



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 προέδρου:
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 Gretsas
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

ΕΞΕΛΕΚΤΙΚΗ 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. Γαρυφάλλος
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. Μαρτίνογ
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. Καπρίνης, Μ. Διαλλινά

ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Δ. Πλουμπιδής
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 & ΒΙΑΙΩΝ 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. Tsiapas, 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. Giouzepas
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

Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ένα σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας αναζητά λύσεις <i>Ε. Βάρσου</i>	189
--	-----

Ανασκοπήσεις

Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία <i>Ο. Γιωτάκος</i>	195
Σχέση κατάθλιψης και καρκίνου <i>Α. Ηγουμένου</i>	205

Ερευνητική εργασία

Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης: Ελληνική προσαρμογή και ψυχομετρικές ιδιότητες <i>Μ. Οικονόμου, Ε. Πέππου, Ε. Λουκή, Μ. Χαρίτση, Κ.Ν. Στεφανής</i>	217
---	-----

Ειδικό άρθρο

Αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια διερεύνησης της διπολικότητας <i>Χ. Τσόπελας, Δ. Κωνσταντινίδου, Α. Δουζένης</i>	226
--	-----

Γενικά άρθρα

Θρησκευτικότητα, πνευματικότητα και ψυχοθεραπεία <i>Κ. Κιούλος</i>	240
Σκέψεις για τη φιλοσοφία της ψυχιατρικής πράξης <i>Ν. Κουτουβίδης</i>	247
Επιστημονικές εκδηλώσεις.....	254
Οδηγίες για τους συγγραφείς.....	257



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

Eating disorders: A serious problem of mental health seeks solution

E. Varsou 192

Reviews

Financial crisis and mental health

O. Giotakos..... 195

Relationship between depression and cancer

A. Igoumenou..... 205

Research article

Social Distance Scale: Greek adaptation and psychometric properties

M. Economou, E. Peppou, E. Louki, M. Charitsi, C.N. Stefanis 217

Special article

Self-assessment questionnaires for the investigation of bipolarity

Ch. Tsopelas, D. Konstantinidou, A. Douzenis..... 226

General articles

Religiosity, spirituality and psychotherapy

K. Kioulos 240

Thoughts on the philosophy of psychiatric practice

N. Koutouvidis..... 247

Future scientific meetings 254

Instructions to contributors..... 257

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ένα σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας αναζητά λύσεις

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ) αποτελούν μια ομάδα ψυχιατρικών διαταραχών με σημαντικές ιδιαιτερότητες, οι οποίες κατά γενική – διεθνή – ομολογία αποτελούν πρόκληση τόσο για την επιστημονική κοινότητα όσο και για το γενικό πληθυσμό. Ιδιαίτερα στη χώρα μας το ενδιαφέρον και η ανησυχία του κοινού αυξήθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια και ένας από τους λόγους είναι η στροφή των μέσων προς την «ενημέρωση» για τις διαταραχές αυτές. Συχνά, «δημοφιλείς» τηλεοπτικές εκπομπές ασχολούνται με την προβολή περιστατικών διασημοτήτων που πάσχουν από τη διαταραχή ή με την προβολή κάποιων δραματικών περιπτώσεων Ψυχογενούς Ανορεξίας (ΨΑ), οι οποίες περιγράφουν την οδύσσειά τους καθώς αναζητούσαν βοήθεια, περιπλανώμενες από παθολογικές κλινικές γενικών νοσοκομείων σε ιδιωτικά ιατρεία ψυχιάτρων που τους χορηγούσαν ψυχοφαρμακευτική αγωγή ή σε ιατρεία γυναικολόγων που τους χορηγούσαν αντισυλληπτικά!

Η πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα είναι διαφορετική και σχετίζεται με τις ιδιαιτερότητες των διαταραχών αυτών. Καταρχήν, τα άτομα που πάσχουν από ΔΠΤ είναι συχνά απρόθυμα να δεχθούν τη διαταραχή τους και αυτό περιπλέκει τη διάγνωση και καθυστερεί σημαντικά την αναζήτηση βοήθειας για την αντιμετώπισή τους. Οι ΔΠΤ, όπως είναι γνωστό, συνιστούν κατά κανόνα χρόνιες, δυσίατες και υφιέμενες ή υποτροπιάζουσες διαταραχές, που μάλιστα είναι δυνατόν στη μακροχρόνια πορεία τους να εξελίσσονται μεταπίπτοντας σε άλλη μορφή διαταραχής της ίδιας ομάδας.

Χαρακτηρίζονται, επίσης, από σοβαρή συνοδό ιατρική νοσηρότητα λόγω επιπλοκών από το μακροχρόνιο υποσιτισμό, τη διαταραχή θρέψεως ή/και τις καθαρτικές συμπεριφορές. Συνοδεύονται από υψηλό δείκτη θνητότητας, ιδιαίτερα η ΨΑ σύμφωνα με ορισμένες αναφορές και η Ψυχογενής Βουλιμία (ΨΒ) κυρίως λόγω αυτοκαταστροφής.

Παρουσιάζονται επομένως σοβαρές δυσκολίες στη διεξαγωγή μελετών για τον προσδιορισμό των επιδημιολογικών δεικτών (επίπτωσης, επικράτησης, θνητότητας κ.λπ.) αλλά και μελετών σύγκρισης της αποτελεσματικότητας μεταξύ των διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων που έχουν προταθεί για την αντιμετώπισή τους. Η ισχυρή αντίσταση ή η αμφιθυμία για θεραπεία, σε συνδυασμό και με τις συχνές ιατρικές επιπλοκές, καθιστούν ιδιαίτερα υψηλό το δείκτη εξόδου από τα θεραπευτικά πρωτόκολλα (drop-out rate). Σε πρόσφατη συγκριτική μελέτη που αφορούσε σε 122 ασθενείς με ΨΑ με τυχαίοποιημένο σχεδιασμό, το ποσοστό εξόδου από τη μελέτη έφθανε σχεδόν στο 50%.

Λόγω της συνύπαρξης της ψυχιατρικής με την ιατρική νοσηρότητα, οι περιπτώσεις της σοβαρής ΨΑ ιδιαίτερα, αλλά συχνά και της ΨΒ, χρειάζονται για την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους τη συνεχή, στενή και αρμονική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας από διάφορους κλάδους και ειδικότητες, όπως παθολόγου, καρδιολόγου, διατροφολόγου, νοσηλεύτη, ψυχιάτρου, ψυχοθεραπευτή και κοινωνικού λειτουργού. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που απαιτούνται ποικίλλουν σε κάθε περίπτωση και εξαρτώνται από την εκάστοτε φάση της διαταραχής και τη σοβαρότητα της συνοδού ιατρικής κατάστασης. Το φάσμα αυτών των παρεμβάσεων εκτείνεται από την ανάγκη νοσηλείας σε γενικό ιατρικό τμήμα για τη σταθεροποίηση της ιατρικής κατάστασης και την αντιμετώπιση των σοβαρών επιπλοκών, έως την παροχή εξειδικευμένου τύπου

ψυχοθεραπείας (ατομικής, ομαδικής ή/και θεραπείας οικογένειας) και τις ψυχοκοινωνικού τύπου και αποκαταστασιακές παρεμβάσεις που μπορεί να χρειαστούν σε ορισμένες περιπτώσεις.

Τα περιστατικά που (α) δεν εμφανίζουν σοβαρή ιατρική νοσηρότητα, (β) διαθέτουν κίνητρο για να υποβληθούν σε θεραπεία, (γ) διαθέτουν καλό υποστηρικτικό σύστημα και στοιχειώδη λειτουργικότητα στο κοινωνικό επίπεδο, μπορεί να αντιμετωπισθούν σε αμιγώς εξωνοσοκομειακό πλαίσιο. Αρκεί να πληρούνται οι βασικές προϋποθέσεις της ύπαρξης μιας διακλαδικής ομάδας υποστήριξης, με διαθέσιμους ψυχοθεραπευτές και τη δυνατότητα ιατρικής και παρακλινικής εκτίμησης όπου αυτό χρειαστεί.

Τέλος, ως προς τη θέση της χρήσης των ψυχοφαρμάκων στη θεραπευτική αγωγή, τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας από τη διεξαγωγή ελεγχόμενων συγκριτικών δοκιμών (controlled trials) οδηγούν σε ορισμένα χρήσιμα για την κλινική πράξη συμπεράσματα. Στην ΨΑ δεν έχει αποδειχθεί να υφίσταται σαφής και σημαντική αποτελεσματικότητα. Αντίθετα, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος παρενεργειών που μπορεί να επιπλέξουν την ιατρική κατάσταση της/του ασθενούς. Στις περιπτώσεις ΨΒ η χορήγηση εκλεκτικών αναστολέων επαναρόσληψης σεροτονίνης, όπως και στις περιπτώσεις Διαταραχής Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας (ΔΚΕΥ) η χορήγηση τοπιραμάτης και σιμπουτραμίνης, σύμφωνα με τις δοκιμές ελέγχου, έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα σε αξιόλογο ποσοστό ασθενών, ωστόσο υπολείπονται σαφώς της αποτελεσματικότητας που έχει η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία.

Όσα εκτέθηκαν προηγουμένως ως θεραπευτικές υποδείξεις προκύπτουν από τις Κατευθυντήριες Πρακτικές Οδηγίες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ΔΠΤ που έχει εκδόσει η ομάδα εργασίας για αυτές τις διαταραχές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, αλλά και η αντίστοιχη του Εθνικού Ινστιτούτου Κλινικής Αριότητας της Αγγλίας (NICE). Σε πολύ πρόσφατη ανασκόπηση του θέματος η Halmi, μια αυθεντία στις ΔΠΤ, προτείνει επιπλέον την οργάνωση μιας περιεκτικής υπηρεσίας για την αντιμετώπισή τους:

1. Τη συγκρότηση μιας διακλαδικής-διεπαγγελματικής θεραπευτικής ομάδας (με τη σύνθεση που προαναφέραμε) και την οποία συντονίζει ψυχίατρος με εμπειρία στην αντιμετώπιση ΔΠΤ.
2. Υπάρχει η αναγκαιότητα για μια αρχική πλήρη αξιολόγηση κάθε περιστατικού τόσο από ψυχιατρική όσο και από ιατρική σκοπιά.
3. Η κατάλληλη εξωνοσοκομειακή δομή προσφέρει ατομικό ψυχοθεραπευτή γνωσιακής-συμπεριφορικής κατεύθυνσης εξειδικευμένη στην ΨΑ και ΨΒ, οικογενειακή θεραπεία, φαρμακευτική θεραπεία και υποδομή για την εκτέλεση των κατάλληλων εργαστηριακών εξετάσεων.
4. Αν οι ασθενείς χρειάζονται ενδονοσοκομειακή φροντίδα αντιμετωπίζονται καλύτερα σε εξειδικευμένη για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής μονάδα, στελεχωμένη από διακλαδική θεραπευτική ομάδα όπως προαναφέρθηκε.
5. Πρωταρχικός στόχος της ενδονοσοκομειακής φροντίδας είναι η ιατρική αντιμετώπιση και η διατροφική αποκατάσταση. Ακολουθεί η εφαρμογή των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στις διάφορες συνιστώσες τους.

Η πραγματικότητα που επικρατεί στην Ελλάδα ως προς την αντιμετώπιση των ασθενών με ΔΠΤ χαρακτηρίζεται από τις ακόλουθες διαπιστώσεις στις οποίες οδηγούμαστε μετά από 20 και πλέον χρόνια εμπειρίας στον ειδικό αυτό χώρο. Η πρώτη διαπίστωση είναι πως σημειώνεται τελευταία μια αλματώδης αύξηση της ζήτησης κλινικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση ασθενών με ΔΠΤ. Ενδεικτική είναι η αύξηση την τελευταία 4ετία κατά 40%, σε σχέση με τις αρχές της δεκαετίας, του αριθμού των ανά έτος νέων περιπτώσεων ενηλίκων ασθενών που απευθύνονται στο Ειδικό Εξωτερικό Ιατρείο ΔΠΤ του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Καθώς η στελέχωση του Ιατρείου είναι ανεπαρκής παρά την προσφορά ακόμη και εθελοντών, σημειώνεται μεγάλη καθυστέρηση στην ανταπόκριση στα αιτήματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά το ίδιο περίπου αυτό χρονικό διάστημα έχουν δραστηριοποιηθεί στο Λεκανοπέδιο δύο νέες εξειδικευμένες υπηρεσίες που ασχολούνται με περιπτώσεις ΔΠΤ: μια για Εφήβους στη Μονάδα Εφηβικής Ιατρικής του Νοσοκομείου Αγλαΐα Κυριακού και μια δεύτερη από το Κέντρο της μη Κερδοσκοπικής Εταιρείας ΑΝΑΣΑ (για την υποστήριξη πασχόντων από διατροφικές διαταραχές). Εξ όσων γνωρίζουμε, δυσκολεύονται και αυτές να ανταποκριθούν στη συνεχώς αυξανόμενη προσέλευση.

Μια ακόμη διαπίστωση είναι τα συνεχώς αυξανόμενα αιτήματα ή παραπομπές για άμεση εισαγωγή και νοσηλεία στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου, που διαθέτει ένα πολύ περιορισμένο αριθμό κλινών (έως 3 κλίνες για το ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα αντιμετώπισης) σοβαρών από πλευράς ιατρικής κατάστασης περιπτώσεων ενηλίκων με ΔΠΤ. Συνήθως, τις παραπομπές προτείνουν ιατροί άλλων ειδικοτήτων από Γενικά Νοσοκομεία του λεκανοπεδίου όπου λειτουργούν ψυχιατρικοί τομείς και υπηρεσίες διασυνδεδετικής ψυχιατρικής. Όπως πιστεύουμε, εκεί ακριβώς θα έπρεπε κατεχοχίην να νοσηλεύονται αυτές οι περιπτώσεις, εφόσον στο πλαίσιο γενικού νοσοκομείου μπορούν ευκολότερα να συγκροτηθούν οι απαραίτητες για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση θεραπευτικές ομάδες διακλαδικής συνεργασίας, στελεχωμένες κατάλληλα από διαθέσιμους επαγγελματίες υγείας και ήδη εκπαιδευμένους στην ψυχοθεραπεία επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Υπάρχει βέβαια το ερώτημα αν οι διαθέσιμοι επαγγελματίες είναι και διατεθειμένοι, πρώτον να λειτουργήσουν στα πλαίσια μιας νοσοκομειακής ομάδας και δεύτερον να διαθέσουν τις δεξιότητες, την εκπαίδευση και το χρόνο τους για να δουλέψουν με αυτά τα δύσκολα και απαιτητικά περιστατικά. Αυτό το τελευταίο προϋποθέτει κατάλληλες εργασιακές συνθήκες αλλά και κίνητρα τουλάχιστον επιστημονικά και ηθικά.

Μια τελευταία διαπίστωση είναι πως αφενός οι εξειδικευμένοι στην αξιολόγηση και θεραπευτική αντιμετώπιση ΔΠΤ ψυχίατροι στη χώρα μας είναι πραγματικά ελάχιστοι σε σχέση με τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες. Οι δε εκπαιδευμένοι στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ή έστω άλλου τύπου ψυχοθεραπεία με εξειδίκευση στις ΔΠΤ είναι επίσης περιορισμένοι σε αριθμό και οι περισσότεροι εξασκούν τη δεξιότητά τους μοναχικά στο ιδιωτικό τους γραφείο.

Το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι πως η διαμορφωμένη κατάσταση ως προς την αντιμετώπιση των ΔΠΤ στη χώρα μας δεν είναι καθόλου ικανοποιητική.

Αν δε σημειωθούν σύντομα βελτιώσεις στο σύστημα, τόσο με δραστικές παρεμβάσεις από τους αρμόδιους για τη χάραξη πολιτικής στην ψυχική υγεία όσο και με περισσότερη «διάθεση» εκ μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η κατάσταση θα επιδεινώνεται διαρκώς και μεγάλος αριθμός ασθενών με ΔΠΤ θα συνεχίζει να ταλαιπωρείται.

Ελευθερία Βάρσου

*Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
Αιγινήτειο Νοσοκομείο*

Βιβλιογραφία

- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating Disorders. Seminar. *The Lancet* 2003, 361:407–416
- Halmi K, Agras S, Crow S et al. Predictors of treatment acceptance and completion of Anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:776–781
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. Washington, American Psychiatric Association, 2006
- National Institute for Clinical Excellence. Eating Disorders-Core Interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline No 9, London, *National Institute for Clinical Excellence*, 2004
- Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 2009, 8:150–155
- Γονιδάκης Φ, Βάρσου Ε. *Ψυχογενής Ανορεξία*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2008

Editorial

Άρθρο Σύνταξης

Eating disorders: A serious problem of mental health seeks solution

Eating Disorders are a group of mental disorders with considerable peculiarities and present a challenge for both the scientific community and the general public. More specific in our country a great attention and concern has been observed recently, caused to some extent by the role of public media, as they turned to “inform” about these disorders. Popular television programs are frequently focusing on famous individuals suffering from the disorder. Or they deal with dramatic presentation of Anorexia Nervosa (AN) cases, as they describe their wander around from inpatient services of general hospitals to private practices either of psychiatrists who only prescribed psychopharmaceutics drugs or gynecologists who recommended oral contraceptives.

The challenge for the scientists is of different nature and relates with the special characteristics of these disorders. Many persons suffering with eating disorder (ED) are reluctant to admit to their disorder, thus complicating the diagnosis and creating problems or great delay in seeking treatment.

As it is well known ED are chronic, difficult to treat disorders but they may be transient or recurrent and in many cases even a temporal movement between diagnostic categories has been observed during their long subsequent course.

Eating Disorders are also characterized by accompanied physical morbidity due to medical complications either from chronic starvation or malnutrition and/or purgative behaviours. They present high morbidity rate, especially AN (according to some reports Bulimia Nervosa too, mainly due to suicide).

As a consequence great difficulties are imposed in conducting studies on prevalence, incidence or mortality rates, as well as in comparing the efficacy among different treatment modalities. Strong resistance to treatment and medical complications often require withdrawal of patients from treatment protocols. In a recent study by Halmi, of 122 randomized cases the overall drop-out rate of anorexia nervosa patients was almost 50%.

Because of the high co-occurrence of physical with the psychiatric morbidity the cases of severe AN and/or BN require for their effective management intensive and congruent collaboration of a treatment team by health and mental health professionals from many disciplines: physician, cardiologist, nutritionist, psychiatrist, psychotherapist, social worker. The interventions needed, vary greatly in every case depending on the phase of the disorder and the state in medical condition. The spectrum of interventions may extend from neediness of hospitalization in a general medical ward for the medical stabilization and the management of serious complication, to the application of a specified type of psychotherapy (individual, group and/or family) and even to psychosocial and rehabilitational interventions – they may be needed in some cases.

Patient that (a) do not present with grave medical morbidity, (b) are motivated for treatment and (c) have a supportive system and a baseline social functionality, can be managed and treated in an outpatient setting.

Basic presumption is the existence of an interdisciplinary group, including available psychotherapist and resources for medical and laboratory assessment if needed.

Finally, on the issue of the psychopharmacological treatment of ED the evidence from the literature based on controlled trials offers useful conclusions for clinical practice. For AN patients no clear and statistical effectiveness has been proved by some specific drug, in contrast there exists an elevated danger for side-effects that can complicate the medical condition. For BN patients the use of serotonin reuptake inhibitors as well as in Binge-Eating Disorder patients the use of topiramate and sibutramine have been proved to be of some good effectiveness. Nevertheless they are less effective when compared to cognitive-behavioural therapy.

The treatment proposals summarised above stem from the Practice Guidelines for the Treatment of patients with Eating Disorders, issued by the Work Group on ED of the American Psychiatric Association as well as the National Institute for Clinical Excellence from England (NICE).

In a very recent review on the topic, Professor K. Halmi an expert on ED is writing on the components of a comprehensive service for their treatment:

1. A well-established eating disorders program should set up a multidisciplinary team of professionals coordinated by a psychiatrist experienced in eating disorders.
2. An adequate initial assessment is required including psychiatric and medical evaluation.
3. An adequate outpatient eating disorder clinic needs to provide individual psychotherapy with cognitive-behavioural techniques specific for AN and BN, family therapy, pharmacological treatment and resources to obtain appropriate laboratory tests.
4. If the patients require inpatient care they are best treated in a specialized unit under the medical attendance of a multidisciplinary team.
5. Medical management and nutritional rehabilitation are the primary goals of inpatient treatment followed by the psychotherapeutic interventions of various dimensions.

The actual situation in Greece concerning the management of patients with eating disorders is characterized by the following ascertainment, as we have concluded to them after more than 20 years of experience in the topic.

Firstly, there is a rapidly increase in the demand of clinical services for ED patients who are addressed to the outpatient clinic in the Eginition Hospital. Due to insufficient personnel despite the recruitment of volunteers a great delay in responding to the demand is present. During this period of last few years two new services dealing with eating disorder cases are settled in the greater Athens area: one for adolescents in the Adolescent Medicine outpatient unit of "Aglaiia Kyriakou Hospital" and the second from the non-profit association for supporting patients with eating disorders ANASA. As we are informed both of them have difficulties to accommodate to the continuously increasing demand.

There exists another additional problem, too many demands or referrals for emergency inpatient treatment of patients with serious medical condition in the psychiatric department of Eginition hospital, where a very limited number of beds can be available for the psychotherapeutic treatment program (only up to 3 beds). The referrals are mainly recommended by medicals from general hospitals by the greater Athens area, where psychiatric sectors and liaison psychiatry services are established. We believe that it is exactly in those settings where the cases of this condition should be hospitalized, because in the environment of psychiatric sectors it is easier for multidisciplinary approach teams to be formed, if the appropriate professionals are coordinated to work together with trained in psychotherapy mental health workers.

However there is an open question, if the available professionals do have the intention to operate as members in a hospital group and if they are willing to offer their skills and their time for working in the management of those demanding patients. There exists a precondition for this proposal: appropriate working conditions and provision of motives to the health workers, at least moral and/or scientific compensation.

One last ascertainment is concerning the issue of specifically trained for eating disorders psychiatrists. It is true that they are extremely few in the country, and the psychotherapists trained in cognitive-behavioural or other approach with specification for eating disorders are also limited in number and they mostly exert their skills insulated in their private practice.

As a result we can conclude that the management of eating disorders in our country is very much fragmented and not at all satisfactory. The system needs to be improved by prompt decisions and movements both through interventions from authorities responsible for mental health policies as well as through greater availability by mental health professionals. Without interventions for improvement a great number of ED patients will continue to suffer.

Eleftheria Varsou

*Assoc. Professor of Psychiatry, A' Psychiatric Department
University of Athens, Eginition Hospital*

References

- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating Disorders. Seminar. *The Lancet* 2003, 361:407-416
- Halmi K, Agras S, Crow S et al. Predictors of treatment acceptance and completion of Anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:776-781
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 2006
- National Institute for Clinical Excellence. Eating Disorders-Core Interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline No 9, London: *National Institute for Clinical Excellence*, 2004
- Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 2009, 8:150-155
- Gonidakis F, Varsou E. *Anorexia Nervosa*. Beta Medical Publishers, 2008

Ανασκόπηση Review

Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία

Ο. Γιωτάκος

Ψυχιατρική Κλινική, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2010, 21:195–204

Οι περισσότερες από τις μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ποιότητα ζωής των ατόμων δείχνουν συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία ή άλλους οικονομικούς δείκτες και τα επίπεδα γενικής νοσηρότητας, θνητότητας, κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας. Οι κύριες συνέπειες μιας οικονομικής κρίσης είναι η ανεργία, η μείωση του εισοδήματος, η γενικευμένη αβεβαιότητα και η περικοπή των δημοσίων δαπανών, περιλαμβανομένων των δαπανών για την υγεία. Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι φτωχοί αποτελούν ομάδα κινδύνου αφού είναι οι πρώτοι που πλήττονται. Παράλληλα, τα άτομα που ήδη νοσούν από ψυχικά νοσήματα, λόγω της υπάρχουσας έκπτωσης στη λειτουργικότητα, αποτελούν επίσης ομάδα υψηλού κινδύνου, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο όπου η φτώχεια ευνοεί τις ψυχικές διαταραχές αλλά και το αντίστροφο. Προτεραιότητα για κάθε χώρα που αντιμετωπίζει οικονομική κρίση είναι η προστασία της ποιότητας ζωής των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Έχει φανεί ότι πρωταρχική στρατηγική αποτελεί η υποστήριξη κοινωνικών δικτύων ασφαλείας. Σημαντικό επίσης ρόλο παίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που σχετίζονται με την αυξημένη ευαλωτότητα στην ψυχοκοινωνική απειλή, όπως χαμηλή ανοχή στη ματαίωση ή χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σε οργανωτικό επίπεδο, θα πρέπει να διερευνώνται οι πρακτικές και πολιτικές που χρησιμοποιούν οι εργοδοτικοί φορείς για να ανταποκριθούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Η οικονομική ύφεση αποτελεί συγχρόνως ευκαιρία ώστε να προστατευθούν ουσιώδεις υπηρεσίες της κοινωνίας που απευθύνονται στους εύλωτους πληθυσμούς, να υποστηριχθεί το κράτος πρόνοιας και να προωθηθούν έγκαιρες παρεμβάσεις όπως η καταγραφή ατόμων υψηλού κινδύνου, η επανένταξη ανέργων και ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα, η εκπαίδευση ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης και άλλων συνήθων διαταραχών, και η καλύτερη πρόσβαση στο σύστημα παροχής ψυχικής υγείας.

Λέξεις ευρετηρίου: οικονομική κρίση, οικονομική ύφεση, ψυχική υγεία, κατάθλιψη, αυτοκτονία

Εισαγωγή

Η τρέχουσα οικονομική κρίση μπορεί να συγκριθεί με τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις του περασμένου αιώνα. Η διεθνής ιστορική εμπειρία έχει στην ουσία να προβάλλει τρεις σοβαρές υφέσεις κατά την τελευταία εκατονταετία. Το κραχ του '29, την οικονομική κατάρρευση των πρώην Σοβιετικών χωρών στις αρχές του '90 και την ασιατική οικονομική κρίση στην εκπνοή του αιώνα. Αν και κάθε κρίση είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά, μπορούμε να θυμηθούμε τις μαζικές αυτοκτονίες χρηματιστών στο «κραχ» του '29 και τη «μαύρη ζώνη θανάτου» της Ρωσίας λόγω της δραματικής αύξησης των αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών και βίαιων θανάτων.¹

Αν και υπάρχουν διφορούμενες απόψεις για τις επιπτώσεις στη γενική υγεία, όλοι σχεδόν οι ερευνητές συμφωνούν ότι η ψυχική υγεία επηρεάζεται δυσμενώς σε περιόδους οικονομικών κρίσεων. Υπάρχει σαφής και εκφρασμένη ανησυχία ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας θα αυξηθούν και στην παρούσα οικονομική κρίση, αφού όπως αναφέρει σε πρόσφατες εκθέσεις η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας: «Δε θα πρέπει να εκπλαγούμε αν δούμε αύξηση ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών», «οι φτωχοί και οι ευάλωτοι θα είναι οι πρώτοι που θα υποφέρουν», «η προάσπιση των κονδυλίων για την υγεία θα γίνει πιο δύσκολη». Τέτοιοι φόβοι υποστηρίζονται και από πληθώρα επιδημιολογικών μελετών που δείχνουν θετική συσχέτιση μεταξύ χαμηλότερου εισοδήματος ή ανεργίας και επιβαρυσμένης ψυχικής υγείας.¹⁻⁴

Οι επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν τις επιπτώσεις της ανεργίας, τόσο στη γενική όσο και στην ψυχική υγεία. Μελέτες στη Βρετανία, κατά τις δεκαετίες του '70 και '80, έδειξαν ότι οι άνεργοι είχαν ποσοστό θνησιμότητας 25% μεγαλύτερο σε σχέση με τους εργαζόμενους ισοδύναμης κοινωνικοοικονομικής ομάδας.⁵ Επιπλέον, η διάρκεια της ανεργίας δείχνει να αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας, αφού περιληφθούν παράγοντες όπως ηλικία, φυλή, γάμος, εισόδημα και επαγγελματική τάξη.⁶ Περιορισμένοι πόροι μπορεί να οδηγήσουν σε φτωχή διατροφή και περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.⁷

Η ανεργία φαίνεται επίσης να σχετίζεται με υιοθέτηση λιγότερο υγιεινών συνηθειών, όπως το κάπνισμα. Πρόσφατη εκτενής έρευνα διαπίστωσε στενή σχέση ανάμεσα στο χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και σε μια σειρά επιβλαβών συνηθειών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά αρκετά υψηλότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες.⁸ Για παράδειγμα, στους άνεργους βρέθηκε σημαντικά υψηλότερη αύξηση σωματικού βάρους, χρήση καπνού και αλκοόλ, καθώς και κακής διατροφής, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους. Άλλες έρευνες βρήκαν ότι τα υψηλά επίπεδα ανεργίας συνοδεύονται από μεγαλύτερη επίπτωση ψυχικών διαταραχών, ψυχοσωματικών διαταραχών, αυτοκτονιών και παρααυτοκτονιών.^{9,10} Η μετα-ανάλυση των Paul & Moser¹¹ έδειξε ότι οι άνεργοι βιώνουν πιο συχνά ψυχικές διαταραχές, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους (34% έναντι 16%), παρουσιάζοντας μεικτά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και μειωμένη αυτοεκτίμηση. Παράγοντας που φαίνεται να μεγεθύνει τον αντίκτυπο της ανεργίας στην ψυχική υγεία είναι η φύση της εργασίας και το επίπεδο εξειδίκευσης. Για παράδειγμα, άτομα με χειρωνακτική εργασία δείχνουν να βιώνουν μεγαλύτερη δυσφορία σε σχέση με τους υπαλλήλους. Άλλος παράγοντας είναι η διάρκεια της ανεργίας, αφού έχει βρεθεί ότι όσο μεγαλύτερη είναι αυτή τόσο πιο δυσμενείς οι επιπτώσεις που παρουσιάζονται. Επίσης, η διαβίωση σε χώρες με αδύναμο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, άνιση κατανομή εισοδήματος ή αδύναμα προγράμματα προστασίας κατά της ανεργίας, δείχνει να αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες ψυχολογικής επιβάρυνσης.¹²

Οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στη γενική υγεία

Ο αντίκτυπος των οικονομικών κρίσεων στη γενική υγεία ποικίλλει αφού εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, ενώ απαιτείται προσοχή στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων των σχετικών ερευνών. Για τις χώρες υψηλού εισοδήματος, η θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης δείχνουν απίθανο να επηρεαστούν. Ενίοτε μάλιστα αναφέρονται και θετικές επιδράσεις, αφού η μείωση της υπερκατανάλωσης έχει θετικά αποτελέσματα. Κάποιοι ερευνητές τονίζουν ότι οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης στη γενική υγεία ενδέχεται να είναι και θε-

τικές. Για παράδειγμα, έρευνες σε ΗΠΑ και Ευρώπη έδειξαν αύξηση της θνησιμότητας κατά την οικονομική ανάπτυξη και μείωση κατά την οικονομική ύφεση. Συγκεκριμένα, η ύφεση δείχνει να σχετίζεται με λιγότερους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, λιγότερους θανάτους σχετιζόμενους με το αλκοόλ και λιγότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία.^{13,14}

Άλλες έρευνες σε ευρωπαϊκές χώρες,^{15,16} που διερεύνησαν τις οικονομικές διακυμάνσεις με δείκτες όπως το ποσοστό ανεργίας και τη μεταβολή του ΑΕΠ, βρήκαν θετική σχέση μεταξύ της οικονομικής ύφεσης και του κινδύνου θνησιμότητας για τους άνδρες, ενώ οι γυναίκες έδειξαν να μην επηρεάζονται. Οι Economidou et al (2008)¹⁷ βρήκαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ποσοστών ανεργίας και των 5 από τις 6 αιτίες θανάτου που διερεύνησαν, και συγκεκριμένα των ισχαιμικών καρδιοπαθειών, του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα, κακοήθων νεοπλασιών, ανθρωποκτονιών, αυτοκτονιών και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική στάθμη του ατόμου, όπως αυτή προσδιορίζεται από το χαμηλό εισόδημα, η χαμηλή εκπαίδευση, η εργασία χαμηλών δεξιοτήτων και ο κοινωνικός αποκλεισμός, έδειξε να συνδέονται με κακή σωματική υγεία,¹⁸ κακή ψυχολογική και συναισθηματική υγεία^{19,20} και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας.^{21,22}

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν αύξηση θνησιμότητας κατά τις περιόδους οικονομικών κρίσεων. Σε μια πρόσφατη μελέτη των Falagas et al²³ ανασκοπήθηκαν μελέτες που διερεύνησαν τη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό διαφόρων χωρών σε περιόδους οικονομικής κρίσης, σε σύγκριση με περιόδους πριν ή μετά την κρίση. Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με αύξηση στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες στις 7 από τις 8 μελέτες, και με αύξηση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα στις 6 από τις 7 μελέτες. Αύξηση στη θνησιμότητα λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων, χρόνιας ηπατικής νόσου, αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών, καθώς και στη θνησιμότητα των βρεφών παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων σε όλες τις μελέτες. Αντίθετα, η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα έδειξε να ελαττώνεται σε 5 από τις 6 μελέτες.

Σημαντικές όμως φαίνεται να είναι οι επιπτώσεις των οικονομικών υφέσεων και στα παιδιά. Πρώιμες

αντίξοες εμπειρίες μπορεί να τροποποιήσουν τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου του παιδιού, συμβάλλοντας στην αρνητική έκβαση της ψυχικής υγείας στο μέλλον.²⁴ Έρευνες έδειξαν ότι η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων σχετίζεται με χαμηλή ικανότητα εστίασης της προσοχής των παιδιών,²⁵ ενώ παιδιά που μεγαλώνουν σε ιδρύματα βρέθηκε να έχουν σημαντικά μεγαλύτερο όγκο αμυγδαλής.²⁶ Είναι γνωστό επίσης ότι η πρώιμη έκθεση της μητέρας σε στρες λόγω κατάθλιψης, άγχους ή υποσιτισμού κατά την εγκυμοσύνη, αυξάνει τη δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια στο βρέφος, με αποτέλεσμα την τροποποιημένη απάντηση στα στρεσογόνα ερεθίσματα, ένα γεγονός που παραμένει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του.²⁷ Ο υποσιτισμός του ίδιου του βρέφους μπορεί επίσης να παίξει σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, η έλλειψη του ρετινοϊκού οξέος, παραγώγου της βιταμίνης Α, έχει αρνητική επίδραση στη νοητική ανάπτυξη, η έλλειψη των ω-3 λιπαρών οξέων σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης και Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ),²⁸ ενώ η έλλειψη σιδήρου διαταράσσει τη διαδικασία της μυελίνωσης.²⁹

Κοινωνικο-οικονομικές μελέτες έδειξαν ότι οι κυβερνήσεις των χωρών που λαμβάνουν βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) αναγκάζονται σε περιστολή των δημοσίων κοινωνικών δαπανών, με παράλληλη επιβάρυνση των ασθενών για το κόστος της υγειονομικής τους περίθαλψης. Ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '80 η UNICEF, με την αναφορά "Adjustment with a human face", είχε επισημάνει ότι «τα προγράμματα του ΔΝΤ στερούν δικαιώματα από τους φτωχούς, συχνά κόβοντας τη χρηματοδότηση δικτύων κοινωνικής προστασίας, η οποία είναι απαραίτητη προκειμένου οι φτωχοί να έχουν εκπαίδευση, ιατρική φροντίδα και άλλα βασικά δημόσια αγαθά».³⁰ Οι λίγες μελέτες για τις συνέπειες του δανεισμού από το ΔΝΤ στην υγεία δε δείχνουν σαφή αποτελέσματα. Μερικές δείχνουν ουδέτερα αποτελέσματα, κάποιες αρνητικά, αλλά πάντως καμία θετικά. Για παράδειγμα, μία μελέτη για τη φυματίωση σε χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ βρήκε ότι οι χώρες που εκτέθηκαν στα προγράμματα του ΔΝΤ βίωσαν μεγαλύτερες περικοπές των δαπανών (-7,5%), μείωση του αριθμού ιατρών ανά άτομο (-7%) και

λιγότερη κάλυψη του πληθυσμού στο αντιφυματικό πρόγραμμα της ΠΟΥ.³¹ Η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα του ΔΝΤ σχετίστηκε με αύξηση κατά 14% στην επίπτωση, 13% στον επιπολασμό και 17% στη θνησιμότητα από φυματίωση, μετά από στάθμιση για παραμέτρους όπως το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης και τις παρελθοντικές τάσεις της νόσου. Όταν οι χώρες έβγαιναν από το ΔΝΤ, τα ποσοστά της φυματίωσης έπεφταν περίπου κατά 31% ή επανέρχονταν στα επίπεδα που βρίσκονταν πριν την είσοδο στο ΔΝΤ. Οι ερευνητές βρήκαν επίσης ότι ο δανεισμός από άλλες πηγές, που δεν επέβαλαν τόσο αυστηρούς όρους, σχετιζόταν με χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από φυματίωση, ενώ υπήρχε ουδέτερη επίδραση στο σύστημα υγείας.³²

Οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ψυχική υγεία

Η σημασία των ψυχικών και ιδιαίτερα των συναισθηματικών διαταραχών για τη δημόσια υγεία φαίνεται από το γεγονός ότι κατατάσσονται ανάμεσα στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική ανικανότητα, ενώ οι διαταραχές αυτές αναμένεται να αυξηθούν και να γίνουν μέχρι το 2020 δευτέρες σε συχνότητα μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (ΠΟΥ).³³ Όλες σχεδόν οι έρευνες δείχνουν τον αντίκτυπο των οικονομικών υφέσεων στην ψυχική υγεία. Ακόμα και όταν οι συνολικοί δείκτες υγείας, όπως η συνολική θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης δεν επηρεάζονται, τα ποσοστά ειδικών αιτίων θνησιμότητας δείχνουν να επηρεάζονται από τη σοβαρότητα της κρίσης. Για παράδειγμα, η αύξηση των αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών, κατάχρησης αλκοόλ, ψυχιατρικών διαταραχών, ηπατικών κηρώσεων και ελκών του πεπτικού αυξάνονται σε συνθήκες απότομης αύξησης της ανεργίας.³⁴ Οι ειδικοί εκφράζουν ανησυχία για τις επιπτώσεις της τρέχουσας κρίσης στην ψυχική υγεία και συνιστούν την ετοιμότητα των συστημάτων υγείας να τις αντιμετωπίσουν. Πρόσφατο άρθρο στο *Lancet*³⁵ αναφέρει ότι αναμένεται κατακόρυφη αύξηση των καταθλιπτικών διαταραχών και των αυτοκτονιών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται τριπλασιασμός των ψυχικών επεισοδίων, διπλασιασμός της κατάχρησης αλκοόλ και δι ή τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων,³⁶ ενώ πρόσφατες αναφορές δείχνουν ήδη αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία στην παρούσα κρίση.³⁷

Πολλές έρευνες δείχνουν τη συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής ανέχειας και της κατάθλιψης.^{38,39} Μια μελέτη από τη Χιλή βρήκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης μείωσης του εισοδήματος και εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να λαμβάνει χώρα σε διάστημα 6 μηνών πριν από την εκδήλωση συμπτωμάτων.⁴⁰ Επίσης, το οικονομικό χρέος είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Μια μελέτη σε Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία έδειξε σαφή σχέση χρέους και κακής ψυχικής υγείας.⁴¹ Πρόσφατη ανασκόπηση, επίσης, τεκμηριώνει τη συσχέτιση μεταξύ φτώχειας και ψυχικών διαταραχών. Η συσχέτιση μάλιστα αυτή προέκυψε με όλους τους δείκτες φτώχειας που χρησιμοποιήθηκαν. Παράμετροι όπως το χαμηλό εισόδημα, η ανασφάλεια, η απελπισία, η κοινωνική μεταβολή, το στίγμα-διάκριση-κοινωνικός αποκλεισμός, η συννοσηρότητα με σωματικά νοσήματα και κυρίως η περιορισμένη εκπαίδευση εξηγούν τη μεγαλύτερη ευαλωτότητα των φτωχών στα ψυχικά νοσήματα.^{42,43} Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι φτωχοί αποτελούν ομάδα κινδύνου, αφού είναι οι πρώτοι που πλήττονται. Παράλληλα, τα άτομα που ήδη νοσούν από ψυχικά νοσήματα λόγω της υπάρχουσας έκπτωσης της λειτουργικότητάς τους, αποτελούν επίσης ομάδα υψηλού κινδύνου. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος όπου η φτώχεια ευνοεί τις ψυχιατρικές διαταραχές αλλά και το αντίστροφο.⁴⁴

Οικονομική κρίση και αυτοκτονία

Οι Chang et al⁴⁵ εξέτασαν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης κατά το διάστημα 1997–1998 σε ανατολικές/νοτιοανατολικές ασιατικές χώρες όπως η Ιαπωνία, το Χονγκ Κονγκ, η Νότια Κορέα, η Ταϊβάν, η Σιγκαπούρη και η Ταϊλάνδη. Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα για τις αυτοκτονίες και τον πληθυσμό για την περίοδο 1985–2006. Η θνησιμότητα από τις αυτοκτονίες ελαττώθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '80 και στις αρχές του '90 αλλά στη συνέχεια αυξήθηκε αισθητά σε όλες τις χώρες εκτός από τη Σιγκαπούρη, η οποία είχε σταθερά μειούμενα ποσοστά αυτοκτονιών. Σε σύγκριση με το 1997, τα ποσοστά αυτοκτονιών των ανδρών το 1998 αυξήθηκαν κατά 39% στην Ιαπωνία, 44% στο Χονγκ Κονγκ και 45% στην Κορέα. Η αύξηση στις αυτοκτονίες από γυναίκες ήταν λιγότερο αισθητή. Η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλε-

σμα 10.400 περισσότερες αυτοκτονίες το 1998 από το 1997 στην Ιαπωνία, το Χονγκ Κονγκ και την Κορέα. Παρόμοιες αυξήσεις των αυτοκτονιών δεν καταγράφηκαν σε Ταϊβάν και Σιγκαπούρη, δύο χώρες στις οποίες η οικονομική κρίση είχε μικρότερη επίδραση στο ΑΕΠ και την ανεργία. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν την ύπαρξη συσχέτισης της ασιατικής οικονομικής κρίσης με την απότομη αύξηση στους θανάτους από αυτοκτονίες στις περισσότερες ανατολικοασιατικές χώρες. Η αύξηση αυτή στις αυτοκτονίες φαίνεται να συνδέεται πιο στενά με την αύξηση του δείκτη ανεργίας.⁴⁶

Σε αντίστοιχη έρευνα στην Κίνα,⁴⁷ βρέθηκε ότι οι κοινωνικές αλλαγές, περιλαμβανομένων των μεγάλων οικονομικών απωλειών σε ατομικό επίπεδο, του αυξημένου κόστους υγειονομικής περίθαλψης, της εξασθένησης των οικογενειακών δεσμών, της μετανάστευσης σε αστικές περιοχές προς αναζήτηση εργασίας και των ανισοκατανομών του εισοδήματος, συνεισφέρουν στην αύξηση των ποσοστών αυτοκτονιών κυρίως μέσω της αύξησης των καταθλιπτικών διαταραχών, οι περισσότερες από τις οποίες διατρέχουν χωρίς θεραπεία. Παρόμοια, οι μαζικές αυτοκτονίες αγροτών στην Ινδία μετά από την αλλαγή της αγρονομικής πολιτικής και την οξεία μείωση του εισοδήματος περί τα μέσα της δεκαετίας του '90, παρέχει μια ακόμη καλή αποτύπωση του αντίκτυπου της οικονομικής ανασφάλειας στην ψυχική υγεία.⁴⁸

Οι Stuckler et al⁴⁹ μελέτησαν σε 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970–2006 τον τρόπο που οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, καθώς επίσης και τον τρόπο που οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να περιστείλουν τις δυσμενείς επιπτώσεις τους. Βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Αντίθετα, τα τροχαία ατυχήματα ελαττώθηκαν κατά 1,4%. Επίσης, αύξηση πάνω από 3% στην ανεργία είχε αντίστοιχα ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες (αύξηση >4%) στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ. Τέλος, βρήκαν ότι τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας δεν είχαν καμία επίπτωση στο ποσοστό των αυτοκτονιών όταν οι δαπάνες σε ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας, τα οποία αποσκοπούν στη διατή-

ρηση θέσεων εργασίας και την επανένταξη των απολυόμενων, ήταν πάνω από 190\$/άτομο/έτος.

Επιβαρυντικοί παράγοντες

Μια οικονομική κρίση προκαλεί ψυχολογική επιβάρυνση τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Σύμφωνα με τον Probst (2005),⁵⁰ το οικονομικό αυτό στρες περιλαμβάνει τις πλευρές της οικονομικής ζωής που λειτουργούν ως δυνητικά στρεσογόνα ερεθίσματα για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους και αποτελούνται τόσο από υποκειμενικά όσο και αντικειμενικά συστατικά. Τα στρεσογόνα αυτά ερεθίσματα αφορούν σε δύο βασικές παραμέτρους, στην εργασιακή κατάσταση και το ατομικό εισόδημα. Για παράδειγμα, η παράμετρος «εργασιακή κατάσταση» αφορά τόσο στην ανεργία, που είναι αντικειμενικό στρεσογόνο ερέθισμα, όσο και στην εργασιακή ανασφάλεια που είναι υποκειμενικό. Παρομοίως, η παράμετρος «ατομικό εισόδημα», αφορά τόσο στην οικονομική ανέχεια που είναι η αντικειμενική ανικανότητα πλήρωσης των τρεχουσών οικονομικών αναγκών, όσο και στην οικονομική πίεση που αφορά στην υποκειμενική αίσθηση ανεπάρκειας του εισοδήματος. Έτσι εξηγείται γιατί σε μια κοινωνία σε οικονομική κρίση επηρεάζονται άμεσα και βαρύτερα οι φτωχοί και οι άνεργοι αλλά το άγχος και η δυσφορία επηρεάζουν και το υπόλοιπο, οικονομικά ισχυρότερο κομμάτι του πληθυσμού.⁵¹

Σε ατομικό επίπεδο, αξίζει να εξετάζονται τα αντικειμενικά στρεσογόνα ερεθίσματα όπως ανεργία, εισόδημα νοικοκυριού, αριθμός μελών οικογένειας, χρέος, ατομικές διαφορές στη διαχείριση των χρημάτων, όπως τάσεις εξοικονόμησης χρημάτων ή συσσώρευσης χρεών, καθώς και οι οικονομικές γνώσεις και ικανότητες. Η εργασιακή ανασφάλεια φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τους μεγαλύτερους σε ηλικία εργαζόμενους⁵² και τις γυναίκες.⁵³ Επίσης, η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης και η υποστήριξη στο χώρο εργασίας από ανώτερους αλλά και συνεργάτες αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν το οικονομικό στρες. Σημαντικό επίσης ρόλο παίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που σχετίζονται με την αυξημένη ευαλωτότητα στην ψυχοκοινωνική απειλή, όπως νεύρωση ή χαμηλή ανοχή στη ματαίωση,⁵⁴ τα ατομικά χαρακτηριστικά που αντικατοπτρίζουν την ανάγκη αίσθησης ελέγ-

χου των καταστάσεων⁵⁵ και τα ατομικά χαρακτηριστικά που αφορούν στο γενικό αίσθημα αυτοεκτίμησης και προσωπικής αξίας.⁵⁶

Σε οργανωτικό επίπεδο, θα πρέπει να διερευνώνται οι πρακτικές και πολιτικές που χρησιμοποιούν οι εργοδοτικοί φορείς για να αποκριθούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Έχει βρεθεί για παράδειγμα ότι οι εργαζόμενοι στο Δημόσιο Φορέα παρουσιάζουν λιγότερη εργασιακή ανασφάλεια, ενώ οι εργαζόμενοι σε παρακαμάζουσες επιχειρήσεις είναι πιο ευάλωτοι. Επίσης, το πνεύμα δικαιοσύνης, η έγκαιρη ενημέρωση, οι διευκολύνσεις όπως άδειες άνευ αποδοχών και οι αποζημιώσεις δρουν προστατευτικά για την ψυχική υγεία των εργαζόμενων.⁵⁴

Σε μακροοικονομικό επίπεδο, θα πρέπει να διερευνώνται τα διεθνή οικονομικά συστήματα, οι κανόνες της αγοράς, οι τιμές των τροφίμων και των καυσίμων, οι διεθνείς οικονομικές συγκυρίες, η βιομηχανική παραγωγή και πολιτισμικά θέματα, όπως ο υπερκαταναλωτισμός και η χαμηλή ανοχή των κοινωνιών στην καινοτομία. Κοινωνίες με χαμηλή ανοχή σε απρόβλεπτες καταστάσεις τείνουν να δημιουργούν ισχυρά συστήματα κοινωνικής προστασίας και προασπίζουν την ασφάλεια της αγοράς εργασίας. Έτσι, για παράδειγμα οι άνεργοι Ελβετοί λαμβάνουν τουλάχιστον το 70% του κανονικού του εισοδήματος έως και 2 χρόνια, ενώ η υγειονομική ασφάλιση είναι υποχρεωτική ανεξαρτήτως της εργασιακής κατάστασης. Τέτοια οφέλη είναι αδιανόητα για τις ΗΠΑ όπου το επίδομα ανεργίας είναι κάτω από το όριο της φτώχειας, ενώ η απώλεια εργασίας συνεπάγεται και έλλειψη ασφάλισης.⁵⁷

Δυνατότητες αντιμετώπισης και πρόληψης

Στις περιόδους οικονομικών υφέσεων οι υπηρεσίες υγείας επηρεάζονται άμεσα μέσω της μείωσης κονδυλίων για την υγεία και τις δομές αποκατάστασης. Παράλληλα, η ανεργία, η έλλειψη ασφάλισης και η μείωση του εισοδήματος οδηγούν σε αποφυγή χρήσης των υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων, σε υποθεραπεία των νοσημάτων και σε αύξηση των υποτροπών των χρόνιων νοσημάτων. Προτεραιότητα για κάθε χώρα που αντιμετωπίζει οικονομική κρίση είναι η προστασία της ζωής και της βιωσιμότητας των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο, με πρωταρχική πολιτική δράση την υποστήριξη

κοινωνικών δικτύων ασφαλείας. Ένα σταθερό εύρημα των μελετών είναι ότι η ταχύτητα της οικονομικής μεταβολής αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για την υγεία. Ο βαθμός στον οποίο οι οικονομικές μεταβολές επιδρούν στην υγεία επηρεάζεται από το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι είναι προστατευμένοι από την απειλή. Οι ειδικοί επικεντρώνονται στους ειδικούς παράγοντες κινδύνου, στο πλαίσιο κοινωνικής συνοχής (άτυπη πρόνοια) και στο πλαίσιο κοινωνικής προστασίας (επίσημη πρόνοια).¹

Σχετικά με τους ειδικούς παράγοντες κινδύνου, η ιστορία έδειξε ότι το «κραχ» του '29 δεν είχε ως αποτέλεσμα αύξηση του αλκοολισμού, αφού στις ΗΠΑ είχε ήδη κηρυχθεί η ποτοαπαγόρευση, σε αντίθεση με την πρώην ΕΣΣΔ όπου στην κρίση της δεκαετίας '80 ευνοήθηκε η δραματική αύξηση του αλκοολισμού. Παρόμοια, δύο από τις λίγες εταιρίες που συνεχίζουν να προσλαμβάνουν εργαζομένους στην τρέχουσα κρίση στις ΗΠΑ είναι τα Mac Donalds & Kentucky Fried Chicken, γεγονός που υποδεικνύει ότι ο κόσμος στρέφεται σε φτηνά και έτοιμα, πλην όμως ανθυγιεινά φαγητά. Οι Κουβανοί αντίθετα, μετά την πτώση της ΕΣΣΔ στράφηκαν σε φτηνά αλλά υγιεινά φαγητά, κυρίως σόγια, φρούτα και λαχανικά, με το αμερικανικό εμπόργκο να τους «προστατεύει» στην ουσία από την έκθεση στις αμερικανικές αλυσίδες ταχυφαγείων.

Οι κοινωνίες όμως διαφέρουν και στη διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης. Έτσι, στην πρώην ΕΣΣΔ οι δυσμενείς για την υγεία επιπτώσεις της ταχείας οικονομικής αλλαγής έδειξαν να μειώνονται σημαντικά εκεί όπου τα άτομα ήταν μέλη κοινωνικών οργανώσεων, όπως εμπορικές ενώσεις ή αθλητικοί όμιλοι. Συστήματα κοινωνικής υποστήριξης ή αλλιώς «δίκτυα κοινωνικής ασφαλείας» αποτελούν επίσης οι φιλανθρωπικές οργανώσεις, η εκκλησία, η οικογένεια και οι φίλοι. Οι κοινωνίες επίσης δείχνουν να διαφέρουν και στα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας. Για παράδειγμα, τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι ο λόγος για τον οποίο η Μαλαισία δεν υπέφερε στη διάρκεια της ασιατικής κρίσης ήταν επειδή, σε αντίθεση με τις γειτονικές της χώρες, αγνόησε τη συμβουλή της διεθνούς οικονομικής κοινότητας να μειώσει τις δαπάνες της στην κοινωνική προστασία.⁵⁸

Οι δυνατότητες για πρωτογενή παρέμβαση στο οικονομικό στρες αφορούν στην προαγωγή της ερ-

γασίας και της οικονομικής υγείας μέσω προγραμμάτων οικονομικής επιμόρφωσης ή κρατικά επιδοτούμενων προγραμμάτων ανάπτυξης δεξιοτήτων. Αν και οι απολύσεις είναι η αρχική αντίδραση ενός οργανισμού στην οικονομική κρίση, εναλλακτικές στρατηγικές όπως μετακινήσεις θέσεων εργαζομένων, μείωση ωρών εργασίας ή άδειες άνευ αποδοχών, φαίνεται να μειώνουν το οικονομικό στρες. Επίσης, ανεξάρτητα από τη στρατηγική του εργοδότη, οι εργαζόμενοι θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τη φύση των αλλαγών ώστε να μειώνεται η ματαιώση και να ενισχύεται η εμπιστοσύνη. Καλές δυνατότητες παρέμβασης έχουν οι κυβερνήσεις που μπορούν να σχεδιάζουν προγράμματα οικονομικής ανάπτυξης, να προσελκύουν τους εργαζόμενους σε εργασίες μεγάλης ζήτησης, να προσφέρουν άμεση βοήθεια σε ευάλωτα άτομα που χάνουν την εργασία και να επανεκπαιδεύουν τους απολυμένους με σκοπό την επανένταξή τους στη νέα αγορά εργασίας.

Η δευτερογενής παρέμβαση αφορά στην προαγωγή διαχείρισης του στρες στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως για παράδειγμα συμβουλευτικά προγράμματα οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογική υποστήριξη και οικονομικές διευκολύνσεις ή φοροελαφρύνσεις. Κλειδί στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης αποτελεί η ενίσχυση αντιμετώπισης των συνήθων ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πρόσφατα στοιχεία έδειξαν την αποτελεσματικότητα και θετική σχέση κόστους-αποτελέσματος των ψυχολογικών και φαρμακολογικών παρεμβάσεων σε αναπτυσσόμενες χώρες.⁵⁹

Η τριτογενής παρέμβαση αφορά στην αποκατάσταση της οικονομικής υγείας των πληγέντων, για παράδειγμα με επιδόματα ανεργίας ή με ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας. Βρέθηκε ότι κάθε αύξηση 10 δολαρίων ανά άτομο στις επενδύσεις για προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μειώνει την επίπτωση της ανεργίας στις αυτοκτονίες κατά 0,04%. Οι Park et al⁶⁰ μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των δημόσιων κοινωνικών δαπανών και των αυτοκτονιών στις 27 χώρες του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (OECD) από το 1980 έως το 2003. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να αποτελέσουν ζωτικό

παράγοντα για την πρόληψη των αυτοκτονιών και ειδικά σε χώρες που βιώνουν κοινωνικο-οικονομική κρίση.⁴⁶

Ερευνητικοί περιορισμοί

Λόγω της αλληλεπικάλυψης των διαγνωστικών υποκατηγοριών των ψυχιατρικών διαταραχών, οι επιδημιολογικές έρευνες συχνά αναφέρουν τα ποσοστά των ψυχικών διαταραχών γενικά, χωρίς να μετρούν ξεχωριστά την κατάθλιψη ή τις αγχώδεις διαταραχές. Ερευνητικό πρόβλημα επίσης αποτελούν οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό της οικονομικής κρίσης. Για παράδειγμα, κάποιες έρευνες χρησιμοποιούν ως δείκτη το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), ενώ δείκτες όπως η ανεργία και η εμπιστοσύνη των καταναλωτών αντικατοπτρίζουν καλύτερα την ανασφάλεια των πολιτών. Να σημειωθεί επίσης ότι δεν επηρεάζονται μόνο οι άνεργοι αλλά και όσοι απειλούνται με ανεργία, γεγονός που είναι δύσκολο να καταγραφεί. Πρόβλημα επίσης αποτελεί η εκτίμηση της υγείας χρησιμοποιώντας ως δείκτη τη θνησιμότητα ή ειδικότερα τις αυτοκτονίες. Ένα ακόμα ερώτημα στις έρευνες που συσχετίζουν ανεργία και αυτοκτονίες είναι ο ρόλος της προϋπάρχουσας ψυχικής νόσου, αφού άτομα που ήδη νοσούν είναι πιο πιθανό να χάσουν νωρίς την εργασία τους. Επίσης, υπάρχουν διαφορές σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο. Έτσι, ενώ η ψυχική υγεία των ανέργων συνήθως επηρεάζεται, η ψυχική υγεία όσων εργάζονται μπορεί να μην επηρεάζεται (πολλές φορές μάλιστα επηρεάζονται και θετικά "healthy worker effect"), με αποτέλεσμα η ψυχική υγεία του συνολικού πληθυσμού να μην παρουσιάζει ιδιαίτερες μεταβολές.⁶¹

Επίσης, οι σχετικές έρευνες μετρούν συνήθως τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης μέχρι τη στιγμή που οι δείκτες και οι αγορές ανακάμψουν, αλλά η ανησυχία των ατόμων, όπως η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας ή οι προϋπολογισμοί για την υγεία ίσως να μην επανέρχονται άμεσα ή ποτέ στο προηγούμενο επίπεδο. Εξίσου δύσκολο για τις έρευνες είναι να καταγράψουν και τις υπόλοιπες «κρυμμένες» επιπτώσεις των υφέσεων. Μερικές από τις ιδιαιτερότητες της παρούσας κρίσης όπως η ταχύτητά της, η μετάδοσή της και η μη προβλεψιμότητά της, περιορίζουν την ικανότητα των ειδικών να χρησιμοποιήσουν συμπεράσματα από τις προηγού-

μενες εμπειρίες. Ακόμα και για τις ΗΠΑ, που έδειξαν ήδη σημάδια ανάκαμψης και υπέρβασης της κρίσης, η εξαιρετικά υψηλή ανεργία και το πάγωμα της αγοράς ακινήτων δυσχεραίνουν την κατάσταση και η οικονομική δίνη συνεχίζεται. Είναι σκόπιμο να λαμβάνεται πάντα υπόψη ότι κάθε χώρα έχει διαφορετική απόκριση στα εξωγενή «σοκ» και επομένως διαφο-

ρετική στάση απέναντι στην αντιμετώπιση θεμάτων υγείας. Η στάση αυτή εξαρτάται από τα υπάρχοντα συστήματα πρόνοιας, τη δυνατότητα ανάπτυξης κοινωνικών δικτύων ασφαλείας, τα προγράμματα πρόληψης, την κουλτούρα καταγραφής δεδομένων και τη δυνατότητα συντονισμού των πολιτικών δυνάμεων.¹

Financial crisis and mental health

O. Giotakos

Psychiatric Department, 414 Army Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2010, 21:195–204

Most studies investigating the effects of the economic crisis on the quality of life indicate a correlation between unemployment or other economic indexes and the general levels of death rates, depression, and suicide tendencies. The most common effects of an economic crisis are unemployment, spending power cuts, general insecurity and public spending retrenchment, including health related budget cuts. Under conditions of economic crisis, the poor represent a high risk group since they are the first ones to be put at risk. At the same time, due to their pre-existing functionality reduction, individuals already experiencing psychiatric diseases also represent a high risk group, thus creating a vice circle where poverty nurtures psychiatric disorders and vice-versa. For every country in the midst of a recession, protecting high risk target groups is the first priority. In these cases, research showcases that social security networks' reinforcement represents the first strategic priority. Other factors, for instance personality features related to increased vulnerability to psychosocial threat –such as low tolerance to frustration or low self esteem– also play an important role. At the organizational level, one has to research practices and policies that employers use to respond to changing conditions. An economic recession is a chance to revamp essential services toward weaker populations that need to be protected. This translates into a buttressing of the social welfare system while promoting timely interventions. Amongst others, the registration of high risk population groups, the rehabilitation and social inclusion of unemployed individuals and individuals with psychiatric problems, the training of first responders and primary care physicians, the tracing and curing of depression and other usual disorders, as well as an improved access to the psychiatric-health provision system.

Key words: financial crisis, financial recession, mental health, depression, suicide

Βιβλιογραφία

1. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Mc Kee M. The health implications of a financial crisis: a review of the evidence. *Ulster Med J* 2009, 78:142–145
2. Catalano R, Bellows B. If economic expansion threatens public health, should epidemiologists recommend recession? *Intern J Epidemiol* 2005, 34:1212–1213
3. Murphy GC, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. *J Occup Organ Psychol* 1999, 72:83–99
4. Gallo WT, Bradley EH, Falba TA et al. Involuntary job loss as a risk factor for subsequent myocardial infarction and stroke: Findings from the health and retirement survey. *Am J Ind Med* 2004, 45:408–416
5. Moser K et al. Unemployment and mortality. In: Goldblatt P (ed) *Longitudinal study: mortality and social organisation*. England and Wales, 1971–1981. London, Stationery Office, 1990:81–108
6. Morris K et al. Loss of employment and mortality. *BMJ* 1994, 308:1135–1139
7. Valkonen T, Martikainen P. The association between unemployment and mortality: causation or selection? In: Lopez AD, Casell G, Valkonen T (eds) *Adult mortality in developed countries: from description to explanation*. Oxford: Clarendon Press, 1995: 201–222
8. Mackenbach et al. Tackling health inequalities: an integrated approach. EUROTHINE Final report. Erasmus MC-University Medical Centre Rotterdam, 2007
9. Junankar PN. Unemployment and Mortality in England and Wales: A Preliminary Analysis. *Oxford Economic Papers* 1991, 43:305–320
10. Ungváry G et al. Health Risk of Unemployment. *Centr Eur J Occupat Environ Med* 1999, 5:91–112
11. Paul K, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav* 2009, 74:264–282
12. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Cur Opin Psych* 2010, 23:127–130
13. Tapia Granados JA. Recessions and mortality in Spain, 1980–1997. *Europ J Popul* 2005, 21:393–422
14. Gerdtham U, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Human Biol* 2006, 4:298–316
15. Gerdtham U, Johannesson M. Business cycles and mortality: Results from Swedish microdata. *Soc Scien Med* 2005, 60:205–218
16. Svensson M. Do not go breaking your heart: do economic upturns really increase heart attack mortality? *Soc Scien Med* 2007, 65:833–841
17. Economou A et al. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *J Econ Stud* 2008, 35:368–384
18. Blakely TA et al. Metropolitan Area Income Inequality and Self-rated Health-A Multi-level Study. *Soc Sci Med* 2002, 54:65–77
19. Everson SA et al. Epidemiologic Evidence for the Relation between Socioeconomic Status and Depression, Obesity, and Diabetes. *J of Psychos Res* 2002, 53:891–895
20. Theodosiou I. The Effects of Low-pay and Unemployment on Psychological Well-being: A Logistic Regression Approach. *J Health Econ* 1998, 17:85–104
21. Gardner J, Oswald A. How is Mortality Affected by Money, Marriage and Stress? *J Health Econ* 2004, 23:1181–1207
22. Van Rossum CTM. Socioeconomic Status and Mortality in Dutch Elderly People-The Rotterdam Study. *Eur J Pub Health* 2002, 10:255–261
23. Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN et al. Economic crises and mortality: a review of the literature. *Int J Clin Pract* 2009, 63:1128–1135
24. Tomalski Pr, Johnson M. The effects of early adversity on the adult and developing brain. *Cur Opin in Psych* 2010, 23:233–238
25. Kishiyama MM, Boyce WT, Jimenez AM et al. Socioeconomic disparities affect prefrontal function in children. *J Cogn Neurosci* 2009, 21:1106–1115
26. Tottenham N, Hare TA, Quinn BT et al. Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Dev Sci* 2009, 13:46–61
27. Lupien SJ, Mc Ewen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. *Nat Rev Neurosci* 2009, 10:434–445
28. Ramakrishnan U, Imhoff-Kunsch B, Di Girolamo AM. Role of docosahexanoic acid in maternal and child mental health. *Am J Clin Nutr* 2009, 89:958–962
29. Beard JL. Why iron deficiency is important in infant development. *J Nutr* 2008, 138:2534–2536
30. UNICEF. Adjustment with a Human Face. Protecting the Vulnerable and Promoting Economic Growth. Clarendon Press, Oxford, 1987
31. Stuckler D, Basu S, King L. International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *Public Libr Sci Med* 2008, 5:143
32. Stuckler D, Basu S. The International Monetary Fund's effects on global health: before and after the 2008 financial crisis. *Internat J Health Serv* 2009, 39:771–781
33. WHO. Mental Health in Europe. Copenhagen, Denmark, WHO, 2001a
34. Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009, 338:1314
35. Stuckler D. Protecting health during the economic crisis. *Lancet* 2008, 372:1520 (Editorial)
36. Samaritans. Samaritans report 25% increase in calls as financial crisis hits, UK. Medical News Today 2008. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/123937.php> (accessed June 30, 2009)
37. Ryall. Japanese suicides rise as world recession hits country's businessmen. Telegraph (London), 2009
38. Butterworth P, Rodgers B, Windsor TD. Financial hardship, socio-economic position and depression: results from the PATH Through the Life survey. *Soc Sci Med* 2009, 69:229–237
39. Scutella R, Wooden M. The effects of hardship and joblessness on mental health. *Soc Sci Med* 2008, 67:88–100
40. Araya R, Lewis G, Rojas G et al. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidem Comm Health* 2003, 57:501–505
41. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psycholog Med* 2008, 38:1485–1493
42. Patel V, Kleinman A. *Poverty and common mental disorders in developing countries*. Bulletin of the WHO, 2003
43. Patel V, Gwanzura F, Simunyu E et al. The explanatory models and phenomenology of common mental disorder in Harare, Zimbabwe. *Psychol Med* 1995, 25:1191–1199
44. Aro S, Aro H, Keskimäki I. Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up. *Brit J Psych* 1995, 166:759–767
45. Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC et al. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in east/

- southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci med* 2009, 69:1322-1331
46. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Cur Opin Psychiatry* 2010, 23:127-130
 47. Phillips MR, Liu H, Zhang Y. Suicide and social change in China. Culture. *Med Psych* 1999, 23:25-50
 48. Sundar M. Suicide in farmers in India. *Brit J Psych* 1999, 175: 585-586
 49. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009, 374:315-323
 50. Probst TM. Economic stressors. In: Barling J, Kelloway K, Frone M (eds) *Handbook of work stress*. Thousand Oaks, CA, Sage, 2005:267-297
 51. Sinclair R, Sears L, Zajack M et al. A multilevel model of economic stress and employee well-being, contemporary occupational health psychology 2004, 1:1-20
 52. Finegold D, Mohrman S, Spreitzer GM. Age effects on the predictors of technical workers' commitment and willingness to turnover. *J Organ Beh* 2002, 23:655-674
 53. Rugulies R, Aust B, Burr H et al. Job insecurity, chances on the labour market and decline in self-rated health in a representative sample of the Danish workforce. *J Epidemiol & Commun Hlth* 2002, 62:245-250
 54. Tivendell J, Bouronnais C. Job insecurity in a sample of Canadian civil servants as a function of personality and perceived job characteristics. *Psycholog Rep* 2008, 87:55-60
 55. van Hoof EAJ, Crossley CD. The joint role of locus of control and perceived financial need in job search. *Int J Select Assessm* 2008, 16:258-271
 56. Judge TA, Bono JE. Relationship of core self-evaluations traits-self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability-with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *J Applied Psychol* 2001, 86:80-92
 57. König CK, Probst TM, Staffen S et al. Do people in Switzerland react differently to job insecurity compared to people in the US? Paper presented at the Fourteenth European Congress of Work and Organizational Psychology, Santiago de Compostela, Spain, 2009
 58. Hopkins S. Economic stability and health status: evidence from east Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy* 2006, 75:347-357
 59. Patel V, Chisholm D, Rabe-Hesketh S et al. Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003, 361:33-39
 60. Park Y, Kim M, Kwon S et al. The Association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries. *J Prev Med Pub Health* 2009, 42:123-129
 61. Tyrer P. The case for cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis. *Brit J Psych* 2001, 179:191-193

Αλληλογραφία: Ο. Γιωτάκος, Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Εριφύλης 2, 116 34 Αθήνα
 Τηλ.: 210-72 90 496, 694 546 4619
 E-mail: Info@obrela.gr

Ανασκόπηση Review

Σχέση κατάθλιψης και καρκίνου

A. Ηγουμένου

Berkshire Healthcare NHS Foundation Trust, Oxford Deanery, UK

Ψυχιατρική 2010, 21:205–216

Ο καρκίνος είναι μια σοβαρή επώδυνη νόσος που κινεί το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών ανά τον κόσμο. Παρά την πρόοδο στην πρόληψη, διάγνωση αλλά και θεραπεία της δυσίατης αυτής κατηγορίας νοσημάτων, ο αριθμός των ατόμων με ιστορικό καρκίνου συνεχίζει να αυξάνεται. Οι καταθλιπτικές διαταραχές από την άλλη πλευρά αποτελούν μια από τις πιο σημαντικές αιτίες νοσογόνου φορτίου στον κόσμο. Η κατάθλιψη όχι μόνο σχετίζεται με την ελάττωση της λειτουργικότητας στα άτομα που τη βιώνουν, αλλά στην περίπτωση των καρκινοπαθών αποτελεί και αιτία καθυστέρησης της επιστροφής στην εργασία τους. Φαίνεται ότι η κατάθλιψη και ο καρκίνος συχνά συνυπάρχουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα μοιράζονται κοινές αιτιοπαθογενετικές καταστάσεις. Η συμπτωματολογία της μιας νόσου μπορεί να περιπλέξει τη συμπτωματολογία της άλλης, ενώ η πρόγνωση για τον ασθενή είναι πολύ καλύτερη όταν λαμβάνονται υπόψη και θεραπεύονται και οι δύο νόσοι.

Λέξεις ευρητήριου: κατάθλιψη, καρκίνος, αιτιοπαθογένεια, πρόγνωση, θεραπευτικές παρεμβάσεις

Εισαγωγή

Ο καρκίνος είναι μια από τις χρόνιες νόσους που αποτελεί πόλο έλξης πολλών ερευνητικών εργασιών, δημοσιεύσεων και επιστημονικών προγραμμάτων. Παρόλο που τεράστια πρόοδος έχει σημειωθεί στον τομέα της πρόληψης, διάγνωσης αλλά και θεραπείας της δυσίατης αυτής κατηγορίας νοσημάτων, ο αριθμός των ατόμων με ιστορικό καρκίνου ανά τον κόσμο συνεχίζει να αυξάνεται.

Οι ασθενείς με καρκίνο έχουν να παλέψουν όχι μόνο με τη νόσο αλλά και με ό,τι αυτή συνεπάγεται: συμπτώματα, ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία, οικονομικά προβλήματα, εργασιακά προβλήματα, οικογενειακές δυσκολίες και φόβο υποτροπής. Όλοι αυτοί οι παράγοντες τους κάνουν πιο ευάλωτους στην ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών.

Η κατάθλιψη, από την άλλη πλευρά, αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές αιτίες νοσογόνου φορτίου

στον κόσμο. Οι Spelten et al¹ τονίζουν ότι η κατάθλιψη όχι μόνο ηγείται των αιτιών της απώλειας της λειτουργικότητας στα άτομα που τη βιώνουν, αλλά στην περίπτωση των καρκινοπαθών αποτελεί και την κυριότερη αιτία καθυστέρησης της επιστροφής τους στην εργασία τους.

Η λύπη και η θλίψη είναι συνήθεις ψυχολογικές απαντήσεις στα επώδυνα συμβάντα της ζωής, είτε αυτά συνδέονται με απειλή ή πραγματική απώλεια. Είναι δε, από τις αναμενόμενες συναισθηματικές αντιδράσεις στη διάγνωση χρόνιων νόσων εκ των οποίων και οι διάφορες μορφές καρκίνου. Επειδή η λύπη και η κατάθλιψη είναι τόσο συχνά απαντώμενες στους καρκινοπαθείς, είναι σημαντικό να γίνεται η διάκριση μεταξύ φυσιολογικών ορίων λύπης και παθολογικών επιπέδων κατάθλιψης στους ασθενείς αυτούς. Η απελπισία, τα αισθήματα αναξιοσύνης, η απώλεια της αυτοεκτίμησης, τα αισθήματα ενοχής και ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι από τα κοινά συμπτώματα της κατάθλιψης, που συναντώνται σε μια δυσίατη νόσο όπως ο καρκίνος. Η αναγνώριση των παθολογικών επιπέδων κατάθλιψης, αλλά και η θεραπευτική αντιμετώπιση της, είναι απαραίτητες για τη σωστή φροντίδα του ασθενούς.²⁻⁵

Επιδημιολογικά δεδομένα

Ένα μικρό ποσοστό (6%) των καρκινοπαθών έχει κατάθλιψη η οποία προϋπάρχει του καρκίνου και η οποία θέτει το άτομο σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσει την κατάθλιψη και μετά τη διάγνωση της νόσου. Το 2-50% (ανάλογα με τη διαγνωστική μέθοδο)⁶ του συνόλου των καρκινοπαθών εμφανίζει κάποια ψυχιατρική διαταραχή, ιδίως διαταραχή της προσαρμογής με κατάθλιψη.^{2,6-12} Τα άτομα με διάγνωση καρκίνου εμφανίζουν κατάθλιψη τρεις με πέντε φορές πιο συχνά από ό,τι ο γενικός πληθυσμός (μέσος επιπολασμός σημείου 15-29%).^{13,14}

Μπορεί να παρατηρηθεί: μονοπολική κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, άτυπη κατάθλιψη, δυσθυμική διαταραχή, οργανικό ψυχοσύνδρομο, διαταραχή της προσωπικότητας και αγχώδεις διαταραχές. Έτσι, η καταθλιπτική συμπτωματολογία, που ποικίλλει από την καταθλιπτική διάθεση έως τη μείζονα κατά-

θλιψη, συναντάται συχνά, ενώ η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή δεν είναι συχνή διάγνωση. Έχει βρεθεί ότι ο επιπολασμός για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή κυμαίνεται από 0% έως 38%, ενώ για όλο το φάσμα των καταθλιπτικών διαταραχών από 0% έως 58%.¹⁵

Οι καρκινοπαθείς δε φαίνεται να είναι περισσότερο καταθλιπτικοί από άλλους σωματικά ασθενείς με εξίσου σοβαρές νόσους. Έρευνες έχουν ωστόσο δείξει πως ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε καρκινοπαθείς αυξάνει ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου και συμπτώματα όπως ο πόνος,^{14,16-18} καθώς επίσης και με τη σοβαρή απώλεια της λειτουργικότητας του ατόμου και την ανάγκη για συνεχή θεραπεία.¹⁵

Έχει φανεί επίσης από έρευνες πως υπάρχουν ορισμένες μορφές καρκίνου που σχετίζονται πιο συχνά με καταθλιπτικές διαταραχές από ό,τι άλλες. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με συμπαγείς όγκους κυμαίνεται από 20% έως 50%.⁵ Η διακύμανση αυτή οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως ιατρικούς, προσωπικούς, δημογραφικούς, ερευνητική μεθοδολογία, ερευνητικά εργαλεία, εντόπιση του όγκου, χρόνο που έχει μεσολαβήσει από τη διάγνωση κ.ο.κ.^{6,5} Φαίνεται πως η κατάθλιψη είναι στενά συνδεδεμένη με καρκίνο του στοματοφάρυγγα (22-57%), του παγκρέατος (33-50%), του μαστού (1,5-46%) και του πνεύμονα (11-44%).¹⁵ Μικρότερος επιπολασμός κατάθλιψης παρατηρείται σε άλλες μορφές καρκίνου όπως του εντέρου (13-25%), γυναικολογικούς καρκίνους (12-23%) και στο λέμφωμα (8-19%).¹⁵

Όταν ο υπό μελέτη πληθυσμός είναι άτομα που επιβίωσαν του καρκίνου, τα νεοπλάσματα του πεπτικού συνοδεύονται πιο συχνά καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με τα νεοπλάσματα του γεννητικού συστήματος ή τον καρκίνο του μαστού.^{19,20} Μια πρόσφατη έρευνα των Pirl WF et al.²¹ που έγινε σε ασθενείς με καρκίνο που επιβίωσαν της νόσου, έδειξε ότι ενώ οι ασθενείς που αποτέλεσαν τον υπό μελέτη πληθυσμό τους δεν ήταν διαγνωσμένοι με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή πιο συχνά από ό,τι ο γενικός πληθυσμός, εντούτοις εμφάνιζαν πιο σοβαρή απώλεια της λειτουργικό-

ητάς τους στην οικογενειακή, κοινωνική και εργασιακή τους καθημερινότητα. Σε παρόμοια αποτελέσματα οδήγησαν και έρευνες σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού ή των όρχεων που επιβίωσαν της νόσου.²¹⁻²³

Αιτιοπαθογένεια

Στο πλαίσιο της ολιστικής θεώρησης των νοσημάτων, έχουν διατυπωθεί απόψεις για τη συμβολή ψυχολογικών συντελεστών στην αιτιολογία του καρκίνου, από τους οποίους καλύτερα μελετημένοι είναι: ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας,²⁴ η κατάθλιψη, τα στρεσογόνα γεγονότα,²⁵ αλλά και η αδυναμία έκφρασης των συναισθημάτων (για παράδειγμα του θυμού). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η μακρόχρονη ενεργοποίηση του υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδιακού άξονα και του συμπαθητικο-επινεφριδιο-μυελινικού άξονα κατά την αντίδραση στο χρόνιο στρες ή την κατάθλιψη, αναστέλλει την ανοσολογική ανταπόκριση και συνεισφέρει στην εμφάνιση και εξέλιξη ορισμένων μορφών καρκίνου.²⁵⁻²⁷

Διαπιστώθηκε επίσης ότι σε κυτταρικό επίπεδο, ασθενείς με στρες και κατάθλιψη εμφάνισαν λευκοκυττάρωση, υψηλά επίπεδα ουδετερόφιλων, μειωμένη φαγοκυττάρωση ουδετερόφιλων και διαταραχές στον πολλαπλασιασμό των λεμφοκυττάρων. Στους ασθενείς αυτούς βρέθηκαν υψηλά επίπεδα κορτιζόλης πλάσματος (επίπεδα που κυμαίνονταν κατά τη διάρκεια της ημέρας),^{5,14} πρωτεϊνών οξείας φάσεως καθώς και ειδικά αντισώματα κατά του ερπητοϊού και του ιού Epstein-Barr, αλλά και υψηλές συγκεντρώσεις ιντερλευκινών (IL-1, IL-6) και Tumor Necrosis Factor-alpha (TNF-a).^{5,8,25}

Η κατάθλιψη φαίνεται να επιδρά στην εξέλιξη του καρκίνου μέσω αύξησης των προ-φλεγμονωδών κυτταροκινών, αλλά μόνο σε καρκίνους που τέτοιοι φυσιολογικοί μηχανισμοί εμπλέκονται.¹³

Τόσο το στρες όσο και η κατάθλιψη συνδέονται με μείωση του αριθμού των κυτταροτοξικών T-κυττάρων και των κυττάρων-φυσικών δολοφόρων (natural killer cell),^{13,25,28} γεγονός που επηρεάζει την επίβλεψη του ανοσοποιητικού συστήματος επί των όγκων καθώς επίσης και την εμφάνιση γεγονότων

που επηρεάζουν την ανάπτυξη και συγκέντρωση των σωματικών μεταστάσεων και την αστάθεια του γονιδιώματος.^{25,26}

Η κατάθλιψη επίσης είναι συνδεδεμένη με αύξηση των συμπαθητικών κατεχολαμινών^{13,29} που με τη σειρά τους συνδέονται με την ανάπτυξη όγκων μέσω απελευθέρωσης αγγειογενετικών κυτταροκινών και μέσω αύξησης της αγγειογένεσης και ανάπτυξης του όγκου.^{13,30} Εκτός όμως από της επινεφρίνη, τη νοραδρεναλίνη την κορτιζόλη, και άλλες ορμόνες όπως η προλακτίνη, η οκυτοκίνη, η ντοπαμίνη και η ουσία P επηρεάζονται από το συναισθηματικό στρες και συνδέονται επίσης με την εμφάνιση ορισμένων μορφών καρκίνου.²⁷

Από την άλλη πλευρά, έχει μελετηθεί και η επίδραση ενός ήδη εγκατεστημένου καρκίνου στην ψυχική υγεία του ατόμου και έχει βρεθεί κάποια σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ καρκίνου και ψυχολογικών και ψυχιατρικών παραγόντων.^{16,31} Διάφορες επιπλοκές του καρκίνου όπως αναιμία, δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αλλά και η νευροτοξικότητα των αντικαρκινικών χημειοθεραπευτικών παραγόντων μπορεί εν μέρει να εξηγήσει μερικές από τις παρατηρούμενες συμπεριφορές και ψυχιατρικές διαγνώσεις.³²

Τα τελευταία χρόνια μεγάλο ενδιαφέρον συγκεντρώνεται στην έρευνα ανοσολογικών διεργασιών, ιδίως στην ενεργοποίηση των έμφυτων ανοσολογικών φλεγμονωδών ανταποκρίσεων και του ελέγχου των ανταποκρίσεων αυτών από νευροενδοκρινικά μονοπάτια που εν συνεχεία επηρεάζουν διάφορες λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως το μεταβολισμό των νευροδιαβιβαστών, τη λειτουργία των νευροπεπτιδίων, τους κύκλους ύπνου-αφύπνισης, τις τοπικές εγκεφαλικές λειτουργίες και εντέλει τη συμπεριφορά.^{28,32}

Έχει διαπιστωθεί πως, ιδίως σε προχωρημένες μορφές καρκίνου, οι προ-φλεγμονώδεις κυτταροκίνες συνδέονται επίσης με την εμφάνιση ανορεξίας, καχεξίας, πόνου, φαρμακοτοξικότητας και αντίστασης στη θεραπεία.^{33,34} Πρόσφατες έρευνες έδειξαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών σε ασθενείς που παίρνουν ανασυνδυασμένες κυτταροκίνες ως αντικαρκινική θεραπεία.³⁴

Διάφορες έρευνες που έγιναν κατά καιρούς βρήκαν κάποια σχέση μεταξύ του σωματικού πόνου που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο και της ύπαρξης καταθλιπτικής διαταραχής σε αυτούς.^{8,35-37} Ο πόνος μπορεί να παίζει έναν αιτιακό ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης, ενώ η κατάθλιψη και το άγχος με τη σειρά τους μπορεί να ενδυναμώνουν τον πόνο αλλά και να ενδυναμώνονται από αυτόν. Βρέθηκε, ωστόσο, πως η επίπτωση της κατάθλιψης (αλλά και της αγχώδους διαταραχής) στους καρκινοπαθείς είναι ανεξάρτητη από το επίπεδο του πόνου. Ο πόνος, επιπλέον, φαίνεται πως συνδέεται και με την εμφάνιση άλλων καταστάσεων στους καρκινοπαθείς, όπως υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού, κατάθλιψης, άγχους, εχθρικότητας, υποχονδρίασης, γαστρεντερικών συμπτωμάτων και σωματικής ανικανότητας.^{8,16,35,38}

Έρευνες των τελευταίων ετών έδειξαν ότι η αυξημένη οξειδωτική καταστροφή νουκλεϊνικών οξέων, λιπιδίων και πρωτεϊνών, ίσως και να αποτελεί ένα κοινό παθοφυσιολογικό μηχανισμό μέσω του οποίου οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι ευάλωτοι στην ανάπτυξη συννοσηρών σωματικών ασθενειών.³⁹ Είναι γνωστό ότι η οξειδωτική καταστροφή νουκλεϊκών οξέων, λιπιδίων και πρωτεϊνών έχει ενοχοποιηθεί για την αιτιολογία και εξέλιξη διάφορων ειδών καρκίνου³⁹⁻⁴¹ όπως και άλλων νοσημάτων (αθηροσκλήρωση στεφανιαίων αγγείων και καρωτίδας).^{42,43} Οι Forlenza et al (2006) σε μια πρόσφατη έρευνά τους έδειξαν πως υπάρχει σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της κατάθλιψης και της οξειδωτικής καταστροφής. Συζητούν επίσης το ενδεχόμενο η κατάθλιψη να συμβάλλει στη μειωμένη αναγέννηση του κατεστραμμένου γενετικού υλικού (DNA).³⁹

Φαίνεται επομένως πως μεταξύ της αιτιοπαθογένειας του καρκίνου και εκείνης της κατάθλιψης υπάρχουν ορισμένα κοινά βιολογικά χαρακτηριστικά που δικαιολογούν τη συνύπαρξη των δύο αυτών καταστάσεων. Συγκεκριμένα, και στις δύο παρατηρούνται διαταραχές στη δραστηριότητα του υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδιακού άξονα^{8,44,45} (αύξηση της συγκέντρωσης του παράγοντα απελευθέρωσης της κορτικοτροπίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, διαταραχές στη συγκέντρωση και τη δράση της αδρενοκορτικοτρόπου ορμόνης-adrenocorticotropic

hormone, ACTH, μη έκκριση δεξαμεθαζόνης κ.ο.κ.), σε επίπεδο νευροδιαβίβασης (π.χ. στη δράση 5-υδροξυτρυπταμίνης-5-hydroxytryptamine-5-HT κ.λπ.), αλλά και στην ανταπόκριση του ανοσολογικού συστήματος (δράση των υποδοχέων σεροτονίνης, ύπαρξη αντι-ιδιοτυπικών αντισωμάτων κ.λπ.). Οι παραπάνω διαταραχές μπορεί να εξηγήσουν την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής λίγο πριν διαγνωσθεί ο καρκίνος.⁴⁶⁻⁴⁸

Ωστόσο, πρέπει να γίνει ξεκάθαρο πως εκτός από τα κοινά βιολογικά αιτιοπαθογενετικά τους μονοπάτια, οι δύο αυτές νοσολογικές οντότητες μπορεί να συνδέονται μόνο έμμεσα (μέσω δηλαδή παραγόντων που συνδέονται με την έναρξη και των δύο) ή η κατάθλιψη να συνδέεται με παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση ή την εξέλιξη του καρκίνου (αλκοολισμός, κάπνισμα κ.λπ.).⁴⁹ Η ύπαρξη ιστορικού καταθλιπτικής διαταραχής δε φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου, εκτός από τις περιπτώσεις του καρκίνου του προστάτη και του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες.⁵⁰

Διάγνωση-Συμπτωματολογία

Οι ασθενείς με καρκίνο μπορεί να βιώσουν μια πληθώρα αλλαγών στη συμπεριφορά τους όπως κατάθλιψη, κόπωση, διαταραχές ύπνου αλλά και γνωσιακή δυσλειτουργία και έκπτωση.³²

Μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης ο ασθενής περνά από ορισμένα στάδια ψυχολογικής αντίδρασης, που σύμφωνα με την Kubler-Ross είναι: άρνηση, οργή, συναλλαγή, κατάθλιψη, αποδοχή.⁵¹ Ανάλογα με την ηλικία και τη φάση της ζωής του που διανύει, έρχεται αντιμέτωπος με τους φόβους του: το φόβο του θανάτου, της παραμόρφωσης, της αναπηρίας, της νοσηρότητας που συνδέεται με τις θεραπείες, της υποτροπής της νόσου, το φόβο του ότι θα πάψει να είναι ανεξάρτητος και ότι θα γίνει βάρος στους άλλους, το φόβο της εγκατάλειψης, της απώλειας της λειτουργικότητάς του, της κοινωνικής του αξίας, της οικονομικής ανεξαρτησίας του κ.ο.κ.¹ Έτσι, μπορεί να εμφανίζεται μερδεμένο, να μην μπορεί να συγκεντρωθεί, να μην έχει αυτοπεποίθηση, να νιώθει αβεβαιότητα, να είναι

υποτονικός, εξαντλημένος ή να είναι νευρικός, γεμάτος άγχος και ένταση, θυμωμένος, επιθετικός, ή ακόμη να μοιάζει λυπημένος, καταθλιπτικός, αβοήθητος, απελπισμένος και μελαγχολικός.

Επιπροσθέτως, ενώ άλλοι ασθενείς εκφράζουν τα συναισθήματά τους, άλλοι αρνούνται την πραγματικότητα και περιχαράκωνονται στον εαυτό τους.⁵² Οι Watson et al (1984) βρήκαν ότι οι ασθενείς που μόλις διεγνώσθησαν με καρκίνο του μαστού και ήταν σε άρνηση όσον αφορά στη σοβαρότητα της νόσου τους, επέδειξαν λιγότερη συναισθηματική φόρτιση και διαταραχές της διάθεσης από ό,τι εκείνοι που ήταν πιο δεκτικοί στο τι σημαίνει η διάγνωση και το τι συνεπάγεται για το μέλλον τους.⁵³

Μερικές από τις παραπάνω αντιδράσεις αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις στη διάγνωση της χρόνιας νόσου, μπορεί όμως να περιπλέκονται με κατάθλιψη που χρήζει διάγνωσης και θεραπείας.¹⁵

Πολλές φορές η ίδια η συμπτωματολογία του καρκίνου μπορεί να μοιάζει με εκείνη της κατάθλιψης^{5,8} και να καθιστά τη διάγνωση της τελευταίας δύσκολη. Για παράδειγμα, σωματικά συμπτώματα όπως ανορεξία, απώλεια βάρους, χαμηλά επίπεδα ενέργειας και διαταραχές ύπνου μπορεί να αποδοθούν στον καρκίνο παραβλέποντας τη διάγνωση της κατάθλιψης.^{5,8,18} Όπως προαναφέραμε, ο πόνος στον καρκινοπαθή και η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας διατηρούν μια αμφίδρομη σχέση. Άλλο ένα κοινό σύμπτωμα μεταξύ καρκίνου και κατάθλιψης, που μπορεί να αποπροσανατολίσει τη διάγνωση, είναι η κόπωση. Μπορεί εύκολα να αποδοθεί στον πόνο λόγω του καρκίνου και να παραγνωρισθεί ως καταθλιπτικό σύμπτωμα.⁸

Συνάμα, η χρήση θεραπευτικών τεχνικών και φαρμακευτικών σκευασμάτων για την καταπολέμηση των συμπτωμάτων του καρκίνου μπορεί να περιπλέκει τη διάγνωση της κατάθλιψης.⁵

Περίπου οι μισοί ασθενείς με καρκίνο έχουν ψυχιατρικές διαταραχές,⁸ ιδίως διαταραχές της προσαρμογής (68%), μείζονα κατάθλιψη (13%) ή παραλήρημα (8%).⁵⁴ Για τις περισσότερες από τις διαταραχές αυτές πιστεύεται πως είναι αντιδραστικές στη γνώση ότι ο ασθενής έχει καρκίνο, ενώ στη διάγνωσή τους πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και

ψυχιατρικοί (προηγούμενο ιστορικό, παρούσα ψυχιατρική κατάσταση κ.λπ.), σωματικοί (εντόπιση του καρκίνου, συνυπάρχουσες νόσοι, θεραπείες κ.ο.κ.) αλλά και περιβαλλοντικοί παράγοντες (οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, οικονομική κατάσταση κ.λπ.).⁵⁴

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία, ωστόσο, στους καρκινοπαθείς μπορεί να σχετίζεται με: διαταραχή προσαρμογής καταθλιπτικού τύπου (συνειδητοποίηση του σοβαρού της κατάστασης), καταθλιπτική διαταραχή (που πυροδοτήθηκε, επιδεινώθηκε, υποτροπίασε, επανεμφανίστηκε ή απλώς συνέπεσε με τον καρκίνο), δυσθυμική διαταραχή (επιδείνωση προϋπάρχουσας κατάστασης), κατάθλιψη οφειλόμενη άμεσα στον καρκίνο (ορμονοπαραγωγικοί όγκοι, όγκοι του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος), κατάθλιψη οφειλόμενη σε παθολογικές επιπτώσεις του καρκίνου (ουραιμία, ιογενείς εγκεφαλοπάθειες, διαταραχές ηλεκτρολυτών), κατάθλιψη σχετιζόμενη με τη θεραπεία του καρκίνου (χημειοθεραπευτικά φάρμακα, ιντερφερόνη, δεξαμεθαζόνη κ.λπ.), κατάθλιψη σχετιζόμενη με άλλες θεραπείες (αντιυπερτασικά, αντιπαρκινσονικά κ.λπ.) ή με κατάθλιψη σχετιζόμενη με ουσίες (ναρκωτικά).^{31,54,55} Η διάγνωση της διαταραχής της προσαρμογής παραμένει προβληματική και χρήζει εξαιρετικής προσοχής, μιας και αρκετοί επιστήμονες υγείας εσφαλμένα θεωρούν τη διαταραχή της προσαρμογής ως βήμα φυσιολογικής μετάβασης στην καινούργια πραγματικότητα.⁵ Δυστυχώς, όμως, αυτή η στάση τους καθυστερεί την έναρξη της τόσο απαραίτητης ανάλογης θεραπείας.⁵

Η διάγνωση των προαναφερθέντων καταθλιπτικών διαταραχών σε ασθενείς με καρκίνο μπορεί να γίνει με βάση διάφορα ταξινομικά συστήματα αλλά και διάφορες τεχνικές συνεντεύξεως.⁵ Στον τομέα της ψυχο-ογκολογίας συνήθως χρησιμοποιούνται κλίμακες όπως η BFI (Brief Symptoms Inventory) και η HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), ενώ έχουν χρησιμοποιηθεί και οι κλίμακες BDI (Beck Depression Inventory) και CES-D (Centre for Epidemiological Studies-Depression).⁵ Ενώ όμως η χρήση ερωτηματολογίων μπορεί να είναι εύκολη και γρήγορη λύση, δεν είναι απαραίτητα και η καλύτερη. Η καλύτερη διάγνωση γίνεται μετά από λεπτομερή

ψυχιατρική εξέταση και για αυτό και θα πρέπει όσοι ασθενείς με καρκίνο εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης να παραπέμπονται σε ειδικό επιστήμονα ψυχικής υγείας.^{5,31,54}

Θα πρέπει επίσης να είμαστε προσεκτικοί όταν διαγιγνώσκουμε κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο και να λαμβάνουμε υπόψη τον πολιτισμό και την κουλτούρα από την οποία προέρχονται.⁵ Αυτό είναι απαραίτητο καθώς σε ορισμένες κουλτούρες η κατάθλιψη εμφανίζεται διαφορετικά, όπως για παράδειγμα στην ασιατική κουλτούρα τα ψυχολογικά συμπτώματα παραγκωνίζονται και προεξάρχουν τα σωματικά.^{5,56}

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας στους ασθενείς αυτούς είναι 1,4–1,9 φορές μεγαλύτερος από του γενικού πληθυσμού, αν και οι απειλές για αυτοκτονία είναι πάρα πολύ συχνές. Βρέθηκε, ωστόσο, πως πάσχουν από σοβαρότερη κατάθλιψη και βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας όσοι πάσχουν από καρκίνο του γαστρεντερικού, του μαστού και των γεννητικών οργάνων.^{3,31,57,58}

Πορεία-Πρόγνωση

Πρέπει να γίνει σαφές πως δεν οδηγούνται στο θάνατο όλοι οι ασθενείς με καρκίνο. Ορισμένοι καρκινοπαθείς θεραπεύονται, ορισμένα είδη καρκίνου έχουν καλή πρόγνωση στα αρχικά τους στάδια (καρκίνος μαστού, καρκίνος προστάτη),⁵⁹ ενώ σε πολλούς άλλους υπάρχουν μακρές περιόδους ύφεσης. Ακόμη όμως και αν η πρόγνωση δεν είναι τόσο καλή, ακόμη και αν ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο, οφείλουμε να κάνουμε την πορεία της νόσου του το λιγότερο δυνατό επώδυνη και περισσότερο αξιοπρεπή. Δε θα πρέπει εξάλλου να ξεχνάμε πως ο καρκίνος μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία, ιδίως στο χρονικό διάστημα που ακολουθεί τη διάγνωση.⁴⁹ Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει με τη σοβαρότητα της διάγνωσης, την εντόπιση του καρκίνου και παρατηρείται αυξημένος στους άνδρες πάσχοντες (ιδίως με καρκίνο του αναπνευστικού συστήματος).⁴⁹

Από την άλλη πλευρά, διάφορες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα πως οι διαταραχές της διάθεσης τείνουν να έχουν μακρά πορεία και έχουν

την τάση υποτροπής.⁵⁴ Σύμφωνα με άλλες μελέτες, η ύπαρξη σχετιζόμενων με τη ζωή στρεσογόνων παραγόντων, εντοπίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα πριν από το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο, σε σύγκριση με τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται στα επόμενα. Το εύρημα αυτό, έχει ερμηνευτεί ως ένδειξη ότι το ψυχοκοινωνικό στρες μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο στην αρχική αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης και ότι, αν και το αρχικό επεισόδιο μπορεί να επιλυθεί, μια επίμονη αλλαγή στη βιολογία του εγκεφάλου του ασθενούς τον τοποθετεί σε θέση υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση επόμενων επεισοδίων.⁵⁴ Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία αν και το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο συνήθως συμβαίνει σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών (περίπου στο 50% των περιπτώσεων).^{31,54}

Η πρόγνωση της κατάθλιψης εξαρτάται από παράγοντες συνδεδεμένους με την αναμενόμενη πορεία της διαταραχής (γενικοί παράγοντες) και από παράγοντες που αφορούν στο συγκεκριμένο ασθενή (ατομικοί παράγοντες).³¹ Όταν συζητούμε την πρόγνωση της κατάθλιψης δε θα πρέπει να ξεχνούμε τη χειρότερη από τις επιπλοκές της, την αυτοκτονία.^{31,54}

Στις περιπτώσεις συννόσησης καρκίνου και κατάθλιψης η πορεία και η πρόγνωση και των δυο νόσων περιπλέκεται. Φαίνεται πως ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο αυξάνει ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου και την ύπαρξη συμπτωμάτων όπως η κόπωση και ο πόνος.¹⁴ Σύγχρονες μελέτες έχουν καταλήξει πως μη διάγνωση της κατάθλιψης στους καρκινοπαθείς συνεπάγεται μείωση της ποιότητας ζωής, παρατεταμένες περιόδους νοσοκομειακής περίθαλψης και υψηλότερα ποσοστά μη συνεργασίας με την προτεινόμενη θεραπεία.^{5,60,61}

Οι ερευνητές δεν έχουν καταλήξει ακόμη ποια είναι η σχέση μεταξύ διαταραχών της διάθεσης, κυτταροκινών, κυττάρων φυσικών δολοφόνων, της εξέλιξης του καρκίνου και της επιβίωσης.⁵ Ορισμένοι ερευνητές τονίζουν πως δεν υπάρχουν αρκετές αποδείξεις της απευθείας σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και της επίπτωσης του καρκίνου.^{5,14} αλ-

λά καταλήγουν στο ότι η αθεράπευτη κατάθλιψη μπορεί να σχετίζεται με τη γρηγορότερη εξέλιξη του καρκίνου.⁵

Φαίνεται πως βάσει της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου μπορεί να προβλεφθεί η επιβίωση σε ορισμένα είδη καρκίνου όπως το μελάνωμα, ο μη-μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος του μαστού και των νεφρών.⁵ Μελέτες στο ρόλο που παίζει η διάθεση στην επιβίωση των καρκινοπαθών έχουν δείξει πως η συνύπαρξη της κατάθλιψης με τον καρκίνο συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου.^{5,13,45,62-67} Βρέθηκε επίσης πως η επιρροή που έχει η κατάθλιψη στη θνησιμότητα του καρκινοπαθούς εξαρτάται από την εντόπιση του καρκίνου.⁶²

Δε θα πρέπει να ξεχνάμε πως η ύπαρξη κατάθλιψης, πόνου, καθώς και η μειωμένη σωματική λειτουργικότητα του ατόμου είναι δείκτες που σχετίζονται με αυξημένο αυτοκτονικό ιδεασμό σε άτομα με καρκίνο.^{49,68,69}

Για τους προαναφερθέντες λόγους είναι απαραίτητη η θεραπευτική προσέγγιση τόσο του καρκίνου όσο και της συνυπάρχουσας κατάθλιψης.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Οι πιο συχνές θεραπείες που χρησιμοποιούνται στην περίπτωση του καρκίνου είναι η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η χειρουργική εξαίρεση του όγκου.

Οι ασθενείς που υπόκεινται σε μακρά σειρά θεραπειών (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) μπορεί, ωστόσο, να έχουν περισσότερα συμπτώματα από τη θεραπεία παρά από την ίδια τη νόσο τους.^{31,54,70} Συγκεκριμένα, η ακτινοθεραπεία μπορεί να συνεπάγεται εγκεφαλοπάθεια που συνδέεται με αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση (ναυτία, έμετοι, ζάλη), αϋπνία, πονοκέφαλο, αλλαγή προσωπικότητας, γνωσιακές διαταραχές και αντιδραστικά ψυχικά συμπτώματα φόβου και κατάθλιψης. Η χημειοθεραπεία με τη σειρά της, εκτός από τη ναυτία και τον έμετο, μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλοπάθεια, νευροπάθεια, κατάθλιψη^{8,15,71,72} και ψυχωσική συμπτωματολογία με ψευδαισθήσεις. Στην περίπτωση της χειρουργικής εξαίρεσης όγκων, οι καρκινοπαθείς έχουν επιβάρυνση

της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας τους εξαιτίας της αλλαγής της εικόνας του σώματός τους, της μείωσης της λειτουργικότητας, της απώλειας της σεξουαλικότητάς τους, αλλά και εξαιτίας του μεγάλου χρόνου νοσηλείας τους και των επανειλημμένων ακτινοθεραπειών και χημειοθεραπειών στις οποίες υποβάλλονται.⁷³⁻⁷⁹

Ο πόνος στους ασθενείς αυτούς δεν πρέπει να υποεκτιμάται ή να υποθεραπεύεται. Συνιστάται ότι μπορεί να τους βοηθήσει, από τα απλά αναλγητικά ως τα οπιούχα, και σε δόσεις που μπορεί να ξεπερνούν κατά πολύ τη θεραπευτική δόση. Πολλά αντικαταθλιπτικά (π.χ. Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης της Σεροτονίνης-Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs) ισχυροποιούν τη δράση των οπιούχων, ενώ πάντοτε θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων.^{5,80} Τα αντικαταθλιπτικά χορηγούνται επίσης για τη μείωση του χρόνιου πόνου στον καρκίνο (ιδίως οι SSRIs αλλά και η αμιτριπτιλίνη από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά).^{2,4,8,81-90}

Στην περίπτωση της θεραπείας της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται κυρίως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία-electroconvulsive therapy, ECT (όταν πρόκειται για σοβαρή κατάθλιψη π.χ. ψυχωσική ή ενδογενή, η οποία μπορεί να οδηγήσει το άτομο στο θάνατο ή όταν τα φάρμακα δεν είναι αποτελεσματικά ή καλά ανεκτά), αλλά και παράλληλη ψυχοθεραπεία (κάθε είδους).^{31,54}

Στην περίπτωση της συνύπαρξης κατάθλιψης και καρκίνου θα πρέπει να θεραπεύονται και οι δύο νόσοι ταυτόχρονα. Πολλές φορές η θεραπεία της συννοσηρής αυτής κατάστασης δεν είναι εύκολη, καθώς οι θεραπείες του καρκίνου επιδεινώνουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως για παράδειγμα η θεραπεία με κορτικοστεροειδή, βινκριστίνη και βινπλαστίνη, ταμοξιφένη, ιντερφερόνη-άλφα κ.ο.κ.^{8,15,91} Εξαιρετική προσοχή χρειάζεται όταν συνταγογραφούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Θα πρέπει πάντα να λαμβάνουμε υπόψη τις αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, την προ-εμετική δράση των SSRIs καθώς και τη φαρμακοκινητική τους δράση πάνω σε άλλα φάρμακα, αλλά και συγκεκριμένα

σύνδρομο που συμβαίνουν σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία για τον καρκίνο.^{5,80}

Και εδώ η χρήση αντικαταθλιπτικών για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου ενδείκνυται. Βρέθηκε πως από τα διάφορα αντικαταθλιπτικά οι SSRIs και ιδίως η παροξετίνη είναι αποτελεσματικά στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με διάφορα είδη καρκίνου.⁸ Ένα άλλο αντικαταθλιπτικό, η φλουοξετίνη, που και αυτή ανήκει στη κατηγορία των SSRIs, αποδείχτηκε αποτελεσματικό στην ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε ασθενείς με προχωρημένους συμπαγείς όγκους.^{8,92} Από τα υπόλοιπα αντικαταθλιπτικά φάρμακα η μιανσερίνη έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο.⁸

Όλοι οι καρκινοπαθείς χρειάζονται εκπαίδευση και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (ακόμη και κατ'οίκον). Η ψυχοθεραπεία είναι χρήσιμη στο χειρισμό του καρκίνου και του πόνου, αλλά επειδή ο καρκίνος επηρεάζει και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, πρέπει να απευθύνεται και σε αυτούς.⁵ Συμβουλευτική της οικογένειας του καρκινοπαθούς είναι απαραίτητη προκειμένου να τους εκπαιδεύσει σε θέματα που αφορούν στην κατάθλιψη που συνοδεύει τον καρκίνο.⁵

Βρέθηκε πως από όλες τις ψυχοθεραπείες (ατομική, ομαδική, γνωσιακή-συμπεριφορική,^{5,13} ψυχαναλυτική κ.λπ.) η πιο αποτελεσματική για τον ασθενή με καρκίνο είναι η ομαδική υποστηρικτική⁹³ (ιδίως σε γυναίκες με μαστεκτομή, σε άνδρες με καρκίνο των γεννητικών οργάνων ή σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο).^{7,94-97} Βρέθηκε επίσης πως η ψυχοθεραπεία όχι μόνο ανακουφίζει από τα καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά και αυξάνει το χρόνο επιβίωσης των καρκινοπαθών.^{8,45,65} Ένα άλλο είδος θεραπείας

που βρέθηκε να έχει θετικά αποτελέσματα είναι η εργοθεραπεία.⁹⁸

Έρευνες έχουν καταλήξει ότι οι χρόνιες σωματικές νόσοι συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς.^{8,99-101} Συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας μπορεί να αποβεί αποτελεσματικός στους ασθενείς αυτούς.

Κάθε προτεινόμενη θεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ασθενούς και να σέβεται την κουλτούρα του, τις πνευματικές του ανάγκες και την προσωπικότητά του.⁵

Συμπεράσματα

Ο φόβος για τον καρκίνο συχνά πυροδοτεί ψυχοπαθολογικές καταστάσεις ή διαμορφώνει το περιεχόμενο σε πολλές από αυτές, ιδίως σε φοβικές ή καταθλιπτικές καταστάσεις. Εφόσον ακόμη και ο φόβος του καρκίνου συνδέεται με ψυχολογικά και ψυχοπαθολογικά προβλήματα, αναμένεται να συμβαίνει το ίδιο, σε μεγαλύτερο βαθμό όμως, όταν υπάρχει πραγματικά καρκίνος.^{31,102,103}

Ο ασθενής με καρκίνο απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Η διάγνωση του καρκίνου, η πρόγνωσή του, οι αντιδράσεις του ασθενή, του ιατρού, του νοσηλευτικού προσωπικού, της οικογένειας, του περιβάλλοντος, γίνονται ένα σύμπλοκο καταστάσεων που δυσκολεύουν ή διευκολύνουν την αντιμετώπιση του ασθενούς. Η εικόνα περιπλέκεται όταν συνυπάρχει κατάθλιψη. Γι' αυτό και ο επιστήμονας υγείας που θα σταθεί δίπλα του πρέπει να είναι όχι μόνο εφοδιασμένος με γνώσεις που αφορούν τόσο στη σωματική όσο και την ψυχική διάσταση της νόσου, αλλά και αποφασισμένος να αντιμετωπίσει τον ασθενή σύμφωνα με το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο.

Relationship between depression and cancer

A. Igoumenou

Berkshire Healthcare NHS Foundation Trust, Oxford Deanery, UK

Psychiatriki 2010, 21:205–216

One of the most serious and painful diseases all over the world is cancer. Despite the progress in preventing, diagnosing and treating cancer, the need for specialised services for people that are diagnosed or that have survived cancer appears to have increased. On the other hand, depressive disorders have been found to be of the most important causes of burden of disease. Depression is not only the most important cause of functional impairment in individuals that suffer from it, but also that especially in cancer survivors it can be a very important cause of non return to work. Approximately half of the cancer patients seem to develop some psychiatric symptomatology. Most commonly they present with reactive depression or a major depressive episode and some times they can even present with delirium. Most of the symptoms, especially following the diagnosis of cancer, seem to be reactive to the diagnosis of the chronic illness. Depression and cancer quite often coexist. The symptoms of the psychiatric disorder can precede, follow or coincide with the diagnosis of cancer. Surveys have shown that this could at times be explained by common biological factors that precipitate the appearance of both diseases. At the same time this could also be explained by psychological or environmental factors that could facilitate the appearance or exacerbate the symptoms of both illnesses. It has also been shown that the presentation of the symptoms of the cancer can complicate the manifestation of the depressive symptoms and vice versa. There are occasions where the cancer can cause depressive symptomatology like for example tumours of the central nervous system. On other occasions the treatment for cancer could cause or exacerbate existing depressive symptomatology. The prognosis of this comorbid condition appears to remain better if both disorders are taken into account and treated simultaneously. Therefore health services should take a holistic approach in the care of the cancer patient.

Key words: depression, cancer, aitiopathogenesis, prognosis, therapeutic interventions

Βιβλιογραφία

1. Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL et al. Cancer, fatigue, and the return of patients to work: a prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2003, 39:1562–1567
2. Massie MJ, Holland J. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1990, 51(Suppl):12–17
3. Lawrence D, Almeida OP, Hulse GK et al. Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia. *Psychol Med* 2000, 30:813–821
4. Aapro M, Cull A. Depression in breast cancer patients: the need for treatment. *Ann Oncol* 1999, 10:627–636
5. Pasquini M, Biondi M. Depression in Cancer Patients: a Critical Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007, 3:1–9
6. Kathol R, Mutgi A, Williams J et al. Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry* 1990, 147:1021–1024
7. Spiegel D. Cancer and depression. *Br J Psychiatry* 1996, 168(Suppl 30):109–116
8. Spoletini I, Gianni W, Repetto L et al. Depression and cancer: an unexplored and unresolved emergent issue in elderly patients. *Crit Rev Oncol/Haematol* 2008, 65:143–155
9. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y et al. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 2004, 22:1957–1965

10. SEPOS Group. Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *J Affect Disord* 2004, 83:243–248
11. Breitbart W, Rosenfeld P, Pessin H et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000, 284:2907–2911
12. Sellick SM, Crooks DL. Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-oncology* 1999, 8:315–333
13. Irwin MR. Depression and risk of cancer progression: an elusive link. *J Clin Oncol* 2007, 25:2343–2344
14. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003, 54:269–282
15. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004, 32:57–71
16. Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer* 1994, 74:2570–2578
17. Chen M, Chang H, Yeh C. Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain. *J Adv Nurs* 2000, 32:944–951
18. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psycho-oncology* 2001, 10:156–165
19. Ramsey SD, Berry K, Moynour C et al. Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2002, 97:1228–1234
20. Arndt V, Merx H, Stegnaeier C et al. Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population. A population based study. *J Clin Oncol* 2004, 22:4829–4836
21. Pirl WF, Greer J, Temel JS et al. Major Depressive Disorder in Long-Term Cancer Survivors: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *J Clin Oncol* 2009, 1–6
22. Ganz PA, Rowland JH, Meyerowitz BE et al. Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Resent Results Cancer Res* 1998, 152:396–411
23. Dahl AA, Haaland CF, Mykletun A et al. Study of anxiety disorder and depression in long-term survivors of testicular cancer. *J Clin Oncol* 2005, 23:2389–2395
24. Watson M, Greer S, Rowden L et al. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med* 1991, 21:51–57
25. Reiche EMV, Morimoto HK, Morimoto Vargas Nunes S. Stress and depression-induced immune dysfunction: implications for the development and progression of cancer. *Int Rev Psychiatry* 2005, 17:515–527
26. Reiche E, Nunes S, Morimoto H. Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncol* 2004, 5:617–625
27. Thaker PH, Sood AK. The neuroendocrine impact of chronic stress on cancer. *Semin Cancer Biol* 2008, 18:164–170
28. Irwin MR, Miller AG. Depressive disorders and immunity: 20 years of progress and discovery. *Brain Behav Immun* 2007, 21:274–383
29. Irwin M, Clark C, Kennedy B et al. Nocturnal catecholamines and immune function in insomniacs, depressed patients, and control subjects. *Brain Behav Immun* 2003, 17:365–372
30. Thaker PH, Han LY, Kamat AA et al. Chronic stress promotes tumor growth and angiogenesis in a mouse model of ovarian carcinoma. *Nat Med* 2006, 12:939–944
31. Χριστοδούλου Γ. Καρκίνος. *Ψυχιατρική*. Χριστοδούλου Γ και συν. Τόμος Α. Εκδ Βήτα. Αθήνα, 2000:449–458
32. Miller AH, Ancoli-Israel S, Bower JE et al. Neuroendocrine-immune mechanisms of behavioural comorbidities in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2008, 26:971–982
33. Seruga B, Zhang H, Bernstein LJ et al. Cytokines and their relationship to the symptoms and outcome of cancer. *Nat Rev Cancer* 2008, 8:887–899
34. Capuron L, Dantzer R. Cytokines and depression: the need for a new paradigm. *Brain Behav Immun* 2003, 17:(Suppl 1):119–124
35. Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Med Clin North Am* 1987, 71:243–258
36. Cleeland CS. The impact of pain on the patient with cancer. *Cancer* 1984, 54:2635–2641
37. Hendler N. Depression caused by chronic pain. *J Clin Psychiatry* 1984, 45:30–38
38. Ahles TA, Blanchard EB, Ruckdeschel JC. The multidimensional nature of cancer-related pain. *Pain* 1983, 17:277–288
39. Forlenza MJ, Miller GE. Increased serum levels of 8-Hydroxy-2'-Deoxyguanosine in clinical depression. *Psychosom Med* 2006, 68:1–7
40. Jackson AL, Loeb LA. The contribution of endogenous sources of DNA damage to the multiple mutations in cancer. *Mutat Res* 2001, 477:7–21
41. Marnett LJ. Oxyradicals and DNA damage. *Carcinogenesis* 2000, 21:361–370
42. Andreassi MG, Botto N. DNA damage as a new emerging risk factor in atherosclerosis. *Trends Cardiovasc Med* 2003, 13:270–275
43. Botto N, Masetti S, Petrozzi L et al. Elevated levels of oxidative DNA damage in patients with coronary artery disease. *Coron Artery Dis* 2002, 13:269–274
44. Anisman H, Merali Z. Cytokines, stress and depressive illness: brain-immune interactions. *Ann Med* 2003, 35:2–11
45. Andersen BL, Yang HC, Farrar WB et al. Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. *Cancer* 2008, 113:3450–3458
46. Brown J, Paraskevas F. Cancer and depression: cancer presenting with depressive illness: an autoimmune disease? *Br J Psychiatr* 1982, 141:227–232
47. McDaniel JS, Musselman D, Porter M et al. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:89–99
48. Green A, Austin C. Psychopathology of pancreatic cancer. A psychobiologic probe. *Psychosomatics* 1993, 34:208–218
49. Hem E, Loge JH, Haldorsen T et al. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 2004, 22:4209–4216
50. Gallo J, Armenian H, Ford D et al. Major depression and cancer: the 13-year follow-up of the Baltimore Epidemiologic Catchment Area sample (United States). *Cancer Caus Contr* 2000, 11:751–758
51. Kubler-Ross E. *On death and dying*. Ed Routledge. Taylor and Francis Group, London, 2009:1–128

52. Fawzy F, Cousins N, Fawzy N et al. A structured psychiatric intervention for cancer patients. *Arch Gen Psychiatry* 1990, 47: 720-725
53. Watson M, Greer S, Blake S et al. Reaction to a diagnosis of breast cancer. Relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer* 1984, 53:2008-2012
54. Kaplan H, Sadock's, Crebb J. Διαταραχές της διάθεσης. *Ψυχιατρική*. Τόμος Β. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2000:753-835
55. Andermann L, Savard G, Meencke HJ et al. Psychosis after resection of glioglioma or DNET: evidence for an association. *Epilepsia* 1999, 40:83-87
56. Bailey RK, Geyen DJ, Scott-Gurnell K et al. Understanding and treating depression among cancer patients. *Int J Gynecol Cancer* 2005, 15:203-208
57. Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack C et al. Depression, anxiety and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2000, 78:302-308
58. Thompson D, Shear MK. Psychiatric disorders and gynecological oncology: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 1998, 20:241-247
59. Carlson LE, Specia M, Patel KD et al. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med* 2003, 65:571-581
60. Ashbury FD, Madlensky L, Raich P et al. Antidepressant prescribing in community cancer care. *Supp Care Cancer* 2003, 11:278-285
61. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Brain Behav Immun* 2007, 21:374-383
62. Onitilo AA, Nietert PJ, Egele L. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry* 2006, 28:396-402
63. Prieto JM, Atala J, Blanch J et al. Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem - cell transplantation. *J Clin Oncol* 2005, 23:6063-6071
64. Satin JR, Linden W, Phillips MJ et al. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer* 2009, 115:5349-5361
65. Brown KW, Levy AR, Rosberger Z et al. Psychological distress and cancer-survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosom Med* 2003, 65:636-643
66. Chida Y, Hamer M, Wardle J et al. Do stress-related psychological factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol* 2008, 5:466-475
67. Gripp S, Moeller S, Bolke E et al. Survival prediction in terminally ill cancer patients by clinical estimates, laboratory tests, and self-rated anxiety and depression. *J Clin Oncol* 2007, 25:3313-3320
68. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S et al. Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics* 2001, 42:141-145
69. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y et al. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002, 95:1085-1093
70. Greenberg D, Kornblith A, Herndon J et al. Quality of life for adult leukemia survivors treated on clinical trials of cancer and leukemia group B during the period 1971-1988. *Cancer* 1997, 80:1936-1944
71. Geinitz H, Zimmermann FB, Thamm R et al. Fatigue in patients with adjuvant radiation therapy for breast cancer: long term follow-up. *J Cancer Res Clin Oncol* 2004, 130:327-333
72. Ito M, Onose M, Yamada T et al. Successful lithium carbonate treatment for steroid-induced depression following bone marrow transplantation: a case report. *J Clin Oncol* 2003, 33:538-540
73. Landis Evans D, McCartney C, Nemeroff C et al. Depression in women treated for gynecological cancer: clinical and neuroendocrine assessment. *Am J Psychiatry* 1986, 143:447-452
74. vanHeeringen C, vanMoffaert M, deGuyperre G. Depression after surgery for breast cancer. *Psychother Psychosom* 1989, 51:175-179
75. Maguire GP, Tait A, Brooke M et al. Psychiatric morbidity and physical toxicity associated with adjuvant chemotherapy after mastectomy. *BMJ* 1980, 281:1179-1180
76. Maraste R, Brandt L, Olsson H et al. Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. *Acta Oncol* 1992, 31:641-643
77. Payne D, Hoffman R, Theodoulou M et al. Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychosomatics* 1999, 40:64-69
78. Cull A, Cowie VJ, Farquharson DIM et al. Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *Br J Cancer* 1993, 68:1216-1220
79. Maguire P, Murray Parkes C. Surgery and loss of body parts. *BMJ* 1998, 316:1086-1088
80. Richards S, Umbreit JN, Fanucci MP et al. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced rhabdomyolysis associated with irinotecan. *South Med J* 2003, 96:1031-1033
81. Abramowicz M. Drugs for pain. *Med Letter Drugs Therapeut* 2000, 42:73-78
82. Portenoy R, Lesage P. Management of cancer pain. *Lancet* 1999, 353:1695-1700
83. Evans D, McCartney C, Haggerty J et al. Treatment of depression in cancer patients is associated with better life adaption: a pilot study. *Psychosom Med* 1988, 50:72-76
84. Magni G. The use of antidepressants in the treatment of chronic pain. *Drugs* 1991, 42:5:730-748
85. Holland J, Romano S, Heiligenstein J et al. A controlled trial of fluoxetine and desipramine in depressed women with advanced cancer. *Psycho-oncology* 1998, 7:291-300
86. Brasseur L. Revue des therapeutiques pharmacologiques actuelles de la douleur. *Drugs* 1997, 53(Suppl 2):10-17
87. Sawynok J, Esser MJ, Reid AR. Peripheral antinociceptive actions of desipramine and fluoxetine in an inflammatory and neuropathic pain test in the rat. *Pain* 1999, 82:149-158
88. Smith A. The analgesic effects of selective serotonin reuptake inhibitors. *J Psychopharmacol* 1998, 12:407-413
89. McQuay H, Moore RA. Antidepressants and chronic pain. *BMJ* 1997, 314:763-764
90. Razavi D, Allilaire JF, Smith M et al. The effect of fluoxetine on anxiety and depression symptoms in cancer patients. *Acta Psychiatr Scand* 1996, 94:205-210
91. Capuron L, Gumnick JF, Musselman DL et al. Neurobehavioral effects of interferon-alpha in cancer patients: phenomenology and paroxetine responsiveness of symptom dimensions. *Neuropsychopharmacology* 2002, 26:643-652
92. Fisch MJ, Loehrer PJ, Kristeller J et al. Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients: a double-blinded

- trial of the Hoosier Oncology Group. *J Clin Oncol* 2003, 21: 1937-1943
93. Kissane D. Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psycho-Oncology* 2008, 18:1-5
94. Spiegel D, Bloom J, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1981, 38:527-533
95. Moynihan C, Bliss J, Davidson J et al. Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomized controlled trial. *BMJ* 1998, 316:429-435
96. Cain E, Kohorn E, Quinlan D et al. Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer* 1986, 57:183-189
97. Roth K, Lynn J, Zhong Z et al. Dying with end stage liver disease with cirrhosis: insights from SUPPORT. *Geriatr Soc* 2000, 48:S122-S130
98. Bar-Sela G, Atid L, Danos S et al. Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psycho-Oncology* 2007, 16:980-984
99. Quan H, Arboleda-Florez J, Fick GH et al. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002, 37:190-197
100. Waem M, Rubenowitz E, Runeson B et al. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ* 2002, 324:1355
101. Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P et al. Completed suicide among old patients in primary care practices: a controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2000, 48:23-29
102. Lampic C, Thurfjell E, Bergh J et al. Short- and long- term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. *Eur J Cancer* 2001, 37:463-469
103. Wellisch D, Hoffman A, Goldman S et al. Depression and anxiety symptoms in women at high risk for breast cancer: pilot study of a group intervention. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1644-1645

Αλληλογραφία: Α. Ιγουμένου, Flat 7 Templeton Court, 318A, London Road, Headington, OX3 8FW, Oxford, UK, Tel: +44 18 65 741 540

Ερευνητική εργασία Research article

Κλίμακα Κοινωνικής Απόστασης: Ελληνική προσαρμογή και ψυχομετρικές ιδιότητες

Μ. Οικονόμου, Ε. Πέππου, Ε. Λουκή, Μ. Χαρίτση, Κ.Ν. Στεφανής

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), Αθήνα

Ψυχιατρική 2010, 21:217–225

Στην έρευνα του στίγματος, η κοινωνική απόσταση αποτελεί τον πιο διαδεδομένο δείκτη καταγραφής των κοινωνικών στάσεων απέναντι στην ψυχική ασθένεια και αποτυπώνει την επιθυμία διατήρησης απόστασης από ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές σε κοινωνικές συναναστροφές ποικίλης εγγύτητας. Διάφορες εκδοχές της κλίμακας της κοινωνικής απόστασης έχουν χρησιμοποιηθεί σε παραπάνω από 100 μελέτες διεθνώς, συμπεριλαμβανομένων κι αυτών που έχουν διενεργηθεί από το Πρόγραμμα της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΠΨΥ) για την καταπολέμηση του στίγματος της σχιζοφρένειας. Για την καλύτερη προσαρμογή της κλίμακας στην Ελλάδα, το ελληνικό Πρόγραμμα «αντι-στίγμα» διεύρυνε την κλίμακα κοινωνικής απόστασης που χρησιμοποιήθηκε στα πιλοτικά προγράμματα της ΠΨΥ, με σκοπό να καλυφθεί ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών συναναστροφών με ασθενείς με σχιζοφρένεια. Η νέα κλίμακα περιλαμβάνει 14 λήμματα, τα οποία περιγράφουν κοινωνικές συναναστροφές διαβαθμιζόμενης εγγύτητας με ασθενείς με σχιζοφρένεια και βαθμολογούνται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert. Για την εγκυροποίηση και στάθμιση της κλίμακας πραγματοποιήθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις σε τυχαίο και αντιπροσωπευτικό πανελλαδικό δείγμα γενικού πληθυσμού και τα αποτελέσματα καταδεικνύουν καλή εγκυρότητα και υψηλή αξιοπιστία. Η ανάλυση κυρίων παραγόντων ανέδειξε 3 συνιστώσες, υπογραμμίζοντας την πολυδιάστατη φύση του δείκτη της κοινωνικής απόστασης. Ο πρώτος παράγοντας αφορά σε σταθερές σχέσεις και περιλαμβάνει λήμματα που περιγράφουν σχέσεις μέτριας εγγύτητας με διάρκεια στο χρόνο και συνέχεια στην επαφή, ο δεύτερος παράγοντας αφορά σε σχέσεις εμπιστοσύνης και περιλαμβάνει λήμματα που περιγράφουν σχέσεις υψηλής εγγύτητας με έμφαση σε αισθήματα ασφάλειας κατά την επαφή με κάποιον ασθενή και ο τρίτος παράγοντας ομαδοποιεί προσωρινές σχέσεις περιορισμένης εγγύτητας. Η μελέτη συσχετισμών ανάμεσα σε κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και τους τρεις παράγοντες αποτελεί το επόμενο βήμα σε αυτή τη διαδικασία στάθμισης και εγκυροποίησης της κλίμακας στην Ελλάδα.

Λέξεις ευρετηρίου: κοινωνική απόσταση, στίγμα, σχιζοφρένεια, στάθμιση

Εισαγωγή

Το στίγμα είναι ένα κοινωνιοψυχολογικό φαινόμενο που έχει μελετηθεί ευρέως, από ποικίλες προοπτικές και προσεγγίσεις, και ορίζεται ως μία ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που αποδίδεται στο άτομο και που του στερεί το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα το αναγκάζει να κρύβει την αιτία που προκαλεί αυτή την αντιμετώπιση.¹ Είναι ένα σημάδι κοινωνικής αποδοκίμασίας και για το λόγο αυτό συχνά αποκαλείται «κοινωνικό στίγμα», ως αντιδιαστολή στον αυτοστιγματισμό, ο οποίος αποτελεί το υποκειμενικό βίωμα του στιγματιζόμενου, που απορρέει από την υιοθέτηση των αρνητικών στερεοτύπων που του αποδίδονται.² Ανάμεσα στις καταστάσεις και τις νοσολογικές οντότητες που έχουν κατά καιρούς στιγματιστεί, οι ψυχικές ασθένειες φέρουν το μεγαλύτερο βαθμό στιγματισμού και κυρίως η σχιζοφρένεια, η οποία αποτελεί την πιο αντιπροσωπευτική μορφή ψυχικής νόσου στις αναπαραστάσεις του κοινού.³ Ανάμεσα στις πολλές επιπτώσεις του στίγματος σε βάρος των ψυχικά ασθενών, συγκαταλέγονται η κοινωνική περιθωριοποίηση και ο αποκλεισμός τους από ευκαιρίες στην εργασία, τη στέγαση και την κοινωνική ενσωμάτωση.^{4,5}

Ο μεγαλύτερος όγκος της έρευνας για το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια επικεντρώνεται στη διερεύνηση των στάσεων του γενικού πληθυσμού ή ειδικών πληθυσμιακών ομάδων απέναντι στους ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές.³ Πολλοί παράγοντες έχουν βρεθεί να παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση αυτών των στάσεων, κάποιιοι σχετικοί με τα άτομα που στιγματίζονται και κάποιοι με τα άτομα ή τις ομάδες που εκδηλώνουν αυτές τις στιγματιστικές στάσεις.^{6,7} Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα και η βαρύτητα της νόσου, όπως και το άρρεν φύλο, επηρεάζουν αρνητικά τις στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στους ψυχικά ασθενείς.⁸ Από την πλευρά των ατόμων που εκδηλώνουν στιγματιστικές στάσεις,⁶ η μεγάλη ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η απουσία διαπροσωπικής επαφής με έναν ασθενή με ψυχιατρική διαταραχή, η έλλειψη πληροφόρησης ή η ημιμάθεια, ο φόβος που σχετίζεται με την πεποίθηση της επικινδυνότητας των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και η έκθεση σε ενημέρωση από τα

MME και ειδικά την τηλεόραση, συνδέονται με την ύπαρξη πιο στιγματιστικών αντιλήψεων και στάσεων.^{6,9}

Στην Ελλάδα, η έρευνα για τις στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στους ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές χρονολογείται από το 1979, οπότε και μελετήθηκαν οι στάσεις ενός δείγματος 1574 ενηλίκων του γενικού πληθυσμού σε δύο δήμους της Αθήνας πριν την έναρξη παροχής υπηρεσιών από το τοπικό Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (ΚΚΨΥ).¹⁰ Για τη μέτρηση των στάσεων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα OMI.¹¹ Στην επανάληψη της έρευνας¹² δεκατέσσερα χρόνια μετά καταγράφηκαν βελτιωμένες στάσεις: λιγότερη αυταρχικότητα, περισσότερη ανεκτικότητα και παράλληλη τάση για αποδοχή της ενσωμάτωσης του ψυχικά ασθενή. Οι δύο αυτές έρευνες υπήρξαν ιδιαίτερα διαφωτιστικές ως προς την έκταση του κοινωνικού στιγματισμού στην Ελλάδα, ωστόσο το δείγμα ήταν περιορισμένο σε κατοίκους δύο δήμων της Αθήνας ενώ η κλίμακα OMI, αν και διαθέτει σημαντικά ερευνητικά πλεονεκτήματα, δεν ανταποκρίνεται στο σύγχρονο ερευνητικό προβληματισμό για τις διαστάσεις του στίγματος.¹³

Ο πιο διαδεδομένος δείκτης κοινωνικού στιγματισμού διεθνώς είναι η κοινωνική απόσταση η οποία αποτυπώνει την επιθυμία διατήρησης απόστασης από μία συγκεκριμένη κατηγορία ανθρώπων σε κοινωνικές συναναστροφές ποικίλης εγγύτητας.^{13,14} Η πρώτη κλίμακα κοινωνικής απόστασης, από την οποία προέκυψαν όλες οι πιο πρόσφατες εκδοχές της, δημιουργήθηκε το 1925 από τον Bogardus¹⁵ και χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη των στάσεων του γενικού πληθυσμού απέναντι σε εθνικές και φυλετικές μειονότητες στην Αμερική. Η πρώτη εφαρμογή της κλίμακας της κοινωνικής απόστασης σε ψυχικά ασθενείς εμφανίζεται στις μελέτες των Cumming και Cumming,¹⁶ με τις απαντήσεις να λαμβάνουν τη μορφή διχοτομικών εκτιμήσεων τύπου «ναι/όχι».¹⁷ Οι σύγχρονες κλίμακες διαφοροποιούνται ωστόσο σημαντικά από αυτή την πρώτη δουλειά, καθώς οι απαντήσεις σε κάθε δήλωση ακολουθούν 5-βάθμια ή 7-βάθμια κλίμακα τύπου Likert¹⁴ και διερευνούν την επιθυμία απόστασης από ασθενείς που πάσχουν από κάποια συγκεκριμένη ψυχιατρική διαταραχή, με έμφαση κυρίως στη σχιζοφρένεια.

Οι εναλλακτικές εκδοχές της βασικής κλίμακας έχουν χρησιμοποιηθεί σε παραπάνω από 100 μελέτες διεθνώς, επιδεικνύοντας καλή εγκυρότητα κατασκευής¹³ και με το δείκτη εσωτερικής συνάφειας να έχει εύρος τιμών 0,75–0,90.^{18–21} Μια εκδοχή της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε στις έρευνες που διενεργήθηκαν στο πλαίσιο του Διεθνούς Προγράμματος της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας κατά του Στίγματος και των Διακρίσεων εξαιτίας της Σχιζοφρένειας και περιλαμβάνεται στο Alberta Pilot Site Questionnaire Toolkit, που αποτελεί το βασικό εργαλείο των ερευνών αυτών.^{22,23} Το τμήμα του εργαλείου που αφορούσε στην κοινωνική απόσταση περιελάμβανε κλίμακα 6 λημμάτων για κοινωνικές συναναστροφές διαβαθμιζόμενης εγγύτητας με ασθενείς με σχιζοφρένεια. Αντίστοιχη έρευνα στην Ελλάδα ανέδειξε σημαντικές διαφορές στα επίπεδα επιθυμητής κοινωνικής απόστασης από ασθενείς με σχιζοφρένεια συγκριτικά με τις έρευνες στον Καναδά και στη Γερμανία. Συνεπώς, οι λόγοι αυτής της διαφοράς χρήζουν συστηματικής διερεύνησης. Για το λόγο αυτό, στο πλαίσιο της πανελλαδικής έρευνας στάσεων του γενικού πληθυσμού απέναντι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, το Πρόγραμμα «αντι-στίγμα» του ΕΠΙΨΥ επιχείρησε να σταθμίσει μία νέα έκδοση της κλίμακας της κοινωνικής απόστασης, βασισμένη σε αυτή που χρησιμοποιήθηκε στις έρευνες της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας, και να εξετάσει τις ψυχομετρικές της ιδιότητες.

Υλικό και μέθοδος

Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού και περιλάμβανε άτομα ηλικίας από 15–80 ετών από όλη την Ελλάδα. Η επιλογή του έγινε με την τεχνική της τριδιάστατης δειγματοληψίας. Στο πρώτο στάδιο επιλέχθηκαν τα οικοδομικά τετράγωνα διεξαγωγής της έρευνας, αναλογικά με τον πληθυσμό, βάσει του καταλόγου της τελευταίας απογραφής της ΕΣΥΕ. Κατά αυτόν τον τρόπο, από το πρώτο στάδιο προέκυψαν 100 οικοδομικά τετράγωνα σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Στο δεύτερο στάδιο, με συστηματική δειγματοληψία σε κάθε προεπιλεγμένο οικοδομικό τετράγωνο, επιλέχθηκαν τα νοικοκυριά διεξαγωγής

της έρευνας. Κατά το τρίτο στάδιο, επιλέχθηκαν με απλή τυχαία δειγματοληψία και χρήση του πλέγματος Kish οι ερωτώμενοι από κάθε νοικοκυριό. Η προφορική συναίνεση του ατόμου να συμμετάσχει στην έρευνα θεωρήθηκε ως η ενημερωμένη συγκατάθεσή του για συμμετοχή.

Ψυχομετρικά εργαλεία και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η υπό στάθμιση ελληνική εκδοχή της κλίμακας της κοινωνικής απόστασης περιέχει 14 λήμματα που περιγράφουν υποθετικές καταστάσεις κοινωνικής συναναστροφής, καθεμία από τις οποίες προϋποθέτει διαφορετικό βαθμό εγγύτητας με άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια. Τα 6 από αυτά τα λήμματα αποτελούν προσαρμογή των αντίστοιχων λημμάτων του Alberta Pilot Site Questionnaire Toolkit και τα οποία χρησιμοποιούνται εκτενώς σε έρευνες που έχουν διενεργηθεί στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας. Επομένως, τα λήμματα αυτά ενσωματώθηκαν στην παρούσα κλίμακα για να διευκολυνθεί η σύγκριση με χώρες όπου έχει ήδη εφαρμοστεί το ερευνητικό εργαλείο. Επιπλέον, για την καλύτερη προσαρμογή του εργαλείου σε ελληνικό πλαίσιο, προστέθηκαν 8 λήμματα με σκοπό να καλυφθεί ένας αντιπροσωπευτικός για τον ελληνικό πληθυσμό αριθμός κοινωνικών επαφών με κάποιον ασθενή με σχιζοφρένεια. Οι απαντήσεις ακολουθούν 5-βάθμια κλίμακα Likert και κυμαίνονται από 1 [=σίγουρα όχι] έως 5 [=σίγουρα ναι], με τις ενδιάμεσες τιμές 2 και 4 να δηλώνουν αντίστοιχες διαβαθμίσεις και την τιμή 3 να δηλώνει ουδέτερη στάση. Προς αποφυγή μεροληπτικού σφάλματος, ορισμένα λήμματα ακολουθούν ανεστραμμένη διατύπωση (π.χ. «Θα παντρευόσασταν κάποιον με σχιζοφρένεια»). Η τελική τιμή της κοινωνικής απόστασης προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στα 14 λήμματα, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση και κατ'επίκταση μεγαλύτερο βαθμό στίγματος.

Για την προσαρμογή των λημμάτων του Alberta Pilot Site Questionnaire Toolkit έγινε μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά και αντίστροφα από 4 άτομα με άριστη γνώση της αγγλικής και με εμπειρία σε θέματα στιγματισμού. Τα επιπλέον λήμματα για την προσαρμογή της κλίμακας σε ελληνικό

πλαίσιο προέκυψαν από focus group σε μέλη του γενικού πληθυσμού και το εργαλείο εξετάστηκε πιλοτικά ως προς το περιεχόμενο και τη σαφήνιά του σε δείγμα 5 έμπειρων κλινικών και 25 φοιτητών ψυχολογίας.

Η κλίμακα χορηγήθηκε προφορικά υπό μορφή συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο, από εικοσιτέσσερις συνεντευκτές υπό την εποπτεία επτά έμπειρων ερευνητών. Όλοι οι συνεντευκτές και οι επόπτες τους εκπαιδεύτηκαν στη χορήγηση του δομημένου ερωτηματολογίου από επαγγελματίες ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια διήμερου σεμιναρίου. Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, έγινε τηλεφωνικός ή επιτόπιος έλεγχος για 40% από τις ολοκληρωμένες συνεντεύξεις (480 συνεντεύξεις), ώστε να διαπιστωθεί εάν η συνέντευξη έγινε σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο. Σε όλες τις περιπτώσεις δεν σημειώθηκε απόκλιση από το πρωτόκολλο και οι συμμετέχοντες είχαν κατανοήσει σωστά το περιεχόμενο των ερωτήσεων.

Στατιστική ανάλυση

Για τη διενέργεια των στατιστικών αναλύσεων το πρώτο βήμα ήταν ο εντοπισμός και η διαχείριση των ελλείπων δεδομένων καθώς και η μετατροπή των ανεστραμμένων λημμάτων για τον υπολογισμό της τελικής τιμής της κλίμακας. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας με χρήση του δείκτη Cronbach Alpha, ενώ για τη διερεύνηση της παραγοντικής δομής της κλίμακας διενεργήθηκε ανάλυση κυρίων παραγόντων με ορθογώνια περιστροφή (Principal Component Analysis with Varimax Rotation). Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πρόγραμμα για Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS), 13η έκδοση.

Αποτελέσματα

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τα 1671 άτομα που προσεγγίστηκαν 409 αρνήθηκαν να συμμετάσχουν, ενώ σε 63 συνεντεύξεις υπήρχαν ελλείψεις στα δεδομένα. Κατά συνέπεια, αναλύθηκαν τα δεδομένα από 1199 συνεντεύξεις (71,8% βαθμός απαντητικότητας). Δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο και την ηλικία ανάμεσα στους συμμετέχοντες και σε αυτούς που αρνήθηκαν να συμμετά-

σχουν. Από τους 1199 συμμετέχοντες οι 522 ήταν άνδρες (43,5%) και οι 677 γυναίκες (56,5%), ποσοστά ανάλογα με αυτά που εμφανίζονται στο γενικό πληθυσμό. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 46,3 ετών (ΤΑ 18,162) και η πλειοψηφία του δείγματος ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία των 35–44 ετών (18,5%) και στην ομάδα 65 ετών και άνω (18,3%). Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (64,6%) ήταν παντρεμένοι και είχαν ολοκληρώσει τη μέση εκπαίδευση (48,3%), ενώ όσον αφορά στην οικονομική τους κατάσταση, η πλειοψηφία (40,4%) δήλωσε ότι το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα κυμαινόταν από 700 έως 1400 Ευρώ. Τέλος, αναφορικά με την περιοχή κατοικίας των συμμετεχόντων, οι περισσότεροι (59,5%) διέμεναν σε αστικά κέντρα.

Εσωτερική συνάφεια και παραγοντική δομή

Η αξιοπιστία του εργαλείου κρίνεται υψηλή με δεδομένο ότι ο δείκτης εσωτερικής συνάφειας Cronbach's Alpha είναι 0,837. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι αν αφαιρεθεί το λήμμα «Θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σας είχε διαγνωστεί με σχιζοφρένεια;» ο δείκτης εσωτερικής συνάφειας αυξάνεται σε $\alpha=0,839$. Ωστόσο, η βελτίωση της συνοχής της κλίμακας κατά 0,002 δε θεωρήθηκε σημαντικός λόγος για την αφαίρεση του εν λόγω λήμματος από την κλίμακα.

Για τη διερεύνηση της εγκυρότητας του εργαλείου διενεργήθηκε ανάλυση κύριων παραγόντων (Principal Component Analysis). Η ανάλυση ανέδειξε τρεις συνιστώσες με ιδιοτιμές (eigenvalue) μεγαλύτερες του 1, που όλες μαζί ερμηνεύουν 55,07% της συνολικής διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας εξηγεί 34,9% της διακύμανσης, ο δεύτερος επιπλέον 10,31% και ο τρίτος επιπλέον 9,83%. Η ορθογώνια περιστροφή των αξόνων με τη μέθοδο Varimax Rotation και το κριτήριο Guttman-Kaiser (ιδιοτιμή > 1) επιβεβαίωσε τις τρεις αυτές συνιστώσες. Στον πρώτο παράγοντα ομαδοποιούνται τα λήμματα που αφορούν σε σταθερές κοινωνικές σχέσεις μέτριας εγγύτητας. Συγκεκριμένα, η γεινίαση με κάποιον/α που πάσχει από σχιζοφρένεια είτε στην ίδια περιοχή είτε στην ίδια πολυκατοικία, η σύναψη ή η διατήρηση φιλίας μαζί του/της και ο

δανεισμός κάποιου αντικειμένου σε αυτόν/αυτή αποτελούν τις δηλώσεις που περιλαμβάνονται σε αυτόν τον παράγοντα (λήμματα 3,8,9,13 και 14). Στο δεύτερο παράγοντα ομαδοποιούνται εκείνες οι δηλώσεις που αφορούν σε κοινωνικές σχέσεις υψηλής εγγύτητας και οι οποίες χαρακτηρίζονται από αισθήματα εμπιστοσύνης απέναντι στον ασθενή. Το να παντρευτεί κανείς ένα άτομο με σχιζοφρένεια, να δεχτεί να του κόψει τα μαλλιά, να το προσλάβει στη δουλειά του, να συγκατοικήσει μαζί του ή να του ενοικιάσει το σπίτι του αποτελούν τις διαπροσωπικές και κοινωνικές επαφές που αντιστοιχούν σε αυτόν το δεύτερο παράγοντα (λήμματα 4,6,10,11 και 12) Τέλος, ο τρίτος παράγοντας αφορά σε προσωρινές σχέσεις περιορισμένης εγγύτητας, όπως το να γνωρίζουν τρίτοι ότι κάποιος έχει συγγενή με σχιζοφρένεια, να έχει κάποιος συνάδελφο ένα άτομο με σχιζοφρένεια, να πιάσει κουβέντα και να καθίσει κανείς σε διπλανή θέση με ασθενή με σχιζοφρένεια στο λεωφορείο (λήμματα 1,2,5 και 7). Οι φορτίσεις των λημμάτων στους παράγοντες παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 1, ενώ οι συσχετίσεις ανάμεσα στους παράγοντες συνοψίζονται στον πίνακα 2.

Συζήτηση

Στο πλαίσιο της πανελλαδικής έρευνας στάσεων του γενικού πληθυσμού απέναντι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια,^{24,25} η παρούσα μελέτη απέβλεπε στην προσαρμογή και στάθμιση μιας κλίμακας κοινωνικής απόστασης για τον ελληνικό πληθυσμό. Η κοινωνική απόσταση αποτελεί τον πιο διαδεδομένο δείκτη κοινωνικού στιγματισμού διεθνώς και γι' αυτό το λόγο έχει ενσωματωθεί στις έρευνες στάσεων του γενικού πληθυσμού απέναντι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που έχουν διενεργηθεί υπό την αιγίδα της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας. Η εν λόγω κλίμακα περιλαμβάνει 6 λήμματα τα οποία περιγράφουν κοινωνικές επαφές ποικίλης εγγύτητας, από το να κουβεντιάσει απλώς κανείς με έναν ασθενή με σχιζοφρένεια μέχρι να συγκατοικήσει μαζί του/της ή να τον/την παντρευτεί κ.ά. Από μία έμμεση περιγραφική σύγκριση ανάμεσα στα αποτελέσματα των ερευνών του Καναδά,²² της Γερμανίας²³ και της Ελλάδας,^{24,25} διαφαίνεται πως στον ελληνικό πληθυσμό η επιθυμία διατήρησης

απόστασης από ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι εντονότερη και επομένως το κοινωνικό στίγμα μεγαλύτερο. Συγκεκριμένα, στην ερώτηση αν θα συγκατοικούσε ο συμμετέχων με κάποιον ασθενή με σχιζοφρένεια, στην Ελλάδα ο γενικός πληθυσμός παρουσιάζεται πιο απορριπτικός (74,9%) απ' ό,τι στη Γερμανία (42,8%) ή τον Καναδά (47%). Οι διαφορές αυτές ως προς τις στάσεις δεν περιορίζονται μόνο σε στενές διαπροσωπικές επαφές. Στην ερώτηση αν «θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον με σχιζοφρένεια», 32,9% του ελληνικού δείγματος απάντησε καταφατικά, σε σύγκριση με το 11,6% και το 8,5% στον Καναδά και τη Γερμανία αντίστοιχα. Επομένως, ο ελληνικός πληθυσμός εμφανίζεται πιο αρνητικός και απορριπτικός απέναντι στους ασθενείς με σχιζοφρένεια ανεξάρτητα από τον τύπο και το βαθμό εγγύτητας της κοινωνικής επαφής. Ωστόσο, παρά τα πλεονεκτήματα που έχει η ενσωμάτωση μίας διεθνούς κλίμακας κοινωνικής απόστασης, τα 6 λήμματα που περιλαμβάνονται σε αυτή περιγράφουν μόνο έναν περιορισμένο αριθμό κοινωνικών συναναστροφών με κάποιον ασθενή με σχιζοφρένεια, με αποτέλεσμα να μην επιτρέπουν τη συστηματική και ενδελεχή διερεύνηση του φαινομένου. Συνεπώς, για την έγκυρη προσαρμογή και στάθμιση της κλίμακας για τον ελληνικό πληθυσμό προστέθηκαν 8 λήμματα και στη συνέχεια μελετήθηκαν οι ψυχομετρικές της ιδιότητες.

Από τη διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας προέκυψε πως παρουσιάζει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Αναφορικά με την αξιοπιστία της, ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας βρέθηκε να είναι υψηλός σε συμφωνία με αντίστοιχες διεθνείς έρευνες που συνηγορούν υπέρ της χρήσης της κλίμακας της κοινωνικής απόστασης ως δείκτη κοινωνικού στιγματισμού.¹⁸⁻²¹ Η παραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε για τη διερεύνηση της εγκυρότητας της κλίμακας ανέδειξε τρεις συνιστώσες: σταθερές σχέσεις, σχέσεις εμπιστοσύνης και προσωρινές σχέσεις, καταδεικνύοντας με αυτόν τον τρόπο ότι η κοινωνική απόσταση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μία μονοδιάστατη έννοια. Το εύρημα αυτό είναι σε συμφωνία με ευρήματα και άλλων ερευνών, οι οποίες έχουν καταλήξει στο ίδιο συμπέρασμα, ότι δηλαδή η κοινωνική απόσταση αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο το οποίο

Πίνακας 1. Φορτίσεις παραγόντων και ποσοστό διακύμανσης ανά παράγοντα

Δηλώσεις	Π1	Π2	Π3
Θα έμεναν σε γειτονιά που υπάρχει ίδρυμα για άτομα με σχιζοφρένεια (Δ.13)	0,745		
Θα έμεναν σε πολυκατοικία που μένει άτομο με σχιζοφρένεια (Δ.14)	0,737		
Θα διατηρούσαν φιλία με κάποιον που εμφάνισε σχιζοφρένεια (Δ.3)	0,685		
Θα δάνειζαν κάτι δικό τους σε άτομο που έχει σχιζοφρένεια (Δ.8)	0,634		
Θα ξεκινούσαν φιλία με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια (Δ.9)	0,552		
Θα κάθονταν να τους κόψει τα μαλλιά κάποιος με σχιζοφρένεια (Δ.10)		0,710	
Θα ενοικίαζαν το σπίτι τους σε κάποιον με σχιζοφρένεια (Δ.11)		0,678	
Θα παντρεύονταν κάποιον που έχει σχιζοφρένεια (Δ.6)		0,670	
Θα έδιναν δουλειά σε κάποιον με σχιζοφρένεια (Δ.12)		0,566	
Θα τους αναστάτωνε/ενοχλούσε να έμεναν μαζί με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια (Δ.4)		0,536	
Θα τους αναστάτωνε/ενοχλούσε να ήταν στην ίδια δουλειά με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια (Δ.2)			0,758
Θα φοβούνταν να πιάσουν κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια (Δ.1)			0,729
Θα τους ενοχλούσε αν κάθονταν στο λεωφορείο δίπλα σε ένα άτομο με σχιζοφρένεια (Δ.7)			0,688
Θα ένιωθαν ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά τους είχε διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια			0,591
Ποσοστό διακύμανσης	34,92	10,31	9,83
Συνολικό ποσοστό διακύμανσης	55,07		

Π1: Σταθερές σχέσεις

Π2: Σχέσεις εμπιστοσύνης

Π3: Προσωρινές σχέσεις

Πίνακας 2. Συσχετίσεις ανάμεσα στους παράγοντες της κοινωνικής απόστασης

	Σταθερές σχέσεις	Σχέσεις εμπιστοσύνης	Προσωρινές σχέσεις
Σταθερές σχέσεις	-	0,555**	0,407**
Σχέσεις εμπιστοσύνης		-	0,399**
Προσωρινές σχέσεις			-

**p<0,001

χρήζει αυτόνομης και συστηματικής διερεύνησης.^{26,27} Όσον αφορά στις συνιστώσες που ανέδειξε η ανάλυση κυρίων παραγόντων, στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται κοινωνικές σχέσεις με διάρκεια στο χρόνο και συνέχεια στην επαφή, οι οποίες προϋποθέτουν μέτριο βαθμό εγγύτητας, όπως το να

συνάψει ή να διατηρήσει κανείς φιλικές σχέσεις με έναν ασθενή με σχιζοφρένεια, να διαμένει στην ίδια πολυκατοικία ή γειτονιά με εκείνον/η ή να του/της δανείσει κάποιο αντικείμενο. Οι σχέσεις που ομαδοποιούνται στο δεύτερο παράγοντα χαρακτηρίζονται από υψηλή εγγύτητα, με έμφαση στα αισθήμα-

τα εμπιστοσύνης και ασφάλειας κατά την επαφή με κάποιον ασθενή με σχιζοφρένεια. Παραδείγματος χάριν, στη δήλωση «θα καθόσασταν να σας κόψει τα μαλλιά κάποιος με σχιζοφρένεια» υπολανθάνει το ερώτημα «κατά πόσο νιώθετε ασφαλής με έναν ασθενή με σχιζοφρένεια;». Εάν ο ερωτηθείς δε νιώθει ασφάλεια και δεν εμπιστεύεται τον ασθενή, δε θα διακινδυνέψει να υπεισέλθει σε μία κατάσταση όπου ο ασθενής βρίσκεται σε σωματική εγγύτητα και κρατάει ένα εργαλείο που θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο τη σωματική του ακεραιότητα. Παρομοίως, υψηλός βαθμός εμπιστοσύνης είναι απαραίτητος στην περίπτωση του γάμου αλλά και για να συγκατοικήσει κανείς με έναν ασθενή με σχιζοφρένεια, να ενοικιάσει το σπίτι του σε αυτόν/αυτήν ή να του/της δώσει κάποια υπεύθυνη θέση εργασίας. Στον τρίτο παράγοντα περιλαμβάνονται βρίσκονται προσωρινές κοινωνικές επαφές, όπως το να καθίσει κανείς δίπλα σε έναν ασθενή με σχιζοφρένεια σε μέσα μαζικής μεταφοράς, να πιάσει κουβέντα μαζί του/της, να είναι συνάδελφοι ή να γνωρίζει ο κόσμος ότι έχει συγγενή που πάσχει από σχιζοφρένεια. Μολονότι το να είναι δύο άνθρωποι συνάδελφοι δε χαρακτηρίζεται ως προσωρινή σχέση, η επαφή που μπορεί να έχουν στον ίδιο εργασιακό χώρο μπορεί να είναι μηδαμινή ή επιφανειακή. Μια σχέση μεταξύ τους πιο διαρκής και ουσιαστική δε θα θεωρείτο πλέον συναδελφική σχέση, αλλά φιλική. Κατά αυτόν τον τρόπο, δεν προκαλεί έκπληξη που το εν λόγω λήμμα περιλαμβάνεται στον τρίτο παράγοντα. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι Gaebel et al,²⁸ που πραγματοποίησαν παραγοντική ανάλυση στην κλίμακα της κοινωνικής απόστασης του Alberta Pilot Site Questionnaire Toolkit, είχαν παρόμοια ευρήματα. Συγκεκριμένα, η ανάλυσή τους ανέδειξε δύο συνιστώσες, μία που περιλάμβανε προσωρινές κοινωνικές επαφές με ασθενείς με σχιζοφρένεια και μία που ενείχε στενές διαπροσωπικές σχέσεις. Στον πρώτο παράγοντα ομαδοποιούνταν οι δηλώσεις «θα φοβόσασταν να πιάσετε κουβέντα με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;», «θα νιώθατε ντροπή αν ο κόσμος ήξερε ότι κάποιος στην οικογένειά σας είχε διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια;» και «θα σας αναστάτωνε/ενοχλούσε να είστε στην ίδια δουλειά με κάποιον που έχει σχιζοφρένεια;», ενώ στο δεύτερο παράγοντα ομαδοποιούνταν εκείνες οι δηλώσεις

που αφορούσαν στο γάμο, τη συγκατοίκηση και τη σύναψη φιλίας με κάποιον ασθενή.

Είναι αξιοσημείωτο ότι κατά την ανάλυση προέκυψε πως η δήλωση που αφορούσε στο αν ο ερωτηθείς θα ξεκινούσε φιλία με κάποιον ασθενή με σχιζοφρένεια, μολονότι αντιστοιχούσε στον πρώτο παράγοντα, παρουσίαζε υψηλή φόρτιση και στο δεύτερο. Αντίστροφα, η δήλωση «θα δίνετε δουλειά σε κάποιον με σχιζοφρένεια;» ενώ ανήκε στο δεύτερο παράγοντα, παρουσίαζε υψηλή φόρτιση και στον πρώτο. Επομένως, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί πως, ενώ η διαφοροποίηση ανάμεσα στις προσωρινές και επιφανειακές σχέσεις από τη μία και τις σταθερές σχέσεις ή τις σχέσεις εμπιστοσύνης από την άλλη είναι ξεκάθαρη, τα πράγματα δεν είναι το ίδιο ξεκάθαρα ανάμεσα στις σταθερές σχέσεις και τις σχέσεις εμπιστοσύνης. Ενδεχομένως η διαφορά ανάμεσα στις προσωρινές σχέσεις και τις άλλες δύο κατηγορίες να αποτελεί μία διαφορά ποιότητας των διαπροσωπικών επαφών, ενώ ανάμεσα στις σταθερές σχέσεις και τις σχέσεις εμπιστοσύνης να υπολανθάνει μία διαφορά διαβάθμισης.

Συμπερασματικά, από τη μελέτη καταδεικνύονται οι πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες της διευρυμένης κλίμακας της κοινωνικής απόστασης, οι οποίες αποτελούν ένα σημαντικό ερευνητικό προσόν που συνηγορεί προς την επέκταση της χρήσης της και την ενσωμάτωσή της σε έρευνες, τόσο για την αποτύπωση του στίγματος στον ελληνικό πληθυσμό όσο και για την αξιολόγηση αντιστιγματιστικών παρεμβάσεων. Ωστόσο, σημαντικό είναι εδώ να σημειωθεί ότι για τη συστηματική και ενδεδειγμένη διερεύνηση του πολυδιάστατου φαινομένου της κοινωνικής απόστασης είναι αναγκαία η μελέτη συσχετισμών ανάμεσα σε κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες και τις τρεις συνιστώσες της κλίμακας, που θα αποτελέσει και το επόμενο βήμα σε αυτή τη διαδικασία στάθμισης και εγκυροποίησης της κλίμακας για τον ελληνικό πληθυσμό.

Ευχαριστίες

Οι συγγραφείς ευχαριστούν θερμά τη Χριστίνα Γραμανδάνη, ψυχολόγο, και τον Αναστάσιο Σταλικά, Καθηγητή Ψυχολογίας στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, για την πολύτιμη συμβολή τους στη μελέτη.

Social Distance Scale: Greek adaptation and psychometric properties

M. Economou, E. Peppou, E. Louki, M. Charitsi, C.N. Stefanis

University Mental Health Research Institute (MMHRI)

Psychiatriki 2010, 21:217–225

Literature on stigma refers to social distance as the most widely used index of attitudes towards mental illness and it involves the desire to avoid contact with patients with psychiatric disorders in social contexts of varied intimacy. Social distance scales have been utilized in more than 100 studies internationally, including those that have been conducted under the auspices of the Global Programme against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia run by the World Psychiatric Association (WPA). The Greek site broadened the scale that was used in the WPA pilot studies in order to adjust and validate it in Greece. The extended version consisted of 14 items enquiring about social encounters of varied intimacy with a patient with schizophrenia and were rated on a 5-point Likert scale. Face to face interviews were conducted on a random and representative sample of the Greek general population. The results showed that the scale displayed good reliability and validity, with the principal component analysis revealing 3 underlying factors and thus providing evidence for the multifaceted nature of social distance. The first factor describes stable social relations of moderate intimacy with long duration and consistency in contact; the second factor concerns more close relations which necessitate feelings of trust and a sense of security during the contact with the patient; and the third factor aggregates items describing transient relations of limited intimacy. The investigation of associations between socio-demographic variables and the three factors of the scale constitutes the next step in this process of standardization and validation of the scale in Greece.

Key words: social distance, stigma, schizophrenia, scale validation

Βιβλιογραφία

- Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled identity. Penguin books, London, 1963
- Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002, 1:16–18
- Sartorius N, Shulze H. *Reducing the Stigma of Mental Illness: a Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge University Press, New York, 2005
- Corrigan PW. *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. American Psychological Association, Washington, 2005
- Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford University Press, Oxford, 2006
- Economou M, Stefanis NC, Papadimitriou GN. Schizophrenia and stigma: Old problems, new challenges. In: Kasper S, Papadimitriou GN (eds) *Schizophrenia: Biopsychosocial Approaches and Current Challenges*. Informa Healthcare, London, 2009:299–309
- Kadiri N. Schizophrenia and stigma: a transcultural perspective. In: Okasha A, Stefanis CN (eds) *Perspectives on the Stigma of Mental Illness*. World Psychiatric Association, 2005
- Gaebel W, Zask H, Baumann AE. The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatr Scand* 2006, 429(Suppl 1):S41–S45
- Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006, 113:163–179
- Madianos M, Madianou D, Vlachonikolis J, Stefanis C. Attitudes towards mental illness in the Athens area: implications for community mental health intervention. *Acta Psychiatr Scand* 1987, 75:158–165
- Struening EL, Cohen J. Factor invariance and other psychometric characteristics of five opinions about mental illness factors. *Educ Psychol Meas* 1963, 23:289–298
- Madianos M, Economou M, Hatjiandreu M, Papageorgiou A, Rogakou E. Changes in public attitudes towards mental illness

- in Athens area (1979/1980–1994). *Acta Psychiatr Scand* 1999, 99:73–78
13. Link BG, Yang LH, Phelan JC et al. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull* 2004, 30:511–541
 14. Jorm AF, Oh E. Desire for social distance from people with mental disorders: a review. *Aust N Z J Psychiatry* 2008, 43:183–200
 15. Bogardus EM. Measuring social distance. *J Appl Sociol* 1925, 9:299–308
 16. Cumming E, Cumming G. *Closed Ranks: an Experiment in Mental Health Education*. Cambridge University Press, Cambridge, 1957
 17. Whatley C. Social attitudes towards discharged patients. *Soc Probl* 1959, 6:313–320
 18. Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak J. The social rejection of ex-mental patients: Understanding why labels matter. *Am J Sociol* 1987, 92:1461–1500
 19. Angermeyer MC, Beck M, Matschinger H. Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2003, 48:663–668
 20. Corrigan PW, Edwards AB, Green A et al. Prejudice, social distance and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull* 2001, 27:219–225
 21. Alexander LA, Link BG. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *J Ment Hlth* 2003, 12:271–289
 22. Stuart H, Arboleda-Florez J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2001, 46:245–252
 23. Gaebel W, Baumann A, Witte AM, Zaeske H. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: Results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002, 252:278–287
 24. Economou M, Gramandani C, Richardson C, Stefanis C. *Public Attitudes towards people with schizophrenia in Greece*. *World Psychiatry* 2005, 4(Suppl 1):S45–S49
 25. Economou M, Richardson C, Gramandani C et al. Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *Int J Soc Psychiatry* 2009, 55:361–371
 26. Kirmayer LJ, Fletcher CM, Boothroyd LJ. Inuit attitudes toward deviant behavior: a vignette study. *J Nerv Ment Dis* 1997, 185:78–86
 27. Markham D. Attitudes towards patients with a diagnosis of "borderline personality disorder": social rejection and dangerousness. *J Ment Hlth* 2003, 12:595–612
 28. Gaebel W, Zanke H, Baumann AE et al. Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia-Open the Doors". Results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res* 2008, 98:184–193

Αλληλογραφία: Μ. Οικονόμου, Πρόγραμμα «αντι-στίγμα», Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), Σωρανού του Εφεσίου 2, 115 27 Αθήνα
 Τηλ.: 210-61 70 819-22, Fax: 210-65 19 796
 E-mail: stigma@epipsi.gr

Ειδικό άρθρο Special article

Αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια διερεύνησης της διπολικότητας

Χ. Τσόπελας,¹ Δ. Κωνσταντινίδου,¹ Α. Δουζένης²

¹Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, ²Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικών», Αθήνα

Ψυχιατρική 2010, 21:226–239

Οι σύγχρονες έρευνες καταδεικνύουν ότι πολύ συχνά οι διπολικές διαταραχές αντιμετωπίζονται αρχικά ως κατάθλιψη, ενώ η ακριβής διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει 8–10 χρόνια ή περισσότερο. Ως αποτέλεσμα της καθυστέρησης στη διάγνωση, οι ασθενείς δε λαμβάνουν ικανοποιητική θεραπεία και δεν οδηγούνται σε ύφεση των συμπτωμάτων τους. Το ένα τρίτο περίπου των καταθλιπτικών ασθενών αντιμετωπίζεται στα πλαίσια υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τα δύο τρίτα στα πλαίσια πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σε ό,τι αφορά στους ψυχιατρικούς ασθενείς που απευθύνονται στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, διάφορες έρευνες υποδεικνύουν ότι η διπολική διαταραχή και ιδιαίτερα η Διπολική Διαταραχή II υποδιαγιγνώσκονται και επομένως δε λαμβάνουν ικανοποιητική θεραπεία με σημαντικές επιπτώσεις στην επαγγελματική και κοινωνική παρουσία των ασθενών. Είναι αυτονόητη η επιτακτική ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία σε ασθενείς με διπολική διαταραχή, έτσι ώστε να μειωθεί ο μεγάλος χρόνος καθυστέρησης στη διάγνωση των διπολικών διαταραχών. Αυτοσυμπληρούμενα από τους ασθενείς ερωτηματολόγια, τα οποία είναι μικρά σε διάρκεια και καλά δομημένα, μπορούν να συμβάλλουν στην έγκαιρη αναγνώριση διαταραχών διπολικού φάσματος σε ασθενείς που προσέρχονται στα Εξωτερικά Ιατρεία ή αναζητούν ψυχιατρική βοήθεια. Στην έρευνα αυτή συγκρίνουμε δύο ερωτηματολόγια, το ερωτηματολόγιο Διαταραχής του Θυμικού (MDQ) και τη Λίστα Ελέγχου της Υπομανίας (HCL-32), σχετικά με τις ψυχομετρικές τους ικανότητες και τη δυνατότητα χρήσης τους στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των ατόμων που πάσχουν από διπολική διαταραχή.

Λέξεις ευρετηρίου: διπολική διαταραχή, ερωτηματολόγια, σχιζοφρένεια, ψυχική νόσος, ψυχοπαθολογία

Εισαγωγή

Οι σύγχρονες έρευνες καταδεικνύουν ότι πολύ συχνά οι διπολικές διαταραχές αντιμετωπίζονται αρχικά ως κατάθλιψη, ενώ η ακριβής διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει 8–10 χρόνια ή περισσότερο.^{1,2} Ως αποτέλεσμα της καθυστέρησης στη διάγνωση, οι ασθενείς δε λαμβάνουν ικανοποιητική θεραπεία και δεν οδηγούνται σε ύφεση των συμπτωμάτων τους.

Η μονοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά οδηγεί στην ύφεση σε πολύ μικρότερο ποσοστό από ό,τι αρχικά πιστεύαμε-συνήθως σε ποσοστό <45–50% των περιπτώσεων σε ελεγχόμενες δοκιμές.³ Τούτο σημαίνει πως πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς συνεχίζουν να έχουν αρνητικά συμπτώματα που επιμένουν και αυξάνουν τον κίνδυνο υποτροπής. Αν και η ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη είναι επίσης συχνή, η μη διάγνωση της Διπολικής κατάθλιψης είναι η αιτία για πολλές από τις περιπτώσεις κατάθλιψης που ανθίσταται στη συνήθη φαρμακευτική αγωγή και που οδηγεί σε φαρμακοεπαγόμενο μανιακό επεισόδιο.⁴

Το ένα τρίτο περίπου των καταθλιπτικών ασθενών αντιμετωπίζεται στα πλαίσια υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τα δύο τρίτα στα πλαίσια άλλων υπηρεσιών, κυρίως κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως βρίσκεται στις παρακάτω έρευνες. Ασθενείς με κατάθλιψη αντιμετωπίζονται πολύ συχνά στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ένα περίπου 20% από αυτούς πάσχει από κάποιας μορφής διαταραχή της διάθεσης. Σε μια από τις εγκυρότερες έρευνες που έγιναν τη δεκαετία του '80 και τις αρχές της δεκαετίας του '90, οι Coyne et al⁵ έλαβαν αρχικά ένα δείγμα 1928 ασθενών που περιμεναν στην αίθουσα αναμονής του οικογενειακού τους ιατρού και οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια για κατάθλιψη κατά DSM-III-R, και με τη βοήθεια της δομημένης κλινικής συνέντευξης (SCID), διαπίστωσαν ύπαρξη Διπολικής Διαταραχής στο 10% των περιπτώσεων των καταθλιπτικών ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επιπλέον, σύμφωνα με την έρευνα Manning et al,^{6,7} ο επιπολασμός της Διπολικής Διαταραχής, σε δείγμα ασθενών με κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές που αντιμετωπίστηκε σε

πρωτοβάθμια κέντρα περίθαλψης, είναι της τάξεως του 25–30%.

Σε ό,τι αφορά στους ψυχιατρικούς ασθενείς που απευθύνονται στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, διάφορες έρευνες υποδεικνύουν ότι η διπολική διαταραχή και ιδιαίτερα η Διπολική Διαταραχή II υποδιαγιγνώσκονται. Σε μια έρευνα που αφορά σε διπολικούς ασθενείς μέλη του US National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA),^{1,2} έγινε φανερό ότι το ένα τρίτο των συμμετεχόντων (34%) είχε λάβει θεραπεία για περισσότερα από 10 χρόνια προτού τεθεί η ορθή διάγνωση της διπολικής διαταραχής. Επίσης, σε δύο σταθμισμένες έρευνες^{8,9} με διπολικούς ασθενείς, που περιελάμβανε νοσηλεύομενους αλλά και εξωτερικούς ασθενείς, το ποσοστό των διπολικών ασθενών που είχαν διαγνωσθεί ως μονοπολικοί ήταν περίπου 40%. Στη Γαλλική πολυκεντρική έρευνα EPIDEP (a French national multi-site study),¹⁰ το ποσοστό των ασθενών με Διπολική Διαταραχή II αυξήθηκε από 22% σε 40% όταν έγινε συστηματική αξιολόγηση της υπομανίας. Τέλος, ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας JoBS (Jorvi Bipolar Study),¹¹ που περιελάμβανε 1630 ψυχιατρικούς ασθενείς –εξωτερικούς ή μη– από τρεις μεγάλες πόλεις της Φινλανδίας (ασθενείς με σχιζοφρένεια αποκλείονταν από την έρευνα). Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, η πλειοψηφία των ασθενών με Διπολική Διαταραχή II (50,5%) και πολλοί ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I (25,5%) είχαν παραμείνει αδιάγνωστοι στο παρελθόν και το υπόλοιπο ποσοστό των ασθενών, χρειάστηκε να περάσουν κατά μέσο όρο 7,8 έτη από το πρώτο επεισόδιο μέχρι την ορθή διάγνωση.

Τα πιθανά αίτια, που οδηγούν στο να υποδιαγιγνώσκονται και επομένως να μη λαμβάνουν ικανοποιητική θεραπεία οι ασθενείς με διπολική διαταραχή, είναι αρκετά. Πρώτον, όπως προκύπτει από έρευνα του Scott J το 2002,¹² οι ίδιοι οι ασθενείς –σε αντίθεση με τα καταθλιπτικά επεισόδια– δε βιώνουν τα υπομανιακά επεισόδια ως δυσφορικά ή παθολογικά και για αυτό το λόγο δεν τα αναφέρουν στον κλινικό ιατρό παρά μόνο εάν ερωτηθούν. Επίσης, πολλές φορές οι κλινικοί δεν κάνουν ευθέως τις σχετικές ερωτήσεις σε ασθενείς που προσέρχονται αιτιώμενοι

κυρίως σοβαρή κατάθλιψη.¹³ Επιπλέον, η αναγνώριση των υπομανιακών επεισοδίων απαιτεί άλλες, πιο κατάλληλες ερωτήσεις από αυτές που εκθέτονται στις διάφορες δομημένες συνεντεύξεις (SCID,CIDI), και τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV και του ICD-10 ίσως να μην είναι τόσο ακριβή και αξιόπιστα όσο πιστεύαμε. Πρόσφατα μια ομάδα ειδικών έφτασε στο συμπέρασμα ότι τα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια έχουν υψηλή ειδικότητα αλλά χαμηλή ευαισθησία και πως μεγαλύτερη έμφαση στην ύπαρξη κάποιων συμπτωμάτων (όπως το επίπεδο ενεργητικότητας), και όχι τόσο στη διάρκεια των συμπτωμάτων αυτών, μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη αναγνώριση των ασθενών με κίνδυνο εμφάνισης μανιακών και υπομανιακών επεισοδίων (Angst et al 2003a, Hantouce et al 1998).^{10,14}

Όπως είναι αναμενόμενο όλοι οι επιστήμονες δε συμφωνούν με τις προηγούμενες απόψεις, ωστόσο στοιχεία που προκύπτουν από τις νέες έρευνες μας οδηγούν σε μια πιο πολυδιάστατη θεώρηση της υπομανίας και της μανίας. Σε προηγούμενες έρευνες για τις καταθλιπτικές διαταραχές¹⁵⁻¹⁷ αλλά και στη νεότερη έρευνα των Meyer & Keller 2003¹⁸ δε βρέθηκαν στοιχεία που να υποστηρίζουν την ύπαρξη λανθάνοντων τάξεων υπομανίας, όσο στοιχεία για μια πιο πολυδιάστατη δομή των συναισθηματικών διαταραχών στα πλαίσια ενός φάσματος που ξεκινάει από το «φυσιολογικά» ανεβασμένο συναίσθημα μέχρι τα υπομανιακά και μανιακά επεισόδια.^{19,20}

Όπως αποδεικνύεται και από μικρή νατουραλιστική έρευνα,²¹ η μη έγκαιρη διάγνωση της Διπολικής Κατάθλιψης ακολουθείται από σοβαρές επιπτώσεις: περίπου το 55% των ασθενών εμφάνισε υπομανία και το 23% εμφάνισε διπολική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή φάσεων, όταν έλαβαν φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά για την αρχική διάγνωση της μονοπολικής κατάθλιψης, με αποτέλεσμα να τεθεί σε κίνδυνο η προσωπική και επαγγελματική υπόσταση των ασθενών. Στο πεδίο της κλινικής πρακτικής και της πρόληψης, πολύ συχνά υπογραμμίζεται ότι το φάσμα των Διπολικών Διαταραχών αντιπροσωπεύει ένα τρομερά αυξημένο κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας αλλά και αυτοκτονία.²² Επιπλέον, γνωρίζουμε καλά ότι τα άτομα που πάσχουν από Διπολική Διαταραχή υπόκεινται πολύ

συχνά σε σοβαρές επαγγελματικές απώλειες στο χώρο της εργασίας τους.²³ Τέλος, οι οικονομικές παράμετροι που αφορούν στο φάσμα των διπολικών διαταραχών, μόλις πρόσφατα έχουν αρχίσει να υπολογίζονται. Οι πρώτες έρευνες δείχνουν ότι οι ετήσιες δαπάνες σε ό,τι αφορά τις διπολικές διαταραχές στις ΗΠΑ, κυμαίνεται από 24 έως 30 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως.²⁴ Είναι αυτονόητη επομένως, η επιτακτική ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία σε ασθενείς με διπολική διαταραχή, έτσι ώστε να μειωθεί ο μεγάλος χρόνος καθυστέρησης στη διάγνωση των Διπολικών διαταραχών.

Αυτοσυμπληρούμενα από τους ασθενείς ερωτηματολόγια, τα οποία είναι μικρά σε διάρκεια και καλά δομημένα, μπορούν να συμβάλλουν στην έγκαιρη αναγνώριση διαταραχών διπολικού φάσματος σε ασθενείς που προσέρχονται στα ΕΙ ή αναζητούν ψυχιατρική βοήθεια. Προκύπτει θα λέγαμε επομένως –για τους παραπάνω λόγους– η ανάγκη για την επιλογή και τη χρήση ενός αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, όπως το MDQ και το HCL-32 ή και άλλων, ως βοηθητικού εργαλείου τόσο στην κλινική πράξη όσο και στις επιδημιολογικές έρευνες.

Το ερωτηματολόγιο διαταραχής θυμικού (MDQ)

Το MDQ ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α) σχεδιάστηκε από μια ομάδα ψυχιάτρων, ερευνητών και νομικών για να απευθυνθούν στην ανάγκη έγκαιρης και ακριβούς διάγνωσης της διπολικής διαταραχής, που ταλαιπωρεί χρόνια και μπορεί να αποβεί μοιραία αν δεν αντιμετωπιστεί με την κατάλληλη θεραπεία. Το ερωτηματολόγιο χρειάζεται περίπου 5 min για να συμπληρωθεί και μπορεί να μας παρέχει πολλά στοιχεία σε ό,τι αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Κλινικές μελέτες έδειξαν ότι το MDQ έχει υψηλό ποσοστό ακρίβειας. Έχει τη δυνατότητα να ανιχνεύσει 7 στα 10 άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή και να αποκλείσει 9 στα 10 άτομα που δεν πάσχουν.²⁵

Μια έρευνα της διεθνούς Depressive and Manic-Depressive Association² –η οποία επαναλήφθηκε το 2000 με ανάλογα αποτελέσματα– αποκάλυψε ότι περίπου 73% ασθενών με διπολική διαταραχή έχουν

λάβει τουλάχιστον μια λανθασμένη διάγνωση και πολλοί από αυτούς χρειάστηκε να περιμένουν πάνω από δέκα χρόνια, από την έναρξη των συμπτωμάτων τους, για να τεθεί η σωστή διάγνωση. Η διεθνής Depressive and Manic-Depressive Association ευελπιστεί ότι το MDQ ερωτηματολόγιο θα μειώσει αυτή την καθυστέρηση στο χρόνο διάγνωσης και θα βοηθήσει περισσότερα άτομα να λάβουν την κατάλληλη αγωγή όταν τη χρειάζονται.

Κλινική χρησιμότητα

- Το MDQ ερωτηματολόγιο είναι ένα σύντομο εργαλείο αυτοαναφοράς που χρειάζεται περίπου 5 min για να συμπληρωθεί.
- Το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο μόνο ως δοκιμασία διαλογής (screening test) και όχι ως διαγνωστικό εργαλείο.
- Θετικό αποτέλεσμα στο τεστ θα πρέπει να ακολουθείται από διαγνωστική αξιολόγηση.

Βαθμολόγηση

Για να βαθμολογηθεί κανείς θετικά για πιθανή διπολική διαταραχή, πρέπει να ισχύουν και τα τρία από τα παρακάτω κριτήρια:

1. «Ναι» σε 7 ή περισσότερα από τα υποερωτήματα στην ερώτηση 1.
2. «Ναι» στην ερώτηση 2.
3. «Μέτριο» ή «σοβαρό» πρόβλημα στην ερώτηση 3.

Το MDQ ερωτηματολόγιο ανιχνεύει γενικά όλο το φάσμα των διπολικών διαταραχών. Όπως όμως θα αναφερθεί και στη συνέχεια, το MDQ είναι πιο κατάλληλο στην ανίχνευση της Διπολικής διαταραχής I (κατάθλιψη και μανία) και δεν έχει την ίδια ευαισθησία στην ανίχνευση της Διπολικής διαταραχής II (κατάθλιψη και υπομανία) και στη μη άλλως προσδιορισμένη (NOS) διπολική διαταραχή.

Η λίστα ελέγχου της υπομανίας (Hypomania Check List) (HCL-32)

Το HCL-32 R1 (Παράρτημα Β) είναι ένα ερωτηματολόγιο με το οποίο ο ίδιος ο εξεταζόμενος αξιολογεί τη διά βίου εμφάνιση συμπτωμάτων υπομανίας. Το ερωτηματολόγιο είναι υπό σχεδιασμό σε πολλές χώρες και είναι διαθέσιμο σε πάνω από 20 γλώσσες.

Μέχρι σήμερα ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που έχει συγκεντρωθεί είναι από Ιταλία, Σουηδία, Ισπανία, Γερμανία και Ταϊβάν.

Θεωρητικό υπόβαθρο

Στη διάρκεια της ζωής του ο άνθρωπος βιώνει σημαντικές διακυμάνσεις στην ενέργεια, στη δραστηριότητα και στη διάθεση, όπως «χαμηλά επίπεδα» (π.χ: θλίψη, απώλεια, αποστέρηση κ.λπ.) και «υψηλά επίπεδα» (π.χ.: ρομαντικός έρωτας, προσωπική επιτυχία και καταξίωση κ.λπ.). Οι διακυμάνσεις αυτές είναι δυνατόν να διαρκέσουν μικρότερο (ώρες, μέρες) ή και μεγαλύτερο (εβδομάδες, μήνες) χρονικό διάστημα. Όπως αποδεικνύεται, υπάρχει κάποια συνέχεια από τις «φυσιολογικά» χαμηλές και υψηλές διακυμάνσεις της διάθεσης μέχρι την κατάθλιψη/μελαγχολία και την υπομανία/μανία αντίστοιχα.

Στην κλινική πράξη, τα υπομανιακά συμπτώματα συχνά δε διαγιγνώσκονται διότι δε βιώνονται ή δεν αναγνωρίζονται ως «αφύσικα» από τον ασθενή και επομένως δεν αναφέρονται αυθόρμητα στον κλινικό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς που έχουν διάγνωση μονοπολική κατάθλιψη να πάσχουν από διπολική διαταραχή που δεν έχει ταυτοποιηθεί. Το να αναγνωρίσουμε αυτές τις περιπτώσεις διπολικής διαταραχής που διαλάθουν είναι σημαντικό για να εξασφαλίσουμε την κατάλληλη και αποτελεσματική θεραπεία.

Κλινική χρησιμότητα και περιορισμοί

Το HCL-31 R1 ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αξιολογηθεί από τους ίδιους τους ασθενείς η εμπειρία υπομανιακών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια του βίου τους, στο φάσμα από το «φυσιολογικό» στο «παθολογικό».

Επιπλέον, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση (screening) της Διπολικής διαταραχής-II, της ελάσσονος Διπολικής διαταραχής και της υποουδικής υπομανίας. Αν και το HCL-32 R1 ερωτηματολόγιο δεν είναι αρκετό για να βάλουμε τη διάγνωση για τη Διπολική διαταραχή, μπορεί όμως να μας βοηθήσει στην αναγνώριση πιθανών περιπτώσεων διπολικής διαταραχής στην κλινική πράξη ψυχιάτρων, ψυχολόγων και γενικών ιατρών.

Το HCL-32 R1 μπορεί να αποτελέσει εργαλείο των ψυχιάτρων, των ψυχολόγων αλλά και των γενικών ιατρών, και μπορεί να απευθύνεται σε υγιή άτομα και εξωτερικούς ασθενείς. Ωστόσο, το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί κυρίως για την ανίχνευση υπομανιακών συμπτωμάτων σε ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με κατάθλιψη (Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, Δυσθυμία, ελάσσονα κατάθλιψη, κυκλοθυμία κ.λπ.).

Ένας από τους περιορισμούς στη χρήση του παραπάνω ερωτηματολογίου είναι πως, από ό,τι φαίνεται, το εργαλείο αυτό είναι ακατάλληλο για αναλόγους και άτομα με δείκτη νοημοσύνης κάτω του φυσιολογικού. Επίσης, τα μέχρι τώρα διαθέσιμα στοιχεία σε ό,τι αφορά ασθενείς που νοσηλεύονται για σοβαρή μανία ή μελαγχολία προέρχονται από ένα μόνο κέντρο στην Ταϊβάν και δεν είναι αρκετά για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Βαθμολογία

Η τελική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο είναι ο αριθμός των θετικών απαντήσεων στα 32 υποερωτήματα στην ερώτηση 3. Εξεταζόμενοι που έχουν τελικό score πάνω ή και ίσο με 14 είναι πιθανώς διπολικοί και πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά το προηγούμενο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό. Αν είναι δυνατόν, καλό θα είναι να εξετάζονται και σύντροφοι των εξεταζόμενων. Σχολαστική εξέταση ενδείκνυται επίσης σε άτομα του γενικού πληθυσμού, που έχουν τελικό score από 14 και πάνω, ενώ αναφέρουν επιπρόσθετα αρνητικές ή αρνητικές και θετικές συνέπειες των συμπτωμάτων τους π.χ. αντιδράσεις από το περιβάλλον τους. Τονίζεται ότι άτομα με βαθμολογία κάτω από 14 είναι δυνατόν να πάσχουν από διπολική διαταραχή.

Ειδικότητα, ευαισθησία και ικανότητα πρόβλεψης του HCL-32 R1 ερωτηματολογίου

Σε προηγούμενες έρευνες,²⁷⁻²⁹ η θετική και αρνητική δύναμη πρόβλεψης του ερωτηματολογίου ήταν 73% και 61% αντίστοιχα. Αυτό σημαίνει ότι το 73% των ασθενών που αναγνωρίστηκαν με το HCL-32 R1 ως πιθανοί διπολικοί θα πάσχουν όντως από διπολική διαταραχή, ενώ το 63% αυτών που αναγνωρίστηκαν ως μη πάσχοντες στην πραγματικότητα δεν πάσχουν από διπολική διαταραχή. Το ερωτη-

ματολόγιο έχει ευαισθησία 80% και ειδικότητα 51%. Η διάκριση ανάμεσα στη Διπολική διαταραχή-I και στη Διπολική διαταραχή-II αποτελεί ακόμη αντικείμενο έρευνας.

Συζήτηση-Συμπεράσματα

Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης των διαταραχών του Διπολικού φάσματος σε ψυχιατρικούς ασθενείς ή/και στο γενικό πληθυσμό είναι προφανής: οι επιπτώσεις από τη λανθασμένη διάγνωση στην προσωπική και επαγγελματική υπόσταση των ασθενών είναι σοβαρές,²¹ συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας και αυτοκτονία,²² και οι οικονομικές παράμετροι που αφορούν στις ετήσιες δαπάνες στη Δημόσια Υγεία επιβαρυντικές.²⁴

Για το συγκεκριμένο σκοπό έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς διάφορα εργαλεία που βοηθούν στην έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών αυτών. Μερικά από αυτά, όπως το ερωτηματολόγιο General Behavioral Inventory²⁶ και η κλίμακα Hypomanic Personality Scale,³⁰ στοχεύουν στην αξιολόγηση ορισμένων μεμονωμένων χαρακτηριστικών και διερευνούν την ύπαρξη συμπτωμάτων στα πλαίσια συγκεκριμένων επεισοδίων. Αν και τα εργαλεία αυτά χρησιμοποιούνται σε κάποιες περιπτώσεις για την αναγνώριση ατόμων που πάσχουν από Διπολική Διαταραχή –σε ένα υποουδικό επίπεδο–³¹⁻³³ είναι πιο κατάλληλα για την αξιολόγηση πιθανών παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών του Διπολικού Φάσματος στο μέλλον στον υποκείμενο πληθυσμό.^{34,35} Άλλα πάλι εργαλεία, όπως η κλίμακα Internal State Scale³⁶ και το ερωτηματολόγιο Self Rating Mania Inventory,³⁷ επικεντρώνονται μόνο στα τρέχοντα συμπτώματα και δεν προσφέρονται επομένως για την αναγνώριση των περιπτώσεων των ασθενών για τους οποίους γίνεται λόγος.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης έρευνα που αφορούσε στο γενικό πληθυσμό στις ΗΠΑ και έγινε για να διαπιστωθεί αν η χρήση δομημένων συνεντεύξεων μας βοηθάει στο να αξιολογήσουμε με ακρίβεια το φάσμα των Διπολικών Διαταραχών.³⁸ Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η δομημένη συνέντευξη Composite International Diagnostic Interview (CIDI) στα πλαίσια του NCS-R (National Comorbidity Survey Replication) και οι διαγνώσεις σταθμίστηκαν

με την εκδοχή, για μη ασθενείς, της δομημένης κλινικής συνέντευξης για το DSM-IV (SCID). Βρέθηκε πολύ καλή αντιστοιχία ανάμεσα στις δύο συνεντεύξεις για τη Διπολική Διαταραχή I, τη Διπολική Διαταραχή II, την υποουδική Διπολική Διαταραχή και γενικότερα όλο το φάσμα των διπολικών διαταραχών, η αντιστοιχία όμως βρέθηκε χαμηλότερη για τη Διπολική Διαταραχή II και την υποουδική Διπολική Διαταραχή.

Η συνέντευξη CIDI αποδείχθηκε περισσότερο αδιάβλητη από τη συνέντευξη SCID, αποδίδοντας 4,4% διά βίου επιπολασμό για το φάσμα των διπολικών διαταραχών στον πληθυσμό. Σύντομες κλίμακες βασιζόμενες στη συνέντευξη CIDI αναγνώρισαν το 67–96% των πραγματικών περιπτώσεων και είχαν θετική προβλεπτική αξία 31–52%. Από τα αποτελέσματα της έρευνας οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα: (α) ότι η δομημένη συνέντευξη CIDI μπορεί να μας προσφέρει τη δυνατότητα εξαγωγής συντηρητικών διαγνώσεων για τη Διπολική Διαταραχή, τόσο σε κλινικό όσο και σε υποουδικό επίπεδο και (β) πως σύντομες κλίμακες που βασίζονται στη δομημένη αυτή συνέντευξη αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για την αναγνώριση των διαταραχών του Διπολικού φάσματος.

Καθώς, όπως έχει στοιχειοθετηθεί από έρευνες,^{1,2} η διάγνωση της Διπολικής Διαταραχής –τόσο σε ψυχιατρικούς ασθενείς όσο και στο γενικό πληθυσμό– μπορεί να καθυστερήσει αρκετά χρόνια και όπως σημειώνεται παραπάνω οι δομημένες συνεντεύξεις και η εξέταση από ειδικό δεν επαρκούν για την έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών του Διπολικού φάσματος, ερευνητές συστήνουν τη χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων για το σκοπό αυτό.

Ένα εξειδικευμένο εργαλείο, το οποίο καταρτίστηκε από τον Robert Hirschfeld, MD, of the University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas and colleagues και το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την αναγνώριση των διαταραχών του Διπολικού φάσματος, είναι το MDQ ερωτηματολόγιο (Mood Disorder Questionnaire).²⁵ Με βάση το περιεχόμενό του, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μοιάζει να έχει μεγαλύτερη ευαισθησία στην αναγνώριση ατόμων που πάσχουν από Διπολική Διαταραχή I από ό,τι εκείνων που πάσχουν από Διπολική

Διαταραχή II, όπως αυτό αποδεικνύεται και από σχετικές έρευνες.^{39–42} Αρχικά το MDQ χρησιμοποιήθηκε σε ασθενείς της τρίτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έδειξε ευαισθησία 73% και ειδικότητα 90% στην αναγνώριση της Διπολικής Διαταραχής (τα 2/3 του δείγματος έπασχαν από Διπολική Διαταραχή I). Σε έρευνα που έγινε στο γενικό πληθυσμό από τους Hirschfeld et al⁴³ η ευαισθησία του ερωτηματολογίου για τη Διπολική Διαταραχή βρέθηκε να είναι μόνον 28%, ενώ αντίστοιχα η ειδικότητα ανέβηκε στο 97%.

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε επίσης και στην έρευνα JoBS (Jorvi Bipolar Study)¹¹ και θεωρήθηκε από τους ίδιους τους ερευνητές το ισχυρότερο ατού της έρευνας. Το δείγμα αφορούσε σε 1630 μη-σχιζοφρενείς ψυχιατρικούς ασθενείς (νοσηλευμένους αλλά και εξωτερικούς) σε τρεις πόλεις της Φινλανδίας. Για τις διαγνώσεις των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν οι ημιδομημένες συνεντεύξεις SCID I & SCID II, ενώ το screening για Διπολική Διαταραχή I και Διπολική Διαταραχή II έγινε με τη βοήθεια του MDQ ερωτηματολογίου. Το ενδιαφέρον είναι πως όταν βασιζόμενοι σε πιλοτική έρευνα⁴⁴ αγνόησαν το υποερώτημα 3 του ερωτηματολογίου, αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αυξηθεί σημαντικά η ευαισθησία του. Τα αποτελέσματα αυτά επαληθεύτηκαν και από μια άλλη έρευνα των Miller et al.⁴⁵ Η χαμηλότερη όμως ειδικότητα του τροποποιημένου MDQ ερωτηματολογίου οδήγησε σε μεγαλύτερο αριθμό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων, τα οποία έπρεπε να αποκλειστούν από τις δομημένες συνεντεύξεις.

Αρχικές έρευνες που έγιναν στην κοινότητα έδειξαν ότι το απλό αυτό ερωτηματολόγιο μπορεί να φανεί χρήσιμο εργαλείο για την αναγνώριση της Διπολικής Διαταραχής I και της Διπολικής Διαταραχής II στο γενικό πληθυσμό.⁴⁶ Ακολούθως έγινε μια εκτεταμένη έρευνα στην οποία συμμετείχαν πάνω από 100.000 άτομα⁴⁷ για την αναγνώριση της Διπολικής Διαταραχής στο γενικό πληθυσμό. Περίπου το 3,4% των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα αναγνωρίστηκαν ως θετικοί, με ιδιαίτερα υψηλή επίπτωση στις ηλικίες από 18–24 ετών. Έπειτα από τις απαραίτητες μετατροπές, σύμφωνα με τα ποσοστά των μη ανταποκρινόμενων, το ποσοστό της Διπολικής Διαταραχής στο γενικό πληθυσμό

υπολογίστηκε στο 4%. Μόνο το 20% των ατόμων που είχαν θετικό score στο ερωτηματολόγιο είχαν διάγνωση Διπολικής Διαταραχής, ενώ το 30% περίπου ανέφερε ότι είχαν διαγνωσθεί ότι πάσχουν από μονοπολική κατάθλιψη. Τέλος, τα άτομα που είχαν θετικό score στο MDQ ερωτηματολόγιο είχαν σημαντικά σοβαρότερες δυσκολίες στην απόδοσή τους στην εργασία, στις κοινωνικές τους ασχολίες και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις από ό,τι τα άτομα με αρνητικό score.

Θα πρέπει επομένως να σταθμιστούν τα οφέλη και τα μειονεκτήματα του ερωτηματολογίου, και να λάβουμε υπόψη παράγοντες όπως η ευαισθησία και η ειδικότητα, πριν αυτό χρησιμοποιηθεί στην αναγνώριση διαταραχών του Διπολικού φάσματος ιδιαίτερα στο γενικό πληθυσμό.

Η ανάγκη για έγκαιρη αναγνώριση των διαταραχών του διπολικού φάσματος σε ψυχιατρικούς ασθενείς,⁴⁰ οδήγησε τους ερευνητές στην τροποποίηση του ερωτηματολογίου, *Hyromania checklist-20*^{10,48-50} σε ένα πιο τελειοποιημένο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το *Hyromania checklist-32 (HCL-32)*. Ο αρχικός στόχος του ερωτηματολογίου ήταν η αναγνώριση των υπομανιακών στοιχείων σε ασθενείς με Μείζονα Κατάθλιψη που προσέρχονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες και σε υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ώστε να βοηθήσουν τους κλινικούς να διαγνώσουν τη Διπολική Διαταραχή II και άλλες διαταραχές του Διπολικού φάσματος.¹⁴

Στην έρευνα των Angst et al²⁷ χρησιμοποιήθηκαν δύο δείγματα, ένα το οποίο περιελάμβανε εξωτερικούς ασθενείς σε ιδιωτικό ψυχιατρικό κέντρο στην Ιταλία και το δεύτερο ψυχιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύονταν στις ψυχιατρικές κλινικές δύο Γενικών Νοσοκομείων της Σουηδίας. Το HCL-32 χρησιμοποιήθηκε αρχικά με στόχο την αυξημένη ικανότητα αναγνώρισης της Διπολικής Διαταραχής II σε άτομα που πληρούν τα κριτήρια για Μείζονα Κατάθλιψη (κατά DSM IV). Τα στοιχεία σε ό,τι αφορά την ειδικότητα και την ευαισθησία του ερωτηματολογίου δείχνουν ότι τελική βαθμολογία από 14 και άνω στο HCL-32, μας δίνει τον καλύτερο συνδυασμό ευαισθησίας (80%) και ειδικότητας (50%) για τη διάκριση ανάμεσα στο φάσμα των Διπολικών Διαταραχών και τη Μείζονα Κατάθλιψη. Το ποσοστό θετικής και αρνητι-

κής πρόβλεψης του ερωτηματολογίου βρέθηκε 73% και 61% αντίστοιχα. Σε ό,τι αφορά την αναγνώριση της Διπολικής Διαταραχής I σε ασθενείς με Μείζονα Κατάθλιψη, βαθμολογία από 2 και άνω στην υποκλίμακα: Λαμβάνει Ρίσκα/Ευερέθιστος του ερωτηματολογίου, μας δίνει ευαισθησία 76%, ειδικότητα 62% και θετική και αρνητική δύναμη πρόβλεψης 76% και 57% αντίστοιχα. Όπως όμως μας δείχνουν τα αποτελέσματα της έρευνας οι υποκλίμακες Ενεργητικός/Επηρεασμένος και Λαμβάνει Ρίσκα/Ευερέθιστος του ερωτηματολογίου, δεν προσφέρουν στη διάκριση ανάμεσα στη Διπολική Διαταραχή I και τη Διπολική Διαταραχή II.

Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη στο γενικό πληθυσμό²⁸ χρησιμοποιήθηκαν και πάλι δύο δείγματα: (I) ένα δείγμα N=695 ατόμων που ήταν φοιτητές και εργαζόμενοι σε Γερμανικό πανεπιστήμιο και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μέσω σύνδεσης στο Διαδίκτυο και (II) δεύτερο δείγμα N=408 τα οποία επιλέχτηκαν τυχαία από δείγμα ατόμων προοπτικής έρευνας που αφορά στο γενικό πληθυσμό της κοινότητας της Betula στη Σουηδία.⁵¹ Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας, ενώ η συνολική βαθμολογία και η βαθμολογία στις δύο υποκλίμακες είναι αρκετή για να γίνει η διάκριση ανάμεσα στη Διπολική Διαταραχή και την Κατάθλιψη σε ψυχιατρικούς ασθενείς,^{27,29} δεν ισχύει το ίδιο και στο γενικό πληθυσμό. Οι ερωτήσεις που αφορούν στη διάρκεια των συμπτωμάτων και πιθανές αρνητικές επιπτώσεις τους (π.χ. αντίδραση από το στενό περιβάλλον του ατόμου) είναι όπως φαίνεται εκείνες που μας δίνουν περισσότερες πληροφορίες για την αναγνώριση των πασχόντων από Διπολική Διαταραχή στα πλαίσια του γενικού πληθυσμού. Έτσι, ενώ υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι άτομα με ιστορικό υπερθυμικών επεισοδίων που διήρκεσαν λίγες μέρες και είχαν αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινότητά τους ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση Διαταραχής της διάθεσης, η έρευνα δεν μπορεί να παρέχει ακριβή στοιχεία για την ευαισθησία και την ειδικότητα του ερωτηματολογίου στη διάκριση Διπολικής και Μονοπολικής Διαταραχής στο γενικό πληθυσμό. Αυτό βέβαια είναι κάτι που μένει ακόμα να ερευνηθεί και να αποδειχθεί σε μελλοντικές έρευνες.

Συγκρίνοντας τα δύο ερωτηματολόγια HCL-32 και MDQ, διαπιστώνουμε πως το πρώτο έχει λίγο υψηλότερη ευαισθησία και λίγο χαμηλότερη ειδικότητα σε σχέση με το δεύτερο στη διάκριση της Διπολικής Διαταραχής από τη Μονοπολική Κατάθλιψη στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Σύμφωνα όμως με τους Zimmermann et al,⁴² το να έχει ένα τέτοιο ερωτηματολόγιο υψηλότερη ευαισθησία από ό,τι ειδικότητα μπορεί να θεωρηθεί πλεονέκτημα.

Επιπλέον, το HCL-32 ερωτηματολόγιο έχει θετική δύναμη πρόβλεψης 73% και αρνητική δύναμη πρόβλεψης 63%, κάτι το οποίο υποδηλώνει πως η δυνατότητα διάκρισης θα μπορούσε να διατηρηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό, αν αυτό χρησιμοποιηθεί στην κοινότητα όπου τα ποσοστά της Διπολικής Διαταραχής είναι χαμηλότερα από ό,τι σε δείγματα ψυχιατρικών ασθενών. Αντίθετα, το MDQ ερωτηματολόγιο φαίνεται να υπολείπεται σε ευαισθησία στο γενικό πληθυσμό,⁴³ με αποτέλεσμα να μην έχει το πλεονέκτημα που διαθέτει το HCL-32 όπως προαναφέρθηκε.

Ένα ακόμα στοιχείο που είναι υπέρ της χρήσης του HCL-32 ερωτηματολογίου είναι πως η παρούσα ψυχική κατάσταση του ατόμου δεν επηρεάζει την αξιολόγηση των υπομανιακών συμπτωμάτων και επομένως το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις ασθενών με ενεργό ψυχοπαθολογία.⁵²

Βεβαίως το ισχυρότερο πλεονέκτημα του HCL-32 ερωτηματολογίου είναι πως έχει σχεδιαστεί κατά τρόπο που του επιτρέπει τη χρήση του σε διαφορετικές γλώσσες και άρα τη συλλογή στοιχείων από διαφορετικές χώρες και διαφορετικού τύπου δομές.²⁷

Τέλος, σε ό,τι αφορά τη διάκριση ανάμεσα στη Διπολική Διαταραχή I και στη Διπολική Διαταραχή II, διαπιστώνουμε από τις έρευνες ότι το MDQ ερωτηματολόγιο έχει μεγαλύτερη ευαισθησία στην αναγνώριση ατόμων που πάσχουν από Διπολική Διαταραχή I από ό,τι εκείνων που πάσχουν από Διπολική Διαταραχή II.³⁹⁻⁴² Δυστυχώς τα στοιχεία από τις μέχρι τώρα έρευνες δείχνουν ανάλογη αδυναμία και του HCL-32 ερωτηματολογίου στη διάκριση ανάμεσα στους πάσχοντες από Διπολική Διαταραχή I και Διπολική Διαταραχή II.²⁷

Αν και η ανάγκη για έγκαιρη αναγνώριση των διαταραχών του Διπολικού φάσματος σε ψυχιατρικούς

ασθενείς είναι το ίδιο επιτακτική και έχει την ίδια σπουδαιότητα και στη χώρα μας, λείπουν εκείνα τα στοιχεία και οι έρευνες που θα υπηρετήσουν αυτό το σκοπό. Το HCL-32 είναι ένα ευέλικτο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που σύμφωνα με τις μέχρι τώρα έρευνες δύναται να προσφέρει ικανοποιητικά στην αναγνώριση διαταραχών του Διπολικού φάσματος σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Δεδομένης της συντομίας του ερωτηματολογίου και του σχεδιασμού του που επιτρέπει τη χρήση του σε διαφορετικές γλώσσες και δομές, το HCL-32 θα μπορούσε κάλλιστα να χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια αντίστοιχων ερευνών στην Ελλάδα. Θα ήταν πιθανώς ενδιαφέρον να διαπιστώσουμε κατά πόσο η χρήση του HCL-32 σε ψυχιατρικούς ασθενείς που αναζητούν υπηρεσίες στις διάφορες ιατρικές και ψυχιατρικές δομές της χώρας μας, συμβάλλει στην εγκαίριστη αναγνώριση των ατόμων που πάσχουν από διαταραχές του Διπολικού φάσματος. Το διπλό όφελος από την επίτευξη του στόχου θα είναι να εξασφαλίσει όχι μόνο την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών, αλλά και συνολικότερα υψηλότερη ποιότητα ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.

Μια άλλη διάσταση του ζητήματος προκύπτει από τη χρήση του ερωτηματολογίου αυτού για την έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών του Διπολικού φάσματος σε ασθενείς που προσέρχονται στις διάφορες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, γεγονός που μας επιτρέπει να οδηγηθούμε στην πιο έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και επομένως στα βέλτιστα για τους ασθενείς θεραπευτικά αποτελέσματα.

Η δυνατότητα λοιπόν της χρήσης του HCL-32 ερωτηματολογίου μέσα από ένα πρίσμα νέων εφαρμογών μπορεί να προσφέρει ουσιαστικά στην έγκαιρη διάγνωση των ατόμων που πάσχουν από Διπολική διαταραχή στη χώρα μας και να φέρει τους λειτουργούς της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα ένα βήμα πιο κοντά στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των διαταραχών του Διπολικού φάσματος, βελτιώνοντας παράλληλα την ποιότητα ζωής των ασθενών. Εναπόκειται λοιπόν στους ερευνητές να γίνει στο μέλλον –μέσα από μελέτες– η διερεύνηση και αξιολόγηση των ψυχομετρικών εφαρμογών των ερωτηματολογίων αυτών και στη χώρα μας.

Παράρτημα Α*

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΟΥ ΘΥΜΙΚΟΥ (MDQ)

Οδηγίες: Παρακαλούμε απαντήστε την κάθε ερώτηση με τον καλύτερο τρόπο που μπορείτε.

	Ναι	Όχι
1. Υπήρξε ποτέ περίοδος που δεν υπήρξες ο συνηθισμένος σου εαυτός και...		
Ένωσες τόσο καλά ή τόσο ανεβασμένος/η που οι άλλοι πίστευαν πως δεν ήσουν ο κανονικός σου εαυτός ή που ήσουν τόσο ανεβασμένος/η και εξαιτίας αυτού είχες προβλήματα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ήσουν τόσο ευερέθιστος/η που φώναζες σε άλλους ή ξεκίνησες καβγάδες ή διαφωνίες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ένωθες περισσότερη αυτοπεποίθηση από ό,τι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Που κοιμόσουν λιγότερο από ό,τι συνήθως και ανακάλυπτες πως δε σου έλειπε ύπνος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ήσουν πιο ομιλητικός/ή ή μιλούσες πιο γρήγορα από ό,τι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχες σκέψεις που έτρεχαν στο κεφάλι σου ή να μη μπορούσες να επιβραδύνεις το μυαλό σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχες εύκολα διάσπαση προσοχής λόγω γεγονότων τριγύρω σου έτσι ώστε να έχεις πρόβλημα να συγκεντρωθείς ή να συνεχίσεις να παρακολουθείς αυτά που συνέβαιναν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχες περισσότερη ενέργεια από ό,τι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ήσουν πιο ενεργητικός/ή ή να έκανες πιο πολλά πράγματα από ό,τι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ήσουν περισσότερο κοινωνικός/ή ή εξωστρεφής από ό,τι συνήθως, όπως για παράδειγμα, να τηλεφωνείς σε φίλους στη διάρκεια της νύχτας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενδιαφερόσουν για το σεξ περισσότερο από ό,τι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έκανες πράγματα που δε τα συνηθίζεις ή οι άλλοι να νόμιζαν πως ήσουν υπερβολικός/ή, ανόητος/ή ή ριψοκίνδυνος/η;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ξόδευες χρήματα και προκαλούσες προβλήματα σε σένα και την οικογένειά σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Αν απάντησες ΝΑΙ σε περισσότερες από μία από τις παραπάνω ερωτήσεις, έχουν αρκετά από αυτά συμβεί ταυτόχρονα την ίδια περίοδο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Πόσο μεγάλο πρόβλημα σου προκάλεσαν όλα αυτά, όπως να μη μπορείς να δουλέψεις, να κάνεις οικογένεια, να έχεις οικονομικές ή νομικές υποθέσεις ή να μπλέκεις σε διαφωνίες ή καυγάδες; (Παρακαλώ σημειώστε μόνο μια απάντηση)		
<input type="checkbox"/> Κανένα πρόβλημα <input type="checkbox"/> Ασήμαντο πρόβλημα <input type="checkbox"/> Μέτριο πρόβλημα <input type="checkbox"/> Σοβαρό πρόβλημα		
4. Έχει κάποιος από τους εξ αίματος συγγενείς (για παράδειγμα παιδιά, αδέρφια, γονείς, παππούς και γιαγιά, θείες, θείοι) μανιοκαταθλιπτική νόσο ή διπολική διαταραχή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Σας έχει, οποιαδήποτε στιγμή στη ζωή σας, κάποιος επαγγελματίας υγείας πει ότι έχετε μανιοκαταθλιπτική νόσο ή διπολική διαταραχή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Μη επίσημη μετάφραση. Απόδοση στα ελληνικά του ερωτηματολογίου Mood Disorder Questionnaire²⁵

Βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου διαταραχής του θυμικού (MDQ)

Το ερωτηματολόγιο MDQ δημιουργήθηκε από ομάδα ψυχιάτρων, ερευνητών και συμβούλων ασθενών για να αντιμετωπισθεί η κρίσιμη ανάγκη για έγκυρη και αξιόπιστη διάγνωση της διπολικής διαταραχής, η οποία μπορεί να αποβεί μοιραία εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία.

Το ερωτηματολόγιο απαιτεί περίπου πέντε λεπτά για τη συμπλήρωσή του και παρέχει σημαντικά στοιχεία στη διάγνωση και στη θεραπεία. Κλινικές δοκιμές έχουν υποδείξει πως το ερωτηματολόγιο MDQ έχει υψηλά ποσοστά ακρίβειας και μπορεί να υποδείξει επτά στα δέκα άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή και να διαχωρίσει εννέα στα δέκα άτομα που δεν πάσχουν από αυτή.

Πρόσφατη εθνική DMDA έρευνα αποκάλυψε πως περίπου το 70% των ατόμων με διπολική διαταραχή έχουν διαγνωστεί λανθασμένα τουλάχιστον μία φορά και πολλοί από αυτούς χρειάστηκε να περάσουν περισσότερα από 10 χρόνια από όταν ξεκίνησαν τα συμπτώματά τους πριν λάβουν τη σωστή διάγνωση. Η εθνική DMDA ελπίζει πως το ερωτηματολόγιο MDQ θα μειώσει πολύ αυτή την καθυστέρηση και θα βοηθήσει περισσότερους ανθρώπους να λάβουν τη θεραπεία που χρειάζονται, τη στιγμή που τη χρειάζονται.

Το ερωτηματολόγιο MDQ καλύπτει το Φάσμα Διπολικής Διαταραχής (Διπολική I, Διπολική II και Διπολική ΝΠ).

Εάν ο ασθενής απάντησε:

1. «Ναι» σε επτά ή περισσότερες από τις 13 στην ερώτηση Νο 1
ΚΑΙ
2. «Ναι» στην ερώτηση Νο 2
ΚΑΙ
3. «Μέτριο» ή «Σοβαρό» στην ερώτηση Νο 3
έχετε μια θετική διάγνωση. Και τα τρία παραπάνω κριτήρια θα πρέπει να ικανοποιούνται. Μια θετική διάγνωση θα πρέπει να επακολουθείται από περικτική ιατρική εξέταση για το Φάσμα της Διπολικής Διαταραχής.

Παράρτημα Β *

ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΠΟΜΑΝΙΑΣ (HCL-32)

Προσωπικά στοιχεία: Ηλικία: _____ Κέντρο _____
 Άνδρας _____ Γυναίκα _____
 Αριθμός _____

Ενεργητικότητα, δραστηριότητα και διάθεση

Κατά τη διάρκεια της ζωής του κάθε άνθρωπος βιώνει αλλαγές και μεταβολές στην ενεργητικότητα, τη δραστηριότητα και τη διάθεσή του (συνηθίζονται να αποδίδονται αυτές οι αλλαγές στη διάθεση ως «ανεβασμένος» και «πεσμένος» ή «ανεβοκατεβάσματα»). Σκοπός του παρόντος ερωτηματολογίου είναι να εκτιμήσει τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τις ανεβασμένες περιόδους.

1. Καταρχήν, πώς νιώθεις σήμερα συγκριτικά με τη συνηθισμένη σου κατάσταση;
(Σημείωσε ΜΙΑ μόνο επιλογή)

Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Χειρότερα από ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Λίγο χειρότερα από ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Ούτε καλύτερα ούτε χειρότερα από ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Λίγο καλύτερα από ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Καλύτερα από ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Πολύ καλύτερα από ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

2. Πώς είσαι συνήθως συγκριτικά με τους άλλους ανθρώπους;
 Ανεξάρτητα με το πώς νιώθεις σήμερα, ανέφερε πώς είσαι συνήθως συγκριτικά με τους άλλους ανθρώπους, σημειώνοντας την επιλογή που σε αντιπροσωπεύει καλύτερα.
 Συγκριτικά με τους άλλους ανθρώπους, ο βαθμός δραστηριότητας, ενεργητικότητας και διάθεσής μου...
 (Σημείωσε ΜΙΑ μόνο επιλογή)

...είναι πάντα κυρίως ισορροπημένος και σταθερός	<input type="checkbox"/>
Είναι γενικώς υψηλός	<input type="checkbox"/>
Είναι γενικώς χαμηλός	<input type="checkbox"/>
Διακρίνεται από περιόδους με ανεβοκατεβάσματα	<input type="checkbox"/>

3. Προσπάθησε να θυμηθείς μία περίοδο κατά την οποία ήσουν ανεβασμένος.

Πώς ένιωθες τότε; Απάντησε στις παρακάτω δηλώσεις ανεξάρτητα από το πώς νιώθεις στην παρούσα φάση.

Όταν βρίσκομαι σε τέτοια φάση:

	Ναι	Όχι
1. Χρειάζομαι λιγότερο ύπνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Αισθάνομαι περισσότερο ενεργητικός και δραστήριος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Έχω περισσότερη αυτοπεποίθηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Απολαμβάνω τη δουλειά μου περισσότερο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Είμαι πιο κοινωνικός (τηλεφωνώ συχνότερα, βγαίνω έξω περισσότερο)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Θέλω να ταξιδεύω πιο πολύ και/ή ταξιδεύω περισσότερο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Συνηθίζω να οδηγώ πιο γρήγορα ή να οδηγώ πιο ριψοκίνδυνα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ξοδεύω περισσότερα χρήματα/πάρα πολλά χρήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Παίρνω περισσότερα ρίσκα στην καθημερινή μου ζωή (στη δουλειά μου και/ή στις άλλες μου δραστηριότητες)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Είμαι σε πιο δραστήρια φυσική κατάσταση (με σπορ κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Σχεδιάζω περισσότερες δραστηριότητες και εργασίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Έχω περισσότερες ιδέες, είμαι πιο δημιουργικός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Είμαι λιγότερο ντροπαλός ή εσωστρεφής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Φοράω πιο πολύχρωμα και εκκεντρικά ρούχα/βάφομαι πιο έντονα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Θέλω να συναντώ ή εντέλει συναντώ περισσότερους ανθρώπους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Έχω μεγαλύτερο ενδιαφέρον για σεξ, και/ή έχω αυξημένες σεξουαλικές επιθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Φλερτάρω περισσότερο και/ή είμαι περισσότερο ενεργός σεξουαλικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Μιλώ περισσότερο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Σκέφτομαι γρηγορότερα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Όταν μιλάω κάνω περισσότερα λογοπαίγνια ή αστεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Αφαιρούμαι πιο εύκολα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ασχολούμαι με πολλά καινούργια πράγματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Οι σκέψεις μου πηδάνε από θέμα σε θέμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Κάνω πράγματα πιο γρήγορα και/ή πιο εύκολα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Είμαι περισσότερο ανυπόμονος και/ή νευριάζω πιο εύκολα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Μπορώ να γίνω κουραστικός ή εκνευριστικός στους άλλους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Μπλέκω σε περισσότερες φασαρίες/καυγάδες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Η διάθεσή μου είναι ανεβασμένη, περισσότερο αισιόδοξη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Πίνω περισσότερο καφέ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Καπνίζω περισσότερα τσιγάρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Πίνω περισσότερο αλκοόλ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Παίρνω περισσότερα φάρμακα (ηρεμιστικά, αγχολυτικά, διεγερτικά...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ο αντίκτυπος των ανεβασμένων περιόδων σου σε διάφορους τομείς της ζωής σου: _____

	Θετικός και αρνητικός	Θετικός	Αρνητικός	Κανένας αντίκτυπος
Οικογενειακή ζωή	_____	_____	_____	_____
Κοινωνική ζωή	_____	_____	_____	_____
Εργασία	_____	_____	_____	_____
Διασκέδαση	_____	_____	_____	_____

5. Οι αντιδράσεις και τα σχόλια των συνανθρώπων σου στις ανεβασμένες περιόδους σου.

Πώς σχολιάζουν τη διάθεσή σου ή αντιδρούν σε αυτήν όσοι είναι κοντά σου;

(σημείωσε ΕΝΑ από τα παρακάτω)

Θετικά (με ενθαρρύνουν ή με υποστηρίζουν)	<input type="checkbox"/>
Ουδέτερα	<input type="checkbox"/>
Αρνητικά (ανησυχούν, ενοχλούνται, εκνευρίζονται, κριτικάρουν)	<input type="checkbox"/>
Θετικά και αρνητικά	<input type="checkbox"/>
Καμία αντίδραση	<input type="checkbox"/>

6. Ποια είναι κατά κανόνα η διάρκεια των ανεβασμένων περιόδων σου (κατά μέσο όρο)
(σημείωσε ΕΝΑ από τα παρακάτω)
- Μία ημέρα
- 2-3 ημέρες
- 4-7 ημέρες
- Μεγαλύτερη από 1 εβδομάδα
- Μεγαλύτερη από ένα μήνα
- Δεν μπορώ να κρίνω/δεν ξέρω
7. Έχεις βιώσει τέτοιες ανεβασμένες περιόδους τους τελευταίους 12 μήνες;
Ναι Όχι
8. Εάν Ναι, τότε υπολόγισε πόσες ημέρες ήσουν σε ανεβασμένη κατάσταση κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών
Όλες μαζί γύρω στις ___ ___ ___ μέρες

*Δημοσιεύεται με την άδεια του Angst J ως επίσημη ελληνική μετάφραση. Για οποιαδήποτε χρήση της θα πρέπει να απευθυνθείτε στον Angst J.

Self-assessment questionnaires for the investigation of bipolarity

Ch. Tsopeles,¹ D. Konstantinidou,¹ A. Douzenis²

¹Psychiatric Hospital of Attica, ²2nd Psychiatric Department, University of Athens, "Attikon" Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2010, 21:226-239

Contemporary research shows that bipolar disorders are very often faced initially as depression, while the precise diagnosis usually delay 8-10 years or more. As a result of this delay in the diagnosis, the patients do not receive appropriate treatment and are not led to recession of their symptoms. Roughly one third of depressed patients are treated at mental health services and two thirds at the primary care health services. Regarding the psychiatric patients that are treated in the secondary and tertiary services of mental health, various researches indicate that the bipolar disorders and especially Bipolar Disorder II are under-diagnosed and consequently they do not receive satisfactory treatment with important repercussions in the professional and social existence of Bipolar Disorders' patients. The imperative need for early diagnosis and treatment in patients with bipolar disorders is obvious, in order to decrease the big time of delay in the diagnosis of Bipolar disorders. Patient self-completed questionnaires, which are small in duration and well structured, can contribute in the early recognition of disorders of bipolar spectrum in patients that are treated at the outpatient clinics. In this bibliographic research we compare two questionnaires (the MDQ and the HCL-32) with regard to their psychometrics faculties and the possibility of use in the early diagnosis and treatment of individuals that suffers from disorders of Bipolar spectrum.

Key words: bipolar disorder, questionnaires, schizophrenia, mental illness, psychopathology

Βιβλιογραφία

- Hirschfeld RMA, Lewis LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003, 64:161-174
- Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RMA. The National Depressive and Manic-Depressive Association(DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994, 31:281-294
- Thase ME, Entsuah AR, Rudolph RL. Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. *Br Psychiatry* 2001, 178:234-241
- Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987, 23:68-73
- Coyne JC, Fetchner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994, 16:267-276
- Manning JS, Haycal RF, Connor PD et al. On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Compr Psychiatry* 1997, 38:102-108
- Manning JS, Zylstra RG, Connor PD et al. Teaching family physicians about mood disorders: a procedure suite for behavioral medicine. *Prim Care Companion* 1999, 1:18-23
- Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM et al. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord* 1999, 52:135-14
- Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 2000, 61:804-808, quiz 809
- Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *J Affect Disord* 1998, 50:163-173
- Mantere O, Suominen K, Leppamaki S et al. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar study (JoBS). *Bipolar Disord* 2004, 6:395-405
- Scott J. *Overcoming Mood Swings*. Constable Robinson. London, 2002:21-36
- Angst J, Gamma A. *Update on Maintenance Treatments for Bipolar disorder. A Data Given Approach*. Barcelona Spain 2002:4-5
- Angst J, Gamma A, Benazzi F et al. Diagnostic issues in bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003a, 13:43-50
- Flett GL. The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychol Bull* 1997, 121:395-496
- Haslam N, Beck AT. Subtyping major depression: a taxometric analysis. *J Abnorm Psychology* 1994, 103:686-692
- Ruscio J, Ruscio AM. Informing the continuity controversy: a taxometric analysis of depression. *J Abnorm Psychology* 2000, 109:473-487
- Meyer TD, Keller F. Is there evidence for a latent class called "hypomanic temperament"? *J Affect Disord* 2003, 75:259-267
- Angst J. Categorical and dimensional perspectives of depression. In: Maj M, Santorius N (eds) *Depressive Disorders*. Vol. I. John Wiley & Sons, Chichester, 1999:54-56
- Korzum A, Moskiva V, Brewster S et al. Familiality of symptom dimensions in depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:468-474
- Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 2000, 61:804-808, quiz 809
- Angst J, Gamma A, Sellaro R et al. Recurrence of bipolar disorders and major depression. A life long perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003, 253:236-240
- Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN et al. Depression: a neglected major illness. *J Clin Psychiatry* 1993, 54:419-424
- Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2003, 54:208-215
- Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL et al. Development of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000, 157:1873-1875
- Depue RA, Stater JF, Wolfstetter-Kausch H et al. A behavioral paradigm for identifying at risk for bipolar depressive disorder: a conceptual framework and five validation studies. *J Abnorm Psychol* 1981, 90:381-437
- Angst J, Adolfsson R, Benazzi Franco et al. The HCL-32: Towards a self assessment tool for hypomanic symptoms in out patients. *J Affect Disord* 2005, 88:217-233
- Meyer TD, Hammelstein P, Nilsson LG et al. The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish non clinical samples. *Compr Psychiatry* 2007, 48:79-87
- Carta MG, Hardoy CM, Cadeddu M et al. The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006, 2:2
- Eckblad M, Chapman LJ. Development and validation of a scale for hypomanic personality. *J Abnorm Psychol* 1985, 95: 214-222
- Lovejoy MC, Steuerwald BI. Subsyndromal unipolar and bipolar disorders: comparisons on positive and negative affect. *J Abnorm Psychol* 1995, 104:381-384
- Klein DN, Dickstein S, Taylor EB et al. Identifying chronic affective disorders in outpatients: validation of the General Behavior Inventory. *J Consult Clin Psychol* 1989, 57:106-111
- Meyer TD, Hautzinger M. Screening for bipolar disorders using the Hypomanic Personality Scale. *J Affect Disord* 2002, 75:149-154
- Kwapil TR, Miller MB, Zinser C et al. A longitudinal study of high score rs on the Hypomanic Personality Scale. *J Abnorm Psychol* 2000, 109:222-226
- Bletchert J, Meyer TD. Are the scales hypomanic personality, impulsive non conformity and rigidity predictors of bipolar symptoms? *Br J Clin Psychol* 2005, 44:15-27
- Bauer MS, Crits-Cristoph P, Ball WA et al. Independent assessment of manic and depressive symptoms by self rating. *Arch Gen Psychiatry* 1991, 48:807-812
- Shugar G, Schertzer S, Toner BB et al. Development, use, and factor analysis of a self report inventory for mania. *Compr Psychiatry* 1992, 33:325-331
- Kessler RC, Hagop S, Akiskal HS et al. Validity of assessment of Bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. *J Affect Disord* 2006, 96:259-269
- Benazzi F. Improving the mood disorder questionnaire to detect bipolar II disorder. *Can J Psychiatry* 2003b, 48:770-771 (Letter to the editor)
- Benazzi F, Akiskal HS. Refining the evaluation of bipolar II: beyond the strict SCID-CV guide lines for hypomania. *J Affect Disord* 2003b, 73:33-38
- Mago R. Bipolar disorder questionnaire. *Am J Affect Psychiatry* 2001, 158:1743 (Letter to the editor)

42. Zimmermann M, Posternak MA, Chelminski I et al. Using questionnaires to screen for psychiatric disorders: a comment on a study of screening for bipolar disorders in the community. *J Clin Psychiatry* 2004, 65:605–610
43. Hirschfeld RMA, Calabrese JR, Weissman MM et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry* 2003a, 64:53–59
44. Isometsa E, Suominen K, Mantere O et al. The mood disorder questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. *BMC Psychiatry* 2003, 3:8
45. Miller C, Berv DA, Rosenquist KJ, Ghaemi SN. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004, 81:167–171
46. Hirschfeld RM, Holtzer C, Calabrese JR et al. Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *Am J Psychiatry* 2003, 160:178–180
47. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M et al. Impact of bipolar disorder on a US community sample. *J Clin Psychiatry* 2003, 64:425–432
48. Allilaire JF, Hauntouche EG, Sechter D et al. Frequency and clinical aspects of bipolar II disorder in a french multicenter study: EPIDEP. *Encephale* 2001, 27:149–158
49. Angst J. L' hypomanie. A propos d' une cohorte de jeunes. *Encéphale* 1992, 18:23–29
50. Angst J, Gamma, Benazzi F et al. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003b, 73:133–146
51. Nilsson LG, Backman L, Erngrund K et al. The Betula prospective study: memory, health and aging. *Aging Neyropsych Cogn* 1997, 4:1–32
52. Benazzi F, Akiskal HS. The dual factor structure of self-rated MDQ hypomania: energized-activity versus irritable-thought racing. *J Affect Disord* 2003a, 73:59–64

Αλληλογραφία: Χ. Τσόπελας, Επιμελητής Α', Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Τηλ.: 6945 733 371
E-mail: tsopelas@gmail.com

Γενικό άρθρο General article

Θρησκευτικότητα, πνευματικότητα και ψυχοθεραπεία

Κ. Κιούλος

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

Ψυχιατρική 2010, 21:240–246

Η αναζήτηση υπαρξιακού νοήματος αποτελεί καθολικό και πανανθρώπινο φαινόμενο που παραδοσιακά βρίσκει την έκφρασή του μέσα από τις επίσημες θρησκείες (θρησκευτικότητα) ή την προσωπική «υπερβατικότητα» (πνευματικότητα). Κατά τη διάρκεια του μεγαλύτερου μέρους του 20ού αιώνα οι επιστήμονες ψυχικής υγείας έτειναν στην παραγνώριση ή στην άρνηση του θρησκευτικού βιώματος το οποίο συχνά θεωρούσαν παρωχημένο, ή και παθολογικό. Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει ένας διαρκώς αυξανόμενος αριθμός δημοσιεύσεων που αφορούν στη σχέση θρησκευτικότητας, ψυχικής υγείας και ψυχοθεραπείας με αρκούντως ενδιαφέροντα αποτελέσματα και σε θεωρητικό και σε κλινικό επίπεδο. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η εξοικείωση και η επάρκεια των ψυχιάτρων και των ψυχοθεραπευτών στη διαχείριση τέτοιων θεμάτων και στην αξιολόγηση της συμβολής τους είτε στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας είτε στη θεραπεία της, καθώς επίσης και στην αναγνώριση των πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών των θεραπευομένων τους, οι οποίες αλληλοσυνδέονται βέβαια με αντίστοιχες ψυχολογικές. Στο πλαίσιο αυτό, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία ενσωμάτωσε πρώτη τέτοιου είδους προβληματισμούς παρουσιάζοντας τροποποιημένα θεραπευτικά μοντέλα τα οποία αποπειρώνται την απαρτίωση της θεραπείας μέσα από το κοσμοείδωλο του θρησκευόμενου υποκειμένου.

Λέξεις ευρετηρίου: θρησκευτικότητα, πνευματικότητα, ψυχική υγεία, ψυχοθεραπεία

Εισαγωγή

Ο άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ζωής του καλείται να δώσει απαντήσεις σε θεμελιώδη ερωτήματα όπως το ποιος είναι, από πού προέρχεται, πώς πρέπει να ζήσει, ποιος είναι ο ρόλος του στον κόσμο, πώς να αντιμετωπίσει το θάνατο, ποιο το νόημα της ζωής του. «Το βασικότερο κίνητρο κάθε ανθρώπου είναι να βρει αυτό το νόημα».¹ Οι απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα είναι συχνά άρρητες ή υπόρρητες και μπορούν να διαφανούν μόνο από τον τρόπο ζωής που έχει υιοθετήσει ο καθένας μας. Η αρμοδιότητα για τη διερεύνηση των παραπάνω ερωτημάτων ανήκει στο χώρο της μεταφυσικής. Οι αλήθειες της μεταφυσικής δεν επιδέχονται εμπειρικής επαλήθευσης· η μεταφυσική είναι «το σύνολο των *a priori* συνθετικών προτάσεων».²

Οι απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα δεν έχουν σκοπό απλώς να καθησυχάσουν τον έμφυτο φόβο του ανθρώπου για το άγνωστο – οι απαντήσεις έχουν πρακτικό αντίκρουσμα, καθορίζουν τον τρόπο δηλαδή που συνυπάρχει και αλληλεπιδρά με τους άλλους ανθρώπους, τον τρόπο που ζει κανείς τη ζωή του, το «ήθος», την ηθική του στάση εντός του κόσμου. Η μεταφυσική έχει λοιπόν, ως άμεση συνέπιά της, την ηθική (πρακτική) φιλοσοφία. Η φιλοσοφία δεν είναι μία γνώση που ισχύει «αντικειμενικά» αλλά είναι η συνειδητοποίηση του «υπάρχειν» μέσα στον κόσμο.³ Επομένως, ο τρόπος ζωής του κάθε ανθρώπου είναι δηλωτικός της κοσμοθεωρίας του.

Οι απαντήσεις της μεταφυσικής συχνά θεσμοποιούνται και γίνονται δόγμα στα πλαίσια μιας θρησκείας. Η ηθική οδηγεί στη θρησκεία, μέσω της οποίας διευρύνεται προς την ιδέα ενός, εκτός του ανθρώπου, κυρίαρχου ηθικού νομοθέτη.⁴ Η θρησκεία στηρίζεται στην έννοια του ιερού, η οποία είναι μη αναγώγιμη σε απλούστερες έννοιες- το ιερό ορίζεται μόνο ως προς το μη ιερό.⁵ Η ιερότητα εξασφαλίζει την καθολική και αδιαπραγμάτευτη αποδοχή των θρησκευτικών δογμάτων και καθιστά δυνατό τον κοινό βίο στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης παράδοσης. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι ενώ η μεταφυσική αφορά σε μία ενεργητική αναζήτηση, η θρησκευτικότητα αφορά σε αποδοχή, άκριτη ή μη, μιας αποκρυσταλλωμένης παράδοσης – η θρησκευτικότητα μπορεί να είναι παθητικό φαινόμενο. Γι' αυτό συχνά είναι παθητική και «αυτοματοποιημένη» η στάση πολλών ατόμων απέναντι στα θεμελιώδη ερωτήματα της ζωής τους.

Η θρησκευτικότητα, ως έκφραση μεταφυσικού διαπορήματος, δηλαδή αναζήτησης υπαρξιακού νοήμα-

τος, είναι φυσική ανάγκη του ανθρώπου και, ως τέτοια, δε διαφέρει από τις υπόλοιπες νομοτελειακές απαιτήσεις της βιολογικής υπόστασής του, όπως η πείνα, η δίψα, ο φόβος για την ασθένεια και το θάνατο.⁶

Πνευματικότητα και θρησκευτικότητα: Ορισμοί

Η θρησκεία αποτελεί ένα εξαιρετικά πολύπλοκο και πολυδιάστατο πνευματικό και πολιτισμικό φαινόμενο γι' αυτό και υπάρχουν εκατοντάδες απόπειρες ορισμού της. Στη διεθνή βιβλιογραφία κάποιοι λειτουργικοί ορισμοί είναι των Argyle και Beit-Hallahmi σύμφωνα με τους οποίους η θρησκεία είναι «ένα σύστημα πίστης στη θεία ή υπερφυσική δύναμη και ένα σύστημα πρακτικών λατρείας ή άλλων τελετουργιών που απευθύνονται στη δύναμη αυτήν»,⁷ ή των Koenig et al πως «θρησκεία είναι ένα οργανωμένο σύστημα δογμάτων, πρακτικών, τελετουργιών και συμβόλων με σκοπό τη μετοχή στο ιερό ή υπερβατικό».⁸ Θρησκευτικότητα ονομάζουμε το βαθμό «εμπλοκής» και την προσωπική σημασία που αποδίδει το υποκείμενο σε ένα τέτοιο σύστημα. Ωστόσο, και αυτές οι απόπειρες ορισμού μάλλον δεν μπορούν να ανταποκριθούν επαρκώς στις μη θειϊστικές θρησκείες και γι' αυτό αρκετοί ερευνητές, όπως οι Nielsen et al, προτείνουν την παραίτηση από κάθε φιλοδοξία αμιγούς ορισμού και την απλή καταγραφή κάποιων χαρακτηριστικών που διαχωρίζουν το θρησκευτικό από το «εγκόσμιο» και τα οποία μπορούν να ομαδοποιηθούν αδρώς σε τρεις βασικούς παράγοντες, οι οποίοι φαίνεται ότι αποτελούν απαραίτητα συστατικά του θρησκευτικού φαινομένου, (α) πίστη σε μια πνευματική διάσταση, (β) τήρηση ενός συνόλου πνευματικών τελετουργιών ή πρακτικών, (γ) προσήλωση σε ένα δόγμα ηθικής διαγωγής που απορρέει από πνευματικές διδαχές.⁹

Πνευματικότητα (spirituality) είναι η προσωπική αναζήτηση απαντήσεων σε θεμελιώδη ερωτήματα για τη ζωή, το «νόημα» και τη σχέση με το «ιερό» ή «υπερβατικό», η οποία μπορεί (ή μπορεί και όχι) να οδηγήσει στην (ή και να προέλθει από την) ανάπτυξη θρησκευτικών τελετουργιών και από τη μορφοποίησή τους από την κοινότητα.⁸ Προτείνονται έξι τουλάχιστον χαρακτηριστικά της: είναι «παγκόσμια», αποτελεί ανθρώπινο φαινόμενο, ο κοινός της πυρήνας είναι φαινομενολογικός, εκφράζει την ικανότητά μας να απαντάμε στο «νουμενικό» (Θείο Νεύμα), χαρακτηρίζεται από μια «μυστηριώδη ενέργεια» και έχει ως τελικό στόχο τη συμπόνια.¹⁰ Στη σύγχρονη δυτική

κουλτούρα διακρίνεται η πνευματικότητα εντός της θρησκείας και έναντι της θρησκείας.¹¹ Στη δεύτερη περίπτωση, η πίστη είναι πιο προσωπική και εκλείπει η προσκόλληση σε δόγματα: πρόκειται για αναζήτηση ανοιχτή σε έξωθεν επιρροές. Η αλήθεια δεν μπορεί να διέπεται από κάποια αντικειμενικότητα και τονίζεται η προσωπική προσπάθεια για την εύρεσή της. Αντίθετα, απορρίπτεται οποιαδήποτε «ορθόδοξη» άποψη. Στη μετανεωτερική δυτική πνευματικότητα περιλαμβάνονται διάφορες εκκοσμικευμένες πρακτικές, όπως η γιόγκα, αλλά και θρησκευοποιημένα «πνευματικά» ρεύματα, όπως ο θρησκευτικός νατουραλισμός, ο νεοπανθεισμός ή ακόμα και η επανανακάλυψη αρχαίων «νεκρών» θρησκειών.¹¹ Οι όροι θρησκευτικότητα και πνευματικότητα, αν και δεν ταυτίζονται εννοιολογικά, χρησιμοποιούνται συνήθως εναλλακτικά στη διεθνή βιβλιογραφία, γεγονός που μάλλον δυσχεραίνει την έρευνα.¹² Η θρησκευτικότητα συνήθως σχετίζεται με προφανείς συμπεριφορές και θεσμικές τελετουργίες, ενώ η πνευματικότητα με βιωματικές εμπειρίες, «προσωπικά» γεγονότα και υπερβατικότητα.^{13,14} Αν και η σημασία της θρησκευτικότητας, και εν γένει των πνευματικών αναζητήσεων, είναι αδιαμφισβήτητη στην καθημερινή ζωή του κάθε ανθρώπου, παραβλέπεται ως γεγονός στη συστηματική ψυχιατρική πράξη. Η θρησκευτικότητα φαίνεται να παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο, όπως και άλλοι αναγνωρισμένοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες π.χ. η οικονομική κατάσταση, η οικογενειακή κατάσταση κ.ά.^{8,15} Η αδιαφορία για τη θρησκευτικότητα οφείλεται στη νεότερη αντίληψη περί επιστήμης, η οποία έχουσα το προβάδισμα στη μελέτη του κόσμου εν γένει θεώρησε απειλή και υποκατάστατο της θρησκείας.¹⁶ Αυτή η αντιπαράθεση επιβιώνει και σήμερα, τόσο σε ψυχιάτρους οι οποίοι τρομοκρατούνται από τη θρησκευτικότητα των ασθενών εντάσσοντάς την συχνά στην ψυχοπαθολογία τους, όσο και σε ασθενείς οι οποίοι προτιμούν τον πνευματικό τους από έναν ψυχίατρο.

Τα κύρια θέματα που καλείται να λύσει ο ψυχίατρος είναι: (α) πώς να χειριστεί τα μεταφυσικά ερωτήματα του ασθενούς, (β) πώς να χειριστεί τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενούς, (γ) αν χρειάζεται να διαμορφώσει ένα θεραπευτικό πλαίσιο ειδικό για ασθενείς στους οποίους η θρησκευτικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή τους.

Θρησκευτικότητα και ψυχοθεραπεία

Από τα ανωτέρω γίνεται σαφές πως η θρησκευτικότητα ή/και πνευματικότητα πρέπει να διερευνάται και να καταγράφεται ως αναπόσπαστο τμήμα της αρχικής ψυχιατρικής αξιολόγησης.¹⁷ Επίσης, το DSM-IV αναγνωρίζει θέματα θρησκευτικότητας ως επιπρόσθετες καταστάσεις που μπορεί να απαιτήσουν κλινική προσοχή.¹⁸ Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη σχέση θρησκευτικότητας, ψυχικής υγείας και ψυχοθεραπείας. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η εξοικείωση και η επάρκεια των ψυχιάτρων και των ψυχοθεραπευτών στη διαχείριση τέτοιων θεμάτων και στην αξιολόγηση της συμβολής τους είτε στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας είτε στη θεραπεία της,^{19,20} καθώς επίσης και στην αναγνώριση των πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών των ασθενών τους.²¹ Οι πνευματικές και θρησκευτικές ανάγκες των ασθενών, οι οποίες αλληλοσυνδέονται βέβαια με αντίστοιχες ψυχολογικές, μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: πνευματικές ανάγκες σχετιζόμενες με τον εαυτό, το Θεό και τους άλλους. Ανάγκες σχετιζόμενες με τον εαυτό μπορεί να περιλαμβάνουν ανάγκη για νόημα και σκοπό στη ζωή, αίσθηση χρησιμότητας, όραμα, ελπίδα, διαχείριση μεταβολής ή απώλειας, υπέρβαση δυσχερειών, προσωπική αξιοπρέπεια, συναισθηματική έκφραση, ευχαριστία, αίσθηση συνέχειας με το παρελθόν, προσαρμογή σε αυξανόμενη εξάρτηση (ηλικιωμένοι), αποδοχή και προετοιμασία για το θάνατο και το θνήσκειν κ.λπ. Ανάγκες σχετιζόμενες με το Θεό περιλαμβάνουν ανάγκη για προσευχή μόνοι ή με άλλους ή για άλλους, μελέτη και έμπνευση από τις Γραφές, λατρεία προς το Θεό μόνοι ή συλλογικά, αγάπη και υπακοή προς το Θεό, βεβαιότητα πως ο Θεός υπάρχει, πίστη πως είναι στο πλευρό τους, εμπειρία της παρουσίας Του, εμπειρία της απροϋπόθετης αγάπης Του κ.λπ. Πνευματικές ανάγκες σχετιζόμενες με τους άλλους περιλαμβάνουν ανάγκη συνύπαρξης, αγάπης, μεταμέλειας και συγχώρησης από τους άλλους, συγχώρησης των άλλων, αντιμετώπισης αποχωρισμού ή θανάτου αγαπημένων προσώπων κ.λπ.²² Υπάρχει αρκετά εκτεταμένη βιβλιογραφία που υποστηρίζει πως η διαχείριση τέτοιων αναγκών σε θρησκευόμενους ασθενείς κατά την ψυχοθεραπεία μπορεί να διευκολύνει τη θεραπευτική διαδικασία.²³⁻²⁶ Η αξιολόγηση της σημασίας τέτοιων θεμάτων για τον ασθενή μπορεί να γίνει με σχετικά απλές και διακριτικές ερωτήσεις, όπως κατά πόσο η θρησκευτική πίστη παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή,

με ποιο τρόπο επηρεάζει τη ζωή (και στο παρόν αλλά και στο παρελθόν), αν υπάρχει συμμετοχή σε θρησκευτικές ή άλλες ομάδες ή κοινότητες, αν ο ίδιος θα επιθυμούσε να συζητηθούν κάποιες από τις ανωτέρω ανάγκες κ.ά. Βραχεία διερεύνηση των απαντήσεων σε αυτές τις ερωτήσεις (αν ναι, γιατί; αν όχι, γιατί;) θα παράσχει σημαντικό πλούτο πληροφοριών χρήσιμων στο θεραπευτικό σχεδιασμό.

Η ενασχόληση με θέματα θρησκευτικότητας κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας μπορεί να βοηθήσει το θεραπευτή στην καλύτερη κατανόηση της ψυχολογικής κατάστασης ή «σύγκρουσης» του θεραπευομένου π.χ. αίσθημα υπέρμετρης ενοχής ως αποτέλεσμα μιας αυστηρής, ανελαστικής ανατροφής. Αρκετοί ψυχιατρικοί ασθενείς πιστεύουν πως παράγοντες που σχετίζονται με την ενοχή, όπως ενοχικές σκέψεις ή πράξεις, επηρεάζουν την ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας τους.²⁷ Η πληρέστερη κατανόηση θα βοηθήσει με τη σειρά της στο σχεδιασμό παρεμβάσεων οι οποίες θα είναι περισσότερο αποδεκτές από το θεραπευόμενο γιατί θα είναι πιο συμβατές με την κοσμοθεωρία του, άρα με αυξημένη πιθανότητα συμμόρφωσης.²⁸ Επίσης, η γνώση των θρησκευτικών πεποιθήσεων και συμπεριφορών των ασθενών θα επιτρέψει την αναγνώριση υγιών «εφεδρειών», εφόσον υπάρχουν τέτοιες, που μπορεί να προσφέρουν ανακούφιση και υποστήριξη και να απαρτίσουν μια «παραδοσιακή» θεραπεία.²⁹⁻³¹ Από την άλλη, παλαιότερες αρνητικές θρησκευτικές εμπειρίες μπορεί να εμποδίζουν τον ασθενή να χρησιμοποιήσει τέτοιες υγιείς «εφεδρείες» στην αντιμετώπιση παρόντων προβλημάτων. Τέλος, η διερεύνηση θρησκευτικών θεμάτων θα δημιουργήσει στον ασθενή την αίσθηση πως ο θεραπευτής δεν είναι μόνο εξονυχιστικός και μονομερής στη διαγνωστική του αξιολόγηση, αλλά είναι επίσης ευαίσθητος και σε έναν τομέα της ζωής του ασθενούς ο οποίος είναι πλήρης νοήματος για τον ίδιο. Μάλιστα, τέτοιου είδους θέματα μπορεί να τον βασανίζουν κυριολεκτικά και να μην είναι δυνατό να τα συζητήσει με άλλους, είτε λόγω έλλειψης κατανόησης είτε λόγω ενοχής. Όταν αυτό γίνεται με ευαίσθητο, απροκατάληπτο και «ανθρωποκεντρικό» τρόπο, αναμφίβολα ενδυναμώνει τη θεραπευτική σχέση.³²

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε αυτό το πλαίσιο ξεκινούν από την αξιολόγηση των προσαρμοστικών θρησκευτικών μορφών αντιμετώπισης-διαχείρισης (coping). Κάτι τέτοιο είναι συμβατό με τη βασική αρχή της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας πως ένα

από τα κύρια καθήκοντα του θεραπευτή είναι η καταγραφή των ποικίλων αμυνών του και η ανάδειξη, ενδυνάμωση ή ενίσχυση των πιο αποτελεσματικών από αυτές.³³ Η συγκεκριμένη αρχή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιπτώσεις έντονου, «οξέος» ψυχοκοινωνικού πιεστικού παράγοντα. Στη συνέχεια, μπορούν να αναδειχθούν οι μορφές θρησκευτικότητας του ασθενούς (δόγματα, «θεολογούμενα», απόψεις, αποσπάσματα από ιερά κείμενα) οι οποίες παρέχουν ελπίδα και ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του και την αίσθηση πως είναι αντικείμενο αγάπης και φροντίδας. Η υπόμνηση μη απειλητικών, συγχωρητικών και μη επικριτικών πτυχών της θρησκευτικότητας μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη. Επίσης, τα ιερά κείμενα κάθε θρησκείας περιέχουν μοντέλα αντιμετώπισης της κατάθλιψης, του άγχους και της απελπισίας που μπορεί να εμπνεύσουν το θρησκευόμενο ασθενή και πραγματεύονται θέματα νοήματος, μοναξιάς, ενοχής, θνητότητας κ.ά., τα οποία ενδέχεται να αποδειχθούν εξαιρετικά αποδοτικά στην παροχή ανακούφισης και παρηγορίας, στην υποβοήθηση της γνωσιακής αναδόμησης και στην ανάπτυξη αυτοεκτίμησης και ελπίδας. Ένας άλλος τρόπος ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης είναι η αμφισβήτηση δυσπροσαρμοστικών θρησκευτικών γνωσιών ή συμπεριφορών – δεν είναι «υγιείς» όλες οι εκφάνσεις της θρησκευτικότητας, ιδιαίτερα εκείνες που απαιτούν ολοκληρωτική απεμπόληση της ορθολογικότητας και «καθαγιάζουν» το μίσος, την επιθετικότητα και την προκατάληψη, προωθούν υπερβολική εξαρτητικότητα ή καταστάσεις αβουλίας, ετεροκαθορισμού ή διασχιστικότητας, δικαιώνουν την επικριτικότητα και την έλλειψη διάκρισης, απορρίπτουν τη σωματική υπόσταση με ακραία ασκητικότητα ή καλλιέργουν καταναγκαστικό τρόπο σκέψης εστιάζοντας στην αμαρτία και στην ενοχή.^{34,35} Ο θεραπευτής, με μεγάλη ευαισθησία και σεβασμό, πρέπει να αμφισβητήσει θρησκευτικές πεποιθήσεις οι οποίες είναι σαφώς δυσλειτουργικές ή χρησιμοποιούνται από τον ασθενή προκειμένου να αποφύγει τη διαχείριση άλλων θεμάτων. Εν τέλει, ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει το θρησκευτικό κοσμοείδωλο του ασθενούς ώστε να τροποποιήσει δυσπροσαρμοστικές, στρεβλές γνωσίες και να ενθαρρύνει λειτουργικές συμπεριφορές, επεκτείνοντας έτσι τους στόχους της ψυχοθεραπείας. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται και άλλα είδη παρέμβασης περισσότερο ριζοσπαστικά, όπως η συνεργασία με κληρικό και η συμπροσευχή με αμφιλεγόμενες ή και επικίνδυνες συνέπειες.^{36,37} Σε κάθε περίπτωση, ο θεραπευτής πρέπει πάντα να έχει κατά νου πως ο

θρησκευόμενος ασθενής μπορεί να έχει προσδοκίες ή φαντασιώσεις «μαγικής» θεραπείας ή, εναλλακτικά, να τον βλέπει ως τιμωρητική, απαιτητική ή επικριτική αναπαράσταση μιας γονεϊκής ή θρησκευτικής φιγούρας. Από την άλλη πλευρά, ο ίδιος ο θεραπευτής μπορεί να παγιδευτεί σε φαντασιώσεις παντοδυναμίας, σωτηρίας ή και απόρριψης του ασθενούς εξαιτίας των δικών του πεποιθήσεων.³⁸⁻⁴⁰ Σε κάθε περίπτωση, δεν πρέπει να παραγνωρίζεται το γεγονός πως θρησκευτικά, πνευματικά ή και υπαρξιακά θέματα αποτελούν συχνά τμήμα της παρούσης κλινικής κατάστασης,⁴¹ καθώς και ότι παθολογικές θρησκευτικές ενασχολήσεις μπορεί να αποτελούν σύμπτωμα ψυχικής διαταραχής, όπως, επίσης, πως ασθενείς με οργανικές νόσους μπορεί να υποφέρουν από υπαρξιακό άγχος.²⁸ Πριν από όλα όμως πρέπει να αξιολογείται μήπως το σύστημα θρησκευτικών πεποιθήσεων του ασθενούς αποτελεί αντίσταση (ψυχολογική ή πολιτισμική) στη δέσμευση στην ψυχοθεραπεία.⁴¹⁻⁴³

Επίλογος

Σε αυτά τα πλαίσια, η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ), μία διαρκώς αναπτυσσόμενη ψυχοθεραπεία με πληθώρα παρεμβάσεων, προτάσεων, μεθοδολογιών και φιλοσοφιών να διεκδικούν τη στέγασή τους σε αυτήν, ενσωμάτωσε τέτοιου είδους προβληματισμούς –ίσως και μέσα από το διάλογο με τις σύγχρονες υπαρξιακές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Η ίδια η επιστήμη της ψυχολογίας επεκτάθηκε τόσο που για πολλούς ανθρώπους, ιδιαίτερα στη Δύση, συνοδεύει ή υποκαθιστά τη θρησκεία ως μια δημοφιλή πηγή καθοδήγησης στη ζωή. Παρόλη την ευρέως διαδεδομένη αντίληψη περί του αντιθέτου, ένα σημαντικό ποσοστό των θεραπειών αναφέρει προσωπική «πνευματικότητα» ή/και θρησκευτικότητα και μόνο μια μειονότητα αυτοπροσδιορίζονται ως αυστηρά «κοσμικοί» (secular),⁴⁴ ίσως ακολουθώντας τη γενική κοινωνική τάση των τελευταίων δεκαετιών.⁹ Από την άλλη πλευρά, οι θεραπευτές τείνουν να είναι θρησκευόμενοι με έναν λιγότερο συμβατικό και προφανή τρόπο.⁴⁵ Ο τρόπος κατά τον οποίο οι θρησκευτικές και πνευματικές αξίες των θεραπειών αντικατοπτρίζονται στην κλινική τους πράξη μένει να διευκρινιστεί. Μέχρι τότε όμως παραμένει ανοιχτό το θέμα της ουσιαστικής αποδοχής και της απαρτίωσης της θεραπείας μέσα από το κοσμοειδωλό του θρησκευόμενου ασθενούς. Είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι η παραδοσιακή Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία, με τον τρόπο που κατανοεί τη γένεση και τη διατήρηση

της συμπτωματολογίας αλλά και τις μεθόδους διαχείρισής της, αφήνει ελάχιστο χώρο για θέματα όπως το νόημα, ο σκοπός στη ζωή – μια παράλειψη ή μια στρατηγική αποφυγή. Στο μέτρο που η κατανόηση του γνωσιακού χάρτη του ασθενούς είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την ευόδωση της θεραπείας, πώς είναι δυνατόν να παραγνωρίζονται οι βασικότεροι οδοδείκτες για ορισμένους, τουλάχιστον, ασθενείς;

Οι μηχανισμοί με τους οποίους η θρησκευτικότητα επιδρά στην ψυχική υγεία είναι εν πολλοίς άγνωστοι. Η ίδια η θρησκευτικότητα αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και η αναζήτηση ενός παράγοντα ως μεσο-λαβητή θα αποπροσανατόλιζε την έρευνα η οποία βέβαια δεν προϋποθέτει την οντολογική θεμελίωση του Θείου ή υπερβατικού. Τρόπος ζωής και συμπεριφορές που προάγουν την υγεία,⁴⁶ κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον,⁴⁷ θρησκευτικές πρακτικές (π.χ. διαλογισμός, προσευχή),⁴⁸ πνευματική καθοδήγηση,⁴⁹ πιθανόν να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο. Πολύ σημαντική θα ήταν, κατά τη γνώμη μας, η διερεύνηση του γνωσιακού πλέγματος πεποιθήσεων του θρησκευόμενου, του συστήματος αξιών, αλλά και των υποκείμενων διεργασιών αναφορικά με την αντιμετώπιση του stress και των ψυχοπιεστικών γεγονότων εν γένει.^{50,51} Η διερεύνηση των ανωτέρω αποτελεί πεδίο πρόκλησης τόσο για τις μεθοδολογικές όσο και για τις κλινικές τους προεκτάσεις.⁵² Αυτές ακριβώς οι κλινικές προεκτάσεις περιλαμβάνουν και τις «θρησκευτικώς τροποποιημένες» γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπευτικές προσεγγίσεις με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Κάποιοι ερευνητές διατύπωσαν την άποψη πως αυτά τα αποτελέσματα των τροποποιημένων προσεγγίσεων αποτελούν ένα επιφαινόμενο, δηλαδή η όποια αποτελεσματικότητά τους οφείλεται στην ήδη κατοχυρωμένη αποτελεσματικότητα της παραδοσιακής ΓΣΘ, που αποτελεί άλλωστε το βασικό κορμό τους – τον πυρήνα τους.⁵³ Ακόμα όμως και σε αυτήν την περίπτωση, δε χωρά αμφιβολία πως ο έμπρακτος σεβασμός στο κοσμοειδωλό του ασθενούς και η αξιοποίησή του στη θεραπευτική διαδικασία αναπτύσσει την ενσυναίσθηση των θεραπειών, άρα διεκολύνει τη θεραπευτική σχέση και τη δέσμευση του ασθενούς στη θεραπεία.⁵⁴ Αυτή η προοπτική καθιστά επιτακτική την περαιτέρω διερεύνηση του τρόπου ενσωμάτωσης της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας στα θεραπευτικά μοντέλα, πολύ δε περισσότερο όταν τέτοιες φύσεις θέματα αγγίζουν τον εσώτερο εαυτό κάθε ανθρώπου που επιθυμεί να νοηματοδοτήσει τη ζωή του, μηδέ των θεραπειών εξαιρουμένων.

Religiosity, spirituality and psychotherapy

K. Kioulos

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

Psychiatriki 2010, 21:240–246

The quest for existential meaning constitutes a universal phenomenon traditionally manifested in official religions (religiosity) or personal modes of transcendence (spirituality). Throughout the greater part of the twentieth century, the tendency among mental health professionals was a failure to recognize or a denial of the religious experience which was frequently regarded as dated or even pathological. Over the last decades there has been an increasing number of publications pertaining to the relationship between religiosity, mental health and psychotherapy, yielding quite interesting results on both theoretical and clinical level. Consequently, it is essential that psychiatrists and psychotherapists become familiarized and sufficiently trained in managing these issues, in assessing their contribution to the development and treatment of psychopathology, as well as in the recognition of the spiritual, religious and correlated psychological needs of their clients. In this context, cognitive behavioral therapy has been the first to incorporate this set of questions, introducing modified therapeutic models which endeavor to integrate therapy through the worldview of the religious subject.

Key words: religiosity, spirituality, mental health, psychotherapy

Βιβλιογραφία

1. Frankl VE. Man's search for meaning, New York, Washington Square Press, 1984
2. Καντ Ι. *Κριτική του καθαρού λόγου*. Μετ. Α. Γιανναράς, Αθήνα, Παπαζήσης, 1977
3. Jaspers KR. *Reason and existence*, London, The Noonday Press, 1955
4. Καντ Ι. *Η Θρησκεία εντός των ορίων του Λόγου και μόνο*. Μετ. Κ. Ανδρουλιδάκης, Αθήνα, Πόλις, 2007
5. Μπέγζος Μ. *Φαινομενολογία της Θρησκείας*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1995
6. Γιανναράς Χ. *Ενάντια στη θρησκεία*, Αθήνα, Ίκαρος, 2006
7. Argyle M, Beit-Hallahmi B. *The social psychology of religion*. London, Routledge & Kegan Paul, 1975
8. Koenig HG, McCullough M, Larson DB. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York, Oxford University Press, 2001
9. Nielsen NC, Hein N, Reynolds FE et al. *Religions of the World*. New York, St. Martin's Press, 1988
10. Elkins DN. Beyond religion: toward a humanistic spirituality. In: Schneider KJ (ed) *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory*. Research and Practice, Thousands Oaks, CA, Sage, 2001
11. Hill PC, Pargament KI, Wood RW Jr et al. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *J Theory Soc Behav* 2000, 30:51–77
12. Piedmont RL. Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *J Personality* 1999, 67:985–1013
13. George LK, Larson DB, Koenig HG et al. Spirituality and health: What we know, what we need to know. *J Soc Clin Psychol* 2000, 19:102–116
14. Pargament KI. *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York, Guilford Press, 1997
15. Levin SJ. Religion and Health: Is there an association, is it valid and is it causal? *Soc Sci Med* 1994, 38:1475–1482
16. Κονδύλης Π. *Ο Ευρωπαϊκός Διαφωτισμός*. Αθήνα, Θεμέλιο, 2004
17. American Psychiatric Association. Practice guidelines for psychiatric evaluation of adults. *Am J Psychiatry* 1995 152:64–80
18. Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problems. *J Nerv Ment Dis* 1992, 180:673–682
19. Accreditation Council on Graduate Medical Education. Special requirements for residency training in psychiatry, 1994

20. American Psychological Association. Guidelines and principles for accreditation of programs in professional psychology. In American Psychological Association Committee on Accreditation, Washington, DC, 1995
21. Fitchett G, Burton LA, Sivan AB. The religious needs and resources of psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1997, 185: 320–326
22. Koenig HG, Weaver AJ. Counseling troubled older adults, Decatur, GA, Abington Press, 1997
23. McCullough ME. Research on Religion-Accommodative Counseling: review and meta-analysis. *J Counseling Psychol* 1999, 46:92–98
24. Azhar MZ, Varma SL. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychother Psychosom* 1995, 63:165–168
25. Razali SM, Hasanah CI, Aminah K et al. Religious-sociocultured psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Aust N Z J Psychiatry* 1998, 32:867–872
26. Propst LR, Ostrom R, Watkins P et al. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *J Consult Clin Psychol* 1992, 60:94–103
27. Sheehan W, Kroll J. Psychiatric patients' belief in general health factors and sin as causes of illness. *Am J Psychiatry* 1990, 147:112–113
28. Josepson AM, Wiesner IS. Worldview in psychiatric assessment. In: Josepson AM, Peteet JR (eds) *Handbook of worldview and spirituality in clinical practice*. Arlington, VA, American Psychiatric, 2004
29. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 1998, 155:536–542
30. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG et al. Religious coping and depression in elderly hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry* 1992, 149:1693–1700
31. Patterson J et al. Spiritual issues in family therapy: A graduate-level course. *J Mar Fam Ther* 2000, 26:199–210
32. McLaughlin D. Incorporating individual spiritual beliefs in treatment of inpatient mental health consumers. *Percep Psychiatr Care* 2004, 40:114–119
33. Dewald PA. *Psychotherapy: a dynamic approach*. New York, Basic Books, 1971
34. Pruyser P. The seamy side of current religious beliefs. *Bull Menning Clin* 1977, 41:329–348
35. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *J Clin Psychol* 2005, 61:461–480
36. Post GS, Puchalski MC, Larson BD. Physicians and patient spirituality: Professional boundaries, competency and ethics. *Ann Int Med* 2000, 132:578–583
37. Marwick C. Should physicians prescribe prayer for health? *JAMA* 1995, 273:1561–1562
38. Spero M. Countertransference in religious therapists of religious patients. *Am J Psychother* 1981, 35:565–575
39. Miovic M. An introduction to spiritual psychology: overview of the literature, east and west. *Harvard Rev Psychiatry* 2004, 12:105–115
40. American Psychiatric Association. Resource document: Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists' religious commitment and psychiatric practice. Washington, DC, APA, 1989
41. Meador KG, Koenig HG. Spirituality and religion in psychiatric practice: parameters and implications. *Psychiatr Annals* 2000, 30:549–555
42. Schultz-Ross RA, Gutheil TG. Difficulties in integrating spirituality into psychotherapy. *J Psychother Prac Res* 1997, 6:130–138
43. Crossley JP, Salter DP. A question of finding harmony: A grounded theory study of clinical psychologists' experience of addressing spiritual beliefs in therapy. *Psychol Psychother: Theory Res Pac* 2005, 78:291–313
44. Smith DP, Orlinsky DE. Religious and spiritual experience among psychotherapists. *Psychotherapy* 2004, 41:144–151
45. Worthington EL, Sandage SJ. Religion and spirituality. In: Norcross CJ (ed) *Psychotherapy relationships that work*, Oxford, Oxford University Press, 2002
46. Jarvis GK, Northcott HC. Religion and differences in morbidity and mortality. *Soc Sci Med* 1987, 25:813–824
47. Levin JS, Markides KS, Ray LA. Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: a panel analysis of three-generation data. *Gerontologist* 1996, 36:454–463
48. Shapiro DH. Examining the context and content of meditation: a challenge for psychology in the areas of stress management, psychotherapy and religious values. *J Human Psychol* 1994, 34:101–35
49. Julian R. The practice of psychotherapy and spiritual direction. *J Religion Health* 1992, 31:309–315
50. Levin JS, Schiller PL. Is there a religious factor in health? *J Religion Health* 1987, 26:9–35
51. Tepper L, Rogers SA, Coleman EM et al. The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatr Serv* 2001, 52:660–665
52. George LK, Ellison CG, Larson DB. Exploring the relationships between religious involvement and health. *Psychol Inquiry* 2002, 13:190–200
53. Nielsen SL, Johnson WB, Ridley CR. Religiously sensitive rational emotive behaviour therapy. *Profession Psychol Res Pract* 2000, 31:21–28
54. Thwaites R, Bennett-Levy J. Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit. *Behav Cognit Psychother* 2007, 35:591–612

Αλληλογραφία: Κ.Θ. Κιούλος, Ψυχίατρος, Αιγινήτου 14, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-72 31 989

Γενικό άρθρο General article

Σκέψεις για τη φιλοσοφία της ψυχιατρικής πράξης

N. Κουτουβίδης

Ψυχιατρικό Τμήμα, ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

Ψυχιατρική 2010, 21:247–253

Η φιλοσοφική παιδεία στο ψυχιατρικό πλαίσιο αντιμετωπίζεται παραδοσιακά ως μία εξω-ψυχιατρική ή μετα-ψυχιατρική δραστηριότητα, που συχνά δε θεωρείται άμεσα συνδεόμενη με την έκβαση των ψυχιατρικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Εντούτοις, η φύση της πρώτης ύλης της ψυχιατρικής (η ψυχοπαθολογία του προσώπου), η υφιστάμενη κατάσταση της ψυχιατρικής επιστημονικής γνώσης και έρευνας, και το ατελέσφορο πολλών ψυχιατρικών θεραπευτικών παρεμβάσεων επιβάλλουν προβληματισμό γύρω από νέες οντολογικές, γνωσιολογικές/επιστημολογικές και ηθικές κατευθύνσεις, που θα μπορούσαν να εμπλουτίσουν την ψυχιατρική φιλοσοφική σκέψη και να καταστήσουν αποτελεσματικότερη την ψυχιατρική θεραπευτική πράξη. Στα πλαίσια ενός ρεαλιστικού εμπειρισμού, στην προοπτική της αναθεώρησης των διαγνωστικών εγχειριδίων που χρησιμοποιούνται σήμερα (του DSM-IV και του ICD-10), ως επίκεντρο της σχετικής προβληματικής προβάλλεται η σχέση ιατρού-ασθενή. Αυτή θέτει ζητήματα οντολογικά (διαγνωστικά, νοσογραφικά), επιστημολογικά (πλαίσια, όρια, μέθοδοι της ψυχιατρικής γνώσης) και ηθικά (ηθική σημασία της ποιότητας/πληρότητας της σχέσης ιατρού-ασθενή αναφορικά με την έκβαση των εφαρμοζόμενων θεραπευτικών μέσων), τα οποία η παραδοσιακή βιοϊατρική –ειδικότερα, η ψυχιατρική– φιλοσοφία προς το παρόν είτε έχει παραθεωρήσει είτε έχει αντιμετωπίσει επιφανειακά. Σε αυτά τα συμφραζόμενα παρέχονται προς συζήτηση προτάσεις ανανέωσης της σχετικής έρευνας μέσω της ανάδειξης νέων ερευνητικών προσανατολισμών στην κατεύθυνση της βελτιστοποίησης της ψυχιατρικής πράξης.

Λέξεις ευρετηρίου: ψυχιατρική φιλοσοφία, ρεαλιστικός εμπειρισμός, ελλαδική ψυχιατρική, σχέση ιατρού-ασθενή

Εισαγωγή

Η πρώτη ύλη της ψυχιατρικής κατά το πληρέστερο και βαθύτερο νόημά της πάντοτε θα διαφεύγει. Αυτή η παραδοχή (υπόθεση εργασίας, στην οποία πάντως φαίνονται να καταλήγουν σήμερα ερευνητές των πλέον διαφορετικών προελεύσεων) σημαίνει πρώτιστα ότι η ψυχιατρική έχει ορισμένα γνωσιοθεωρητικά όρια τα οποία δεν μπορεί να υπερβεί. Τα τελευταία (θα) καθορίζουν πάντοτε το μέτρο κατά το οποίο η επιστημονική ψυχιατρική μπορεί να αποσπαστεί από την ψυχιατρική φιλοσοφία· αλλά από μίαν άλλη σκοπιά, (θα) υποδεικνύουν πάντοτε και τη χρησιμότητα του φιλοσοφικού προβληματισμού στην άσκηση της ψυχιατρικής επιστήμης.

Κυριότερος λόγος για τη διατύπωση αυτού του γνωσιολογικού αγνωστικισμού είναι η φύση της ίδιας της ανθρώπινης ψυχοπαθολογίας. Εκείνο που μπορούμε να γνωρίσουμε γύρω από την ανθρώπινη ψυχή είναι ορισμένες εκδηλώσεις της, όπως φανερώνονται από την ανθρώπινη συμπεριφορά, που φθάνουν ως τον διαγνώστη έμμεσα μόνο, διαμεσολαβημένες από τη διάδραση ασθενή-ιατρού και απρόσβατες στην ανθρώπινη γνωστική ικανότητα ως προς την πραγματική ουσία τους. Συνειδητοποιούμε ολοένα πως η γνώση των ψυχολογικών μηχανισμών ή η επισήμανση των ψυχοπαθολογικών φαινομένων, ακόμη και το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών, μπορούν να μας προσφέρουν απλώς μια στοιχειώδη εποπτεία της ψυχιατρικής παθολογίας και μια πλημμελή γνώση του ανθρώπινου ψυχισμού.

Οι προηγούμενες διαπιστώσεις δεν αποφάσκουν την αναγκαιότητα της επιστημονικής έρευνας στην ψυχική σφαίρα ούτε το εύλογο της προσδοκώμενης προόδου στις οικείες επιστημονικές γνώσεις, εφόσον δεν ακυρώνουν το δυνάμει περίοπτο κοινωνικό ρόλο που έχει να διαδραματίσει και στο μέλλον η ψυχιατρική. Καταφάσκουν όμως την ανάγκη του εμπλουτισμού της ψυχιατρικής ειδικότητας με τη φιλοσοφική σκέψη.

Οντολογικές και γνωσιοθεωρητικές προκείμενες

Ήδη η διαγνωστική πράξη θέτει το σύνολο των καιρίων φιλοσοφικών προβληματισμών. Οι οντολο-

γικές παραδοχές (οι νοσολογικές ταξινομικές επιλογές) είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τις γνωσιολογικές/επιστημολογικές επιλογές (τις μεθοδολογικές και γνωσιοθεωρητικές εφαρμογές) καθώς και με τις ηθικές παραμέτρους (τις μετα-ψυχιατρικές συνέπειες στην ηθική σφαίρα – για τον ασθενή, για το κοινωνικό σύνολο αλλά και για τον ιατρό), σε σχέση αλληλεπίδρασης τόσο μεταξύ τους όσο και με την εξέλιξη της ψυχιατρικής. Στη βάση αυτής της αντίληψης, αυξάνονται και εντείνονται οι εκκλήσεις για αναθεώρηση των δύο κυριότερων διαγνωστικών εγχειριδίων, του DSM και του ICD. Όπως συνήθως συμβαίνει, η ιατρική πράξη ήταν και εδώ το κριτήριο αυτών των αιτημάτων, καθώς αποτέλεσε το πεδίο όπου δοκιμάστηκε η θεραπευτική αποτελεσματικότητα των θεωρητικών προσεγγίσεων.

Οι κύριες οντολογικές (νοούμενες κυρίως ως νοσολογικές) τάσεις στην ψυχιατρική φιλοσοφία είναι αυτές του υποκειμενικού ιδεαλισμού, του αντικειμενικού/ρεαλιστικού ιδεαλισμού, του νομιναλισμού ή αγνωστικιστικού εμπειρισμού και του ρεαλιστικού/υλιστικού εμπειρισμού.¹ Ποιες είναι όμως οι προκείμενες που συντελούν στην καταξίωση (ή στην απαξίωση) εκείνης ή της άλλης επιλογής; Ή, με άλλη διατύπωση: ποιες φιλοσοφικές προτιμήσεις υπαγορεύουν –και υπαγορεύονται από– την ψυχιατρική πράξη και με ποιους συγκεκριμένους τρόπους ανατροφοδοτείται η φιλοσοφική ψυχιατρική σκέψη από την ψυχιατρική πράξη;

Στο μέτρο όπου η προβληματική αυτή διαθέτει κάποια εγκυρότητα, γίνεται σαφές ότι η εξέτασή της οφείλει να είναι τόσο συγχρονική (στο επίπεδο της τρέχουσας ψυχιατρικής σκέψης και πράξης) όσο και διαχρονική (ως ιστορική διερεύνηση των ψυχιατρικών νοσολογικών-διαγνωστικών οντοτήτων και τεχνικών, των θεραπευτικών αποτελεσμάτων καθώς και των ηθικών παραμέτρων και των κοινωνικών συνεπειών τους). Η χαμηλή αποτελεσματικότητα των ψυχιατρικών θεραπειών, από την άλλη πλευρά, φαίνεται ότι δεν οφείλεται αποκλειστικά σε ανεπάρκειες ή στρεβλώσεις της ίδιας της ψυχιατρικής. Πολιτιστικοί παράγοντες, όπως το εντεινόμενο στρες στις συνθήκες του σύγχρονου βίου, οι διευρυνόμενες κοινωνικές ανισότητες, η ανισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η φαλκίδευση ή κατάρρευση πολλών ασφαλιστικών και

υγειονομικών συστημάτων λόγω υποχρηματοδότησης, το οικονομιστικό και ανταγωνιστικό πνεύμα που προωθεί η κυριαρχία των ιδεολογημάτων της αγοράς ανατροφοδοτούν και οξύνουν την ψυχιατρική νοσηρότητα, ανεξάρτητα από την έκβαση των εκάστοτε θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αυτά όμως δεν αντισταθμίζουν την ομολογημένη ανεπάρκεια των χρησιμοποιούμενων διαγνωστικών εργαλείων – πόσο μάλλον τις όποιες ψυχιατρικές καταχρήσεις. Κατά το ίδιο μέτρο, σε συνθήκες που ευνοούν την περαιτέρω διάρρηξη του κοινωνικού ιστού και την εξάπλωση της ψυχοπαθολογίας, η εισαγωγή μέτρων συνολικής ανανέωσης της ψυχιατρικής ανακύπτει ως επιτακτική ανάγκη. Αν μάλιστα αυτή δε θέλει να εκφυλιστεί, οφείλει να εδράζεται σε γνήσιο φιλοσοφικό προβληματισμό περί την οντολογική, γνωσιολογική και ηθική θεμελίωση της ψυχιατρικής.

Γνωσιοθεωρητική διάσταση της σχέσης ιατρού-ασθενή

Στους ψυχαναλυτές θεραπευτές, κατά κύριο λόγο, ανήκει η πατρότητα της διαπίστωσης της θεραπευτικής δράσης που ασκεί η αντιμεταβίβαση μεταξύ ιατρού και ασθενή. Στην κλασική ψυχανάλυση μάλιστα, η αντιμεταβίβαση κατέληξε να αποτελεί τον πυρήνα, αν όχι το σύνολο της θεραπείας. Στη βάση αυτήν και με την παράλληλη ανάπτυξη της ερμηνευτικής (hermeneutics), η σχέση ιατρού-ασθενή αναδείχθηκε από την ψυχανάλυση ως η αποκλειστική παράμετρος της θεραπείας που έρχοζε διαρκούς ανάγνωσης, μετάφρασης (στη γλώσσα της ψυχανάλυσης) και ερμηνείας (με τα νεήλυδα εργαλεία της ερμηνευτικής), ώστε να αποκαλυφθεί και να αντιμετωπιστεί η πραγματική αιτία (η αλήθεια) του πόνου, εκείνη που προκαλούσε τη νόσο. Ο βιολογικός ψυχίατρος, που πιθανότατα στερείται ψυχαναλυτικής παιδείας, συχνά ανακαλύπτει επίσης (δισαιθητικά, αν είναι καλός ιατρός) ότι η σχέση που αναπτύσσει με τον ασθενή του έχει σημασία –αν και ακαθόριστη συνήθως– για την έκβαση της θεραπείας.

Οι προηγούμενες επισημάνσεις, στο μέτρο όπου ισχύουν, διαθέτουν πιθανώς αξία για τη χορηγούμενη θεραπευτική αγωγή αλλά καθεαυτές δε συνι-

στούν γνωσιολογικές προτάσεις. Αυτά που ενδεχομένως θα ενδιέφεραν από την άποψη της γνωσιοθεωρίας/επιστημολογίας είναι κυρίως τα ακόλουθα: (α) το εάν και σε ποιο βαθμό η σχέση ιατρού-ασθενή επηρεάζει τη διαγνωστική απόφαση· (β) το εάν και με ποιον τρόπο μπορούν να ενταχθούν στο θεραπευτικό σχήμα το πλαίσιο και τα συμφραζόμενα των εξεταστικών συναντήσεων και των θεραπευτικών συνεδριών· (γ) το εάν και σε ποια έκταση μπορούν να ποσοτικοποιηθούν/μετρηθούν αφενός η δραστηριότητα του θεραπευτή ως παρατηρητή και αφετέρου η δραστηριότητα του θεραπευομένου ως παρατηρουμένου· και (δ) το εάν και πώς μπορεί να ενταχθεί στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία η σχέση ιατρού-ασθενή σε περιβάλλον απαγορευτικό για τη χρησιμοποίηση ψυχαναλυτικών/ψυχοθεραπευτικών τεχνικών (όπως συμβαίνει π.χ. στην περίπτωση των σοβαρών ψυχώσεων).

Η προηγούμενη προβληματική διαθέτει γνωσιοθεωρητική αξία στο συγχρονικό άξονα επειδή εγείρει με επίταση το ερώτημα της επίδρασης του παρατηρητή στην υπόσταση/συμπεριφορά του αντικείμενου της παρατήρησης. Η κλασική (νευτώνεια) επιστήμη ήθελε τον ερευνητή επιστήμονα έναν παράγοντα αποστασιοποιημένο, εξωτερικό και, άρα, ουδέτερο ως προς το παρατηρούμενο αντικείμενο/φαινόμενο. Από τη διατύπωση της κβαντομηχανικής θεωρίας και εντεύθεν, εντούτοις, γνωρίζουμε ότι για τα φυσικά φαινόμενα του μικροκόσμου (τουλάχιστον) ισχύει η αρχή της αλληλεπίδρασης παρατηρητή-παρατηρουμένου: το πλαίσιο, η θέση και οι τεχνικές/μέθοδοι της παρατήρησης επηρεάζουν τη συμπεριφορά του παρατηρουμένου. Από την ανακάλυψη αυτήν μάλιστα, ορισμένοι διανοητές οδηγήθηκαν σε μια επιστροφή στον υποκειμενικό ιδεαλισμό (απ' όπου είχε αναχωρήσει ο κατά μείζονα λόγο θετικιστικός και υλιστικός 19ος αιώνας), στη βάση του ότι εφόσον ο παρατηρητής επηρεάζει το παρατηρούμενο, το δεύτερο υφίσταται μόνο σε σχέση με τον πρώτο.

Η υπέρ του υποκειμενικού ιδεαλισμού θέση έχει ανασκευαστεί με επάρκεια από αρκετούς μελετητές²⁻⁴ και η αναίρεσή της έχει στηριχθεί κυρίως στην οντολογική ιδιαιτερότητα παρατηρητή και παρατηρουμένου, η οποία υφίσταται ανεξάρτητα από το γεγονός (ή μη) της παρατήρησης.

Παραμένει, ωστόσο, με πλήρη εγκυρότητα το εξής γνωσιοθεωρητικό πρόβλημα: αν η παρατήρηση επηρεάζει το παρατηρούμενο, τότε το δεύτερο θα πρέπει να νοείται ως τέτοιο στα πλαίσια και μόνο της συγκεκριμένης παρατήρησης. Το πρόβλημα περιπλέκεται περαιτέρω, αν συνυπολογίσουμε ότι το αντικείμενο της παρατήρησης γίνεται προσβάσιμο στο γινώσκον υποκείμενο/στον παρατηρητή μόνο μέσω της εκάστοτε παρατήρησης, καθώς και ότι, ειδικά σε ό,τι αφορά την ψυχιατρική, δεν έχουμε να κάνουμε με στοιχειώδη σωματίδια της ύλης αλλά με δύο ολόκληρους κόσμους οι οποίοι συντίθενται –και εκδηλώνονται μέσα– από εξαιρετικά πολύμορφες, σύνθετες και περίπλοκες ψυχικές διεργασίες, ίσως τις πλέον πολύπλοκες διεργασίες που υπάρχουν στο σύμπαν: τον κόσμο του ιατρού-θεραπευτή και τον κόσμο του ασθενούς-θεραπευόμενου.

Πιθανές γνωσιολογικές κατευθύνσεις

Στο ερώτημα για το εάν η εξεταστική δραστηριότητα του θεραπευτή επηρεάζει το διαγνωστικό προϊόν έχει δώσει, μεταξύ άλλων, εμπειριστασμένη καταφατική και εξαντλητική απάντηση ο Άρνο Γκούντσμιντ.⁵ Τα επιμέρους ζητήματα, εντούτοις, που τέθηκαν ενωρίτερα στο πρόγραμμα μίας συγχρονικής γνωσιολογικής ψυχιατρικής έρευνας παραμένουν ανοιχτά. Η υφιστάμενη κατάσταση της έρευνας δεν επιτρέπει τη διεξοδική ενασχόληση με τα θέματα αυτά. Επιτρέπει όμως τη διατύπωση κάποιων προτάσεων-ερευνητικών κατευθύνσεων που αναδεικνύουν παράλληλα και τους γνωσιοθεωρητικούς περιορισμούς μιας τέτοιας απόπειρας. Συγκεκριμένα:

α. Η ερμηνευτική (hermeneutics) και η ποσοτικοποίηση όχι μόνο δε θα έπρεπε να θεωρούνται προσεγγίσεις ασύμβατες/ανταγωνιστικές μεταξύ τους, αλλά αντίθετα πλήρως συμβατές και συμπληρωματικές. Η στάση αυτή είναι πιθανότατα ιδιαίτερα εποικοδομητική ως προς την ψυχιατρική έρευνα καθώς –στο παρόν τουλάχιστον στάδιο της ανάπτυξής της– έρχεται αντιμέτωπη με φαινόμενα ανεπίδεκτα ποσοτικοποίησης, αλλά και με φαινόμενα που η μη ποσοτικοποίησή τους συνεργεί στην ελλειμματική κατανόησή τους.

β. Υπάρχουν θεραπευτικές τεχνικές που είναι διαπιστωμένα καταλληλότερες για συγκεκριμένα ψυχικά νοσήματα παρά για άλλα. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις, όμως, φαίνεται ότι οι θεωρητικές προκείμενες, η μεθοδολογία και οι θεραπευτικές τεχνικές με τις οποίες αντιμετωπίζει τον ασθενή ο θεραπευτής διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ίδια τη διαγνωστική διεργασία. Εφόσον αυτό ισχύει, μένει να διακριβώνονται σε κάθε περίπτωση χωριστά η έκταση, η ένταση και η ποιότητα αυτής της επίδρασης στο εξαγόμενο της διάγνωσης και, συνεπώς, στην ακολουθητέα θεραπευτική αγωγή.

γ. Με τις μάλλον σπάνιες εξαιρέσεις της πλήρους αποδιοργάνωσης του ψυχικού κόσμου ή της σοβαρά ελλειμματικής ικανότητας για επικοινωνία εκ μέρους του ασθενή, σχεδόν πάντοτε υπάρχει βάση για μια λιγότερο ή περισσότερο ικανοποιητική επικοινωνία ιατρού και ασθενούς. Ο βαθμός επιτυχίας της επικοινωνίας τους θα έπρεπε να αποτιμάται διαγνωστικά από δύο τουλάχιστον σκοπιές: (α) από το πόσο επιτρέπει στον εξεταστή να εξαγάγει ασφαλή διαγνωστικά συμπεράσματα και (β) από τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να αυξηθεί εκ μέρους του εξεταστή, ώστε να αυξηθεί αντίστοιχα η διαγνωστική και θεραπευτική αξία της σχέσης του με τον ασθενή.

Από τα προεκτεθέντα γίνεται σαφές ότι το ερευνητικό πεδίο της διαντίδρασης ψυχιάτρου-ψυχικά ασθενή ενδέχεται να είναι πολύ ευρύτερο απ' όσο υπολαμβάνει π.χ. η τρέχουσα φαρμακολογική ή επιδημιολογική έρευνα. Ίσως η ψυχιατρική χρειαστεί, σε ένα όχι πολύ μακρινό μέλλον, να αναπτύξει εντελώς νέες τεχνικές και εργαλεία διάγνωσης και θεραπείας, που θα εδράζονται στη συνεκτίμηση παραμέτρων παραθεωρημένων από την παραδοσιακή ψυχιατρική επιστημολογία.

Μία ηθική της γνωσιολογικής διάστασης

Εξαιρούμενων των πολύ βαρέων νοσημάτων με γονιδιακή ή άλλη σωματική αιτιολογία, οι περισσότερες ψυχικές ασθένειες φαίνεται ότι περιστρέφονται γύρω από την έλλειψη αλήθειας, με την αρχαιοελληνική, διττή σημασία της έννοιας: η αλήθεια ως ειλικρίνεια και ως απουσία σφάλματος, μνημονικού ιδίως (ως ικανότητα ανάκλησης του παρελθόντος

με τη μεγαλύτερη δυνατή πιστότητα). Στην έκταση όπου ισχύει αυτή η διαπίστωση (για τους ψυχαναλυτές έχει περίπου απόλυτη ισχύ), η σχέση ψυχιάτρου-ψυχικά ασθενούς αποκτά –πέρα από τις οντολογικές και γνωσιολογικές παραμέτρους της– ιδιάζοντα ηθικά γνωρίσματα που εντοπίζονται πέραν των ορίων της παραδοσιακής βιοϊατρικής ηθικής. Και τούτο γιατί η ανειλικρίνεια ή η λήθη (με τη μορφή π.χ. του μηχανισμού της απώθησης) που ενδέχεται να παρουσιάζεται στη συμπεριφορά του ασθενή (για τον ιατρό, άραγε, τι ισχύει;) είναι μοιραίο να επηρεάζει την προδιάθεση, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του θεραπευτή, με συνακόλουθη επίπτωση στην ποιότητα και στην ένταση της μεταξύ τους αντιμεταβίβασης.

Για την εξέταση ορισμένων ηθικών ζητημάτων, μεθοδολογικού ως επί το πλείστον χαρακτήρα, που συνδέονται με την προκείμενη θεώρηση, ίσως φανεί χρήσιμη η παράθεση της εξέλιξης ενός συγκεκριμένου περιστατικού:

Τον Μάρτιο του 1981 ο ΓΜ, 42 ετών, με καταθλιπτική συμπτωματολογία, παραπέμπεται από τον παθολόγο για ψυχιατρική εκτίμηση. Αναφέρει δυσκολίες προσαρμογής και συναισθηματικά προβλήματα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (με αποτέλεσμα την οριστική αποβολή του από το σχολείο), φτωχή εκτίμηση για τον πατέρα του, μητρική υπερπροστατευτικότητα και ψυχρό συναισθηματικό οικογενειακό περιβάλλον. Έχει ασκήσει διάφορα επαγγέλματα της επιλογής του με αρκετή επιτυχία, αλλά τα εγκατέλειπε σχετικά σύντομα κυρίως λόγω της κατάθλιψης και του άστατου τρόπου της ζωής του, ενώ έχει μείνει άνεργος για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Το γνωστικό προφίλ του είναι ομαλό. Είναι συστηματικός καπνιστής και χρήστης αλκοόλ και περιστασιακός χρήστης κάνναβης. Παντρεύτηκε αλλά χώρισε σύντομα. Έχει μία κόρη η οποία ζει με τη μητέρα της. Διαγιγνώσκεται με μείζονα κατάθλιψη, καθώς έχει παθητικό αυτοκτονικό ιδεασμό, και του χορηγούνται αντικαταθλιπτικά όλων των τύπων. Κατά την επανεξέταση, η καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφανίζει μέτρια υποχώρηση αλλά η καταθλιπτική διάθεση επιμένει. Η ψυχολογική συμβουλευτική που του παρέχεται αποσκοπεί στην πιο εύτακτη διευθέτηση της ζωής

του. Του προσφέρεται επίσης εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση.

Τον Ιανουάριο του 1988 ο ΓΜ παραπέμπεται εκ νέου με κρίση άγχους, συμπτώματα κοινωνικής απόσυρσης και σοβαρή καταθλιπτική διάθεση. Στα επτά χρόνια που μεσολάβησαν από την πρώτη παραπομπή δεν έχει κατορθώσει να σταθεροποιηθεί σε δουλειά, έχει κάνει έναν δεύτερο επίσης αποτυχημένο γάμο (από τον οποίο έχει αποκτήσει άλλο ένα παιδί), ενώ έχει αυξήσει σοβαρά τη χρήση αλκοόλ και ήπιων ναρκωτικών. Ζει μόνος βγαίνοντας από το σπίτι μόνο για να πάει στη δουλειά του και δε βλέπει οικείους. Δε βρίσκει νόημα στη ζωή. Μετά τη λύση του δεύτερου γάμου του είχε περιστασιακές σχέσεις με γυναίκες ενώ εκφράζει φόβο για κάθε ουσιαστική δέσμευση. Ανησυχεί για το μέλλον κυρίως λόγω των συσσωρευμένων οικονομικών προβλημάτων του. Το γνωστικό προφίλ του παραμένει κανονικό. Του χορηγείται τροποποιημένη αγωγή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων όλων των τύπων. Στην επανεξέταση, η καταθλιπτική συμπτωματολογία έχει υποχωρήσει αλλά το άγχος και η καταθλιπτική διάθεση επιμένουν, ενώ ο ασθενής βρίσκει μάταιη την όποια απόπειρα να αλλάξει τρόπο ζωής.

Το περιστατικό που παρατέθηκε δείχνει ότι σημαντικό μέρος της αποτυχίας της θεραπείας οφείλεται στην απροθυμία του ασθενή να αλλάξει τους όρους της διαβίωσής του, κάτι για το οποίο ο θεραπευτής καταρχήν δεν έχει ευθύνη. Η έκβαση της αγωγής που χορηγήθηκε, ωστόσο, υποβάλλει τον προβληματισμό: γιατί ο ασθενής, παρά την ειλικρίνειά του, παραμένει καταθλιπτικός και απρόθυμος να αλλάξει ζωή; Τι ματαιώνει την αυτο-εκτίμησή του; Γιατί το παρελθόν βαραίνει επάνω του τόσο πολύ; Γιατί φοβάται να δώσει και να πάρει αγάπη;

Από το παράθεμα γίνεται φανερό ότι τα σχετικά ερωτήματα αντιμετωπίστηκαν μάλλον επιδερμικά (στο επίπεδο των διαπιστώσεων) ή δε διερευνήθηκαν καθόλου. Η σχέση ιατρού-ασθενή έμεινε στο επίπεδο της ανταλλαγής ανακοινώσεων, αν όχι της τυπικής διεκπεραίωσης ενός «κοινού περιστατικού», όπως πολύ συχνά συμβαίνει στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Τα ουσιαστικά βήματα για την οικοδόμηση μιας γνήσιας σχέσης, τέτοιας που ο

ασθενής έχει αποτύχει να δημιουργήσει με άλλους στο παρελθόν, δεν έγιναν. Γιατί;

Η ηθική θεώρηση της ψυχιατρικής είναι μια μετα-ψυχιατρική (μετα-επιστημονική) υπόθεση, με την έννοια ότι εμφανίζεται ερχόμενη *a posteriori* να αποτιμήσει την έκβαση των ψυχιατρικών παρεμβάσεων από ηθική άποψη. Η δεοντολογική και η ωφελμιστική ηθική προβληματική επιτάσσουν τη συνεξέταση σοβαρών προβλημάτων, που συχνά μιλώντας για την ψυχιατρική, συνδέονται με την ίδια τη ζωή των ασθενών. Δεν αντιμετωπίζουν, ωστόσο, την ηθική διάσταση της πληρότητας –ή της ελλειμματικότητας– της σχέσης ιατρού-ασθενή, την ηθική σημασία της μεταξύ τους αντιμεταβίβασης σε σχέση με την έκβαση της θεραπείας.

Αν η σχέση ιατρού-ασθενή καθεαυτή διαθέτει θεραπευτική ισχύ και αν έσχατος ηθικός στόχος της χορηγούμενης αγωγής είναι η (απο)θεραπεία, η τυπική θεώρηση των εξεταστικών/θεραπευτικών συνεδριών ως συναντήσεων διεκπεραίωσης διαγνώσεων στη βάση προδιαγεγραμμένων κριτηρίων ή συνταγογράφησης τυποποιημένων θεραπευτικών μέσων καθίσταται αντι-θεραπευτική. Να γιατί η οντολογική και γνωσιολογική εξάρτηση του ψυχιάτρου συνδέεται με την ηθική σκευή του: κατατείνουν εν τέλει στον καθορισμό της ποιότητας της σχέσης του με τον ασθενή, μιας θεραπευτικής σχέσης που, τουλάχιστον στις πλείστες περιπτώσεις, αποτελεί το κύριο θεραπευτικό μέσο.

Μερικές μεθοδολογικές παρατηρήσεις

Εν προκειμένω θα μπορούσαν επομένως να διατυπωθούν, με αυξημένη ενδεχομένως πιθανότητα εγκυρότητας, οι ακόλουθες μεθοδολογικές επισημάνσεις:

α. Η οντολογική και γνωσιολογική θέση που διατηρεί ο ιατρός συνδέεται και με το ηθικό περιεχόμενο του έργου του. Πέρα από γενικούς δεοντολογικούς ή και ωφελμιστικούς κανόνες και αρχές, ο ψυχίατρος οφείλει να διερευνά, αφομοιώνει και αξιολογεί ηθικά, χάριν της διάγνωσης και της θεραπείας, την επί τούτου αν-αλήθεια του ασθενούς του (πόσο μάλλον τη δική του).

β. Το ψυχιατρικό ήθος, όπως εκφράζεται από τον εκάστοτε θεραπευτή, έχει τη δύναμη –τουλάχιστον ως πιθανότητα– να μεταβάλλει το ήθος του ασθενούς. Πρόκειται για μία παράμετρο της θεραπευτικής πράξης που συχνά παραγνωρίζεται· εντούτοις, είναι περισσότερο από πιθανό ότι αποτελεί μίαν από τις ισχυρότερες παραμέτρους της θεραπευτικής διεργασίας. Εφόσον αυτό ισχύει, ίσως είναι χρήσιμη η ανάπτυξη συγκεκριμένων θεραπευτικών τεχνικών που θα συμπεριλαμβάνουν ηθικές παραμέτρους στη χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, καθώς και εργαλείων αποτίμησης/αξιολόγησης αυτών των εφαρμογών.

Αντί συμπεράσματος

Και στο πεδίο της ηθικής, όπως και σε αυτά της οντολογίας και της γνωσιολογίας, πολλά ερευνητικά ερωτήματα παραμένουν προς το παρόν αναπάντητα όταν δεν πολλαπλασιάζονται. Η φιλοσοφική παιδεία φαίνεται απαραίτητη για τον ψυχίατρο γι' αυτόν ακριβώς το λόγο: τα ερωτήματα στην ψυχιατρική έρευνα είναι προπάντων οντολογικά, γνωσιολογικά και ηθικά – με μια λέξη, φιλοσοφικά.

Η βιολογική και η ψυχοθεραπευτική ψυχιατρική συχνά εξαντλούνται στην εφαρμογή περίπλοκων διαγνώσεων και εξελεγμένων θεραπευτικών μέσων, που έχουν τη δική τους αξία, ξεχνώντας όμως ότι με την παρούσα κατάσταση της επιστήμης, η αξία αυτή είναι σχετική – όταν δεν είναι αμφισβητήσιμη. Πολύ συχνότερα, οι ασθενείς ζητούν συνήθως έμμεσα και υπόρρητα από τον ιατρό να τους βοηθήσει να δημιουργήσουν συνθήκες επικοινωνίας που δεν κατορθώνουν να έχουν σε σχέσεις μη ιατρικές. Πρόκειται για μία κατάσταση εξαιρετικά σύνθετη με αποφασιστική εντούτοις θεραπευτική ισχύ, όπως δηλώνει, έμμεσα επίσης η ακόλουθη μαρτυρία μιας ασθενούς: «Σας λέω ειλικρινά, είναι φοβερή η απόρριψη. Και πιστεύω ότι, όσο κι αν καλύτερέψει η ψυχιατρική, πάντα θα υπάρχει –γιατί βασικά υπάρχει– αυτός ο φόβος».⁶

Πριν και πάνω απ' όλα, εκείνο που οι ασθενείς μας καλούν να τους δώσουμε είναι λίγο από αυτό που οι ίδιοι δυσκολεύονται ή αδυνατούν εντελώς να δώσουν: ψυχή.

Thoughts on the philosophy of psychiatric practice

N.I. Koutouvidis

Psychiatric Department, NIMTS Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2010, 21:247–253

Philosophical training within a psychiatric context has been traditionally seen as an out- or meta-psychiatric activity, not directly associated with the outcomes of psychiatric therapeutic interventions, whether they belong to the realm of psychoanalysis/psychotherapy or to that of biological psychiatry. Yet, psychiatry's subject matter (personal psychopathology), current status of scientific knowledge and research, as well as marked inefficiency of many psychiatric treatments suggest that we might consider novel ontological, epistemological/epistemic, and ethical parameters that could both enrich psychiatric philosophical thought and enhance psychiatric therapeutic practice by rendering it more efficient. Within a realistic empiricist context, in view of revising currently used diagnostic manuals (DSM-IV and ICD-10), related discourses are proposed to focus upon doctor-patient relationship. This raises ontological (diagnostic, nosographical), epistemological (related to contexts, boundaries, and methods of psychiatric knowledge), and ethical questions (as per moral significance of both quality and fullness of doctor-patient relationship regarding outcomes of treatment administered), which, in their turn till now are either ignored or superficially dealt with by traditional biomedical –psychiatric in particular– philosophy. Within this context, certain suggestions are offered towards a renewal of psychiatric philosophical thought by indicating novel research orientations for scrutiny, with the aim to optimize psychiatric practice.

Key words: psychiatric philosophy, realistic empiricism, greek psychiatry, doctor-patient relationship

Βιβλιογραφία

1. Oulis P. Ontological assumptions of psychiatric taxonomy: main rival positions and their critical assessment. *Psychopathology*, 2008, 41:135–140
2. Berganza CE, Mezzlich JE, Pouncey C. Concepts of disease: their relevance for psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 2005, 38:166–170
3. Berrios GE. Phenomenology, psychopathology and Jaspers: was there ever a relationship? *Compreh Psych* 1993, 34:213–220
4. Loux MJ. *Metaphysics: a contemporary introduction*. London: Routledge, 1998
5. Goudsmit AL. Psychiatric Diagnosis between realist and nominalist discourses. In: AL Goudsmit (ed) *Towards a Negative Understanding of Psychotherapy*. Ph.D. thesis, Rijksuniversiteit Groningen, 1998
6. Φαφαλιού ΜΣ. *Ιερά οδός 343 – Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο*. Αθήνα Εκδόσεις Κέδρος, 1995

Αλληλογραφία: Ν. Κουτουβίδης, Ψυχίατρος, Διευθυντής ΕΣΥ, Ψυχιατρικό Τμήμα, ΝΙΜΤΣ, Κομνηνών 36, 165 61 Γλυφάδα, Αθήνα
Τηλ.: 210 72 88 375
Email: nkoutouv@otenet.gr

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις Future scientific meetings

- **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 Papanefitou,
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@ispg2010.org
Website: www.erasmus.gr
- **16ο Διεθνές Φόρουμ Ψυχανάλυσης-International Federation of Psychoanalytic Societies: «Το ενδοψυχικό και το Διυποκειμενικό στη Σύγχρονη Ψυχανάλυση», Αθήνα**
Οκτώβριος 20–23, 2010
Επικοινωνία: Av. Καθηγητής Γρ. Βασιλαματζής
Οργ. Φορέας: Ελληνική Εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας
Οργ. Γραφείο: Easy Travel,
Τηλ.: 210-36 15 201, Fax: 210-36 25 572,
E-mail: easytravel@hol.gr
- **XXth World Congress of Social Psychiatry "Promoting the Integration of Health & Mental Health, Marrakech, Morocco**
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
- **19th European Congress of Psychiatry, Vienna, Austria**
March 12–15, 2011
Organizer: European Psychiatric Association (EPA)
Website: www.epa-congress.org
- **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
- **21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής**
Ξενοδοχείο Hilton, Αθήνα
5–8 Μαΐου 2011
Οργ. Φορέας: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία
Γραμματεία ΕΨΕ: Τηλ. 210-72 14 184, 210-77 58 410
Fax: 210-72 42 032, 210-77 58 405
E-mail: Psych@psych.gr, editor@psych.gr
Οργ. Γραφείο: Frei Travel, Tel: 210-32 15 600
Fax: 210-32 19 296
e-mail: info@frei.gr, website:www.frei.gr
- **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
- **10th World Congress of Biological Psychiatry Prague, Czech Republic**
29 May–2 June, 2011
Website: www.wbsbp-congress.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 Fransisco 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
Ξενοδοχείο Hilton, Αθήνα
5–8 Μαΐου 2011**

Επικοινωνία: Καθ. Ν. Τζαβάρας, Καθ. Β. Κονταξάκης

Οργ. Φορέας: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία

Γραμματεία ΕΨΕ: Τηλ. 210-72 14 184, 210-77 58 410

Fax: 210-72 42 032, 210-77 58 405

E-mail: Psych@psych.gr, editor@psych.gr

Οργ. Γραφείο: Frei Travel, Tel: 210-32 15 600

Fax: 210-32 19 296

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

- 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).
- 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).
- 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).
- 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).
- 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 μεταιχμιακών καταστάσεων (μέχρι 6.000 λέξεις).
- Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις:** Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ενδιαφέρουσες αναφορές περιπτώσεων και περιγραφές περιπτώσεων όπου εφαρμόστηκαν νέες διαγνωστικές ή/και θεραπευτικές μέθοδοι (μέχρι 1500 λέξεις).
- 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».
- 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.
- Βιβλιοκριτική:** Η παρουσίαση και κριτική βιβλίων γίνεται μετά από πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής (μέχρι 600 λέξεις - συνοδεύεται από σύντομη αγγλική περίληψη).
- Άρθρα στην αγγλική γλώσσα:** Η *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ* θα κυκλοφορεί στην Ελληνική γλώσσα πάντα με Αγγλική περίληψη των εργασιών. Ενα 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 δίσκέτα 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 ΎΛΗΣ

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 ευρητηρίου.

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 συντμήσεις 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 invite 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 reserve 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 Eginou 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. Electrogastrographic 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.

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

Ονοματεπώνυμο

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:

- REVIEW ARTICLE RESEARCH PAPER BRIEF COMMUNICATION
 SPECIAL ARTICLE GENERAL ARTICLE 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