



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση
της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας
Διονυσίου Αιγινήτου 17, 3ος όροφος, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-77 58 410, Fax: 210-77 58 405

Εκδότης:
Βασίλης Κονταξάκης
E-mail: editor@psych.gr

Ιδιοκτήτης:
Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-72 14 148

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επίτιμος πρόεδρος:
Γ.Ν. Χριστοδούλου

Πρόεδρος:
Β. Κονταξάκης

Αναπληρωτής πρόεδρος:
Ι. Παπακώστας

Μέλη:
Ι. Ζέρβας, Μ. Μαργαρίτη, Δ. Πλουμπίδης

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

M. Abou-Saleh (UK)	H. Ghodse (UK)	M. Maj (Italy)	G. Papakostas (USA)
H. Akiskal (USA)	G. Ikkos (UK)	A. Marneros (Germany)	G. Petrides (USA)
G. Alexopoulos (USA)	M. Kastrup (Denmark)	J. Mezzich (USA)	R. Salokangas (Finland)
N. Andreasen (USA)	K. Kirby (Australia)	H.J. Möller (Germany)	O. Steinfeld-Foss (Norway)
S. Bloch (Australia)	D. Lecic-Tosevski (Serbia)	R. Montenegro (Argentina)	A. Tasman (USA)
N. Bouras (UK)	C. Lyketsos (USA)	C. Pantelis (Australia)	P. Tyrer (UK)

Γραμματεία ΕΨΕ:
Ελένη Γκρέτσα
Τηλ.: 210-72 14 148, Fax: 210-72 42 032
E-mail: psych@psych.gr, Ιστοσελίδα: www.psych.gr

Εργασίες για δημοσίευση, επιστολές, βιβλία για παρουσίαση να απευθύνονται στον Πρόεδρο της Συντακτικής Επιτροπής:
Διονυσίου Αιγινήτου 17, 3ος όροφος, 115 28 Αθήνα

Ετήσιες συνδρομές:
Εσωτερικού € 40,00
Εξωτερικού \$ 80,00 + ταχυδρομικά
Καταβάλλονται με επιταγή στον ταμία της ΕΨΕ:
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

Τα μέλη της Εταιρείας δεν υποχρεούνται σε καταβολή συνδρομής

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ
EN ISO 9001:2000



Αδριανείου 3 και Κατεχάκη, 115 25 Αθήνα (Ν. Ψυχικό)
Τηλ.: 210-67 14 371 – 210-67 14 340, Fax: 210-67 15 015
E-mail: BetaMedArts@hol.gr
E-shop: www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000

Υπεύθυνος τυπογραφείου
Α. Βασιλάκου, Αδριανείου 3 – 115 25 Αθήνα
Τηλ. 210-67 14 340

PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published
by the Hellenic Psychiatric Association
17 Dionisiou Eginitou str., 3rd floor, 115 28 Athens
Tel.: +30-210-77 58 410, Fax: +30-210-77 58 405

Publisher:
Vassilis Kontaxakis
E-mail: editor@psych.gr

Owner:
Hellenic Psychiatric Association
11, Papadiamantopoulou str., 115 28 Athens
Tel.: +30-210-72 14 148

EDITORIAL BOARD

Emeritus editor:
G.N. Christodoulou

Editor:
V. Kontaxakis

Associate editor:
J. Papakostas

Members:
I. Zervas, M. Margariti, D. Ploumpidis

Secretariat:
Helen Gretska
Tel.: +30-210-72 14 148, Fax: +30-210-72 42 032
E-mail: psych@psych.gr, Web-site: www.psych.gr

Manuscripts, letters, books for review should be addressed to the Editor:
17 Dionisiou Eginitou str., 3rd floor, 115 28 Athens, Greece

Annual subscriptions:
(€ 40.00 or \$ 80.00 + postage) are payable by check to the treasurer of the Hellenic Psychiatric Association:
11, Papadiamantopoulou str., 115 28 Athens

For the members of the Association subscription is free

EDITING
EN ISO 9001:2000



3, Adrianiou str., GR-115 25 Athens-Greece
Tel.: +30210-67 14 371 – +30210-67 14 340,
Fax: +30210-67 15 015
E-mail: BetaMedArts@hol.gr, E-shop: www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000

Printing supervision
A. Vassilakou 3, Adrianiou str. – GR-115 25 Athens
Tel. +30-210-67 14 340



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

HELLENIC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Ν. Τζαβάρας
Αντιπρόεδρος: Ι. Γκιουζέπας
Γεν. Γραμματέας: Δ. Αναγνωστόπουλος
Ταμίας: Ε. Σιούτη
Μέλη: Κ. Κόλλιας
Ν. Μιχοπούλου
Β. Τσιπάς

EXECUTIVE COUNCIL

Chairman: N. Tzavaras
Vice-Chairman: J. Giouzepas
Secretary General: D. Anagnostopoulos
Treasurer: I. Siouti
Members: K. Kollias
N. Michopoulou
V. Tsipas

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Μέλη: Β. Αλεβίζος
Γ. Γιαννιός
Ν. Ζαχαριάδης

DISCIPLINARY COUNCIL

Members: B. Alevizos
G. Giannios
N. Zachariadis

ΕΞΕΛΕΓΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μέλη: Χ. Βαρουχάκης
Α. Παράσχος
Ι. Χατζηαντωνίου

FINANCIAL CONTROL COMMITTEE

Members: Ch. Varouhakis
A. Paraschos
J. Chatziantoniou

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

ΑΘΗΝΩΝ

Πρόεδρος: Ν. Ζαχαριάδης
Γραμματέας: Χρ. Χριστοδούλου
Ταμίας: Κ. Κόντης

DIVISIONS

ATHENS

Chairman: N. Zachariadis
Secretary: Ch. Christodoulou
Treasurer: C. Kontis

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Πρόεδρος: Γ. Καπρίνης
Γραμματέας: Γ. Γαρυφαλλός
Ταμίας: Β. Μποζίκας

MACEDONIA

Chairman: G. Kaprinis
Secretary: G. Garyfallos
Treasurer: V. Bozikas

ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος: Ο. Μουζάς
Γραμματέας: Π. Στοφόρος
Ταμίας: Α. Ξηρομερίτης

CENTRAL GREECE

Chairman: O. Mouzas
Secretary: P. Stoforos
Treasurer: A. Xiromeritis

ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ

Πρόεδρος: Β. Μαυρέας
Γραμματέας: Α. Μαρτίνοσ
Ταμίας: Ε. Λαυρέντζου

NORTHWESTERN GREECE

Chairman: V. Mavreas
Secretary: A. Martinos
Treasurer: E. Lavrentzou

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

Πρόεδρος: Φ. Γουρζής
Γραμματέας: Α. Κατριβάνου
Ταμίας: Ι. Βλάχος

PELOPONNESUS

Chairman: Ph. Gourzis
Secretary: A. Katrivanou
Treasurer: J. Vlachos



ΚΛΑΔΟΙ

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Ε. Λύκουρας
Γραμματείς: Ι. Χατζημανώλης, Π. Σακκάς

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Ν. Ζηλίκης
Γραμματείς: Ε. Σουμάκη, Δ. Αναστασόπουλος

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Ν. Τζαβάρας
Γραμματείς: Γ. Καπρινής, Μ. Διαλλινά

ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Ι. Λιάππας
Γραμματείς: Ι. Νηματούδης, Χ. Παπαγεωργίου

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Δ. Πλουμπίδης
Γραμματείς: Γ. Γαρυφαλλός, Σ. Θεοδωροπούλου

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πρόεδρος: Χ. Καραμανωλάκη
Γραμματείς: Στ. Κούλης, Ι. Ζέρβας

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Α. Φόρτος
Γραμματείς: Ν. Δέγλερης, Ρ. Γουρνέλλης

ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Β. Αλεβίζος
Γραμματείς: Ι. Χατζημανώλης, Θ. Μουγιάκος

ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ

Πρόεδρος: Ι. Λιάππας
Γραμματείς: Ι. Διακογιάννης, Θ. Παπαρρηγόπουλος

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ & ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

Πρόεδρος: Κ. Φουντουλάκης
Γραμματείς: Ι. Νηματούδης, Ι. Ζέρβας

ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Α. Δουζένης
Γραμματείς: Α. Βούρδας, Χ. Τσόπελας

ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Λ. Μαρκάκη
Γραμματείς: Β. Τσιπάς, Δ. Λέννας

ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Ι. Παπακώστας
Γραμματείς: Ν. Βαϊδάκης, Β. Αλεβίζος

ΤΕΧΝΗΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Γ. Μποτονάκης
Γραμματείς: Π. Βασιλειάδης, Μ. Διαλλινά

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Α. Παράσχος
Γραμματείς: Β. Αλεβίζος, Α. Δουζένης

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ

Πρόεδρος: Ι. Γκιουζέπας
Γραμματείς: Α. Αυγουστίδης, Δ. Κυριαζής

ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ & ΒΙΑΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Πρόεδρος: Μπ. Χαβάκη-Κονταξάκη
Γραμματείς: Δ. Παππά, Κ. Παπλός

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Β. Κονταξάκης
Γραμματείς: Κ. Κόντης, Η. Τζαβέλλας

ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Κ. Κατσαδώρος
Γραμματείς: Χ. Ζαχαροπούλου, Ι. Μαλογιάννης

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ - ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ
Πρόεδρος: Μ. Συγγελάκης
Γραμματείς: Α. Βιδάλης, Γ. Μουσσάς

SECTIONS

BIOLOGICAL PSYCHIATRY

Chairman: E. Lykouras
Secretaries: J. Hatzimanolis, P. Sakkas

CHILD PSYCHIATRY

Chairman: N. Zilikis
Secretaries: E. Soumaki, D. Anastasopoulos

PSYCHOPATHOLOGY

Chairman: N. Tzavaras
Secretaries: G. Kaprinis, M. Diallina

PSYCHOPHYSIOLOGY

Chairman: J. Liappas
Secretaries: J. Nimatoudis, Ch. Papageorgiou

SOCIAL PSYCHIATRY

Chairman: D. Ploumpidis
Secretaries: G. Garyfallos, S. Theodoropoulou

PSYCHOTHERAPY

Chairman: Ch. Karamanolaki
Secretaries: St. Koulis, I. Zervas

PSYCHOGERIATRICS

Chairman: A. Fortos
Secretaries: N. Degleris, R. Gournellis

PSYCHOPHARMACOLOGY

Chairman: V. Alevizos
Secretaries: J. Chatzimanolis, Th. Mougiakos

SUBSTANCE ABUSE

Chairman: J. Liappas
Secretaries: J. Diakoyiannis, Th. Paparrigopoulos

PSYCHOMETRIC & NEUROPSYCHOLOGIC MEASUREMENTS

Chairman: K. Fountoulakis
Secretaries: J. Nimatoudis, I. Zervas

FORENSIC PSYCHIATRY

Chairman: A. Douzenis
Secretaries: A. Vourdas, Ch. Tsopelas

PRIVATE PSYCHIATRY

Chairman: L. Markaki
Secretaries: V. Tsipas, D. Lennas

HISTORY OF PSYCHIATRY

Chairman: I. Papakostas
Secretaries: N. Vaidakis, V. Alevizos

ART & PSYCHIATRY

Chairman: G. Botonakis
Secretaries: P. Vasileiadis, M. Diallina

PSYCHIATRY & ETHICS

Chairman: A. Paraschos
Secretaries: V. Alevizos, A. Douzenis

PSYCHIATRY & RELIGION

Chairman: J. Giouzevas
Secretaries: A. Augoustides, D. Kyriazis

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR & VIOLENCE

Chairman: B. Havaki-Kontaxaki
Secretaries: D. Pappa, K. Paplos

PREVENTIVE PSYCHIATRY

Chairman: V. Kontaxakis
Secretaries: C. Kontis, E. Tzavellas

TELEPSYCHIATRY

Chairman: K. Katsadoros
Secretaries: C. Zacharopoulou, J. Malogiannis

CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY & PSYCHOSOMATICS

Chairman: M. Syngelakis
Secretaries: A. Vidalis, G. Moussas



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο σύνταξης

Η εξέλιξη της ψυχοσωματικής σκέψης: Από την ψυχαναλυτική προσέγγιση στις σύγχρονες θεωρίες
Α.Ι. Ιακωβίδης..... 103

Ανασκόπηση

Συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης: Διαγνωστικά προβλήματα και θεραπευτική αντιμετώπιση
Γ. Μπαλτά, Θ. Παπαρρηγόπουλος..... 107

Ερευνητικές εργασίες

Αλληλεπίδραση βιολογικών παραμέτρων με την κατάθλιψη σε διαβητικούς ασθενείς τύπου II
Ε. Τσιρογιάννη, Φ. Κουνιάκης, Μ. Μπαλτατζή, Γ. Λαυρεντιάδης, Μ. Αλεβίζος..... 115

Αναζητώντας βοήθεια από ένα Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής
Α. Ζαρταλούδη, Μ. Μαδιανός..... 126

Ειδικό άρθρο

Η κατάθλιψη στη σχιζοφρένεια: Σχέση με άλλα συμπτώματα, διαφορική διάγνωση, πρόληψη, θεραπεία
Σ. Σταμούλη..... 136

Γενικό άρθρο

Ψυχολογική διάσταση της γενετικής του καρκίνου: Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς
Γ.Ι. Μουσσάς, Α.Π. Καρκανιάς, Α.Γ. Παπαδοπούλου..... 148

Βιβλιοκριτική..... 158

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις..... 163

Οδηγίες για τους συγγραφείς..... 166



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

- The evolution of psychosomatic thinking: From the psychoanalytic approach to current theories**
A.I. Iacovides 103

Review

- Comorbid anxiety and depression: Diagnostic issues and treatment management**
G. Balta, T. Paparrigopoulos..... 107

Research articles

- Biological factors associated with depression in patients with type II diabetes mellitus**
E. Tsirogianni, F. Kouniakis, M. Baltatzi, G. Lavrentiadis, M. Alevizos..... 115
- Help-seeking from a Community Mental Health Centre**
A. Zartaloudi, M. Madianos..... 126

Special article

- Depression in schizophrenia: Relationship with other symptoms, differential diagnosis, prognosis, treatment**
S. Stamouli..... 136

General article

- Psychological dimension of cancer genetics: Doctor-patient communication**
G.I. Moussas, A.P. Karkanias, A.G. Papadopoulou 148

- Books review** 158

- Future scientific meetings** 163

- Instructions to contributors**..... 166

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Η εξέλιξη της ψυχοσωματικής σκέψης: Από την ψυχαναλυτική προσέγγιση στις σύγχρονες θεωρίες

Από την εγκαθίδρυση των όρων «ψυχοσωματική ιατρική» και «ψυχοσωματικές παθήσεις», με ψυχαναλυτικές κυρίως μελέτες οι Ferenczi S, Alexander F, Dunbar HF, Deutch H κ.ά. προσπάθησαν, στο πρώτο μισό του 20ού αιώνα, να διερευνήσουν τη σχέση ψυχολογικών διεργασιών (ειδικές συγκρούσεις, συμβολισμός, παιδικά τραύματα, τύποι προσωπικότητας) με σωματικές παθολογικές καταστάσεις. Κλασική είναι η θεωρία της ειδικότητας (specificity) για την ερμηνεία δημιουργίας επτά γνωστών θεωρούμενων ψυχοσωματικών παθήσεων (υπέρταση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, πεπτικό έλκος, θυρεοτοξίκωση, ελκώδης κολίτιδα, άσθμα, νευροδερματίτιδα) από τον Franz Alexander.

Τα επόμενα χρόνια προοδευτικά ο πρωταγωνιστικός ρόλος των ψυχαναλυτικών δεδομένων άρχισε να μειώνεται, με νέες προτάσεις, όπως το ψυχοβιολογικό μοντέλο του Adolf Meyer, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του George Engel, αλλά και την πρόταση πολυπαραγοντικότητας του Herbert Weiner, ενώ παράλληλα άρχισε η αμφισβήτηση και η κριτική στον όρο «ψυχοσωματικό», αφενός λόγω της υπονοούμενης δυϊστικής άποψης ψυχής και σώματος, αφετέρου λόγω της απουσίας του κοινωνικού παράγοντα στην αιτιοπαθογενετική θεώρηση πολλών ανθρώπινων παθήσεων. Έτσι, εξελικτικά άρχισαν να προτείνονται άλλοι όροι, όπως ολιστική και βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση ή αντίληψη.

Από τα προηγούμενα, μπορούμε να αντιληφθούμε ότι η παραδοσιακή ψυχοσωματική αντίληψη μιας απευθείας γραμμικής παθογενετικής σχέσης μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και σωματικών παθήσεων έχει παύσει προ πολλού να ισχύει, γεγονός που απεικονίζεται και στην εξέλιξη των ταξινομητικών συστημάτων. Ωστόσο, δεν μειώθηκε η αξία των θεραπευτικών αποτελεσμάτων ψυχοδυναμικών ή άλλου τύπου ψυχοθεραπειών για την αντιμετώπιση ή πρόληψη των παθήσεων αυτών.

Στην τελευταία έκδοση του συστήματος ταξινόμησης του ΠΟΥ, ICD-10 υπάρχει η κατηγορία «F54: Ψυχολογικοί παράγοντες και παράγοντες συμπεριφοράς συνδεδεμένοι με διαταραχές ή νόσους οι οποίες ταξινομούνται αλλού (σε σπάνιες περιπτώσεις...), συμπληρωματικός κώδικας, π.χ. άσθμα F54 μαζί με J45)».

Στο DSM-III και DSM-IV τα ψυχοσωματικά θεωρούμενα νοσήματα εντάσσονται στην κατηγορία «Ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν ιατρικές καταστάσεις». Για να τεθεί η διάγνωση αυτή πρέπει να πληρείται το κριτήριο ύπαρξης ψυχολογικών παραγόντων, που επιδρούν δυσμενώς σ' αυτήν επηρεάζοντας την πορεία της, παρεμποδίζοντας τη θεραπεία της, αποτελώντας πρόσθετο κίνδυνο για την υγεία του ατόμου και τέλος εκλύοντας ή επιδεινώνοντας μέσω ανάπτυξης στρεσογόνων διεργασιών τα συμπτώματά της. Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, παρόλο που ονοματολογικά και εννοιολογικά ο όρος «ψυχοσωματικές διαταραχές» χρησιμοποιείται μόνο για ιστορικούς λόγους, ο όρος «ψυχοσωματική ιατρική» έχει αποκτήσει ένα διευρυμένο νόημα και συμπεριλαμβάνει πλέον τις ψυχικές επιπτώσεις των σωματικών παθήσεων (σωματοψυχική θεώρηση), τις ψυχοκοινωνικές επιδράσεις της νόσου, της νοσηλείας, των θεραπευτικών προγραμμάτων, τη σχέση αρρώστου-ιατρού, κ.ά.

Τις τελευταίες δεκαετίες καταδεικνύεται ολοένα και περισσότερο η πολυπαραγοντικότητα αλλά και η πολυπλοκότητα των παθοφυσιολογικών μηχανισμών που διέπουν τις «ψυχοσωματικές διεργασίες». Έτσι σύγχρονες τάσεις αναπτύσσονται και εμπλουτίζονται διαρκώς με διεπιστημονικές προσεγγίσεις και σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, κυρίως στα πλαίσια της ψυχονευροανοσολογίας και ψυχονευροενδοκρινολογίας. Η ραγδαία εξελισσόμενη εξειδίκευση και η συνεργασία ψυχιάτρων με τις άλλες ειδικότητες στα πλαίσια της Συμβουλευτικής-Διασυνδετικής Ψυχιατρικής έχει οδηγήσει στη δημιουργία νέων υποειδικοτήτων όπως Ψυχοογκολογία, Ψυχοδερματολογία, Ψυχοκαρδιολογία, Ψυχογαστρεντερολογία, Ψυχοσωματική Γυναικολογία, Ψυχονεφρολογία κ.ά.

Απόστολος Ι. Ιακωβίδης

Καθηγητής Ψυχιατρικής ΑΠΘ

Γ' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Βιβλιογραφία

- Alexander F. *Psychosomatic medicine*. Norton, New York, 1950
- Nemiah JC. Alexithymia-theoretical considerations. *Psychother Psychosom* 1977, 28:129–206
- Kaplan HI. History of psychosomatic medicine. In: Kaplan HI, Suddock BJ (eds) *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989:1155–1160
- Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD et al. Psychiatry diagnoses, sexual and physical victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Psychol Med* 1995, 25:1259–1267
- Ιακωβίδης Β, Ιακωβίδης Α. *Ψυχικές επιδράσεις του καρκίνου-Επικοινωνώντας με τον ασθενή*. Εκδόσεις Γράφημα, Θεσσαλονίκη, 2007

Editorial

Άρθρο Σύνταξης

The evolution of psychosomatic thinking: From the psychoanalytic approach to current theories

Since the establishment of the terms “psychosomatic medicine” and “psychosomatic diseases”, in the psychoanalytic papers of Ferenczi S, Alexander F, Dunbar HF, Deutch H etc, there has been an effort, during the first half of 20th century, by scientists to explore the relation between psychological procedures (specific psychic conflicts, symbolism, childhood traumata, types of personality) and medical conditions. Franz Alexander’s theory of specificity is regarded as the classic one which explains the formation of the seven well-known psychosomatic diseases (hypertension, rheumatoid arthritis, peptic ulcer, thyreotoxicosis, ulcerous colitis, asthma, neurodermatitis).

During the following years, gradually, the leading role of psychoanalytic facts began to decline giving space to new proposals such as Adolf Meyer’s psychobiological model, George Engel’s biopsychosocial model along side with Herbert Weiner’s proposition of multifactoriality. At the same time, doubts and criticism began (to raise) on the term “psychosomatic”, due to dualism which is implied by this term, as well as due to the absence of social influences on etiopathogenetic view in a number of human diseases. Therefore, progressively, other terms were suggested like holistic and biopsychosocial approach or thinking.

According to the above, it becomes clear that the traditional psychosomatic thinking of a direct pathogenetic relation between psychological factors and physical diseases has for long stopped to exist, a fact which is evident in the diagnostic and statistical manuals. However, the psychodynamic or other kinds of psychotherapy in preventing or treating such diseases have not lost their therapeutic value.

In the last edition of ICD-10 there is a category “F54: Psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere (in the rare instances ..., a second additional code should be used to record the psychiatric disorder e.g. asthma F54 plus J45)”.

In the DSM-III and DSM-IV the “psychosomatic” diseases are under the category “Psychological factors affecting general medical condition”. In order to conclude in such a diagnosis, some criteria should be met, such as psychological factors adversely affect the general medical condition and set a treatment obstacle which creates an additional health risk for the individual. They may precipitate or exacerbate symptoms of a general medical condition by eliciting stress-related physiological responses. According to the current data, although the term “psychosomatic disease” is being used for historical reasons, the term “psychosomatic medicine” has gained an enlarged meaning while nowadays contains the mental and psychosocial influences of the physical diseases, the hospitalization, the therapeutic programs (somatopsychic view), the patient-doctor relationship etc.

During the last decades the multifactorial bases and the complexity of pathophysiological mechanisms in the “psychosomatic processes” have been demonstrated. Therefore, current scientific trends are developed and enriched constantly with multi-interdisciplinary approaches and recent data mainly in the field of psychoneuroimmunology and psychoneuroendocrinology. The rapid progression of specialization and the collaboration of psychiatrists with other medical specialties in Consultation-Liaison psychiatric practice has led to the development of new subspecialties such as Psycho-oncology, Psychodermatology, Psychocardiology, Psychogastroenterology, Psychosomatic Gynecology, Psychonephrology etc.

Apostolos I. Iacovides

Professor of Psychiatry

3rd Psychiatric Department, Aristotle University of Thessaloniki

AHEPA University Hospital

References

- Alexander F. *Psychosomatic medicine*. Norton, New York, 1950
- Nemiah JC. Alexithymia-theoretical considerations. *Psychother psychosom* 1977, 28:129–206
- Kaplan HI. History of psychosomatic medicine. In: Kaplan HI, Suddock BJ (eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins 1989:1155–1160
- Walker EA, Gelfand MD et al. Psychiatry diagnoses, sexual and physical victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Psychol Med* 1995, 25:1259–1267
- Iacovides V, Iacovides A. *Mental effects of cancer-Communicating with the patient*. Grafima, Thessaloniki, 2007

Ανασκόπηση Review

Συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης: Διαγνωστικά προβλήματα και θεραπευτική αντιμετώπιση

Γ. Μπαλά, Θ. Παπαρηγόπουλος

1η Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2010, 21:107-114

Από τα επιδημιολογικά δεδομένα προκύπτει ότι πλην της υψηλής συχνότητας των αγχωδών και των καταθλιπτικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό, επιπλέον η συννοσηρότητα μεταξύ τους είναι ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο. Η κλινική έκφραση της συννοσηρότητας μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, είτε με την εκδήλωση του πλήρους συνδρόμου συννοσηρότητας είτε με την εμφάνιση μερικών μόνο συμπτωμάτων από την καθεμία νοσηρή κατάσταση. Οι αγχώδεις διαταραχές συνήθως εκδηλώνονται πρωιμότερα. Οι επιπτώσεις της συννοσηρότητας έχουν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη βαρύτητα της νόσου, αυξημένη χρονιότητα, σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό δυσλειτουργικότητας, χειρότερη ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς και μεγαλύτερο βαθμό αναπηρίας. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση συννοσηρότητας έχουν εντοπιστεί τόσο στο γενετικό και νευροβιολογικό επίπεδο όσο και στην επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων. Διαταραχές κυρίως στο σύστημα σεροτονίνης, και νοραδρεναλίνης και στον υποθαλαμο-υποφυσιακο-επινεφριδικό άξονα έχουν συνδεθεί με τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που θεωρούνται υπεύθυνοι για τη συνύπαρξη αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Στη θεραπευτική αντιμετώπιση της συννοσηρότητας αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών χρησιμοποιούνται με ικανοποιητικά αποτελέσματα τόσο τα νεότερης γενιάς αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά φάρμακα, μόνα ή σε συνδυασμό, όσο και οι διάφορες καθιερωμένες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές.

Λέξεις ευρετηρίου: συννοσηρότητα, άγχος, κατάθλιψη, διάγνωση, αντιμετώπιση

Εισαγωγή

Ο όρος «συννοσηρότητα» πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Feinstein το 1970 για να περιγράψει την ταυτόχρονη παρουσία δύο ή και περισσότερων διακριτών διαταραχών στον ίδιο ασθενή.¹ Καταρχήν, πρέπει να επισημανθεί ότι η ιδέα της συνύπαρξης δύο ή και περισσότερων διαταραχών στο ίδιο άτομο θέτει τουλάχιστον εν μέρει υπό αμφισβήτηση την επικρατούσα νοσολογική προσέγγιση. Έτσι, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η έννοια της συννοσηρότητας είναι απότοκη ενός νοσολογικού συστήματος που ταξινομεί κατηγορικά τις διάφορες ψυχικές διαταραχές, θεωρώντας ως δεδομένο ότι οι διαγνωστικές οντότητες, που το ίδιο το σύστημα αυθαίρετα ορίζει, αποτελούν την κλινική έκφραση διαφορετικών και σαφώς διακριτών νοσολογικών οντοτήτων.² Αντίθετα, ο διαστατικός τρόπος προσέγγισης της ψυχοπαθολογίας ενδεχομένως θα μπορούσε να ερμηνεύσει πιο ολοκληρωμένα τη συχνή συνύπαρξη πολλαπλών κλινικών συμπτωμάτων, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, αλλά προς το παρόν αυτού του τύπου η νοσολογική προσέγγιση δεν είναι ακόμη επίσημα σε χρήση. Εντούτοις, η ανάγκη συγκερασμού των δύο προσεγγίσεων έχει ήδη διαφανεί από την αναγνώριση από το DSM-IV-TR της «μεικτής» αγχώδους-καταθλιπτικής διαταραχής, η οποία περιλαμβάνει τόσο αγχώδη όσο και καταθλιπτικά συμπτώματα. Ο παραπάνω προβληματισμός αναδεικνύει εν προκειμένω το ζήτημα κατά πόσον το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν διακριτές κλινικές οντότητες που μπορεί να συνυπάρχουν ή είναι διαφορετικές εκφάνσεις μιας ενιαίας οντότητας, η οποία άλλοτε εκδηλώνεται με την αγχώδη μορφή της, άλλοτε με την καταθλιπτική μορφή της και κάποτε με μεικτά συμπτώματα. Προς το παρόν δεν υπάρχουν ικανοποιητικές απαντήσεις και το ζήτημα παραμένει ανοικτό. Συνεπέστερη φαίνεται να είναι η στάση του μετριοπαθούς σκεπτικισμού. Εξάλλου η κλινική εμπειρία και πράξη επιβάλλει από μόνη της τους κανόνες της ορθής πρακτικής.

Επιδημιολογικά δεδομένα

Η συχνότητα τόσο των αγχωδών όσο και των καταθλιπτικών διαταραχών είναι ιδιαίτερα υψηλή στο γενικό πληθυσμό. Από τη μεγαλύτερη και πλέον εμπειριστατωμένη επιδημιολογική μελέτη που διαθέτουμε, προκύπτει ότι η συνολική επίπτωση της διαταραχής πανικού, της αγοραφοβίας, της κοινωνικής φοβίας, της απλής φοβίας και της διαταραχής

γενικευμένου άγχους είναι 24,9%, ενώ η αντίστοιχη ετήσια επίπτωση υπολογίζεται στο 17,2%.³ Τα στοιχεία αυτά αναδεικνύουν τις αγχώδεις διαταραχές ως τις πλέον συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ, διαπίστωση που επιβεβαιώνεται και στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες δυτικού τύπου κοινωνίες. Ας σημειωθεί ότι στους υπολογισμούς αυτούς δεν συμπεριλαμβάνονται η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία, η αγχώδης διαταραχή λόγω σωματικής νόσου και η μη αλλιώς προσδιοριζόμενη αγχώδης διαταραχή, που υποδηλώνει ότι το συνολικό ποσοστό αναμένεται ακόμα υψηλότερο. Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι επίσης εξαιρετικά συχνές. Η συνολική επίπτωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου προσεγγίζει το 17,3%, ενώ η επίπτωση 12μήνου κυμαίνεται περί το 10%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή υπολογίζεται ότι είναι 14,9% και 8,6%.³

Όλες οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η συννοσηρότητα των ψυχιατρικών διαταραχών είναι ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο, σε τέτοια μάλιστα έκταση ώστε να αποτελεί μάλλον τον κανόνα παρά την εξαίρεση. Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι σε ένα οποιοδήποτε χρονικό διάστημα 12 μηνών, από τους ενήλικες που εμφανίζουν κάποια ψυχική νόσο, σχεδόν ο ένας στους δύο αναφέρει επιπλέον και συμπτώματα από δύο ή περισσότερες άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.⁴ Ειδικά στην περίπτωση της συννοσηρότητας μεταξύ αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών, προκύπτει ότι το 58% των ατόμων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζει ταυτόχρονα και κάποια αγχώδη διαταραχή,⁵ ενώ το 67% των ασθενών με διαταραχή γενικευμένου άγχους αναφέρει στο ατομικό του ιστορικό μονοπολική κατάθλιψη.⁶ Γενικά, η συννοσηρότητα αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών υπολογίζεται στο 60%⁷ και αυξάνει ακόμη περισσότερο όταν στις μελέτες συμπεριλαμβάνονται άτομα με σημαντικά κλινικά συμπτώματα, χωρίς όμως να συγκροτούν πλήρες σύνδρομο.⁸ Αδρά υπολογίζεται ότι, σε ένα οποιοδήποτε χρονικό διάστημα 12 μηνών, 5–9% του ενήλικου πληθυσμού εμφανίζει συννοσηρότητα άγχους-κατάθλιψης.⁹ Στο πλαίσιο της συννοσηρότητας αυτής, καλύτερα μελετημένες είναι η διαταραχή πανικού και η διαταραχή γενικευμένου άγχους, παρόλο που κατά τα φαινόμενα το σύνολο σχεδόν των αγχωδών διαταραχών συνυπάρχει με κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα, αν όχι με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας έχουν ερμηνευθεί ποικιλοτρόπως.¹⁰ Καταρχήν, τα τρέχοντα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV τείνουν να αλληλεπικαλύπτονται, αυξάνοντας την πιθανότητα ένα άτομο που πληροί κριτήρια για μια ψυχιατρική διαταραχή να πληροί ταυτόχρονα κριτήρια και για κάποια άλλη. Για παράδειγμα, ο μηρυκασμός αρνητικών σκέψεων στην κατάθλιψη μοιάζει με τις ιδεοληπτικές μορφές σκέψης που απαντώνται στη διαταραχή γενικευμένου άγχους. Επίσης, η κακή ποιότητα ύπνου και η δυσκολία συγκέντρωσης συναντώνται τόσο στην κατάθλιψη, όσο και στη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία. Μια δεύτερη εκδοχή είναι ότι, ενώ οι δύο διαταραχές διαφέρουν αιτιολογικά, τα συμπτώματα εκλύονται από παρόμοια περιβαλλοντικά ερεθίσματα, όπως κάποια απειλή ή απώλεια.¹¹ Τέλος, υπάρχει η άποψη της κοινής ή παρόμοιας υποκείμενης αιτιολογίας για την παθογένεση των δύο αυτών ψυχιατρικών διαταραχών.¹²

Κλινικές εκφάνσεις της συννοσηρότητας

Η εμφάνιση των αγχώδων και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, εφόσον συνυπάρχουν, συνήθως δεν είναι ταυτόχρονη. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι αυτές που συνήθως προηγούνται, χωρίς αυτό να υποδηλώνει και κάποια αιτιολογική συσχέτιση. Έτσι, στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, αυτή εμφανίστηκε σε δεύτερο χρόνο μετά από μια άλλη ψυχιατρική διαταραχή, πιθανότερα (67,9%) κάποια αγχώδη διαταραχή. Επίσης, ο κίνδυνος για εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μέσα σε χρονικό διάστημα ενός έτους αυξάνει, εάν μέσα στο διάστημα αυτό εκδηλωθεί κάποια αγχώδης διαταραχή: ο σχετικός κίνδυνος είναι 6,5 για κοινωνική φοβία και 62,0 για διαταραχή γενικευμένου άγχους.⁵ Ο κίνδυνος για την εκδήλωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής παραμένει αυξημένος ακόμη και 10 χρόνια μετά την εμφάνιση της αγχώδους διαταραχής.⁵

Η κλινική έκφραση της συννοσηρότητας μπορεί να πάρει τέσσερις διαφορετικές μορφές.¹³ Ο ασθενής μπορεί να πληροί τα κριτήρια για μια αγχώδη διαταραχή και ταυτόχρονα να εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά όχι το πλήρες σύνδρομο της κατάθλιψης. Εναλλακτικά, μπορεί να εμφανίζει μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και αγχώδη συμπτώματα, όχι όμως μια συγκεκριμένη αγχώδη διαταραχή. Επίσης, μπορεί να υπάρχει μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο

και ταυτόχρονα μια σαφώς καθοριζόμενη αγχώδης διαταραχή. Τέλος, μπορεί να υπάρχουν αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα, όχι όμως τόσο σοβαρά ώστε να πληρούνται τα κριτήρια για συγκεκριμένες ψυχιατρικές παθήσεις. Στην τελευταία περίπτωση είναι αξιοσημείωτο ότι οι ασθενείς εμφανίζουν παρόμοια επίπεδα αναπηρίας με εκείνους που εμφανίζουν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ή κάποια αγχώδη διαταραχή.¹⁴ Η συχνότητά της υπολογίζεται μεταξύ 1–5%^{14,15} και περίπου το 20% αυτών των ασθενών θα εμφανίσουν πλήρες μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μέσα στους επόμενους 12 μήνες.^{14,16,17}

Παράγοντες κινδύνου για συννοσηρότητα

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση συννοσηρότητας αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών είναι λιγότερο μελετημένοι σε σχέση με αυτούς για την εμφάνιση κάθε διαταραχής ξεχωριστά. Υπάρχει καταρχήν συμφωνία ότι η εμφάνιση των αγχώδων συμπτωμάτων προηγείται συνήθως των καταθλιπτικών. Σε προοπτική μελέτη 3000 εφήβων και νεαρών ενηλίκων επί 5 χρόνια διαπιστώθηκε ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά που προδιέθεταν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν οι πανικόμορφες κρίσεις, οι συμπεριφορές αποφυγής, η σοβαρή δυσλειτουργικότητα και η εμφάνιση περισσότερων των δύο αγχώδων διαταραχών.¹⁸ Επίσης, το γυναικείο φύλο, οι δυσκολίες στη σχολική επίδοση, ο πρώιμος γονεϊκός αποχωρισμός, οι περιγεννητικές επιπλοκές, το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου και οι οικονομικές δυσκολίες αναγνωρίστηκαν ως προδιαθετικοί παράγοντες για την εμφάνιση συννοσηρότητας αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών.¹⁹ Σε άλλη μελέτη, προτάθηκαν ως επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση κατάθλιψης, η βαρύτητα της αγοραφοβίας, η επιθετικότητα, η διαταραχή γενικευμένου άγχους, και το προηγούμενο ιστορικό μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.²⁰

Η οικογενειακή-γενετική προδιάθεση αναγνωρίζεται επίσης ως σημαντική. Έχει διαπιστωθεί ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με συννοσηρότητα αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών παρουσίαζαν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και κρίσεις πανικού σε υψηλότερο ποσοστό από τους πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών χωρίς αυτές τις διαταραχές.^{21,22} Εντούτοις, οι πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με κατάθλιψη μόνο, είχαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, ενώ όσον αφορά τους συγγε-

νείς ασθενών με αγχώδεις διαταραχές, το ποσοστό εμφάνισης αγχώδους διαταραχής σε αυτούς ήταν μικρότερο. Οι παρατηρήσεις αυτές συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι οι παράγοντες κινδύνου για τις δύο οντότητες μπορεί να είναι ανεξάρτητοι.

Η επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων και η αλληλεπίδρασή τους με τη γενετική προδιάθεση και τις εμπειρίες ζωής έχει επίσης αποτελέσει αντικείμενο διερεύνησης.^{23,24} Οι Kendler et al που μελέτησαν πληθυσμό διδύμων γυναικών με διαταραχή γενικευμένου άγχους, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση της διαταραχής όπως και για την εμφάνιση κατάθλιψης είναι κοινή, αλλά ότι η ανάπτυξη της κάθε μίας χωριστά ή και των δύο μαζί εξαρτάται από περιβαλλοντικούς παράγοντες.²⁵ Επίσης, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι για την ανάπτυξη κοινωνικής φοβίας, οι γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι κατά το ένα τρίτο και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κατά τα δύο τρίτα, ενώ αυτό δεν ισχύει για την εμφάνιση κατάθλιψης και αγχώδων διαταραχών.²⁴

Η άποψη της αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων συνεπικουρείται και από τα ευρήματα σε οικογένειες θυμάτων βιασμού με ή χωρίς διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία, όπου οι συγγενείς ασθενών με μετατραυματικό σύνδρομο εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, όχι όμως και αγχώδεις διαταραχές.²⁶ Τέλος, την άποψη ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται ως αντίδραση σε περιβαλλοντικούς ψυχοπαιστικούς παράγοντες οι οποίοι συνεπιδρούν με τη γενετική ευαλωτότητα.¹⁹ υποστηρίζουν και γενετικές μελέτες όπως αυτή των Caspi et al,²⁷ οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η παρουσία ενός ή δύο αντιγράφων του βραχέως αλληλίου της περιοχής προαγωγέα (promoter region) του γονιδίου του μεταφορέα της σεροτονίνης σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού μετά από στρεσογόνα γεγονότα ζωής, σε σχέση με την ομοζυγωτία για το μακρύ αλληλίο του γονιδίου.

Επιπτώσεις της συννοσηρότητας

Στις επιπτώσεις της συννοσηρότητας αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών συγκαταλέγονται η μεγαλύτερη βαρύτητα της νόσου, η αυξημένη χρονιότητα, ο σημαντικά μεγαλύτερος βαθμός δυσλειτουργικότητας στην εργασία και στις διαπροσωπικές σχέσεις,

η χειρότερη ποιότητα ζωής, καθώς και ο μεγαλύτερος βαθμός αναπηρίας σε σχέση με τους ασθενείς που δεν εμφανίζουν συννοσηρότητα.²⁸⁻³¹ Επίσης, οι ασθενείς με συννοσηρότητα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και αγχώδους διαταραχής έχει διαπιστωθεί ότι απαντούν πτωχότερα στην αντικαταθλιπτική αγωγή με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και ότι διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή συχνότερα σε σχέση με τους ασθενείς που εμφανίζουν μόνο καταθλιπτική διαταραχή, γεγονός το οποίο έχει οδηγήσει στη γενική παραδοχή ότι η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή που συνυπάρχει με αγχώδεις διαταραχές είναι ανθεκτικότερη στη θεραπεία.^{28,32,33} Τέλος, η υποδιάγνωση της συννοσηρότητας της κατάθλιψης με τις αγχώδεις διαταραχές οδηγεί σε αυξημένο αριθμό ψυχιατρικών νοσηλείων και υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας.^{34,35}

Παθοφυσιολογικές συσχετίσεις στη συννοσηρότητα

Οι ακριβείς νευροχημικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στην ταυτόχρονη εμφάνιση καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων δεν είναι πλήρως διευκρινισμένοι. Στο πλαίσιο αυτό έχουν μελετηθεί διάφοροι βιολογικοί δείκτες οι οποίοι θεωρούνται σημαντικοί και σε κάθε μία μεμονωμένη κατάσταση.¹⁰ Κατεξοχήν έχουν συνδεθεί με τη συννοσηρότητα η σεροτονίνη, η νοραδρεναλίνη, η αυξητική ορμόνη και ο υποθαλαμο-υποφυσιακο-επινεφριδικός άξονας.

Σύμφωνα με το μοντέλο των Stein & Stahl η σεροτονινεργική λειτουργία είναι μειωμένη στην κατάθλιψη και αυξημένη στις αγχώδεις διαταραχές.³⁶ Το μοντέλο αυτό ερμηνεύει διάφορες παρατηρήσεις όπως τις συμπεριφορές αποφυγής σε πειραματόζωα που συνδέονται με μείωση της σεροτονινεργικής δραστηριότητας, την εμφάνιση άγχους σε γενετικά τροποποιημένα (knock-out) πειραματόζωα κατόπιν ενεργοποίησης των 5-HT_{1A} υποδοχέων, την επιδείνωση των συμπτωμάτων σε ευρύ φάσμα αγχώδων διαταραχών μετά από χορήγηση του σεροτονινεργικού αγωνιστή m-chlorophenylpiperazine, και την αρχική αύξηση του άγχους που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας αγχώδων ασθενών με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) για να ακολουθήσει η ύφεση των συμπτωμάτων, και η οποία αποδίδεται σε αντισταθμιστικές αλλαγές στις συνάψεις που εντέλει καταλήγουν σε μείωση της σεροτονινεργικής δραστηριότητας.³⁶

Σύμφωνα με άλλο μοντέλο, το οποίο εμπλέκει την αμυγδαλή στην παθοφυσιολογία της συννοσηρότητας, θεωρείται ότι οι SSRIs αυξάνοντας τη σεροτονίνη στην περιοχή αυτή του εγκεφάλου προκαλούν μείωση του άγχους στις αγχώδεις διαταραχές και μείωση της ανηδονίας στην κατάθλιψη.³⁶ Παρατηρήσεις που συνηγορούν υπέρ της άποψης αυτής είναι η μείωση του άγχους που παρατηρείται σε πειραματόζωα με την αύξηση της σεροτονινεργικής δραστηριότητας, η αύξηση της κινητικότητας σε γενετικά τροποποιημένα πειραματόζωα μετά από ενεργοποίηση των 5-HT_{1A} υποδοχέων, και η μείωση της δραστηριότητας διαφόρων περιοχών του μεταϊχμιακού συστήματος που δέχονται σεροτονινεργικές επιδράσεις μετά από χορήγηση SSRIs, όπως η μειωμένη απελευθέρωση νοραδρεναλίνης από τον υπομέλανα τόπο και του εκλυτικού παράγοντα της κορτικοτροπίνης (CRF) από τον υποθάλαμο.³⁶

Επίσης, έχει βρεθεί ότι η έκκριση αυξητικής ορμόνης μετά από χορήγηση κλονιδίνης (ένδειξη κατεχολαμινικής δυσλειτουργίας) είναι μειωμένη στην κατάθλιψη, στη διαταραχή πανικού, την κοινωνική φοβία και τη διαταραχή γενικευμένου άγχους.³⁷ Εξάλλου, η θεραπεία με SSRIs οδηγεί σε μείωση της 3-μεθοξυ-4-υδροξυ-φαινυλγλυκόλης (MHPG), που παραπέμπει στο ότι τα φάρμακα αυτά μειώνουν την απελευθέρωση νοραδρεναλίνης από τον υπομέλανα τόπο.³⁸ Όπως προκύπτει, σε αρκετές περιπτώσεις η κατεχολαμινική δυσλειτουργία σε συννοσηρότητα της κατάθλιψης με κάποιες αγχώδεις διαταραχές είναι παρόμοια με τις προαναφερθείσες.³⁹

Συχνά στην κατάθλιψη παρατηρείται αυξημένη έκκριση CRF, που οδηγεί σε αυξημένη έκκριση κορτιζόλης και μείωση του αριθμού και της λειτουργίας (down regulation) των γλυκοκορτικοειδικών υποδοχέων.^{40,41} Στη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματισμό υπάρχει επίσης αυξημένη έκκριση CRF η οποία όμως συνοδεύεται από μείωση των επιπέδων της κορτιζόλης.^{42,43} Είναι ενδιαφέρον ότι οι διαταραχές του υποθαλαμο-υποφυσιακο-επινεφριδικού άξονα στη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία με συννοσηρότητα με κατάθλιψη είναι παρόμοιες με αυτές που παρατηρούνται όταν δεν υπάρχει συννοσηρότητα.⁴⁴ Έχει υποστηριχθεί, επίσης, ότι η διαταραχή του άξονα στη διαταραχή πανικού μοιάζει περισσότερο με αυτή στη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία και λιγότερο με αυτή στην κατάθλιψη.⁴⁵

Τέλος, ενδεικτικό της πιθανά στενής σχέσης της νευροβιολογίας άγχους και κατάθλιψης είναι και η διαπίστωση ότι η απευθείας έγχυση CRF στον εγκεφαλο πειραματοζώων προκαλεί συμπτώματα ανάλογα τόσο άγχους όσο και κατάθλιψης, και αυτό αποδίδεται στη δράση του CRF στον υπομέλανα τόπο. Ο υπομέλανας τόπος πάλι, προκαλεί απελευθέρωση CRF (από την αμυγδαλή και τον ιππόκαμπο), η οποία δεν επηρεάζει τον υποθαλαμο-υποφυσιακο-επινεφριδικό άξονα, αλλά ενεργοποιεί το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Δηλαδή, σε παθοφυσιολογικό επίπεδο η συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης είναι πιθανόν εν μέρει τουλάχιστον να διαμεσολαβείται από τη νοραδρενεργική δραστηριότητα και την απελευθέρωση CRF από την αμυγδαλή και τον ιππόκαμπο.⁴⁶

Θεραπευτική αντιμετώπιση της συννοσηρότητας

Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της συννοσηρότητας χρησιμοποιούνται με ικανοποιητικά αποτελέσματα τόσο τα αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά φάρμακα, μόνα ή σε συνδυασμό, όσο και οι διάφορες καθιερωμένες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές.^{7,8,19,47-49} Από τις τελευταίες, η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη και η καλύτερα μελετημένη ψυχοθεραπεία· η αποτελεσματικότητά της θεωρείται συγκρίσιμη με της φαρμακοθεραπείας.

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) θεωρούνται ως η πρώτης γραμμής φαρμακευτική θεραπεία για τους ασθενείς με συννοσηρότητα, δεδομένου ότι έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικότεροι από τα κλασικά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, όπως η ιμιπραμίνη, καθώς και από τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs).^{7,50,51} Από τα αντικαταθλιπτικά με διαφορετικό μηχανισμό δράσης, η μιρταζαπίνη έχει αποδειχθεί αποτελεσματική τόσο στα καταθλιπτικά όσο και στα αγχώδη συμπτώματα, ενώ η βουπροπρόνη φαίνεται να έχει ανάλογη της σερατραλίνης αντικαταθλιπτική δράση σε ασθενείς με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, με συνοδό μείωση των αγχωδών συμπτωμάτων.^{36,52} Η βεναφαξίνη θεωρείται αποτελεσματικότερη της φλουοξετίνης σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και διαταραχή γενικευμένου άγχους.^{53,54} Εντούτοις, σε ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας των αντικαταθλιπτικών δεν προέκυψε υπεροχή των SSRIs έναντι των άλλων τύπων αντικαταθλιπτικών σε ασθενείς με συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης.⁵⁵ Συνολικά, το

καλύτερο φαρμακολογικό προφίλ των SSRIs έναντι των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και των MAOIs, τα καθιστά την πρώτη θεραπευτική επιλογή στις περιπτώσεις συννοσηρότητας.

Οι βενζοδιαζεπίνες, η βουσπιρόνη, οι β-αδρενεργικοί αποκλειστές, τα αντιεπιληπτικά και τα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν επίσης αποδειχτεί αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.^{19,56} Τυπικά, οι βενζοδιαζεπίνες προτείνεται να χορηγούνται μόνο για τις πρώτες εβδομάδες θεραπείας, μέχρι να δράσουν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, και μετά συστήνεται να διακόπτονται προοδευτικά. Η παρατεταμένη χορήγησή τους συστήνεται σε περιορισμέ-

νο αριθμό ασθενών, οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στη μονοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.⁵⁷

Εν κατακλίδει, πρέπει να επισημανθεί ότι η αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων θεραπευτικών μεθόδων γενικά είναι πτωχότερη στους ασθενείς με συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης συγκρινόμενους με τους ασθενείς με μεμονωμένη διαταραχή. Αυτό σημαίνει ότι η ύφεση των συμπτωμάτων καθυστερεί και η θεραπεία παρατείνεται. Συνεπώς, ο συνδυασμός φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης φαίνεται να πλεονεκτεί σε αποτελεσματικότητα σε αυτές τις περιπτώσεις.⁵⁸

Comorbid anxiety and depression: Diagnostic issues and treatment management

G. Balta, T. Paparrigopoulos

1st Psychiatric Department, University of Athens, Eginition Hospital Athens, Greece

Psychiatriki 2010, 21:107–114

Epidemiological data show that besides the high prevalence of anxiety and depressive disorders in the general population, comorbidity between the two is a very frequent phenomenon. There is a variety in the clinical presentation of comorbidity. Comorbidity may be present as the full clinical picture of the two syndromes or as limited symptoms from both two syndromes. Anxiety disorders usually are the first manifestation. The impact of comorbidity is reflected in the severity of the disorder, the chronicity and persistency of its course, the more functional impairment and the worse quality of patient's life. There is interplay between several genetic, neurobiological and environmental risk factors leading to comorbidity. Disturbances of the serotonergic and noradrenergic systems, as well as of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis have been implicated in the pathophysiology of comorbidity. Treatment with novel antidepressants and anxiolytics, as well as psychotherapeutic approaches has proven to be effective for the management of comorbid anxiety and depression.

Key words: comorbidity, anxiety, depression, diagnosis, treatment

Βιβλιογραφία

1. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chronic Dis* 1970, 23:455–468
2. Belzer K, Schneier FR. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment and treatment. *J Psychiat Practice* 2004, 10:296–306
3. Kessler RC, McGonagle KA, Shanyang Z et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51:8–19
4. Kessler RC, Chiu WT, Demler O et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005a, 62:617–627
5. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA et al. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry* 1996, 30(Suppl):17–30
6. Judd LL, Kessler RS, Paulus MP et al. Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). *Acta Psychiatr Scand* 1998, 393(Suppl):6–11
7. Kaufman J, Charney D. Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2000
8. Gorman JM. Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depress Anxiety* 1996
9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005b, 62:593–602
10. Cameron OG. Anxious-depressive comorbidity: effects on HPA axis and CNS noradrenergic functions. *Essent Psychopharmacol* 2006, 7:24–34
11. Finley-Jones R, Brown GW. Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychol Med* 1981, 11:803–815
12. Cameron OG. Understanding comorbid depression and anxiety. *Psychiatric Times* 2007, 24:14
13. Hirschfeld RM. The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *J Clin Psychiatry* 2001, 3:244–254, 12:69–76
14. Roy-Byrne P, Katon W, Broadhead WE et al. Subsyndromal ("mixed") anxiety-depression in primary care. *J Gen Intern Med* 1994, 9:507–512
15. Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y et al. Depression comorbid with anxiety: results from WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry* 1996, 6(Suppl):38–43
16. Murphy JM, Sobol AM, Olivier DG et al. Prodromes of depression and anxiety: the Stirling County study. *Br J Psychiatry* 1989, 155:490–495
17. Broadhead WE, Blazer DG, George LK et al. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990, 264:2524–2528
18. Wittchen HU, Kessler RS, Pfizer H et al. Why do people with anxiety disorders become depressed? a prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand* 406(Suppl) 2000:14–23
19. Pollack MH. Comorbid anxiety and depression. *J Clin Psychiatry* 2005, 66:22–29
20. Ball SG, Otto MW, Pollack MH et al. Predicting prospective episodes of depression in patients with panic disorder: a longitudinal study. *J Consult Clin Psychol* 1994, 62:359–365
21. Leckman JF, Merikangas KR, Pauls DL et al. Anxiety disorders and depression: contradictions between family study data and DSM-III conventions. *Am J Psychiatry* 1983, 140:880–882
22. Leckman JF, Weissman MM, Merikangas KR et al. Major depression and panic disorder: a family study perspective. *Psychopharmacol Bull* 1985, 21:543–545
23. Kendler KS, Neale MC, Kessler RS et al. Major depression and phobias: the genetic and environmental sources of comorbidity. *Psychol Med* 1993, 23:361–371
24. Fyer AJ. Heritability of social anxiety: a brief review. *J Clin Psychiatry* 1993, 54(Suppl):10–12
25. Kendler KS, Neale MC, Kessler RS et al. Familial influences on the clinical characteristics of major depression: a twin study. *Acta Psychiatr Scand* 1992, 86:371–378
26. Davidson JR, Tupler LA, Wilson WH et al. A family study of chronic post traumatic stress disorder following rape trauma. *J Psychiatr Res* 1998, 32:301–309
27. Caspi A, Sudgen K, Moffit TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003, 301:386–391
28. Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ et al. Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1996, 153:1293–1300
29. Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU et al. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55:801–808
30. Olsson M, Fireman B, Weissman MM et al. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry* 1997, 154:1734–1740
31. Sherbourne CD, Wells KB, Meredith LS et al. Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of the chronically ill patients of general medical providers. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53:889–895
32. Ballenger JC. Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 1999, 60(Suppl 22):22–34
33. Fava M, Uebelacker LA, Alpert JE et al. Major depressive subtypes and treatment response. *Biol Psychiatry* 1997, 42:568–576
34. Roy-Byrne P, Stang P, Wittchen HU et al. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey: association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *Br J Psychiatry* 2000, 176:229–235
35. Lepine JP, Chignon JM, Teherani M. Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993, 50:144–149
36. Stein DJ, Stahl S. Serotonin and anxiety: Current models. *Int Clin Psychopharmacol* 2000, 1552:1–6
37. Sullivan GM, Coplan JD, Kent JM et al. The noradrenergic system in pathology anxiety: A focus on panic with relevance to generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry* 1999, 46:1205–1218
38. Coplan JD, Andrews MW, Rosenblum LA et al. Persistent elevations in adult non human primates exposed to early-life stressors: implications for the pathophysiology of mood and anxiety disorders. *Proc Natl Acad Sci USA* 1996, 93:1619–23

39. Maes M, Ai-hua L, Verkerk R et al. Serotonergic and noradrenergic markers of post-traumatic stress disorder with and without depression. *Neuropsychopharmacology* 1999, 20:188–197
40. Nemeroff CB, Widerlov E, Bissette G et al. Elevated concentrations of CSF corticotrophin-releasing factor-like immunoreactivity in depressed patients. *Science* 1984, 226:1342–1344
41. Holsboer F. Implications of altered limbic-hypothalamic-pituitary-adrenocortical (LHPA) function for neurobiology of depression. *Acta Psychiatr Scand* 1988, 341(Suppl):72–111 (Review)
42. Bremner JD, Licinio J, Darnell A et al. Elevated CSF corticotrophin-releasing factor concentrations in post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1997, 154:624–629
43. Yehuda R, Giller EL, Southwick SM et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in PTSD. *Biol Psychiatry* 1991, 31:1031–1048
44. Yehuda R, Southwick SM, Nussbaum G et al. Low urinary cortisol excretion in patients with post-traumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 1990, 178:366–369
45. Kellner M, Yehuda R. Do panic disorder and post-traumatic stress disorder share a common psychoneuroendocrinology? *Psychoneuroendocrinology* 1999, 24:485–504
46. Butler PD, Weiss JM, Stout JC et al. Corticotropin-releasing factor produces fear-enhancing and behavioral activating effects following infusion into the locus coeruleus. *J Neurosci* 1990, 10:176–183
47. Boerner RJ, Moller HJ. The importance of new antidepressants in the treatment of anxiety/depressive disorders. *Pharmacopsychiatry* 1999, 32:119–126
48. Borkovec TD, Ruscio AM. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2001, 62:37–42
49. Kapczinski F, Lima MS, Souza JS et al. Antidepressants for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD003592
50. Pini S, Amador XF, Dell'Osso L et al. Treatment of depression with comorbid anxiety disorders: differential efficacy of paroxetine versus moclobemide. *Int Clin Psychopharmacol* 2003, 18:15–21
51. Tollefson GD, Greist JH, Jefferson JW et al. Is baseline agitation a relative contraindication for a selective serotonin reuptake inhibitor? A comparative trial of fluoxetine versus imipramine. *J Clin Psychopharmacol* 1994, 14:385–391
52. Trivedi MH, Rush AJ, Carmody TJ et al. Do bupropion SR and sertraline differ in their effects on anxiety in depressed patients? *J Clin Psychiatry* 2001, 62:776–781
53. Davidson JR, Meoni P, Haudiquet V et al. Achieving remission with venlafaxine and fluoxetine in major depression: its relationship to anxiety symptoms. *Depress Anxiety* 2002, 16:4–13
54. Silverstone PH, Salinas E. Efficacy of venlafaxine extended release in patients with major depressive disorder and comorbid generalized anxiety. *J Clin Psychiatry* 2001, 62:523–529
55. Panzer MJ. Are SSRIs really more effective for anxious depression? *Ann Clin Psychiatry* 2005, 17:23–29
56. Furukawa TA, Streiner DL, Young LT, Konoshita Y. Antidepressants plus benzodiazepines for major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, CD001026
57. Dunlop BW, Davis PG. Combination treatment with benzodiazepines and SSRIs for comorbid anxiety and depression: a review. *J Clin Psychiatry* 2008, 10:222–228
58. Schoevers RA, Van HL, Koppelmans V et al. Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *Drugs* 2008, 68:1621–1634

Αλληλογραφία: Θ. Παπαρρηγόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, 1η Πανεπιστημιακή Κλινική Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Λεωφ. Βασ. Σοφίας 74, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-72 89 313
E-mail: tpaparrig@med.uoa.gr

Ερευνητική εργασία Research article

Αλληλεπίδραση βιοβιολογικών παραμέτρων με την κατάθλιψη σε διαβητικούς ασθενείς τύπου II

Ε. Τσιρογιάννη,¹ Φ. Κουνιάκης,² Μ. Μπαλτατζή,¹ Γ. Λαυρεντιάδης,² Μ. Αλεβίζος¹

¹Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη,

²Β΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, ΨΝΘ, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2010, 21:115–125

Σκοπός της μελέτης μας ήταν να διερευνηθεί η σχέση διαφόρων κλινικών διαβητικών παραμέτρων με την κατάθλιψη σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου II. Συμπεριλήφθησαν 200 ασθενείς (127 γυναίκες/73 άνδρες) με ΣΔ τύπου 2, από το εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο της Α΄ ΠΡΠ Κλινικής του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης και αναζητήθηκαν δημογραφικές και κλινικές παράμετροι όπως το φύλο, η ηλικία, η διάρκεια του διαβήτη, η αντιδιαβητική θεραπεία, οι διαβητικές επιπλοκές, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η περιμέτρος μέσης, η αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα, η φυσική άσκηση και η λήψη αλκοόλης. Για την ανίχνευση της καταθλιπτικής σημειολογίας, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της κλίμακας BDI-II (Beck Depression Inventory-II). Η επίπτωση της κατάθλιψης ήταν αυξημένη, τόσο στο σύνολο των ασθενών (31,5%), όσο και στους άνδρες (26%) και στις γυναίκες (34,6%) χωριστά. Η καταθλιπτική σημειολογία ήταν στατιστικά σημαντικά συχνότερη στους ασθενείς με κάποια διαβητική επιπλοκή στο σύνολο των ασθενών ($p=0,013$) και στους άνδρες ($p=0,001$), ενώ στα όρια της στατιστικής σημαντικότητας ήταν η σχέση της κατάθλιψης με τη διαβητική νεφροπάθεια ($p=0,052$) και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ($p=0,097$). Ο ΔΜΣ ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στους καταθλιπτικούς ασθενείς σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς στο σύνολο ($p=0,003$) και στους άνδρες ($p=0,013$). Επίσης, το ποσοστό κατάθλιψης ήταν σημαντικά υψηλότερο στους διαβητικούς ασθενείς με κοιλιακή παχυσαρκία σε σχέση με τους διαβητικούς χωρίς κοιλιακή παχυσαρκία στο σύνολο τους ($p=0,011$) και στους άνδρες ($p=0,014$). Στους υπέρτασικούς άντρες, η επίπτωση της κατάθλιψης ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σχέση με τους μη υπέρτασικούς άντρες ($p=0,030$), γεγονός που δεν ίσχυε για τις γυναίκες. Συμπερασματικά αναφέρουμε ότι η καταθλιπτική σημειολογία επηρεάζει την εξέλιξη του ΣΔ τύπου II, όπως φαίνεται από την αυξημένη εμφάνιση διαβητικών επιπλοκών στους ασθενείς που πάσχουν από καταθλιπτική συνδρομή, κυρίως στους άνδρες. Η σχέση αυτή θα μπορούσε να ερμηνευθεί μέσω της επίδρασης διαφόρων μηχανισμών, όπως της παχυσαρκίας και της αρτηριακής υπέρτασης, που όπως φάνηκε και από τη μελέτη μας, συχνά συνοδεύουν τον καταθλιπτικό διαβητικό ασθενή.

Λέξεις ευρετηρίου: σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, κατάθλιψη, διαβητικές επιπλοκές, παχυσαρκία, υπέρταση

Εισαγωγή

Χωρίς καμία αμφιβολία, ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) τύπου II αποτελεί σήμερα ένα μείζον ιατροκοινωνικό πρόβλημα, εξαιτίας του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού ατόμων που προσβάλλει και των χρόνιων επιπλοκών που συχνά τον συνοδεύει, όπως πρώιμη αθηρωμάτωση, νεφροπάθεια, νευροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια κ.ά.¹⁻³ Η έγκαιρη διάγνωση, σωστή ρύθμιση και αντιμετώπιση τόσο του ΣΔ τύπου II όσο και των επιπλοκών του, εξασφαλίζει όσο το δυνατό φυσιολογική διάρκεια και καλή ποιότητα ζωής.

Οι διαταραχές της διάθεσης και ιδιαίτερα η κατάθλιψη, αποτελούν ψυχικά νοσήματα με ολοένα αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης, συνοδεύοντας το σύγχρονο τρόπο ζωής. Ποικιλία επιδημιολογικών μελετών αποκαλύπτουν ότι το 30–50% αυτών των ασθενών παραμένουν αδιάγνωστοι, ενώ αρκετά συχνή είναι η συνύπαρξη της κατάθλιψης με σωματικά νοσήματα.⁴⁻⁶ Είναι πολύ σημαντικό για τον κλινικό ιατρό να αναγνωρίζει την κατάθλιψη, να την αξιολογεί και να την αντιμετωπίζει, γιατί η παρουσία της συχνά επηρεάζει την εξέλιξη των χρόνιων νοσημάτων, ενώ η θεραπεία της πολλές φορές οδηγεί στη βελτίωση και της σύστοιχης σωματικής νόσου.

Η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΔ τύπου II φαίνεται πως είναι διπλάσια σε σχέση με το γενικό πληθυσμό,⁷⁻¹¹ ενώ η αιτιολογική συσχέτιση είναι πολυεπίπεδη και πολυπαραγοντική. Η παρουσία διαφόρων παραμέτρων όπως το γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία, η χρονιότητα της νόσου, η ινσουλινοθεραπεία, ο κακός γλυκαιμικός έλεγχος και οι διαβητικές επιπλοκές, μπορεί να αυξήσουν τη συχνότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους διαβητικούς ασθενείς.¹²⁻¹⁹ Επίσης η συνοσηρότητα όπως η παρουσία στεφανιαίας νόσου, παχυσαρκίας, αρτηριακής υπέρτασης, ΑΕΕ, αποτελούν νοσήματα που ευνοούν την ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης.^{20,21} Τέλος, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως διαπροσωπική απώλεια, χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό status και εισόδημα, ανεργία-απώλεια εργασίας, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και έλλειψη κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων, αυξάνουν την πιθανότητα παρουσίας καταθλιπτικής διάθεσης σε διαβητικούς ασθενείς τύπου 2.^{12,22-24}

Σκοπός της μελέτης μας ήταν η διερεύνηση της αλληλεπίδρασης διαφόρων δημογραφικών και κλινικών παραμέτρων όπως το φύλο, η ηλικία, η διάρκεια της διαβητικής νόσου, το είδος της αντιδιαβητικής θεραπείας, η παρουσία των διαβητικών επιπλοκών, ο ΔΜΣ, η περίμετρος μέσης, η αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα, η φυσική άσκηση και η λήψη αλκοόλης, με τη καταθλιπτική συνδρομή στους ασθενείς με ΣΔ τύπου II.

Υλικό και μέθοδος

Ασθενείς και μέθοδοι

Στη μελέτη αυτή εντάχθηκαν 200 ασθενείς (127 γυναίκες/73 άνδρες), του εξωτερικού Διαβητολογικού Ιατρείου της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης, που έπασχαν από ΣΔ τύπου II. Από το ιστορικό αναζητήθηκαν διάφορες δημογραφικές και κλινικές παράμετροι όπως η ηλικία των ασθενών, η διάρκεια της διαβητικής νόσου, το είδος της αντιδιαβητικής αγωγής (δίαιτα ή αντιδιαβητικά δισκία ή ινσουλινοθεραπεία) και έξεις όπως το κάπνισμα, η φυσική άσκηση και η λήψη αλκοόλης. Σε ότι αφορά το κάπνισμα οι ασθενείς διακρίθηκαν σε δύο ομάδες: καπνιστές και μη καπνιστές. Σε ότι αφορά τη φυσική άσκηση διακρίθηκαν επίσης σε δύο ομάδες: καθόλου ως ελάχιστη φυσική άσκηση (<2 ώρες περπάτημα την εβδομάδα) και μέτρια ως πολύ φυσική άσκηση (>2 ώρες περπάτημα την εβδομάδα), ενώ σε ότι αφορά τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών οι ασθενείς και πάλι διακρίθηκαν σε δύο ομάδες: ασθενείς με καθόλου ή μικρή κατανάλωση αλκοόλης (<15 g αλκοόλ/24ωρο) και σε ασθενείς με μέτρια ή μεγάλη κατανάλωση αλκοόλης (>15 g αλκοόλ/24ωρο).

Από το ιστορικό και την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε η παρουσία ή όχι διαβητικών επιπλοκών, μικροαγγειακών, όπως διαβητική νευροπάθεια, νεφροπάθεια και αμφιβληστροειδοπάθεια, και μακροαγγειακών, όπως περιφερική αγγειοπάθεια, ακρωτηριασμοί, στεφανιαία νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Επίσης αναζητήθηκε η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης (από το ιστορικό, τη λήψη αντιυπερτασικής αγωγής και τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης), η ύπαρξη παχυσαρκίας με υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) από το πηλίκο του βάρους προς το τετράγωνο του ύψους και η ύπαρξη κοιλιακής παχυσαρκίας με τη μέτρηση

της περιμέτρου μέσης. Σύμφωνα με την JNC 6 (Joint National Committee 6) ως αρτηριακή υπέρταση ορίζεται η ΑΠ η οποία ξεπερνά τις τιμές: ΣΑΠ>140 mmHg και ΔΑΠ>90 mmHg. Οι ασθενείς ανάλογα με το ΔΜΣ χωρίζονται σε 3 κατηγορίες: φυσιολογικού βάρους: ΔΜΣ<25 kg/m², υπέρβαρους: 25≤ΔΜΣ≤30 kg/m² και παχύσαρκους ΔΜΣ>30 kg/m². Η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης έγινε στο μέσον της απόστασης από την τελευταία πλευρά ως τη λαγόνια ακρολοφία. Ως γνωστό, η κοιλιακή παχυσαρκία ορίζεται ως περίμετρος μέσης >102 cm στους άνδρες και >88 cm στις γυναίκες.

Για την ανίχνευση της καταθλιπτικής συνδρομής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της κλίμακας BDI-II (Beck Depression Inventory-II) με διαχωριστικό όριο (cut off point) την τιμή 14. Η κλίμακα αυτή έχει αξιολογηθεί ως μία ευαίσθητη, ειδική και αξιόπιστη μέθοδος διάγνωσης της κατάθλιψης όχι μόνο σε ψυχιατρικές παθήσεις, αλλά και σε διάφορα χρόνια σωματικά νοσήματα.^{25,26} Επίσης έχει χρησιμοποιηθεί από πολλές διεθνείς μελέτες ως διαγνωστικό εργαλείο ανίχνευσης καταθλιπτικής σημειολογίας τόσο σε ασθενείς με ΣΔ τύπου I, όσο και σε ασθενείς με ΣΔ τύπου II.²⁷⁻²⁹ Οι καλές ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας έχουν επιβεβαιωθεί και για τον ελληνικό πληθυσμό, καθιστώντας έγκυρη και αξιόπιστη τη χρήση της, έτσι όπως έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί και στην ελληνική γλώσσα.³⁰

Στατιστική ανάλυση

Οι παράμετροι συνοψίστηκαν χρησιμοποιώντας μέσες τιμές με τυπικές αποκλίσεις (standard deviation, SD) και διάμεσες τιμές με εύρη (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή). Τα δεδομένα δεν κατανέμονταν κανονικά οπότε εφαρμόστηκε μη-παραμετρική ανάλυση. Η δοκιμασία κατά Mann-Whitney (Mann-Whitney U test) χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση μιας ποσοτικής μεταβλητής μεταξύ δύο ομάδων και η δοκιμασία κατά Kruskal-Wallis (Kruskal-Wallis test) χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση μιας ποσοτικής μεταβλητής σε περισσότερες από δύο ομάδες. Η σχέση μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών, εκτιμήθηκε με τη δοκιμασία κατά χ^2 (chi-square test) ή την ακριβή δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's exact test) όταν ο αναμενόμενος αριθμός συχνοτήτων ήταν <5. Σ' όλες τις στατιστικές αναλύσεις το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ως 0,05 και αμφίπλευρο. Οι

στατιστικές αναλύσεις εφαρμόστηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS 14.0.

Αποτελέσματα

Στους πίνακες 1–5 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές με τυπικές αποκλίσεις (standard deviation, SD), οι διάμεσες τιμές με εύρη (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή) όπως και οι συχνότητες των κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών που εισηγήθηκαν στη μελέτη στο σύνολό τους και κατά φύλο.

Η επίπτωση της κατάθλιψης στο σύνολο των ασθενών ήταν υψηλή (31,5%). Στους άνδρες η επίπτωση της κατάθλιψης ήταν 26%, ενώ στις γυναίκες ήταν πιο αυξημένη, 34,6% (εικόνα 1). Η διαφορά στην επίπτωση μεταξύ των δύο φύλων δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p>0,05$).

Η ηλικία των ασθενών, η διάρκεια του διαβήτη, το είδος της αντιδιαβητικής φαρμακευτικής αγωγής, το κάπνισμα και η φυσική άσκηση δεν βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την παρουσία καταθλιπτικής σημειολογίας, όπως καταγράφηκε από την κλίμακα BDI-II, τόσο στο σύνολο των ασθενών, όσο και στους άνδρες και στις γυναίκες χωριστά ($p>0,05$). Η ινσουλινοθεραπεία φάνηκε να αυξάνει την παρουσία της κατάθλιψης στο σύνολο των ασθενών, χωρίς αυτό ωστόσο να είναι στατιστικά σημαντικό. Επίσης υπήρξε μια τάση αύξησης της παρουσίας κατάθλιψης στις γυναίκες οι οποίες έκαναν μέτρια ή μεγάλη κατανάλωση αλκοόλης, σε σχέση με τις γυναίκες με καθόλου ή μικρή κατανάλωση αλκοόλης ($p=0,063$).

Η παρουσία καταθλιπτικής σημειολογίας ήταν στατιστικά σημαντικά αυξημένη στους ασθενείς οι οποίοι είχαν κάποια μικροαγγειακή ή μακροαγγειακή διαβητική επιπλοκή στο σύνολο των ασθενών ($p=0,013$) και στους άνδρες ($p=0,001$) (πίνακας 6). Επιμέρους επιπλοκές όπως διαβητική νεφροπάθεια και AEE, φάνηκε να αυξάνουν την επίπτωση της κατάθλιψης στους ασθενείς και η αύξηση αυτή ήταν οριακά στατιστικά σημαντική άμφω, ($p=0,052$) και ($p=0,097$) αντίστοιχα.

Ο ΔΜΣ ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στους καταθλιπτικούς ασθενείς σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς στο σύνολο ($p=0,003$) και στους άνδρες ($p=0,013$) (πίνακας 7), όπως επίσης το ποσοστό κατάθλιψης ήταν σημαντικά υψηλότερο

Πίνακας 1. Κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που εισήχθησαν στη μελέτη, ανά φύλο και συνολικά: ηλικία έναρξης διαβήτη, διάρκεια διαβήτη, BMI, περίμετρος μέσης, ΣΑΠ, ΔΑΠ.

	Φύλο	Ηλικία έναρξης διαβήτη	Διάρκεια διαβήτη	BMI (kg/m ²)	Περίμετρος μέσης (cm)	Συστολική αρτηριακή πίεση	Διαστολική αρτηριακή πίεση
Άνδρες	N	73	73	73	73	73	73
	Μέση τιμή	53,71	7,47	28,5580	105,52	137,53	80,82
	Τυπική απόκλιση	9,967	6,138	4,46188	12,041	23,051	9,429
	Διάμεση τιμή	55,00	7,00	27,4717	101,00	130,00	80,00
	Ελάχιστη τιμή	27	1	20,37	90	110	60
	Μέγιστη τιμή	78	22	40,60	145	210	100
Γυναίκες	N	127	127	127	127	127	127
	Μέση τιμή	54,08	8,74	31,5023	104,80	136,46	79,45
	Τυπική απόκλιση	10,920	8,647	5,91511	14,057	23,781	10,508
	Διάμεση τιμή	55,00	5,00	31,6443	105,00	140,00	80,00
	Ελάχιστη τιμή	28	1	20,37	53	90	50
	Μέγιστη τιμή	85	41	50,87	156	190	105
Σύνολο ασθενών	N	200	200	200	200	200	200
	Μέση τιμή	53,94	8,28	30,4276	105,06	136,85	79,95
	Τυπική απόκλιση	10,558	7,832	5,60142	13,330	23,464	10,125
	Διάμεση τιμή	55,00	6,00	29,7056	104,00	130,00	80,00
	Ελάχιστη τιμή	27	1	20,37	53	90	50
	Μέγιστη τιμή	85	41	50,87	156	210	105

Πίνακας 2. Αντιδιαβητική αγωγή ανά φύλο και συνολικά.

Θεραπεία		Φύλο		Σύνολο ασθενών
		Άνδρες	Γυναίκες	
Δίαιτα	Συχνότητα	19	18	37
	Ποσοστό	26,0%	14,2%	18,5%
Μονοθεραπεία	Συχνότητα	17	25	42
	Ποσοστό	23,3%	19,7%	21,0%
Διπλή	Συχνότητα	27	56	83
	Ποσοστό	37,0%	44,1%	41,5%
Ινσουλίνη	Συχνότητα	10	28	38
	Ποσοστό	13,7%	22,0%	19,0%
Σύνολο	Συχνότητα	73	127	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%

στους διαβητικούς ασθενείς με κοιλιακή παχυσαρκία σε σχέση με τους διαβητικούς χωρίς κοιλιακή παχυσαρκία στο σύνολο ($p=0,011$) (πίνακας 8) και στους άνδρες ($p=0,014$) (εικόνα 2). Τέλος η παρου-

Πίνακας 3. Συχνότητα καπνίσματος ανά φύλο και συνολικά.

Κάπνισμα		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρες	Γυναίκες	
Ναι	Συχνότητα	24	24	48
	Ποσοστό	32,9%	18,9%	24,0%
Όχι	Συχνότητα	49	103	152
	Ποσοστό	67,1%	81,1%	76,0%
Σύνολο ασθενών	Συχνότητα	73	127	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%

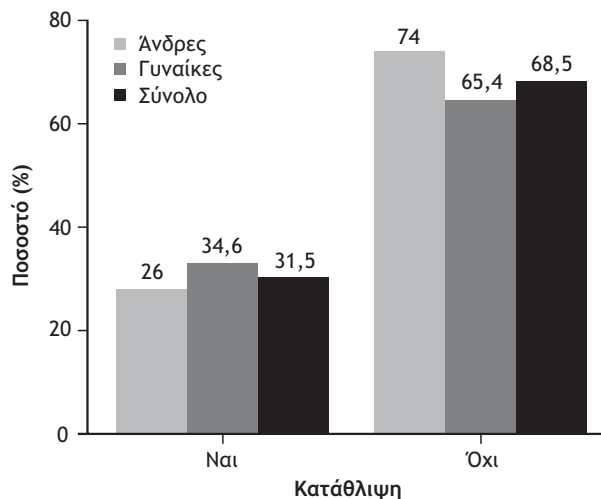
σία αρτηριακής υπέρτασης φάνηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη παρουσία καταθλιπτικής σημειολογίας στους άνδρες διαβητικούς της μελέτης μας ($p=0,030$).

Συζήτηση

Έρευνες σε αστικούς πληθυσμούς του Δυτικού κόσμου έχουν δείξει ότι περίπου 15% του γενικού πλη-

Πίνακας 4. Συχνότητα φυσικής άσκησης ανά φύλο και συνολικά.

Φυσική άσκηση		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρες	Γυναίκες	
Καθόλου	Συχνότητα	9	32	41
	Ποσοστό	12,3%	25,2%	20,5%
Λίγο	Συχνότητα	4	4	8
	Ποσοστό	5,5%	3,1%	4,0%
Μέτρια	Συχνότητα	27	56	83
	Ποσοστό	37,0%	44,1%	41,5%
Πολύ	Συχνότητα	33	35	68
	Ποσοστό	45,2%	27,6%	34,0%
Σύνολο ασθενών	Συχνότητα	73	127	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%



Εικόνα 1. Σχέση κατάθλιψης με φύλο σε ασθενείς με ΣΔ τύπου II.

Πίνακας 5. Κατανάλωση αλκοόλ ανά φύλο και συνολικά

Κατανάλωση αλκοόλ		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρες	Γυναίκες	
Καθόλου	Συχνότητα	32	105	137
	Ποσοστό	43,8%	82,7%	68,5%
Λίγο	Συχνότητα	19	13	32
	Ποσοστό	26,0%	10,2%	16,0%
Μέτρια	Συχνότητα	18	7	25
	Ποσοστό	24,7%	5,5%	12,5%
Πολύ	Συχνότητα	4	2	6
	Ποσοστό	5,5%	1,6%	3,0%
Σύνολο ασθενών	Συχνότητα	73	127	200
	Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 6. Σχέση κατάθλιψης με διαβητικές επιπλοκές.

Επιπλοκές		Κατάθλιψη		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Ναι	Συχνότητα	49	82	131
	Ποσοστό	37,4%	62,6%	100,0%
Όχι	Συχνότητα	14	55	69
	Ποσοστό	20,3%	79,7%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	63	137	200
	Ποσοστό	31,5%	68,5%	100,0%

Δοκιμασία κατά χ^2 , $p=0,013$

θυσμού εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται σε ασθενείς με ΣΔ τύπου II.⁷⁻¹¹ Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στους διαβητικούς ασθενείς, ενώ φαίνεται να σχετίζεται με τη μεγαλύτερη ηλικία, παρότι υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν παρόμοια επίπτωση τόσο σε άτομα ηλικίας >70 ετών, όσο και σε νεότερα άτομα.^{5,8,9,11,31-33} Παρόλο που στις γυναίκες με ΣΔ τύπου II η συνύπαρξη κατάθλιψης είναι

συχνότερη σε σχέση με τους άνδρες, οι διαβητικοί άνδρες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης έναντι των διαβητικών γυναικών.¹¹ Τα αποτελέσματα στη δική μας μελέτη επιβεβαίωσαν την υψηλή επίπτωση της κατάθλιψης στο διαβητικό πληθυσμό τόσο στο σύνολο των ασθενών (31,5%), όσο στους άνδρες (26%) και στις γυναίκες (34,6%) χωριστά, χωρίς ωστόσο να υπάρχει σημαντική διαφορά στην επίπτωση της κατάθλιψης σε σχέση με το φύλο και την ηλικία των ασθενών.

Στη μελέτη μας παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης σε ασθενείς υπό ινσουλινοθεραπεία. Ο ΣΔ τύπου II είναι μια χρόνια εξελισσόμενη νόσος της οποίας η αποτελεσμα-

Πίνακας 7. Σύγκριση ΔΜΣ μεταξύ διαβητικών με κατάθλιψη και χωρίς κατάθλιψη ανά φύλο και συνολικά.

Φύλο	Κατάθλιψη	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεση τιμή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	p-value*
Άνδρες	Ναι	19	29,63	4,23	28,67	24,16	38,53	0,013
	Όχι	54	28,18	4,52	27,22	20,37	40,60	
	Σύνολο	73	28,56	4,46	27,47	20,37	40,60	
Γυναίκες	Ναι	44	33,21	6,05	32,45	23,28	50,87	0,200
	Όχι	83	30,60	5,67	30,18	20,37	45,88	
	Σύνολο	127	31,50	5,92	31,64	20,37	50,87	
Σύνολο	Ναι	63	32,13	5,77	32,24	23,28	50,87	0,003
	Όχι	137	29,64	5,36	28,63	20,37	45,88	
	Σύνολο	200	30,43	5,60	29,71	20,37	50,87	

* Δοκιμασία κατά Mann-Whitney (Mann-Whitney U test)

τική θεραπευτική παρέμβαση είναι συχνά δυσχερής, με συνέπεια την έναρξη ινσουλινοθεραπείας μετά από άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα. Ερευνητικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η ινσουλινοθεραπεία δείχνει να επηρεάζει την ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών, δυσχεραίνοντας την καθημερινή δραστηριότητα με περιορισμούς και όρια, ενώ δίνει την αίσθηση της αστοχίας της θεραπείας και του «τελικού σταδίου» της νόσου.^{17,23} Η διαδικασία της ινσουλινοθεραπείας και κυρίως η εντατικοποιημένη της μορφή, με τη διενέργεια αρκετών ενέσεων το 24ωρο, αποτελεί από μόνη της μια στρεσογόνο επώδυνη κατάσταση που δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στον διαβητικό ασθενή. Επίσης η ινσουλινοθεραπεία ενέχει σε μεγαλύτερο βαθμό τον κίνδυνο της υπογλυκαιμίας κατά τη διάρκεια της οποίας εκκρίνονται οι ανταγωνιστικές ορμόνες της ινσουλίνης όπως η κορτιζόλη και η αδρεναλίνη, οι οποίες υπεισέρχονται στην παθογένεια της κατάθλιψης.³⁴⁻³⁷ Υπάρχουν βέβαια και αντίθετες απόψεις, που ισχυρίζονται ότι η ινσουλινοθεραπεία δεν επηρεάζει την ποιότητα ζωής και τη διάθεση των διαβητικών ασθενών.³⁸

Η συσχέτιση της κατάθλιψης με την κατανάλωση αλκοόλης έδειξε αυξημένη παρουσία αυτής στις γυναίκες της μελέτης μας οι οποίες έκαναν μέτρια ή μεγάλη κατανάλωση αλκοόλης Σε έρευνες όπου έγινε προσπάθεια συσχέτισης της κατανάλωσης αλκοόλης με τη ποιότητα ζωής και τη κατάθλιψη, σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, φάνηκε πως η μέτρια

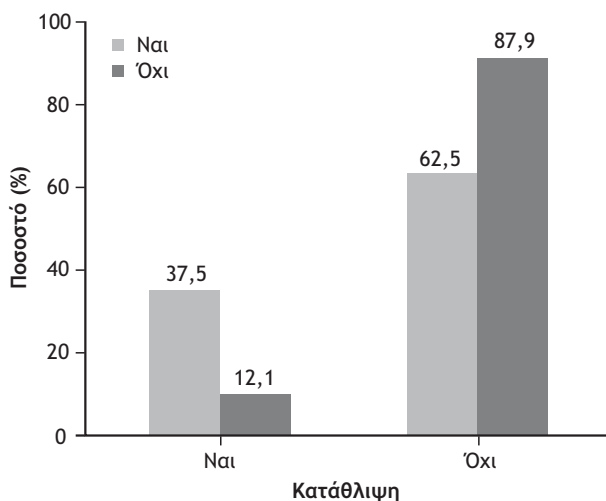
Πίνακας 8. Σχέση κατάθλιψης με κοιλιακή παχυσαρκία στους διαβητικούς ασθενείς.

Κοιλιακή παχυσαρκία		Κατάθλιψη		
		Ναι	Όχι	Σύνολο
Ναι	Συχνότητα	55	97	152
	Ποσοστό	36,2%	63,8%	100,0%
Όχι	Συχνότητα	8	40	48
	Ποσοστό	16,7%	83,3%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	63	137	200
	Ποσοστό	31,5%	68,5%	100,0%

Δοκιμασία κατά χ^2 , $p=0,011$

κατανάλωση αλκοόλης βελτιώνει τη ποιότητα ζωής και τη διάθεση, ιδιαίτερα στους μεγαλύτερους ηλικιακά ασθενείς και στα δύο φύλα.³⁹ Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν μελέτες συσχέτισης της κατάθλιψης με τη λήψη αλκοόλης στους διαβητικούς ασθενείς. Αναφέρεται ωστόσο ότι μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλης σε διαβητικούς ασθενείς προκαλεί νοητικές διαταραχές.⁴⁰

Οι ασθενείς της μελέτης μας οι οποίοι είχαν κάποια μικροαγγειακή ή μακροαγγειακή επιπλοκή και ιδιαίτερα οι άνδρες ασθενείς και οι ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια και ΑΕΕ, εμφάνιζαν πολύ συχνότερα καταθλιπτική σημειολογία σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς διαβητικές επιπλοκές, αποτελέσματα που συμβαδίζουν με ανάλογες μελέτες στη



Εικόνα 2. Σχέση κατάθλιψης με κοιλιακή παχυσαρκία στους διαβητικούς άνδρες.

διεθνή βιβλιογραφία.^{27,41,42} Η καταθλιπτική σημειολογία στους ασθενείς με διαβητικές επιπλοκές θα μπορούσε να αποδοθεί στην αντίληψη του ασθενούς ότι η νόσος του είναι ανίατη και συνεχώς επιδεινούμενη. Για παράδειγμα συναισθήματα θλίψης συχνά συνοδεύουν την απώλεια της λειτουργίας οργάνων-στόχων του ΣΔ, όπως των οφθαλμών και των νεφρών,^{19,30,43} γεγονός που θα πρέπει να συνυπολογίζεται από τον κλινικό ιατρό στην προσπάθεια βέλτιστης αντιμετώπισης του διαβητικού ασθενούς. Από την άλλη η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί και αιτιολογικό παράγοντα ανάπτυξης διαβητικών επιπλοκών λόγω συμπεριφορών που ευνοούν κακό γλυκαιμικό έλεγχο και αυξημένα επίπεδα HbA1c (π.χ. μη τήρηση ειδικής διαβητικής διατροφής, μειωμένη φυσική άσκηση, παχυσαρκία).

Αξίζει να τονίσουμε ότι οι μακροαγγειακές επιπλοκές όπως η ΣΝ και το ΑΕΕ, αποτελούν νοσήματα που από μόνα τους ευνοούν την ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης, ενώ το ίδιο ισχύει και για προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης διαβητικών επιπλοκών όπως η παχυσαρκία και η αρτηριακή υπέρταση, οι οποίες εμπλέκονται στην παθογένεια της κατάθλιψης, ακόμη και ανεξάρτητα από την παρουσία του ΣΔ τύπου II.^{20,21,27,44}

Έχει ενδιαφέρον να σχολιασθεί ότι το οξειδωτικό stress και η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου των αγ-

γείων που αποτελούν τους κύριους μοριακούς μηχανισμούς εμφάνισης των διαβητικών επιπλοκών, αναπτύσσονται και κατά τη διαδρομή καταθλιπτικών διαταραχών δεδομένου ότι και η κατάθλιψη σχετίζεται με ενεργοποίηση του ενδοθηλίου των αγγείων και τη διαδικασία της αθηρωμάτωσης.^{45,46}

Σε ότι αφορά την παχυσαρκία και την κοιλιακή παχυσαρκία, στη μελέτη μας φάνηκε ότι οι ασθενείς με αυξημένο ΔΜΣ και αυξημένη περίμετρο μέσης είχαν πιο συχνά κατάθλιψη σε σχέση με αυτούς που είχαν φυσιολογικό ΔΜΣ και φυσιολογική περίμετρο μέσης, και αυτό αφορούσε το σύνολο των ασθενών και τους άνδρες, αλλά όχι τις γυναίκες. Επίσης, σημαντικά συχνότερη ήταν η κατάθλιψη στους άντρες διαβητικούς με αρτηριακή υπέρταση σε σχέση με τους άντρες διαβητικούς χωρίς αρτηριακή υπέρταση.

Είναι αδιευκρίνιστο εάν και κατά πόσο οι καταθλιπτικές διαταραχές των διαβητικών ασθενών οδηγούν σε συμπεριφορές που ευνοούν την ανάπτυξη παχυσαρκίας ή εάν οι ψυχικές αυτές διαταραχές των παχύσαρκων οφείλονται στην ίδια την παχυσαρκία η οποία και επιδεινώνει τη διαβητική νόσο. Αρκετές μελέτες με την χρησιμοποίηση ψυχολογικών tests έδειξαν ότι οι παχύσαρκοι παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στην ψυχοσύνθεσή τους από τους κανονικού βάρους και ισχνούς ανθρώπους.⁴⁷

Συχνά η κατάθλιψη οδηγεί σε επιλογές τρόπου ζωής που αυξάνουν τους παράγοντες καρδιαγγειακής νόσου, π.χ. καθιστική ζωή, παχυσαρκία, μειωμένη σωματική άσκηση, κάπνισμα και διαιτητικές παρεκκλίσεις με υπεργλυκαιμία και δυσλιπιδαιμία.^{16,48-55} Επιπρόσθετα διάφορα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να οδηγούν σε αύξηση του βάρους του σώματος, όπως συμβαίνει με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα με ντοπαμινεργική δράση που μπορεί να προκαλούν μεταβολικές διαταραχές.^{20,56}

Ο λιπώδης ιστός δεν αποτελεί απλά έναν αποθηκευτικό χώρο ενεργειακών υλών. Είναι ένας ενδοκρινής αδένας που εκκρίνει πληθώρα μορίων με ενδοκρινικές, παρακρινικές και αυτοκρινικές επιδράσεις. Η απάντηση στα ορμονικά αυτά ερεθίσματα γίνεται διαμέσου οδών όπου συμμετέχουν ένας μεγάλος αριθμός νευροπεπτιδίων, το ANS (αυτόνομο νευρικό σύστημα) και ο άξονας ΥΥΕ (υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια).^{57,58} Πολλά από αυτά τα

νευροπεπτίδια όπως η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη, αλλά και το ANS και το σύστημα ΥΓΕ συμμετέχουν στην παθογένεια της κατάθλιψης, όπως και στην παθογένεια του ΣΔ τύπου II, αποτελώντας πιθανότατα μια γέφυρα σύνδεσης μεταξύ παχυσαρκίας, κατάθλιψης και ΣΔ τύπου II.^{49,50,59}

Η αρτηριακή υπέρταση μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης, αλλά και αντίστροφα οι διαταραχές της διάθεσης μπορεί να αποτελούν αίτιο εμφάνισης της αρτηριακής υπέρτασης. Η υπέρταση αποτελεί ένα χρόνια νόσημα με πολλαπλές απαιτήσεις και περιορισμούς (άναλος και υπολοπιδαιμική διαίτα, λήψη πολλών αντιυπερτασικών, δυσχερή ρύθμιση της πίεσης) τα οποία μπορεί να προκαλούν συναισθήματα άγχους και δυσφορίας στους υπερτασικούς ασθενείς. Από την άλλη η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα συμμόρφωσης στα αντιυπερτασικά πρωτόκολλα και στην αντιυπερτασική αγωγή.⁶⁰

Σε νευροχυμικό επίπεδο, η διέγερση του ΣΝΣ (συμπαθητικού νευρικού συστήματος) η οποία συχνά εμπλέκεται παθοφυσιολογικά με την κατάθλιψη αλλά και την αρτηριακή υπέρταση θα μπορούσε να αποτελεί ένα κοινό μηχανισμό για τη σύνδεση των δύο αυτών νοσημάτων. Επίσης, ενώ η επίδραση του ντοπαμινεργικού συστήματος στην παθογένεια της καταθλιπτικής συνδρομής είναι από καιρό γνωστή, πρόσφατα έχει δειχθεί ότι το ντοπαμινεργικό σύστημα συμμετέχει και στην παθογένεια της αρτηριακής υπέρτασης.⁶¹ Και όπως έχει ήδη ειπωθεί πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν ντοπαμινεργική δράση.

Οι Garcia-Fabela L et al, μετά από παρακολούθηση υπερτασικών ασθενών για χρονικό διάστημα 2 ετών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη για την ανάπτυξη καταθλιπτικής συνδρομής και τονίζουν τη χρησιμότητα της πρώιμης και αποτελεσματικής αντιυπερτασικής αγωγής για την πρόληψη μελλοντικής εμφάνισης κατάθλιψης.⁶²

Σε αυτές τις παρατηρήσεις υπάρχει και αντίλογος. Σε μια πολύ πρόσφατη και εκτενή μελέτη των Delaney JA et al, φάνηκε ότι η κατάθλιψη δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη αρτη-

ριακής υπέρτασης και ότι σε υπερτασικούς ασθενείς η καταθλιπτική σημειολογία συνοδεύεται από μικρή μόνο αύξηση τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης.⁶³

Θα πρέπει να σχολιάσουμε ότι η έρευνα αυτή αποτελεί μια συγχρονικού τύπου (cross-sectional) μελέτη, που δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιακών συσχετίσεων ανάμεσα στις παραμέτρους που μελετήθηκαν και την εμφάνιση κατάθλιψης στους ασθενείς με ΣΔ τύπου II. Επίσης η διάγνωση στηρίχτηκε αποκλειστικά στην κλίμακα BDI-II και όχι σε ημιδομημένη συνέντευξη. Τέλος η μεγάλη ποικιλία των δημογραφικών και κλινικών παραγόντων σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών που μελετήθηκαν, αποτέλεσαν σε πολλές περιπτώσεις περιοριστικούς παράγοντες για την περαιτέρω εξαγωγή συμπερασμάτων.

Συνοψίζοντας αναφέρουμε ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μας επιβεβαιώνουν την αυξημένη επίπτωση της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΣΔ τύπου II. Επιπρόσθετα παρατηρούμε ότι η καταθλιπτική σημειολογία, επηρεάζει την εξέλιξη του ΣΔ τύπου II, όπως φαίνεται από την αυξημένη εμφάνιση των διαβητικών επιπλοκών στους ασθενείς μας που πάσχουν από καταθλιπτική συνδρομή και ιδιαίτερα στους άνδρες. Οι Beekman et al,⁶⁴ αναφέρουν ότι η συσχέτιση χρόνιων σωματικών νοσημάτων με την κατάθλιψη είναι σαφώς ισχυρότερη για τους άνδρες από ότι στις γυναίκες στις οποίες πρωτεύοντα ρόλο παίζουν συνήθως ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες. Η παρουσία της κατάθλιψης συχνά θεωρείται απότοκος της εμφάνισης διαβητικών επιπλοκών, ωστόσο η κατάθλιψη θα μπορούσε να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα ανάπτυξης αυτών μέσω διαφόρων μηχανισμών, όπως της παχυσαρκίας και της αρτηριακής υπέρτασης, που όπως φάνηκε και από τη μελέτη μας, συχνά συνοδεύουν τον καταθλιπτικό διαβητικό ασθενή. Περαιτέρω διερεύνηση απαιτείται για να αναγνωρισθούν οι μηχανισμοί που συντηρούν αυτή τη συσχέτιση. Οι παρατηρήσεις αυτές δηλώνουν το σαφή ρόλο της κατάθλιψης στην εξέλιξη του ΣΔ τύπου II, υποδηλώνοντας την αναγκαιότητα της διάγνωσης και θεραπείας της, για τη σφαιρική και βέλτιστη αντιμετώπιση του διαβητικού ασθενούς.

Biological factors associated with depression in patients with type II diabetes mellitus

E. Tsirogianni,¹ F. Kouniakias,² M. Baltatzi,¹ G. Lavrentiadis,² M. Alevizos¹

¹1st Propedeutic Medical Department, AHEPA Hospital, Aristotle's University of Thessaloniki

²2nd Psychiatric Department, Aristotle's University of Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2010, 21:115–125

This study was undertaken in order to identify the prevalence and factors associated with depression in a group of patients with type II diabetes mellitus. 200 patients (127 women/73 men) with type II diabetes mellitus, from Diabetic Clinic of 1st Propedeutic Medical Department of Aristotle's University of Thessaloniki, AHEPA Hospital, were enrolled in our study. Patients, sex, age, duration of diabetes, antidiabetic treatment, diabetic complications, body mass index (BMI), waist circumference, blood pressure, smoking, physical exercise and alcohol intake were assessed. BDI-II (Beck Depression Inventory-II) scale was used to measure the presence of depression. Prevalence of depression was high in the total of our patients (31.5%) and also in men (26%) and women (34.6%) separately. Depression appeared not to be related to patients' age, duration of diabetes, smoking and physical exercise, in the total of them ($p>0.05$). Patients, who were prescribed insulin, seemed to be more often depressed compared to those undertaking oral antidiabetic medication. The presence of depression was statistically significant increased in patients with diabetic complications in the total ($p=0.013$) and in men ($p=0.001$), while it was almost significantly increased in patients with diabetic nephropathy ($p=0.052$) and stroke ($p=0.097$). Depression was statistically significant related to obese patients compared to normal weight patients, in the total ($p=0.003$), and in men separately ($p=0.013$), and also statistically significant was the relationship of depression with central obesity in the total ($p=0.011$) and in men ($p=0.014$). Statistically important was the relationship of arterial hypertension with depression in diabetic men ($p=0.030$), while in the limits of statistical importance was the relationship between depression and modest to heavy alcohol consumption in women ($p=0.063$). In a clinical aspect, depression seems to influence the development of type II diabetes mellitus, as it is shown by the significant association of diabetic complications and depressive symptoms. The development of depression has often been considered a secondary response to the onset of complications, but depression might also play a primary role in the development or exacerbation of diabetic complications. It would be reasonable to speculate that obesity and arterial hypertension are biological variables that may interact with depression to produce diabetic complications. Further studies are needed to identify the pathways that mediate this association. These observations demonstrate that depression has a significant role in the development of type II diabetes mellitus, implying the necessity of its diagnosis and treatment, for the most optimal confrontation of the diabetic patient.

Key words: type II diabetes mellitus, depression, diabetic complications, obesity, hypertension

Βιβλιογραφία

- Wild S, Roglic G, Green A et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004, 27:1047–1053
- Sicree R, Shaw JE, Zimmet PZ. The global burden of diabetes. In: Gan D (ed) *Diabetes atlas*. 2nd ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2003:15–71
- Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes fact sheet: general information and national estimates on diabetes in the United States, 2002. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2003.
- Cohen-Cole S, Brown FW, McDaniel JS. Assessment of depression and grief reactions in the medically ill. In: *Psychiatric care of the medical patient*. New York, Oxford University Press, 1993:53–69
- Koenig HG, Meador KG, Goli V et al. Self-rated depressive symptoms in medical inpatients: age and racial differences. *Int J Psychiatry Med* 1992; 22:11–31
- Beekman AT, Kriegsman DM, Deeg DJ. The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1995, 30:32–38
- Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiological evaluation. *Diabetes Care* 1993, 16:1167–1178
- Boswell E, Anfinson T, Nemeroff C. Depression associated with endocrine disorders. In: Robertson MM, Katona CLE (eds) *Depression and physical illness*, 1997:255–257
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE et al. The prevalence of co morbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001, 24:1069–1078
- Mussleman D, Betan E, Larsen H, Phillips L. Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: epidemiology, biology and treatment. *Biol Psychiatry* 2003, 54:317–329
- Ali S, Stone MA, Peters JL et al. The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: a systemic review and meta-analysis. *Diabet Med* 2006, 23:1165–1173
- Li C, Ford ES, Zhao G et al. Prevalence and correlates of undiagnosed depression among U.S. adults with diabetes: the Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2006. *Diabetes Res Clin Pract* 2009, 83:268–279
- Richardson LK, Egede LE, Mueller M et al. Longitudinal effects of depression on glycemic control in veterans with Type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2008, 30:509–514
- Zhang X, Norris SL, Gregg EW et al. Depressive symptoms and mortality among persons with and without diabetes. *Am J Epidemiol* 2005, 161:652–660
- Khaodhiar B, McCowen K, Blackburn G. Obesity and its comorbid conditions. *Clin Cornerstone* 1999, 2:17–31
- Mussleman D, Evans D, Nemeroff C. The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry*, 1998, 55:580–592
- Aikens JE, Perkins DW, Piette JD et al. Association between depression and concurrent type 2 diabetes outcomes varies by diabetes regimen. *Diabet Med* 2008, 25:1324–1329
- Lustman PJ, Clouse RE, Griffith LS et al. Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosom Med* 1997, 59:24–31
- Arroyo C, Hu F, Ryan L et al. Depressive symptoms and risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care* 2004, 27:129–133
- Clarke DM and Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust* 2009, 190:S54–S60
- Rihmer Z, Purebl G, Faludi G et al. Association of obesity and depression. *Neuropsychopharmacol Hung* 2008, 10:183–189
- Collins MM, Corcoran P, Perry IJ. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabet Med* 2009, 26:153–161
- Leonard E, Egede MD, Deyi Z. Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2003, 26:104–111
- Friis R, Nanjundappa G. Diabetes, depression and employment status. *Soc Sci Med* 1986, 23:471–475
- Viinamaki H, Tanskanen A, Honkalampi K et al. Is the Beck Depression Inventory suitable for screening major depression in different phases of the disease? *Nord J Psychiatry* 2004, 58:49–53
- Amau RC, Meagher MW, Norris MP et al. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychol* 2001, 20:112–119
- Roy MS, Peng B, Roy A. Risk factor for coronary disease and stroke in previously hospitalized African-Americans with Type 1 diabetes: a 6-year follow-up. *Diabet Med* 2007, 24:1361–1368
- Roy MS, Roy A, Affouf M. Depression is a risk factor for poor glycemic control and retinopathy in African-Americans with type 1 diabetes. *Psychosom Med* 2007, 69:537–542
- Osman A, Downs WR, Barrios FX et al. Factor structure and psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II. *J Psychopathol Behav Assess* 1997, 19:359–376
- Γιαννακού Μ. *Ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας κατάθλιψης του Beck σε ελληνικό πληθυσμό*. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία ΑΠΘ, Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα Ψυχολογίας, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Κοινωνικής και Κλινικής Ψυχολογίας
- Panagiotakos D, Pitsavos C, Chrysoshoou C et al. Inflammation, coagulation and depressive symptomatology in cardiovascular disease-free people; the ATTICA study. *Eur Heart Jour* 2004, 25:492–499
- Fenton FR, Cole MG, Engelsman F et al. Depression in older medical inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994, 9a:279–284
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Mood disorders. In: *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 7th ed. Baltimore, MD, Williams & Willkins, 1994:516–572
- Katz J, Taylor N, Goodrick S et al. Central obesity, depression and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in men and postmenopausal women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000, 24:246–251
- Kudoh A, Ishihara H, Matsuki A. Inhibition of the cortisol response to surgical stress in chronically depressed patients. *J Clin Anesth* 2000, 12:383–387
- Thase ME, Jindal R, Howland RH. Biological aspects of depression. In: Gotlib IH, Hammen CL (eds) *Handbook of depression*. New York, Guilford Press, 2002
- Watari K, Elderkin-Thompson V, Ajilore O et al. Neuroanatomical correlates of executive functioning in depressed adults with type 2 diabetes. *J Clin Exp Neuro Psychol* 2008, 30:389–397
- Lasaitte L, Lasiene J, Kazanavicius G et al. Associations of emotional state and quality of life with lipid concentration, duration of the disease, and the way of treating the disease in persons with type 2 diabetes mellitus. *Medicina* (Kaunas). 2009, 45:85–94
- Chan AM, von Möhlen D, Kritz-Silverstein D et al. Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: the Rancho Bernardo Study. *Maturitas* 2009, 62:294–300

40. Hudetz JA, Wartier DC. Cognitive function in older diabetic subjects with a history of alcohol abuse. *Psycho Rep* 2007, Dec 101:1125–1132
41. Golden SH, Lee HB, Schreiner PJ et al. Depression and type 2 diabetes mellitus: the multiethnic study of atherosclerosis. *Psychosom Med* 2007, 69:529–36
42. McDaniel et al. Depression in patients with cancer: Diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:89–99
43. Arbelaez JJ, Ariyo AA, Crum RM. Depressive symptoms, inflammation, and ischemic stroke in older adults: a prospective analysis in the cardiovascular health study. *J Am Geriatr Soc* 2007, 55:1825–1830
44. Péter L, Döme P, Rihmer Z et al. Cardiovascular disorders and depression: a review of epidemiological and possible etiological data. *Neuropsychopharmacol Hung* 2008, 10:81–90
45. Vaccarino V, Johnson BD, Sheps DS et al. Depression, inflammation and incident cardiovascular disease in women with suspected coronary ischemia: the National Heart, Lung and Blood Institute-sponsored WISE study. *J Am Coll Cardiol* 2007, 20, 50:2044–2050
46. Dimsdale JE, Irwin MR, Keefe FJ et al. Psychosomatic Medicine: Stress and Psychiatry. In: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Baltimore, L. Williams & Wilkins, 2009:2407–2422
47. Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ. Σύγγραμμα ψυχιατρικής-Διαταραχές πρόσληψης τροφής-Παχυσαρκία. Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2006:397–398
48. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH et al. Major depression as a risk factor for high blood pressure: epidemiologic evidence from a national longitudinal study. *Psychosom Med* 2009, 71:273–279
49. Everson-Rose SA, Lewis TT, Karavolos K et al. Depressive symptoms and increased visceral fat in middle-aged women. *Psychosom Med* 2009, 71:410–416
50. Boyd JH. A psychodynamic approach to screening for the metabolic syndrome. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2005, 33:671–682 (Discussion 683–687)
51. Susce MT, Villanueva N, Diaz FJ, de Leon J. Obesity and associated complications in patients with severe mental illnesses: a cross-sectional survey. *J Clin Psychiatry* 2005, 66:167–173
52. Katon WJ. The comorbidity of diabetes mellitus and depression. *Am J Med* 2008, 121(Suppl 2):S8–S15
53. Zeman M, Jirak R, Zak A et al. Features of metabolic syndrome in patients with depressive disorder. *Cas Lek Cesk* 2009, 148: 309–314
54. Adriaanse MC, Dekker JM, Nijpels G et al. Associations between depressive symptoms and insulin resistance: the Hoorn Study. *Diabetologia*, 2006, 49:2874–2877
55. Gonzales JS, Safren SA, Delahanty LM et al. Symptoms of depression prospectively predicts poorer self-care in patients with type 2 diabetes. *Diabet Med* 2008, 25:1102–1107
56. Goodnick PJ, Henry JH, Buki VMV. Treatment of depression in patients with diabetes. *J Clin Psychiatry* 1995, 56:128–136
57. Ιωαννίδης Ι. Παχυσαρκία-ένα διογκούμενο πρόβλημα. Στο: Μελιδώνης Α, Σακχαρώδης διαβήτης-Μεταβολικό σύνδρομο και Αθηρωμάτωση. Εκδόσεις Σελίδα, Αθήνα, 2004:51–63
58. Hallschmid M, Benedict C, Born J et al. Manipulating central nervous mechanisms of food intake and body weight regulation by intranasal administration of neuropeptides in man. *Physiology and Behavior* 2004, 83:55–64
59. Susce MT, Villanueva N, Diaz FJ et al. Obesity and associated complications in patients with severe mental illnesses: a cross-sectional survey. *J Clin Psychiatry* 2005, 66:167–173
60. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH et al. Major depression as a risk factor for high blood pressure: epidemiologic evidence from a national longitudinal study. *Psychosom Med* 2009, 71:273–279
61. De Brito Gariépy H, Carayon P et al. Neuropeptides. Contribution of the central dopaminergic system in the anti-hypertensive effect of kinin B1 receptor antagonists in two rat models of hypertension, 2010 Jan 12. [Epub ahead of print]
62. Garcva-Fabela L, Melano-Carranza E, Aguilar-Navarro S et al. Hypertension as a risk factor for developing depressive symptoms among community-dwelling elders. *Rev Invest Clin* 2009, 61:274–280
63. Delaney JA, Oddson BE, Kramer H et al. Baseline Depressive Symptoms Are Not Associated With Clinically Important Levels of Incident Hypertension During Two Years of Follow-Up. The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Hypertension*, 2010 Jan 11. (Epub ahead of print)
64. Beekman AT, Kriegsman DM, Deeg DJ. The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. *Social Psychiatry Epidemiol* 1995, 30:32–38

Αλληλογραφία: Ευφρ. Τσιρογιάννη, Λυκούδη 35, 551 33 Ν. Κρήνη, Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310-500 299, 697 400 8627

Ερευνητική εργασία Research article

Αναζητώντας Βοήθεια από ένα Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής

A. Ζαρταλούδη, Μ. Μαδιανός

Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Ζωγράφου, Αθήνα

Ψυχιατρική 2010, 21:126–135

Η αναζήτηση βοήθειας είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία. Ατομικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες μπορεί να είναι καθοριστικοί για το αν και το πότε θα ζητήσει το άτομο βοήθεια. Η μελέτη διερεύνησε ένα σύνολο παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας των ατόμων με ψυχικά προβλήματα και την πρώτη τους επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας. Τα άτομα που επισκέφτηκαν ένα Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (ΚΚΨΥ) από το 2003 μέχρι το 2007 συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο και έγινε συλλογή δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών. Οι γυναίκες ζήτησαν βοήθεια από το ΚΚΨΥ σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες. Τα άτομα με ψύχωση δεν προσέρχονται αρχικά σε ΚΚΨΥ για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα αυτό αλλά καταφεύγουν σε άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το ποσοστό των ατόμων με ψύχωση, συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές που ζήτησαν βοήθεια για πρώτη φορά στη ζωή τους μετά τους 12 μήνες από την έναρξη εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων ήταν υψηλό. Οι καθυστερήσεις στην έναρξη της θεραπείας είναι συχνά παρατεταμένες και η διάρκεια της περιόδου που η διαταραχή δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά συσχετίζεται με ουσιαστική λειτουργική έκπτωση και πιο φτωχή ποιότητα ζωής. Η μείωση αυτών των καθυστερήσεων απαιτεί σαφή κατανόηση των παραγόντων που τις επηρεάζουν.

Λέξεις ευρητήριο: αναζήτηση βοήθειας, δημογραφικά χαρακτηριστικά, μεταβλητές, κοινωνική ψυχιατρική

Εισαγωγή

Παρά την ύπαρξη των υπηρεσιών υγείας, πολλά άτομα δεν αντιμετωπίζουν τις ανάγκες τους και τα προβλήματά τους ή τα αντιμετωπίζουν πολύ αργότερα όταν τα συμπτώματα είναι πιο σοβαρά. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρησιμοποιούνται σε μικρό ποσοστό στην κοινότητα.¹ Η αναζήτηση βοήθειας είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που εμφανίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, όταν φτάνει στο σημείο να ζητήσει βοήθεια από ειδικό, ο ίδιος ή η οικογένειά του, βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο ψυχοπαθολογίας.²

Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη στιγμή που εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα μέχρι τη στιγμή που το ίδιο το άτομο ή η οικογένειά του για πρώτη φορά στη ζωή τους αναζητήσουν βοήθεια από ειδικό ψυχικής υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση της κλινικής κατάστασης του ασθενή. Οι καθυστερήσεις στην έναρξη της θεραπείας είναι συχνά παρατεταμένες και η διάρκεια της περιόδου που η ψύχωση δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά συσχετίζεται με ουσιαστική ψυχοκοινωνική έκπτωση, πολύ σοβαρά αρνητικά συμπτώματα και γνωσιακές διαταραχές, πιο αργή και μη πλήρη ανάρρωση από το αρχικό επεισόδιο ενώ η έγκαιρη παρέμβαση στις ψυχιατρικές διαταραχές φαίνεται να οδηγεί σε καλύτερη έκβαση αυτών των δυνητικά καταστροφικών καταστάσεων.³⁻⁸

Η μελέτη διερεύνησε ένα σύνολο παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ατόμων με ψυχικά προβλήματα μέχρι να αναζητήσουν βοήθεια από ειδικό ψυχικής υγείας για πρώτη φορά. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας και την πρώτη επαφή του ατόμου με Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (ΚΚΨΥ) ή άλλη ειδικευμένη υπηρεσία θα βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να προσανατολιστούν σε βελτιωμένες στρατηγικές προσέγγισης και παρέμβασης που θα μειώσουν τις καθυστερήσεις στην αναζήτηση βοήθειας και θα προωθήσουν την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή.

Υλικό και μέθοδος

Κατά τη λειτουργία του ΚΚΨΥ Ζωγράφου από το 2003 μέχρι το 2007, 355 άτομα (35,2%) είχαν επισκεφτεί κάποια άλλη υπηρεσία ψυχικής υγείας προτού καταφύγουν στο ΚΚΨΥ για να ζητήσουν βοήθεια

(ομάδα Α), 398 άτομα (39,5%) ζήτησαν βοήθεια από το ΚΚΨΥ Ζωγράφου για πρώτη φορά στη ζωή τους (ομάδα Β) για το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν και 255 άτομα (25,3%) προσήλθαν στο Κέντρο για να ζητήσουν πιστοποιητικά ή πληροφορίες. Τα άτομα που ζήτησαν πιστοποιητικό ή κάποιου είδους πληροφορίες εξαιρέθηκαν από τη μελέτη αφού το αίτημά τους ικανοποιήθηκε αμέσως και δεν ήταν λόγος παρακολούθησής τους από το ΚΚΨΥ. Έγινε, επομένως, στατιστική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών (οικογενειακή κατάσταση, φύλο, τόπος γέννησης, εκπαίδευση, επάγγελμα, τωρινή απασχόληση) 753 ατόμων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από τους ασθενείς. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα έντυπο ενημερωμένης συναίνεσης. Ο μελετητής ήταν διαθέσιμος να απαντήσει στις ερωτήσεις τους. Η συμμετοχή στη μελέτη αυτή ήταν εθελοντική και τα άτομα μπορούσαν να σταματήσουν να συμμετέχουν στη μελέτη σε οποιοδήποτε σημείο. Τα ερωτηματολόγια ήταν αυστηρώς ανώνυμα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι οι πληροφορίες που συλλέγονται θα είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς λόγους. Μόνο ο μελετητής είχε πρόσβαση στα δεδομένα. Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που ζήτησαν βοήθεια από το ΚΚΨΥ κατά τα πρώτα τρία χρόνια της λειτουργίας του (2000–2003) παρουσιάστηκαν στη μελέτη των Madianos et al.⁹ Ο χρόνος μη αναζήτησης βοήθειας ορίστηκε ως ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που το άτομο άρχισε να νιώθει ότι κάτι συμβαίνει, ότι κάτι δεν πάει καλά μέχρι να αποφασίσει να ζητήσει βοήθεια για πρώτη φορά στη ζωή του από υπηρεσία ψυχικής υγείας (σε μήνες, αριθμητική μεταβλητή).

Στατιστική ανάλυση

Καταρχήν δημιουργήθηκαν διάφοροι πίνακες με περιγραφικά στοιχεία. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 13.0. Το τεστ χ^2 (Chi square test) χρησιμοποιήθηκε για να συσχετιστούν κατηγορικές μεταβλητές και το *t* test ή ANOVA όταν πρόκειται να εξεταστούν συνεχείς μεταβλητές. Όταν από τον έλεγχο κανονικότητας διαπιστώνεται ότι δεν ακολουθεί κανονική κατανομή χρησιμοποιείται, αντί του *t*-test, το Mann-Whitney test και αντί του ANOVA, το Kruskal-Wallis test. Από τα τεστ αυτά διαπιστώνεται αν υπάρχει ή όχι στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών. Σε όλα τα τεστ

απορρίπτεται η αντίστοιχη υπόθεση σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($P < 0,05$).

Σύγκριση των ομάδων Α και Β σε πολλές κατηγορικές μεταβλητές έγινε με το Fisher's exact test για τους πίνακες 2x2 και με το τεστ χ^2 για όλους τους μεγαλύτερους πίνακες.

Η πολλαπλή παλινδρόμηση (Multiple Regression) χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστεί η επίδραση δημογραφικών παραγόντων (ανεξάρτητες μεταβλητές) στο χρονικό διάστημα που το άτομο ένωθε ότι κάτι δεν πάει καλά μέχρι τη στιγμή που αναζήτησε βοήθεια για πρώτη φορά στη ζωή του δηλαδή στο χρόνο μη αναζήτησης βοήθειας (σε μήνες), που είναι η εξαρτημένη μεταβλητή, στο συνολικό δείγμα ($N=753$).

Αποτελέσματα

Η μέση ηλικία της ομάδας Α και Β ήταν 40,82 ($SD=14,79$) και 40,99 ($SD=17,992$) αντίστοιχα. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ηλικίας και ομάδας ($p=0,362$). Ο πίνακας 1 παρέχει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ομάδων Α και Β.

Στην ομάδα Α, το δείγμα αποτελείται από 115 άνδρες (32,4%) και 239 γυναίκες (67,3%) και στην ομάδα Β από 99 άνδρες (46,4%) και 299 γυναίκες (55,3%). Η διαφορά μεταξύ των αντρών και των γυναικών στις δύο ομάδες είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,034$). Στην ομάδα Α οι νοικοκυρές και οι συνταξιούχοι έχουν μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με την ομάδα Β.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που είχαν επισκεφθεί άλλη υπηρεσία στο παρελθόν (ομάδα Α) και των ατόμων που ζήτησαν βοήθεια από το ΚΚΨΥ για πρώτη φορά (Ομάδα Β).

		Ομάδα Α		Ομάδα Β		p
		N	(%)	N	(%)	
Φύλο	Άνδρες	115	32,4	99	46,4	<0,034
	Γυναίκες	239	67,3	299	55,3	
	Σύνολο	355	35,2	398	39,5	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος(η)	169	47,6	182	45,7	0,227
	Έγγαμος(η) & συζεί	121	34,0	161	40,4	
	Διαζευγμένος(η) & χήρος(α)	65	18,4	59	14,8	
	Σύνολο	355	100	398	100	
Διαμονή	Με γονείς & με συγγενείς	120	33,8	119	29,9	0,535
	Με τη δική σας οικογένεια & σύντροφο	157	44,2	186	46,7	
	Μόνος(η)	78	22,0	93	23,4	
	Σύνολο	355	100	398	100	
Εκπαίδευση	Λίγες τάξεις δημοτικού & δημοτικό & γυμνάσιο	75	21,2	89	22,4	<0,022
	Λύκειο	143	40,2	125	31,4	
	Ανώτερη & ανώτατη εκπαίδευση	137	38,6	184	46,2	
	Σύνολο	355	100	398	100	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας & ανώτερος ή ανώτατος υπάλληλος	70	19,7	94	23,6	<0,021
	Μέσος υπάλληλος & ειδικευμένος τεχνίτης & ιδιοκτήτης μικρής επιχείρησης	94	25,5	105	26,4	
	Νοικοκυρά & συνταξιούχος	145	40,8	125	31,4	
	Φοιτητής(τρια)	46	13,0	74	18,6	
	Σύνολο	355	100	398	100	
Τωρινή απασχόληση	Πλήρης	108	30,4	160	40,2	<0,0001
	Μερική	36	10,1	50	12,5	
	Καμία	146	41,2	181	45,5	
	Καμία για ψυχιατρικό λόγο	65	18,3	7	1,8	
	Σύνολο	355	100	398	100	

Σε ό,τι αφορά την τωρινή απασχόληση για τις δύο ομάδες, το 30,4% της ομάδας Α και το 40,2% της ομάδας Β έχουν πλήρη απασχόληση και το 18,3% της ομάδας Α ενώ μόλις το 1,8% της ομάδας Β δεν έχουν καμία απασχόληση για ψυχιατρικό λόγο. Η σχέση μεταξύ απασχόλησης και ομάδας είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,000$).

Ο πίνακας 2 παρουσιάζει τις μέσες τιμές του διαστήματος από την εμφάνιση των συμπτωμάτων μέχρι τη στιγμή που το άτομο αναζητά βοήθεια για πρώτη φορά στους άνδρες στην ομάδα Α και Β και στις γυναίκες στην ομάδα Α και Β ξεχωριστά. Η συσχέτιση της μέσης διάρκειας της περιόδου που η διαταραχή δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά (σε μήνες) στους άνδρες δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων Α και Β, ενώ παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο χρόνο

Πίνακας 2. Μέση διάρκεια (σε μήνες) του διαστήματος χωρίς θεραπεία μεταξύ αντρών και μεταξύ γυναικών των ομάδων των ατόμων που είχαν επισκεφθεί άλλη υπηρεσία στο παρελθόν (Ομάδα Α) και των ατόμων που ζήτησαν βοήθεια για πρώτη φορά (Ομάδα Β).

	Άνδρες		Γυναίκες	
	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Α	Ομάδα Β
N	115	99	239	259
\bar{x}	19,8	26,2	18,11	23,2
SD	23,1	41,1	27,3	29,4
t	1,39		1,73	
df	212		536	
p	NS		<0,05	

μη αναζήτησης βοήθειας και τις γυναίκες μεταξύ των ομάδων Α και Β. Η μέση διάρκεια της μη αντιμετωπισίμης θεραπευτικά διαταραχής βρέθηκε 19,8 (SD 23,1) για τους άνδρες στην ομάδα Α και 26,2 (SD 41,1) για τους άνδρες της ομάδας Β και 18,11 (SD 27,3) για τις γυναίκες στην ομάδα Α και 23,2 (SD 29,4) για τις γυναίκες της ομάδας Β.

Η σύγκριση της μέσης διάρκειας της περιόδου που η διαταραχή δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά (σε μήνες) ανάμεσα στις ομάδες Α και Β δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ούτε για την ομάδα Α, ούτε για την ομάδα Β, ούτε για το σύνολο των ατόμων που πέρασαν από το ΚΚΨΥ για τη χρονική περίοδο που εξετάζουμε.

Η κύρια πηγή παραπομπής στο ΚΚΨΥ είναι οι ιατροκοινωνικοί φορείς (π.χ. Γενικά Νοσοκομεία) και στις δύο ομάδες Α και Β (N=753) (28,8%). Υψηλό ποσοστό (22,3%) του δείγματος της μελέτης παραπέμφθηκε από το κοινωνικό δίκτυο (γείτονες, φίλους, συγγενείς). Το 17,1% των ατόμων επισκέφτηκε το ΚΚΨΥ από μόνο του, χωρίς παραπομπή.

Οι διαγνωστικές κατηγορίες των ομάδων Α και Β παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Η σχέση μεταξύ ομάδας και διάγνωσης είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,000$). Η σημαντική διαφοροποίηση είναι ότι στην ομάδα Β (τα άτομα που προσέρχονται στο ΚΚΨΥ ως πρώτη υπηρεσία ψυχικής υγείας που χρησιμοποιούν στη ζωή τους) υπάρχουν μόνο 8 άτομα (2%) με τη διάγνωση των σχιζοφρενικών ψυχώσεων σε αντίθεση με τα 61 άτομα (17,4%) με τη συγκεκριμένη διάγνωση στην ομάδα Α, όπου τα άτομα είχαν καταφύγει σε άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας προ-

Πίνακας 3. Διαγνωστικές κατηγορίες στις ομάδες των ατόμων που είχαν επισκεφτεί άλλη υπηρεσία στο παρελθόν (Ομάδα Α) και των ατόμων που ζήτησαν βοήθεια για πρώτη φορά (Ομάδα Β).

	Ομάδα Α		Ομάδα Β	
	N	(%)	N	(%)
Οργανικές διαταραχές	17	4,8	24	6,1
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις και σχετικά σύνδρομα	61	17,4	8	2
Συναισθηματικές διαταραχές	160	45,6	159	40,6
Διαταραχές άγχους+προσωπικότητας+ψυχοσωματικές	93	26,5	115	29,3
Προβλήματα σχέσεων	11	3,1	77	19,6
Άλλο (κατάχρηση ουσιών)	9	2,6	9	2,3
Σύνολο	351	100	392	100
			df=5	p<0,000

τού αναζητήσουν βοήθεια από το ΚΚΨΥ. Άρα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι ασθενείς με ψύχωση απευθύνονται πρωταρχικά σε άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που σημαίνει ότι καθυστερούν να απευθυνθούν στο ΚΚΨΥ.

Επίσης, σημαντική διαφορά παρατηρείται στα 77 άτομα (19,6%) που αντιμετωπίζουν προβλήματα σχέσεων στην ομάδα Β έναντι των 11 ατόμων (3,1%) στην ομάδα Α με αντίστοιχα προβλήματα.

Ο πίνακας 4 συσχετίζει τις διαγνώσεις με τη μέση τιμή του χρονικού διαστήματος από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων μέχρι την αναζήτηση βοήθειας στις δύο ομάδες Α και Β. Στην ομάδα Α, η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική μεταξύ μέσης διάρκειας μη αντιμετωπίσιμων συμπτωμάτων και διάγνωσης ($p=0,001$). Το ίδιο ισχύει και για την ομάδα Β, με τη διαφορά όμως ότι μερικές από τις αναμενόμενες τιμές είναι μικρότερες του 1.

Πίνακας 4. Διαγνωστικές κατηγορίες σύμφωνα με το διάστημα μη αναζήτησης βοήθειας στις ομάδες των ατόμων που είχαν επισκεφτεί άλλη υπηρεσία στο παρελθόν (Ομάδα Α) και των ατόμων που ζήτησαν βοήθεια για πρώτη φορά (Ομάδα Β).

		Ομάδα Α ¹		Ομάδα Β ²		Chi square test	df	P
		N	(%)	N	(%)			
1 μήνας	Οργανικές διαταραχές	2	3,8	1	2,4	5,914	5	0,315
	Σχιζοφρενικές ψυχώσεις και σχετικά σύνδρομα	8	15,4	5	12,2			
	Συναισθηματικές διαταραχές	26	50	16	39			
	Διαταραχές άγχους & προσωπικότητας και ψυχοσωματικές	14	26,9	12	29,3			
	Προβλήματα σχέσεων	1	1,9	6	14,6			
	Άλλο (κατάχρηση ουσιών)	1	1,9	1	2,4			
2-6 μήνες	Οργανικές διαταραχές	6	5,6	5	5,1	9,051	5	0,107
	Σχιζοφρενικές ψυχώσεις και σχετικά σύνδρομα	7	6,5	2	2			
	Συναισθηματικές διαταραχές	58	54,2	48	49			
	Διαταραχές άγχους & προσωπικότητας και ψυχοσωματικές	29	27,1	27	27,6			
	Προβλήματα σχέσεων	6	5,6	16	16,3			
	Άλλο (κατάχρηση ουσιών)	1	0,9	0	0			
7-12 μήνες	Οργανικές διαταραχές	4	5,7	9	10,8	34,991	5	<0,000
	Σχιζοφρενικές ψυχώσεις και σχετικά σύνδρομα	24	34,3	1	1,2			
	Συναισθηματικές διαταραχές	26	37,1	35	42,2			
	Διαταραχές άγχους & προσωπικότητας και ψυχοσωματικές	13	18,6	22	26,5			
	Προβλήματα σχέσεων	3	4,3	14	16,9			
	Άλλο (κατάχρηση ουσιών)	0	0	2	2,4			
> 12 μήνες	Οργανικές διαταραχές	5	4,1	9	5,3	59,107	5	<0,000
	Σχιζοφρενικές ψυχώσεις και σχετικά σύνδρομα	22	18	0	0			
	Συναισθηματικές διαταραχές	50	41	60	35,3			
	Διαταραχές άγχους και προσωπικότητας και ψυχοσωματικές	37	30,3	54	31,8			
	Προβλήματα σχέσεων	1	0,8	41	24,1			
	Άλλο (κατάχρηση ουσιών)	7	5,7	6	3,5			

1: Έλλειψη πληροφοριών για τέσσερις περιπτώσεις, 2: Έλλειψη πληροφοριών για έξι περιπτώσεις

Τα άτομα της διαγνωστικής κατηγορίας «Σχιζοφρενικές ψυχώσεις και σχετικά σύνδρομα» στην ομάδα Α, αναζήτησαν βοήθεια μέσα στον πρώτο μήνα σε ποσοστό 15,4%, μεταξύ 7–12 μηνών από την εμφάνιση των συμπτωμάτων σε ποσοστό 34,3%, ενώ μετά τους 12 μήνες ζήτησε βοήθεια το 18% των πασχόντων. Στην ομάδα Β το μεγαλύτερο ποσοστό της αντίστοιχης διαγνωστικής κατηγορίας προσήλθε στο ΚΚΨΥ μέσα στον πρώτο μήνα, πιθανώς λόγω της αιφνίδιας έναρξης των συμπτωμάτων και της απότομης αλλαγής της συμπεριφοράς που έγινε αντιληπτή από το κοινωνικό περιβάλλον.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (54,2%) των ατόμων με συναισθηματικές διαταραχές, στην ομάδα Α ζήτησε βοήθεια για πρώτη φορά στη ζωή του μεταξύ 2–6 μηνών, ιδιαίτερα υψηλό, όμως, ήταν και το ποσοστό που ζήτησε βοήθεια μετά τους 12 μήνες (41%). Στη διαγνωστική κατηγορία «διαταραχές άγχους, διαταραχές προσωπικότητας, ψυχοσωματικές διαταραχές» οι περισσότεροι προσήλθαν για βοήθεια για πρώτη φορά μετά τους 12 μήνες (30,3%).

Όσο αφορά την ομάδα Β, στην κατηγορία των ατόμων με συναισθηματικές διαταραχές, παρατηρήθηκε ότι σε ποσοστό 49% τα άτομα ζητούν βοήθεια για πρώτη φορά στους 2–6 μήνες ενώ το 35,3% μετά τους 12 μήνες. Τα άτομα με διαταραχές άγχους/διαταραχές προσωπικότητας/ψυχοσωματικές διαταραχές ζήτησαν βοήθεια σε ίδια ποσοστά κατά τα χρονικά διαστήματα 1 μήνας, 2–6 μήνες, 7–12 και >12 μήνες, οι περισσότεροι, όμως, προσήλθαν για βοήθεια για πρώτη φορά μετά τους 12 μήνες (31,8%).

Η πολλαπλή παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για να καθοριστεί η μοναδική συμβολή κάθε μεταβλητής στη διαμόρφωση του χρόνου μη αναζήτησης βοήθειας στις ομάδες Α και Β (N=753). Οι ανεξάρτητες μεταβλητές φαίνονται στον πίνακα 5 και η εξαρτημένη μεταβλητή είναι ο χρόνος που πέρασε μέχρι το άτομο να ζητήσει βοήθεια για πρώτη φορά. Έγινε με τη μέθοδο ENTER. Βρέθηκε ότι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει σημαντικά το χρόνο είναι η διάγνωση.

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Τα άτομα με διάγνωση «Σχιζοφρενική ψύχωση» ανήκουν κυρίως στην ομάδα Α. Τα άτομα που εμφανίζουν ψυχωτικά συμπτώματα δεν προσέρχονται αρχικά στο ΚΚΨΥ για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα αυτό, αλλά καταφεύγουν σε άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επομένως, τα άτομα με ψύχωση καθυστερούν να φτάσουν να ζητήσουν βοήθεια από ένα ΚΚΨΥ. Στην ομάδα Β, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με σοβαρή ψυχωσική συμπτωματολογία προσήλθε στο ΚΚΨΥ μέσα στον πρώτο μήνα, πιθανώς λόγω της αιφνίδιας έναρξης των συμπτωμάτων και της απότομης αλλαγής της συμπεριφοράς που έγινε αντιληπτή από το κοινωνικό περιβάλλον. Στην ομάδα Α, τα άτομα της διαγνωστικής κατηγορίας «Σχιζοφρενικές ψυχώσεις και σχετικά σύνδρομα» αναζήτησαν βοήθεια μέσα στον πρώτο μήνα σε ποσοστό 15,4%, μεταξύ 7–12 μηνών από την εμφάνιση των συμπτωμάτων σε ποσοστό 34,3%, ενώ μετά τους 12 μήνες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων ζήτησε βοήθεια το 18%

Πίνακας 5. Πολλαπλή παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το χρονικό διάστημα χωρίς θεραπεία (N=753).

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	t	Stat. Sign.
Φύλο	-0,030	-0,784	0,434
Ηλικία	0,043	0,796	0,426
Γεννηθήκατε και ζήσατε μέχρι 15 ετών	0,025	0,655	0,513
Οικογενειακή κατάσταση	-0,055	-1,070	0,285
Διαμένετε	0,003	0,086	0,931
Εκπαίδευση	-0,024	-0,566	0,572
Επάγγελμα	-0,010	-0,202	0,840
Τωρινή απασχόληση	0,036	0,715	0,475
Ιατρική ασφάλιση	0,037	0,952	0,342
Διάγνωση που τέθηκε από το ΚΚΨΥ	-0,192	-4,840	<0,000

των πασχόντων. Τα άτομα με ψύχωση, βρέθηκε να εμφανίζουν παρατεταμένη καθυστέρηση στη θεραπεία, που σε μερικές περιπτώσεις ξεπερνούσε τους 12 μήνες από την έναρξη της αρρώστιας, ένα εύρημα συμβατό με πολλές άλλες μελέτες.¹⁰⁻²²

Επίσης, σημαντική διαφορά παρατηρείται στα 77 άτομα (19,6%) που αντιμετωπίζουν προβλήματα σχέσεων στην ομάδα Β έναντι των 11 ατόμων (3,1%) στην ομάδα Α με αντίστοιχα προβλήματα. Στο ΚΚΨΥ προσέρχονται συχνά άνθρωποι που αντιμετωπίζουν προβλήματα που προκύπτουν από τις συνθήκες ζωής τους, τις διαπροσωπικές ή επαγγελματικές τους σχέσεις.^{23,24}

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συναισθηματικών διαταραχών, στην ομάδα Α, ζήτησε βοήθεια για πρώτη φορά στη ζωή του μεταξύ 2-6 μηνών. Ιδιαίτερα υψηλό, όμως, ήταν και το ποσοστό που ζήτησε βοήθεια μετά τους 12 μήνες.^{25,26} Όσο αφορά την ομάδα Β, στις συναισθηματικές διαταραχές, παρατηρήθηκε το ίδιο φαινόμενο. Στις ομάδες Α και Β στη διαγνωστική κατηγορία «διαταραχές άγχους, διαταραχές προσωπικότητας, ψυχοσωματικές διαταραχές» οι περισσότεροι προσήλθαν για βοήθεια για πρώτη φορά μετά τους 12 μήνες. Οι καθυστερήσεις των ατόμων να ζητήσουν βοήθεια για τα προβλήματά τους είναι εύρημα συμβατό με τη βιβλιογραφία.²⁷⁻²⁹

Η κύρια πηγή παραπομπής στο ΚΚΨΥ είναι άλλοι ιατροκοινωνικοί φορείς (π.χ. νοσοκομεία) και στις δύο ομάδες Α και Β (N=753), ένα εύρημα που υπογραμμίζει τη σημαντικότητα της διασύνδεσης και συνεργασίας των υπηρεσιών με σκοπό την έγκαιρη παραπομπή και παρέμβαση στα άτομα με ψυχικά προβλήματα. Βρέθηκε, ωστόσο, ότι μόνο το 17% των ψυχιατρικών αρρώστων αναγνωρίζονται ως τέτοιες περιπτώσεις από γιατρούς μη ψυχιάτρους.³⁰ Επίσης, υψηλό ποσοστό του δείγματος της μελέτης παραπέμφθηκε από το κοινωνικό δίκτυο (γείτονες, φίλους, συγγενείς), γεγονός που τονίζει τη σημασία του ρόλου του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου. Πολλές μελέτες αναφέρονται στο ρόλο του κοινωνικού δικτύου και των επαγγελματιών υγείας, των μη ψυχιάτρων, στη διαδικασία της πρώτης επαφής των ατόμων με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και στις κοινοτικές παρεμβάσεις και τα εκπαιδευτικά προγράμματα που πρέπει να γίνουν για να εκπαιδευτούν οι παραπάνω σε δεξιότητες ώστε να αναγνωρίζουν πρόδρομα σημεία και συμπτώματα και να παραπέ-

μπουν έγκαιρα στις ειδικευμένες υπηρεσίες.^{10,31,32} Το 17,1% των ατόμων επισκέφτηκε το Κ.Κ.ΨΥ από μόνο του, χωρίς παραπομπή, γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι ο τύπος αυτός υπηρεσίας είναι πιο εύκολα προσεγγίσιμος σύμφωνα με τη φιλοσοφία και τη θεώρηση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Ως προς την υπόθεση του φύλου και της αναζήτησης βοήθειας, η διαφορά μεταξύ των αντρών και των γυναικών στις δύο ομάδες είναι στατιστικά σημαντική με 538 γυναίκες (71,54%) και 214 άνδρες (28,46%) συνολικά να επισκέπτονται το ΚΚΨΥ κατά το χρονικό διάστημα 2003-2007. Οι γυναίκες ζήτησαν βοήθεια από το ΚΚΨΥ σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες. Το φύλο είναι από τους σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας.³³⁻⁴⁰ Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι οι άνδρες και οι γυναίκες διαφέρουν στο ποσοστό και τους τρόπους που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.⁴¹⁻⁴³ Οι γυναίκες είχαν πιο υψηλά ποσοστά χρήσης υπηρεσιών υγείας.⁴⁴⁻⁴⁵

Πολλές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί για να εξηγήσουν την επίδραση του φύλου στην αναζήτηση βοήθειας. Όπως αναφέρουν οι Rickwood & Braithwaite⁴⁶ το να εκφράζει ένα άτομο τα συναισθήματά του και να εμπιστεύεται σε κάποιον άλλον τα προβλήματά του έχει διαφορετική επίδραση στους άνδρες και τις γυναίκες. Οι γυναίκες συχνά μοιράζονται ενδόμυχες σκέψεις και συναισθήματα. Οι κοινωνικοί κανόνες επιτρέπουν στις γυναίκες να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, δεν συμβαίνει, όμως, το ίδιο και με τους άνδρες αφού οι κανόνες του ανδρισμού στην κοινωνία αποθαρρύνουν την έκφραση των συναισθημάτων. Η αναζήτηση βοήθειας μπορεί να θεωρηθεί ως ένδειξη προσωπικής αδυναμίας για τους άνδρες.⁴⁷⁻⁴⁹

Οι γυναίκες είναι πιο έτοιμες από τους άνδρες να αναγνωρίσουν ότι έχουν πρόβλημα, είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να σκεφτούν για τον εαυτό τους και να παραδεχτούν ότι έχουν ανάγκη από εξωτερική βοήθεια για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους και είναι πιο έτοιμες να συζητήσουν τα προβλήματά τους με άλλους.⁵⁰

Πολλές μελέτες έχουν καταλήξει ότι υπάρχουν διαφορές στο φύλο σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας. Η επιρροή του φύλου συνδέεται με πρακτικές κοινωνικοποίησης που το κάνουν πιο αποδεκτό για τις γυναίκες να αναγνωρίσουν την ανάγκη για βοή-

θεια. Οι γυναίκες μπορούν να είναι αδύναμες, υπάκουες και εξαρτημένες. Υπάρχει διαφορετικό κόστος για τον άνδρα και διαφορετικό για τη γυναίκα όταν υιοθετούν εξαρτημένο ρόλο. Ο γυναικείος ρόλος είναι συμβατός με την αναζήτηση βοήθειας, ο αντρικός ρόλος δεν είναι συμβατός. Οι άνδρες που ζητούν βοήθεια μπορεί να διακινδυνεύουν τον ανδρισμό τους, ενώ οι γυναίκες δεν αντιμετωπίζουν παρόμοια απειλή. Τα κορίτσια μαθαίνουν ότι μπορούν να εξαρτώνται από άλλους.⁵¹ Συνεπώς ταιριάζει με τη φύση τους οι γυναίκες να ζητούν βοήθεια και οι άνδρες να μη ζητούν. Η αναζήτηση βοήθειας φαίνεται να έχει μεγαλύτερο ψυχολογικό κόστος στους άνδρες παρά στις γυναίκες γιατί οι άνδρες με το να ζητήσουν βοήθεια παραβιάζουν τους κανόνες της κοινωνίας.⁵²

Το 30,4% της ομάδας Α και το 40,2% της ομάδας Β έχουν πλήρη απασχόληση, ενώ το 18,3% της ομάδας Α και μόλις το 1,8% της ομάδας Β δεν έχουν καμία απασχόληση για ψυχιατρικό λόγο. Στην ομάδα Β παρατηρείται μικρότερη διαταραχή της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και ήταν μεγαλύτερος ο χρόνος μη αναζήτησης βοήθειας. Η διαταραχή της λειτουργικότητας στην καθημερινή ζωή είναι ο πρωταρχικός λόγος που ωθεί το άτομο να ζητήσει βοήθεια.⁵³

Δύο μεταβλητές ορίζουν την εκτίμηση του ατόμου για τις επιδράσεις των συμπτωμάτων: η αντιλαμβανόμενη από το άτομο σοβαρότητα και ο βαθμός διατάραξης της ζωής του ατόμου. Οι ασθενείς επικεντρώνονται πιο συχνά στα συμπτώματα που αναμιγνύονται με εμφανείς τρόπους στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Ένα πιθανό έναυσμα μπορεί να είναι η αίσθηση της παρέμβασης της ασθένειας στις κοινωνικές και προσωπικές σχέσεις.⁵⁴ Η αίσθηση της παρεμβολής της ασθένειας στις επαγγελματικές ή τις φυσικές δραστηριότητες. Για παράδειγμα, κάποιος είναι πιθανό να αισθάνεται ότι δεν μπορεί να κάνει πια σωστά τη δουλειά του εξαιτίας των συμπτωμάτων και γι' αυτό να νιώθει υποχρεωμένος να ζητήσει βοήθεια. Η σημασία αυτών των εναυσμάτων είναι ότι βοηθούν να διαφανεί πως η αναζήτηση βοήθειας είναι μάλλον μια διαρκής κοινωνική διαδικασία, παρά μια απλή αντίδραση στα φυσικά συμπτώματα.

Περιορισμοί μελέτης

Τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν αβασάνιστα σε άλλους ελληνικούς αστικούς πληθυσμούς και σε άλλες δομές. Το δείγμα της μελέτης έχει συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και δε μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα σε πληθυσμούς από άλλο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον. Πιθανόν τα αποτελέσματα να διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή και από την επαρχία στα μεγάλα αστικά κέντρα. Δεδομένων των καθυστερήσεων στην απόφαση ορισμένων ατόμων να επισκεφτούν το ΚΚΨΥ, όπως συμβαίνει ιδιαίτερα στην ομάδα Α, τίθεται το θέμα της πιθανότητας του παράγοντα της μνήμης και της ακρίβειας κάποιων πληροφοριών όπως είναι ο χρόνος μη αναζήτησης βοήθειας, καθώς οι κάθε είδους πληροφορίες συλλέγονται αναδρομικά.

Το δείγμα της μελέτης έχει συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και δε μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα σε πληθυσμούς από άλλο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον. Πιθανόν τα αποτελέσματα να διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή και από την επαρχία στα μεγάλα αστικά κέντρα. Δεδομένων των καθυστερήσεων στην απόφαση ορισμένων ατόμων να επισκεφτούν το ΚΚΨΥ, όπως συμβαίνει ιδιαίτερα στην ομάδα Α, τίθεται το θέμα της πιθανότητας του παράγοντα της μνήμης και της ακρίβειας κάποιων πληροφοριών όπως είναι ο χρόνος μη αναζήτησης βοήθειας, καθώς οι κάθε είδους πληροφορίες συλλέγονται αναδρομικά.

Συμπεράσματα και προτάσεις

Τα συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας μπορεί να αποτελούν μια αναγκαία αιτία αναζήτησης βοήθειας στις περισσότερες περιπτώσεις αλλά από μόνα τους δεν είναι επαρκής λόγος για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ενώ οι ειδικοί ψυχικής υγείας συχνά θεωρούν τα συμπτώματα ψυχικής διαταραχής ως επαρκή και αναγκαία συνθήκη για αναζήτηση βοήθειας, πολλοί άνθρωποι με συμπτώματα, ούτε θεωρούν ότι έχουν ανάγκη ψυχιατρικής φροντίδας, ούτε ότι έχουν πρόβλημα.

Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας και την πρώτη επαφή του ατόμου με ΚΚΨΥ ή άλλη ειδικευμένη υπηρεσία θα βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να προσανατολιστούν σε βελτιωμένες στρατηγικές προσέγγισης στο γενικό πληθυσμό της κοινότητας και παρέμβασης που θα μειώσουν τις καθυστερήσεις στην αναζήτηση βοήθειας και θα προωθήσουν την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή προκειμένου να σχεδιαστεί και να λειτουργήσει αποτελεσματικά το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η διασύνδεση και ο συντονισμός των υπηρεσιών, η εκπαίδευση στην αναγνώριση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων σε θέματα ψυχικής υγείας θα μπορούσαν να βοηθήσουν προς την κατεύθυνση αυτή ώστε να γίνεται έγκαιρη διάγνωση ότι το άτομο πάσχει από ψυχική νόσο και έγκαιρη παραπομπή του στην ειδική υπηρεσία ψυχικής υγείας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Help-seeking from a Community Mental Health Centre

A. Zartaloudi, M. Madianos

Zografou Community Mental Health Centre, Athens, Greece

Psychiatriki 2010, 21:126–135

Help-seeking is a multi-dimensional process. Individual, family and social factors all may be relevant in determining if and when help is sought. This study explored the possible factors affecting the help-seeking behaviour of individuals with mental health problems and their first contact with a mental health professional. Individuals, who sought help from the Community Mental Health Centre (CMHC) during 2003–2007, completed a questionnaire and information was obtained on a number of variables including demographic characteristics. Women, compared to men, seek help from the CMHC at a greater frequency. Individuals with psychotic symptoms don't seek help initially from a CMHC and they used to visit other mental health services. The percentage of individuals diagnosed with psychosis, emotional and anxiety disorders, seeking help for the first time in their lives 12 months after the onset of psychopathology, was high. Delays in initiating treatment are often prolonged and the duration of untreated disorder is associated with substantial functional decline and poorer quality of life. Reduction of these delays will require clearer understanding of the contributing factors.

Key words: Help-seeking, demographic characteristics, variables, community psychiatry

Βιβλιογραφία

- Madianos MG, Madianou D, Stefanis CN. Help-seeking behaviour for psychiatric disorder from physicians or psychiatrists in Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993, 28:285–291
- Santorius N. Assessing needs for psychiatric services. In: Andrews G, Henderson S (eds) *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses*. Cambridge University Press, Cambridge, 2000
- Birchwood M, Macmillan F. Early intervention in schizophrenia. *Austr New Zeal J Psychiatry* 1993, 27:374–378
- Helgason L. Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: What could have been prevented? *Acta Psychiatr Scand* 1990, 81:231–235
- Hintikka J, Koskela T, Kontula O et al. Men, women and friends—are these differences in relation to mental well-being? *Qual Life Res* 2000, 9:841–845
- McGlashan T, Johannessen J. Early Detection and Intervention with Schizophrenia: Rationale. *Schizophr Bul* 1996, 22:201–222
- McGorry P. A stitch in time.... The scope for preventive strategies in early psychosis. In: McGorry PD, Jackson HJ (eds) *The Recognition and Management of Early Psychosis*. A Preventive Approach. Cambridge University Press, Cambridge, England, 1999
- Waddington J, Youssef H, Kinsella A. Sequential cross-sectional and 10-year prospective study of severe negative symptoms in relation to duration of initially untreated psychosis in chronic schizophrenia. *Psychol Med* 1995, 25:849–857
- Madianos M, Zartaloudi A, Kallergis G et al. Duration of untreated mental disorders and help-seeking in a sectorized Athens area. *Primary Care & Community Psychiatry* 2008, 13:148–154
- Addington J, van Mastrigt S, Hutchinson J, Addington D. Pathways to care: help seeking behaviour in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106:358–364
- Beiser M, Erickson D, Fleming J, Iacono W. Establishing the Onset of Psychotic illness. *Am J Psychiatry* 1993, 150:1349–1354
- Birchwood M, McGorry P, Jackson H. Early intervention in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1997, 170:2–5
- Fuller J, Edwards J, Proeter N et al. How definition of mental health problems can influence help seeking in rural and remote communities. *Aust J Rural Health* 2000, 8:148–153
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A. The Influence of Age and Sex on the Onset and Early Course of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1993, 162:80–86
- Larsen T, Moe LC, Vibe-Hansen L et al. Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2000, 45:1–9

16. Larsen T, Mc Glashan T, Moe L. First- Episode Schizophrenia: Early Course Parameters. *Schizophr Bulletin* 1996, 22:241–256
17. Lincoln C, McGorry P. Who Cares? Pathways to Psychiatric Care for Young People Experiencing a First Episode of Psychosis. *Psychiatr Serv* 1995, 46:1166–1171
18. Loebel A, Lieberman J, Alvir J, Mayerhoff D, Geisler S, Szymanski S. Duration of Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992, 149:1183–1188
19. McKenzie LH. Service users and carers' experiences of a psychosis service. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006, 13:636–640
20. McGlashan T. Early Detection and Intervention in Schizophrenia: Research. *Schizophr Bull* 1996, 22:327–345
21. McGorry P, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan S, Jackson H. EPPIC: An Evolving System of Early Detection and Optimal Management. *Schizophr Bull* 1996, 22:305–326
22. Yung A, Jackson H. The onset of psychotic disorder: clinical and research aspects. In: McGorry PD & Jackson H (eds) *The Recognition and Management of Early Psychosis. A Preventive Approach*. Cambridge University Press, Cambridge, England, 1999
23. Garwick G, Lampman S. Typical problems bringing patients to a community mental health center. *Community Mental Health Journal* 1972, 8:271–280
24. Langsley DG. The community mental health center: does it treat patients? *Hosp Community Psychiatry* 1980, 31:815–819
25. Altamura AC, Dell'osso B, Vismara S, Mundo E. May duration of untreated illness influence the long-term course of major depressive disorder? *Eur Psychiatry* 2008, 23:92–96
26. Altamura AC, Dell'Osso B, Mundo E. Duration of untreated illness in major depressive disorder: a naturalistic study. *Int J Clin Pract* 2007, 61:1697–700
27. Burns T, Eichenberger A, Eich D et al. Which individuals with affective symptoms seek help? Results from the Zurich epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand* 2003, 108:419–426
28. Katerndahl D, Realini J. Panic disorder in Hispanic Patients. *Fam Med* 1998, 30:210–214
29. Roness A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatr Scand* 2005, 111:51–58
30. Mavreas V, Koutra M, Dikeos D et al. Results from the Athens Centre. In: Üstün TB, Santorius N (eds) *Mental illness in General Health Care*. Wiley, New York, 1995:57–58
31. Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. What to do about mental disorders-help-seeking recommendations of the lay public. *Acta Psychiatr Scand* 2001, 103:220–225
32. Judge AM, Perkins DO, Nieri J et al. Pathways to care in first episode psychosis: a pilot study on help-seeking precipitants and barriers to care. *Journal of Mental Health* 2005, 14:465–469
33. Addis M, Mahalik J. Man, Masculinity and the Contexts of Help Seeking. *American Psychologist* 2003, 58:5–14
34. Fischer EH, Turner JL. Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude. *J Consul Clin Psychol* 1970, 35:79–90
35. Jaycox LH, Asarnow JR, Sherbourne CD et al. Adolescent Primary Care Patients' Preferences for Depression Treatment. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 2006, 33:198–207
36. Kuhl J, Jarkon-Horick, Morissey RF. Measuring Barriers to help-seeking behavior in adolescents. *J Youth Adolesc* 1997, 26:637–650
37. Leaf PJ, Bruce ML. Gender differences in the use of mental health-related services: A reexamination. *J Health Soc Behav* 1987, 28:171–183
38. Leong FTL, Zachar P. Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counseling* 1999, 27:123–132
39. Tedeschi GL, Willis FN. Attitudes toward counseling among Asian international and native Caucasian students. *J Coll Stud Psychother* 1993, 7:43–54
40. Wong DFK. Uncovering sociocultural factors influencing the pathway to care of Chinese caregivers with relatives suffering from early psychosis in Hong Kong. *Culture. Med Psychiatry* 2007, 31:51–71
41. Leaf P, Bruce M, Tischler G. The differential effect of attitudes on the use of mental health services. *Soc Psychiatry* 1986, 21:187–192
42. Portes A, Kyle D, Eaton W. Mental illness and help-seeking Behavior Among Mariel Cuban and Haitian Refugees in South Florida. *J Health Soc Behav* 1992, 33:283–298
43. Vázquez-Barquero J, Díez-Manrique J, Gaité L, Iglesias García C, Artal J, Roberts S, Wilkinson G. Why people with probable minor psychiatric morbidity consult a doctor. *Psycholog Med* 1992, 22:495–502
44. Boey KW. Help-seeking preference of college students in urban China after the implementation of the "open-door" policy. *Inter J Soc Psychiatry* 1999, 45:104–116
45. Cherng LL. The exploration of the Chinese college students' help seeking and receiving processes. *Chin J Ment Health* 1988, 3:125–138
46. Rickwood DJ, Braithwaite VA. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Soc Sci Med* 1994, 39:563–572
47. Brownhill S. *Intensified constraint: The battle between individual and social forces influencing hidden depression in men*. Thesis University of New South Wales, 2003
48. Good G, Wood P. Male gender role conflict, depression and help-seeking: Do college men face double jeopardy? *J Counseling and Development* 1995, 74:70–75
49. Washington CS. Counseling Blackmen. In: Mark S et al (eds) *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Men*. Sage Publications, Thousand Oaks, 1987
50. Horwitz AV. Help-seeking processes and mental health services. In: Mechanic D (ed): *Improving mental health services: What the social sciences can tell us? New Directions for Mental Health Services*, no. 36. CA: Jossey-Boss, San Francisco, 1987
51. Mechanic D. The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior. *Pediatrics* 1964, 33:444–453
52. Μαδιανός Μ. *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*. Καστανιώτης, Αθήνα, 2005
53. Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. *J Substanc Abuse Treatm* 2004, 26:237–242
54. Zola IK. Pathways to the doctor-from person to patient. *Social Sci Med* 1973, 7:667–689

Αλληλογραφία: Μ. Μαδιανός, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τομέας Ψυχικής Υγείας και Επιστημών Συμπεριφοράς, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας Ζωγράφου, Δαβάκη & Πίνδου 42, 157 73 Αθήνα, Τηλ. 210-74 81 174, 210-77 18 320
e-mail: madianos@nurs.uoa.gr

Ειδικό άρθρο Special article

Η κατάθλιψη στη σχιζοφρένεια: Σχέση με άλλα συμπτώματα, διαφορική διάγνωση, πρόληψη, θεραπεία

Σ. Σταμούλη

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2010, 21:136–147

Η σχέση της κατάθλιψης που εμφανίζεται στα πλαίσια της σχιζοφρένειας με άλλα συμπτώματα που συμπληρώνουν την κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας, όπως θετικά και αρνητικά συμπτώματα, έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές. Η παρουσία ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών είναι πιο συχνή σε καταθλιπτικούς σχιζοφρενείς, ενώ τα αρνητικά συμπτώματα φαίνεται να συνυπάρχουν με τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε οποιαδήποτε φάση της νόσου, τουλάχιστον σε κάποια υποομάδα σχιζοφρενικών ασθενών. Επιπλέον, σύμφωνα με το πυραμιδικό μοντέλλο του Kay η συνύπαρξη θετικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων απαντάται συχνότερα στον παρανοϊκό τύπο της σχιζοφρένειας, ενώ η συνύπαρξη αρνητικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων απαντάται στον υπολειμματικό τύπο. Τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα, πιθανώς εμφανίζονται συχνότερα σε ασθενείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η διαφορική διάγνωση του καταθλιπτικού συνδρόμου σε ασθενείς με σχιζοφρένεια πρέπει να περιλαμβάνει την αξιολόγηση οργανικών παραγόντων όπως σωματικά νοσήματα, λήψη φαρμάκων και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Ψυχιατρικά σύνδρομα που πρέπει να ληφθούν υπόψη στη διαφορική διάγνωση είναι η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η διπολική διαταραχή και η ψυχωσική κατάθλιψη. Προγνωστικά, η κατάθλιψη είναι δυσμενής παράγων μακροχρόνιας έκβασης, σε οποιαδήποτε φάση της σχιζοφρένειας και αν εμφανίζεται. Τέλος, η φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην οξεία φάση της σχιζοφρένειας δεν απαιτεί τη χρήση ειδικών μεθόδων πέραν πιθανώς, της χρήσης άτυπων αντιψυχωσικών σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Αντίθετα, στην περίπτωση της μεταψυχωσικής κατάθλιψης ενδείκνυται η συνχορήγηση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων.

Λέξεις ευρετηρίου: σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, διαφορική διάγνωση, πρόγνωση, θεραπεία

Εισαγωγή

Το άρθρο αυτό διαπραγματεύεται τη σχέση της κατάθλιψης με τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας καθώς και με την εξωπυραμιδικού τύπου συμπτωματολογία, τη διαφορική διάγνωση, την προγνωστική σημασία της κατάθλιψης και τέλος τη θεραπευτική της αντιμετώπιση.

Η σχέση της κατάθλιψης με τις άλλες ομάδες ψυχωσικών συμπτωμάτων

Θετικά συμπτώματα και κατάθλιψη

Μελέτες που χρησιμοποίησαν για την αξιολόγηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη σχιζοφρένεια την κλίμακα κατάθλιψης του Calgary για τη σχιζοφρένεια (Calgary Depression Scale for Schizophrenics, CDSS) αναφέρουν αντικρουόμενα ευρήματα.

Οι Addington et al¹ σε δείγμα ασθενών με σχιζοφρένεια σε οξεία φάση δεν βρήκαν συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας CDSS με τη θετική υποκλίμακα της κλίμακας θετικού και αρνητικού συνδρόμου (PANSS-POS, Positive And Negative Syndrome Scale-Positive subscale), ούτε κατά την αρχική εκτίμηση, ούτε όμως και στην επανεκτίμηση τρεις μήνες αργότερα. Το ίδιο εύρημα είχαν και οι Bressan et al² σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που βρίσκονταν σε ύφεση, παρόλο που οι καταθλιπτικοί ασθενείς με σχιζοφρένεια (CDSS>6) είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη συνολική PANSS.

Αντίθετα, οι Lançon et al³ ανέφεραν ότι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια υπήρχε θετική συσχέτιση κατά την οξεία φάση μεταξύ PANSS-POS και CDSS και πιο συγκεκριμένα η συσχέτιση αφορούσε στο λήμμα των παραληρητικών ιδεών.

Σε μελέτες που χρησιμοποιήθηκε η βαθμολογική κλίμακα του Hamilton για την κατάθλιψη (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS-17) ή η υποκλίμακα κατάθλιψης της PANSS, κοινό εύρημα, ως επί το πλείστον, είναι η ύπαρξη συσχέτισης της κατάθλιψης με τα θετικά συμπτώματα.^{4,5} Πιο συγκεκριμένα, οι Emsley et al⁴ με τη χρήση των υποκλιμάκων PANSS-Depression (PANSS-D) και PANSS-Positive (PANSS-POS) βρήκαν ότι ασθενείς με σχιζοφρένεια που παρουσιάζουν θετικό σύνδρομο είχαν υψηλότερη βαθμολογία κατάθλιψης σε σχέση με ασθενείς με αρνητικό σύνδρομο. Επίσης, οι Sax et al⁵ σε ασθενείς με πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο που βρίσκονταν

σε οξεία φάση βρήκαν θετική συσχέτιση της HDRS-17 με τη βαθμολογία της κλίμακας εκτίμησης θετικών συμπτωμάτων (Scale for Assessment of Positive Symptoms, SAPS). Οι Koreen et al⁶ σε ασθενείς πρώτου σχιζοφρενικού επεισοδίου κατά την οξεία φάση βρήκαν θετική συσχέτιση μεταξύ της HDRS-17 και της βαθμολογίας των θετικών συμπτωμάτων της SADS (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, παράξενη συμπεριφορά και διαταραχή στην κατανόηση). Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι και κατά τη μακροχρόνια (5 έτη) παρακολούθηση αυτών των ασθενών, η παρουσία κατάθλιψης (HDRS-17>15) σχετιζόταν με την ύπαρξη ενεργού θετικής συμπτωματολογίας. Κάνουν όμως την παρατήρηση ότι οι συσχετίσεις αυτές περιλαμβάνουν κάποια ετερογένεια, δηλαδή υπάρχει μια υποομάδα ασθενών με υψηλή συσχέτιση κατάθλιψης και θετικών συμπτωμάτων και κάποια άλλη με ασθενείς συσχετίσεις. Τέλος, οι Nakaya et al⁷ βρήκαν σε ένα δείγμα ασθενών με σχιζοφρένεια σε οξεία φάση, ότι οι μεταβολές της βαθμολογίας στις κλίμακες HDRS-17 και PANSS-D (αρχική εκτίμηση και εκτίμηση μετά από 8-9 εβδομάδες) σχετιζόνταν θετικά με τις αντίστοιχες των θετικών συμπτωμάτων (PANSS-POS). Συγκεκριμένα, οι ερευνητές αυτοί αναφέρουν ότι η θετική συσχέτιση αυτή οφείλεται σε συσχέτιση μεταξύ δύο από τους πέντε παράγοντες της HDRS-17 και πιο συγκεκριμένα των παραγόντων υποχονδρίας και άγχους/κατάθλιψης. Αυτό το εύρημα συμφωνεί και με αντίστοιχο εύρημα των Addington et al¹ οι οποίοι ενώ δεν βρήκαν συσχέτιση μεταξύ συνολικής βαθμολογίας HDRS-17 και PANSS-POS, ανέφεραν συσχέτιση τριών παραγόντων της HDRS-17 με την PANSS-POS. Αυτοί οι παράγοντες περιελάμβαναν τα συμπτώματα της «ψυχοκινητικής διέγερσης», του «ψυχικού άγχους» και «σωματικών συμπτωμάτων», δηλαδή «γαστρεντερικά συμπτώματα», «γενικά σωματικά συμπτώματα», "libido", «απώλεια βάρους» και «υποχονδρίαση».

Υπάρχουν, τέλος και δύο μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν άλλες μεθόδους ορισμού των καταθλιπτικών ασθενών με σχιζοφρένεια και οι οποίες είναι χρήσιμο να αναφερθούν. Πιο συγκεκριμένα, οι Sands et al⁸ σε μια μακροχρόνια μελέτη ασθενών με πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο αναφέρουν στην αξιολόγηση των 7,5 χρόνων ότι ασθενείς με σχιζοφρένεια και μείζονα κατάθλιψη (κριτήρια RDC) είχαν πιο συχνά ψυχωσικά συμπτώματα (παραλήρημα ή/και ψευδαισθήσεις) από τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς με σχιζοφρένεια. Επιπλέον, οι Barnes et al⁹ ανέφερε σε

χρόνιους ασθενείς με σχιζοφρένεια, ότι αυτοί που είχαν «καταθλιπτικό συναίσθημα» (PSE λήμμα 23) εμφάνιζαν υψηλότερη βαθμολογία στα θετικά συμπτώματα της CPRS (Comprehensive Psychopathological Rating Scale), που όμως ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη μόνο για το λήμμα των ακουστικών ψευδαισθήσεων.

Από την ανακεφαλαίωση όλων αυτών των μελετών φαίνεται ότι η κατάθλιψη στους ασθενείς με σχιζοφρένεια σχετίζεται, τουλάχιστον, με την παρουσία ορισμένων συγκεκριμένων θετικών συμπτωμάτων και πιο συγκεκριμένα ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών. Συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και θετικών συμπτωμάτων δεν υπονοεί πιθανή αιτιολογική σχέση. Άλλωστε, σύμφωνα με τον Kay¹⁰ συμπτώματα από τις δυο αυτές ομάδες μπορεί να συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή στα πλαίσια του πυραμιδικού μοντέλου και φαίνεται ότι χαρακτηρίζουν ασθενείς με παρανοϊκού τύπου σχιζοφρένεια κατά DSM-IV.

Αρνητικά συμπτώματα και κατάθλιψη

Η σχέση της αρνητικής με την καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ασθενείς με σχιζοφρένεια εξετάστηκε σε πληθώρα μελετών και τα αποτελέσματα είναι αρκετές φορές αντικρουόμενα. Κύριος λόγος γι' αυτό είναι η χρήση από τους εκάστοτε ερευνητές διαφορετικών ψυχομετρικών εργαλείων, καθώς και διαφορετικού πληθυσμού ασθενών.

Η CDSS για την αξιολόγηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε σε έξι τέτοιες μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, οι Addington et al¹ σε δείγμα ασθενών με σχιζοφρένεια σε οξεία φάση δε βρήκαν συσχέτιση ανάμεσα στην κλίμακα CDSS και στην υποκλίμακα PANSS-Negative (PANSS-N), ούτε κατά την έναρξη της θεραπείας ούτε μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Στην ίδια μελέτη δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση της HDRS-17 με την PANSS-N κατά την εισαγωγή, αλλά υπήρχε συσχέτιση μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Η συσχέτιση οφειλόταν σε δύο παράγοντες της κλίμακας που περιελάμβαναν συμπτώματα κυρίως άγχους (σωματικού και ψυχικού) καθώς και σωματικά ενοχλήματα κατάθλιψης. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι το εύρημα αυτό δεν μπορεί να αξιολογηθεί, διότι η παραγοντοποίηση της HDRS-17 ήταν μια πολύπλοκη διαδικασία και οι παράγοντες αυτοί ήταν χρονικά ασταθείς. Επομένως, αυτό, ίσως, σημαίνει ότι η κλίμακα δεν μπορεί να περιγράψει σωστά τον πληθυσμό των ασθενών με σχιζοφρένεια. Αυτό φυσικά συμφωνεί με τον ίδιο τον Hamilton¹¹ ο οποίος

πρώτος είχε επιστήσει την προσοχή στη χρήση της κλίμακας σε μη συναισθηματικούς ασθενείς.

Οι Peralta et al¹² χρησιμοποίησαν τη CDSS σε ένα δείγμα ασθενών με σχιζοφρένεια σε οξεία φάση και συσχέτισαν τη βαθμολογία της με τη βαθμολογία της Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) για την αξιολόγηση των αρνητικών συμπτωμάτων. Οι δύο βαθμολογήσεις δε συσχετίζονταν κατά την εισοδο των ασθενών ενώ υπήρχε συσχέτιση μετά την υποχώρηση των οξέων συμπτωμάτων. Σ' αυτήν τη μελέτη στη δεύτερη χρονική στιγμή υπήρχε συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων SANS και CDSS από τη μια και των ακινητικών συμπτωμάτων παρκινσονισμού από την άλλη. Με δεδομένο ότι οι ερευνητές αναφέρουν απλές συσχετίσεις ανά δύο μεταβλητές, η συσχέτιση αρνητικών με καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να οφείλεται στην παρουσία των ακινητικών συμπτωμάτων του παρκινσονισμού.

Επίσης, οι Nakaya et al⁷ εξέτασαν τη σχέση των μεταβολών της βαθμολογίας της CDSS και της HDRS-17 με τις μεταβολές στη βαθμολογία της PANSS-N. Η μελέτη έγινε σε δείγμα ασθενών με σχιζοφρένεια κατά την οξεία φάση και οι μεταβολές αφορούσαν σε βαθμολογίες κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και μετά την ύφεση των οξέων συμπτωμάτων. Οι ερευνητές δε βρήκαν καμιά συσχέτιση μεταξύ των μεταβολών της CDSS και PANSS-N, ούτε στις μεταβολές της συνολικής βαθμολογίας της HDRS-17 και της PANSS-N. Αναφέρουν, όμως ότι υπήρχε συσχέτιση ανάμεσα σε έναν παράγοντα της HDRS-17 που ονομαζόταν «ελαττωμένη δραστηριότητα» και της συνολικής βαθμολογίας των αρνητικών συμπτωμάτων. Αυτό ίσως δείχνει ότι η HDRS-17 περιέχει λήμματα που αφορούν στα αρνητικά συμπτώματα και συνεπώς, δεν είναι η πιο κατάλληλη κλίμακα για να αξιολογήσει την παρουσία κατάθλιψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Σε μια άλλη μελέτη που χρησιμοποιήθηκε η CDSS, οι Lançon et al³ συσχέτισαν τη βαθμολογία της κατάθλιψης με την PANSS-N. Οι ερευνητές αναφέρουν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ PANSS-N και CDSS για ασθενείς που βρίσκονται σε σταθεροποιημένη κατάσταση αλλά όχι σε ασθενείς που βρίσκονται στην οξεία φάση.

Παρόμοια αποτελέσματα είχαν και οι Collins et al¹³ οι οποίοι, σε ένα δείγμα χρόνιων εξωνοσοκομειακών ασθενών με σχιζοφρένεια, μελέτησαν τη σχέση της κατάθλιψης όπως αυτή αξιολογείται με τις κλίμακες

CDSS, PANSS-D και HDRS-17 με τα αρνητικά συμπτώματα (PANSS-N). Οι ερευνητές δε βρήκαν συσχέτιση όταν χρησιμοποίησαν τη CDSS, αλλά υπήρχε συσχέτιση όταν χρησιμοποίησαν την HDRS και την PANSS-D. Αυτό είναι μια επιπλέον ένδειξη ότι οι τελευταίες αυτές κλίμακες πιθανόν, να μη διαχωρίζουν πλήρως τα καταθλιπτικά και τα αρνητικά συμπτώματα.

Στην τελευταία μελέτη που χρησιμοποιήθηκε η CDSS οι Addington et al¹⁴ σε ένα δείγμα ασθενών με σχιζοφρένεια που δε διευκρινιζόταν αν ήταν σε οξεία φάση βρήκαν συσχέτιση της κατάθλιψης με τα αρνητικά συμπτώματα (PANSS-N) σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς με σχιζοφρένεια αλλά όχι σε εξωνοσοκομειακούς. Η συσχέτιση οφειλόταν στα λήμματα της PANSS-N «αμβλύ συναίσθημα», «συναίσθηματική απόσυρση», «πτωχή επαφή» και «παθητική απόσυρση» που είναι πυρηνικά αρνητικά συμπτώματα.

Μεταξύ αρνητικών συμπτωμάτων και κατάθλιψης δε βρήκαν συσχέτιση οι Emsley et al⁴ σε δείγμα ασθενών με σχιζοφρένεια στην οξεία φάση με τη χρήση της PANSS (PANSS-D vs PANSS-N).

Αντίθετα, σημαντικές συσχετίσεις βρήκαν άλλοι ερευνητές χρησιμοποιώντας για τον ορισμό της κατάθλιψης την HDRS-17 και τη SANS για τα αρνητικά συμπτώματα.^{5,6} Στη μελέτη των Sax et al⁵ βρέθηκε ότι η συσχέτιση αφορούσε στην υποκλίμακα της SANS που εξετάζει τα συμπτώματα της ανηδονίας και της μειωμένης κοινωνικής επαφής, συμπτώματα που υπάρχουν και στην HDRS-17. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση με τα πυρηνικά αρνητικά συμπτώματα της απάθειας και της αβουλίας. Επίσης, οι Koreen et al⁶ παρόλο που βρήκαν συσχέτιση μεταξύ της HDRS-17 και SANS, σημειώνουν ότι υπήρχε ανομοιογένεια σε αυτές τις συσχετίσεις, δηλαδή σε μια ομάδα ασθενών η συσχέτιση ήταν ισχυρή ενώ σε μια άλλη ήταν ασθενής.

Τέλος, οι Hafner et al¹⁵ χρησιμοποίησαν το σύστημα CATEGO (ηλεκτρονικό σύστημα διαχείρισης των δεδομένων της συνέντευξης SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) που δίνει εναλλακτικές διαγνώσεις σύμφωνα με το DSM και ICD) για να αξιολογήσουν την παρουσία καταθλιπτικού συνδρόμου σε ασθενείς με σχιζοφρένεια κατά το πρώτο επεισόδιο και συσχέτισαν την παρουσία κατάθλιψης με την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων όπως αυτά αξιολογούνται από την SANS. Οι ερευνητές βρήκαν συσχέτιση της κατάθλιψης και του αρνητικού συνδρόμου τόσο κατά την οξεία φάση, όσο και

κατά τα διάφορα χρονικά σημεία αξιολόγησης στη φάση της παρακολούθησης που διήρκεσε πέντε χρόνια. Η μελέτη αυτή χρησιμοποίησε τρόπους ορισμού της κατάθλιψης και των αρνητικών συμπτωμάτων σχετικά αυθαίρετους, οι οποίοι δεν έχουν χρησιμοποιηθεί από άλλους ερευνητές και συνεπώς, τα αποτελέσματα ελέγχονται διότι δεν υπάρχει ανεξάρτητη επιβεβαίωση.¹⁵

Ανακεφαλαιώνοντας τα ευρήματα των παραπάνω μελετών, αξίζει να γίνουν δύο σχόλια.

Πρώτον, φαίνεται ότι η HDRS-17 έχει αρκετή αλληλοεπικάλυψη με τις κλίμακες που αξιολογούν αρνητικά συμπτώματα, ιδιαίτερα αυτά που σχετίζονται με την κοινωνική απόσυρση και την ανηδονία. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υπερεκτίμηση της κατάθλιψης σε πληθυσμό σχιζοφρενών με αρνητική συμπτωματολογία.

Δεύτερον, η παρουσία αντικρουόμενων ευρημάτων τουλάχιστον με τη χρήση της CDSS, πιθανόν, σημαίνει ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να συνυπάρχουν με τα αρνητικά σε οποιαδήποτε φάση της νόσου, τουλάχιστον σε κάποια υποομάδα ασθενών με σχιζοφρένεια. Αυτό, μάλλον, αποδεικνύουν οι συσχετίσεις που βρέθηκαν ανάμεσα στις δύο ομάδες συμπτωμάτων σε διάφορες μελέτες. Σύμφωνα με το πυραμιδικό μοντέλο του Kay¹⁰ αρνητικά και καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να συνυπάρχουν ως ανεξάρτητες ομάδες σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που πιθανώς ανήκουν στην κατηγορία της υπολειμματικής σχιζοφρένειας, κατά DSM-IV.

Εξωπυραμιδικά συμπτώματα και κατάθλιψη

Η σχέση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα σημαντική σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, κυρίως διότι τα ακινητικού χαρακτήρα εξωπυραμιδικά συμπτώματα μπορούν να προβάλλουν προβλήματα διαφοροδιάγνωσης. Διάφορες μελέτες έχουν εξετάσει αυτή τη σχέση με αντικρουόμενα όμως αποτελέσματα.

Πιο συγκεκριμένα, οι Peralta et al¹² σε ασθενείς με σχιζοφρένεια οξείας φάσης δε βρήκαν συσχέτιση της CDSS με την κλίμακα εξωπυραμιδικών των Simpson-Angus κατά την είσοδο των ασθενών αλλά υπήρχε συσχέτιση μετά την υποχώρηση των οξέων συμπτωμάτων. Η συσχέτιση αυτή οφειλόταν στα ακινητικού τύπου συμπτώματα, δηλαδή ακινησία και δυσκαμψία. Επίσης, οι Bressan et al² σε σταθεροποιημένους ασθενείς με σχιζοφρένεια βρήκαν συσχέτιση μεταξύ

της CDSS και της βαθμολογικής κλίμακας εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων (Extrapyramidal Symptoms Rating Scale, ESRS). Στην ίδια μελέτη ασθενείς με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο στα πλαίσια της σχιζοφρένειας είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα των εξωπυραμιδικών χωρίς όμως, η διαφορά τους από τους μη καταθλιπτικούς να είναι στατιστικά σημαντική.²

Ανάλογα ευρήματα είχαν και οι Koreen et al⁶ με τη χρήση της κλίμακας HDRS και της κλίμακας εξωπυραμιδικών των Simpson-Angus. Οι ερευνητές ανέφεραν θετική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και των υποκλιμάκων της ακινησίας και της ακαθαρσίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια πρώτου επεισοδίου σε οξεία φάση.

Δύο μελέτες είχαν αρνητικά ευρήματα. Πιο συγκεκριμένα, οι Collins et al¹³ σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με σχιζοφρένεια δε βρήκαν συσχέτιση μεταξύ CDSS, PANSS-D και ESRS, ενώ βρήκαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ HDRS και ESRS. Επίσης, οι Addington et al¹⁴ μελετώντας ασθενείς με σχιζοφρένεια βρήκαν ότι η CDSS δε συσχετίζεται με τη βαθμολογία στην κλίμακα Simpson-Angus. Στη μελέτη αυτή οι ερευνητές δεν προσδιορίζουν αν οι ασθενείς ήταν στην οξεία φάση ή σε ύφεση.

Γενικά, όπως φαίνεται, τα παραπάνω αποτελέσματα είναι αρκετά δύσκολο να αξιολογηθούν κυρίως λόγω του γεγονότος ότι κάθε μια από τις μελέτες είχε τις δικές της αδυναμίες. Αν υποθεθεί ότι η CDSS αξιολογεί μόνο καταθλιπτικά συμπτώματα, οι θετικές συσχετίσεις που προαναφέρθηκαν της κλίμακας αυτής με εξωπυραμιδικά συμπτώματα και ιδιαίτερα μετά την οξεία φάση που σημαίνει ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έπαιρναν αντιψυχωσική αγωγή, πιθανόν να υποδηλώνει ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν συχνότερα τέτοιου είδους συμπτώματα.¹⁶ Τέλος, όσον αφορά στη σχέση της κατάθλιψης και της δόσης των αντιψυχωσικών που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, καμιά από τις μελέτες που την εξέτασαν δε βρήκαν κάποια σημαντική συσχέτιση.^{2,9,17,18}

Διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια

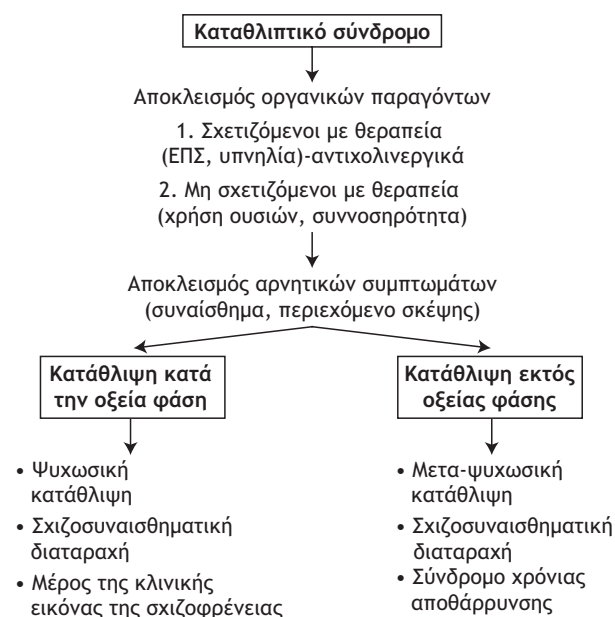
Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να απλοποιηθεί αν ακολουθείται κάποια μέθοδος διαδοχικών βημάτων

αποκλεισμού όπως αυτή που παρουσιάζεται στην εικόνα 1.

Αρχικά, πρέπει να αποκλειστούν διάφορα οργανικά νοσήματα ή διαταραχές που μπορεί να προσομοιάζουν με καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία.²⁰ Έτσι, οργανικά νοσήματα, όπως αναιμίες, ηλεκτρολυτικές, καρδιολογικές και νευρολογικές διαταραχές, νεοπλασίες (π.χ. η νεοπλασματική νόσος του παγκρέατος), θυρεοειδική δυσλειτουργία, έλλειψη βιταμίνης B12, μεταβολικά και λοιμώδη νοσήματα, το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας κ.ά. μπορεί να ευθύνονται για την καταθλιπτική συμπτωματολογία ενός ασθενούς με σχιζοφρένεια.

Η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων από τον ασθενή μπορεί να αποτελούν αιτιολογικό ή επικουρικό παράγοντα πρόκλησης ή συντήρησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τέτοια φαρμακευτικά σκευάσματα είναι τα αντιυπερτασικά, τα αντιεπιληπτικά, οι βήτα-αναστολείς (b-blockers), τα αντιαρρυθμικά, τα αντισυλληπτικά, η σουλφοναμίδη, η ινδομεθακίνη. Εν τοιαύτη περιπτώσει, θα πρέπει να αξιολογηθεί η αναγκαιότητα της συνέχισης της λήψης του συγκεκριμένου σκευάσματος ή η δυνατότητα αντικατάστασής του.

Άλλος παράγοντας που πρέπει να αποκλειστεί είναι οι εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες, η οποία



Εικόνα 1. Διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια (προσαρμογή από Hausman et al 2002).¹⁹

είναι συχνή στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και συσχετίζεται με κατάθλιψη, είτε λόγω χρόνιας χρήσης τους είτε λόγω διακοπής τους.²¹⁻²⁴ Φαίνεται ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ εξάρτησης από το αλκοόλ και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.²⁵ Η χρόνια χρήση ινδικής κάνναβης από ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να οδηγήσει σε μια κατάσταση που προσομοιάζει πολύ με κατάθλιψη. Κατά τη φάση απεξάρτησης επίσης, από την κοκαΐνη συμπεριλαμβάνει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τέλος, η χρήση αλλά και η διακοπή της καφεΐνης ή της νικοτίνης (και οι δύο χρησιμοποιούνται συχνά σε μεγάλες δόσεις από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια), μπορεί να οδηγήσει σε δυσφορικές καταστάσεις που προσομοιάζουν με κατάθλιψη.

Αρκετές δυσκολίες παρουσιάζει η διαφοροδιάγνωση της κατάθλιψης από άλλες κατηγορίες κλινικών εκδηλώσεων της σχιζοφρένειας, όπως τα αρνητικά και τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα.

Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας αποτελούν συχνό διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Η εικόνα του ασθενούς που παρουσιάζει ψυχοκινητική επιβράδυνση, ανηδονία, επιπέδωση του συναισθήματος, απόσυρση (κοινωνική αλλά και συναισθηματική), έλλειψη πρωτοβουλιών, κλινοφιλία και αδιαφορία για την προσωπική του υγιεινή, προσομοιάζει πολύ με την κλινική εικόνα της κατάθλιψης. Για τη σωστή διάγνωση είναι σημαντικό να εστιάσει ο ιατρός στα ψυχολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως το καταθλιπτικό συναίσθημα, η απώλεια ευχαρίστησης, η απώλεια αυτοπεποίθησης, το αίσθημα ενοχών και ο αυτοκτονικός ιδεασμός.

Αν ο ασθενής παρουσιάζει ψυχοκινητική ανησυχία, δυσφορία, καταθλιπτικόμορφο προσωπείο ή βραδυκινησία και είναι δύσκολο από το ιστορικό να αποδοθεί η εικόνα σε εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες, τότε η χορήγηση αντιχολινεργικών για τη βραδυκινησία και το καταθλιπτικόμορφο προσωπείο και προπανολόλης ή και βενζοδιαζεπινών για την ψυχοκινητική ανησυχία και τη δυσφορία συμβάλλει ουσιαστικά στη διαφοροδιαγνωστική μας προσέγγιση και αντιμετώπιση.^{26,27}

Στην ομάδα των ανεπιθύμητων ενεργειών θα πρέπει να προστεθεί και η καταστολή που μπορεί να προκαλεί η λαμβανόμενη αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή και η οποία μπορεί να δυσκολέψει τη διαφοροδιάγνωση της κατάθλιψης.

Στο σημείο αυτό του διαφοροδιαγνωστικού χάρτη, η κλινική σκέψη πρέπει να καθοδηγείται από τη φάση της νόσου στην οποία βρίσκεται ο συγκεκριμένος ασθενής. Για ασθενείς σε οξεία φάση η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει την ψυχωσική κατάθλιψη, τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή με καταθλιπτικά συμπτώματα και την κατάθλιψη ως μέρος της κλινικής εικόνας της οξείας φάσης της σχιζοφρένειας. Αν ο ασθενής έχει περάσει την οξεία φάση τότε η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει τη μεταψυχωσική κατάθλιψη, τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή με καταθλιπτικά συμπτώματα και το σύνδρομο της χρόνιας αποθάρρυνσης.

Η διαφοροδιάγνωση των διαταραχών της διάθεσης καταθλιπτικού τύπου με ψυχωσικά στοιχεία είναι ένα άλλο πεδίο που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Εάν το περιεχόμενο δεν είναι σύντονο με το συναίσθημα τότε από το ιστορικό του ασθενούς θα πρέπει να είναι δυνατόν να διευκρινιστεί ότι η κατάθλιψη προϋπήρχε και τα ψυχωσικά συμπτώματα εμφανίστηκαν κατά την πορεία του επεισοδίου και παράλληλα με την επιδείνωση της κλινικής εικόνας.

Η διαφοροδιάγνωση της σχιζοφρένειας με κατάθλιψη από τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ενέχει αρκετές δυσκολίες, ιδίως κατά την οξεία φάση του πρώτου επεισοδίου. Στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή πρέπει να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή/και ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, σε απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο πρέπει να διαρκεί σημαντικό μέρος της συνολικής διάρκειας της οξείας και υπολειμματικής φάσης της νόσου. Αντίθετα, η κατάθλιψη στα πλαίσια της οξείας φάσης της σχιζοφρένειας διαρκεί μικρότερο χρονικό διάστημα και μπορεί να μην πληροί κριτήρια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (ελάχιστονες μορφές κατάθλιψης). Η ειδοποιός διαφορά άρα, σύμφωνα με το DSM-IV²⁸ ενός ασθενούς που έχει στον άξονα I τη διάγνωση Σχιζοφρένεια και Μείζον ή Έλασσον Καταθλιπτικό Επεισόδιο από τη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή φαίνεται ότι είναι η διάρκεια των Καταθλιπτικών Επεισοδίων σε σχέση με τη διάρκεια της οξείας και της υπολειμματικής φάσης.

Η μεταψυχωσική κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από παρουσία κριτηρίου μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου που όμως εμφανίζεται μόνο κατά την υπολειμματική (residual) φάση της σχιζοφρένειας.

Τέλος, η συνειδητοποίηση από πλευράς ασθενούς των κοινωνικών, διαπροσωπικών και οικογενειακών δυσκολιών που απορρέουν από τη νόσο και η δυσκολία ή η αδυναμία αντιμετώπισής τους, τον αποθαρρύνουν και μπορεί να τον οδηγήσουν στην παραίτηση από την προσπάθεια αντιμετώπισής τους. Η κατάσταση αυτή της χρόνιας εγκατάλειψης έχει περιγραφεί ως «σύνδρομο χρόνιας αποθάρρυνσης» ή «σύνδρομο χρόνιας εγκατάλειψης». Η αξιολόγηση της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών περιορισμών που θέτει η σχιζοφρένεια πρέπει να γίνει κατά περίπτωση. Ο ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσφορία, εκνευρισμό, θλίψη, απογοήτευση, ή με απομόνωση σε διάφορα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής του, αλλά και με τη συνειδητοποίηση των περιορισμών που επιφέρει η νόσος. Ο βαθμός, η έκταση και η διάρκεια της συναισθηματικής αυτής αντίδρασης του ασθενούς βοηθάει στη σωστή διάγνωση και υποδεικνύει τους κατάλληλους θεραπευτικούς χειρισμούς. Πρέπει, σε αυτή την περίπτωση, να λαμβάνεται υπόψη και η μειωμένη εκφραστική ικανότητα των ασθενών με σχιζοφρένεια.

Η προγνωστική σημασία της κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια

Υπάρχει αρκετή διαφωνία και αντικρουόμενες απόψεις στη βιβλιογραφία για το ρόλο της κατάθλιψης στη μακροχρόνια έκβαση της σχιζοφρένειας.^{12,15,29,30-36} Οι βασικοί λόγοι αυτής της ασυμφωνίας είναι οι διαφορές στη φάση της νόσου (οξεία, ύφεση) καθώς και τα κριτήρια διάγνωσης τόσο της σχιζοφρένειας, όσο και της κατάθλιψης. Οι τρόποι αξιολόγησης της πρόγνωσης που χρησιμοποιήθηκαν είναι αδρά δύο ειδών: υποκειμενικοί και αντικειμενικοί. Στους υποκειμενικούς υπάγονται το αίσθημα ευεξίας και ευχαρίστησης και στους αντικειμενικούς ο βαθμός λειτουργικότητας, ο αριθμός των υποτροπών, η διάρκεια των νοσηλείων και κυρίως η σοβαρότητα της αυτοκτονικότητας.^{12,33,35} Φαίνεται ότι για τη διερεύνηση της σχέσης κατάθλιψης και μακροχρόνιας έκβασης δεν είναι απαραίτητο να εξεταστούν χωριστά οι διάφορες φάσεις της μακρόχρονης πορείας της σχιζοφρένειας. Οι an der Heiden et al³⁶ σε μια μελέτη παρακολούθησης ασθενών για 11 έτη βρήκαν ότι ασθενείς που εμφάνιζαν κατάθλιψη για ένα μεγάλο μέρος της οξείας φάσης τους πέρασαν και ένα μεγάλο μέρος των μεταξύ των επεισοδίων διαστημάτων με κατάθλιψη. Σε αυτή τη μελέτη οι ερευνητές ανέφεραν ότι ασθενείς

με πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα, παρουσιάζουν κατά την περίοδο της παρακολούθησης μεγαλύτερο αριθμό νοσηλείων, καθώς και μεγαλύτερη συνολικά διάρκεια νοσηλείας.

Πληθώρα μελετών έχουν εξετάσει την επίδραση στην πρόγνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που εμφανίζονται κατά τη μεταψυχωσική φάση.^{33,37-42} Τα στοιχεία εδώ συμφωνούν αρκετά και οι παραπάνω μελέτες δείχνουν ότι η μακροχρόνια πρόγνωση είναι χειρότερη σ' αυτούς τους ασθενείς με σχιζοφρένεια που παρουσιάζουν κατάθλιψη. Επιπλέον, ο Siris²⁶ σε ένα άρθρο ανασκόπησης αναφέρεται σε τουλάχιστον επτά μελέτες, από το 1976 και μετά, που μετρώντας με διαφορετικούς τρόπους την έκβαση είχαν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι εμφανίζεται επιβαρυνμένη σε ασθενείς με «μεταψυχωσική κατάθλιψη». Διάφοροι ερευνητές βρήκαν σε ασθενείς με μεταψυχωσική κατάθλιψη μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα και άλλες παραμέτρους κοινωνικών δραστηριοτήτων, μειωμένη φροντίδα του εαυτού τους, μειωμένο αίσθημα ευεξίας, αυξημένη πιθανότητα υποτροπής, αυξημένη πιθανότητα ιστορικού απόπειρας αυτοκτονίας και αυξημένη συχνότητα αυτοκτονικού ιδεασμού.

Παρόμοια ευρήματα είχαν και οι Sands et al⁸ που παρακολούθησαν ασθενείς με πρώτο επεισόδιο σχιζοφρένειας για 7,5 χρόνια. Οι ερευνητές στην αξιολόγηση των 7,5 χρόνων βρήκαν ότι ασθενείς οι οποίοι κατά τον προηγούμενο χρόνο εμφάνισαν κατάθλιψη (RDC κριτήρια μείζονος ή ελάσσονος καταθλιπτικού επεισοδίου), είχαν μειωμένη πιθανότητα να εργάζονται ή να διατηρούν άλλου είδους δραστηριότητες, είχαν μειωμένη ευχαρίστηση από τις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής και αυξημένη πιθανότητα να έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό ή συμπεριφορά.

Δύο μελέτες μακροχρόνιας παρακολούθησης σχιζοφρενών ασθενών διερεύνησαν την επίδραση της ύπαρξης κατάθλιψης τόσο σε δείκτες αποθεραπείας (recovery), όσο και σε δείκτες που χαρακτήριζαν την επιβάρυνση από τη νόσο. Οι Resnick et al⁴³ ανέφεραν σε μια μελέτη 825 ασθενών με σχιζοφρένεια ότι η παρουσία κατάθλιψης ήταν η μόνη σταθερή παράμετρος που σχετιζόταν με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, ελπίδας και αισιοδοξίας, αίσθηση γνώσης για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ενδυνάμωσης (empowerment). Αυτά τα τέσσερα πεδία είχε βρεθεί σε προηγούμενη δουλειά τους ότι χαρακτήριζαν την έννοια της αποθεραπείας της σχι-

ζοφρένειας. Επίσης, οι Conley et al⁴⁴ παρουσίασαν στοιχεία από την μελέτη 2500 σχιζοφρενών ασθενών για τρία χρόνια, που έδειχναν ότι ασθενείς με κατάθλιψη χρησιμοποιούσαν περισσότερο υπηρεσίες ψυχικής υγείας οι οποίες σχετίζονταν με αντιμετώπιση υποτροπών, παρουσίαζαν συχνότερα συμπεριφορές που έβαζαν σε κίνδυνο την ασφάλειά τους (επιθετικότητα, συλλήψεις, αυτοκτονική συμπεριφορά), είχαν σε μεγαλύτερο βαθμό προβλήματα σχετιζόμενα με χρήση ουσιών και ανέφεραν χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή, χαμηλή ποιότητα ζωής, άσχημες οικογενειακές σχέσεις και χαμηλή συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή.

Ιδιαίτερη μνεία αξίζει να γίνει στη σχέση κατάθλιψης σε σχιζοφρενείς ασθενείς και αυτοκτονικότητας. Γενικά, οι σχιζοφρενείς έχουν 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Το 25% περίπου των θανάτων αυτών οφείλονται σε αυτοκτονίες και ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε αυτούς τους ασθενείς είναι 16–20 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.⁴⁵ Σε μια εκτεταμένη ανασκόπηση 29 μελετών για τον προσδιορισμό παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας σε πληθυσμούς σχιζοφρενών ασθενών οι Hawton et al⁴⁶ βρήκαν ότι μεταξύ των σημαντικότερων ήταν η ύπαρξη ιστορικού ή πρόσφατης κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα η ύπαρξη ιστορικού κατάθλιψης τριπλασιάζει την πιθανότητα αυτοκτονίας, ενώ η ύπαρξη πρόσφατης κατάθλιψης την εξαπλασιάζει. Στα συμπεράσματά τους οι ερευνητές μεταξύ άλλων συνιστούν ότι η θεραπεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι ένας σημαντικός τρόπος πρόληψης των αυτοκτονιών σε σχιζοφρενείς ασθενείς.

Φαίνεται λοιπόν, από την παραπάνω ανασκόπηση ότι η εμφάνιση κατάθλιψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια σχετίζεται με δυσμενή πρόγνωση, που αφορά και στη μεγαλύτερη πιθανότητα αυτοκτονίας αλλά και τη γενικότερη ποιότητα ζωής και το επίπεδο υγείας του ασθενή που πάσχει από σχιζοφρένεια.

Θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια

Οι μελέτες που εξέτασαν τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια (κυρίως με αντικαταθλιπτικά φάρμακα), δεν είναι πολλές και συχνά καταλήγουν σε αντιφατικά αποτελέσματα. Μεταξύ των συγχυτικών παραγόντων περιλαμβάνονται η διαφορετική φάση της νόσου των ασθενών

που έλαβαν μέρος (οξεία φάση, ύφεση), ο σχεδιασμός της μελέτης καθώς και οι δοσολογίες των αντικαταθλιπτικών που χρησιμοποιήθηκαν.

Η καλύτερα σχεδιασμένη μελέτη από αυτήν την άποψη ήταν των Siris et al⁴⁷ όπου συμπεριέλαβε ασθενείς με σχιζοφρένεια και καταθλιπτικά συμπτώματα, οι οποίοι είχαν ανακάμψει από την οξεία φάση. Το αντικαταθλιπτικό που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ιμιπραμίνη σε θεραπευτικές δόσεις (200 mg/ημέρα), στην οποία έγινε πολύ προσεκτική και αργή τιτλοποίηση. Ασθενείς με σχιζοφρένεια που πήραν αντικαταθλιπτική αγωγή έδειξαν στατιστικά σημαντική βελτίωση των καταθλιπτικών τους συμπτωμάτων σε σύγκριση με ασθενείς που πήραν εικονικό φάρμακο.

Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και μια ανασκόπηση της Cochrane Library⁴⁸ όπου παρουσίασαν συγκεντρωτικά στοιχεία από 11 μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο. Από την εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθοδολογίας που χρησιμοποιεί η Cochrane Library οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι φαίνεται να υπάρχουν ενδείξεις σχετικά με τη χρήση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που εμφανίζουν κατάθλιψη, ιδιαίτερα μετά την πάροδο της οξείας φάσης των ψυχωσικών συμπτωμάτων. Επισημαίνουν επίσης, ότι δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρήση αντικαταθλιπτικών σε αυτούς τους ασθενείς οδηγεί σε επιδείνωση των ψυχωσικών συμπτωμάτων. Σε συμφωνία με τα παραπάνω ευρήματα είναι και οι οδηγίες για χρήση των αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων στους θεραπευτικούς αλγόριθμους για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, όπως είναι ο αλγόριθμος του Texas (Texas Medication Algorithm Project).⁴⁹

Χρήση αντικαταθλιπτικών δεν έχει επιχειρηθεί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην οξεία φάση της σχιζοφρένειας και αυτό γιατί υπάρχει η άποψη ότι τέτοιου είδους αντιμετώπιση πιθανώς, επιδεινώνει την ψυχωσική συμπτωματολογία.^{50,51} Αυτή η σκέψη πιθανώς, βασίζεται στο γεγονός ότι η αντιχολινεργική δράση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών μπορεί να προκαλέσει αυτό το αποτέλεσμα. Επιπλέον, από διάφορες μελέτες φαίνεται ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία της οξείας φάσης της σχιζοφρένειας υποχωρεί σχεδόν παράλληλα με την υποχώρηση των θετικών συμπτωμάτων που επιτυγχάνεται με την αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή.

Στη βιβλιογραφία υπάρχει αρκετές αναφορές σχετικά με τη χρήση των άτυπων αντιψυχωσικών στην παράλ-

ληλη αντιμετώπιση της οξείας συμπτωματολογίας και έμμεσα της συνυπάρχουσας συμπτωματολογίας καταθλιπτικού τύπου σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.⁵²⁻⁵⁴

Ειδική στατιστική επεξεργασία (path analysis)⁵² χρησιμοποιήθηκε για να δείξει ότι σημαντικό μέρος της βελτίωσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αποδιδόταν στην άμεση βελτίωση της κατάθλιψης και δεν οφειλόταν σε έμμεση βελτίωση είτε λόγω μείωσης των θετικών, ή των αρνητικών ή της απουσίας των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων. Θεωρητικά τουλάχιστον, μια τέτοια πρωτογενής δράση των άτυπων αντιψυχωσικών στα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να εξηγηθεί από τη δράση τους στα σεροτονινεργικά συστήματα και πιο συγκεκριμένα στον αποκλεισμό των 5HT₂ υποδοχέων, δράση που έχει βρεθεί ότι έχει αντικαταθλιπτικό αποτέλεσμα.

Επιπλέον, τα άτυπα αντιψυχωσικά προκαλούν λιγότερο συχνά εξωπυραμιδικές παρενέργειες, η δράση τους βασίζεται λιγότερο στον αποκλεισμό των ντοπαμινικών νευρώνων που πιθανόν να προκαλεί φαρμακοεπαγόμενη δυσφορία και υπάρχουν αρκετές αναφορές για υπεροχή τους σε σχέση με τα κλασικά αντιψυχωσικά στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων.⁵⁴

Παρόλ' αυτά σε μια πρόσφατη (2008) αναδρομική μελέτη διερεύνησης της συγκριτικής αποτελεσματικότητας άτυπων και κλασικών αντιψυχωσικών ως προς τα καταθλιπτικά συμπτώματα, οι Mauri et al κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτυπα αντιψυχωσικά (κλοζαπίνη, ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη, κουετιαπίνη και Ι-σουλπιρίδη), δε φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικά από τα κλασικά (αλοπεριδόλη, φλουφαιναζίνη) στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.¹⁸

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν είναι απλή και εύκολη υπόθεση. Η δόμηση της θεραπευτικής στρατηγικής πρέπει να εξατομικεύεται. Όπως επισημαίνει ο Siris SG⁵⁴ ο ψυχίατρος πρέπει να μην παραλείπει τα αυτονόητα απαραίτητα βήματα, όπως αυτά επιβάλλονται από την άσκηση της κλινικής ψυχιατρικής. Απαραίτητες προϋποθέσεις σχετικά με τη δόμησης της καταλληλότερης θεραπευτικής στρατηγικής για το συγκεκριμένο ασθενή είναι η λεπτομερής λήψη ιστορικού, η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης, καθώς και ο προσεκτικός κλινικός και παρακλινικός έλεγχος, προς αποκλεισμό οργανικού αιτιολογικού παράγοντα.

Η ψυχιατρική παρακολούθηση του ασθενούς πρέπει να είναι τακτική, ώστε να αξιολογείται η πορεία της συμπτωματολογίας, να αποκλειστούν οι λόγοι που μπορεί να προκαλούν καταθλιπτικόμορφη ή/και δευτερογενή καταθλιπτική συμπτωματολογία, λόγω φαρμακολογικών ανεπιθύμητων ενεργειών ή η περιστασιακή επίδραση κάποιου ψυχοπαιεστικού παράγοντα που προκαλεί καταθλιπτικόμορφη εικόνα. Είναι πολύ σημαντικό να καθοριστεί εξαρχής η σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και αν αυτή πληροί, τα κριτήρια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Πάντοτε πρέπει να αξιολογείται η ύπαρξη ή μη αυτοκτονικού ιδεασμού και να καθορίζεται η στρατηγική αντιμετώπισής του.

Η προσεκτική εξατομίκευση της δόσης των αντιψυχωσικών φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής, σε κάθε φάση της νόσου, είναι ένα σημαντικό σημείο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια. Είναι η πρώτη σκέψη που οφείλει να κάνει ο ψυχίατρος, όταν αντιμετωπίζει καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία. Η υψηλή δόση αντιψυχωσικών σκευασμάτων (κλασικών αλλά και άτυπων) είναι πιθανό να προκαλέσει, ως ανεπιθύμητη ενέργεια, καταθλιπτικόμορφη κλινική εικόνα. Έτσι, πρέπει να εξετάζεται η αναγκαιότητα της συνέχισης της λαμβανόμενης δόσης και να εκτιμάται η δυνατότητα μείωσής της.

Ένα άλλο μείζον θέμα είναι η εκτίμηση και η αντιμετώπιση της πιθανής ακαθησίας ή ακινησίας. Η ακινησία ανταποκρίνεται, συνήθως, στα αντιχολινεργικά ενώ η ακαθησία στις βενζοδιαζεπίνες και τους β-αναστολείς (β-blockers). Αν μετά την πάροδο μιας εβδομάδας η ακαθησία ή η ακινησία επιμένουν και ο ασθενής λαμβάνει κλασικό αντιψυχωσικό, τότε τίθεται θέμα αλλαγής του και χορήγησης ενός άτυπου. Στην περίπτωση που η καταθλιπτική συμπτωματολογία επιμένει και ο ασθενής δεν έχει εμφανή ψυχωσικά συμπτώματα, τότε η χρήση ενός αντικαταθλιπτικού μπορεί να βοηθήσει.

Ο βαθμός της εναισθησίας του ασθενούς, η συμμετοχή του στο θεραπευτικό σχεδιασμό (φαρμακευτικό αλλά ψυχοκοινωνικό), η καλλιέργεια της θεραπευτικής σχέσης με τον ψυχίατρο αλλά και τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η ενημέρωση και συμβουλευτική (ψυχοεκπαίδευση) των ασθενών αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντός του, η δυνατότητα παροχής άμεσης βοήθειας όταν ο ασθενής

δει ότι τη χρειάζεται, είναι καθοριστικοί παράγοντες για τη συνεργασία του ασθενούς και την ενεργό συμμετοχή του στην αντιμετώπιση της νόσου του. Μιας νόσου που όχι μόνο χρόνια είναι αλλά δημιουργεί σοβαρές επιπτώσεις στις σχέσεις του ασθενούς με το οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο, τον καθιστά πολύ συχνά να είναι ο παρείας της κοινωνίας, με προβλήματα στέγασης και καθημερινής διαβίωσης. Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια, σοβαρή νόσος. Όταν επιπροστίθεται και η κατάθλιψη τότε το φορτίο που καλείται να σηκώσει ο ασθενείς και οι οικείοι του φαίνεται ότι πλησιάζει τις ανθρώπινες αντοχές και εδώ καλείται να συνδράμει η κοινωνία με τις υπάρχουσες δυνατότητες.

Τέλος, ο παράγοντας της μη-συμμόρφωσης του ασθενούς με τη θεραπεία θα πρέπει πάντοτε να εξετάζεται σε σχιζοφρενείς ασθενείς, ιδιαίτερα αν τα

αποτελέσματα μιας καλά σχεδιασμένης διαχείρισης δεν είναι τα αναμενόμενα. Ο καλύτερος τρόπος ενίσχυσης της συμμόρφωσης των ασθενών είναι σύμφωνα με το μοντέλο της χρόνιας φροντίδας η ενδυνάμωση της αυτοδιαχείρισής τους και αυτό μπορεί να γίνει μέσω της ενημέρωσης και εκπαίδευσης αυτών και των συγγενών τους (ψυχοεκπαίδευση).⁵⁵

Ειδικά σε σχιζοφρενείς η επίδραση της ψυχοεκπαίδευσης είναι εμφανής με μείωση στον αριθμό επανεισαγωγών και υποτροπών στους 9 και 18 μήνες όπως έδειξε μια μετα-ανάλυση της Cochrane Library.⁵⁶ Το εύρημα αυτό έχει επαληθευθεί και σε πιο πρόσφατες μελέτες, όπου φαίνεται ότι μια σειρά ψυχοεκπαιδευτικών συνεδριών μπορεί να κρατήσει την ευεργετική της επίδραση, δηλαδή μείωση των επανεισαγωγών και μείωση του χρόνου νοσηλείας μέχρι και επτά χρόνια μετά την περάτωσή της.^{57,58}

Depression in schizophrenia: Relationship with other symptoms, differential diagnosis, prognosis, treatment

S. Stamouli

*1st Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School,
Eginition Hospital, Athens, Greece*

Psychiatriki 2010, 21:136–147

The relationship between depressive symptoms and other symptom categories in schizophrenia have been studied by many authors. According to the existing studies depression in schizophrenic patients is related to the presence of positive symptoms, especially delusions and hallucinations. As far as negative symptoms concerns it seems that there coexist with the depressive symptoms in any phase of the disease at least in a subgroup of schizophrenic patients. In addition, according to the pyramidal model of Kay, when positive and depressive symptoms coexist, they create the clinical picture of the paranoid subtype of schizophrenia. The same holds for the combination of negative and depressive symptoms, which most frequently describe the residual subtype of the disease. Extrapyramidal symptoms are side effects of antipsychotic drugs (especially the classical ones). According to the existing literature it seems that antipyramidal side effects appear more often in schizophrenic patients with depressive symptoms. The differential diagnosis of depressive symptoms in schizophrenic patients should start with the evaluation of possible presence of organic

causes like somatic disease, medication induced extrapyramidal symptoms, substance abuse. Yet, symptoms of depression need to be differentiated from the negative symptoms of schizophrenia. Psychiatric syndromes like schizoaffective disorder, bipolar disorder and depression with psychotic features need to be also considered. In this case is very important to identify accurately the duration of depressive symptoms as well as the succession of appearance of the depressive vs. psychotic symptoms. Depressive symptoms appear to be bad prognostic sign for the long-term outcome of schizophrenia, because of the increased risk for suicide but also because of the worsening of the quality of life and the general wellbeing of the schizophrenic patient. Depressive symptoms during the acute phase of the disease usually respond to antipsychotic therapy, but in some cases the treating physician may consider the use of atypical antipsychotics. In the case of post psychotic depression the concurrent administration of antidepressants is indicated.

Key words: Schizophrenia, depression, differential diagnosis, prognosis, treatment

Βιβλιογραφία

- Addington D, Addington J, Atkinson M. A Psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Schiz Res* 1996, 19:205-212
- Bressan RA, Chaves AC, Shirakawa I et al. Validity study of the Brazilian version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schiz Res* 1998, 32:41-49
- Lançon C, Auquier P, Reine G, Bernard D, Addington D. Relationships between depression and psychotic symptoms of schizophrenia during an acute episode and stable period. *Schiz Res* 2001, 47:135-140
- Emsley RA, Osthuizen PP, Joubert AF, Roberts MC, Stein DJ. Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizophreniform disorder. *J Clin Psychiatry* 1999, 60:747-751
- Sax KW, Strakowski SM, Keck PE Jr, Upadhyaya VH, West SA, McElroy SL. Relationships among negative, positive and depressive symptoms in schizophrenia and psychotic depression. *Br J Psychiatry* 1996, 168:68-71
- Koreen AR, Siris SG, Chakos M et al. Depression in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1993, 150:1643-1648
- Nakaya M, Ohmori K, Komahashi T, Suwa H. Depressive symptoms in acute schizophrenic inpatients. *Schiz Res* 1997, 25:131-139
- Sands JR, Harrow M. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schiz Bull* 1999, 25:157-171
- Barnes TRE, Curson DA, Liddle PF, Patel M. The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic inpatients. *Br J Psychiatry* 1989, 154:486-491
- Kay RS. Positive and negative syndromes in schizophrenia. Brunner/Mazel, publishers, New York 1991
- Hamilton M. Development of a rating scale for primary depression illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967, 6:278-296
- Peralta V, Cuesta M. Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999, 174:243-248
- Collins AA, Remington G, Coulter K, Birkett K. Depression in schizophrenia: a comparison of three measures. *Schiz Res* 1996, 20:205-209
- Addington D, Addington J, Robinson G. Attributional style and depression in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1994, 44:697-700
- Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999, 100:105-118
- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schiz Res* 1994, 11:223-224
- Zisook S, McAdams LA, Kuck J et al. Depressive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1736-1743
- Mauri MC, Moliterno D, Rossattini M, Colasanti A. Depression in schizophrenia: Comparisons of first- and second-generation antipsychotic drugs. *Schiz Res* 2008, 99:7-12
- Hausmann A, Fleischhacker WW. Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106:83-96
- Martin RL, Cloninger RC, Guze SB Clayton PJ. Frequency and differential diagnosis of depressive syndromes in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1985, 46:9-13
- Drake RE, Cotton PG. Hopelessness, depression and suicide in chronic schizophrenics. *Br J Psychiatry* 1986, 148:554-559
- Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Alcohol use and abuse in schizophrenia: A prospective community study. *J Nerv Ment Dis* 1989, 177:408-414
- Drake RE, Bartels SJ, Torrey WC. Suicide in schizophrenia: clinical approaches. In: Williams R and Dalby TJ (eds) *Depression in schizophrenics*. Plenum, New York, 1989
- Drake RE, Osher FC, Noordsy DL, Hurlbut SC, Teague GB, Beaudett MS. Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schiz Bull* 1990, 16:57-58
- Bartels SJ, Drake RE, McHugo GJ. Alcohol abuse, depression, and suicidal behavior in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992, 149:394-395
- Siris SG. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: Implications for DSM-IV. *Schiz Bull* 1991, 17:75-98
- Lipinski JF Jr, Zubenko GS, Cohen BM, Barreira PJ. Propranolol in the treatment of akathisia. *Am J Psychiatry* 1984, 141:412-415
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (DSM-IV) Washington DC, APA, 1994

29. Van Kammen DP, Alexander PE, Bunney WE. Lithium treatment in post-psychotic depression. *Br J Psychiatry* 1980, 136: 479–485
30. Waehrens J, Gerlach J. Antidepressant drugs in anergic schizophrenia: a double blind cross-over study with maprotiline and placebo. *Acta Psychiatr Scand* 1980, 61:438–444
31. Johnson DAW. Depression in schizophrenia: some observations on prevalence etiology and treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1981, 63:137–144
32. Johnson DAW. A double-blind trial of nortriptyline for depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1981, 139:97–101
33. Leff J. Depressive symptoms in the course of schizophrenia. In: De Lisi (ed) *Depression in schizophrenia*. Progress in Psychiatry, APA Press, Washington DC, 1990:3–23
34. Siris SG, Bermanzohn PC, Mason SE, Shuwall MA. Maintenance imipramine therapy for secondary depression in schizophrenia. A controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51:109–115
35. Schultz SK, Miller DD, Oliver SE, Arndt S, Flaum M, Andreasen NC. The life-course of schizophrenia: age and symptom dimensions. *Schiz Res* 199, 23:15–23
36. an der Heiden W, Könnecke R, Maurer K, Roperter D, Häfner H. Depression in the long-term course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005, 255:174–184
37. Roy A. Suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1982, 141:171–177
38. Roy A, Thomson R, Kennedy S. Lifestyle factors in depressed and non-depressed schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, 1983, 142:465–469
39. Roy A. Do neuroleptics cause depression? *Biol Psychiatry* 1984, 19:777–781
40. Kay RS, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schiz Bull* 1987, 13:261–276
41. Lindenmayer JP, Kay SR. Affective impairment in young acute schizophrenics: Its structure course and prognostic significance. *Acta Psychiatr Scand* 1987, 75:287–296
42. Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1993, 163:183–189
43. Resnick SG, Rosenheck RA, Lehman AF. An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatr Serv* 2004, 55:540–547
44. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B et al. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schiz Res* 2007, 90:186–197
45. Ösby U, Correia N, Brant L et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden. *Schiz Res* 2000, 45:21–28
46. Hawton K, Sutton L, Haw C et al. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005, 187:9–20
47. Siris SG, Morgan V, Fagerstrom R et al. Adjunctive imipramine in the treatment of post-psychotic depression: a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44:533–539
48. Whitehead C, Moss S, Cardno A et al. *Antidepressants for people with both schizophrenia and depression*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002; Issue 2
49. Texas Medication Algorithm Project: Schizophrenia Treatment Algorithms (updated June 2008). www.dshs.state.tx.us/mh-programs/pdf/schizophreniaManual_060608.pdf, accessed 4th April 2009
50. Moller HJ, Zerssen DV. Depressive states occurring during the neuroleptic treatment of schizophrenia. *Schiz Bull* 1982, 8:108–117
51. McElroy SL, Dessain EC, Pope HG et al. Clozapine in the treatment of psychotic mood disorders, schizoaffective disorder and schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1991, 52:411–414
52. Tollefson GD, Sagner TM, Lu Y et al. Depressive signs and symptoms in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55:250–258
53. Arvanitis LA, Miller BG. Multiple fixed doses of quetiapine in patients with acute exacerbation of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1997, 42:233–246
54. Siris SG. Depression in schizophrenia: perspective in the era of "Atypical" Antipsychotic Agents. *Am J Psychiatry* 2000, 157: 1379–1388
55. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *J Comm J Qual Improv* 2001, 27:63–80
56. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No:CD002831
57. Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W et al. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich PIP-study. *J Clin Psychiatry* 2006, 67:443–452
58. Bäuml J, Pitschel-Walz G, Volz A et al. Psychoeducation in schizophrenia: rehospitalisation and hospital days-7 year follow-up of the Munich Psychosis Information Project study. *J Clin Psychiatry* 2007, 68:854–861

Αλληλογραφία: Σ. Σταμούλη, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αιγινίτσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Γενικό άρθρο General article

Ψυχολογική διάσταση της γενετικής του καρκίνου: Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς

Γ.Ι. Μουσσάς,¹ Α.Π. Καρκανιάς,¹ Α.Γ. Παπαδοπούλου²

¹Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Σωτηρία», Αθήνα

²Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αττικόν Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2010, 21:148–157

Ο καρκίνος αποτελεί μια νόσο απειλητική για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα. Στην πρόληψη της νόσου εντάσσεται η πρώιμη ανίχνευση των ατόμων που είναι φορείς ογκογονιδίων και κατά συνέπεια έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, με τη μέθοδο του γενετικού ελέγχου. Η γενετική συμβουλευτική αφορά στη μετάδοση των επαγόμενων από τα γενετικά τεστ πληροφοριών, αλλά και στην ανάλυση των προβλημάτων που συνοδεύουν τις πληροφορίες αυτές, μέσα στη θεραπευτική σχέση. Σε αυτά τα πλαίσια αλλά και γενικότερα, η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς πρέπει να διέπεται από κανόνες ώστε αφενός να διευκολύνεται ο γιατρός να διαχειριστεί την εξαιρετικά δύσκολη πολλές φορές θέση να μεταφέρει τα δυσάρεστα νέα, ενώ παράλληλα πρέπει να ενθαρρύνεται ο ασθενής να διατηρήσει την ελπίδα και να αξιοποιήσει τα δεδομένα προς όφελός του. Οι δεξιότητες της επικοινωνίας στην περίπτωση αυτή σχετίζονται με την ικανότητα ενσυναίσθησης του γιατρού για τον άρρωστο και την ικανότητα συναισθηματικής απάντησης.

Λέξεις ευρητηρίου: καρκίνος, γενετική συμβουλευτική, επικοινωνία γιατρού-ασθενούς, θεραπευτική σχέση

Εισαγωγή

Ο καρκίνος αποτελεί μια νόσο απειλητική για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα.¹ Η πρόληψή του λοιπόν καθίσταται μια εξαιρετικά επιθυμητή διαδικασία προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση της νόσου. Αφορά τον προσδιορισμό των διατροφικών και άλλων συνηθειών όπως η άσκηση, η προστασία από την ηλιακή ακτινοβολία, η καλή φυσική κατάσταση και η υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά για την αποφυγή μετάδοσης ιών που σχετίζονται με νεοπλασματική εξεργασία (π.χ. HPV).² Σε αυτά τα πλαίσια αναζήτησης μεθόδων προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα να εμφανίσει κάποιος καρκίνο εντάσσεται και η προσπάθεια προσδιορισμού εκείνων των ατόμων που έχουν γενετική προδιάθεση για ορισμένες μορφές καρκίνου, εφόσον είναι φορείς ορισμένων ογκογονιδίων, με τη χρήση τεχνικών της μοριακής βιολογίας τα οποία και αποτελούν τα γενετικά τεστ.³

Η γενετική συμβουλευτική είναι μια διαδικασία με την οποία άτομα με κίνδυνο εμφάνισης μιας κληρονομώμενης νόσου ενημερώνονται σχετικά με τις πιθανές συνέπειες, την πιθανότητα να αναπτύξουν ή να κληροδοτήσουν στους απογόνους τους τη διαταραχή, αλλά και με τι τρόπους μπορεί να μειωθεί ή να απαλειφθεί η πιθανότητα νόσησης. Παράλληλα, περιλαμβάνει την ενίσχυση των ατόμων να διαχειριστούν την πληροφορία, να κάνουν τις σωστές επιλογές για τους ίδιους και να εκφράσουν φόβους και προβληματισμούς.⁴

Γενικότερα, η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς πραγματώνεται μέσα στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης.⁵ Οι δεξιότητες που απαιτούνται για να είναι η επικοινωνία ουσιαστική σχετίζονται με την ειλικρινή απόδοση πληροφοριών με ενσυναίσθηση, ώστε ο ασθενής να μπορεί να κατανοεί όσα ακούει, αλλά και να του δίνεται η ευκαιρία να εκφράζει τα συναισθήματα του και τις απορίες του. Επίσης, η αναγγελία των κακών νέων επιβάλλει καλή προετοιμασία, διαμόρφωση θεραπευτικού περιβάλλοντος για τον ασθενή, επαρκή επικοινωνία, αντιμετώπιση των αντιδράσεων του πάσχοντος και της οικογένειάς του, καθώς και ενθάρρυνση και ισχυροποίηση των συναισθημάτων που διακινούνται.^{6,7}

Ψυχολογική διάσταση της γενετικής του καρκίνου

Ο όγκος των συσσωρευμένων γνώσεων επέτρεψε στην αναπτυσσόμενη υποειδικότητα της ψυχο-

ογκολογίας ν' ανταποκριθεί στις νέες προκλήσεις της ογκολογίας, όπως είναι για παράδειγμα η ανακάλυψη γενετικής βάσης σε έναν αριθμό καρκίνων. Έρευνες αναζήτησαν την επίδραση αυτού του ενδεχόμενου στη συναισθηματική κατάσταση και την προσαρμογή των ατόμων με γενετική προδιάθεση,^{8,9} και την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη.

Η συμβουλευτική όμως για γενετικά μεταδιδόμενες νόσους είναι μια σύμπλοκη διαδικασία, η οποία απευθύνεται σε άτομα τα οποία βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν μια κληρονομώμενη μορφή καρκίνου ή να τον μεταδώσουν στους απογόνους τους. Η σημασία της αυξάνει ραγδαία τα τελευταία χρόνια με την παραδοχή του γεγονότος ότι το 5% με 10% του γενικού πληθυσμού είναι πιθανό ότι έχει μια γενετική προδιάθεση για κάποιες μορφές καρκίνου. Τα τελευταία 10 χρόνια ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ασθενών καταφεύγει στα γενετικά τεστ για καρκίνο μαστού, ωθηκών και εντέρου. Επιπροσθέτως, αναμένονται νέα τεστ και σε άλλες μορφές καρκίνου που θα αυξήσουν, κατά τις εκτιμήσεις, δραματικά τον αριθμό των ανθρώπων που θέλουν να ξέρουν.

Ο πληθυσμός ο οποίος καταφεύγει στα γενετικά τεστ και έχει ιστορικό οικογενειακού καρκίνου, κατηγοριοποιείται σε τρία επίπεδα.

1. Κίνδυνο γενικού πληθυσμού.
2. Μέσο κίνδυνο όταν υπάρχουν ενδείξεις γενετικής προδιάθεσης.
3. Υψηλού κινδύνου γενετική προδιάθεση.

Στις δύο πρώτες κατηγορίες εφαρμόζονται μέθοδοι πρώιμης διάγνωσης και όχι γενετικά τεστ, ενώ στην τρίτη κατηγορία αξιοποιούνται τα γενετικά τεστ και απαιτείται επαγρύπνηση και υποστήριξη.^{10,11} Νέες, λοιπόν, βιολογικές θεραπείες έχουν διαφορετικές ψυχολογικές και ψυχιατρικές επιπτώσεις, γεγονός που αποτελεί πρόκληση για την εφαρμογή διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η ανακάλυψη γονιδίων υπεύθυνων για ορισμένες μορφές καρκίνου δημιουργεί την ανάγκη επαρκούς γενετικής συμβουλευτικής σε υγιή κατά τα άλλα άτομα.¹²

Η συμβουλευτική αναφέρεται στις πιθανές συνέπειες αυτής της γενετικής επιβάρυνσης, βοηθά να μειωθούν οι πιθανότητες ανάπτυξης της νόσου, ή ακόμη και να προληφθεί αυτή. Ο όρος συμβουλευτική χρησιμοποιείται με δυο διαφορετικούς τρόπους

οι οποίοι σχετίζονται με δυο βασικές διαφορετικές φιλοσοφίες.

Η πρώτη αφορά την επεξήγηση των διαφόρων τεχνικών όρων από τους γιατρούς η οποία και εξηγεί την πιθανότητα ανάπτυξης νόσου σε ασθενείς με επιβάρυνση Ca μαστού και ωοθηκών.¹³ Η δεύτερη περιλαμβάνει περισσότερα ψυχοκοινωνικά στοιχεία. Συγκεκριμένα, εκτός από τις τεχνικές επεξηγήσεις περιλαμβάνει την ανάλυση των προβλημάτων που συνοδεύουν αυτές τις πληροφορίες, ενισχύει την προσπάθεια των ενδιαφερομένων να λάβουν θετικές αποφάσεις, ενθαρρύνει την έκφραση συναισθημάτων σε βαθύτερο επίπεδο. Επίσης, εμπειρέχει την προσφορά μιας συστηματικής παρακολούθησης η οποία εκτείνεται μήνες μετά την αρχική ανακοίνωση. Η παρακολούθηση αυτή έχει διαγνωστικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα, προκείμενου να αξιολογήσει ο ενδιαφερόμενος τη συνολική επίπτωση των νέων πληροφοριών.¹⁴

Η χρονική διάρκεια της παρακολούθησης αυτής περιγράφεται ότι απαιτεί ένα χρόνο περίπου και περιλαμβάνει εκτός από τους φορείς του γονιδίου και τα μέλη της οικογένειας που δεν φέρουν το γονίδιο, αλλά ζουν μέσα στο κλίμα των άλλων μελών της οικογένειας και συχνά υποφέρουν από άγχος και ενοχές. Η αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής αυτής δεν είναι πάντα σαφής διότι υπάρχουν πολλές παράμετροι στη ζωή των ατόμων που μπορεί να επηρεαστούν, όπως η επίπτωση στην αναπαραγωγικότητα των ζευγαριών. Ωστόσο στόχο αποτελεί η μείωση του άγχους το οποίο αυξάνει μετά την ανακοίνωση των θετικών αποτελεσμάτων και πολλές φορές έχει τη μορφή γενικευμένου άγχους.⁴

Είναι λοιπόν λίγα γνωστά από την επιρροή που ασκείται στον πληθυσμό μέσω της αυξημένης ροής πληροφοριών σχετικά με τη γενετική του καρκίνου και το πώς ανταποκρίνονται στο ζήτημα των επιπλοκών που είναι δυνατό να υπάρξουν, τόσο από τους άμεσα ενδιαφερόμενους, όσο και από το οικογενειακό περιβάλλον, ιδιαίτερα σε κρίσιμα ζητήματα.¹⁵

Τίθενται λοιπόν, ανεξάρτητα από την επιλεγόμενη τακτική κάποια ερωτήματα σχετικά με την προβληματική της γενετικής του καρκίνου και την επακόλουθη ψυχολογική παρέμβαση.

1. Ποιος είναι ο κατάλληλος χρόνος για να υποβληθεί κάποιος σε γενετικό test Ca;
2. Τι πληροφορίες θα δώσεις για να αποφασίσει ο άνθρωπος αν θέλει να υποβληθεί σε γενετικό test για Ca;

3. Ποιο είναι το καταλληλότερο άτομο για να εξετασθεί σε μια οικογένεια;

4. Πώς επηρεάζει την ιατρική αντιμετώπιση το να γνωρίζει ο άνθρωπος ότι έχει το προδιαθεσικό γονίδιο για Ca.¹⁰

Υπάρχουν τρεις πιθανές εκβάσεις του γενετικού test για καρκίνο:¹⁰

Να ανακαλυφθεί η προδιάθεση για καρκίνο [test (+)]

Να μην ανακαλυφθεί προδιάθεση [test (-)]

Να ανακαλυφθεί μια παραλλαγή που έχει αμφίβολη σημασία [test (±)]¹⁰

Οι έρευνες δείχνουν ότι κατά το στάδιο της πληροφόρησης, πριν το test, τα επίπεδα του άγχους είναι υψηλά στα tests *BRCA1*, *BRCA2*, *MSH1* και *MSH2*, που αφορούν ογκογονίδια σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών.¹⁵

Εάν το test βγει (+) τότε συναισθήματα όπως: ανησυχία, κατάθλιψη, shock, έκπληξη, καθώς και συναισθήματα αδιαφορίας περιγράφονται ως αναμενόμενα κατά το στάδιο που ακολουθεί την πληροφόρηση.

Τα επίπεδα της κατάθλιψης μειώνονται με τον χρόνο.

Σε ασθενείς με (+) test *MSH1*, *MSH2* μετά το αποτέλεσμα παρατηρήθηκε μείωση της ζωτικότητας, που ακολούθως επανήλθε.

Όπως παραδόξως, ορισμένοι «ασθενείς» με (+) test ανέφεραν σημαντική ωφέλεια, διότι ανακουφίστηκαν από την αβεβαιότητα και την ανησυχία σε σχέση με τον καρκίνο.¹⁵

- Το αρνητικό (-) αποτέλεσμα συνοδεύεται από μείωση της ανησυχίας και του άγχους

- Σε πολλές όμως περιπτώσεις προς έκπληξη των ερευνητών παρατηρήθηκε αύξηση των επιπέδων της κατάθλιψης

- Το εύρημα αυτό εξηγείται από το σύνθετο φαινόμενο που ονομάζεται «ενοχή του υγιούς-επιζήσαντος»

- Το συναίσθημα αυτό δημιουργείται στο υγιές άτομο όταν μαθαίνει ότι δεν είναι φορέας του γονιδίου με την προδιαθεσική μετάλλαξη για καρκίνο, ενώ άλλα μέλη της οικογένειάς του είναι φορείς^{10,12}

- Γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό Ca μαστού έχουν υψηλά επίπεδα αγωνίας και άγχους. Πολλές φορές τα συναισθήματα αυτά κάνουν τις γυναίκες ασυνε-

πείς στην αυτοεξέταση του μαστού, στην κλινική εξέταση του στήθους και τη μαστογραφία

- Υπάρχουν περιπτώσεις γυναικών όπου η αυξημένη αυτή ευαισθησία παρατηρείται μετά από κάθε ερέθισμα που παραπέμπει στον Ca του μαστού
- Ο ετήσιος κύκλος παρακολούθησης περιγράφεται επίσης ως ιδιαίτερα φορτισμένος συναισθηματικά
- Τίθεται ως εκ τούτου το ερώτημα: Αν η παρακολούθηση αποδειχθεί αποτελεσματική σ' αυτές τις γυναίκες, το χρόνιο stress που την ακολουθεί μήπως μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο νόσησης από Ca μαστού⁸
- Απεναντίας άλλες γυναίκες που πληροφορούνται ότι είναι θετικές στο γονίδιο που σχετίζεται με τον Ca του μαστού βοηθούνται να πάρουν μια συγκεκριμένη απόφαση για το τι πρέπει να κάνουν και αυτό μειώνει το άγχος τους
- Ορισμένες υιοθετούν τον συνήθη τρόπο προσαρμογής στη γνώση ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο για Ca μαστού: «Ζουν την κάθε μέρα ως ξεχωριστή»⁸

Στην περίπτωση που το αποτέλεσμα του test είναι αμφίβολο, ο κίνδυνος για καρκίνο που σχετίζεται με αυτή την ανακάλυψη είναι άγνωστος.

Τα άτομα τότε αντιμετωπίζονται ως υψηλού κινδύνου και τους δίδονται συστάσεις να συνεχίσουν τους ελέγχους όπως και πριν το test.

Σε ορισμένες περιπτώσεις συνιστάται να υποβληθούν σε έλεγχο και τα άλλα μέλη της οικογένειας για να καθορισθεί εάν το μεταλλαγμένο γονίδιο διαφέρει από τον καρκίνο που έχει η οικογένεια. Η ανακάλυψη αυτή μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση, ένταση, απογοήτευση και μεγαλύτερη ανησυχία γύρω από τον κίνδυνο του καρκίνου και τη διαχείρισή του.¹⁰

Ο γενετικός έλεγχος μπορεί να δημιουργήσει πολλά ηθικά, νομικά και κοινωνικά προβλήματα. Για τον λόγο αυτό πρόσφατα (2005) στο περιοδικό *Annals of Internal Medicine* (100) δημοσιεύθηκαν οι οδηγίες από την US Preventive Services Task Force (USPSTF) για τον έλεγχο για πιθανότητα γενετικού κινδύνου για καρκίνο μαστού.

Συγκεκριμένα, υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά τα οποία σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα κλινικά σημαντικών μεταλλάξεων του γονιδίου *BRCA*, τα οποία καθορίζουν και τις περιπτώσεις που ενδείκνυται ο γενετικός έλεγχος.

1. Διάγνωση του καρκίνου σε νεαρή ηλικία.
2. Εντόπιση του καρκίνου και στους δυο μαστούς.

3. Ιστορικό και των δύο μορφών καρκίνου μαστού και ωοθηκών.

4. Πολλαπλά περιστατικά καρκίνου του μαστού στην οικογένεια.

5. Ιστορικό και των δύο μορφών καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών στην οικογένεια.

6. Ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας με δύο πρωτοπαθείς περιπτώσεις καρκίνου.

7. Εθνικότητα.

Σύμφωνα με τις οδηγίες η γενετική συμβουλευτική συνιστάται πριν από τον έλεγχο των μεταλλάξεων. Η προσέγγιση επιβάλλει ενημέρωση σχετικά με τις δυνατές αποφάσεις που μπορεί να λάβει το άτομο και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, που αποτελούν και τη συντριπτική πλειοψηφία, ο γενετικός έλεγχος δεν ενδείκνυται.¹⁷

Οι πληροφορίες, που προκύπτουν από τον γενετικό έλεγχο, πρέπει να μεταδοθούν από το γιατρό κατά τον πλέον ενδεδειγμένο και αποτελεσματικό τρόπο, ώστε να αποφευχθεί όσο το δυνατόν η ψυχική καταπόνηση του ασθενούς, αλλά και παράλληλα να υποβοηθηθεί ο ασθενής να λάβει τις αποφάσεις εκείνες που εξυπηρετούν τις ανάγκες του.

2. Το πεδίο αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο διότι ο γιατρός καλείται να διαχειριστεί πληροφορίες που αφορούν αφενός την εν δυνάμει μελλοντική εμφάνιση καρκίνου στον ασθενή και αφετέρου πολλαπλά ζητήματα προσωπικά, οικογενειακά και κοινωνικά που προκύπτουν όταν ο ασθενής ενημερωθεί. Γι' αυτούς τους λόγους, η επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή, όπως διαμορφώνεται στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης, δεν πρέπει να επικεντρώνει στη μονοδιάστατη μετάδοση της πληροφορίας, αλλά αντίθετα να διαπνέεται από κανόνες που θα ευοδώσουν την αλληλοκατανόηση και τελικά τη φροντίδα του αρρώστου.

Επικοινωνία ασθενούς-γιατρού

Η επικοινωνία είναι ένα εγγενές χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης. Σύμφωνα δε με τους P. Watzlawick & The Palo Alto Group περιγράφονται οι παρακάτω αρχές, οι οποίες χαρακτηρίζουν την επικοινωνία.

1. Κανείς δεν μπορεί να μην επικοινωνεί.

2. Η ανθρώπινη επικοινωνία είναι αναλογική και ψηφιακή. Οι ψηφιακοί κώδικες αναπαριστώνται π.χ. «είμαι θυμωμένος», ενώ οι αναλογικοί κώδικες αποδίδονται με πλειάδα τρόπων έκφρασης π.χ. τραχύς τρόπος, δυνατή φωνή, ερυθρότητα του προσώπου.
3. Η επικοινωνία έχει περιεχόμενο και σχέση (πλαίσιο). Το περιεχόμενο αφορά το τι ελέγχθη, ενώ η σχέση το πώς ελέγχθη.
4. Η φύση της σχέσης εξαρτάται από το πώς οι δύο πλευρές αντιλαμβάνονται την επικοινωνιακή αλληλουχία.
5. Όλες οι επικοινωνίες είναι είτε συμμετρικές, είτε συμπληρωματικές. Οι συμμετρικές επικοινωνίες αφορούν τις ισότιμες σχέσεις ενώ οι συμπληρωματικές επικοινωνίες αφορούν τις ανισότιμες σχέσεις.

Η σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς, σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι ανισότιμη, εφόσον ο ασθενής νιώθει ευάλωτος και προστρέχει για βοήθεια στο θεράποντα. Η θεραπευτική σχέση αποτελεί σημαντική προϋπόθεση στην ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς, προκειμένου όχι μόνο να μεταδίδεται η πληροφορία, αλλά και να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά οι ψυχικές διεργασίες που ενεργοποιούνται από αυτήν. Η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς περιλαμβάνει την ικανότητα του γιατρού να εκφράζει ειλικρινές ενδιαφέρον για τη φροντίδα του ασθενούς του και ο ασθενής να γίνεται κοινωνός αυτού του ενδιαφέροντος, να συναισθάνεται ότι η νόσος και μάλιστα ο καρκίνος είναι ένα τραύμα, γεγονός με μείζονες επιπτώσεις στη ζωή του αρρώστου και γι' αυτό το λόγο να τον ενθαρρύνει να εκφράσει όσα τον απασχολούν. Παράλληλα δε να είναι υποχρεωμένος ο ίδιος ο θεράπων να έρθει σε επαφή με τα συναισθήματα του, που πολλές φορές μπορεί να είναι άγχος, φόβος και αδυναμία μπροστά σε κάτι τόσο το κατακλυσμιαίο όπως μπορεί να είναι μία νόσος δυνητικά θανατηφόρα. Ωστόσο η εκπαίδευση των γιατρών δεν περιλαμβάνει την ανάπτυξη τέτοιων δεξιοτήτων. Η επιλογή των κατάλληλων λέξεων, η αξιοποίηση της εξωλεκτικής επικοινωνίας και η πρόθεση του γιατρού να εξηγήσει κάθε απορία συμβάλουν τα μέγιστα στην επικοινωνία μεταξύ τους.^{18,19}

Η ενσυναίσθηση, δηλαδή η ικανότητα του θεράποντος να κατανοεί τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του ασθενούς του και να ανταποκρίνεται σε αυτά εμπεριέχοντας τα άγχη και τις αγωνίες του, αποτελεί κεντρική/πυρηνική δεξιότητα του γιατρού.

Ο γιατρός μεταδίδει στον ασθενή του την αντίληψη ότι δεν υπάρχουν αδιέξοδα και ότι είναι αρωγός και σύμμαχος του στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει τη νόσο.²⁰

Όταν ο ασθενής επισκέπτεται το γιατρό του, χρειάζεται να μάθει τι συμβαίνει με τη σωματική του υγεία του και να κατανοήσει τις πληροφορίες που του προσφέρονται, ενώ παράλληλα έχει την ανάγκη να νιώσει ότι τον καταλαβαίνουν και τον αποδέχονται.²¹ Τίθεται το ζήτημα της μετάδοσης της πληροφορίας με τέτοιο τρόπο ώστε να ευοδώνεται η κατανόηση αυτής, να αποφεύγονται οι παρερμηνείες, και να μην δημιουργούνται νεφελώδεις, αβάσιμες και θολές εκτιμήσεις από μέρους του ασθενούς. Ιδιαίτερη προσοχή καλείται να δείξει ο γιατρός στη χρήση τεχνικών όρων και ιατρικής ορολογίας κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας του με τον άρρωστο, διότι συχνά διαπιστώνεται ότι ο ασθενής αποδίδει διαφορετικές ερμηνείες σε ότι ακούει ή ακόμη περισσότερο δεν μπορεί να αντιληφθεί τι εννοεί ακριβώς ο γιατρός, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ψυχική φόρτιση, γεγονός που δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς.²²

Δεν είναι μόνο η διάγνωση και η θεραπεία για τις οποίες ο ασθενής συνήθως επιθυμεί να είναι ενήμερος, αλλά και για ποικίλα άλλα θέματα που αφορούν το αίσθημα του πόνου, τις παρενέργειες από τη θεραπεία, την πιθανή εξέλιξη της νόσου, τις επιπτώσεις στην κοινωνική και επαγγελματική του λειτουργικότητα και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι στον καρκίνο η ανάγκη για πληροφόρηση είναι επιτακτική. Σε μία μελέτη σημειώνεται ότι το 92% των ασθενών που ερωτήθηκαν επιθυμούν να γνωρίζουν τα πάντα σχετικά με τη νόσο τους, ακόμη και τα δυσάρεστα.²³

Επιπρόσθετα, η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς αφορά και την επιτακτική ανάγκη να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία. Με ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να προσεγγίζει ο θεράπων το ζήτημα αυτό, προσφέροντας στον ασθενή του τη δυνατότητα να συμμετέχει στις αποφάσεις για τη θεραπεία του.²⁴ Ωστόσο, χρειάζεται ο γιατρός να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει το γεγονός ότι η ανάληψη μεριδίου ευθύνης από τον ίδιο τον ασθενή στη θεραπευτική επιλογή μεταξύ των δυνατοτήτων που του προτείνονται είναι κάποιες φορές δυσβάσταχτη, ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες και τη ψυχική δομή του πάσχοντος και ο γιατρός καλείται να αντέξει

το φορτίο της πρωταρχικής ευθύνης για τη θεραπευτική στρατηγική κατά της νόσου.²⁵ Ο γιατρός πρέπει να δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τις απορίες του και να τον ενθαρρύνει να μοιραστεί μαζί του τις αγωνίες και τους προβληματισμούς του. Η ειλικρινής έκφραση ενδιαφέροντος για τον ασθενή γίνεται με την αξιοποίηση και της εξωλεκτικής επικοινωνίας, όπως η διατήρηση οπτικής επαφής.²⁶

Οι ασθενείς έχουν διαφορετικές προσδοκίες και ανάγκες ανάλογα και με το στάδιο που βρίσκεται η νόσος, όπως π.χ. στην περίπτωση του καταληκτικού αρρώστου γίνονται κυρίαρχα τα ζητήματα της ποιότητας ζωής κάτω από εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες σε ότι αφορά τη σωματική υγεία και του φόβου μπροστά στο επερχόμενο τέλος.

Ιδιαίτερα μάλιστα όταν τίθεται το ζήτημα μετάδοσης *άσχημων νέων* στον ασθενή, οι δεξιότητες επικοινωνίας είναι μείζονος σημασίας. Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει ότι υπάρχει μια υποκειμενικότητα εκ μέρους του ασθενούς ως προς τι είναι γι' αυτόν τα δυσάρεστα νέα, γεγονός που επιβάλει ιδιαίτερη προσοχή στη μετάδοση κάθε πληροφορίας που μπορεί να έχει εν δυνάμει δυσμενείς επιδράσεις στον ψυχισμό του ασθενούς.²⁸ Κακό νέο είναι κάθε νέο που μεταβάλλει δραματικά και αρνητικά την οπτική του πάσχοντος για το μέλλον του. Η ανακοίνωση των κακών νέων είναι από τα πλέον δύσκολα καθήκοντα των γιατρών και δεν υπάρχει ακόμα και σήμερα επίσημη εκπαίδευση στις ιατρικές σχολές. Η διεκπεραίωση του καθήκοντος αυτού λόγω της συνοδού αβεβαιότητας και ενόχλησης που προκαλούν παράγουν συναισθηματική απομάκρυνση των πασχόντων από τους θεράποντες. Τα κακά νέα είναι στην πραγματικότητα συνδεδεμένα με την καταληκτική φάση νόσων ή σοβαρών επεμβάσεων, αλλά και κάθε ειδικότητα ή ιατρική πράξη είναι δυνατό να περιέχει την αναγγελία κακών νέων.²⁹

Η ανακοίνωση δυσάρεστων νέων θα πρέπει να γίνεται στα πλαίσια μιας ήδη εγκατεστημένης θεραπευτικής σχέσης, που θα επιτρέψει στο γιατρό να χειριστεί πιο αποτελεσματικά την επίπονη αυτή διαδικασία τόσο στον ασθενή του, αλλά και για τον ίδιο. Υπάρχουν μελέτες, οι οποίες αποδεικνύουν ότι όταν η ικανότητα του θεράποντος να αντιλαμβάνεται το άγχος που αναδύεται, τόσο στον ίδιο όσο και στον ασθενή, κατά τη διάρκεια της ανακοίνωσης των δυσάρεστων νέων, είναι περιορισμένη, αυτό έχει δυσμενή επίδραση στην εμπειρία του ασθενούς σχε-

τικά με την επικοινωνία. Η επαφή του γιατρού με τα συναισθήματά του, του επιτρέπει να είναι ενήμερος της στρεσογόνου κατάστασης που βιώνει κατά τη διάρκεια της αναγγελίας δυσάρεστων νέων. Ακριβώς επειδή υπάρχουν αρνητικά συναισθήματα και στον αναγγέλοντα και στον αποδέκτη, υπάρχει τάση άρνησης της αναγγελίας από τους γιατρούς, η οποία θα αποφευχθεί με την ανάπτυξη των κατάλληλων δεξιοτήτων.²⁹

Διαδικασία αναγγελίας κακών νέων⁶

1. Καλή προετοιμασία

- α. Εξοικείωση σε βάθος με τα κλινικά ζητήματα και το φάκελο του ασθενούς.
- β. Ορισμός συγκεκριμένης και κατάλληλης ώρας σε χώρο που να διασφαλίζει την ιδιωτικότητα. Αποφεύγονται παρεμβάσεις ή διακοπές προσωπικού ή επαγγελματικού χαρακτήρα κατά τη διάρκεια της συνάντησης.
- γ. Νοητική προετοιμασία για το πώς ακριβώς θα γίνει η ανακοίνωση, ιδιαίτερα αν υπάρχει μικρή ή καθόλου εμπειρία στο αντικείμενο. Επιλογή ή αποφυγή λέξεων ή φράσεων κατάλληλων ή ακατάλληλων για την περίπτωση.
- δ. Συναισθηματική προετοιμασία.

2. Οικοδόμηση θεραπευτικού περιβάλλοντος/θεραπευτικής σχέσης με τον πάσχοντα

- α. Αναγνώριση της επιθυμίας του ασθενούς για το τι και πόσο θέλει να ξέρει.
- β. Όταν υπάρχουν άλλα μέλη της οικογένειας και του υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η παρουσία τους εξαρτάται από τη διάθεση και τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς.
- γ. Παρουσίαση του θεράποντος και ερώτηση για τη σχέση και τη συγγένεια των παρόντων με τον άρρωστο.
- δ. Ανακοίνωση των κακών νέων με συναισθηματική συμμετοχή, π.χ. «λυπάμαι αλλά έχω δυσάρεστα νέα» ή «δεν έχω καλά νέα».
- ε. Σωματική επαφή με τον πάσχοντα π.χ. άγγιγμα, όταν οι συνθήκες και η κουλτούρα του ασθενούς το επιτρέπει και κρίνεται ότι είναι υποβοηθητικό.
- στ. Διαβεβαίωση του πάσχοντος ότι ο θεράπων είναι διαθέσιμος και οργάνωση της παρακολούθησης (follow up). Επίσης ενημέρωση των συναδέλφων για την κατάσταση και τις αντιδράσεις του ασθενούς.

3. Επαρκής επικοινωνία

- α. Διερεύνηση για το τι γνωρίζει και κατανοεί ο άρρωστος και η οικογένεια του.
- β. Ειλικρινής λόγος αλλά με ενσυναίσθηση και συμπόνοια. Αποφυγή ευφημισμού και όρων. Επιτρέπεται χρήση λέξεων όπως καρκίνος και θάνατος.
- γ. Δίνεται επαρκής χρόνος για να αντιδράσει ο ασθενής ακόμη και με σιωπές και δάκρυα, ενώ πρέπει να αποφεύγεται η βιασύνη προκειμένου να υπερνικηθεί η αμηχανία και η δυσφορία του θεράποντος.
- δ. Δίνεται η ευκαιρία στον άρρωστο να πει τι ακριβώς έχει κατανοήσει από όσα έχει ακούσει και ενθαρρύνονται οι διευκρινιστικές ερωτήσεις.
- ε. Ο γιατρός πρέπει να είναι ενήμερος ότι μετά την πρώτη αναγγελία των κακών νέων ο ασθενής δεν θα μπορέσει να συγκρατήσει πολλά από όσα έχουν λεχθεί.
- στ. Συμπερασματικά, σε κάθε επίσκεψη σύνοψη της συνάντησης και οργάνωση των επόμενων συναντήσεων.

4. Αντιμετωπίζοντας τις αντιδράσεις του αρρώστου και της οικογένειας

- α. Αποδοχή και απαντητικότητα στις αντιδράσεις του αρρώστου και της οικογένειας. Ο γιατρός πρέπει να είναι ενήμερος των στρατηγικών αντιμετώπισης και των μηχανισμών άμυνας όπως π.χ. της άρνησης, της μομφής, της διανοητικοποίησης, της δυσπιστίας και της αποδοχής. Ιδιαίτερη προσοχή (εναρμόνιση) με τη γλώσσα του σώματος.
- β. Ενσυναίσθηση για τον άρρωστο, αλλά όχι υπερβολική συμμετοχή και συγκίνηση, διότι αυτό έχει να κάνει πιθανόν με προσωπικά προβλήματα του γιατρού και όχι με την κατανόηση του αρρώστου.
- γ. Η διαφωνία και η κριτική στους συναδέλφους πρέπει να αποφεύγονται.

Ενθάρρυνση και ισχυροποίηση των συναισθημάτων

- α. Προσφορά ρεαλιστικών ελπίδων
- β. Διερεύνηση του τι σημαίνουν τα νέα για τον άρρωστο.
- γ. Χρησιμοποίηση των υπηρεσιών που βοηθούν τη φροντίδα του αρρώστου, χωρίς όμως να είναι το άλλοθι για διακοπή της σχέσης.

δ. Προσοχή του γιατρού στις προσωπικές του ανάγκες και στις αντιδράσεις του, κατά τη διάρκεια και μετά την αναγγελία των κακών νέων. Θέματα αντιμεταβίβασης αναδύονται και προκαλούν φτωχή κατανόηση, αλλά έντονα συναισθήματα.

Το επιθυμητό είναι στην ανακοίνωση των κακών νέων να υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ ευαισθησίας και ειλικρίνειας.³⁰

Παράλληλα, δεν είναι σπάνιο να αυξάνεται το άγχος του θεράποντος πριν τη μετάδοση των δυσάρεστων νέων, γεγονός που επιβάλλει τον εκ των προτέρων σχεδιασμό της επικοινωνίας με τον άρρωστο ώστε ο γιατρός να είναι αποτελεσματικός στα όσα θέλει να μεταδώσει και να αποφευχθεί η προβολή του άγχους του στον ασθενή. Μελέτες έδειξαν ότι το κεντρικό σημείο της επικοινωνίας των κακών νέων είναι η επιθυμία του ασθενούς να μιλήσει για το ενδεχόμενο του θανάτου και η ικανότητα του θεράποντος να αποδώσει τα νέα με ευαισθησία.³⁰

Γενετική συμβουλευτική και επικοινωνία

Η πρώιμη ανίχνευση των ατόμων, με τη διαδικασία του γενετικού ελέγχου, που βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου συνεπάγεται διάφορα ζητήματα, που σχετίζονται με επιλογές πρώιμης θεραπευτικής παρέμβασης και μάλιστα ενόσω ακόμη δεν έχουν εμφανίσει τη νόσο, με τη λήψη αποφάσεων οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς επίσης και με ποικίλου τύπου επιπτώσεων στον ψυχισμό τους, στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, στην κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή, ακόμη και στην οικογένεια τους.³¹

Γενικότερα, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι τα σχέδια ζωής σε άτομα που προέβησαν σε γενετικό έλεγχο, προκειμένου να μάθουν αν είναι φορείς μεταλλαγμένων γονιδίων, που ευθύνονται για κληρονομούμενες νόσους, τροποποιήθηκαν μετά την ενημέρωσή τους για τα αποτελέσματα του ελέγχου.³²

Ο γιατρός καλείται να διαχειριστεί τις επαγόμενες πληροφορίες από τα γενετικά τεστ με τέτοιο τρόπο ώστε να τις αποδώσει με σαφήνεια στον ενδιαφερόμενο, να ενισχύσει τη προφυλακτική αξιοποίησή τους απέναντι στη νόσο, αλλά παράλληλα να αμβλύνει το άγχος και τη ψυχική καταπόνηση που συνεπάγεται μια τέτοια διαδικασία.³³ Η αναμονή των αποτελεσμάτων είναι μια περίοδος που το άτομο έχει συνήθως έντονο άγχος για την επικείμενη έκβαση του γενετικού τεστ. Οι αντιδράσεις του όταν ενημερωθεί για τον αν είναι φορέας των ογκογονιδίων ποικίλουν.

Ο θεράπων πρέπει να είναι προετοιμασμένος για αυτές. Αφενός, τα θετικά αποτελέσματα συνήθως κινητοποιούν συναισθήματα φόβου, θυμού, αμηχανίας, θλίψης, ανασφάλειας και ανάλογα με τους μηχανισμούς άμυνας και την ιδιαίτερη δομή του ψυχισμού του ασθενούς, μπορεί να οδηγήσουν κάποιες φορές στην άρνηση, τη φαινομενική αδιαφορία για περαιτέρω αντιμετώπιση της κατάστασης, ακόμη και σε εκδραματίσεις επικίνδυνες για τον εαυτό, εκφράζοντας μια κεκαλυμμένη ή ανοιχτή αυτοκαταστροφικότητα. Αφετέρου, τα αρνητικά αποτελέσματα δεν συνεπάγονται αυτόματα αισθήματα ανακούφισης και χαράς, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις αναδύονται αισθήματα ενοχής, εφόσον το άτομο ανήκει σε μια οικογένεια που μπορεί να έχει ταλαιπωρηθεί από τον καρκίνο και κάποια μέλη της μάλιστα να έχουν πεθάνει από αυτόν. Η κατάσταση αυτή περιγράφεται ως «σύνδρομο ενοχής του επιζήσαντα» και όχι σπάνια υποτιμάται, με αποτέλεσμα ανάλογες ψυχικές αντιδράσεις να οδηγούν σε καταθλιπτικά συμπτώματα.^{10,12}

Η μετάδοση των πληροφοριών σχετικά με τη διαδικασία του γενετικού ελέγχου, τα πιθανά αποτελέσματα, τη σημασία τους και την περαιτέρω αντιμετώπιση, δεν μπορεί παρά να γίνονται μέσα στα πλαίσια μιας θεραπευτικής σχέσης που διαμορφώνει ο γιατρός με τον ασθενή του, η οποία περιλαμβάνει και ασυνείδητα στοιχεία, προκειμένου να εμπεριέξει τα συναισθήματα και τις αγωνίες του πάσχοντος. Μόνο με αυτόν τον τρόπο, η ενημέρωση του ασθενούς καθίσταται αποτελεσματική, δηλαδή του επιτρέπεται να επεξεργαστεί σκέψεις και συναισθήματα, να αξιοποιήσει όσα του μεταφέρει ο γιατρός και να λάβει τις σωστές αποφάσεις.

Συμπερασματικά

Εν γένει η επικοινωνία με τον ασθενή που έχει καρκίνο, πέραν του ότι είναι το μέσον για τη μετάδοση της πληροφορίας, στηρίζει το ηθικό του, στοιχείο απαραίτητο για την επιβίωσή του.^{35,36}

Οι δυσκολίες επικοινωνίας μεταξύ γιατρών/ασθενών οφείλονται στους παρακάτω λόγους:

- Δεν υπάρχει ειδική εκπαίδευση
- Η αναγγελία δυσάρεστων νέων θεωρείται ως δεδομένη δουλειά των γιατρών, παρότι υπάρχει πληθώρα εμπλεκόμενων με τον άρρωστο
- Ελάχιστοι ασχολούνται με τη συναισθηματική κατάσταση των γιατρών όταν αναγγέλλουν μοιραία ή δυσάρεστα νέα (ελάχιστες βιβλιογραφικές αναφορές σε ειδικά περιοδικά)

- Δεν υπάρχει σαφής διαδικασία επικοινωνίας στην καθημερινή κλινική πράξη

- Στην ενημέρωση αυτής της φύσεως επικρατούν φόβοι και ανησυχίες, και πιθανόν υπερβολικό αίσθημα ευθύνης απέναντι στον ασθενή ή τους συγγενείς, για το μεταβιβαζόμενο μήνυμα.³⁷

Οι δεξιότητες της επικοινωνίας είναι απαραίτητο εφόδιο για τον γιατρό, προκειμένου να διαμορφώσει τη θεραπευτική σχέση. Στην περίπτωση της γενετικής συμβουλευτικής, καλείται ο γιατρός, όχι μόνο να μεταφέρει πληροφορίες, εν δυνάμει και δυσάρεστες, αλλά και να βοηθήσει με τη στάση του τον ασθενή να αξιοποιήσει τις πληροφορίες αυτές αποτελεσματικά σε ότι αφορά την πρόληψη του καρκίνου και τις επιπτώσεις στη ζωή του. Γενικότερα, στην επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή, ο τρόπος που θα ειπωθούν τα πράγματα, το ύφος και η επιλογή των λέξεων, ο χρόνος, ο χώρος, η έκταση των πληροφοριών, η παράλληλη ή όχι ενημέρωση της οικογένειας, το όφελος που θα έχει ο ασθενής από αυτήν την πληροφόρηση είναι μερικά από τα θέματα που καθορίζουν τη στρατηγική της ενημέρωσης του ασθενούς μάλιστα ως μιας διαδικασίας συνεχούς στη διάρκεια της νόσου.³⁸

Η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς επηρεάζει διάφορες παραμέτρους της συμπεριφοράς και της προσαρμοστικότητας του πάσχοντος στην ασθένεια, όπως είναι το αίσθημα της ικανοποίησης από τη φροντίδα που λαμβάνει η κατανόηση της ιατρικής πληροφορίας, ακόμα και η ποιότητα της ζωής και η ίδια η κατάσταση της υγείας του.^{39,40}

Οι σύγχρονες απόψεις δεν εστιάζονται τόσο στο αν θα λέμε την αλήθεια στους ασθενείς, αλλά τι είδους θεραπευτική σχέση δημιουργούμε με τον άρρωστο, ώστε να μας επιτρέπεται να του λέμε την αλήθεια για την αρρώστια του.⁴¹

Η θεραπευτική σχέση που επιτρέπει στη δυναμική των συναισθημάτων, της ανασφάλειας, αλλά και των αποριών και της αμηχανίας του ασθενούς, να εκφραστούν, αποτελεί τον ιδανικό «χώρο», όπου η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς γίνεται ουσιαστική και εν τέλει μείζονος σημασίας για τη φροντίδα του αρρώστου. Μόνο όταν ο γιατρός διασφαλίζει τους όρους της καίριας, ειλικρινούς και δημιουργικής επικοινωνίας, δεν αποτελεί απλά τη «βακτηρία» του ασθενούς στη δύσκολη πορεία της νόσου, που εύκολα μπορεί να αμφισβητηθεί ή να απωλεσθεί, αλλά γίνεται αρωγός που ενδυναμώνει τον ασθενή να κινητοποιήσει τους δικούς του ψυχικούς μηχανισμούς, για να διαχειριστεί τα πολλαπλά προβλήματα που ανακύπτουν.

Psychological dimension of cancer genetics: Doctor-Patient communication

G.I. Moussas,¹ A.P. Karkanias,¹ A.G. Papadopoulou²

¹"Sotiria" General Hospital, Athens, Greece

²National and Kapodistrian University of Athens, Attikon General Hospital of Athens, Athens, Greece

Phychiatriki 2010, 21:148–157

Cancer is a disease that threatens life and body integrity. A method of cancer prediction is genetic testing, thus the primary detection of individuals who have oncogenes and are at risk of a hereditary cancer. Genetic counseling is the translation of technical information by physicians and the analysis of the problems subsequent to this information, into the therapeutic relationship. Generally, the communication between medical staff and patient must follow certain rules. There are two goals; the physician's comfort when he is dealing with giving news, especially bad news and the maintenance of patient's hope during making decisions for his health and his life. Communication skills focus on emotional reaction and empathy towards the patient.

Key words: cancer, genetic counseling, communication doctor-patient, therapeutic relationship

Βιβλιογραφία

- Lederberg M. Psychooncology. In: Sadock V (ed) *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 2005*. Lippincott Williams & Wilkins
- Μουτσόπουλος Χ. Cecil. *Παθολογία*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, 1991
- Biesecker BB, Boehnke M, Caizone KM, Markel DS, Garber JE, Collins FS, Weber BL. Genetic counseling for families with inherited susceptibility to breast and ovarian cancer. *JAMA* 1993, 269:1970–1974
- Pilnick A, Dingwall R. Research directions in genetic counseling: a review of the literature. *Pat Educ Councell* 2001, 95–105
- Καρκανιάς Α, Ιακωβίδης Β, Μπετανίδης Χ. Θεραπευτική σχέση έναντι διαγνωστικής ενημέρωσης σε ασθενείς με καρκίνο. *Εγκέφαλος* 2006, 43:25–29
- Gregg K, Vandekieft, MD. Breaking Bad News. *Am Fam Physician* 2001, 64:1975–1978
- Ian S, Fentiman, MD, DSc. Communication with Older Breast Cancer Patients. *Breast J* 2007, 13:406–409
- Appleton S, Fry A, Rees G et al. Effects of living with an increased risk of breast cancer: An exploratory study using telephone focus groups. *Psychooncology* 2000, 9:511–521
- Broadstock M, Michie S, Gray J et al. The psychological consequences of offering mutation searching in the family for those at risk of hereditary breast and ovarian cancer—a pilot study. *Psychooncology* 2000, 9:537–548
- Cummings Shelly. The genetic Testing Process: How much Counseling is Needed? *J Clin Oncol*, 2000, 18:60s–64s
- NICE Clinical Guidelines 14. *Familial Breast Cancer. The classification and care of women at risk of familial breast cancer in primary, secondary and tertiary care*, 2004
- Καρκανιάς Α. Ψυχοογκολογική διάσταση γενετικής του καρκίνου. *Ελλην Ογκολ* 2006, 42:103–106
- Lynch HT, Watson P. Genetic counseling and hereditary breast/ovarian cancer. *Lancet* 1991, 339:1181 (letter)
- Frets PG, Duivenvoorden HJ, Verhage F. Analysis of problems in making the reproductive decision after genetic counseling. *J Med Genet* 1991, 28:194–200
- McInerney A, Bowles Biesecker B, Hadley D, Kase R, Giambaresi T, Johnson E, Lerman C, Struewing J. BRCA ½ Testing in Hereditary Breast and Ovarian Cancer Families: Effectiveness of Problem-Solving Training as a Counseling Intervention. *Am J Med Genet* 2004, 130A:221–227
- Genetic Risk Assessment and BRCA Mutation Testing for Breast and Ovarian Cancer Susceptibility: Recommendation Statement, *Ann Int Med*, 2005, 143
- American College of Medical Genetics Professional and Guideline Committee Genetic susceptibility to breast and ovarian cancer: assessment, counseling, and testing guidelines executive summary, 1999
- Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D. Post-Traumatic Stress Disorder in Cancer: a Review. *Psycho-oncology* 1999, 8:521–537
- Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. *J Hlth Soc Behav* 1981, 22,18
- Μπαλλής Θ. *Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής*. Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχιατρικών παθήσεων 2000. University Studio Press
- Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-Patient Communication: a Review of the Literature. *Soc Sci Med* 1995, 40:903–918
- Lee SJ, Back AL, Block SD. Stewart Enchanting Physician-Patient Communication. *Hematology*, 2002

23. Blanchard CG, Labreque MS, Ruckdeshel JC, Blanchard EB. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc Sci Med* 1988, 27:1139
24. Sutherland HJ, Llewellyn-Thomas HA, Lockwood GA et al. *Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decisions JR Soc Med* 1989, 82:260
25. Simminoff LA, Fetting JH. Factors affecting treatment decisions for a life-threatening illness: the case of medical treatment of breast cancer. *Soc Sci Med* 1991, 32:813
26. Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 1991, 32:1301
27. Lederberg M, Joshi N. End of Life and Palliative Care. In: Sadock B, Sadock V (ed) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* 2005, Lippincott Williams & Wilkins
28. Lobb EA, Buttow PN, Kenny DT, Tattersall MH. Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? *Med J Aust* 1999, 171:290-294
29. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking Bad news: a review of the literature. *JAMA* 1996, 276:476-502
30. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG. Understanding physicians skills at providing end-of-life care perspectives of patients, families and health care workers. *J Gen Intern Med* 2001, 16:41-49
31. Gagnon P, Massie MJ, Kash K, Gronert M, Heerd AS, Brown K, Sullivan MD, Borgen P. Perception of breast cancer risk and psychological distress in women attending a surveillance program. *Psychooncology* 1996, 5:259-269
32. Wertz DC, Sorenson JR. Client reactions to genetic counselling: self-reports of influence. *Clin Genet* 1986, 30:494-502
33. Kornfeld DS. MD Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to medical *Practice Am J Psychiatry* 2002, 159:1964-1972
34. Tibben A, Vegter VD, Vlis M et al. Testing for Huntington's disease with support for all parties. *Lancet* 1992:335-553, (letter)
35. Warden JW. Communication: A critical factor surviving. Proceeding of the fifth national conference on Human Values and Cancer. *Am Cancer Soc*, 1987:11-13
36. Statement of the American Society of Clinical Oncology: genetic testing for cancer susceptibility. Adopted on February 20, 1996, *J Clin Oncol* 1996, 14:1730-1736, (Discussion 1737-1740)
37. Geoffrey L. Oncology Ch 23. In: Geoffrey L, Elspeth G (eds) *Handbook of Liaison Psychiatry*. Cambridge University Press, 2007:547-553
38. Καλλέργης Γ. *Οδηγός ενημέρωσης και επικοινωνίας με τον ασθενή: Εξατομίκευση, Θεραπευτική Σχέση, Χαρακτήρας, Οικογένεια*, Medical Graphics, 2000
39. Kaplan SH, Greenfeld S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 27, S110:1989
40. Henbest RJ, Stewart MA. Patient-centeredness in the consultation: does it really make a difference? *Famil Prac* 1990, 7: 28-33
41. Surbone A. Telling the truth to patients with cancer: what is the truth. *Lanc Oncol* 2006, 7:944-950

Αλληλογραφία: Γ.Ι. Μουσσάς, Ψυχίατρος-Διευθυντής Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Σωτηρία», Λεωφ. Μεσογείων 152, 115 27 Αθήνα
Τηλ.: 210-77 78 611

Βιβλιοκριτική Books review

Η Μαύρη Βίβλος της Ψυχανάλυσης: Ζώντας καλύτερα χωρίς τον Φρόιντ

Έκδοση: *Catherina Meyer*

Μετάφραση: *Δροσούλα Τσαρμακλή*

Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2007

Έχουν περάσει αρκετά χρόνια από τη μετάφραση του βιβλίου στα ελληνικά, έτσι ο θόρυβος που ξέσπασε έχει κοπάσει. Επομένως είναι καιρός για μια πιο ψύχραιμη ματιά «χωρίς φόβο και πάθος».

Η φήμη του βιβλίου «Μαύρη Βίβλος της Ψυχανάλυσης» που εκδόθηκε στη Γαλλία το 2005, είχε προηγηθεί της ελληνικής μετάφρασης που κυκλοφόρησε τον Απρίλη 2007. Ήδη υπάρχουν στο διαδίκτυο σχόλια και κριτικές.

Το βιβλίο, καλομεταφρασμένο και καλαίσθητο, είναι συλλογικό, αποτελείται από 750 σελίδες και χωρίζεται σε πέντε μέρη.

Στο πρώτο μέρος συγκεντρώνονται πληροφορίες με βάση ιστορικά στοιχεία αρκετά καλά τεκμηριωμένα για τις αρχικές ανακοινώσεις του Φρόιντ. Όπου υποστηρίζεται, μάλλον πειστικά, ότι ο Φρόιντ απέκρυψε μέρος της αλήθειας είτε κατασκεύασε κάποιες ιστορίες για να στηρίξει τις απόψεις του.

Στο δεύτερο μέρος, ασχολείται με το καίριο ερώτημα, αφού ο Φρόιντ πούλαγε «φύκια για μεταξωτές κορδέλες», γιατί άραγε η ψυχανάλυση είχε τέτοια επιτυχία; Στο μέρος αυτό ένα κεφάλαιο αφιερώνεται στη γαλλική ιδιαιτερότητα δηλαδή στη μεγάλη ανάπτυξη του φροϋδισμού στη Γαλλία.

Στο τρίτο μέρος ασχολείται με την ψυχανάλυση και τα αδιέξοδά της. Κεντρικό θέμα είναι η επιστημονική βάση της ψυχαναλυτικής θεωρίας.

Στο τέταρτο μέρος, ασχολείται με την κατάχρηση των ψυχαναλυτικών απόψεων στην κοινωνική ζωή.

Το πέμπτο, τέλος, μέρος, αναφέρεται στη μετά τον Φρόιντ περίοδο της ψυχολογίας και ψυχιατρικής όπου αναπτύσσονται οι νέες σχολές ψυχοθεραπειών, εμφανίζονται τα φάρμακα στην ψυχιατρική κλινική πράξη και διαμορφώνονται οι σύγχρονες τάσεις της ψυχιατρικής.

Ο Φρόιντ και οι απόψεις του (φροϋδισμός) αναμφισβήτητα επηρέασαν βαθιά την πνευματική ζωή του 20ού αιώνα. Επιδράσεις του φροϋδισμού εμφανίζονται στην κοινωνιολογία, ψυχολογία, ψυχιατρική, κοινωνική ανθρωπολογία, παιδαγωγική, λογοτεχνία και τέχνες γενικά, στην πολιτική, αρχαιολογία ακόμα και στη φιλοσοφία. Απ' όλους αυτούς τους τομείς το βιβλίο αναφέρεται στην επίδραση του Φρόιντ και του φροϋδισμού μόνο στην Ψυχιατρική.

Είναι ένα πολύ δύσκολο έργο να κρίνει κανείς το «φροϋδισμό» μέσα σε λίγες γραμμές, όταν μάλιστα σε τελική ανάλυση, είτε συμφωνεί κανείς είτε όχι, η επίδρασή του είναι δεδομένη.

Όταν κρίνεται ο φροϋδισμός τα ειδικά χαρακτηριστικά του ιδρυτή του δεν παίζουν βασικό ρόλο. Όπως γράφει ο Χέγκελ (1): «*Η χειρότερη μορφή πραγματιστικού ιστοριογράφου είναι το περιορισμένο ψυχολογικό πνεύμα, που αναζητεί τα ελατήρια των υποκειμένων όχι μέσω εννοιών αλλά σε επιμέρους ροπές και πάθη, χωρίς να βλέπει την ώθηση και επίδραση που ασκεί το ίδιο το πράγμα*».

Έτσι εκφράσεις «ψεύτης», «απατεώνας», «φιλοχρήματος», «ανήθικος», «κοκαϊνομανής», «ψευδοεπιστήμονας», «κατά φαντασία ιατρός», «άπληστος τσαρλάνος», «πλαστογράφος», «καιροσκόπος» και μερικά άλλα ακόμα επίθετα που του καταλογίζουν στο βιβλίο, είναι υπερβολικά και φυσικά αντιεπιστημονική επιχειρηματολογία και δεν κρίνουν απαραίτητα τον φροϋδισμό, ούτε όμως και την αξία του βιβλίου. Είναι σαν να λένε ότι οι απόψεις του Νεύτωνα ήταν λανθασμένες γιατί ήταν ιδιόρρυθμος χαρακτήρας ή ήταν φοβικός. Αρκετοί ψυχίατροι ήταν μανιοκαταθλιπτικοί αλλά πρόσφεραν στην ψυχιατρική και αρκετοί επιστήμονες φιλοχρήματοι κ.λπ., κ.λπ.

Για να κρίνει κανείς μια θεωρία θα πρέπει να την τοποθετήσει στο πλαίσιο που αναπτύσσεται. Στις τελευταίες δεκαετίες του 19ου αιώνα η ψυχιατρική ήταν στη βρεφική της ηλικία, κανείς δεν μπορούσε να ερμηνεύσει την ψυχική ασθένεια, ούτε να αρθρώσει ένα λόγο βάση του οποίου να μπορεί να οργανώσει την σκέψη του ο τότε ψυχίατρος. Οι μόνες σοβαρές δουλειές ήταν του Κρέπελιν, του Ουίλιαμ Τζέιμς, του Πιαζέ αλλά καμιά δεν μπορούσε να εξηγήσει τις παθολογικές συμπεριφο-

ρές. Σε αυτό το κλίμα ο φιλόδοξος, νεαρός γιατρός από τη Βιέννη που έψαχνε να βρει μια προσοδοφόρο ειδικότητα, επηρεασμένος από τις απόψεις του Μπρόγιερ και όχι μόνο, ανέπτυξε μια άποψη για την ερμηνεία μιας ορισμένης νοσολογικής οντότητας της εποχής. Η εντύπωση που προκάλεσε έδωσε την ενίσχυση στο Φρόιντ να συνεχίσει και σε άλλες νοσηρές καταστάσεις. Οι κριτικές της εποχής του και οι απαιτήσεις των συναδέλφων του, υποχρέωσαν τον Φρόιντ να τροποποιήσει αρκετά τις απόψεις με το πέρασμα του χρόνου. Πολλές φορές μάλιστα στην προσπάθειά του να άρει κάποιες αντιφάσεις δημιουργούσε νέες.

Σήμερα ο φροϋδισμός μπορεί να θεωρηθεί ως η μυθολογία της ψυχιατρικής (αυτό εξάλλου αναφέρεται στο βιβλίο (σελ. 188) ότι ήταν και η άποψη του Wittgenstein). Οι μύθοι της ελληνικής μυθολογίας δεν ήταν στην εποχή τους παραμύθια, αλλά προσπάθεια ερμηνείας φυσικών φαινομένων. Για παράδειγμα, ο μύθος του Εγκέλαδου ερμήνευε τους σεισμούς, ήταν δηλαδή μια θεωρία της εποχής εκείνης όπως σήμερα είναι η θεωρία των τεκτονικών πλακών. Όπως πολλά έργα τέχνης είναι εμπνευσμένα από την ελληνική μυθολογία, έτσι και ο φροϋδισμός επηρέασε βαθύτατα τις τέχνες και ιδιαίτερα τον κινηματογράφο και το θέατρο προσφέροντας ένα νέο «από μηχανής θεό» και μάλιστα με επιστημονικοφανή μανδύα.

Ωστόσο, στο χώρο της κλινικής ψυχιατρικής έγινε γνωστό από νωρίς ότι ο φροϋδισμός απογοήτευσε τους κλινικούς ψυχιάτρους. Γρήγορα έγινε σαφές ότι στις λεγόμενες «ψυχώσεις» ο φροϋδισμός δεν προσέφερε ουσιαστική βοήθεια. Αλλά και στις «νευρώσεις» τα πράγματα δεν ήταν καλύτερα. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή από νωρίς φάνηκε ότι δεν ανταποκρίνεται σε ψυχαναλυτική προσέγγιση και σιγά-σιγά καθώς δυνάμωναν οι κριτικές από τους κλινικούς ψυχιάτρους και ψυχολόγους, όσοι είχαν ασπαστεί τον φροϋδισμό κλείστηκαν σε ένα κύκλωμα που αναπαρήγαγε τον εαυτό του με τη δική του ορολογία. Η κίνηση αυτή, της δημιουργίας της διεθνούς ψυχαναλυτικής εταιρείας σαν ένα κλειστό κύκλωμα, απομόνωσε την ψυχανάλυση από την ιατρική. Έτσι, παρ' όλο που άνθισε στις τέχνες, στην ψυχιατρική όλο και περιοριζόταν σε άτομα χωρίς ουσιαστική ψυχοπαθολογία (ή, μετά την ανακάλυψη των φαρμάκων, λειτούργουσε επικουρικά).

Ωστόσο, οι κοινωνικοπολιτικές συνθήκες του 20ού αιώνα ευόδωσαν τις φροϋδικές απόψεις, όπως αναφέρεται και σε δύο-τρία σημεία στο βιβλίο. Η εμφάνιση των απόψεων του Παβλόφ από τη μια μεριά, ώθησαν, ενδεχόμενα, την άλλη να στηρίξει την αντίθετη άποψη που εν πολλοίς εκφραζόταν από τον φροϋδισμό. Έτσι

με την εμφάνιση των ψυχοφαρμάκων, την ανάπτυξη των συμπεριφορικών στρατηγικών και πιο πρόσφατα της γνωσιακής θεωρίας, και των νευροεπιστημών μαζί με την αλλαγή του κοινωνικοπολιτικού κλίματος οδήγησαν τον E. Kandel ο οποίος έχει ψυχαναλυτική παιδεία, να προσπαθεί με δύο άρθρα να δώσει μεθοδολογική προσέγγιση στην ψυχανάλυση υποδεικνύοντας τομείς έρευνας ώστε η ψυχαναλυτικές απόψεις να αποκτήσουν επιστημονικό έρεισμα.

«Θα ήταν ατυχές, ακόμα και τραγικό, εάν ο πλούτος για τον εσωτερικό μας κόσμο που προήλθε από την ψυχανάλυση, χαθεί κατά το πλησίασμα μεταξύ ψυχιατρικής και βιολογικών επιστημών. Με την προοπτική του χρόνου μπορούμε εύκολα να δούμε τι δυσκόλεψε την πλήρη ανάπτυξη της ψυχανάλυσης κατά τον τελευταίο αιώνα. Για να αρχίσουμε, από την ψυχανάλυση απουσιάζει κάθε ομοιότητα επιστημονικής θεμελίωσης. Ακόμα, της λείπει η επιστημονική παράδοση, μια ερευνητική παράδοση βασισμένη όχι μόνο στη διορατικότητα αλλά σε δημιουργικά και κριτικά πειράματα σχεδιασμένα να εξερευνηθούν, να υποστηρίξουν ή όχι όπως συμβαίνει συχνά, να ανασκευάσουν αυτή τη διορατικότητα. Αλλά οι αμαρτίες των πατέρων (και των μητέρων) δεν είναι αναγκαίο να περάσουν στην επόμενη γενιά» (2).

Στο δεύτερο άρθρο του, ένα χρόνο μετά σημειώνει «Το σπουδαιότερο και πιο απογοητευτικό όμως είναι ότι η ψυχανάλυση δεν εξελίχθηκε επιστημονικά. Ειδικά δεν ανέπτυξε αντικειμενικές μεθόδους προς έλεγχο των εντυπωσιακών ιδεών που διαμόρφωσε νωρίτερα. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι η ψυχανάλυση εισέρχεται στον εικοστό πρώτο αιώνα με την επιρροή της να πέφτει συνεχώς» (3).

Πολύ νωρίτερα ο Bowlby θεωρούσε αναγκαίο ένα εκσυγχρονισμό της ψυχαναλυτικής θεωρίας και είναι γνωστή η αντίδραση που αντιμετώπισε (4, σελ. 58).

Επομένως η κριτική που ασκείται στο βιβλίο στο φροϋδισμό δεν μπορεί να θεωρηθεί μια ακόμα επίθεση των συμπεριφερολόγων στην ψυχαναλυτική θεωρία.

Αποκαθήλωση ειδώλων δεν είναι καθόλου σπάνιο φαινόμενο στην επιστήμη, όπως και ανασκευή μια θεωρίας και αντικατάστασή της με άλλη. Εξάλλου όπως συχνά αναφέρει ο Πόπερ, η πορεία προς την αλήθεια περνάει μέσα από συνεχείς διαψεύσεις. Περιεχόμενα από ένα σωρό τους «λάθος» σπόρους, μέχρις ότου απομείνουν πλέον μονάχα οι «αληθείς» σπόροι (5). Αν αυτή τη φορά ήρθε η ώρα επανεκτίμησης της ψυχανάλυσης ε! δεν πρόκειται να χαθεί η ανθρωπότητα. Ούτε είναι τραγικό να χαθεί το ντιβάνι μερικών ψυχαναλυτών. Η ψυχιατρική θα προχωρήσει στο φως των νευροεπιστημονικών ανακαλύψεων αλλά ποτέ οι ψυχοθεραπευτικές αρχές που

αντλήθηκαν από την ψυχανάλυση δεν θα χάσουν την αξία τους. Αύριο-μεθαύριο μπορεί και οι γνωσιοσυμπεριφορικές θεωρίες να αποτελέσουν μέρος του παρελθόντος της ψυχιατρικής και αν αυτό συμβεί γρήγορα μπορεί να σημαίνει ότι η ψυχιατρική θα έχει προχωρήσει σε μια μεγαλύτερη «ηλικία» από τη σημερινή και θα έχει να προσφέρει περισσότερα στους ασθενείς.

Το συγκεκριμένο βιβλίο θα πρέπει να ιδωθεί στο πλαίσιο της Γαλλίας που ως αναφέρεται είναι μαζί με την Αργεντινή «οι πιο φροϋδικές χώρες στο κόσμο». Στη Γαλλία προφανώς η μεγάλη επίδραση του ψυχαναλυτή «θεού» Λακάν που με την ευλογία του έχριζε ψυχαναλυτές θεραπευτές, δεν μπορεί να είναι άμοιρη ευθύνης. Έτσι το βιβλίο μπορεί να έχει κάποιες κραυγαλέες εκφράσεις συμπεριλαμβανομένου και του τίτλου, ωστόσο πρωταρχικά απευθύνεται στο γαλλικό κοινό που προφανώς χρειάζεται μια έντονη αναθεώρηση ώστε η ψυχιατρική να προσαρμοστεί στα σύγχρονα δεδομένα. Το βιβλίο είναι απαραίτητο για κάθε ψυχίατρο που δεν «πιστεύει» σε θεωρίες αλλά ψάχνει να βελτιώσει τη θεραπευτική του φαρέτρα ώστε να γίνει πιο αποτελεσματικός και σε όσο το δυνατόν βραχύτερο χρόνο.

Νίκος Βαϊδάκης

Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής

The Black bible of Psychoanalysis:

Living better without Freud

Ed: *Catherina Meyer*

Translation: *Drosoula Tsarmakli*

Greek Letters, Athens, 2007

Freud and his theory (freudianism) have profoundly influenced the intellectual life of the 20th century. Influences can be observed in the fields of sociology, psychology, psychiatry, social anthropology, pedagogy, literature and arts in general, as well as in politics, archeology and philosophy. Out of all these fields the book in review focuses on the influence of Freud and freudianism on psychiatry.

The book collects information based on well documented historical data, concerning Freud's first publications. It is suggested, rather convincingly, that Freud did not reveal his bibliographical sources and that he "invented" certain stories in order to enforce his theory.

Certain characterizations of Freud, appearing in the book, do not necessarily apply to freudianism, nor do they contest the value of this book; they, however, seem exaggerated.

The book despite certain dramatic expressions which include the title, is addressed to the French public which obviously needs a strong revision [of its theories] in order to adapt psychiatry to the international standards. The book is useful for the psychiatrist who does not follow theories blindly but who seeks to sharpen his therapeutic skills in order to become more effective in a more efficient time scale.

Nikos Vaidakis

Assoc. Professor of Psychiatry

Κλήμης Ναυρίδης

Ψυχολογία των Ομάδων:

Κλινική Ψυχοδυναμική Προσέγγιση

ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ, Αθήνα, 2005

ISBN 960-02-1912-5

Το βιβλίο του Κλήμη Ναυρίδη είναι μία συνθετική εργασία, η οποία θα μπορούσε να εκληφθεί και ως μια συνοπτική εγκυκλοπαίδεια των ομαδικών θεωριών. Ο Ναυρίδης –ακαδημαϊκός δάσκαλος και κλινικός ο ίδιος– διαχειρίζεται ένα εξαιρετικά πολύπλοκο και εκ των πραγμάτων πολυσυλλεκτικό θεωρητικό και κλινικό υλικό, με ιδιαίτερη απλότητα και με ενδεδειγμένη βιβλιογραφική τεκμηρίωση.

Το υλικό του βιβλίου αναπτύσσεται σε δεκαεπτά κεφάλαια, ως εξής: Στα κεφάλαια 1–4, ο συγγραφέας κάνει μια ενδιαφέρουσα αναδρομή διερευνώντας την προέλευση εννοιών, όπως, ομάδα, ομαδικό, ομαδικότητα, ομαδική ψυχολογία, ομαδική ψυχοθεραπεία και άλλες συναφείς έννοιες. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται εδώ στο ιστορικό πλαίσιο, εντός του οποίου δημιουργήθηκαν και αναπτύχθηκαν αυτές οι έννοιες.

Στην ίδια ενότητα (κεφ. 3) ο συγγραφέας εστιάζει στο κυρίως αντικείμενό του που είναι η επικέντρωση στις μικρές ομάδες.

Σημαντική είναι εδώ η παρουσίαση των θεωριών του K. Lewin, γιατί στο έργο του στηρίχθηκαν οι μετέπειτα θεωρητικοί και κλινικοί της μικρής ομάδας, όπως ο Foulkes. Επί πλέον η παρουσίαση και διερεύνηση από τον συγγραφέα όρων όπως η «διαλεκτική ανάλυση» των Pagès at all (1993), το «πολιτικό ασυνείδητο» και η «θεσμική ανάλυση» του Καστοριάδη (σελ. 54), αναδεικνύουν συνάψεις με όρους, όπως το κοινωνικό ασυνείδητο, που εισήγαγαν πρόσφατα σύγχρονοι θεωρητικοί, όπως οι Hopper και Dalal (Hopper 2003). Οι όροι αυτοί είναι σημαντικοί διότι μας προσφέρουν θεωρητικά ερ-

γαλεία κατάλληλα για την αναλυτική προσέγγιση του κοινωνικού. Στην ενότητα αυτή θα περιμέναμε κάποια αναφορά στον J. Pratt που ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε την ομάδα ως μέσον θεραπείας για τη θεραπεία ψυματικών μάλιστα ασθενών σε σανατόριο της Βοστώνης το 1905 (Pratt 1907). Επίσης δεν υπάρχει αναφορά στους Lazell και March που πρώτοι χρησιμοποίησαν το μοντέλο του Pratt για τη θεραπεία ψυχιατρικών ασθενών το 1921 (Bloch & Crouch 1985).

Στην επόμενη ενότητα του βιβλίου (κεφ. 5-15), παρουσιάζονται διεξοδικά οι σημαντικότερες απόψεις για την «ψυχολογία της μικρής ομάδας» με επικέντρωση στην ομάδα θεραπείας αλλά και στα διάφορα άλλα είδη ομάδων. Ουσιαστικά πρόκειται για τις κύριες πλευρές της φαινομενολογίας της ομάδας, των ομαδικών δυναμικών, της διαδικασίας δόμησης και ανάπτυξης της ομάδας, καθώς και για διάφορα ειδικά ομαδικά φαινόμενα, ειδικές εκφάνσεις της λειτουργίας της ομάδας, και ειδικούς θεραπευτικούς παράγοντες στην ομάδα. Εξετάζονται πολύπλευρα και διεξοδικά, όροι, διαδικασίες και φαινόμενα, όπως:

α. Η επικοινωνία στην ομάδα στις διάφορες εκφάνσεις της (συνειδητή – ασυνειδητή, λεκτική – εξωλεκτική κ.ο.κ.), β. Η μεταβίβαση στην ομάδα, με την μορφή της πολλαπλής μεταβίβασης, όπως αυτή αναπτύσσεται στο ομαδικό πλαίσιο, γ. Η μάθηση μέσω της εμπειρίας, ως ο κύριος θεραπευτικός παράγων της ομαδικής ψυχοθεραπείας που παραπέμπει (παρότι δεν αναφέρεται ρητώς) στο “ego training in action” (εκπαίδευση του εγώ εν δράσει) του Foulkes (Foulkes 1948, 1957), δ. Τα φαινόμενα αντι-group (αντι-ομάδα). Πρόκειται για την ειδική ομαδική κατάσταση που περιέγραψε ο M. Nitsun (Nitsun 1996), ως έκφραση των καταστροφικών (αρνητικών) πλευρών της ομάδας, ε. Το ομαδικό πλαίσιο και οι στηρικτικές (holding) και περιεκτικές (containing) λειτουργίες της ομάδας.

Η ομαδική μήτρα (group matrix), έννοια που εισήγαγε ο Foulkes και την οποία ο συγγραφέας παρουσιάζει εκτενώς αναφερόμενος και σε σχετικά γραπτά σύγχρονων ομαδικών θεραπευτών.¹

¹ Στον ορισμό της έννοιας της ομαδικής μήτρας, (σελ. 118), υπάρχει μια μεταφραστική μάλλον αβλεψία. Ο Ναυρίδης μεταφέρει τον ορισμό από την γαλλική μετάφραση του Foulkes. Στη γαλλική απόδοση του αγγλικού πρωτοτύπου «χάνεται» η έννοια του δικτύου (network) η οποία υπάρχει στον αγγλικό ορισμό. Η έννοια του δικτύου είναι σημαντική για την κατανόηση της έννοιας της ομαδικής μήτρας. Η συζήτηση πάντως στην οποία υπεισέρχεται ο συγγραφέας επί του θέματος, αποκαθιστά την ουσία των πραγμάτων.

Τέλος, ένα ειδικό κεφάλαιο αφιερώνεται στην ανάλυση και στην εν γένει αντιμετώπιση των ονείρων στην ομαδική ψυχοθεραπεία αναλυτικού τύπου.

Ακολουθούν τα κεφάλαια 16 και 17. Το πρώτο είναι αφιερωμένο σε ζητήματα τεχνικής στην ομαδική ψυχοθεραπεία. Πέρα από την κλασική προσέγγιση του ρόλου του συντονιστή της ομάδας, αξιόλογες παρεμβάσεις εδώ, είναι τα αναφερόμενα στο θέμα της σιωπής στην ομαδική διαδικασία καθώς και στην προσέγγιση του χιούμορ στην ομαδική ψυχοθεραπεία.

Στο επόμενο και τελευταίο κεφάλαιο ο συγγραφέας μας δίνει ένα παράδειγμα συντονισμού μιας ομάδας εμπειρίας του τύπου της ομάδας κατάρτισης (T-group).

Μέσα από την καταγραφή μιας σειράς συνεδριών μιας τέτοιας ομάδας, τα εκτενή σχόλια επί του υλικού αυτού καθώς και τη σχετική συζήτηση, έχουμε μια καλή ιδέα για τον τρόπο δουλειάς του συγγραφέα σε κλινικό επίπεδο.

Αυτού του είδους η παρουσίαση το υλικού μας δίνει εδώ, ένα καλό παράδειγμα σύζευξης της θεωρίας με την πρακτική της ομαδικής ψυχοθεραπείας.

Γενικά θα μπορούσαμε να εντάξουμε το βιβλίο του Ναυρίδη στη σειρά των έργων που έχουν παρουσιάσει τα τελευταία χρόνια από τους ομαδικούς θεραπευτές, οι οποίοι με σημείο εκκίνησης την ψυχαναλυτική θεωρία υπεισέρχονται σε διάλογο με άλλα επιστημονικά πεδία π.χ. κοινωνιολογία, κοινωνική ψυχολογία, φιλοσοφία, σύγχρονη βιολογία και φυσική, σε μια προσπάθεια να μιλήσουν ολοκληρωμένα για την ομάδα, τη σχέση ομάδας-ατόμου και επομένως την ομαδική ψυχολογία και την ομαδική ψυχοθεραπεία.

Χρησιμοποιώντας ενδεικτικά τις σχετικές εκδόσεις που υπήρξαν τα τελευταία δύο χρόνια στα ελληνικά, δηλαδή τα βιβλία του Yalom (Η θεωρία και η πρακτική της ομαδικής ψυχοθεραπείας, Άγρα, Αθήνα 2006) καθώς και του Dalal (Η ομαδική Ανάλυση μετά τον S.H. Foulkes. Ας (ξανα)μιλήσουμε σοβαρά για την ομάδα, Κανάκη, Αθήνα 2007) θα μπορούσαμε, από άποψη θεωρητικού προσανατολισμού, να τοποθετήσουμε τον Ναυρίδη μεταξύ των δύο αυτών έργων. Αν δηλαδή σε ένα ιδεατό φάσμα όπου στη μια πλευρά θα τοποθετούσαμε τον υπαρξιακό Yalom, και στην άλλη τον υπέρμαχο μιας, κατεχοχόν ομαδικής θεωρίας και ιδιαιτέρως ριζοσπαστικό Dalal, ο Ναυρίδης θα μπορούσε να τοποθετηθεί κάπου στη μέση με εμφανείς μεν τις βάσεις του στην ψυχαναλυτική θεωρία αλλά σαφώς διακριτές τις καθαρά ομαδικές θεωρητικές του συνθέσεις. Αυτό καθίσταται περισσότερο εμφανές στα κλινικά παραδείγματα που παραθέτει. Η συζήτηση του κλινικού του

υλικού από τον ίδιο, αναδεικνύει έναν υψηλό βαθμό απαρτίωσης των ψυχαναλυτικών του «δανείων» σε μια διακριτή ομαδική προσέγγιση.

Και παρότι μιλώντας για το ομαδικό, το παρουσιάζει ως ένα χώρο τομής, μεταξύ του ατομικού (με την έννοια του ψυχικού) και του κοινωνικού, ως εάν, το άτομο και το κοινωνικό να είναι δύο οιονεί διαχωρισμένες οντότητες, στην πράξη (στην κλινική του πράξη) μιλάει περισσότερο σαν τον Elias ή και σαν τον Dalal, ως εάν, να έχει δεχθεί, ότι, άτομο και ομάδα είναι διαλεκτικά συνδεδεμένες και αδιαχώριστες οντότητες, με την ομαδική ψυχολογία να είναι η αρχαιότερη ανθρώπινη ψυχολογία (κατά την κλασική ρήση του Freud, (Freud 1921) και το άτομο να είναι ένα επίπεδο της ομάδας κατά την κλασική ρήση του Elias (Dalal 2007). Είναι ενδιαφέρον, ότι ο Ναυρίδης δεν αναφέρεται στον Elias. Κατά μίαν έννοια όμως, είναι σαν να εμπεριέχει την προσέγγιση του Elias στις κλινικές παρεμβάσεις του.

Εν κατακλείδι, το βιβλίο του Ναυρίδη μας παρέχει τόσο μια αυτοτελή και αξιόπιστη σύνθεση, όσο και μία σειρά από ενδιαφέρουσες συνδέσεις μεταξύ διακριτών περιοχών του φάσματος των θεωρητικών προσεγγίσεων της ομάδας.

Κώστας Μωρόγιαννης

Ψυχίατρος – Ομαδικός Αναλυτής

Navrides Klemes: Psychology of the Groups. Clinical Psychodynamic Approach

Papazissis, Athens, 2005

ISBN 960-02-1912-5

Navridi's work is a multidisciplinary synthesis which could also be seen as a synoptic encyclopedia of group theories.

In chapters 1–4, Navridis examines the origins of some basic concepts such as group, groupic, groupness, group psychology and group psychotherapy. Emphasis is placed on the context within which those concepts have been developed.

In chapters 5–15, Navridis presents his approach on the phenomenology of the small therapeutic group focusing on group processes and phenomena like:

- communication in therapy group (conscious, unconscious, verbal, non-verbal e.t.c.)
- transference in group psychotherapy with emphasis on the multiple transference within the group
- Dreams in group psychotherapy
- Learning from experience as the main therapeutic factor in group psychotherapy
- Anti-group phenomena (negative aspects of the group)
- The group matrix and it's functions
- The group context of the therapy group and the holding and containing functions of the analytic group

In chapter 16 the writer discusses technical aspects of the group practice.

In chapter 17, Navridis gives us clinical material from a number of group sessions of an experiential group.

In this last chapter of the book, a good example of clinical work, is presented, with an excellent integration of theory and practice.

If we like to locate Navridis as a theorist and clinician in an indicative group work spectrum, as it has been shown, though some recently presented greek translations of the works of the existentialist Yalom and the radical group-analyst Dalal, we would put him "in between" them.

Thinking about what the group could be, Navridis presents it as an interface space between the psychic (individual) and the social (cultural), as if, the individual and the social, are, definitely, separate entities.

Nevertheless, when he presents his clinical work it seems to be closer to Norbert Elias or Farhal Dalal ideas, as if, he has accepted that the Individual and the group are inseparable inter-dependent and inter-connected entities, getting closer to ideas like: "...group psychology is the oldest human psychology..." as Freud put it (Freud 1921., p. 123) and "...the individual is a level of the group..."", according to Norbert Elias statement. (Dalal, 2007).

Kostas Morogiannis

Psychiatrist – Group Analyst

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις Future scientific meetings

- **5th Biennial Conference. International Society for Affective Disorders (ISAD) Vancouver, Canada**
April 16–19, 2010
Organizer: International Society for Affective Disorders (ISAD)
Collaboration: WPA Section on Affective Disorders
Contact: Ms Caroline Holebrook
E-mail: isad@isad.org.uk
Website: www.isad.elsevier.com
- **1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελλήνων Νευρολόγων «Θεραπευτική στα Νευρολογικά Νοσήματα», Κως**
Μάιος 20–23, 2010
Οργ. Φορέας: Ελληνική Νευρολογική Εταιρεία
Επικοινωνία: Καθ. Ν. Αρτέμης
Οργ. Γραφείο: GEM Congress,
Χρ. Νικολάου 49, 173 43 Αγ. Δημήτριος, Αθήνα
Τηλ. 210-97 10 800, Fax: 210-97 10 844
E-mail: info@frei.gr
Website: www.24neurocongress.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
- **"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
- **VII World Congress of Depressive Disorders and International Symposium on Post-traumatic Stress Disorder, Mendoza, Argentina**
August 19–21, 2010
Organizer: University of Cuyo
Contact: Dr Jorge Nazar
E-mail: jorge_nazar@hotmail.com
Website: www.mendoza2010.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,
Contact: Dr Neofitos Papaneofitou,
Tel.-Fax: +35 724 62 42 04
E-mail: neopap@cytanet.com.cy
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 «Αττικών»,
Κλάδος Ψυχογηριατρικής ΕΨΕ
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 72 57 693, Fax: +30 210 72 57 532
E-mail: info@ispq2010.org
Website: www.erasmus.gr

• **16ο Διεθνές Φόρουμ Ψυχανάλυσης-International
Federation of Psychoanalytic Societies:**

**«Το ενδοψυχικό και το διυποκειμενικό στη
Σύγχρονη Ψυχανάλυση», Αθήνα, Ελλάς**
Οκτώβριος 20–23, 2010
Επικοινωνία: Αν. Καθηγητής Γρ. Βασλαματζής
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

• **XXth World Congress of Social Psychiatry
"Promoting the Integration of Health & Mental
Health, Marrakech, Marocco**

October 23–27, 2010
Organizer: World Association of Social Psychiatry
(WASP)
Contact: a. Prof. Julio Arboleda-Florez, b. Prof. Driss
Moussaoui
E-mail: a. julio.arboleda-florez@queensu.ca,
b. drissm49@gmail.com
Website: www.wasp2010.com

• **3rd European, Congress of the International
Neuropsychiatric Association &
4th Mediterranean Congress of the World
Federation of Societies of Biological
Psychiatry, Thessaloniki, Greece**

November 18–21, 2010

Contact: Pr. C.R. Soldatos
Organizing Bureau: Easy Travel
19 Anagnostopoulou str, GR-106 83 Athens
Tel.: +30 210 36 09 442, Fax: +30 210 36 25 572
E-mail: easytravel@hol.gr
Website: www.ia-wfsdp-dualcongress.gr

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

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

• **16th World Congress of the World Association for
Dynamic Psychiatry (WADP), Munich, Germany**

March 21–25, 2011
Organizer: World Association for Dynamic Psychiatry
Contact: Dr Sabino Funk
E-mail: Lauraschreier@yahoo.de
Website: www.wadp-congress.de

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

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

• **Royal Australian and New Zealand College of
Psychiatrists (RANZCP) 2011 Annual Congress,
Darwin, Northern Territory, Australia**

May 22–26, 2011
Organizer: The Royal Australian
and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)
Contact: Louise Hain
E-mail: Louise.Hain@ranzcp.org
Website: www.ranzcp.org

• **WPA Thematic Conference: Rethinking Quality
in Psychiatry: Education, Research, Prevention,
Diagnosis and Treatment, Istanbul, Turkey**

June 9–12, 2011
Organizer: a. Psychiatric Association of Turkey,
b. Turkish Neuropsychiatric Association.
Contact: Dr. Levent Küey
E-mail: kueyl@superonline.com

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

September 18–22, 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

• **II International Congress Dual Disorders Addictive Behaviors and Other Mental Disorders, Barcelona, Spain**

October 5–8, 2011

Organizer: Sociedad Española Patología Dual (SEPD)

Collaboration: NIDA and APAL

Contact: Prof. Miguel Casas

E-mail: mcasas@vhebron.net

Website: www.cipd2011.com

• **“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

• **WPA Thematic Conference-Community Psychiatry and Family Medicine. Joint Promotion of Mental Health Care, Granada, Spain**

February 9–11, 2012

Organizer: a. World Psychiatric Association,

b. Spanish Association of Neuropsychiatry

Collaboration: a. WONCA International and WONCA

Europe, b. University of Granada

Contact: Dr Francisco Torres

E-mail: ftorres@ugr.es

• **WPA Thematic Conference: Addiction Psychiatry, Barcelona, Spain**

March 29–31, 2012

Organizer: Socidrogalcohol

Contact: Julio Bobes Garcia

E-mail: a. bobes@ctv.es, b. bobes@uniovi.es

• **8ο Διεθνές Ψυχαναλυτικό Συμπόσιο Δελφών, Δελφοί Ελλάς**

Θέμα: «Ο πατέρας»

Ιούνιος 1–4, 2012

Οργ. Γραφείου: 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

Επιστ. Γραμματεία: Ε. Βουγά, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών 265 04 Ρίο-Πάτρα

Τηλ.: 2610-992996, Fax: 2610-994534

E-mail: evouga@upatras.gr

• **WPA Third Thematic Conference on Legal and Forensic Psychiatry, Madrid, Spain**

June 12–14, 2013

Organizer: Spanish Society of Legal Psychiatry

Contact: Dr Alfredo Calcedo Barba

E-mail: alfredocalcedo@gmail.com

21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής

5–8 Μαΐου 2011

Ξενοδοχείο Hilton, Αθήνα

Πληροφορίες:

Γραμματεία ΕΨΕ, τηλ. 210-72 14 184, Fax: 210-72 42 032

e-mail: Psych@psych.gr, website: www.psych.gr

Frei Travel, Tel: 210-3215600, Fax: 210-3219296

e-mail: info@frei.gr, website: www.frei.gr

"ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ"

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ είναι το επίσημο όργανο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας· εκδίδεται τέσσερις φορές το χρόνο και έχει τον ίδιο σκοπό με την Εταιρεία, δηλαδή την προαγωγή της Ψυχιατρικής Επιστήμης. Το περιοδικό δημοσιεύει εργασίες που αναφέρονται στους τομείς της επιδημιολογίας, ψυχοπαθολογίας, κοινωνικής ψυχιατρικής, βιολογικής ψυχιατρικής, ψυχοφαρμακολογίας, ψυχοθεραπείας, προληπτικής ψυχιατρικής. Οι προδιαγραφές του περιοδικού ταυτίζονται με τις οδηγίες του Διεθνούς Επιστημονικού Συμβουλίου Εκδοτών. Για την αναλυτική περιγραφή των προδιαγραφών βλ. "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (www.CouncilScienceEditors.gr). Άλλες πηγές: *Br Med J* 1991, 302:338-341/*Can Med Assoc J* 1995, 152:1459-1465.

Εκτός από την έντυπη έκδοσή του, το περιοδικό διατίθεται ελεύθερα στην ηλεκτρονική του έκδοση από τις ιστοσελίδες: www.psych.gr ή www.betamedarts.gr

Το περιοδικό "ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ" δέχεται προς δημοσίευση εργασίες που αφορούν πρωτότυπο υλικό που δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως (εκτός σε μορφή περίληψης) ή δεν έχει υποβληθεί για δημοσίευση κάπου αλλού.

Κατά την υποβολή της εργασίας όλοι οι συγγραφείς πρέπει να υπογράψουν στο τυποποιημένο έντυπο υποβολής (που βρίσκεται συνημμένο σε κάθε τεύχος του περιοδικού) ότι συμφωνούν με το περιεχόμενο και αποδέχονται την υποβαλλόμενη προς δημοσίευση εργασία και μεταβιβάζουν τα συγγραφικά δικαιώματα στο περιοδικό "ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ". Οι συγγραφείς ακόμη, δηλώνουν ότι: (α) δεν υπήρξε οικονομική υποστήριξη από διάφορες πηγές (εάν υπήρξε πρέπει να δηλωθεί), (β) δεν υπήρξαν αντικρουόμενα συμφέροντα σχετικά με το υλικό της έρευνας που υπεβλήθη προς δημοσίευση, (γ) το πρωτόκολλο της έρευνας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής του Νοσοκομείου ή του Ιδρύματος όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα σύμφωνα με τις προδιαγραφές της Διακήρυξης του Ελσίνκι (1995) όπως αναθεωρήθηκαν στο Εδιμβούργο (2000) και (δ) ότι όλοι οι ασθενείς έδωσαν τη συγκατάθεσή τους πριν συμπεριληφθούν στην έρευνα αφού προηγουμένως ενημερώθηκαν για την ερευνητική διαδικασία.

Τα κριτήρια αποδοχής των εργασιών περιλαμβάνουν την ποιότητα και την πρωτοτυπία της έρευνας όπως επίσης τη σημαντικότητα και χρησιμότητα των δεδομένων στους αναγνώστες του περιοδικού.

Όλες οι εργασίες υπόκεινται σε μια αρχική εκτίμηση από τον Εκδότη ή μέλη της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού προκειμένου να εκτιμηθεί η καταλληλότητα και η ποιότητά τους. Εάν η εργασία κριθεί καταρχήν κατάλληλη για δημοσίευση στο περιοδικό, εκτιμάται από δύο ανεξάρτητους κριτές, ειδικούς στο αντικείμενο της έρευνας. Οι κριτές δεν γνωρίζουν τους συγγραφείς της εργασίας και παραμένουν ανώνυμοι για τους συγγραφείς.

Τα σχόλια των κριτών μαζί με τις υποδείξεις και διορθώσεις τους αποστέλλονται στους συγγραφείς. Οι συγγραφείς ενημερώνονται εγγράφως για την τελική απόφαση της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού όταν η διαδικασία αξιολόγησης ολοκληρωθεί. Τα ονόματα των κριτών του προηγούμενου έτους εμφανίζονται στο πρώτο τεύχος του επομένου έτους. Η Συντακτική Επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα να κάνει φραστικές διορθώσεις στα κείμενα προκειμένου να μειώσει ασάφειες και επαναλήψεις και να βελτιώσει τη δυνατότητα επικοινωνίας ανάμεσα στους συγγραφείς και τους αναγνώστες του περιοδικού.

ΕΙΔΗ ΑΡΘΡΩΝ

- 1. Άρθρα Σύνταξης:** Σύντομα άρθρα γραμμένα ταυτόχρονα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα που αναφέρονται σε επίκαιρα θέματα ιδιαίτερης σημασίας. Γράφονται από τη Συντακτική Επιτροπή ή μετά από πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής (μέχρι 500 λέξεις και 5-7 βιβλιογραφικές αναφορές).
- 2. Ανασκοπήσεις:** Ενημερωτικά άρθρα που αφορούν σε κριτική ανάλυση ψυχιατρικών θεμάτων ή θεμάτων συγγενών προς την Ψυχιατρική Επιστήμη. Οι ανασκοπήσεις γράφονται από έναν ή δύο συγγραφείς. Η έκτασή τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 7.500 λέξεις (25 δακτυλογραφημένες σελίδες, διπλό διάστημα γραφομηχανής).
- 3. Ερευνητικές εργασίες:** Προοπτικές ή αναδρομικές εργασίες που βασίζονται σε ερευνητικό πρωτόκολλο. Πρέπει οπωσδήποτε να έχει γίνει στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων. Οι ερευνητικές εργασίες δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 3.000 λέξεις (10 δακτυλογραφημένες σελίδες, διπλό διάστημα γραφομηχανής).
- 4. Σύντομα άρθρα:** Στην κατηγορία αυτή υπάγονται ερευνητικές εργασίες που μπορούν να καταχωρηθούν σε περιορισμένο χώρο. Η έκταση των άρθρων αυτών δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 1.500 λέξεις (5 δακτυλογραφημένες σελίδες, διπλό διάστημα γραφομηχανής).
- 5. Ειδικά άρθρα:** Γράφονται μετά από πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής και αναφέρονται σε θέματα, με τα οποία έχει ιδιαίτερα ασχοληθεί ο συγγραφέας π.χ. θεραπεία συμπεριφοράς, παθολογική ζηλοτυπία, ψυχοθεραπεία μεταψυχιατρικών καταστάσεων (μέχρι 6.000 λέξεις).
- 6. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις:** Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ενδιαφέρουσες αναφορές περιπτώσεων και περιγραφές περιπτώσεων όπου εφαρμόστηκαν νέες διαγνωστικές ή/και θεραπευτικές μέθοδοι (μέχρι 1500 λέξεις).
- 7. Γενικά άρθρα:** Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ δέχεται και άρθρα που εκφράζουν θεωρητικές απόψεις στο χώρο της Ψυχιατρικής, γνώμες για τα συστήματα παροχής ψυχιατρικής περίθαλψης, απόψεις για τους χώρους επαλληλίας μεταξύ Ψυχιατρικής και άλλων επιστημών και άλλα άρθρα ανάλογου περιεχομένου. Τα άρθρα αυτά δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 2.000 λέξεις (περίπου 7 δακτυλογραφημένες σελίδες). Η Συντακτική Επιτροπή μπορεί να προτείνει τη συντόμηση των άρθρων αυτών προκειμένου να δημοσιευθούν ως «Επιστολές προς τη Σύνταξη».
- 8. Επιστολές προς τη Σύνταξη:** Περιλαμβάνουν σχόλια και κρίσεις πάνω σε ήδη δημοσιευμένες εργασίες, παρατηρήσεις σε επίκαιρα ψυχιατρικά θέματα, πρόδρομα ερευνητικά αποτελέσματα, κ.λπ. Δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 400 λέξεις.
- 9. Βιβλιοκριτική:** Η παρουσίαση και κριτική βιβλίων γίνεται μετά από πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής (μέχρι 600 λέξεις - συνοδεύεται από σύντομη αγγλική περίληψη).
- 10. Άρθρα στην αγγλική γλώσσα:** Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ θα κυκλοφορεί στην Ελληνική γλώσσα πάντα με Αγγλική περίληψη των εργασιών. Ένα ή δύο τεύχη ετησίως θα κυκλοφορούν εξ ολοκλήρου στην Αγγλική (με εκτεταμένη ελληνική περίληψη, 400-500 λέξεις). Στα τεύχη αυτά θα δημοσιεύονται εργασίες ξένων συναδέλφων αλλά και Ελλήνων. Οι εργασίες ελλήνων συναδέλφων μπορούν να υποβάλλονται στην Ελληνική ή την Αγγλική γλώσσα. Όσες εργασίες προκρίνονται για δημοσίευση και έχουν υποβληθεί στην Ελληνική γλώσσα θα μεταφράζονται μετά από συνεργασία του περιοδικού με τους συγγραφείς.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Οι εργασίες υποβάλλονται στο πρωτότυπο και σε τρία φωτοαντίγραφα, στη διεύθυνση:

Περιοδικό ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία,
Διονυσίου Αιγινήτου 17, 115 28 Αθήνα
e-mail: editor@psych.gr

Το δακτυλογραφημένο κείμενο πρέπει να συνοδεύεται από δισκέτα Η/Υ με το κείμενο της εργασίας ή να αποστέλλεται ηλεκτρονικό αντίγραφο με e-mail. Το κείμενο πρέπει να έχει γραφεί με επεξεργαστή συμβατό με πρόγραμμα Windows ή με οποιοδήποτε πρόγραμμα για υπολογιστή Macintosh.

Μαζί με τα υποβαλλόμενα άρθρα πρέπει να υποβάλλεται συμπληρωμένο το «Συνοδευτικό έντυπο υποβολής εργασίας», υπόδειγμα του οποίου υπάρχει στο τέλος κάθε τεύχους του περιοδικού. Οι υποβαλλόμενες εργασίες χαρακτηρίζονται με κωδικό αριθμό, που γνωστοποιείται στους συγγραφείς και ο οποίος χρησιμοποιείται σε κάθε επικοινωνία με το περιοδικό. Τα άρθρα γράφονται στη δημοτική γλώσσα. Η δακτυλογράφηση γίνεται στη μία όψη του φύλλου, με διπλό διάστημα και περιθώριο τουλάχιστον 3,5 cm.

Στην άνω δεξιά πλευρά της πρώτης σελίδας πρέπει να υπάρχει ο χαρακτηρισμός κάθε άρθρου (π.χ. Ανασκόπηση, Ερευνητική εργασία κ.λπ.).

ΔΙΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΥΛΗΣ

Όλες οι σελίδες αριθμούνται, αρχίζοντας από τη σελίδα τίτλου.

Σελίδα τίτλου: Περιλαμβάνει τον τίτλο του άρθρου (μέχρι 12 λέξεις), τα ονόματα των συγγραφέων στην ονομαστική, το κέντρο προέλευσης, τη διεύθυνση και το τηλέφωνο του συγγραφέα που θα επικοινωνεί με το περιοδικό. Στην ίδια σελίδα αναφέρονται επίσης άτομα, οργανισμοί, ιδρύματα κ.λπ., που ενδεχομένως συνέβαλαν στην πραγματοποίηση της εργασίας.

Περίληψη: Στη δεύτερη σελίδα γράφεται η ελληνική περίληψη, (περίπου 300 λέξεις). Στην περίληψη ανακεφαλαιώνονται τα κύρια μέρη της εργασίας. Φράσεις όπως «τα ευρήματα συζητούνται» πρέπει να αποφεύγονται. Στο τέλος της περιλήψης αναγράφονται 4–5 λέξεις ευρετηρίου.

Αγγλική περίληψη: Στην τρίτη σελίδα γράφεται η αγγλική περίληψη, που πρέπει να έχει έκταση 400–500 λέξεων στις ανασκοπήσεις και τις πρωτότυπες εργασίες και 300 λέξεις στις υπόλοιπες εργασίες. Πρέπει να δίνει ουσιαστικές πληροφορίες. Στην αρχή της αγγλικής περιλήψης αναγράφονται στα Αγγλικά τα ονόματα των συγγραφέων και ο τίτλος του άρθρου.

Κείμενο: Χωρίζεται σε κεφάλαια. Για τις ερευνητικές εργασίες είναι: Εισαγωγή, Υλικό και μέθοδος, Αποτελέσματα, Συζήτηση. Όσα αποτελέσματα παρατίθενται στους πίνακες δεν επαναλαμβάνονται λεπτομερώς στο κείμενο.

Βιβλιογραφικές παραπομπές: Αριθμούνται με αύξοντα αριθμό, ανάλογα με τη σειρά εμφάνισής τους στο κείμενο (σύστημα Vancouver). Π.χ. *O Birley¹ βρήκε ότι..., αλλά ο Afford² διαφώνησε...* Αναφέρονται τα ονόματα όλων των συγγραφέων. Στο βιβλιογραφικό πίνακα περιλαμβάνονται μόνον οι βιβλιογραφικές παραπομπές που υπάρχουν στο κείμενο. Στα άρθρα ανασκόπησης και τα ειδικά άρθρα οι βιβλιογραφικές παραπομπές δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 100, στις ερευνητικές εργασίες και τα γενικά άρθρα τις 50, στα σύντομα άρθρα και τις ενδιαφέρουσες περιπτώσεις τις 15 και στα άρθρα σύνταξης και τις επιστολές προς τη σύνταξη τις 5. Ο βιβλιογραφικός κατάλογος συντάσσεται με αύξοντα αριθμό, που αντιστοιχεί στη σειρά εμφάνισης των βιβλιογραφικών παραπομπών στο κείμενο, όπως στα ακόλουθα παραδείγματα:

1. Birley JLT, Adear P, Singer D, Rosenberg M. Electrogastrographic studies in elderly patients. *Gastroenterology* 1980, 79:311–314 (Περιοδικό)
2. Alford J, Nemiah J. Peptic ulcer in childhood. In: Sodeman WA (ed) *Pathologic Physiology*. Saunders, Philadelphia, 1970:457–472 (Κεφάλαιο βιβλίου)
3. Kinden A. *Stress and emotion*. Springer, Berlin, 1990 (Βιβλίο)
4. Larsen E, Elliot B. Fatigue in major depression. *Psychiatriki* 2007, (Suppl 1):S143–S144 (Παράρτημα περιοδικού)
5. Silverstone A, Leman H, Stark J. *Attempted suicide by drug-overdose*. Paper presented at 2nd Congress on Suicide behaviour, 4–6 May 2002. Rome, Abstracts Book, pp 212–213 (Παρουσίαση σε Συνέδριο - Τόμος Πρακτικών)
6. Henry A, Andrews B. *Critical issues for parents with mental illness*. N.Y. Centre for Mental Health Services 2001 (Cited 2 June 2005) Available from www.mentalorg/publications (Ιστοσελίδα)

Οι συντημήσεις των περιοδικών πρέπει να γίνονται με βάση το *Index Medicus*.

Πίνακες: Γράφονται με διπλό διάστημα γραφομηχανής σε ξεχωριστή σελίδα. Αριθμούνται ανάλογα με τη σειρά εμφάνισής τους στο κείμενο, με αραβικούς αριθμούς (πίνακας 1), ακολουθεί σύντομη κατατοπιστική λεζάντα (π.χ. Ασθενείς που νοσηλεύθηκαν για ψευδοκύηση στο Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» κατά το 1988) και σε κάθε στήλη υπάρχει κατατοπιστική επικεφαλίδα. Αποφεύγονται οι κάθετες γραμμές.

Εικόνες: Πρέπει να στέλνονται είτε τα πρωτότυπα των σχεδίων (με σινική μελάνη) είτε φωτογραφίες. Στο πίσω μέρος πρέπει να αναγράφεται με μολύβι ο αριθμός της εικόνας, οι συγγραφείς και ο τίτλος της εικόνας. Όλες οι εικόνες πρέπει να αναφέρονται στο κείμενο και να αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς.

Ονοματολογία και μονάδες μέτρησης: Για λεπτομέρειες, βλ. Ιατρική 1980, 37:139.

Διόρθωση τυπογραφικών δοκιμών: Οι συγγραφείς είναι υποχρεωμένοι να κάνουν μία διόρθωση των τυπογραφικών δοκιμών. Εκτεταμένες μεταβολές δεν επιτρέπονται.

"PSYCHIATRIKI"

INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

PSYCHIATRIKI is the official journal of the Hellenic Psychiatric Association. It is published quarterly and has the same scope as the Hellenic Psychiatric Association, namely the advancement of Psychiatry. The journal invites contributions in the fields of epidemiology, psychopathology, social psychiatry, biological psychiatry, psychopharmacology, psychotherapy, preventive psychiatry. The journal follows the standards approved by the International Council of Scientific Publishers. For a detailed description of the specifications see "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (www.CouncilScienceEditors.gr). Other sources: *Br Med J* 1991, 302:338–341/*Can Med Assoc J* 1995, 152:1459–1465.

Apart from the printed edition, the journal is freely available in electronic version at the websites: www.psych.gr or www.betamedarts.gr

The journal "PSYCHIATRIKI" accepts manuscripts for consideration with the understanding that they represent original material not previously published (except in abstract form) or submitted for publication elsewhere. All authors of a paper submitted must sign the submission form (found in all issues of the journal) and declare that they agree with the text of the paper, the publication in the journal and the transfer of the copyright to the publishers. The authors also declare that: (a) there was no source of financial support (if any should be stated), (b) there were no conflicting interests concerning the material submitted, (c) the protocol of the research project has been approved by the Ethics Committee of the Hospital or the Institution within the work was undertaken according to the ethical standards laid down in the Declaration of Helsinki (1995) as revised in Edinburg (2000) and (d) that the patients gave their informed consent prior to their inclusion in the study.

The acceptance criteria for all papers are the quality and originality of the research and its significance to the journal readership. All papers submitted are first screened by the Editor or members of the Editorial Board for suitability and quality.

If suitable, papers are then reviewed by two reviewers expert in the field. Reviewers are blinded as to the contributors of each paper. The reviewers remain anonymous for contributors. The comments of the reviewers along with proposed revisions or corrections are sent to the authors. The authors are informed of the final decision of the Editorial Board after the procedure of review is over. The names of the reviewers for the past year appear in a list in the first issue of the next year. The Editorial Board reserves the right to modify typescripts to eliminate ambiguity and repetition and improve communication between authors and readers.

TYPES OF ARTICLES

- 1. Editorials:** Short articles in both English and Greek language covering topics of particular importance, written by members of the Editorial Board and by invited authors (up to 500 words and 5–7 references).
- 2. Review articles:** Should be written by one or two authors. They should not exceed 7,500 words.
- 3. Research papers:** These articles must be based on a research protocol. Statistical evaluation of the findings is essential. They should not exceed 3,000 words.
- 4. Brief communications:** This section includes research reports which can be accommodated in a small space. They should not exceed 1,500 words.
- 5. Special articles:** Invited articles concerning topics of special interest (up to 6,000 words).
- 6. Case reports:** This section includes interesting case reports and descriptions of cases where new diagnostic or/and therapeutic methods have been applied (up to 1500 words).
- 7. General articles:** These articles may reflect opinions on the theory and practice of Psychiatry, on the systems of provision of psychiatric services, on matters concerning the borderland between Psychiatry and other specialties or disciplines, etc. They should not exceed 2,000 words. The Editorial Board may suggest shortening of these articles in order to be included in the «Letters to the Editor» section.
- 8. Letters to the editor:** Brief letters (maximum 400 words) will be considered for publication. These may include comments or criticisms of articles published in *PSYCHIATRIKI*, comments on current psychiatric topics of importance, preliminary research reports.
- 9. Book review:** Presentation and critical review of selected books is carried out by the editorial board or by persons invited by it (up to 600 words along with a short abstract in Greek).
- 10. Issues in English:** The issues of *PSYCHIATRIKI* will be published in Greek always with an abstract in English. Once or twice a year the issues will be published in English (with extensive abstract in Greek, 400–500 words). In this issue, papers by foreign and Greek writers will be published. Papers by Greek writers could be submitted in Greek or in English. Papers submitted in Greek that have been chosen to publication in English will be translated with the cooperation of the Editorial Board and the writers.

SUBMISSION

Papers either in English or in Greek are considered for publication and should be sent to:

Journal PSYCHIATRIKI
Hellenic Psychiatric Association,
17, Dionisiou Eginitou str., GR-115 28 Athens, Greece
e-mail: editor@psych.gr

The original manuscript, three copies as well as a copy on a diskette or an electronic copy by e-mail should be submitted. The text must be written with a word processor compatible with any Windows program, or with any program for a Macintosh computer.

The submitted manuscripts should be accompanied by the "Submission form" accurately filled in. Submission form can be found in every issue of the journal.

A code number to be used in further correspondence will be assigned to all papers submitted. Manuscripts should be typewritten, double-spaced on one side of the paper with a margin of at least 3.5 cm. On the right upper corner of the first page a characterization on the article should appear (e.g., Brief Communication, Research Article).

ARRANGEMENT

All pages must be numbered, starting with the title page.

Title page: It indicates the title (which should not exceed 12 words), the names and surnames of the authors, the Institute, Hospital, University, etc. where the work was conducted and the address, telephone number and e-mail of the author who will be responsible for the correspondence. In the same page appreciation for those who have contributed to the presented work can also be included.

Abstract: The second page must include an informative abstract (about 300 words) as well as 4–5 key words.

Main part: Must be divided in sections (e.g., for the Research Papers: Introduction, Material and method, Results, Discussion). Results appearing in the tables should not be reported again in detail in the text.

References: They must be identified in the text by arabic numbers (in brackets) and must be numbered in the order in which they are first mentioned in the text (Vancouver system), e.g. *Birley¹ found that... but Alford² disagreed.* Cite the names of all authors. The list of references should include only those publications which are cited in the text.

References should not exceed 100 in the Review articles and the Special articles, 50 in the General articles, 15 in the Brief Communications and in Case reports, and 5 in the Editorials and the Letters to the Editor.

The following paradigms illustrate the various reference categories:

1. Birley JLT, Adear P, Singer D, Rosenberg M. Electro-gastrographic studies in elderly patients. *Gastroenterology* 1980, 79:311–314 (Journal Article).
2. Alford J, Nemiah J. Peptic ulcer in childhood. In: Sodeman WA (ed) *Pathologic Physiology*. Saunders, Philadelphia, 1970:457–472 (Chapter in Book).
3. Kinden A. *Stress and emotion*. Springer, Berlin, 1990 (Book).
4. Larsen E, Elliot B. Fatigue in major depression. *Psychiatriki* 2007, (Suppl 1):S143–S144 (Journal Supplement)
5. Silverstone A, Leman H, Stark J. *Attempted suicide by drug-overdose*. Paper presented at 2nd Congress on Suicide behaviour, 4–6 May 2002, Rome, Abstracts Book, pp 212–213 (Conference Presentation - Abstract Book)
6. Henry A, Andrews B. *Critical issues for parents with mental illness*. N.Y. Centre for Mental Health Services 2001 (Cited 2 June 2005) Available from www.mentalorg/publications (Website)

Abbreviations of journals should conform to the style used in *Index Medicus*; journals not indexed there should not be abbreviated.

Tables: They must appear in a separate page, double-spaced. They must be numbered in the order in which they are mentioned on the text, with arabic numbers (table 1). A descriptive concise title should be included. Avoid vertical lines.

Figures: They must be professionally prepared glossy or other camera-ready prints. They must be numbered with arabic numbers (figure 1) in the order in which they appear in the text. The figure number, the authors' names, the title on the paper and the figure title should be written with soft pencil on the back of each figure (or on a label affixed to it). A copy of each table and figure must be included with each copy of the manuscript.

Symbols and abbreviations: Spell out all abbreviations (other than those for units of measure) the first time they are used. Follow Iatriki 1980, 37:139 (in Greek) or «Units, Symbols and Abbreviations: a Guide for Biological and Medical Editors and Authors» (3rd ed, 1977) available from the Royal Society of Medicine of the United Kingdom.

Proofs: Proofs will be sent to the first author of each article. Extensive changes are not allowed in proof.



**Επιλέξτε το ABILIFY® ως 1^η
επιλογή για τους ασθενείς
σας με διπολική διαταραχή I**

Treat today for tomorrow


ABILIFY®
(aripiprazole)

 Bristol-Myers Squibb

 Otsuka Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ABILIFY 10 mg, δισκία.
ABILIFY 15 mg, δισκία.
ABILIFY 30 mg, δισκία.
ABILIFY 10 mg, διασπείρομενο στο στόμα δισκία.
ABILIFY 15 mg, διασπείρομενο στο στόμα δισκία.
ABILIFY 1 mg/ml πόσιμο διάλυμα.

2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ

ΔΙΣΚΙΑ

ABILIFY 10 mg: Κάθε δισκίο περιέχει 10 mg αριππραζόλης. Έκδοχο: 62,18 mg λακτόζης ανά δισκίο.
ABILIFY 15 mg: Κάθε δισκίο περιέχει 15 mg αριππραζόλης. Έκδοχο: 57 mg λακτόζης ανά δισκίο.
ABILIFY 30 mg: Κάθε δισκίο περιέχει 30 mg αριππραζόλης. Έκδοχο: 186,54 mg λακτόζης ανά δισκίο.

ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ

ABILIFY 10 mg: Κάθε διασπείρομενο στο στόμα δισκίο περιέχει 10 mg αριππραζόλης. Έκδοχο: 2 mg ασαρτάμης (E951) ανά διασπείρομενο στο στόμα δισκίο.
ABILIFY 15 mg: Κάθε διασπείρομενο στο στόμα δισκίο περιέχει 15 mg αριππραζόλης. Έκδοχο: 3 mg ασαρτάμης (E951) ανά διασπείρομενο στο στόμα δισκίο.

ΠΟΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ

Κάθε ml πόσιμου διαλύματος ABILIFY περιέχει 1 mg αριππραζόλης. Έκδοχο: 200 mg φρουκτόζη ανά ml, 400 mg σακχαρόζη ανά ml, 1,8 mg παραιδουρζοβενζοϊκό μεθυλεστεράς (E218) ανά ml, 0,2 mg παραιδουρζοβενζοϊκό προπυλεστεράς (E216) ανά ml.

Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόγων, βλ. παράγραφο 6.1.

3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ

Δισκίο 10 mg: Ορθογώνιο και ροζ, χαραγμένο με "A-008" και "10" στη μια πλευρά.
Δισκίο 15 mg: Στρογγύλο και κίτρινο, χαραγμένο με "A-009" και "15" στη μια πλευρά.
Δισκίο 30 mg: Στρογγύλο και ροζ, χαραγμένο με "A-011" και "30" στη μια πλευρά.
Διασπείρομενο στο στόμα δισκίο 10 mg: Στρογγύλο και ροζ, επισημασμένο με "A" πάνω από "640" στη μια πλευρά και 10 στην άλλη.
Διασπείρομενο στο στόμα δισκίο 15 mg: Στρογγύλο και κίτρινο, επισημασμένο με "A" πάνω από "641" στη μια πλευρά και 15 στην άλλη.
Πόσιμο διάλυμα: Διαυγές, άχρωμο έως ανοικτό κίτρινο υγρό.

4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις

Το ABILIFY ενδείκνυται για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας σε ενήλικες και εφήβους 15 ετών και άνω.
Το ABILIFY ενδείκνυται για τη θεραπεία ήπιων έως σοβαρών μανιακών επεισοδίων σε Διπολική Διαταραχή τύπου I και για την πρόληψη νέου μανιακού επεισοδίου σε ασθενείς που εμφάνισαν κυρίως μανιακά επεισόδια και των οποίων τα μανιακά επεισόδια ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία με αριππραζόλη.

4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης

Δοσολογία

Ενήλικες:

Σχιζοφρένεια: η συνιστώμενη δόση έναρξης του ABILIFY είναι 10 ή 15 mg/ημέρα, με δόση συντήρησης 15 mg/ημέρα, χορηγούμενα μια φορά ημερησίως, ανεξαρτήτως των γευμάτων.

Το ABILIFY είναι αποτελεσματικό σε ένα εύρος δόσεων από 10 έως 30 mg/ημέρα. Δεν έχει αποδειχθεί αυξημένη αποτελεσματικότητα με δόσεις μεγαλύτερες μιας ημερησίας δόσης 15 mg αν και μεμονωμένοι ασθενείς μπορεί να ωφεληθούν από μια μεγαλύτερη δόση. Η μέγιστη ημερήσια δόση δεν πρέπει να ξεπερνά τα 30 mg.

Μανιακά επεισόδια: η συνιστώμενη δόση έναρξης του ABILIFY είναι 15 mg χορηγούμενα με πρόγραμμα λήψης μιας φοράς την ημέρα ανεξαρτήτως γευμάτων ως μονοθεραπεία ή θεραπεία συνδυασμού (βλέπε παράγραφο 5.1). Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να ωφεληθούν από υψηλότερη δόση. Η μέγιστη ημερήσια δόση δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 30 mg.

Πρόληψη υποτροπής μανιακών επεισοδίων στην Διπολική Διαταραχή τύπου I: για την πρόληψη της υποτροπής μανιακών επεισοδίων σε ασθενείς που λαμβάνουν αριππραζόλη, συνεχίστε τη θεραπεία στην ίδια δόση. Ρυθμίσεις της ημερησίας δοσολογίας, περιλαμβανομένης μείωσης της δόσης, πρέπει να εξετάζονται με βάση την κλινική κατάσταση.

Παιδιατρικός πληθυσμός:

Σχιζοφρένεια σε εφήβους 15 ετών και άνω: η συνιστώμενη δόση για το ABILIFY είναι 10 mg/ημέρα χορηγούμενα σε σχήμα μιας φοράς ημερησίως σεσχέτως γευμάτων. Η θεραπεία πρέπει να αρχίσει από 2 mg (χρησιμοποιώντας ABILIFY πόσιμο διάλυμα 1 mg/ml) επί 2 ημέρες, με τιλοπιπηση σε 5 mg για 2 επιπλέον ημέρες προκειμένου να επιτευχθεί η συνιστώμενη ημερήσια δόση των 10 mg. Όταν κρινεται κατάλληλο, επακόλουθες αυξήσεις της δόσης πρέπει να χορηγούνται σε κλάσματα των 5 mg χωρίς να υπερβαίνεται η μέγιστη ημερήσια δόση των 30 mg (βλέπε παράγραφο 5.1).

Το ABILIFY είναι αποτελεσματικό σε εύρος δόσεων από 10 έως 30 mg/ημέρα. Δεν έχει καταδειχθεί αυξημένη αποτελεσματικότητα σε εφήβους με δόσεις υψηλότερες της ημερησίας δόσης των 10 mg παρά μεμονωμένοι ασθενείς είναι πιθανό να ωφεληθούν από υψηλότερη δόση.

Το ABILIFY δε συνιστάται προς χρήση σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 15 ετών λόγω ανεπαρκών στοιχείων ασφαλείας και αποτελεσματικότητας (βλέπε παραγράφους 4.8 και 5.1).

Ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία: δεν απαιτείται ρύθμιση της δοσολογίας σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια ηπατική δυσλειτουργία. Σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία, τα δεδομένα που υπάρχουν είναι ανεπαρκή για να καθοριστούν συγκεκριμένες συστάσεις. Στους ασθενείς αυτούς η ρύθμιση της δοσολογίας θα πρέπει να γίνεται με προσοχή. Ωστόσο, η μέγιστη ημερήσια δόση των 30 mg θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία (βλέπε παράγραφο 5.2).

Ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία: δεν απαιτείται ρύθμιση της δοσολογίας σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία.

Ηλικιωμένοι: η αποτελεσματικότητα του ABILIFY για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και της Διπολικής Διαταραχής τύπου I σε ασθενείς 65 ετών ή μεγαλύτερους δεν έχει αποδειχθεί. Λόγω αυξημένης ευαισθησίας της πληθυσμιακής αυτής ομάδας, θα πρέπει να εξετάζεται η χορήγηση μικρότερης δόσης έναρξης όταν κλινικοί παράγοντες το δικαιολογούν (βλέπε παράγραφο 4.4).

Φύλο: δεν απαιτείται ρύθμιση της δοσολογίας για τις γυναίκες ασθενείς, σε σύγκριση με τους άνδρες ασθενείς (παράγραφο 4.4).

Καπνιστές: σύμφωνα με την μεταβολική οδό του ABILIFY δεν απαιτείται ρύθμιση της δοσολογίας για τους καπνιστές (βλέπε παράγραφο 4.5).

Προσαρμογές της δόσης λόγω αλληλεπιδράσεων:

Όταν υπάρχει ταυτόχρονη χορήγηση ισχυρών αναστολέων των CYP3A4 ή CYP2D6 με αριππραζόλη, η δόση της αριππραζόλης θα πρέπει να ελαττώνεται. Όταν ο αναστολέας του CYP3A4 ή CYP2D6 αποσύρεται από τη θεραπεία συνδυασμού, η δόση της αριππραζόλης θα πρέπει μετά να αυξάνεται (βλέπε παράγραφο 4.5).

Όταν υπάρχει ταυτόχρονη χορήγηση ισχυρών επαγωγών του CYP3A4 με αριππραζόλη, η δόση της αριππραζόλης θα πρέπει να αυξάνεται. Όταν ο επαγωγέας του CYP3A4 αποσύρεται από τη θεραπεία συνδυασμού, η δόση της αριππραζόλης θα πρέπει μετά να μειώνεται στη συνιστώμενη δόση (βλέπε παράγραφο 4.5).

Τρόπος χορήγησης

Τα δισκία ABILIFY προορίζονται για από του στόματος χρήση.

ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ

Το διασπείρομενο στο στόμα δισκίο πρέπει να τοποθετείται μέσα στο στόμα επάνω στη γλώσσα, όπου και θα διασπαρεί γρήγορα στο σάλιο. Μπορεί να ληφθεί με ή χωρίς υγρό. Η απομάκρυνση του άθικτου διασπείρομένου στο στόμα δισκίου από το στόμα είναι δύσκολη. Επειδή το διασπείρομενο στο στόμα δισκίο είναι ευθραστό, πρέπει να λαμβάνεται αμέσως μετά το άνοιγμα της κυψέλης. Εναλλακτικά, διασπείρετε το δισκίο σε νερό και πιείτε το αναμύρηνο που προκύπτει.

Τα διασπείρομενα στο στόμα δισκία μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά με τα δισκία ABILIFY για τους ασθενείς που έχουν δυσκολία στην κατάποση δισκίων ABILIFY.

Τα διασπείρομενα στο στόμα δισκία ABILIFY προορίζονται για από του στόματος χρήση.

ΠΟΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ

Το πόσιμο διάλυμα ABILIFY μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτικό των δισκίων ABILIFY στους ασθενείς που έχουν δυσκολία να καταπούν τα δισκία ABILIFY.

Ενα βαθμονομημένο κύπελλο μέτρησης και ένα βαθμονομημένο σταγονόμετρο των 2 ml περιλαμβάνονται στο κουτί.

Το πόσιμο διάλυμα ABILIFY προορίζεται για από του στόματος χρήση.

4.3 Αντενδείξεις

Υπερευαίσθηση στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα.

4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση

Κατά την αντιψυχωσική θεραπεία, η βελτίωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς, μπορεί να χρειαστεί αρκετές ημέρες και εβδομάδες. Σε όλη την περίοδο αυτή οι ασθενείς πρέπει να βρίσκονται υπό στενή παρακολούθηση.

Η εμφάνιση αυτοκτονικών συμπεριφορών είναι εγγενής σε ψυχωσικές νόσους και διαταραχές διάθεσης και σε ορισμένες περιπτώσεις έχει αναφερθεί λίγο μετά την έναρξη ή την αλλαγή της θεραπείας, περιλαμβανομένης θεραπείας με αριππραζόλη (βλέπε παράγραφο 4.8). Στενή παρακολούθηση των ασθενών υψηλού κινδύνου πρέπει να συνοδεύει την αντιψυχωσική θεραπεία. Αποτελέσματα μιας επιδημιολογικής μελέτης υπέδειξαν ότι μεταξύ ασθενών

με σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή δεν υπήρχε αυξημένος κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας με την αριππραζόλη σε σύγκριση με άλλα αντιψυχωσικά.

Καρδιαγγειακές διαταραχές: η αριππραζόλη θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με διαγνωσμένη καρδιαγγειακή νόσο (ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου ή ισχαιμική καρδιοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια, ή διαταραχές αγωγιμότητας), αγγειοεγκεφαλική νόσο, καταστάσεις που θα προέβλεπαν τους ασθενείς για εκδήλωση υπότασης (αφάδωση, υποτακμία, και αγωγή με αντιυπερτασικά φαρμακευτικά προϊόντα) ή υπέρτασης, συμπεριλαμβανομένης της ταχέως εξελισσόμενης ή της κοκώθους.

Έχουν αναφερθεί με αντιψυχωσικά φάρμακα περιστατικά φλεβικής θρομβοεμβολής (VTE). Δεδομένου ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν αντιψυχωσικά παρουσιάζουν συχνά επικτητους παράγοντες κινδύνου για VTE, πρέπει να προσδιορίζονται όλοι οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου για VTE πριν και κατά τη διάρκεια της θεραπείας με ABILIFY και να λαμβάνονται προληπτικά μέτρα.

Διαταραχές αγωγιμότητας: σε κλινικές δοκιμές της αριππραζόλης, η επίπτωση της παράτασης του διαστήματος QT ήταν συγκρίσιμη με εκείνη του εκτικού φαρμάκου. Όπως με άλλα αντιψυχωσικά, η αριππραζόλη θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό παράτασης QT.

Υψηλή δυσκινησία (Tardive dyskinesia): σε κλινικές δοκιμές διάρκειας ενός έτους ή λιγότερο, υπήρχαν όχι συχνές αναφορές δυσκινησίας που απαιτούσαν επείγουσα θεραπεία κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αριππραζόλη. Αν κάποιος ασθενής παρουσιάσει σημεία και συμπτώματα όψιμης δυσκινησίας ενώ λαμβάνει θεραπεία με ABILIFY, πρέπει να εξετασθεί η μείωση της δόσης ή και η διακοπή της λήψης. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί προσωρινά να υποχωρήσουν ή ακόμα μπορεί και να ενταθούν, μετά τη διακοπή της θεραπείας.

Κακοήξιας Νευροληπτικό Σύνδρομο (Neuroleptic Malignant Syndrome, NMS): το NMS είναι ένα δυναμικά θανατηφόρο σύνθετο σύνταγμα, σχετιζόμενο με αντιψυχωσικά φαρμακευτικά προϊόντα. Σε κλινικές δοκιμές, αναφέρθηκαν σπάνιες περιπτώσεις NMS κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αριππραζόλη. Οι κλινικές εκδηλώσεις του NMS είναι υπερπυρεξία, μυϊκή ακαμψία, αλλαγή της πνευματικής κατάστασης και σημεία αυτόνομης αστάθειας (ακάνοστος σφύρμος ή αρτηριακή πίεση, ταχυκαρδία, διαφόρηση και καρδιακή δυσρhythμία). Πρόσθετα σημεία μπορεί να περιλαμβάνουν αυξημένη κρεατινοφωσφοκινάση, μυοφασικρία (ραβδομυόλυση) και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Ωστόσο, έχουν επίσης αναφερθεί αυξημένη κρεατινοφωσφοκινάση και ραβδομυόλυση, όχι απαραίτητα σχετιζόμενες με NMS. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει σημεία και συμπτώματα ενδεικτικά του NMS, ή εμφανίσει ανεξήγητο υψηλό πυρετό χωρίς πρόσθετες κλινικές εκδηλώσεις για NMS, όλα τα αντιψυχωσικά φαρμακευτικά προϊόντα, συμπεριλαμβανομένου και του ABILIFY, πρέπει να διακοπτούν.

Επιληπτικές κρίσεις: σε κλινικές δοκιμές, αναφέρθηκαν όχι συχνές περιπτώσεις επιληπτικών κρίσεων κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αριππραζόλη. Κατά συνέπεια, η αριππραζόλη πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό διαταραχής επιληπτικών κρίσεων ή σε ασθενείς που έχουν προϋποθέσεις που σχετίζονται με επιληπτικές κρίσεις.

Ηλικιωμένοι ασθενείς με ψύχωση που σχετίζεται με άνοια:

Αυξημένη θνητότητα: σε τρεις ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δοκιμές (n= 938, μέση ηλικία: 82,4 έτη, εύρος: 56-99 έτη) της αριππραζόλης σε ηλικιωμένους ασθενείς με ψύχωση που σχετίζεται με νόσο του Alzheimer, οι ασθενείς που έλαβαν αριππραζόλη είχαν αυξημένο κίνδυνο θανάτου σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Το ποσοστό του θανάτου στους ασθενείς που έλαβαν αριππραζόλη ήταν 3,5% σε σύγκριση με το 1,7% της ομάδας του εικονικού φαρμάκου. Αν και οι αιτίες θανάτου διέφεραν, οι περισσότεροι θάνατοι φάνηκε ότι ήταν είτε καρδιαγγειακές (π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια, αρτηνίος θάνατος) είτε λουμώδους φύσεως (π.χ. πνευμονία).

Αγγειακές εγκεφαλικές ανεπιθύμητες ενέργειες: στις ίδιες δοκιμές, αγγειακές εγκεφαλικές ανεπιθύμητες ενέργειες (π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο, παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο), περιλαμβανομένων και θανάτων, αναφέρθηκαν στους ασθενείς (μέση ηλικία: 84 έτη, εύρος: 78-88 έτη). Συνολικά, το 1,3% των ασθενών που έλαβαν αριππραζόλη ανέφεραν αγγειακές εγκεφαλικές ανεπιθύμητες ενέργειες συγκρινόμενοι με το 0,6% των ασθενών που έλαμβαναν το εικονικό φάρμακο στις δοκιμές αυτές. Η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Ωστόσο, σε μια από τις δοκιμές αυτές, μια μελέτη καθορισμένης δόσης, υπήρχε σημαντική σχέση δόσης-έκτασης για τις αγγειακές εγκεφαλικές ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς που έλαβαν αριππραζόλη.

Το ABILIFY δεν ενδείκνυται για τη θεραπεία ψύχωσης που σχετίζεται με την άνοια.

Υπεργλυκαιμία και Σακχαρώδης Διαβήτης: έχει αναφερθεί υπεργλυκαιμία, μερικές φορές ακραία και σχετιζόμενη με κετοξέωση ή υπερωσμωτικό κύμα ή θάνατο, σε ασθενείς που έλαβαν άτυπες αντιψυχωσικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένου του ABILIFY. Παράγοντες κινδύνου που πιθανόν να προδιαθέσουν τους ασθενείς έναντι σοβαρών επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένων παχυσαρκία και οικογενειακό ιστορικό διαβήτη. Σε κλινικές δοκιμές με αριππραζόλη, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με υπεργλυκαιμία (περιλαμβανομένου του σακχαρώδους διαβήτη) ή με μη-φυσιολογικές ερπυστιακές τιμές γλυκαμίας σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Ακριβείς εκτιμήσεις κινδύνου ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με υπεργλυκαιμία σε ασθενείς που έλαβαν ABILIFY και με άλλους αντιψυχωσικούς παράγοντες, δεν είναι διαθέσιμες για να επιτρέψουν άμεσες συγκρίσεις. Οι ασθενείς που λαμβάνουν οποιοδήποτε αντιψυχωσικό παράγοντα περιλαμβανομένου και του ABILIFY, πρέπει να παρακολουθούνται για σημεία και συμπτώματα υπεργλυκαιμίας (όπως πολυψυα, πολυουρία, πολυφαγία και εξάθειση) και οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή με παράγοντες κινδύνου για σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά για επιδείνωση του ελέγχου της γλυκόζης.

Υπερευαίσθησία: όπως με άλλα φάρμακα, με την αριππραζόλη είναι δυνατό να εκδηλωθούν αντιδράσεις υπερευαισθησίας, που χαρακτηρίζονται από αλλεργικά συμπτώματα (βλέπε παράγραφο 4.8).

Αύξηση βάρους: αύξηση βάρους παρατηρείται συχνά στους πάσχοντες από σχιζοφρένεια και διπολική νόσημα λόγω συν-υπορρύθμισης, χρήσης αντιψυχωσικών που είναι γνωστό ότι προκαλούν αύξηση βάρους, κακής διαίτησης του τρόπου ζωής, και ενδέχεται να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές. Αύξηση βάρους έχει αναφερθεί μεταξύ ασθενών που έλαβαν ABILIFY, μετά την κυκλοφορία. Όταν παρατηρείται, συμβαίνει συνήθως σε εκείνους με σημαντικούς παράγοντες κινδύνου όπως ιστορικό διαβήτη, διαταραχή του θυρεοειδούς ή αδένωμα της υπόφυσης. Σε κλινικές δοκιμές η αριππραζόλη δεν φάνηκε να προκαλεί κλινικά σημαντική αύξηση βάρους (βλέπε παράγραφο 5.1).

Λυσοζμία: η υποκνητικότητα του οσφυογόνου και η εισρόφηση έχουν συσχετισθεί με τη χρήση αντιψυχωσικής θεραπείας, συμπεριλαμβανομένου του ABILIFY. Η αριππραζόλη και οι άλλες αντιψυχωσικές δραστικές ουσίες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή σε ασθενείς με κίνδυνο πνευμονίας από εισρόφηση.

Λακτόζη: τα δισκία ABILIFY περιέχουν λακτόζη. Ασθενείς με σπάνια κληρονομικά προβλήματα δυσανεξίας στη γαλακτοζη, ανεπάρκεια λακτάσης larr ή διασπορόφηση γλυκόζης-γαλακτόζης δεν πρέπει να παίρνουν αυτό το φαρμακευτικό προϊόν.

ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ

Ασθενείς με φαινυλκετοουρία: τα διασπείρομενα στο στόμα δισκία ABILIFY περιέχουν ασαρτάμης, μια πηγή φαινυλalanίνη που μπορεί να είναι επιβλαβής σε άτομα με φαινυλκετοουρία.

ΠΟΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ

Λυσοζμία:

Το πόσιμο διάλυμα περιέχει φρουκτόζη. Ασθενείς με σπάνια κληρονομικά προβλήματα δυσανεξίας στη φρουκτόζη δεν πρέπει να πάρουν το φαρμακευτικό προϊόν αυτό.

Το πόσιμο διάλυμα περιέχει παραιδουρζοβενζοϊκό μεθυλεστερά και παραιδουρζοβενζοϊκό προπυλεστερά που μπορεί να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις (πιθανόν καθυστερημένες).

Το πόσιμο διάλυμα περιέχει σακχαρόζη. Ασθενείς με σπάνια κληρονομικά προβλήματα δυσανεξίας στη φρουκτόζη, διασπορόφησης γλυκόζης-γαλακτόζης ή ανεπάρκειας σακχαράσης-ισομαλτάσης δεν πρέπει να πάρουν το πόσιμο διάλυμα.

4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπιδράσης

Λόγω του ανταγωνισμού του με τους α₁-ανδρενεργικούς υποδοχείς, η αριππραζόλη έχει τη δυνατότητα να ενισχύει την ενέργεια ορισμένων αντισπασμωδικών παραγόντων.

Επειδή η αριππραζόλη δρα κυρίως στο ΚΝΣ, θα πρέπει να εφιστάται η προσοχή όταν η αριππραζόλη λαμβάνεται μαζί με οινόπνευμα (αλκοόλη) ή άλλα φαρμακευτικά προϊόντα του ΚΝΣ με αλληλεπικαλυπτόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως η καταστολή (βλέπε παράγραφο 4.8).

Θα πρέπει να εφιστάται η προσοχή εάν η αριππραζόλη χορηγηθεί ταυτόχρονα με φαρμακευτικά προϊόντα που είναι γνωστό ότι προκαλούν παράταση του QT ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Δυνατότητα άλλων φαρμακευτικών προϊόντων να επηρεάσουν το ABILIFY:

Ένας αποκλειστής του γαστρικού οξέος, ο ανταγωνιστής Η2 φαμοτιδίνη, μειώνει την ταχύτητα απορρόφησης της αριππραζόλης, αλλά η δράση αυτή δεν θεωρείται ως κλινικά σημαντική.

Η αριππραζόλη μεταβολίζεται με πολλαπλές οδούς, στις οποίες συμμετέχουν τα ένζυμα CYP2D6 και CYP3A4 αλλά όχι τα ένζυμα CYP1A. Επομένως, δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης για τους καπνιστές.

Σε μια κλινική δοκιμή με υγιείς εθελοντές, ένας ισχυρός αναστολέας του CYP2D6 (κινιδίνη) αύξησε την AUC της αριππραζόλης κατά 107%, ενώ η C_{max} παρέμεινε αναλλοίωτη. Η AUC και η C_{max} της δευτέρο-αριππραζόλης, που είναι ο ενεργός μεταβολίτης, μειώθηκαν κατά 32% και 47%. Η δόση του ABILIFY θα πρέπει να μειωθεί περίπου στο μισό της ανταγογραφούμενης, όταν υπάρχει συγχρόνηση του ABILIFY με κινιδίνη. Άλλοι ισχυροί αναστολείς του CYP2D6, όπως φλουοξετίνη και παροξετίνη, μπορεί να αναμένεται να έχουν παρόμοιες ενέργειες και γι' αυτό θα πρέπει να γίνονται παρόμοιες μειώσεις στη δόση.

Σε μια κλινική δοκιμή με υγιείς εθελοντές, ένας ισχυρός αναστολέας του CYP3A4 (κετοκοναζόλη) αύξησε την AUC και τη C_{max} της αριππραζόλης κατά 63% και 37%, αντίστοιχως. Η AUC και η C_{max} της δευτέρο-αριππραζόλης, αυξήθηκαν κατά 77% και 43%, αντίστοιχως. Η ταυτόχρονη χρήση ουσιών που προκαλούν ασθενή μεταβολισμό στο CYP2D6, συγχρόνως με ισχυρούς αναστολείς του CYP3A4 μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερες συγκεντρώσεις αριππραζόλης στο πλάσμα σε σύγκριση με εκείνες τις ουσίες που προκαλούν εκτεταμένο μεταβολισμό στο CYP2D6. Όταν εξετάζεται ταυτόχρονη χορήγηση κετοκοναζόλης ή άλλου ισχυρού αναστολέα CYP3A4 με το ABILIFY, τα ενδεχόμενα οφέλη θα πρέπει να υπερακλόνηται στους ενδεχόμενους κινδύνους για τον ασθενή. Όταν υπάρχει ταυτόχρονη χορήγηση κετοκοναζόλης με ABILIFY, η δόση του ABILIFY θα πρέπει να ελαττώνεται περίπου στο μισό της ανταγογραφούμενης. Άλλοι ισχυροί αναστολείς του CYP3A4, όπως η τρακοναζόλη και οι αναστολείς πρωτεάσης του HIV, μπορεί να αναμένεται ότι θα έχουν παρόμοιες ενέργειες και γι' αυτό θα πρέπει να γίνονται παρόμοιες μειώσεις στη δόση.

Μόλις διακοπεί η χορήγηση αναστολέα του CYP2D6 ή 3A4, η δόση του ABILIFY θα πρέπει να αυξάνεται στο επίπεδο που ήταν πριν από την έναρξη της θεραπείας με το συνδυασμό.

Όταν χρησιμοποιούνται ασθενείς αναστολέας του CYP3A4 (π.χ. διλταζέμη ή εσταποπράμη) ή του CYP2D6 ταυτόχρονα με το ABILIFY, είναι πιθανός αναμενόμενες μικρές αυξήσεις των συγκεντρώσεων της αριππραζόλης.

Μετά την ταυτόχρονη χορήγηση καρβαμαζεπίνης, ενός ισχυρού επαγωγέα CYP3A4, οι γεωμετρικές μέσες τιμές της C_{max} και της AUC της αριππραζόλης ήταν 68% και 73% χαμηλότερες, αντίστοιχα, σε σύγκριση με αυτές όταν η αριππραζόλη (30 mg) χορηγήτο σε μονοθεραπεία. Παρομοίως, οι γεωμετρικές μέσες τιμές της C_{max} και της AUC της δευτέρο-αριππραζόλης μετά από συγχρόνηση με καρβαμαζεπίνη ήταν 69% και 71% χαμηλότερες, αντίστοιχα, σε σύγκριση με αυτές μετά από μονοθεραπεία με αριππραζόλη.

Η δόση του ABILIFY θα πρέπει να διπλασιαστεί όταν υπάρχει ταυτόχρονη χορήγηση του ABILIFY με καρβαμαζεπίνη. Άλλοι ισχυροί επαγωγείς του CYP3A4 (όπως ριφαμπικίνη, ριφαμπικίνη φανουσίλη, φανοβαρβιτάλη, πριμιδόνη, εφραβιζόλη, νεφραντίνη και υπερικό (St. John's Wort)) μπορεί να αναμένεται να έχουν παρόμοιες ενέργειες και γι' αυτό θα πρέπει να γίνονται παρόμοιες αυξήσεις στη δόση. Μόλις διακοπεί η χορήγηση των ισχυρών επαγωγών του CYP3A4, η δοσολογία του ABILIFY θα πρέπει να μειώνεται στη συνιστώμενη δόση.

Όταν συγχρηγήθηκαν είτε βαλπροϊκό είτε λίθιο μαζί με αριπραζόλη, δεν υπήρξε κλινικός σημαντική αλλαγή στις συγκεντρώσεις της αριπραζόλης.

Δυνατότητα του ABILIFY να επηρεάζει άλλα φαρμακευτικά προϊόντα:

Σε κλινικές μελέτες, δόσεις αριπραζόλης 10-30 mg ημερησίως, δεν είχαν σημαντική επίδραση στο μεταβολισμό των υποστρωμάτων CYP2D6 (αναλογία δεξτροεθορφάνης/3-μεθοχγορρίθινας), 2C9 (βαρφαρόλη), 2C19 (ομεπραζόλη) και 3A4 (δεξτρομεθορφάνη). Επιπλέον, η αριπραζόλη και η δεϊύδρο-αριπραζόλη δεν έδειξαν ότι μπορούν να μεταβολιστούν το μεταβολισμό που γίνεται με τη μεσολάβηση του CYP1A2, *in vitro*. Ως εκ τούτου, η αριπραζόλη είναι απίθανο να προκαλέσει με φαρμακευτικά προϊόντα κλινικός σημαντικές αλληλεπιδράσεις που πραγματοποιούνται με τη μεσολάβηση αυτών των ενζύμων.

Όταν η αριπραζόλη χορηγήθηκε ταυτόχρονα με βαλπροϊκό, λίθιο ή λαμοτριγίνη, δεν υπήρξε κλινικά σημαντική μεταβολή στις συγκεντρώσεις του βαλπροϊκού, του λίθιου ή της λαμοτριγίνης.

4.6 Γονιμότητα, κύηση και γαλουχία

Δεν έχουν πραγματοποιηθεί επαρκείς και καλά ελεγχόμενες δοκιμές με αριπραζόλη σε εγκύους γυναίκες. Έχουν αναφερθεί συγγενείς ανωμαλίες⁴ ωστόσο, δεν αποδείχθηκε αιτιολογικός συσχετισμός με την αριπραζόλη. Μελέτες σε πειραματόζωα δεν αποκλείουν πιθανή αναπτυξιακή τοξικότητα (βλέπε παράγραφο 5.3). Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται ότι πρέπει να αναφέρουν στο γιατρό τους εάν μείνουν έγκυες ή προτίθενται να μείνουν έγκυες κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αριπραζόλη. Λόγω ανεπαρκούς πληροφόρησης για την ασφάλεια στον άνθρωπο και των ερωτηματικών που δημιουργήθηκαν από τις μελέτες αναπαραγωγής σε πειραματόζωα, το φαρμακευτικό αυτό προϊόν δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε περίπτωση κύησης εκτός εάν το αναμενόμενο όφελος δικαιολογεί σωφώς τους πιθανό κίνδυνο για το έμβryo.

Η αριπραζόλη απεκκρίθηκε στο γάλα των αρουαίων στους οποίους χορηγήθηκε αριπραζόλη, κατά την περίοδο της γαλουχίας. Δεν είναι γνωστό εάν η αριπραζόλη απεκκρίνεται στο ανθρώπινο γάλα. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται ότι δεν πρέπει να θηλάζουν εάν λαμβάνουν αριπραζόλη.

4.7 Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών

Όπως και με άλλα αντιψυχωσικά φάρμακα, θα πρέπει να εισαχτούν η εισαγωγή ή η προσοχή ή των ασθενών που χειρίζονται επικινδύνες μηχανές συμπεριλαμβανομένων των αυτοκινήτων μέχρι να βεβαιωθούν επαρκώς ότι η αριπραζόλη δεν τους επηρεάζει δυσμενώς (βλέπε παράγραφο 4.8).

4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι συνήθετερα αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες σε μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο είναι ακαθψρία και ναυτία, κάθε μια εμφανιζόμενη σε περισσότερο από 3% των ασθενών που έλαβαν από το στόματος αριπραζόλη.

Οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίσθηκαν περισσότερο συχνά (≥ 1/100) από ό, τι με το εικονικό φάρμακο ή θεωρήθηκαν ως ενδεχομένως ιατρικός σημαντικές ανεπιθύμητες αντιδράσεις (*):

Η συχνότητα που αναφέρεται παρακάτω ορίζεται χρησιμοποιώντας την ακόλουθη σύμβαση: συχνές (≥ 1/100 έως < 1/10), και όχι συχνές (≥ 1/1.000 έως < 1/100).

Ψυχιατρικές διαταραχές <i>Συχνές:</i> ανησυχία, αισπίνια, άγχος <i>Όχι συχνές:</i> κατάθλιψη*
Διαταραχές του νευρικού συστήματος <i>Συχνές:</i> εξωσυμπτωμιακή διαταραχή, ακαθψρία, τρόμος, ζάλη, υπνηλία, καταστολή, κεφαλαλγία
Οφθαλμικές διαταραχές <i>Συχνές:</i> θαμιά όραση
Καρδιακές διαταραχές <i>Όχι συχνές:</i> ταχυκαρδία*
Αγγειακές διαταραχές <i>Όχι συχνές:</i> ορθοστατική υπόταση*
Διαταραχές του γαστρεντερικού <i>Συχνές:</i> δυσπεψία, έμετος, ναυτία, δυσκοιλιότητα, υπερέκκριση σατόμην
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης <i>Συχνές:</i> κόπωση

Εξωσυμπτωμια συμπτώματα (ΕΠΣ): *Σχιζοφρένεια* - σε μια μακράς διάρκειας 52 εβδομάδων ελεγχόμενη δοκιμή, οι ασθενείς που έλαβαν αριπραζόλη εμφάνισαν αναλυτικά μικρότερη συχνότητα (25,8%) ΕΠΣ, περιλαμβανομένων παρκινονομιαού, ακαθψρίας, δυστονίας και δυσκηνρίας σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν θεραπεία με αλοπεριδόλη (57,3%). Σε μια δοκιμή μακράς διάρκειας 26 εβδομάδων ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, η συχνότητα εμφάνσης ΕΠΣ ήταν 19% για τους ασθενείς που έλαβαν αριπραζόλη και 13,1% για τους ασθενείς που ελάμβαναν το εικονικό φάρμακο. Σε μια άλλη ελεγχόμενη δοκιμή μακράς διάρκειας, 26 εβδομάδων, η συχνότητα εμφάνσης ΕΠΣ ήταν 14,8% για τους ασθενείς που έλαβαν αριπραζόλη και 15,1% για τους ασθενείς που έλαβαν ολανζαπίνη. *Μανιακά επεισόδια στη Διπολική Διαταραχή τύπου 1* - σε μια ελεγχόμενη δοκιμή 12 εβδομάδων, η επίπτωση ΕΠΣ ήταν 23,5% για τους ασθενείς που έλαβαν αριπραζόλη και 53,3% για τους ασθενείς που έλαβαν αλοπεριδόλη. Σε μια άλλη δοκιμή 12 εβδομάδων, η επίπτωση ΕΠΣ ήταν 26,6% για τους ασθενείς που έλαβαν αριπραζόλη και 17,6% για αυτούς που έλαβαν λίθιο. Στη μακροχρόνια φάση συντήρησης 26 εβδομάδων μιας δοκιμής ελεγχόμενης με εικονικό φάρμακο, η επίπτωση ΕΠΣ ήταν 18,2% για τους ασθενείς που έλαβαν αριπραζόλη και 15,7% για τους ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο.

Σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δοκιμές, η επίπτωση της ακαθψρίας σε διπολικούς ασθενείς ήταν 12,1% με την αριπραζόλη και 3,2% με το εικονικό φάρμακο. Σε ασθενείς με σχιζοφρένεια η επίπτωση ακαθψρίας ήταν 6,2% με την αριπραζόλη και 3,0% με το εικονικό φάρμακο.

Δυστονία: *Επίδραση της Καταψρίας:* Συμπτώματα δυστονίας, παρατεταμένων μη φυσιολογικών σπασμών μυϊκών ομάδων, μπορεί να εμφανισθούν σε ευαίσθητα άτομα κατά τις πρώτες ημέρες της θεραπείας. Συμπτώματα δυστονίας περιλαμβάνουν: σπασμούς των μύων του λαιμού, πολλές φορές εξελισσόμενοι σε σύσφιξη του λαιμού, δυσκολία κατάποσης, δυσκολία αναπνοής και προεκβολή της γλώσσας. Ενώ τα συμπτώματα αυτά μπορεί να εμφανισθούν σε χαμηλές δόσεις, εμφανίζονται συχνότερα και με μεγαλύτερη βαρύτητα με υψηλές δραστικότητας και σε υψηλότερες δόσεις αντιψυχωσικών φαρμάκων πρώτης γενιάς. Παρρηρείται αυξημένος κίνδυνος οξείας δυστονίας σε άρρηνες και νεαρές ηλικιακές ομάδες.

Από τη σύγκριση μεταξύ αριπραζόλης και εικονικού φαρμάκου, όσον αφορά το ποσοστό των ασθενών που εμφάνισαν δυνητικά κλινικός σημαντικές αλλαγές στις συνήθεις ερωτηριακές και λιπιδαιμικές παραμέτρους (βλέπε παράγραφο 5.1), δεν προέκυψαν ιατρικός σημαντικές διαφορές. Παρρηρήθηκαν γενικά παροδικές και ασυμπτωματικές αυξήσεις της CRP (κρεατινοφωσφοκινάση) στο 3,5% των ασθενών που έλαβαν αριπραζόλη σε σύγκριση με το 2,0% των ασθενών που έλαβαν εικονικό φάρμακο.

Άλλα ευρήματα:

Ανεπιθύμητες ενέργειες που είναι γνωστές ότι συσχετίζονται με την αντιψυχωσική θεραπεία και έχουν επίσης αναφερθεί κατά τη διάρκεια θεραπειας με αριπραζόλη, περιλαμβάνουν κακήθες νευροληπτικό σύνδρομο, όψημη δυσκηνρία, σπασμούς, αγγειακές εγκεφαλικές ανεπιθύμητες ενέργειες και αυξημένη θνησιμότητα σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια, υπεργλυκαιμία και σακχαρώδη διαβήτη (βλέπε παράγραφο 4.4).

Παιδιατρικός πληθυσμός:

Σε βραχυχρόνια ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική μελέτη που περιελάμβανε 302 εφήβους (13-17 ετών) με σχιζοφρένεια, η συχνότητα και το είδος των ανεπιθύμητων ενεργειών ήταν παρόμοιες με εκείνες ενήλικων, εκτός από τις ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν συχνότερα σε εφήβους που έλαβαν αριπραζόλη απ' ό, τι σε ενήλικους που έλαβαν αριπραζόλη (και συχνότερα σε σχέση με το εικονικό φάρμακο): υπνηλία/καταστολή και εξωσυμπτωμιακή διαταραχή αναφέρθηκαν πολύ συχνά (≥ 1/10), και ζηροστομία, αυξημένη όρεξη και ορθοστατική υπόταση αναφέρθηκαν συχνά (≥ 1/100, < 1/10).

Η εικόνα ασφαλείας σε ανοιχτή μελέτη επέκτασης 26 εβδομάδων ήταν παρόμοια με εκείνη που παρρηρήθηκε στη βραχυχρόνια ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη.

Μετά την κυκλοφορία:

Οι παρακάτω ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν αναφερθεί κατά τη διάρκεια της μετά την κυκλοφορία παρακολούθησης. Η συχνότητα αυτών των ενεργειών θεωρείται ως μη γνωστή (δεν μπορεί να υπολογισθεί από τα διαθέσιμα στοιχεία).

Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος:	λευκοπενία, ουδετεροπενία, θρομβοπενία
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος:	αλλεργική αντίδραση (π.χ. αναφυλακτική αντίδραση, αγγειοοίδημα περιλαμβανομένης διογκωμένης γλώσσας, οίδημα γλώσσας, οίδημα προσώπου, κνησμός, ή κνίδωση)
Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος:	υπεργλυκαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, διαβητική κετοξέωση, διαβητικό υπερωσμωτικό κώμα
Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης:	αίσθηση βάρους, απώλεια βάρους, ανορεξία, υπονατριαιμία
Ψυχιατρικές διαταραχές:	διέγερση, νευρικότητα, απώερα αυτοκτονίας, αυτοκτονικές ιδεασμός και "επιτυχής" αυτοκτονία (βλέπε παράγραφο 4.4)
Διαταραχές του νευρικού συστήματος:	διαταραχή λόγου, Κακήθες Νευροληπτικό Σύνδρομο (NMS), σπασμός γενικευμένης επιληψίας
Καρδιακές διαταραχές:	παράταση QT, κοιλιακές αρρυθμίες, αφινιδός θάνατος άγνωστης αιτιολογίας, καρδιακή ανακοπή, κοιλιακή ταχυκαρδία δικην ρητίδιου, βροδοκαρδία
Αγγειακές διαταραχές:	συγκοπή, υπέρταση, φλεβική θρομβοεμβολή (περιλαμβανομένων πνευμονικής εμβολής και εν του βάρβη φλεβικής θρομβωσης)
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου:	σπασμός στοματοφάρυγγα, λαρυγγόσπασμος, πνευμονία από εισρόφηση
Διαταραχές του γαστρεντερικού :	παγκρεατίτιδα, δυσοαγία, κοιλιακή δυσοαγία, δυσοαγία του στομάχου, διάρροια
Διαταραχές του ήπατος και του χοληφόρου:	ίκερος, ηπατίτιδα, αυξημένη Αμινοτρανφεράση της Αλανίνης (ALT), αυξημένη Ασπαρτική Αμινοτρανφεράση (AST), αυξημένη Γάμμα Γλουταμυλτρανφεράση (GGT), αυξημένη αλκαλική φωσφατάση
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού:	εξάνθημα, αντίδραση από φωτοευαισθησία, αλωπεκία, υπεριδρώση

Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού:	ροβδομυλολυση, μυαλγία, δυσκαμψία
Διαταραχές των νεφρών και του ουροφόρου οδού:	ακράτεια ούρων, κατακράτηση ούρων
Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού:	πρλασιμός
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης:	διαταραχή ρύθμισης της θερμοκρασίας (π.χ. υποθερμία, πυρεξία), θωρακικό άλγος, περιφερικό οίδημα
Παρακλινικές εξετάσεις:	αυξημένη Κρεατινοφωσφοκινάση, αυξημένη γλυκόζη αίματος, διακύμανση γλυκόζης αίματος, αυξημένη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίη

4.9 Υπερδοσολογία

Από τις κλινικές δοκιμές και την εμπειρία μετά την κυκλοφορία, διαπιστώθηκαν τυχαίες ή με πρόθεση οξείες υπερδοσολογίες μονοθεραπείας της αριπραζόλης σε ενήλικες ασθενείς με αναφερθείσες δόσεις που εκτιμώνται μέχρι και 1.260 mg χωρίς θανάτους. Τα πιθανά ιατρικά σημαντικά σημεία και συμπτώματα που παρρηρήθηκαν περιελάμβαναν λήθαργο, αυξημένη αρτηριακή πίεση, υπνηλία, ταχυκαρδία, ναυτία, έμετο και διάρροια. Επιπλέον, έχουν ληφθεί αναφορές τυχαίας υπερδοσολογίας σε μονοθεραπεία με αριπραζόλη (μέχρι 195 mg) σε παιδιά χωρίς θανάτους. Τα δυνατικά ιατρικός σοβαρά σημεία και συμπτώματα που αναφέρθηκαν περιελάμβαναν υπνηλία, παροδική απώλεια συνείδησης και εξωσυμπτωμια συμπτώματα.

Η αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας πρέπει να επικεντρώνεται στην υποστηρικτική θεραπεία, με διατήρηση της επάρκειας των αεραγωγών οδών, της οξυγόνωσης και του καλού αερισμού και της συμπτωματικής αντιμετώπισης. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα εμπλοκής πολλών φαρμακευτικών προϊόντων. Γι' αυτό θα πρέπει να ξεκινάει αμέσως καρδιοαναγειακή παρακολούθηση και θα πρέπει να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση για την ανίχνευση πιθανών αρρυθμιών. Μετά από απομάχηση διαπιστωμένη ή ύππτη υπερδοσολογία με αριπραζόλη, ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται σε στενή ιατρική επίβλεψη και παρακολούθηση μέχρις ότου ανακάμψει.

Ενεργός άνδρακος (50 g) χορηγούμενος μια ώρα μετά την αριπραζόλη, ελάττωσε τη C_{max} της αριπραζόλης κατά 41% περίπου και την AUC κατά 51% περίπου, υποδεικνύοντας ότι ο άνδρακος μπορεί να είναι αποτελεσματικός στη θεραπεία της υπερδοσολογίας.

Αν και δεν υπάρχει πληροφόρηση για την επίδραση της αιμοκάθαρσης στην αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας με αριπραζόλη, η αιμοκάθαρση είναι απίθανο να είναι χρήσιμη στη αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας επειδή η αριπραζόλη είναι εκτεταμένα συνδεδεμένη με τις πρωτεΐνες του πλάσματος.

6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

6.1 Κατάλογος εκδόχων

ΔΙΣΚΙΑ 10 mg: Λακτόζη μονοδριική, Άμυλο αραβοσίτου, Μικροκρυσταλλική κντταρίνη, Υδροξυπροπυλική κντταρίνη, Στεατικό μαγνήσιο, Κόκκινο οξειδίο του σιδήρου (E172)

ΔΙΣΚΙΑ 15 mg: Λακτόζη μονοδριική, Άμυλο αραβοσίτου, Μικροκρυσταλλική κντταρίνη, Υδροξυπροπυλική κντταρίνη, Στεατικό μαγνήσιο, Κίτρινο οξειδίο του σιδήρου (E172)

ΔΙΣΚΙΑ 30 mg: Λακτόζη μονοδριική, Άμυλο αραβοσίτου, Μικροκρυσταλλική κντταρίνη, Υδροξυπροπυλική κντταρίνη, Στεατικό μαγνήσιο, Κόκκινο οξειδίο του σιδήρου (E172)

ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ 10 mg: Πυριτικό αβέστιο, Καρμελλόζη ντριούχος διασταυρούμενη, Κροσποιδόνη, Διοξειδίο του πυριτίου, Ξυλιτόλη, Μικροκρυσταλλική κντταρίνη, Ασπαρτάμη (E951), Καλιούχος ακεσυλόφωμη, Βελτιωτικό γεύσης βανιλίνη (περιλαμβανομένων βανιλίνης και αιθυλοβανιλίνης), Τρυγικό οξύ, Στεατικό μαγνήσιο, Κόκκινο οξειδίο του σιδήρου (E172)

ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ 15 mg: Πυριτικό αβέστιο, Καρμελλόζη ντριούχος διασταυρούμενη, Κροσποιδόνη, Διοξειδίο του πυριτίου, Ξυλιτόλη, Μικροκρυσταλλική κντταρίνη, Ασπαρτάμη (E951), Καλιούχος ακεσυλόφωμη, Βελτιωτικό γεύσης βανιλίνη (περιλαμβανομένων βανιλίνης και αιθυλοβανιλίνης), Τρυγικό οξύ, Στεατικό μαγνήσιο, Κίτρινο οξειδίο του σιδήρου (E172)

ΠΟΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ: Αιθυλονοδιαιμονιτραεορικό νάτριο, Φρουκτόζη, Γλυκερίνη, Γαλακτικό οξύ, Παραιόδουβενζοϊκός μεθυλεστεράς (E218), Προπυλενογλυκόλη, Παραιόδουβενζοϊκός προπυλεστεράς (E216), Υποξειδίο του νατρίου, Σακχαρόζη, Ύδωρ κεκαθαμένο, Φυσικό βελτιωτικό γεύσης πορτοκαλι τύπου κρέμας με άλλα φυσικά βελτιωτικά γεύσης.

6.2 Ασυμβατότητες

Το πόσιμο διάλυμα δεν πρέπει να αραιώνεται με άλλα υγρά ή να αναμειγνύεται με οποιαδήποτε τροφή πριν από τη χορήγηση.

6.3 Διάρκεια ζωής

ΔΙΣΚΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ: 3 χρόνια
ΠΟΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ: 3 χρόνια. Μετά το πρώτο άνοιγμα: 6 μήνες

6.4 Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά την φύλαξη του προϊόντος

ΔΙΣΚΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ: Φυλάσσετε από την αρχική συσκευασία για να προστατευτείται από την υγρασία. **ΠΟΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ:** Δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες διατήρησης για το προϊόν αυτό.

6.5 Φύση και συστατικά του περιέκτη

ΔΙΣΚΙΑ: Διάτρητες ανά μονάδα δόσης κυψέλες αλουμινίου σε κουτιά των 28 x 1 δισκίων.

ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ: Κουτί των 28 x 1 δισκίων σε διάτρητες κυψέλες μιας δόσης από αλουμίνιο ψυχρής διαμόρφωσης.

ΠΟΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ: Φιάλες PET με πύμα ασφαλείας για τα παιδιά από πολυπροπυλένη, που περιέχουν 150 ml ανά φιάλη. Κάθε κουτί περιέχει 1 φιάλη και ένα βαθμονόμετρο κίελλο μέτρησης από πολυπροπυλένη και επίσης ένα βαθμονόμετρο σταγονόμετρο πολυπροπυλένη χωρίς πυκνότητας πολυαιθυλένη.

6.6 Ιδιαίτερες προφυλάξεις απόρριξης

Κάθε προϊόν που δεν έχει χρησιμοποιηθεί ή υπολείμμα πρέπει να απορριφθεί σύμφωνα με τις κατά τόπους ισχύουσες σχετικές διατάξεις.

7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.
Hunton House, Highbridge Business Park, Oxford Road
Uxbridge - Middlesex UB8 1HU - Ηνωμένο Βασίλειο

8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

ΔΙΣΚΙΑ 28 x 10 mg: EU/1/04/276/007

ΔΙΣΚΙΑ 28 x 15 mg: EU/1/04/276/012

ΔΙΣΚΙΑ 28 x 30 mg: EU/1/04/276/017

ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ 28 x 10 mg: EU/1/04/276/025

ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ 28 x 15 mg: EU/1/04/276/028

ΠΟΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ 1 mg/ml - 150 ml: EU/1/04/276/034

9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 4 Ιουνίου 2004

Ημερομηνία τελευταίας ανανέωσης: 4 Ιουνίου 2009

10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΡΣΗΣ ΤΟΥ ΚΙΜΕΝΟΥ

03/2010

Λεπτομερή πληροφοριακά στοιχεία για το προϊόν είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (EMA) http://www.emea.europa.eu/.

ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Για οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με το ABILIFY, παρακαλείσθε να απευθυνθείτε στον τοπικό αντιπρόσωπο του Κατόχου της Άδειας Κυκλοφορίας: Bristol-Myers Squibb A.E., Αττικής 49-53 & Προποντιδός 2, Τ.Κ. 152 35 Βρληύσσα, Αττική, GR 63883 - Βρληύσσα Τ.Κ. 152 03, Αττική, Τηλ. 210 6074300 & 210 6074400, Φαξ 210 6074333, ΑΡΜ.Α.Ε. 62772/01ΑΤ/Β/07/148. ΑΙΛΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ: **Abilify Tabs** bt 28 x 10mg: 142,16€, **Abilify Tabs** bt 28 x 15mg: 136,12€, **Abilify Tabs** bt 28 x 30mg: 242,05€. **Abilify disp tabs** bt 28 x 10mg: 144,28€, **Abilify disp. tabs** bt 28 x 15mg: 145,47€ **Abilify OS** 1mg/ml-150 ml: 169,44€. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΤΙΜΗ: **Abilify Tabs** bt 28 x 10mg: 82,54€, **Abilify Tabs** bt 28 x 15mg: 79,03€, **Abilify Tabs** bt 28 x 30mg:140,53€. **Abilify disp. tabs** bt 28 x 10mg: 83,76€, **Abilify disp. tabs** bt 28 x 15mg: 84,46€. **Abilify OS** 1mg/ml-150 ml: 98,37€ ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΠΟ ΤΑ ΤΑΜΕΙΑ: 100%

Βοηθήστε να γίνουν όλα τα φάρμακα πιο ασφαλή: Συμληρώστε την **"ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"**

Αναφέρατε: **ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα **ΝΕΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Τις **ΣΟΒΑΡΕΣ** ανεπιθύμητες ενέργειες για τα **ΓΝΩΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Bristol-Myers Squibb A.E

Αττικής 49-53 & Προποντιδός 2, Τ.Κ. 152 35 Βρληύσσα, Αττική, GR 63883 - Βρληύσσα

Τ.Κ. 152 03, Αττική,

Τηλ. 210 6074300 & 210 6074400, Φαξ 210 6074333,

ΑΡΜ.Α.Ε. 62772/01ΑΤ/Β/07/148

ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ "ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ"

(Υποβάλλεται μαζί με την εργασία, τρία φωτοαντίγραφα της εργασίας και την αντίστοιχη δισκέτα ή με την αποστολή ηλεκτρονικού αντιγράφου με e-mail)

• Παρακαλώ συμπληρώστε/τσεκάρετε όλα τα σημεία του εντύπου

• Είδος εργασίας (σημειώστε με X):

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΥΝΤΟΜΟ ΑΡΘΡΟ

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

ΓΕΝΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

• Τίτλος εργασίας

.....

• Ονοματεπώνυμο συγγραφέων

.....

.....

• Φορέας ή Κέντρο (α), από το οποίο προέρχεται η εργασία

.....

.....

• Υπεύθυνος συγγραφέας για την αλληλογραφία

Όνοματεπώνυμο

Διεύθυνση

Τηλέφωνο Fax: E-mail:

• Επιβεβαιώστε (σημειώστε με X) όλα τα παρακάτω σημεία της εργασίας μας:

Περίληψη της εργασίας στα ελληνικά και αγγλικά, σύμφωνα με τις προδιαγραφές του περιοδικού

4-5 λέξεις ευρετηρίου στα ελληνικά και στα αγγλικά

Αντιστοιχία των βιβλιογραφικών αναφορών του κειμένου με τον κατάλογο της βιβλιογραφίας, που παρατίθεται στο τέλος του άρθρου

Καταγραφή των βιβλιογραφικών αναφορών σύμφωνα με τις προδιαγραφές της «Ψυχιατρικής»

Οι συγγραφείς της εργασίας συμφωνούν με το περιεχόμενο της, τη δημοσίευσή της στο περιοδικό "Ψυχιατρική" και τη μεταβίβαση των συγγραφικών δικαιωμάτων στο περιοδικό. Το ίδιο κείμενο δεν έχει δημοσιευθεί ούτε έχει υποβληθεί για δημοσίευση σε άλλο περιοδικό. Οι συγγραφείς δεν έχουν αντικρουόμενα συμφέροντα σε σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας και δηλώνουν ότι το πρωτόκολλο της έρευνας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής του Ιδρύματος όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Όλα τα άτομα που συμμετείχαν έδωσαν την συγκατάθεσή τους πριν συμπεριληφθούν στην έρευνα. Οι συγγραφείς ακόμη δηλώνουν ότι δεν υπήρξε πηγή οικονομικής υποστήριξης (εάν υπήρξε πρέπει να δηλωθεί).



Υπογραφές συγγραφέων

Ημερομηνία

SUBMISSION FORM TO THE JOURNAL "PSYCHIATRIKI"

(Should be submitted along with the original manuscript, three copies as well as a copy on a diskette or an electronic copy by e-mail)

- Please check (with X) and complete the following

- Type of the article:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> REVIEW ARTICLE | <input type="checkbox"/> RESEARCH PAPER | <input type="checkbox"/> BRIEF COMMUNICATION |
| <input type="checkbox"/> SPECIAL ARTICLE | <input type="checkbox"/> GENERAL ARTICLE | <input type="checkbox"/> CASE REPORT |

- Title of the paper

- Names and surnames of the authors

- Institute where the work was conducted

- Author responsible for the correspondence

Name and surname

Address

Tel:..... Fax: E-mail:

- Please confirm and check (with X) all the following points regarding the submission of your paper:

- Abstract according to instructions to contributors
- 4-5 key words
- Correspondence of the text's references to the reference list
- Recording of the references according to instructions to contributors of the journal "Psychiatriki"

The authors agree with the text of the paper the publication in the journal "Psychiatriki" and transfer the copyright to the publisher. The same paper did not publish or submitted for publication elsewhere. The authors do not have conflicting interests concerning the material submitted and state that the protocol of the research project has been approved by the Ethics Committee of the Institution within the work was under taken. All persons gave their informed consent prior to their inclusion in the study. The authors also declare that there are no sources of financial support (if any should be stated).



Authors' signature

Date