



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

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

Εκδότης:

Βασίλης Κονταξάκης
E-mail: editor@psych.gr

Ιδιοκτήτης:

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επίτιμος πρόεδρος:

Γ.Ν. Χριστοδούλου

Πρόεδρος:

Β. Κονταξάκης

Αναπληρωτής πρόεδρος:

Δ. Πλουμπιδής

Μέλη:

Ι. Ζέρβας, Μ. Μαργαρίτη, Π. Φερεντίνος

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

M. Abou-Saleh (UK)

H. Akiskal (USA)

G. Alexopoulos (USA)

N. Andreasen (USA)

S. Bloch (Australia)

N. Bouras (UK)

H. Ghodse (UK)

G. Ikkos (UK)

M. Kastrup (Denmark)

K. Kirby (Australia)

D. Lecic-Tosevski (Serbia)

C. Lyketsos (USA)

M. Maj (Italy)

A. Marneros (Germany)

J. Mezzich (USA)

H.J. Möller (Germany)

R. Montenegro (Argentina)

C. Pantelis (Australia)

G. Papakostas (USA)

G. Petrides (USA)

R. Salokangas (Finland)

O. Steinfeld-Foss (Norway)

A. Tasman (USA)

P. Tyrer (UK)

Γραμματεία ΕΨΕ:

Υπεύθυνη: Ε. 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:

D. Ploumpidis

Members:

I. Zervas, M. Margariti, P. Ferentinos

Secretariat:

Head: H. Gretsia

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, Adrianou 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.com
EN ISO 9001:2000

Printing supervision

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



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

HELLENIC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Ι. Γκιουζέπας
Αντιπρόεδρος: Δ. Πλουμπίδης
Γεν. Γραμματέας: Κ. Κόντης
Ταμίας: Α. Ζαχαριάδης
Μέλη: Λ. Μαρκάκη
Ε. Σουμάκη
Χ. Τσόπελας

EXECUTIVE COUNCIL

Chairman: J. Giouzepas
Vice-Chairman: D. Ploumpidis
Secretary General: C. Kontis
Treasurer: A. Zachariadis
Members: L. Markaki
E. Soumaki
C. Tsopelas

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Μέλη: Α. Παράσχος
Α. Δουζένης
Γ. Γιαννιός

DISCIPLINARY COUNCIL

Members: A. Paraschos
A. Douzenis
G. Giannios

ΕΞΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μέλη: Ν. Τζαβάρας
Ν. Ζαχαριάδης
Σ. Κρασσανάκης

FINANCIAL CONTROL COMMITTEE

Members: N. Tzavaras
N. Zachariadis
S. Krasanakis

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

ΑΘΗΝΩΝ

Πρόεδρος: Β. Κονταξάκης
Γραμματέας: Δ. Αναγνωστόπουλος
Ταμίας: Χ. Χριστοδούλου

DIVISIONS

ATHENS

Chairman: V. Kontaxakis
Secretary: D. Anagnostopoulos
Treasurer: C. Christodoulou

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Πρόεδρος: Γ. Καπρίνης
Γραμματέας: Κ. Φωκάς
Ταμίας: Λ. Αθανasiάδης

MACEDONIA

Chairman: G. Kaprinis
Secretary: C. Fokas
Treasurer: L. Athanasiadis

ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

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

CENTRAL GREECE

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

ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ

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

NORTHWESTERN GREECE

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

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

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

PELOPONNESUS

Chairman: P. 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. Πλουμπίδης
Γραμματείς: Γ. Γαρυφάλλος, Σ. Θεοδωροπούλου

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πρόεδρος: Χ. Καραμανωλάκη
Γραμματείς: Κ. Χαραλαμπάκη, Γ. Μιχόπουλος

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΟΥΣΙΟΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

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

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ & ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

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

ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Α. Δουζένης
Γραμματείς: Ι. Γιαννοπούλου, Γ. Τζεφεράκος

ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Λ. Μαρκάκη
Γραμματείς: Β. Τσιπας, 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 & ΔΕΟΝΤΟΛΟΠΙΑΣ

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. Κατσαδώρας
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. Zilakis
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: K. Charalambaki, J. Michopoulos

PSYCHOGERIATRICS

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

PSYCHOPHARMACOLOGY

Chairman: B. 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: J. Giannopoulou, G. Tzeferakos

PRIVATE PSYCHIATRY

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

HISTORY OF PSYCHIATRY

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

ART & PSYCHIATRY

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

PSYCHIATRY & ETHICS

Chairman: A. Paraschos
Secretaries: B. 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

Η επικινδυνότητα της σχιζοφρένειας

Ε. Λύκουρας, Α. Δουζένης 105

Ερευνητικές εργασίες

Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα

Ο. Γιωτάκος, Δ. Καράμπελας, Α. Καυκάς 109

Ογκομετρική μελέτη εγκεφαλικών σχηματισμών στη μελαγχολική και ψυχωτική κατάθλιψη

Κ. Βασιλοπούλου, Μ. Παπαθανασίου, Ι. Μιχόπουλος, Φ. Μπουφίδου, Π. Ουλής, Χ. Νικολάου, C. Pantelis,
D. Velakoulis, Α. Λύκουρας 120

Η ανάπτυξη της Κλίμακας Εκτίμησης του Κινδύνου Αυτοκτονικότητας:

Μια μελέτη σε γενικό πληθυσμό

Κ.Ν. Φουντουλάκης, Ε. Παντούλα, Μ. Σιαμούλη, Κ. Μούτου, Χ. Gonda, Z. Rihmer, Α. Ιακωβίδης, Η. Akiskal 132

Ειδικά άρθρα

Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στις στερεοτυπίες

Ε. Καλούδη, Χ. Χριστοδούλου, Β. Κονταξάκης, Α. Λύκουρας, Μ. Λειβαδίτης 148

Η κλινική έκπτωση της λειτουργικότητας των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας: Προβληματική διαγνωστικών κριτηρίων

Μ. Σκουντή, Α. Μπιτζαράκη 158

Βιβλιοκριτική 164

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις 169

Οδηγίες για τους συγγραφείς 171



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

The dangerousness of schizophrenia

L. Lykouras, A. Douzenis 107

Research article

Financial crisis and mental health in Greece

O. Giotakos, D. Karabelas, A. Kafkas 109

A volumetric study of brain structures in subtypes of depression

K. Vasilopoulou, M. Papathanasiou, J. Michopoulos, F. Boufidou, P. Oulis, C. Nikolaou, C. Pantelis, D. Velakoulis, L. Lykouras 120

Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): A population-based study

K.N. Fountoulakis, E. Pantoula, M. Siamouli, K. Moutou, X. Gonda, Z. Rihmer, A. Iacovides, H. Akiskal..... 132

Special article

Psychotherapeutic interventions in stereotypes

E. Kaloudi, C. Christodoulou, V. Kontaxakis, L. Lykouras, M. Livaditis 148

The clinical impairment of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder:

Problematic of diagnostic criteria

M. Skounti, A. Bitzaraki 158

Books review 164

Future scientific meetings 169

Instructions to contributors..... 173

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Η επικινδυνότητα της σχιζοφρένειας

Η σχιζοφρένεια έχει συνδεθεί στα μάτια της κοινής γνώμης με την απρόκλητη βία και την επιθετικότητα. Αυτή η αντίληψη αυξάνει τον στιγματισμό και την περιθωριοποίηση όχι μόνο των ατόμων με σχιζοφρένεια αλλά συνολικά των ψυχιατρικά πασχόντων.

Η γνώση μας για την επικινδυνότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια έχει περάσει από πολλά στάδια. Αρχικά ήταν αποδεκτό ότι όλοι οι σχιζοφρενείς ήταν επικίνδυνοι. Η άποψη αυτή στηριζόταν σε ανακοινώσεις μεμονωμένων περιστατικών. Με βάση τα αποτελέσματα μεθοδολογικά άρτιων επιδημιολογικών μελετών, η άποψη αυτή αμφισβητήθηκε και το «εκκρεμές» κινήθηκε προς την αντίθετη πλευρά. Ο Haffner π.χ. το 1973¹ ανέφερε: «Οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια δεν έχουν περισσότερες πιθανότητες από τον γενικό πληθυσμό να εμπλακούν σε βίαιες παραπρωματικές πράξεις». Η άποψη αυτή είχε σημαντική συνεισφορά στις προσπάθειες για μείωση του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης των ατόμων με σχιζοφρένεια και είναι εν μέρει ορθή.

Νεότερα δεδομένα κατέρριψαν την παραπάνω θέση και είναι πλέον αποδεκτό ότι: «άτομα πάσχοντα από σχιζοφρένεια είναι πιθανότερο να επιτελέσουν βίαιες πράξεις σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό». Πρέπει όμως να τονισθεί ότι αυτή η παραπρωματική συμπεριφορά ελάχιστα επηρεάζει τη συνολική εικόνα της βίας και παραπρωματικότητας στην κοινωνία μας γενικά.²

Οι προσπάθειες των ψυχιάτρων να μειώσουν τον στιγματισμό των ατόμων με σχιζοφρένεια θα πρέπει ταυτόχρονα να λαμβάνουν υπόψη τα επιστημονικά δεδομένα, τα οποία σαφώς ομιλούν για συσχέτιση μεταξύ της σχιζοφρένειας και της βίαιης συμπεριφοράς. Η συσχέτιση αυτή δεν είναι μόνο στατιστική αλλά κλινικά και κοινωνικά σημαντική.³

Πώς όμως τεκμηριώνεται η παραπάνω άποψη και ποια είναι τα ειδικά χαρακτηριστικά της μικρής αυτής υπο-ομάδας των ατόμων με σχιζοφρένεια που ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό της βίας που σχετίζεται με αυτή την ασθένεια;

Από 4 μελέτες στις φυλακές χωρών του Δυτικού κόσμου συνάγεται ότι 5–10 από αυτούς που πρόκειται να οδηγηθούν στο δικαστήριο με την κατηγορία του φόνου, θα έχουν σχιζοφρενική διαταραχή.⁴

Επίσης, 9% από αυτούς που κρίθηκαν ένοχοι μη θανατηφόρου βίας ήταν άτομα με σχιζοφρένεια. Μελέτες παρακολούθησης μεγάλου αριθμού σχιζοφρενών επιβεβαιώνουν υψηλά ποσοστά καταδικασθέντων σχιζοφρενών για βίαιη συμπεριφορά.^{5–8}

Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ανησυχητικά, όμως οι Wallace et al⁶ μετά από στατιστική ανάλυση έδειξαν αυτό που οι κλινικοί ήδη γνωρίζουν: Είναι πολύ πιθανό οι ψυχίατροι να μην έχουν ποτέ την ευκαιρία να «δουν» ασθενή με σχιζοφρένεια που να είναι δράστης ανθρωποκτονίας ή σοβαρής βιαιοπραγίας. Ενώ το 10% περίπου των καταδικασθέντων για ανθρωποκτονία μπορεί να νοσοούν από σχιζοφρένεια, ο ετήσιος κίνδυνος να διαπράξει ένα άτομο με σχιζοφρένεια ανθρωποκτονία είναι 1:10.000, ενώ ο κίνδυνος να καταδικασθεί για βίαιη συμπεριφορά είναι 1:150. Χρειάζεται λοιπόν ένας ψυχίατρος να εξετάσει περί τους 10.000 σχιζοφρενείς για να συναντήσει έναν σχιζοφρενή δολοφόνο.

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με σχιζοφρένεια που εμπλέκονται σε βίαια εγκλήματα συμπίπτουν με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που διαπράττουν βίαια εγκλήματα χωρίς να πάσχουν από σχιζοφρένεια. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι: Άρρεν φύλο, νεαρή ηλικία, ιστορικό προηγούμενης βίαιης συμπεριφοράς, κατάχρηση/εξάρτηση από αλκοόλ/ναρκωτικά, χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, μέλος μειονότητας, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Τα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας που αυξάνουν την επικινδυνότητα αλλά σε μικρότερο βαθμό, είναι: Οξεία φάση, παρανοειδής τύπος, κακή συμμόρφωση με την αγωγή, αποϊδρυματοποίηση.⁹

Ειδικότερα: Σημαντικός αριθμός ασθενών με συννοσηρότητα σχιζοφρένειας και αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας επιτέθηκαν σε άτομα που δεν ανήκαν στο περιβάλλον τους. 60% των ασθενών που καταδικάσθηκαν

για ανθρωποκτονία είχαν ψευδαισθήσεις ή/και παραληρητικές ιδέες άμεσα σχετιζόμενες με την πράξη αυτή. Οι περισσότεροι από τους έχοντες διπλή διάγνωση είχαν στο ιστορικό τους μια σύγκρουση στην οποία άσκησαν σωματική βία που δεν σχετιζόταν με ψυχωσικά συμπτώματα. Σημαντικά περισσότεροι ασθενείς ήταν πιθανότερο να έχουν καταναλώσει αλκοόλ ή να βρίσκονται υπό την επήρεια ουσιών και να έχουν εμπλακεί σε φιλονικία με το θύμα πριν από την τέλεση του εγκλήματος.¹⁰

Η πρόληψη της παραβατικότητας στην πορεία της διαταραχής είναι ένα περίπλοκο θέμα που αφορά κύρια σε συγγενείς, φροντιστές και θεράποντες. Κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου θα πρέπει οι δυνητικά παραβατικοί πάσχοντες να αναγνωρίζονται πρώιμα και η θεραπευτική προσπάθεια να είναι συνεχής. Πρωταρχικό βήμα στην πρόληψη της βίαιης παραβατικής συμπεριφοράς στη σχιζοφρένεια αποτελεί η αποδοχή της αποδεδειγμένης σχέσης τους. Όσο η βίαιη συμπεριφορά, στην πορεία της διαταραχής, θεωρείται ανεξάρτητη της νόσου και παραγνωρίζεται, δεν θα υπάρχει πρόοδος. Η πρόληψη λοιπόν θα πρέπει αρχικά να έχει στόχο την ίδια τη σχιζοφρένεια. Η γενετική συμβουλευτική, η αποφυγή ιογενών λοιμώξεων κατά τη διάρκεια της κύησης και η αποφυγή περιγεννητικών επιπλοκών είναι δυνατό να μετριάσουν την επίπτωση της σχιζοφρένειας (πρωτογενής πρόληψη). Η έγκαιρη διάγνωση και εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας, η αποφυγή υποτροπών (δευτερογενής πρόληψη), καθώς και ο περιορισμός των φαινομένων έκπτωσης (τριτογενής πρόληψη), αποτελούν τα βασικά σημεία. Η διαχείριση, δηλαδή η αντιμετώπιση της εξάρτησης/κατάχρησης ναρκωτικών (ιδίως κάνναβης) και αλκοόλ, αποτελεί βασικό στόχο, καθώς οποιαδήποτε άλλη μορφή πρόληψης και θεραπείας φαίνεται δυσχερής εφόσον η κατάχρηση συνεχίζεται.

Οι παραβατικοί ασθενείς, μετά το εξιτήριο από την κλινική ή το σωφρονιστικό κατάστημα, προτείνεται να βρίσκονται σε τακτική παρακολούθηση από εξειδικευμένα τμήματα, με ιδιαίτερη προσοχή στη συμμόρφωση με την αγωγή και πιθανή χρήση παρεντερικής αγωγής με σκευάσματα βραδείας αποδέσμευσης. Η δυνατότητα δικαστικής εντολής για υποχρεωτική θεραπευτική αγωγή-παρακολούθηση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και να μην απορρίπτεται *a priori* για «λόγους αρχής».

Είναι πάρα πολύ σημαντικό, ιδιαίτερα μετά από εγκληματικές πράξεις βίας που διαπράχθηκαν από πάσχοντες και προβάλλονται από τα μέσα πληροφόρησης, οι ψυχίατροι να καθίστανται συνήγοροι της λογικής που στηρίζονται σε πραγματικά στοιχεία.

Η αναγνώριση των πραγματικών κινδύνων και η λήψη των κατάλληλων παρεμβατικών μέτρων είναι εξαιρετικά σημαντικές, καθώς έτσι αποκαλύπτονται διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις της κοινής γνώμης και αποθαρρύνονται πολιτικές στιγματισμού.

Ελευθέριος Λύκουρας

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Αθανάσιος Δουζένης

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχιατροδικαστικής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Βιβλιογραφία

1. Bocker HW. Mentally disordered offenders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1973, 8:220–229
2. Swanson JW, Holtzer C, Gunju V et al. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiological catchment area surveys. *Hosp Commun Psychiatry* 1990, 41:761–770
3. Hodgins S, Müller-Isberver. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: The role of psychiatric services. *Br J Psych* 2004, 185:245–250
4. Mullen PE. Schizophrenia and violence: From correlations to preventive strategies. *Advanc in Psych Treatm* 2006, 12:239–248
5. Soyka M, Morhart-Klute V, Schoeh H. Delinquency and criminal offences in former schizophrenic inpatients 7–12 years following discharge. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004, 254:289–294
6. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25 year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004, 161:716,727
7. Vevera J, Hubbart A, Vesely A, Papezova A. Violent behaviour in schizophrenia: A retrospective study of four independent samples from Prague. *Br J Psychiatry* 2005, 187:426–430
8. Swanson JW et al. A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:490–499
9. Μουρίκης Η, Δουζένης Α. Σχιζοφρένεια και έγκλημα/παραβατικότητα στην Ψυχιατροδικαστική. Α. Δουζένης, Λ. Λύκουρας, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2008:120,129
10. Joyal CC, Putkonen A, Paavola A, Tihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004, 34:433–442

Editorial

Άρθρο Σύνταξης

The dangerousness of schizophrenia

Schizophrenia has been associated in the eyes of the public with unprovoked violence and aggression. This public assumption increases the stigmatization and marginalisation not only for the individuals suffering from schizophrenia but also for all sufferers of mental illness. Our knowledge about the dangerousness of the patients suffering from schizophrenia has evolved through various stages. Initially it was accepted that all schizophrenics are dangerous, belief which was based on solitary case reports. Based on epidemiological studies with more solid methodology, this assumption was challenged and the “pendulum” swung in the other direction. Haffner, for instance, stated in 1973¹: “Schizophrenia sufferers have equal chances with the general population to engage in violent criminal acts”. This belief had a substantial contribution in the fight to reduce stigma and marginalisation for schizophrenia sufferers and is partly correct.

New data however have challenged this assumption and now it is accepted that: “Individuals suffering from schizophrenia are more likely to commit violent acts in comparison with the general public”. One has to underline though that this law-breaking behaviour has a very limited effect on violence and law breaking in our society.²

The efforts of mental health professionals to reduce stigma should take into account the new research findings, which clearly point towards an association between schizophrenia and violent behaviour. This association is not only statistical but clinically and socially important.³ How is that new point of view substantiated, and which are the characteristics of this small subgroup of schizophrenia sufferers who are responsible for the violence associated with this disease?

From four studies in Western countries it's deducted that 5–10% of the individuals accused of murder suffer from schizophrenia.⁴ Additionally, 9% of those found guilty of non fatal violence were schizophrenic patients. Follow-up studies with large samples of schizophrenia sufferers confirm the high percentage of convictions for violent behaviour.^{5–8}

These findings seem alarming but Wallace et al,⁶ following statistical analysis, showed what clinicians are already aware of the fact that practising psychiatrists may spend their whole career without ever “meeting” a patient with schizophrenia who has committed murder or a serious violent act. Whilst 10% of individuals convicted of murder might be suffering from schizophrenia, the annual risk of a person with schizophrenia committing murder is 1:10.0000 and the risk of being convicted for violent behaviour is 1:150. In this respect, a psychiatrist needs to assess about 10.000 patients with schizophrenia in order to meet a schizophrenic murderer.

The characteristics of the individuals suffering from schizophrenia that get involved in violent criminal acts are the same with the characteristics of individuals involved in violent crime without suffering from this disorder. These characteristics are: male sex, young age, history of previous violent behaviour, history of drugs or alcohol abuse/addiction, lower socio-economic origin, belonging to a minority group, and antisocial personality disorder. The characteristics of the schizophrenic disorder that increase dangerousness have a much smaller contribution in increasing the risk. These are: Acute phase of the illness, paranoid subtype, non compliance with treatment, de-institutionalisation.⁹

More specifically, patients with comorbid schizophrenia and antisocial personality disorder have attacked people that did not belong to their environment to an extensive degree. 60% of the patients convicted of manslaughter had hallucinations and/or delusions directly associated with this act. Most of the ones with dual diagnosis had in their history a conflict during which they had been physically violent and this behaviour was not associated with psychotic symptoms. Significantly, more patients were likely to have consumed alcohol or being under the influence of drugs before entering the argument that led to the attack and crime.¹⁰

Prevention of the breaking behaviour during the life of an individual suffering from schizophrenia is a complicated matter and involves relatives, carers and the psychiatric services. During the course of the illness, the potentially dangerous patients should be identified by the psychiatric services and therapy should be intense and continuous. Of outmost importance in preventing the violent behaviour in schizophrenia is the acceptance of this established association. As long as the violent behaviour is not associated with the course of the illness, there will be no progress. Prevention in this respect has to aim at schizophrenia per se. Genetic counselling and avoidance of the viral infections during the pregnancy as well as delivery complications, can reduce the incidence of schizophrenia (primary prevention). Early diagnosis and application of the appropriate treatment, relapse prevention (secondary treatment), and prevention of negative symptoms and cognitive decline (tertiary prevention), are important points. Management and treatment of drug addiction/abuse (especially cannabis and alcohol) is very important, since the treatment of the disorder is difficult as long as the abuse/addiction persists.

Patients with a criminal history after discharge from the psychiatric unit or the prison should be followed up regularly by specialist teams, paying extra attention on issues of medication compliance and favouring the use of long acting medication where appropriate. Discarding the possibility of legal enforcement of drug administration on the basis of "principles" is not appropriate.

It is very important, especially after violent criminal acts by individuals suffering from schizophrenia that receive wide media publicity, that psychiatrists remain advocates of logical thinking based on real facts. Recognising the risks and taking the appropriate actions is of extreme importance, in order to highlight distorted social beliefs and reduce stigmatisation of the mentally ill.

Lefteris Lykouras

Professor of Psychiatry, University of Athens

Athanassios Douzenis

Ast. Professor of Psychiatry-Forensic Psychiatry, University of Athens

References

1. Bocker HW. Mentally disordered offenders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1973, 8:220-229
2. Swanson JW, Holtzer C, Gunju V et al. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiological catchment area surveys. *Hosp Commun Psychiatry* 1990, 41:761-770
3. Hodgins S, Müller-Isberver. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: The role of psychiatric services. *Br J Psych* 2004, 185:245-250
4. Mullen PE. Schizophrenia and violence: From correlations to preventive strategies. *Advanc in Psych Treatm* 2006, 12:239-248
5. Soyka M, Morhart-Klute V, Schoeh H. Delinquency and criminal offences in former schizophrenic inpatients 7-12 years following discharge. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004, 254:289-294
6. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25 year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004, 161:716,727
7. Vevera J, Hubbart A, Vesely A, Papezova A. Violent behaviour in schizophrenia: A retrospective study of four independent samples from Prague. *Br J Psychiatry* 2005, 187:426-430
8. Swanson JW et al. A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:490-499
9. Μουρίκης Η, Δουζένης Α. Σχιζοφρένεια και έγκλημα/παραβατικότητα στην Ψυχιατροδικαστική. Α. Δουζένης, Λ. Λύκουρας. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2008:120,129
10. Joyal CC, Putkonen A, Paavola A, Tihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004, 34:433-442

Ερευνητική εργασία Research article

Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα*

Ο. Γιωτάκος, Δ. Καραμπελας, Α. Καυκάς

Ψυχιατρική Κλινική, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2011, 22:109–119

Αρκετές έρευνες δείχνουν συσχέτιση μεταξύ οικονομικών κρίσεων και ψυχολογικής επιβάρυνσης των πολιτών. Με σκοπό τη διερεύνηση ενδεχόμενης επίπτωσης της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα, διερευνήθηκε η συσχέτιση των οικονομικών δεικτών ανεργία και μέσο εισόδημα της τελευταίας 20ετίας και των εξής δεικτών ψυχικής υγείας: εισαγωγές σε ψυχιατρική κλινική, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα ψυχιατρικών κλινικών, αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες, θνησιμότητα και διαζύγια, την τελευταία 10ετία. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία και από τα Νοσοκομεία Αιγινήτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Γενικό Κρατικό Αθηνών και Ευαγγελισμός. Έγινε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων με τη χρήση απλής και πολλαπλής παλινδρόμησης. Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού ανεργίας, αλλά και του μέσου εισοδήματος, και των νοσηλείων σε ψυχιατρική κλινική. Βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού ανεργίας και των επισκέψεων τόσο στα Εξωτερικά Ιατρεία ($R^2=0,40$, $p=0,001$) όσο και στο Τμήμα Επειγόντων ($R^2=0,49$, $p=0,0002$) του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Το ποσοστό ανεργίας βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τον αριθμό των ανθρωποκτονιών ($R^2=0,16$, $\beta=0,000049$, $p=0,03$), όπως επίσης και με τον αριθμό των διαζυγίων ($R^2=0,20$, $\beta=0,005$, $p=0,02$) κατά την ίδια περίοδο. Το μέσο εισόδημα ως ανεξάρτητη μεταβλητή, έδειξε να σχετίζεται θετικά με τις επισκέψεις τόσο στα εξωτερικά ιατρεία ($R^2=0,55$, $p<0,001$) όσο και στα επείγοντα ($R^2=0,37$, $p=0,004$) του Αιγινήτειου. Όταν περιλήφθηκαν όμως τα δεδομένα και από τα 4 νοσοκομεία, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του μέσου εισοδήματος και των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ($R^2=0,70$, $p=0,02$) και στα επείγοντα ($R^2=0,90$, $p<0,001$). Επίσης, βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του μέσου εισοδήματος και του ποσοστού των αυτοκτονιών ($R^2=0,37$, $p=0,007$), ενώ θετική συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του μέσου εισοδήματος και του ποσοστού διαζυγίων

*Η εργασία αυτή βραβεύθηκε στο 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, 5–8 Μαΐου 2011.

($R^2=0,73$, $p<0,001$). Τα ευρήματα παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες με τα ευρήματα σε έρευνες χωρών με αντίστοιχες οικονομικές κρίσεις, όπως σε χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ, στην Ασία και στις ΗΠΑ. Παρόμοιες έρευνες στο μέλλον, σε πιο όψιμο στάδιο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, αναμένεται να διαπιστώσουν περισσότερο αξιόπιστες συσχετίσεις. Τέλος, οι έρευνες αυτές αναμένεται να είναι χρήσιμες σε ενδεχόμενη κατάρτιση προγραμμάτων αντιμετώπισης, μετριασμού ή πρόληψης των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των πολιτών.

Λέξεις ευρετηρίου: Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία, αυτοκτονίες, προγράμματα πρόληψης

Εισαγωγή

Οι σοβαρότερες οικονομικές κρίσεις του προηγούμενου αιώνα, το κραχ του '29 στις ΗΠΑ, η οικονομική κατάρρευση των πρώην Σοβιετικών χωρών στις αρχές του '90 και η Ασιατική οικονομική κρίση περί το τέλος του '90, χαρακτηρίστηκαν από τη δραματική αύξηση των αυτοκτονιών, των ανθρωποκτονιών και των θανάτων. Η τρέχουσα οικονομική κρίση μπορεί να συγκριθεί με αυτές τις οικονομικές κρίσεις του περασμένου αιώνα. 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. Οι περισσότερες από τις μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ποιότητα ζωής των πολιτών δείχνουν συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία ή άλλους οικονομικούς δείκτες και τα επίπεδα γενικής νοσηρότητας, θνητότητας, κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας.¹⁻³

Διεθνή δεδομένα

Αρκετές έρευνες έδειξαν συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής ύφεσης και της κατάθλιψης.⁴ 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.⁵ Άλλη μελέτη από τη Χιλή βρήκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης μείωσης του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να λαμβάνει χώρα σε διάστημα 6 μηνών πριν από την εκδήλωση συμπτωμάτων.⁶ 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, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η συννοσηρότητα με σωματικά νοσήματα και κυρίως η περιορισμένη εκπαίδευση, εξηγούν τη μεγαλύτερη ευαλωτότητα των φτωχών στα ψυχικά νοσήματα.⁷

Οι Stuckler et al,^{8,9} μελέτησαν σε 26 χώρες της Ευρώπης, για το διάστημα 1970–2006, τον τρόπο με τον οποίο οι οικονομικές μεταβολές μπορεί να επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, καθώς και τον τρόπο που οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να περαιοποιούν τις αντίξοες 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%. 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. 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 διατήρηση θέσεων εργασίας και την επανένταξη των απολυόμενων, ήταν πάνω από 190 \$/άτομο/έτος. Επίσης, μελέτη της σχέσης 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, έδειξε ότι τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να αποτελέσουν ζωτικό παράγοντα για την πρόλη-

ψη των αυτοκτονιών σε χώρες που βιώνουν οικονομική κρίση.¹⁰

Οι Chang et al¹¹ μελέτησαν 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 γυναικών ήταν λιγότερο αισθητή. Η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα 10.400 περισσότερες αυτοκτονίες το 1998 σε σχέση με 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 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) και την ανεργία. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν τη συσχέτιση της ασιατικής οικονομικής κρίσης με την απότομη αύξηση των θανάτων από αυτοκτονίες, στις περισσότερες ανατολικοασιατικές χώρες, και η αύξηση αυτή των αυτοκτονιών φαίνεται να συνδέεται πιο στενά με την αύξηση της ανεργίας.

Σε αντίστοιχη έρευνα στην Κίνα,¹² 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, οδηγούν σε 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 μία ακόμη καλή αποτύπωση του αντίκτυπου της οικονομικής ανασφάλειας στην ψυχική υγεία.¹³

Μέθοδος

Προσέγγιση της παρούσας έρευνας για την κατάσταση στην Ελλάδα

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των επιπτώσεων της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. Για τον σκοπό αυτό ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην επιλογή τόσο των οικονομικών εκείνων δεικτών που έχουν ήδη δείξει κάποια επίδραση στην ψυχική υγεία όσο και των κατάλληλων μεταβλητών που αποτυπώνουν τα επίπεδα ψυχικής υγείας. Ευρέως χρησιμοποιούμενες οικονομικές μεταβλητές στη διεθνή βιβλιογραφία είναι το ΑΕΠ, ο πληθωρισμός, το μέσο εισόδημα και το ποσοστό ανεργίας.³ Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν το ποσοστό ανεργίας και το μέσο εισόδημα. Το ΑΕΠ δεν θεωρήθηκε κατάλληλος δείκτης, εφόσον αποτελεί ένα γενικό συγκεντρωτικό μέγεθος που δεν αντικατοπτρίζει απόλυτα την ανισοκατανομή του πλούτου σε μια κοινωνία, και το μέγεθός του ενδέχεται να αυξάνει ενώ τα εισοδήματα στα χαμηλά στρώματα παραμένουν σταθερά ή μειώνονται. Ο πληθωρισμός, χωρίς την παράλληλη σύγκριση με τη μεταβολή του εισοδήματος, επίσης δεν θεωρήθηκε χρήσιμο οικονομικό μέγεθος. Αντίθετα, το ποσοστό ανεργίας κρίνεται αξιόπιστος δείκτης, αφού αντανakλά τις οικονομικές δυσκολίες του πληθυσμού και κυρίως των χαμηλότερων στρωμάτων. Η ανεργία ως ανεξάρτητη μεταβλητή, περικλείει τα άτομα που δοκιμάζονται από έλλειψη εργασίας ανεξάρτητα από το αν αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Επίσης, αντανakλά ικανοποιητικά τη γενικότερη οικονομική κατάσταση της χώρας και μπορεί να συμπεριλάβει άτομα που υποαπασχολούνται ή έχουν βιώσει μειώσεις μισθών ή γενικότερα άτομα που ανησυχούν για τις οικονομικές συνθήκες.⁹

Σχετικά με τους δείκτες ψυχικής υγείας, χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία που αφορούν στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, συγκεκριμένα ο αριθμός των νοσηλευομένων (εισιτήρια/εξιτήρια) σε ψυχιατρική κλινική, καθώς και οι επισκέψεις στα Εξωτερικά

ιατρεία και τα Επείγοντα Ψυχιατρικών Κλινικών της Αττικής. Γενικά, οι επισκέψεις στα επείγοντα και στα εξωτερικά ιατρεία θεωρούνται αξιόπιστοι δείκτες, καθώς δεν εξαρτώνται από τη διαθεσιμότητα των νοσηλευόμενων ανά έτος, όπως συμβαίνει με τον αριθμό νοσηλευόμενων. Τέλος, εξετάστηκαν μεταβλητές που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και γενικότερα με την ποιότητα ζωής, όπως οι αυτοκτονίες, οι ανθρωποκτονίες, οι συνολικοί θάνατοι και ο αριθμός των διαζυγίων.

Δείγμα

Τα στοιχεία που αφορούν στους οικονομικούς δείκτες «ανεργία» και «μέσο εισόδημα», καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στους δείκτες γενικής υγείας: «γενική θνησιμότητα», «θνησιμότητα 15–75 ετών» «ανθρωποκτονίες», «αυτοκτονίες», «διαζύγια», «νοσηλευόμενοι σε ψυχιατρική κλινική», συγκεντρώθηκαν από την ιστοσελίδα της EL.STAT. (πρώην Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία). Τα στοιχεία που αφορούν στους υπόλοιπους δείκτες ψυχικής υγείας, «επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία» και «επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων ψυχιατρικής», συγκεντρώθηκαν από τις Στατιστικές Υπηρεσίες και τα Γραφεία Κίνησης των Νοσοκομείων: Αιγινήτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Ευαγγελισμός και Γενικό Κρατικό Αθηνών. Όλα τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν στο διάστημα Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2010.

Δεδομένου του πλήθους των μεταβλητών που μελετήθηκαν, αλλά και των διαφορετικών πηγών, το χρονικό εύρος των διαθέσιμων στοιχείων ποικίλλει μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών. Συγκεκριμένα, η EL.STAT διαθέτει δεδομένα για τον αριθμό των νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών για το διάστημα 1981 έως 2006, για την ανεργία για τα έτη 1981 έως 2009 και για το μέσο εισόδημα για την περίοδο 1981–2007. Τέλος, τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τις ψυχιατρικές κλινικές αφορούν, για το μεν Αιγινήτειο την περίοδο 1988–2009, ενώ για τα υπόλοιπα τρία νοσοκομεία την περίοδο 2002–2009. Στο Αιγινήτειο, κατά το διάστημα 1988–2009, πραγματοποιήθηκαν 298.039 επισκέψεις στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και 138.840 επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων. Από τα 4 νοσοκομεία συγκεντρώθηκε συνολικό δείγμα 120.201 επειγόντων

περιστατικών και 220.822 επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία που αφορούσε στο διάστημα 2002–2009. Εξαιτίας αυτών των διακυμάνσεων στο χρονικό εύρος των στοιχείων, έγινε διερεύνηση ξεχωριστά τόσο για το Αιγινήτειο όσο και για όλα συνολικά τα Νοσοκομεία.

Στατιστική επεξεργασία

Με σκοπό τη διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ των δεικτών οικονομίας και των δεικτών ψυχικής υγείας, χρησιμοποιήθηκε η απλή και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Χρησιμοποιήθηκε δηλαδή η σχέση $Y_i = a + \beta X_i + e_i$, όπου Y_i είναι η τιμή μίας μεταβλητής ψυχικής υγείας τη χρονική στιγμή i , X_i η αντίστοιχη τιμή μίας οικονομικής μεταβλητής, β ο συντελεστής ευαισθησίας της μεταβλητής ψυχικής υγείας στην οικονομική μεταβλητή, και e_i το τυχαίο σφάλμα τη χρονική στιγμή i . Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων βασίστηκε στο R^2 και τον συντελεστή β . Το R^2 , ισοδύναμο με το τετράγωνο της συνάφειας (r), υποδηλώνει το ποσοστό της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής (μεταβλητές ψυχικής υγείας), που εξηγείται από τη διακύμανση των τιμών της ανεξάρτητης μεταβλητής (μεταβλητές οικονομίας: ανεργία και μέσο εισόδημα). Ο συντελεστής β υποδηλώνει το μέγεθος της μεταβολής της μεταβλητής Y που προκύπτει από τη μεταβολή κατά μία μονάδα της μεταβλητής X . Η συμμεταβολή των οικονομικών μεταβλητών με τους δείκτες ψυχικής υγείας θεωρείται σημαντική όταν ο συντελεστής β είναι διάφορος του μηδενός, με πιθανότητα $p < 0,05$.

Αποτελέσματα

Απλή ανάλυση παλινδρόμησης

Στους πίνακες 1 και 2 συνοψίζονται τα αποτελέσματα των αναλύσεων παλινδρόμησης των ανεξαρτητών μεταβλητών «ανεργία» (πίνακας 1) και «μέσο εισόδημα» (πίνακας 2) με κάθε έναν δείκτη ψυχικής υγείας. Σε κάθε πίνακα παρουσιάζεται ο συντελεστής β , το R^2 του κάθε μοντέλου παλινδρόμησης που προέκυψε, όπως επίσης και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (p), που δείχνει κατά πόσο ο δείκτης β είναι διάφορος του μηδενός (βάσει της t κατανομής) και άρα η σχέση ανεξάρτητης και εξαρτημένης μεταβλητής υφίσταται.

Πίνακας 1. Ανάλυση παλινδρόμησης της ανεξάρτητης μεταβλητής «ανεργία» και των δεικτών ψυχικής υγείας, ως εξαρτημένων μεταβλητών.

Εξαρτημένη μεταβλητή	Περίοδος	Συντελεστής β	R ²	p
Νοσηλευόμενοι ασθενείς	1981–2009	–0,00013	0,0002	0,94
Νοσηλευόμενοι ασθενείς πλην γεροντικών παθήσεων	1981–2009	–0,00069	0,007	0,67
Εξωτερικά ιατρεία Αιγινήτειο	1988–2009	0,067	0,40	0,001
Επείγοντα Αιγινήτειο	1988–2009	0,034	0,49	0,0002
Εξωτερικά ιατρεία Αιγινήτειο/ Γενικό Κρατικό/Ευαγγελισμός	2002–2009	0,015	0,11	0,42
Επείγοντα Αιγινήτειο/Δαφνί/ Γενικό Κρατικό/Ευαγγελισμός	2002–2009	0,04	0,39	0,08
Συνολικοί θάνατοι	1981–2009	0,026	0,49	0,001
Συνολικοί θάνατοι 15–70 ετών	1981–2009	–0,008	0,23	0,008
Αυτοκτονίες	1981–2009	–0,000048	0,07	0,16
Ανθρωποκτονίες	1981–2009	0,049	0,16	0,03
Διαζύγια	1981–2009	0,005	0,20	0,015

Πίνακας 2. Ανάλυση παλινδρόμησης της ανεξάρτητης μεταβλητής «Μέσο Εισόδημα» και των δεικτών ψυχικής υγείας, ως εξαρτημένων μεταβλητών.

Εξαρτημένη μεταβλητή	Περίοδος	Συντελεστής β	R ²	p
Νοσηλευόμενοι ασθενείς	1981–2009	3,94E-04	0,009	0,64
Νοσηλευόμενοι ασθενείς πλην γεροντικών παθήσεων	1981–2009	–1,37E-04	0,001	0,86
Εξωτερικά ιατρεία Αιγινήτειο	1988–2009	2,72E-07	0,55	0,0001
Επείγοντα Αιγινήτειο	1988–2009	1,06E-07	0,37	0,004
Εξωτερικά ιατρεία Αιγινήτειο/ Γενικό Κρατικό/Ευαγγελισμός	2002–2009	–4,16E-07	0,70	0,02
Επείγοντα Αιγινήτειο/Δαφνί/ Γενικό Κρατικό/Ευαγγελισμός	2002–2009	–7,00E-07	0,90	0,0008
Συνολικοί θάνατοι	1981–2009	1,41E-02	0,77	1,41E-09
Συνολικοί θάνατοι 15–70 ετών	1981–2009	–6,54E-03	0,90	2,30E-14
Αυτοκτονίες	1981–2009	–4,82E-05	0,37	0,007
Ανθρωποκτονίες	1981–2009	4,02E-06	0,006	0,71
Διαζύγια	1981–2009	4,21E-04	0,73	1,10E-08

Ανεργία και δείκτες ψυχικής υγείας

Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού ανεργίας, αλλά και του μέσου εισοδήματος, και των νοσηλείων σε ψυχιατρική κλινική.

Βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού ανεργίας και των επισκέψεων, τόσο στα Εξωτερικά Ιατρεία ($R^2=0,40$, $p=0,001$) όσο και στο Τμήμα Επειγόντων ($R^2=0,49$, $p=0,0002$) του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Η ανάλυση υποδεικνύει

ότι το 40% της διακύμανσης των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία εξηγείται από τη διακύμανση του ποσοστού ανεργίας. Η εκτίμηση για τον συντελεστή ευαισθησίας β είναι ίση με 0,067. Αυτό μεταφράζεται στο ότι μια αύξηση της ανεργίας κατά 1 ποσοστιαία μονάδα αντιστοιχεί σε αύξηση κατά 0,00067 στο ποσοστό του πληθυσμού του λεκανοπεδίου που επισκέπτεται το συγκεκριμένο νοσοκομείο, το οποίο με βάση τον πληθυσμό του 2009 μεταφράζεται σε 2308 περισσότερα περιστατικά. Παρόμοια αλλά περισσότερο ισχυρά αποτελέσματα, λαμβάνονται για τα επείγοντα περιστατικά στο ίδιο νοσοκομείο, όπου περίπου 50% της διακύμανσης εξηγείται από το ποσοστό ανεργίας. Το β αυτής της παλινδρόμησης είναι 0,033, το μισό ακριβώς από ό,τι για τα συνολικά περιστατικά. Άρα, τα μισά από τα συνολικά περιστατικά που προκύπτουν από την αύξηση του ποσοστού ανεργίας κατά 1 ποσοστιαία μονάδα, αντιστοιχούν σε επείγοντα.

Όσον αφορά στις επισκέψεις των επειγόντων στο σύνολο των 4 νοσοκομείων (Αιγινήτειο, ΨΝΑ, Γενικό Κρατικό και Ευαγγελισμός), προέκυψε τάση συμμεταβολής ($R^2=0,39$, $\beta=0,04$, $p=0,08$) με τον δείκτη ανεργίας για την περίοδο 2002 με 2009.

Το ποσοστό ανεργίας κατά την περίοδο 1981-2008 βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τον αριθμό των ανθρωποκτονιών ($R^2=0,16$, $\beta=0,000049$, $p=0,03$), όπως επίσης και με τον αριθμό των διαζυγίων ($R^2=0,20$, $\beta=0,005$, $p=0,02$) κατά την ίδια περίοδο. Ωστόσο, το ποσοστό της διακύμανσης των ανθρωποκτονιών και των διαζυγίων που εξηγείται από τη διακύμανση των τιμών της ανεργίας είναι σχετικά μικρό: 16% και 20%, αντίστοιχα.

Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του ποσοστού ανεργίας και του αριθμού των θανάτων ($R^2=0,49$, $\beta=0,03$, $p<0,001$), ενώ για την ηλικιακή ομάδα 15-70 ετών οι θάνατοι παρουσίασαν αρνητική συσχέτιση με τη διακύμανση των ποσοστών της ανεργίας ($R^2=0,23$, $\beta=-0,008$, $p=0,008$).

Μέσο εισόδημα και δείκτες ψυχικής υγείας

Η ανάλυση παλινδρόμησης με το μέσο εισόδημα ως ανεξάρτητη μεταβλητή έδειξε να εξηγεί πολύ καλύτερα τη θνησιμότητα, σε σύγκριση με τα ευρήματα που προέκυψαν θέτοντας το ποσοστό ανεργίας ως

ανεξάρτητη μεταβλητή. Βρέθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού των θανάτων ατόμων 15-70 ετών και του μέσου εισοδήματος ($R^2=0,90$, $\beta=-0,006$, $p<0,001$). Αντίθετα, βρέθηκε θετική συσχέτιση της συνολικής θνησιμότητας, σε σχέση με το μέσο εισόδημα ($R^2=0,77$, $\beta=0,014$, $p<0,001$). Η συσχέτιση μεταξύ θνησιμότητας και ανεργίας ή και μέσου εισοδήματος ενδέχεται να είναι πλασματική, αφού μπορεί να σχετίζεται με τη γήρανση του πληθυσμού ή και με τη μείωση των πρόωρων θανάτων κατά την τελευταία 20ετία.

Το μέσο εισόδημα ως ανεξάρτητη μεταβλητή, έδειξε να σχετίζεται θετικά με τις επισκέψεις τόσο στα εξωτερικά ιατρεία ($R^2=0,55$, $p<0,001$) όσο και στα επείγοντα ($R^2=0,37$, $p=0,004$) του Αιγινήτειου. Όταν περιλήφθηκαν όμως τα δεδομένα και από τα 4 νοσοκομεία, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του μέσου εισοδήματος και των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ($R^2=0,70$, $p=0,02$) και στα επείγοντα ($R^2=0,90$, $p<0,001$). Η ερμηνεία για την απόκλιση αυτή θα πρέπει μάλλον να αναζητηθεί στο διαφορετικό χρονικό εύρος που καλύπτουν τα δεδομένα από το Αιγινήτειο (1988-2007), σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία (2002-2007).

Στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του μέσου εισοδήματος και του ποσοστού των αυτοκτονιών ($R^2=0,37$, $p=0,007$), ενώ θετική συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του μέσου εισοδήματος και του ποσοστού διαζυγίων ($R^2=0,73$, $p<0,001$). Συνεπώς, αύξηση του μέσου εισοδήματος φαίνεται να σχετίζεται με μείωση του ποσοστού των αυτοκτονιών και αύξηση των διαζυγίων.

Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης

Επειδή οι δύο ανεξάρτητες μεταβλητές, «μέσο εισόδημα» και «ανεργία», παρουσιάζουν σχετικά υψηλή συνάφεια ($r=0,77$), κρίθηκε σκόπιμο να συμπεριληφθούν και οι δύο σε ένα μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης για κάθε δείκτη ψυχικής υγείας. Αυτό επιτρέπει να εξηγηθεί καλύτερα κατά πόσο η κάθε μία ανεξάρτητη μεταβλητή σχετίζεται με τον κάθε δείκτη ψυχικής υγείας ανεξάρτητα από την άλλη μεταβλητή. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για εκείνους τους δείκτες ψυχικής υγείας που βρέθηκαν (στο μοντέλο της απλής παλινδρόμησης) να συσχετίζονται

σημαντικά με τις μεταβολές στους δύο οικονομικούς δείκτες που εξετάζουμε.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης, έχοντας ως ανεξάρτητες μεταβλητές το μέσο εισόδημα και το ποσοστό ανεργίας ταυτόχρονα. Ιδιαίτερη σημασία σε αυτή την ανάλυση έχουν οι δύο β δείκτες που προκύπτουν για τις δύο ανεξάρτητες μεταβλητές (Ανεργία: $\beta_{\text{Ανεργία}}$, μέσο εισόδημα: $\beta_{\text{ΜΕ}}$), οι οποίοι δείχνουν το μέγεθος της επίδρασης της κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη μεταβλητή που μελετάται, όταν η επίδραση της άλλης ανεξάρτητης μεταβλητής διατηρείται σταθερή. Στον πίνακα 3 φαίνεται ότι, τόσο το μέσο εισόδημα όσο και η ανεργία σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά και ανεξάρτητα η μία από την άλλη με τον αριθμό επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία ($\beta_{\text{Ανεργία}}=0,05$, $p<0,001$ και $\beta_{\text{ΜΕ}}=0,02$, $p=0,0011$) και τα επείγοντα ($\beta_{\text{Ανεργία}}=0,03$, $p=0,0018$ και $\beta_{\text{ΜΕ}}=0,006$, $p=0,05$) του Αιγινήτειου. Όσον αφορά στο σύνολο των 4 νοσοκομείων, προκύπτει ότι η μόνη στατιστικώς σημαντική συσχέτιση είναι η αρνητική σχέση του συνολικού αριθμού των επειγόντων με το μέσο εισόδημα ($\beta=-0,0076$, $p=0,012$).

Σχετικά με τη θνησιμότητα, τα αποτελέσματα συμφωνούν με αυτά που προέκυψαν στην απλή ανάλυ-

ση παλινδρόμησης της κάθε μιας ανεξάρτητης μεταβλητής ξεχωριστά.

Σχετικά με τις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονίες, μόνο το μέσο εισόδημα σχετίζεται αρνητικά με τις αυτοκτονίες ($\beta=-0,0000053$, $p=0,002$), ενώ μόνο το ποσοστό ανεργίας σχετίζεται θετικά με τις ανθρωποκτονίες ($\beta=0,000074$, $p=0,009$). Πάντως, τόσο το ποσοστό της διασποράς (R^2) των ανθρωποκτονιών όσο και εκείνο των αυτοκτονιών που εξηγείται από τους δύο οικονομικούς δείκτες, κρίνονται μικρά αν και στατιστικώς σημαντικά.

Σχετικά με τα διαζύγια, προκύπτει ότι το μέσο εισόδημα σχετίζεται θετικά με τον αριθμό των διαζυγίων ($\beta=0,00000042$, $p<0,001$). Όταν όμως η επίδραση του μέσου εισοδήματος διατηρείται σταθερή, η ανεργία δεν φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με τον αριθμό των διαζυγίων.

Συζήτηση

Σκοπός της έρευνας ήταν η εκτίμηση που έχει η επίδραση της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Για τον σκοπό αυτό μελετήθηκαν δύο ισχυροί οικονομικοί δείκτες, το ποσοστό ανεργίας και η μεταβολή του μέσου εισοδήματος, σε σχέση με μια σειρά δεικτών

Πίνακας 3. Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών «ανεργία» και «μέσο εισόδημα» και των δεικτών ψυχικής υγείας, ως εξαρτημένων μεταβλητών.

Εξαρτημένη μεταβλητή	Περίοδος	$\beta_{\text{Ανεργία}}$	$\beta_{\text{ΜΕ}}$	R^2
Εξωτερικά ιατρεία Αιγινήτειο	1988–2009	0,05***	0,02**	0,76
Επείγοντα Αιγινήτειο	1988–2009	0,03**	0,006*	0,64
Εξωτερικά ιατρεία Αιγινήτειο/ Γενικό Κρατικό/Ευαγγελισμός	2002–2009	-0,003	-0,0043	0,70
Επείγοντα Αιγινήτειο/Δαφνί/ Γενικό Κρατικό/Ευαγγελισμός	2002–2009	-0,011	-0,0076*	0,91
Συνολικοί θάνατοι	1981–2009	0,014***	0,010***	0,87
Συνολικοί θάνατοι 15–70 ετών	1981–2009	-0,0004	-0,000000064***	0,90
Αυτοκτονίες	1981–2009	0,000018	-0,0000053**	0,37
Ανθρωποκτονίες	1981–2009	0,000074**	-0,0000016	0,25
Διαζύγια	1981–2009	0,00014	0,00000042***	0,73

Σημείωση: $\beta_{\text{Ανεργία}}$ =Συντελεστής β για τον παράγοντα ανεργία. $\beta_{\text{ΜΕ}}$ =Συντελεστής β για τον παράγοντα μέσο εισόδημα. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

που αφορούν στην ψυχική υγεία. Συνοπτικά, βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των οικονομικών δεικτών και των δεικτών ψυχικής υγείας, επισκέψεις σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία και τμήματα επειγόντων ψυχιατρικών κλινικών, αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες και αριθμός διαζυγίων. Τα ευρήματα αυτά παρουσιάζουν σημαντικές ομοιότητες με ευρήματα ερευνών σε χώρες με παρόμοιες οικονομικές υφέσεις, όπως σε χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ και της Ευρώπης,⁹ στην Ασία¹¹ και στις ΗΠΑ.¹⁴

Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η αύξηση τόσο της ανεργίας όσο και του μέσου εισοδήματος σχετίζεται με αύξηση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και στα επείγοντα του Αιγινήτειου. Δηλαδή, η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του συγκεκριμένου νοσοκομείου φαίνεται να σχετίζεται όχι μόνο με δυσμενείς οικονομικούς δείκτες, όπως η αυξανόμενη ανεργία, αλλά και με βελτίωση των οικονομικών μεγεθών, όπως η άνοδος του μέσου εισοδήματος. Δεδομένου ότι το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι και οι δύο οικονομικοί δείκτες σχετίζονται ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο με τις επισκέψεις στα ιατρεία του Αιγινήτειου, μπορούμε να υποθέσουμε πως οι δύο αυτοί δείκτες επηρεάζουν διαφορετικά κομμάτια του πληθυσμού και πιθανότατα αντανakλούν τη δράση διαφορετικών αιτιών που ωθούν τα άτομα στη χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Ωστόσο, η μείωση του μέσου εισοδήματος φάνηκε να σχετίζεται με αύξηση του ποσοστού των ατόμων που επισκέπτονται τα επείγοντα και των τεσσάρων νοσοκομείων συνολικά. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με το εύρημα που αφορά αποκλειστικά στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Αυτές οι διαφορές μπορεί να οφείλονται στο γεγονός ότι η χρονική διάρκεια των δεδομένων για το σύνολο των τεσσάρων νοσοκομείων ήταν πολύ μικρότερη, σε σχέση με τη διάρκεια των δεδομένων του Αιγινήτειου. Επίσης, παράγοντες όπως η γεωγραφική περιοχή του νοσοκομείου αλλά και ο εξειδικευμένος χαρακτήρας των νοσοκομείων (π.χ. ψυχιατρικές κλινικές αντί ψυχιατρικών τμημάτων σε γενικά νοσοκομεία) θα πρέπει να συυπολογιστούν για την αξιολόγηση αυτού του ευρήματος.

Βρέθηκε επίσης ότι η αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών σχετίζεται με τη μείωση του μέσου εισοδήματος. Παράλληλα, η αύξηση του μέσου εισοδήματος συνοδεύεται από μείωση των θανάτων στην ηλικιακή ομάδα 15–70 ετών. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να συγκριθούν με τα ευρήματα σχετικά με την επίπτωση της Ασιατικής οικονομικής κρίσης, κατά την περίοδο 1997–1998, στην αύξηση των αυτοκτονιών,¹¹ αλλά και με τα ευρήματα σχετικά με την επίπτωση της Ευρωπαϊκής οικονομικής κρίσης στα επίπεδα ψυχικής υγείας των κατοίκων.⁹ Οι έρευνες αυτές δείχνουν 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, οδηγούν σε αύξηση των ποσοστών των αυτοκτονιών, κυρίως μέσω της αύξησης των καταθλιπτικών διαταραχών, οι περισσότερες από τις οποίες διατρέχουν χωρίς θεραπεία.

Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι στην παρούσα έρευνα η ανεργία δεν φαίνεται να σχετίζεται με τον αριθμό των αυτοκτονιών, αλλά με τον αριθμό των ανθρωποκτονιών. Παρόμοια, οι Stuckler et al^{8,9} εντόπισαν σημαντική αύξηση των ανθρωποκτονιών σε περιόδους ανόδου των επιπέδων ανεργίας, ενώ στην ίδια έρευνα η επίπτωση της αύξησης της ανεργίας στα ποσοστά αυτοκτονίας ήταν εμφανής μόνο όταν εξέλειπαν δομές παροχής κοινωνικής μέριμνας στους πολίτες. Είναι επομένως πιθανόν ότι στην παρούσα χρονική περίοδο, κατά την οποία μόνον οι πρώτες επιπτώσεις της ελληνικής οικονομικής κρίσης αρχίζουν να διαφαίνονται, οι μεταβολές στην ανεργία, σε συνδυασμό με την ύπαρξη παραδοσιακών δομών κοινωνικής μέριμνας, να μην επιτρέπουν να διαφανεί κάποια επίπτωση στον αριθμό των αυτοκτονιών. Αντίθετα, όπως συζητήθηκε παραπάνω, η μείωση του μέσου εισοδήματος, της οποίας οι επιπτώσεις αρχίζουν να εμφανίζονται στην καθημερινότητα του πληθυσμού, φαίνεται να επιδρά στην ανάπτυξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Περαιτέρω έρευνες, σε βάθος χρόνου, θα διαφωτίσουν τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρό-

θεσμες επιπτώσεις της ανεργίας στη θνησιμότητα του πληθυσμού και θα επιτρέψουν την καλύτερη κατανόηση των παραγόντων εκείνων που ενδέχεται να επιδρούν προστατευτικά απέναντι στην αυτοκτονική συμπεριφορά.

Επίσης, ο αριθμός των διαζυγίων φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με τις μεταβολές στο μέσο εισόδημα. Συγκεκριμένα, η αύξηση του εισοδήματος βρέθηκε να σχετίζεται με αύξηση των διαζυγίων. Η αύξηση των ποσοστών ανεργίας βρέθηκε επίσης να σχετίζεται με αύξηση των διαζυγίων, αλλά η σχέση αυτή εξέλειπε όταν στο μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης ελέγχθηκε η επίδραση του μέσου εισοδήματος. Η ερμηνεία των ευρημάτων αυτών δεν είναι ξεκάθαρη, αφού σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος τα μέλη μιας οικογένειας βιώνουν οικονομική ανασφάλεια σε τέτοιο βαθμό, ώστε να τολμήσουν ριζικές αλλαγές, όπως το διαζύγιο, ενώ σε περιόδους οικονομικής ευημερίας η απόφαση αυτή μπορεί είναι λιγότερο επισφαλής. Καθώς το διαζύγιο και οι αιτίες του αποτελούν ένα πολύπλοκο κοινωνικό φαινόμενο με ετερογενή αιτιολογία, οποιαδήποτε ερμηνεία της σχέσης του φαινομένου αυτού με οικονομικούς δείκτες οφείλει να λαμβάνει υπόψη ένα ευρύ φάσμα παραγόντων.

Περιορισμοί

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αποτελούν μια αρχική καταγραφή των μεταβολών που ενδέχεται να επιφέρει η παρούσα οικονομική συγκυρία σε μεταβλητές που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των πολιτών. Στο πλαίσιο αυτό δεν θα πρέπει να παραβλέπονται ορισμένοι μεθοδολογικοί περιορισμοί. Για παράδειγμα, το χρονικό εύρος των διαθέσιμων δεδομένων είναι σχετικά μικρό να εξαγάγουμε για ασφαλή συμπεράσματα, αλλά και τα δεδομένα που προέρχονται από διαφορετικές πηγές δεν καλύπτουν ταυτόχρονες χρονικές περιόδους. Συνεπώς, τα αποτελέσματα που αφορούν στο σύνολο των νοσοκομείων είναι επισφαλής σε σχέση με αυτά που προκύπτουν για το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, το οποίο διέθετε δεδομένα καταγραφής για ικανοποιητικό χρονικό διάστημα.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι αν και η γραμμική παλινδρόμηση αποτελεί χρήσιμο στατιστικό

εργαλείο, δεν αντανakλά απαραίτητα αιτιώδη σχέση μεταξύ των μελετώμενων μεταβλητών. Εκείνο που υποδεικνύει είναι η συστηματική συμμεταβολή οικονομικών μεγεθών με δείκτες ψυχικής υγείας. Αν και οι δύο ανεξάρτητες μεταβλητές που επελέγησαν στην παρούσα έρευνα παρουσιάζουν υψηλή συνάφεια, σε πολλές περιπτώσεις φαίνεται να επηρεάζουν διαφορετικά ή ανεξάρτητα η μία από την άλλη τους δείκτες ψυχικής υγείας που μελετήθηκαν.

Επίλογος

Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι φτωχοί αποτελούν ομάδα κινδύνου, εφόσον 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. 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.³

Σε ατομικό επίπεδο, αξίζει να αντιμετωπίζονται τα αντικειμενικά στρεσογόνα ερεθίσματα, όπως ανεργία, εισόδημα νοικοκυριού, αριθμός μελών οικογένειας, χρέος, οι ατομικές διαφορές στη διαχείριση των χρημάτων, όπως τάσεις εξοικονόμησης χρημάτων ή συσσώρευσης χρεών, και οι οικονομικές γνώσεις και ικανότητες. Η εργασιακή ανασφάλεια φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τους μεγαλύτερους σε ηλικία εργαζόμενους και τις γυναίκες. Επίσης, η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης και η υποστήριξη στον χώρο εργασίας από ανώτερους 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 νευρώση ή χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, τα ατομικά χαρακτηριστικά που αντικατοπτρίζουν την ανάγκη αίσθησης ελέγχου των καταστάσεων και τα χαρακτηριστικά που αφορούν στο γενικό αίσθημα αυτοεκτίμησης και προσωπικής

αξίας. Σε οργανωτικό επίπεδο, θα πρέπει να διερευνώνται οι πρακτικές και πολιτικές που χρησιμοποιούν οι εργοδοτικοί φορείς για να αποκριθούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Το πνεύμα δικαιοσύνης, η έγκαιρη ενημέρωση, οι διευκολύνσεις, όπως άδειες άνευ αποδοχών, και οι αποζημιώσεις, δρουν προστατευτικά στην ψυχική υγεία των εργαζόμενων. 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.¹⁵

Δεδομένης της σπουδαιότητας αλλά και της πολυπλοκότητας του φαινομένου, κρίνεται σκόπιμη η συμπερίληψη σε μελλοντικές έρευνες περισσότερων

μεταβλητών, που να αφορούν στα πεδία της οικονομίας, της δημόσιας υγείας, της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής. Επίσης, παρόμοιες έρευνες στο μέλλον, σε πιο όψιμο στάδιο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, αναμένεται να διαπιστώσουν περισσότερο αξιόπιστες συσχετίσεις. Τέλος, οι έρευνες αυτές αναμένεται να είναι χρήσιμες σε ενδεχόμενη κατάρτιση προγραμμάτων αντιμετώπισης, μετριασμού ή πρόληψης των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των πολιτών.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε τα Γραφεία Στατιστικής και τα Τμήματα Κίνησης των Νοσοκομείων Αιγινήτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Ευαγγελισμός και Γενικό Κρατικό Αθηνών, για τη βοήθεια στη συλλογή των στοιχείων.

Financial crisis and mental health in Greece

O. Giotakos, D. Karabelas, A. Kafkas

Psychiatric Department, 414 Military Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2011, 22:109–119

Several studies indicate an association between economic crises and psychological burden. To investigate the possible impact of the current economic crisis on mental health in Greece, the association between two economic indicators (unemployment and average income) and mental health variables (psychiatric clinic admittance, visits to outpatients' departments and emergency units, suicides, homicides, mortality rates and divorces) was studied. The data were gathered by the Greek Statistical Service and some others were provided by the following hospitals: Eginition Hospital, Psychiatric Hospital of Attica, Athens General Hospital and Evangelismos Hospital. Simple and multiple regression analyses were performed on the data. There was no significant correlation between the level of unemployment, as well as the average income, and admittance to the psychiatric clinics. A significant correlation was isolated between unemployment and visits to outpatients' department ($R^2=0.40$, $p=0.001$) and emergency unit ($R^2=0.49$, $p=0.0002$) of Eginition Hospital. The unemployment rate during the period 1981–2008 was positively associated with the number of homicides ($R^2=0.16$, $\beta=0.000049$, $p=0.03$), as well as the number of divorces ($R^2=0.20$, $\beta=0.005$, $p=0.02$) during the same period. The average income showed positive association with the visits to both outpatients' department ($R^2=0.55$, $p<0.001$) and emergency unit ($R^2=0.37$, $p=0.004$) of Eginition Hospital. However, the data from the 4 hospitals of the study revealed a negative correlation between average income and visits to outpatients' departments ($R^2=0.70$, $p=0.02$) and emergency units ($R^2=0.90$, $p<0.001$).

Furthermore, a significant negative correlation between the average income and suicide rates ($R^2=0.37$, $p=0.007$), as well as a positive correlation between the average income and divorce rates ($R^2=0.73$, $p<0.001$) were found. The findings show several similarities with previous surveys in countries with analogous economic crises, such as the Former Eastern Bloc countries, Asian countries and the USA. Future studies, at a more late stage of the economic crisis, are expected to reveal more reliable associations with mental health. Finally, these findings are expected to inform intervention programmes dealing with prevention or mitigation of the impact of economic crisis on citizens' mental health.

Key words: Economic crisis, mental health, suicidality, intervention programmes

Βιβλιογραφία

1. Catalano R, Bellows B. If economic expansion threatens public health, should epidemiologists recommend recession? *Int J Epidemiol* 2005, 34:1212–1213
2. Murphy GC, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. *J Occup Organ Psychol* 1999, 72:83–99
3. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2010, 23:127–130
4. 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
5. Jenkins R, Bhugra, D, Bebbington P et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psycholog Med* 2008, 38:1485–1493
6. Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Commun Hlth* 2003, 57:501–555
7. Patel V, Gwanzura F, Simunyu E, Mann A, Lloyd K. The explanatory models and phenomenology of common mental disorder in Harare, Zimbabwe. *Psycholog Med* 1995, 25:1191–1199
8. 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
9. 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
10. Gerdtham U, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econom Hum Biol* 2006, 4:298–316
11. 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
12. Philips MR, Liu H, Zhang Y. Suicide and social change in China. *Cult Med Psychiatry* 1999, 23:25–50
13. Sundar M. Suicide in farmers in India. *Br J Psychiatry* 1999, 175:585–586
14. Paul K, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav* 2009, 74:264–282
15. Γιωτάκος Ο. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *Ψυχιατρική* 2010, 21:195–204

Αλληλογραφία: Ο. Γιωτάκος, Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Εριφύλης 2, 116 34 Αθήνα, Τηλ.: 210-72 90 496, 6945-464 619
info@obrela.gr

Ερευνητική εργασία Research article

Ογκομετρική μελέτη εγκεφαλικών σχηματισμών στη μελαγχολική και ψυχωτική κατάθλιψη*

Κ. Βασιλοπούλου, Μ. Παπαθανασίου, Ι. Μιχόπουλος, Φ. Μπουφίδου,
Π. Ουλής, Χ. Νικολάου, C. Pantelis, D. Velakoulis, Λ. Λύκουρας

*Β΄ Ψυχιατρική Κλινική & Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΠΓΝΑ «Αττικόν»,
Εργαστήριο Βιοπαθολογίας & Ανοσολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα
Melbourne Neuropsychiatry Centre, Department of Psychiatry,
The University of Melbourne and Melbourne Health, Victoria, Australia*

Ψυχιατρική 2011, 22:120–131

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση των όγκων του ιπποκάμπου, της αμυγδαλής και της πρόσθιας και οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής του προμετωπιαίου φλοιού μεταξύ ασθενών με μελαγχολική κατάθλιψη, ασθενών με ψυχωτική κατάθλιψη και φυσιολογικών μαρτύρων. Συμπεριλήφθηκαν 39 ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη, 22 με μελαγχολικά και 17 με ψυχωτικά στοιχεία, και 18 υγιείς μάρτυρες. Οι όγκοι των εγκεφαλικών σχηματισμών μετρήθηκαν σε μαγνητικές τομογραφίες εγκεφάλου και συγκρίθηκαν μεταξύ των τριών υποομάδων. Σε αμφότερες τις υποομάδες των ασθενών βρέθηκαν σημαντικά μεγαλύτεροι οι όγκοι των αμυγδαλών και σημαντικά μικρότεροι οι όγκοι της αριστερής πρόσθιας υπογονάτιας περιοχής σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων στους όγκους των ιπποκάμπων, της δεξιάς πρόσθιας υπογονάτιας περιοχής και της οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής. Συμπερασματικά, η ψυχωτική και η μελαγχολική κατάθλιψη δεν διαφοροποιήθηκαν σε σχέση με τους όγκους του ιπποκάμπου, της αμυγδαλής και της πρόσθιας και οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής του προμετωπιαίου φλοιού, αν και οι όγκοι της αμυγδαλής και της αριστερής πρόσθιας υπογονάτιας περιοχής αμφοτέρων των ομάδων των καταθλιπτικών ασθενών διαφοροποιήθηκαν σε σχέση με τους μάρτυρες.

Λέξεις ευρετηρίου: Νευροαπεικόνιση, κατάθλιψη, ιππόκαμπος, αμυγδαλή

*Η εργασία αυτή βραβεύθηκε στο 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, 5–8 Μαΐου 2011.

Εισαγωγή

Η μείζων κατάθλιψη είναι μια ετερογενής διαταραχή, που περιγράφεται σε τύπους με διακριτά κλινικά συμπτώματα σύμφωνα με το DSM-IV.¹ Οι τύποι που συναντώνται συχνότερα στους καταθλιπτικούς ασθενείς είναι ο μελαγχολικός και ο ψυχωτικός τύπος. Όπως είναι γνωστό τα κλινικά συμπτώματα της μελαγχολικής κατάθλιψης περιλαμβάνουν έλλειψη ευχαρίστησης, υπερβολική ενοχή, επιδείνωση της κατάθλιψης κατά τις πρωινές ώρες, πρωίμη αφύπνιση, ανορεξία (ή μείωση του σωματικού βάρους) και έντονη ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση, ενώ η ψυχωτική κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών και/ή ψευδαισθήσεων, συνήθως σύντονων με το συναίσθημα.

Εκτός από τα ανωτέρω κλινικά στοιχεία, μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύει και ιδιαίτερα ευρήματα σχετικά με βιοχημικές,² ορμονικές,^{3,4} νευρογνωσιακές^{5,6} και άλλες εκδηλώσεις στον κάθε έναν από τους δύο αυτούς τύπους. Επίσης, κατά την τελευταία δεκαετία, η σχετική με την παθοφυσιολογία της κατάθλιψης έρευνα έχει διευρυνθεί μέσω της χρήσης νευροαπεικονιστικών μεθόδων. Συγκεκριμένα, αναφέρονται δομικές μεταβολές διαφόρων εγκεφαλικών σχηματισμών, συχνότερα του ιπποκάμπου, της αμυγδαλής και του προμετωπιαίου φλοιού. Σε δύο μετα-ανάλυσεις αναφέρονται μικρότεροι όγκοι ιπποκάμπων σε καταθλιπτικούς ασθενείς σε σχέση με υγιείς μάρτυρες, παρότι αρκετές μελέτες δεν βρίσκουν αντίστοιχες διαφορές.^{7,8} Τα αποτελέσματα σε σχέση με τους όγκους της αμυγδαλής είναι περισσότερο αντικρουόμενα. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση υποστηρίζει ότι δεν υπάρχουν αξιόπιστες διαφορές μεταξύ καταθλιπτικών ασθενών και υγιών μαρτύρων, λόγω της μεγάλης ποικιλότητας στα αποτελέσματα που συμπεριλαμβάνονται σε αυτή τη μελέτη.⁹ Τα αποτελέσματα αυτά συμπεριλάμβαναν έλλειψη διαφοράς στους όγκους, μεγαλύτερους όγκους αμυγδαλής στους καταθλιπτικούς ασθενείς σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες, αλλά και μικρότερους. Οι μελέτες που αφορούν στον προμετωπιαίο φλοιό εμφανίζουν πιο σταθερά ευρήματα, αναφέροντας μικρότερους όγκους κογχομετωπιαίου φλοιού¹⁰ και

υπογονάτιας περιοχής,¹¹ καθώς επίσης και απουσία διαφορών.¹²

Φαίνεται να υπάρχει μόνο μία μελέτη που να αναφέρεται στη μελαγχολική και άτυπη κατάθλιψη σχετικά με τον όγκο του ιπποκάμπου, στην οποία αναφέρεται έλλειψη επίδρασης του τύπου της κατάθλιψης στους όγκους του ιπποκάμπου.¹³ Σε άλλη μελέτη συγκρίνεται η ψυχωτική με τη μη-ψυχωτική κατάθλιψη, η οποία συνδέει τους μειωμένους όγκους αμυγδαλής με τον ψυχωτικό τύπο, αλλά όχι και του ιπποκάμπου. Ακόμα μία μελέτη αναφέρει σημαντικά μικρότερους όγκους της αριστερής οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής στην ψυχωτική κατάθλιψη σε σύγκριση με φυσιολογικούς μάρτυρες.¹⁴

Προκειμένου να επεκτείνουμε την έρευνα στη μελαγχολική και ψυχωτική κατάθλιψη και να εξηγήσουμε την έλλειψη συστηματικότητας στα ευρήματα που υπάρχουν στη δομική νευροαπεικόνιση, συγκρίνονται οι όγκοι του ιπποκάμπου, της αμυγδαλής και της υπογονάτιας περιοχής του μετωπιαίου λοβού ασθενών με μελαγχολική κατάθλιψη, ασθενών με ψυχωτική κατάθλιψη και φυσιολογικών μαρτύρων.

Υλικό και μέθοδος

Δείγμα

Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 39 ασθενείς με τη διάγνωση μείζονος κατάθλιψης και 18 φυσιολογικοί μάρτυρες. Οι φυσιολογικοί μάρτυρες συμμετείχαν στη μελέτη μέσω αναζήτησης από στόμα σε στόμα στην κοινότητα. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους στόχους και το πρωτόκολλο της μελέτης και έδωσαν τη γραπτή συγκατάθεσή τους. Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν: ηλικία μεταξύ 20–65 έτη, διάγνωση μοναδικού μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ή υποτροπιάζουσας μείζονος κατάθλιψης, σύμφωνα με τη Δομημένη Κλινική Συνέντευξη για το DSM-III-R, απουσία συννοσηρότητας με άλλη ψυχική διαταραχή, απουσία ιστορικού νευρολογικής διαταραχής ή άλλης αρρυθμιστής νόσου και απουσία μεταλλικών στοιχείων στο σώμα. Όλοι οι ασθενείς είχαν μια συνέντευξη με ψυχίατρο, η οποία διεξήγαγε το Structured Clinical Interview for DSM-III-R, την Κλίμακα Κατάθλιψης Hamilton (21 λήμματα) και τη Βραχεία Κλίμακα Εκτίμησης των Γνωστικών Λειτουργιών

(Mini-mental State Examination, MMSE), έδωσαν δείγματα αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις και υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν δεξιόχειρες και όλοι οι ασθενείς ήταν υπό φαρμακευτική αγωγή.

Μαγνητικές τομογραφίες

Οι μαγνητικές ογκομετρικές τομογραφίες πραγματοποιήθηκαν σε μαγνητικό τομογράφο 1,5 T Philips Intera, χρησιμοποιώντας ακολουθία T1-3D/FFE βαθμιδωτού πεδίου με τις ακόλουθες παραμέτρους: TR/TE 14,3/3,3 msec, flip angle 30°, field of view 240, μήτρα 256×256, πάχος τομής 3 με αλληλοεπικάλυψη 1,5 mm. Όλα τα δεδομένα ελήφθησαν σε στεφανιαία τομή. Η ανάλυση των εικόνων πραγματοποιήθηκε σε σταθμό μετεπεξεργασίας View Forum (Philips Medical Systems), με λογισμικό Philips Medical Systems Release 4,1, V1L2. Όλοι οι όγκοι υπολογίστηκαν με χειροκίνητο σχεδιασμό του εμβαδού της αντίστοιχης περιοχής σε όλες τις στεφανιαίες τομές, στις οποίες ο κάθε σχηματισμός εμφανιζόταν. Τα εμβαδά όλων των τομών που αντιστοιχούσαν στον ίδιο σχηματισμό αθροίστηκαν και το άθροισμά τους πολλαπλασιάστηκε επί το πάχος τομής προκειμένου να καθοριστεί ο όγκος όλων των εγκεφαλικών σχηματισμών για το κάθε άτομο.

Σχεδιασμός εγκεφαλικών σχηματισμών

Ο σχεδιασμός των εμβαδών όλων των εγκεφαλικών σχηματισμών πραγματοποιήθηκε από την ίδια εκτιμήτρια (Κ.Β.), που εκπαιδεύτηκε από έμπειρη Νευροακτινολόγο (Μ.Π.). Προκειμένου να υπολογιστούν οι αξιοπιστίες σε σχέση με δεύτερη μέτρηση από την ίδια εκτιμήτρια (intra-rater reliability) και σε σχέση με δεύτερη μέτρηση από ανεξάρτητη εκτιμήτρια (inter-rater reliability) χρησιμοποιήθηκαν οι όγκοι 10 ασθενών που επιλέχθηκαν τυχαία. Ιδιαίτερα για τις αξιοπιστίες του ενδοκρανιακού όγκου χρησιμοποιήθηκαν οι όγκοι 5 ασθενών, τυχαία επιλεγμένων επίσης. Οι αρχικοί όγκοι του ιπποκάμπου, της αμυγδαλής και της πρόσθιας και οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής υπέστησαν επεξεργασία βάσει του ενδοκρανιακού όγκου του κάθε ατόμου σύμφωνα με περιγραφείσα μέθοδο.¹⁵

Ανατομικά όρια

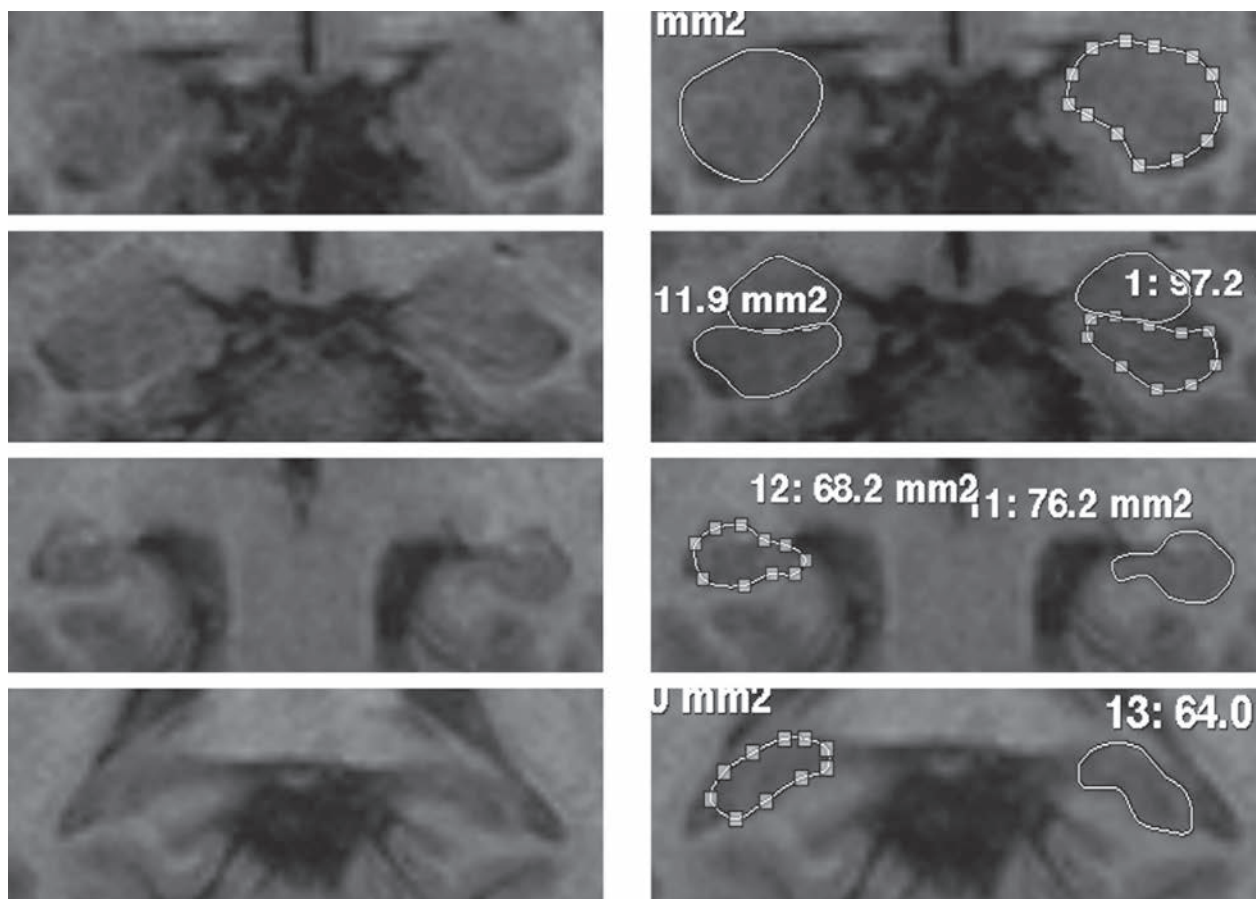
Ιπποκάμπος-Αμυγδαλή

Προκειμένου να υπολογιστεί ο όγκος του ιπποκάμπου συμπεριλήφθηκαν στους σχεδιασμούς η οδοντωτή έλικα, ο ιδίως ιπποκάμπος, το υπόθεμα, η σκάφη και η παρυφή του ιπποκάμπου, από την πρώτη τομή στην οποία εντοπίζεται η κεφαλή του ιπποκάμπου έως την τελευταία που εντοπίζεται η ουρά του ιπποκάμπου, σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες^{16,17} (εικόνα 1). Ο ιπποκάμπος και η αμυγδαλή σχεδιάστηκαν ταυτόχρονα στις τομές που συνυπάρχουν, προκειμένου να επιτευχθεί μέγιστη ακρίβεια στους σχεδιασμούς¹⁷ (εικόνα 1).

Αντίστοιχα, η αμυγδαλή συμπεριλήφθηκε από την πρώτη τομή, στην οποία εμφανίζεται για πρώτη φορά ο πρόσθιος πόλος της, στο επίπεδο που αντιστοιχεί πίσω από την περιοχή που το οπτικό χiasmα εμφανίζεται σαν ένας συνεχόμενος σχηματισμός,¹⁸ μέχρι την τελευταία τομή του οπίσθιου πόλου της, στο σημείο που αρχίζει να εμφανίζεται φαιά ουσία άνωθεν της σκάφης και πλαγίως της κεφαλής του ιπποκάμπου¹⁶ (εικόνα 1). Για λόγους συστηματικότητας, το ανώτερο όριο της καθορίστηκε αυθαίρετα βάσει προηγούμενων μελετών, παρότι μικρά τμήματα του μέσου και του κεντρικού πυρήνα αποκλείστηκαν.¹⁶ Οι σχεδιασμοί πραγματοποιήθηκαν με διαρκή αναφορά σε μικροσκοπικό άτλαντα.¹⁹ Η αξιοπιστία της ίδιας εκτιμήτριας ήταν 0,96 για τους όγκους του ιπποκάμπου και 0,85 για τους όγκους της αμυγδαλής, και οι αντίστοιχες αξιοπιστίες σε σχέση με ανεξάρτητη εκτιμήτρια ήταν 0,97 και 0,89.

Πρόσθια και οπίσθια υπογονάτια περιοχή προμετωπιαίου φλοιού

Η πρόσθια υπογονάτια περιοχή σχεδιάστηκε ξεκινώντας από την τομή όπου εντοπίζεται το κοιλιακό άκρο του γόνατος του μεσολοβίου και καταλήγοντας στην τελευταία τομή, πριν την τομή όπου εμφανίζεται για πρώτη φορά η έσω κάψα²⁰ (εικόνα 2). Η τομή στην οποία εμφανίζεται για πρώτη φορά η έσω κάψα, χρησιμοποιήθηκε ως το πρόσθιο όριο της οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής, το κατώτερο όριο του μεσολοβίου ως το ανώτερο όριό της, το έσω όριο της ευθείας έλικας ως το κατώτερο όριο και τέλος ως οπίσθιο όριο ορίστηκε το φυσικό τέλος της έλικας.¹⁴ Οι σχεδιασμοί πραγματοποιήθη-



Εικόνα 1. Τομές μαγνητικών τομογραφιών στο επίπεδο της αμυγδαλής, της μεταβατικής περιοχής αμυγδαλής-ιπποκάμπτου, του σώματος του ιπποκάμπτου και της ουράς του ιπποκάμπτου (από πάνω προς τα κάτω), πριν και μετά τον σχεδιασμό των αντίστοιχων περιοχών (αριστερά και δεξιά αντίστοιχα).

καν με διαρκή αναφορά σε μικροσκοπικό άτλαντα.¹⁹ Η αξιοπιστία της ίδιας εκτιμήτριας ήταν 0,88 για τους όγκους της πρόσθιας υπογονάτιας περιοχής και 0,94 για τους όγκους της οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής και οι αντίστοιχες αξιοπιστίες σε σχέση με ανεξάρτητη εκτιμήτρια ήταν 0,80 και 0,95.

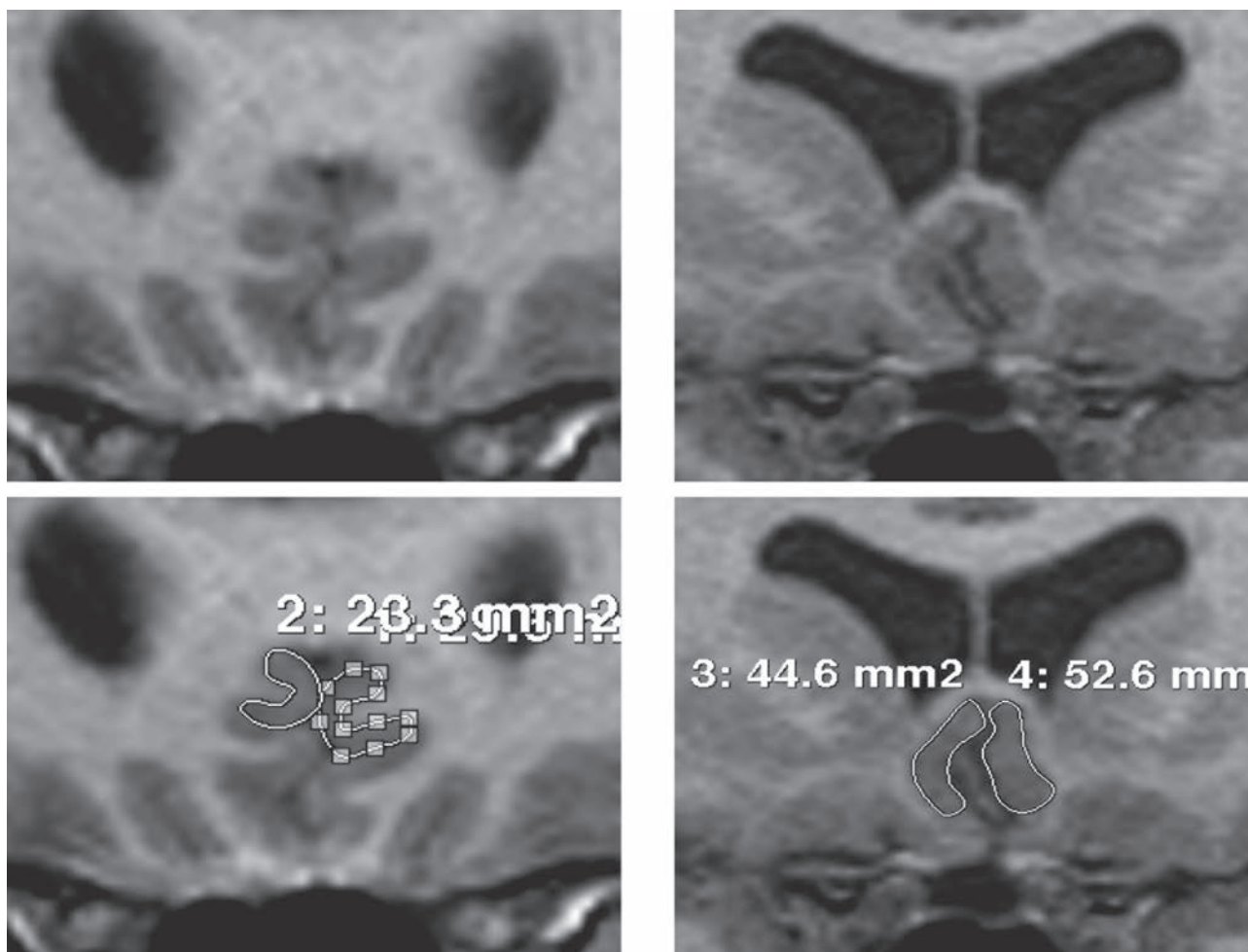
Ενδοκρανιακός όγκος

Ο ενδοκρανιακός όγκος υπολογίστηκε με σχεδιασμό του περιγράμματος των εγκεφαλικών ημισφαιρίων γύρω από τη σκληρά μήνιγγα ή γύρω από το περίγραμμα της εγκεφαλικής ουσίας όταν η σκληρά μήνιγγα δεν φαινόταν, αποκλείοντας το στέλε-

χος και την παρεγκεφαλίδα, σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες.²¹ Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της μέτρησης μίας τομής ανά 10 τομές, μία μέθοδος που αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως αξιόπιστη.²² Η αξιοπιστία της ίδιας εκτιμήτριας και η αξιοπιστία σε σχέση με ανεξάρτητη εκτιμήτρια ήταν πολύ υψηλές (0,99 και 0,99 αντίστοιχα).

Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS (Version 16.0) για τα Windows. Οι ακόλουθες δοκιμασίες χρησιμοποιήθηκαν για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων: το Pearson χ^2 test για



Εικόνα 2. Τομές μαγνητικών τομογραφιών στο επίπεδο της πρόσθιας (αριστερά) και της οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής του προμετωπιαίου φλοιού (δεξιά), πριν (πάνω) και μετά (κάτω) τον σχεδιασμό των αντίστοιχων περιοχών.

τις συγκρίσεις ποσοστών, το t test και η one-way ANOVA (με τη διόρθωση κατά Bonferroni) για τις συγκρίσεις των μέσων τιμών των μεταβλητών με κανονική κατανομή, όπως και οι δοκιμασίες Mann-Whitney U και η Kruskal-Wallis μη-παραμετρική ανάλυση της διακύμανσης για τις μεταβλητές που δεν είχαν κανονική κατανομή. Οι συσχετίσεις ελέγχθηκαν με το Pearson r ή το Spearman rho coefficient, αναλόγως του αν οι μεταβλητές κατανέμονταν κανονικά ή όχι. Η επίδραση των κατηγοριών της φαρμακευτικής αγωγής που ελάμβαναν οι ασθενείς στις ογκομετρικές μετρήσεις εξετάστηκε με ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα

Δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές

Οι δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Οι 3 ομάδες ασθενών (όλοι οι ασθενείς, μελαγχολικοί, ψυχωτικοί) και οι φυσιολογικοί μάρτυρες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς την ηλικία και την αναλογία των φύλων. Οι ασθενείς με μελαγχολική κατάθλιψη και οι ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη είχαν περίπου 6 έτη λιγότερα ως προς την εκπαίδευση σε σχέση με τους φυσιολογικούς. Είκοσι δύο από αυτούς συμπλήρωναν τα κριτήρια για τη μελαγχολική κατάθλιψη και 17 για την ψυχωτική κατάθλιψη. Κανείς από τους

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

	Μελαγχολική κατάθλιψη (n=22)	Ψυχωτική κατάθλιψη (n=17)	Φυσιολογικοί Μάρτυρες (n=18)	p
Ηλικία (έτη) (mean, SD)	52,09±8,2	52,88±10,8	46,61±7,5	0,08
Φύλο (Α/Γ)	17/5	12/5	13/5	0,8
Εκπαίδευση (έτη) (mean, SD)	10,32±3,4	9,65±3,9	16,06±2,81	<0,01
Ηλικία έναρξης (mean, SD)	41,23±8,06	52,88±10,83		0,64
Διάρκεια διαταραχής (mean, SD)	10,82±10,86	9,54±9,95		0,7
Επεισόδια (αριθμός) (mean, SD)	3,14±3,9	2,47±1,7		0,58
Νοσηλείες (mean, SD)	0,73±1,12	1,06±1,02		0,34
Κατάσταση (επεισόδιο/ανάρρωση)	11/11	13/4		0,1
Μοναδικό επεισόδιο/ Υποτροπιάζουσα κατάθλιψη	6/16	8/9		0,3
Κλίμακα Hamilton (mean, SD)	16,27±8,36	23,35±10,56		0,025
MMSE (mean, SD)	29,18±0,95	28,65±1,45		0,17

ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη δεν συμπλήρωνε τα κριτήρια του μελαγχολικού τύπου. Οι ασθενείς ήταν σε επεισόδιο ή είχαν αναρρώσει (Βαθμολογία στην Κλίμακα Κατάθλιψης Hamilton κάτω του 17 για τουλάχιστον 2 μήνες). Οι δύο ομάδες ασθενών δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους σε καμία δημογραφική και κλινική μεταβλητή, εκτός από τη βαθμολογία στην κλίμακα Hamilton. Επιπρόσθετα, 14 από τους 17 ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη εμφάνιζαν παραληρητικές ιδέες ενοχικού περιεχομένου. Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή (πίνακας 2). Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων ασθενών στις κατηγορίες των φαρμάκων.

Ογκομετρικές μεταβλητές

Οι 2 ομάδες ασθενών και οι φυσιολογικοί μάρτυρες δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς τους όγκους

του αριστερού και του δεξιού ιπποκάμπου, της δεξιάς πρόσθιας και οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής, της αριστερής οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής και τον ενδοκρανιακό όγκο. Βρέθηκαν σημαντικά αυξημένοι οι όγκοι της αριστερής και της δεξιάς αμυγδαλής σε αμφότερες τις ομάδες των ασθενών συγκριτικά με τους αντίστοιχους όγκους των φυσιολογικών μαρτύρων, με μια μέση διαφορά στη μελαγχολική κατάθλιψη, κατά 28% ως προς την αριστερή και κατά 26% ως προς τη δεξιά αμυγδαλή, και στην ψυχωτική κατάθλιψη, κατά 23% ως προς την αριστερή και 18% ως προς τη δεξιά αμυγδαλή (πίνακας 3).

Επίσης, αμφότερες οι ομάδες των ασθενών με κατάθλιψη εμφάνισαν σημαντικά μικρότερους όγκους της αριστερής πρόσθιας υπογονάτιας περιοχής σε σχέση με τους φυσιολογικούς μάρτυρες ($p=0,043$, με μία μέση διαφορά κατά 18%). Η ανά-

Πίνακας 2. Φαρμακευτική αγωγή.

	Σύνολο ασθενών (n=39)	Μελαγχολική κατάθλιψη (n=22)	Ψυχωτική κατάθλιψη (n=17)	Φυσιολογικοί μάρτυρες (n=18)
Τρικυκλικά	6	4	2	
SSRI	38	21	17	
SNRI	12	6	6	
Μιρταζαπίνη	4	3	1	
Κλασικά αντιψυχωσικά	7	4	3	
Άτυπα αντιψυχωσικά	23	8	15	
Βενζοδιαζεπίνες	18	9	9	
Άλλα φάρμακα*	24	12	12	6

*Φάρμακα για τη ρύθμιση της λειτουργίας του θυρεοειδούς (n=4), της αρτηριακής πίεσης (n=9), του διαβήτη (n=1), της λειτουργίας του γαστρεντερικού συστήματος (n=5), της οστεοπόρωσης (n=2), βιταμίνες (n=1) και αντιβιοτικά φάρμακα (n=2)

Πίνακας 3. Μέσες τιμές όγκων σε mm³ και σταθερές αποκλίσεις (SD) στους τύπους της κατάθλιψης και τους φυσιολογικούς μάρτυρες (όλοι οι όγκοι έχουν διορθωθεί βάσει του ενδοκρανιακού όγκου).

Όγκοι (Mean, SD)	Μελαγχολική κατάθλιψη (n=22)	Ψυχωτική κατάθλιψη (n=17)	Φυσιολογικοί μάρτυρες (n=18)	p
Δ. Ιππόκαμπος	2792±260,0	2826±213,3	2859±237,5	0,58
Α. Ιππόκαμπος	2757±246,1	2770±249,2	2797±240,3	0,82
Δ. Αμυγδαλή	1230±257,6	1168±218,0	881±121,7	<0,001
Α. Αμυγδαλή	1223±198,3	1219±225,1	893±133,7	<0,001
Δεξιά πρόσθια υπογονάτια	216,9±51,1	213,0±55,8	216,8±67,4	0,96
Αρ. πρόσθια υπογονάτια	197,39±60,2	198,4±56,2	234,07±45,1	0,05
Δεξιά οπίσθια υπογονάτια	417,6±108,7	424,2±68,3	426,2±92,1	0,74
Αρ. οπίσθια υπογονάτια	438,4±129,7	407,3±56,7	442,1±92,5	0,55
Ενδοκρανιακός όγκος mm ³ ×10 ⁶	1,21±0,26	1,14±0,10	1,21±0,11	0,25

λυση γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι διαφορές των όγκων μεταξύ των ομάδων δεν συσχετίζονται με διαφορές στις κατηγορίες των φαρμάκων. Όταν ελέγχθηκαν σε σχέση με την εκπαίδευση και την παρουσία άλλων παθήσεων, βρέθηκε ότι καμιά από αυτές δεν επηρεάζεται.

Σχέσεις των όγκων στη μελαγχολική και την ψυχωτική κατάθλιψη

Ασθενείς με μελαγχολική κατάθλιψη: Δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των όγκων και των δημογραφικών και κλινικών μεταβλητών, εκτός από τη σχέση της αριστερής και δεξιάς οπίσθιας

υπογονάτιας περιοχής με το φύλο, με σημαντικά αυξημένες μέσες τιμές στους άντρες (δεξιά: 546,52 mm³, αριστερή: 577,08 mm³) σε σχέση με τις γυναίκες (δεξιά: 379,81, αριστερή: 397,66) (δεξιά: $t=-3,90$, $p=0,001$, αριστερή: $t=-3,29$, $p=0,004$).

Ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη: ο όγκος του δεξιού ιπποκάμπου συσχετίστηκε με τα έτη εκπαίδευσης ($p=0,01$, $r=-0,57$) και ο αριστερός βρέθηκε μεγαλύτερος στους άντρες (μέση τιμή: 3019,23 mm³) σε σχέση με τις γυναίκες (μέση τιμή: 2667,06 mm³) ($p=0,004$, $t=-3,43$). Ο όγκος της αριστερής πρόσθιας υπογονάτιας περιοχής συσχετίστηκε με τη βαθμολογία στη Βραχεία Κλίμακα Εκτίμησης των Γνωστικών Λειτουργιών. Δεν βρέθηκαν άλλες συσχετίσεις μεταξύ των όγκων και των δημογραφικών και κλινικών μεταβλητών.

Συζήτηση

Εξ όσων γνωρίζουμε, η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που εξετάζει με τους όγκους του ιπποκάμπου, της αμυγδαλής και της υπογονάτιας περιοχής του προμετωπιαίου φλοιού σε ασθενείς με μελαγχολική κατάθλιψη και σε ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη σε σύγκριση με φυσιολογικούς μάρτυρες. Ο όγκος της αμυγδαλής βρέθηκε σημαντικά μεγαλύτερος αμφοτερόπλευρα και ο όγκος της αριστερής πρόσθιας υπογονάτιας περιοχής βρέθηκε μικρότερος σε αμφότερες τις ομάδες των καταθλιπτικών σε σύγκριση με τους φυσιολογικούς μάρτυρες, ενώ δεν βρέθηκαν διαφορές ως προς τους όγκους της δεξιάς πρόσθιας υπογονάτιας περιοχής και του ιπποκάμπου και της οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής αμφοτερόπλευρα.

Η έλλειψη διαφοροποίησης του όγκου της αμυγδαλής μεταξύ του μελαγχολικού και ψυχωτικού τύπου συμφωνεί με την παρατήρηση ότι ο όγκος της αμυγδαλής δεν συνδέεται με την κατάσταση της ψύχωσης.²³ Επίσης, είναι σύμφωνη με μελέτη που αναφέρει μεγαλύτερο όγκο αμυγδαλής στην ψυχωτική κατάθλιψη, αλλά όχι και στη σχιζοφρένεια, και η οποία προτείνει ότι ο αυξημένος όγκος της αμυγδαλής είναι ένας μη ειδικός δείκτης για την παρουσία μείζονος συναισθηματικού συνδρόμου.²⁴ Ο όγκος του ιπποκάμπου αναφέρεται ότι δεν έχει διαφορές μεταξύ ασθενών με ψυχωτική και μη ψυχωτική κατάθλιψη,²³ όπως και μεταξύ ασθενών

με μελαγχολική και άτυπη κατάθλιψη.¹³ Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που αναφέρει έλλειψη διαφοράς στον όγκο του ιπποκάμπου μεταξύ ασθενών με μελαγχολική κατάθλιψη, ασθενών με ψυχωτική κατάθλιψη και υγιών μαρτύρων.

Το εύρημα ότι ο όγκος της πρόσθιας υπογονάτιας περιοχής του προμετωπιαίου φλοιού είναι σημαντικά μικρότερος σε αμφότερους τους τύπους της κατάθλιψης, συμφωνεί με μελέτες που υποστηρίζουν ότι η περιοχή αυτή παίζει κεντρικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης.²⁵ Επιπρόσθετα, αυτή η έλλειψη διαφοράς θα μπορούσε να αποδοθεί στο ότι αμφότεροι ο μελαγχολικός και ο ψυχωτικός τύπος της κατάθλιψης μπορεί να χαρακτηρίζονται από υπερβολική ενοχή,²⁶ η οποία φαίνεται να συνδέεται βιβλιογραφικά με διαταραχές στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ της υπογονάτιας περιοχής και άλλων περιοχών που συνδέονται με αυτή.²⁰

Αν και οι μέσες τιμές του αριστερού και του δεξιού ιπποκάμπου ήταν μικρότερες σε αμφότερες τις ομάδες των ασθενών, αυτή η διαφορά δεν ήταν σημαντική. Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με δύο μετα-αναλύσεις που αναφέρουν μικρότερους όγκους ιπποκάμπου σε αδιαφοροποίητα ως προς την κλινική μορφή της κατάθλιψης δείγματα ασθενών σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες,^{7,8} αλλά συμφωνεί με πιο πρόσφατες μελέτες που εξετάζουν τον όγκο του ιπποκάμπου (α) σε ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη, μη-ψυχωτική κατάθλιψη και φυσιολογικούς μάρτυρες,²³ (β) σε ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη και φυσιολογικούς μάρτυρες²⁴ και (γ) σε καταθλιπτικούς ασθενείς σε σχέση με το φύλο.¹²

Οι ασθενείς με μελαγχολική κατάθλιψη και οι ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη είχαν σημαντικά μεγαλύτερο όγκο αμυγδαλής αμφοτερόπλευρα σε σχέση με τους φυσιολογικούς μάρτυρες. Τα αποτελέσματα αυτά επαναλαμβάνουν προηγούμενα ευρήματα σε νεότερους ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη²⁷⁻²⁹ σε σύγκριση με μελέτες που συμπεριλαμβάνουν ασθενείς με μεγαλύτερο ηλικιακό εύρος και αναφέρουν σημαντικά μικρότερους όγκους αμυγδαλής.^{30,31} Σε δύο άλλες μελέτες που αναφέρουν μικρότερους όγκους αμυγδαλής σε νέους ασθενείς με κατάθλιψη, οι ασθενείς δεν ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή.^{12,32} Ωστόσο, μόνο στις μελέτες που ανευρίσκεται σημαντικά μεγαλύτερος ο όγκος της

αμυγδαλής είναι ξεκάθαρο ότι οι συγκρίσεις έγιναν μετά από διόρθωση των όγκων σύμφωνα με το μέγεθος του εγκεφάλου ή βάσει ποσοστών του όγκου της αμυγδαλής και κάποιου δείκτη του μεγέθους του εγκεφάλου, όπως επίσης και ότι οι ασθενείς του δείγματος δεν εμφάνιζαν συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη στην παρούσα μελέτη δεν πληρούν τα κριτήρια για μελαγχολική ή άλλου τύπου κατάθλιψη.

Η αμυγδαλή, μέσω των συνδέσεων της με τον προμετωπιαίο φλοιό, τον αισθητικό φλοιό και τον ιπποκάμπο, και της επίδρασής της στη δρώσα και δηλωτική μνήμη, την προσοχή και την αντίληψη, έχει μια βαθιά επίδραση στο συναισθηματικό νόημα που αποδίδεται στα αντιληπτά ερεθίσματα.³³ Εικάζεται ότι η διόγκωσή της είναι αποτέλεσμα μιας ενεργοποίησης ανώτερου επιπέδου, όπως φαίνεται σε μελέτες τομογραφιών εκπομπής ποζιτρονίων και σε μελέτες με λειτουργικές μαγνητικές τομογραφίες,^{34,35} θεωρητικά, μέσω μιας αύξησης του αγγειακού όγκου ή μέσω νευροπλαστικών αλλαγών.³⁶ Αυτή η υπερ-λειτουργία της αμυγδαλής στην κατάθλιψη θα μπορούσε να αποτελεί αντιρροπιστικό αποτέλεσμα ως απάντηση σε ένα μπλοκάρισμα της διεργασίας που στοχεύει στην απόδοση συναισθηματικού νοήματος στα αντιληπτά ερεθίσματα.

Όσον αφορά στην υπογονάτια περιοχή του προμετωπιαίου φλοιού, αμφότερες οι ομάδες των ασθενών είχαν σημαντικά μικρότερο όγκο της αριστερής υπογονάτιας περιοχής συγκριτικά με τους φυσιολογικούς. Αυτό το εύρημα φαίνεται να επιβεβαιώνει προηγούμενα ευρήματα,^{20,32} αλλά ιδιαίτερα τα ευρήματα μελετών που αναφέρουν μικρότερο όγκο μόνο στο αριστερό ημισφαίριο.^{11,12,37} Επιπλέον, το εύρημα αυτό συμφωνεί με ευρήματα μελετών λειτουργικής τομογραφίας που αναφέρουν μειωμένη δραστηριότητα μόνο στον αριστερό υπογονάτιο φλοιό σε ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη,²⁵ όπως και μειωμένο μεταβολισμό γλυκόζης στο αριστερό ημισφαίριο μονοπολικών και διπολικών καταθλιπτικών σε σχέση με υγιείς μάρτυρες.²⁰

Δεν βρέθηκαν διαφορές κατά τη σύγκριση της αριστερής και δεξιάς οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής στις 3 ομάδες της παρούσας μελέτης, σε αντί-

θεση με μελέτη στη μείζονα κατάθλιψη με ψυχωτικά στοιχεία, που αναφέρει μικρότερους όγκους αριστερής υπογονάτιας περιοχής σε σύγκριση με φυσιολογικούς μάρτυρες.¹⁴ Ωστόσο, η διαφορά της μελέτης αυτής δεν παρέμεινε σημαντική όταν μελετήθηκε με Post hoc pairwise tests.

Υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί στην παρούσα μελέτη. Καταρχάς, υπήρξε μία σημαντική διαφορά σε σχέση με τα έτη εκπαίδευσης μεταξύ αμφοτέρων των υποομάδων των καταθλιπτικών ασθενών και των υγιών μαρτύρων, η οποία, όμως, κατά τον έλεγχο συμμεταβλητότητας δεν άλλαξε τα ευρήματά μας. Επίσης, συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ρυθμισμένες παθολογικές διαταραχές, όπως είναι η υπέρταση, τόσο στις ομάδες των ασθενών όσο και στην ομάδα των μαρτύρων. Ωστόσο, η επικράτηση αυτών των διαταραχών δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων και τα αποτελέσματα παρέμειναν επίσης αμετάβλητα μετά τον έλεγχο συμμεταβλητότητας. Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή. Εξετάσαμε τις επιδράσεις της στα ευρήματά μας, αλλά δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές σχέσεις μεταξύ της χρήσης φαρμακευτικής αγωγής και των όγκων των εγκεφαλικών δομών.

Η παρούσα μελέτη επεκτείνει ευρήματα προηγούμενων μελετών βάσει του ευρήματος ότι ασθενείς με μελαγχολική και ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη δεν διαφέρουν μεταξύ τους αναφορικά με τους όγκους του ιπποκάμπου, της αμυγδαλής και της πρόσθιας και οπίσθιας υπογονάτιας περιοχής του προμετωπιαίου φλοιού. Ωστόσο, υπήρξαν διαφορές μεταξύ αμφοτέρων των ομάδων των ασθενών και των φυσιολογικών μαρτύρων: η δεξιά και η αριστερή αμυγδαλή βρέθηκαν να έχουν μεγαλύτερο όγκο στους ασθενείς συγκριτικά με τους μάρτυρες, ενώ η αριστερή υπογονάτια περιοχή ήταν μικρότερη στους ασθενείς συγκριτικά με τους μάρτυρες.

Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση των εγκεφαλικών σχηματισμών που εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης, προκειμένου να κατανηθούν καλύτερα οι υποκείμενοι μηχανισμοί του εγκεφάλου. Ολοένα αυξάνονται τα δεδομένα που υποστηρίζουν ότι μια ποικιλία στο σχήμα της ενεργοποίησης των σχηματισμών που συμμετέχουν στο δίκτυο του εγκεφάλου έχει σαν αποτέλεσμα την ύπαρξη διαφορετικών μορφών του ίδιου συνδρόμου. Μια τέτοια υπόθεση θα μπορούσε να εξηγήσει την έλλειψη συστηματικότητας στα ευρή-

ματα που προκύπτουν από τη χρήση της δομικής νευροαπεικόνισης, η οποία είναι αξιοσημείωτη για ορισμένους εγκεφαλικούς σχηματισμούς όπως η αμυγδαλή, καθώς επίσης και την έλλειψη διαφοροποίησης σε σχέση με τον όγκο αυτών των σχηματισμών μεταξύ των διαφόρων μορφών της ίδιας διαταραχής, όπως υποστηρίζουν τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το Ίδρυμα Θεοδώρου-Θεοχάρη Κότσικα για την οικονομική συνεισφορά τους. Ο Christos Pantelis υποστηρίχθηκε οικονομικά από το NHMRC Senior Principal Research Fellowship (ID: 628386) and NHMRC Program Grant (ID: 566529).

A volumetric study of brain structures in subtypes of depression

K. Vasilopoulou, M. Papathanasiou, J. Michopoulos, F. Boufidou,
P. Oulis, C. Nikolaou, C. Pantelis, D. Velakoulis, L. Lykouras

*2nd Psychiatric Department & 2nd Laboratory of Radiology, University of Athens, "Attikon" General Hospital,
Biopathology & Immunology Laboratory, University of Athens,
1st Psychiatric Department, University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece
Melbourne Neuropsychiatry Centre, Department of Psychiatry,
The University of Melbourne and Melbourne Health, Victoria, Australia*

Psychiatriki 2011, 22:120–131

The aim of this study is to compare the volumes of hippocampus, amygdala and subgenual prefrontal cortex among patients with melancholic depression, patients with psychotic depression and normal controls. Thirty nine patients with a diagnosis of major depression (22 with melancholic and 17 with psychotic subtype) and 18 normal controls were included in the study. Hippocampal, amygdala, anterior and posterior subgenual cortex volumes were measured by manual tracings on magnetic resonance volumetric images and compared across the 3 groups. We identified larger amygdala volumes and smaller left anterior subgenual cortex volumes in both patient groups compared to controls. There were no differences in hippocampal, right anterior and posterior subgenual cortex volumes across the 3 groups. In conclusion, melancholic and psychotic depression were not differentiated regarding the volumes of the hippocampus, the amygdala, and anterior and posterior subgenual cortex, even though amygdala volumes and left anterior subgenual cortex volume of both patient groups were differentiated compared to controls.

Key words: Neuroimaging, depression, hippocampus, amygdala

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DC. 4th ed. *American Psychiatric Association*, Washington, 1994
- Lykouras L, Markianos M, Hatzimanolis J, Malliaras D, Stefanis C. Biogenic amines metabolites in delusional (psychotic) depression and melancholia subtypes of major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1994, 18:1261–1271
- Belanoff JK, Kalezhan M, Fleming Ficek SK, Schatzberg AF. Cortisol activity and cognitive changes in psychotic major depression. *Am J Psychiatry* 2001, 158:1612–1616
- Antonijevic I. HPA axis and sleep: identifying subtypes of major depression. *Stress* 2008, 11:15–27
- Michopoulos I, Zervas IM, Pantelis C, Tsaltas E, Papakosta VM, Boufidou F et al. Neuropsychological and hypothalamic-pituitary-axis function in female patients with melancholic and non-melancholic depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008, 258:217–225
- Politis A, Lykouras L, Mourtzouchou P, Christodoulou GN. Attentional disturbances in patients with unipolar psychotic depression: a selective and sustained attention study. *Compr Psychiatry* 2004, 45:452–459
- Campbell S, Marriott M, Nahmias C, MacQueen GM. Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2004, 161:598–607
- Videbech P, Ravnkilde B. Hippocampal volume and depression: a meta-analysis of MRI studies. *Am J Psychiatry* 2004, 161:1957–1966
- Hamilton JP, Siemer M, Gotlib ICH. Amygdala volume in major depressive disorder: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Mol Psychiatry* 2008, 13:993–1000
- Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, Nazeer, A, Adil J, Khan S et al. Reduced volume of orbitofrontal cortex in major depression. *Biol Psychiatry* 2002, 51:273–279
- Botteron KN, Raichle ME, Drevets WC, Heath AC, Todd RD. Volumetric reduction in left subgenual prefrontal cortex in early onset depression. *Biol Psychiatry* 2002, 51:342–344
- Hastings RS, Parsey RV, Oquendo MA, Arango V, Mann JJ. Volumetric analysis of the prefrontal cortex, amygdala, and hippocampus in major depression. *Neuropsychopharmacology* 2004, 29:952–959
- Greenberg DL, Payne ME, MacFall JR, Steffens DC, Krishnan RR. Hippocampal volumes and depressions subtypes. *Psychiatry Res* 2008, 163:126–132
- Coryell W, Nopoulos P, Drevets W, Wilson T, Andreasen NC. Subgenual prefrontal cortex volumes in major depressive disorder and schizophrenia: diagnostic specificity and prognostic implications. *Am J Psychiatry* 2005, 162:1706–1712
- Free SL, Bergin PS, Fish DR, Cook MJ, Shorvon SD, Stevens JM. Methods for normalization of hippocampal volumes measured with MR. *Am J Neuroradiol* 1995, 16:637–643
- Pruessner JC, Li LM, Serles W, Pruessner M, Collins DL, Kabani N et al. Volumetry of hippocampus and amygdala with high-resolution MRI and three-dimensional analysis software: minimizing the discrepancies between laboratories. *Cerebr Cort* 2000, 10:433–442
- Malykhin NV, Bouchard TP, Ogilvie CJ, Coupland NJ, Seres P, Camicioli R. Three-dimensional volumetric analysis and reconstruction of amygdala and hippocampal head, body and tail. *Psychiatry Res Neuroimag* 2007, 155:155–165
- Convit A, McHugh P, Wolf OT, de Leon MJ, Bobinski M, De Santi S et al. MRI volume of the amygdala: a reliable method allowing separation from the hippocampal formation. *Psychiatry Res Neuroimag* 1999, 90:113–123
- Mai JK, Assheuer J, Paxinos G. Atlas of the human brain. *Elsevier Academic Press*, 2004
- Drevets WC, Price JL, Simpson JR, Todd RD, Reich T, Vannier M et al. Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. *Nature* 1997, 386:824–827
- Brambilla P, Nicoletti MA, Harenski K, Sassi RB, Mallinger AG, Frank E et al. Anatomical MRI study of subgenual prefrontal cortex in bipolar and unipolar subjects. *Neuropsychopharmacology* 2002, 27:792–799
- Eritiaia J, Wood SJ, Stuart GW, Bridle N, Dudgeon P, Maruff P et al. An optimized method for estimating intracranial volume from magnetic resonance images. *Magnet Resonanc Med* 2000, 44:973–977
- Keller J, Shen L, Gomez RG, Garrett A, Solvason HB, Reiss A et al. Hippocampal and amygdalar volumes in psychotic and non-psychotic unipolar depression. *Am J Psychiatry* 2008, 165:872–880
- Velakoulis D, Wood SJ, Wong MTH, McGorry PD, Yung A, Phillips L et al. Hippocampal and amygdala volumes according to psychosis stage and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 2008, 63:139–149
- Skaf CR, Yamada A, Garrido GEJ, Buchpiguel CA, Akamine S, Castro CC et al. Psychotic symptoms in major depressive disorder are associated with reduced regional cerebral blood flow in the subgenual anterior cingulate cortex: a voxel-based single photon emission computed tomography (SPECT) study. *J Affect Disord* 2002, 68:295–305
- Thakur M, Hays J, Ranga K, Krishnan R. Clinical, demographic and social characteristics of psychotic depression. *Psychiatry Res* 1999, 86:99–106
- Lange C, Irle E. Enlarged amygdala volume and reduced hippocampal volume in young women with major depression. *Psycholog Med* 2004, 34:1059–1064
- Frodl T, Meisenzahl EM, Zetzsche T, Born C, Jager M, Groll C et al. Larger amygdala volumes in first depressive episode as compared to recurrent major depression and healthy control subjects. *Biol Psychiatry* 2003, 53:338–344
- van Eijndhoven P, van Wingen G, van Oijen K, Rijpkema M, Goraj B, Verkes RJ et al. Amygdala volume marks the acute state in the early course of depression. *Biol Psychiatry* 2009, 65:812–818
- Sheline YI, Gado MH, Price JL. Amygdala core nuclei volumes are decreased in recurrent major depression. *Neuroreport* 1998, 9:2023–2028
- von Gunten, Fox NC, Cipolotti L, Ron MA. A volumetric study of hippocampus and amygdala in depressed patients with subjective memory problems. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000, 12:493–498
- Tang Y, Wang F, Xie G, Liu J, Li L, Su L et al. Reduced ventral anterior cingulate and amygdala volumes in medication-naive females with major depressive disorder: a voxel-based

- morphometric magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Res Neuroimag* 2007, 157:83–86
33. Ledoux JE. Emotion and amygdala. In: Aggleton JP (ed) *The Amygdala: Neurobiological aspects of emotion, memory and mental dysfunction*. New York, Wiley-Liss, 1992:339–351
34. Drevets WC, Videen TO, Price JL, Preskorn SH, Carmichael ST, Raichle ME. A functional anatomical study of unipolar depression. *J Neurosci* 1992, 12:3628–3641
35. Siegle GJ, Steinhauer SR, Thase ME, Stenger VA, Carter CS. Can't shake that feeling: event-related fMRI assessment of sustained amygdala activity in response to emotional information in depressed individuals. *Biol Psychiatry* 2002, 51: 693–707
36. Frodl T, Meisenzahl EM, Zetzsche T, Bottlender R, Born C, Groll C et al. Enlargement of the amygdala in patients with a first episode of major depression. *Biol Psychiatry* 2002, 51: 708–714
37. Hirayashu Y, Shenton ME, Salisbury DF, Kwon JS, Wible CG, Fischer IA et al. Subgenual cingulate cortex volume in first-episode psychosis. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1091–1093

Αλληλογραφία: Κ. Βασιλοπούλου, Ψυχίατρος, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΠΓΝΑ «Αττικόν», Ρίμινι 1, 124 10 Χαϊδάρι, Αττική, Τηλ.: +30 210-58 32 426, +30 6937-100 454, Fax: +30 210-53 26 453, e-mail: panpsyclin@attikonhospital.gr, ntiana146@msn.com

Ερευνητική εργασία Research article

Η ανάπτυξη της Κλίμακας Εκτίμησης του Κινδύνου Αυτοκτονικότητας: Μια μελέτη σε γενικό πληθυσμό*

Κ.Ν. Φουντουλάκης, Ε. Παντούλα, Μ. Σιαμούλη, Κ. Μούτου, Χ. Gonda,
Z. Rihmer, Α. Ιακωβίδης, Η. Akiskal

Γ' Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,
Department of Clinical and Theoretical Mental health, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest, Hungary,
International Mood Disorders Center, University of California at San Diego, CA, USA

Ψυχιατρική 2011, 22:132–147

Η αυτοκτονία και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι σχετικά σπάνια γεγονότα αλλά με τεράστια σημασία λόγω της θνησιμότητας, της νοσηρότητας και της αναπηρίας που τις συνοδεύουν. Μέχρι σήμερα οι διάφορες κλίμακες που έχουν αναπτυχθεί πάσχουν από μια σειρά από σχεδιαστικά σφάλματα και προβλήματα στη διαδικασία ανάπτυξης. Η παρούσα εργασία στόχευε στην ανάπτυξη μιας ελεύθερα διαθέσιμης κλίμακας εκτίμησης της αυτοκτονικότητας, βασισμένης στη μελέτη γενικού πληθυσμού. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οδήγησε στην πειραματική διατύπωση 12 λημμάτων-ερωτήσεων που εκτιμούν διαφορετικές πλευρές της συνδεόμενης με την αυτοκτονικότητα συμπεριφοράς και εσωτερικής εμπειρίας. Τα λήμματα αυτά εφαρμόστηκαν σε πληθυσμό 734 ατόμων (40,6% άνδρες και 59,4% γυναίκες) ηλικίας $40,8 \pm 11,5$ ετών, αντιπροσωπευτικό του ενεργού εργασιακά πληθυσμού της χώρας. Χορηγήθηκαν επίσης το STAI και η CES-D. Καταρτίστηκαν πίνακες βαθμολόγησης με τη χρήση z-score. Έγινε παραγοντική ανάλυση και ταυτοποίηση υποκλιμάκων. Ο δείκτης άλφα του Cronbach ήταν 0,80 ενώ ταυτοποιήθηκαν 4 παράγοντες (Πρόθεση, Στάση απέναντι στη Ζωή, Ιστορικό και Φόβος) που ερμηνεύουν το 65% της συνολικής διασποράς. Υπήρξε ισχυρή συσχέτιση των βαθμολογιών της κλίμακας με τις βαθμολογίες STAI και CES-D. Η κλίμακα RASS παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες και αποτελεί τη μοναδική παγκοσμίως που αναπτύχθηκε με βάση τη μελέτη του γενικού πληθυσμού και τη χρήση z-score στη βαθμολόγησης της. Περαιτέρω προοπτικές μελέτες είναι απαραίτητες για να διερευνηθεί η πραγματική της προγνωστική ισχύς στην πρόβλεψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Λέξεις ευρετηρίου: Κλίμακα αυτοκτονικότητας, ψυχομετρικές ιδιότητες, γενικός πληθυσμός

* Η εργασία αυτή βραβεύθηκε στο 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, 5–8 Μαΐου 2011

Εισαγωγή

Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι σημαντικά και δαπανηρά προβλήματα της δημόσιας υγείας. Οι πρόσφατες έρευνες υποδηλώνουν ότι η επικράτηση ζωής των αποπειρών αυτοκτονίας που αντιμετωπίζονται ιατρικά είναι κατά προσέγγιση 3% για τις γυναίκες και 2% για τους άνδρες,^{1,2} ενώ οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες ποικίλουν από 5,5/100.000 για την Ελλάδα, έως πάνω από 40/100.000 για την Ουγγαρία και πάνω από 60/100.000 για ορισμένες ανατολικοευρωπαϊκές χώρες (π.χ. Λευκορωσία).³ Ο ψυχολογικός τους αντίκτυπος στα άτομα και τις οικογένειές τους και το τεράστιο κοινωνικό κόστος όσον αφορά στην ιατρική φροντίδα και την απώλεια της παραγωγικότητας, τις καθιστά κορυφαία προτεραιότητα στην ημερήσια διάταξη της υγείας. Σήμερα, η κατανόηση και η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την ψυχιατρική, και αυτό συμβαίνει ιδιαιτέρως επειδή κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών αρκετές ψυχολογικές μελέτες αυτοψίας σε θύματα αυτοκτονίας έδειξαν ότι η πλειοψηφία έπασχε από κάποια συναισθηματική διαταραχή, συνήθως μείζονα κατάθλιψη, με συχνή συννοσηρότητα με διάφορες άλλες ψυχικές διαταραχές, ειδικά αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές που σχετίζονται με χρήση ουσιών.⁴⁻¹⁰ Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι, παρά τις συχνές επαφές που είχαν με ιατρικές υπηρεσίες πριν το συμβάν της αυτοκτονίας, μόνο μια μικρή μειοψηφία θυμάτων αυτοκτονίας που έπασχαν από κατάθλιψη είχαν λάβει κατάλληλη αντικαταθλιπτική φαρμακοθεραπεία, και η παρατήρηση αυτή είναι ιδιαιτέρως ισχυρή όσον αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα.^{7,10-13}

Παρότι η πρόβλεψη και η πρόληψη της αυτοκτονίας και της συνδεόμενης με αυτήν συμπεριφοράς είναι προβληματικές, έχουν μέχρι σήμερα αναγνωριστεί ορισμένοι παράγοντες κινδύνου (πτωχή αυτοεκτίμηση, ανεπαρκείς ικανότητες επίλυσης προβλημάτων και απελπισία).¹⁴⁻¹⁶ Στις περισσότερες εμπειρικές έρευνες, η απελπισία (αρνητικές στάσεις ή προσδοκίες για τα μελλοντικά γεγονότα ζωής) έχει αναγνωριστεί ως ο πιο αξιόπιστος παράγοντας κινδύνου.¹⁷⁻²² Ωστόσο, η απελπισία περιλαμβάνει πολλαπλές όψεις θετικής και αρνητικής σκέψης,^{21,23-25} ενώ και η ελπίδα φαίνεται να είναι πολυδιάστατη (θετικές προσδοκίες για τον

εαυτό και για το μέλλον).²⁶⁻²⁹ Ο αυτοκτονικός μνηρ-
κασμός, ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η επιθυμία θά-
νατου είναι επίσης σημαντικά πεδία εκτίμησης.³⁰⁻³²

Προκειμένου να προληφθεί η αυτοκτονική και άλ-
λη αυτοτραυματική συμπεριφορά, είναι απαραίτητη
η έρευνα των πολλαπλών παραγόντων που εμπλέ-
κονται σε αυτή τη συμπεριφορά. Για την εκτίμηση
αυτών των παραγόντων, οι ερευνητές και οι κλινικοί
χρειάζονται ένα περιεκτικό αλλά φιλικό προς τον
χρήστη εργαλείο που να επιτρέπει την αξιόπιστη
συλλογή δεδομένων σε ένα ευρύ φάσμα περιβαλ-
λοντικών καταστάσεων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η κατασκευή
ενός εργαλείου αυτο-αναφοράς, το οποίο να περι-
λαμβάνει πολλαπλές επαναλήψιμες διαστάσεις, με
έμφαση περισσότερο σε εκείνα τα λήμματα που
περιγράφουν τη σχετιζόμενη με την αυτοκτονία συ-
μπεριφορά, παρά στα ισχυρά σχετιζόμενα κλινικά
χαρακτηριστικά (π.χ. απελπισία). Ένα τέτοιο εργα-
λείο θα παρέχει χρήσιμα δεδομένα για την ανάπτυ-
ξη ενός σχεδίου διαχείρισης του κλινικού κινδύνου
για έναν συγκεκριμένο ασθενή, ενώ παράλληλα θα
επιτρέπει τη σύγκριση των διαφορετικών ερευνητι-
κών μελετών της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ένας
κεντρικός άξονας σε αυτή την προσπάθεια ήταν να
αναπτύξουμε αυτό το εργαλείο με βάση μια μελέτη
σε γενικό πληθυσμό και να χρησιμοποιήσουμε κα-
νονιστικά δεδομένα και βαθμολογίες.

Υλικό και μέθοδος

Το πρώτο βήμα ήταν η ανασκόπηση της βιβλιο-
γραφίας και η αναγνώριση των κλιμάκων κατάθλι-
ψης και των κλιμάκων εκτίμησης της αυτοκτονικότη-
τας. Η έρευνα στο MEDLINE με τη χρήση των όρων
«αυτοκτονία» και «κλίμακα» και «ανάπτυξη» αρχικά
απέφερε 147 άρθρα. Εικοσιένα από αυτά θεωρήθη-
καν σχετικά για την παρούσα μελέτη. Η ανασκόπη-
σή τους οδήγησε στην ανάπτυξη 12 λημμάτων που
εκτιμούν διαφορετικές πλευρές της σχετιζόμενης
με την αυτοκτονία συμπεριφοράς και της εσωτερι-
κής εμπειρίας. Τα λήμματα αυτά εφαρμόστηκαν σε
734 άτομα του γενικού πληθυσμού (40,6% άνδρες
και 59,4% γυναίκες) ηλικίας 40,8±11,5. Το δείγμα της
μελέτης ήταν αντιπροσωπευτικό του ενεργού εργα-
ζόμενου ελληνικού πληθυσμού, ηλικίας 25-67 ετών.
Παρότι έγινε κάποια προσπάθεια να μην συμπερι-

ληφθούν φανερά ψυχικά ασθενείς (ιδιαίτερα ψυχωτικοί), δεν υπήρχε κάποια δομημένη μέθοδος αποφυγής αυτής της συνθήκης. Χορηγήθηκαν επίσης οι κλίμακες STAI και CES-D. Είναι ακόμη σημαντικό να σημειωθεί ότι η συλλογή των δεδομένων ολοκληρώθηκε το 2008, δηλαδή πριν αρχίσει η παρούσα οικονομική κρίση.

Η ανάλυση περιελάμβανε την ανάπτυξη περιγραφικών στατιστικών πινάκων για το δείγμα της μελέτης και ειδικά πίνακες συχνότητων για κάθε απάντηση σε κάθε λήμμα της καινούργιας κλίμακας. Με βάση αυτές τις συχνότητες, αναπτύχθηκε μία μέθοδος βαθμολόγησης. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε επίσης ανάλυση των λημμάτων και υπολογισμό του άλφα του Cronbach, παραγοντική ανάλυση με varimax normalized rotation και υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης pearson product moment μεταξύ της νέας κλίμακας και της ηλικίας, του BMI, του STAI-S, του STAI-T, και της CES-D. Επίσης εφαρμόστηκε διερευνητικό (exploratory) t-test ανάμεσα σε άτομα με υψηλό και χαμηλό CES-D (cut off 23/24) και ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό ιστορικό αυτοτραυματισμών ή αυτοκτονικών πράξεων.

Αποτελέσματα

Στο δείγμα της παρούσας μελέτης, από τα συνολικά 734 άτομα, τα 436 (59,40%) ήταν γυναίκες και τα 298 (40,60%) ήταν άνδρες. Η σύνθεση του δείγματος της μελέτης όσον αφορά στο φύλο και την ηλικία, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με την Ελληνική Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (<http://www.statistics.gr>) φαίνεται στον πίνακα 1. Ο πληθυσμός του δείγματος της μελέτης δεν περιλαμβάνει συνταξιούχους ή ασθενείς και με αυτή την έννοια είναι αντιπροσωπευτικός του ενεργού τμήματος του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας.

Πίνακας 1. Σύσταση του δείγματος της μελέτης όσον αφορά στο φύλο και την ηλικία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με την Ελληνική Εθνική Στατιστική Υπηρεσία για το 2009.

Ηλικιακή ομάδα	Ελληνικός πληθυσμός (προσέγγιση για το 2009)	Δείγμα μελέτης
Συνολικός πληθυσμός	11.282.751	734
Γυναίκες-Άνδρες	48-52%	40,6-59,4%
25-29 ετών	11,02%	25,81%
29-34 ετών	11,31%	12,90%
34-39 ετών	10,00%	15,44%
40-44 ετών	10,00%	13,13%
44-49 ετών	9,21%	10,60%
50-54 ετών	8,92%	10,14%
55-59 ετών	6,83%	8,29%
60-64 ετών	7,09%	3,69%

Η μέση ηλικία ήταν $40,80 \pm 11,48$ έτη (εύρος 25-67) και οι βαθμολογίες σε STAI-S, STAI-T, CES-D, καθώς και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) ήταν μέσα στο φυσιολογικό εύρος, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες (πίνακας 2). Ωστόσο, 84 άτομα (11,44%) είχαν βαθμολογία στη CES-D πάνω από το κατώφλι για την κατάθλιψη (<23). Από αυτούς, 62 ήταν γυναίκες (14,22%) και 22 ήταν άνδρες (7,38%). Επαγγελματικά δεδομένα ήταν διαθέσιμα για 533 άτομα (72,61%) και από αυτά το 63,41% ήταν υπάλληλοι (δημόσιοι ή ιδιωτικοί), το 11,63% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες και το 14,07% ήταν γιατροί, δικηγόροι, ιερείς, καθηγητές κ.λπ. Φαίνεται ότι το δείγμα της μελέτης αντιπροσωπεύει τον αστικό ελληνικό πληθυσμό, με μια υπεραντιπροσώπηση των υψηλότερων μορφωτικών επιπέδων. Η αναλυτική

Πίνακας 2. Βαθμολογίες STAI-S, STAI-T, CES-D και δείκτη μάζας σώματος (BMI) του δείγματος της μελέτης.

	Συνολικό δείγμα N=734				Γυναίκες N=436				Άνδρες N=298			
	Mean	Min	Max	SD	Mean	Min	Max	SD	Mean	Min	Max	SD
Ηλικία	40,80	25	67	11,48	39,43	25	65	10,87	42,82	25	67	12,06
STAI-S	38,83	20	80	11,96	39,75	20	77	11,69	37,48	20	80	12,25
STAI-T	42,71	3	78	10,07	44,30	20	71	9,70	40,39	3	78	10,17
CES-D	11,89	0	53	9,13	13,04	0	46	9,40	10,21	0	53	8,47
BMI	25,25	16	73	4,57	24,21	16	73	4,96	26,75	18	42	3,46

Πίνακας 3. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης.

	Αριθμός	(%)
Εργάστηκε, αλλά τώρα είναι άνεργος	0	0,00
Δεν εργάστηκε ποτέ και δεν εργάζεται τώρα	0	0,00
Υπάλληλος (δημόσιος ή ιδιωτικός)	338	63,41
Ελεύθερος επαγγελματίας (έμπορος, τεχνίτης)	62	11,63
Γιατρός, δικηγόρος, μηχανικός, ιερέας, καθηγητής κ.λπ.	75	14,07
Φοιτητής (ΑΕΙ ή ΤΕΙ)	12	2,25
Χειρώνακτας (εργάτης, οικοδόμος, αγρότης)	26	4,88
Νοικοκυρά	20	3,75
Σύνολο	533	100,00

σύνθεση του δείγματος όσον αφορά την εργασία φαίνεται στον πίνακα 3.

Ο πίνακας συχνοτήτων για τις απαντήσεις στα ξεχωριστά λήμματα της κλίμακας φαίνεται στον πίνακα 4. Οι συχνότητες αυτές οδήγησαν στον υπολογισμό των ποσοστημορίων και την ανάπτυξη μιας μεθόδου βαθμολόγησης η οποία φαίνεται στον πίνακα 5.

Η παραγοντική ανάλυση με τη χρήση των ακατέργαστων βαθμολογιών απέδωσε 4 παράγοντες οι οποίοι εξηγούν εξ ολοκλήρου το 64,95% της συνολικής διακύμανσης, ενώ η χρήση τυποποιημένων βαθμολογιών απέδωσε 3 παράγοντες οι οποίοι εξηγούν 59,19% της συνολικής διακύμανσης (πίνακας 6). Οι τρεις αυτοί παράγοντες αντιστοιχούν σε τρεις υποκλίμακες (Πρόθεση, Στάση απέναντι στη Ζωή και Ιστορικό) και οι βαθμολογίες τους φαίνονται

Πίνακας 4. Πίνακας συχνοτήτων των απαντήσεων στα ξεχωριστά λήμματα της κλίμακας.

Περιγραφή των λημμάτων	Καθόλου		Λίγο		Πολύ		Πάρα πολύ	
	0	(%)	1	(%)	2	(%)	3	(%)
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	428	58,31	230	31,34	56	7,63	20	2,72
Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	630	85,83	72	9,81	22	3,00	10	1,36
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;	41	5,59	30	4,09	119	16,21	544	74,11
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	556	75,75	116	15,80	40	5,45	22	3,00
Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;	688	93,73	32	4,36	12	1,63	2	0,27
Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;	707	96,32	18	2,45	8	1,09	1	0,14
Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	690	94,01	35	4,77	8	1,09	1	0,14
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	697	94,96	22	3,00	9	1,23	6	0,82
Απολαμβάνετε τη ζωή;	18	2,45	79	10,76	347	47,28	290	39,50
Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	322	43,87	286	38,96	96	13,08	30	4,09
	Ποτέ		Μια φορά		2-3 φορές		Πολλές φορές	
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	689	93,87	30	4,09	9	1,23	6	0,82
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	721	98,23	10	1,36	1	0,14	2	0,27

Πίνακας 5. Βαθμολογίες των ξεχωριστών λημμάτων της κλίμακας, που προκύπτουν από τον πίνακα συχνοτήτων των απαντήσεων.

	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Πολύ</i>	<i>Πάρα πολύ</i>
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	0	60	90	100
Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	0	85	95	100
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;	95	90	75	0
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	0	75	90	100
Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;	0	95	100	100
Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;	0	95	100	100
Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	0	95	100	100
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	0	95	100	100
Απολαμβάνετε τη ζωή;	100	85	40	0
Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	0	45	80	95
	<i>Ποτέ</i>	<i>Μια φορά</i>	<i>2-3 φορές</i>	<i>Πολλές φορές</i>
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	0	95	100	100
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	0	100	100	100

στον πίνακα 7. Αν χρησιμοποιηθούν οι ακατέργαστες βαθμολογίες για την κατασκευή των υποκλίμακων, τότε προκύπτει μια τέταρτη υποκλίμακα, η οποία περιλαμβάνει μόνο το λήμμα #1 (υποκλίμακα Φόβου).

Χρησιμοποιώντας τις ακατέργαστες βαθμολογίες, το άλφα του Cronbach ήταν ίσο με 0,75 (τυποποιημένη τιμή 0,80) με όλα τα λήμματα να είναι ισοδύναμα (το άλφα, αν διαγράφονταν το λήμμα, κυμαίνονταν μεταξύ 0,72–0,78). Με τη χρήση της τυποποιημένης βαθμολογίας, το άλφα του Cronbach ήταν ίσο με 0,79 (τυποποιημένη τιμή 0,82), και πάλι με όλα τα λήμματα να είναι ισοδύναμα (το άλφα, αν διαγράφονταν το λήμμα, κυμαίνονταν μεταξύ 0,76–0,80). Το άλφα ήταν 0,85 για την υποκλίμακα της Πρόθεσης, 0,69 για την υποκλίμακα της Στάσης απέναντι στη Ζωή και 0,52 για την υποκλίμακα του Ιστορικού.

Η συσχέτιση μεταξύ των ακατέργαστων και των τυποποιημένων βαθμολογιών για τα ξεχωριστά λήμματα, τις υποκλίμακες και το συνολικό σκορ από τη μία και της ηλικίας, του BMI, του STAI-S, του

STAI-T και της CES-D από την άλλη, φαίνονται στον πίνακα 8.

Η σύγκριση μεταξύ των ατόμων με βαθμολογία στη CES-D πάνω από το κατώφλι (cut-off) για κατάθλιψη (23/24) και εκείνων με βαθμολογία στην CES-D κάτω από το κατώφλι, υποδήλωσε ότι οι δύο ομάδες διέφεραν στις βαθμολογίες όλων των λημμάτων και των υποκλιμάκων, με την εξαίρεση των γυναικών για το λήμμα #1 (πίνακας 9). Το λήμμα #8 της CES-D αντανάκλα την ελπίδα/απελπισία και τη σχέση της με τα στοιχεία της RASS φαίνονται στον πίνακα 10. Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των ατόμων με ιστορικό αυτοτραυματισμών και αποπειρών αυτοκτονίας, όσον αφορά τα λήμματα της RASS, τη CES-D και την απελπισία, φαίνονται στον πίνακα 11. Πρέπει να σημειωθεί ότι 36 άτομα (4,9%) είχαν προηγούμενο ιστορικό αυτοτραυματισμού, 4 (0,54%) είχαν ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας και 9 (1,22%) είχαν προηγούμενο ιστορικό τόσο αυτοτραυματισμού όσο και αποπειρών αυτοκτονίας. Παρότι αυτές οι ομάδες ήταν μικρές, η διερευνητική ANOVA υποδήλωσε ότι τα άτομα που είχαν

Πίνακας 6. Παραγοντική ανάλυση με varimax normalized rotation.

	Ανάλυση με ακατέργαστες βαθμολογίες				Ανάλυση με τυποποιημένες βαθμολογίες		
	Παράγων 1	Παράγων 2	Παράγων 3	Παράγων 4	Παράγων 1	Παράγων 2	Παράγων 3
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	0,07	0,08	0,05	0,95	-0,04	0,36	0,54
Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	0,36	0,64	-0,03	0,01	0,68	0,39	-0,03
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;	0,20	0,64	-0,05	-0,23	0,22	0,64	-0,03
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	0,21	0,69	0,15	-0,04	0,39	0,55	-0,06
Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;	0,72	0,23	0,19	-0,08	0,82	0,03	0,13
Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;	0,86	0,19	0,10	-0,03	0,83	0,08	0,21
Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	0,81	0,16	0,04	0,06	0,68	0,26	0,10
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	0,79	0,18	0,03	0,14	0,80	0,14	0,24
Απολαμβάνετε τη ζωή;	0,05	0,69	0,02	0,22	-0,04	0,73	0,20
Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	0,12	0,71	0,14	0,14	0,20	0,72	0,06
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	0,00	0,08	0,85	0,07	0,19	-0,03	0,78
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	0,22	0,05	0,81	-0,01	0,26	-0,03	0,77
Εξηγούμενη διακύμανση	2,83	2,44	1,48	1,05	3,29	2,15	1,67
Αναλογία στο σύνολο	23,56%	20,31%	12,31%	8,77%	27,38%	17,88%	13,94%
Συνολική αναλογία της εξηγούμενης διακύμανσης				64,95%			59,19%

Πίνακας 7. Μέση βαθμολογία και τυπική απόκλιση των υποκλιμάκων. Το ποσοστό αντιπροσωπεύει την αναλογία της μέσης προς τη μέγιστη βαθμολογία.

	Mean	Min	Max	Std. Dev.	max score	(%)
Κλίμακα πρόθεσης	32,79	0,00	500	89,73	500	6,55
Κλίμακα στάσης απέναντι στη ζωή	103,29	0,00	390	94,93	390	26,48
Κλίμακα ιστορικού	36,08	0,00	300	48,74	300	12,02
Συνολική βαθμολογία	172,17	0,00	1015,00	180,26	1190	14,46

Πίνακας 8. Συσχετίσεις μεταξύ ακατέρργαστων και τυποποιημένων βαθμολογιών των ξεχωριστών λημμάτων, των υποκλιμάκων και της συνολικής βαθμολογίας και της ηλικίας του BMI, του STAI-S, του STAI-T και της CES-D. Σημαντικές θεωρούνται τιμές >0,09, με p στο 0,01 (με έντονα).

	Ακατέρργαστες βαθμολογίες					Τυποποιημένες βαθμολογίες				
	age	BMI	STAI-S	STAI-T	CES-D	age	BMI	STAI-S	STAI-T	CES-D
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	0,06	-0,03	0,21	0,25	0,21	0,06	-0,03	0,19	0,24	0,19
Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	0,08	0,00	0,20	0,24	0,41	0,08	0,07	0,23	0,28	0,43
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;	0,09	0,02	0,20	0,18	0,29	0,08	-0,05	0,23	0,21	0,32
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	0,08	0,07	0,26	0,29	0,41	0,08	-0,02	0,28	0,32	0,41
Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;	-0,02	-0,01	0,12	0,15	0,34	-0,05	-0,01	0,14	0,17	0,35
Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;	0,00	-0,01	0,11	0,14	0,31	-0,02	-0,01	0,12	0,16	0,32
Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	-0,03	-0,02	0,10	0,15	0,32	-0,06	-0,02	0,12	0,15	0,29
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	0,00	0,00	0,12	0,13	0,30	-0,01	0,00	0,16	0,16	0,35
Απολαμβάνετε τη ζωή;	0,07	0,01	0,35	0,40	0,50	0,07	0,00	0,36	0,42	0,51
Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	0,09	0,01	0,33	0,40	0,45	0,09	0,07	0,33	0,39	0,44
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	-0,01	-0,01	0,15	0,12	0,21	-0,05	-0,01	0,17	0,12	0,24
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	0,02	0,01	0,08	0,09	0,12	-0,03	0,02	0,11	0,13	0,17
Κλίμακα πρόθεσης	-0,02	-0,01	0,14	0,17	0,39	-0,01	0,02	0,21	0,25	0,46
Κλίμακα στάσης απέναντι στη Ζωή	0,12	0,03	0,39	0,43	0,58	0,11	0,00	0,41	0,45	0,57
Κλίμακα ιστορικού	0,00	-0,01	0,14	0,13	0,21	0,01	-0,02	0,24	0,26	0,30
Κλίμακα φόβου	0,06	-0,03	0,21	0,25	0,21					
Συνολική βαθμολογία	0,09	0,01	0,38	0,43	0,61	0,06	0,00	0,38	0,43	0,61

μόνο αυτοτραυματισμούς διέφεραν από αυτά με παλαιότερη απόπειρα αυτοκτονίας και από αυτά με αυτοτραυματισμούς και παλαιότερη απόπειρα αυτοκτονίας όσον αφορά στη συνολική RASS, και την υποκλίμακα πρόθεσης ($p<0,001$), καθώς και ότι τα άτομα με αυτοτραυματισμούς στο παρελθόν δι-

έφεραν από τα άτομα με αυτοτραυματισμούς και απόπειρες αυτοκτονίας στην υποκλίμακα του ιστορικού ($p<0,001$). Δεν ανιχνεύθηκαν διαφορές ανάμεσα σε αυτές τις ομάδες όσον αφορά στην υποκλίμακα Στάσης απέναντι στη Ζωή, τη συνολική CES-D και το λήμμα της απελπισίας.

Πίνακας 9. Σύγκριση των ατόμων με βαθμολογίες CES-D πάνω και κάτω από το όριο (cut-off) για κατάθλιψη (23/24), όσον αφορά στις βαθμολογίες στα ξεχωριστά λήμματα, τις υποκλίμακες και τη συνολική βαθμολογία.

	Ανδρες n=298										Γυναίκες n=436										
	CES-D<24					CES-D>23					CES-D<24					CES-D>23					
	Mean	SD	Mean	SD	t-value	df	p	Mean	SD	Mean	SD	t-value	df	p	Mean	SD	Mean	SD	t-value	df	p
Λήμμα #1	22,68	32,18	51,82	39,11	-4,02	296	0,000	30,29	35,28	34,03	37,17	-0,77	434	0,444							
Λήμμα #2	7,70	25,06	36,82	45,45	-4,86	296	0,000	9,59	27,40	43,39	45,34	-8,07	434	0,000							
Λήμμα #3	17,86	34,22	53,86	42,26	-4,66	296	0,000	18,01	33,73	43,06	42,50	-5,21	434	0,000							
Λήμμα #4	13,59	30,27	45,91	43,52	-4,65	296	0,000	17,43	33,44	51,94	42,33	-7,22	434	0,000							
Λήμμα #5	3,48	17,98	22,05	41,62	-4,07	296	0,000	3,60	18,27	26,61	43,67	-7,13	434	0,000							
Λήμμα #6	1,03	9,87	26,36	44,08	-7,57	296	0,000	2,06	13,95	15,73	36,17	-5,32	434	0,000							
Λήμμα #7	3,10	16,90	31,14	46,67	-6,18	296	0,000	3,32	17,50	23,31	41,61	-6,48	434	0,000							
Λήμμα #8	2,83	16,39	34,77	47,09	-7,15	296	0,000	2,35	15,01	18,79	38,68	-5,96	434	0,000							
Λήμμα #9	23,68	26,56	53,64	31,25	-5,02	296	0,000	28,80	26,67	63,06	28,99	-9,25	434	0,000							
Λήμμα #10	24,31	28,97	55,23	34,14	-4,75	296	0,000	30,74	29,61	64,19	26,49	-8,36	434	0,000							
Λήμμα #11	4,22	19,84	17,50	38,01	-2,77	296	0,006	4,13	19,57	20,24	39,63	-5,01	434	0,000							
Λήμμα #12	1,09	10,39	13,64	35,13	-4,13	296	0,000	0,27	5,17	9,68	29,81	-5,64	434	0,000							
Υποκλίμακα πρόθεσης	18,13	62,71	151,14	196,89	-7,50	296	0,000	20,91	65,92	127,82	151,81	-9,34	434	0,000							
Υποκλίμακα στάσης απέναντι στη ζωή	79,44	80,66	208,64	113,39	-6,99	296	0,000	94,97	83,34	222,26	103,33	-10,74	434	0,000							
Υποκλίμακα ιστορικού	27,99	45,25	82,95	84,06	-5,06	296	0,000	34,69	42,35	63,95	63,55	-4,65	434	0,000							
Συνολική βαθμολογία	125,56	139,10	442,73	290,52	-9,25	296	0,000	150,57	136,69	414,03	247,84	-12,23	434	0,000							

Πίνακας 10. Σχέση ανάμεσα στο λήμμα # 8 (ελπίδα/απελπισία) της CES-D, τα στοιχεία της κλίμακας RASS και τη συνολική βαθμολογία της CES-D. Σημαντικές θεωρούνται τιμές $>0,09$, με p στο 0,01 (με έντονα).

	Απελπισία (CES-D λήμμα# 8)
CES-D	0,53
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	0,11
Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	0,24
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;	0,24
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	0,29
Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο;	0,11
Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία.	0,17
Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	0,14
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	0,15
Απολαμβάνετε τη ζωή;	0,35
Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	0,28
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	0,09
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	0,07
Κλίμακα πρόθεσης	0,22
Κλίμακα στάσης απέναντι στη ζωή	0,40
Κλίμακα ιστορικού	0,14
Συνολική βαθμολογία	0,35

Συζήτηση

Η Ελλάδα είναι μια από τις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά ολοκληρωμένης αυτοκτονίας στον κόσμο (5,5/100.000).³ Η παρούσα μελέτη αναφέρεται στην ανάπτυξη της Κλίμακας Εκτίμησης του Κινδύνου της Αυτοκτονικότητας (Risk Assessment of Suicidality Scale-RASS), η οποία είναι το πρώτο εργαλείο που χρησιμοποιεί μία μέθοδο βαθμολόγησης προερχόμενη από τα ποσοστημόρια, βασισμένη σε μια μελέτη στον γενικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα εισηγούνται ότι η κλίμακα έχει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή και αποτελείται από τρεις υποκλίμακες (Πρόθεση, Στάση απέναντι στη Ζωή και Ιστορικό). Η RASS συσχετίζεται σημαντικά με την STAI-S, την STAI-T, τη CES-D και την απελπισία, όχι όμως με την ηλικία και τον BMI.

Από τη στιγμή που η παρούσα μελέτη είναι εγκάρσιας διατομής, δεν υπάρχει σημείο αναφοράς σε σχέση με το οποίο θα πρέπει να επικυρωθεί η RASS. Μπορούν να συλλεχθούν μόνο πληροφορίες που

αφορούν στην κατανομή του αυτοκτονικού ιδεασμού και των σχετικών σκέψεων, όπως επίσης και πληροφορίες για το προηγούμενο ιστορικό αυτοτραυματισμού και απόπειρων αυτοκτονίας. Ωστόσο, η χρησιμότητα τέτοιου είδους πληροφοριών δεν είναι ξεκάθαρη. Παρότι αποτελούν ευρέως αποδεκτούς παράγοντες κινδύνου, η προγνωστική τους εγκυρότητα είναι αλήθεια πως είναι περιορισμένη. Αρκετοί παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά έχουν αναγνωριστεί και ταξινομηθεί ως πρωτογενείς (όπως η παρουσία ψυχιατρικών και σωματικών παθήσεων, η σοβαρή σωματική νόσος, οι προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας), δευτερογενείς (αντίξοες περιστάσεις ζωής και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου) και τριτογενείς (δημογραφικοί παράγοντες, όπως το ανδρικό φύλο και η μεγάλη ηλικία).^{7,10} Ένας αριθμός παραγόντων κινδύνου έχει προταθεί και μελετηθεί, συμπεριλαμβανομένων της απελπισίας, του σωματότυπου,³³ του σκεπτικού περιεχομένου, της βαρύτητας της κατάθλιψης, των ικανοτήτων επιτυχούς αντιμετώπισης,³⁴ κ.λπ. Οι

Πίνακας 11. Σύγκριση των ατόμων με ιστορικό αυτοτραυματισμού και αποπειρών αυτοκτονίας όσον αφορά στα λήμματα της RASS, την CES-D και την απελπισία.

	Αυτοτραυματισμός στο παρελθόν				Απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν			
	Όχι (N=689)		Ναι (n=45)		Όχι (n=721)		Ναι (n=13)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	p
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	27,47	34,38	42,44	39,03	28,06	34,77	46,92	0,005
Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	11,45	29,82	29,33	42,06	11,92	30,32	47,31	0,000
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;	20,63	35,79	29,00	39,82	20,58	35,71	52,69	0,001
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	18,78	34,44	34,67	43,52	19,11	34,71	55,38	0,000
Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;	5,18	21,77	19,33	39,12	5,22	21,86	51,92	0,000
Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;	2,95	16,68	12,78	32,95	2,68	15,90	51,92	0,000
Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	5,15	21,65	15,00	35,36	5,06	21,48	44,23	0,000
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	3,94	19,17	19,44	39,34	4,44	20,29	30,00	0,000
Απολαμβάνετε τη ζωή;	29,72	28,69	42,67	33,53	30,13	29,13	51,54	0,009
Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	30,62	30,97	51,11	30,34	31,26	31,02	66,54	0,000
Υποκλίμακα πρόθεσης	28,68	82,37	95,89	154,02	29,33	81,90	225,38	0,000
Υποκλίμακα στάσης απέναντι στη ζωή	99,75	93,39	157,44	102,74	101,07	93,48	226,15	0,000
Σύνολο RASS	156,49	162,88	412,44	252,25	163,28	165,26	665,77	0,000
CES-D	11,34	8,69	20,47	11,40	11,69	9,01	23,62	0,000
Απελπισία λήμμα #8 CES-D	1,11	0,98	1,47	1,06	1,12	0,98	1,62	0,074

στάσεις απέναντι στη ζωή και τον θάνατο μπορεί να σχετίζονται με τις αυτοκτονικές τάσεις με έναν διαφορετικό τρόπο. Στους εφήβους, η αυτοκτονικότητα συσχετίστηκε αρνητικά με την έλξη για τον θάνατο και θετικά με την απέχθεια για τη ζωή.³⁵ Στα αυτοκτονικά άτομα, η απελπισία για το μέλλον είναι ένα πολυδιάστατο κατασκευάσμα, η έλλειψη ωστό-σο θετικής μελλοντικής σκέψης είναι πιο σημαντική από την παρουσία αρνητικής μελλοντικής σκέψης.²¹ Μετά από έλεγχο για καταθλιπτικά συμπτώματα, η συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή λειτουργικότητα και τη συνεχιζόμενη αυτοκτονική συμπεριφορά δεν ήταν πλέον σημαντική.³²

Η προγνωστική αξία, ωστόσο, απέχει πολύ από το να είναι ικανοποιητική. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλότερος όταν είναι παρόντες πρωτογενείς παράγοντες κινδύνου. Η παρουσία δευτερογενών και τριτογενών παραγόντων κινδύνου υποδεικνύει υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας σχεδόν μόνο παρουσία και πρωτογενών παραγόντων κινδύνου.^{9,10} Δυστυχώς, η συσχέτιση των παραγόντων κινδύνου και της αυτοκτονίας είναι κυρίως στατιστική, αφού προβλέπει μεμονωμένες περιπτώσεις αυτοκτονίας και μόνο σε έναν περιορισμένο βαθμό. Σε κάθε περίπτωση, η ενημερότητα γύρω από τους παράγοντες κινδύνου είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για τους κλινικούς στην εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας.

Κλινικά, οι πιο ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες μιας απόπειρας αυτοκτονίας θεωρούνται η απελπισία, η ενοχή και η σχετική προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά, ωστόσο αυτά είναι φαινόμενα που σχετίζονται με την κατάσταση (state-related) και εξαρτώνται από τη σοβαρότητα, ενώ η υποτροπή του αυτοκτονικού ιδεασμού στην πορεία των καταθλιπτικών επεισοδίων εμφανίζει μεγάλη συνέπεια.^{10,36-39} Επίσης, η παρουσία μικτών συμπτωμάτων (ψευδο-μονοπολική κατάθλιψη) ή διέγερσης, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο τόσο της απόπειρας όσο και της ολοκληρωμένης αυτοκτονίας.^{9,40-43} Δυστυχώς, από τη στιγμή που η πλειοψηφία των θυμάτων αυτοκτονίας πεθαίνουν με την πρώτη απόπειρα,^{10,44} το ιστορικό προηγούμενων αποπειρών έχει σχετικά περιορισμένη αξία στην πρόληψη της αυτοκτονίας.

Από την άλλη, τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονι-

κών ασθενών επικοινωνούν την πρόθεσή τους να αυτοκτονήσουν σε μια δομή παροχής ψυχιατρικής φροντίδας παρά σε μια δομή παροχής γενικής ιατρικής φροντίδας (59–19%). Τα ίδια ποσοστά αντανakλώνται και στη θεραπεία. Στις δομές ψυχιατρικής φροντίδας δίνονται αντικαταθλιπτικά στο 60% των θυμάτων, σε αντίθεση με το μόλις 16% στις δομές της γενικής ιατρικής φροντίδας.¹¹

Έτσι, η πρόληψη της αυτοκτονίας δεν είναι αδύνατη, παρότι ακόμα αποτελεί μία δύσκολη αποστολή. Το στατιστικό γεγονός είναι ότι, παρότι η κατάθλιψη σχετίζεται πολύ στενά με την αυτοκτονία, πάνω από τα δύο τρίτα των καταθλιπτικών ασθενών ποτέ δεν επιχειρούν να αυτοκτονήσουν και η συντριπτική πλειοψηφία των καταθλιπτικών ποτέ δεν διαπράττει ολοκληρωμένη αυτοκτονία, υποδεικνύοντας ότι άλλοι πιο ειδικοί (σχετιζόμενοι με την αυτοκτονία) και μη-ειδικοί παράγοντες, εκτός από τη μείζονα κατάθλιψη, μπορεί επίσης να παίζουν αποφασιστικό ρόλο. Οι ψυχωτικοί ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να εφαρμόσουν βίαιες μεθόδους αυτοκτονίας, όπως τη χρήση όπλων, τον απαγχονισμό ή της πτώση από ύψος,¹¹ εμφανίζοντας έτσι υψηλότερο κίνδυνο ολοκληρωμένης αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους μη ψυχωτικούς καταθλιπτικούς.⁴⁵

Στην παρούσα μελέτη, 36 άτομα (4,9%) είχαν προηγούμενο ιστορικό αυτοτραυματισμού, 4 (0,54%) είχαν ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας και 9 άτομα (1,22%) είχαν προηγούμενο ιστορικό τόσο αυτοτραυματισμών όσο και αποπειρών αυτοκτονίας. Οι απόλυτοι αριθμοί είναι μικροί και τα ποσοστά παρόμοια με αυτά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία που αφορά άλλες χώρες,^{1,2} παρότι μια συστηματική ανασκόπηση της επικράτησης των αυτοκτονικών φαινομένων στους εφήβους (128 μελέτες και 513.188 έφηβοι) ανέφερε ότι η μέση ποσοστιαία αναλογία των εφήβων που αναφέρει ότι έχει επιχειρήσει αυτοκτονία σε κάποια στιγμή της ζωής τους ήταν 9,7%, ενώ 29,9% των εφήβων έλεγαν ότι είχαν κάποια στιγμή σκεφτεί την αυτοκτονία. Η παρούσα μελέτη είναι επίσης η πρώτη αναφορά τέτοιων επιδημιολογικού τύπου αποτελεσμάτων από την Ελλάδα. Παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός ότι τα άτομα με προηγούμενο ιστορικό μόνο αυτοτραυματισμού διέφεραν από αυτά με απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν μόνο όσον αφορά στην υποκλίμακα

ιστορικού, όχι όμως όσον αφορά στην υποκλίμακα Στάσης απέναντι στη Ζωή.

Μέχρι τώρα έχει αναπτυχθεί ένας σημαντικός αριθμός εργαλείων, τα οποία εκτιμούν διαφορετικές πτυχές και παράγοντες κινδύνου της αυτοκτονικότητας και των σχετιζόμενων συμπεριφορών. Όλες σχεδόν εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα προβλεπτικής ακρίβειας, κυρίως επειδή οι αυτοκτονικές σκέψεις και τάσεις σπάνια οδηγούν σε αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ η ολοκληρωμένη αυτοκτονία είναι σπάνιο φαινόμενο.⁴⁶ Οι κλινικές διαγνωστικές κλίμακες δεν μπορούν να προβλέψουν την αυτοκτονία στο άτομο, και τα αυστηρά βαθμολογικά κατώφλια (cut-off) δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται στο να μας υπαγορεύουν τον τύπο της παρέμβασης.²⁰ Ενώ η Beck Hopelessness Scale μετρά έναν μόνο παράγοντα κινδύνου,⁴⁷ άλλες κλίμακες εκτιμούν μια ποικιλία παραγόντων κινδύνου και συμπεριφορών.

Οι περισσότερες εμφανίζουν ικανοποιητική αξιοπιστία, όπως η Deliberate Self-Harm Inventory και η Self-Harm Questionnaire⁴⁸ (άλφα του Cronbach=0,81–0,96),⁴⁹ η Depression and Suicide Screen (DSS) με άλφα του Cronbach=0,62,⁵⁰ η Herth Hope Index (HHI) με άλφα του Cronbach=0,97,²⁶ η Nowotny Hope Scale για ασθενείς με καρκίνο με άλφα του Cronbach=0,90,²⁸ η Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory, η οποία περιλαμβάνει 2 παράγοντες (Positive και Negative Ideation)²⁵ με τον PANSI-Negative να έχει άλφα του Cronbach=0,96 και τον PANSI-Positive να έχει άλφα του Cronbach=0,89.²³ Η Suicide Resilience Inventory-25 έχει άλφα του Cronbach 0,90–0,95⁵¹ και η Suicidal Trigger Scale (STS)-2 έχει άλφα του Cronbach=0,95.⁵²

Η Beck Hopelessness Scale⁵³ εκτιμά την απελπισία που θεωρείται ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία, η απόδοση ωστόσο ήταν χαμηλότερη από την αναμενόμενη.²² Η κινεζική έκδοση της Suicide Intent Scale (SIS) αποτελείται από 3 παράγοντες (Προφυλάξεις, Σχεδιασμός και Σοβαρότητα) που εξηγούν το 92,9% της συνολικής διακύμανσης.⁵⁴ Η Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS) αποτελείται από τέσσερις παράγοντες με υποκλίμακες που εκτιμούν τον Αυτοκτονικό Ιδεασμό, τις Σκέψεις Θανάτου, την Απώλεια των Προσωπικών

και Κοινωνικών Αξιών και το Αντιλαμβανόμενο Νόημα της Ζωής.⁵⁵ Η Herth Hope Index (HHI) περιλαμβάνει δύο παράγοντες: τη θετική ετοιμότητα και προσδοκία και τη διασυνδεδετικότητα, που ερμηνεύουν το 41% της συνολικής διακύμανσης.²⁶ Η Life Attitudes Schedule (LAS) μετρά τέσσερις κατηγορίες διαφορετικού περιεχομένου: σχετιζόμενη με τον θάνατο, σχετιζόμενη με την υγεία, σχετιζόμενη με τον τραυματισμό και σχετιζόμενη με τον εαυτό, και περιλαμβάνει θετικές (ενισχυτικές για τη ζωή) και αρνητικές (απειλητικές για τη ζωή) συμπεριφορές.⁵⁶ Η Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) εκτιμά μεταβλητές που σχετίζονται με τη μέθοδο, τη φονικότητα και την παρορμητικότητα της πράξης, την πιθανότητα της διάσωσης, την αυτοκτονική πρόθεση ή αμφιθυμία και άλλα κίνητρα, συνέπειες και συνήθεις αυτοτραυματισμούς.⁵⁷ Η Nowotny Hope Scale για τους ασθενείς με καρκίνο έχει 6 διαστάσεις για την ελπίδα (υποκλίμακες): «εμπιστοσύνη στο αποτέλεσμα», «πιθανότητα για ένα μέλλον», «σχετίζεται με άλλους», «πνευματικές πεποιθήσεις», «προέρχεται από μέσα» και «ενεργή συμμετοχή».²⁸ Η Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory περιλαμβάνει 2 παράγοντες, τον Θετικό Ιδεασμό (Positive Ideation) και τον Αρνητικό Ιδεασμό (Negative Ideation).²⁵ Η University of Texas at San Antonio Future Disposition Inventory (UTSA FDI) είναι σχεδιασμένη να εκτιμά σκέψεις και συναισθήματα που αναφέρονται στο μέλλον και σχετίζονται με συμπεριφορές που εμπεριέχουν κίνδυνο αυτοκτονίας: θετικός εστιασμός, αυτοκτονικός προσανατολισμός και αρνητικός εστιασμός.²⁴ Η Suicide Resilience Inventory-25 περιλαμβάνει 3 συσχετιζόμενους παράγοντες, τον Εσωτερικό Προστατευτικό, τη Συναισθηματική Σταθερότητα και τον Εξωτερικό Προστατευτικό.⁵¹ Η παραγοντική ανάλυση έξι κλιμάκων σχετιζόμενων με την αυτοκτονικότητα (Hopelessness Scale, Zung Self-Rating Depression Scale, Scale for Suicide Ideation, Reasons for Living Inventory, Suicide Probability Scale και Suicide Ideation Questionnaire) απέδωσε τέσσερις παράγοντες (Αυτοκτονικές/Αρνητικές Ιδέες, Λόγοι για να Ζεις, Αυτο-αμφιβολία και Αυτοκτονική Επιθυμία).⁵⁸ Η Trinity Inventory of Precursors to Suicide (TIPS) έχει μία μόνο παραγοντική λύση.⁵⁹ Η Suicidal Trigger Scale (STS-2) έχει 2 παράγοντες (σχεδόν ψυχωτική

σωματοποίηση και μηρυκαστική πλημμύρα, και απελπισία).⁵²

Άλλες προσεγγίσεις εκτίμησης της αυτοκτονικότητας περιλαμβάνουν τη χρήση των έξι λημμάτων του MMPI-2 που αναφέρονται πιο ευθέως στην αυτοκτονία (Λήματα 150, 303, 506, 520, 524 και 530– συνιστούν τη Suicidal Potential Scale-SPS) και την αυτοκτονική συμπεριφορά.⁶⁰ Άλλα εργαλεία είναι το Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care⁶¹ και η Children's Hope Scale.²⁹

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, η RASS είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο το οποίο μπορεί να αποβεί χρήσιμο στην εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας στον γενικό πληθυσμό αλλά και στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Επειδή είναι απλό και σύντομο, μπορεί εύκολα να χρησιμοποιηθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα, μια και έως και το 66% των ατόμων που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοκτονούν, έρχονται σε επαφή με τον γενικό γιατρό ή τον ψυχίατρο 4 εβδομάδες πριν την αυτοκτονική πράξη.^{12,62}

Παράρτημα

Η κλίμακα Εκτίμησης του Κινδύνου Αυτοκτονικότητας (RASS)

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σημειώνοντας το τετράγωνο στα δεξιά που αντιστοιχεί καλύτερα σ' αυτό που ισχύει για σας κατά την τελευταία εβδομάδα

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
1. Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	☐	☐	☐	☐
2. Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	☐	☐	☐	☐
3. Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/η τώρα;	☐	☐	☐	☐
4. Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	☐	☐	☐	☐
5. Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;	☐	☐	☐	☐
6. Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;	☐	☐	☐	☐
7. Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	☐	☐	☐	☐
8. Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	☐	☐	☐	☐
9. Απολαμβάνετε τη ζωή;	☐	☐	☐	☐
10. Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	☐	☐	☐	☐
11. Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	Ποτέ	Μια φορά	2-3 φορές	Πολλές φορές
12. Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	Ποτέ	Μια φορά	2-3 φορές	Πολλές φορές

Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): A population-based study

K.N. Fountoulakis, E. Pantoula, M. Siamouli, K. Moutou, X. Gonda,
Z. Rihmer, A. Iacovides, H. Akiskal

3rd Department of Psychiatry, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Greece
Department of Clinical and Theoretical Mental Health, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest, Hungary
International Mood Disorders Center, University of California at San Diego, CA, USA

Psychiatriki 2011, 22:132–147

Suicide and suicide attempts are significant and costly public health problems. In order to prevent suicidal and other self-injurious behavior, research on the multiple factors involved in these behaviors with comprehensive and user-friendly instruments is necessary. The aim of the current study was to construct a self-report instrument with emphasis on the items which describe suicide-related behavior itself rather than strongly related clinical features on the basis of a general population study. Twelve items comprising a new scale were applied to 734 subjects from the general population (40.6% males and 59.4% females) aged 40.8 ± 11.5 , along with the STAI and the CES-D. The scoring method was developed on the basis of frequency table of responses to the individual scale items. The factor analysis returned 3 factors explaining 59.19% of total variance (Intention, Life, and History). The Cronbach's alpha was 0.85 for the Intention, 0.69 for the Life and 0.52 for the History subscale. The RASS is a reliable and valid instrument which might prove valuable in the assessment of suicidal risk in the general population as well as in mental patients.

Key words: Suicidality scale, psychometric properties, general population

Βιβλιογραφία

1. Platt S et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* 1992, 85:97–104
2. Schmidtke A et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996, 93:327–338
3. WHO. Suicide Rates (per 100,000), by country, year, and gender. 2011 [cited; Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/]
4. Badawi MA et al. Psychopathology and attrition in the Baltimore ECA 15-year follow-up 1981–1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999 34:91–98
5. Barraclough B et al. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974, 125:355–373
6. Beautrais AL et al. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996, 153:1009–10014
7. Henriksson MM et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993, 150:935–940
8. Monkman M. *Epidemiology of Suicide*. Epidemiology Reviews, 1987, 9:51–62
9. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007, 20:17–22
10. Rihmer Z, Belso N, Kiss K. Strategies for suicide prevention. *Curr Opin Psychiat* 2002, 15:83–87
11. Isometsa ET et al. Suicide in major depression in different treatment settings. *J Clin Psychiatry* 1994, 55:523–527
12. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002, 159:909–916

13. Rihmer Z et al. Suicide in subtypes of primary major depression. *J Affect Disord* 1990, 18:221–225
14. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:1174–1182
15. Brent DA et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32:521–529
16. De Man AF, Leduc CP. Suicidal ideation in high school students: depression and other correlates. *J Clin Psychol* 1995, 51:173–181
17. Beck AT. Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Ann N Y Acad Sci* 1986, 487:90–96
18. Beck AT, Brown G, Steer RA. Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *J Consult Clin Psychol* 1989, 57:309–310
19. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985, 142:559–563
20. Cochrane-Brink KA, Lofchys JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 2000, 22:445–451
21. MacLeod AK et al. Hopelessness and positive and negative future thinking in parasuicide. *Br J Clin Psychol* 2005, 44:495–504
22. McMillan D et al. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychol Med* 2007, 37:769–778
23. Osman A et al. The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) inventory: psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *J Pers Assess* 2002, 79:512–30
24. Osman A et al. Development and initial psychometric properties of the University of Texas at San Antonio Future Disposition Inventory. *J Clin Psychol* 2010, 66:410–429
25. Osman A et al. The positive and negative suicide ideation inventory: development and validation. *Psychol Rep* 1998, 82:783–793
26. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* 1992, 17:1251–1259
27. Hinds PS, Gattuso JS. Measuring hopefulness in adolescents. *J Pediatr Oncol Nurs* 1991, 8:92–94
28. Nowotny ML. Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncol Nurs Forum* 1989, 16:57–61
29. Snyder CR et al. The development and validation of the Children's Hope Scale. *J Pediatr Psychol* 1997, 22:399–421
30. Evans E et al. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav* 2005, 35:239–250
31. Haynes SN, Lench HC. Incremental validity of new clinical assessment measures. *Psychol Assess* 2003, 15:456–466
32. Spirito A et al. Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003, 32:284–289
33. Bjerkset O et al. Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. *Am J Epidemiol* 2008, 167:193–202
34. Dinya E et al. Profiles of suicidality and clusters of Hungarian adolescent outpatients suffering from suicidal behaviour. *Psychopathology* 2009, 42:299–310
35. Cotton CR, Range LM. Suicidality, hopelessness, and attitudes toward life and death in clinical and nonclinical adolescents. *Death Stud* 1996, 20:601–610
36. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiat* 2007, 20:17–22
37. Sokero P et al. Decline in suicidal ideation among patients with MDD is preceded by decline in depression and hopelessness. *J Affect Disord* 2006, 95:95–102
38. Valtonen H et al. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry* 2005, 66:1456–1462
39. Williams JM et al. Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *J Affect Disord* 2006, 91:189–194
40. Akiskal HS et al. Agitated “unipolar” depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord* 2005, 85:245–258
41. Balazs J et al. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *J Affect Disord* 2006, 91:133–138
42. Rihmer Z, Akiskal H. Do antidepressants treat (en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Disord* 2006, 94:3–13
43. Isometsa ET et al. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry* 1994, 151:530–536
44. Isometsa E et al. Suicide in psychotic major depression. *J Affect Disord* 1994, 31:187–191
45. Angst J et al. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Arch Suicide Res* 2005, 9:279–300
46. Burk F, Kurz A, Moller HJ. Suicide risk scales: do they help to predict suicidal behaviour? *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1985, 235:153–157
47. Aish AM, Wasserman D, Renberg ES. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? *Psychol Med* 2001, 31:367–372
48. Gutierrez PM et al. Development and initial validation of the Self-harm Behavior Questionnaire. *J Pers Assess* 2001, 77:475–490
49. Fliege H et al. Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *J Psychosom Res* 2006, 61:113–121
50. Fujisawa D et al. The development of a brief screening instrument for depression and suicidal ideation for elderly: the Depression and Suicide Screen. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005, 59:634–638
51. Osman A et al. Suicide Resilience Inventory-25: development and preliminary psychometric properties. *Psychol Rep* 2004, 94(3 Pt 2):1349–1360
52. Yaseen Z et al. Construct development: The Suicide Trigger Scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. *BMC Psychiatry* 2010, 10:110
53. Lennings CJ. Suicide and time perspective: an examination of Beck and Yufit's suicide-risk indicators. *J Clin Psychol* 1992, 48:510–516
54. Gau SS et al. Development of a Chinese version of the Suicide Intent Scale. *Suicide Life Threat Behav* 2009, 39:332–342
55. Heisel MJ, Flett GL. The development and initial validation of the geriatric suicide ideation scale. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006, 14:742–751

56. Lewinsohn PM et al. The life attitudes schedule: a scale to assess adolescent life-enhancing and life-threatening behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 1995, 25:458–474
57. Linehan MM et al. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychol Assess* 2006, 18: 303–312
58. Range LM, Antonelli KB. A factor analysis of six commonly used instruments associated with suicide using college students. *J Pers Assess* 1990, 55:804–811
59. Smyth CL, MacLachlan M. Confirmatory factor analysis of the Trinity Inventory of Precursors to Suicide (TIPS) and its relationship to hopelessness and depression. *Death Studies* 2005, 29:333–350
60. Glassmire DM et al. The utility of MMPI-2 suicide items for assessing suicidal potential: development of a Suicidal Potential Scale. *Assessment* 2001, 8:281–290
61. Hermes B et al. Suicide risk assessment: 6 steps to a better instrument. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2009, 47:44–49
62. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry* 1998, 173:462–474

Αλληλογραφία: Κ.Ν. Φουντουλάκης, Επίκ. Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Γ' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 6945-776935, +302310-994622, Fax: +302310266570
e-mail: k-fount@med.auth.gr, k-fount@panafonet.gr

Ειδικό άρθρο Special article

Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στις στερεοτυπίες

Ε. Καλούδη, Χ. Χριστοδούλου, Β. Κονταξάκης, Λ. Λύκουρας, Μ. Λειβαδίτης

Ψυχιατρική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Ψυχιατρική 2011, 22:148–157

Οι στερεοτυπίες ανήκουν στις διαταραχές της ψυχοκινητικότητας και συναντώνται σε πλήθος διαταραχών. Το παρόν άρθρο αναφέρεται στο θέμα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στις στερεοτυπίες, ενώ γίνεται παράλληλα μια ανασκόπηση των ψυχοθεραπευτικών τεχνικών που ήδη εφαρμόζονται στις διαταραχές αυτές. Στην παρούσα μελέτη αναφέρονται τα ακόλουθα είδη ψυχοθεραπευτικών τεχνικών που εφαρμόζονται για την αντιμετώπισή τους: (α) Θεραπεία συμπεριφοράς, (β) Θεραπεία περιβάλλοντος η οποία μπορεί να συνδυαστεί επιτυχώς με την εργοθεραπεία, (γ) Θεραπεία οικογένειας και (δ) Ψυχοθεραπεία υποστηρικτική ή γνωσιακή ή ψυχοδυναμική. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την ανεύρεση των άρθρων, πάνω στα οποία στηρίχτηκε η συγκεκριμένη εργασία, ήταν η αναζήτηση σε ιστοσελίδες του διαδικτύου. Τα άρθρα που βρέθηκαν ήταν συνολικά 44, από τα οποία αξιοποιήθηκαν και μελετήθηκαν εκτενέστερα τα 25 που ήταν απόλυτα σχετικά με το θέμα της εργασίας. Από αυτά τα 25 άρθρα, τα 12 αποτελούν περιγραφές περιπτώσεων, τα 7 είναι θεωρητικές εργασίες και τα 5 αποτελούν ανασκοπήσεις. Επιπλέον, συμπεριλαμβάνεται και μία επιδημιολογική ερευνητική εργασία. Σύμφωνα με τα περισσότερα άρθρα που μελετήθηκαν, η θεραπεία συμπεριφοράς θεωρείται η πιο αποτελεσματική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για τη μείωση των στερεοτυπιών. Βασίζεται σε τεχνικές όπως η συστηματική απευαισθητοποίηση, ο περιβαλλοντικός εμπλουτισμός, η θετική ενίσχυση εναλλακτικών συμπεριφορών και η αρνητική ενίσχυση των «προβληματικών» συμπεριφορών. Η θεραπεία περιβάλλοντος, σε συνδυασμό με την εργοθεραπεία, στοχεύει στη διαμόρφωση ενός κατάλληλου περιβάλλοντος μέσα στο οποίο το άτομο θα ανακτήσει τη λειτουργικότητά του. Η θεραπεία οικογένειας έχει ως στόχο τη σωστή ενημέρωση των συγγενών του ατόμου σχετικά με τις στερεοτυπίες. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία εστιάζεται στα τρέχοντα προβλήματα της ζωής του ασθενούς. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία έχει ως στόχο τη διόρθωση των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων του ατόμου. Τέλος, η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία εστιάζεται στην αποκατάσταση ή ενίσχυση των αμυντικών μηχανισμών του ατόμου. Η έρευνα στο πεδίο των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στις στερεοτυπίες είναι ελλιπής. Θα ήταν σκόπιμο να σχεδιαστούν έρευνες για να μελετήσουν περισσότερο το θέμα των θεραπευτικών παρεμβάσεων σε αυτές.

Λέξεις ευρετηρίου: Στερεοτυπίες, ψυχοθεραπείες, θεραπεία συμπεριφοράς

Εισαγωγή

Οι στερεοτυπίες ανήκουν στις διαταραχές της ψυχοκινητικότητας και πιο συγκεκριμένα στις παρακινήσεις, οι οποίες αφορούν σε ποικίλους τύπους παράδοξων κινητικών εκδηλώσεων των ασθενών. Χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενες κινήσεις, χωρίς την εξυπηρέτηση κανενός εμφανούς σκοπού υπό οποιοσδήποτε συνθήκες.¹ Επιπλέον, ενδέχεται να χαρακτηρίζονται και από επαναλαμβανόμενες φράσεις² ή ακόμη και από επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (π.χ. ο ασθενής γράφει κάθε μέρα το ίδιο γράμμα, ζωγραφίζει το ίδιο σχέδιο κ.ά.).³ Πριν αναφερθούμε στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στις στερεοτυπίες, είναι σκόπιμο να γίνει μια ανασκόπηση σχετικά με τις νοσηρές καταστάσεις στις οποίες αυτές εντάσσονται και στις τεχνικές που ήδη εφαρμόζονται στις διαταραχές αυτές.

Οι στερεοτυπίες, απλές και σύνθετες, συναντώνται κυρίως στις σχιζοφρενικές διαταραχές και πιο συχνά στην κατατονική σχιζοφρένεια (π.χ. κύκλοι στον αέρα, λίκνισμα, στρατιωτικό βάδισμα). Δευτερευόντως εμφανίζονται στις μείζονες διαταραχές της συναισθηματικής διάθεσης, περισσότερο στη μείζονα κατάθλιψη (π.χ. ο ασθενής βηματίζει πάνω-κάτω, τραβά τα μαλλιά του, το δέρμα του και τα ρούχα του) ή στη μανία (π.χ. γέλωτες, στριφογύρισμα των χεριών), καθώς και στις γνωστικές διαταραχές (π.χ. επιλογή ακατάλληλων λανθασμένων λέξεων, βωμολοχία).¹ Αξίζει να σημειωθεί ότι οι στερεοτυπίες συναντώνται επιπλέον και στις βαριά εκτεταμένες διαταραχές της ανάπτυξης, με πιο συχνή την ειδική περίπτωση του αυτισμού (π.χ. συστροφή των χεριών ή των δακτύλων, στερεότυπη χρήση της γλώσσας), στη διαταραχή Gilles de la Tourette (π.χ. πολλαπλά κινητικά ή/και φωνητικά τικ) στη διαταραχή στερεοτυπικών κινήσεων (π.χ. ταλάντευση του σώματος, χτύπημα του κεφαλιού, σκάλισμα του δέρματος), καθώς και στην περίπτωση της διανοητικής καθυστέρησης (π.χ. φάγωμα νυχιών, στριφογύρισμα των μαλλιών).⁴

Οι παρεμβάσεις που συνηθέστερα επιλέγονται για την αντιμετώπιση των στερεοτυπιών κατά περίπτωση –καθώς όπως προαναφέρθηκε το κλινικό αυτό σημείο μπορεί να εμφανιστεί στα πλαίσια πλήθους

διαταραχών– αφορούν σε σωματικού τύπου και ψυχοθεραπευτικού τύπου.

Οι σωματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν κυρίως τη φαρμακοθεραπεία, ιδιαίτερα τη χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων που σε κάποιες περιπτώσεις και για καλύτερα αποτελέσματα μπορούν να συνδυαστούν επιτυχώς με τις βενζοδιαζεπίνες οι οποίες δρουν, κυρίως, κατασταλτικά. Το είδος της φαρμακευτικής αγωγής που τελικά θα εφαρμοστεί, θα εξαρτηθεί από την υποκείμενη πάθηση. Επιπλέον, στις σωματικές θεραπείες συμπεριλαμβάνεται και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), η οποία ενδείκνυται κυρίως στην οξεία φάση ή όταν ο ασθενής δεν απαντά στη φαρμακοθεραπεία.⁴

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αφορούν καταρχήν στη θεραπεία συμπεριφοράς, η οποία αποτελεί μια θεραπευτική προσέγγιση που απευθύνεται σε ειδικά συμπτώματα ή προβλήματα συμπεριφοράς, όπως είναι οι στερεοτυπίες. Επιπλέον, περιλαμβάνουν τη θεραπεία περιβάλλοντος, η οποία απευθύνεται στο περιβάλλον (π.χ. οι χώροι, η δομή των ανθρώπινων διαντιδράσεων, η θεραπευτική φιλοσοφία κ.ά.) μέσα στο οποίο γίνεται η φροντίδα του ατόμου. Η θεραπεία περιβάλλοντος μπορεί να συνδυαστεί επιτυχώς με την εργοθεραπεία που είναι απαραίτητο συμπλήρωμα στα πλαίσια μιας γενικότερης προσπάθειας αποκατάστασης του ασθενούς. Η θεραπεία οικογένειας αφορά κυρίως στην εκπαίδευση των συγγενών πάνω στους πρακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του ασθενούς.⁴ Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία περιορίζεται, τουλάχιστον κατά τα πρώτα στάδια, στα τρέχοντα προβλήματα της ζωής του ασθενούς.³ Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία προσφέρει ανακούφιση στον ασθενή που βρίσκεται σε μια κατάσταση σωματικής νόσου, εσωτερικής αναταραχής ή αποδιοργάνωσης. Έχει ως σκοπό την ανακούφιση του άγχους και την ενίσχυση των αμυντικών μηχανισμών του ατόμου. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία στοχεύει στη διόρθωση των δυσλειτουργικών γνωσιακών σχημάτων του ασθενούς αλλά και των συνεπειών αυτού του αρνητικού τρόπου σκέψης. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί επιτυχώς με τη θεραπεία συμπεριφοράς αλλά και με τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία. Τέλος, η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί

να εφαρμοστεί σε ένα δεύτερο χρόνο, όταν το άτομο είναι κινητοποιημένο για αλλαγή, και στοχεύει στην αποκατάσταση των αμυντικών μηχανισμών και στην ανασυγκρότηση του Εγώ του.⁴

Σκοπός και μεθοδολογία

Στην εισαγωγή έγινε μια προσπάθεια αναφοράς σε όλους τους θεραπευτικούς σχεδιασμούς οι οποίοι ενδέχεται να εφαρμοστούν για την αντιμετώπιση των στερεοτυπών. Ωστόσο, στη συνέχεια θα γίνει επικέντρωση στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, αφού σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του τρόπου με τον οποίο οι συγκεκριμένες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της κλινικής αυτής κατάστασης.

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την ανεύρεση των άρθρων, πάνω στα οποία στηρίχτηκε η συγκεκριμένη εργασία, ήταν η αναζήτηση σε ιστοσελίδες του διαδικτύου. Συγκεκριμένα, τα άρθρα, τα οποία είναι σε γλώσσα αγγλοσαξονική, αναζητήθηκαν στις ιστοσελίδες www.google.com, www.pubmed.com, www.sciencedirect.com και www.elsevier.com.

Οι λέξεις-κλειδιά (key words) που χρησιμοποιήσαμε για την ανεύρεση άρθρων σχετικών με τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στις στερεοτυπίες είναι οι εξής: stereotypy, psychotherapy. Εντοπίσαμε συνολικά 44 άρθρα, από τα οποία αξιοποιήσαμε και μελετήσαμε εκτενέστερα τα 25 που ήταν απόλυτα σχετικά με το θέμα της εργασίας.

Αποτελέσματα και συζήτηση

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, μελετήσαμε και αξιοποιήσαμε 25 άρθρα για τη συγκεκριμένη εργασία. Από αυτά τα 25 άρθρα, τα 12 αποτελούν περιγραφές περιπτώσεων (πίνακας 1), τα 7 θεωρητικές εργασίες (πίνακας 2) και 5 αποτελούν ανασκοπήσεις (πίνακας 3). Επιπλέον, συμπεριλαμβάνεται και μία ερευνητική εργασία η οποία είναι επιδημιολογική μελέτη των δεδομένων για τα έτη 1993–2003 (40 παιδιά, 9 μηνών–17 ετών με κινητικές στερεοτυπίες). Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές μελέτες περιπτώσεων συμπεριλαμβάνονται στις ανασκοπήσεις. Από τα υπόλοιπα 19 άρθρα, τα 16 δεν ήταν σχετικά με το

θέμα της εργασίας ενώ τα άλλα 3 δεν ήταν σε αγγλοσαξονική γλώσσα.

Η έρευνα στο πεδίο των στερεοτυπών, αλλά και γενικότερα των λεγομένων «προβληματικών» επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών, είναι σχετικά ελλιπής και γι' αυτόν τον λόγο η γνώση γι' αυτού του είδους τα προβλήματα αλλά και για τη θεραπεία τους δεν είναι επαρκής. Μια κοινή εξήγηση είναι ότι οι στερεοτυπίες και οι άλλες ανάλογες επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές δεν θεωρούνται τόσο σοβαρές όσο άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις (π.χ. σχιζοφρένεια ή μείζων κατάθλιψη), στις οποίες οι «προβληματικές» επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές μπορεί να αντιμετωπίζονται ως δευτερεύοντα συμπτώματα. Πιθανότατα αυτό να είναι αλήθεια αλλά υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι, για κάποια άτομα, τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτές τις συμπεριφορές μπορούν να προκαλέσουν μια σειρά από σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες.⁵ Επιπλέον, οι στερεοτυπίες μπορεί να είναι πρωτογενείς ή δευτερογενείς, κάτι που εξαρτάται αφενός και από τα άλλα συνοδά συμπτώματα⁶ και αφετέρου από την έκπτωση της λειτουργικότητας που ενδέχεται να επιφέρουν.⁷ Η παρούσα εργασία, όπως προαναφέρθηκε, εστιάζεται στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω.

Αρχικά, η θεραπεία συμπεριφοράς θεωρείται η πιο αποτελεσματική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, όσον αφορά στην αντιμετώπιση των στερεοτυπών. Συνολικά θα λέγαμε ότι τουλάχιστον το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας, σχετικά με τη θεραπεία συμπεριφοράς, προτείνει ότι πολλά είδη στερεοτυπών τροφοδοτούνται από μια «αυτόματη» ή ασυνείδητη θετική ενίσχυση, η οποία κινείται παράλληλα με τον αποκλεισμό άλλων ενεργών λειτουργιών (π.χ. κοινωνική ενίσχυση). Η ερμηνεία της «αυτόματης» ή ασυνείδητης θετικής ενίσχυσης στηρίζεται σε μελέτες, οι οποίες έχουν αποδείξει ότι: (α) η επιμονή των στερεοτυπών εμφανίζεται παράλληλα με την απουσία κοινωνικών συνεπειών, (β) οι στερεοτυπίες εξασθενούν, όταν υπάρχουν εναλλακτικές πηγές «αυτόματης» ενίσχυσης (μέσω, για παράδειγμα, περιβαλλοντικής υποστήριξης), (γ) παρατηρείται μείωση των στερεοτυπών, όταν τα παράγωγα της αντίστοιχης συμπεριφοράς μπλοκά-

Πίνακας 1. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στις στερεοτυπίες: περιγραφές περιπτώσεων.

<i>Συγγραφέας</i>	<i>Αριθμός περιπτώσεων και είδος παρέμβασης</i>	<i>Αξιολόγηση-Αποτελέσματα</i>
Rapp et al (2004) ⁹	Περιγραφή περίπτωσης Τρία πειράματα πραγματοποιήθηκαν σε 5 παιδιά με αυτισμό ή σχετικές αναπτυξιακές δυσκολίες	Ανάδειξη του σύνθετου χαρακτήρα της αξιολόγησης όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στις στερεοτυπίες
O'Sullivan et al (1997) ¹⁰	Περιγραφή περίπτωσης Αξιολόγηση συγκεκριμένης περίπτωσης μέσω παρατήρησης και συνεντεύξεων	Ανάδειξη του σύνθετου φαινομένου της τριχοτιλλομανίας όσον αφορά στις ψυχολογικές και βιολογικές παραμέτρους του
Murphy et al (2000) ¹¹	Περιγραφή περίπτωσης Αξιολόγηση συγκεκριμένης περίπτωσης μέσω παρατήρησης και συνεντεύξεων	Ανάδειξη της επιθετικής συμπεριφοράς ως «απάντησης» στην άρση των στερεοτυπών
Borrero et al (2002) ¹²	Περιγραφή περίπτωσης Πειραματικές παρεμβάσεις που διήρκησαν πέντε ημέρες σε 2 παιδιά με νοητική υστέρηση και σύνδρομο Down	Αξιολόγηση του προστατευτικού περιβάλλοντος στις στερεοτυπίες με αυτοκαταστροφικό χαρακτήρα
Loftin et al (2008) ¹³	Περιγραφή περιπτώσεων Αξιολόγηση 3 παιδιών με αυτισμό μέσω παρατήρησης και συνεντεύξεων	Αξιολόγηση της σχέσης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης με τις κινητικές στερεοτυπίες
Deckersbach et al (2002) ¹⁶	Περιγραφή περιπτώσεων Αξιολόγηση 3 περιπτώσεων με σοβαρά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μέσω παρατήρησης και συνεντεύξεων	Αξιολόγηση της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας των στερεοτυπών με αυτοκαταστροφικό περιεχόμενο
Shore et al (1997) ¹⁸	Περιγραφή περιπτώσεων Τρία πειράματα πραγματοποιήθηκαν σε 3 άτομα με αναπτυξιακές δυσκολίες	Αξιολόγηση του ενισχυτικού περιβάλλοντος όσον αφορά στην άρση των στερεοτυπών με αυτοκαταστροφικό χαρακτήρα
Kennedy et al (2000) ²⁴	Περιγραφή περιπτώσεων Δύο πειράματα/ασκήσεις πραγματοποιήθηκαν σε 5 παιδιά με αυτισμό	Ανάδειξη της σύνθετης λειτουργίας των στερεοτυπών στα παιδιά με αυτισμό καθώς και προτάσεις για θεραπεία
Fisher et al (1998) ²⁵	Περιγραφή περιπτώσεων Τρία πειράματα πραγματοποιήθηκαν σε 2 άτομα με νοητική υστέρηση	Ανάδειξη του ρόλου του ενισχυτικού περιβάλλοντος στη θεραπεία των στερεοτυπών
Smith et al (2002) ²⁶	Περιγραφή περιπτώσεων Πραγματοποιήθηκε σειρά πειραματικών παρεμβάσεων σε 4 άτομα με αναπτυξιακές δυσκολίες	Ανάδειξη της σημασίας των περιβαλλοντικών παραμέτρων στην εκδήλωση διαταραχών συμπεριφοράς
Thompson et al (2001) ²⁷	Περιγραφή περιπτώσεων Πραγματοποιήθηκε σειρά πειραματικών παρεμβάσεων σε 27 ενήλικες (30–57 ετών) με αναπτυξιακές δυσκολίες	Ανάδειξη του ρόλου της προσοχής ως σημαντικής συνθήκης για διαταραχές συμπεριφοράς αλλά και του θυμού ως μέσου κοινωνικής αλληλεπίδρασης
Vollmer et al (2001) ²⁸	Περιγραφή περιπτώσεων Πραγματοποιήθηκε σειρά πειραματικών παρεμβάσεων σε 11 άτομα με αναπτυξιακές δυσκολίες	Αξιολόγηση πιθανών δυνατοτήτων απόμων με σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς

Πίνακας 2. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στις στερεοτυπίες: θεωρητικές εργασίες.

Συγγραφέας	Αποτελέσματα
Woods et al (2001) ⁵	Παρουσίαση των τύπων συμπεριφορικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση των στερεοτυπιών
Singer (2009) ⁶	Παρουσίαση των κινητικών στερεοτυπιών
Shprecher et al (2009) ⁷	Σύντομη αναφορά στις φαρμακευτικές και μη παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των στερεοτυπιών
Walsh et al (1988) ¹⁵	Ανασκόπηση του φαινομένου των στερεοτυπιών με αυτοκαταστροφικό περιεχόμενο
Richman (2008) ¹⁹	Ανάδειξη της σημασίας της πρώιμης παρέμβασης στις στερεοτυπίες με αυτοκαταστροφικό περιεχόμενο παιδιών με αναπτυξιακές δυσκολίες
Lenker et al (2004) ²²	Αξιολόγηση της τεχνολογικής ενίσχυσης των συμπεριφορικών παρεμβάσεων στις στερεοτυπίες
Scherer et al (2005) ²³	Ανάδειξη της σημασίας των προσωπικών και ψυχοκοινωνικών παραμέτρων όσων αφορά στην τεχνολογική ενίσχυση των συμπεριφορικών παρεμβάσεων στις στερεοτυπίες

ρονται ή εξασθενούν, (δ) παρατηρείται αύξηση της εναλλακτικής συμπεριφοράς, όταν η προσέγγιση των στερεοτυπιών γίνεται ακριβώς στη βάση της ενίσχυσης αυτής της εναλλακτικής συμπεριφοράς και (ε) εμφανίζονται τακτικές αλλαγές στα επίπεδα των στερεοτυπιών, όταν υπάρχουν προηγούμενοι περιορισμοί τους (π.χ. αλλαγή στους εγκατεστημένους χειρισμούς).⁸ Παρομοίως, μελέτες έχουν δείξει ότι παρεμβάσεις όπως η συστηματική απευαισθητοποίηση, ο περιβαλλοντικός εμπλουτισμός, η θετική ενίσχυση εναλλακτικών συμπεριφορών, μέσω της ανταμοιβής, και η αρνητική ενίσχυση των «προβληματικών» συμπεριφορών, μέσω της τιμωρίας, έχουν αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές για τη μείωση και εξασθένιση των στερεοτυπιών.⁷

Πίνακας 3. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στις στερεοτυπίες: ανασκοπήσεις.

Συγγραφέας	Αριθμός περιπτώσεων και χρονική περίοδος μελέτης	Είδος παρέμβασης-αξιολόγηση
Rapp et al (2005) ⁸	(n=81) (1963–2004)	Συμπεριφορική θεραπεία των στερεοτυπιών
Favazza (1998) ¹⁴	(n=73) (1946–1997)	Στερεοτυπίες με αυτοκαταστροφικό περιεχόμενο
Lancioni et al (2009) ¹⁷	(n=82) (1995–2007)	Συμπεριφορικές στρατηγικές παρέμβασης στις στερεοτυπίες απόμων με διανοητικές διαταραχές
Matson et al (2008) ²⁰	(n=95) (1974–2007)	Συμπεριφορικές παρεμβάσεις στις στερεοτυπίες με αυτοκαταστροφικό περιεχόμενο απόμων με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος
Lancioni et al (2005) ²¹	(n=87) (1983–2004)	Παρεμβάσεις για τη βελτίωση της διάθεσης απόμων με σοβαρές αναπτυξιακές διαταραχές

Όσον αφορά στην ενίσχυση εναλλακτικών συμπεριφορών, έχει πρόσφατα αποδειχτεί ότι αύξηση σε μια απάντηση συχνά συνοδεύεται από μείωση σε μια άλλη απάντηση ή ακόμη και από εξασθένιση σε μια τρίτη απάντηση.⁹ Ο συνδυασμός της ενίσχυσης εναλλακτικών συμπεριφορών με παράλληλη αλλαγή συνηθειών έχει ακόμη καλύτερα αποτελέσματα.⁶ Επιπλέον, η αλλαγή συνηθειών μπορεί να συνδυαστεί επιτυχώς και με την ύπνωση.¹⁰ Αυτό που θα πρέπει να σημειώσουμε είναι ότι η αρνητική ενίσχυση των στερεοτυπιών και η προσπάθεια εξασθένισής τους θα πρέπει να γίνεται σε κάθε περίπτωση με μεγάλη προσοχή, καθώς έρευνες έχουν δείξει πως όχι σπάνια η μείωσή τους συνοδεύεται από αύξηση της επιθετικότητας και της ευερεθιστότητας των απόμων που τις εμφανίζουν.¹¹ Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι 6 από τα 25 άρθρα που εντοπίστηκαν, αναφέρονται σε θεραπείες συμπεριφοράς.^{6–11} Τα 3

από αυτά αφορούν σε περιγραφές περιπτώσεων, με αυτισμό ή σχετικές αναπτυξιακές δυσκολίες και επιθετική συμπεριφορά, και αναδεικνύουν το σύνθετο χαρακτήρα της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των συμπεριφορικών παρεμβάσεων.⁹⁻¹¹ Τα 2 από αυτά αποτελούν θεωρητικές εργασίες, οι οποίες παρουσιάζουν τις κινητικές στερεοτυπίες αλλά και τις φαρμακευτικές και μη παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή τους.^{6,7} Άλλη μία εργασία συμπεριλαμβάνεται, η οποία είναι ανασκόπηση και αναλυτική περιγραφή όλων των τύπων των συμπεριφορικών παρεμβάσεων που αναφέρονται σε 81 εργασίες.⁸

Η θεραπεία περιβάλλοντος μπορεί επίσης να είναι αρκετά αποτελεσματική για την αντιμετώπιση των στερεοτυπιών. Η συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση επιτελείται, όπως προαναφέρθηκε, στο περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η φροντίδα του ατόμου και μπορεί να συνδυαστεί επιτυχώς με την εργοθεραπεία στα πλαίσια μιας γενικότερης προσπάθειας αποκατάστασής του.⁴ Αρχικά, είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής να συνεργαστεί σε ένα πλάνο φροντίδας του εαυτού του, μέσα από εκπαίδευση σε ασκήσεις όπως είναι το γράψιμο σε ημερολόγιο και η συζήτηση με τους ανθρώπους που το φροντίζουν. Ακόμη, είναι σημαντικό το άτομο να αναγνωρίζει πότε είναι απαραίτητος ο περιορισμός του και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, έτσι ώστε να μπορεί να προστατεύει τη σωματική του ακεραιότητα. Όσον αφορά στην προστασία της σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς, απαραίτητη είναι και η κατάλληλη διαμόρφωση του περιβάλλοντός του (π.χ. κάλυψη σκληρών επιφανειών για τα άτομα που χτυπούν το κεφάλι τους). Στα πλαίσια της θεραπείας περιβάλλοντος του ασθενούς, τοποθετείται και η εκπαίδευση των ανθρώπων που ανήκουν σε αυτό. Η εκπαίδευση αυτή αφορά σε ενημέρωση σχετικά με το τι ακριβώς είναι οι στερεοτυπίες και ποιες συνέπειες μπορεί να έχουν, έτσι ώστε να μην υπάρχει λάθος πληροφόρηση.⁷ Επιπλέον, με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να επιτύχουμε και την εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος που θα είναι ασφαλές για τη σωματική αλλά και ψυχική ακεραιότητα του ασθενούς.¹² Όσον αφορά στην εκπαίδευση των ατόμων του περιβάλλοντος, τη μεγαλύτερη βαρύτητα έχει η εκπαίδευση της οικογένειας για την οποία θα μιλήσουμε πιο αναλυτικά παρακάτω. Αξίζει να σημειωθεί ότι

τα άτομα που εμφανίζουν στερεοτυπίες αρκετές φορές εμφανίζουν δυσκολίες και στην κοινωνική συναλλαγή. Γι' αυτόν τον λόγο, είναι απαραίτητη η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, η οποία θα οδηγήσει σε μείωση και εξασθένιση των προβλημάτων συμπεριφοράς. Επιπλέον, η βελτίωση στην κοινωνική συναλλαγή, σε συνδυασμό και με όλες τις άλλες παραμέτρους της θεραπείας περιβάλλοντος που προαναφέρθηκαν, συμβάλλει και στην επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς.¹³ Επειδή η θεραπεία των ασθενών μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια, με πιθανότητες υποτροπές και κρίσεις, είναι μη ρεαλιστικό να περιμένουμε από έναν θεραπευτή να συντονίζει τα πάντα. Γι' αυτόν τον λόγο είναι απαραίτητο εκτός από τον ψυχίατρο, ο οποίος είναι και ο κύριος συντονιστής της θεραπείας του ασθενούς και δεν πρέπει να αλλάζει κατά τη διάρκειά της, να υπάρχει και ένας ψυχοθεραπευτής που θα συμβάλει στη γενικότερη υποστήριξη του ατόμου.¹⁴ Αξίζει να τονίσουμε ότι 4 από τα 25 άρθρα που εντοπίστηκαν, αναφέρονται στη θεραπεία περιβάλλοντος και την εργοθεραπεία.^{7,12-14} Τα 2 από αυτά αφορούν σε περιγραφές περιπτώσεων με νοητική υστέρηση ή σύνδρομο Down και αυτισμό, και αναδεικνύουν τη σημασία του προστατευτικού περιβάλλοντος στις στερεοτυπίες με αυτοκαταστροφικό περιεχόμενο αλλά και τη σχέση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης με τις κινητικές στερεοτυπίες.^{12,13} Μία εργασία είναι θεωρητική και παρουσιάζει φαρμακευτικές και μη παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των στερεοτυπιών και η οποία αξιοποιήθηκε και για τη μελέτη της θεραπείας συμπεριφοράς.⁷ Υπάρχει άλλη μία εργασία, η οποία είναι εκτενής ανασκόπηση του φαινομένου των στερεοτυπιών με αυτοκαταστροφικό περιεχόμενο.¹⁴

Η θεραπεία οικογένειας ουσιαστικά ανήκει στη γενικότερη εκπαίδευση του περιβάλλοντος του ασθενούς. Εντούτοις, αποτελεί ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον ξεχωριστό κεφάλαιο για το οποίο θα μιλήσουμε στη συνέχεια. Η συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση εστιάζεται κυρίως, όπως προαναφέρθηκε, στην εκπαίδευση των συγγενών πάνω στους πρακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του ασθενούς.⁴ Ο ειδικός θα πρέπει αρχικά να ενημερώσει την οικογένεια για το τι είναι οι στερεοτυπίες, για τους παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν

στην εμφάνισή τους (γενετικοί, νευροχημικοί κ.ά.) αλλά και για τις συνέπειες που μπορεί να προκαλέσουν. Ωστόσο, η έμφαση θα πρέπει να δοθεί στο γεγονός ότι οι στερεοτυπίες δεν αποτελούν, απαραίτητα, ενδείξεις ψυχολογικής ή συναισθηματικής ασθένειας, κάτι που αποτελεί μια κοινή λανθασμένη αντίληψη. Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι συγγενείς των ατόμων που εμφανίζουν στερεοτυπίες, πολύ συχνά νιώθουν ένοχοι όταν ενημερώνονται για την πιθανή συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην εμφάνισή τους και γι' αυτόν τον λόγο ο ειδικός θα πρέπει να εστιαστεί σε μια προσπάθεια απενοχοποίησής τους. Επιπλέον, είναι πολύ σημαντικό ο ειδικός να ενημερώσει τους συγγενείς ότι η πορεία των στερεοτυπιών είναι αβέβαιη και μπορεί να εμφανίζονται μέσα στον χρόνο με υφέσεις και εξάρσεις. Η πιο σημαντική, όμως, «αποστολή» του ειδικού είναι να δημιουργήσει ένα κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον μέσα στο οποίο ο ασθενής θα μπορεί άνετα να εκφράζει αυτά που τον απασχολούν και που του προκαλούν δυσφορία.⁷ Έρευνες έχουν δείξει ότι όταν η ενημέρωση της οικογένειας είναι σωστή, η θεραπεία των στερεοτυπιών επιτυγχάνεται πιο εύκολα.¹⁴ Σχετικά με τη θεραπεία οικογένειας, αξιοποιήθηκαν 2 άρθρα από τα 25 και τα οποία μελετήθηκαν και παραπάνω.^{7,14} Το ένα είναι μια σύντομη αναφορά στις φαρμακευτικές και μη παρεμβάσεις που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση των στερεοτυπιών,⁷ ενώ το άλλο είναι μια ανασκόπηση 73 εργασιών σχετικών με το φαινόμενο των στερεοτυπιών με αυτοκαταστροφικό περιεχόμενο.¹⁴

Τέλος, στην αντιμετώπιση των στερεοτυπιών σημαντικό ρόλο παίζει και η ψυχοθεραπεία η οποία, όπως προαναφέρθηκε, είναι αρχικά τουλάχιστον υποστηρικτική και εστιάζεται στα τρέχοντα προβλήματα της ζωής του ασθενούς.³ Πρώτο μέλημα του ψυχοθεραπευτή είναι να συγκεντρώσει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί για τα συμπτώματα τα οποία προκαλούν έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Αυτό που πρέπει να τονίσουμε σε αυτό το σημείο είναι ότι οι πληροφορίες, σχετικά με τη δυσφορία που προκαλούν τα συμπτώματα στον ασθενή, θα πρέπει να προέρχονται κυρίως από τον ίδιο και όχι μόνο από το περιβάλλον του στο οποίο το άτομο μπορεί να φαίνεται απλώς «ενοχλητικό».

Ακριβώς επειδή οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επιδεινώνουν τα συμπτώματα, είναι απαραίτητο ο ειδικός να προσπαθήσει, με εκπαιδευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις, να μειώσει τα συμπτώματα αυτά σε ένα ανεκτό επίπεδο βαρύτητας.⁷ Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί επιτυχώς και με τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία, στόχος της οποίας είναι η διόρθωση των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων του ατόμου όπως «οι στερεοτυπίες είναι αποδεκτές», «μέσω των στερεοτυπιών θα διώξω τα δυσάρεστα συναισθήματά μου» ή «μόνο μέσω των στερεοτυπιών οι άλλοι άνθρωποι θα καταλάβουν ότι υποφέρω».¹⁵ Γενικά, σύμφωνα με αρκετές μελέτες η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, ιδιαίτερα σε συνδυασμό με τη θεραπεία συμπεριφοράς, είναι μια πολλά υποσχόμενη θεραπεία για την αντιμετώπιση των στερεοτυπιών και γενικότερα των «προβληματικών» επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών. Από τη μία η γνωσιακή θεραπεία στοχεύει στη διόρθωση των δυσλειτουργικών γνωσιακών σχημάτων του ατόμου και από την άλλη η θεραπεία συμπεριφοράς στοχεύει στη διόρθωση των συνεπειών του αρνητικού τρόπου σκέψης στην καθημερινή ζωή. Παρόλ' αυτά, θα ήταν καλό να υπάρξουν περαιτέρω έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητά της και, πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα αυτή (π.χ. ο τύπος της στερεοτυπίας, η χρονιότητά της, άλλα συνοδά συμπτώματα κ.ά.).¹⁶ Τέλος, αξίζει να αναφέρουμε ότι και η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί στην περίπτωση των ατόμων που εμφανίζουν στερεοτυπίες αλλά σε μεταγενέστερο χρόνο, όταν το άτομο θα μπορεί να σκεφτεί ψυχολογικά και θα είναι κινητοποιημένο για αλλαγή. Στόχος της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας είναι η αποκατάσταση ή ενίσχυση των αμυντικών μηχανισμών του Εγώ που έχουν διαταραχθεί. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη συγκεκριμένη θεραπεία είναι η θεραπευτική συμμαχία, η εκπαίδευση, η θετική ενίσχυση, οι συμβουλές και οι προτάσεις, η οριοθέτηση, η έμφαση στα δυνατά σημεία του ατόμου και η παρέμβαση στο περιβάλλον.¹⁴ Τα άρθρα που εντοπίστηκαν σχετικά με τη μελέτη των τύπων της ψυχοθεραπείας που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση των στερεοτυπιών ήταν τέσσερα.^{7,14-16} Σε ένα υπάρχει περι-

γραφή περιπτώσεων με σοβαρά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και τονίζει την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στην αντιμετώπιση του συγκεκριμένου τύπου στερεοτυπιών.¹⁶ Τα δύο από τα άρθρα αποτελούν θεωρητικές εργασίες που αναφέρονται εκτενώς στη θεραπεία των στερεοτυπιών (ιδιαίτερα αυτών με αυτοκαταστροφικό χαρακτήρα)^{7,15} και ένα αποτελεί, όπως έχει προαναφερθεί, ανασκόπηση εργασιών σχετικών με το φαινόμενο των στερεοτυπιών δίνοντας έμφαση σε όλες τις παραμέτρους του.¹⁴

Συμπεράσματα

Η έρευνα στον τομέα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στις στερεοτυπίες αλλά και γενικότερα στο πεδίο των στερεοτυπιών δεν έχει αναπτυχθεί αρκετά. Γι' αυτόν τον λόγο, δε γνωρίζουμε αρκετά σχετικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε αυτές τις καταστάσεις. Θα προσπαθήσουμε, λοιπόν, στο σημείο αυτό να τονίσουμε κάποια σημεία τα οποία κρίνουμε ότι χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση.

Αρχικά, θα πρέπει να τονίσουμε ότι όλες οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να έχουν από ελάχιστη έως μεγάλη αποτελεσματικότητα. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι η αποτελεσματικότητα αυτή θα πρέπει να αξιολογηθεί με βάση τον βαθμό απόδοσής της, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα,¹⁷ αλλά και σε συνάρτηση με τη βαρύτητα των στερεοτυπιών και τη λειτουργικότητα των ατόμων που τις εμφανίζουν.¹⁸⁻²⁰

Επιπροσθέτως, αξίζει να τονίσουμε ότι οι θεραπευτικές τεχνικές που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των στερεοτυπιών θα πρέπει να εστιάζονται ακριβώς στην αντικατάσταση των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών με άλλες πιο προσαρμοστικές. Όχι σπάνια, αλλαγή της «προβληματικής» συμπεριφοράς δε συνοδεύεται από παράλληλη θετική ενίσχυση μιας άλλης «φυσιολογικής» συμπεριφοράς με αρνητικά για τη συναισθηματική διάθεση του ατόμου αποτελέσματα (π.χ. ευερεθιστότητα, κακή διάθεση κ.ά.).²¹

Ακόμη, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με μελέτες το προσωπικό που αναλαμβάνει τη θεραπεία των ασθενών με στερεοτυπίες προτιμά πολλές

φορές να εφαρμόζει περιορισμούς ή φαρμακοθεραπεία, χωρίς προηγουμένως να έχει δοκιμάσει κάποια άλλη παρέμβαση, επειδή αυτές οι λύσεις θεωρούνται πιο «διαχειρίσιμες».^{22,23}

Επιπλέον, οι μελλοντικές έρευνες θα ήταν σκόπιμο να μελετήσουν περισσότερο τον ρόλο που διαδραματίζει η κοινωνική ενίσχυση, θετική και αρνητική, στην εμφάνιση, την επιδείνωση ή τη θεραπεία των στερεοτυπιών, καθώς υπάρχουν περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με αυτό το θέμα.²⁴ Πιο συγκεκριμένα, θα ήταν χρήσιμο να μελετηθεί κατά πόσον οι κοινωνικά επιθυμητές συμπεριφορές που μας έχουν διδαχτεί, μπορούν να επηρεάσουν το άτομο όταν πρέπει να «διαλέξει» ανάμεσα σε μια τέτοια κοινωνικά επιθυμητή συμπεριφορά και σε μια στερεοτυπία.²⁵

Τέλος, αξίζει στο μέλλον να δοθεί ακόμη μεγαλύτερη βαρύτητα στις αιτίες εμφάνισης των στερεοτυπιών αλλά και στις αιτίες που κάποιες από αυτές γίνονται καταστροφικές.²⁶ Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμο να υπάρξει περισσότερη έρευνα όσον αφορά στην αναγνώριση πρόδρομων «προβληματικών» συμπεριφορών.^{27,28} Με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούσαν οι στερεοτυπίες να τοποθετηθούν σαφέστερα στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή τους.²⁹

Ως περιορισμούς της συγκεκριμένης εργασίας, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τους εξής:

- Όλα τα άρθρα που τελικά μελετήσαμε και αξιοποιήσαμε στη συγκεκριμένη εργασία είναι σε γλώσσα αγγλοσαξονική. Πιθανότατα, ο εμπλουτισμός της βιβλιογραφίας και με άρθρα από την ευρύτερη διεθνή βιβλιογραφία να οδηγούσε σε ασφαλέστερα συμπεράσματα.
- Άλλοι περιορισμοί αφορούν τα μεθοδολογικά και δεοντολογικά προβλήματα κάποιων εργασιών στις οποίες στηρίχτηκε η συγκεκριμένη μελέτη, όπως για παράδειγμα το είδος των πειραματικών παρεμβάσεων που εφαρμόστηκαν σε κάποιες περιγραφές περιπτώσεων.
- Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ο μικρός αριθμός ερευνητικών εργασιών, καθώς οι περισσότερες εργασίες οι οποίες αξιοποιήθηκαν για την παρούσα μελέτη αφορούν σε περιγραφές περιπτώσεων, θεωρητικές εργασίες και ανασκοπήσεις.

Psychotherapeutic interventions in stereotypes

E. Kaloudi, C. Christodoulou, V. Kontaxakis, L. Lykouras, M. Livaditis

*Department of Psychiatry, Democritus University of Thrace,
2nd Department of Psychiatry, "ATTIKON" University General Hospital, Athens, Greece*

Psychiatriki 2011, 22:148–157

Stereotypies belong to the psychomotor disorders and they are found in many different disorders. This article refers to the international literature about the psychotherapeutic interventions in stereotypies and reviews the psychotherapeutic techniques that are already being used for these disorders. This study refers to four kinds of psychotherapeutic treatment: (a) Behavioral therapy, (b) Milieu therapy which can be combined successfully with an occupational therapy, (c) Family therapy and (d) Supportive or cognitive or dynamic psychotherapy. The method used for finding the articles for this review was the web research. The articles found were 44 in total, but only 25 were studied extensively since they were absolutely relative to the subject of this review. 12 of these articles were case studies, 7 theoretical papers and 5 of them were reviews. The last one was a research epidemiological study. According to most of the articles, behavioral therapy is considered to be the most effective psychotherapeutic treatment for attenuating stereotypies and relies on techniques like systematic desensitization, environmental enrichment, positive reinforcement of alternative behaviors and negative reinforcement of the "problematic" behaviors. The milieu therapy, combined with occupational therapy, endeavours to shape an appropriate environment where the patient can recover. Family therapy focuses on fully informing the relatives about the nature of stereotypies. Supportive psychotherapy focuses on the current problems in the patient's life. The cognitive psychotherapy tries to fix the dysfunctional thoughts of the patients. Finally, the dynamic psychotherapy is focused on the restoration or reinforcement of the patient's defensive mechanisms. It should be noted that there is a lack of systematic research in the field of stereotypies in general and, especially, regarding psychotherapeutic interventions.

Key words: Stereotypies, psychotherapy, behavioral therapy

Βιβλιογραφία

1. Ουλής Π. *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχοπαθολογίας*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2006:37–38
2. Ζερβής Χ. *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα*. Ηλεκτρονικές Τέχνες, Αθήνα, 2003:71
3. Lemperiere T, Feline A et al. *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων - Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές της στην Ελλάδα-B' τόμος*. Υπεύθυνος έκδοσης: Π. Σακελλαρόπουλος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1995:487–488, 504–505
4. Μάνος Ν. *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997:143, 151–153, 644, 800–802, 806, 809–812, 817–820, 822–823
5. Woods DW, Miltenberger RG. *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavior disorders: Behavioral approaches to analysis and treatment*. Boston, Kluwer Academic, 2001
6. Singer HS. Motor Stereotypies. *Semin Pediatr Neurol* 2009, 16:77–81
7. Shprecher D, Kurlan R. The Management of Tics. *Mov Disord* 2009, 24:15–24
8. Rapp JT, Vollmer TR. Stereotypy I. A review of behavioral assessment and treatment. *Res Development Disabilities* 2005, 26:527–547
9. Rapp JT, Vollmer TV, Dozier CL, Peter C, Cotnoir N. Analysis of response allocation in individuals with multiple forms of stereotyped behavior. *J Appl Behav Anal* 2004, 37:481–501
10. O'Sullivan RL, Keuthen NJ, Christenson GA, Mansueto CS, Stein DJ, Swedo SE. Trichotillomania: Behavioral symptom or clinical syndrome?. *Am J Psychiatry* 1997, 154:1442–1449
11. Murphy G, Macdonald S, Hall S, Oliver C. Aggression and the termination of "rituals": a new variant of the escape function for challenging behavior? *Res Dev Disabil* 2000, 21:43–59
12. Borrero JC, Vollmer TR, Wright CS, Lerman DC, Kelley ME. Further evaluation of the role of protective equipment in the functional analysis of self-injurious behavior. *J Appl Behav Anal* 2002, 35:69–72
13. Loftin RL, Odom SL, Lantz JF. Social Interaction and Repetitive Motor Behaviors. *J Autism Dev Disord* 2008, 38:1124–1135

14. Favazza AR. The Coming of Age of Self-Mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998, 186:259–268
15. Walsh BW, Rosen P. Self-mutilation: Theory, research and treatment. New York, Guilford, 1988
16. Deckersbach T, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA. Cognitive-behavior therapy for self-injurious skin picking: a case series. *Behav Modific* 2002, 26:361–377
17. Lancioni GE, Singh NN, O'Reilly MF, Sigafoos J. An overview of behavioral strategies for reducing hand-related stereotypies of persons with severe to profound intellectual and multiple disabilities: 1995–2007. *Res Development Disabil* 2009, 30:20–43
18. Shore BA, Iwata BA, DeLeon IG, Kahng S, Smith RG. An analysis of reinforcer substitutability using object manipulation and self-injury as competing responses. *J Appl Behav Analysis* 1997, 30:21–41
19. Richman DM. Early intervention and prevention of self-injurious behaviour exhibited by young children with developmental disabilities. *J Intellectual Disabil Research* 2008, 52:3–17
20. Matson JL, LoVullo SV. A review of behavioral treatments for self-injurious behaviors of persons with autism spectrum disorders. *Behav Modific* 2008, 32:61–76
21. Lancioni GE, Singh NN, O'Reilly MF, Oliva D, Basili G. An overview of research on increasing indices of happiness of people with severe/profound intellectual and multiple disabilities. *Disabil Rehabil* 2005, 27:83–93
22. Lenker JA, Paquet VL. A new conceptual model for assistive technology outcomes research and practice. *Assist Technol* 2004, 16:1–10
23. Scherer MJ, Sax C, Vanbiervliet A, Cushman LA, Scherer JV. Predictors of assistive technology use: The importance of personal and psychosocial factors. *Disabil Rehabil* 2005, 27:1321–1331
24. Kennedy CH, Meyer KM, Knowles T, Shukla S. Analyzing the multiple functions of stereotypical behavior for students with autism: Implications for assessment and treatment. *J Appl Behav Anal* 2000, 33:559–571
25. Fisher WW, Lindauer SE, Alterson CJ, Thompson RH. Assessment and treatment of destructive behavior maintained by stereotypic object manipulation. *J Appl Behav Anal* 1998, 31:513–527
26. Smith RG, Churchill RM. Identification of environmental determinants of behavior disorders through functional analysis of precursor behaviors. *J Appl Behav Anal* 2002, 35:125–136
27. Thompson RH, Iwata BA. A descriptive analysis of social consequences following problem behavior. *J Appl Behav Anal* 2001, 34:169–178
28. Vollmer TR, Borrero JC, Wright CS, Van Camp C, Lalli JS. Identifying possible contingencies during descriptive analyses of severe behavior disorders. *J Appl Behav Anal* 2001, 34:269–287
29. Mahone EM, Bridges D, Prahme C, Singer HS. Repetitive arm and hand movements (complex motor stereotypies) in children. *J Pediatr* 2004, 145:391–395

Αλληλογραφία: Ε. Καλούδη, Ψυχολόγος, Καλαβρύτων 23, Λόφος Αξιωματικών, 121 36 Περιστέρι, Αθήνα, Τηλ: +30210–57 32 756, 6942–784 768

Ειδικό άρθρο Special article

Η κλινική έκπτωση της λειτουργικότητας των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα: Προβληματική διαγνωστικών κριτηρίων

Μ. Σκουντή, Α. Μπιτζαράκη

*MBS College, Nottingham Trent University, Crete, Greece
Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο, Ηράκλειο, Κρήτη*

Ψυχιατρική 2011, 22:158–163

Στη διεθνή μελέτη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), πεδίο έντονων αντιπαραθέσεων μεταξύ των ερευνητών αποτελεί ο τρόπος υπολογισμού της κλινικής έκπτωσης της λειτουργικότητας του παιδιού, που είναι απαραίτητη σύμφωνα με το DSM-IV για τη διάγνωση της διαταραχής. Οι οδηγίες του DSM-IV είναι ασαφείς ως προς τον προσδιορισμό της, ενώ τα ερωτηματολόγια που εκτιμούν την κλινική έκπτωση είναι ελάχιστα στον αριθμό και χρησιμοποιούνται σπανίως στην κλινική πράξη. Ο μη υπολογισμός της έκπτωσης της λειτουργικότητας στη διάγνωση της ΔΕΠΥ έχει σοβαρές κλινικές προεκτάσεις. Αδιευκρίνιστη παραμένει μέχρι σήμερα και η σχέση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ με την κλινική έκπτωση της λειτουργικότητας, καθώς πολλά παιδιά με σαφή συμπτωματολογία ΔΕΠΥ δεν παρουσιάζουν απαραίτητα έκπτωση στη λειτουργικότητά τους. Η επίδραση των συμπτωμάτων στη λειτουργικότητα του ατόμου είναι πιο εμφανής στους ενήλικες με ΔΕΠΥ. Ωστόσο, τα διαγνωστικά κριτήρια απαιτούν η λειτουργική έκπτωση εξαιτίας των συμπτωμάτων να είναι παρούσα, όπως και τα συμπτώματα, πριν την ηλικία των επτά. Συμπερασματικά, είναι απαραίτητος ο καθορισμός ενός λειτουργικού ορισμού της κλινικής έκπτωσης και ενός κοινά αποδεκτού κριτηρίου για την αξιολόγησή της. Οι μελλοντικές κατευθύνσεις της έρευνας θα πρέπει επίσης να εξετάσουν αν η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων θα πρέπει να διαχωριστεί από την ηλικία έναρξης της έκπτωσης της λειτουργικότητας.

Λέξεις ευρετηρίου: Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα, διάγνωση, κλινική έκπτωση λειτουργικότητας

Εισαγωγή-προβληματική διαγνωστικών κριτηρίων

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) αποτελεί τη συνηθέστερη νευροσυμπεριφορική διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ κυμαίνεται διεθνώς από 2,2 έως 17,8%, αν και οι περισσότερες μελέτες συγκλίνουν σ' ένα ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής από 4 έως 10%.^{1,2}

Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠΥ σύμφωνα με το DSM-IV, είναι η διάσπαση της προσοχής, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Για να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠΥ, 6 έως 9 συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας ή 6 έως 9 συμπτώματα διάσπασης προσοχής ή 6 έως 9 συμπτώματα και από τις τρεις κατηγορίες θα πρέπει να είναι παρόντα πριν την ηλικία των επτά και να έχουν τουλάχιστον εξαμήνη παραμονή.³

Στη διάγνωση, ανάλογα με τα συμπτώματα που πληρούνται για κάθε κατηγορία, έχουμε τους εξής τρεις τύπους της διαταραχής: ΔΕΠΥ με προεξέχοντα τον απρόσεκτο τύπο, ΔΕΠΥ με προεξέχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο και ΔΕΠΥ με συνδυασμένο τύπο.

Επιπρόσθετα, για να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠΥ, τα συμπτώματα πρέπει να προκαλούν έκπτωση της λειτουργικότητας του παιδιού σε δύο τουλάχιστον πλαίσια, όπως είναι το σπίτι και το σχολείο, και κλινικά σημαντική έκπτωση στη σχολική και κοινωνική του λειτουργικότητα. Για πρώτη φορά μάλιστα, στο DSM-IV, θεμελιώνεται η χρήση διαφορετικών πηγών πληροφόρησης στη διαγνωστική εκτίμηση της διαταραχής.

Παρόλο που στο διαγνωστικό εγχειρίδιο τα κύρια συμπτώματα της διαταραχής περιγράφονται διεξοδικά, οι οδηγίες του DSM-IV ως προς τον ορισμό της λειτουργικότητας και τον τρόπο μέτρησής της παραμένουν ασαφείς.^{2,4-9}

Στη διεθνή βιβλιογραφία, τα ερωτηματολόγια που εκτιμούν την κλινική έκπτωση είναι ελάχιστα στον αριθμό και χρησιμοποιούνται σπανίως στην κλινική πράξη.^{5,6,8,9} Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο υπολογισμός της κλινικής έκπτωσης της λειτουργικότητας είτε να γίνεται με εμπειρικό και συνάμα υποκειμενικό τρόπο στην εκάστοτε μελέτη είτε να μην επιχειρείται καθόλου.^{5,6}

Αδιευκρίνιστη επίσης παραμένει η σχέση μεταξύ συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και της έκπτωσης της λειτουργικότητας, και ως εκ τούτου, και η σχέση μετα-

ξύ ηλικίας έναρξης των πρώτων συμπτωμάτων και έναρξης της έκπτωσης της λειτουργικότητας.¹⁰⁻¹⁴ Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η έκπτωση της λειτουργικότητας συνδέεται με τα συμπτώματα της διαταραχής, αλλά αποτελεί διαφορετική κλινική οντότητα που θα πρέπει να εκτιμάται ανεξάρτητα στη διάγνωση της ΔΕΠΥ.^{5,6,15}

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, ο βαθμός της έκπτωσης της λειτουργικότητας του παιδιού, αλλά και οι τομείς λειτουργικότητας που επηρεάζονται, εξαρτώνται από τον υποτύπο της διαταραχής.¹⁶⁻²²

Έκπτωση λειτουργικότητας και επιπολασμός ΔΕΠΥ

Ο υπολογισμός της κλινικής έκπτωσης της λειτουργικότητας στις διαγνωστικές προσεγγίσεις των επιδημιολογικών μελετών επηρεάζει τον επιπολασμό της ΔΕΠΥ. Οι Görtz-Dorten και Dörfner στη μελέτη τους σε παιδικό πληθυσμό της Γερμανίας κατέγραψαν ένα ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής περί το 11,5%, το οποίο μειώθηκε στο 7,9% όταν συμπεριλήφθηκε το κριτήριο της κλινικής έκπτωσης. Αντιστοίχως, σε μελέτη της Ελλάδος²² ο επιπολασμός της διαταραχής μειώθηκε από το 6% στο 5,1% όταν στη διαγνωστική εκτίμηση συμπεριλήφθηκε το κριτήριο της κλινικής έκπτωσης του DSM-IV. Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφονται και στις μελέτες των Dörfner, Wolraich, Graetz, Shaffer, Romano και Canino στις οποίες το ποσοστό εμφάνισης της ΔΕΠΥ μειώθηκε από το 5% στο 2,2%, από το 16,8% στο 6,8%, από το 7,5% στο 6,8%, από το 6,5% στο 5,1%, από το 4,9% στο 3,9% και από το 9,9% στο 8,9% αντιστοίχως.^{1,2,19,22,28}

Επιπρόσθετα, ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ είναι μικρότερος σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, όταν οι διαγνώσεις περιορίζονται στους αμιγώς συμπτωματικούς ΔΕΠΥ ασθενείς. Γενικότερα, η μείωση αυτή οφείλεται σε μεθοδολογικά προβλήματα των υφιστάμενων μελετών και κυρίως στη μη αναπτυξιακή προσαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV για τις ηλικιακές αυτές ομάδες.^{4,5,29}

Κλινική έκπτωση και διάγνωση ΔΕΠΥ

Ο υπολογισμός ή μη της κλινικής έκπτωσης της λειτουργικότητας του παιδιού στη διάγνωση της ΔΕΠΥ έχει σοβαρές κλινικές προεκτάσεις, καθώς μπορεί

να οδηγήσει σε θετικές ψευδείς διαγνώσεις ή σε λαθεμένες αρνητικές διαγνώσεις και ευλόγως στη μη βέλτιστη επιλογή θεραπευτικού σχήματος από τον κλινικό.^{6,22,30,31}

Μάλιστα, σε μια πρόσφατη μελέτη υπολογίστηκε ότι ένα ποσοστό περί του 77% παιδιών με ΔΕΠΥ, δεν θα είχαν λάβει ποτέ τη διάγνωση της διαταραχής αν είχε υπολογιστεί το κριτήριο του DSM-IV για την κλινική έκπτωση.⁵

Αυτό που περιπλέκει ακόμα περισσότερο την υπόθεση είναι οι έντονες διαμάχες μεταξύ των κλινικών για το πόσο ελλειμματικά πρέπει να είναι τα πεδία της λειτουργικότητας του παιδιού ώστε να θεωρούνται ενδεικτικά της ύπαρξης σημαντικής έκπτωσης στη λειτουργικότητά του και να οδηγούν στη διάγνωση της διαταραχής.^{5,6,22}

Κλινική έκπτωση και υπότυποι της ΔΕΠΥ

Η σχετικά περιορισμένη βιβλιογραφία όσον αφορά στη σχέση μεταξύ υποτύπων της ΔΕΠΥ και της κλινικής έκπτωσης δεν επιτρέπει την εξαγωγή ακριβών συμπερασμάτων για την κλινική έκπτωση που παρουσιάζουν οι τρεις υπότυποι της διαταραχής. Η πλειοψηφία των επιδημιολογικών μελετών σε παιδικό πληθυσμό συγκλίνει στο ότι ο ΔΕΠΥ-συνδυασμένος τύπος παρουσιάζει τη μεγαλύτερη έκπτωση και στα δυο επίπεδα λειτουργικότητας (κοινωνικό και σχολικό), ενώ ο ΔΕΠΥ-απρόσεκτος τύπος συνδέεται κυρίως με ελλείμματα στην ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών. Ο ΔΕΠΥ-υπερκινητικός παρορμητικός τύπος καταγράφεται στις μελέτες ως ο σπανιότερος διαγνωσόμενος τύπος της διαταραχής και ως ο λιγότερος κοινωνικά και σχολικά διαταραγμένος.^{16,17-22,32,33}

Σχέση συμπτωμάτων-έκπτωσης λειτουργικότητας

Αδιευκρίνιστη βιβλιογραφικά παραμένει και η σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ με την έκπτωση της λειτουργικότητας. Πολλοί μάλιστα ερευνητές υποστηρίζουν ότι η έκπτωση της λειτουργικότητας φαίνεται να σχετίζεται με τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, αλλά θα πρέπει να εξετάζεται ανεξάρτητα και όχι δεσμευτικά για την επιβεβαίωση της διαταραχής κατά τη διαγνωστική προσέγγιση.^{5,6,15}

Η προβληματική που προκύπτει από την προσέγγιση αυτή ανάγεται στο γεγονός ότι στην ψυχιατρι-

κή η κλινική έκπτωση της λειτουργικότητας και όχι ο αριθμός των συμπτωμάτων είναι ο βασικός παράγοντας επιβεβαίωσης της ύπαρξης της ίδιας της διαταραχής, ο οποίος έχει και τη μεγαλύτερη προγνωστική αξία.^{7,21} Επιπροσθέτως, η επιλογή του θεραπευτικού σχήματος (φαρμακευτικού ή μη) δεν μπορεί να αξιολογηθεί αν δεν έχει υπολογιστεί η κλινική έκπτωση της λειτουργικότητας του παιδιού.^{7,27,34}

Σε μεγαλύτερες άλλωστε ηλικιακές ομάδες, σε εφήβους και ενήλικες που δεν πληρούν αμιγώς, λόγω ηλικίας, τα συμπτώματα της διαταραχής, η εκτίμηση της κλινικής έκπτωσης της λειτουργικότητας αποτελεί τον κριτικό παράγοντα για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της ΔΕΠΥ.^{5,34}

Κοινό εύρημα επίσης πολλών επιδημιολογικών μελετών είναι ότι πολλά παιδιά με πλήρη συμπτωματολογία ΔΕΠΥ δεν παρουσιάζουν απαραίτητα και κλινική έκπτωση στη λειτουργικότητά τους.^{15,19,22-28} Σε πολλές περιπτώσεις παιδιών η έκπτωση της λειτουργικότητας μπορεί να μην είναι παρούσα πριν την είσοδο του παιδιού στο δημοτικό ή πριν αυτό ενταχθεί σε δομημένο και απαιτητικό πλαίσιο.^{7-9,35} Συνήθως, η δυνατή σχέση συμπτωμάτων-έκπτωσης είναι έκδηλη μεταξύ συμπτωμάτων διάσπασης προσοχής και έκπτωσης της σχολικής λειτουργικότητας,^{5,8,15} ενώ η σχέση είναι περισσότερο δυνατή στους ενήλικες με ΔΕΠΥ, καθώς οι τομείς της λειτουργικότητας είναι περισσότερο διευρυμένοι από τους παιδικούς.^{15,29}

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι το κριτήριο της ηλικίας έναρξης των συμπτωμάτων, δηλαδή πριν τα επτά χρόνια, δεν συνάδει με την ηλικία έναρξης της κλινικής έκπτωσης.¹⁰⁻¹⁴ Ενδεικτική είναι η έρευνα των Applegate et al¹⁰ στην οποία βρέθηκε ότι το 18% παιδιών με ΔΕΠΥ-συνδυασμένο τύπο, το 2% των παιδιών με ΔΕΠΥ-υπερκινητικό παρορμητικό και το 43% με ΔΕΠΥ-απρόσεκτο τύπο, εμφάνισαν κλινική έκπτωση στη λειτουργικότητά τους μετά την ηλικία των 7.

Συμπεράσματα-μελλοντικές κατευθύνσεις της έρευνας

Είναι απαραίτητος ο καθορισμός ενός λειτουργικού ορισμού της κλινικής έκπτωσης και ενός κοινά αποδεκτού κριτηρίου για την αξιολόγησή της. Χρειάζονται διαχρονικές μελέτες για τον προσδιορισμό της αναπτυξιακής φύσης της έκπτωσης της λειτουργικότητας

και των παραγόντων που εμπλέκονται στην εμφάνιση και στον τρόπο εκδήλωσης της.^{5,6,8,9,15,28}

Διαχρονικές μελέτες είναι επίσης απαραίτητες και για την αποσαφήνιση της σχέσης αλληλεπίδρασης μεταξύ συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και έκπτωσης της λειτουργικότητας, για το ποια δηλαδή συμπτώματα της διαταραχής και σε ποιο βαθμό εμφανιζόμενα, αρχίζουν να προκαλούν προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα του παιδιού. Για μια ψυχική διαταραχή, η διευκρίνιση αυτή της σχέσης μεταξύ συμπτωμάτων και της συνοδής έκπτωσης της λειτουργικότητας, είναι και η πιο βασική παράμετρος για την εξακρίβωση ότι η διαταραχή είναι έγκυρη και χρήζει θεραπείας.^{31,37}

Μελλοντική ερευνητική στήριξη επίσης είναι απαραίτητη για τον διαχωρισμό της ηλικίας έναρξης των

πρώτων συμπτωμάτων από την έναρξη της έκπτωσης της λειτουργικότητας και για τη διεύρυνση (μετά τα επτά έτη) του κριτηρίου της ηλικίας έναρξης της έκπτωσης της λειτουργικότητας.

Συμπερασματικά, χωρίς σαφείς διαγνωστικούς κανόνες και σαφείς τρόπους μέτρησης της έκπτωσης της λειτουργικότητας δεν είναι δυνατή η ενσωμάτωση του κριτηρίου της κλινικής έκπτωσης στη διαγνωστική αξιολόγηση. Η μη ενσωμάτωση ωστόσο του διαγνωστικού αυτού κριτηρίου, έχει σοβαρές κλινικές προεκτάσεις, αφενός γιατί η κλινική έκπτωσης της λειτουργικότητας είναι ο κριτικός παράγοντας για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της ίδιας της διαταραχής, και αφετέρου γιατί το επίπεδο της λειτουργικότητας, και όχι το επίπεδο της συμπτωματολογίας, είναι ενδεικτικό της πρόγνωσης της διαταραχής.

The clinical impairment of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Problematic of diagnostic criteria

M. Skounti, A. Bitzaraki

*MBS College, Nottingham Trent University, Crete, Greece
Medical-Pedagogic Centre, Venizelion General Hospital, Heraklion, Crete, Greece*

Psychiatriki 2011, 22:158–163

One important consideration in the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), as set forth in the criterion D of DSM-IV, is the assessment of clinically significant impairment in social and academic functioning. Despite the avowed importance in the assessment of ADHD, there is little guidance in DSM-IV in defining impairment. Rating scales assessing impairment are few in number and rarely used in clinical practice. Overlooking impairment in diagnostic approaches has strong clinical implications, leading to false positive or false negative diagnoses. The relation between impairment and symptoms remains currently undefined and a controversial field in the ADHD literature, as many children can display the full range of ADHD symptoms without necessarily displaying significant impairment in their functioning. The relation between symptoms and impairment is more obvious in older children, where domains of impairment are more expanded. This finding suggests that symptoms and impairment are related, but yet there are distinct domains that should be measured independently to confirm the presence of ADHD. In conclusion, an operational definition of impairment, valid measures and diagnostic decision rules for incorporating impairment into the assessment of ADHD is warranted. Additional research is also needed to determine whether the age of onset of symptoms (before the age of seven) is different or should be separated from the age of onset of impairment.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, diagnosis, clinical impairment, prevalence

Βιβλιογραφία

- Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr* 2007, 166:117–123
- Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000, 9:541–555
- American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders*. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
- Barkley RA. Issues in diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in children. *Brain Dev* 2003, 25:77–83
- Gordon M, Antshel K, Faraone S, Barkley R, Lewandowski L, Hudziak JJ et al. Symptoms versus impairment: the case for respecting DSM-IV's Criterion D. *J Atten Disord* 2006, 465–475
- Gathje RA, Lewandowski LJ, Gordon M. The role of impairment in the diagnosis of ADHD. *J Atten Disord* 2008, 11:529–537
- Healey DM, Miller CJ, Castelli KL, Marks DJ, Halperin JM. The impact of impairment criteria on rates of ADHD diagnoses in preschoolers. *J Abnorm Child Psychol* 2008, 36:771–778
- Rowland AS, Umbach DM, Catoe KE, Stallone L, Long S, Rabiner D et al. Studying the epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder: Screening method and pilot results. *Can J Psychiatry* 2001, 46:931–940
- Skounti M, Philalithis A, Mpitzaraki K, Vamvoukas M, Galanakis E. Attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in Crete. *Acta Paed* 2006, 95:658–663
- Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA et al. Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, 36:1211–1221
- Willoughby MT, Curran PJ, Costello EJ, Angold A. Implications of early versus late onset of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, 39:1512–1519
- Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, 36:1204–1210
- Rohde LA, Biederman J, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. Exploring ADHD age-of-onset criterion in Brazilian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000, 9:212–218
- Todd RD, Huang H, Henderson CA. Poor utility of the age of onset criterion for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: recommendations for DSM-V and ICD-11. *J Child Psychol Psychiatry* 2008, 49:942–949
- Barkley RA, Cunningham CE, Gordon M, Faraone SV, Lewandowski L, Murphy KR. ADHD symptoms vs Impairment: Revisited. *ADHD Report* 2006, 14:1–9
- Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34:629–638
- Mugnaini D, Masi G, Brovedani P, Chelazzi C, Marzenka M, Romagnoli C et al. Teacher reports of ADHD symptoms in Italian children at the end of first grade. *Eur Psychiatry* 2006, 21:419–426
- Gaub M, Carlson C. Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *J Abnorm Child Psychol* 1997, 25:103–111
- Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P. Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, 40:1410–1417
- Carlson CL, Shin M, Booth J. The case for DSM-IV subtypes in ADHD. *MRDD Res Rev* 1999, 5:199–206
- Willcutt EG, Carlson CL. The diagnostic validity of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurosci* 2005, 5:219–232
- Skounti M, Giannoukas S, Dimitriou E, Nikolopoulou S, Linardakis E, Philalithis A. *Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in Athens. Social and academic impairment*. ADHD Atten Def Hyp Disord, DOI: 10.1007/s12402-010-0029-8
- Görtz-Dorten A, Döpfner M. Attention deficit/hyperactive disorders in children and adolescents as assessed by parents. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2009, 37:183–94 (Article in German)
- Döpfner M, Breuer D, Wille N, Erhart M, Ravens-Sieberger U and BELLA study group. How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample-results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008, 174:59–70
- Wolraich ML, Hannah JN, Baumgaertel A, Feurer ID. Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample. *J Dev Behav Pediatr* 1998, 19:162–168
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:865–877
- Romano E, Tremblay RE, Vitaro F, Zoccolillo M, Pagani L. Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: findings from an adolescent community sample. *J Child Psychol Psychiatry* 2001, 42:451–461
- Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:85–93
- Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. *ADHD in adults. What the science says*. New York, The Guilford Press, 2008
- Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry* 2003, 2:104–113
- Angold A, Costello EJ, Farmer EM, Burns BJ, Erkanli A. Impaired but undiagnosed. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38:129–137
- Skounti M, Mpitzaraki K, Philalithis A, Galanakis E. Clinical evaluation of children testing positive in screening tests for attention deficit/hyperactivity disorder: A preliminary report. *Eur J Psych* 2009, 23:115–120
- Anastopoulos AD, Shelton TL. *Assessing attention deficit/hyperactivity disorder*. New York, Kluwer Academic/Plenum Press, 2001

34. Lee SS, Lahey BB, Owens EB, Hinshaw SP. Few preschool boys and girls with ADHD are well-adjusted during adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2008, 36:373–383
35. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, Adamson JJ, Monuteaux MC. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *Am J Psychiatry* 2006, 163:1720–1729
36. McBurnett K, Pfiffner LJ, Willcutt E, Tamm L, Lerner M, Ottolini YL, Furman MB. Experimental cross-validation of DSM-IV types of attention deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38:17–24
37. Chronis AM, Fabiano GA, Gnagy EM, Wymbs BT, Burrows-MacLean L, Pelham W. Comprehensive, sustained behavioral and pharmacological treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: A case study. *Cognit Behav Pract* 2001, 8:346–359

Αλληλογραφία: Μ. Σκουντή, Ρωμανού Διογένη 9, 713 05 Ηράκλειο, Κρήτη, Τηλ.: 2810-326 828, 6392-214 222
e-mail: skountim@med.uoc.gr

Βιβλιοκριτική Books review

Farhad Dalal

**Η Ομαδική Ανάλυση μετά τον S.H. Foulkes:
Ας (ξανα)μιλήσουμε σοβαρά για την Ομάδα**

Εκδ. Κανάκη – Ομαδική Ανάλυση, Αθήνα 2007
ISBN: 978-960-7420-93-0

Στην Ελλάδα, τις τελευταίες δεκαετίες, υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για την ομαδική θεραπεία γενικά και για την Ομαδική Ανάλυση ειδικότερα. Παρόλ' αυτά, όσον αφορά στις εκδόσεις, δεν υπήρχε μέχρι τώρα ανάλογο ενδιαφέρον για τα θεωρητικά ομαδο-αναλυτικά έργα. Υπήρξαν κάποιες -λίγες- εκδόσεις, οι οποίες όμως αφορούν γενικότερα στην ομαδική ψυχοθεραπεία. Πρόσφατα, οι εκδόσεις «Κανάκη» εγκαινίασαν τη σειρά Ομαδική Ανάλυση με το ανά χείρας βιβλίο του F. Dalal, με προοπτική να συνεχίσουν τη σειρά, εκδίδοντας στα ελληνικά τα πρωτότυπα έργα του S.H. Foulkes και άλλα σύγχρονα ομαδο-αναλυτικά έργα, γεγονός που είναι ιδιαίτερα ευχάριστο γιατί έρχεται να καλύψει ένα μεγάλο κενό στην ελληνική ειδική βιβλιογραφία.

Είναι γνωστό πως η Ομαδική Ανάλυση γεννήθηκε όταν ένας κλασσικός ψυχαναλυτής, ο Γερμανοεβραίος S.H. Foulkes (1898–1976), για πρώτη φορά το 1940 συγκέντρωσε τους ατομικούς του ασθενείς σε μια θεραπευτική ομάδα, αναπτύσσοντας έναν νέο τύπο ψυχοδυναμικής αναλυτικής θεραπείας «της ομάδας, μέσα στην ομάδα, μέσω της ομάδας, από την ομάδα, συμπεριλαμβανομένου του θεραπευτή» (Foulkes 1964). Η Ομαδική Ανάλυση όπως την εισήγαγε ο Foulkes δεν είναι μια εφαρμογή της ψυχανάλυσης του ατόμου μέσα στην ομάδα και δεν είναι ψυχανάλυση της ομάδας όπως προτείνει το μοντέλο του Bion. Το ομαδο-αναλυτικό μοντέλο του Foulkes αμφισβητεί εκ θεμελίων το γνωστό δίλημμα – σύγκρουση μεταξύ ατόμου και ομάδας και επιχειρεί να συνάψει εν δυνάμει την Κοινωνιολογία

και την Ψυχανάλυση, με αφετηρία τους δύο θεωρητικούς τους δασκάλους, τον S. Freud και τον κοινωνιολόγο Norbert Elias. Κατά τον F. Dalal, ο Foulkes το καταφέρνει αυτό σε κάποιο βαθμό, αφήνοντας όμως αντιφάσεις και ανακολουθίες στο έργο του, που οδηγούν σε σύγχυση και αταξία στο θεωρητικό πεδίο της Ομαδικής Ανάλυσης. Η σύγχυση και η αταξία οφείλονται στο ότι οι βασικές υποθέσεις της θεωρίας του S. Freud και του N. Elias βρίσκονται σε σύγκρουση μεταξύ τους, αλλά και στο ότι ο ίδιος ο Foulkes επιμένει στις φροϋδικές του καταβολές. Το βιβλίο του Dalal λοιπόν, έρχεται να ξαναπιάσει τα πράγματα από την αρχή, μια που, σύμφωνα με τον ίδιο τον Foulkes, αν θέλουμε να μιλήσουμε σοβαρά για την ομάδα, απαιτείται η ανάπτυξη μιας νέας γλώσσας, ενός νέου τρόπου σκέψης καθώς και ένας νέος τρόπος εμπειρίας του εαυτού και της ομάδας. Το βιβλίο, σύμφωνα με τον συγγραφέα, έρχεται να ανταποκριθεί σε αυτό το κάλεσμα, θέτοντας τα φιλοσοφικά και μεταψυχολογικά θεμέλια ενός ομαδο-αναλυτικού προτύπου. «Επιχειρεί να λειτουργήσει ως αρχή μιας διεργασίας επαναδιαπραγμάτευσης του θεωρητικού πλαισίου της Ομαδικής Ανάλυσης, να ξεπεράσει τη σύγχυση του Foulkes και να καταλήξει σε μια μετα-φουξιανή περιοχή όπου μπορεί κανείς να αρχίσει να αντιμετωπίζει σοβαρά την ομάδα» (σελ. 18).

Το εγχείρημα είναι όντως τιτάνιο και εξαιρετικά περίπλοκο, καθώς ο συγγραφέας κινείται στα δαιδαλώδη μονοπάτια της φιλοσοφίας, της επιστημολογίας, της κοινωνιολογίας, της ψυχανάλυσης, της ομαδο-αναλυτικής θεωρίας, συνομιλεί με τις φυσικές επιστήμες, τη βιολογία και την ιστορία, χωρίς να δειλιάσει να συμπεριλάβει στον διάλογο τη δύσκολη και ακανθώδη περιοχή της ιδεολογίας και της πολιτικής –πράγμα ασυνήθιστο για τα θεωρητικά κείμενα της ψυχοθεραπείας– αλλά, αντιθέτως, επιχειρώντας να

αποκαλύψει τις λανθάνουσες επιδιώξεις που υπόγεια διατρέχουν κάθε διανοητική προσπάθεια.

Το βιβλίο κινείται, από την αρχή ως το τέλος, ανάμεσα σε διχοτομήσεις. Το εσωτερικό έναντι του εξωτερικού, το έμφυτο έναντι του επίκτητου, το βιολογικό έναντι του ψυχολογικού, το ατομικό έναντι του κοινωνικού, το αιώνιο έναντι του πεπερασμένου κ.ο.κ., εισάγοντας καινούργιες: ο «ριζοσπάστης» Foulkes έναντι του «ορθόδοξου» Foulkes. Η εξονυχιστική εξέταση αυτών των διχοτομήσεων και των συνεπειών που επιφέρει η προτεραιότητα της μιας ή της άλλης πλευράς, αναδεικνύει τις σχέσεις εξουσίας και το λανθάνον ιδεολογικό περιεχόμενο που αναπόφευκτα διαποτίζει κάθε προτεραιότητα και κάθε ιεράρχηση. Για την ανάδειξη ακριβώς της ιδεολογίας μέσα σε κάθε δίλημμα και κάθε διχασμό, είναι αποφασιστική η συμβολή του N. Elias, στο έργο του οποίου γίνεται για πρώτη φορά τόσο εκτεταμένη αναφορά στην ομαδο-αναλυτική βιβλιογραφία, όπως επισημαίνει ο M. Pines στον πρόλογο του βιβλίου. Ο Elias με έναν εξαιρετικά ευφυή και πρωτότυπο για την κοινωνιολογία τρόπο, υπερβαίνει τον δυϊσμό άτομο-κοινωνία, εισάγοντας την έννοια της αλληλεξάρτησης η οποία εμπεριέχει και τις σχέσεις εξουσίας.

Το πρώτο κεφάλαιο του βιβλίου ασχολείται με μια κριτική σύνοψη των διχοτομήσεων στο έργο του S. Freud, ώστε να κατανοηθούν καλύτερα η συμβολή των φροϋδικών θέσεων στις απόψεις του Foulkes καθώς και μερικές ανακολουθίες στο έργο του.

Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζεται κριτικά η ομαδο-αναλυτική θεωρία όπως παρατίθεται στα έργα του Foulkes. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιείται η διάκριση «ριζοσπάστης Foulkes» - «ορθόδοξος Foulkes» για να διαχωρισθεί ο Foulkes που αντιμετωπίζει σοβαρά την ομάδα και πρόσκειται στις απόψεις του Elias από τον ατομοκεντρικό, φροϋδικό Foulkes με σκοπό να διαλυθούν ορισμένες αντιφάσεις και συγκρούσεις.

Για να προετοιμασθεί ο αναγνώστης για τις απόψεις του Elias στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται μια επισκόπηση της θέσης του «εξωτερικού» στην ψυχαναλυτική θεωρία και των απόψεων των στρουκτουραλιστών και των μετα-στρουκτουραλιστών για τη γλώσσα, τη δομή της σκέψης, τον λόγο και την ιδεολογία.

Στο επόμενο, τέταρτο κεφάλαιο, όπου εξετάζονται οι βασικές ιδέες του N. Elias και το οποίο κατέχει κεντρική θέση στο βιβλίο, θεμελιώνεται και ο στόχος της εργασίας του F. Dalal, η αναδιατύπωση δηλαδή της

ομαδο-αναλυτικής θεωρίας με αφετηρία τις «ριζοσπαστικές» ιδέες του Foulkes. Παρ' όλο που η εκτενής αναφορά σε κοινωνιολογικές έννοιες ξενίζει τους ειδικούς στην ψυχοθεραπεία, ακόμα και τους ομαδικούς αναλυτές, ο συγγραφέας καταφέρνει με έναν επιστημονικά άρτιο, σαφή και πειστικό τρόπο, να αναδείξει τη σημασία που έχουν οι απόψεις του Elias σχετικά με την αλληλεξάρτηση, τη γλώσσα, τη σιωπή, τη σκέψη, τη γνώση, τις σχέσεις εξουσίας, την ιδεολογία και το στίγμα, για τη σοβαρή θεμελίωση ενός νέου ομαδο-αναλυτικού παραδείγματος.

Το νέο αυτό ομαδο-αναλυτικό παράδειγμα, καθιστά τη σύγκρουση ομάδας-ατόμου, και μια σειρά άλλες ανάλογες διχοτομήσεις, περιττές και μετατοπίζει τη σκέψη από τη σύγκρουση στην αμοιβαιότητα, πολιτικοποιώντας όμως για πρώτη φορά τον ψυχισμό μέσα από την έννοια της αλληλεξάρτησης και τοποθετώντας σε κεντρική θέση τη «βρώμικη» ιδεολογία και τις σχέσεις εξουσίας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο του βιβλίου με τον τίτλο «Στοιχεία μιας Μετα-Φουξιανής Ομαδο-Αναλυτικής Θεωρίας», ο συγγραφέας προχωρεί εγγύτερα προς τον στόχο που έχει θέσει, να διατυπώσει δηλαδή έναν διαφορετικό λόγο και σκέψη, που να μην τοποθετεί απευθείας και εξαρχής στο επίκεντρο την έννοια του ατόμου και να επιχειρήσει κατόπιν να μιλήσει για την υγεία, την ασθένεια και τη θεραπεία από την προοπτική της ομάδας.

Αυτός ο διαφορετικός λόγος, στο κλινικό πεδίο πια, διαμορφώνει μια νέα άποψη για το κοινωνικό ασυνείδητο σε αντιδιαστολή με το πλατωνικό γιουνγκιανό συλλογικό ασυνείδητο. Η ένταξη του κοινωνικού στη βάση του ασυνειδήτου, δεν μπορεί παρά να υποδεικνύει έναν νέο τρόπο αντίληψης και θεραπείας που, αναπόφευκτα, στην ατελή προσπάθειά του να είναι όσο γίνεται πλήρης, θα πρέπει να αναζητεί και να συμπεριλαμβάνει στις παρεμβάσεις του το κοινωνικό.

Ο συγγραφέας, με έναν σύνθετο και ευφυή τρόπο, αποφεύγει εδώ τον μεγαλύτερο κίνδυνο, να καθλωθεί δηλαδή στο κοινωνικό με έναν ντετερμινιστικό τρόπο, όπως αναλόγως καθελώνονται πολλοί θεραπευτές στο ατομικό, αδυνατώντας να συμπεριλάβουν, λόγω αντίστασης κατά τον Dalal, το κοινωνικό στο κλινικό τους έργο. Τραβώντας το εγχείρημά του στα άκρα, συναντά τον μοντέρνο «ριζοσπάστη» Foulkes στη διαπίστωση πως το άτομο και οι ομάδες

δεν υφίστανται ως παγιωμένες φυσικές οντότητες, αλλά είναι πάντοτε κατασκευές σε μια αενάως ρευστή ενότητα όπου το άτομο αποτελεί ένα επίπεδο της ομάδας.

Το βιβλίο έρχεται να ανασυνθέσει τις βάσεις της Ομαδικής Ανάλυσης και ταυτόχρονα να διευρύνει τους θεωρητικούς ορίζοντές της επαναδιατυπώνοντας και επανεξετάζοντας θεμελιώδη οντολογικά και επιστημολογικά ζητήματα με έναν εμπειριστατωμένο, πλουσιότατο, ζωντανό, σύγχρονο τρόπο. Είναι εξαιρετικά επιτυχής η επιλογή να εγκαινιάσει το συγκεκριμένο βιβλίο τη σειρά της Ομαδικής Ανάλυσης, καθώς αποτελεί πραγματικά μια πολύ καλή βάση ενός σοβαρού διαλόγου γύρω από την ομάδα και την ομαδική ανάλυση.

Η έκδοση είναι προσεγμένη και η μετάφραση εξαιρετική, αφού ο λόγος ρέει αβίαστα χωρίς τερατώδεις νεολογισμούς, παρόλο που το κείμενο πραγματεύεται συνεχώς πολύ δύσκολες έννοιες από πολύ διαφορετικά επιστημονικά πεδία.

A. Σταματάκη
Ψυχίατρος

**F. Dalal: Taking the Group Seriously:
Towards a Post-Foulkesian Group Analytic
Theory**

Kanaki Publ. Group Analysis, Athens 2008
ISBN: 978-960-7420-93-0

This is the first, translated in greek, book on group-analytic theory, aiming to develop a new group-analytic theoretical paradigm, based on the "radical" ideas of S.H. Foulkes and the ideas of the sociologist, Norbert Elias. The author attempts, in five chapters, to reword the group analytic theory, using the theory of Norbert Elias on Interdependence and Symbols. According to F. Dalal the effort to take the group and the group-analytic theory seriously, must be grounded on a new way of thinking, a new language and a new way of experience of the group and the self, which will consider that a person is a level of a group. This, group-analytic way of thinking, imposes a new understanding of social unconscious, which includes inevitably ideology and power relationships.

A. Stamataki
Psychiatrist

Jeremy Holmes**Ο John Bowlby & η θεωρία του Δεσμού**

Μετάφραση: Γ. Αθανασίου, Θ. Αθανασίου

Επιμέλεια γλωσσική και επιστημονική:

Ε. Ανδριτσάνου, Γ. Ζέρβας

Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, σειρά ΜΟΝ(Ψ)ΓΡΑΦΙΕΣ,

Αθήνα 2009

ISBN: 978-960-19-0520-4

Ο τόμος αυτός ανήκει στη σειρά ΜΟΝ(Ψ)ΓΡΑΦΙΕΣ, με διευθυντή τον Γ. Ζέρβα.

Η βιογραφία του John Bowlby (1907–1990) ενός από τους ψυχιάτρους που σημάδεψαν τον 20ό αιώνα, γραμμένη από ένα ψυχίατρο και ψυχοθεραπευτή, αποκτά μια ιδιαίτερη διάσταση και αποτελεί προσπάθεια σύνθεσης για όσα πρωτοποριακά έγιναν στη Μ. Βρετανία μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και διαμόρφωσαν πολλά από τα θεμέλια της κλινικής πρακτικής και της κλινικής έρευνας, σχεδόν ως τις μέρες μας.

Σχετικά με τις βιογραφίες, ο J. Holmes λέει «Ο βιογράφος είναι κατά μια έννοια τόσο ασθενής, όσο και θεραπευτής σε σχέση με το πρόσωπο για το οποίο επιλέγει να γράψει... Υπάρχει μια αναπόφευκτη θετική μεταβίβαση στο αντικείμενό μας. Πώς αλλιώς θα μπορούσε να δικαιολογήσει κανείς τις ατελείωτες ώρες που περνούν οι βιογράφοι (και που υπερβαίνουν κατά πολύ κάθε ψυχανάλυση, οσοδήποτε ατέρμονη) διαβάζοντας, μελετώντας, σκεπτόμενοι το αντικείμενο τους; Οι βιογράφοι ταυτίζονται με τα πρόσωπα που βιογραφούν, όπως οι ασθενείς ταυτίζονται με τους θεραπευτές τους... Την ίδια στιγμή οι βιογράφοι ως «θεραπευτές» έχουν την ευκαιρία να δουν τα πρόσωπα που βιογραφούν όπως πραγματικά είναι: αλλά μαζί με αυτό το πλεονέκτημα πρέπει επίσης να λαμβάνουν υπόψη τις δικές τους αντι-μεταβιβαστικές τάσεις για ηδονοβλεψία, λαγνεία, φθόνο, σπίλωση και εξιδανίκευση. Οι βιογράφοι πρέπει να προσεγγίζουν το αντικείμενο της βιογραφίας με το ίδιο πνεύμα που οι θεραπευτές αντιμετωπίζουν τους ασθενείς τους: συμπονετικά, χωρίς να υπερ-εμπλέκονται, με αντικειμενικότητα, αλλά χωρίς υπερβολική αποστασιοποίηση, με την αίσθηση της μοναδικότητας και της ιδιαιτερότητας του ατόμου, αλλά χωρίς υπερβολική επιείκεια». Στο πνεύμα των όσων προαναφέρονται, ο συγγραφέας μάς δίνει πολλές πληροφορίες για την οικογενειακή ζωή του Bowlby

– τυπικού γόνου της εύπορης αγγλικής μεσαίας τάξης, αλλά και για τις επιστημονικές του κατευθύνσεις. Η επιμονή του στο στοργικό «κράτημα» των παιδιών, ως βασικού παράγοντα στη δημιουργία «δεσμού», ανάγεται στα αρνητικά βιώματα από τη δική του ανατροφή, καθώς και στην εργασία του με παραβατικούς εφήβους.

Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η παράλληλη αλλά όχι κοινή πορεία των δύο μεγάλων της αγγλικής ψυχιατρικής και ψυχανάλυσης, των J. Bowlby και D. Winnicott, σε ό,τι αφορά τις απόψεις τους για τη στοργική ανατροφή των παιδιών, αλλά και για τον μεταβατικό χώρο, που γνωρίζουμε κυρίως από το έργο του Winnicott.

Η θεωρία του δεσμού διαμορφώθηκε σταδιακά από τον J. Bowlby για να καλύψει το κενό που αφήνει η ψυχαναλυτική θεωρία των ενορμήσεων και των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, όπως το βίωσε στη δική του εκπαίδευση και πρακτική, σχετικά με την πρώιμη σχέση φροντιστή (συνήθως της μητέρας) και παιδιού. Η σοβαρή διαμάχη της βρετανικής ψυχαναλυτικής σχολής εκείνα τα χρόνια, ανάμεσα στους οπαδούς της M. Klein που έμεναν στις πρώιμες φαντασιώσεις και το άγχος του βρέφους και την A. Freud που εστίαζε στην εγκατάσταση του οιδιπόδειου συμπλέγματος, άφησε για τον Bowlby ένα σημαντικό κενό το οποίο κάλυψε με δάνειο από την ηθολογία, αναγνωρίζοντας δηλαδή στην πρόσδεση μητέρας παιδιού ένα «πρωτογενές σύστημα κινήτρων» ανεξάρτητο από τη σεξουαλικότητα ή την ανάγκη σίτισης. Ποτέ δεν ήλθε σε ρήξη με την ψυχαναλυτική πρακτική, παρά τη σταδιακή απομάκρυνσή του, ενώ στόχος του ήταν να ανοίξει δίαυλους επικοινωνίας της ψυχαναλυτικής πρακτικής με τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα, τόσο από την ηθολογία, όσο και από την κλινική έρευνα.

Επίσης ο Bowlby επανέφερε τη συζήτηση γύρω από το ρόλο των πραγματικών τραυματικών γεγονότων (κυρίως των μακροχρόνιων αποχωρισμών παιδιού-μητέρας) πάνω στην ψυχική λειτουργία, εμπνέοντας πλήθος μελετών που δεν επιβεβαίωσαν πάντα τις υποθέσεις του, καθώς η σύνδεση γεγονότος-παθολογίας δεν υπακούει σε απλουστευτικά μοντέλα. Τόσο ο ίδιος όσο και ο Winnicott επέστησαν την προσοχή στα αρνητικά αποτελέσματα από τον χωρισμό γονιών-παιδιών λόγω της γιγαντιαίας εκκέ-

νωσης παιδιών κατά τη διάρκεια των βομβαρδισμών του Λονδίνου (1939–1940).

Στις σελίδες του βιβλίου αναπτύσσονται αναλυτικά οι έννοιες που περιγράφουν τις συνάψεις του δεσμού, όπως διαμορφώθηκαν σταδιακά από τον Bowlby, όπως η έννοια της ασφαλούς βάσης, δηλαδή η ατμόσφαιρα που δημιουργεί η φιγούρα πρόσδεσης για το προσδεδεμένο πρόσωπο, παρέχοντας μια αφετηρία περιέργειας και εξερεύνησης, καθώς και η ανάπτυξη του συστήματος πρόσδεσης. Πρόκειται για έννοιες που η σημασία τους ξεπερνά τα πρώτα χρόνια της ζωής, καθώς οι διαδικασίες που περιγράφουν παραμένουν ενεργές για πολύ μεγάλα διαστήματα. Περιγράφονται επίσης τα διάφορα είδη δεσμού (ασφαλής, ανασφαλής-αποφευκτικός, ανασφαλής-αμφιθυμικός, ανασφαλής-αποδιοργανωμένος) που σχετίζονται με την περιβαλλοντική επίδραση. Εφαρμογή των απόψεων του Bowlby αποτέλεσε και το διαγνωστικό εργαλείο της M. Ainsworth «Συνθήκη του ξένου».

Η θέση του J. Holmes, μάλλον εκλεκτική σε ό,τι αφορά στις διάφορες σχολές της ψυχοθεραπείας, είναι ότι η συνεισφορά του Bowlby εμπλούτισε τόσο την ψυχαναλυτική πρακτική όσο και τη γνωσιακή, καθώς κάποια από τα βασικά ευρήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν και από τις δύο σχολές. Ο Bowlby χρησιμοποίησε και την έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας, που πρότεινε ο E. Zetzel το 1956. Το φαινόμενο της ασφαλούς βάσης γίνεται ορατό στην ψυχοθεραπεία διά μέσου τριών συστατικών: της εναρμόνισης, την αυτοβιογραφικής ικανότητας και της συναισθηματικής επεξεργασίας.

Η θεωρία του δεσμού μπορεί επίσης να εμπλουτίσει τη σφαιρική προσέγγιση της κατάθλιψης, της

αγοραφοβίας αλλά και παθήσεων του ψυχωτικού φάσματος.

Ο Bowlby ολοκλήρωσε λίγο πριν τον θάνατό του μια βιογραφία του Δαρβίνου, η οποία, εκτός από τον βιογραφούμενο μας δίνει πληροφορίες και για την προσωπική και επιστημονική συγκρότηση του ίδιου του βιογράφου.

Σε έναν τόμο 372 σελίδων επιχειρείται με επιτυχία η πολύπλευρη παρουσίαση ενός πολύ σημαντικού έργου που ενέπνευσε πολλούς άλλους ερευνητές, η ανασύνθεση μιας ολόκληρης εποχής μέσα από την παρουσίαση των διαφορετικών απόψεων, αλλά και η ανατομία της προσωπικότητας του J. Bowlby. Ο αναγνώστης μπορεί, λοιπόν, ανάλογα με τα ενδιαφέροντά του, να ανακαλύψει μια ολόκληρη σειρά πολύτιμων στοιχείων.

Δ.Ν. Πλουμπίδης

Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής

Jeremy Holmes

John Bowlby and the attachment theory

Translation: G. Athanasiou, Th. Athanasiou

Editors: E. Andritsanou, J. Zervas

Editions Ellinika Grammata, Athens 2009

ISBN: 978-960-19-0520-4

The biography and the scientific contribution of J. Bowlby are presented and commented by his biographer. All the aspects of the attachment theory are presented, including the influence of Bowlby's approach on several clinical and research fields. A glossary facilitates unfamiliar readers to approach the technical terms included in the text.

D.N. Ploumpidis

Assoc. Professor of Psychiatry

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις

Future scientific meetings

- **"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
- **3ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**
2–5 Ιουνίου 2011
Grecotel, Κυλλήνη Ηλείας
Οργάνωση: Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών
Επικοινωνία: Av. Καθ. Φ. Γουρζής
Οργαν. Γραφείο: E-Vip Events & Congresses,
κ. Μπερεθέ Μαρία
Τηλ: 27550 22201-22124
- **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
- **24th ECNP Congress Paris, France**
3–7 September 2011
Organizer: European Congress on Neuropsychopharmacology
EChD Press office update Europe GmbH, Tigergasse 3/5
1080 Vienna, Austria
Tel.: +431/4055734-Fax:+43/1/4055734-16
E-mail: s.mak@update.europe.at
- **"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 Patologia Dual (SEPD)
Collaboration: NIDA and APAL
Contact: Prof. Miguel Casas
E-mail: mcasas@vhebron.net,
Website: www.cipd2011.com
- **Πανελλήνιο Συνέδριο «Διαταραχή Σωματο-Δυσμορφο-Φοβίας»**
15–16 Οκτωβρίου 2011
Συνεδριακό Κέντρο Πανεπιστημίου Πατρών
Συνδιοργάνωση: Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής & Ερευνών (Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε.) Μονάδα Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών & Ελληνική Εταιρεία Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών
Επικοινωνία: Κούλης Στέφανος
Οργαν. Γραφείο: Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης Κοι.Σ.Π.Ε. Ν. Αχαΐας «ΦΑΡΟΣ»
κ. Καραγεωργοπούλου Ειρήνη
Τηλ. 2610 362 949
E-mail: koispechaia@yahoo.gr
- **"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

- **2nd International Congress on Neurobiology, Psychopharmacology & Treatment guidance,**
Macedonia Palace Hotel, Thessaloniki, Greece
November 24-27, 2001
Contact: Ast. Prof. Konstantinos N. Fountoulakis
Congress Secretariat: Global Events,
50A Stadiou Str 55535 Pylea,
Thessaloniki, Greece
Tel: +302310 247734-43, Fax: +302310 247746
E-mail: info@globalevents.gr
Website: www.globalevents.gr
- **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

"ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ"

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ είναι το επίσημο όργανο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας εκδίδεται τέσσερις φορές τον 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.

Το περιοδικό «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ» καταχωρείται και περιλαμβάνεται στο MEDLINE/PubMed.

ΕΙΔΗ ΑΡΘΡΩΝ

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

ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

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

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

Το δακτυλογραφημένο κείμενο πρέπει να συνοδεύεται από δισκέτι 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 ευρετηρίου.

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

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

Βιβλιογραφικές παραπομπές: Αριθμούνται με αύξοντα αριθμό, ανάλογα με τη σειρά εμφάνισής τους στο κείμενο (σύστημα Vancouver). Π.χ. Ο Birley¹ βρήκε ότι..., αλλά ο Afford² διαφώνησε... Αναφέρονται τα ονόματα όλων των συγγραφέων. Στον 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 invites contributions in the fields of epidemiology, psychopathology, social psychiatry, biological psychiatry, psychopharmacology, psychotherapy, preventive psychiatry. The journal follows the standards approved by the International Council of Scientific Publishers. For a detailed description of the specifications see "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (www.CouncilScienceEditors.gr). Other sources: *Br Med J* 1991, 302:338–341/*Can Med Assoc J* 1995, 152:1459–1465.

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

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

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

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

The Journal "PSYCHIATRIKI" is indexed and included in MEDLINE/PubMed.

TYPES OF ARTICLES

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

SUBMISSION

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

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

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

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

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

ARRANGEMENT

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

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

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

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

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

References should not exceed 100 in the Review articles and the Special articles, 50 in the General articles, 15 in the Brief

Communications and in Case reports, and 5 in the Editorials and the Letters to the Editor.

The following paradigms illustrate the various reference categories:

1. Birley JLT, Adear P, Singer D, Rosenberg M. 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.



Πάνω από 200.000.000
ασθενείς σε θεραπεία
παγκοσμίως
από την έναρξη
κυκλοφορίας!

Cipralex®

για την κατάθλιψη
και το άγχος
Χωρίς περιορισμούς

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ CIPRALEX 10 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, CIPRALEX 20 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, CIPRALEX 10 mg/ml πόσιμες σταγόνες, διάλυμα. **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΗΤΗ ΣΥΝΘΕΣΗΣ** Cipralex 10 mg: Κάθε δισκίο περιέχει 10 mg escitalopram (ως ελεύθερο όξινο), CIPRALEX 20 mg: Κάθε δισκίο περιέχει 20 mg escitalopram (ως ελεύθερο όξινο), CIPRALEX 10 mg/ml πόσιμες σταγόνες, διάλυμα: Κάθε ml διαλύματος περιέχει 10 mg escitalopram (ως 12,78 mg escitalopram οξάλετη). Κάθε σταγόνα περιέχει 0,5 mg escitalopram. **ΠΡΟΤΙΜΕΥΣΕΙΣ** Ο συνδυασμός της escitalopram με αναστρέψιμους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης MAO-A (όπως η μοκλοβεμίλη) ή με τον αναστρέψιμο μη ελκικό αναστολέα MAO, τη λινεζολίνη, αντενδείκνυται δεδομένου του κινδύνου εμφάνισης σεροτονινεργικού συνδρόμου. **ΙΔΙΟΙΤΕΡΕΣ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ** Οι ακόλουθες ιδιαίτερες προειδοποιήσεις και προφυλάξεις ισχύουν για τη θεραπευτική κατηγορία των SSRI: **Χρήση σε παιδιά και εφήβους ηλικίας κάτω των 18 ετών:** Το Cipralex δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για την θεραπεία παιδιών και εφήβων κάτω των 18 ετών. Εάν, εντούτοις, αποφασιστεί να χορηγηθεί σχετικά αγωγή, λόγω κλινικής ανάγκης, ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται με προσοχή για την πιθανότητα εμφάνισης αυτοκτονικών συμπτωμάτων. **Παράδοση άγχους:** Μερικοί ασθενείς με διαταραχή πανικού μπορεί να βιώσουν αύξηση συμπτωμάτων άγχους κατά την έναρξη της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά. Αυτή η παράδοση αντίστροφης συνήθως υποχωρεί εντός δύο εβδομάδων αν συνεχιστεί η θεραπεία. Συνιστάται μία χαμηλή δόση έναρξης για τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης του παράδοξου άγχους. **Επληπτικές κρίσεις:** Πρέπει να διακοπεί η χορήγηση του φαρμάκου αυτού σε οποιαδήποτε ασθενή εμφανιστεί επιληπτικές κρίσεις. Οι SSRIs θα πρέπει να αποφεύγονται σε ασθενείς με ιστορικό επιληψίας και οι ασθενείς με ελεγχόμενη επιληψία πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά. Οι SSRIs πρέπει να διακοπεί εάν αυξηθεί η συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων. **Μυϊνά:** Οι SSRIs πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό μανίας/υπομανίας. Η αγωγή με SSRIs πρέπει να διακοπεί εάν ο ασθενής διατρέχει το κίνδυνο μανίας. **Σταθμίζοντας:** Σε ασθενείς με διαβήτη, η αγωγή με κάποιο SSRI μπορεί να αποσβεστικοποιήσει τον έλεγχο του σακχάρου (υπογλυκαιμία ή υπεργλυκαιμία). Εξέλεκτη να χορηγείται προσοχή στην δόση της ινσουλίνης ή/και των από του στόματος αντιδιαβητικών. **Αυτοκτονία/Σκέψεις αυτοκτονίας ή κλινική επίδειξη:** Αποτελεί γενική κλινική εμπειρία ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μπορεί να αυξηθεί στα πρώτα στάδια της ανάρρωσης. Άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις για τις οποίες αναγνωρίζεται το Cipralex μπορεί επίσης να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο να συμβούν σχετιζόμενα με αυτοκτονία. Επιπροσθέτως, οι καταστάσεις αυτές μπορεί να συνυπάρχουν με μείωση κατάθλιψης. Οι ίδιες προφυλάξεις που λαμβάνονται όταν αντιμετωπίζονται θεραπευτικοί ασθενείς με μείωση καταθλιπτική διαταραχή θα πρέπει κατ'ελάχιστον να λαμβάνονται όταν αντιμετωπίζονται ασθενείς με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Ασθενείς με ιστορικά συμβάντα σχετιζόμενα με αυτοκτονία, ή εκείνοι που εμφανίζουν σημαντικό βαθμό αυτοκτονικό ιδεασμό πριν από την έναρξη της θεραπείας, είναι γνωστό ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σκέψαν αυτοκτονίας ή απόπειρας αυτοκτονίας και θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά κατά διάρκεια της θεραπείας. Με μετα-ανάλυση ελεγχόμενων με ελεγχόμενο φάρμακο κλινικών δοκιμών με αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε ενήλικες ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές έδειξε αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς με αντικαταθλιπτικά σε σύγκριση με το ελεγχτικό φάρμακο σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 25 ετών. Στενή παρακολούθηση των ασθενών και ιδιαίτερα αυτών που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο, θα πρέπει να συνδυάζεται με τη φαρμακευτική αγωγή, ειδικά στην αρχή της θεραπείας και μετά από αλλαγές στη δόσολογία. Οι ασθενείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι για την ανάγκη παρακολούθησης για οποιαδήποτε κλινική επίδειξη.

αυτοκτονική συμπεριφορά ή σκέψεις και ασυνήθιστες αλλαγές στη συμπεριφορά και να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια αμέσως εάν εμφανιστούν τα συμπτώματα αυτά. **Ασθενείς/ψυχοκινητική ανισορροπία:** Η χρήση των SSRI/ SNRIs έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη ασταθούς, που χαρακτηρίζεται από μια υποκειμενικά διασπορά ή ενεργητική ανισορροπία και ανάγκη για κίνηση που συχνά συνδυάζεται από αδυναμία να καθίσει κανείς ή να παραμείνει ακίνητος. Αυτή είναι πιο πιθανό να συμβεί κατά τη διάρκεια των πρώτων λίγων εβδομάδων της θεραπείας. Στους ασθενείς που εμφανίζουν τα συμπτώματα αυτά, η αδυναμία της δόσολογίας μπορεί να είναι επιβλαβής. **Υπονατριαιμία/ Υπονατριαιμία:** Πιθανός λόγω της απώλειας έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (SIADH), έχει οπτικά αναφερθεί κατά την χρήση των SSRI. Η διαταραχή αυτή υποχωρεί με την διακοπή της θεραπείας. Πρέπει να γίνεται προσοχή στους ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο, όπως οι ηλικιωμένοι, ασθενείς με κίρρωση του ήπατος ή ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονα φάρμακα τα οποία μπορούν να προκαλέσουν υπονατριαιμία. **Διαταραχή Υπέρτασης:** Η υπονατριαιμία μπορεί να οδηγήσει σε υποτασικές καταστάσεις, κατά την αγωγή με SSRI. Ασθενείς σε αγωγή με SSRIs πρέπει να παρακολουθούνται στενά ιδιαίτερα όταν λαμβάνουν ταυτόχρονα φάρμακα τα οποία επηρεάζουν τη λειτουργία των αμφοτεριδίων (π.χ. αμύα αντιψυχωσικά και φαινοειδένες), τα περισσότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, το δικλοφενάκη/οξύ και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (NSAIDs), τικλοπιδίνη και διπυριδαμόλη ή εμφανίζουν πρόθεση για αμφοφώρες. **Ηλεκτροβάρυνση (ECG):** Υπάρχει περιορισμένη κλινική εμπειρία για την χορήγηση των SSRIs ταυτόχρονα με ECG, συνεπώς συνιστάται προσοχή. **Ανταρρέσιμη εκλεκτική αναστολής της MAO-A:** Ο συνδυασμός της escitalopram με αναστολείς της MAO-A γενικά δεν συνιστάται δεδομένου του κινδύνου εμφάνισης σεροτονινεργικού συνδρόμου. Για συγκριση με μη ελεγκτικούς, μη αναστρέψιμους αναστολείς MAO. **Σεροτονινεργικό Σύνδρομο:** Συνιστάται προσοχή όταν συγχρησιμοποιείται escitalopram με φαρμακευτικά προϊόντα που παρουσιάζουν σεροτονινεργική δράση όπως η σουμετριπτίνη ή άλλες τριπτάνες, τριαζολόλη, και τριπτοφάνη. **St John's Wort (Hypericum perforatum) (Υπερικώ/ Ελαιομαύρο):** Η ταυτόχρονη χορήγηση φυτικών θεραπειών που περιέχουν St John's Wort (Hypericum perforatum) (Υπερικώ/ Ελαιομαύρο) με SSRIs μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα αύξηση στην εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών. Σημειώνεται απόσυρση που παρατηρήθηκε όταν διακόπηκε η θεραπεία. Όταν η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά διακόπτεται, συχνά εμφανίζονται συμπτώματα απόσυρσης ειδικά όταν η διακοπή γίνεται απότομα. Ο κίνδυνος εμφάνισης των συμπτωμάτων απόσυρσης μπορεί να είναι υψηλότερος όταν λαμβάνονται ταυτόχρονα συμπεριλαμβανομένων της διάρκειας και της δόσολογίας της θεραπείας καθώς και του ρυθμού ελάττωσης της δόσολογίας. Γενικά αυτά τα συμπτώματα είναι αυτο-περιοριζόμενα και συνήθως υποχωρούν μέσα σε 2 εβδομάδες, μελοπίνος σε κάποια άτομα μπορεί να επιμείνουν (2-3 μήνες ή περισσότερο). Για το λόγο αυτό συνιστάται η escitalopram να μειώνεται σταδιακά όταν διακόπτεται η θεραπεία για ένα διάστημα αρκετών εβδομάδων ή μηνών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. **Σεξουαλική λειτουργία:** Συνιστάται προσοχή σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο λόγω περιορισμένης κλινικής εμπειρίας. **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ:** Οι συχνότητες που καταγράφονται δεν έχουν υποστεί διόρθωση σε σχέση με το ποσοστό εμφάνισης τους στον πληθυσμό που έλαβε ελεγχτικό φάρμακο. **Διαταραχές του ύπνου και του εμετικού ιστού:** Μη γνωστή συχνότητα: Δυσφορία/απώγεια. **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος:** Επώδυνη αναπνευστική αντίδραση. **Ενδοκρανικές Διαταραχές:** Μη γνωστή συχνότητα: απώλιση έκκρισης της ADH. **Διαταραχές του μεταβολισμού και της βλάβης:** Συχνές: αυξημένη όρεξη, μειωμένη όρεξη, μη γνωστή συχνότητα: Υπονατριαιμία. **Ψυχιατρικές Διαταραχές:** Συχνές: Άγχος, ανισορροπία, μη φυσιολογικό όνειρο Άνδρες και γυναίκες: μειωμένη libido, Γυναίκες: ανοργισμός. Όχι συχνές: Ακούσιος τριβισ των δοντιών, διάρροια, νευρική κούραση, κρίσεις πανικού, κατάσπαση

αύγχισης Σπινός: επιθετικότητα, αποπροσανατολισμός, ψευδοσθραξίες, σχετικά με αυτοκτονία συμβάντα. Μη γνωστή συχνότητα: Μανία. **Διαταραχές του νευρικού συστήματος:** Συχνές: Απώγεια, υπνηλία, όλη, παραστροφή, πόνος. Όχι συχνές: Διαταραχή γεύσης, Διαταραχές ύπνου, σύγκοπη, έλλειψη. **Σεροτονινεργικό Σύνδρομο:** Μη γνωστή συχνότητα: Δυσκινησία, κινητικές διαταραχές, σπασμοί. **Οφθαλμικές διαταραχές:** Όχι συχνές: Μυϊκή, οπτικές διαταραχές. **Διαταραχές του αίτος και του λεμφικού:** Όχι συχνές: Εμβολές. **Καρδιακές διαταραχές:** Όχι συχνές: Ταχυκαρδία, Σπινός: Βραδυκαρδία. **Αγγειακές διαταραχές:** Μη γνωστή συχνότητα: Ορθοστατική υπόταση. **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος:** του Φάρμακα και του Μεταβολισμού: Συχνές: παραρρινικόρροια, χούρη Όχι συχνές: Ρινωρραγία. **Ασπρενινεργικές διαταραχές:** Πολύ συχνές: Ναυτία. Συχνές: Διάρροια, δυσκολία στην αναπνοή, έμετος, έμετος. Όχι συχνές: Γαστρεντερικές διαταραχές (συμπεριλαμβανομένων και της συμφορίας του ορθού). **Διαταραχές ήπατος και χοληφόρου:** Μη γνωστή συχνότητα: Ηπατίτιδα. **Διαταραχές του αίματος και του σπλάχνου:** Όχι συχνές: αιμωρική εμφάνιση. Όχι συχνές: Κίωση, αιμοπεταλίου, εξάνθημα, κνησμός. Μη γνωστή συχνότητα: Εγκυμωσία, αιμοπεταλίου αίθια. **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος:** του συνδετικού ιστού και των οστών: Συχνές: Αρθραλγία, μυαλγία. **Διαταραχές των νεφρών και του ουροποιητικού:** Μη γνωστή συχνότητα: Κατακρήνη ούρων. **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος και των ιστών:** Συχνές: Άσθμα: Διαταραχή εκπνοής/απνοή, ανικανότητα. Όχι συχνές: Γαστρίτις, μολυσματική, μολυσματική. Μη γνωστή συχνότητα: Άσθμα: πριμοσμός, γαλακτορρία. **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις ανάλογα με την χορήγηση:** Συχνές: Κόπωση, πυρετός. Όχι συχνές: Οίδημα. **Εξέλιξη:** Συχνές: Αύξηση σωματικού βάρους. Όχι συχνές: Μείωση σωματικού βάρους. Μη γνωστή συχνότητα: Ηπαλκτική εμφάνιση στις ηπατικές δοκιμασίες. Οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν αναφερθεί για τη θεραπευτική κατηγορία των SSRI: ψυχοκινητική ανισορροπία/αδυναμία και αναστροφή. Κατά την περίοδο της κυκλοφορίας στην αγορά έχουν αναφερθεί περιαστικά παράπονα του διαστήματος QT, κυρίως σε ασθενείς με προδιακείμενη καρδιακή νόσο. Δεν έχει τεκμηριωθεί κάποια αιτιολογική συσχέτιση. Σημειώνεται απόσυρση τα οποία παρατηρήθηκαν κατά τη διακοπή της θεραπείας. Η δοσολογία των SSRI/ SNRI (ιδίαιτερα όταν είναι απότομη) συνήθως οδηγεί σε συμπτώματα απόσυρσης. **Σημειώνεται:** Διαταραχές αισθητικότητας (συμπεριλαμβανομένων της παραισθησίας και της αισθησίας ηλεκτρικού ρεύματος), διαταραχές του ύπνου (συμπεριλαμβανομένων της υπνίας και των (υπνών ονείρων), διάρροια ή άγχος, ναυτία και/ή έμετος, τριβισ, σύγκοπη, κίωση, κεφαλαλγία, διάρροια, αίσθημα πόνου, αναπνευστική απόπεια, εξεπιδείκνυται και διαταραχές της όρασης είναι οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** H Lundbeck A/S, Ølshavn 9, DK-2500 Copenhagen – Valby Denmark. Περισσότερες πληροφορίες διατίθενται από τον τοπικό αντιπρόσωπο του κατόχου της άδειας κυκλοφορίας: Lundbeck Hellas S.A. Κηφισός 64, 157 25 Μορφοί, Αθήνα, Τηλ.: 210 6105 036, Fax: 210 6105 039.

Lundbeck  Cipralex®
escitalopram

Ξεκινήστε τώρα για καλύτερη Προοπτική

FlyingColours



Ο κύριος Γεράσιμος διασκεδάζει
με τα εγγόνια του στον κήπο



Lundbeck



Ebixa
20mg
memantine

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Ebixa 10 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. Ebixa 5 mg/πλάσμα διάλυμα με δοσομετρική αντλία.
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Το κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 10 mg memantine hydrochloride υδροχλωρίδιο μεμαντίνης (ισοδύναμο με 8,31 mg memantine. Κάθε ενεργοποίηση της αντλίας (ένα πλάσμα της αντλίας) απελευθερώνει 0,5 ml (0,5 g) του διαλύματος που περιέχει 5 mg memantine hydrochloride ισοδύναμο με 4,16 mg memantine. **Θεραπευτικές ενδείξεις** Θεραπεία ασθενών με μέτρια έως σοβαρή νόσο Alzheimer. **Αντενδείξεις** Υπερευαίσθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση** Συνιστάται προσοχή στους ασθενείς με επιληψία, προηγούμενο ιστορικό σπασμών ή ασθενείς με προδιαθετικούς παράγοντες για επιληψία. Θα πρέπει να αποφεύγεται η ταυτόχρονη χρήση ανταγωνιστών N-methyl-D-aspartate (NMDA) όπως αμανταδίνης, καταμίνης ή dextromethorphan. Αυτά τα σκευάσματα ενεργούν στο ίδιο σύστημα υποδοχών όπως και το memantine, και επομένως οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου (απευθύνονται κυρίως με το ΚΝΣ) ενδέχεται να είναι πιο συχνές ή πιο έντονες. Μερικοί παράγοντες που ενδέχεται να αυξάνουν το pH των ούρων πιθανόν να απαιτούν προσεκτική παρακολούθηση του ασθενή. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν δραστικές αλλαγές της διατροφής, π.χ. από διατροφή με βάση το κρέας σε διατροφή με βάση τα λαχανικά, ή μαζική πρόσληψη ρυθμιστικών διαλυμάτων γαστρικής ουδετεροποίησης. Επίσης, το pH των ούρων μπορεί να αυξάνει εξαιτίας περιπτώσεων οξέωσης του νεφρικού σωληναρίου (RTA) ή σοβαρών μολύνσεων της ουριντικής οδού από το βακτήριο *Proteus*. Στις περισσότερες κλινικές δοκιμές αποκλείστηκαν οι ασθενείς που έπασχαν από πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια προκαλούσα περιφερική στάση (NYHA III-IV), ή ανεξέλεγκτη υπέρταση. Ως συνέπεια αυτού, υπάρχει μόνο περιορισμένος αριθμός διαθεσίμων στοιχείων και θα πρέπει οι ασθενείς που πάσχουν από αυτές τις παθήσεις να επιτηρούνται στενά. **Ανεπιθύμητες ενέργειες** Σε κλινικές μελέτες στην μέτρια και σοβαρή νόσο, στις οποίες έλαβαν μέρος 1784 ασθενείς σε θεραπεία με Ebixa και 1595 ασθενείς σε θεραπεία με εικονικό φάρμακο, η συνολική συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών με Ebixa δεν διέφερε από εκείνη του εικονικού φαρμάκου, οι ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν συνήθως ήπιες έως μέτριες βαρύτητας. Οι συχνότερα εμφανιζόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στην ομάδα Ebixa σε σχέση με την ομάδα του εικονικού φαρμάκου ήταν η ζάλη (6,3% έναντι 5,6% αντίστοιχα), κεφαλαλγία (5,2% έναντι 3,9%), δυσκαλιότητα (4,6% έναντι 2,6%), υπνηλία (3,4% έναντι 2,2%) και υπέρταση (4,1% έναντι 2,8%). Οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα αναφέρθηκαν στις κλινικές μελέτες με Ebixa και μετά από την εισαγωγή της στην αγορά. Σε κάθε ταξινόμηση ανά συχνότητα, οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζονται με σειρά φθίνουσας σοβαρότητας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν κατηγοριοποιηθεί με βάση το σύστημα ταξινόμησης ανά σύστημα ή όργανο του οργανισμού, χρησιμοποιώντας την παρακάτω συνθήκη: πολύ συχνές ($\geq 1/10$), συχνές ($\geq 1/100$ έως $< 1/100$), όχι συχνές ($\geq 1/1.000$ έως $\geq 1/100$), σπάνιες ($\geq 1/10.000$ έως $\leq 1/1.000$), πολύ σπάνιες ($\leq 1/10.000$), άγνωστες (δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα διαθέσιμα στοιχεία). Διαταραχές του νευρικού συστήματος: Συχνές: Ζάλη, Όχι συχνές: Διαταραχές βόδους: Πολύ σπάνιες: Επιληπτικές κρίσεις. Ψυχροπρετικές διαταραχές: Συχνές: Δυσκαλιότητα, Όχι συχνές: Έμετος, Άγνωστες: Παγκρεατίτιδα. Λοιμώξεις και μολύνσεις: Όχι συχνές: Μολύνσεις από μύκητες. Αγγειακές διαταραχές: Συχνές: Υπέρταση, Όχι συχνές: Φλεβική θρόμβωση, Θρομβοεμβολή. Γενικές διαταραχές και διαταραχές στη θέση χορήγησης: Συχνές: Κεφαλαλγία, Όχι συχνές: Κόπωση. Ψυχιατρικές διαταραχές: Συχνές: Υπνηλία, Όχι συχνές: Σύγχυση, Όχι συχνές: Ψευδαισθήσεις. Άγνωστες: Ψυχιατρικές αντιδράσεις. Οι ψευδαισθήσεις παρατηρήθηκαν κυρίως σε ασθενείς με σοβαρή νόσο Alzheimer. Μεμονωμένα περιστατικά τα οποία καταγράφηκαν μετά την κυκλοφορία του προϊόντος στην αγορά. Η νόσος Alzheimer έχει συσχετιστεί με την κατάθλιψη, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την αυτοκτονία. Μετά την κυκλοφορία του προϊόντος στην αγορά τέτοια περιστατικά έχουν καταγραφεί σε ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία με Ebixa. **Συσκευασίες:** Κουτί που περιέχει 30 δισκία με Α.Τ. 57,08€. 5mg/πλάσμα διάλυμα με δοσομετρική αντλία, φιάλη των 50ml με Α.Τ. 96,14€. Χρησιμοποιείται με ιατρική συνταγή. Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες παρακαλούμε απευθυνθείτε στον τοπικό αντιπρόσωπο του κατόχου της άδειας κυκλοφορίας: **Lundbeck Hellas S.A.**, Λεωφόρος Κηφισίας 64, GR-151 25 Μαρούσι, Αθήνα, Τηλ: +30 210 610 5036. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK 2500 Valby, Danía. Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο της άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως.

Ebixa/ADV/DP/2-1-11

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 τη 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