100. Οι ερωτήσεις της ΚΕΕΦΥ καλύπτουν τις επιδράσεις από τη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών στην καθημερινότητα του εφήβου, την κοινωνική του ζωή, τον ύπνο, τα συναισθήματα και την παραγωγικότητά του. Όσο υψηλότερη είναι η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα τόσο μεγαλύτερο είναι το πρόβλημα από τη χρήση του Η/Υ. Ο Yang προτείνει πως συνολική βαθμολογία στο CRABI 20–39 χαρακτηρίζει εκείνους τους χρήστες που έχουν απόλυτο έλεγχο πάνω στη χρήση του Διαδικτύου, 40–59 τα ήπια συχνά προβλήματα από τη χρήση και 60–100 τα σημαντικά προβλήματα που προκαλούνται από τη χρήση. Καθώς η ΚΕΕΦΥ προέκυψε με αντιστοιχη διαδικασία, προτιμήθηκε χάριν ευκολίας των συγκρίσεων αντιστοιχη κλιμάκωση, όμως πρέπει να σημειωθεί πως ελλείψει αντικειμενικών κριτηρίων κατηγοριοποίησης των ατόμων σε νοσούντες και μη, δεν κατέστη δυνατός ο υπολογισμός αντικειμενικών σημείων ορισμού της παθολογίας (cut-off points).

Στην αρχική σχεδίαση της μελέτης θεωρήθηκε χρήσιμο να υπάρχουν δύο ανεξάρτητα πληθυσμιακά δείγματα ώστε να καταστεί δυνατό η παράλληλη σύγκριση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής της ΚΕΕΦΥ και να εξαχθούν συμπεράσματα ως προς την εγκυρότητα και αξιοπιστία του σε πληθυσμούς που διαφέρουν από τον αρχικό πληθυσμό πιστοποίησης. Ο πληθυσμός της πόλης των Τρικάλων επιλέχθηκε ως ο αρχικός πληθυσμός λόγω της γρήγορης διείσδυ-

σης και ανάπτυξης των νέων τεχνολογιών και δη του Διαδικτύου στην περιοχή, δίνοντας συμπεράσματα που μπορούν με ασφάλεια να χρησιμοποιηθούν για αρκετά χρόνια και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας. Τα ευρήματα από τον πληθυσμό της πόλης της Λάρισας χρησίμευσαν για τη συγκριτική μελέτη και επιβεβαίωση της ορθότητας της διαδικασίας που εφαρμόστηκε κατά την αρχική πιστοποίηση του προτύπου που περιγράφει η ΚΕΕΦΥ.

Αποτελέσματα

Από τους 482 μαθητές που δείγματος των Τρικάλων οι 116 (24,1%) δεν κάνουν χρήση Η/Υ ενώ 366 (75,9%) χρησιμοποιούν. Από αυτούς που χρησιμοποιούν Η/Υ τα 200 (54,6%) είναι αγόρια και τα 166 (45,4%) κορίτσια, το 47,3% είναι μαθητές Γυμνασίου και το υπόλοιπο 52,7% μαθητές Λυκείου. Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών είναι στα 11,4 έτη (τυπική απόκλιση $SD=2,43$), ενώ τα χρόνια χρήσης 4,05 ($SD=2,22$). Το 30,9% των χρηστών χρησιμοποιεί τους Η/Υ καθημερινά και το 52,7% εβδομαδιαίως, γεγονός που ανεβάζει το ποσοστό των εφήβων που χρησιμοποιούν τους Η/Υ τουλάχιστο σε εβδομαδιαία βάση στο 83,6%. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της υψηλής βαθμολογίας στην κλίμακα ΚΕΕΦΥ που απο-

τελεί το δείκτη εθισμού των Ελλήνων εφήβων στους Η/Υ και της συχνότητας χρήσης σε αυτούς (Kendal's $\tau=0,3$, $P<0,001$). Επίσης θετική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της υψηλής βαθμολογίας στην κλίμακα ΚΕΕΦΥ και στα έτη χρήσης των Η/Υ (Spearman $r_s=0,286$, $P<0,001$), ενώ αρνητική συσχέτιση με την ηλικία έναρξης της χρήσης (Spearman $r_s=-0,165$, $p<0,01$).

Το δείγμα των μαθητών της Λάρισας αποτελείται από 907 μαθητές εκ των οποίων 733 χρησιμοποιούσαν Η/Υ. Από αυτούς οι 367 (50,7%) ήταν αγόρια και 357 (49,3%) κορίτσια, το 51,1% ήταν μαθητές Γυμνασίου και το 48,9% μαθητές Λυκείου με μέσο όρο ηλικίας έναρξης της χρήσης Η/Υ τα 11,06 χρόνια ($SD=2,31$) και χρόνων χρήσης 4,21 χρόνια ($SD=2,40$). Το 28,3% των χρηστών χρησιμοποιεί Η/Υ καθημερινά και το 49% εβδομαδιαία. Αντίστοιχα με το δείγμα των Τρικάλων ως προς τη βαθμολογία στη συνολική κλίμακα ΚΕΕΦΥ ήταν τα αποτελέσματα και στους δείκτες του δείγματος της Λάρισας (πίνακας 1).

Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας ΚΕΕΦΥ

Εφαρμόστηκε παραγοντική ανάλυση (factor analysis) με σκοπό την ανάδειξη των παραγόντων που διαμορφώνουν την εξάρτηση από τους υπολογιστές. Ο δείκτης Kaiser-Meyer-Olkin που μετρά την επάρκεια του επιλεγόμενου δείγματος είναι ικανοποιητικός με τιμή 0,934. Η δοκιμασία Bartlett που δείχνει τη σφαιρικό-

Πίνακας 1. Συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας και των τεσσάρων παραγόντων της κλίμακας εθισμού στους Η/Υ με τα έτη χρήσης, την ηλικία έναρξης και συχνότητα χρήσης των Η/Υ, ώρες περιήγησης στο διαδίκτυο, σχολική επίδοση προ 3 και προ 12 μηνών χρησιμοποιώντας το συντελεστή συσχέτισης Spearman's r_s και Kendall's Tau-b κατά περίπτωση.

Παράγοντες	Έτη χρήσης Η/Υ	Ηλικία έναρξης Η/Υ	Συχνότητα χρήσης	Ώρες περιήγησης στο διαδίκτυο	Σχολική επίδοση προ 3 μηνών	Σχολική επίδοση προ 12 μηνών
Εξάρτηση από τον Η/Υ	0,154**	-0,104*	0,279**	0,195**	NS	-0,109*
Παραμέληση εργασίας	0,142**	NS	0,315**	0,160**	-0,236**	-0,224**
Παραμέληση κοινωνικής ζωής	0,162**	NS	0,258**	0,237**	-0,127**	-0,108*
Υπερβολική χρήση	0,121*	0,104*	0,300**	0,247**	ΜΣΣ	ΜΣΣ
Ολική βαθμολογία δείγματος Τρικάλων	0,286**	-0,133**	0,300**	0,240**	ΜΣΣ	ΜΣΣ
Ολική βαθμολογία δείγματος Λάρισας	0,264**	-0,144**	0,311**	0,273**	ΜΣΣ	ΜΣΣ

* Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο $p<0,05$ (2-tailed)

** Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο $p<0,01$ (2-tailed)

ΜΣΣ=Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση

τητα του χρησιμοποιούμενου εργαλείου είναι επίσης ικανοποιητικός με τιμή χ^2 3343,308, $df=190$, $p<0,0001$. Η εξαγωγή των παραγόντων προέκυψε από ανάλυση των κύριων συνιστωσών (Principal Component Analysis). Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος περιστροφής των παραγόντων Varimax και η κανονικοποίηση κατά Kaiser. Όταν χρησιμοποιούνται ως κριτήρια το γράφημα των χαρακτηριστικών ριζών, με χαρακτηριστική ρίζα (eigenvalue) μικρότερη από 1,00, προκύπτουν τέσσερις παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας αποτελείται από 6 λήμματα (ερωτήσεις 11, 12, 13, 16, 17, 18) και καθορίζει το 42,54% της διακύμανσης της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα ΚΕΕΦΥ και αποδίδει την έλλειψη αυτοελέγχου στη χρήση Η/Υ. Ο δεύτερος παράγοντας αποτελείται από 6 λήμματα (ερωτήσεις 6, 8, 14, 15, 19, 20) και καθορίζει ένα επιπλέον 6,21% της διακύμανσης, αποδίδοντας την παραμέληση της εργασίας από εφήβου. Ο τρίτος παράγοντας αποτελείται από 5 λήμματα (ερωτήσεις 3, 4, 7, 9, 10) και καθορίζει ένα επιπλέον 5,38% της διακύμανσης αποδίδοντας την επίδραση στην κοινωνικότητα, ενώ τέλος ο τέταρτος παράγοντας αποτελείται από 3 λήμματα (ερωτήσεις 1, 2, 5) και καθορίζει ένα επιπλέον 5,01% της διακύμανσης αποδίδοντας την υπερενασχόληση με τους Η/Υ. Οι τέσσερις αυτοί παράγοντες καθορίζουν συνολικά το 59,15% της διακύμανσης της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας ΚΕΕΦΥ (πίνακας 2).

Σχέση των παραγόντων της κλίμακας εθισμού στους Η/Υ με το φύλο, τη σχολική βαθμίδα εκπαίδευσης, τα έτη χρήσης, την ηλικία έναρξης και τη συχνότητα χρήσης των Η/Υ

Οι τέσσερις παράγοντες της κλίμακας εθισμού κατανέμονται μη-κανονικά και όλες οι συγκρίσεις έγιναν με τη χρήση μη παραμετρικών μεθόδων. Η σύγκριση των τιμών των παραγόντων του ερωτηματολογίου μεταξύ ατόμων διαφορετικού φύλου, διεξήχθη με τη βοήθεια της στατιστικής δοκιμασίας Mann-Whitney. Τα άρρενα άτομα σημείωσαν σε όλες τις τιμές των παραγόντων στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές από τα θήλεα ($p<0,001$). Οι συσχετίσεις μεταξύ των τεσσάρων παραγόντων της κλίμακας εθισμού στους Η/Υ με τα έτη χρήσης, την ηλικία έναρξης και συχνότητα χρήσης των Η/Υ, τις ώρες περιήγησης στο Διαδίκτυο και τη σχολική επίδοση προ 3 και προ 12 μηνών, χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης Spearman r_s και Kendall Tau-b κατά περίπτωση, παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Οι τέσσερις παράγοντες έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα

έτη χρήσης ($P<0,05$), τη συχνότητα χρήσης του Η/Υ ($p<0,01$), των αριθμό ωρών περιήγησης στο Διαδίκτυο ($p<0,01$), όπως και αναμένεται από τη βιβλιογραφία, εξυπηρετώντας το κριτήριο συγκλίνουσας απόδειξης στην δομική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου. Σημαντικό είναι το εύρημα της αρνητικής συσχέτισης παραγόντων του ερωτηματολογίου με τη σχολική επίδοση. Όσο αφορά τις επιδόσεις προ τριμήνου υπάρχει συσχέτιση με τους παράγοντες παραμέληση εργασίας και παραμέληση κοινωνικής ζωής ($p<0,01$), ενώ με τις επιδόσεις προ δωδεκαμήνου παρατηρήθηκε επιπλέον στατιστικά σημαντική συσχέτιση και με τον πρώτο παράγοντα ($p<0,05$). Παρόλο που τα ευρήματα της διερεύνησης των κοινωνικών παραμέτρων είναι σύμφωνα με τη θεωρητική πρόβλεψη και παράλληλα σε κατεύθυνση με τα στοιχεία του ερωτηματολογίου, το μέγεθος των συσχετίσεων είναι αρκετά μικρό (από 0,104 έως 0,315), οδηγώντας στο συμπέρασμα πως ο έλεγχος των κοινωνικών παραμέτρων δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αξιόπιστο μέτρο του εθισμού από τους υπολογιστές καθώς δεν συνδέεται ισχυρά με ερωτήσεις που καλύπτουν άμεσα πτυχές του φαινομένου, καταδεικνύοντας την ανάγκη για εξειδικευμένα εργαλεία.

Συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας εθισμού στους Η/Υ

Οι τέσσερις παράγοντες συσχετίζονται όλοι μεταξύ τους στατιστικά σημαντικά $p<0,01$ και οι συσχετίσεις με βάση τον συντελεστή συσχέτισης Spearman r κυμαίνονται από 0,575 έως 0,664 όπως φαίνεται στον πίνακα 3. Ισχυρότερη συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ των παραγόντων της εξάρτησης από τον Η/Υ και της υπερβολικής χρήσης.

Στάθμιση της κλίμακας

Αρχικά η κλίμακα ελέγχθηκε ως προς την εσωτερική της συνέπεια, όπου φαίνεται πως η συνοχή της είναι πολύ υψηλή καθώς οι τιμές αξιοπιστίας του προτύπου είναι άριστες. Ο δείκτης α του Cronbach ισούται με 0,93 ενώ οι τέσσερις διαστάσεις της κλίμακας δείχνουν υψηλή εσωτερική συνέπεια με επιμέρους δείκτες α που κυμαίνονται από 0,74 έως 0,85. Καθώς το πρότυπο είναι πολυπαραγοντικό (εικόνα 1) καταλληλότερος ως προς τη συνολική εκτίμηση είναι ο συντελεστής Rho που ισούται με 0,95. Όμως και δείκτες που δεν εξαρτώνται από τη δομή όπως ο Dimension-Free Lower Bound του Bentler και ο Greatest Lower Bound είναι υψηλοί με τιμές ίσες με 0,981.

Πίνακας 2. Οι τέσσερις παράγοντες της κλίμακας εθισμού στους Η/Υ όπως προκύπτουν από την ανάλυση παραγόντων της κλίμακας (Rotated Component Matrix).

Ερωτήσεις κλίμακας εθισμού στους Η/Υ (ΚΕΕΦΥ)	Παράγοντες			
	1	2	3	4
Ερώτηση 11: Πόσο συχνά συλλαμβάνετε τον εαυτό σας να ανυπομονεί να ασχοληθεί και πάλι με τον υπολογιστή;	0,696			
Ερώτηση 16: Πόσο συχνά συλλαμβάνετε τον εαυτό σας να λέει κατά τη διάρκεια της σύνδεσης «λίγα μόνο λεπτά ακόμα;»	0,654			
Ερώτηση 12: Πόσο συχνά νιώθετε το φόβο πώς η ζωή χωρίς τον υπολογιστή θα ήταν βαρετή, κενή και δίχως χαρά;	0,646			
Ερώτηση 18: Πόσο συχνά προσπαθείτε να κρύψετε το χρόνο που έχετε περάσει σε σύνδεση με τον υπολογιστή;	0,644			
Ερώτηση 13: Πόσο συχνά γίνεστε απότομος, φωνάζετε ή αντιδράτε με εκνευρισμό, αν κάποιος σας ενοχλήσει κατά τη διάρκεια της σύνδεσής σας με τον υπολογιστή;	0,633			
Ερώτηση 17: Πόσο συχνά κάνετε προσπάθειες να περιορίσετε το χρόνο που περνάτε σε σύνδεση με τον υπολογιστή και αποτυγχάνετε;	0,564			
Ερώτηση 6: Πόσο συχνά οι βαθμοί ή η σχολική σας απόδοση επηρεάζονται αρνητικά, λόγω του χρόνου που περνάτε σε σύνδεση με τον υπολογιστή;		0,764		
Ερώτηση 8: Πόσο συχνά η μαθητική σας απόδοση ή η παραγωγικότητα επηρεάζεται αρνητικά εξαιτίας της ενασχόλησής σας με τον υπολογιστή;		0,708		
Ερώτηση 15: Πόσο συχνά νιώθετε να σας απασχολεί η σύνδεση, ενώ βρίσκεστε εκτός υπολογιστή και πόσο συχνά φαντασιώνεστε ότι είστε σε σύνδεση;		0,649		
Ερώτηση 20: Πόσο συχνά, όταν βρίσκεστε εκτός σύνδεσης, νιώθετε θλιμμένος, κακόκεφος ή νευρικός, κάτι που εξαφανίζεται όταν επιστρέψετε στη σύνδεση;		0,595		
Ερώτηση 14: Πόσο συχνά χάνετε τον ύπνο σας, εξαιτίας της μεταμεσονύχτιας σύνδεσής σας με τον υπολογιστή;		0,550		
Ερώτηση 19: Πόσο συχνά προτιμάτε να περάσετε περισσότερο χρόνο σε σύνδεση με τον υπολογιστή απ' ό,τι να βγείτε έξω με φίλους;		0,513		
Ερώτηση 7: Πόσο συχνά ελέγχετε το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail), πριν από κάτι άλλο που πρέπει να κάνετε;			0,743	
Ερώτηση 4: Πόσο συχνά δημιουργείτε νέες φιλίες με άλλους χρήστες του Διαδικτύου;			0,690	
Ερώτηση 9: Πόσο συχνά προσπαθείτε να δικαιολογηθείτε ή λέτε ψέματα, όταν κάποιος σας ρωτά τι ακριβώς κάνετε, όταν είστε σε σύνδεση με τον υπολογιστή;			0,602	
Ερώτηση 10: Πόσο συχνά απωθείτε τις δυσάρεστες σκέψεις για τη ζωή σας, χρησιμοποιώντας καθησυχαστικές σκέψεις που σχετίζονται με τη χρήση του υπολογιστή;			0,493	
Ερώτηση 3: Πόσο συχνά προτιμάτε τη συγκίνηση που σας προσφέρει η ενασχόληση με τον υπολογιστή, από την επαφή με ένα δικό σας πρόσωπο;			0,466	
Ερώτηση 1: Πόσο συχνά διαπιστώνετε ότι παραμένετε σε σύνδεση με τον υπολογιστή, περισσότερο από ό,τι αρχικά σκοπεύατε;				0,747
Ερώτηση 5: Πόσο συχνά οι άνθρωποι του περιβάλλοντός σας διαμαρτύρονται για το χρόνο που περνάτε σε σύνδεση με τον υπολογιστή;				0,573
Ερώτηση 2: Πόσο συχνά παραμελείτε την απασχόληση στο σπίτι, προκειμένου να περάσετε περισσότερο χρόνο σε σύνδεση με τον υπολογιστή;				0,535
Cronbach's standardized alpha	0,84	0,85	0,76	0,74
Eigenvalue	8,51	1,24	1,08	1,01
Percentage of variance explained	42,55	6,21	5,38	5,01

Πίνακας 3. Συσχέτιση μεταξύ των τεσσάρων παραγόντων της κλίμακας εθισμού στους Η/Υ (Spearman r).

	Εξάρτηση από τον Η/Υ	Μείωση παραγωγικότητας	Έκπτωση της κοινωνικότητας	Υπερβολική χρήση
Εξάρτηση από τον Η/Υ	1	0,66*	0,575*	0,664*
Παραμέληση εργασίας	0,66*	1	0,605*	0,59*
Παραμέληση κοινωνικής ζωής	0,575*	0,605*	1	0,584*
Υπερβολική χρήση	0,664*	0,59*	0,584*	1

* Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο $P < 0,001$

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των μετρήσεων της κλίμακας ΚΕΕΦΥ ως προς το χρόνο διεξήχθη η επαναχορήγησή της μετά από ένα μήνα σε μικρότερο δείγμα 156 ατόμων, χωρίς να έχει μεσολαβήσει κάποια παρέμβαση. Βρέθηκε ότι τόσο οι τιμές των επιμέρους παραγόντων όσο και της ολικής βαθμολογίας δεν μεταβλήθηκαν στατιστικά σημαντικά μετά την παρέλευση του συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος. Επιπρόσθετα και η συσχέτιση των τιμών προ και μετά την παρέλευση του μήνα ήταν υψηλή και στατιστικά σημαντική (πίνακας 4).

Η διαδικασία επιβεβαίωσης της παραγοντικής ανάλυσης (confirmatory factor analysis) διεξήχθη με τη βοήθεια του προγράμματος EQS15 ώστε να διακριωθεί η εσωτερική της εγκυρότητα. Στην εικόνα 1 παριστάνονται οι σχέσεις μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και των υποκειμένων παραγόντων που αποδίδουν το μέτρο της εξάρτησης από το Διαδίκτυο, καθώς και οι τυποποιημένες τιμές των υπολογιζόμενων παραμέτρων. Με αστερίσκο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές τιμές των υπολογιζόμενων παραμέτρων. Οι τιμές υπολογίστηκαν με τη βοήθεια της διόρθωσης με τη μέθοδο robust που προσφέρει το πρόγραμμα EQS καθώς όπως υπέδειξε η υψηλή τιμή του τυποποιημένου συντελεστή Mardia (87,1631) τα δεδομένα είναι μη κανονικά κατανοημένα, όπως και αναμενόταν.

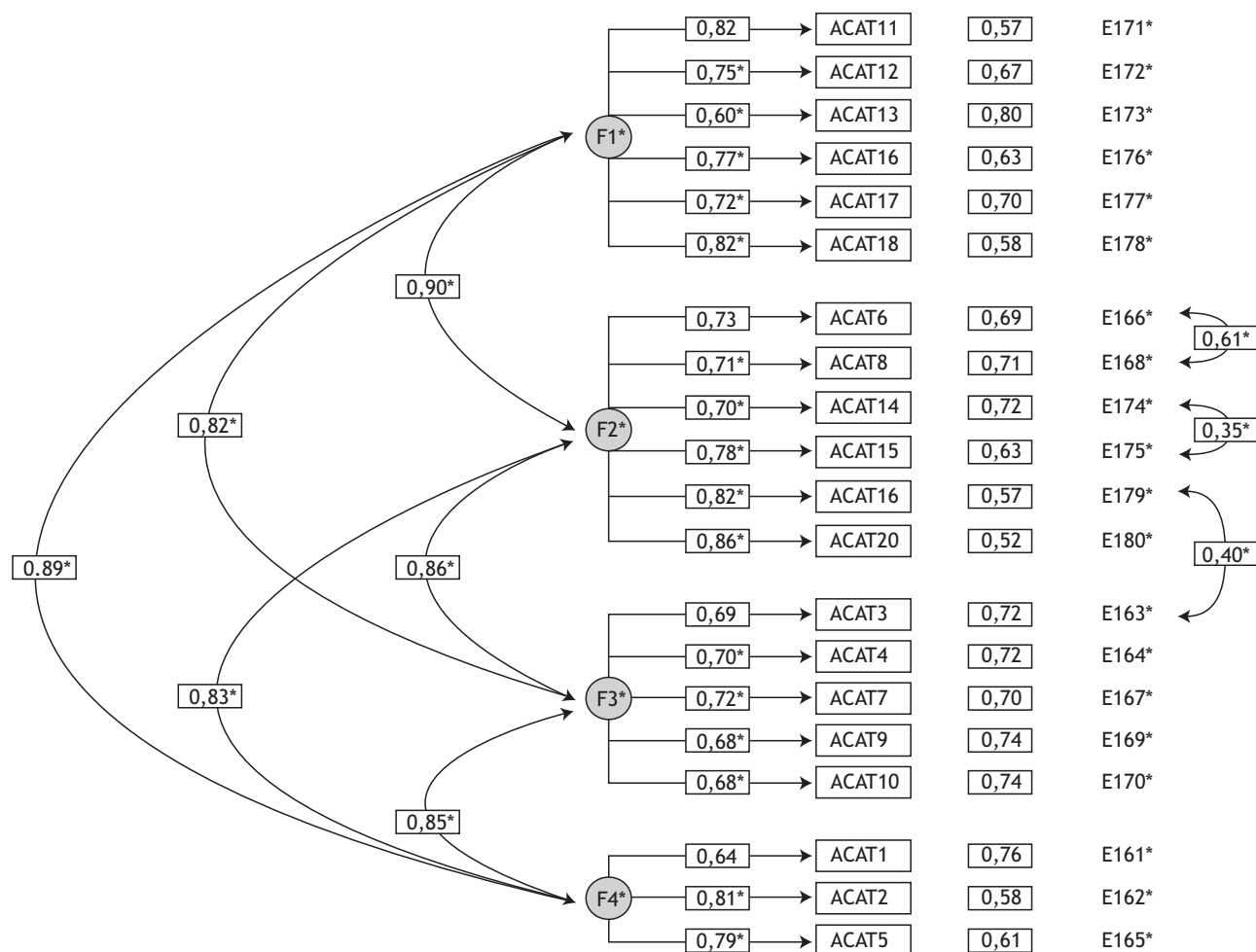
Το περιγραφόμενο πρότυπο προσαρμόζεται άριστα στα δεδομένα όπως καταδεικνύουν οι τιμές των δεικτών καλής προσαρμογής. Αναλυτικά έχουμε Satorra-Bentler Scaled Chi-Square $S-B\chi^2(161)=270,0135$, $P < 0,001$, Comparative Fit Index (CFI) = 0,972, Non-normed Fit Index (NNFI) = 0,966, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0,043 (90% διαστήματα εμπιστοσύνης CI μεταξύ 0,034–0,052). Όλες οι τιμές των δεικτών καλής προσαρμο-

γής (πίνακας 4) υπερβαίνουν τις τιμές που προτείνονται στη βιβλιογραφία ως ενδεικτικές ενός επαρκούς μοντέλου.^{16,17} Στην εικόνα 1 σημειώνονται οι τιμές των υπολογιζόμενων παραμέτρων κατά την τυποποιημένη λύση (standardized solution). Προσεκτική εξέταση των τυποποιημένων υπολοίπων του προτύπου (standardized residuals) καταδεικνύει μία άριστη προσαρμογή του προτύπου στα δεδομένα καθώς το 93,34% τους βρίσκεται μεταξύ -0,1 και 0,1 (εικόνα 2), η μέση απόλυτη τιμή τους είναι ίση με 0,0364 ενώ και ο δείκτης Yuan-Bentler Residual-based F-statistic είναι στατιστικά σημαντικός, με $F(161,205)=1,112$, $P=0,2364$. Όλοι οι επιμέρους παράγοντες του ερωτηματολογίου συνδέθηκαν στατιστικά σημαντικά με την υποκείμενη θεωρητική παραγοντική δομή δίνοντας τιμές R^2 που κυμαίνονταν από 36,3% για την ερώτηση 13 έως 73,1% για την ερώτηση 20, γεγονός που υποδηλώνει την ορθή θεωρητική δομή του ερωτηματολογίου και υψηλή ειδικότητα περιεχομένου των στοιχείων του.

Με τη βοήθεια του πολυπαραγοντικού Lagrange Multiplier Test (LM Test) αναγνωρίστηκαν ως σημαντικές και συμπεριλήφθησαν στο πρότυπο οι συμμεταβολές (co-variances) των παραγόντων λάθους μεταξύ των ερωτήσεων 6 και 8, 3 και 19, 14 και 15. Αυτές οι συμμεταβολές είναι δυνητικά σημαντικές κλινικά, καθώς αναπαραστούν συστημικό και όχι τυχαίο λάθος στις μετρήσεις. Συνδέονται είτε με χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων ερωτήσεων είτε με χαρακτηριστικά των υποκειμένων.¹⁸ Αναλύοντας πιθανούς λόγους, διαπιστώνουμε ότι οι ερωτήσεις 6 και 8 που αφορούν την απόδοση στο σχολείο και τη γενική παραγωγικότητα λογικά αλληλοεπικαλύπτονται κατά ένα μέρος. Παρόμοιο δύναται να είναι το αίτιο και στις ερωτήσεις 3 και 19 που αφορούν σχέσεις με σημαντικούς άλλους, όμως εδώ εισέρχεται και ο σημαντικός παράγοντας της τάσης να δίδεται η περισσότερο κοινωνικά αποδεκτή απάντηση (social desirability bias). Οι απαντή-

Πίνακας 4. Αξιοπιστία στο χρόνο – το κριτήριο Wilcoxon για συζευγμένα δείγματα στους εφήβους των Τρικάλων και ο συντελεστής συσχέτισης κατά Spearman.

	Μέσος όρος -αρχική τιμή	Μέσος όρος μετά παρέλευση 1 μηνός	Επίπεδο σημαντικότητας (p)	Συντελεστής συσχέτισης ζευγών (Spearman r)	Επίπεδο σημαντικότητας (p)
Παράγοντας 1	11,13	11,187	0,440	0,919	<0,001
Παράγοντας 2	8,84	8,86	0,985	0,866	<0,001
Παράγοντας 3	8,06	8,02	0,399	0,949	<0,001
Παράγοντας 4	6,29	6,28	0,602	0,829	<0,001
Ολική βαθμολογία	34,52	34,34	0,167	0,984	<0,001

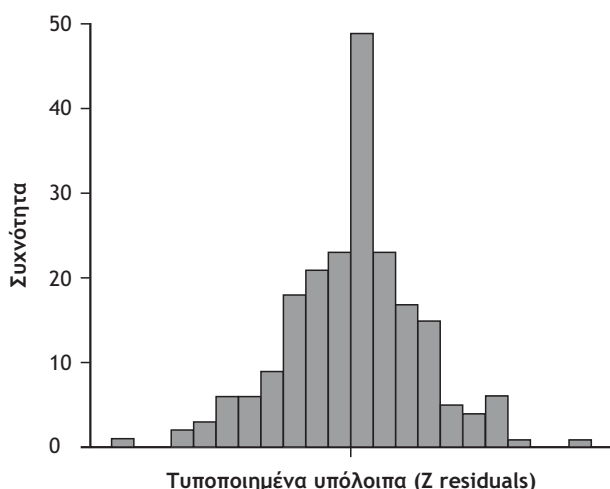


Εικόνα 1. Εσωτερική δομή κλίμακας ΚΕΕΦΥ (τυποποιημένη λύση).

*: Στατιστικά σημαντική τιμή.

σεις στις ερωτήσεις 14 και 15 έχουν επίσης ένα ισχυρό στοιχείο συμμόρφωσης με τα κοινωνικά πρότυπα, όμως εμπεριέχουν και την άρνηση να αποδεχθεί το υποκείμενο συνειδητά τυχόν πρόβλημα, καθώς περιγράφουν πρόδηλα συμπτώματα. Συνιστάται κατά

συνέπεια η διερεύνηση σε βάθος από τον κλινικό θεραπευτή των θεμάτων που καλύπτουν οι ερωτήσεις 3 και 14, 15 και 19, εφόσον η βαθμολογία σε αυτά τα ζεύγη ερωτημάτων είναι παρόμοια και ειδικά εφόσον είναι απροσδόκητα χαμηλή σε σύγκριση με την τελι-



Εικόνα 2. Κατανομή τυποποιημένων υπόλοιπων προτύπου ΚΕΕΦΥ.

κή βαθμολογία. Οι συγκριτικές αποκρίσεις στο ζεύγος των ερωτήσεων 6 και 8 μπορεί να δώσει χρήσιμα στοιχεία εφόσον το υποκείμενο έχει σημαντικά για τον ίδιο εξωσχολικά ενδιαφέροντα.

Το πρότυπο εφαρμόστηκε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα μαθητικού εφηβικού πληθυσμού της πόλης της Λάρισας το οποίο συλλέχθηκε με τυχαιοποιημένη, ενστρωματωμένη δειγματοληψία ανά Γυμνάσιο και Λύκειο. Το πρότυπο επέδειξε άριστη προσαρμογή και στα νέα δεδομένα με τιμή αξιοπιστίας $Rho=0,951$ και υψηλές τιμές δεικτών καλής προσαρμογής (πίνακας 5). Το νέο δείγμα χρησιμοποιήθηκε ώστε να εξεταστεί κατά πόσο τα επιμέρους στοιχεία του ερωτηματολογίου λειτουργούν εξίσου καλά σε εφαρμογή σε πληθυσμούς με διαφορετικές δημογραφικές πα-

ραμέτρους. Η παράλληλη εξέταση της εφαρμογής του προτύπου στους δύο πληθυσμούς έγινε σε δύο βήματα με τη σύγκριση ενός προτύπου βάσης των δύο πληθυσμών (baseline multigroup model) και ενός προτύπου όπου τέθηκαν περιορισμοί ισότητας (equality constraints) σε όλες τις σχέσεις μεταξύ των επιμέρους στοιχείων για τους δύο πληθυσμούς, κατά τα πρότυπα που περιγράφονται στη βιβλιογραφία.¹⁸ Η σύγκριση κατέδειξε μία μικρού βαθμού διαφορά μεταξύ των δύο προτύπων σύγκρισης ($\Delta S-Bx^2=47,711$, $P<0,01$, $\Delta^*CFI=0,02$) όμως το πρότυπο εξακολούθησε να δείχνει μία άριστη προσαρμογή στα ερευνητικά δεδομένα και των δύο πληθυσμών παράλληλα ($S-Bx^2<2$ df, $S-Bx^2/df<2$, $CFI=0,968$, $RMSEA=0,03$, $90\% CI=0,027-0,033$) υποδεικνύοντας την αξία του ως ερευνητικό εργαλείο εφαρμόσιμο σε ερευνητικούς πληθυσμούς ανά την επικράτεια (πίνακας 5). Η στατιστική ανάλυση υπόδειξε τις ερωτήσεις 7, 19, 20 του ερωτηματολογίου καθώς και τη συμμεταβολή μεταξύ των παραγόντων λάθους των ερωτήσεων 3 και 19 ως στοιχεία στα οποία διέφερε ο τρόπος με τον οποίον τα προσέλαβαν οι δύο πληθυσμοί. Καθώς οι δύο πληθυσμοί είναι μεν διαστρωματωμένοι για τις αντίστοιχες πόλεις, διαφέρουν δε σε κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία, προκύπτει πως η κλίμακα μέτρησης του εθισμού μπορεί να αποδώσει αξιόπιστα το ζητούμενο μέγεθος παρά τις όποιες διαφορές μεταξύ των πληθυσμών εφαρμογής της, διαφορές οι οποίες αποτελούν αντικείμενο κοινωνιολογικής ανάλυσης.

Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα προσπάθησε να αναδείξει τις ψυχομετρικές ιδιότητες της ΚΕΕΦΥ η οποία αποτελεί

Πίνακας 5. Δείκτες καλής προσαρμογής-ιδανικές τιμές και τιμές προτύπου ΚΕΕΦΥ.

Δείκτης καλής προσαρμογής	Ικανοποιητική προσαρμογή	Άριστη προσαρμογή	Πληθυσμός Τρικάλων	Πληθυσμός Λάρισας	Παράλληλη εξέταση
χ^2	$2 \text{ df} < \chi^2 \leq 3 \text{ df}$	$0 \leq \chi^2 \leq 2 \text{ df}$	$< 2 \text{ df}$	$< 3 \text{ df}$	$< 2 \text{ df}$
χ^2/df	$2 < \chi^2/df \leq 3$	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	1,677	2,249	1,995
RMSEA	$0,05 < RMSEA \leq 0,08$	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$	0,043	0,042	0,030
Διαστήματα εμπιστοσύνης RMSEA	Περί του RMSEA, μέγιστη τιμή του δείκτη $< 0,1$		0,034–0,052	0,036–0,047	0,027–0,033
NFI	$0,9 \leq NFI < 0,95$	$0,95 \leq NFI \leq 1,00$	0,933	0,948	0,938
NNFI	$0,95 \leq NNFI < 0,97$	$0,97 \leq NNFI \leq 1,00$	0,966	0,965	0,965
CFI	$0,95 \leq CFI < 0,97$	$0,97 \leq CFI \leq 1,00$	0,972	0,97	0,968

Πηγή: Schermelleh-Engel et al,¹⁴ τροποποιημένο

την ελληνική μετάφραση και τροποποίηση του IAT της KS Young για τη μέτρηση του εθισμού στους Η/Υ των Ελλήνων εφήβων μαθητών 12–18 ετών. Τέσσερις παράγοντες προκύπτουν από την κλίμακα εθισμού στους Η/Υ των 20 ερωτήσεων. Η συνολική εσωτερική συνέπεια της κλίμακας είναι εξαιρετικά υψηλή ($Rho=0,951$), η αξιοπιστία επαναχορήγησης της κλίμακας ΚΕΕΦΥ μετά από ένα μήνα σε μικρότερο δείγμα 156 ατόμων ήταν ικανοποιητική, ενώ άριστα ήταν τα αποτελέσματα του ελέγχου της δομικής εγκυρότητας τόσο με το κριτήριο της συγκλίνουσας απόδειξης όσο και με την επαλήθευση της παραγοντικής δομής στον αρχικό και σε δεύτερο ερευνητικό πληθυσμό.

Οι ομοιότητες που παρουσιάζει η ΚΕΕΦΥ με το CRABI στη διαδικασία δημιουργίας καθιστά τα αποτελέσματά τους συγκρίσιμα εφόσον προέρχονται από διαστρωματωμένους πληθυσμούς. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της ΚΕΕΦΥ και του CRABI στους εφηβικούς πληθυσμούς της Ελλάδας και της Ν. Κορέας (πίνακας 6), παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών χρηστών των Η/Υ σε Ελλάδα και Ν. Κορέα ($z=2,472$ $p<0,01$). Η διαφορά δεν εντοπίζεται στο ποσοστό χρηστών που κάνουν υπερβολική ή ήπια χρήση Η/Υ, παρά όσο αφορά τους μέτριους χρήστες, όπου το ποσοστό των Ν. Κορεατών σαφώς υπερτερεί ($\chi^2=16,028$ $p<0,001$). Αυτά τα στοιχεία είναι ιδιαίτερα σημαντικά λόγω του ότι το ποσοστό των εφήβων στην Ελλάδα που δεν κάνουν χρήση Η/Υ είναι διπλάσιο συγκρινόμενο με τη Ν. Κορέα (21,6% έναντι 12,3% αντίστοιχα), γεγονός που δείχνει τον αυξημένο κίνδυνο προβληματικής χρήσης των Η/Υ που διατρέχουν οι Έλληνες έφηβοι τα επόμενα έτη της εξάπλωσης των Η/Υ και του διαδικτύου. Ενώ σε χώρες, όπως η Ν. Κορέα, όπου η διείσδυση των νέων τεχνολογιών ήταν γρηγορότερη διαφαίνεται μία λογική διαστρωμάτωση των κατηγοριών χρήσης,

στην Ελλάδα υπάρχει έντονη η εικόνα χρηστών δύο ταχυτήτων, ενώ χαρακτηριστικό είναι και το εύρημα όπου άτομα εξοικειωμένα σε μικρότερη ηλικία με τη χρήση Η/Υ σημειώνουν υψηλότερες τιμές στους δείκτες εξάρτησης από αυτούς. Το δεδομένο ότι ο ψηφιακός αλφαριθμητισμός των παιδιών στην Ελλάδα ξεκίνησε στο μεγαλύτερο ποσοστό μέσα από την εμπειρική ενασχόληση και όχι ως αποτέλεσμα συντονισμένης μαθησιακής διαδικασίας, ίσως αποτελεί την εξήγηση αυτού του ευρήματος. Ήδη στην εφηβική ηλικία υπάρχει σημαντικό ποσοστό ατόμων που παρουσιάζουν υπερβολική χρήση Η/Υ. Δεν μπορεί παρά να τονιστεί λοιπόν η σημασία της έγκαιρης εισαγωγής των Η/Υ στη μαθησιακή διαδικασία, ώστε η γνωριμία με τις νέες τεχνολογίες να γίνεται σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον με ισορροπημένη παρουσίαση και έγκαιρη ανίχνευση παθολογικών σημείων και συμπτωμάτων.

Η χρήση των Η/Υ από το εφηβικό μαθητικό πληθυσμό είναι πολύ υψηλή συγκρινόμενη με τις άλλες ηλικιακές ομάδες χρηστών, σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας για το έτος 2006 και ο κίνδυνος εθισμού των εφήβων είναι πλέον υπαρκτός. Ήδη στην Ελλάδα αναφέρθηκαν στον τύπο περιπτώσεις εθισμού από το διαδίκτυο που νοσηλεύτηκαν σε μονάδα εφηβικής ιατρικής για το έτος 2007, γεγονός που θα απασχολήσει τους ειδικούς ψυχικής υγείας αλλά και συναφών ειδικοτήτων τα επόμενα έτη. Η ύπαρξη ενός αξιόπιστου εργαλείου που θα ανιχνεύει τον εθισμό στους Η/Υ σε μία ομάδα υψηλού κινδύνου όπως είναι οι έφηβοι κρίνεται απαραίτητη. Η έρευνα αυτή θεωρούμε ότι προσπάθησε να παρουσιάσει τη σχέση των Ελλήνων εφήβων μαθητών με τους Η/Υ και να παραδώσει στα χέρια των ειδικών ένα αξιόπιστο εργαλείο ανίχνευσης του εθισμού, που μπορεί να αποτελέσει τη βάση για περαιτέρω έρευνα του φαινομένου στην Ελλάδα.

Πίνακας 6. Σύγκριση του είδους χρήσης του Η/Υ από τους εφήβους στην Ελλάδα και τη Ν. Κορέα με βάση τη συνολική βαθμολογία στην ΚΕΕΦΥ.

	Χρήση Η/Υ		
	Ήπιοι χρήστες (ολική βαθμολογία ΚΕΕΦΥ=20–39)	Μέτριοι χρήστες (ολική βαθμολογία ΚΕΕΦΥ=40–59*)	Υπερβολικοί χρήστες (ολική βαθμολογία ΚΕΕΦΥ=60–100)
Ν. Κορέα (N=1136)	721 (63,4%)	346 (30,5%)	69 (6,1%)
Ελλάδα (N=1088)	793 (72,88%)	215 (19,76%)	80 (7,35%)

* Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο $P<0,01$

Validation of adolescent computer addiction test in a greek sample

K.E. Siomos, G.D. Floros, O.D. Mouzas, N.V. Angelopoulos

Psychiatric Unit, Medical School, University of Thessaly, University Hospital of Larisa, Larisa, Greece

Psychiatriki 2009, 20:222–232

The goal of this study is the validation of a reliable research tool for diagnosing computer addiction in adolescents and the description of its particular psychometric properties. 482 students in the city of Trikala, which is Greece's leading city in Internet provision, and 907 students of the city of Larisa took part in this study which was run during the first trimester of 2006. The samples were obtained through randomized stratified sampling for their respective cities. Those students who reported using a personal computer at the time filled in the ACAT (Adolescent Computer Addiction Test), which was modeled after the 20-question Internet Addiction Test. The psychometric tests applied included test-retest reliability, internal consistency and construct validity. Factor analysis revealed four factors which account for 59.15% of total variability of the scale. The ACAT scale was proven to hold excellent test-retest reliability, internal consistency and construct validity. The important role of timely education in new technologies is pointed out. This study is a first attempt in creating and applying a reliable tool in the evaluation of adolescent addiction to personal computers in Greece.

Key words: Validation, computers, addiction, computer addiction test

Βιβλιογραφία

1. Young KS. *Caught in the net: how to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. Wiley, 1998
2. Goldberg M. Technological addictions. *Clin Psychol Forum* 1998, 76:14–19
3. Griffiths MD. Internet addiction: an issue for clinical psychology. *Clin Psychol Forum* 1996, 97:32–36
4. Turkle S. *The second self: computers and the human spirit*. Simon & Schuster, Inc. New York, NY, USA, 1984
5. Shotton MA. *Computer Addiction?: A Study of Computer Dependency*. Taylor & Francis, 1989
6. Griffiths MD, Hunt N. Dependence on computer games by adolescents. *Psychol Rep* 1998, 82:475–480
7. Shotton MA. The costs and benefits of "computer addiction". *Behaviour & Information Technology* 1991, 10:219–230
8. Charlton JP. A factor-analytic investigation of computer addiction and engagement. *Brit J Psychol* 2002, 93:329–344
9. Charlton JP, Danforth IDW. Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Computers in Human Behavior* 2007, 23:1531–1548
10. Goldberg I. Internet addiction disorder. Retrieved November 1996, 24:2004
11. Block JJ. Issues for DSM-V: Internet Addiction. *Am J Psychiatry* 2008, 165:306–307
12. Young KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *Cyber Psychol Behavior* 1996, 1:237–244
13. Widyanto L, McMurrin M. The psychometric properties of the internet addiction test. *Cyberpsychol Behav* 2004, 7:443–450
14. Block JJ. *Prevalence underestimated in problematic Internet use study*. *CNS Spectr*, 2006:750–755
15. Yang CK. Sociopsychiatric characteristics of adolescents who use computers to excess. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001, 104:217–222
16. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structur Equat Model* 1999, 6:1–55
17. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Moller H. Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Meth Psychol Research Online* 2003, 8:23–74
18. Byrne BM. *Structural equation modeling with eqs: basic concepts, applications, and programming*: lawrence erlbaum associates, 2006

Αλληλογραφία: Κ.Ε. Σιώμος, Γ. Παπανδρέου 38, 413 35 Λάρισα
e-mail: ksiomos@med.uth.gr

Ερευνητική εργασία Research article

Η εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στα δίγλωσσα παιδιά ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής

Ι. Παπαδάκη, Α. Χριστοδούλου, Μ. Παλαιολόγου, Μ. Βλασσοπούλου,
Ε. Λαζαράτου, Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Δ.Ν. Πλουμπίδης

*Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής
Βύρωνα-Καισαριανής, Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Ψυχιατρική 2009, 20:233–238

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή και η αξιολόγηση της επίδρασης του διπλού γλωσσικού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας στα παιδιά και τους εφήβους όπως αυτή εμφανίζεται στην καθημερινή μας κλινική πρακτική. Το δείγμα αποτελούσαν 62 δίγλωσσα παιδιά και έφηβοι από 0 έως 18 ετών που προσήλθαν στο ΚΚΨΥ Βύρωνα και Καισαριανής από το 2000 μέχρι το 2005. Η συλλογή των στοιχείων έγινε από τους φακέλους που τηρούνται στο αρχείο της υπηρεσίας και αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, τη γλώσσα καταγωγής, τη διάγνωση και την ύπαρξη οικονομικής μετανάστευσης. Τα ευρήματα από το δείγμα των δίγλωσσων παιδιών συγκρίθηκαν με τους μέσους όρους του συνόλου των περιστατικών (N=2092) που προσήλθαν στην υπηρεσία κατά το ίδιο χρονικό διάστημα. Τα 4/5 του δείγματός μας αποτελούν παιδιά που προέρχονται από οικογένειες οικονομικών μεταναστών. Επίσης, παρατηρείται σημαντική αύξηση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών σε ποσοστό τριπλάσιο εκείνου των μονόγλωσσων παιδιών. Στη σχολική ηλικία το μεγαλύτερο μέρος των διαγνώσεων αφορά τις Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές λόγου, κίνησης και μάθησης. Αντίθετα, στη εφηβεία, παρατηρείται υπερδιπλάσια αύξηση του αριθμού των δίγλωσσων εφήβων που παρουσιάζουν ψυχιατρική νοσηρότητα και αφορά τις διαταραχές συμπεριφοράς για τα αγόρια και του συναισθήματος για τα κορίτσια. Το δείγμα μας εμφανίζει σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα η οποία διαφοροποιείται από εκείνη του υπόλοιπου πληθυσμού των περιστατικών που εξετάζεται στην Υπηρεσία μας. Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία.

Λέξεις ευρετηρίου: Διγλωσσία, ταυτότητα, ψυχοπαθολογία, μετανάστευση, παιδί, εφηβεία

Εισαγωγή

Το ζήτημα της διγλωσσίας

Στην εξέλιξη του ανθρώπινου πολιτισμού, η εμφάνιση διγλωσσων περιβαλλόντων αποτελεί τον κανόνα από τα πολύ παλιά χρόνια. Η ανθρώπινη επικοινωνία μεταξύ διαφορετικών φυλών, λαών και εθνοτήτων διαμόρφωσε την ανάγκη για τη χρήση μιας κοινής δεύτερης γλώσσας, άλλοτε άλλης, σύμφωνα με τις ιστορικές εξελίξεις. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η συγγραφή των Ευαγγελίων στην κοινή Ελληνική, που ήταν η διεθνής γλώσσα εκείνης της εποχής, και όχι στα Αραμαϊκά.

Στο σημερινό περιβάλλον της «παγκοσμιοποίησης» έχει κατοχυρωθεί ως διεθνής γλώσσα η Αγγλική, την οποία μαθαίνουν από πολύ νωρίς να μιλούν τα περισσότερα Ελληνόπουλα, ως δεύτερη τους γλώσσα.

Άρα το ζήτημα της διγλωσσίας είναι διαχρονικό, συνυφασμένο με την εξέλιξη του ανθρώπινου είδους μέσα στον πολιτισμό του και ταυτόχρονα ένα πρόβλημα κοινωνικό και βαθύτατα πολιτικό.

Γλώσσα και ταυτότητα

Η γλωσσική ανάπτυξη και η διαμόρφωση της ταυτότητας ενός ατόμου ακολουθούν παράλληλη και συνδεδεμένη πορεία στην οργάνωση του ψυχισμού του. Η σχέση αυτή στο δίγλωσσο άτομο δεν μπορεί παρά να επηρεάζεται από το διπλό πολιτισμικό και γλωσσικό περιβάλλον. Χρειάζεται να οργανωθεί μία και μοναδική ταυτότητα κάτω από την επίδραση δύο διαφορετικών γλωσσών που εκφράζουν δύο διαφορετικούς κόσμους.

Ο σπουδαίος ιστορικός του εικοστού αιώνα, Hobsbawm,¹ αναφερόμενος στις σημερινές συνθήκες των ανθρωπίνων κοινωνιών, οι οποίες γεννούν μια εξαιρετικά μεγάλη ανασφάλεια, που οδηγούν τους ανθρώπους να αναζητούν μια αίσθηση όσο γίνεται μεγαλύτερης σιγουριάς, όσον αφορά την ταυτότητά τους, έχει γράψει: «Το να ανήκεις σε μια κοινή γλώσσα και κουλτούρα ίσως είναι η μόνη βεβαιότητα στην κοινωνία, η μόνη αξία πέρα από οποιαδήποτε αμφιβολία και αμφισβήτηση.»

Ο νομπελίστας λατινοαμερικάνος λογοτέχνης Borges,² αναφερόμενος στη δύναμη της γλώσσας υπογραμμίζει την παράδοση που ενσωματώνεται σε αυτήν ως τον κύριο τρόπο για να καταλαβαίνουμε την πραγματικότητα, κάτι που ξεπερνά ένα απλό άθροισμα συμβόλων.

Συνεπώς, η γλώσσα δεν καθορίζει μόνο τον τρόπο που προσεγγίζουμε την πραγματικότητα, αλλά είναι ταυτόχρονα εσωτερικά στενά συνδεδεμένη με την αίσθηση της ταυτότητας που έχουμε.

Το ερώτημα που τίθεται είναι πώς σχετίζεται το δίγλωσσο περιβάλλον με τη διαμόρφωση της ταυτότητας στην εφηβεία.

Η ουσιαστική διεργασία της ταυτότητας ενώ ξεκινά από πολύ νωρίς, τελειώνει με το θάνατό μας. Όμως η κύρια αναπτυξιακή της φάση είναι η εφηβεία.³

Μελέτες που έχουν γίνει πάνω στα ζητήματα αυτά έδειξαν ότι εμφανίζονται προβλήματα που έχουν να κάνουν με την εμφάνιση στοιχείων δυσπόστατης ταυτότητας, διπλής προσωπικότητας, αναγκαστικές επιλογές της μίας ή της άλλης πατρίδας, αποφασιστική άρνηση του ενός ή του άλλου χώρου, υιοθέτηση ή άρνηση της μητρικής γλώσσας.⁴

Φαίνεται λοιπόν να υπάρχει στενή σχέση μεταξύ γλώσσας και ταυτότητας.

Γλώσσα και ψυχοπαθολογία

Η γλώσσα είναι ένας αγωγός κουλτούρας του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο μεγαλώνουμε και βέβαια δεν μπορεί παρά να επηρεάζει την έκφραση της ψυχοπαθολογίας.

Ιδιαίτερα στα παιδιά, η γλωσσική ανάπτυξη και η κατάκτηση της γλώσσας αποτελεί το βασικό και ίσως το κυριότερο εργαλείο για τη συναισθηματική τους ανάπτυξη και την ομαλή συμπεριφορική τους ένταξη στην κοινωνία. Είναι ένας ουσιαστικός ρυθμιστής της εσωτερικής ομοιοστασίας.^{5,6}

Γνωρίζουμε από τις μελέτες στα μονόγλωσσα παιδιά, ότι εάν ένα παιδί έχει μειωμένες γλωσσικές ικανότητες, υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξει ψυχοπαθολογία.⁷ Για παράδειγμα μπορεί να εμφανίσει μαθησιακές δυσκολίες, υπερκινητικότητα αλλά και εσωτερικευμένες διαταραχές, όπως είναι οι διαταραχές στο συναίσθημα (άγχος, φόβος, κατάθλιψη).⁸

Η ανθρωπολογία ήταν ο πρώτος επιστημονικός κλάδος που εστίασε στο ζήτημα της διγλωσσίας. Κατόπιν ακολούθησαν και άλλοι επιστημονικοί κλάδοι.

Η παιδοψυχιατρική πολύ πρόσφατα ενδιαφέρθηκε για τη σχέση της παιδικής ψυχοπαθολογίας με τη διγλωσσία. Γι' αυτό η σχετική βιβλιογραφία είναι περιορισμένη. Σε μία αμερικανική μελέτη⁹ εξετάστηκε το ζήτημα της ψυχοπαθολογίας στα δίγλωσσα παιδιά κατ' αναλογία προς τα μονόγλωσσα παιδιά. Τα δίγλωσσα παιδιά είχαν ισπανόφωνη καταγωγή και μιλούσαν Ισπανικά και Αγγλικά. Υπήρχε δηλαδή ταυτόχρονα το ζήτημα των δύο διαφορετικών πολιτισμικών επιρροών. Βρέθηκε ότι λίγο παραπάνω από τα μισά δίγλωσσα παιδιά παρουσίαζαν αναπτυξιακού τύπου διαταραχές στο λόγο και στην κίνηση. Επίσης παρουσίαζαν προβλήματα συμπεριφοράς και υπερκινητικότητας. Τα ευρήματα αυτά σύμφωνα με τους συγγραφείς συνδέουν τη διγλωσσία με αυξημένη ψυχοπαθολογία.

Προκειμένου να μελετήσουμε την επίδραση του διπλού γλωσσικού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας στα παιδιά και τους εφήβους όπως αυτή εμ-

φανίζεται στην καθημερινή μας κλινική πρακτική πραγματοποιήσαμε την παρακάτω έρευνα.

Μεθοδολογία

Τόπος διεξαγωγής της μελέτης

Η μελέτη έγινε στην Παιδοψυχιατρική Υπηρεσία του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνας και Καισαριανής της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Δείγμα

Από 1/1/2000 μέχρι 31/12/2005 προσήλθαν στο Κέντρο μας 2092 νέα περιστατικά. Από αυτά τα 62 ήταν δίγλωσσα, δηλαδή το 2,96%. Το δείγμα ήταν παιδιά και έφηβοι από 0 έως 18 ετών.

Μέσα

Η συλλογή των στοιχείων έγινε από τους φακέλους που τηρούνται στο αρχείο της υπηρεσίας και αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, τη γλώσσα καταγωγής, τη διάγνωση και την ύπαρξη οικονομικής μετανάστευσης. Τα ευρήματα από το δείγμα των δίγλωσσων παιδιών τα συγκρίναμε με εκείνα των μονόγλωσσων. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Pearson χ^2 και το Fisher exact test.

Αποτελέσματα

Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα.

Καταγράφηκε η ηλικία των δίγλωσσων παιδιών και των παιδιών του δείγματος. Το ποσοστό των δίγλωσσων εφήβων είναι διπλάσιο από το ποσοστό των εισερχομένων μονόγλωσσων εφήβων στην Υπηρεσία μας, (29,0% vs 14,8%, $\chi^2=15,7$, $P=0,001$) ενώ το ποσοστό των δίγλωσσων νηπίων είναι σχεδόν υποτριπλάσιο (11,3% vs 30,6%, $\chi^2=15,7$, $p=0,001$) (πίνακας 1).

Καταγράφηκε η κατανομή του φύλου ανά δείγμα. Η κατανομή ως προς το φύλο είναι παρόμοια (61,3% vs 59,0% για τα αγόρια, $\chi^2=0,12$, $p=0,72$, NS) (πίνακας 2).

Καταγράφηκαν οι γλώσσες όπως ανεβρέθηκαν στα αρχεία της υπηρεσίας. Περισσότερα από τα μισά δίγλωσσα παιδιά προέρχονται από τις γειτονικές μας χώρες (Βαλκανικές). Ακολουθούν οι Δυτικοευρωπαϊκές γλώσσες (17,7%), οι Ανατολικοευρωπαϊκές (16,1%) και οι Αραβικές (12,9%). Αξιοσημείωτο είναι, ότι παρουσιάζεται μια εικόνα όχι δίγλωσσης αλλά μίας πολύγλωσσης κοινωνίας (πίνακας 3).

Καταγράφηκε η κοινωνική κατάσταση των οικογενειών των δίγλωσσων παιδιών, δηλαδή αν πρόκειται για οικονομικούς μετανάστες ή όχι. Φαίνεται ότι τα 49 πε-

ριστατικά παιδιών (79%) από τα 62 είναι παιδιά γονέων οικονομικών μεταναστών.

Ανάμεσα στα υποκείμενα του δείγματος των δίγλωσσων παιδιών παρατηρείται στατιστικά σημαντική υπεροχή των Ειδικών Αναπτυξιακών Διαταραχών στο σύνολό τους (43,5% vs 35,0%, $\chi^2=147,36$, $p=0,001$) καθώς επίσης και υψηλό ποσοστό (τριπλάσιο) των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών σε σχέση με το δείγμα των μονόγλωσσων παιδιών (9,7% vs 2,9% $\chi^2=147,36$, $P=0,001$) (πίνακας 4).

Η κατανομή των δίγλωσσων εφήβων καταδεικνύει σημαντική αύξηση των διαταραχών της συμπεριφοράς και του συναισθήματος έναντι του μέσου όρου των μονόγλωσσων εφήβων, (27,8% vs 17,5%) (Fisher exact test, $p=0,79$, NS) (πίνακας 5).

Συγκρίθηκαν, επίσης, τα παιδιά γονέων που μεταφέρθηκαν στη χώρα για οικονομικούς λόγους και τα παιδιά γονέων που προσήλθαν στη χώρα για άλλους λόγους (πολιτικούς κ.ά.). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της ψυχοπαθολογίας στα δίγλωσσα παιδιά τα οποία προέρχονται από οικογένειες οικονομικών μεταναστών (77,6% vs 76,9% =0,002, $p=0,96$, NS).

Πίνακας 1. Ηλικιακή κατανομή των δίγλωσσων παιδιών και των παιδιών του δείγματος.

Ηλικία	N (%) δίγλωσσων	N (%) δείγματος
0-4 ετών	7 (11,3)	621 (30,6)
5-11 ετών	37 (59,7)	1108 (54,6)
12-18 ετών	18 (29,0)	301 (14,8)
Σύνολο	62 (100,0)	2030 (100,0)

Πίνακας 2. Κατανομή ανά φύλο των δίγλωσσων παιδιών και των παιδιών του δείγματος.

Φύλο	N (%) δίγλωσσων	N (%) δείγματος
Αγόρια	38 (61,3)	1198 (59,0)
Κορίτσια	24 (38,7)	832 (41,0)
Σύνολο	62 (100,0)	2030 (100,0)

Πίνακας 3. Γλώσσα καταγωγής των δίγλωσσων παιδιών.

Γλώσσα	N	(%)
Αλβανική	26	41,9
Δυτική Ευρώπη	11	17,7
Ανατολική Ευρώπη	10	16,1
Αραβικές	8	12,9
Άλλες Βαλκανικές	4	6,5
Άλλες	3	4,9
Σύνολο	62	100

Πίνακας 4. Διαγνώσεις των δίγλωσσων παιδιών και των παιδιών του δείγματος

Διάγνωση	N (%) δίγλωσσων	N (%) δείγματος
Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές Λόγου & Κίνησης	16 (25,8)	464 (22,84)
Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές Σχολικών Ικανοτήτων	11 (17,7)	248 (12,24)
Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές	6 (9,7)	58 (2,85)
Διαταραχές της Συμπεριφοράς και του Συναισθήματος	11 (17,7)	415 (20,43)
Νοητική καθυστέρηση	4 (6,5)	0
Χωρίς ψυχιατρική διάγνωση	14 (22,6)	845 (41,63)
Σύνολο	62 (100,0)	2030 (100,0)

Από τα 62 δίγλωσσα παιδιά που πήραν μέρος στη μελέτη, στα 6 παιδιά από αυτά ετέθη πάνω από μία διάγνωση. Δηλαδή το 9% των παιδιών παρουσιάζουν και μία δεύτερη διαταραχή.

Συζήτηση

Φαίνεται ότι στη σημερινή ελληνική πραγματικότητα το φαινόμενο της διγλωσσίας συνδυάζεται με την οικονομική μετανάστευση. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα 4/5 του δείγματός μας αποτελούν παιδιά που προέρχονται από οικογένειες οικονομικών μεταναστών.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματά, το δείγμα μας εμφανίζει σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα η οποία διαφοροποιείται από εκείνη του υπόλοιπου πληθυσμού των περιστατικών που εξετάζεται στην Υπηρεσία μας. Είναι αξιοσημείωτο ότι, οι ψυχιατρικές διαγνώσεις διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία. Πιο συγκεκριμένα παρατηρείται σημαντική αύξηση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών σε ποσοστό τριπλάσιο εκείνου των μονόγλωσσων παιδιών. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τα αποτελέσματα προηγούμενης ερευνάς μας που έδειξε ότι σε παιδιά οικονομικών μεταναστών παρατηρείται σημαντική αύξηση της επίπτωσης των νευροβιολογικών διαγνώσεων.¹⁰ Στη σχολική ηλικία το μεγαλύτερο μέρος των διαγνώσεων αφορά τις Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές λόγου, κίνησης και μάθησης όπως συμβαίνει συνήθως και με τα μονόγλωσσα παιδιά. Παρατηρείται δηλαδή ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση ως προς τις διαγνώσεις των δίγλωσσων παιδιών σε αυτή την ηλικία από τα υπόλοιπα. Αντίθετα, στην εφηβεία, παρατηρείται σημαντική (υπερδιπλάσια) αύξηση του αριθμού των δίγλωσσων εφήβων που παρουσιάζουν ψυχιατρική νοσηρότητα η οποία είναι χαρακτηριστική

Πίνακας 5. Διαγνώσεις ανά ηλικιακή ομάδα δίγλωσσων παιδιών.

Διάγνωση	Ηλικιακή ομάδα (έτη)		
	0-4 N (%)	5-11 N (%)	12-18 N (%)
Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές λόγου & Κίνησης	1 (14,3)	13 (35,1)	2 (11,1)
Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές Σχολικών Ικανοτήτων	0	6 (16,2)	5 (27,8)
Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές	5 (71,4)	1 (2,7)	0
Διαταραχές της Συμπεριφοράς και του Συναισθήματος	1 (14,3)	5 (13,5)	5 (27,8)
Νοητική καθυστέρηση	0	2 (5,4)	2 (11,11)
Χωρίς διάγνωση	0	10 (27,0)	4 (22,22)
Σύνολο	7 (100,0)	37 (100,0)	18 (100,0)

της εφηβικής περιόδου και του φύλου και αφορά τις διαταραχές συμπεριφοράς για τα αγόρια και του συναισθήματος για τα κορίτσια.

Αν και το εύρημα αυτό είναι οριακά στατιστικά μη σημαντικό, παρόλ' αυτά είναι ενδιαφέρον να θέσουμε το ερώτημα πώς αυτή η ψυχοπαθολογία, η οποία επικεντρώνεται και τροποποιείται στην εφηβεία, σχετίζεται με το δίγλωσσο περιβάλλον και τη διαμόρφωση της ταυτότητας.

Αν δεχθούμε ότι η πρώτη πατρίδα του ανθρώπου είναι η μητρική του γλώσσα, εύκολα γίνεται αντιληπτό σε τι είδους σύγχυση μπορεί να βρεθούν τα παιδιά και οι έφηβοι στους οποίους τα όρια μεταξύ μητρικής και ξένης γλώσσας είναι απροσδιόριστα. Ιδιαίτερα όταν η γλώσσα που τους προσδιορίζει στον κοινωνικό τους χώρο, όπως συμβαίνει με τους μετανάστες, δεν είναι η μητρική τους γλώσσα.

Είναι κατά συνέπεια εξαιρετικά δύσκολο να διανύσει κανείς, υπό αυτές τις συνθήκες, την ευαίσθητη και εύθραυστη περίοδο της παιδικής και κυρίως εφηβικής ηλικίας.

Δεν υπάρχει δηλαδή στην εποχή μας η σταθερή βάση κάποιων στοιχειωδών βεβαιοτήτων, όπως είναι για παράδειγμα η καταγωγή, η γλώσσα, η συνέχεια, η κοινωνική υπόσταση. Δεν υπάρχει το αίσθημα της ιδιαίτερης συμπεριφοράς και νοοτροπίας του κάθε κοινωνικού περιβάλλοντος.

Υπάρχουν, αντίθετα, πολύ συχνά δύο υπηκοότητες, όταν αυτό μπορεί να γίνει, ανάμεσα στις οποίες τα παι-

δία και ιδίως οι έφηβοι παλεύουν να δομήσουν μία τρίτη, η οποία θα είναι και η διέξοδος τους, συνδυαστική ή όχι με τη δική τους. Αυτή θα είναι και η θεραπευτική και εξελικτική διέξοδος για τα δίγλωσσα παιδιά και εφήβους. Μία ταυτότητα δηλαδή που περικλείει παραγωγικά και εποικοδομητικά όλα αυτά τα χαρακτηριστικά που, προς το παρόν, μοιάζουν να είναι αντιφατικά μεταξύ τους.¹¹

Μέχρι να συμβεί αυτό όμως τα παιδιά και οι έφηβοι δεν έχουν συχνά καμιά ταυτότητα ή ζουν κάτω από μία ταυτότητα σύγχυσης, που δίνει έκφραση σε μία σειρά από ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν στις παρατηρηθείσες στο δείγμα μας ψυχιατρικές διαταραχές.

Αυτό που χρειάζεται να γίνει, δεδομένου ότι η μόνο αληθινή πατρίδα όλων μας είναι η γλώσσα, είναι να δώ-

σουμε προσοχή και έμφαση στην εκπαίδευση, μέσα από τη συνέχεια της μητρικής γλώσσας.

Περιορισμοί

Η παρούσα εργασία και τα αποτελέσματα της πρέπει να εκληφθούν ως ενδεικτικά του θέματος που διαπραγματεύεται λόγω των σοβαρών μεθοδολογικών περιορισμών που παρουσιάζει. Συγκεκριμένα, το δείγμα της αποτελείται από κλινικό πληθυσμό και ως εκ τούτου δεν μπορεί να εκληφθεί ως αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού των δίγλωσσων παιδιών. Επίσης, στηρίχθηκε στη μελέτη των φακέλων αρχείου (αναδρομική μελέτη) και έτσι δεν ήταν δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ειδικά ερωτηματολόγια διαταραχών της ταυτότητας.

The psychopathology of the bilingual children in a sample of a Community Mental Health Center

**J. Papadakis, A. Christodoulou, M. Paleologou, M. Vlassopoulos,
H. Lazaratou, D.C. Anagnostopoulos, D.N. Ploumpidis**

*Community Mental Health Center Byron-Kesariani, Child and Adolescent Unit,
1st Psychiatric Department of University of Athens, Athens, Greece*

Psychiatriki 2009, 20:233-238

Thoughts and views of one's internal self can be materialized via verbal symbols. Therefore literal people can use these verbal symbols as a means of recording their ideas and experiences in order for them to be passed on and read by others. Evidently the abovementioned mental operations can be reflected in speech and language. It is not yet known whether bilingualism is the sum of two monolingual situations or whether they coexist. The way each language is organized is also not known, neither are the psychological operations that may influence the organization of each language, memory and the relationship with each language. During childhood and adolescence, language is a very important tool via which one communicates, materializes emotional behavior and organizes oneself. Linguistic development and identity formation both follow a parallel and connected line in view of the internal psychological organization. However, in the bilingual person, this relationship is influenced both by the two different cultural stimuli and by the two different linguistic stimuli (i.e. language). However, in the case where children grow up in a bilingual environment there are some particularities and special issues affecting these children. Under such circumstances, the accomplishment of the feeling of coherence and stability of the self becomes an even more difficult task for the child. Nowadays, in Greek reality, the phenomenon of bilingualism tends to be associated with economic immigration. In the sample used, five fourths of children consist of children coming from families of economic immigrants. The composition of the student population in Greece is characterized by linguistic and cultural polymorphism. The presence and existence of a large number of immigrants has changed the setting in Greece in many regions of

the country and in turn, the composition of the school population. Any public school all over in Greece consists, among others, of children coming from families of economic immigrants, including thus a random number of children speaking different languages. Without doubt, immigration affects the immigrating person as much as it affects the new group. Also, immigration adjustment and formation depends on the pre-existing characteristics of the immigrants as much as it does on the characteristics of the welcoming society. Research dealing with the issues of economic immigrants in Greece are limited and mainly come from schools. The focus of interest is aimed firstly on the psychopathology that can be linked to the phenomenon of immigration and secondly on the social consequences of the phenomenon. The formation of psychopathology is associated with immigration and the importance of psychological trauma and its consequences. However, the association between the creation of psychopathology, which is formulated in childhood/adolescence, and the bilingual environment together with identity formation, is not yet clear. The aim of this paper was to study the effect of the dual language environment on psychopathology formation among children and adolescents as it appears in everyday clinical practice and as it has been recorded at the Child and Adolescent Mental Health Unit of the Community Mental Health Centre of Byron and Kaisariani, Psychiatric Hospital, Athens University. Data deriving from the database of the Community Mental Health Centre were extracted from the files of 62 bilingual children, aged 0 to 18 years, who had visited the CMHC of Byron and Kaisariani in the period 2000 to 2005. The data selected concerned the sex, age, maternal language, diagnosis and the existence of economic immigration. Means deriving from the sample of bilingual children were compared to the means of the rest of the sample. (Pearson chi,² Fishers exact test) Based on the results, four fifths of the sample was composed of children belonging to families of economic immigrants. The occurrence of Pervasive Developmental Disorders was triple among the sample of bilingual children compared to the sample of monolingual children. Among school-aged children the majority of diagnoses concerned Specific Language, Movement and Learning Disorders. On the contrary, during adolescence, there was a two-fold increase of psychiatric illness among bilingual adolescents compared to monolingual adolescents with conduct disorders being more prominent among males and mood disorders more prominent among females. Based on the extent and importance of the influence of the dual linguistic environment on children and adolescents as well as on the originality of the new situation in Greek society, further exploration of this area is believed to be necessary.

Key words: bilingualism, child, adolescence, psychopathology, migration, identity

Βιβλιογραφία

1. Hobsbawm E. Dangerous exit from a stormy world. *New Statesman Soc* 1991, 11:16-17
2. Borges JL. *Labyrinths*. Penguin, Harmondsworth, 1970
3. Μανωλόπουλος Σ. Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου Στο: Τσιάντης Ι, Μανωλόπουλος Σ (Συντ.) *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 1986:43-73
4. Πρεβελάκη Μ. *Η εφηβεία στα παιδιά της διασποράς. Η περίπτωση της Γαλλίας*. Στο: Δραγώνα Θ, Ντάβου Μπ. (Συντ.) *Εφηβεία: Προσδοκίες και αναζητήσεις*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 1992:48-56
5. Connolly A. To speak in tongues: language, diversity and psychoanalysis. *J Analytical Psychology* 2002, 47:359-382
6. Francis N. Research findings on early first language attrition: implications for the discussion on critical periods in language acquisition. *Lang Learn* 2005, 3:491-531
7. Dewaele JM, Pavlenko A. Emotion Vocabulary in Iterlanguage. *Lang Learn* 2002, 2:263-322
8. Cantwell DP, Baker L. *Psychiatric and developmental disorders in children with communication disorders*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1991
9. Toppelberg CO, Medrano L, Morgens LP, Nieto-Castanon A. Bilingual children referred for psychiatric services: associations of language disorders, language skills, and psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41:6-14
10. Αναγνωστόπουλος ΔΚ, Ρόσικα Β, Βλασσοπούλου Μ, Πεχλιβανίδου Ε, Λεγάκη Λ, Ρογκάκου Ε, Καλτσή Β et al. Η ψυχοπαθολογία των παιδιών των οικονομικών μεταναστών και η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. *Ψυχιατρική* 2004, 15:347-358
11. de Zulueta F. Bilingualism, culture and identity. *Group Analysis* 1995, 28:179-190

Αλληλογραφία: Ι. Παπαδάκη, Δήλου 14, 16 121 Καισαριανή, Υπηρεσία παιδιών και εφήβων, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα Καισαριανής

Ερευνητική εργασία Research article

Η σχέση του γνωσιακού σχήματος της υπευθυνότητας με τις ιδεοψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις τύπου ελέγχου και καθαριότητας

Β. Παλέρμου, Γ. Ευσταθίου, Α. Καλαντζή-Αζίζι

Τομέας Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική 2009, 20:239–244

Σύμφωνα με το μοντέλο της γνωσιακής ψυχοθεραπείας, η εμφάνιση κάθε ψυχικής διαταραχής σχετίζεται με την ύπαρξη συγκεκριμένων δυσλειτουργικών σχημάτων, πεποιθήσεων και αυτόματων σκέψεων. Στο πλαίσιο της γνωσιακής ερμηνείας της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής έχει εντοπιστεί ένα σύνολο από παθογενετικά σχήματα. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγεται το σχήμα της υπευθυνότητας, το οποίο προτάθηκε από τον Salkovskis το 1985 και αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου ότι διαθέτει την καθοριστική ευθύνη να προκαλέσει ή να εμποδίσει την αρνητική έκβαση υποκειμενικά κρίσιμων και σημαντικών γεγονότων. Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μείζονων ιδεοψυχαναγκαστικών θεμάτων (όπως ελέγχου και καθαριότητας) και του γνωσιακού σχήματος της υπευθυνότητας χορηγήθηκε το Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory και το Ερωτηματολόγιο Υπευθυνότητας (Responsibility Questionnaire) σε μη κλινικό δείγμα 366 φοιτητών/τριών. Τα ευρήματα φαίνεται να επιβεβαιώνουν την ύπαρξη μίας τέτοιου είδους συσχέτισης όσον αφορά τις ιδεοψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις τύπου ελέγχου ($F=5,63$, $df=1,307$, $p < 0,05$). Τα άτομα που εμφάνιζαν ιδεοψυχαναγκαστικό έλεγχο ανέφεραν επίσης αυξημένη αίσθηση της υπευθυνότητας σε σύγκριση με τα άτομα που εκδήλωναν ιδεοψυχαναγκαστική καθαριότητα ή ήταν ελεύθερα ιδεοψυχαναγκαστικών εκδηλώσεων.

Λέξεις ευρετηρίου: Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, γνωσιακή ψυχοθεραπεία, σχήμα υπευθυνότητας, ψυχαναγκαστικός έλεγχος, ψυχαναγκαστική καθαριότητα

Εισαγωγή

Οι πάσχοντες από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΑΔ) παρουσιάζουν παραισφρούσες σκέψεις, τις οποίες θεωρούν απαράδεκτες και οι οποίες τους προκαλούν δυσφορία. Ωστόσο, απαράδεκτες παραισφρούσες σκέψεις παρουσιάζουν όλοι οι άνθρωποι. Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία, αυτό που διαφοροποιεί τους πάσχοντες από ΙΨΑΔ είναι ο τρόπος που τις ερμηνεύουν και το νόημα που τους αποδίδουν.¹⁻² Η γνωσιακή θεώρηση της ΙΨΑΔ υποστηρίζει ότι προϋπάρχουσες γνωσιακές δομές και σχήματα μεσολαβούν στην επεξεργασία των κοινών παραισφρυτικών σκέψεων οι οποίες αξιολογούνται ως ιδιαίτερα σημαντικές και με αυτό τον τρόπο μετατρέπονται σε ιδεοληψίες. Δηλαδή, υποστηρίζεται ότι το γνωσιακό όργανο του ατόμου που παρουσιάζει ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζει μια ευαισθησία, η οποία οφείλεται στην ύπαρξη ιδεοψυχαναγκαστικών σχημάτων.³⁻⁴

Στο πλαίσιο της γνωσιακής θεωρίας έχουν προταθεί διάφορα ιδεοψυχαναγκαστικογόνα σχήματα προκειμένου να εξηγηθεί ο ιδιαίτερος τρόπος με τον οποίο τα άτομα με ΙΨΑΔ ερμηνεύουν τις παραισφρούσες σκέψεις,⁵⁻⁹ όπως: (α) Το σχήμα της καταστροφολογίας ή υπερεκτίμησης της απειλής (διόγκωση της καταστροφικής έκβασης μίας πράξης και των αναμενόμενων συνεπειών). (β) Το σχήμα της τελειοθηρίας (πολύ υψηλά πρότυπα επίτευξης στόχων και ισχυρή πίστη στη τελειότητα). (γ) Το σχήμα της υπερσπουδαιοποίησης της σκέψης το οποίο λαμβάνει τρεις μορφές: της παρεκκλίνουσας καρτεσιανής λογικής («το σκέπτομαι επειδή είναι σπουδαίο» και «είναι σπουδαίο επειδή το σκέπτομαι»), της σύντηξης σκέψης-πράξης (thought-action fusion) και της μαγικής σκέψης (π.χ. σύνδεση αριθμών, γραμμάτων ή χρωμάτων με την ασφάλεια ή τον κίνδυνο) και (ε) Το σχήμα της αηδίας ή της αποστροφής (το οποίο εκδηλώνεται στην προοπτική ενσωμάτωσης ενός ανεπιθύμητου ή επικίνδυνου αντικειμένου που θεωρείται μολυσματικό και η επαφή με το οποίο μπορεί να προκαλέσει αρρώστια).

Το 1985 ο Salkovskis εισήγαγε την ιδέα ότι κεντρικό ρόλο στην εμφάνιση της ΙΨΑΔ διαδραματίζει η διογκωμένη αίσθηση της υπευθυνότητας.³ Η υπευθυνότητα έχει οριστεί ως «η πεποίθηση πως το άτομο έχει την απόλυτη δύναμη να προκαλέσει ή να εμποδίσει την αρνητική έκβαση κρίσιμων γεγονότων όπως εκεί-

νο την κρίνει».^{4,10-13} Οι εκβάσεις αυτές πρέπει, κατά το άτομο, πάση θυσία να προληφθούν και ενδέχεται να είναι πραγματικές, δηλαδή να έχουν συνέπειες στην καθημερινότητα, ή/και να αναφέρονται σε ένα ηθικό επίπεδο.¹⁴ Σύμφωνα με την υπόθεση του Salkovskis, τα άτομα που παρουσιάζουν ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή θεωρούν πως οι ιδεοληψίες τους σηματοδοτούν την καθοριστική ευθύνη που έχουν να προλάβουν κάποια επικείμενη συμφορά. Ως αποτέλεσμα, νιώθουν ενοχές και προβαίνουν σε συμπεριφορές εξουδετέρωσης, ιδιαίτερα ψυχαναγκασμούς ελέγχου, οι οποίες προσφέροντας προσωρινή ανακούφιση, ενισχύουν τις ιδεοληψίες και αποτρέπουν το άτομο από το να αμφισβητήσει τις προβλεπόμενες αρνητικές συνέπειες.¹⁵⁻¹⁹

Την τελευταία δεκαετία περισσότερο ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι το σχήμα της υπευθυνότητας παίζει ουσιαστικό ρόλο στην εμφάνιση και τη διατήρηση του ψυχαναγκαστικού ελέγχου.²⁰⁻²⁵ Ωστόσο, υπάρχουν και κάποιες μελέτες οι οποίες δεν επαληθεύουν την ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης ανάμεσα στο βαθμό υπευθυνότητας και στον τύπο των ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών.^{26,27} Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί η ύπαρξη του σχήματος υπευθυνότητας σε άτομα που παρουσιάζουν ιδεοψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις τύπου ελέγχου και τύπου καθαριότητας σε ελληνικό δείγμα.

Υλικό και μέθοδος

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 366 φοιτητές, εκ των οποίων 121 (33,1%) ήταν άνδρες και 245 (66,9%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι τα 21,35 έτη (SD=2,27).

Για τον εντοπισμό των ιδεοψυχαναγκαστικών εκδηλώσεων και την εκτίμηση της σοβαρότητάς τους χρησιμοποιήθηκε το Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (στο εξής ΜΟCΙ) των Hodgson & Rachman (1977).²⁸

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις διωνυμικής επιλογής (σωστό-λάθος). Από το ΜΟCΙ εξαγονται ένας γενικός δείκτης και τέσσερις ειδικοί δείκτες (έλεγχος, καθαριότητα, βραδύτητα και αμβολία). Ωστόσο, τόσο οι κατασκευαστές της κλίμακας,²⁸ όσο και άλλοι ερευνητές²⁹ που ασχολήθηκαν με τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ΜΟCΙ αναφέρουν

ότι οι υποκλίμακες της βραδύτητας και της αμφιβολίας είναι λιγότερο έγκυρες και αξιόπιστες και, επομένως, λιγότερο χρήσιμες.

Και στις δύο έρευνες^{28,29} βρέθηκε ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια για το γενικό δείκτη και τις υποκλίμακες ελέγχου και καθαριότητας ($\alpha > 0,7$) και ικανοποιητική αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων με παρέλευση ενός μηνός για το γενικό δείκτη (Kendall's tau=0,8). Επίσης, και στις δύο έρευνες κρίθηκε ικανοποιητική η συγχρονική εγκυρότητα με το Leyton Obsessional Inventory³⁰ ($r > 0,6$). Ως προς την εγκυρότητα εξωτερικού κριτηρίου, οι κατασκευαστές αναφέρουν συντελεστή γάμα ίσο με 0,7, ενώ οι Emmelkamp, Kraaijkamp & Van Den Hout²⁹ αναφέρουν ως προς τη διάκριση ότι οι μέσες τιμές στο MOCI για τα άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή διέφεραν σημαντικά από τα καταθλιπτικά, αγχώδη και ανορεκτικά άτομα ($t=5,9$, $df=208$, $p < 0,001$) και από τα άτομα που ήταν ελεύθερα από κλινικές εκδηλώσεις ($t=19,6$, $df=208$, $p < 0,001$).

Το MOCI προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα με τη μέθοδο της αντίστροφης μετάφρασης (back translation) από τον Καθηγητή Ψυχιατρικής Α. Ραμπαβίλα και χορηγήθηκε σε 5.000 άτομα.³¹ Η μέγιστη βαθμολογία για το γενικό δείκτη είναι 30, για την υποκλίμακα ελέγχου είναι 9 και για την υποκλίμακα καθαριότητας 11. Σύμφωνα με τις υποδείξεις των Hodgson και Rachman,^{2,28} η τιμή ουδός καθορίστηκε στις δύο τυπικές αποκλίσεις πάνω από το μέσο όρο (8 στο δείγμα της παρούσας έρευνας).

Η μέτρηση του σχήματος της υπευθυνότητας έγινε με το Responsibility Questionnaire (στο εξής RQ) των Rhéaume, Ladouceur, Freeston & Letarte.^{11,12}

Η κλίμακα κατασκευάστηκε προκειμένου να ελεγχθεί η εγκυρότητα του ορισμού της διογκωμένης αίσθησης υπευθυνότητας που παρατηρείται στην ΙΨΑΔ, βάσει του οποίου «το άτομο πιστεύει ότι έχει την απόλυτη δύναμη να προκαλέσει ή να εμποδίσει την αρνητική έκβαση κρίσιμων γεγονότων όπως εκείνο την κρίνει».

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από την περιγραφή 14 καταστάσεων, οι οποίες αφορούν σε σημαντικά ιδεοψυχαναγκαστικά θέματα: μόλυνση, έλεγχος (επαλήθευση), ανησυχία για ασθένειες, απώλεια ελέγχου, διάπραξη λαθών, σεξουαλικές ιδεοληψίες και μαγική σκέψη (κάθε θέμα αντιπροσωπεύεται από δύο καταστάσεις). (Π.χ. «Δεν είστε σίγουρος/η αν

κλείσατε την κουζίνα πριν φύγετε από το σπίτι σας κάποιο πρωί»). Σε κάθε κατάσταση οι συμμετέχοντες καλούνται να περιγράψουν τις πιθανές αρνητικές εκβάσεις και στη συνέχεια να απαντήσουν σε έξι ερωτήσεις, χρησιμοποιώντας μία κλίμακα διαβαθμιστικής επιλογής (Likert) με εννέα διαβαθμίσεις (1=καθόλου, 9=εξαιρετικά). Οι ερωτήσεις ήταν οι ακόλουθες: (α) σε τι βαθμό θεωρούν ότι οι πιθανές εκβάσεις είναι σοβαρές (σοβαρότητα), (β) ποια είναι η πιθανότητα να συμβούν (πιθανότητα), (γ) σε τι βαθμό πιστεύουν ότι τις επηρέασαν (επιρροή), (δ) σε τι βαθμό εξαρτιόντουσαν αποκλειστικά από τους ίδιους (απόλυτη προσωπική επιρροή), (ε) το βαθμό που θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για αυτές (υπευθυνότητα) και (στ) το βαθμό στον οποίο η κατάσταση που περιγράφεται είναι σχετική με τη ζωή τους (προσωπικό νόημα).

Κατά τη διερεύνηση της εγκυρότητας εξωτερικού κριτηρίου βρέθηκε ότι η υπευθυνότητα συσχετίζεται σημαντικά με ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα ($r=0,58$). Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε μόνο το άθροισμα της βαθμολογίας για την υπευθυνότητα (ερώτηση 6) στις 14 καταστάσεις (μέγιστη συνολική βαθμολογία 126) σύμφωνα με την υπόδειξη της Rhéaume.³²

Ως προς τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της, η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας ($\alpha=0,81$) και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ($\alpha=0,59$). Η προσαρμογή από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα έγινε με τη μέθοδο της αντίστροφης μετάφρασης.

Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από 73 ερευνητές, προπτυχιακούς φοιτητές του Προγράμματος Ψυχολογίας και του Φιλοσοφικού-Παιδαγωγικού-Ψυχολογικού Τμήματος (ΦΠΨ) του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στα πλαίσια του σεμιναρίου «Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή: Θεωρία και Θεραπεία» που εντάσσεται στο μάθημα Κλινική Ψυχολογία (Καθηγήτρια Α. Καλαντζή-Αζίζι). Οι ερευνητές έλαβαν ειδική εκπαίδευση για την ορθή χορήγηση των ερωτηματολογίων και δεν γνώριζαν τις ερευνητικές υποθέσεις και το σκοπό της έρευνας.

Προκειμένου να διασφαλιστεί το απόρρητο των πληροφοριών που προσέφεραν οι συμμετέχοντες, τα δεδομένα επιστρέφονταν στους ερευνητές σε σφραγισμένους φακέλους. Με σκοπό να εξουδετε-

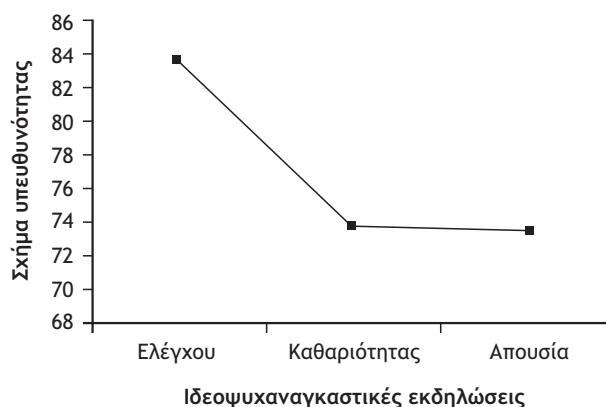
ρωθεί η επίδραση της σειράς χορήγησης των ερωτηματολογίων, τα ερωτηματολόγια MOCI και RQ, χορηγήθηκαν με αντίστροφη σειρά στους μισούς συμμετέχοντες.

Ως ενημερωμένη συγκατάθεση εκλαμβάνονταν η αποδοχή συμμετοχής στην έρευνα, μετά την ανάγνωση των γενικών πληροφοριών σχετικά με τον ερευνητικό χαρακτήρα της μελέτης και τη διατήρηση της ανωνυμίας κατά την επεξεργασία των προσφερόμενων πληροφοριών. Ο χρόνος συμπλήρωσης κυμάνθηκε περίπου στα 45 min, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις διήρκησε περίπου 60 min. Δεν αναφέρθηκαν ιδιαίτερα προβλήματα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τα ευρήματα από το MOCI, από τους 366 συμμετέχοντες προέκυψαν δύο ισοπληθείς ομάδες (N=15) ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις: η μία με ψυχαναγκαστικό έλεγχο και η άλλη με ψυχαναγκαστική καθαριότητα. Οι δύο ομάδες δεν βρέθηκαν να διαφέρουν ως προς την ποσοστιαία εκπροσώπηση των δύο φύλων ($\chi^2=0,186$, $df=1$, $p>0,05$), αλλά διαφοροποιούνταν κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο ως προς την ηλικία τους ($t=-2,41$, $df=19,68$, $p<0,05$) με την ομάδα ψυχαναγκαστικού ελέγχου να έχει μέσο όρο ηλικίας τα 20,00 έτη ($SD=1,25$) και την ομάδα ψυχαναγκαστικής καθαριότητας να έχει μέσο όρο τα 21,87 έτη ($SD=2,72$).

Λόγω του ευρήματος αυτού, προκειμένου να διερευνηθούν οι διαφορές ως προς την υπευθυνότητα μεταξύ των δύο ομάδων, τα δεδομένα υποβλήθηκαν σε ανάλυση συνδυακύμανσης (ANCOVA). Στο μοντέλο συμπεριλήφθησαν μόνο οι κύριες επιδράσεις της ύπαρξης ψυχαναγκαστικού ελέγχου ή ψυχαναγκαστικής καθαριότητας στην υπευθυνότητα, με την ηλικία ως συμμεταβλητή. Ο έλεγχος της ομοιογένειας των διακυμάνσεων έγινε με το κριτήριο Levene, το οποίο δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντικό ($F=0,82$, $df=2,308$, $p>0,05$). Το μόνο στατιστικώς σημαντικό εύρημα αφορούσε στην κύρια επίδραση του ψυχαναγκαστικού ελέγχου ($F=5,63$, $df=1,307$, $p<0,05$). Η ομάδα των ατόμων που εμφάνιζαν ψυχαναγκαστικό έλεγχο είχαν μέσο όρο υπευθυνότητας 83,67 ($SD=17,36$), η ομάδα των ατόμων που εμφάνιζαν ψυχαναγκαστική καθαριότητα είχε μέσο όρο 73,93 ($SD=15,33$), δηλαδή σχεδόν ίσο με τα άτομα



Εικόνα 1. Μέσοι όροι του σχήματος της υπευθυνότητας ως προς τις ιδεοψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις τύπου ελέγχου και τύπου καθαριότητας και ως προς την απουσία ιδεοψυχαναγκαστικών εκδηλώσεων.

που δεν εμφάνιζαν ιδεοψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις ($M=73,63$, $SD=14,43$).

Συζήτηση

Τα ευρήματα δείχνουν να επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση μεταξύ του σχήματος της υπευθυνότητας και των ιδεοψυχαναγκαστικών εκδηλώσεων τύπου ελέγχου. Συγκεκριμένα, η διογκωμένη αίσθηση υπευθυνότητας βρέθηκε υψηλότερη στα άτομα με ιδεοψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις τύπου ελέγχου έναντι των ατόμων με εκδηλώσεις τύπου καθαριότητας στο ελληνικό δείγμα. Μάλιστα τα επίπεδα υπευθυνότητας των ατόμων με εκδηλώσεις τύπου καθαριότητας δεν φάνηκε να διαφοροποιούνται από αυτά των ατόμων που ήταν ελεύθερα ιδεοψυχαναγκαστικών εκδηλώσεων.

Το συμπέρασμα αυτό μπορεί να αποτελέσει οδηγό για την εστίαση της γνωσιακής αναδόμησης ανάλογα με τον τύπο των συμπτωμάτων, στο πλαίσιο της γνωσιακής ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης της ιδεοψυχαναγκαστικής συμπτωματολογίας. Βέβαια, τα διαθέσιμα ψυχομετρικά μέσα δεν επέτρεψαν την έγκυρη και αξιόπιστη συγκριτική διερεύνηση όλων των τύπων ιδεοψυχαναγκαστικών εκδηλώσεων, ενώ πρέπει να σημειωθεί και το γεγονός ότι οι υπό σύγκριση ομάδες αντλήθηκαν από μη κλινικό πληθυσμό. Ως εκ τούτου, η ασφαλής γενίκευση των ευρημάτων στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή θα απαιτούσε επανάληψη της έρευνας σε κλινικές ομάδες.

The responsibility schema in obsessive compulsive checking and washing

B. Palermou, G. Efstathiou, A. Kalantzi-Azizi

Department of Psychology, University of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2009, 20:239-244

According to the theory of cognitive therapy, mental disorders are related to specific dysfunctional schemata, assumptions and automatic thoughts. Various pathogenic schemata have been identified in the context of the cognitive explanation of obsessive compulsive disorder, among which is the responsibility schema, proposed by Salkovskis in 1985. The responsibility schema has been defined as the belief that one possesses pivotal power to provoke or prevent subjective crucial negative outcomes. In order to investigate the relationship between the major obsessive compulsive themes and the cognitive schema of responsibility, the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory and the Responsibility Questionnaire were administered to a non-clinical sample of 366 college students. Two groups, consisting of 15 participants each, were identified having obsessive compulsive manifestations (complaints). The first group manifested obsessive compulsive checking and the second group manifested obsessive compulsive washing. No significant sex differences were found between the groups ($\chi^2=0.186$, $df=1$, $p>0.005$), but significant age differences were observed ($t=-2.41$, $df=19.68$, $p<0.05$). In view of this finding, data were subjected to Analysis of Covariance. The age of the participants was treated as a covariate and the main effects of the obsessive compulsive checking and washing on responsibility were analyzed. The findings seem to verify this relationship for obsessive compulsive checking ($F=5.63$, $df=1.307$, $p<0.05$). The subjects who manifested obsessive-compulsive checking reported an increased sense of responsibility as compared to those who experienced obsessive-compulsive washing or were free of obsessive-compulsive manifestations. The available questionnaires did not allow the investigation of the relationship between other types of obsessive compulsive manifestations and responsibility. The use of a non-clinical sample should also be noted.

Key words: Obsessive-compulsive disorder, cognitive therapy, responsibility schema, compulsive checking, compulsive washing

Βιβλιογραφία

1. Rachman SJ. The modification of obsessions: a new formulation. *Behav, Res Ther* 1976, 14:437-444
2. Rachman SJ, Hodgson RS. *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall, 1980
3. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985, 23:571-583
4. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav, Res Ther* 1989, 27:677-682
5. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N. Beliefs about obsessional thoughts. *J Psych Behav Assessm* 1993, 15:1-21
6. Rachman S. Case histories and shorter communications: Pollution of the mind. *Behav Rese Therapy* 1994, 32:311-314
7. Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Beha Res Therapy* 1996, 34:433-446
8. Frost R, Steketee G. (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behav, Res Ther* 1997, 35:667-681
9. Steketee G, Frost RO, Cohen I. Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiet Disord* 1998, 12:525-537
10. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C et al. Responsibility attitudes and interpretations

- are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2000, 38:347–372
11. Rhéaume J, Ladouceur R, Freeston MH, Letarte H. Inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder: Psychometric studies of a semiidiographic measure. *J Psychop Behav Assessm* 1994, 16:265–276
 12. Rhéaume J, Ladouceur R, Freeston MH, Letarte H. Inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder: validation of an operational definition. *Behav, Res Ther* 1995, 33:159–169
 13. Mancini F, D'Olimpio F, Cieri L. Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: does expectation of failure exacerbate obsessive-compulsive behaviors? *Beh Res Ther* 2004, 42:449–457
 14. Salkovskis PM, Rachman S, Ladouceur R, Freeston M, Taylor S, Kyrios M, Sica C. *Defining responsibility in obsessional problems*. In: OC Beliefs Working Group. Northampton, Smith College, 1996
 15. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Br J Psychiatry* 1998, 35:53–63
 16. Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau N, Gagnon F. Cognitive intrusions in a non-clinical population. II. Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behav Res Ther* 1992, 30:263–271
 17. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour, Research and Therapy* 1993, 31:149–154
 18. Ghassemzadeh H, Bolhari J, Birashk B, Salavati M. Responsibility attitude in a sample of Iranian obsessive-compulsive patients. *Int J Social Psychiatry* 2005, 51:13–22
 19. Foa EB, Amir N, Bogert KVA, Molnar C, Przeworski A. Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disorders* 2001, 15:259–275
 20. Ladouceur R, Rhéaume J, Freeston MH, Aublet F, Jean K, Lachance S et al. Experimental manipulations of responsibility: An analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour, Research and Therapy* 1995, 33:937–946
 21. Lopatka C, Rachman S. Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behaviour, Research and Therapy* 1995, 33:673–684
 22. Ladouceur R, Rhéaume J, Aublet F. Excessive responsibility in obsessional concerns: A fine-grained experimental analysis. *Behaviour, Research and Therapy* 1997, 35:423–427
 23. Bouchard C, Rhéaume J, Ladouceur R. Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behaviour, Research and Therapy* 1999, 37:239–248
 24. Wilson KA, Chambless DL. Inflated perceptions of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour, Research and Therapy* 1999, 37:325–335
 25. Foa EB, Sacks MB, Tolin DF, Przeworski A, Amir N. Inflated perception of responsibility for harm in ocd patients with and without checking compulsions: a replication and extension. *J Anxiety Disorders* 2002, 16:443–453
 26. Shafran R. The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *Br J Clin Psychology* 1997, 36:397–407
 27. MacDonald B, Davey GCL. Inflated responsibility and perseverative checking: The effect of negative mood. *J Abnormal Psychology* 2005, 114:176–182
 28. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour, Research and Therapy* 1977, 15:389–395
 29. Emmelkamp PMG, Kraaijkamp HJM, Van Den Hout MA. Assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification* 1999, 23:269–279
 30. Cooper J. The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological Medicine* 1970, 1:46–48
 31. Ραμπαβίλας Α. Προσωπική επικοινωνία, 2002
 32. Rhéaume J. Προσωπική επικοινωνία, 2002
-
- Αλληλογραφία: Β. Παλέμμου, Πλωμαρίου 3, 183 45 Μοσχάτο
bpal@otenet.gr

Ειδικό άρθρο Special article

Ένα γνωσιακό συμπεριφορικό ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βελτίωση των γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών με σχιζοφρένεια

Κ. Ευθυμίου,¹ Σ. Ρακιτζή,² V. Roder³

¹Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αθήνα

³Μονάδα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής,
Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Βέρνη, Ελβετία

Ψυχιατρική 2009, 20:245–254

Η φαρμακοθεραπεία αποτελεί τη βάση της περίθαλψης ασθενών με σχιζοφρένεια για τη διαχείριση των ψυχωσικών συμπτωμάτων και την πρόληψη της υποτροπής. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) δεν αναπτύχθηκε ως εναλλακτική λύση ή μόνη θεραπεία της σχιζοφρένειας αλλά ως προσθήκη στις καθιερωμένες πρακτικές. Η ΓΣΘ για τη σχιζοφρένεια και τις ψυχωτικές διαταραχές αποτελεί στις μέρες μας μια καθιερωμένη, τουλάχιστον σε μερικές χώρες της Ευρώπης, επιλογή. Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μεγάλη αύξηση του ενδιαφέροντος για τις ΓΣΘ προσεγγίσεις για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχώσεων. Αυτό το ενδιαφέρον έχει παραγάγει μια βάση δεδομένων που έχει γίνει αποδεκτή και επαρκής για να συμπεριληφθεί στον καθορισμό οδηγιών καλής πρακτικής. Το Βρετανικό Εθνικό Ίδρυμα για την καλή κλινική πρακτική (NICE) περιέλαβε τη ΓΣΘ για την ψύχωση ως συνιστώμενη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια. Η σημερινή ΓΣΘ για τη σχιζοφρένεια περιλαμβάνει τόσο τεχνικές για τη διαχείριση της οξείας φάσης, όσο και ιδιαίτερα καλά δοκιμασμένες ψυχοεκπαιδευτικές πρακτικές για την αποκατάσταση. Στο παρόν άρθρο περιγράφεται η δομή ενός ομαδικού θεραπευτικού προγράμματος, από τα πιο καλά εμπειρικά τεκμηριωμένα, για τη βελτίωση των γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών με σχιζοφρένεια, γνωστό ως «απαρτιωτικό, θεραπευτικό πρόγραμμα» (IPT).

Λέξεις ευρητηρίου: Σχιζοφρένεια, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, ομαδικές παρεμβάσεις, γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία και πρακτική

Εισαγωγή

Είναι γνωστό από σειρά ερευνών ότι οι ποικίλες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή.¹⁻⁵ Με δεδομένη και αδιαμφισβήτητα απαραίτητη τη φαρμακευτική αγωγή, η αποτελεσματικότητα της συμπεριφορικής θεραπείας οικογένειας με μέλος με σχιζοφρένεια έχει τεκμηριωθεί επαρκώς από πολλές έρευνες. Η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας με πάσχον από σχιζοφρένεια μέλος φαίνεται ότι περιορίζει τις υποτροπές και την επιστροφή στο νοσοκομείο, βελτιώνει τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, αν και τα ευρήματα αυτά χρήζουν περαιτέρω έρευνας αναφορικά με τον αντίκτυπο αυτών των αλλαγών στην ψυχοπαθολογία και στη μακρόχρονη κοινωνική προσαρμογή.

Οι παρεμβάσεις στο επίπεδο της οικογένειας για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας θεωρούνται σημαντικές. Η θεραπεία οικογένειας, όπως προκύπτει από τις έρευνες, συντελεί σημαντικά στη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων, στην πρόληψη των υποτροπών που όπως έχει φανεί συσχετίζονται με το «Εκφραζόμενο Συναίσθημα» (ΕΕ), στην ανακούφιση της οικογένειας από το βάρος της φροντίδας των ασθενών, στην κατανόηση της ασθένειας και της μείωσης του άγχους που αυτή προκαλεί. Η συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας συμβάλλει –πέρα από τα παραπάνω– και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων από όλα τα μέλη της οικογένειας στην αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων, στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, στην εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης διαφόρων καταστάσεων, στη βελτίωση της ενδοοικογενειακής επικοινωνίας. Καθώς η οικογένεια θεωρείται σημαντικός αρωγός στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας θεωρούνται αναγκαίες.^{2-4,6-7}

Πέραν των ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων που εστιάζονται στην οικογένεια του ασθενούς με σχιζοφρένεια, έχουν αναπτυχθεί ιδίως σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης, μια σειρά από γνωσιακά συμπεριφορικά προγράμματα αποκατάστασης, τα οποία βασίζονται σε διαφορετικό θεωρητικό πλαίσιο εστιάζονται στην αποκατάσταση γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων χωρίς να εμπλέκουν την οικογένεια.⁸ Στη συνέχεια θα παρουσιαστεί ένα από τα πιο γνωστά και εμπειρικά τεκμηριωμένα προγράμματα.

Το απαρτιωτικό θεραπευτικό πρόγραμμα (IPT)

Το IPT (Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei Schizophren Erkrankten) είναι ένα γνωσιακό συμπεριφορικό ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο σκοπεύει στη βελτίωση των γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ασθενών με σχιζοφρένεια και δεν στοχεύει στην οικογένεια. Οι πρώτες εφαρμογές του προγράμματος πραγματοποιήθηκαν πριν από 20 χρόνια. Το πρόγραμμα αυτό ερευνήθηκε εμπειρικά σε 28 δημοσιευμένες έρευνες με 1329 ασθενείς, κυρίως στην Πανεπιστημιακή Κλινική της Βέρνης.⁹

Με το πέρασμα του χρόνου λήφθηκαν υπόψη οι νεότερες θεωρητικές και εμπειρικές γνώσεις της έρευνας για τη σχιζοφρένεια και με βάση αυτές το πρόγραμμα αυτό επεξεργάστηκε και μετεξελιχθηκε.¹⁰ Σήμερα υπάρχει στην πέμπτη του έκδοση, η οποία και έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά.¹¹

Αιτιοπαθογενετικά μοντέλα

Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζονται και συζητούνται στη βιβλιογραφία διάφορα θεωρητικά αιτιοπαθογενετικά μοντέλα για την εξήγηση και κατανόηση της σχιζοφρένειας. Η γνώση τριών μοντέλων είναι απαραίτητη για την κατανόηση της αρχιτεκτονικής του προγράμματος. Τα τρία αυτά προγράμματα παρουσιάζονται εν συντομία πιο κάτω.

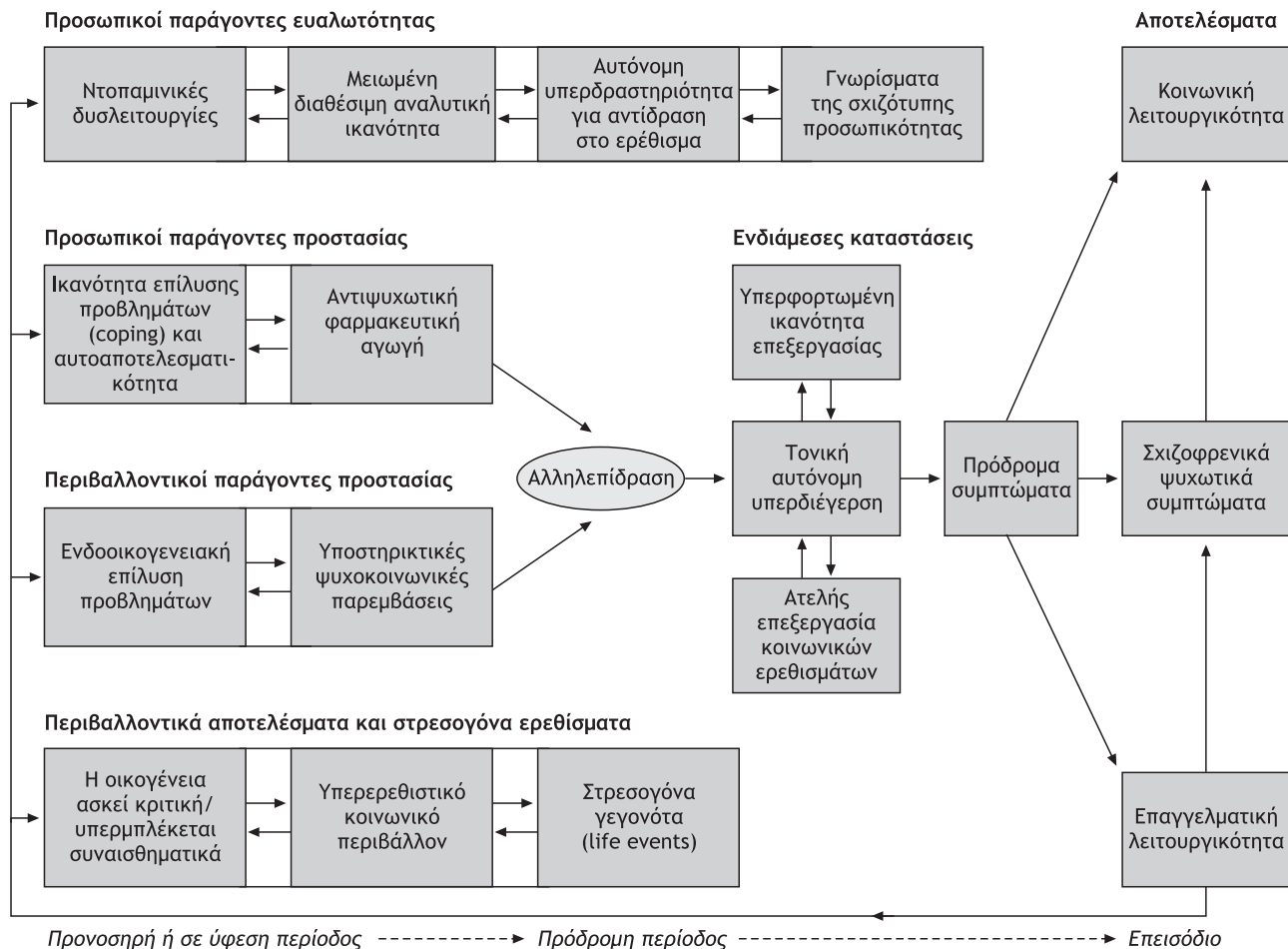
α. Η προσέγγιση στρες-ευαλωτότητα (προδιάθεση) για την εξήγηση της σχιζοφρένειας (Vulnerability–Stress Model) των Zubin & Spring (1977)¹² προσβέβει ότι βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν για την έναρξη και στην πορεία της νόσου. Ο όρος «προδιάθεση» αναφέρεται στους γενετικούς παράγοντες, που μπορεί να επηρεάσουν και τους νευροβιολογικούς παράγοντες που αναφέρθηκαν. Η προδιάθεση μπορεί να είναι ένας απαραίτητος παράγοντας, αλλά δεν είναι αρκετός για την εμφάνιση της νόσου, δηλαδή, κάποιος με βιολογική προδιάθεση μπορεί να μην εμφανίσει τη νόσο, εάν δεν συμβάλουν περιβαλλοντικοί παράγοντες. Ο όρος «στρες» σε αυτή την προσέγγιση αναφέρεται σε καταστάσεις που επηρεάζουν τον οργανισμό κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής του, ή επιβαρύνουν την ικανότητα του ατόμου με τάση προς τη νόσο να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Αυτές οι καταστάσεις μπορεί να προέρχονται από το περιβάλλον, όπως ιώσεις που

προσβάλλουν τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο, ή και ψυχολογικές δυσκολίες, π.χ. αρνητικά γεγονότα στη ζωή κ.ά.

Οι Zubin & Spring εισήγαγαν την υπόθεση ότι ένας άνθρωπος δεν παρουσιάζει διαταραχή εφόσον το στρες, το οποίο προκαλείται από ψυχοπνευστικά γεγονότα ζωής, παραμένει κάτω από το όριο της ευαλωτότητάς του. Όταν το μέγεθος του στρες υπερβεί το όριο της ευαλωτότητας, τότε το άτομο είναι πιθανόν να παρουσιάσει ένα επεισόδιο. Με τον ίδιο τρόπο μπορεί να υποχωρήσει. Οι Murray et al το 1988¹³ εξετάζοντας την έννοια της ευαλωτότητας συμπεριέλαβαν σε αυτήν τη γενετική προδιάθεση, οργανικούς παράγοντες (προγεννητικούς και περιγεννητικούς παράγοντες), νευροπαθολογία του εγκεφάλου καθώς και την ύπαρξη σχιζοειδών χαρακτηριστικών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ευαλωτότητα είναι απαραίτητη αλλά όχι επαρκής συνθήκη για

την εμφάνιση ψύχωσης. Τα μοντέλα ευαλωτότητας, στα οποία λαμβάνονται υπόψη βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες (βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο) έχουν τεκμηριωθεί εμπειρικά και είναι όλο και πιο αποδεκτά.^{12,14} Βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες λαμβάνονται υπόψη για τη διάγνωση, γένεση, πορεία και θεραπεία της σχιζοφρένειας (εικόνα 1).

Με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο η σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται ως μία συστημική διαταραχή.^{9,15} Οι αλλαγές στη δομή του εγκεφάλου είναι έκφραση μιας βιολογικής ευαλωτότητας και οι διαταραχές της επεξεργασίας πληροφοριών αποτελούν έκφραση μιας γνωστικής ευαλωτότητας.¹⁶ Αυτές οι ατομικές διαφορές αλληλεπιδρούν με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ένα ψυχωσικό επεισόδιο μπορεί να παρουσιαστεί σε ένα ευάλωτο άτομο, όταν το άτομο αυτό έρχεται αντιμέ-

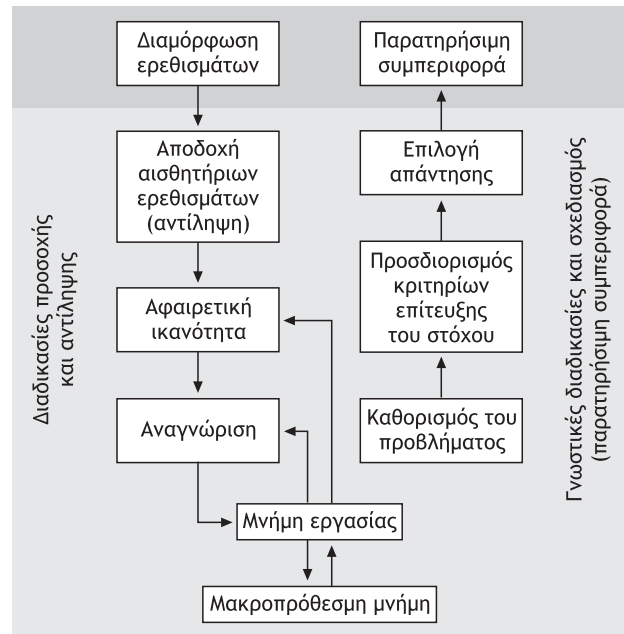


Εικόνα 1. Σχηματική αναπαράσταση για την κατανόηση της αλληλεπίδρασης της σχιζοφρένειας με τους παράγοντες ευαλωτότητα, στρες, ικανότητες και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων (Nuechterlein et al 1994).

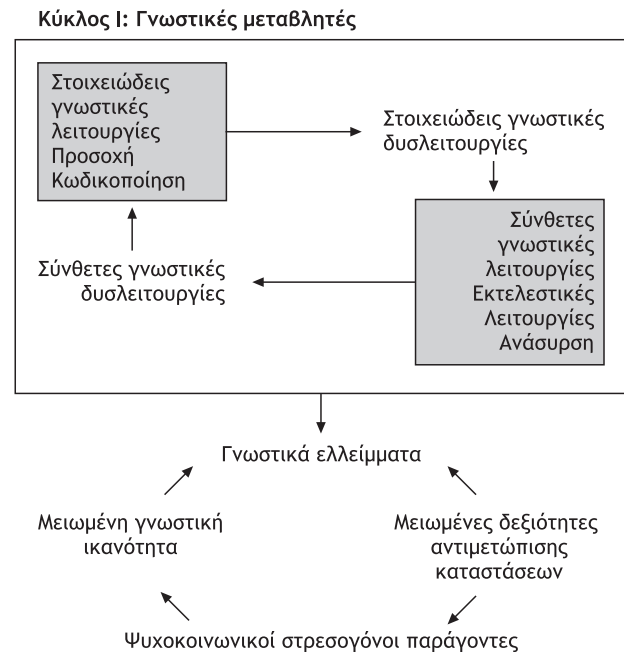
τωπο με προβλήματα και επιβαρύνσεις, τις οποίες δεν μπορεί να αντιμετωπίσει. Οι επιβαρύνσεις και οι στρεσογόνοι παράγοντες σε αυτά τα μοντέλα προκαλούν ή αυξάνουν την πιθανότητα κάποιων συμπτωμάτων.

β. Σήμερα είναι ευρέως γνωστό ότι οι γνωστικές διαταραχές είναι χαρακτηριστικές για τη σχιζοφρένεια και συμβάλλουν σε πολύ μεγάλο βαθμό στα θετικά συμπτώματα. Τα μοντέλα επεξεργασίας πληροφοριών συμβάλλουν στην κατανόηση των διαταραγμένων συστημάτων επεξεργασίας πληροφοριών στους σχιζοφρενείς.¹⁷ Η επεξεργασία πληροφοριών συνδέεται άμεσα με τις διαδικασίες της κατηγοριοποίησης, σύνδεσης και αξιολόγησης πληροφοριών, οι οποίες έχουν άμεση σχέση με την ανθρώπινη συμπεριφορά (εικόνα 2).

γ. Το «μοντέλο των φαύλων κύκλων» του Brenner^{9,16} περιγράφει τα καταστροφικά αποτελέσματα της ελλειμματικής επεξεργασίας της πληροφορίας σε άλλα επίπεδα της λειτουργικότητας. Βασίζεται στην υπόθεση ότι οι διαταραχές στην επεξεργασία της πληροφορίας όχι μόνο ενισχύουν η μία την άλλη αλλά επιδρούν αρνητικά τόσο στον συμπεριφορικό σχεδιασμό όσο και στην κοινωνική δράση. Αυτές οι διαδικασίες περιγράφονται με τη μορφή δύο συμπληρωματικών φαύλων κύκλων (σύγκρινε εικόνα 3): Ο Κύκλος I συνδυάζει τις στοιχειώδεις και τις πιο σύνθετες γνωστικές δυσλειτουργίες στη σχιζοφρένεια. Ελλείμματα στις στοιχειώδεις γνωστικές διεργασίες, όπως είναι η προσοχή και η αντίληψη, μειώνουν υψηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας, που ολοκληρώνουν και συνθέτουν την εισερχόμενη πληροφορία. Ταυτόχρονα, βλάβες στις υψηλότερες γνωστικές διεργασίες εμποδίζουν τον συντονισμό των στοιχειωδών γνωστικών διεργασιών και έτσι η προσοχή και η κωδικοποίηση διαχέονται. Αυτός ο φαύλος κύκλος τελικά καταλήγει σε ελαττωματική αντίληψη και σε δυσπροσαρμοστική κοινωνική ανταπόκριση. Στον Κύκλο II, τα γνωστικά ελλείμματα εμποδίζουν την επαρκή απόκτηση διαπροσωπικών στρατηγικών αντιμετώπισης καταστάσεων, χωρίς τις οποίες οι ασθενείς είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε στρεσογόνες συνθήκες. Η νοητική ικανότητα των ασθενών με σχιζοφρένεια (σε συνδυασμό με τα γνωστικά ελλείμματα) είναι σημαντικά περιορισμένη κάτω από συνθήκες διέγερσης. Ο συνδυασμός των δύο φαύλων κύκλων περιγράφει την απαρχή των συμπτωμάτων, τη δυσχέρεια στην κοινωνική λειτουργικότητα και το μηχανισμό με τον



Εικόνα 2. Σχηματική αναπαράσταση της θεωρίας επεξεργασίας των πληροφοριών (Brenner 1986).



Κύκλος II: Κοινωνική δυσλειτουργία
Εικόνα 3. Το μοντέλο των 2 κύκλων (τροποποιημένο μοντέλο των Brenner et al 1992).

οποίο αυτές οι δυσλειτουργίες διαιωνίζονται καθώς απουσιάζουν εμφανείς αιτιακοί παράγοντες. Το μοντέλο των 2 κύκλων δημιουργεί μία συσχέτιση ανάμεσα στις γνωστικές διαταραχές και την

κοινωνική συμπεριφορά.¹⁶ Εδώ παρουσιάζονται οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στην επεξεργασία πληροφοριών και την κοινωνική συμπεριφορά

Θεραπευτικό πλαίσιο του IPT

Τα ψυχοκοινωνικά θεραπευτικά προγράμματα αποκτούν όλο και μεγαλύτερη σημασία με βάση και τα μοντέλα ψυχοπαθολογίας, τα οποία παρουσιάστηκαν πιο πάνω. Προτιμούνται συμπεριφορικά προγράμματα, τα οποία περιλαμβάνουν γνωσιακές μεθόδους, εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά και ψυχοεκπαιδευτικές θεραπείες οικογένειας.¹⁵

Ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, στο οποίο έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία και το οποίο εφαρμόζεται σε πολλούς χώρους της γερμανόφωνης Ευρώπης τα τελευταία χρόνια, είναι το ομαδικό ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα για ασθενείς με σχιζοφρένεια.^{18,19} Η εφαρμογή του προγράμματος αυτού στοχεύει στη βελτίωση των γνωστικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων. Πρόκειται για ένα ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο αποτελείται από 5 υποπρογράμματα: γνωστική διαφοροποίηση, κοινωνική αντίληψη, λεκτική επικοινωνία, κοινωνικές δεξιότητες και διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων (σύγκρινε εικόνα 4).

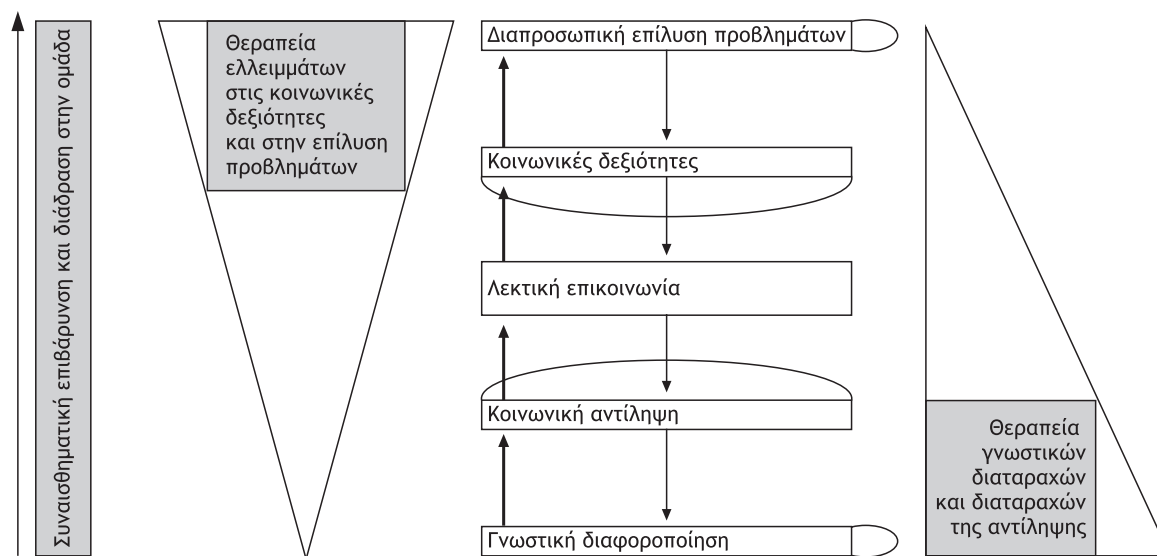
Στα πρώτα 2 υποπρογράμματα –γνωστική διαφοροποίηση και κοινωνική αντίληψη– δίνεται έμφαση σε διαδικασίες προσοχής, αντίληψης και σε γνωστικές διαδικασίες. Βασικές λειτουργίες, όπως σχηματισμός εννοιών, κατανόηση, αφηρημένη σκέψη, βρίσκονται στο επίκεντρο.

Στα επόμενα υποπρογράμματα –κοινωνικές δεξιότητες και διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων– εξασκούνται πιο σύνθετες κοινωνικές (διαπροσωπικές) δεξιότητες και η επίλυση προβλημάτων. Με αυτόν τον τρόπο εμπλουτίζεται το ρεπερτόριο της συμπεριφοράς του ατόμου. Το τρίτο υποπρόγραμμα (λεκτική επικοινωνία) έχει μία ενδιάμεση θέση.

Κάθε υποπρόγραμμα είναι έτσι σχεδιασμένο, ώστε με το πέρασμα της θεραπείας να αυξάνουν οι απαιτήσεις για κάθε μέλος της ομάδας και για την ομάδα συνολικά. Οι απαιτήσεις αυξάνονται καθώς γίνεται η μετάβαση από το ένα στο άλλο υποπρόγραμμα τόσο όσον αφορά το περιεχόμενο όσο και τον τρόπο εφαρμογής της θεραπείας. Έτσι λοιπόν περνάμε από μία αυξημένη δόμηση και προσανατολισμό στις ασκήσεις σε μία μεγαλύτερη σημασία της διάδρασης στην ομάδα και από ένα κατευθυντικό θεραπευτή σε έναν θεραπευτή-συντονιστή, ο οποίος έχει πιο παθητικό ρόλο. Οι ασκήσεις ενός υποπρογράμματος πραγματοποιούνται στην αρχή με πιο αντικειμενικό θεραπευτικό υλικό, το οποίο δεν επιβαρύνει συναισθηματικά τους ασθενείς. Με την πρόοδο της θεραπείας εισάγεται υλικό, το οποίο επιβαρύνει συναισθηματικά τα μέλη της ομάδας.

Στόχοι της θεραπείας

Μείωση των γνωστικών ελλειμμάτων και των διαταραχών επεξεργασίας πληροφοριών, πραγματική ρεαλιστική αντίληψη και ιδιαίτερα των διαπροσωπικών καταστάσεων οι οποίες επιβαρύνουν συναισθη-



Εικόνα 4. Η δομή των 5 υποπρογραμμάτων του IPT.

ματικά τον ασθενή, η καλύτερη ποιότητα ζωής γενικότερα και καλύτερη προσαρμογή σε σημαντικούς τομείς της ζωής αποτελούν τους βασικούς στόχους του προγράμματος. Οι θεραπευτικοί στόχοι θα πρέπει να προσδιοριστούν μετά από ανάλυση της συμπεριφοράς και του προβλήματος για κάθε ασθενή. Η συμπεριφορολογική ανάλυση είναι ένα βασικό διαγνωστικό εργαλείο στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία.

Εφαρμογή του IPT

Το πρόγραμμα αυτό εφαρμόζεται κατά κανόνα 2 φορές την εβδομάδα, κάτι το οποίο όμως εξαρτάται από τις εξωτερικές συνθήκες, την επιβάρυνση και τη διάρκεια της ασθένειας των μελών. Η διάρκεια κάθε συνεδρίας κυμαίνεται από 30–90 min. Οι πρώτες συνεδρίες του υποπρογράμματος «γνωστική διαφοροποίηση» δεν θα πρέπει να διαρκούν περισσότερο από 30–40 min, ενώ για τα τελευταία 2 υποπρογράμματα χρειάζονται 60–90 min για κάθε συνεδρία. Οι θεραπευτές ανακοινώνουν εκ των προτέρων τα ραντεβού για τη θεραπεία για συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα. Η διάρκεια της θεραπείας για τα μεμονωμένα υποπρογράμματα ή για το συνολικό θεραπευτικό πρόγραμμα εξαρτάται από την ένταση των διαταραχών και το κίνητρο όλων των μελών της ομάδας για τη συμμετοχή.

Η θεραπεία σε ασθενείς με μεγάλα χρονικά διαστήματα νοσηλείας διαρκεί 1–2 χρόνια. Ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται συγκεκριμένα υποπρογράμματα, μπορούν να βελτιωθούν σημαντικά μετά από διάρκεια θεραπείας 3–4 μηνών.

Κάθε συνεδρία πραγματοποιείται από έναν κύριο θεραπευτή και από 2 συνθεραπευτές. Ο κύριος θεραπευτής έχει ως στόχο να καθοδηγήσει τη συνεδρία: αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να τη δομήσει τυπικά και από άποψη περιεχομένου, να αυξήσει το κίνητρο των μελών και να δώσει ανατροφοδότηση, η οποία ενισχύει τις αλλαγές. Οι συνθεραπευτές υποστηρίζουν τον κύριο θεραπευτή σε προβλήματα, τα οποία αφορούν την ομάδα και την εφαρμογή διαφόρων θεραπευτικών τεχνικών. Μπορούν π.χ. να αποτελέσουν ένα μοντέλο στην εφαρμογή κάποιων ασκήσεων ή να βελτιώσουν την ομαδική διαδικασία υποστηρίζοντας πιο αδύναμα μέλη. Το θεραπευτικό υλικό υπάρχει για κάθε υποπρόγραμμα και περιγράφεται αναλυτικά στο εγχειρίδιο των Roder et al (2002).²⁰

Το υποπρόγραμμα «γνωστική διαφοροποίηση»

Η πρώτη συνεδρία εδώ είναι και η πρώτη συνεδρία συνάντησης της ομάδας. Γι' αυτό το λόγο πρέπει κάθε μέλος της ομάδας να προετοιμαστεί καλά για την ομάδα και να αυξηθεί το κίνητρό του για συμμετοχή, κάτι το οποίο πραγματοποιείται με ατομικές συναντήσεις με τον θεραπευτή. Στόχοι αυτού του υποπρογράμματος είναι η βελτίωση της προσοχής και συγκέντρωσης, της επεξεργασίας εννοιών και αφηρημένων εννοιών και της γενικότερης βελτίωσης των λειτουργιών της μνήμης. Το υλικό των ασκήσεων αποτελείται μεταξύ άλλων από κάρτες με διαφορετικά περιεχόμενα ερεθισμάτων. Τα επίπεδα του υποπρογράμματος είναι τα εξής:

Επίπεδο 1: Ασκήσεις με κάρτες: Ο θεραπευτής μοιράζει ένα συγκεκριμένο αριθμό καρτών, οι οποίες διαφοροποιούνται με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά (π.χ. αριθμοί, χρώματα, σχήματα). Θα πρέπει να συλλεχτούν με βάση συγκεκριμένα κριτήρια. Οι μεμονωμένες λύσεις των μελών εξετάζονται από όλη την ομάδα συνολικά. Οι απαιτήσεις μπορούν να αυξηθούν με το πέρασμα του χρόνου με την αύξηση του αριθμού των κριτηρίων.

Επίπεδο 2: Προφορικά συστήματα εννοιών

α. *Ιεραρχίες εννοιών:* Τα μέλη κατονομάζουν σε μία δοσμένη έννοια όλες τις λέξεις, οι οποίες έρχονται αυθόρμητα στο μυαλό τους και στο τέλος ταξινομούνται σε κύριες και δευτερεύοντες έννοιες.

β. *Συνώνυμα, αντίθετα:* Για μία λέξη καλούνται τα μέλη της ομάδας να βρουν λέξεις με την ίδια ή αντίθετη σημασία. Διαφορές και ομοιότητες συζητούνται με το πέρασμα του χρόνου με τη βοήθεια παραδειγμάτων.

γ. *Ερμηνείες λέξεων:* Η ομάδα πρέπει να εξηγήσει ένα συγκεκριμένο αντικείμενο με τη βοήθεια διαφόρων χαρακτηριστικών, όπως τόπος, λειτουργία, υλικό. Από την αρχή δουλεύει κανείς με συγκεκριμένες έννοιες και στη συνέχεια χρησιμοποιούνται πιο αφηρημένες έννοιες.

δ. *Κάρτες με λέξεις:* Ένα μέλος παίρνει μία κάρτα με 2 λέξεις, τις οποίες διαβάζει στην ομάδα. Μόνο εκείνος/η γνωρίζει ποια λέξη είναι υπογραμμισμένη. Στη συνέχεια κατονομάζει το άτομο έννοιες, με τη βοήθεια των οποίων μπορούν τα υπόλοιπα μέλη να αναγνωρίσουν την υπογραμμισμένη λέξη.

ε. *Έννοιες με διαφορετική ερμηνεία:* Η ομάδα επεξεργάζεται τη διαφορετική ερμηνεία μιας λέξης.

Επίπεδο 3: στρατηγικές αναζήτησης: Ένας ασθενής επιλέγει ένα αντικείμενο, το οποίο προσπαθούν οι υπόλοιποι να διαπιστώσουν με συγκεκριμένες ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις πρέπει να απαντηθούν με ένα ναι ή όχι. Γενικές στρατηγικές ερωτήσεων επεξεργάζονται και συζητούνται.

Το υποπρόγραμμα «κοινωνική αντίληψη»

Στόχος είναι η βελτίωση της αντίληψης και ερμηνείας κοινωνικών καταστάσεων με τη βοήθεια σχετικών προηγούμενων εμπειριών. Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η ρεαλιστική αντίληψη της έκφρασης. Το υλικό ασκήσεων αποτελείται από μία σειρά διαφανειών με κοινωνικές καταστάσεις, οι οποίες ταξινομούνται σύμφωνα με τη δυσκολία ερεθισμάτων και τον βαθμό συναισθηματικής επιβάρυνσης από το περιεχόμενο της εικόνας.

Επίπεδο 1: Συλλογή πληροφοριών: Τα μέλη θα πρέπει να υπογράψουν μία διαφάνεια σχετικά με όλες τις λεπτομέρειες. Εστιάζουν την προσοχή τους κυρίως στα πρόσωπα και στην αλληλεπίδραση αυτών.

Επίπεδο 2: Ερμηνεία και συζήτηση: Σε αυτό το επίπεδο συλλέγονται ερμηνείες των περιεχομένων των μεμονωμένων διαφανειών. Κάθε ερμηνεία αιτιολογείται με την περιγραφή λεπτομερειών από το επίπεδο 1. Η ομάδα συζητάει στο τέλος όλες τις ερμηνείες σχετικά με το κατά πόσο ρεαλιστικές είναι, ενώ οι θεραπευτές λύνουν τυχόν διαφωνίες.

Επίπεδο 3: Αναζήτηση τίτλου: Τέλος πρέπει να βρεθεί ένας σύντομος και ακριβής τίτλος, ώστε να εξηγηθούν για μια ακόμη φορά οι βασικές πληροφορίες του περιεχομένου της εικόνας.

Το υποπρόγραμμα «ηλεκτική επικοινωνία»

Αυτό το υποπρόγραμμα είναι ο συνδυασμός κρίκος ανάμεσα στην εξάσκηση βασικών γνωστικών λειτουργιών και σε πιο σύνθετες δεξιότητες διεκδικητικής συμπεριφοράς. Η δόμηση της θεραπευτικής στρατηγικής παίζει όλο και λιγότερο ρόλο. Σε αυτό το πρόγραμμα εξασκούνται οι βασικές δεξιότητες επικοινωνίας ανάμεσα στον πομπό και στον δέκτη. Ακούω, καταλαβαίνω και αντιδρώ. Το υλικό των ασκήσεων είναι μεταξύ άλλων οι κάρτες με λέξεις ή προτάσεις.

Επίπεδο 1: Ακριβής απόδοση δοσμένων προτάσεων. Μία πρόταση, η οποία διαβάζεται, θα πρέπει να αποδοθεί κατά λέξη.

Επίπεδο 2: Απόδοση του νοήματος των προτάσεων, οι οποίες διατυπώνονται από τους ασθενείς. Με τη βοήθεια 1 ή 2 λέξεων ερεθισμάτων φτιάχνονται 1–2 προτάσεις από τα μέλη της ομάδας και ένα άλλο μέλος προσπαθεί να επαναλάβει το νόημα της πρότασης. Τα υπόλοιπα μέλη παρατηρούν σε επίπεδο 1 και 2 την ορθότητα της εφαρμογής των ασκήσεων και δίνουν σχετικές ανατροφοδοτήσεις.

Επίπεδο 3: Ερωτήσεις με απάντηση. Με τη βοήθεια μιας ερώτησης προσπαθούν τα μέλη της ομάδας να συλλέξουν πληροφορίες σε ένα θέμα. Η ομάδα αξιολογεί κατά πόσο η ερώτηση είναι σχετική με το θέμα και αν η απάντηση σχετιζόταν με την ερώτηση.

Επίπεδο 4: Η ομάδα κάνει ερωτήσεις σε 1–2 μέλη για ένα θέμα, όπως π.χ. ένα άρθρο εφημερίδας. Η αξιολόγηση γίνεται όπως και στο επίπεδο 3 και αφορά τη σχετικότητα της επικοινωνίας.

Επίπεδο 5: (ελεύθερη επικοινωνία): Το θέμα με το οποίο θα ασχοληθεί η ομάδα (π. χ. άρθρο εφημερίδας, ιστορία), αποτελεί και το μόνο στοιχείο, το οποίο δίνεται από τον θεραπευτή. Η συζήτηση για την αξιολόγηση της επικοινωνίας γίνεται με βάση το περιεχόμενο (κατανόηση, αντίδραση, επιλογή μιας γραμμής) ή με βάση τυπικά χαρακτηριστικά, όπως βλεμματική επαφή, ένταση, ρυθμός, ροή της γλώσσας και έτσι γίνεται προετοιμασία για το τέταρτο υποπρόγραμμα.

Το υποπρόγραμμα «κοινωνικές δεξιότητες»

Στόχος αυτού του υποπρογράμματος είναι η ανάπτυξη και βελτίωση ενός κατάλληλου ρεπερτορίου κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως π.χ. παίρνω πληροφορίες, ασκή κριτική, ζητώ συγγνώμη, έρχομαι σε επαφή, υποστηρίζω τη θέση μου. Το περιεχόμενο της θεραπείας είναι μεμονωμένες καταστάσεις, όπως η ζωή στην κλινική, εύρεση κατοικίας και εργασίας, επαφή με υπηρεσίες, επαφή στον ελεύθερο χρόνο και άλλα παρόμοια.

Επίπεδο 1: (γνωστική επεξεργασία): Η συνεδρία ξεκινά με μία καθορισμένη κατάσταση, στην οποία θα γίνουν ασκήσεις. Η επίτευξη του στόχου προϋποθέτει μία κοινωνική αλληλεπίδραση. Στη συνέχεια επεξεργάζεται η ομάδα έναν διάλογο, ο οποίος μπορεί να γίνει γι' αυτήν την κατάσταση και ο οποίος γράφεται στον πίνακα. Τέλος η ομάδα προσπαθεί να βρει έναν σύντομο και ακριβή τίτλο για την κατάσταση, στην οποία πρέπει να γίνει εξάσκηση. Παράλληλα συζητούνται και οι πιθανές δυσκολίες, οι οποίες προκύπτουν από την πραγματοποίηση της αλληλεπίδρασης.

Ακολουθεί ένα παιχνίδι ρόλου, στο οποίο εμφανίζονται αυτές οι δυσκολίες. Τέλος αξιολογεί κάθε μέλος το βαθμό δυσκολίας της κατάστασης σε μία κλίμακα.

Επίπεδο 2: Εφαρμογή: Στην αρχή πραγματοποιείται το παιχνίδι ρόλου από τους συνθεραπευτές, ώστε τα μέλη της ομάδας να έχουν ένα πρότυπο και στη συνέχεια συμμετέχουν οι ασθενείς σε αυτό το παιχνίδι ρόλου. Ακολουθεί στη συνέχεια μία θετική ανατροφοδότηση με συγκεκριμένες προτάσεις βελτίωσης. Κάθε άσκηση συνοδεύεται και από μία άσκηση στο σπίτι για κάθε ασθενή και κατά αυτόν τον τρόπο ενισχύεται η γενίκευση του αποτελέσματος. Παράλληλα μπορούν να πραγματοποιηθούν και εκτός κλινικής κάποιες ασκήσεις. Στην αρχή της επόμενης συνεδρίας συζητούνται οι εμπειρίες των μελών από την άσκηση στο σπίτι. Σε προχωρημένες ομάδες χρησιμοποιούνται και video.

Το υποπρόγραμμα «διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων»

Στόχος είναι η βελτίωση της αντίληψης του προβλήματος, της ορθολογιστικής αντίληψης των προβλημάτων και της αποτελεσματικής αντιμετώπισης των προβλημάτων. Οι θεραπευτές ενισχύουν την εύρεση περισσότερων εποικοδομητικών λύσεων του προβλήματος και την εφαρμογή τους στην καθημερινότητα. Το πρόγραμμα αυτό είναι σε γενικές γραμμές δομημένο, διότι η θεραπευτική στρατηγική προσαρμόζεται στο εκάστοτε πρόβλημα, το οποίο αναλύεται. Πρόκειται για μία μέθοδο με πολλές απαιτήσεις τόσο για τους θεραπευτές όσο και για τους ασθενείς. Γι' αυτό το λόγο το υποπρόγραμμα αυτό δεν είναι κατάλληλο για όλους τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Έτσι μπορούν κάποιοι ασθενείς να φορτιστούν και να επιβαρυνθούν γρήγορα. Η εφαρμογή συνιστάται σε θεραπευτικές ομάδες, στις οποίες υπάρχει συνοχή και έχει αναπτυχθεί ήδη η εμπιστοσύνη μεταξύ τους.

Παρακάτω θα παρουσιαστούν τα θεραπευτικά βήματα:

Στην αρχή αναγνωρίζεται ένα πρόβλημα. Η επιλογή προβλημάτων γίνεται με βάση κάποια κριτήρια, όπως η πιθανότητα επίλυσης προβλημάτων ή η αναγκαιότητα της κατάστασης. Το επόμενο βήμα είναι η γνωστική επεξεργασία του προβλήματος. Το πρόβλημα χωρίζεται σε μικρότερα βήματα, τα οποία είναι ξεκάθαρα και μπορούν να επιλυθούν. Επεξεργάζονται και συζητούνται στη συνέχεια εναλλακτικές λύσεις και αποφασίζεται η επιλογή μιας λύ-

σης. Μία προτεινόμενη λύση μπορεί να εφαρμοστεί σε παιχνίδι ρόλου στη συνεδρία και στη συνέχεια μπορεί να εφαρμοστεί στα πλαίσια της άσκησης στο σπίτι και έτσι εξασφαλίζεται η εφαρμογή στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Στην επόμενη συνεδρία συζητιέται η επιτυχία ή η αποτυχία της εφαρμογής στην πράξη. Έτσι ενισχύεται κάθε δυνατότητα για εποικοδομητική επίλυση προβλημάτων.

Δυνατότητες εφαρμογής και ενδείξεις για το IPT

Το πρόγραμμα αυτό δημιουργήθηκε αρχικά για ασθενείς με μεγάλη διάρκεια νοσηλείων. Σήμερα εφαρμόζεται τόσο σε ασθενείς, οι οποίοι παρακολουθούνται εξωτερικά όσο και σε ασθενείς, οι οποίοι επισκέπτονται μία κλινική ημέρας. Για παράδειγμα νέοι ασθενείς των πιο πάνω κατηγοριών μπορούν να επωφεληθούν από τα 2 τελευταία υποπρογράμματα (κοινωνικές δεξιότητες, διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων). Η εφαρμογή των 5 υποπρογραμμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά από μία προσεκτική συμπεριφορολογική ανάλυση.

Η δημιουργία ομάδας με ασθενείς με σχιζοφρένεια απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Η ομάδα θα πρέπει να είναι ομοιογενής σε σχέση με συγκεκριμένα κριτήρια, όπως νοημοσύνη, δυνατότητα μάθησης και διαταραχές της επεξεργασίας πληροφοριών. Η ομάδα πρέπει να είναι ετερογενής σε σχέση με κριτήρια, όπως φύλο και ηλικία. Στην ομάδα γίνονται αποδεκτοί ασθενείς, οι οποίοι έχουν τη διάγνωση «σχιζοφρένεια», διότι το πρόγραμμα είναι σχεδιασμένο για σχιζοφρενείς. Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι σε θέση να συμμετέχουν σε μία ομάδα, να εκφράζονται και δεν θα πρέπει να παρουσιάζουν σαφή θετικά συμπτώματα.

Θεραπευτές

Οι IPT- θεραπευτές θα πρέπει να έχουν επαρκείς γνώσεις σε 2 βασικά θέματα: Πρώτον, θα πρέπει να γνωρίζουν καλά τη μεθοδολογία των 5 υποπρογραμμάτων, κάτι το οποίο είναι στο επίκεντρο στα πρώτα 2 υποπρογράμματα. Δεύτερον, να έχουν γνώσεις για τις ομαδικές διαδικασίες και τη δυναμική της ομάδας, που είναι απαραίτητες και γίνονται όλο και πιο σημαντικές στα τελευταία υποπρογράμματα.

Εμπειρικές έρευνες

Διάφορες ανεξάρτητες έρευνες αξιολόγησης του προγράμματος IPT σε ασθενείς με σχιζοφρένεια έδει-

ξαν σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα και κυρίως σε βασικές γνωστικές λειτουργίες. Τα αποτελέσματα των ερευνών σε σχέση με τις πιθανές αλλαγές στην κοινωνική συμπεριφορά και στην ψυχοπαθολογία ήταν διαφορετικά.¹⁹ Σε περαιτέρω έρευνες αναδείχθηκαν και συζητήθηκαν τα πλεονεκτήματα γνωσιακών παρεμβάσεων σε σχέση με ομάδες σύγκρισης. Οι έρευνες αυτές επικεντρώθηκαν στο να αναλύσουν την επίδραση της γνωσιακής θεραπείας, τις ειδικές αλληλεπιδράσεις γνωστικών και κοινωνικών παραγόντων, τη σταθερότητα του θεραπευτικού αποτελέσματος και την ένδειξη γνωσιακών μεθόδων. Διαπιστώθηκε ότι οι γνωσιακές τεχνικές από μόνες τους έχουν λιγότερο άμεση επίδραση στη βελτίωση της διεκδικητικής συμπεριφοράς.¹⁶ Η γενίκευση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων εκτός θεραπευτικού πλαισίου δεν έχει ακόμα τεκμηριωθεί, δηλαδή η υπόθεση μιας άμεσης επικράτησης και επίδρασης των γνωστικών λειτουργιών σε επίπεδο συμπεριφοράς δεν επιβεβαιώθηκε. Τέλος φαίνεται ότι ο κύκλος ανάμεσα στις γνωστικές και κοινωνικές διαταραχές (εικόνα 2) ενισχύεται ακόμα περισσότερο από τις συναισθηματικές επιβαρύνσεις (σύγκρισε περίληψη του Hodel & Brenner, 1994¹⁶).

Περαιτέρω εξέλιξη του IPT

Τα παραπάνω αποτελέσματα συνέβαλλαν σε μεγάλο βαθμό στην εξέλιξη του ομαδικού αυτού θεραπευτικού προγράμματος σε 2 προσανατολισμούς: Ο πρώτος αφορά την αποτελεσματική αντιμετώπιση συναισθημάτων.²¹ Ο δεύτερος αφορά τη δημιουργία γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπευτικών προγραμμάτων για την αποκατάσταση σε σχέση με διάφορους τομείς (κατοικία, εργασία και ελεύθερος χρόνος).¹⁰ Η προσπάθεια αυτή στηρίχτηκε στο γεγονός ότι οι κοινωνικές δεξιότητες βελτιώνονται καλύτερα με θέματα στις συνεδρίες, τα οποία αυξάνουν το κίνητρο των ασθενών.

Υπάρχουν και περαιτέρω έρευνες, στις οποίες παρουσιάζεται η εξέλιξη του προγράμματος αυτού και συγκεκριμένα τα προγράμματα για την αποκατάσταση των ατόμων με σχιζοφρένεια σε διάφορους τομείς, όπως εργασία, κατοικία και ελεύθερος χρόνος.^{20,21}

Ευχαριστίες

Τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Νίκο Βαϊδάκη για την κριτική ανάγνωση του άρθρου και τις πολύτιμες παρατηρήσεις του.

A cognitive behavioural group therapy program for the improvement of the cognitive and social abilities of patients with schizophrenia

K. Efthimiou,¹ S. Rakitzi,² V. Roder³

¹Department of Psychology, University of Athens, ²Institute of Behavioral Research and Therapy, Athens

³Unit of Social and Community Psychiatry, Department of Psychiatry, University of Bern, Switzerland, Greece

Psychiatriki 2009, 20:245–254

Pharmacotherapy is the main therapy for the positive and negative symptoms and for the relapse prevention for patients with schizophrenia. The cognitive and behavioural therapy can be combined with other therapies for schizophrenia. Within this frame of reference the cognitive behavioural therapy for schizophrenia and other psychotic syndromes is the first choice for psychiatrists and psychologists in European countries. The National Institute of Clinical Excellence (NICE) has included the cognitive behavioural therapy as a recommended therapy for schizophrenia. The Cognitive Behavioral Therapy includes interventions for the acute phase in an episode (relapse) as well as for the rehabilitation of patients with schizophrenia. The Integrated Psychological Therapy, which is an effective group therapy for the improvement of cognitive and social abilities of patients with schizophrenia, will be represented in the following article.

Key words: Schizophrenia, cognitive-behavioural therapy, group interventions, cognitive-behavioural theory and praxis

Βιβλιογραφία

1. National Institute for Clinical Excellence. *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. National Institute for Clinical Excellence. UK, 2003
2. Οικονόμου ΜΠ. Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ, Οικονόμου ΜΠ (Συντ.) *Προληπτική Ψυχιατρική*. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 2000:181-186
3. Οικονόμου ΜΠ, Χριστοδούλου ΓΝ. Οικογένεια και πρόληψη. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ, Οικονόμου ΜΠ (Συντ.): *Προληπτική Ψυχιατρική*. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 2000:55-60
4. Οικονόμου ΜΠ, Δασκαλοπούλου Ε, Κόλλιας Κ, Πάλλη Α, Παπαϊωάννου Α. Ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα σε συγγενείς από την Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Αιγινήτειο νοσοκομείο. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Τομαράς, Βλ, Οικονόμου, ΜΠ (Συντ.): *Από το Ψυχιατρείο στην Κοινότητα*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2002:109-114
5. Penn D, Mueser K. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996, 153:607-617
6. Μαδιανός Μ. *Η μηλιά κάτω από το μήλο. Άτομο και οικογένεια στην κοινοτική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
7. Falloon I, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit. *Br J Psychiatry* 1985, 147:156-163
8. Ευθυμίου Κ, Θεοδώρου Β. *Γνωσιακή-συμπεριφοριστική ομαδική παρέμβαση ψυχοεκπαιδευτικού χαρακτήρα σε σχιζοφρενείς ασθενείς στον γερμανόφωνο χώρο*. Πανερωπαϊκό συνέδριο «καινοτόμες πρωτοβουλίες στην ψυχιατρική αποκατάσταση», ΕΠΙΨΥ, Αθήνα, 9-10.12. 2000
9. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated Psychological Therapy (IPT). Is it effective? *Schizophr Bull* 2006 32:81-93
10. Roder V, Jenull B, Brenner HD, Heimberg D, Hirsbrunner A. Kognitive Verhaltenstherapie mit schizophren Erkrankten im Wohn, Arbeits- und Freizeitbereich: *Erste Ergebnisse*. *Verhaltenstherapie* 1995, 5:68-80
11. Roder V, Brenner H, Kienzle D, Ευθυμίου Κ. *Το απαρτιωτικό ψυχολογικό θεραπευτικό πρόγραμμα για τη σχιζοφρένεια (IPT)*. *Εγχειρίδιο για τον θεραπευτή και βιβλίο ασκήσεων*. Scientific Publications, Αθήνα, 2007
12. Zubin J, Spring BJ. Vulnerability- a new view of schizophrenia. *Abnorm Psychol* 1977, 86:103-126
13. Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive therapy of schizophrenia. guides to individualised evidenced-based treatment*. Guilford, New York, 2005
14. Nuechterlein KH, Dawson ME et al. The vulnerability stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 1994, 89:58-64
15. Bellack AS, Mueser KT. Psychosocial treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993, 19:317-336
16. Hodel B, Brenner HD. Cognitive therapy with schizophrenic patients: conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatr Scand* 1994, 90:108-115
17. Brenner HD. Zur Bedeutung von Basisstörungen für die Behandlung und Rehabilitation. In: Boeker W, Brenner HD. (Hrsg): *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber, Bern, 1986:142-156
18. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B. *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm fuer schizophrene Patienten (IPT)*. PVU, Weinheim, 1995
19. Brenner HD, Hodel B, Kube G, Roder V. Kognitive Therapie bei Schizophrenen: Problemanalysen und empirische Ergebnisse. *Nervenarzt* 1987, 58:72-83
20. Roder V, Brenner HD et al. Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of multi-centre study. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 105:363-371
21. Hodel B. *Die Weiterentwicklung des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms (IPT): Emotionsbezogene Interventionen*. Unveroeffentliches Arbeitspapier. Psychiatrische Universitätsklinik Bern, 1989
22. Roder V, Brenner HD et al. Effekte neuer kognitiv-behavioraler Therapieprogramme zur Verbesserung spezifischer sozialer Fertigkeiten bei schizophren Erkrankten. *Nervenarzt* 2001, 72:709-716

Αλληλογραφία: Κ. Ευθυμίου, Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Γενικό άρθρο General article

Πλαίσιο λειτουργίας και καινοτόμες πρακτικές σε Κέντρο Ημέρας για ψυχωτικούς ασθενείς

Κ. Παπακωνσταντίνου, Κ. Παπαδάκη, Σ. Στυλιανίδης

Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, (ΕΠΑΨΥ) Ψ, Διαδρομές 2008, Greece

Ψυχιατρική 2009, 20:255–261

Το Κέντρο Ημέρας (ΚΗ) της ΕΠΑΨΥ προσφέρει ολοκληρωμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε ψυχωτικούς ασθενείς του 5ου Ψυχιατρικού τομέα, με σκοπό την πρόληψη της υποτροπής, τη μείωση του χρόνου κλειστής περίθαλψης, τη ψυχοκοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Για το συνεχές της φροντίδας των ασθενών, το ΚΗ εφαρμόζει καινοτόμες πρακτικές: δημιουργία κοινοτικού υποστηρικτικού δικτύου με άλλους φορείς ψυχικής υγείας και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στα βόρεια προάστια, λειτουργία κοινωνικής λέσχης, συμμετοχή σε ευρωπαϊκά προγράμματα για κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη των ασθενών, δημιουργία ΚοιΣΠΕ σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, εφαρμογή νέων μεθόδων φροντίδας και ίασης, εμπλέκοντας τους ασθενείς στη συνδιαχείριση του θεραπευτικού συμβολαίου. Η επιτυχής εφαρμογή της κοινοτικής ψυχιατρικής και η συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα διευκολυνθεί με τη συμβολή και σύμπραξη των κοινοτικών υπηρεσιών του ευρύτερου δημόσιου τομέα και την εφαρμογή νέων και πρωτοποριακών προγραμμάτων.

Λέξεις ευρητηρίου: Καινοτόμες πρακτικές, ψύχωση, κοινοτική ψυχιατρική, κέντρο ημέρας, κοινωνική επανένταξη, κοινοτικό υποστηρικτικό δίκτυο, συνεχές της φροντίδας

Εισαγωγή

Με τη συμπλήρωση δύο και πλέον δεκαετιών της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και της ίδρυσης και λειτουργίας μονάδων Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα, βρισκόμαστε σε μια ιδιαίτερα σημαντική περίοδο αξιολόγησης και επαναπροσδιορισμού του έργου που επιτελείται.

Το Κέντρο Ημέρας Μελισσίων ιδρύθηκε το 2004 στο πλαίσιο του προγράμματος Ψυχαγωγός-Φάση 2. Προσφέρει υπηρεσίες σε 15 ψυχωτικούς ασθενείς, ηλικίας 18 έως 45 ετών, από τον 5ο Ψυχιατρικό Τομέα, παρέχοντας ολοκληρωμένες παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Στα 4 σχεδόν χρόνια λειτουργίας του, ο αριθμός παραπομπών ανέρχεται στις 100, ενώ 26 ασθενείς εντάχθηκαν τελικά στο πρόγραμμα του ΚΗ.

Σημαντικός αριθμός ερευνών αναφέρεται στη θετική επίδραση των αποκαταστασιακών δομών ως προς την έκβαση της νόσου, τη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.^{3,5,14,28,32} Η θετική έκβαση των υπηρεσιών ενός ΚΗ φαίνεται να εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ενδεικτικά αναφέρεται η ποικιλία και η διάρκεια των προγραμμάτων, η φιλοσοφία της θεραπείας, η μεθοδολογία επιλογής ασθενών, τα διαγνωστικά κριτήρια,⁴² τα χαρακτηριστικά στοιχεία των ασθενών,³⁰ καθώς και η μεθοδολογία μέτρησης της έκβασης [όσο μεγαλύτερο το διάστημα επανεκτίμησης μιας μεταβλητής (follow-up), τόσο πιο σημαντικά τα αποτελέσματα].¹⁹

Συγκριτικά με την εφαρμογή άλλων συμβατών θεραπευτικών μεθόδων, η παρακολούθηση του προγράμματος ενός Κέντρου Ημέρας συνολικά, φαίνεται να μειώνει τον αριθμό των υποτροπών και των νοσηλείων,²⁰ ειδικότερα κατά τη διάρκεια που ο ασθενής παρακολουθεί το πρόγραμμα κοινοτικής θεραπείας.¹⁴ Η ίδια έρευνα όμως καταλήγει στο ότι τα θετικά αποτελέσματα που προαναφέρθηκαν εξαφανίζονται μετά από ένα χρόνο διακοπής από το κοινοτικό πρόγραμμα. Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν σαφώς την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων ΨΚ Αποκατάστασης κοινοτικών δομών⁴ και τονίζουν την επίδραση που έχουν στη γενική βελτίωση της κατάστασης και της ποιότητας ζωής των ασθενών.^{28,34} Ομοίως έχει αποδειχθεί η θετική συνάφεια μεταξύ (α) της εντατικότητας και μακρόχρονης διάρκειας των προγραμμάτων^{5,7,14} με τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης των ασθενών και (β) της μακροπρόθεσμης αποκαταστασιακής αλλαγής με τη βελτίωση των ασθενών σε συγκεκριμένους δείκτες: κλινικούς, λειτουργικούς και υποκειμενικής αλλαγής.^{5,22}

Η πλειοψηφία των ασθενών που πάσχουν από σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές και είναι λειτουργικοί ώστε να διαβιούν με τις οικογένειές τους ή μόνοι τους, μπορούν να ωφεληθούν από τις υπηρεσίες που παρέχει το Κέντρο Ημέρας Μελισσίων.^{31-32,36}

Το Κέντρο Ημέρας της ΕΠΑΨΥ στοχεύει πρωτίστως στην πρόληψη της υποτροπής και την αποφυγή και μείωση του χρόνου κλειστής περίθαλψης ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον στην ψυχοκοινωνική διερεύνηση των δυνατοτήτων και αναγκών των ατόμων καθώς και την ένταξη του ατόμου σε μια ποικιλία κοινωνικο-θεραπευτικών δραστηριοτήτων, παράλληλα με την ψυχιατρική και ψυχολογική υποστήριξη σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο καθώς και σε επίπεδο οικογένειας.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις παρέχονται υπό τη μορφή ψυχοθεραπευτικών, εκπαιδευτικών, εργοθεραπευτικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων (πίνακας 1).

Η επιλογή τους αλλά κυρίως ο τρόπος διεξαγωγής τους είναι προσδιορισμένος έτσι ώστε να προάγει την ενεργό συμμετοχή και έκφραση των ασθενών, να αφυπνίζει τη σκέψη και τη φαντασία τους, ενισχύοντας παράλληλα την εναισθησία και την αντίληψη της πραγματικότητας. Απώτερος στόχος ασφαλώς είναι η ενδυνάμωση στο επίπεδο των κοινωνικών και εργασιακών δεξιοτήτων και επομένως η κοινωνική ένταξη. Η θεωρητική προσέγγιση του κλινικού υλικού είναι ψυχοδυναμικού τύπου, όπως και η εξωτερική εποπτεία.

Για τον κάθε χρήστη συντάσσεται ένα εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας, βασισμένο στις προσωπικές δυνατότητες, τις ανάγκες και την αξιολόγηση (βασισμένη στην κλινική εκτίμηση καθώς και σε επιστημονικά ερ-

Πίνακας 1. Δραστηριότητες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

- Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Θεατρικό παιχνίδι
- Ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων
- Ομάδα αφήγησης
- Ομάδα εκπαίδευσης στα εικαστικά από καθηγητές σχολής Καλών Τεχνών
- Ομάδα κηπουρικής-ανθοκομίας
- Γυμναστική
- Επαγγελματικός προσανατολισμός
- Ομάδες αυτοφροντίδας
- Ψυχαγωγικές και επιμορφωτικές δραστηριότητες
- Ομάδες οικογενειών

γαλεία).^{26,27} Αποτελεί τμήμα της γενικότερης φιλοσοφίας της ΕΠΑΨΥ η εξατομίκευση στην αντιμετώπιση και η ενδυνάμωση (empowerment) των χρηστών, η οποία έχει σκοπό να καλλιεργήσει την προσωπική ανάπτυξη, να αναπτύξει δεξιότητες και να βοηθήσει τους χρήστες να κατανοήσουν τους κοινωνικούς ρόλους που καλούνται να αναλάβουν.^{16,35} Όλα τα προγράμματα υλοποιούνται στη βάση ενός μοντέλου αυτοδιαχείρισης, το οποίο εμπλέκει ενεργά τους χρήστες υπηρεσιών στον σχεδιασμό και διεξαγωγή των προγραμμάτων.¹⁵

Ενεργός συμμετοχή εξασφαλίζεται και για τα μέλη της οικογένειας των ασθενών, καθώς έχει αποδειχθεί πολύτιμη πηγή στη διαδικασία ΨΚ αποκατάστασης.²⁹ Το ΚΗ παρέχει προγράμματα ψυχο-εκπαίδευσης και υποστήριξης για τις οικογένειες. Παράλληλα τις τοποθετεί σε κεντρικό σημείο στον σχηματισμό του υποστηρικτικού δικτύου προς όφελος των ψυχικά πασχόντων.^{1,36,39}

Η λειτουργία του Κέντρου ολοκληρώνεται με την προαγωγή ψυχικής υγείας, δηλαδή την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας.

Το προσωπικό του Κέντρου Ημέρας αποτελείται από επιστημονικό (Ψυχίατρος, Ψυχολόγος, Κοινωνικός Λειτουργός, Εργοθεραπευτής, Νοσηλεύτης) και διοικητικό προσωπικό (διοικητικός υπεύθυνος και βοηθητικό προσωπικό). Την επιστημονική και διοικητική ευθύνη έχει ο επιστημονικός υπεύθυνος του Κέντρου. Παρέχεται εξωτερική κλινική εποπτεία ψυχαναλυτικού τύπου καθώς και εσωτερική θεσμική εποπτεία από στελέχη της ΕΠΑΨΥ. Η διεπιστημονική ομάδα στοχεύει στον σχεδιασμό και υλοποίηση όλων των απαραίτητων ενεργειών για την επίτευξη των στόχων λειτουργίας του Κέντρου. Οι τακτικές κλινικές συναντήσεις, η εξωτερική εποπτεία, οι θεσμικές συναντήσεις, η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού και η έρευνα διασφαλίζουν την καλή λειτουργία και «ζωντάνια» της ομάδας, συμβάλλοντας έτσι στην άμβλυση των συνήθων φαινομένων της κόπωσης και του "burn out" των θεραπειών.

Στο θεραπευτικό σχεδιασμό λαμβάνονται υπόψη μεταβλητές που έχουν αποδειχθεί σημαντικές στην πρόγνωση των ασθενών και την αποτελεσματικότητα των μονάδων ημερήσιας φροντίδας. Πέρα από την κλινική επεξεργασία και αξιολόγηση, παράγοντες που αξιολογούνται ανά 6μηνο με σταθμισμένα εργαλεία-κλίμακες είναι η ψυχοπαθολογία, η λειτουργικότητα, η ποιότητα ζωής και η οικογενειακή επιβάρυνση.

Τα συγκεκριμένα εργαλεία αξιολόγησης των ασθενών δίνονται στον πίνακα 2.

Τα αποτελέσματα της κλινικής αξιολόγησης των ασθενών, που πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των παραπάνω εργαλείων για διάστημα ενός έτους (PANSS, WHOQOL) και ενάμιση έτους (COTE, Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης), δίνονται ενδεικτικά στον πίνακα 3. Το δείγμα αποτέλεσαν 12 ασθενείς (9 άνδρες, 3 γυναίκες), ηλικίας 20–45 ετών, με διάγνωση σχιζοφρένεια και σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

Ο αριθμός των ασθενών δεν επιτρέπει τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, ενδεικτικά αναφέρεται ότι τα προδρομικά αποτελέσματα δείχνουν μια τάση βελτίωσης σχεδόν σε όλες τις κλίμακες, δηλαδή τόσο στην ψυχοπαθολογία, όσο και στη λειτουργικότητα και οικογενειακή επιβάρυνση. Η συλλογή δεδομένων συνεχίζεται και σκοπός μας είναι όταν συμπληρωθεί ο κατάλληλος αριθμός ασθενών και επαρκής διάρκεια μέτρησης, να ερευνήσουμε εκ νέου τα αποτελέσματα.

Κοινωνική εργασία – Καινοτόμες δράσεις

Τα τελευταία χρόνια αναδύεται η ανάγκη προσδιορισμού των σχέσεων των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο ενός κοινοτικού υποστηρικτικού δικτύου. Ως καινοτομία στο πεδίο της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ειδικότερα ορίζεται το «σύνολο νέων δράσεων, στάσεων, συμπεριφορών και παρεμβάσεων που εφαρμόζονται σε περιορισμένη έκταση και προσδοκάται πως τα αποτελέσματα τα οποία θα προκύψουν (αναμενόμενα οφέλη) θα είναι πιο ικανοποιητικά για τις ενδιαφερόμενες ομάδες σε σύγκριση με τα αντίστοιχα που συνήθως προκύπτουν από την εφαρμογή της προηγούμενης παραδοσιακής δράσης, δηλαδή της κατεστημένης πρακτικής».³⁸

Δεδομένα από Ευρώπη και ΗΠΑ τοποθετούν την Ημερήσια Φροντίδα σε κεντρική θέση στο συνεχές της φροντίδας και αντιμετώπισης των αναγκών των ψυχικά πασχόντων.³ Οι ασθενείς των Κέντρων Ημέρας δέχονται μακρόχρονη φροντίδα, η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως ως «ψυχοκοινωνική υποστήριξη» και έχουν την ευκαιρία να χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό κοινοτικές υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας από τους ασθενείς που παρακολουθούνται σε διαφορετικό πλαίσιο.⁶ Ενώ οι «κοινωνικές» ανάγκες των ασθενών των Κέντρων

Πίνακας 2. Εργαλεία αξιολόγησης.

- Κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου (PANSS)
- Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-100 BREF) WHO
- Γενική Εργοθεραπευτική Αξιολόγηση (COTE)
- Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης

Ημέρας είναι μεγαλύτερες, ανάλογες πρέπει να είναι και οι ευκαιρίες για διεύρυνση του κοινωνικού τους δικτύου. Το Κέντρο Ημέρας της ΕΠΑΨΥ εφαρμόζει δράσεις που υπερβαίνουν την παραδοσιακή λειτουργία και πλαίσιο ενός Κέντρου Ημέρας και επιχειρεί την εφαρμογή Καινοτόμων Πρακτικών³⁸ για την ολοκλήρωση των υπηρεσιών της και τον εμπλουτισμό των πεδίων που δραστηριοποιείται.

1. Η ΕΠΑΨΥ με σκοπό την πρακτική μιας ενιαίας ιδεολογίας και στρατηγικής, ώστε να απαντά σφαιρικά στις ανάγκες και τα αιτήματα των ψυχικά ασθενών,^{2,6,8,13,27} ανέλαβε τη συγκρότηση δικτύου στα βόρεια προάστια, τον Φεβρουάριο του 2005. Μετά από διερεύνηση των αναγκών που παρουσίασαν οι φορείς του δικτύου, διαπιστώθηκε η ισχυρή ανάγκη για εκπαίδευση των επαγγελματιών. Ως αποτέλεσμα υλοποιήθηκαν πολλαπλά εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες και εθελοντές (συμμετείχαν συνολικά 94 άτομα, τα οποία στελεχώνουν υπηρεσίες του δικτύου). Το Δίκτυο προϋποθέτει τη συμπληρωματικότητα, την ανταποδοτικότητα, τη διασύνδεση και τη διάδραση των υπηρεσιών, όπου οι επαγγελματίες, η κοινότητα και οι οικογένειες των ασθενών να συντονίζονται, και από κοινού να στηρίζουν τους ψυχικά ασθενείς.^{35,37}
2. Παράλληλα με το Κέντρο Ημέρας, η ΕΠΑΨΥ σε συνεργασία με το Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΚΕΚΑ Μελισσιών) ίδρυσε Κοινωνική Λέσχη τον Ιανουάριο του 2007, στο πλαίσιο του δικτύου φορέων Ψυχικής Υγείας και Τοπικής Αυτοδιοίκησης βορείων προαστίων. Η λειτουργία, τα προγράμματα και οι δραστηριότητες της Κοινωνικής Λέσχης είναι συμπληρωματικές με εκείνες του Κέντρου Ημέρας. Συμμετέχουν ενήλικες με ψυχιατρικά προβλήματα που διαμένουν στην κοινότητα. Στόχοι του προγράμματος αφορούν σε τομείς ψυχαγωγικούς, κοινωνικοποίησης και η εδραίωση ενός πλαισίου αναφοράς (στέκι). Η Κοινωνική Λέσχη στελεχώνεται από επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας και εθελοντές.
3. Σχετικά με την προώθηση των ψυχικά πασχόντων στην εργασία, η ΕΠΑΨΥ αναζητά καινοτόμες λύσεις μέσω ενός μοντέλου ένταξης στην αγορά εργασίας, που στόχο έχει την κοινωνική και επαγγελματική ενσωμάτωση της συγκεκριμένης ομάδας-στόχου. Μια τέτοια προσέγγιση (μοντέλο) αποτελούν οι Κοινωνικές Επιχειρήσεις και η Υποστηριζόμενη Εργασία (απασχόληση). Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) αποτελούν μια μορφή Κοινωνικών Επιχειρήσεων, των οποίων τα πα-

ραδείγματα εφαρμογής μέχρι σήμερα είναι ιδιαίτερα αισιόδοξα.³³

Το 2007, η ΕΠΑΨΥ ανέλαβε την πρωτοβουλία δημιουργίας ΚοιΣΠΕ στα βόρεια προάστια, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση του 5ου Ψυχιατρικού Τομέα. Κοινή πεποίθηση είναι να συνδυαστεί η επιχειρηματικότητα του ιδιωτικού τομέα προς όφελος των κοινωνικών στόχων.

4. Το 2007 το Κέντρο Ημέρας έλαβε μέρος στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα Emilia, το οποίο αποτελεί συνέργεια 16 φορέων από εννέα ευρωπαϊκές χώρες. Το πρόγραμμα βασίζεται στις αρχές της Διά Βίου Εκπαίδευσης και τον περιορισμό του Κοινωνικού Αποκλεισμού των χρηστών. Στόχος του προγράμματος είναι η διερεύνηση της χρήσης της διά βίου μάθησης ως μέσο για την επίτευξη και προώθηση της κοινωνική επανένταξης των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
5. Προσθέτοντας στις καινοτόμες πρακτικές, η ΕΠΑΨΥ θεμελιώνει μια συνεργασία με το Ist. Mario Negri στο Μιλάνο, με στόχο την εφαρμογή ενός νέου προγράμματος που έρχεται να συμβάλλει στη διαδικασία ίασης (recovery). Η καινοτομία έγκειται στη συμμετοχή των χρηστών και των οικογενειών τους στην συνδιαχείριση του θεραπευτικού συμβολαίου, στον σχεδιασμό, στη διεξαγωγή και στην πρόληψη των πιθανών μελλοντικών υποτροπών. Σε αυτό το μοντέλο συμπεριλαμβάνεται (και αυτό αποτελεί πρωτοτυπία και πρωτοπορία) και διαμεσολαβεί ένας τρίτο πρόσωπο –τριτεγγυητής–, ο οποίος παίρνει μέρος στο πλάνο συνδιαχείρισης. Τα μέχρι τώρα δεδομένα από την εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθοδολογίας στην Ιταλία είναι πολύ ενθαρρυντικά και αισιόδοξα.

Συζήτηση-Συμπεράσματα

Το παρόν άρθρο έχει ως στόχο να αναδείξει τον ρόλο του Κέντρου Ημέρας στην αλυσίδα των αποκαταστασιακών δομών και πώς αυτός ο ρόλος μπορεί να διευρυνθεί και να εμπλουτιστεί χρησιμοποιώντας καινοτόμες πρακτικές. Υπογραμμίζει επίσης τα σημεία που χρήζουν άμεσης παρατήρησης και έρευνας για περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας τόσο των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός ΚΗ όσο και της ζωής των ασθενών.

Η ύπαρξη στρατηγικής της ποιότητας βάσει κριτηρίων και διαδικασιών ενισχύει την πιθανότητα θετικότερης έκβασης των υπηρεσιών. Η ίδια η έκβαση ορισμένες φορές έχει διφορούμενο χαρακτήρα, ο οποίος σχετίζεται με τις διάφορες θεωρητικές και κλινικές προσεγγίσεις που επικρατούν. Η συλλογή, ο έλεγχος και οι

μετρήσεις των πληροφοριών και των στοιχείων (διαδικασίες) καθιστά πιο αποτελεσματική τη χρήση των ανεπαρκών πόρων που διατίθενται για την Ψυχική Υγεία. Στον ελληνικό και τον διεθνή χώρο υπάρχουν περιορισμένες πληροφορίες για τις τεκμηριωμένες θεραπευτικές μεθόδους και διαδικασίες (σταθμισμένα επιστημονικά εργαλεία) για τη μέτρηση και αξιολόγηση της πορείας των ασθενών και των προγραμμάτων.^{3,7,11,12,20,42} Επιπλέον, η ποικιλία των μετρήσεων σε διάφορες κοινοτικές υπηρεσίες καθιστά δύσκολο τον ερευνητικό σχεδιασμό σε ευρεία κλίμακα, τον σχολιασμό και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων που γίνονται σε παρόμοια πλαίσια, με παρόμοιο δείγμα πληθυσμού.

Για τη διασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας είναι αναγκαία η δικτύωση και συμπληρωματικότητα των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στον ίδιο Τομέα.

Επιπλέον, ο μεγάλος αριθμός δομών αποκατάστασης ή επαγγελματικής κατάρτισης δίνει προτεραιότητα στην φροντίδα και σταθεροποίηση της ψυχικής κατάστασης των ασθενών, χωρίς να εμπλέκεται στην

δημιουργία προϋποθέσεων πραγματικής ένταξης στη αγορά εργασίας. Γι' αυτούς τους λόγους τα χρονικά όρια των θεραπευτικών συμβολαίων παρατείνονται, οι βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι ξεθωριάζουν, δεν επιτελείται η φυσιολογική διαδικασία του αποχωρισμού και η διασφάλιση της θεραπευτικής συνέχειας και οδηγούμαστε συχνά σε φαινόμενα νεοιδρυματοποίησης.

Οι δραστικές περικοπές από την πλευρά του Υπουργείου δυσχεραίνουν επιπλέον μία εκ φύσεως απαιτητική διαδικασία. Σοβαρά προβλήματα που συνδέονται με τη μη σταθερότητα της χρηματοδότησης, όπως τα φαινόμενα του burn out, η έλλειψη επαρκούς αριθμού δομών, οι δυσκολίες στην τομεοποίηση, η απουσία ισχυρών ομάδων αυτοβοήθειας (οικογενειών και χρηστών), επιφέρουν δυσμενή αποτελέσματα στην οργάνωση, λειτουργία και τον μελλοντικό σχεδιασμό των δομών.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά τους εθελοντές του Κέντρου Ημέρας για την πολύτιμη συνεισφορά στο έργο μας.

Frame of internal functioning and innovative practices in a Day Center for psychotics

K. Papakonstantinou, K. Papadaki, S. Stylianidis

Association of Regional Development and Mental Health, Greece

Psychiatriki 2009, 20:255–261

The Day Center (DC) of EPAPSI (Scientific Association for Regional Development and Mental Health) offers complete psycho-social interventions for the psychotic patients of the 5th Psychiatric Sector, in order to prevent them from relapsing, helps reduce hospitalisation and also works towards psychological and vocational rehabilitation; always aiming at improving the quality of patients' life. Working towards the continuum of care of its patients, the DC applies innovative practises such as: the creation of a community-based supportive network, the running of social clubs, participation in European Programmes concerning the social and vocational rehabilitation of patients, creation of KoiSPE (Limited Liability Social Co-operatives) in co-operation with the Local Authorities, application of new methods of caring and curing, involving the patients in co-running the "therapeutic contract". The successful application of "community psychiatry" and the continuation of psychiatric reform will be accommodated with the contribution and co-operation of "communal" services and the wider public sector as well as the application of new and pioneering programmes.

Key words: Innovative practices, psychosis, community psychiatry, day center, social rehabilitation, community-based supportive network, continuum of care

Βιβλιογραφία

1. Agnetti G, Barbato A, Young J. A systems view of family interventions in residential psychosocial rehabilitation programs. *Int J Mental Health* 1993, 22:73–82
2. Ahuja G. Collaboration networks, structural roles, and innovation: A longitudinal study. *Admin Science Quarterly* 2000, 45:425–455
3. Antony W, Colten M, Farkas M, Gagre C. *Psychiatric Rehabilitation*, 2nd ed. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston, 2002
4. Barton, W.E. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Serv* 1999, 50:525–534
5. Brekke J.S, Jeffry D. Long. Community-Based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in Schizophrenia. *Schizophren Bull* 2000, 26:667–680
6. Catty J, Goddard K, Burns T. Social services and health services Day Care in Mental Health: The social networks and care needs of their users. *Inter J Social Psychiatry* 2005, 51:23–34
7. Catty J, Goddard K, Burns T. Social services day care and health services day care in mental health: do they differ? *Int J Soc Psychiatry* (in press)
8. Catty J, Goddard K, White S, Burns T. Social networks among users of mental health care – Predictors of social contacts and confiding relationships. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005, 49:467–474
9. Catty J. Mental Health Day Centers: Their clients and role. *Psychiatric Bulletin* 2001, 25:61–66
10. Catty J, Burns T, Comas A. Day centers for severe mental illness. *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software, 2001
11. Christodoulou GN, Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ, Scoumbourdis T. From the Leros Asylum to Sheltered Housing in the Community. *Issues in Prevent Psychiatry*, 1999:81–87
12. Christodoulou GN, Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ, Scoumbourdis T, Maniadakis G, Avgoustidis A et al. Leros deinstitutionalization program: Psychopathological parameters in sheltered care residents. *Top in Prevent Psychiatry* 1994, 165:116–124
13. Cresswell CM, Kuipers L, Power MJ. Social networks and support in long-term psychiatric patients. *Psychol Med* 1992, 22:1019–1266
14. Dellario DJ, Antony WA. On the relative effectiveness of institutional and alternative placement for the psychiatrically disabled. *J Social Issues* 1981, 37:21–33
15. Dickerson FB. Strategies that foster empowerment. *Cognitive Behavior Pract* 1998, 5:255–275
16. Fitzsimmons S, Fuller R. Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: a review. *J Ment Health* 2002, 11:481–499
17. Fleury MJ, Mercer C. Integrated local networks as a model for organizing mental health services. *Adm Policy Ment Health* 2002, 30:55–73
18. Goddard K, Burns T, Catty J. The impact of Day Hospital Closure on social networks, clinical status, and service use: A naturalistic experiment. *Comm Mental Health J* 2004
19. Goering PN, Farkas MD, Wasylenki DA, Lancee Wj, Ballantyne, R. Improved functioning for case management clients. *Psychosoc Rehabil J* 1988, 12:3–17
20. Howes JL, Haworth H, Reynolds P, Kavanaugh M. Outcome evaluation of a short-term mental health day treatment program. *Can J Psychiatry* 1997 42:502–508
21. Karidi MV, Papakonstantinou K, Stefanis N, Zvgrafou M, Karamouzi G, Skaltsi P et al. Occupational abilities and performance scale-reliability-validity assessment factor analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005, 40:417–424
22. Karidi MV, Papakonstantinou K, Lebessi A, Pouloudi M, Rabavilas A. The effects of a psychosocial rehabilitation program on the cognitive functioning of chronic schizophrenic patients. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003, 2:S84
23. Kilian R, Lindenbach I, Löbig U, Uhle M, Angermeyer C. Self-perceived social integration and the use of Day Centers of persons with severe and persistent schizophrenia living in the community: a qualitative analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 2001, 36:545–552
24. Leff J. *Care in the Community: Illusion or Reality*. London, Wiley, 1997
25. Mueller DP. Social networks: a promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder. *Soc Sci Med* 1980, 14:147–161
26. Παπαδόπουλος Δ. Οι δραστηριότητες της κοινωνικοποίησης των χρόνιων ψυχικά ασθενών στην ΨΚΑ: ένα μοντέλο πρόληψης, εκπαίδευσης και διαχείρισης δύσκολων συμπεριφορών. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2008, Ιαν-Φεβ-Μάρτιος '08. 108:23–30
27. Παπαδόπουλος Δ, Στυλιανίδης Σ. Η εξατομικευμένη προσέγγιση στη πράξη, το Ατομικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα στην ΨΚΑ. Υπό δημοσίευση. *Ψυχιατρική* 2007
28. Potvin Kent M, Busby K, Johnston M, Wood J, Docherty C. Predictors of outcome in a short-term psychiatric Day Hospital program. *Gen Hospital Psychiatry* 2000, 22:184–194
29. Power PW, Dell Orto AE (eds) *The role of family in the rehabilitation of the physically disabled*. Austin, TX:PRO-ED, 1980
30. Piper WE, Joyce AS, Azim HFA, Rosie JS. Patients characteristics and success in day treatment. *J Nerv Ment Dis* 1994, 182:381–386
31. Piper WE, Rosie JS, Azim HFA, Joyce AS. A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hosp Commun Psychiatry* 1993, 44:757–764
32. Reger G, Wong-McDonald A, Liberman RP. Psychiatric rehabilitation in a Community Mental Health Center. *Rehab Rounds* 2003
33. Savia M, Righetti A. “Cooperatives as a social enterprise in Italy: a place for social integration and rehabilitation” *Acta Psychia Scandi* 1993, 88:238–242
34. Shern DL, Tsemberis S, Anthony WA, Lovell AM, Richmond, L, Felton VJ et al. Serving street dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcome of psychiatric rehabilitation clinical trial. *Am J Public Health* 2000, 90:1873–1878
35. Stromwall LK, Hurdle D. Psychiatric rehabilitation: an empowerment-based approach to mental health services. *Health Soc Work* 2003, 28:206–213
36. Στυλιανίδης Σ. Τοπική ανάπτυξη και ανάγκες του πληθυσμού για ψυχιατρική περίθαλψη. *Πρακτικά του Συνεδρίου: Κοινωνική αλλαγή και η επίδρασή της στην ανθρώπινη συμπεριφορά* 1987, 2-7/11/1987, εκδ. Ειρήνη, 1987, σελ. 27–37
37. Στυλιανίδης Σ. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Προς αναζήτηση μιας ταυτότητας. *Τετρ Ψυχιατρ* 1999, 64:13–20
38. Στυλιανίδης Σ (Επιμέλεια). *Οδηγός Καινοτόμων Δράσεων*, σελ.10. ΜΥΓΕΠ (υπό έκδοση)

39. Στυλιανίδης Σ, Χονδρός ΠΧ. Τοπική Ανάπτυξη και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: προϋποθέσεις για την συγκρότηση ενός νέου παραδείγματος συνεργασίας. *Τετρ Ψυχιατρ* 2004, 85:97-103
40. Στυλιανίδης Σ, Μαυρέας Β. Η αναγκαιότητα της συνεχούς ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, *Ελευθεροτυπία*, 29.9.2003
41. Vaughan PJ. Developments in psychiatric day care. *Br J Psychiatry* 1985, 147:1-4
42. Vidalis AA, Baker GHB. Factors influencing effectiveness of day hospital treatment. *Int J Soc Psychiatry* 1986, 32:1-6
43. Washburn S, Vannicelli M, Longabaugh R, Scheff BJ. A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatients hospitalization. *J Consult Clin Psychol* 1976, 44:665-675

Αλληλογραφία: Κ. Παπακωνσταντίνου, Ψυχίατρος, Επιστημονικός Υπεύθυνος Κέντρου Ημέρας Μελισίων, Αθήνα

Γενικό Άρθρο General Article

Κλινική Ψυχιατρική και Δικαστική Ψυχιατρική: Ομοιότητες και Διαφορές

Α. Μπέκα

Ψυχιατρικό Τμήμα Παιδιών και Εφήβων ΓΝ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2009, 20:262–270

Η εκπαίδευση και εμπειρία που απαιτείται για την επίτευξη του έργου του δικαστικού ψυχιάτρου είναι πολύ διαφορετικές από εκείνες του κλινικού ψυχιάτρου. Μολονότι οι βασικές θεωρητικές γνώσεις και οι πρακτικές δεξιότητες που αποκτά ο ψυχίατρος στην κλασική εκπαίδευσή του είναι απαραίτητο κοινό υπόβαθρο και για τους δύο ρόλους, ωστόσο οι διαφορές είναι πολύ περισσότερες. Όλοι σχεδόν οι μελετητές του χώρου αυτού συμφωνούν ότι η δικαστική ψυχιατρική αποτελεί ξεχωριστό κλάδο, στον οποίο ισχύουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά: ο δικαστικός ψυχίατρος παρέχει τη συνδρομή του κυρίως στο έργο του δικαστηρίου και όχι στον ασθενή, η ορολογία που χρησιμοποιεί θα πρέπει να αποδίδεται με όρους κατανοητούς στους εμπλεκόμενους νομικούς, θα πρέπει να επιστρατεύσει νέες μεθόδους συνέντευξης και να αποκτήσει νέα βάση γνώσεων όπου θα στηρίζει τα συμπεράσματά του, ενώ συγχρόνως θα πρέπει να ελέγχει την αξιοπιστία και εγκυρότητα των λόγων των εξεταζομένων και συχνά να έρχεται σε αντιπαράθεση μαζί τους. Επίσης, ο δικαστικός ψυχίατρος χρειάζεται να κατανοήσει και να αποδεχθεί ότι οι απαντήσεις στα ερωτήματα που του τίθενται απαιτούν συνήθως ένα σημαντικό βαθμό βεβαιότητας, μολονότι συχνά αφορούν σε επεξήγηση ή ερμηνεία πράξεων που έγιναν στο παρελθόν ή προβλέψεις της συμπεριφοράς των εξεταζομένων στο μέλλον. Τέλος, οι περιορισμοί του ιατρικού απορρήτου δεν ισχύουν πάντοτε στις δικαστικές εκτιμήσεις και η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης του δικαστικού ψυχιάτρου σε όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη μπορεί, σε μερικές περιπτώσεις, να προκαλέσει αμφισβήτηση της επαγγελματικής του γνώμης και εμπλοκή του σε πειθαρχικές ή και ποινικές διώξεις. Τα παραπάνω απαιτούν ένα σώμα ειδικά εκπαιδευμένων ψυχιάτρων, οι οποίοι, πλην των άλλων, θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τη βασική νομική γνώση που αφορά στο γνωστικό πεδίο της δικαστικής ψυχιατρικής, καθώς και με τον ιδιαίτερο δεοντολογικό και ηθικό κώδικα που αφορά στις σχετικές επαγγελματικές ενέργειες.

Λέξεις ευρετηρίου: Δικαστική ψυχιατρική, Κλινική ψυχιατρική, διαφορές, ρόλος ψυχιάτρου-πραγματογνώμονα

Εισαγωγή

Ο όρος δικαστική ψυχιατρική, στην αγγλοσαξωνική εκδοχή του –forensic psychiatry–, έχει τις ρίζες του στη λατινική γλώσσα, στην οποία forensis (από το forum) σήμαινε τον τόπο όπου γινόταν οι δίκες κατά τη Ρωμαϊκή εποχή. Σήμερα, ο όρος αυτός αναφέρεται στη σχέση ανάμεσα στην ψυχιατρική και το νόμο και έχει προσδιορισθεί με ποικίλους τρόπους, ανάλογα με τους συγγραφείς ή τις επιστημονικές ενώσεις και άλλα όργανα που έχουν ασχοληθεί με τον τομέα αυτό. Η Αμερικανική Ακαδημία Ψυχιατρικής και Νόμου (American Academy of Psychiatry and Law)¹ ορίζει τη δικαστική ψυχιατρική ως την ιατρική υποειδικότητα που εφαρμόζει κλινικές –και ερευνητικές πρακτικές, σε περιπτώσεις στις οποίες χρειάζεται να διερευνηθούν θέματα νομικής φύσεως. Τέτοια θέματα περιλαμβάνουν περιπτώσεις βίας, ποινικού καταλογισμού, αστικής και ποινικής ευθύνης, επιμέλειας ανηλίκων, σωματικών βλαβών, κ.ο.κ. Σε πρόσφατη ανασκόπηση της κατάστασης σε σχέση με τη δικαστική ψυχιατρική στις χώρες της ΕΕ, οι Gordon & Lindqvist (2007)² αναφέρουν ότι το στοιχείο-κλειδί (key element) στους ορισμούς της δικαστικής ψυχιατρικής στις χώρες αυτές αποτελεί η αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχικής υγείας και νόμου, και η ανάγκη να καταθέσει ο δικαστικός ψυχίατρος την επαγγελματική του γνώμη και εξειδικευμένη γνώση, τόσο σε πολιτικά όσο και σε ποινικά δικαστήρια, ενώ το γνωστικό αντικείμενο της υποειδικότητας αυτής της ψυχιατρικής βασικά σχετίζεται με την εκτίμηση και θεραπεία ατόμων με ψυχική διαταραχή που εκδηλώνουν αντικοινωνική ή βίαιη συμπεριφορά.

Ένας άλλος ορισμός³ είναι αυτός που θεωρεί ότι η δικαστική ψυχολογία και ψυχιατρική είναι «η εφαρμογή της ψυχολογικής έρευνας, θεωρίας και πρακτικής καθώς και παραδοσιακών αλλά και εξειδικευμένων μεθόδων και τεχνικών (π.χ. συνέντευξης, ψυχολογικών δοκιμασιών, κ.λπ.) προκειμένου να απαντηθούν συγκεκριμένα ερωτήματα που τίθενται από τους εκπροσώπους του νόμου στους λειτουργούς της ψυχικής υγείας». Στην ελληνική βιβλιογραφία ο Γ. Αλεβιζόπουλος στο έργο του «Δικαστική Ψυχιατρική»,⁴ αναφέρει ότι «η δικαστική ψυχιατρική είναι εκείνο το τμήμα της, το οποίο ασχολείται με τους ασθενείς και τα προβλήματά τους στο χώρο της αλληλεμπλοκής με το νόμο», ενώ ο Μ. Λειβαδίτης

στο έργο «Ψυχιατρική και Δίκαιο», τονίζει ότι «η Νομική Ψυχιατρική μελετά ζητήματα προστασίας εννόμων συμφερόντων και εφαρμογής του νόμου σε συνθήκες ύπαρξης ψυχικών προβλημάτων ή διαταραχών».⁵

Σημαντικό έργο των ψυχιάτρων (πλην του ρόλου τους στη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών) αποτελεί η μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς, με στόχο να βοηθήσουν τους ανθρώπους να την κατανοήσουν και να την αλλάξουν, εφόσον αυτή τους δημιουργεί προβλήματα. Ωστόσο ο ρόλος των ψυχιάτρων –και γενικότερα των ειδικών της ψυχικής υγείας– όταν αξιολογούν τη συμπεριφορά στα πλαίσια του κλινικού και θεραπευτικού τους έργου, σε σχέση με το ρόλο τους όταν ενεργούν στα πλαίσια των ορίων της δικαστικής ψυχιατρικής, εμφανίζει μεγάλες διαφοροποιήσεις.⁶⁻⁸ Η κατανόηση των διαφοροποιήσεων αυτών είναι αναγκαία, τόσο για τους ίδιους όσο και για τους νομικούς, ιδιαίτερα τους δικαστικούς και εισαγγελικούς λειτουργούς.

Ποιες είναι οι σημαντικότερες ομοιότητες και ποιες οι διαφορές;

Οι ομοιότητες των δύο αυτών δραστηριοτήτων αφορούν οπωσδήποτε στο κοινό τους όνομα, τουλάχιστον στο δεύτερο συστατικό του (ψυχιατρική), γεγονός που παραπέμπει στην άσκησή τους από πρόσωπα που καταρχήν είναι γιατροί και μάλιστα ψυχίατροι. Εξ αυτού συνάγεται ότι το γνωστικό αντικείμενο των δύο δραστηριοτήτων έχει αρκετά συναφή πεδία: γνώση της φυσιολογικής ανάπτυξης, της ψυχοπαθολογίας, των δυναμικών του ατόμου και της οικογένειας, κατανόηση των επιπτώσεων του νοητικού δυναμικού και των διαφόρων νοσολογικών οντοτήτων, όπως και των διαταραγμένων σχέσεων, στην ανθρώπινη συμπεριφορά, γνώση βασικών τεχνικών επικοινωνίας, συνέντευξης και ψυχολογικής-ψυχιατρικής αξιολόγησης.

Ωστόσο οι διαφορές είναι πολύ περισσότερες. Αυτές συνοψίζονται στον πίνακα 1 και αναπτύσσονται στη συνέχεια.

Διαφορά ρόλων

Στην κλινική του εργασία ο ειδικός της ψυχικής υγείας ασχολείται με τη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενούς του. Και στις δύο περιπτώσεις ο ρόλος του είναι να βοηθήσει τον ασθενή του να απαλλαγεί

Πίνακας 1. Διαφορές Κλινικής και Δικαστικής Ψυχιατρικής

Οι διαφορές	Κλινική Ψυχιατρική	Δικαστική Ψυχιατρική
1. Ρόλος του ψυχιάτρου	Ο ψυχίατρος παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή	Ο ψυχίατρος-πραγματογνώμονας παρέχει τη συνδρομή του στο δικαστικό σύστημα
2. Βαρύτητα των διαγνωστικών όρων	Η διάγνωση είναι σημαντική για την κατανόηση του προβλήματος και τη θεραπεία	Η διάγνωση χρειάζεται να διατυπωθεί με νομικούς όρους
3. Βάση των συμπερασμάτων του ψυχιάτρου	Τα συμπεράσματα βασίζονται σε παραδοσιακές γνώσεις και δεξιότητες του ψυχιάτρου	Τα συμπεράσματα βασίζονται σε νέες γνώσεις και δεξιότητες που χρειάζεται να έχει αποκτήσει
4. Τρόπος κατανόησης/κατηγοριοποίησης των συμπεριφορών	Ο ψυχίατρος κατανοεί την ανθρώπινη συμπεριφορά ως συνεχή	Στη δικαστηριακή πρακτική συχνά ζητούνται διχοτομικές απαντήσεις
5. Βαθμός εμπιστοσύνης και αντιπαράθεσης	Ο ψυχίατρος θεωρεί καταρχήν αληθή όσα αναφέρει ο ασθενής και σπάνια αντιπαράθεται μαζί του	Ο ψυχίατρος χρειάζεται να 'ελέγχει' και να επιβεβαιώνει όσα λέγονται από τους εμπλεκόμενους
6. Χρόνος εκτίμησης	Η εκτίμηση του ψυχιάτρου αφορά συνήθως στο τι συμβαίνει στον ασθενή κατά τον παρόντα χρόνο	Οι δικαστικές εκτιμήσεις αφορούν συχνά το παρελθόν και το μέλλον
7. Βεβαιότητα των συμπερασμάτων	Στην καθημερινή ψυχιατρική πρακτική τα συμπεράσματα μπορούν να διατυπωθούν με άλλοτε άλλη βεβαιότητα	Στις δικαστικές εκτιμήσεις ζητείται εύλογος βαθμός βεβαιότητας και συχνά απόλυτη βεβαιότητα
8. Κοινοποίηση και συνέπειες της ψυχιατρικής έκθεσης	Η έκθεση-γνωμάτευση του κλινικού ψυχιάτρου κοινοποιείται με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς και τα πορίσματα συνήθως δεν αμφισβητούνται	Η έκθεση πραγματογνωμοσύνης κοινοποιείται σε όλες τις αντίδικες πλευρές και συχνά η γνώμη του πραγματογνώμονα αμφισβητείται (ενώ ενδέχεται και να διωχθεί πειθαρχικά ή να οδηγηθεί προς κρίση ενώπιον του δικαστηρίου)
9. Βασική εκπαίδευση για την άσκηση των ρόλων	Ο κλινικός ψυχίατρος διαθέτει συστηματική εκπαίδευση και εξοικείωση με θεωρία και τεχνικές διάγνωσης και αντιμετώπισης των ψυχιατρικών διαταραχών	Ο δικαστικός ψυχίατρος συχνά στερείται ειδικής εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης για να αξιολογήσει τους παραπεμπόμενους και να απαντήσει στα ιατρονομικά ερωτήματα
10. Ιατρικό απόρρητο	Στη σχέση γιατρού-ασθενούς ισχύει το ιατρικό απόρρητο	Στη σχέση πραγματογνώμονα-ασθενούς δεν ισχύει το ιατρικό απόρρητο

από τα συμπτώματά του και να επιτύχει την αποκατάστασή του. Στο ρόλο του πραγματογνώμονα όμως, ο στόχος του ψυχιάτρου, όπως και του ψυχολόγου είναι πολύ διαφορετικός: πρέπει να κρατά αποστάσεις, να είναι ουδέτερος^{9,10} και αντικειμενικός και να χρησιμοποιήσει τα αποτελέσματα της εκτίμησής του για να υποβοηθήσει όχι τον ασθενή του, αλλά το δικαστή που τον διόρισε.¹¹ Τελικά τίθεται ένα ερώτημα που αφορά στο ποιος είναι ο «πελάτης» ή ο αποδέκτης των υπηρεσιών του ψυχιάτρου στις δικαστικές εκτιμήσεις. Έχει υποστηριχθεί ότι πελάτης είναι το παιδί και η οικογένειά του, οι διάδικοι, οι δικηγόροι, ο δικαστής ή ο εισαγγελέας, και τελικά όλοι όσοι θα ωφεληθούν από την επαγγελματική γνώμη του ψυχιάτρου: η κοινωνία ολόκληρη.¹²

Η σημασία της διάγνωσης ή η διαφορετική βαρύτητα των διαγνωστικών όρων

Στην κλινική του εργασία ο ψυχίατρος χρησιμοποιεί τη διάγνωση κυρίως για να καθορίσει την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Επίσης, ιδίως σε άλλες χώρες, η διάγνωση παίζει σημαντικό ρόλο και σε θέματα ασφαλιστικού χαρακτήρα (αν η ασφάλεια θα καταβάλει τα έξοδα της νοσηλείας ή της εξωνοσοκομειακής θεραπείας του ασθενούς). Στη δικαστική όμως εκτίμηση που καλείται να κάνει ο ψυχίατρος, η διάγνωση δεν παίζει τόσο σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, στις περιπτώσεις ανάθεσης της επιμέλειας και ρύθμισης της επικοινωνίας, η διάγνωση (μετά από κατάλληλη εκτίμηση) τόσο των γονέων όσο και των παιδιών δεν έχει πρωταρχική σημασία για την από-

φαση που θα πάρει ο δικαστής. Αντίθετα, σε αρκετές περιπτώσεις ο ψυχίατρος καλείται να «μεταφράσει» νομικούς όρους ή χαρακτηρισμούς σε ψυχιατρικούς, τους οποίους και μπορεί στη συνέχεια να αξιολογήσει.¹³ Για παράδειγμα, το άρθρο 34 του Ποινικού μας Κώδικα¹⁴ ορίζει ότι «η πράξη δεν καταλογίζεται στο δράστη όταν τη διέπραξε λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν είχε τη δυνατότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό». Για τον ψυχίατρο οι έννοιες της νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών και της διατάραξης της συνείδησης έχουν συνήθως εντελώς διαφορετικό νόημα, υπό το πρίσμα και των διαγνωστικών κριτηρίων των ψυχικών νοσημάτων, με τα οποία ασχολείται.

Τα θεμέλια στα οποία βασίζονται τα ιατρικά συμπεράσματα είναι διαφορετικά

Στη συνήθη κλινική πρακτική, τα συμπεράσματα των ψυχιάτρων βασίζονται στο ιστορικό, την κατανόηση των προβλημάτων από κάποια θεωρητική σκοπιά (π.χ. ψυχοδυναμική, συστημική κ.λπ.), τις ψυχολογικές δοκιμασίες, την κλινική εξέταση και τα διαγνωστικά κριτήρια. Οι γνωματεύσεις που συντάσσει συνήθως ένας ψυχίατρος βασίζονται στα παραπάνω και τα συμπεράσματά του έχουν άμεση σχέση με τη διάγνωση, την ψυχοδυναμική κατανόηση και το νοητικό δυναμικό του ασθενούς του. Στις εκτιμήσεις για δικαστικούς σκοπούς όμως, αυτό δεν είναι αρκετό. Εδώ πρέπει να εκτιμηθούν άλλου τύπου συμπεριφορές («ψυχονομικές» συμπεριφορές) και να απαντηθούν συγκεκριμένα ερωτήματα που έχουν σχέση με αυτές: Είναι κατάλληλη η μητέρα να αναλάβει την επιμέλεια του παιδιού της, ως μόνος γονέας; Πατί αρνείται ο 7χρονος γιος να βλέπει τον πατέρα του; Πώς επηρεάστηκε η 4χρονη κόρη που είδε τον πατέρα της να σκοτώνει τη μητέρα της; Τι είδους επικοινωνία πρέπει να έχει η έφηβη κόρη με τον πατέρα της που ασελγούσε στον μικρότερο αδελφό της; Οι γνώσεις που απαιτούνται για να απαντηθούν τα ερωτήματα αυτά είναι γνώσεις της σύγχρονης έρευνας στα σχετικά πεδία, αλλά και γνώσεις που απαιτούν εκπαίδευση και εξοικείωση του ψυχιάτρου με τις διαδικασίες εκτίμησης και αξιολόγησης ανηλίκων και ενηλίκων με ανάλογες εμπειρίες.

Διαφορετική κατανόηση και κατηγοριοποίηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς

Οι ψυχολόγοι και οι ψυχίατροι έχουν εκπαιδευθεί να «βλέπουν» ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά εμπνέει σε ένα συνεχές: δεν υπάρχουν μόνον καλές και κακές συμπεριφορές, καλές και κακές προθέσεις, αλλά και ενδιάμεσες καταστάσεις, αμφιθυμία, και γενικά τα προβλήματα είναι καθορισμένα από πολλούς παράγοντες, αλλά και οι λύσεις είναι πολυπαραγοντικές. Στο δικαστήριο συχνά τα ερωτήματα που τίθενται είναι διχοτομικά: διέπραξε ή όχι την πράξη ο κατηγορούμενος, είναι ένοχος ή αθώος, είναι ψυχικά υγιής ή τρελός; Η καλύτερη λύση είναι το παιδί να ανατεθεί στην επιμέλεια της μητέρας ή του πατέρα του; Η πραγματικότητα δυστυχώς είναι ότι συχνά «καλύτερες λύσεις» δεν υπάρχουν, υπάρχει μόνον η λιγότερο βλαπτική λύση (the least detrimental alternative).¹⁵

Διαφορετικός βαθμός εμπιστοσύνης στις απαντήσεις του ασθενούς

Οι ψυχίατροι γενικά δεν συνηθίζουν να αντιπαρατίθενται με τους ασθενείς τους σχετικά με το αληθές του περιεχομένου των λόγων των τελευταίων. Είναι μέρος της εκπαίδευσής τους να θεωρούν ότι όσα «φέρνει» ο ασθενής στη συνεδρία αποτελούν μέρος της πραγματικότητας γι' αυτόν και, είτε αυτά είναι αληθή είτε όχι, μπορεί να αξιοποιηθούν για να βοηθηθεί ο ασθενής να κατανοήσει τον εαυτό του και τις σχέσεις του με το θεραπευτή και με τους άλλους ανθρώπους. Εξάλλου, οι ανακρίβειες αποδίδονται περισσότερο σε μια έλλειψη εναισθησίας του ατόμου, παρά σε σκόπιμη προσπάθειά του να παραπλανήσει το γιατρό. Ωστόσο τα πράγματα είναι διαφορετικά όταν εξετάζονται άτομα στα πλαίσια δικαστικών εκτιμήσεων. Εδώ τα άτομα προσπαθούν να δημιουργήσουν τις καλύτερες δυνατές εντυπώσεις για το άτομό τους και σκόπιμα αποκρύπτουν πληροφορίες και διαστρέφουν γεγονότα ή παρουσιάζουν επιπλέον αναληθή στοιχεία. Ο πραγματογνώμονας δεν μπορεί να ακούσει όσα θα του πουν οι εμπλεκόμενοι αδιαμαρτύρητα: χρειάζεται να διασταυρώσει τις πληροφορίες που παίρνει και από άλλες πηγές, να αντιπαρατεθεί σε αντιφατικά στοιχεία που του εκτίθενται, δημιουργώντας συχνά μια κατάσταση εν είδει αντιδικίας ακόμη και μέσα στο γραφείο του. Η σχέση που δημιουργεί με τους εμπλεκόμενους είναι συχνά

άβολη, τόσο για εκείνους όσο και για τον ίδιο. Ακόμη μπορεί να χρειασθεί να χρησιμοποιήσει ψυχολογικές δοκιμασίες για να διακριβώσει το βαθμό ψευδολογίας, προσποίησης και παρουσίας ή απουσίας ψυχικής νόσου. Έχει μάλιστα υποστηριχθεί ότι οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στις δικαστικές εκτιμήσεις μπορεί να είναι βλαπτικές για τον εξεταζόμενο, καθώς πρέπει να πιεσθεί να μιλήσει για τραυματικά ή συναισθηματικά φορτισμένα γεγονότα, για τα οποία αντιλαμβάνεται ότι είναι προς το συμφέρον του να αποκρύψει την αλήθεια.¹⁶

Οι εκτιμήσεις για κλινικούς και για δικαστικούς σκοπούς συχνά αφορούν σε διαφορετικούς χρόνους

Όταν εξετάζεται ένας ασθενής, σχεδόν πάντα τα ερωτήματα που τίθενται στο γιατρό αφορούν στο παρόν: έχει ή δεν έχει ψυχική νόσο τώρα; Ωστόσο, στις δικαστικές εκτιμήσεις τα ερωτήματα πολύ συχνά αφορούν το παρελθόν ή το μέλλον.¹⁷ Για παράδειγμα, ποια ήταν η ψυχική κατάσταση του δράστη όταν τέλεσε το έγκλημα, μήνες ή και χρόνια πριν; Υπάρχει κίνδυνος υποτροπής της παραβατικότητας ανηλίκου στο μέλλον; Ή, σε περιπτώσεις σωματικών βλαβών από ατύχημα, ποια ήταν η διανοητική κατάσταση του θύματος πριν το ατύχημα και ποια αναμένεται να είναι στο μέλλον;

Στις δικαστικές εκτιμήσεις απαιτείται διαφορετικό επίπεδο βεβαιότητας των συμπερασμάτων

Στην επιστημονική ορολογία, για να είναι στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα μιας έρευνας πρέπει ο στατιστικός συντελεστής να είναι τουλάχιστον 0,05, δηλαδή ο ερευνητής να είναι 95% βέβαιος ότι τα αποτελέσματά του συνδέονται με τις μεταβλητές που μελετά και ότι δεν οφείλονται στην τύχη. Στη δικαστηριακή πρακτική όμως τα πράγματα δεν είναι έτσι. Για διάφορες παράνομες πράξεις χρειάζεται διαφορετικός βαθμός βεβαιότητας, ώστε να προχωρήσει ο δικαστής στην επιβολή των κατάλληλων μέτρων ή ποινών. Πιθανολόγηση της τέλεσης της πράξης είναι αρκετή σε μερικές περιπτώσεις όπου επιβάλλονται προσωρινά μέτρα, ωστόσο σε άλλες περιπτώσεις ανάλογα με το νομικό θέμα και το ποιος έχει το βάρος της απόδειξης, μπορεί να απαιτείται η ύπαρξη ενδείξεων, αποχρωσών ενδείξεων ή πλήρους απόδειξης. Από τον ψυχίατρο πραγματογνώμονα ζη-

τείται να γνωμοδοτήσει αν τα συμπεράσματά του, στηριζόμενα στα αποδεικτικά στοιχεία και τις πληροφορίες που συγκέντρωσε, όπως και στις εκτιμήσεις του, έχουν εύλογο βαθμό βεβαιότητας, ή και πλήρη βεβαιότητα, όπως και να αποφανθεί για ποιο λόγο θα έπρεπε να αποκλεισθούν άλλοι λόγοι των συμπεριφορών των εμπλεκόμενων μερών (π.χ. προσποίηση). Συχνά στα ερωτήματα που του τίθενται ζητούν να απαντήσει εάν τελέστηκε ή όχι μια άδικη πράξη, για παράδειγμα αυτή της κακοποίησης ανηλίκου, και η αδυναμία σίγουρης διχοτομικής απάντησης (ναι ή όχι), καθιστά, κατά τη γνώμη των δικαστών, την όλη διαδικασία ανάθεσης της πραγματογνωμοσύνης και την απώλεια του χρόνου που απαιτήθηκε για τη διεξαγωγή της, άχρηστη και επιβαρυντική.

Ο ψυχίατρος στο ρόλο του πραγματογνώμονα τελικά είναι υπόλογος σε μια μεγάλη ομάδα ανθρώπων

Όταν ένας ψυχίατρος εξετάζει έναν ασθενή και συντάσσει μια γνωμάτευση, ο τελευταίος έχει παραπεμφθεί από ένα συγκεκριμένο πρόσωπο, συνήθως επαγγελματία υγείας, που έχει εμπιστοσύνη στο έργο του ψυχιάτρου. Το τι κάνει ο ψυχίατρος με τον ασθενή του σπάνια ελέγχεται, ενώ τα συμπεράσματά του κατά κανόνα θεωρούνται αυθεντικά και αξιόπιστα. Αντίθετα, στις πραγματογνωμοσύνες η έκθεση του ψυχιάτρου καταλήγει στα χέρια πολλών και αντιδικούντων μεταξύ τους παραγόντων και συχνά αυτός υποβάλλεται σε διαδικασία κατ' αντιπαράθεσιν ερωτήσεων σε επακολουθούσα δίκη, ή και σε αμφισβήτηση της επαγγελματικής του γνώμης και μερικές φορές μπορεί να μηνύεται από τους διαδίκους ή και να κατατίθεται αγωγή εις βάρος του για αποζημίωση τους, λόγω ηθικής βλάβης. Επίσης, μερικές φορές ψυχίατροι μπορεί να παραπεμφθούν σε πειθαρχικά όργανα ιατρικών συλλόγων ή να κληθούν σε απολογία από τις διοικήσεις νοσηλευτικών ιδρυμάτων στα οποία εργάζονται, μετά από καταγγελίες δικηγόρων ή διαδίκων ότι τους αδίκησαν. Η κατάσταση αυτή είναι φυσικό να προκαλεί αυξημένο άγχος στους ψυχίατρος πραγματογνώμονες, ακόμη και στους τεχνικούς συμβούλους, οι οποίοι συχνά αποποιούνται της ευθύνης να αναλάβουν τη διεκπεραίωση μιας δικαστικής πραγματογνωμοσύνης.

Η εκπαίδευση για την άσκηση των αντίστοιχων έργων είναι πολύ διαφορετική

Μια εξαιρετικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην κλινική και τη δικαστική ψυχιατρική είναι ότι για την πρώτη προβλέπεται συγκεκριμένη εκπαίδευση και πιστοποίηση της εκπαίδευσης, ώστε να ασκείται η ειδικότητα με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα προς όφελος των ασθενών, ενώ για τη δεύτερη δεν υπάρχει συνήθως η απαιτούμενη εκπαίδευση στη διάρκεια της ειδίκευσης των ψυχιάτρων, και παράλληλα είναι ελάχιστα τα μετεκπαιδευτικά σεμινάρια, τα οποία προσφέρουν αυτά που είναι απαραίτητα να γνωρίζει ο δικαστικός ψυχίατρος.¹⁸

Η εμπιστευτικότητα και το ιατρικό απόρρητο έχουν εκ διαμέτρου αντίθετη ισχύ

Στη σχέση γιατρού-ασθενούς, το θέμα του ιατρικού απορρήτου αποτελεί ρητή δεοντολογική και νομική δέσμευση και οι δύο πλευρές θεωρούν εκ των προτέρων δεδομένο ότι «όσα λέγονται μέσα στους τοίχους του ιατρείου παραμένουν με ασφάλεια στο χώρο αυτό». Η ιδιαίτερη και προσωπική αυτή σχέση αναπόφευκτα καταργείται από τη στιγμή που στον γιατρό και ιδιαίτερα στον ψυχίατρο-πραγματογνώμονα ανατίθεται να διενεργήσει εκτίμηση για δικαστικούς σκοπούς.⁹ Στις περιπτώσεις μάλιστα αυτές η δεοντολογία επιβάλλει τη σαφή και λεπτομερή ενημέρωση του εκτιμώμενου ατόμου για το σκοπό της εξέτασής του¹⁹ και για τα πρόσωπα, τα οποία θα λάβουν γνώση της έκθεσης που θα συνταχθεί. Εντούτοις, ο ψυχίατρος-πραγματογνώμων συνεχίζει να έχει την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου έναντι τρίτων προσώπων, τα οποία δεν σχετίζονται με τη διενέργεια της πραγματογνωμοσύνης.⁶ Η άρση του απορρήτου δεν ισχύει επίσης στις περιπτώσεις όπου ο ψυχίατρος καλείται να καταθέσει στο δικαστήριο την επαγγελματική του γνώμη για άτομο, το οποίο ήταν ασθενής του και του έχει αποκαλύψει εμπιστευτικές πληροφορίες, με βάση τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Ο ψυχίατρος τότε δεν υποχρεούται να αποκαλύψει τις πληροφορίες που έμαθε στα πλαίσια άσκησης του λειτουργημάτων του, αντίθετα, έχει το δικαίωμα και ενώπιον του δικαστηρίου να επικαλεσθεί το ιατρικό απόρρητο και να μην καταθέσει (άρθρο 212 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας).

Μέσα από όλες αυτές τις παραμέτρους γίνεται φανερό ότι οι ψυχίατροι (όπως και οι παιδοψυχίατροι)

δεν έχουν a priori τις προϋποθέσεις να ασκούν το έργο του πραγματογνώμονα, του τεχνικού συμβούλου ή και γενικά του βοηθού του δικαστηρίου, με τις διάφορες μορφές που προβλέπει η (ελληνική αλλά και η διεθνής) νομοθεσία. Ο πρόσφατος νόμος 3625/2007 (ΦΕΚ τεύχος Α', αρ. φύλλου 290, 24/12/2007) που προβλέπει παρουσία παιδοψυχολόγου ή παιδοψυχιάτρου σε κάθε περίπτωση εξέτασης ανήλικων ενώπιον προανακριτικών, ανακριτικών ή δικαστικών αρχών αποτελεί ένα μόνον παράδειγμα της νέας, μη αποκτημένης, γνώσης που πρέπει να διαθέτουν οι ειδικοί της ψυχικής υγείας για να ανταποκριθούν στο έργο αυτό: ποιος είναι ο ρόλος τους σε μια τέτοια περίπτωση; Τι ακριβώς θα πρέπει να κάνουν; Να εξετάσουν αυτοί τον ανήλικο λαμβάνοντας γνώση των ερωτημάτων που τίθενται για την αρμόδια αρχή; Να υποδείξουν τα ερωτήματα που πρέπει να τεθούν, καθώς και τον τρόπο υποβολής τους; Να εξηγήσουν (στον ελάχιστο χρόνο που θα έχουν στη διάθεσή τους) στον ανακριτικό υπάλληλο με ποιο τρόπο θα υποβάλλει ανοιχτές και όχι κλειστές ερωτήσεις, πώς αυτές δεν θα πρέπει να είναι καθοδηγητικές και πώς θα προχωρήσει από τις γενικότερες στις ειδικότερες; Ποιος θα είναι ο ρόλος τους, εάν διαπιστώσουν ότι ο ανήλικος παραπλανάται ή κακοποιείται λεκτικά ή και σωματικά, από τη διαδικασία της εξέτασης;

Ένα άλλο παράδειγμα αποτελεί η προσπάθεια της πολιτείας να αναθέσει σε ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων την πραγματογνωμοσύνη που αφορά εκτίμηση ατόμων για εξάρτηση από ουσίες. Η εκτίμηση της παρουσίας εξάρτησης από ουσίες μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολη και απαιτεί χρόνο, κατάλληλα εκπαιδευμένο και αριθμητικά επαρκές προσωπικό και εργαστηριακή υποδομή. Και στην περίπτωση αυτή, οι ψυχίατροι –πλην όσων έχουν εξειδικευθεί στην αντιμετώπιση εξάρτησης χρηστών– δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση να αναλάβουν το σχετικό έργο. Ειδικότερα, όσον αφορά στα περιστατικά εφήβων ατόμων με εξάρτηση, αυτά χρειάζονται ιδιαίτερη μεταχείριση και πολύ χρόνο προκειμένου να διαγνωσθεί η ενδεχόμενη εξάρτησή τους (π.χ. για να εξετασθούν οι γονείς και κηδεμόνες τους καθώς και τα ίδια, να ληφθεί πλήρες ιστορικό από αυτούς αλλά και πληροφορίες από το σχολείο ή άλλες κοινωνικές υπηρεσίες που τους παρακολουθούν και να γίνει παρατήρηση της συμπεριφοράς τους επί μακρό χρονικό διάστημα). Η εφάπαξ εξέτασή τους ή η σύ-

ντομη, ολιγώρη ή και ολιγοήμερη παραμονή τους στην κλινική δεν εξασφαλίζει τη διάγνωση. Επιπλέον, η τυχόν παραμονή και ο συγχρωτισμός εφήβων χρηστών ουσιών (π.χ. για να εκδηλωθεί το σύνδρομο στέρησης, ώστε να επιβεβαιωθεί η παρουσία τοξικομανίας), με παιδιά και εφήβους με ψυχικές διαταραχές που νοσηλεύονται στα παιδοψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, αποτελεί ουσιαστική αντένδειξη, με καταστροφικές συνέπειες και για τις δύο ομάδες, κυρίως όμως για τα παιδιά και εφήβους με ψυχική διαταραχή. Τέλος, η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού σε θέματα χρήσης ουσιών θα έθετε σε άμεσο κίνδυνο τη σωματική υγεία των χρηστών, επειδή αυτοί ενδέχεται να εμφανίσουν επικίνδυνα συμπτώματα τοξίκωσης ή στερητικού συνδρόμου, τα οποία οι παιδοψυχίατροι δεν έχουν τη γνώση και εμπειρία, ούτε και τα μέσα να αντιμετωπίσουν. Στις περιπτώσεις αυτές θα έπρεπε να ληφθεί υπόψιν ότι τα εξαρτημένα άτομα προσπαθούν να αποδείξουν ότι είναι χρήστες, ώστε να έχουν ευνοϊκή μεταχείριση από το νόμο (επιβολή μειωμένης ποινής), οπότε και μπορεί να επιδοθούν σε ποικίλες παρελκυστικές πρακτικές, ώστε να παραπλανήσουν τους ψυχιάτρους-πραγματογνώμονες.

Εστιάζοντας συνοπτικά στους βασικούς κανόνες που διέπουν την εργασία του ψυχιάτρου-πραγματογνώμονα:

- Ο ψυχίατρος πρέπει να διαθέτει τη δέουσα εκπαίδευση και πιστοποίηση ότι είναι κατάλληλος να ασκεί την εξειδικευμένη εργασία της δικαστικής ψυχιατρικής¹⁶
- Η πραγματογνωμοσύνη συνήθως δεν μπορεί να γίνεται με τη διαδικασία του επείγοντος. Η απάντηση των εξειδικευμένων ιατρονομικών ερωτημάτων στα οποία καλείται να εκφράσει επαγγελματική γνώμη ο πραγματογνώμονας απαιτεί πολύ χρόνο, και ειδικότερα για τις παιδοψυχιατρικές πραγματογνωμοσύνες, ο χρόνος αυτός δεν μπορεί να είναι μικρότερος του τριμήνου.
- Έχει υποστηριχθεί με έμφαση²⁰ ότι οι πραγματογνώμονες δεν θα πρέπει να ασχολούνται με κλινικό έργο, ή ότι θα πρέπει να ασχολούνται στο μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους με τις δικαστικές εκτιμήσεις. Η άποψη αυτή, μολονότι ίσως ακούγεται ακραία στον ελληνικό χώρο, βασίζεται τόσο σε πρακτικές ιδιομορφίες του σχετικού έργου (απαιτεί

πολύ χρόνο και αφοσίωση), όσο και στις ιδιότητες που χρειάζεται να αποκτήσει ο πραγματογνώμονας, εκείνες του σκεπτικισμού και της αναζήτησης της αλήθειας μέσω και της ανάλυσης των πιθανοτήτων να ισχύουν ή όχι όσα πληροφορείται.

- Ο πραγματογνώμονας δεν μπορεί να είναι συγχρόνως ο θεραπευτής ιατρός^{21,22} της υπό δικαστική εκτίμηση περίπτωσης. Ο κανόνας αυτός έχει δύο βασικές συνέπειες:

(1) η πραγματογνωμοσύνη δεν θα πρέπει να ανατίθεται σε κλινικές ή τμήματα, όπου συγχρόνως παραπέμπεται το άτομο για θεραπεία, αντίθετα θα πρέπει να ανατίθεται σε έναν ή περισσότερους πραγματογνώμονες από τον κατάλογο που τηρείται στα Πρωτοδικεία της χώρας. Η θεραπεία του ατόμου μετά την ολοκλήρωση της πραγματογνωμοσύνης, εάν είναι αναγκαία, δεν θα πρέπει να αναλαμβάνεται από τον πραγματογνώμονα, αλλά από τρίτο, κατάλληλο για το σκοπό αυτό, ειδικό της ψυχικής υγείας.*

(2) Σε περίπτωση που το άτομο, το οποίο παραπέμπεται για ψυχιατρική εκτίμηση για δικαστικούς σκοπούς, ήταν ήδη σε ψυχιατρική θεραπεία ή σε κάποια μορφής σχέση με τον πραγματογνώμονα, η σχέση αυτή θα πρέπει να αποτελεί κώλυμα διορισμού του τελευταίου, ή τουλάχιστον, να έχει αυτός το δικαίωμα να αρνηθεί εξ αυτού του λόγου τον διορισμό του.

- Ο ψυχίατρος πρέπει να αποκτήσει γνώση και εξοικείωση με τη βασική νομική γνώση που αφορά το γνωστικό πεδίο της δικαστικής ψυχιατρικής,²³ καθώς και με τον ιδιαίτερο δεοντολογικό και ηθικό κώδικα που αφορά τις σχετικές επαγγελματικές ενέργειες.

* Σημειώνεται ότι ο διορισμός των πραγματογνώμωνων γίνεται από κατάλογο που τηρείται στα πρωτοδικεία των νομών, ο οποίος συντάσσεται κατ' έτος, περιλαμβάνονται δε σε αυτόν όσοι ψυχίατροι κάνουν σχετική αίτηση. Η επιλογή του πραγματογνώμονα γίνεται από τον δικαστή, συνήθως κατά σειράν του καταλόγου, ενώ είναι δυνατόν να διορισθούν και πρόσωπα εκτός του καταλόγου. Η καταλληλότητα των αιτουμένων να συμπεριληφθούν στους καταλόγους πραγματογνώμωνων δεν ελέγχεται με βάση κριτήρια, π.χ. την εκπαίδευση και εμπειρία τους ή την ύπαρξη τίτλων, που να αποδεικνύουν την καταλληλότητά τους να εκτελέσουν το σχετικό έργο.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η δικαστική ψυχιατρική διαφέρει σημαντικά από την καθημερινή κλινική ψυχιατρική πράξη. Συνοψίζοντας αυτή τη, σχετικά σύντομη, αναφορά στις διαφοροποιήσεις ανάμεσα στην άσκηση της κλινικής και της δικαστικής ψυχιατρικής θα ήταν χρήσιμο να τονισθεί ότι, καθώς τα φαινόμενα βίας, κακοποίησης, διάλυσης της οικογένειας και των θεσμών γενικά, αυξάνονται, η ετυμηγορία των λειτουργιών του νόμου γίνεται όλο και πιο δύσκολο να διατυπωθεί με ασφαλή τρόπο χωρίς τη βοήθεια εξειδικευμένης γνώσης και εμπειρίας των ειδικών. Για τούτο καθίσταται επιτακτική η ανάγκη να προσδιορισθούν εξ αρχής οι προϋποθέσεις άσκησης του λειτουργήματος του ψυχιάτρου-πραγματογνώμονα, το οποίο, ειρήσθω εν παρόδω, είναι πολύ διαφορετικό από όσα συνήθως πράττει ή αναμένεται να πράξει ένας πραγματογνώμονας άλλης (μη ιατρικής, αλλά και ιατρικής) ειδικότητας. Οι προϋποθέσεις αυτές θα πρέπει να διατυπωθούν σε νομοθετικές ρυθμίσεις και ενδεχομένως να εξειδικευθούν με νομολογιακά κείμενα ή υπουργικές αποφάσεις, σε στενή πάντα συνεργασία με τις επιστημονικές

ενώσεις των ψυχιάτρων και παιδοψυχιάτρων. Τέλος, επειδή ακριβώς το νομικό μας σύστημα βασίζεται στην αντιδικία των διαδίκων πλευρών, όλοι (διάδικοι, δικηγόροι, τεχνικοί σύμβουλοι) προσπαθούν με κάθε μέσο να αποδείξουν ότι ο πελάτης τους ή ο εαυτός τους έχει το δίκιο με το μέρος του. Στα πλαίσια της προσπάθειας αυτής μπορεί να αμφισβητήσουν την αμεροληψία, την επιστημονικότητα ή τη διαδικασία που ακολούθησε ο πραγματογνώμονας και αυτό όχι πάντα καλόπιστα και με στόχο την ανεύρεση της αλήθειας. Συνέπεια των αντιξοοτήτων αυτών είναι, σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ψυχιάτροι στο ρόλο του πραγματογνώμονα να καταφεύγουν στην άσκηση «αμυντικής» ψυχιατρικής, με ενδείξεις της αμυντικότητας αυτής αφενός τη συχνή αίτηση εξαιρέσεων, όταν διορίζονται πραγματογνώμονες²⁴ –που και την απονομή της δικαιοσύνης καθυστερεί υπερβολικά και τους πολίτες βλάπτει και αδικεί–, αφετέρου την αποφυγή καταγραφής της πραγματικής και πλήρους επιστημονικής γνώμης τους στην τελική έκθεση πραγματογνωμοσύνης, από φόβο για τις εις βάρος του ενέργειες, που προαναφέρθηκαν.

Clinical Psychiatry and Forensic Psychiatry: Similarities and differences

A. Beka

Psychiatric Department for Children and Adolescents, "G. Papanikolaou" General Hospital, Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2009, 20:262–270

Forensic and clinical psychiatry require very different expertise from mental health specialists who work in each field respectively. Despite the fact that classical psychiatric training provides theoretical knowledge and practical skills relevant to both clinical and forensic psychiatric work, the latter requires a quite different understanding of doctor-patient relationship, ethic-development and legally oriented practice to be developed. Almost all researchers or opinion leaders in forensic psychiatry agree that, in this distinguished area, specific principles and characteristics apply: the forensic psychiatrist supports mainly the legal system rather than the patient, he needs to develop new interview techniques and a new database of knowledge in order to deal with the "psycho-legal," questions to be answered, and he also needs to avoid psychiatric jargon and adjust his terminology to terms understandable by the legal profession. At the same time forensic psychiatrists should be ready to confront the examinees with contradictory information they may provide and contact third

parties to check the validity of their impressions, keeping in mind the probability of malingering or other reasons behind observed behaviours. Moreover the conclusions presented by the forensic psychiatrist to the courts need to be, to a certain degree, safe results based on his observations, examinations and theoretical scientific knowledge, despite the fact that he is frequently asked to comment on issues concerning the past or the future. Finally confidentiality issues are irrelevant to forensic work and the inevitable distribution of reports to all involved parties may result, in some cases, to questioning of the expert witness's professional opinion and his involvement in disciplinary or penal prosecution. All the above require an appropriate training for psychiatrists involved in forensic work, as well as their familiarization with basic legal knowledge and the ethical code relevant to this exceptional field of work.

Key words: Forensic psychiatry, clinical psychiatry, differences, role of expert witness

Βιβλιογραφία

1. American Academy of Psychiatry and the Law: *What is Forensic Psychiatry?* www.aapl.org/org.htm
2. Gordon H, Lindqvist P. Forensic Psychiatry in Europe. *Psychiatr Bull* 2007, 31:421-424
3. Schetky DH. History of Child and Adolescent Forensic Psychiatry. In: Schetky DH, Benedek EP (eds). *Principles and practice of child and adolescent forensic psychiatry*. APA Inc, Washington DC, 2002:3-6
4. Αλεβιζόπουλος Γ. *Δικαστική Ψυχιατρική*. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1998:1-4
5. Λειβαδίτης Μ. *Ψυχιατρική και Δίκαιο*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1994:17-19
6. Weissman HN, DeBow DM. Ethical Principles and Professional Competencies. In: Goldstein AM, Weiner IB (eds) *Handbook of psychology*. Forensic psychology. John Wiley & Sons, Inc, New Jersey, 2003:33-53
7. Greenberg SA, Schuman, DW. Irreconcilable conflict between therapeutic and forensic roles. *Profession Psychol Res Pract*, 28:50-57
8. Faulk M. Ethics and Forensic Psychiatry. In: *Basic forensic Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1988:307-323
9. Μπέκα Α. Συνεργασία της Παιδοψυχιατρικής με το δικαστικό και το νομικό σύστημα. *Ψυχιατρική* 1998, 9:25-33
10. Αλεβιζόπουλος Γ. Θέματα δεοντολογίας κατά την άσκηση της δικαστικής ψυχιατρικής. Στο: *Δικαστική Ψυχιατρική*. Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρ. Παρισιάνος», Αθήνα, 1998:292-306
11. Schetky DH. Forensic Ethics. In: Schetky DH, Benedek EP. (eds) *Principles and Practice of Child and Adolescent Forensic Psychiatry*. APA Inc, Washington DC, 2002:15-20
12. Monahan J (eds), *Who is the client? The ethics of psychological intervention in the criminal justice system*. Washington, DC, American Psychological Association
13. Grisso T. *Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments*. New York, Plenum Press
14. *Ποινικός Κώδικας*. Επιμέλεια: Θωμάς Σάμιος, 5η έκδοση, Δίκαιο και Οικονομία, ΠΝ Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη, 2006, άρθρο 34, σελ. 14
15. Μπέκα Α. Ο ρόλος του παιδοψυχιάτρου ως συμβούλου και πραγματογνώμονα στις υποθέσεις αστικού δικαίου που αφορούν ανηλίκους. *Αρμενόπουλος* 1998, Τόμος NB:534-542
16. Melton GB, Kimbrough-Melton RJ. Integrating assessment, treatment and justice: Pipe dream or possibility? In: Sparta, SN, Koocher GP (eds) *Forensic mental health of children and adolescents*. Oxford University Press, New York, 2006:30-45
17. Goldstein AM. Overview of Forensic Psychology. In: Goldstein AM, Weiner IB (eds) *Handbook of psychology*. Forensic psychology. John Wiley & Sons, Inc, New Jersey, 2003:3-20
18. Packer IK, Borum R. *Forensic training and practice*. In: Goldstein AM, Weiner IB (eds) *Handbook of psychology*. Forensic psychology. John Wiley & Sons Inc, New Jersey, 2003:21-32
19. Αλεβιζόπουλος Β. *Ο ψυχίατρος στο Δικαστήριο*. Στο: *Δικαστική Ψυχιατρική και απονομή της δικαιοσύνης*, Ποινικά 65, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, 2004:84-118
20. Melton GB, Petrilla J, Poythress NG, Sibogin C. *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers* (2nd ed), New York: Guilford, 1997:96-97
21. Μπέκα Α. Διερεύνηση περιπτώσεων σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων από τον ειδικό της ψυχικής υγείας. *Ψυχιατρική* 2006, 17:355-370
22. Caudill OB. Avoiding malpractice in child forensic assessment. In: Sparta SN, Koocher GP (eds) *Forensic mental health of children and adolescents*. Oxford University Press, New York, 2006:74-87
23. Smith S. Working with courts, judges and lawyers: What forensic mental health professional should know about being expert witnesses. In: Sparta SN, Koocher GP (eds) *forensic mental health of children and adolescents*. Oxford University Press, New York, 2006:88-96
24. Λύκουρας Λ, Δουζένης Α. Ψυχιατροδικαστική-Επιλεγόμενα. Στο: *Δουζένη Α, Λύκουρα Α. Ψυχιατροδικαστική*. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2008:331-333

Αλληλογραφία: Α. Μπέκα, Κωφίδη 5, Πανόραμα, 552 36 Θεσσαλονίκη
Τηλ. 2310-34 42 15, 697 680 84 75, 2313-30 75 71

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις

Future scientific meetings

- **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 Schüßler, MD
E-mail:info@eaclpp-ecpr2010.org
Website: www.eaclpp-ecpr2010.org

- **13th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, Rome, Italy**
September 1–4, 2010
Organization: University of Molise, Campobasso & University of Chieti-Pescara, Italy
- **“WPA Regional Meeting”, Beijing, China**
September 1–5, 2010
Organizer: Chinese Society of Psychiatry
Contact: Dr Yizhuang Zou
E-mail: 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
- **10ο Ετήσιο Συνέδριο, International College of Geriatric Psychoneuropharmacology, Αθήνα**
Σεπτέμβριος 15–18, 2010
Επικοινωνία: Καθ. Ε. Λύκουρας
Οργ. φορέας: Ελληνική Ψυχογηριατρική Εταιρεία
Επιστ. Συνεργασία: Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική-Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Κλάδος Ψυχογηριατρικής Ε.Ψ.Ε.
Οργ. Γραφείο: Easy Travel, Αναγνωστοπούλου 19, 106 73 Αθήνα
Τηλ.: 210-36 15 201, 210-36 09 442, Fax: 210-36 25 572
E-mail: easytravel@hol.gr
- **“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@ispsq2010.org
Website: www.erasmus.gr
- **16ο Διεθνές Φόρουμ Ψυχανάλυσης - International Federation of Psychoanalytic Societies: «Το ενδοψυχικό και το Διυποκειμενικό στη Σύγχρονη Ψυχανάλυση», Αθήνα, Ελλάδα**
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