



Καταχωρείται και περιλαμβάνεται στα MEDLINE/PubMed, Index Copernicus, Google Scholar, EMBASE/Excerpta Medica, GFMER, CIRRIE, SCIRUS for Scientific Inf., EBSCOhost™, PsychINFO και στο Iatrotek

Οδηγίες προς τους συγγραφείς και το συνοδευτικό έντυπο είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα:
<http://www.psychiatriki-journal.gr>

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση
της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας
Διονυσίου Αιγινήτου 17, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-77 58 410, Fax: 210-77 09 044

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

Ιδιοκτήτης:
Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-72 14 184

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επίτιμος Πρόεδρος:
Γ.Ν. Χριστοδούλου

Πρόεδρος:
Β. Κονταξάκης

Αναπληρωτής Πρόεδρος:
Γ. Κωνσταντακόπουλος

Μέλη:
Σ. Θεοδωροπούλου, Δ. Καραϊσκος, Μ. Μαργαρίτη,
Δ. Πλουμπίδης, Π. Φερεντίνος

Συνεργάτης:
Ι. Ζέρβας

Γραμματεία περιοδικού: Μ. Λουκίδη

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

M. Abou-Saleh (UK) †H. Ghodse (UK)
H. Akiskal (USA) P. Gökalp (Turkey)
G. Alexopoulos (USA) G. Ikkos (UK)
N. Andreasen (USA) R.A. Kallivayalil (India)
S. Bloch (Australia) M. Kastrup (Denmark)
M. Botbol (France) K. Kirby (Australia)
N. Bouras (UK) V. Krasnov (Russia)
C. Höschl (Czech Rep.)

Indexed and included in MEDLINE/PubMed, Index Copernicus, Google Scholar, EMBASE/Excerpta Medica, GFMER, CIRRIE, SCIRUS for Scientific Inf., EBSCOhost™, PsychINFO and in Iatrotek

Instructions to contributors and the submission form are available at the webpage
<http://www.psychiatriki-journal.gr>

PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published
by the Hellenic Psychiatric Association
17, Dionisiou Eginitou str., 115 28 Athens
Tel.: +30-210-77 58 410, Fax: +30-210-77 09 044

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

Owner:
Hellenic Psychiatric Association
11, Papadiamantopoulou str., 115 28 Athens
Tel.: +30-210-72 14 184

EDITORIAL BOARD

Emeritus Editor:
G.N. Christodoulou

Editor-in-Chief:
V. Kontaxakis

Associate Editor:
G. Konstantakopoulos

Members:
S. Theodoropoulou, D. Karaiskos, M. Margariti,
D. Ploumpidis, P. Ferentinos

Collaborator:
J. Zervas

Journal's secretariat: M. Loukidi

Γραμματεία Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας:
Υπεύθυνη: Ε. Γκρέτσα
Τηλ.: 210-72 14 184, Fax: 210-72 42 032
E-mail: psych@psych.gr, Ιστοσελίδα: www.psych.gr
FB: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

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

Ετήσιες συνδρομές του Περιοδικού:
Εσωτερικού € 40,00
Εξωτερικού \$ 80,00 + ταχυδρομικά
Μεμονωμένα τεύχη € 10,00
Καταβάλλονται με επιταγή στον ταμία της ΕΨΕ:
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

Τα ταμειακώς εντάξει μέλη της Εταιρείας δεν υποχρεούνται σε καταβολή συνδρομής

Secretariat of Hellenic Psychiatric Association:
Head: H. Gretsas
Tel.: (+30) 210-72 14 184, 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., GR-115 28 Athens, Greece

Annual subscriptions of the Journal:
€ 40.00 or \$ 80.00 + postage – each separate issue € 10.00 are payable by check to the treasurer of the Hellenic Psychiatric Association:
11, Papadiamantopoulou str., GR-115 28 Athens

For the members of the Association in good standing subscription is free

**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@otenet.gr
e-shop: www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000

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



**EDITING
EN ISO 9001:2000**

3, Adrianiou str., GR-115 25 Athens-Greece
Tel.: (+30) 210-67 14 371 – (+30) 210-67 14 340,
Fax: (+30) 210-67 15 015
e-mail: betamedarts@otenet.gr, e-shop: www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000

Printing supervision
Α. Βασιλάκου, 3 Αδριανίου str. – GR-115 25 Athens
Tel. (+30)-210-67 14 340





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Δ. Πλουμπίδης
Αντιπρόεδρος: Γ. Αλεβιζόπουλος
Γεν. Γραμματέας: Χρ. Τσόπελας
Ταμίας: Λ. Μαρκάκη
Σύμβουλοι: Στ. Κρασνάκης
Β.Π. Μποζίκας
Χ. Τουλούμης

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Μέλη: Β. Αλεβίζος
Ι. Γκιουζέπας
Α. Σπυροπούλου

ΕΞΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μέλη: Β. Κονταξάκης
Ε. Σιούτη
Ν. Τζαβάρας

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Γ.Ν. Χριστοδούλου, †Α. Παράσχος,
Ν. Τζαβάρας, Ι. Γκιουζέπας

ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ

†Σπ. Σκαρπαλέζος, Χ. Βαρουχάκης,
†Ν. Ζαχαριάδης, †Ι. Πιτταράς

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

ΑΘΗΝΩΝ

Πρόεδρος: Κ. Κόντης
Γραμματέας: Σ. Θεοδωροπούλου
Ταμίας: Η. Τζαβέλλας

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Πρόεδρος: Ι. Νηματούδης
Γραμματέας: Ι. Διακογιάννης
Ταμίας: Π. Φωτιάδης

ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος: Π. Στοφόρος
Γραμματέας: Α. Θωμάς
Ταμίας: Α. Οικονόμου

ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ

Πρόεδρος: Α. Φωτιάδου
Γραμματέας: Λ. Ηλιοπούλου
Ταμίας: Π. Πετρίκης

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

Πρόεδρος: Κ. Σωτηριάδου
Γραμματέας: Μ. Σκώκου
Ταμίας: Α. Κατριβάνου

ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΤΑΝΙΑΣ

Πρόεδρος: Ε. Παλαζίδου
Γραμματέας: Κ. Κασιακόγια
Ταμίας: Π. Λέκκος

ΤΟΜΕΑΣ ΝΕΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ

Πρόεδρος: Α. Οικονόμου
Α' Γραμματέας: Γ. Πάγκαλος
Β' Γραμματέας: Α. Διακουμοπούλου

ΕΝΩΣΗ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ

Πρόεδρος: Θ. Κουτσομήτρος
Γραμματέας: Α. Αντωνίου
Ταμίας: Α. Μαυρόματос

HELLENIC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

EXECUTIVE COUNCIL

Chairman: D. Ploumpidis
Vice-Chairman: G. Alevizopoulos
Secretary General: Ch. Tsopelas
Treasurer: L. Markaki
Consultants: St. Krasanakis
V.P. Bozikas
Ch. Touloumis

DISCIPLINARY COUNCIL

Members: V. Alevizos
J. Giouzepas
A. Spyropoulou

FINANCIAL CONTROL COMMITTEE

Members: V. Kontaxakis
Ir. Siouti
N. Tzavaras

HONORARY PRESIDENTS

G.N. Christodoulou, †A. Paraschos,
N. Tzavaras, J. Giouzepas

HONORARY MEMBERS

†S. Scarpalezos, Ch. Varouchakis,
†N. Zachariadis, †I. Pittaras

DIVISIONS

ATHENS

Chairman: C. Kontis
Secretary: S. Theodoropoulou
Treasurer: E. Tzavellas

MACEDONIA

Chairman: J. Nimatoudis
Secretary: J. Diakoyiannis
Treasurer: P. Fotiadis

CENTRAL GREECE

Chairman: P. Stoforos
Secretary: A. Thomas
Treasurer: A. Oikonomou

NORTHWESTERN GREECE

Chairman: A. Fotiadou
Secretary: L. Iliopoulou
Treasurer: P. Petrikis

PELOPONNESE

Chairman: K. Sotiriadou
Secretary: M. Skokou
Treasurer: A. Katrivanou

GREAT BRITAIN

Chairman: H. Palazidou
Secretary: K. Kasiakogia
Treasurer: P. Lekkos

SECTOR OF YOUNG PSYCHIATRISTS

Chairman: A. Economou
Secretary A': G. Pagkalos
Secretary B': A. Diakoumopoulou

UNION OF GREEK PSYCHIATRIC TRAINEES

Chairman: Th. Koutsomitros
Secretary: Ath. Antoniou
Treasurer: A. Mavromatos



ΚΛΑΔΟΙ

ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Πρόεδρος: Κ. Παπλός
Γραμματείς: Θ. Παπασλάνης, Δ. Καραϊσκος

ΒΙΑΙΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Πρόεδρος: Χ. Τσόπελας
Γραμματείς: Μ. Δημητράκα, Δ. Πέτσας

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Π. Σακκάς
Γραμματείς: Α. Μπότσης, Κ. Ψάρρος

ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Σ. Καπρίνης
Γραμματείς: Σ. Μπουφίδης, Ε. Παρλαπάνη

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Πρόεδρος: Ε. Βάρσου
Γραμματείς: Γ. Μιχόπουλος, Φ. Γονιδάκης

ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Λ. Μαρκάκη
Γραμματείς: Φ. Μωρόγιαννης, Π. Γκίκας

ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Δ. Πλουμπιδής
Γραμματείς: Αθ. Καραβάτος, Ι. Πολυχρονίδης

ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Β. Αλεβίζος
Γραμματείς: Χ. Τουλούμης, Ειρ. Σιούτη

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Α. Μιχοπούλου
Γραμματείς: Γ. Γαρυφαλλός, Μ. Οικονόμου

ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ

Πρόεδρος: Ι. Διακογιάννης
Γραμματείς: Θ. Παπαρρηγόπουλος, Ελ. Μέλλος

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Δ. Αναστασόπουλος
Γραμματείς: Δ. Αναγνωστόπουλος, Κ. Κανελλέα

ΠΡΟΑΣΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Γ. Αλεβίζοπουλος
Γραμματείς: Μ. Σκόνδρας, Γ. Καραμπουτάκης

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Πρόεδρος: Λ. Αθανασιάδης
Γραμματείς: Κ. Παπασταμάτης, Η. Μουρίκης

ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Π. Φωτιάδης
Γραμματείς: Ι. Νηματούδης, Δ. Μοσχονάς

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ - ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ
Πρόεδρος: Θ. Υφαντής
Γραμματείς: Α. Καρκανιάς, Μ. Διαλλινά

ΤΕΧΝΗΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Σ. Κρασσανάκης
Γραμματείς: Η. Βλάχος, Χ. Γιαννουλάκη

ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Κ. Κατσαδώρας
Γραμματείς: Ι. Χατζιδάκης, Ι. Αποστολόπουλος

ΦΙΛΟΣΟΦΙΑΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Ι. Ηλιόπουλος
Γραμματείς: Γ. Νικολαΐδης, Α. Κομπορόζος

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Γ. Χριστοδούλου
Γραμματείς: Ι. Γκιουζέπας, Α. Δουζένης

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ

Πρόεδρος: π. Α. Αυγουστήδης
Γραμματείς: Στ. Κούλης, Κ. Εμμανουηλίδης

ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ &

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ
Πρόεδρος: Ι. Ζέρβας
Γραμματείς: Ε. Λαζαράτου, Α. Λεονάρδου

ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Γ. Τζεφεράκος
Γραμματείς: Δ. Τσακλακίδου, Ι. Γιαννοπούλου

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πρόεδρος: Α. Πεχλιβανίδης
Γραμματείς: Σ. Τουρνής, Ρ. Γουρνέλλης

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Ν. Δέγλερης
Γραμματείς: Α. Κώνστα, Θ. Βορβολάκος

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ & ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

Πρόεδρος: Β.Π. Μποζίκας
Γραμματείς: Ι. Νηματούδης, Κ. Κόλλιας

ΨΥΧΟΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Αθ. Καρκανιάς
Γραμματείς: Κ. Παπλός, Μ. Συγγελάκης

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

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

SECTIONS

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIORS

Chairman: K. Pappos
Secretaries: Th. Pappaslanis, D. Karaiskos

VIOLENT BEHAVIORS

Chairman: Ch. Tsopelas
Secretaries: M. Dimitrakia, D. Petsas

BIOLOGICAL PSYCHIATRY

Chairman: P. Sakkas
Secretaries: A. Botsis, C. Psarros

CROSS-CULTURAL PSYCHIATRY

Chairman: S. Kaprinis
Secretaries: S. Boufidis, H. Parlapani

EATING DISORDERS

Chairman: E. Varsou
Secretaries: J. Michopoulos, F. Gonidakis

PRIVATE PRACTICE PSYCHIATRY

Chairman: L. Markaki
Secretaries: F. Morogiannis, P. Gkikas

HISTORY OF PSYCHIATRY

Chairman: D. Ploumpidis
Secretaries: Ath. Karavatos, J. Polyhronidis

PSYCHOPHARMACOLOGY

Chairman: V. Alevizos
Secretaries: C. Touloumis, I. Siouti

SOCIAL PSYCHIATRY

Chairman: A. Michopoulou
Secretaries: G. Garyfallos, M. Economou

SUBSTANCE ABUSE

Chairman: J. Diakoyiannis
Secretaries: Th. Paparrigopoulos, El. Mellos

CHILD PSYCHIATRY

Chairman: D. Anastasopoulos
Secretaries: D. Anagnostopoulos, K. Kanellea

ADVOCACY OF PSYCHIATRIC PRACTICE

Chairman: G. Alevizopoulos
Secretaries: M. Skondras, G. Karamoutakis

PREVENTIVE PSYCHIATRY

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

SEXUALITY AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS

Chairman: L. Athanasiadis
Secretaries: K. Papastamatis, H. Mourikis

MILITARY PSYCHIATRY

Chairman: P. Fotiadis
Secretaries: J. Nimatoudis, D. Moschonas

CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY

& PSYCHOSOMATICS
Chairman: T. Hyphantis
Secretaries: A. Karkanias, M. Diallina

ART & PSYCHIATRY

Chairman: S. Krasanakis
Secretaries: E. Vlachos, C. Giannoulaki

TELEPSYCHIATRY

Chairman: K. Katsadoros
Secretaries: J. Chatzidakis, J. Apostolopoulos

PHILOSOPHY & PSYCHIATRY

Chairman: I. Iliopoulos
Secretaries: G. Nikolaidis, A. Komborozos

PSYCHIATRY & ETHICS

Chairman: G. Christodoulou
Secretaries: J. Giouzevas, A. Douzenis

PSYCHIATRY & RELIGION

Chairman: r. A. Avgoustidis
Secretaries: S. Koulis, K. Emmanouilidis

WOMEN'S MENTAL HEALTH &

REPRODUCTIVE PSYCHIATRY
Chairman: J. Zervas
Secretaries: H. Lazaratou, A. Leonardou

FORENSIC PSYCHIATRY

Chairman: G. Tzeferakos
Secretaries: D. Tsaklakidou, J. Giannopolou

PSYCHOTHERAPY

Chairman: A. Pechlivanidis
Secretaries: S. Tournis, R. Gournellis

PSYCHOGERIATRICS

Chairman: N. Degleris
Secretaries: A. Konsta, Th. Vorvolakos

PSYCHOMETRIC & NEUROPSYCHOLOGICAL MEASUREMENTS

Chairman: V.P. Bozikas
Secretaries: J. Nimatoudis, K. Kollias

PSYCHO-ONCOLOGY

Chairman: A. Karkanias
Secretaries: K. Pappos, M. Syngelakis

PSYCHOPATHOLOGY

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

PSYCHOPHYSIOLOGY

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



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ειδικά άρθρα

Πρόταση για τη θεσμοθέτηση υπηρεσιών Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΕΠΨ) στην Ελλάδα: Αν όχι τώρα, πότε;

N.K. Στεφανής, Β. Μαυρέας, Ι. Νηματούδης, Φ. Γουρζής, Μ. Σαμακουρή, Α. Βγόντζας, Α. Δουζένης, Ομάδα εργασίας Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση..... 107

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (II): Υπηρεσίες στην κοινότητα και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Μ. Μαργαρίτη, Μ. Χατζούλης, Μ. Λαζαρίδου, Γ.Φ. Αγγελίδης, Β. Φωτόπουλος, Λ. Μαρκάκη, Φ. Κουλούρη..... 118

Οι ψυχοσωματικές διαταραχές στην αρχαία Ελληνική ιατρική

Κ. Λάιος, Μ.-Ε. Κονταξάκη, Κ. Μαρκάτος, Ε. Λάγιου, Μ. Καραμάνου, Γ. Ανδρούτσος..... 130

Ερευνητικές εργασίες

Κρατούμενοι Ελληνικών φυλακών: Συσχέτιση δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών δεδομένων με τα διαπραχθέντα εγκλήματα

Α. Αποστολόπουλος, Ι. Μιχόπουλος, Ε. Ρίζος, Β. Μάνθου, Γ. Τζεφεράκος, Γ. Καλέμη, Χ. Παπαγεωργίου, Α. Δουζένης..... 137

Σχολικός εκφοβισμός και ψυχική υγεία μαθητών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες

Α. Ντασιώτη, Γερ. Κολαΐτης..... 149

Η σχέση της εξάρτησης από το διαδίκτυο με την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Ε. Σουλιώτη, Β. Σταυρόπουλος, Σ. Χρηστίδη, Υ. Παπαστεφάνου, Π. Ρούσσο..... 160

Υποκειμενική αίσθηση ευεξίας των εφήβων και ο ρόλος της οικογένειας

Αικ. Λαμπροπούλου 172



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Special articles

A proposal for the implementation of Early Intervention in Psychosis (EIP) services in Greece: If not now, when?

N.C. Stefanis, V. Mavreas, I. Nimatoudis, F. Gourzis, M. Sarakouri, A. Vgontzas, A. Douzenis, EIP Working group 107

Clinical guidelines for the management of schizophrenia (II): Community service-level interventions and the role of Primary Care

M. Margariti, M. Hadjulis, M. Lazaridou, G.F. Angelidis, V. Fotopoulos, L. Markaki, F. Koulouri..... 118

Psychosomatic disorders in ancient Greek medicine

K. Laios, M.-I. Kontaxaki, K. Markatos, E. Lagiou, M. Karamanou, G. Androutsos..... 130

Research articles

Prisoners in Greek prisons: Correlation of demographic and psychosocial data with committed crimes

A. Apostolopoulos, I. Michopoulos, E.M. Rizos, V. Manthou, G. Tzeferakos, G. Kalemi, Ch. Papageorgiou, A. Douzenis 137

Bullying and the mental health of schoolchildren with special educational needs in primary education

A. Dasioti, G. Kolaitis..... 149

The relationship of internet addiction with anxiety and depressive symptomatology

E. Soulioti, V. Stavropoulos, S. Christidi, Y. Papastefanou, P. Roussos..... 160

The role of the family in adolescents' subjective well-being

A. Lampropoulou 172

Ειδικό άρθρο Special article

Πρόταση για τη θεσμοθέτηση υπηρεσιών Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση (ΕΠΨ) στην Ελλάδα: Αν όχι τώρα, πότε;

**N.K. Στεφανής,¹ B. Μαυρέας,² I. Νηματούδης,³ Φ. Γουρζής,⁴
M. Σαμακουρή,⁵ A. Βγόντζας,⁶ A. Δουζένης,⁷
Ομάδα εργασίας Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση⁸**

¹A΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα,

²Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα,

³Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,

⁴Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα,

⁵Ψυχιατρική Κλινική, Δημοκriteίου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη,

⁶Τομέας Ψυχιατρικής και Επιστημών Συμπεριφοράς του Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη,

⁷B΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα,

⁸B. Μποζίκας, K. Κόλλιας, Γ. Γαρυφάλλος, M. Μαλλιώρα, B. Ερμηλίου, Π. Πετρίκης, M. Ρίζος, M. Οικονόμου

Ψυχιατρική 2018, 29:107–117

Οι διαταραχές του ευρύτερου ψυχωτικού φάσματος, με σοβαρότερη μορφή αυτή της σχιζοφρένειας, είναι συχνές και επηρεάζουν αναπόφευκτα την ποιότητα ζωής των πασχόντων και των οικογενειών τους. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να επισημανθεί η ανάγκη υιοθέτησης μιας διαφορετικής εθνικής στρατηγικής στην αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών, βασισμένης στις αρχές της παροχής κοινοτικών υπηρεσιών έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση (ΕΠΨ), που συνιστούν τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες διεθνώς κοινοτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες στον χώρο της Ψυχικής Υγείας. Αν και η παρακολούθηση σε εξωνοσοκομειακές δομές θεωρείται επαρκής, επιβάλλεται να υιοθετηθεί πλέον μια πιο εμπειριστατωμένη και ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών των νέων ασθενών και των οικογενειών τους, που τα παρόντα συστήματα ψυχικής υγείας αδυνατούν να καλύψουν, όπως διαφαίνεται από τα υψηλότερα ποσοστά υποτροπών των νέων ασθενών και τη σοβαρή επιβάρυνση στην καθημερινή τους λειτουργικότητα. Σε συνάφεια με τη διεθνή πραγματικότητα, προτείνεται η θεσμοθέτηση, σύσταση και εφαρμογή κοινοτικών υπηρεσιών ΕΠΨ που αφενός αποβλέπουν στην ενημέρωση/ευαισθητοποίηση

και ενεργή διασύνδεση με τους κοινοτικούς φορείς (με αποτέλεσμα την έγκαιρη αναγνώριση περιστατικών, μείωση του διαστήματος μη θεραπευόμενης ψύχωσης), και αφετέρου προσφέρουν κλινικές υπηρεσίες ενεργητικής υποστήριξης των νέων ασθενών και των οικογενειών τους στην κοινότητα και στα κοινοτικά κέντρα ΕΠΨ. Η σημασία των υπηρεσιών ΕΠΨ διαφαίνεται από τα ερευνητικά δεδομένα εννέα διεθνών συγκριτικών τυχαιοποιημένων μελετών (ΣΤΜ), οι οποίες ανέδειξαν (σε σχέση με τη συνήθη εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση) υπεροχή σε δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών, μείωση ψυχοπαθολογίας, περιορισμό στην αλόγιστη χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων, επάνοδο στην εργασία/σχολείο, μείωση της οικογενειακής επιβάρυνσης, καθώς και την καλύτερη αποκατάσταση της λειτουργικότητας των ασθενών. Η διεθνής εμπειρία σε διάφορες χώρες (Δανία, Νορβηγία, Αυστραλία, Ηνωμένο Βασίλειο, ΗΠΑ, Ιταλία) και τα αντίστοιχα προγράμματα πρόληψης δείχνουν την αποτελεσματικότητα της έγκαιρης παρέμβασης και κατ' επέκταση τη γρήγορη κοινωνική επανένταξη των ασθενών. Οι οικονομικές επιβάρυνσεις από τη λειτουργία των μονάδων ΕΠΨ εξισορροπούνται από τα μακροπρόθεσμα ποιοτικά οφέλη των προγραμμάτων αυτών. Η υποδομή εστιασμένων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για τον πλέον ευάλωτο πληθυσμό στις πλέον σοβαρές ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα είναι πρακτικά ανύπαρκτη. Η θεσμοθέτηση υπηρεσιών ΕΠΨ θα επιφέρει μακροπρόθεσμα οφέλη, τόσο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, όσο και για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Λέξεις ευρητήριο: Έγκαιρη ανίχνευση, πολυεπίπεδη παρέμβαση, πρώτο οξύ ψυχωτικό επεισόδιο, πρωτογενής πρόληψη.

Εισαγωγή: Ψυχωτικές διαταραχές

Οι διαταραχές του ευρύτερου ψυχωτικού φάσματος είναι συχνές και σοβαρές ψυχικές διαταραχές με επιπολασμό εκεί όπου έχει εκτιμηθεί διεξοδικά ανερχόμενο στο 3,5% του γενικού πληθυσμού.¹ Η ετήσια επίπτωση στην Ευρώπη κυμαίνεται από 10–60/100.000 κατοίκους.² Στην Ελλάδα η έρευνα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων το 2013 ανέδειξε τοπικά ετήσια επίπτωση 30/100.000 κατοίκους,³ που αντιστοιχεί αδρά σε 3200 νέα άτομα που εκδηλώνουν για πρώτη φορά διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος ανά έτος ανά την επικράτεια. Οι πλέον γνωστές διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος είναι η σχιζοφρένεια, η διπολική συναισθηματική διαταραχή με ψυχωτικά στοιχεία, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή και η ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη στη χρήση ουσιών. Ενοποιούνται ως διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος όλες εκείνες οι ψυχικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από περιόδους κατά τις οποίες το άτομο θα απωλέσει την αίσθηση της πραγματικότητας εκδηλώνοντας συμπτώματα στο περιεχόμενο, στη δομή, στην κατοχή της σκέψης, αντιληπτικές διαταραχές, διαταραχές του συναισθήματος, αρνητικά συμπτώματα με συνεπακόλουθη αλλαγή της συμπεριφοράς και συχνά πτώση στην ατομική και κοινωνική του λειτουργικότητα. Σύμφωνα με τους δείκτες επιβάρυνσης/ανικανότητας ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

κατατάσσει τη βαρύτερη μορφή του φάσματος των ψυχωτικών διαταραχών, το σύνδρομο της σχιζοφρένειας, στην 11η κατά σειρά σοβαρότερη διαταραχή παγκοσμίως,⁴ οι δε «μη συναισθηματικές ψυχωτικές διαταραχές» αντιπροσωπεύουν ως σύνολο, το υψηλότερο κόστος μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών στο σύστημα Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής.⁵ Τα περισσότερα νέα άτομα που βιώνουν το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο θα διακόψουν την επαφή τους με τον κοινωνικό τους περίγυρο, την εργασία, την εκπαίδευσή τους για άλλοτε συντομότερο, άλλοτε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η εκδήλωσή του όμως συμβαίνει σε μια ιδιαίτερα ευάλωτη περίοδο της ζωής, προμηνύοντας διάρρηξη των φυσιολογικών εξελικτικών σταδίων προς την ενήλικη ζωή και κίνδυνο απώλειας ρόλων συνυφασμένων με αυτή.

Ανάγκη για «Αλλαγή Πλεύσης»

Η συνήθης αντιμετώπιση των ψυχωτικών διαταραχών στα περισσότερα ανεπτυγμένα συστήματα Υγείας των χωρών της Ευρώπης είναι η υποστήριξη υπό τη μορφή ψυχιατρικής παρακολούθησης σε εξωνοσοκομειακές δομές, όπως εξωτερικά ιατρεία, κοινοτικά κέντρα Ψυχικής Υγείας, με άξονα την κατάλληλη ρύθμιση της ψυχοφαρμακολογικής αγωγής και τη μη ειδική ψυχολογική υποστήριξη. Παρόλ' αυτά, η πιθανότητα υποτροπής μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο αυξάνεται δραματικά από την πλημμελή

συμμόρφωση ή και άρνηση στη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής από τους νέους ασθενείς, την παράλληλη χρήση ουσιών και τη συχνά κριτική στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος απέναντι στον ασθενή.⁶ Είναι γενικά παραδεκτό πως χωρίς έγκαιρη και συστηματική πρόσβαση και υποστήριξη από υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας τα πέντε πρώτα χρόνια μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο θεωρούνται η «κρίσιμη περίοδος» καθότι είναι καθοριστικής σημασίας για την έκβαση και τη μετέπειτα πορεία, και χαρακτηρίζονται συχνά, αλλά όχι πάντα, από αλληπάλληλες νοσηλείες, νοητικά ελλείμματα, πτώση της λειτουργικότητας με συνεπακόλουθες κλινικές εκδηλώσεις κατάθλιψης, άγχους, χρήσης ουσιών καθώς και σημαντική πηγή στρες για την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο του ασθενούς. Όχι σπάνια και με τις αναμενόμενες αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες για τον νέο ασθενή και την οικογένειά του, η σοβαρότητα και η ένταση της αρχικής συμπτωματολογίας, όπως και οι συχνές υποτροπές που ανέρχονται στο 50% ήδη από τα πρώτα χρόνια της διαταραχής επιβάλλουν την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, ακόμη και την επιβολή αναγκαστικής νοσηλείας. Δεν είναι λοιπόν παράδοξο πως έχει γίνει διεθνώς αποδεκτό πως υφίσταται ανάγκη «αλλαγής πλεύσης» προς μια πολυεπίπεδη, ολιστική και κοινοτικά προσανατολισμένη αντιμετώπιση/υποστήριξη των νέων ασθενών και των οικογενειών τους από τα πρώτα στάδια της ψύχωσης και σε όλη τη διάρκεια της «κρίσιμης περιόδου».

Τίθεται παράλληλα το εύλογο ερώτημα κατά πόσο μια έγκαιρη παρέμβαση, δηλαδή από τα πρώτα στάδια της εκδήλωσης των ψυχωτικών διαταραχών, επιφέρει συγκριτικά βελτιωτικές επιπτώσεις στην πορεία, εξέλιξη και έκβαση των διαταραχών αυτών. Υφίστανται πλέον έγκυρα ερευνητικά δεδομένα που αναδεικνύουν τη συσχέτιση μεταξύ της συγκριτικά μικρότερης διάρκειας της μη θεραπευόμενης ψύχωσης (ΜΘΨ) (δηλαδή της ελαχιστοποίησης του διαστήματος που παρεμβάλλεται μεταξύ των πρώτων ανιχνεύσιμων συμπτωμάτων της ψύχωσης μέχρι την πρώτη θεραπευτική παρέμβαση) και της σχετικής βελτίωσης αφενός όλων των δεικτών ψυχοπαθολογίας (κυρίως των αρνητικών συμπτωμάτων όπως της απάθειας, της κοινωνικής απόσυρσης και της τάσης για απομόνωση) και αφετέρου της καλύτερης κοινωνικής και εργασιακής επανένταξης και λειτουργικής

αποκατάστασης.⁷ Η μείωση λοιπόν της ΜΘΨ, η μόνη ίσως ελεγχόμενη μεταβλητή της φύσης των ψυχωτικών διαταραχών που μπορεί να ελαχιστοποιηθεί στο επίπεδο της κλινικής πρακτικής (άλλοι προγνωστικοί παράγοντες, όπως προνοσηρή προσωπικότητα, οικογενειακό ιστορικό, ηλικία έναρξης, δεν υπόκεινται σε έλεγχο) αποτελεί σαφή στόχο δευτερογενούς πρόληψης για τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας που επιθυμούν να επηρεάσουν θετικά τους δείκτες έκβασης και ακρογωνιαίο λίθο των προγραμμάτων έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση.

Έγκαιρη Παρέμβαση στην Ψύχωση (ΕΠΨ): Αρχές και λειτουργία

Η ΕΠΨ είναι μια πολυεπίπεδη σύγχρονη, κοινοτικά προσανατολισμένη, κλινική προσέγγιση που σκοπό έχει την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των ψυχωτικών διαταραχών στα αρχικά τους στάδια, ώστε να ελαχιστοποιήσει τις μακροχρόνιες επιπτώσεις από την εξέλιξή τους και να αποτρέψει ή να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα υποτροπών, ενισχύοντας παράλληλα την επάνοδο της λειτουργικότητας των νέων ασθενών στο εργασιακό, εκπαιδευτικό και κοινωνικό περιβάλλον τους. Επικεντρώνεται στην υποστήριξη νέων ατόμων (συνήθως ηλικίας 16–36 χρονών) που βιώνουν τα πρώτα ψυχωτικά συμπτώματα, βασίζεται δε στην έννοια της κλινικής σταδιοποίησης της ψύχωσης σύμφωνα με την οποία οι πρώτες και ηπιότερες κλινικές εκδηλώσεις των ψυχωτικών διαταραχών διαφέρουν από αυτές που παρατηρούνται κατά την εξέλιξη και χρονιότητά τους. Τα προγράμματα ΕΠΨ βασίζονται σε δύο αλληλοτροφοδοτούμενους πυλώνες λειτουργίας: (α) στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση κοινοτικών φορέων για τις ψυχωτικές διαταραχές με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση περιστατικών, τη σύντομη παραπομπή στην κλινική υπηρεσία ΕΠΨ και κατά συνέπεια τη μείωση της διάρκειας ΜΘΨ στην τομεοποιημένη περιοχή ευθύνης, (β) την πολυεπίπεδη κλινική υπηρεσία υποστήριξης. Τα προγράμματα ΕΠΨ υιοθετούν τρόπους λειτουργίας που τα διαφοροποιεί από άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες: υποστήριξη πέρα του τεχνητού διαχωρισμού εφήβων-ενηλίκων, εργασιακή εξοικείωση με τη διαγνωστική αβεβαιότητα, μια σταδιοποιημένη και εξατομικευμένη κατανόηση της θεραπείας των ψυχώσεων, με έμφαση στην υποστή-

ριξη της οικογένειας, στην εργασιακή, λειτουργική επάνοδο του ασθενούς και στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Οι υπηρεσίες ΕΠΨ συνεργάζονται στενά με όλους τους κοινοτικούς φορείς και μέσω της ενημέρωσης/κοινοποίησης προς αυτούς αποσκοπούν στην έγκαιρη ανίχνευση νέων περιστατικών, στηριζόμενα στην ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μικρής διάρκειας ΜΘΨ και των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων δεικτών καλής έκβασης της ψυχοπαθολογίας και επανόδου της λειτουργικότητας. Η μείωση λοιπόν της ΜΘΨ αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο των προγραμμάτων ΕΠΨ. Όσον αφορά στην κλινική υπηρεσία υποστήριξης, η τυπική σύνθεση της ομάδας ΕΠΨ ανά 200.000 κατοίκους περιλαμβάνει 1–2 ψυχιάτρους, 2 ψυχολόγους, 4–6 εκπαιδευμένους νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας και εργοθεραπευτές (αλλά και συνεργαζόμενους ειδικούς, όπως εργασιακούς και εκπαιδευτικούς συμβούλους, ειδικούς αποκατάστασης κ.λπ.) που λειτουργούν σε τομεοποιημένο περιβάλλον με αναλογία υπευθύνου/ασθενούς 1/10–12.

Ωστόσο, λόγω των συνθηκών που επικρατούν στην Ελλάδα (χαμηλό επίπεδο εξειδικευμένης εκπαίδευσης, ελλιπές και μη απαρτιωμένο δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, χαμηλό επίπεδο διασύνδεσης υπηρεσιών κ.ά.) είναι αναγκαίο η σύνθεση της κλινικής υπηρεσίας να είναι ενισχυμένη, όπως επίσης και η αναλογία υπευθύνου/ασθενούς να είναι μεγαλύτερη αυτής των διεθνών προτύπων.

Η κλινική υπηρεσία παρέχει κλινική εκτίμηση και φαρμακευτική αγωγή (κατά κανόνα χαμηλές δόσεις αντιψυχωτικών φαρμάκων) σε μη στιγματοποιημένο, φιλικό/συνεργατικό περιβάλλον, ψυχοεκπαίδευση στον ασθενή και στην οικογένειά του για τις ψυχωτικές διαταραχές, διαχείριση διαφόρων προβλημάτων και της συννόησης με χρήση ουσιών, ανίχνευση και διαχείριση προειδοποιητικών σημείων υποτροπής, συμβουλευτική επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση και ποικίλες άλλες μορφές ψυχοθεραπείας ανάλογα με την εκπαίδευση των μελών της ομάδας. Η κλινική υπηρεσία των κέντρων ΕΠΨ είναι ευέλικτη και προσφέρει υποστήριξη προωθώντας επικοινωνία με τον ασθενή εντός και εκτός του χώρου της ομάδας, στο σπίτι του ασθενούς ή σε κοινοτικά κέντρα,

αθλητικά κέντρα, χώρους συνάθροισης κ.λπ. Η βάση της ομάδας ΕΠΨ ποικίλλει ανάλογα με το Σύστημα Υγείας και είναι άλλοτε εκπαιδευμένο προσωπικό των κέντρων Ψυχικής Υγείας, άλλοτε αυτοτελής μονάδα προσαρτημένη σε κοινοτικό κέντρο Ψυχικής Υγείας, άλλοτε ανεξάρτητη αυτοτελής αυτοδιοικούμενη μονάδα (stand alone) στο κέντρο της πόλης. Συνήθως η υπηρεσία έχει μικρή περιοχή κοινοτικής ευθύνης και στα μέλη ενθαρρύνεται η απευθείας επικοινωνία/ενημέρωση με κοινοτικούς φορείς και κατά συνέπεια η απευθείας παραπομπή περιστατικών από κοινοτικούς φορείς όπως η αστυνομία, το σχολείο, η εκκλησία, οι δημοτικές αρχές κ.λπ. Ενθαρρύνεται και η απευθείας παραπομπή περιστατικών από τις οικογένειες εφόσον προκύπτουν ενδείξεις για την ύπαρξη συμπτωμάτων ψύχωσης. Οι υπηρεσίες ΕΠΨ συνεργάζονται με τα κοινοτικά κέντρα Ψυχικής Υγείας/δευτεροβάθμια κέντρα υγείας και μετά την αρχική υποστήριξη 2–3 χρόνων από τις υπηρεσίες ΕΠΨ, οι νέοι ασθενείς παραπέμπονται πίσω σε αυτά. Οι υπηρεσίες ΕΠΨ οριοθετούν την αρμοδιότητά τους αναπτύσσοντας παράλληλο δίκτυο παραπομπών-συνεργασιών με τις άλλες μονάδες Ψυχικής Υγείας στην περιφέρεια ευθύνης, στο νοσοκομείο, τις κοινοτικές δομές κ.λπ.

Τεκμήρια αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ΕΠΨ

Πέραν των εκτεταμένων μεμονωμένων μελετών που αναδεικνύουν τα οφέλη που προκύπτουν στους ασθενείς και στις οικογένειές τους από την εφαρμογή προγραμμάτων έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση (ΕΠΨ), ο ασφαλέστερος και πλέον έγκυρος τρόπος μεθοδολογικής προσέγγισης της αποτελεσματικότητας ή όχι μιας βιο-ψυχο-κοινωνικής παρέμβασης όπως οι υπηρεσίες ΕΠΨ, είναι οι συγκριτικές τυχαίοποιημένες μελέτες (Randomized Controlled Trials, RCT). Στις RCT οι ασθενείς τυχαίοποιούνται να λαμβάνουν την υποστήριξη, είτε της παρέμβασης εξειδικευμένων υπηρεσιών ΕΠΨ είτε της γενικής ψυχιατρικής φροντίδας (συνήθως υπό τη μορφή τακτικής ψυχιατρικής παρακολούθησης σε εξωτερικό ιατρείο) για επαρκές χρονικό διάστημα, συνήθως 2–3 χρόνια, στο τέλος των οποίων συγκρίνεται το αποτέλεσμα των δύο προγραμμάτων με βάση μια σειρά μεταβλητών και υπό εξέταση δεικτών. Από τις 9 διεθνείς

RCT μελέτες μέχρι το 2017⁸ εκείνες με επαρκή αριθμό ασθενών/επαρκή διάρκεια παρακολούθησης, συνηγορούν στην καλύτερη ποιοτική ανταπόκριση των ασθενών που υποστηρίχθηκαν στα προγράμματα ΕΠΨ σε σχέση με τη συνήθη παρακολούθηση, όπως διαφαίνεται από την υπεροχή σε επιμέρους δείκτες των RCT μελετών:

- Μείωση της αποχής από ψυχιατρικές υπηρεσίες⁹⁻¹¹
- Μείωση θετικών συμπτωμάτων ψύχωσης (π.χ. παραληρηματικών ιδεών, ψευδαισθήσεων)¹⁰⁻¹³
- Μείωση αρνητικών συμπτωμάτων ψύχωσης (π.χ. κοινωνικής απόσυρσης, απάθειας)^{10,12}
- Μείωση γενικών συμπτωμάτων ψύχωσης (π.χ. φτωχή κρίση και εναισθησία, παρορμητικότητα, απροσεξία, άγχος)^{11,13,14}
- Μείωση της διάρκειας νοσηλείας^{9,13}
- Χαμηλότερη δόση αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής¹⁰
- Καλύτερη λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής του ασθενούς¹⁴
- Καλύτερη επανεισαγωγή στο εκπαιδευτικό περιβάλλον και στον χώρο εργασίας^{11,13}
- Μειωμένη επιβάρυνση της οικογένειας¹⁰
- Μεγαλύτερη ικανοποίηση από την παροχή ιατρικής φροντίδας και προσωπική αίσθηση ικανοποίησης.^{10,11,14}

Να σημειωθεί πως δεν καταγράφεται συγκριτική τυχαίοποιημένη μελέτη όπου διαφαίνεται υπεροχή της συνήθους υποστήριξης. Επίσης όπως είναι φυσικό τα οφέλη, δηλαδή η μακροχρόνια διατήρηση της υπεροχής των αποτελεσμάτων της ΕΠΨ (π.χ. πέραν της πενταετίας από τη διακοπή της) διαφαίνονται πως βγαίνουν εξασθενούμενα⁸ και πως παραμένει ακόμη ασαφές κατά πόσο οι υπηρεσίες ΕΠΨ αποτρέπουν ή καθυστερούν την υποτροπή σε σχέση με την παροχή συνήθων υπηρεσιών υποστήριξης. Ένας λόγος είναι ο ασαφής προσδιορισμός του όρου υποτροπή που στη βιβλιογραφία τεκμαίρεται με διαφορετικούς τρόπους (π.χ. επανεισαγωγή στο νοσοκομείο ή επανεμφάνιση έντονων συμπτωμάτων ψύχωσης).

Συνοπτικά, δεδομένων των κατά τόπους διαφορών στον συνδυασμό ψυχολογικών/κοινωνικών παρεμβάσεων, των διαφορών εφαρμογής και σύνθεσης των προγραμμάτων ΕΠΨ εξαιτίας διαφορών των συστημάτων Υγείας, υπάρχει σημαντικός βαθμός κατοχύ-

ρωσης της αποτελεσματικότητάς τους για το χρονικό διάστημα εφαρμογής τους.

Η διεθνής εμπειρία

Στη Δανία, το πρόγραμμα OPUS εγκαινιάστηκε το 1996 από το Υπουργείο Υγείας με σκοπό να υποστηριχθούν προγράμματα πρόληψης από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Τα πρώτα κλινικά πρωτόκολλα κλινικών μελετών του OPUS αναπτύχθηκαν από το Πανεπιστήμιο του Aarhus και της Κοπεγχάγης. Στη χρηματοδότηση συνέβαλαν περιφερειακές υπηρεσίες υγείας και το Ιατρικό Συμβούλιο Έρευνας της Δανίας. Στην αρχική μελέτη OPUS I τυχαίοποιήθηκαν 547 νέοι ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο που έτυχαν υποστήριξης για δύο χρόνια, είτε από το εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα OPUS είτε από τις συνήθεις υπηρεσίες. Ακρογωνιαίια συστατικά του προγράμματος OPUS ήταν η κινητικότητα/εξωστρέφεια των μονάδων υποστήριξης με σκοπό την ενίσχυση της κοινωνικής ενσωμάτωσης των νέων, ψυχολογική υποστήριξη των οικογενειών, εκπαίδευση των ασθενών σε κοινωνικές δεξιότητες ατομικά ή ομαδικά. Η αρχική αποτελεσματικότητα του προγράμματος OPUS¹⁰ έπεισε την πολιτική ηγεσία να επενδύσει στην περαιτέρω ανάπτυξη προγραμμάτων ΕΠΨ, με αποτέλεσμα μεταξύ 1998 και 2013 να αυξηθούν κατά 50% τα κέντρα ΕΠΨ στη χώρα με αρχικά αποκλειστικά κυβερνητική χρηματοδότηση.¹⁵ Μολονότι η υπεροχή της εξειδικευμένης παρέμβασης μετά το πέρας πενταετίας φαίνεται όπως είναι φυσικό να βγαίνει εξασθενούμενη,¹⁶ το 2016 η προσέγγιση των υπηρεσιών ΕΠΨ υιοθετήθηκε μεταξύ όλων των περιφερειακών Τομέων Υγείας της χώρας ως το καταλληλότερο κοινοτικό μοντέλο υποστήριξης των ατόμων με ψυχωτικές διαταραχές.¹⁷

Στη Νορβηγία, το πρόγραμμα TIPS ξεκίνησε στο Rogaland το 1997 και μέσω μιας έντονα προβλεπτικής κοινοτικής εκπαιδευτικής καμπάνιας/προγράμματος ευαισθητοποίησης για τα πρώιμα συμπτώματα της ψύχωσης κατόρθωσε να μειώσει τη διάρκεια ΜΘΨ από 26 σε 5 εβδομάδες σε μία τριετία σε τομεοποιημένη περιοχή 321.000 κατοίκων. Σε σχέση με τις υπηρεσίες συνήθους υποστήριξης στο Oslo, οι ασθενείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα TIPS είχαν ήδη από την αρχική του εφαρμογή μικρότερο

διάστημα ΜΘΨ, ηπιότερη κλινική εικόνα και λιγότερα αρνητικά συμπτώματα, υπεροχή που διατήρησαν ποικιλότροπα στα δύο χρόνια παρακολούθησης¹⁸ και στα πέντε χρόνια follow-up. Στα 10 χρόνια follow-up διατηρήθηκε η υπεροχή στη λειτουργικότητα των ασθενών που είχαν συμμετάσχει στο πρόγραμμα TIPS σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν τύχει των συνήθων μορφών υποστήριξης από το σύστημα Υγείας.¹⁹ Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος TIPS οδήγησε στην υιοθέτηση στρατηγικών έγκαιρης παρέμβασης ως των εθνικών κατευθυντήριων γραμμών αξιολόγησης και αντιμετώπισης όλων των ψυχωτικών διαταραχών στη χώρα.¹⁷

Στην Αυστραλία, χάρις στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) στη Μελβούρνη και την πρωτοποριακή δουλειά του Καθηγητή Ψυχιατρικής Pat McGorry από τις αρχές της δεκαετίας του '90, έχουν μέχρι τούδε επιχορηγηθεί κρατικά και αναπτυχθεί περίπου 100 κοινοτικά κέντρα για την Ψυχική Υγεία των νέων ανά την επικράτεια (Headspace National Youth Mental Health Foundation). Ακρογωνιαίοι λίθοι ειδικά του μοντέλου ΕΠΨ αποτελούν η κοινοτική ευαισθητοποίηση για τις ψυχωτικές διαταραχές, η γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στα κέντρα ΕΠΨ, η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού των υπηρεσιών ΕΠΨ, η προσφορά φαρμακευτικών αλλά και ψυχολογικών μορφών υποστήριξης και η έμφαση στη γρήγορη λειτουργική επανένταξη των νέων ασθενών. Το 2010–2011 η κυβέρνηση της Αυστραλίας νομοθέτησε πρωτοποριακές αλλαγές στην οργάνωση Ψυχιατρικών υπηρεσιών προβάλλοντας τις υπηρεσίες ΕΠΨ και χρηματοδοτώντας το μοντέλο EPPIC με \$246,8 εκατ. δολάρια. Για τις υπηρεσίες του στο εθνικό σύστημα Υγείας και για την εξάπλωση των υπηρεσιών έγκαιρης παρέμβασης ο Καθηγητής McGorry τιμήθηκε με τον υψηλότερο τίτλο πολίτη της χώρας του "Australian of the Year" το 2010.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι υπηρεσίες ΕΠΨ αναπτύχθηκαν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας από το 2001. Μέσα σε μια δεκαετία (2010) αναπτύχθηκαν και λειτουργούσαν από τον κρατικό φορέα (NHS) 178 κέντρα ΕΠΨ ανά την επικράτεια προσφέροντας υπηρεσίες σε νέους ηλικίας 14–35 ετών. Η οικονομική κρίση

του 2008 οδήγησε στην ενσωμάτωση αρκετών εξειδικευμένων υπηρεσιών ΕΠΨ σε δομές κοινοτικών κέντρων Ψυχικής Υγείας, παρά τη συσσώρευση ενδείξεων για τον περιορισμό κόστους που επέφερε η λειτουργία τους.²⁰ Οι περικοπές αυτές είχαν ως αποτέλεσμα το 2016 να ελαττωθούν από 95% σε 69% οι τομεοποιημένες υπηρεσίες του εθνικού συστήματος Υγείας (NHS Trusts) που προσφέρουν εξειδικευμένες υπηρεσίες ΕΠΨ. Παρά ταύτα, οι δύο οδηγοί χάρτες 2014 (CG178) και 2016 του Εθνικού Ινστιτούτου για την Υγεία και την Ιατρική Φροντίδα (NICE) αναμένεται να ανατρέψουν τα αρνητικά δεδομένα, καθότι προσδιορίζουν πως κάθε ασθενής εντός του NHS που διαγιγνώσκεται με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο πρέπει να παραπέμπεται στις εξειδικευμένες υπηρεσίες ΕΠΨ και με χρονικό περιορισμό εντός 2 εβδομάδων. Οι περισσότερες μονάδες ΕΠΨ είναι εξειδικευμένες μονάδες που λειτουργούν αυτόνομα, με σχετική διοικητική αυτοτέλεια, προσφέροντας υπηρεσίες σε νέους 14–35 χρονών για τα πρώτα 3 χρόνια προτού προβούν στη μετάβαση ευθύνης στις τομεοποιημένες υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Στις ΗΠΑ, το 2009 το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (NIMH) ανήγγειλε τη χρηματοδότηση μεγάλης έρευνας των υφιστάμενων υπηρεσιών ΕΠΨ ώστε να καθοριστεί η αποτελεσματικότητα προγραμμάτων παρέμβασης που θα μπορούσαν να υιοθετηθούν σε συνθήκες καθημερινής κλινικής πρακτικής. Το πρόγραμμα RAISE (Επανάκτηση Λειτουργικότητας μετά το πρώτο Ψυχωτικό Επεισόδιο) υπό την ηγεσία του Καθηγητή John Kane, αποτελεί τη μεγαλύτερη διεθνή εκτίμηση της αποτελεσματικότητας ή όχι ΕΠΨ και περιέλαβε 34 υφιστάμενα Κέντρα Ψυχικής Υγείας σε 21 πολιτείες. Σε 17 κέντρα έγινε εκπαίδευση προσωπικού με το πρόγραμμα NAVIGATE (οδηγίες για ψυχοφαρμακολογία, διαχείριση προβλημάτων, ψυχοεκπαίδευση οικογένειας, υποστήριξη εργασιακής και κοινωνικής λειτουργικότητας ασθενούς). Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος RAISE¹¹ που δείχνει σε σχέση με τη συνήθη κοινοτική υποστήριξη σε 17 κέντρα Ψυχικής Υγείας, υπεροχή στη λειτουργικότητα των νέων ασθενών και μειωμένους δείκτες γενικής ψυχοπαθολογίας, οδήγησε σε γενική αποδοχή σε κρατικό και ομοσπονδιακό επίπεδο έτσι ώστε το 2018 αναμένεται η θεσμοθέτηση περισσότερων των 100 κέντρων ΕΠΨ σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας

ανά τη χώρα.¹⁷ Τον Ιανουάριο του 2014 ο πρόεδρος Ομπάμα υπέγραψε το Consolidated Appropriations Act που αναγνωρίζει πως οι περισσότεροι ασθενείς με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές εκδηλώνουν συμπτώματα κατά τη μετεφηβική-νεαρή ενήλικη ζωή και πως υπάρχει σημαντική καθυστέρηση στο εθνικό σύστημα υγείας στην πρόσβαση κατάλληλων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για τους νέους ασθενείς. Κατά συνέπεια η νομοθετική ρύθμιση περιελάμβανε και κονδύλιο \$25 εκατ. για την υποστήριξη των υπηρεσιών ΕΠΨ.

Σε αντίθεση με τις βορειοευρωπαϊκές χώρες, καμία μέχρι στιγμής νοτιοευρωπαϊκή χώρα δεν έχει υιοθετήσει κέντρα ΕΠΨ ως εθνική πολιτική στρατηγική στα εθνικά συστήματα Υγείας. Στην Ιταλία, το ερευνητικό πρόγραμμα PIANO GET UP¹⁴ διερεύνησε την αποτελεσματικότητα ψυχολογικών παρεμβάσεων στους νέους ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και στις οικογένειές τους, χρηματοδοτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και διεξήχθη από το Πανεπιστήμιο της Βερόνας σε τομεοποιημένη περιοχή 1.000.000 κατοίκων της βόρειας Ιταλίας. Ανέδειξε τη σημασία και το πλεονέκτημα ψυχολογικής υποστήριξης των οικογενειών ατόμων που νοσούν από πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και διεξήχθη από εκπαιδευμένο προσωπικό των πολυάριθμων κέντρων Ψυχικής Υγείας της αντίστοιχης περιφέρειας Υγείας. Η επιπλέον σημασία της μελέτης έγκειται στο συμπέρασμα πως παροχή υπηρεσιών συμβατή στα πλαίσια ΕΠΨ μπορεί να οργανωθεί και να αποδοθεί από το υφιστάμενο δυναμικό και την υποδομή των κοινοτικών μονάδων Ψυχικής Υγείας, γεγονός που ενισχύει την εξάπλωση και διατήρηση υπηρεσιών συμβατών με τις αρχές ΕΠΨ κάτω από συνθήκες οικονομικής δυσπραγίας. Μικρότερης εμβέλειας πρόγραμμα ΕΠΨ χρηματοδοτούμενο από το σύστημα Υγείας ήταν το Programma 2000 στο Μιλάνο (2007–2009) που όμως ανέδειξε μακροχρόνια σημαντικά οικονομικά οφέλη σε σχέση με τη συνήθη υποστήριξη ασθενών.²¹

Η θετική εμπειρία όλων αυτών των δράσεων (μέχρι το 2005) οδήγησε στη Διακήρυξη Ομοφωνίας (Consensus Statement) μεταξύ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της Early Psychosis Association για την ΕΠΨ²² με την οποία ο ΠΟΥ υποστηρίζει την υλοποίηση προγραμμάτων ΕΠΨ παγκο-

σμίως, με ειδικούς στόχους: βελτίωση της προσβασιμότητας και συνεργασίας με τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, αύξηση της κοινοτικής ενημέρωσης, προαγωγή της ανάρρωσης (recovery), εμπλοκή των οικογενειών και υποστήριξη τους και εκπαίδευση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας και αξιολόγηση με βάση μετρήσιμα αποτελέσματα (outcomes).

Το οικονομικό επιχείρημα

Όσο ηθικά επιβεβλημένες, αποτελεσματικές και ωφέλιμες για το κοινωνικό σύνολο και αν είναι οι μονάδες έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση, δεν παύει να αποτελούν εξειδικευμένες υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας που απαιτούν επιπρόσθετη χρηματοδότηση για την ενεργοποίησή τους, τη μίσθωση χώρων, την πρόσληψη προσωπικού για την αρχική λειτουργία τους. Τίθεται το ερώτημα κατά πόσο οι οικονομικές επιβαρύνσεις από τη λειτουργία των μονάδων ΕΠΨ εξισορροπούνται από τα οφέλη που παρέχουν μακροπρόθεσμα στο σύστημα Υγείας (cost-effectiveness). Στο Ηνωμένο Βασίλειο τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι υπηρεσίες ΕΠΨ εξοικονομούν μακροπρόθεσμα πόρους σε σχέση με τις συνήθεις δομές παροχής υπηρεσιών: Μολονότι αρχικά διαφαίνεται πως για το Εθνικό Σύστημα Υγείας το κόστος των υπηρεσιών ΕΠΨ είναι αυξημένο τον πρώτο χρόνο, αυτό εξισορροπείται τον δεύτερο χρόνο και καταλήγει σε όφελος στους 36 μήνες ιδίως όταν συνυπολογιστούν τα έμμεσα οφέλη που προκύπτουν πέρα από το σύστημα Υγείας.^{20,23–25} Πράγματι η επιχειρηματολογία για χρηματοδότηση των κέντρων ΕΠΨ δεν εξαντλείται στο οικονομικό όφελος στο σύστημα Υγείας, δεδομένου πως δεν είναι μόνο αυτό που ωφελείται από την καλύτερη λειτουργική αποκατάσταση των νέων που ανακάμπτουν μακροπρόθεσμα μετά από το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Οι θετικές προεκτάσεις της εφαρμογής των προγραμμάτων ΕΠΨ επεκτείνονται και δυνητικά μπορούν να αποτυπωθούν στη μείωση δεικτών ανεργίας νέων, επιστροφή στην εργασία, φορολογική αποδοτικότητα και επανένταξη στην εκπαίδευση.²⁶ Η Programma 2000 στο Μιλάνο ανέδειξε σε μια πενταετία σημαντικά οικονομικά οφέλη στο σύστημα Υγείας σε σχέση με τη συνήθη υποστήριξη ασθενών.²¹ Στη Δανία η σχέση κόστους/οφέλους για το Εθνικό Σύστημα Υγείας από την εφαρμογή του προγράμματος ΕΠΨ OPUS αποτυπώθηκε από τους

Hastrup et al²⁷ με πολύ ευνοϊκά αποτελέσματα μετά την πενταετή λειτουργία του. Το μακροπρόθεσμο οικονομικό όφελος στο Εθνικό Σύστημα Υγείας από την εφαρμογή του προγράμματος ΕΠΨ ΕΡΡΙC στη Μελβούρνη καταγράφηκε από τους Mihalopoulos et al,²⁸ όπου αναδείχθηκε πως το αυξημένο κόστος της κοινοτικής υπηρεσίας ΕΠΨ υπερκαλύφθηκε από τη μείωση των ενδονοσοκομειακών εξόδων και πως τα προγράμματα ΕΠΨ αποδίδουν μεγαλύτερη επάνοδο λειτουργικότητας των ασθενών στο ένα τρίτο του κόστους των συνήθων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Η πλέον πρόσφατη μελέτη που εξερεύνησε τη σχέση κόστους-οφέλους υπηρεσιών ΕΠΨ αφορούσε στο πρόγραμμα RAISE στις ΗΠΑ και δημοσιεύθηκε από τους Rosenheck et al.²⁹ Οι συγγραφείς καταγράφουν αυξημένα οφέλη, αλλά και κόστος από την εφαρμογή του προγράμματος και καταλήγουν πως τα οφέλη όταν μεταφράζονται σε μακροπρόθεσμους ποιοτικούς δείκτες και κατά συνέπεια σε οικονομικούς, υπερκαλύπτουν το κόστος του προγράμματος.

Η Ελληνική εμπειρία

Στην Ελλάδα η έρευνα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων το 2013 ανέδειξε τοπικά ετήσια επίπτωση 30/100.000 κατοίκους, που αντιστοιχεί αδρά σε 3200 νέα άτομα που εκδηλώνουν για πρώτη φορά διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος κατ' έτος, ανά την επικράτεια.³ Δεν υφίστανται στοιχεία στην Ελληνική πραγματικότητα για την πορεία, εξέλιξη, λειτουργικότητα, επάνοδο στην εκπαίδευση και εργασία των νέων που διαγνώστηκαν με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Επιπρόσθετα δεν υφίστανται στοιχεία για την επιβάρυνση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας από το κόστος νοσηλείας, το έμμεσο κόστος από την απομάκρυνση από τον χώρο εργασίας και την εκπαίδευση.

Στην Ελλάδα, η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (ΠΓΝΙ) διαθέτει την ιστορικά πρώτη (από 2006) και τη μόνη που προσέφερε εξωνοσοκομειακή κοινοτικά προσανατολισμένη φροντίδα (από το 2010) Υπηρεσία Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση.³⁰ Στην Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Αιγινήτειο Νοσοκομείο) στεγάζεται η Μονάδα Πρώτου Ψυχωτικού Επεισοδίου που περι-

λαμβάνει το Ειδικό Ιατρείο Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση,³¹ κλίνες σε κλειστό Τμήμα (Πτέρυγα Κουρέτα) και Νοσοκομείο Ημέρας. Ειδικό εξωτερικό Ιατρείο Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση λειτουργεί στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου (στην Θεσσαλονίκη) και στην Πανεπιστημιακή Κλινική της Πάτρας.

Συμπεράσματα-Πρόταση

Οι υπηρεσίες ΕΠΨ είναι οι ταχύτερα αναπτυσσόμενες διεθνώς κοινοτικά προσανατολισμένες υπηρεσίες στον χώρο της Ψυχικής Υγείας. Διέπονται από τη φιλοσοφία της έγκαιρης ανίχνευσης και πολυεπίπεδης θεραπευτικής αντιμετώπισης νέων ασθενών που εκδηλώνουν για πρώτη φορά τις βαρύτερες μορφές των ψυχικών διαταραχών, αυτές του φάσματος των ψυχώσεων. Παρέχουν υπηρεσίες κλινικά αποτελεσματικές και οικονομικά συμφέρουσες από άποψη κόστους-οφέλους. Η υποδομή εστιασμένων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για τον πλέον ευάλωτο πληθυσμό στις πλέον σοβαρές ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα είναι πρακτικά ανύπαρκτη. Μολονότι η ομάδα εργασίας για την αναθεώρηση του προγράμματος Ψυχαργώς Γ΄ (2011–2020) τονίζει από το 2011 πως «το πρόγραμμα Ψυχαργώς δεν έχει δώσει ιδιαίτερη προσοχή σε σημαντικά προβλήματα, το σημαντικότερο από τα οποία είναι η πρόληψη και διάγνωση των ψυχωτικών διαταραχών στην κοινότητα»,³² το όραμα της οργάνωσης και λειτουργίας κοινοτικών δομών ΕΠΨ παραμένει ανεκπλήρωτο στη χώρα μας. Διαβλέπουμε πως η θεσμοθέτηση και η σύσταση τέτοιων υπηρεσιών ΕΠΨ θα είχε μακροπρόθεσμα μόνο οφέλη για το Σύστημα Υγείας της χώρας μας, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους όπως παρατίθεται στο κεφάλαιο αποτελεσματικότητας. Επισημαίνουμε περαιτέρω αναμενόμενα/δυναμικά οφέλη από τη μακροπρόθεσμη εφαρμογή τους:

- Μεταστροφή σε κοινοτική αντίληψη υποστήριξης των πλέον σοβαρών ψυχικών διαταραχών
- Ενίσχυση της αποστιγματοποίησης των ψυχικών διαταραχών
- Ορθολογική χρήση φαρμάκων, μείωση της πολυφαρμακίας
- Μείωση εκούσιων ή και αναγκαστικών νοσηλείων στον νέο πληθυσμό με σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

- Μείωση διάρκειας νοσηλείας, νοσηλίων
- Εγκατάσταση μετρήσεων πιστότητας, εργαλεία παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, κόστους
- Χάραξη πολιτικής Ψυχικής Υγείας βασισμένη σε προοπτικά δεδομένα της πορείας, εξέλιξης, λειτουργικότητας των νέων με σοβαρές μορφές ψυχικών διαταραχών
- Ενίσχυση της εκπαίδευσης του δυναμικού μέσω δημιουργίας Μεταπτυχιακών/Μετεκπαιδευτικών Προγραμμάτων ΕΠΨ (π.χ. Αιγινήτειο/ΕΠΙΨΥ 2018-2019).

A proposal for the implementation of Early Intervention in Psychosis (EIP) services in Greece: If not now, when?

**N.C. Stefanis,¹ V. Mavreas,² I. Nimatoudis,³ F. Gourzis,⁴
M. Sarakouri,⁵ A. Vgontzas,⁶ A. Douzenis,⁷ EIP Working group⁸**

¹*1st Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Athens,*

²*Department of Psychiatry, University of Ioannina, Ioannina,*

³*3rd Department of Psychiatry, Aristotelion University of Thessaloniki, Thessaloniki,*

⁴*Department of Psychiatry, University General Hospital of Patra, Patra,*

⁵*Department of Psychiatry, Dimokrition University of Thrace, Alexandroupolis,*

⁶*Section of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Crete, Heraklion, Crete,*

⁷*2nd Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece*

⁸*V. Bozikas, K. Kollias, G. Garyfallos, M. Malliori, V. Ermiliou, P. Petrikis, M. Rizos, M. Economou*

Psychiatriki 2018, 29:107–117

The disorders of the psychosis spectrum, with the most severe being schizophrenia, are prevalent and have a great impact on the patients' quality of life. The purpose of this article is to highlight the need for a novel national strategic approach to the management of psychotic disorders in accordance with the international principles of early intervention. Even though outpatient treatment is considered adequate, there is an urgent need to adopt an early and more comprehensive and effective intervention strategy for young patients with psychosis and their families whose clinical and personal needs are clearly not met by the existing infrastructure of our mental health services. This can be accomplished by the legislation and implementation within the national health system of EIP services which on the one hand actively engage community organizations with the purpose of early identification of cases, reduction of the duration of untreated psychosis and on the other, offer assertive community-based support and treatment, based on a multi-disciplinary community team model. The effectiveness of early intervention in psychosis is supported by evidence provided by 9 international RCTs. The results of these programs indicate a superior effect in indexes of quality of life, retention in treatment, psychopathology, judicious use of medication and return to work/school as well as the patient's effective recovery. International experience (Denmark, Norway, Australia, UK, USA, Canada and Italy) and the corresponding prevention programs emphasize the effectiveness of

EIP services and thus the patients' reintegration. However, in contrast to Northern European countries, Southern European countries have not yet incorporated EIP services in their national health system. From a financial perspective, EIP services seem to be cost-effective for the national health system, since the economic burden is compensated in the long term through their qualitative benefits. In Greece, specialized services for those young afflicted for the first time by the most serious of mental disorders are non-existent and no local information exists for the patient's outcome and social integration after a first psychotic-episode nor for the financial burden, placed on mental health services. Overall, the implementation of EIP services is expected to have long-term benefits for our country's National Health System as well as for the patients and their families.

Key words: Early detection, integrated intervention, first episode psychosis, preventive psychiatry.

Βιβλιογραφία

- Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007, 64:19-28, doi:10.1001/archpsyc.64.1.19
- Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, Quattrone D, Mulè A, Szöke A, et al. Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA Psychiatry* 2018, 75:36-46, doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3554
- Peritogiannis V, Mantas C, Tatsioni A, Mavreas V. Rates of first episode of psychosis in a defined catchment area in Greece. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH* 2013, 9:251, doi: 10.2174/1745017901309010251
- Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015, 386:743–800, doi:10.1016/S0140-6736(15)60692-4
- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997, 349:1498–504, doi: 10.1016/S0140-6736(96)07492-2
- Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res* 2012, 139:116-28, doi:/10.1016/j.schres.2012.05.007
- Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014, 205:88–94, doi:10.1192/bjp.bp.113.127753
- Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry* 2017, 16:251-65, doi:/10.1002/wps.20446
- Craig TK, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M, Dunn G. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ* 2004, 329:1067, doi: 10.1136/bmj.38246.594873.7C
- Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Øhlenschläger J, Christensen TØ et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005, 331:602, doi: 10.1136/bmj.38565.415000.E01
- Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA et al. Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *Am J Psychiatry* 2015, 173:362-72, doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15050632
- Grawe RW, Falloon IR, Widen JH, Skogvoll E. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 2006, 114:328-36, doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00799.x
- Srihari VH, Tek C, Kucukgoncu S, Phutane VH, Breitborde NJ, Pollard J et al. First-episode services for psychotic disorders in the US public sector: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatr Serv* 2015, 66:705–712, doi: 10.1176/appi.ps.201400236
- Ruggeri M, Bonetto C, Lasalvia A, Fioritti A, De Girolamo G, Santonastaso P, et al. Feasibility and effectiveness of a multi-element psychosocial intervention for first-episode psychosis: results from the cluster-randomized controlled GET UP PIANO trial in a catchment area of 10 million inhabitants. *Schizophr Bull* 2015, 41:1192–1203, doi: 10.1093/schbul/sbv058
- Nordentoft M, Melau M, Iversen T, Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, et al. From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Interv Psychiatry* 2015, 9:156–162, doi: 10.1111/eip.12108
- Albert N, Melau M, Jensen H, Emborg C, Jepsen JR, Fagerlund B, et al. Five years of specialised early intervention versus two years of specialised early intervention followed by three years of standard treatment for patients with a first episode psychosis: randomised, superiority, parallel group trial in Denmark (OPUS II). *BMJ* 2017, 356:i6681, doi: 10.1136/bmj.i6681
- Csillag C, Nordentoft M, Mizuno M, McDaid D, Arango C, Smith J, et al. Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation. *Early Interv Psychiatry* 2017, doi: 10.1111/eip.12514

18. Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannesen JO, Opjordsmoen S et al. Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2008, 65:634–640, doi: 10.1001/archpsyc.65.6.634
19. Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry* 2012, 169:374–80, doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11030459
20. Valmaggia LR, McCrone P, Knapp M, Woolley JB, Broome MR, Tabraham P, et al. Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. *Psychol Med* 2009, 39:1617–1626, doi: 10.1017/S0033291709005613
21. Angelo C, Vittorio M, Anna M, Antonio P. Cost-effectiveness of treating first-episode psychosis: five-year follow-up results from an Italian early intervention programme. *Early Interv Psychiatry* 2011, 5:203–211, doi: 10.1111/j.1751-7893.2011.00261.x
22. Bertolote J, McGorry P. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *Br J Psychiatry* 2005, 187:s116–119, doi: 10.1192/bjp.187.48.s116
23. McCrone P, Knapp M, Dhanasiri S. Economic impact of services for first-episode psychosis: a decision model approach. *Early Interv Psychiatry* 2009, 3:266–273, doi: 10.1111/j.1751-7893.2009.00145.x
24. McCrone P, Craig TK, Power P, Garety PA. Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *Br J Psychiatry* 2010, 196:377–382, doi: 10.1192/bjp.bp.109.065896
25. Tsiachristas A, Thomas T, Leal J, Lennox BR. Economic impact of early intervention in psychosis services: results from a longitudinal retrospective controlled study in England. *BMJ* 2016, 6:e012611, doi: 10.1136/bmjopen-2016-012611
26. Park AL, McCrone P, Knapp M. Early intervention for first-episode psychosis: broadening the scope of economic estimates. *Early Interv Psychiatry* 2016, 10:144–151, doi: 10.1111/eip.12149
27. Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, Jeppesen P, Jorgensen P, Petersen L et al. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *Br J Psychiatry* 2013, 202:35–41, doi: 10.1192/bjp.bp.112.112300
28. Mihalopoulos C, Harris M, Henry L, Harrigan S, McGorry P. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophr Bull* 2009, 35:909–918, doi: 10.1093/schbul/sbp054
29. Rosenheck R, Leslie D, Sint K, Lin H, Robinson DG, Schooler NR, et al. Cost-effectiveness of comprehensive, integrated care for first episode psychosis in the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Schizophr Bull* 2016, 42:896–906, doi: 10.1093/schbul/sbv224
30. Mantas C, Mavreas V. Establishing and operating an early intervention service for psychosis in a defined catchment area of northwestern Greece within the context of the local mental health network. *Early Interv Psychiatry* 2012, 6:212–217, doi: 10.1111/j.1751-7893.2012.00358.x
31. Kollias C, Xenaki LA, Dimitrakopoulos S, Kosteletos I, Kontaxakis V, Stefanis N, Papageorgiou C. Early psychosis intervention outpatient service of the 1st Psychiatric University Clinic in Athens: 3 Years of experience. *Early Interv Psychiatry* 2016, doi: 10.1111/eip.12407
32. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ (2011–2020): Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Available at: [www.psychargos.gov.gr/Documents2/NEA/ΨΥΧΑΡΓΩΣ%20Γ%20\(2011–2020\)](http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/NEA/ΨΥΧΑΡΓΩΣ%20Γ%20(2011-2020)) (Last accessed: 23/04/2018)

Αλληλογραφία: Ν. Στεφανής, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Λεωφ. Βασιλίσσης Σοφίας 72–74, 115 28 Αθήνα, Ελλάδα
e-mail: nistefan@med.uoa.gr, nikos41161@gmail.com

Ειδικό άρθρο Special article

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (II): Υπηρεσίες στην κοινότητα και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

M. Μαργαρίτη,¹ M. Χατζούλης,² M. Λαζαρίδου,³ Γ.Φ. Αγγελίδης,⁴
B. Φωτόπουλος,⁵ Λ. Μαρκάκη,⁶ Φ. Κουλούρη⁷

¹Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ,

²Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», ΕΚΠΑ, Αθήνα,

³Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Αθήνα,

⁴Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης, Κατερίνη,

⁵Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαϊτειο, ⁶Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας,

⁷Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας, Υπουργείο Υγείας, Αθήνα

Ψυχιατρική 2018, 29:118–129

Η σχιζοφρένεια ανήκει στις διαταραχές που προκαλούν τη μεγαλύτερη αναπηρία σε παγκόσμιο επίπεδο με σημαντική επίπτωση στην επαγγελματική, κοινωνική και προσωπική λειτουργικότητα των ασθενών. Η θνησιμότητα υπολογίζεται 2–2,5 φορές μεγαλύτερη απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό και συχνά εκτός από τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, αποδίδεται σε σωματικά νοσήματα όπως καρδιαγγειακά, μεταβολικά ή φλεγμονώδη. Οι ανάγκες επίσης των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας είναι αυξημένες και ποικίλλουν ανάλογα με τη φάση της ασθένειας και τον τρόπο που η διαταραχή επηρεάζει τον ασθενή και τη ζωή του. Σημαντικό μέρος του κόστους της διαταραχής αποδίδεται στις αυξημένες απαιτήσεις που προκύπτουν για τα συστήματα υγείας τόσο για την αντιμετώπιση της ίδιας της διαταραχής όσο και των επιπτώσεών της. Σε αυτό το άρθρο παρουσιάζεται το τμήμα των προσαρμοσμένων κλινικών οδηγιών για τη σχιζοφρένεια που εκπόνησε η ομάδα εργασίας του Υπουργείου Υγείας το 2015, με τις συνοπτικές προτάσεις για τον ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στη διαχείριση της σχιζοφρένειας και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα καθώς έχει προηγηθεί το άρθρο που αφορά στο γενικό μέρος των κλινικών οδηγιών με την περιγραφή των στόχων και των περιορισμών των. Για τη διαμόρφωση των κλινικών οδηγιών, χρησιμοποιήθηκε ως κύριος οδηγός, ο οδηγός για τις βασικές παρεμβάσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση της σχιζοφρένειας στους ενη-

λίκοις, του National Institute of Clinical Excellence (NICE, 2010, 2014), όπως επίσης οι κλινικές οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA) (American Psychiatric Association, 2004), οι κλινικές οδηγίες του Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2005), καθώς και άλλες εμπειριστατωμένες πηγές όπως επίσης Ελληνικές βιβλιογραφικές πηγές καθώς και εξωτερικές αξιολογήσεις των Ελληνικών προγραμμάτων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η ομάδα εργασίας κατέβαλε ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε να προσαρμοσθεί η διεθνής εμπειρία στο σημερινό Ελληνικό τοπίο, με τους περιορισμούς που προκύπτουν από την άνιση διασπορά των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την έλλειψη συντονισμού ανάμεσα στις υπηρεσίες, την ανολοκλήρωτη τομεοποίηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το υπό διαμόρφωση Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και τη δύσκολη οικονομική συγκυρία στην οποία βρίσκεται σήμερα η χώρα. Οι προτάσεις φιλοδοξούν να ενισχύσουν και να συμβάλουν στην αποδοτικότερη εφαρμογή της παροχής κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τους ασθενείς που πάσχουν από ψυχωσικές διαταραχές εστιάζοντας κυρίως: (α) στον ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, (β) σε προτάσεις που στοχεύουν στη συνεργασία και στον συντονισμό ανάμεσα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, προκειμένου να διασφαλισθεί η συνέχεια στη φροντίδα και η αποτελεσματικότερη διαχείριση των υφιστάμενων πόρων, καθώς και (γ) σε προτάσεις που συνιστούν τον σχεδιασμό υπηρεσιών τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας, προκειμένου μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού να δέχεται τεκμηριωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις στο λιγότερο περιοριστικό για τον ασθενή περιβάλλον. Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί σε υπηρεσίες που αναμένεται να περιορίσουν τις αυξημένες ανάγκες για νοσηλεία, όπως οι υπηρεσίες παρέμβασης στην κρίση, οι κοινοτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη διατήρηση και τη συνέχεια της θεραπείας των δύσκολων ασθενών που τείνουν να χάνονται από τις υπηρεσίες και στις υπηρεσίες έγκαιρων παρεμβάσεων στην ψύχωση.

Λέξεις ευρετηρίου: Κατευθυντήριες οδηγίες, κλινικές οδηγίες, σχιζοφρένεια, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κοινοτική ψυχιατρική.

Εισαγωγή

Η δημοσίευση που ακολουθεί, αποτελεί το δεύτερο τμήμα των προσαρμοσμένων κλινικών οδηγιών για τη σχιζοφρένεια που εκπόνησε η ομάδα εργασίας του Υπουργείου Υγείας το 2015,¹ με τις άλλες δύο να αφορούν στο γενικό μέρος² και τις φαρμακευτικές και ψυχολογικές θεραπείες.³

Οι ανάγκες των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι πολλές και διαφορετικές. Ποικίλλουν ανάλογα με τον τρόπο που η διαταραχή επηρεάζει τον ασθενή και τη ζωή του και ανάλογα με τη φάση της ασθένειας.^{4,5} Σήμερα είναι πλέον γενικώς αποδεκτό ότι η φροντίδα αυτών των ασθενών πρέπει να δίδεται κυρίως στην κοινότητα που ζει ο ασθενής και όχι στο νοσοκομείο.⁶ Στις ανεπτυγμένες χώρες, έχουν δημιουργηθεί διαφορετικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, προκειμένου να καλύπτουν το σύνολο των αναγκών που συνήθως παρουσιάζουν οι ασθενείς. Οι υπηρεσίες αυτές είναι συνηθισμένο να προσφέρονται από ομάδα επαγ-

γελματιών ψυχικής υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων προκειμένου να υπηρετούνται πληρέστερα οι πολλές και διαφορετικές ανάγκες των ατόμων με σχιζοφρένεια. Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στην κοινότητα μπορεί να είναι γενικές και να αφορούν στην παρακολούθηση εξωτερικών ασθενών ή πιο εξειδικευμένες και να απευθύνονται σε ασθενείς σε συγκεκριμένη φάση της διαταραχής και με ειδικότερες ανάγκες, όπως είναι οι ομάδες Παρέμβασης στην Κρίση και κατ' οίκον θεραπείας,^{7,8} οι ομάδες Ενισχυτικής Κοινωνικής Θεραπείας (Assertive Community Teams),^{9,10} ομάδες που προσφέρουν Υπηρεσίες Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύχωση,¹¹ τα Κέντρα Ημέρας, τα Νοσοκομεία Ημέρας¹² κ.λπ.

Στη χώρα μας, τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει σήμερα η ψυχιατρική φροντίδα σχετίζονται με τις ελλείψεις σε ψυχιατρικές υπηρεσίες^{13,14} και τον ανεπαρκή συντονισμό ανάμεσα στις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες, που δυσχεραίνουν τόσο την πρόσβαση σε αποτελεσματικές θεραπείες για έναν σημαντικό πληθυσμό ασθενών όσο και τη

συνέχεια στη θεραπεία. Ως αποτέλεσμα αυτών των δύο κυρίως παραγόντων, το κόστος της αναπηρίας που προκαλεί η διαταραχή αυξάνεται δυσανάλογα και οδηγεί σε διαδοχικές νοσηλείες πολύ συχνά ακούσιες.^{15,16} Επιπρόσθετα, απουσιάζουν συστήματα ελέγχου και διασφάλισης ποιότητας καθώς και βασικά στατιστικά στοιχεία, που θα επέτρεπαν την αποτελεσματικότερη οργάνωση του συστήματος και τη βελτίωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών.^{17,18}

Η ομάδα εργασίας, προκειμένου να υποβάλει προτάσεις για τις υπηρεσίες, έλαβε υπόψη της όλα τα προαναφερθέντα, σε άμεση συνάρτηση με τις τελευταίες διεθνώς τεκμηριωμένες απόψεις για την αποτελεσματικότητα των αναφερόμενων υπηρεσιών στη διεθνή βιβλιογραφία.¹⁹⁻²⁴ Αναγνωρίζει τις δυσκολίες που προκύπτουν από τις ελλείψεις σε μελέτες αξιολόγησης και επαρκούς τεκμηρίωσης των υπηρεσιών στη χώρα μας και ευελπιστεί ότι σε ένα επόμενο στάδιο, αυτό θα μπορεί να αντιμετωπισθεί. Καθώς όμως διεθνώς οι υπηρεσίες που προσφέρονται για την ψυχική υγεία σε κοινοτικό πλαίσιο διανύουν ήδη μια πορεία αξιολόγησης,^{25,26} η ομάδα εργασίας πιστεύει ότι η χώρα μας μπορεί να επωφεληθεί σε αυτό το στάδιο, θέτοντας ως προτεραιότητα στον σχεδιασμό, τη δημιουργία υπηρεσιών τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας με θετικό ισοζύγιο κόστους/οφέλους.^{18,27,28} Επιπλέον, καθώς σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς δικαιούνται να έχουν πρόσβαση σε τεκμηριωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις και επειδή συνήθως οι πόροι που διατίθενται για την ψυχική υγεία είναι ανεπαρκείς, είναι πολύ σημαντικό αυτές οι παρεμβάσεις να αποτελούν το βασικό υπόστρωμα των υπηρεσιών που προσφέρονται. Περισσότερες λεπτομέρειες για την περιγραφή και τον τρόπο λειτουργίας αυτών των υπηρεσιών, μπορεί να βρει ο αναγνώστης στη βασική έκδοση των κατευθυντήριων οδηγιών.¹

Είναι γεγονός ότι οι προκλήσεις και το στάδιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο οποίο βρίσκεται η χώρα μας, είναι προγενέστερα του σταδίου και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν χώρες που λειτουργούν ως πρότυπα και θέματα που σε αυτές τις χώρες έχουν ήδη λυθεί, στη χώρα μας μόλις αρχίζουν να τοποθετούνται. Ένα σημαντικό μέρος της

δυσκολίας που αντιμετώπισε η Ομάδα Εργασίας οφειλόταν ακριβώς σε αυτήν την απόσταση που υπάρχει και που δεν μπορεί να καλυφθεί από τις γενικές κατευθυντήριες οδηγίες που ισχύουν σε άλλες χώρες. Θέματα π.χ. συντονισμού και διασύνδεσης των υπηρεσιών στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε άλλες χώρες καλύπτονται από λεπτομερή πρωτόκολλα και αποτελούν τμήμα ενός γενικότερου σχεδιασμού που δεν σταματά να ανασχεδιάζεται ακολουθώντας τα αποτελέσματα συνεχών αξιολογήσεων και δεν αποτελούν βασικό αντικείμενο σε νεότερες οδηγίες. Η ομάδα εργασίας, λαμβάνοντας υπόψη το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη χώρα μας, το υπό διαμόρφωση δίκτυο Πρωτοβάθμιας Υγείας και τις ειδικές οικονομικές συνθήκες που αντιμετωπίζουμε σήμερα, διαμόρφωσε τις προτάσεις με τρόπο ώστε, στην παρούσα συγκυρία, να ενισχύσουν και να συμβάλουν στην αποδοτικότερη εφαρμογή της παροχής κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τους ασθενείς που πάσχουν από ψυχωσικές διαταραχές στη χώρα μας και επέλεξε προς τούτο να εστιάσει κυρίως στα ακόλουθα:

1. Στον ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού στη θεραπεία της σχιζοφρένειας.
2. Σε προτάσεις που στοχεύουν στη συνεργασία και στον συντονισμό ανάμεσα στις υπηρεσίες, προκειμένου να διασφαλισθεί η συνέχεια στη φροντίδα και η αποτελεσματικότερη διαχείριση των υφιστάμενων πόρων.
3. Σε προτάσεις που συνιστούν τον σχεδιασμό υπηρεσιών τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας, προκειμένου μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού να δέχεται τεκμηριωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις στο λιγότερο περιοριστικό για τον ασθενή περιβάλλον.

1. Η διαχείριση της σχιζοφρένειας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

1.1. Προτάσεις για τους οικογενειακούς ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα για το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο.

1.1.1. Παραπέμψτε τα άτομα που παρουσιάζουν πρόδρομη ψυχωσική συμπτωματολογία για πα-

ρακολούθηση στις ειδικές υπηρεσίες (Υπηρεσίες Έγκαιρων Παρεμβάσεων ή μονάδα ψυχικής υγείας στην κοινότητα ή ειδικοί ιατροί).

1.1.2. Παραπέμπτε τα άτομα που παρουσιάζουν οξεία ψυχωσική συμπτωματολογία σε υπηρεσίες επείγουσας διαχείρισης ή σε μονάδες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Κινητές Μονάδες, ή Επείγοντα Εξωτερικά Ψυχιατρικά Ιατρεία Νοσοκομείων.

1.1.3. Αν η κατάσταση του ασθενούς δεν επιτρέπει τη συνεργασία, χρησιμοποιήστε το υπάρχον νομικό πλαίσιο σε συνεργασία με τις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες.

1.1.4. Αν θεωρείτε απαραίτητο να αντιμετωπιστεί φαρμακευτικά το επείγον περιστατικό/κρίση πριν την παραπομπή στη δευτεροβάθμια φροντίδα, σε αυτή την περίπτωση, αυτό θα πρέπει να γίνει από κάποιον γενικό/οικογενειακό ιατρό με εμπειρία στη φαρμακολογική θεραπεία της σχιζοφρένειας και θα πρέπει να ακολουθηθούν οι οδηγίες του κεφαλαίου της φαρμακολογικής θεραπείας³ ή/και σε συνεργασία με ψυχίατρο, όπως για παράδειγμα μέσω των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Η επείγουσα παραπομπή για άτομα σε αυτό το στάδιο νόσου μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση του ισχύοντος νομικού πλαισίου, σε συνεννόηση με δευτεροβάθμιες υπηρεσίες.

1.1.5. Υπενθυμίζεται η αναγκαιότητα όχι μόνο της έγκυρης, αλλά και της έγκαιρης εφαρμογής των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

1.2. Προτάσεις για τους οικογενειακούς ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα για τα άτομα με ήδη διαγνωσμένη ψύχωση και σχιζοφρένεια.

Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα για τα άτομα με ήδη διαγνωσμένη ψύχωση ή σχιζοφρένεια, προτείνει τα ακόλουθα:

1.2.1. Παρακολουθείτε τακτικά τη σωματική κατάσταση του ασθενούς.

- Αναπτύξτε και χρησιμοποιήστε αρχεία καταγραφής περιστατικών ιατρείου για να παρακολουθείτε τη φυσική και ψυχική υγεία ατόμων με σχιζοφρένεια στην πρωτοβάθμια φροντίδα

- Οι οικογενειακοί ιατροί και άλλοι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει, τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο, να παρακολουθούν τη φυσική υγεία των ατόμων με σχιζοφρένεια σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Θα πρέπει να εστιάζουν στην εκτίμηση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και να έχουν κατά νου ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου από τον γενικό πληθυσμό. Ένα αντίγραφο των αποτελεσμάτων θα πρέπει να αποστέλλεται στον συντονιστή φροντίδας ή/και στον ψυχίατρο και να τοποθετείται στον φάκελο της δευτεροβάθμιας φροντίδας

- Τα άτομα με σχιζοφρένεια με αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρδιαγγειακή νόσο ή/και διαβήτη (για παράδειγμα, με αυξημένη αρτηριακή πίεση, αυξημένα επίπεδα λιπιδίων, καπνιστές με αυξημένη μέτρηση περιμέτρου μέσης) θα πρέπει να αναγνωριστούν με την πρώτη ευκαιρία. Η φροντίδα τους θα πρέπει να οργανωθεί χρησιμοποιώντας την κατάλληλη κλινική κατευθυντήρια οδηγία για την πρόληψη τέτοιων νόσων

- Θεραπεύστε τα άτομα με σχιζοφρένεια που έχουν διαβήτη ή/και καρδιαγγειακή νόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα σύμφωνα με τις κατάλληλες κατευθυντήριες οδηγίες.

1.2.2. Μπορείτε να συνταγογραφείτε στη βάση της γνωμάτευσης του ειδικού ιατρού και να παρακολουθείτε τον ασθενή για εκσεσημασμένες μεταβολές στην ψυχική του κατάσταση.

1.2.3. Φροντίστε να υπάρχει πρωτόκολλο διασύνδεσης και πολιτική επικοινωνίας μεταξύ των υπηρεσιών που υπάρχουν σε κάθε περιοχή.

1.2.4. Να μην παρακάμψετε την τομεοποίηση ως προς το ποιος θα είναι ο ειδικός ιατρός που γνωματεύει σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση.

1.2.5. Ο γενικός ή οικογενειακός ιατρός οφείλει να μεριμνήσει ώστε να λάβει ένα Ενημερωτικό Σημείωμα από τον θεράποντα ειδικό ιατρό, το οποίο θα τοποθετείται στον φάκελο του ασθενούς. Αν δεν εμπλέκεται κάποια δευτεροβάθμια υπηρεσία στη φροντίδα του χρήστη των υπηρεσιών (για παράδειγμα, επειδή μετακόμισε πρόσφατα στην περιοχή), ο οικογενειακός ιατρός πρέπει να εξασφαλίσει ότι οποιαδήποτε υπάρχουσα γνωμάτευση ή ενημε-

ρωτικό σημείωμα αποστέλλεται σε αντίγραφο στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες στις οποίες γίνεται η παρομπή.

1.2.6. Άτομα που παρουσιάζονται στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και που είναι καινούργια στην περιοχή (άγνωστα στις τοπικές υπηρεσίες) με προηγούμενη διάγνωση ψύχωσης, θα πρέπει να παραπέμπονται στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας για εκτίμηση, γεγονός που υπόκειται στη σύμφωνη γνώμη τους. Ο οικογενειακός ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να επαληθεύσει τις λεπτομέρειες οποιασδήποτε προηγούμενης θεραπείας και να μεταβιβάσει οποιαδήποτε σχετική πληροφορία σχετικά με αυτό στη δευτεροβάθμια υπηρεσία, π.χ. στην Κοινοτική Ομάδα Ψυχικής Υγείας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας.

1.2.7. Για οποιοδήποτε ζήτημα σωματικής υγείας προκύπτει, θα πρέπει με τον ίδιο τρόπο ο γενικός ιατρός να ενημερώνει τον ειδικό ιατρό.

1.2.8. Όταν ένα άτομο με σχιζοφρένεια δεν παρακολουθείται πλέον στη δευτεροβάθμια φροντίδα, ο κλινικός της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει να παραπέμψει εκ νέου τον χρήστη υπηρεσιών στη δευτεροβάθμια φροντίδα.

1.2.9. Εάν στο πλαίσιο της παρακολούθησης του ασθενούς από την πρωτοβάθμια φροντίδα, ο οικογενειακός ιατρός παρατηρήσει ότι υπάρχει κάποια μεταβολή στην ψυχική κατάσταση του ασθενούς με διάγνωση σχιζοφρένειας, όπως για παράδειγμα:

- Επιδείνωση της ψυχωσικής συμπτωματολογίας ή πτωχή απόκριση στη θεραπεία
- Μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή
- Μη ανεκτές παρενέργειες από τα φάρμακα
- Συνυπάρχουσα κατάχρηση ουσιών
- Κίνδυνος για τον ίδιο ή για άλλους.

Σε αυτήν την περίπτωση, θα πρέπει να προταθεί επίσπευση της προγραμματισμένης εξέτασης από τον ειδικό ψυχίατρο ή/και να γραφεί κάποιο σημείωμα στον ψυχίατρο ή/και να υπάρξει επικοινωνία.

1.3. *Προτάσεις προς τις υπηρεσίες για τη διαχείριση ατόμων με ψυχωσική διαταραχή ή σχιζοφρένεια στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Διασύνδεση Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας.*

Προτάσεις προς όλες τις υπηρεσίες

Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την Πρωτοβάθμια φροντίδα και τη διασύνδεση Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας για τα άτομα με ήδη διαγνωσμένη σχιζοφρένεια, προτείνει τα ακόλουθα:

Ορθή χρήση των διαθέσιμων υπηρεσιών

1.3.1. Θα πρέπει να υπάρχει εκ των προτέρων η γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών, για την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών και τη διαχείριση του επειγόντος ψυχιατρικού περιστατικού. Η πληροφόρηση αυτή πρέπει να είναι διαθέσιμη τόσο στους επαγγελματίες υγείας, αλλά και να μπορεί να δίνεται και στους ίδιους τους χρήστες και τους φροντιστές, όπως κρίνεται κάθε φορά.

1.3.2. Κάθε υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας θα πρέπει να γνωρίζει όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που υπάρχουν στην περιοχή ευθύνης της (δημόσιες, ΜΚΟ, ιδιωτικές, συμβεβλημένοι και μη ψυχίατροι), καθώς και τη διαθεσιμότητα άλλων κοινωνικών υπηρεσιών, και θα πρέπει να παρέχει την πληροφόρηση αυτή, λαμβάνοντας υπόψη τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες αυτές εκάστου ασθενούς.

1.3.3. Όλες οι υπηρεσίες που παρέχουν παρεμβάσεις σε άτομα με σχιζοφρένεια θα πρέπει να φροντίσουν να προσφέρουν παρεμβάσεις που να είναι σε συμφωνία με τις κατευθυντήριες οδηγίες.

1.3.4. Κάθε υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας θα πρέπει να προετοιμάσει ένα ενημερωτικό φυλλάδιο με τις υπηρεσίες που προσφέρει, σε ποιους απευθύνεται και στοιχεία επικοινωνίας, το οποίο να είναι στη διάθεση ασθενών και κοινού ή/και να αναρτήσει τις πληροφορίες αυτές στον διαδικτυακό της τόπο.

1.3.5. Κάθε υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας θα πρέπει να φροντίσει να αναπτύξει ένα δίκτυο επικοινωνίας με καθεμία από τις υπόλοιπες υπηρεσίες, να φροντίσει να έχει στη διάθεσή της πληροφορίες για τις παρεμβάσεις που γίνονται στις όμορες υπηρεσίες και να έχει έναν δίαυλο επικοινωνίας με ένα συγκεκριμένο άτομο από κάθε υπηρεσία.

1.3.6. Σε κάθε Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, θα πρέπει να ορισθεί ένα άτομο (π.χ. νοσηλευτής ή κοινωνικός λειτουργός) που θα έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- Πρόσωπο αναφοράς για τις υπηρεσίες ΠΦΥ (οικογενειακοί ιατροί και επαγγελματίες ΠΦΥ)
- Διαχείριση της λίστας αναμονής και των παραπομπών από την ΠΦΥ και επιμερισμός τους στους ψυχιάτρους του κέντρου ή/και τους συμβεβλημένους ψυχιάτρους και σε συνεργασία μαζί τους, ανάλογα με τη διαδικασία που θα προτιμηθεί από τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας του ΠΕΔΥ.

1.3.7. Θα πρέπει να ληφθεί πρόνοια ώστε, στις περιοχές που δεν καλύπτονται από Κέντρα Ψυχικής Υγείας, να αναπτυχθούν γενικές Κοινοτικές Ομάδες Ψυχικής Υγείας, δυνάμενες να προσφέρουν τις αναφερόμενες στη συνέχεια ειδικές υπηρεσίες, οι οποίες μπορεί να εδράζονται είτε αυτόνομα είτε στις εγκαταστάσεις ενός μητροπολιτικού Κέντρου Υγείας.

1.3.8. Επί υπάρξεως γενικής Κοινοτικής Ομάδας Ψυχικής Υγείας (π.χ. Κέντρο Ψυχικής Υγείας), οι συμβεβλημένοι με το ΠΕΔΥ ειδικοί ψυχίατροι θα πρέπει να συνεργάζονται και να είναι διασυνδεδεμένοι με την Κοινοτική Ομάδα Ψυχικής Υγείας, ειδικά για την περίπτωση των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

1.3.9. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας, σε συνεργασία με τις Τομεακές Επιτροπές Υγείας, πρέπει:

- i. Να καθορίσουν επακριβώς τη διαδρομή των ασθενών στο ΠΕΔΥ, λαμβάνοντας πρόνοια ώστε η διαδικασία να εξυπηρετεί την πρόσβαση και τη συνέχεια στη θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από ψυχωσικές διαταραχές
- ii. Να εξασφαλίσουν και να προάγουν τη συνεργασία ανάμεσα στις υπηρεσίες.
- iii. Να επιβλέψουν τη δημιουργία πρωτοκόλλων συνεργασίας ανάμεσα στις υπηρεσίες και να ενισχύσουν δράσεις συνεργασίας
- iv. Να διαθέτουν το κατάλληλο πληροφοριακό υλικό σε όλες τις υπηρεσίες

1.3.10. Το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε, σε κάθε Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής

Υγείας, να υπάρχει τουλάχιστον ένας επαγγελματίας υγείας εξειδικευμένος σε θέματα συνεργασίας και διασύνδεσης (π.χ. κοινωνικός λειτουργός), έμμισθης και πλήρους απασχόλησης, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για τη διασύνδεση των υπηρεσιών μέσω των ατόμων αναφοράς της κάθε υπηρεσίας, στον κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας, με τη διενέργεια προσωπικών επαφών και επιτόπιων συναντήσεων.

1.4. Προτάσεις προς τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας

Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα και τη διασύνδεση Πρωτοβάθμιας – Δευτεροβάθμιας Φροντίδας για τα άτομα με ήδη διαγνωσμένη σχιζοφρένεια, προτείνει τα ακόλουθα:

1.4.1. Παραπέμψτε επειγόντως όλα τα άτομα με πρώτη εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Η επιλογή της υπηρεσίας θα πρέπει να προσδιοριστεί από το στάδιο και από τη σοβαρότητα της νόσου, καθώς και από το τοπικό πλαίσιο (π.χ. Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Κοινοτική Ομάδα Ψυχικής Υγείας, ειδικός ψυχίατρος, Εξωτερικά Ιατρεία Περιφερειακού Νοσοκομείου).

1.4.2. Για τακτικές παραπομπές, επιλέξτε κατά προτεραιότητα υπηρεσίες που υπάρχουν στην κοινότητα (π.χ. Κέντρο Ψυχικής Υγείας), ειδικά για άτομα που παρουσιάζουν ανάγκες για πολλαπλές παρεμβάσεις.

1.4.3. Αναπτύξτε και χρησιμοποιήστε αρχεία καταγραφής περιστατικών ιατρείου, για να παρακολουθείτε τη φυσική και ψυχική υγεία ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

1.4.4. Οι οικογενειακοί ιατροί και άλλοι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει να παρακολουθούν τη φυσική υγεία των ατόμων με σχιζοφρένεια τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο. Θα πρέπει να εστιάζουν στην εκτίμηση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και να γνωρίζουν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου από τον γενικό πληθυσμό. Θα πρέπει να αποστέλλεται ένα αντίγραφο των αποτελεσμάτων στον συντονιστή φροντίδας ή/και στον ψυχίατρο, για να μπει στον φάκελο της δευτεροβάθμιας φροντίδας.

1.5. Προτάσεις προς τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας

Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα και τη διασύνδεση Πρωτοβάθμιας-Δευτεροβάθμιας Φροντίδας για τα άτομα με ήδη διαγνωσμένη σχιζοφρένεια, προτείνει τα ακόλουθα:

1.5.1. Πραγματοποιήστε πλήρη εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα στη δευτεροβάθμια φροντίδα, περιλαμβανόμενης κάποιας εκτίμησης από έναν ψυχίατρο. Φτιάξτε ένα πλάνο φροντίδας σε συνεργασία με τον χρήστη υπηρεσιών το συντομότερο δυνατό. Στείλτε ένα αντίγραφο στον επαγγελματία πρωτοβάθμιας φροντίδας που έκανε την παραπομπή και δώστε ένα και στον χρήστη των υπηρεσιών.

1.5.2. Περιλάβετε ένα πλάνο για αντιμετώπιση κρίσεων στο πλάνο φροντίδας, με βάση την πλήρη εκτίμηση κινδύνου. Το πλάνο αντιμετώπισης κρίσεων θα πρέπει να καθορίζει τον ρόλο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας και να αναγνωρίζει τα κύρια κλινικά σημεία επαφής σε περίπτωση ενός επείγοντος ή κάποιας επικείμενης κρίσης.

1.5.3. Όταν γίνεται καινούργια παραπομπή ατόμων με ψυχωσική διαταραχή ή σχιζοφρένεια σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, να λαμβάνετε υπόψη σας τις απαιτήσεις του χρήστη των υπηρεσιών και του φροντιστή ιδιαίτερα για:

1. Επανεξέταση των παρενεργειών της υπάρχουσας θεραπείας.
2. Ψυχολογικές θεραπείες ή άλλες παρεμβάσεις.

1.5.4. Όταν γίνεται κάποια τακτική παραπομπή από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, φροντίστε το πρώτο ραντεβού να μην υπερβαίνει τις 4 εβδομάδες.

2. Προτάσεις για τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Κοινότητα.

2.1. Προτάσεις για Κοινοτικές Ομάδες Ψυχικής Υγείας πολλαπλών ειδικοτήτων

Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των Κοινοτικών Ομάδων Ψυχικής Υγείας, προτείνει τα ακόλουθα:

2.1.1. Η οργάνωση της κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας στη χώρα μας θα μπορούσε να ωφεληθεί από την προσαρμογή στα Ελληνικά δεδομένα ενός προτύπου φροντίδας μέσω κοινοτικών ή άλλων ομάδων πολλαπλών ειδικοτήτων ψυχικής υγείας ικανών να παρέχουν φροντίδα βασισμένη στη διεθνή «καλή πρακτική».

2.1.2. Υπογραμμίζεται ο ρόλος των Κοινοτικών Ομάδων Ψυχικής Υγείας στη διάρθρωση της λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, στις Κινητές Μονάδες και στην Ενισχυτική Κοινοτική Θεραπεία. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να ανταποκριθούν στις πολλαπλές ανάγκες ιδιαίτερα των ατόμων που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές, δομούνται συνήθως στη βάση των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας.

2.1.3. Ανεξάρτητα από το πλαίσιο της παρακολούθησης που έχει ο ασθενής που πάσχει από σχιζοφρένεια, ειδικά όταν έχει την ανάγκη για πολλαπλές παρεμβάσεις, θα πρέπει να υπάγεται (χρεώνεται) σε ένα άτομο αναφοράς με ρόλο διαχειριστή/συντονιστή, τα στοιχεία επικοινωνίας του οποίου θα έχει ο ασθενής ή/και οι φροντιστές του. Ο ρόλος αυτού του προσώπου θα είναι:

- α. Να παρακολουθεί την πορεία του ασθενούς ανάμεσα στις διαφορετικές υπηρεσίες, περιλαμβανομένης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- β. Να συντονίζει τις υπηρεσίες που προσφέρονται για κάθε ασθενή ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών.
- γ. Να παρακολουθεί την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- δ. Να φροντίζει για την τήρηση των ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία, υπενθυμίζοντας τα ραντεβού στον ασθενή, ειδικά στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν δέχεται παρεμβάσεις από άλλες υπηρεσίες.

Τον ρόλο αυτόν μπορεί να τον αναλαμβάνει κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης/ρια ή άλλος επαγγελματίας υγείας.

2.2. Προτάσεις για τη φροντίδα μέσω της λειτουργίας Διαχείρισης Περιστατικού (για αναλυτική περιγραφή βλ. το πλήρες κείμενο των κλινικών οδηγιών¹)

2.2.1. Η Ομάδα Εργασίας προτείνει, για ασθενείς που παρουσιάζουν σοβαρή ψυχοπαθολογία και έχουν πολλές και διαφορετικές ανάγκες που συνήθως καλύπτονται από διαφορετικές υπηρεσίες, να παρέχεται φροντίδα μέσω της λειτουργίας της Διαχείρισης Περιστατικού.

2.3. *Προτάσεις για τις Υπηρεσίες Ενισχυτικής Κοινωνικής Θεραπείας (για αναλυτική περιγραφή βλ. το πλήρες κείμενο των κλινικών οδηγιών¹)*

2.3.1. Καθώς υπάρχουν πολλές τεκμηριωμένες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της Ενισχυτικής Κοινωνικής Θεραπείας, σε σύγκριση με τη συνηθισμένη θεραπεία, στη βελτίωση της επαφής και της ικανοποίησης του χρήστη από τις υπηρεσίες, στη μείωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, η Ομάδα Εργασίας υιοθετεί τις προτάσεις των σύγχρονων κατευθυντήριων οδηγιών για τη σχιζοφρένεια και προτείνει την ανάπτυξη υπηρεσιών βασισμένων στο μοντέλο της Ενισχυτικής Κοινωνικής Θεραπείας για άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές.

2.4. *Προτάσεις για τις Υπηρεσίες Παρέμβασης στην Κρίση και κατ' οίκον θεραπείας (για αναλυτική περιγραφή βλ. το πλήρες κείμενο των κλινικών οδηγιών¹)*

Καθώς η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών επίλυσης κρίσεων και κατ' οίκον θεραπείας έχει διεθνώς τεκμηριωθεί και δεδομένου ότι η Ελληνική εμπειρία από τις αντίστοιχες υπηρεσίες Κινητών Μονάδων που δραστηριοποιούνται ιδίως στην περιφέρεια της χώρας μας είναι θετική, η Ομάδα Εργασίας προτείνει τα ακόλουθα:

2.4.1. Προτείνεται η ανάπτυξη και η ενίσχυση των υπηρεσιών επίλυσης κρίσεων και κατ' οίκον θεραπείας, για την υποστήριξη των ατόμων που πάσχουν από ψυχωσικές διαταραχές στην κοινότητα και παρουσιάζουν μια οξεία κατάσταση που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Στο πλαίσιο αυτό, πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην αξιολόγηση του κινδύνου, η οποία πρέπει να αποτελεί συνήθη δραστηριότητα υψηλής προτεραιότητας.

2.4.2. Οι υπηρεσίες παρέμβασης στην κρίση και θεραπείας στο σπίτι πρέπει επίσης να αξιοποιούνται για τις περιπτώσεις πρόωρης εξόδου από το νοσοκομείο.

2.4.3. Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται για την εξασφάλιση της καλής επικοινωνίας ανάμεσα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που δραστηριοποιούνται στην ίδια περιοχή μέσω κοινών συναντήσεων, καθώς και της ανάθεσης σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας της ευθύνης της επαφής με συγκεκριμένες υπηρεσίες.

2.4.4. Όταν παρέχονται τέτοιες κοινοτικές υπηρεσίες πρέπει αυτές να καθορίζονται επακριβώς (κριτήρια καταλληλότητας, σε ποιους απευθύνονται, παρεμβάσεις που γίνονται, διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες) και να διατηρείται αρχείο για κάθε περιστατικό, προκειμένου να είναι εφικτή η παρακολούθηση και η αξιολόγηση των εκβάσεων των παρεμβάσεων.

2.4.5. Η αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων πρέπει να παρακολουθείται στο πλαίσιο της οργανωτικής δομής των Τομέων Ψυχικής Υγείας, με τη μείωση στον αριθμό των εισαγωγών και τη μείωση των ημερών νοσηλείας, συγκρίνοντας παράλληλα τις παραπομπές προς την υπηρεσία από τα νοσοκομεία για πρόωρη έξοδο.

2.5. *Προτάσεις για τα Νοσοκομεία Ημέρας Οξέων Περιστατικών*

2.5.1. Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των Νοσοκομείων Ημέρας οξέων περιστατικών, προτείνει ότι τα Νοσοκομεία Ημέρας οξέων περιστατικών θα πρέπει να θεωρούνται ως μια εναλλακτική λύση στην επείγουσα εισαγωγή για νοσοκομειακή περίθαλψη, παράλληλα με τις ομάδες επίλυσης κρίσεων και θεραπείας στο σπίτι, όπως επίσης και ότι βοηθούν την έγκαιρη έξοδο από τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

2.6. *Προτάσεις για τα Νοσοκομεία Ημέρας μη οξέων περιστατικών*

2.6.1. Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των Νοσοκομείων Ημέρας για μη οξέα περιστατικά, δεν παρέχει οδηγίες σχετικά με δραστηριότητες σε περιβάλλον Νοσοκομείου Ημέρας για μη οξέα περιστατικά.

2.7. Προτάσεις για τις Υπηρεσίες Έγκαιρων Παρεμβάσεων στη σχιζοφρένεια

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του NICE για τη σχιζοφρένεια (NICE, 2010, 2014), οι Καναδικές (Canadian Psychiatric Association, 2005), οι Αυστραλιανές (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005) και οι Αμερικανικές (American Psychiatric Association, 2004) κατευθυντήριες οδηγίες αναγνωρίζουν τη σημασία των υπηρεσιών έγκαιρων παρεμβάσεων στη σχιζοφρένεια.

Η Ομάδα Εργασίας, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω και τη συνεχιζόμενη έρευνα στον τομέα των έγκαιρων παρεμβάσεων, προτείνει:

2.7.1. Παροχή υπηρεσιών έγκαιρων παρεμβάσεων σε όλα τα άτομα με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, ανεξαρτήτως της ηλικίας ή της διάρκειας της ψύχωσης άνευ θεραπείας. Η παραπομπή στις υπηρεσίες έγκαιρων παρεμβάσεων μπορεί να γίνεται από την πρωτοβάθμια ή τη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

2.7.2. Οι υπηρεσίες έγκαιρων παρεμβάσεων θα πρέπει να στοχεύουν στην παροχή ενός ευρέος φάσματος σχετικών φαρμακολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, επαγγελματικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στα άτομα με ψυχωσική συνδρομή.

2.7.3. Σε κάθε νεαρό άτομο που παρουσιάζει κοινωνική απόσυρση, έκπτωση στην εργασιακή ή σχολική απόδοση, μεταβολές της συμπεριφοράς, άγχος και ανησυχία που δεν μπορεί να εξηγήσει, πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα ψυχωσικής διαταραχής.

2.7.4. Αν υπάρχουν υποουδικά ψυχωσικά συμπτώματα συνοδευόμενα από αναπηρία, ενδεικτικά υψηλής επικινδυνότητας, πρέπει να γίνει αξιολόγηση από ειδικό και το άτομο και οι συγγενείς του να παρακολουθούνται ανά 2-4 εβδομάδες, στο πλαίσιο μιας συνεχιζόμενης υποστήριξης, κατά προτίμηση σε δομές πρωτοβάθμιας υγείας για την αποφυγή της στιγματοποίησης.

2.7.5. Συνυπάρχοντα καταθλιπτικά σύνδρομα ή σύνδρομα χρήσης ουσιών, προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και εργασιακά προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται.

2.7.6. Συνήθως, τα άτομα αυτά και οι συγγενείς τους έχουν επίγνωση και ανησυχία για την ανάπτυξη πιο σοβαρής ψυχοπαθολογίας. Πρέπει να πληροφορούνται για το επίπεδο επικινδυνότητας με

προσοχή, λαμβάνοντας υπόψη το γενικότερο μορφωτικό και πολιτισμικό επίπεδο. Αυτό πρέπει να γίνεται με την απαραίτητη θεραπευτική αισιοδοξία, τονίζοντας ότι τα τωρινά προβλήματα μπορεί να υπερπηδηθούν και η εμφάνιση ψύχωσης δεν μπορεί να προκαθορισθεί, αλλά ότι, ακόμη κι αν εμφανισθεί, υπάρχουν κατάλληλες και αποτελεσματικές θεραπείες για την αντιμετώπισή της. Το άτομο πρέπει να καθησυχάζεται ότι, ακόμη κι αν εμφανιστεί μια τέτοια κατάσταση, η πρόγνωσή της θα είναι πολύ καλύτερη, καθώς έχει την πληροφόρηση που χρειάζεται και την έγκαιρη αντιμετώπιση της κατάστασης.

2.7.7. Αντιψυχωσική θεραπεία καλό είναι να μη δίνεται πριν το πέρας μιας εβδομάδας από την εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων, εκτός κι αν υπάρχει κίνδυνος αυτο- ή ετερο- καταστροφής.

2.8. Προτάσεις για τις Υπηρεσίες Επαγγελματικής Αποκατάστασης

Η Ομάδα Εργασίας, σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα αναφορικά με την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών επαγγελματικής αποκατάστασης, προτείνει τα ακόλουθα:

2.8.1. Στα άτομα με σχιζοφρένεια που επιθυμούν να επιστρέψουν στη δουλειά ή να αποκτήσουν απασχόληση, θα πρέπει να παρέχονται προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης. Παρόλ' αυτά, δεν θα πρέπει να είναι η μόνη προσανατολισμένη στην εργασία δραστηριότητα που προσφέρεται, όταν τα άτομα αδυνατούν να εργαστούν ή αποτυγχάνουν στις προσπάθειές τους να βρουν εργασία.

2.8.2. Για κάθε ασθενή με σχιζοφρένεια, θα πρέπει να συντάσσεται ένα εργασιακό πρόγραμμα, ανάλογα με τις δυνατότητες και τις επιθυμίες του, αλλά και ανάλογα με τις προσφερόμενες εναλλακτικές στην περιοχή διαμονής του.

2.8.3. Όσοι εργάζονται πριν την έναρξη της νόσου θα πρέπει να υποστηρίζονται να διατηρήσουν την εργασία τους, εφόσον ενδείκνυται και είναι εφικτό.

2.8.4. Όλοι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια πρέπει να έχουν την ευκαιρία της συμμετοχής σε προεπαγγελματικά εργαστήρια, έστω και αν δεν θα μπορέσουν να εργαστούν σε ΚοιΣΠΕ ή στην ελεύθερη αγορά.

Clinical guidelines for the management of schizophrenia (II): Community service-level interventions and the role of Primary Care

**M. Margariti,¹ M. Hadjulis,² M. Lazaridou,³ G.F. Angelidis,⁴
V. Fotopoulos,⁵ L. Markaki,⁶ F. Koulouri⁷**

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

²*Department of Psychiatry, "Agiou Anargyroi" Hospital, Faculty of Nursing, National & Kapodistrian University of Athens,*

³*Society of Social Psychiatry and Mental Health, Athens,*

⁴*Department of Psychiatry, General Hospital of Katerini, Katerini*

⁵*Dromokaiteio Mental Hospital, Athens, ⁶Executive Council, Hellenic Psychiatric Association, Athens,*

⁷*Directorate of Mental Health, Ministry of Health, Athens, Greece*

Psychiatriki 2018, 29:118–129

Schizophrenia is one of the most disabling disorders globally, with a significant impact on the professional, social and personal functioning of those affected. Mortality rates are estimated to be 2–2.5 times greater than in the general population attributable to not only suicide but also physical illnesses, such as cardiovascular, metabolic and infectious diseases. Patients with schizophrenia have increased needs for health services which vary according to the stage of the illness and the way the disorder affects the patient. A significant part of the costs of treating patients with schizophrenia is attributed to the health service costs, both to address the disorder itself and its wider effects. In 2015 the National Clinical Guidelines for the management of schizophrenia were formulated by a Working Group that was set up by the Greek Ministry of Health. In this article, a summary of the recommendations (as included in the National Clinical Guidelines) is presented, describing the role of primary care and community mental health services in the management of schizophrenia. The NICE Guideline (National Institute of Clinical Excellence, 2010, 2014) for the management of Psychosis & Schizophrenia was utilized as the main guide to develop the Greek National Guidelines. In addition the American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia (APA, 2004), the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005), as well as other relevant sources were also used. The Working Group also took into consideration the available Greek bibliography as well as the external evaluations of the Greek psychiatric reform programs. Special effort was made to adapt the international experience to the current Greek landscape with its constraints resulting from the uneven dispersion of mental health services, the lack of coordination between services, the incomplete sectorization of mental health services provided as part of the National Health System, the still underdeveloped Primary Care Health Service, and last but not least the difficult economic situation in Greece. The proposals aim to contribute to the efficient implementation of the provision of community mental health services for patients suffering from psychotic disorders, focusing in particular on: (a) the role of primary health care services and the role of family physician in the treatment of schizophrenia; (b) the cooperation and coordination between mental health services and primary care services in order to ensure continuity of care (c) designing services that deliver evidence-based

interventions, thus ensuring that a larger proportion of the population receives interventions with documented effectiveness in the treatment of schizophrenia, in the least restrictive environment. A particular emphasis is placed on services that are expected to reduce the need for hospitalization, such as crisis intervention services, community interventions aimed at maintaining and continuing the treatment of difficult patients who tend to be lost to follow up from services and early intervention services in psychosis.

Key words: Clinical guidelines, treatment guidelines, schizophrenia, primary health care, community psychiatry, mental health services.

Βιβλιογραφία

1. Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες. Κ.Ο.-3: Σχιζοφρένεια «Η σχιζοφρένεια στους ενήλικες: Θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση» Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Αθήνα, 2015
2. Margariti M, Hadjulic M, Lazaridou M, Angelidis GF, Fotopoulos V, Markaki L, Koulouri F. Clinical guidelines for the management of schizophrenia: Aims and limitations (I), *Psychiatriki* 2017, 28:301–305
3. Χατζούλης Μ, Μαργαρίτη Μ, Λαζαρίδου Μ, Αγγελίδης Γ, Φωτόπουλος Β, Μαρκάκη Α, Κουλούρη Φ. Οι εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (III): Φαρμακευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις. *Ψυχιατρική* (υπό δημοσίευση)
4. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992, 20:1-97, PMID:1565705
5. Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Can J Psychiatry* 2005, 50:892–900, doi: 10.1177/070674370505001403
6. Thornicroft G, Tansella M. *What are the Arguments for Community-Based Mental Health Care?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network report, 2003, <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf> (accessed 6 June 2011).
7. Hout J. Developing the South Islington Crisis Resolution Team. *Ment Health Rev J* 1999, 4:14–16, doi: 10.1108/13619322199900030
8. McGlynn P, Flowers M. Working through a crisis: the process of crisis resolution. In: Glynn P (ed) *Crisis Resolution and Home Treatment: A Practical Guide*. London, Sainsbury Centre for Mental Health, 2006:65–76
9. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3. Oxford, Update Software, 2002
10. McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. *J Ment Health Adm* 1995, 22:113–125, PMID:10142125
11. Linszen D, Dingemans P, Lenoir M. Early intervention and a five-year follow-up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophr Res* 2001, 51:55–61, PMID:11479066
12. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 2001, 2:1–75, PMID: 11532238
13. Christodoulou G. Psychiatric reform revisited. *World Psychiatry* 2009, 8:121–122, PMID: 19516938
14. Christodoulou G, Ploumpidis D, Christodoulou N, Anagnostopoulos D. The State of Psychiatry in Greece. *Int Rev Psychiatry* 2012, 24:301–306, doi: 10.3109/09540261.2012.691874
15. Douzenis A, Michopoulos I, Economou M, Rizos E, Christodoulou C, Lykouras L. Involuntary admission in Greece: a prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment. *Int J Soc Psychiatry* 2010, 58:172-177, doi:10.1177/0020764010387477
16. Economou M, Richardson C, Gramandani C et al. Knowledge About Schizophrenia and Attitudes Towards People with Schizophrenia in Greece. *Int J Soc Psychiatry* 2009, 55:361–371, doi :10.1177/0020764008093957
17. Loukidou E, Bouras N. Greek mental health reforms: views and perceptions of professionals and service users. *Psychiatriki* 2013, 24:39–46, PMID: 23603267
18. Loukidou E & Thornicroft G. Evaluation of Greek Psychiatric Reforms: Methodological Issues. *Intern J Ment Health System* 2013, 7:1–8, doi: 10.1186/1752-4458-7-11
19. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Association 2004 http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf (accessed 6 June 2014)
20. Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guidelines treatment of schizophrenia. *Can J Psych* 2005, 50:(Suppl)1, PMID: 16529334
21. NICE. *The NICE Guideline on Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care*. NICE Clinical Guideline no. 82.

- London, National Institute of Health and Clinical Excellence, 2009
22. NICE. *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. NICE Clinical Guideline no. 178. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2014
23. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2005, 39:1–30, doi: 10.1177/0004867416641195
24. DeHert M, Vancampfort D, Correll C, Mercken V, Peuskens J, Sweers K et al. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. *Br J Psychiatry* 2011, 199:99–105, doi: 10.1192/bjp.bp.110.084665
25. Drake ER, Goldman HH, Leff HS, Dixon L, Mueser KT, Torrey WC. Implementing Evidence-Based practices in Routine mental Health Service Settings. *Psychiatr Serv* 2001, 52:179–182, doi: 10.1176/appi.ps.52.2.179
26. Lehman AF, Steinwachs DM & the co-investigators of the PORT Project. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998a, 24:1–10, PMID: 9502542
27. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos R, Barley A et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010, 9:67–77, PMID: PMC2911080
28. Lehman AF, Steinwachs DM & PORT Co-investigators. Patterns of usual care for schizophrenia: initial survey results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) survey. *Schizophr Bull* 1998b, 24:11–20, PMID: 9502543

Αλληλογραφία: Μ. Μαργαρίτη, Επικ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, 1η Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Λεωφ. Βασιλίσσης Σοφίας 74, 115 28 Αθήνα, Τηλ.:/Fax: 6945 294 300
e-mail: marimargariti@gmail.com, mmarg@med.uoa.gr

Ειδικό άρθρο Special article

Οι ψυχοσωματικές διαταραχές στην αρχαία Ελληνική ιατρική

Κ. Λάιος,¹ Μ.-Ε. Κονταξάκη,¹ Κ. Μαρκάτος,¹ Ε. Λάγιου,²
Μ. Καραμάνου,^{3,4} Γ. Ανδρούτσος⁴

¹Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα,

²Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα,

³Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κρήτη,

⁴Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική 2018, 29:130–136

Η έννοια των ψυχοσωματικών διαταραχών, όπως ορίζονται από τη σύγχρονη ιατρική, ήταν δύσκολο να γίνει αντιληπτή από τους αρχαίους Έλληνες ιατρούς. Στο γεγονός αυτό συνετέλεσαν δύο βασικοί λόγοι. Ο ένας ήταν ότι οι ιατροί στην Ελληνική αρχαιότητα είχαν διαμορφώσει την αντίληψη ότι οι ψυχικές νόσοι που αναγνωρίζονταν εκείνους τους χρόνους, δηλαδή η μανία, η μελαγχολία, η φρενίτιδα, ο κάρος, ο λήθαργος, η αποπληξία, αλλά ακόμη και η επιληψία, όπως πίστευαν τότε, ήταν αποτέλεσμα της διαταραχής των βασικών στοιχείων του σώματος, η ισορροπία των οποίων συντελούσε στην εγγύηση για τη διατήρηση της υγείας. Έτσι ανάλογα με τη σχολή ιατρικής σκέψης που ακολουθούσε κάθε ιατρός στην αρχαιότητα οι ψυχικές, αλλά και οι σωματικές νόσοι ήταν αποτέλεσμα διαφόρων διαταραχών, όπως της δυσκρασίας των χυμών του σώματος για τους ιατρούς της Δογματικής σχολής που ακολουθούσε τις ιπποκρατικές αρχές ή της διαταραχής των ποιοτικών χαρακτηριστικών των χυμών και του πνεύματος (αέρα), όπως θεωρούσαν οι ιατροί της Πνευματικής σχολής, αλλά ακόμη της στένωσης ή της διάτασης των πόρων όπως έκριναν οι ιατροί της Μεθοδικής σχολής. Βέβαια δεν απουσίασε η αντίληψη ότι οι νόσοι ήταν αποτέλεσμα συνδυασμού των προηγούμενων θεωριών, όπως συμπέραιναν οι ιατροί που συγκροτούσαν την Εκλεκτική σχολή. Ο δεύτερος λόγος ήταν ότι οι αρχαίοι ιατροί δεν μπορούσαν να αντιληφθούν την αυτοτέλεια του ψυχικού κόσμου του ανθρώπου ως στοιχείο της ανθρωπίνης φύσης, στο οποίο όμως, οι συναισθηματικές διαταραχές και η μη-φυσιολογική διανοητική επεξεργασία των ερεθισμάτων από το κοινωνικό, πολιτισμικό και φυσικό περιβάλλον του ατόμου θα δρούσαν ενδεχομένως επιβαρυντικά στην πρόκληση της ψυχικής διαταραχής. Παρόλ' αυτά, δεν διέλαθε της προσοχής των ιατρών αυτών ότι σε αρκετές περιπτώσεις η ψυχική διαταραχή ήταν η αιτία για την παρουσία σωματικών προβλημάτων, όπως παρατήρησαν οι ιατροί που συνέγραψαν τα έργα της Ιπποκρατικής Συλλογής, ο Σωρανός ο Εφέσιος (1ος–2ος μ.Χ. αι.), ο Γαληνός (1ος–2ος μ.Χ. αι.), ο Αρεταίος ο Καππαδόκης

(1ος–2ος ή 4ος μ.Χ. αι.) και ο Κέλσιος ο Αυρηλιανός (5ος μ.Χ. αι.). Στα διάφορα έργα αυτών των ιατρών υπάρχουν οι παρατηρήσεις για την πρόκληση έντονης εφίδρωσης, τρόμου, ταχυπαλμιών, διατροφικών διαταραχών, κρίσεων υστερίας ή ακόμη και θανάτου εξαιτίας συναισθηματικών διαταραχών που σαφώς εντάσσονται στο πλαίσιο των ψυχοσωματικών προβλημάτων, όπως ορίζονται από τη σύγχρονη ιατρική. Έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι συναισθηματικές διαταραχές που κατέγραφαν μέσα από την εμπειρική τους παρατήρηση οι ιατροί της αρχαιότητας, δεν κατατάσσονταν στις ψυχικές νόσους, όπως ορίζονταν στην αρχαιότητα, αλλά αποτελούσαν έντονα συναισθήματα ή ακόμη και συμπεριφορές που οδηγούσαν σε αυτά τα συναισθήματα, οι οποίες είχαν ως τελικό αποτέλεσμα στο να διαταράσσεται η σωματική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Σε αυτά τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές κατατάσσονταν οι κάθε φοβίες, η ντροπή, η λύπη, η οργή, ο φθόνος, τα υπερβολικά ποτά και φαγητά, η υπέρμετρη ερωτική ενασχόληση, το πάθος για τυχερά παιχνίδια και το άγχος για τις καθημερινές ανάγκες ή εργασίες.

Λέξεις ευρητηρίου: Ψυχοσωματικές διαταραχές, αρχαία Ελληνική ιατρική, Γαληνός, Ιπποκρατική Συλλογή.

Εισαγωγή

Οι αρχαίοι Έλληνες ιατροί είχαν διαμορφώσει την αντίληψη ότι οι ψυχικές νόσοι, (όπως εκείνοι τις αντιλαμβάνονταν) δηλαδή, η μανία,¹ η μελαγχολία,² η φρενίτιδα,³ ο κάρος,⁴ ο λήθαργος,⁵ η αποπληξία,⁶ αλλά ακόμη και η επιληψία⁷ –λόγω της απώλειας της συνείδησης που παρατηρείται κατά την επιληπτική κρίση–, είχαν την αιτία τους σε μια σωματική διαταραχή που διατάρασε την ισορροπία της λειτουργίας του σώματος που αποτελούσε την αρχή για την υγεία. Έτσι, ανάλογα με το ποια σχολή ιατρικής σκέψης πρέσβευε ο καθένας τους έκριναν ότι οι σωματικές διαταραχές είτε ήταν αποτέλεσμα της δυσκρασίας (ανισορροπίας) των χυμών του σώματος,⁸ όπως πίστευε η Δογματική Σχολή που ακολουθούσε τις ιπποκρατικές αρχές,⁹ είτε ήταν αποτέλεσμα της αλλοίωσης των ποιοτικών χαρακτηριστικών των χυμών και της διέλευσης του πνεύματος (αέρα) από το σώμα, όπως ενστερνιζόταν η Πνευματική Σχολή.¹⁰ Επίσης οι ψυχικές νόσοι αποδίδονταν στη στένωση ή διάταση των πόρων του σώματος, όπως υποστήριζε η Μεθοδική¹¹ Σχολή ή ακόμη και συνδυασμός των παραπάνω θεωριών σύμφωνα με όσους κατατάσσονταν στους ιατρούς της Εκλεκτικής Σχολής.¹²

Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα η επίδραση της ψυχικής κατάστασης του ατόμου στην απορρύθμιση της λειτουργίας του σώματος να είναι δύσκολο να εφαρμοστεί στη διαγνωστική διαδικασία κατά την αρχαιότητα. Ένα επιπλέον εμπόδιο στεκόταν η αδυναμία σε εκείνους τους χρόνους να

αναγνωριστεί η αυτοτέλεια του ψυχικού κόσμου του ανθρώπου ως στοιχείο της ανθρώπινης φύσης.¹³ Βέβαια, η συναισθηματική διαταραχή και η μη φυσιολογική διανοητική επεξεργασία των ερεθισμάτων από το κοινωνικό, πολιτισμικό και φυσικό περιβάλλον του ατόμου δεχόταν ότι θα δρούσαν ενδεχομένως επιβαρυντικά στην πρόκληση μιας ψυχικής διαταραχής. Οποιαδήποτε βέβαια, τέτοια συμπεράσματα ανάγονταν τότε κυρίως, στην παιδαγωγική και τη φιλοσοφία και ξέφευγαν από τον χώρο της ιατρικής και της ψυχοπαθολογίας.¹⁴

Η εμπειρική παρατήρηση ανέδειξε τις επιδράσεις της άσχημης ψυχολογικής κατάστασης στη σωματική κατάσταση, γεγονός που δεν μπορούσαν να παραβλέψουν οι αρχαίοι Έλληνες ιατροί. Βέβαια, εξαιτίας των θεωρητικών δυσκολιών των παραπάνω επιδράσεων τις προσπερνούσαν –τις περισσότερες φορές– εντάσσοντάς τις σε παθογενετικούς μηχανισμούς και σε συμπτωματολογία ψυχικών νόσων. Όποτε αυτό δεν ήταν δυνατό ή όποτε ήταν πρόδηλη η σύνδεση της ψυχολογικής διαταραχής με τις συνέπειές της στο σώμα, μόνο τότε αναδεικνυόταν ως ειδικό φαινόμενο, αν και με περιορισμένη ή καλύτερα εξειδικευμένη χρήση στη διαγνωστική πρακτική κατά την αρχαιότητα.

Οι απόψεις του Ιπποκράτη και του Γαληνού

Οι διαπιστώσεις για τη σχέση ψυχισμού και σωματικής κατάστασης θα ήταν δυνατό να διακριθούν σε δύο απόψεις-κατηγορίες. Η μία άποψη αφορά στην

αποδοχή της επίδρασης στο σώμα γενικά των συναισθημάτων με την πλατύτερη και ευρύτερη έννοιά τους, άποψη που ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με τις φιλοσοφικές αντιλήψεις για την ενέργεια και τη φύση της ψυχής, πράγμα που φαίνεται έντονα στο έργο του Γαληνού. Η άλλη άποψη αναφέρεται στον σαφή συσχετισμό εξειδικευμένων σωματικών προβλημάτων με την ψυχική ανησυχία-διαταραχή, έχοντας περισσότερο ιατρική χροιά.

Στην πρώτη ομάδα θα παραθέσουμε αρχικά το απόσπασμα από το έργο *Περὶ χυμῶν* της Ιπποκρατικής Συλλογής. Σε αυτό δηλώνεται ότι ο ψυχισμός επηρεάζεται από τα υπερβολικά ποτά και τα φαγητά, τον ύπνο, την εγρήγορση, το πάθος για τυχερά παιχνίδια, το άγχος για τις καθημερινές ανάγκες ή εργασίες και από όσα οφείλει να πραγματοποιεί ή όχι. Οι στενάχωρες καταστάσεις που μπορεί να εμφανίζονται τυχαία, από σκέψεις ή από κάτι που θα ειπωθεί ή θα ειπωθεί, προκαλούν συχνά τρόπο στο σώμα και στα άκρα, όπως και πελιδνότητα. Οι φοβίες, η ντροπή, η λύπη, ο ψυχικός πόνος, η οργή και όλα τα παρόμοια κατά αυτόν τον ανάλογο τρόπο προκαλούν την αναστάτωση στο σώμα που εκδηλώνεται με εφίδρωση, ταχυπαλμία και διαταραχή των σωματικών δυνάμεων (Hippocrates Med. et Corp. *De humoribus* 9.1-13).¹⁵

Στο ίδιο πνεύμα με το απόσπασμα της Ιπποκρατικής Συλλογής, ο Γαληνός (1ος-2ος μ.Χ. αι.) συμβούλευε πως για την καλή υγεία πρέπει να αποφεύγονται τα χωρίς μέτρο ψυχικά πάθη, η οργή, ο θυμός, ο φόβος, ο φθόνος και οι ανησυχίες, γιατί καθώς αυτά αυξάνονται, αλλοιώνεται η φυσική κατάσταση του σώματος (Galenus Med. *Ars medica* 1.371.10-14).¹⁶

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί και σε ένα άλλο απόσπασμα, από κείμενα του Γαληνού όπου όχι μόνο γίνεται πιο αναλυτικός με περισσότερες και πιο ακριβείς πληροφορίες, αλλά επειδή αναπτύσσει την ερμηνεία των κεντρικών αρχών του προβλήματος με βάση τα φιλοσοφικά του πορίσματα για τη λειτουργία της ψυχής και τη δράση της στο σώμα, καταδεικνύοντας την προσκόλληση και την ταύτιση της διαπραγμάτευσης με τη φιλοσοφική διάσταση του αντικειμένου.

Εκεί, με αφορμή τις κλινικές του παρατηρήσεις θα εξετάσει τα υπερβολικά πάθη που θα τα χωρίσει σε δύο είδη: τους μεγάλους φόβους ως αιφνίδιους και σφοδρούς που τους ονομάζει «εκπλήξεις» και τα αντίθετά τους, δηλαδή τις «υπέρμετρες ηδονές και χαρές» και θα τονίσει πως εξαιτίας και των δύο αυτών διαφορετικών καταστάσεων έχουν εκδηλωθεί ακόμη και θάνατοι ανθρώπων. Θα διευκρινίσει ακόμη παραμένοντας στην ιατρική αντιμετώπιση, ότι στην υπερβολή τους οι παραπάνω καταστάσεις, ακόμη και αν δεν προκαλέσουν τον θάνατο, τα συναισθήματα μετατρέπουν το πνεύμα (αέρα, εδώ με την έννοια της αναπνοής) σε άτονο. Σε μια συνολική αποτίμηση θα προσθέσει ότι οι λύπες, οι αγωνίες, οι θυμοί και οι σκοτούρες, καθώς και με ανάλογο τρόπο και οι παρατεταμένες αϋπνίες θα βλάψουν καταλύοντας τη δυναμική του οργανισμού. Τελικά η εξήγηση θα αναχθεί στη σφαίρα της φιλοσοφίας, αφού κατά τα συμπεράσματά του με όλα αυτά τα συναισθήματα δραστηριοποιείται η ίδια η ψυχή και σύμφωνα με τις πρακτικές ενέργειες κινεί το σώμα, ώστε τελικά να καταλύει τον τόνο σε όλα τα είδη των δράσεων, αφού τα εκθέτει σε κίνδυνο χωρίς μέτρο (Galenus Med. *De methodo medendi libri xiv* 10.841.8-10.842.2).¹⁷

Η θεωρητική αντιμετώπιση του θέματος από τον Γαληνό δεν περιορίστηκε στο φιλοσοφικό σχήμα της βλάβης του σώματος από την ψυχή, που έδινε απάντηση στον πυρήνα αυτού του προβλήματος, αλλά επεκτάθηκε και στην πρόκληση της συμπτωματολογίας με βάση, όπως και στην Ιπποκρατική Συλλογή, τη θεωρία των χυμών, που αναπτύσσει με τον πιο ολοκληρωμένο τρόπο χάρη στην έμφαση που είχε δώσει γενικά στους χυμούς σε όλο του το έργο.

Αυτός είναι εκείνος που θα περιγράψει με τον πλέον γλαφυρό τρόπο τη μεταβολή των χυμών εξαιτίας των αρνητικών συναισθημάτων, όπως η λύπη, η έκπληξη και ο φόβος, οι οποίες επισημαίνει ότι προκύπτουν από κάτι που άκουσαν ή είδαν οι άνθρωποι (Galenus Med. *De sanitate tuenda libri vi* 6.277.14-6.278.12, Galenus Med. *De symptomatum causis libri iii* 7.191.4-7.193.18).^{18,19}

Μεγάλη σημασία είχε δοθεί στη διατάραξη του καρδιακού ρυθμού κατά τη διάρκεια της κυρίευσης

του ανθρώπου από έντονα συναισθήματα. Η παρατήρηση αυτή στηριζόταν στη σπουδαιότητα που απέδιδαν όλοι οι αρχαίοι ιατροί στα χαρακτηριστικά του σφυγμού. Ο σφυγμός ήταν ένα κλινικό γνώρισμα που μπορούσε να παρατηρηθεί εύκολα και το οποίο χρησιμοποίησαν σε όλες τις νοσηρές καταστάσεις, τόσο ως ένδειξη σοβαρότητας της ασθένειας, όσο και ως στοιχείο διαφορικής διάγνωσης. Ακόμη και οι διαταραχές του σφυγμού, μπορούσαν να συγκαταλεχθούν στα πρώτα και πλέον εμφανή συμπτώματα της ταραχής που προκαλούσαν τα συναισθήματα, συμβάλλοντας ιδιαίτερα και καθιστώντας προφανή την αναστάτωση του σώματος, ως επακόλουθο κυρίως, της ταχυπαλμίας.

Ανατρέχουμε πάλι στον Γαληνό, ο οποίος μας προσφέρει τις πιο πλούσιες πληροφορίες στο θέμα αυτό. Στο σύγγραμμά του για τις κρίσεις προτείνει για τη διάγνωση των ψυχικών παθών, των αγωνιών, του φόβου, του θυμού και της λύπης θα έπρεπε να εξετάζονται οι σφυγμοί ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους, όπως τα έχει περιγράψει στο ειδικό σύγγραμμα γι' αυτούς (Galenus Med. *De crisibus libri iii* 9.696.16-9.697.5).²⁰

Στο ειδικό έργο, που θα αφιερώσει για τα είδη των σφυγμών και τη μορφή τους σε κάθε νόσο, θα βρούμε την πιο ενδελεχή εξέταση της σχέσης τους με τα συναισθήματα. Θα αντιστοιχίσει τα ιδιαίτερα γνωρίσματα που παίρνει ο σφυγμός σε κάθε συναίσθημα χωριστά, ώστε τελικά να παρουσιάσει μια διαγνωστική μεθοδολογία με βάση αυτό το σύμπτωμα, όπως συνέβαινε και με τις λοιπές σωματικές ή ψυχικές νόσους.

Αναφέρει λοιπόν, ότι εξαιτίας του θυμού ο σφυγμός μπορεί να είναι υψηλός, μεγάλος, σφοδρός, ταχύς και πυκνός. Από ηδονή είναι συχνά μεγάλος και αραιός, αλλά όχι διαφορετικός στη σφοδρότητα. Από λύπη είναι μικρός, βραδύς, αμυδρός και αραιός. Από ξαφνικό φόβο είναι ταχύς, σφοδρός, ταραχώδης, άτακτος και ανώμαλος. Από χρόνιο φόβο (μεγάλης διάρκειας), ο σφυγμός είναι όπως εκείνος της λύπης. Θα ολοκληρώσει την ενότητα υποδεικνύοντας τον τρόπο με τον οποίο καταβάλλεται τελικά ο ανθρώπινος οργανισμός, όταν όλα αυτά τα συναισθήματα με τη διαταραχή των σφυγμών που πάντοτε συνοδεύουν έχουν χρόνια διαδρομή

ή είναι έντονα. Τότε όλες οι παραπάνω εκδηλώσεις καταστρέφουν τη δυναμική του σώματος για μικρό διάστημα στη μεγάλη ένταση και για μεγάλο διάστημα στη μικρή ή μέτρια ένταση (Galenus Med. *De pulsibus libellus ad tirones* 8.473.13-8.474.4). Το συμπέρασμα αυτό έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με ό,τι αναφέρει γενικά για τις δράσεις της ψυχής στο σώμα (Galenus Med. *De methodo medendi libri xiv* 10.841.8-10.842.2).²¹

Ο Γαληνός, την ιδέα της αλλοίωσης της δυναμικής του οργανισμού ως βασικό ερμηνευτικό μοντέλο στην επίδραση των συναισθημάτων στο σώμα, θα την επεκτείνει και στην εξήγηση του τρόμου των άκρων, ειδικά όταν καταλαμβάνεται ο άνθρωπος από φόβο, χωρίς να τον συνδέει με την ταχυπαλμία. Περιγράφει την κατάσταση λέγοντας ότι όταν ο άνθρωπος φοβάται, όποια ενέργεια επιχειρήσει να κάνει με τα χέρια του, αυτά τρέμουν, ενώ επίσης τρέμουν και τα πόδια, αν προσπαθήσει να βαδίσει. Καταλήγει ότι ο φόβος καταβάλλει την ισχύ της δύναμης το ίδιο, όπως και στις άλλες περιπτώσεις όπου αναγνωρίζεται τέτοιου είδους καταβολή (Galenus Med. *De tremore, palpitatione, convulsione et rigore liber* 7.587.6-10).²²

Περνώντας στη δεύτερη κατηγορία των εξειδικευμένων σωματικών προβλημάτων θα ξεκινήσουμε με την αρνητική συμβολή των συναισθημάτων στις διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Ο Γαληνός αναφερόμενος στο αδυνάτισμα του σώματος (απώλεια βάρους), που μπορεί να μεταβληθεί ακόμα και σε ξηρή σάρκα (εννοώντας έτσι την αποστέωση του οργανισμού), την αποδίδει κυρίως στην πρόσληψη μικρής ποσότητας τροφής και στη λιμοκτονία. Τονίζει ότι αυτό μπορεί να συμβαίνει από πείνα (αδυναμία εύρεσης και διάθεσης βρώσιμων αγαθών), πολιορκία (ως πρόβλημα στην πρόσβαση και ανανέωση των προμηθειών), αλλά και από ψυχικές διαταραχές, όπως πένθος, λύπη ή ανορεξία (Galenus Med. *De humero iis modis prolapsos quos Hippocrates non vidit* 18a.362.12-15).²³ Το πένθος και η λύπη ως σημεία παραπέμπουν σε περιστατικά κατάθλιψης που μάλλον θα ήταν ιδιαίτερα σοβαρή εξαιτίας της απώλειας βάρους, ενώ εκείνη της ανορεξίας αφήνει την εντύπωση, ότι εκτός από τη γενική σύνδεση με την κατάθλιψη ίσως

αφορά έμμεσα και στο φαινόμενο της ψυχογενούς ανορεξίας, αν και οι υπάρχουσες πληροφορίες δεν τεκμηριώνουν κάτι τέτοιο.

Τέλος, ο Γαληνός, αν και θα ασχοληθεί ιδιαίτερα με την πρόκληση του θανάτου από ξαφνική και οξεία λύπη, φόβο ή μεγάλη χαρά, δεν θα παραλείψει ωστόσο να αναφέρει ότι θάνατος μπορεί να προκληθεί και από μακροχρόνια λύπη, στοιχείο που σαφώς περιλαμβάνεται στο φάσμα των ψυχοσωματικών διαταραχών (Galenus Med. De locis affectis libri vi 8.301.14-8.302.5).²⁴

Οι απόψεις του Κέλιου Αυρηλιανού, του Σωρανού του Εφρεσίου και του Αρεταίου του Καππαδόκη

Τις διαταραχές πρόσληψης τροφής εξαιτίας ψυχικής διαταραχής θα τις συναντήσουμε ακόμη στο έργο του Caelius Aurelianus (5ος μ.Χ. αι.) (Caelius Aurelianus On Acute Diseases and on Chronic Diseases σελ. 769-772, 90.1-95.11) και το οποίο αποτελεί τη μετάφραση στα Λατινικά του αυθεντικού έργου για τις οξείες και χρόνιες νόσους γραμμένο στα Ελληνικά από τον Σωρανό τον Εφέσιο (1ος-2ος μ.Χ. αι.).²⁵

Περισσότερο σαφή σύνδεση των διαταραχών της διατροφής ως αποτέλεσμα ψυχικής διαταραχής θα συναντήσουμε σε άλλο κεφάλαιο του ίδιου συγγραφέα που επιγράφεται ως παθολογική πείνα (Caelius Aurelianus On Acute Diseases and on Chronic Diseases σελ. 739-740, 46.1-48.10). Το γεγονός καταχωρήθηκε ως ασθένεια του λαιμού. Η κατάσταση που περιγράφεται αφορά σε άρρωστο που εκδηλώνει μια ακατάπαστη λαιμαργία και επιθυμεί να καταναλώσει πολύ μεγάλη ποσότητα φαγητού ώστε να το καταπίνει αμάσητο, με αποτέλεσμα μετά να παρουσιάζει βάρος στο σώμα, και διάταση στην κοιλιά με επακόλουθο τον εμετό, τον οποίο μερικές φορές προκαλεί ο ίδιος, για να ανακουφιστεί. Τα παραπάνω μας επιτρέπουν να σκεφτούμε ότι περιγράφεται μια παθολογική κατάσταση βουλιμίας που σαφέστατα δεν είναι υγιής συμπεριφορά και συνδέεται προφανώς με κάποια ψυχολογική διαταραχή, έστω και αν δεν δηλώνεται αυτό ρητά στο λατινικό κείμενο.

Μια ακόμη σημαντική πληροφορία από τον Caelius Aurelianus, είναι ότι στις αιτίες της έκκλησης κρίσης επιληψίας συγκαταλέγει και τον πολύ μεγάλο φόβο

(Caelius Aurelianus On Acute Diseases and on Chronic Diseases σελ. 479, 61.3). Κανένας άλλος ιατρός δεν οδηγήθηκε σε μια τέτοια παρατήρηση. Το μεγάλο του ενδιαφέρον για τους προδιαθεσικούς παράγοντες όλων των νόσων και η αναγνώριση του φόβου ως στοιχείο που είτε μπορούσε να προκαλέσει λιποθυμικό επεισόδιο είτε ακόμη να πυροδοτήσει την έναρξη μιας επιληπτικής κρίσης με ή χωρίς σπασμούς ενός πάσχοντος από την ασθένεια, μάλλον βοήθησαν σε αυτή την αναφορά. Βέβαια, μέσα από αυτή την περιγραφή δεν μπορούμε να αποκλείσουμε και το ενδεχόμενο να αφορά η περίπτωση σε μια κρίση υστερίας.

Την εκδήλωση υστερίας μάλλον όμως την περιγράφει καλύτερα ο Αρεταίος ο Καππαδόκης (1ος-2ος ή 4ος μ.Χ. αι.), ο οποίος θα υποδείξει ότι εκτός από τις λοιπές απολύτως σωματικές αιτίες που μπορούν να προξενήσουν παραλυσία στον άνθρωπο, όπως το τραύμα, το χτύπημα, η ψύξη, η δυσπεψία, η λαγνεία (υπερβολική ερωτική δραστηριότητα) και η μέθη, το ίδιο αποτέλεσμα δημιουργείται και από άκρατα πάθη της ψυχής, όπως τα χαρακτηρίζει, δηλαδή τις εκπλήξεις, τους φόβους, τις δυσθυμίες, τον έντονο τρόμο (ειδικά για τα παιδιά), αλλά και από την αντίθετη πλευρά η απροσδόκητη και μεγάλη χαρά και το ασίγαστο γέλιο (Aretaeus Med. De causis et signis acutorum morborum 1.7.8.1-4).²⁶

Επίλογος

Είναι γεγονός ότι οι αρχαίοι Έλληνες ιατροί είχαν την αντικειμενική δυσκολία να αντιληφθούν την έννοια των ψυχοσωματικών διαταραχών, όπως ορίζονται από τη σύγχρονη ιατρική. Η πρωιμότητα της ιατρικής ως επιστήμης και η έλλειψη μεθοδολογικών εργαλείων στην ερμηνεία των ψυχικών και σωματικών νόσων, αλλά και η μεταξύ τους σχέση προσδιόριζαν τις ιατρικές απόψεις στην αρχαία Ελληνική ιατρική. Εντούτοις, διάσπαρτα στα έργα της αρχαίας Ελληνικής ιατρικής γραμματείας θα συναντήσουμε τις αναφορές για τα σωματικά προβλήματα που προκλήθηκαν εξαιτίας ψυχικών διαταραχών, όπως ταχυπαλμία, τρόμος, διατροφικές διαταραχές, κρίσεις υστερίας ακόμη και θάνατος, γεγονός που καταδεικνύει την ενάργεια στην κλινική παρατήρηση των αρχαίων Ελλήνων ιατρών.

Psychosomatic disorders in ancient Greek medicine

K. Laios,¹ M.-I. Kontaxaki,¹ K. Markatos,¹ E. Lagiou,²
M. Karamanou,^{3,4} G. Androutsos⁴

¹Department of History in Medicine, Medical School, University of Athens, Athens,

²Medical School, University of Patra, Patra,

³Department of History in Medicine, Medical School, University of Crete, Crete,

⁴Biomedical Research Foundation, Academy of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2018, 29:130–136

The concept of psychosomatic disorders, as defined by modern medicine, was difficult to be perceived by the ancient Greek physicians. Two main reasons contributed to this. One was that physicians in Greek antiquity had formed the idea that the mental illnesses that were recognized at that time, namely mania, melancholy, frenzy, caros, lethargy, apoplexy, but even epilepsy, was the result of a disturbance of the essential elements of the body, the balance of them contributed to the preservation of health. Thus, depending on the school of medical thought of each physician in antiquity, mental and corporal illnesses were the result of various disorders such as the dyscrasia of humors for the physicians of the Dogmatic school that followed the Hippocratic principles or the disorder of the qualitative characteristics of the humor and the pneuma (air), as the physicians of the Pneumatic School considered, but also of the stenosis or the expansion of the pores as the physicians of the Methodic school thought. Although there was the perception that the diseases were the result of various combinations of the previous theories, as concluded by the physicians who constituted the Eclectic school. The second reason was that ancient physicians could not perceive the autonomy of man's psychic world as an element of human nature in which emotional distress and irrational mental processing of stimuli from the social, cultural and natural environment of the individual would be aggravating to the challenge of mental imbalance. Nevertheless, many physicians such as physicians who wrote various work of Corpus Hippocraticum, Soranus of Ephesus (1st - 2nd c. AD) Galen (1st - 2nd c. AD), Aretaeus of Cappadocia (1st - 2nd or 4th c. AD) and Caelius Aurelianus (5th c. AD) did not forget to describe in their works psychosomatic disorders as they are defined by modern medicine. In their works there are the observations about intense sweating, tremor, eating disorders, hysteria and even death as a result of an intense and long psychological unrest. These corporal symptoms, although were onset due to a psychological un-equilibrium they could not been listed by the ancient Greek physicians in any of the mental diseases as they were defined in antiquity. The psychological disturbance which could provoke the above corporal disorders arose by various phobias, shame, sorrow, anger, envy, excessive drinks and food, excessive sexual desire, passion for gambling and anxiety of everyday life.

Key words: Psychosomatic disorders, ancient Greek medicine, Galen, Corpus Hippocraticum.

Βιβλιογραφία

1. Pigeaud J. Folie et cures de la folie chez les medecins de l'antiquite greco-romaine. *La manie*. Les belles lettres, Paris, 2010
2. Flashar H. *Melancholie und melancholiker in der medizinischen theorien in der antike*. Gruyter, Berlin, 1966
3. McDonald G. *Concepts and Treatments of Phrenitis in Ancient Medicine*. Ph.D. Thesis. Newcastle University, 2009
4. Laios K. *Mental Diseases according to ancient Greek Physician*. Post-Doc Study. Medical School. National and Kapodistrian University of Athens, 2013

5. Simon B. *Mind and Madness in Ancient Greece. The Classical Roots of Modern Psychiatry*. Cornell University Press, Ithaca NY, 1978
6. Laios K, Giatsiou St, Tsoucalas Gr, Makaritsis K, Daios G, Sgantzios M. Apoplexy inside Hippocratic Collection. *Iatriki* 2015, 104:288–292
7. Temkin O. The Falling Sickness. *History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, London, 1994
8. Schöner E. *Das viererschema in der antiken humoralpathologie*. Steiner, Wiesbaden, 1964
9. Pioreschi P. A History of Medicine. Greek Medicine. II. Horatius Press, Omaha, 1994
10. Leven KH. *Antike Medizin: Ein Lexikon*. C.H. Beck, München, 2005
11. Tecusan M. *The Fragments of the Methodists: Methodism Outside Soranus*. Brill, Leiden, Boston, 2004
12. Nutton V. *Ancient Medicine*. Routledge, London, New York, 2004
13. Pigeaud J. *La maladie de l'ame. Etude sur la relation de l'ame et du corps dans la tradition medico-philosophique antique*. Les belles lettres, Paris, 2006
14. Chaignet A (ed) *Histoire de la psychologie des Grecs, I–V*. Paris, 1966re
15. Littré I (ed) *De humoribus. Oeuvres complètes d'Hippocrate*, vol. 5. Baillière, Paris, 1846
16. Kühn CG (ed) *Ars medica. Claudii Galeni opera omnia*, vol. 1. Knobloch, Leipzig, 1821
17. Kóhn CG (ed) *De methodo medendi libri xiv. Claudii Galeni opera omnia*. vol. 10. Knobloch, Leipzig, 1825
18. Koch C (ed) *De sanitate tuenda libri vi*. Leipzig, Teubner, 1923
19. Kühn CG (ed) *De symptomatum causis libri iii. Claudii Galeni opera omnia*. vol. 7. Knobloch, Leipzig, 1824
20. Alexanderson B (ed) *De crisibus libri iii. Galenos*. Studia Graeca et Latina Gothoburgensia 23. Elanders, Göteborg, 1967
21. Kühn CG (ed) *De pulsibus libellus ad tirones. Claudii Galeni opera omnia*. vol. 8. Knobloch, Leipzig, 1824
22. Kühn CG (ed) *De tremore, palpitatione, convulsione et rigore liber. Claudii Galeni opera omnia*. vol. 7. Knobloch, Leipzig, 1824
23. Kóhn CG (ed) *De humero iis modis prolapso quos Hippocrates non vidit. Claudii Galeni opera omnia*. vol. 18.1. Knobloch, Leipzig, 1829
24. Kóhn CG (ed) *De locis affectis libri vi. Claudii Galeni opera omnia*. vol. 8. Knobloch, Leipzig, 1824
25. Drabkin IE (ed and Trans.) *Caelius Aurelianus. On Acute Diseases and On Chronic Diseases*. University of Chicago Press, Chicago, 1950
26. Hude K (ed) *Aretaeus. Corpus medicorum Graecorum*, vol. 2. Akademie-Verlag, Berlin, 1958

Αλληλογραφία: Κ. Λάιος, MD, PhD, Αθηνόδωρου 1, 118 53 Κάτω Πετράλωνα, Αθήνα, Αττική, e-mail: konstlaios@gmail.com

Ερευνητική εργασία Research article

Κρατούμενοι Ελληνικών φυλακών: Συσχέτιση δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών δεδομένων με τα διαπραχθέντα εγκλήματα

Α. Αποστολόπουλος,¹ Ι. Μιχόπουλος,¹ Ε. Ρίζος,¹ Β. Μάνθου,³
Γ. Τζεφεράκος,¹ Γ. Καλέμη,¹ Χ. Παπαγεωργίου,² Α. Δουζένης¹

¹Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»,
²Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο,
³Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), Αθήνα

Ψυχιατρική 2018, 29:137–148

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει σύνδεση αρκετών ψυχοκοινωνικών στοιχείων και γεγονότων ζωής γενικότερα, με την παραβατικότητα. Το φύλο, η χρήση κάνναβης και ναρκωτικών αποτελούν σταθερό παράγοντα σύνδεσης με την παραβατικότητα. Ομοίως η βιαιοπραγία δείχνει να είναι πιθανότερη στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και σε άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση. Τα δεδομένα στον ελλαδικό χώρο για τη σύνδεση αυτών των παραγόντων με το βίαιο ή μη έγκλημα, ειδικά σε παραβατικούς πληθυσμούς, είναι περιορισμένα. Η παρούσα μελέτη, αποτελεί προσπάθεια καταγραφής δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών δεδομένων και συσχέτισης αυτών, με το βίαιο ή μη έγκλημα, σε κρατούμενους δύο Ελληνικών φυλακών. Το σύνολο των εξετασθέντων περιλαμβάνει 308 άρρενες κρατούμενους σε σύνολο 1300 κρατουμένων, ηλικίας από 18 ως 77 ετών. Η έρευνα διεξήχθη από τον Ιανουάριο του 2012 ως τον Αύγουστο του 2013 στο κατάστημα κράτησης Κορυδαλλού και στο κατάστημα κράτησης Δομοκού. Συμπερασματικά προκύπτει πως υπερτερούν ποσοτικά τα μη βίαια εγκλήματα (69,1%), ενώ για τους κρατούμενους προκύπτει πως κατά μέσον όρο είναι κάτοικοι αστικών περιοχών (67,2%), μικρής ηλικίας, δεν είναι έγγαμοι (69,1%) και συνάπτουν μικρής διάρκειας σχέσεις (53,8%). Έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις, δεν ζουν μόνοι και εργάζονταν το τελευταίο εξάμηνο πριν τη φυλάκιση σε εργασία χειρωνακτική. Είναι χαμηλής βαθμίδας εκπαίδευσης (52,5%), με κακές σχολικές επιδόσεις, διαπληκτίζονταν με τους συμμαθητές τους, παρουσίαζαν σε υψηλά ποσοστά, ιστορικό πυρομανίας (66,2%) και κακοποίησης ζώων (65,2%). Αναφέρουν καλές σχέσεις με τους γονείς, ωστόσο, έχουν βιώσει βία στη γονεϊκή σχέση (49,3%), καθώς και κάποιου είδους βία κυρίως από τον πατέρα (83,7%) αλλά και από τη μητέρα τους (57,1%). Δεν συμμετέχουν σε συμμορίες απαραίτητα,

έχουν όμως ιστορικό χρήσης αλκοόλ (88,3%), κάνναβης και ναρκωτικών ουσιών. Ιστορικό χρήσης κάνναβης ανέφεραν 208 κρατούμενοι (67,5%). Από αυτούς οι 133 (63,9%) άρχισαν τη χρήση σε ηλικία 10–15 ετών. Ιστορικό χρήσης ναρκωτικών ανέφεραν οι 179 κρατούμενοι (58,5%), όπου οι μισοί περίπου εξ αυτών (50,3%) ανέφεραν συνδυασμό ναρκωτικών ουσιών. Για το 40,8% (n=73) η έναρξη της χρήσης ναρκωτικών τοποθετείται σε ηλικία 10–15 ετών, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (46,4%) των κρατουμένων, αναφέρει ως ηλικία έναρξης τα 16–20 έτη. Τα ανωτέρω χαρακτηριστικά, αν και διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό στους πληθυσμούς των κρατουμένων σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, δεν φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με το βίαιο ή μη έγκλημα. Στους κρατούμενους με ιστορικό χρήσης ναρκωτικών ουσιών καθώς και σε αυτούς που είχαν απαλλαγεί από τα στρατιωτικά τους καθήκοντα, παρατηρήθηκε κατά 65% και 49% μικρότερη πιθανότητα αντίστοιχα να έχουν διαπράξει βίαιο έγκλημα.

Λέξεις ευρετηρίου: Κρατούμενοι, δημογραφικά στοιχεία, ψυχοκοινωνικά δεδομένα, έγκλημα.

Εισαγωγή

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των κρατουμένων έχουν αποτελέσει αντικείμενο έρευνας προκειμένου να συσχετιστούν με την παραβατική συμπεριφορά και την πρόληψη της επικινδυνότητας. Το φύλο συνδέεται σταθερά με την παραβατικότητα. Στον γενικό πληθυσμό οι άνδρες είναι περισσότερο πιθανό να εκδηλώσουν επιθετική συμπεριφορά. Οι επιθετικές συμπεριφορές στον γενικό πληθυσμό κορυφώνονται στην όψιμη εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή.¹ Η βιαιοπραγία φαίνεται να είναι πιθανότερη στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, σε ανέργους, σε άστεγους και σε άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση.^{2–4}

Ένα άτομο έχει αυξημένες πιθανότητες επιθετικότητας εάν έχει ιστορικό συλλήψεων για βίαιη συμπεριφορά, ιστορικό ψυχιατρικής νοσηλείας πριν από την ηλικία των 18 ετών καθώς και αν υπάρχει ιστορικό εμπρησμών και κακοποίησης ζώων.¹

Η χρήση κάνναβης και ναρκωτικών συνδέεται με την εκδήλωση ένοπλης βίας, παρορμητικών-απερίσκεπτων πράξεων και βίαιων εγκλημάτων.⁵ Ένα από τα πλέον ισχυρά ευρήματα στη βιβλιογραφία είναι ότι η χρήση ουσιών αυξάνει την πιθανότητα για επιθετική συμπεριφορά.^{6–11} Μεγάλη επιδημιολογική έρευνα έδειξε ότι το 25% αυτών που πληρούσαν τα κριτήρια για εξάρτηση ή κατάχρηση από αλκοόλ και το 35% αυτών που πληρούσαν τα κριτήρια εξάρτησης ή κατάχρησης απαγορευμένων ουσιών, ήταν βίαιοι κατά το προηγούμενο έτος.¹ Επιπλέον σε άλλη μελέτη η χρήση ουσιών συνδέεται και με την ποινική υποτροπή.¹² Η χρήση ουσιών συνδέεται επίσης με την παρορμητική σεξουαλική συμπεριφορά. Επίσης

και οι δύο παράγοντες σχετίζονται περαιτέρω με την παραβατικότητα.^{13–14}

Η ιδρυματοποίηση, η κακοποίηση και τα προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, καθώς και παράγοντες κινδύνου στην οικογένεια, όπως γονεϊκές συγκρούσεις, απουσία πατρικής φιγούρας, χρήση ουσιών στην οικογένεια και φυλάκιση γονέα,^{15–19} αυξάνουν την πιθανότητα για βία στην ενήλικη ζωή. Η παραβατικότητα στην παιδική ηλικία και οι από κοινού παραβατικές πράξεις με συνομηλίκους, συνδέονται με αύξηση της βαρύτητας των παραβάσεων και παγίωση της παραβατικής δράσης. Έχει βρεθεί ότι τα κακοποιημένα αγόρια τείνουν να γίνονται συχνότερα επιθετικά, αντίθετα τα κακοποιημένα κορίτσια τείνουν να επαναλαμβάνουν τη θυματοποίηση στις σχέσεις τους ως ενήλικοι.²⁰ Η σοβαρότητα της παιδικής κακοποίησης και συναισθηματικής παραμέλησης, επιφέρουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και περαιτέρω εμφάνιση δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας.²¹

Πρόσθετες αναλύσεις σε εφήβους αποκάλυψαν ότι δύο παράμετροι: (α) η αντίληψη των γεγονότων της ζωής τους και (β) η έκθεση σε παραβατικές συμπεριφορές με τους συνομηλίκους, είχαν σχέση με την προσωπική τους θυματοποίηση.²² Οι έφηβοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι ευάλωτοι σε επιρροές από συμμαθητές τους με ψυχοπαθητικά χαρακτηριστικά, συγκεκριμένα, απάθεια-συναισθηματική ψυχρότητα (callous-unemotional traits) και αίσθημα μεγαλειότητας χειραγώγησης (grandiose-manipulative traits).^{23,24} Η εκδήλωση αυτών των χαρακτηριστικών σχετίζεται με την παιδική κακοποίηση και αποτελούν σημαντικό κίνδυνο για την ανάπτυξη και περαιτέρω εκδήλωση συμπεριφορών υψηλού κινδύνου, όπως η

συμμετοχή σε βία (συμπλοκές), το σεξ με αγνώστους και η ευκαιριακή χωρίς μέτρο κατανάλωση αλκοόλ.²⁵

Η παιδική κακοποίηση σχετίζεται επίσης, με την επιθετικότητα, τη χρήση παράνομων ουσιών, το κάπνισμα, την παρορμητικότητα και την κατάχρηση αλκοόλ.²⁶ Σε έρευνα μελέτης διαγενεακού ιστορικού αντικοινωνικής συμπεριφοράς,²⁷ προέκυψαν τρεις μορφές αντικοινωνικού οικογενειακού δένδρου: Η πρώτη αφορά σε ελάχιστο οικογενειακό ιστορικό προβληματικών συμπεριφορών (70,3% του δείγματος), η οποία χαρακτηρίζεται από υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και προβλήματα συμπεριφοράς γονέων και απογόνων. Η δεύτερη (9,4% του δείγματος) χαρακτηρίζεται από εγκληματικές συμπεριφορές, ψυχοπαθολογία, διαταραχές χρήσης ουσιών και διαγενεακό ιστορικό προβληματικών συμπεριφορών και η τρίτη (20,3% του δείγματος), χαρακτηρίζεται από αλκοολισμό, ψυχοπαθολογία και πληθώρα ποινικών υποτροπών.

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει σύνδεση αρκετών γεγονότων ζωής με την παραβατικότητα, ωστόσο δεδομένα που να αφορούν στη σύνδεση αυτών των γεγονότων με το είδος του εγκλήματος σε «ποινικούς» πληθυσμούς, δεν φαίνεται να επαρκούν. Στη συγκεκριμένη μελέτη επιχειρήθηκε η καταγραφή δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών δεδομένων με σκοπό τον έλεγχο της συσχέτισης αυτών των παραγόντων με το βίαιο έναντι του μη βίαιου εγκλήματος σε πληθυσμό ανδρών κρατούμενων σε Ελληνικές φυλακές. Η διερεύνηση περαιτέρω παραγόντων-γεγονότων ζωής που οδηγούν σε εγκληματική δράση, έχει ως απώτερο στόχο τόσο την πρόληψη της παραβατικής συμπεριφοράς, όσο και την πρόληψη της ποινικής υποτροπής.

Υψικό και μέθοδος

Πρόκειται για μια έρευνα η οποία διεξήχθη σε δύο Ελληνικά καταστήματα κράτησης. Συγκεκριμένα, σε δύο τμήματα (πτέρυγες) του σωφρονιστικού καταστήματος Κορυδαλλού και στο σωφρονιστικό κατάστημα Δομοκού, από τον Ιανουάριο του 2012 έως τον Αύγουστο του 2013. Το σύνολο των εξετασθέντων περιλαμβάνει 308 άρρενες κρατούμενους σε σύνολο 1300 κρατούμενων, ηλικίας από 18 ως 77 ετών. Η παρούσα μελέτη έλαβε χώρα στα πλαίσια μνημονίου συνεργασίας της Β' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής κλινικής ΕΚΠΑ με το Υπουργείο Δικαιοσύνης, τη-

ρώντας τους ισχύοντες κανόνες ιατρικής δεοντολογίας. Το πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του ΠΓΝ «Αττικόν». Η αξιολόγηση γινόταν σε προκαθορισμένες ημερομηνίες κατά το προαναφερθέν διάστημα και στα δύο καταστήματα κράτησης. Επιλέχθηκαν κρατούμενοι Έλληνες αλλά και αλλοδαποί οι οποίοι είτε είχαν Ελληνική υπηκοότητα είτε μπορούσαν να αντιληφθούν και να εκφραστούν στην Ελληνική γλώσσα επαρκώς. Οι κρατούμενοι εξετάστηκαν με τυχαία σειρά (κάθε δεύτερο όνομα) ανά πτέρυγα, από το μητρώο του σωφρονιστικού καταστήματος. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και έδωσαν τη συναίνεσή τους. Αν κάποιος εξεταζόμενος δεν ήθελε να συμμετάσχει στην έρευνα ή δεν μπορούσε να κατανοήσει επαρκώς την Ελληνική γλώσσα, γινόταν εκ νέου επιλογή από τους εναπομείναντες (ανά δεύτερο όνομα). Αρνήθηκαν να συμμετάσχουν 57 άτομα, ενώ αποκλείστηκαν λόγω μη επαρκούς κατανόησης της Ελληνικής γλώσσας 88 άτομα. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε κατά τη διάρκεια συνέντευξης σε έντυπο που περιελάμβανε τα εξής στοιχεία: ηλικία και εθνικότητα του κρατούμενου, σχέσεις του γονεϊκού ζεύγους και σχέσεις του εξεταζόμενου με τα γονεϊκά αντικείμενα, σχέσεις με τους συμμαθητές και επίπεδο εκπαίδευσης. Επίσης καταγράφηκε το ιστορικό ύπαρξης συγκεκριμένων ψυχοτραυματικών γεγονότων, η χρήση ουσιών (κάπνου, αλκοόλ, κάνναβης και ναρκωτικών), φαινόμενα πυρομανίας και κακοποίησης ζώων στην εφηβική ηλικία (κατ' αναφορά), η συμμετοχή σε συμμορία ή ως οργανωμένος οπαδός ομάδας, η παρούσα οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών και η σχέση με τη σύζυγο. Ελέγχθηκαν ακόμη, οι συνθήκες διαμονής πριν την παρούσα φυλάκιση και η εκπλήρωση ή μη της στρατιωτικής θητείας.

Αναφορικά με τη φυλάκιση, μετά από έλεγχο στο αρχείο των φυλακών εξετάστηκε ο αριθμός των φυλακίσεων και τα είδη των αδικημάτων για την παρούσα φυλάκιση. Τα είδη των αδικημάτων που αφορούσαν στην παρούσα φυλάκιση, χωρίστηκαν σε βίαια και μη βίαια και κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με τον Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.²⁸ Στα βίαια εγκλήματα συμπεριλήφθηκαν τα εξής: (1) Εγκλήματα κατά της ζωής, (2) Σωματικές βλάβες, (3) Εγκλήματα κατά της προσωπικής ελευθερίας, (4) Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας και

(5) Κοινώς επικίνδυνα εγκλήματα. Στα μη βίαια εγκλήματα συμπεριλήφθηκαν τα εξής: (1) Εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας, (2) Χρέη προς το δημόσιο, (3) Εγκλήματα Ν. Περί Ναρκωτικών (Ν. 4139/2013), (4) Εγκλήματα κατά των περιουσιακών δικαιωμάτων, (5) Εγκλήματα κατά της τιμής, (6) Εγκλήματα σχετικά με τον γάμο, (7) Εγκλήματα σχετικά με την υπηρεσία, (8) Εγκλήματα σχετικά με το νόμισμα, (9) Εγκλήματα σχετικά με τα υπομνήματα, (10) Εγκλήματα σχετικά με την απονομή της δικαιοσύνης, (11) Επιβουλή της δημόσιας τάξης και (12) Επαιτεία-Αλητεία. Όσοι κρατούμενοι φυλακίστηκαν για περισσότερα του ενός εγκλήματα, βίαια και μη βίαια, συμπεριλήφθηκαν στην κατηγορία των βίαιων εγκληματιών.

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (standard deviation, SD), οι διάμεσοι (median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με το είδος

του εγκλήματος, έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

Αποτελέσματα

Στα υπό μελέτη χαρακτηριστικά δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ των κρατούμενων του καταστήματος κράτησης Κορυδαλλού και του καταστήματος κράτησης Δομοκού. Όλοι οι κρατούμενοι εξετάστηκαν ως ενιαίο σύνολο. Το 51,3% των συμμετεχόντων είχε φυλακιστεί μία φορά, το 36,7% δύο έως πέντε φορές και το 12,0% πάνω από πέντε φορές. Το 87,7% των συμμετεχόντων ήταν Έλληνες, το 52,6% είχε βασική εκπαίδευση και το 40,6% μέση εκπαίδευση. Το 52,3% των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι και το 39,9% των συμμετεχόντων είχαν παιδιά. Από τη συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων των κρατούμενων με το είδος του εγκλήματος (βίαιο-μη βίαιο) δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (πίνακας 1). Όσον αφορά στα στοιχεία των σχέσεων στη γονεϊκή οικογένεια των κρατούμενων, όταν συγκρίθηκαν με το είδος του εγκλήματος δεν εμφάνισαν στατιστικά

Πίνακας 1. Το είδος εγκλήματος των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

	Κατηγορίες εγκλημάτων				p Pearson's χ^2 test	
	Μη βίαια		Βίαια/ Και τα δύο			
	n	(%)	n	(%)		
Ηλικία (ΜΟ, ΤΑ)	37,9 (10,9)		39,2 (10,6)		0,339*	
Εθνικότητα	Έλληνας	190	70,4	80	29,6	0,219
	Αλλοδαπός	23	60,5	15	39,5	
Εκπαίδευση	Βασική	112	69,1	50	30,9	0,994
	Μέση/Ανώτερη (ΤΕΙ)/ Ανώτατη (ΑΕΙ)	101	69,2	45	30,8	
Έγγαμοι	Όχι	141	66,2	72	33,8	0,077
	Ναι	71	76,3	22	23,7	
Τέκνα	Ναι	85	69,1	38	30,9	0,988
	Όχι	128	69,2	57	30,8	

*Student's t-test

Πίνακας 2. Το είδος εγκλήματος των συμμετεχόντων ανάλογα με στοιχεία που αφορούν στην οικογένειά τους.

		Κατηγορίες εγκλημάτων				p Pearson's χ^2 test
		Μη βίαια		Βίαια/ Και τα δύο		
		n	(%)	n	(%)	
Σχέσεις γονεϊκού ζεύγους	Καλές	126	67,4	61	32,6	0,112
	Κακές	46	75,4	15	24,6	
	Αδιάφορες	23	59,0	16	41,0	
	Διαζύγιο/Διάσταση	18	85,7	3	14,3	
Βία στο γονεϊκό ζεύγος	Όχι	109	69,9	47	30,1	0,783
	Ναι	104	68,4	48	31,6	
Σχέση με τον πατέρα	Καλή	133	69,3	59	30,7	0,360
	Κακή	47	74,6	16	25,4	
	Αδιάφορη	33	62,3	20	37,7	
Βία από τον πατέρα	Όχι	31	67,4	15	32,6	0,788
	Ναι	179	69,4	79	30,6	
Σχέση με τη μητέρα	Καλή	169	69,0	76	31,0	0,115
	Κακή	13	92,9	1	7,1	
	Αδιάφορη	30	63,8	17	36,2	
Βία από τη μητέρα	Όχι	85	68,0	40	32,0	0,727
	Ναι	123	69,9	53	30,1	

σημαντικές συσχετίσεις (πίνακας 2). Η συσχέτιση επίσης των στοιχείων από τη σχολική ζωή των κρατούμενων με το είδος του εγκλήματος δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (πίνακας 3).

Ιστορικό χρήσης ναρκωτικών ανέφεραν οι 179 κρατούμενοι (58,5%). Οι μισοί περίπου εξ αυτών (50,3%) ανέφεραν συνδυασμό ναρκωτικών ουσιών, οι 43 (24,3%) ανέφεραν αποκλειστική χρήση ηρωίνης, οι 38 (21,5%) αποκλειστική χρήση κοκαΐνης και οι 7 (4,0%) αποκλειστική χρήση χαπιών (βενζοδιαζεπίνες). Από τον έλεγχο του ιστορικού χρήσης ουσιών προέκυψε αρνητική συσχέτιση της χρήσης κάνναβης και της χρήσης ναρκωτικών με το βίαιο έγκλημα, ενώ η χρήση καπνού και αλκοόλ δεν συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το είδος του εγκλήματος (πίνακας 4).

Υψηλά τα ποσοστά αντικοινωνικών συμπεριφορών που καταγράφηκαν στον υπό μελέτη πληθυσμό. Χωρίς ωστόσο από τη συσχέτιση αυτών των στοιχείων με το είδος του εγκλήματος να προκύψουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (πίνακας 5). Όσον αφορά

στις συνθήκες διαμονής, τον παράγοντα εργασία και την απαλλαγή από τη στρατιωτική θητεία, προέκυψε θετική συσχέτιση της απαλλαγής από τα στρατιωτικά καθήκοντα με το μη βίαιο έγκλημα (πίνακας 6).

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη διάπραξη βίαιων/μη βίαιων εγκλημάτων, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων, με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise), προέκυψε πως οι συμμετέχοντες που έκαναν χρήση ναρκωτικών και οι συμμετέχοντες που είχαν απαλλαγεί από τα στρατιωτικά τους καθήκοντα, παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις με το μη βίαιο έγκλημα, ($p=0,001$) και ($p=0,029$) αντίστοιχα (πίνακας 7).

Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα συγκρίθηκαν δύο πληθυσμοί κρατούμενων. Τα ευρήματα αναδεικνύουν μικρές διαφορές μεταξύ των ατόμων που καταδικά-

Πίνακας 3. Το είδος εγκλήματος των συμμετεχόντων ανάλογα με στοιχεία που αφορούν στη σχολική τους ζωή.

		Κατηγορίες εγκλημάτων				p Pearson's χ^2 test
		Μη βίαια		Βίαια/Και τα δύο		
		n	(%)	n	(%)	
Σχολικές επιδόσεις	Καλές/Μέτριες	90	69,2	40	30,8	0,981
	Κακές	123	69,1	55	30,9	
Σχέσεις με τους συμμαθητές	Καλές	69	68,3	32	31,7	0,358
	Κακές	33	78,6	9	21,4	
	Διαπληκτισμοί	111	67,3	54	32,7	
Σχολική κακοποίηση	Όχι	159	69,1	71	30,9	0,987
	Ναι	54	69,2	24	30,8	
Κακοποιητής ο ίδιος	Όχι	121	67,6	58	32,4	0,486
	Ναι	92	71,3	37	28,7	

Πίνακας 4. Το είδος του εγκλήματος, ανάλογα με το ιστορικό χρήσης ουσιών.

		Κατηγορίες εγκλημάτων				p Pearson's χ^2 test
		Μη βίαια		Βίαια/ Και τα δύο		
		n	(%)	n	(%)	
Χρήση καπνού	Όχι	10	76,9	3	23,1	0,761
	Ναι	203	68,8	92	31,2	
Χρήση αλκοόλ	Όχι	26	72,2	10	27,8	0,672
	Ναι	187	68,8	85	31,3	
Χρήση κάνναβης	Όχι	58	58,0	42	42,0	0,003
	Ναι	155	74,5	53	25,5	
Χρήση ναρκωτικών	Όχι	71	55,9	56	44,1	<0,001
	Ναι	141	78,8	38	21,2	

στηκαν για βίαια εγκλήματα και αυτών που δεν διέπραξαν βίαιο έγκλημα. Πρέπει να τονισθεί ότι δεν υπήρξε σύγκριση με δείγμα με παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά, αλλά χωρίς ποινικό ιστορικό. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας σκιαγραφούν έναν εξαιρετικά επιβαρυσμένο κοινωνικά πληθυσμό και υπογραμμίζουν τη σημασία των κακών οικογενειακών σχέσεων και της πρώιμης έναρξης κατάχρησης ουσιών στον τομέα της εγκληματικότητας.

Στο δείγμα πληθυσμού της παρούσας έρευνας η μέση τιμή της ηλικίας όσων διέπραξαν μη βίαια εγκλήματα ήταν 37,9 έτη, ενώ για όσους διέπραξαν βίαια εγκλήματα ήταν περίπου ενάμισι έτος μεγαλύτερη (39,2 έτη). Δεν προέκυψε σημαντική συσχέτιση της πλειοψηφίας των δημογραφικών στοιχείων και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που εξετάστηκαν, με το βίαιο ή μη βίαιο έγκλημα.

Δεν προέκυψε στην παρούσα έρευνα σημαντική συσχέτιση της εθνικότητας ή της ηλικίας με κάποια

Πίνακας 5. Το είδος του εγκλήματος σε σχέση με παραβατικές-αντικοινωνικές συμπεριφορές.

		Κατηγορίες εγκλημάτων				p Pearson's χ ² test
		Μη βίαια		Βίαια/ Και τα δύο		
		n	(%)	n	(%)	
Πυρομανία στην παιδική-εφηβική ηλικία	Όχι	72	69,2	32	30,8	0,984
	Ναι	141	69,1	63	30,9	
Οργανωμένος οπαδός	Όχι	180	69,2	80	30,8	0,947
	Ναι	33	68,8	15	31,3	
Συμμετοχή σε συμμορία	Όχι	105	66,9	52	33,1	0,378
	Ναι	108	71,5	43	28,5	
Κακοποίηση ζώων	Όχι	80	74,8	27	25,2	0,120
	Ναι	133	66,2	68	33,8	
Ψυχοτραυματικό γεγονός	Όχι	124	68,5	57	31,5	0,804
	Ναι	88	69,8	38	30,2	
Μικρή διάρκεια σχέσεων	Όχι	94	66,2	48	33,8	0,298
	Ναι	119	71,7	47	28,3	
Ύπαρξη τατουάζ	Όχι	77	65,3	41	34,7	0,243
	Ναι	136	71,6	54	28,4	

κατηγορία εγκλημάτων κάτι που αποτυπώνεται και στη μελέτη Freudenberg et al.² Υπερτερούν και στην παρούσα έρευνα τα μη βίαια εγκλήματα όπως και στη μελέτη των Içli et al.³

Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται στη μελέτη των Içli et al³ κυρίως με τις κλοπές, ενώ σύμφωνα με τους Δουζένη & Λύκουρα¹ και τους Greenberg & Rosenheck⁴ συνδέεται με τα βίαια αλλά και τα μη βίαια εγκλήματα. Στην παρούσα έρευνα δεν προκύπτει ότι ο μη έγγαμος βίος σχετίζεται ειδικά με κάποια από τις δύο κατηγορίες εγκλημάτων, όπως αναφέρεται στη μελέτη του Marcus²⁰ και σύμφωνα επίσης με τους Δουζένη & Λύκουρα,¹ όπου σχετίζεται με τη βία και το βίαιο έγκλημα, αντίστοιχα. Ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η συσχέτιση του γάμου με την ηλικία τέλεσης του πρώτου αδικήματος και την ποινική υποτροπή, καθώς σύμφωνα με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας ο γάμος αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα ποινικής υποτροπής.²⁹

Το 31,9% των συμμετεχόντων διέμεναν με την οικογένειά τους πριν τη φυλάκιση και το 25,4% διέμεναν μόνοι τους. Για τα μη βίαια εγκλήματα, η πλειο-

νότητα των κρατουμένων διέμενε με την οικογένεια ή τη γονεϊκή τους οικογένεια αντίστοιχα, ενώ για τα βίαια εγκλήματα οι περισσότεροι κρατούμενοι διέμεναν μόνοι ή με κάποιον σύντροφο. Περιγράφεται η τάση σε κρατούμενους που διέπραξαν βίαια εγκλήματα, να διαμένουν μόνοι ή με έναν μη σταθερό σύντροφο, αναδεικνύοντας ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις, γεγονός που υποστηρίζεται και στη μελέτη του Marcus.²⁰

Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά στη σχέση αυτών των παραγόντων με την κατηγοριοποίηση των εγκλημάτων, πλην της εκπλήρωσης των στρατιωτικών υποχρεώσεων. Οι συμμετέχοντες που είχαν απαλλαγεί από τα στρατιωτικά τους καθήκοντα, είχαν κατά 49% μικρότερη πιθανότητα να έχουν διαπράξει βίαιο έγκλημα σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις. Δεδομένο που δεν αναφέρεται τουλάχιστον στην Ελληνική βιβλιογραφία, για να συγκριθεί με την παρούσα μελέτη. Φαίνεται πως οι λόγοι απαλλαγής επηρεάζουν τη ροπή προς τη βίαιη εγκληματικότητα. Η χρήση ουσιών συχνά

Πίνακας 6. Είδος εγκλήματος των συμμετεχόντων ανάλογα με στοιχεία που αφορούν στη ζωή τους πριν τη φυλάκιση και την εκπλήρωση της στρατιωτικής τους θητείας.

		Κατηγορίες εγκλημάτων				p Pearson's χ ² test
		Μη βίαια		Βίαια/Και τα δύο		
		n	(%)	n	(%)	
Συνθήκες διαμονής πριν τη φυλάκιση	Μόνος	47	60,3	31	39,7	0,120
	Οικογένεια	74	75,5	24	24,5	
	Γονεϊκή Οικογένεια	43	66,2	22	33,8	
	Άλλο	49	74,2	17	25,8	
Τόπος διαμονής πριν τη φυλάκιση	Αστική	146	70,5	61	29,5	0,454
	Ημι-αστική/Αγροτική	67	66,3	34	33,7	
Επάγγελμα πριν τη φυλάκιση	Ναι	190	67,9	90	32,1	0,119
	Όχι	23	82,1	5	17,9	
Αριθμός επαγγελμάτων	Ένα	128	67,7	61	32,3	0,946
	Από δύο και πάνω	62	68,1	29	31,9	
Είδος εργασίας πριν τη φυλάκιση	Πνευματική	12	75,0	4	25,0	0,529
	Χειρονακτική	178	67,4	86	32,6	
Συνεχής εργασία άνω των 6 μηνών	Ναι	149	67,1	73	32,9	0,604
	Όχι	41	70,7	17	29,3	
Στρατιωτική θητεία	Εκπλήρωση	126	62,7	75	37,3	0,001
	Απαλλαγή	87	81,3	20	18,7	

Πίνακας 7. Πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση, με εξαρτημένη μεταβλητή το είδος του εγκλήματος των συμμετεχόντων και ανεξάρτητες, το ιστορικό χρήσης ουσιών και τη στρατιωτική θητεία.

		OR (95% ΔΕ)*	p
Χρήση ναρκωτικών	Όχι	1,00	0,001
	Ναι	0,35 (0,20–0,64)	
Στρατιωτική θητεία	Εκπλήρωση	1,00	0,029
	Απαλλαγή	0,51 (0,28–0,93)	

*Σχετικός λόγος (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης)

καθίσταται λόγος απαλλαγής από τις συγκεκριμένες υποχρεώσεις, ειδικά εάν συνδυάζεται με ψυχιατρική διαταραχή, όπως άλλωστε και η παρουσία μείζονος ψυχοπαθολογίας, κυρίως ψυχώσεων-σχιζοφρένειας. Επιπλέον θα μπορούσε η συγκεκριμένη μεταβλητή να θεωρηθεί ως δείκτης μη βίαιης παραβατικότητας από τους σοβαρά ψυχικά ασθενείς, επιβεβαιώνοντας την άποψη πως το βίαιο έγκλημα εκδηλώνεται από μη σοβαρά ψυχικά πάσχοντες στην πλειοψηφία των περιπτώσεων.¹

Στην Ελλάδα τα ποσοστά γονεϊκής κακοποίησης, παραμέλησης και κακών οικογενειακών σχέσεων είναι αρκετά υψηλά. Η εκτίμηση της συχνότητας της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στον γενικό πληθυσμό μπορεί να προσεγγιστεί με βάση τη συχνότητα του 1–2% και προβολή στον ετήσιο αριθμό γεννήσεων των 100.000 περίπου παιδιών. Έτσι αναμένονται 1.000–2.000 νέες περιπτώσεις κατ' έτος, για κάθε έτος ηλικίας, με μεγαλύτερη συχνότητα στις μικρές ηλικίες.³⁰ Στον πληθυσμό της συγκεκριμένης

μελέτης προέκυψε πως μόνο το 60,7% των συμμετεχόντων είχε γονείς που είχαν καλές σχέσεις μεταξύ τους. Οι μισοί από τους συμμετέχοντες, είχαν βιώσει βία μεταξύ των γονιών τους. Σύμφωνα με τα αναφερόμενα, το 84,9% των κρατουμένων είχαν δεχτεί κάποιου είδους βία από τον πατέρα τους, ενώ το 58,5% είχαν δεχτεί κάποιου είδους βία από τη μητέρα τους. Φαίνεται πως στον πληθυσμό των κρατουμένων είναι υψηλά τα ποσοστά γονεϊκής βίας ή βίας μεταξύ του γονεϊκού ζεύγους, γεγονός που προκύπτει γενικότερα από τα βιβλιογραφικά δεδομένα, χωρίς αυτά τα στοιχεία να συσχετίζονται ειδικά με κάποια κατηγορία εγκλημάτων.^{15-19,21,22}

Οι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες είχαν κακές σχολικές επιδόσεις και διαπληκτισμούς με τους συμμαθητές τους, ενώ στο 25,3% είχαν υποστεί σχολική κακοποίηση. Το 41,9% των συμμετεχόντων ήταν οι ίδιοι κακοποιητές. Δεδομένου ότι τα ευρήματα αυτά περιγράφουν σαφείς ενδείξεις από μικρή ηλικία αντικοινωνικής και επιθετικής συμπεριφοράς, συνιστούν δεδομένα που πρέπει να προβληματίσουν ιδιαίτερα.^{2,15,16,18,19}

Το 53,9% των συμμετεχόντων είχαν σχέσεις μικρής διάρκειας παραπέμποντας σε διαπροσωπικές δυσκολίες. Οι κρατούμενοι ανέφεραν κάποιο ψυχοτραυματικό γεγονός στη ζωή τους, σε ποσοστό 41,0%. Σχεδόν οι μισοί ανέφεραν συμμετοχή σε συμμορία (49,0%). Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν οργανωμένοι οπαδοί ομάδας (15,6%) και είχαν σε μεγάλο ποσοστό τατουάζ (61,7%). Ενδιαφέροντα είναι τα υψηλά ποσοστά των κρατουμένων που παρουσίαζαν συμπεριφορές πυρομανίας (66,2%) και περιγράφουν τον εαυτό τους ως «κακοποιητή» ζώων (65,3%). Τα παραπάνω δεδομένα είναι εξαιρετικά υψηλά και στην παρούσα έρευνα (κακές σχολικές επιδόσεις, κακές σχέσεις με τους συμμαθητές, σύναψη μικρής διάρκειας σχέσεων, ύπαρξη τατουάζ και συμμετοχή σε συμμορίες ανηλίκων), επιβεβαιώνοντας τα βιβλιογραφικά δεδομένα, που συσχετίζουν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως και τις αντικοινωνικές συμπεριφορές (πυρομανία και κακοποίηση ζώων), με την παραβατικότητα πληθυσμών κρατουμένων και τις διαταραχές προσωπικότητας κυρίως της Ομάδας Β του διαγνωστικού συστήματος DSM.^{1,2,13,14,20,31-33}

Σχεδόν όλοι οι κρατούμενοι έκαναν χρήση καπνού και αλκοόλ. Εντυπωσιάζει η πρώιμη έναρξη (στην προεφηβική ηλικία) τόσο για το αλκοόλ όσο και για την κάνναβη. Σχεδόν οι μισοί από τους χρήστες άρχισαν τη χρήση πριν από την ηλικία των 15 ετών, έκαναν χρήση συνδυασμού ουσιών (50,3%), επίσης το 46,4% είχε ξεκινήσει χρήση ναρκωτικών σε ηλικία 16-20 ετών, ενώ το 40,8% άρχισε τη χρήση ναρκωτικών σε ηλικία 10-15 ετών. Το 87,5% των κρατουμένων άρχισε τη χρήση αλκοόλ σε ηλικία 10-15 ετών. Την ίδια περίοδο ξεκίνησε τη χρήση κάνναβης, συγκεκριμένα το 63,9% των κρατουμένων. Σύντονα με τα δεδομένα είναι τα πολύ υψηλά ποσοστά κρατουμένων με ιστορικό χρήσης ουσιών και αλκοόλ,⁵⁻⁸ που συνδέει σαφώς τη χρήση ουσιών με την παραβατικότητα γενικότερα. Πάντως με βάση τα δεδομένα της παρούσας μελέτης η χρήση ναρκωτικών συνδέεται κυρίως με το μη βίαιο έγκλημα. Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών προέκυψε πως έχουν 65% μικρότερη πιθανότητα διάπραξης βίαιου εγκλήματος σε σχέση με τους μη χρήστες ναρκωτικών, σε αντίθεση με βιβλιογραφικές αναφορές.^{1,5} Ως εκ τούτου είναι πιθανό η χρήση ναρκωτικών να συνδέεται περισσότερο με τα εγκλήματα του νόμου περί ναρκωτικών ή και με τα εγκλήματα που είναι σχετικά με τα ναρκωτικά, π.χ. κλοπές. Επίσης πρέπει να σημειωθεί πως στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε το ιστορικό χρήσης ουσιών και όχι η χρήση κατά την τέλεση αδικήματος. Η χρήση ναρκωτικών φαίνεται να ανοίγει τον δρόμο προς την παραβατικότητα, αρχής γενομένης από την αναζήτηση αυτής καθαυτής της ουσίας. Στη συνέχεια, πολύ συχνά βλέπουμε να εμφανίζονται περαιτέρω παραβατικές συμπεριφορές, χωρίς όμως απαραίτητα να σημαίνει αυτό μετάβαση από τη μη βίαιη στη βίαιη εγκληματική δράση.

Η συγκεκριμένη εργασία είναι η πρώτη που μελετά τη συσχέτιση ψυχοκοινωνικών παραγόντων με τα είδη των εγκλημάτων σε πληθυσμό κρατουμένων στις Ελληνικές φυλακές. Προηγούμενες έρευνες σε Έλληνες κρατούμενους αφορούσαν στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας,³⁴ την αδρή διαγνωστική αξιολόγηση των κρατουμένων,³⁵ καθώς και την αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας και της παρααυτοκτονικής συμπεριφοράς,^{36,37} το ιστορικό χρήσης ουσιών³⁸ καθώς και το ψυχοκοινωνικό και μαθησιακό προφίλ των κρατουμένων.^{39,40}

Συμπερασματικά, με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ο πληθυσμός των κρατουμένων στις Ελληνικές φυλακές κατά μέσον όρο, αποτελείται από κατοίκους αστικών περιοχών, μικρής ηλικίας, άγαμους, που έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις, δεν ζουν μόνοι, συνάπτουν μικρής διάρκειας σχέσεις, εργάζονταν το τελευταίο εξάμηνο πριν τη φυλάκιση σε εργασία χειρωνακτική. Είναι χαμηλής εκπαίδευσης, με κακές σχολικές επιδόσεις, διαπληκτίζονταν με τους συμμαθητές τους, παρουσιάζουν ιστορικό συμπεριφορών πυρομανίας και κακοποίησης ζώων. Έχουν βιώσει βία στη γονεϊκή σχέση καθώς και κάποιου είδους βία κυρίως, αλλά όχι

αποκλειστικά, από τον πατέρα. Έχουν ιστορικό χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών από πολύ μικρή ηλικία. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά τους διαφοροποιούν δραματικά από τον γενικό πληθυσμό, χωρίς όμως να προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το βίαιο ή το μη βίαιο έγκλημα, πλην της απαλλαγής από τη στρατιωτική θητεία και της χρήσης ναρκωτικών, όπου προκύπτει αρνητική συσχέτιση με το βίαιο έγκλημα. Περαιτέρω έρευνες σε μεγαλύτερη κλίμακα, είναι απαραίτητες για τη διερεύνηση της επίδρασης κυρίως των μη κοινών περιβαλλόντων, τόσο στη βίαιη, όσο και στη μη βίαιη εγκληματική δράση.

Prisoners in Greek prisons: Correlation of demographic and psychosocial data with committed crimes

**A. Apostolopoulos,¹ I. Michopoulos,¹ E. Rizos,¹ V. Manthou,³
G. Tzeferakos,¹ G. Kalemi,¹ Ch. Papageorgiou,² A. Douzenis¹**

¹*2nd Psychiatric Department of the National and Kapodistrian University of Athens, "Attikon" Hospital, Athens,*

²*1st Psychiatric Department of the National and Kapodistrian University of Athens, Aeginition Hospital, Athens,*

³*Organization Against Drugs (OKANA), Athens, Greece*

Psychiatriki 2018, 29:137–148

Previous literature shows an association between several psychosocial factors or life events in general and delinquency. Factors such as gender, cannabis and drugs use are firmly connected to delinquency. Similarly, interpersonal violent behavior appears to be more frequent in people with lower socioeconomic status and people with lower education. The association of these factors with the violent or non-violent crimes, especially in Greek research literature, is very limited. The present study is an attempt to examine in a Greek prison population the correlation of demographic and psychosocial factors with violent and non-violent crime. The prison population sample comprised of 308 males from a total of 1300 prisoners, aged between 18 and 77 years old. The survey was conducted from January 2012 until August 2013 in Korydallos and Domokos prisons. In our prison population sample most of the crimes were non-violent. The prisoners were urban dwellers, of young age, were not married and were in short-term relationships on average. They had completed their military obligations, were not live alone, and have been working in the last six months before being imprisoned, in manual labor. They had low-grade education and poor school achievements, had been brawling with classmates and had history of antisocial behavior (liked to "put fire" and abuse animals). They report good relationships with their parents; however, they had experienced violence in parental relationships and some

kind of violence, mainly by the father and secondarily by the mother. They have not been involved in gangs necessarily and have a history from a young age, of alcohol, cannabis and drugs use. Cannabis use history was reported by 208 prisoners (67.5%) and 133 (63.9%) of them started using at the age of 10–15 years old. A total of 179 prisoners (58.5%) reported a history of drug use, about half of them (50.3%) reported being addicted to a combination of drugs. For 40.8% (n=73) drug use was initiated in the age of 10–15 years old, while the largest percentage (46.4%) of prisoners mentioned as starting age 16–20 years old. Although the above features underline the great differences between prison population and the general population, there are no significant associations of these factors with violent or non-violent crime. However, the prisoners with drug use history were 65% less likely to have been sentenced for violent crime. Also, the prisoners exempted from their military duties, were 49% less likely to have committed violent crime.

Key words: Prisoners, demographic factors, psychosocial factors, crime.

Βιβλιογραφία

1. Δουζένης Αθ, Λύκουρας Λ. *Ψυχιατροδικαστική*. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2008
2. Freudenberg N, Moseley J, Labriola M, Daniels J, Murrill C. Comparison of health and social characteristics of People leaving New York City jails by age, gender, and race/ethnicity: implications for public health interventions. *Publ Health Rep* 2007, 122:733–743, doi:10.1177/003335490712200605
3. İçli TG, Seydioğullari I, Tatlıdil H, Coban S, Sever H, Süeröglü U. Profiling property criminals in Turkey. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2010, 54:640–655, doi:10.1177/0306624X09337390
4. Greenberg GA, Rosenheck RA. Jail incarceration, homelessness, and mental health: a national study. *Psychiatr Serv* 2008, 59(2):170–177, doi: 10.1176/ps.2008.59.2.170
5. Friedman AS, Glassman K, Terras BA. Violent behavior as related to use of marijuana and other drugs. *J Addict Dis* 2001, 20:49–72, doi:10.1300/J069v20n01 06
6. el-Guebaly N, Lee M. Alcoholism and gun control. *Can Psychiatr Assoc J* 1977, 22:243–251, PMID: 890644
7. Wootton L, Buchanan A, Leese M, Tyrer P, Burns T, Creed F et al. Violence in psychosis: estimating the predictive validity of readily accessible clinical information in a community sample. *Schizophr Res* 2008, 101:176–184, doi: 10.1016/j.schres.2007.12.490
8. Seena Fazel, John Danesh. Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002, 359:545–550 doi: 10.1016/S0140-6736(02)07740-1
9. Pulay AJ, Dawson DA, Hasin DS, Goldstein RB, Ruan WJ, Pickering RP et al. Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008, 69:12–22, PMID: 18312033
10. Amdzaranda PA, Fatoye FO, Oyebanji AO, Ogunro AS, Fatoye GK. Factors associated with psychoactive substance use among a sample of prison inmates in Ilesa, Nigeria. *Niger Postgrad Med J* 2009, 16:109–114, PMID: 19606190
11. Haggård-Grann U, Hallqvist J, Långström N, Möller J. The role of alcohol and drugs in triggering criminal violence: a case-cross-over study. *Addiction* 2006, 101:100–108, doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01293.x
12. Hekansson A, Berglund M. Risk factors for criminal recidivism - a prospective follow-up study in prisoners with substance abuse. *BMC Psychiatry* 2012, 12:111, doi: 10.1186/1471-244X-12-111
13. Knittel AK, Snow RC, Griffith DM, Morenoff J. Incarceration and sexual risk: examining the relationship between men's involvement in the criminal justice system and risky sexual behavior. *AIDS Behav* 2013, 17:2703–2714, doi: 10.1007/s10461-013-0421-4
14. Carr BG, Wiebe DJ, Richmond TS, Cheney R, Branas CC. A randomised controlled feasibility trial of alcohol consumption and the ability to appropriately use a firearm. *Inj Prev* 2009, 6:409–412, doi: 10.1136/ip.2008.020768
15. Lemos I, Favasca L. Psychosocial adversity, delinquent pathway and internalizing psychopathology in juvenile male offenders. *Int J Law Psychiatry* 2015, 42–43:49–57, doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.007
16. Neller DJ, Denney RL, Pietz CA, Thomlinson RP. The relationship between trauma and violence in a jail inmate sample. *J Interpers Violenc* 2006, 21:1234–1241, doi: 10.1177/0886260506290663
17. Marcus RF, Gray L Jr. Close relationships of violent and nonviolent African American delinquents. *Violence Vict* 1998, 13:31–46, PMID: 9650244
18. Miller KS, Knutson JF. Reports of severe physical punishment and exposure to animal cruelty by inmates convicted of felonies and by university students. *Child Abuse Negl* 1997, 21:59–82, PMID: 9023023
19. Murray J, Farrington DP, Sekol I. Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Bull* 2012, 138:175–210, doi: 10.1037/a0026407
20. Marcus RF. Cross-sectional study of violence in emerging adulthood. *Aggress Behav* 2009, 35:188–202, doi: 10.1002/ab.20293
21. Spinhoven P, Elzinga BM, Van Hemert AM, de Rooij M, Penninx BW. Childhood maltreatment, maladaptive personality types and level and course of psychological distress: A six-year longi-

- tudinal study. *J Affect Disord* 2016, 191:100–108, doi: 10.1016/j.jad.2015.11.036
22. Beaver KM, Al-Ghamdi MS, Kobeisy AN, Alqurashi FH, Connolly EJ, Schwartz JA. The Association Between Psychopathic Personality Traits and Victimization and Exposure to Violence in a Sample of Saudi Arabian Youth. *Psychiatr Q* 2016, 87:217–228, doi: 10.1007/s11126-015-9383-1
 23. Van Zalk MH, Van Zalk N. Violent peer influence: The roles of self-esteem and psychopathic traits. *Dev Psychopathol* 2015, 27:1077–88, doi: 10.1017/S0954579415000693
 24. Claes L, Tavernier G, Roose A, Bijttebier P, Smith SF, Lilienfeld SO. Identifying personality subtypes based on the five-factor model dimensions in male prisoners: implications for psychopathy and criminal offending. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2014, 58:41–58, doi: 10.1177/0306624X12462013
 25. Carlson M, Oshri A, Kwon J. Child maltreatment and risk behaviors: The roles of callous/unemotional traits and conscientiousness. *Child Abuse Negl* 2015, 50:234–243, doi: 10.1016/j.chiabu.2015.07.003.
 26. Sergeantanis TN, Sakelliadis EI, Vlachodimitropoulos D, Goutas N, Sergeantanis IN, Spiliopoulou CA et al. Does history of childhood maltreatment make a difference in prison? A hierarchical approach on early family events and personality traits. *Psychiatry Res* 2014, 220:1064–1070, doi: 10.1016/j.psychres.2014.10.019
 27. Vaughn MG, Salas-Wright CP, DeLisi M, Qian Z. The antisocial family tree: family histories of behavior problems in antisocial personality in the United States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015, 50:821–831, doi: 10.1007/s00127-014-0987-9.
 28. Κώδικας Ποινικής Δικονομίας 1951. Available from www.ministryofjustice.gr
 29. Kendler KS, Lönn SL, Sundquist J, Sundquist K. The role of marriage in criminal recidivism: a longitudinal and co-relative analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017, 18:1–9, doi: 10.1017/S2045796016000640
 30. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. *Οδηγός για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα, 1998. Available from www.ich-mhsw.gr
 31. Roberts TA, Ryan SA. Tattooing and high-risk behavior in adolescents. *Pediatrics* 2002, 110:1058–1063, PMID:12456900
 32. Hensley C, Tallichet SE. Animal cruelty motivations: assessing demographic and situational influences. *J Interpers Violence* 2005, 20:1429–1443, doi: 10.1177/0886260505278714
 33. Λύκουρας Ε, Δουζένης Αθ. Η επικινδυνότητα της σχιζοφρένειας. *Ψυχιατρική* 2011, 22:105
 34. Geitona M, Milioni SO. Health status and access to health services of female prisoners in Greece a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res* 2016, 16:243, doi: 10.1186/s12913-016-1506-3
 35. Alevizopoulos G, Igoumenou A. Psychiatric disorders and criminal history in male prisoners in Greece. *Int J Law Psychiatry*. 2016, 47:171–175, doi: 10.1016/j.ijlp.2016.04.003
 36. Sakelliadis EI, Vlachodimitropoulos DG, Goutas ND, Panousi PI, Logiopoulou AP, Delicha EM et al. Forensic investigation of suicide cases in major Greek correctional facilities. *J Forensic Leg Med*. 2013, 20:953–958, doi: 10.1016/j.jflm.2013.08.009
 37. Sakelliadis EI, Papadodima SA, Sergeantanis TN, Giotakos O, Spiliopoulou CA. Self injurious behavior among Greek male prisoners: prevalence and risk factors. *Eur Psychiatry* 2010, 25:151–158, doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.014
 38. Fotiadou M, Livaditis M, Manou I, Kaniotou E, Samakouri M, Tzavaras N et al. Self-reported substance misuse in Greek male prisoners. *Eur Addict Res* 2004, 10:56–60, doi: 10.1159/000076114
 39. Maniadaki K, Kakouros E. Social and mental health profiles of young male offenders in detention in Greece. *Crim Behav Ment Health* 2008, 18:207–215, doi: 10.1002/cbm.698
 40. Zakopoulou V, Pashou T, Tzavelas P, Christodoulides P, Anna M, Iliana K. Learning difficulties: a retrospective study of their comorbidity and continuity as indicators of adult criminal behaviour in 18-70-year-old prisoners. *Res Dev Disabil* 2013, 34:3660–3671, doi: 10.1016/j.ridd.2013.08.033

Αλληλογραφία: Αθ. Αποστολόπουλος, Κηφισίας 72, 115 26 Αθήνα
 Τηλ. 213-03 62 916, 6944-721 170
 e-mail: th.apostolopoulos@gmail.com

Ερευνητική εργασία Research article

Σχολικός εκφοβισμός και ψυχική υγεία μαθητών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες

A. Ντασιώτη,¹ Γερ. Κολαϊτης²

¹Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας και Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών»,
Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

²Παιδοψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Ψυχιατρική 2018, 29:149–159

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ Σχολικού Εκφοβισμού και Ψυχικής Υγείας σε δείγμα μαθητών με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες (ΕΕΑ). Με τυχαioποιημένη δειγματοληψία καθορίστηκαν δύο ομάδες μαθητών, εκ των οποίων 80 μαθητές αποτελούσαν την ομάδα πειράματος και 81 μαθητές την ομάδα ελέγχου, ηλικίας 11–12 ετών της Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης Δημοτικού Σχολείου, καθώς και από τα τμήματα ένταξης. Η συμπλήρωση των Ερωτηματολογίων Θύτη/Θύματος του Olweus (The Revised Olweus Bully Victim Questionnaire) και των Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (The Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ) έγινε από τους μαθητές και τους εκπαιδευτικούς των συγκεκριμένων Δημοτικών Σχολείων, αγροτικού και αστικού πληθυσμού. Τα παιδιά της ομάδας ΕΕΑ είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία τόσο στη διάσταση «Θυματοποίηση» όσο και στη διάσταση «Εκφοβισμός» σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου (ερωτηματολόγιο Olweus). Σύμφωνα με τα ίδια τα παιδιά, εκείνα της ομάδας ΕΕΑ είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Συναισθηματικά Συμπτώματα», «Υπερκινητικότητα», «Προβλήματα με Συνομηλίκους», στη συνολική βαθμολογία και σημαντικά χαμηλότερη στη διάσταση «Προ-κοινωνική Συμπεριφορά», υποδηλώνοντας περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου (ερωτηματολόγιο SDQ). Επιπλέον, υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων «Θυματοποίηση» και «Εκφοβισμός» του ερωτηματολογίου Olweus και σχεδόν όλων των διαστάσεων του ερωτηματολογίου SDQ των μαθητών. Μέσω της

πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης βρέθηκε το SDQ να συσχετίζεται ανεξάρτητα με την «Θυματοποίηση» και τον «Εκφοβισμό». Περισσότερα Συναισθηματικά συμπτώματα και Προβλήματα Διαγωγής των παιδιών συνδέονταν με υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Θυματοποίηση» και «Εκφοβισμός». Υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Θυματοποίηση» είχαν οι μαθητές με ΕΕΑ, εκείνοι που παρουσίαζαν Προβλήματα Διαγωγής και τα παιδιά που δεν είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα. Επίσης, υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Εκφοβισμός» είχαν οι μαθητές με ΕΕΑ και εκείνοι που παρουσίαζαν Προβλήματα Διαγωγής ενώ τα παιδιά με μητρική γλώσσα τα Ελληνικά είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τα παιδιά που είχαν άλλη μητρική γλώσσα. Συμπερασματικά, τα παιδιά με ΕΕΑ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη θυματοποίηση και τον εκφοβισμό, σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών, μέσω προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας, μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό των παιδιών που αντιμετωπίζουν πρόσθετο κίνδυνο θυματοποίησης. Τέλος, προτείνονται στρατηγικές πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης του σχολικού εκφοβισμού σε επίπεδο σχολικής τάξης και σχολικής μονάδας.

Λέξεις ευρετηρίου: Σχολικός εκφοβισμός, θυματοποίηση, ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, ψυχική υγεία.

Εισαγωγή

Ως σχολική βία ή εκφοβισμός (bullying) ή θυματοποίηση, ορίζεται εκείνη η κατάσταση κατά την οποία ασκείται απρόκλητη, συστηματική, επαναλαμβανόμενη βία και επιθετική συμπεριφορά με σκοπό την επιβολή, την καταδυνάστευση και την πρόκληση σωματικού και ψυχικού πόνου σε μαθητές από συμμαθητές τους, εντός και εκτός σχολείου. Βασικό επίσης χαρακτηριστικό του φαινομένου αυτού είναι η «ανισορροπία δύναμης» που υπάρχει ανάμεσα στον θύτη και στο θύμα, με τον θύτη να αποτελεί τον «ισχυρό» και το θύμα τον «ανίσχυρο».^{1,2} Οι κυριότερες μορφές που μπορεί να λάβει η σχολική βία³⁻⁵ είναι οι κατωτέρω: λεκτική, συναισθηματική, σωματική, σεξουαλική και ηλεκτρονική.

Η ψυχική υγεία έχει οριστεί⁶ ως μια κατάσταση ευεξίας, όπου το άτομο αντιλαμβάνεται τις ικανότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τις συνήθεις δυσκολίες ζωής, είναι σε θέση να εργάζεται παραγωγικά και είναι ικανό να προσφέρει στην κοινότητα. Ο σχολικός εκφοβισμός και η θυματοποίηση στην παιδική ηλικία είναι μια δυσμενής εμπειρία και αναγνωρίζεται ως πρόβλημα της ψυχικής υγείας του ατόμου.⁷ Μελέτες έχουν δείξει ότι η θυματοποίηση στην παιδική ηλικία συνδέεται με επίμονα ψυχιατρικά προβλήματα στην πρώιμη ενήλικη ζωή⁸ ή ακόμη και μέχρι τη μέση ηλικία.⁹

Στους μαθητές με αναπηρία και Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες (ΕΕΑ) συγκαταλέγονται ιδίως όσοι παρουσιάζουν νοητική αναπηρία, αισθητηριακές αναπηρίες όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες με χαμηλή όραση), αισθητηριακές αναπηρίες ακοής (κωφοί, βαρήκοοι), κινητικές αναπηρίες, χρόνια μη ιάσιμα νοσήματα, διαταραχές ομιλίας-λόγου, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες όπως π.χ. δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμσία, δυσαναγνωσία, δυσορθογραφία, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (διαταραχές φάσματος αυτισμού, ΔΦΑ), ψυχικές διαταραχές και πολλαπλές αναπηρίες (N. 3699/08).

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι το 30% των παιδιών σχολικής ηλικίας εμπλέκονται στον σχολικό εκφοβισμό, είτε ως θύτες, θύματα, ή θύτες-θύματα.¹⁰⁻¹² Ένα ποσοστό 69-80% των παιδιών με ψυχιατρικές διαταραχές συμμετέχουν στον σχολικό εκφοβισμό ως θύτες ή θύματα.¹³ Σε πρόσφατη κυπριακή μελέτη, ποσοστό 65% των παιδιών με διάφορα ψυχιατρικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που δήλωσαν ότι είχαν εκφοβιστεί, παρουσίασαν συμπτωματολογία μετρίου έως πολύ σοβαρού βαθμού Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες.¹⁴ Επίσης, 63% των παιδιών με ΔΦΑ, 33% των ατόμων με σωματική αναπηρία, και ένα υψηλό ποσοστό των παιδιών με νοητική υστέρηση είχαν υποστεί θυματοποίηση κάποια

στιγμή στη ζωή τους.¹⁵⁻¹⁷ Τα παιδιά με ΔΕΠΥ που είχαν κάποια συννοσηρή ψυχιατρική διάγνωση ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά θυματοποίησης από εκείνα που δεν είχαν μια συννοσηρή διάγνωση.¹⁸ Σημαντικά ήταν και τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 2015, με δείγμα 178 μαθητών της πέμπτης και έκτης τάξης δημοτικών σχολείων που συμμετείχαν σε προγράμματα ειδικής εκπαίδευσης. Στη συγκεκριμένη μελέτη αποδείχθηκε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες έχουν περισσότερες πιθανότητες να λειτουργήσουν ως θύτες σε σύγκριση με τους συνομηλίκους χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Ενώ τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κοινωνικό αποκλεισμό από ό,τι τα παιδιά με άλλες ΕΕΑ.¹⁹ Τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι μαθητές που αντιμετωπίζουν τόσο μαθησιακά προβλήματα όσο και συναισθηματικές ή συμπεριφορικές διαταραχές βιώνουν μεγάλη μοναξιά σε σύγκριση με άλλη ομάδα μαθητών με ΕΕΑ.¹⁹ Οι συμμετέχοντες βρέθηκαν να συμμετέχουν ενεργά τόσο στον εκφοβισμό όσο και στη θυματοποίηση, με υψηλότερα ποσοστά θυματοποίησης. Τα παιδιά με ήπιες μαθησιακές δυσκολίες ή συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι πιο πιθανό να ασκήσουν εκφοβισμό σε σύγκριση με τους συνομηλίκους με και χωρίς αναπηρία.^{19,20} Επιπλέον, τα παιδιά που τραυλίζουν είναι τρεις φορές πιθανότερο να αναγνωριστούν ως «θύματα σχολικού εκφοβισμού».²¹

Επειδή λοιπόν, είναι περιορισμένες οι μελέτες που έχουν διερευνήσει τον σχολικό εκφοβισμό σε μαθητές με ΕΕΑ, αποφασίσαμε τη μελέτη του φαινομένου σε Ελληνικά σχολεία, δεδομένου μάλιστα ότι η επίπτωση του σχολικού εκφοβισμού στη χώρα μας δεν υστερεί έναντι άλλων χωρών.

Υψηλό και μέθοδος

Με τυχαίοποιημένη δειγματοληψία καθορίστηκαν δύο ομάδες 161 μαθητών συνολικά οι οποίες και μελετήθηκαν: η ομάδα πειράματος, δηλαδή τα παιδιά με τις ΕΕΑ, με 80 μαθητές και η ομάδα ελέγχου με 81 μαθητές, καθώς και από τα τμήματα ένταξης. Με τη βοήθεια των εκπαιδευτικών επιλέξαμε από τον ονομαστικό κατάλογο της κάθε τάξης τους μαθητές με

ΕΕΑ (ορισμένοι από τους οποίους είχαν διαγνωσθεί με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες π.χ. Δυσλεξία, Νοητική Υστέρηση, Διαταραχές Λόγου-Ομιλίας, Νευρολογικά-Ορθοπεδικά προβλήματα, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, Αυτισμό ή σύνδρομο Asperger και ένα ποσοστό μαθητών με ΕΕΑ χωρίς ψυχιατρική διάγνωση) και τυχαία επιλέχθηκαν οι μαθητές χωρίς ΕΕΑ, που βρίσκονταν στην προηγούμενη και την επόμενη σειρά από τους μαθητές με ΕΕΑ βάσει του ονομαστικού καταλόγου. Τα ερωτηματολόγια, χορηγήθηκαν στους μαθητές της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, ηλικίας 11-12 ετών της Ε' και ΣΤ' τάξης Δημοτικού Σχολείου. Επιλέξαμε τις δύο μεγαλύτερες τάξεις του δημοτικού σχολείου επειδή οι μαθητές αυτών των τάξεων είναι σε θέση να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια ενώ στις μικρότερες ηλικίες τίθεται θέμα γνωστικών περιορισμών και συνεπώς αξιοπιστίας των απαντήσεών τους.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με την άδεια του Υπουργείου Πολιτισμού, Παιδείας και Θρησκευμάτων και του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής. Επιπλέον, οι γονείς υπέγραψαν έντυπο συναίνεσης για τη συμμετοχή των παιδιών τους στη μελέτη.

Ερευνητικά εργαλεία

Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν:

1. Ένα σύντομο ερωτηματολόγιο καταγραφής βασικών κοινωνικών και δημογραφικών στοιχείων των μαθητών.
2. Το ερωτηματολόγιο Θύτη/Θύματος του Olweus (The Revised Olweus Bully Victim Questionnaire) το οποίο συμπλήρωσαν οι μαθητές και αφορά στην εκδήλωση βίας και εκφοβισμού στο σχολείο.²² Το πρώτο μέρος των ερωτήσεων αφορούσε στη ζωή στο σχολείο. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αναφερόταν σε δυσάρεστα περιστατικά που έχουν συμβεί στο σχολείο, όπου οι μαθητές καλούνταν να απαντήσουν σχετικά με το τι έχουν δει ή έχουν καταλάβει να συμβαίνει κατά τους 2-3 τελευταίους μήνες καθώς και αν έχει συμβεί κάτι δυσάρεστο σε προσωπικό επίπεδο. Τέλος, συμπλήρωσαν αν έχουν πει ή κάνει κάτι άσχημο οι ίδιοι τους τελευταίους 2-3 μήνες.

Πρόσφατη μελέτη σε μεγάλο δείγμα Νορβηγών μαθητών με χρήση της μεθόδου Item Response Theory (IRT, διαβαθμισμένες απαντήσεις) για λεπτομερή έρευνα των ψυχομετρικών παραγόντων διαφόρων ομάδων της κλίμακας Εκφοβισμού του Olweus αλλά και της ίδιας της κλίμακας²³ αποκάλυψε ότι η κλίμακα ήταν ουσιαστικά μονοδιάστατη και είχε άριστη αξιοπιστία στις ανώτερες περιοχές του χαρακτηριστικού της λανθάνουσας τάσης εκφοβισμού. Τα εμπειρικά δεδομένα χαρακτηρίστηκαν πολύ καλά από το επιλεχθέν μοντέλο IRT και την κλίμακα Εκφοβισμού του Olweus και θεωρήθηκαν κατάλληλα εργαλεία για τη διεξαγωγή έγκυρων και αξιόπιστων συγκρίσεων σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες.²³

3. Το ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (The Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ)^{24,25} το οποίο, επίσης, συμπληρώθηκε από τους μαθητές. Η δομή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 5 κλίμακες, οι οποίες αναφέρονται σε συναισθηματικά συμπτώματα (έχω πονοκεφάλους κ.λπ., ανησυχώ πολύ, είμαι νευρικός/ή σε νέες καταστάσεις, είμαι συχνά λυπημένος/η, έχω πολλούς φόβους), προβλήματα διαγωγής (συχνά θυμώνω και χάνω τον έλεγχό μου, κάνω ό,τι μου ζητάνε, με κατηγορούν συχνά ότι λέω ψέματα, παίρνω πράγματα που δεν μου ανήκουν), υπερκινητικότητας (ολοκληρώνω τις ασκήσεις, στριφογυρίζω συχνά, η προσοχή μου αποσπάται εύκολα, σκέφτομαι πριν κάνω κάτι, είμαι αφηρημένος/η, είμαι νευρικός/ή), προβλήματα με συνομηλίκους (είμαι μόνος/η, αρέσω γενικά στα άλλα παιδιά, τα άλλα παιδιά με κοροϊδεύουν, έχω έναν ή περισσότερους φίλους, τα πάω καλύτερα με τους ενηλίκους) και προ-κοινωνική συμπεριφορά (είμαι καλός με τα μικρότερα παιδιά, μοιράζομαι, προσφέρω εθελοντικά τη βοήθειά μου, βοηθάω κάποιον/α που έχει ανάγκη).

Το Ερωτηματολόγιο είναι ένα πρακτικό, οικονομικό και φιλικό προς τον χρήστη εργαλείο μελέτης προβλημάτων συναισθήματος και διαγωγής σε παιδιά και εφήβους.²⁵ Σε αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελλήνων μαθητών, η χρήση της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης (CFA) υποστήριξε την αρχική δομή πέντε παραγόντων, ενώ η μετατροπή του μοντέλου παρέιχε κάποιες βελτιώσεις. Η εσωτερική δομή είναι απο-

δεκτή (Cronbach's $\alpha > 0,70$) για το σύνολο των δυσκολιών, τις κλίμακες συναισθηματικών συμπτωμάτων και κλίμακα προκοινωνικής συμπεριφοράς, μέτρια για τις κλίμακες υπερκινητικότητας/ελλειμματικής προσοχής και ανεπαρκής για τις κλίμακες προβλημάτων με συνομηλίκους και προβλημάτων διαγωγής.²⁵ Συνολικά, το Ελληνικό SDQ θα μπορούσε να θεωρηθεί δυνητικά ως ένα εργαλείο μελέτης του συνόλου του πληθυσμού για τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα των μαθητών.²⁵

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney, ενώ για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο της σχέσης δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις «Θυματοποίηση» και «Εκφοβισμός» από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών για τις εξαρτημένες μεταβλητές «Θυματοποίηση» και «Εκφοβισμός» καθώς δεν α-

κολουθούσαν προσεγγιστικά την κανονική κατανομή (Kolmogorov Smirnov test, $p < 0,05$). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0.05. Τέλος, για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

Αποτελέσματα

Ποσοστό 13,0% των μαθητών της ομάδας ΕΕΑ είχε διαγνωσθεί με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, 13,0% με Γενικές Μαθησιακές Δυσκολίες, 1,2% με Διαταραχές Λόγου-Ομιλίας, 1,2% με Νευρολογικά-Ορθοπεδικά προβλήματα, 1,3% με Νοητική Υστέρηση, 1,2% με ΔΦΑ, και 0,6% με ΔΕΠΥ. Οι παραπάνω κλινικές διαγνώσεις προέρχονται από τα αρχεία του

σχολείου που βασιζόνταν σε ιατρικές γνωματεύσεις των παιδιών με ΕΕΑ. Ποσοστό 30,4% των παιδιών της ομάδας ΕΕΑ δεν είχαν κάποια συγκεκριμένη διάγνωση.

Στον πίνακα 1 φαίνεται ότι τα παιδιά της ομάδας ΕΕΑ είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία τόσο στη διάσταση «Θυματοποίηση» όσο και στη διάσταση «Εκφοβισμός» σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου.

Στον πίνακα 2, φαίνεται πως, σύμφωνα με τα ίδια τα παιδιά, εκείνα της ομάδας ΕΕΑ είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Συναισθηματικά Συμπτώματα», «Υπερκινητικότητα», «Προβλήματα με Συνομηλίκους», στη συνολική βαθμολογία και σημαντικά χαμηλότερη στη διάσταση

Πίνακας 1. Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Θυματοποίηση» και «Εκφοβισμός» του ερωτηματολογίου εκφοβισμού (Olweus).

	Ομάδα				p Mann-Whitney test
	Ελέγχου		ΕΕΑ		
	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Θυματοποίηση	2,32 (4,32)	0 (0–2)	3,7 (5,08)	1 (0–5,5)	0,018
Εκφοβισμός	0,56 (2,05)	0 (0–0)	1,99 (4,81)	0 (0–1)	0,006

Πίνακας 2. Βαθμολογίες στις διαστάσεις SDQ μαθητών, χωριστά για κάθε ομάδα.

	Ομάδα				p Mann-Whitney test
	Ελέγχου		ΕΕΑ		
	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Παιδιά					
Συναισθηματικά συμπτώματα	1,74 (1,8)	1 (0–3)	2,93 (2,39)	3 (1–4)	0,001
Προβλήματα διαγωγής	2,62 (1,56)	2 (2–4)	3,01 (1,63)	3 (2–4)	0,066
Υπερκινητικότητα	1,86 (1,81)	1 (0–3)	2,93 (1,86)	3 (1,5–4)	<0,001
Προβλήματα με συνομηλίκους	1,38 (1,74)	1 (0–2)	2,66 (2,02)	2 (1–4)	<0,001
Προ-κοινωνική συμπεριφορά	8,42 (1,82)	9 (7–10)	7,55 (2,02)	8 (6–9)	0,003
Συνολική βαθμολογία SDQ	7,68 (4,63)	7 (4–11)	11,4 (5,54)	11 (7–15)	<0,001

«Προ-κοινωνική Συμπεριφορά», υποδηλώνοντας περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου.

Οι περισσότερες από τις διαστάσεις του SDQ μαθητών συσχετιζόταν με τις διαστάσεις «Θυματοποίηση» και «Εκφοβισμός» και στις δύο ομάδες της μελέτης (πίνακας 3). Στην ομάδα ελέγχου δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Προβλήματα Διαγωγής», «Προ-κοινωνικής Συμπεριφοράς» και «Θυματοποίησης». Στην ομάδα ΕΕΑ η «Θυματοποίηση» συσχετιζόταν με όλες τις διαστάσεις του SDQ εκτός από την «Υπερκινητικότητα» και «Προ-κοινωνική Συμπεριφορά». Επίσης, στην ομάδα ΕΕΑ ο «Εκφοβισμός» συσχετιζόταν με «Συναισθηματικά Συμπτώματα», «Προβλήματα Διαγωγής» και τη Συνολική βαθμολογία του SDQ.

Στον πίνακα 4 φαίνονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη τη βαθμολογία στη διάσταση «Θυματοποίηση», ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών και των γονιών τους καθώς και τις βαθμολογίες στις διαστάσεις SDQ παιδιών. Η ομάδα, η χώρα γέννησης του παιδιού και η βαθμολογία στη διάσταση SDQ βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Θυματοποίηση». Πιο συγκεκριμένα:

α. Τα παιδιά με ΕΕΑ και εκείνα που παρουσίαζαν «Προβλήματα Διαγωγής» είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Θυματοποίηση».

β. Επιπλέον, τα παιδιά που δεν είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα, είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή είχαν πέσει θύματα εκφοβισμού σε μεγαλύτερη συχνότητα, σε σύγκριση με τα παιδιά που είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα.

Πίνακας 3. Συντελεστές συσχέτισης (Spearman) μεταξύ των διαστάσεων «Θυματοποίηση» και «Εκφοβισμός» και των διαστάσεων του SDQ μαθητών χωριστά σε κάθε ομάδα.

Παιδιά		Ομάδα ελέγχου		Ομάδα ΕΕΑ	
		Θυματοποίηση	Εκφοβισμός	Θυματοποίηση	Εκφοβισμός
Συναισθηματικά συμπτώματα	r	0,28	0,25	0,39	0,31
	p	0,012	0,028	<0,001	0,007
Προβλήματα Διαγωγής	r	0,14	0,33	0,29	0,24
	p	0,228	0,004	0,011	0,036
Υπερκινητικότητα	r	0,27	0,24	0,09	0,19
	p	0,017	0,037	0,459	0,101
Προβλήματα με συνομηλίκους	r	0,49	0,37	0,27	0,09
	p	<0,001	0,001	0,020	0,442
Προ-κοινωνική συμπεριφορά	r	-0,08	-0,35	0,10	0,04
	p	0,461	0,002	0,395	0,735
Συνολική βαθμολογία SDQ	r	0,46	0,44	0,38	0,29
	p	<0,001	<0,001	0,001	0,02

Πίνακας 4. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση για τη «Θυματοποίηση».

		β^*	SE**	p
Ομάδα	Ελέγχου	0,00+		
	ΕΕΑ	0,14	0,06	0,037
Χώρα γέννησης παιδιού		4,77	2,07	0,023
Συνολική βαθμολογία SDQ (μαθητές)		0,34	0,07	0,001

*Συντελεστής εξάρτησης, **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης + υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

γ. Όσο περισσότερα ήταν τα «Προβλήματα Διαγωγής» των παιδιών τόσο μεγαλύτερη ήταν και η βαθμολογία στη διάσταση «Θυματοποίηση».

Στον πίνακα 5 φαίνονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη τη βαθμολογία στη διάσταση «Εκφοβισμός», ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών και των γονιών τους καθώς και τις βαθμολογίες στις διαστάσεις SDQ παιδιών. Η ομάδα και η μητρική γλώσσα των παιδιών και η βαθμολογία στη διάσταση SDQ βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Εκφοβισμός». Πιο συγκεκριμένα:

- α. Τα παιδιά με ΕΕΑ και εκείνα που παρουσίαζαν «Προβλήματα Διαγωγής» είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Εκφοβισμός».
- β. Επίσης, τα παιδιά με μητρική γλώσσα τα Ελληνικά είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τα παιδιά που είχαν άλλη μητρική γλώσσα.
- γ. Όσο περισσότερα ήταν τα «Προβλήματα Διαγωγής» των παιδιών τόσο μεγαλύτερη ήταν και η βαθμολογία στη διάσταση «Εκφοβισμός».

Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει τη σχέση μεταξύ Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών και Σχολικού Εκφοβισμού σε τυχαίο δείγμα 161 μαθητών, προκειμένου να μελετηθεί ο βαθμός συσχέτισης τους και οι παράγοντες που εμπλέκονται.

Σχετικά με τη θυματοποίηση/εκφοβισμό των μαθητών, βρέθηκε ότι τα παιδιά της ομάδας με ΕΕΑ είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία τόσο στη διάσταση «Θυματοποίηση» όσο και στη διάσταση «Εκφοβισμός» σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης

συμφωνούν με άλλες Ελληνικές^{14,19,26} και διεθνείς μελέτες^{16,27-29} που έχουν δείξει ότι μεγάλο ποσοστό των μαθητών με αναπτυξιακές διαταραχές, νοητική υστέρηση ή σωματικές αναπηρίες είναι θύματα σωματικής, κοινωνικής ή/και λεκτικής μορφής σχολικού εκφοβισμού.

Σχετικά με την ψυχική υγεία των μαθητών, και σύμφωνα με τις βαθμολογίες στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου SDQ των μαθητών, τα παιδιά της ομάδας ΕΕΑ είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Συναισθηματικά Συμπτώματα», «Υπερκινητικότητα», «Προβλήματα με Συνομηλίκους», στη συνολική βαθμολογία και σημαντικά χαμηλότερη στη διάσταση «Προ-κοινωνική Συμπεριφορά», σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου.

Αναφορικά με τη σχέση θυματοποίησης/εκφοβισμού και ψυχικής υγείας των μαθητών, βρέθηκαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων «Θυματοποίηση» και «Εκφοβισμός» και σχεδόν όλων των διαστάσεων του SDQ των μαθητών. Πιο συγκεκριμένα, μαθητές με περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Θυματοποίηση» και «Εκφοβισμός». Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα παλαιότερης μελέτης όπου είχε παρατηρηθεί ότι μαθητές με προβλήματα συναισθήματος και διαγωγής είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν θυματοποίηση.³⁰⁻³⁴

Όσον αφορά στους παράγοντες που σχετίζονται με τη θυματοποίηση βρέθηκε ότι η ομάδα, η χώρα γέννησης του παιδιού και η βαθμολογία των παιδιών στη διάσταση «Προβλήματα Διαγωγής» σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Θυματοποίηση». Επιπλέον, η ομάδα και η μητρική γλώσσα των παι-

Πίνακας 5. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση για τον «Εκφοβισμό».

		β^*	SE**	p
Ομάδα	Ελέγχου	0,00+		
	ΕΕΑ	0,11	0,05	0,034
Συνολική βαθμολογία SDQ (μαθητές)		0,18	0,05	<0,001
Είναι τα Ελληνικά η μητρική σου γλώσσα;	Όχι	0,00		
	Ναι	-0,20	0,06	0,002

*Συντελεστής εξάρτησης, **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

διών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Εκφοβισμός».

Σε πρόσφατη Ελληνική μελέτη διαπιστώθηκε ότι το 36% των αλλοδαπών μαθητών και το 23% των Ελλήνων είχαν υποστεί θυματοποίηση.³⁵ Αντίστοιχα, το 35% των αλλοδαπών και το 12% των Ελλήνων ήταν θύτες. Διεθνείς μελέτες παρατηρούν πως εξαιτίας των στερεοτυπικών αντιλήψεων υπάρχει μια μεροληπτική στάση απέναντι στους αλλοδαπούς μαθητές.^{36,37} Αντιθέτως υπάρχουν και μελέτες που υποδεικνύουν ότι δεν παρατηρείται σχολικός εκφοβισμός εξαιτίας της πολυπολιτισμικότητας.³⁸⁻⁴³ ενώ άλλες έρευνες αναφέρουν ότι οι γηγενείς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο θυματοποίησης από τους αλλοδαπούς.⁴⁴⁻⁴⁶

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει ορισμένους περιορισμούς. Η έρευνα βασίστηκε στις απόψεις των μαθητών με και χωρίς ΕΕΑ, ωστόσο ιδιαίτερα σημαντικό και χρήσιμο θα ήταν να συμπεριληφθούν και οι απόψεις των γονέων και των εκπαιδευτικών σε μελλοντικές μελέτες, για να συμμετέχουν όλοι οι πρωταγωνιστές της σχολικής κοινότητας. Επίσης, ο

μικρός αριθμός των συμμετεχόντων (161 μαθητές εκ των οποίων οι 80 μαθητές με ΕΕΑ και οι 81 στην ομάδα ελέγχου) αλλά και ο περιορισμός του δείγματος στις ηλικίες 11-12 ετών λειτουργεί περιοριστικά στη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στο σύνολο του μαθητικού πληθυσμού.

Συμπεράσματα-εφαρμογές

Συνοψίζοντας, στα πλαίσια της παρούσας μελέτης τα παιδιά με ΕΕΑ είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη θυματοποίηση και στον εκφοβισμό, σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Η χώρα γέννησης του παιδιού και η βαθμολογία των παιδιών στην διάσταση «Προβλήματα Διαγωγής» σχετίζονταν ανεξάρτητα με τη διάσταση θυματοποίηση. Η ομάδα και η μητρική γλώσσα των παιδιών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση Εκφοβισμός. Η ανάπτυξη και η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας και παρεμβάσεων κατά του σχολικού εκφοβισμού θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ιδιαίτερη ευαλωτότητα των μαθητών με ΕΕΑ.

Bullying and the mental health of schoolchildren with special educational needs in primary education

A. Dasioti,¹ G. Kolaitis²

¹"Mental Health Promotion-Prevention of Psychiatric Disorders", School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens,

²Department of Child Psychiatry, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, "Aghia Sophia" Children's Hospital, Athens, Greece

The purpose of this study was to investigate the relationship between bullying and mental Health in schoolchildren with special educational needs (SEN). Random sampling was used to select two groups of children aged 11-12 years, attending the fifth and sixth grades of primary school and integration classes in urban and rural locations in Greece. The final sample comprised a group of 80 children with SEN and a control group of 81 children. The participants completed The Revised

Olweus Bullying Victim Questionnaire and The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). The children in the SEN group scored significantly higher on both the "Victimization" dimension and the "Intimidation" dimension of the Olweus questionnaire than the children in the control group. On the SDQ, the SEN group scored significantly higher overall, and in the dimensions "Emotional Symptoms", "Hyperactivity" and "Peer Problems", and significantly lower in the dimension "Pro-social Behavior", indicating more mental health problems in comparison to the children in the control group. In addition, significant correlation was demonstrated between the dimensions "Victimization" and "Intimidation" of the Olweus questionnaire and almost all the SDQ dimensions. Multifactorial linear regression analysis showed that the SDQ scores were independently associated with the Olweus dimensions "Victimization" and "Bullying". In addition, higher scores in emotional symptoms and conduct problems were associated with higher scores in the dimensions 'Victimization' and Intimidation'. Higher scores in "Victimization" were recorded by children with SEN, but also by those who had not been born in Greece. Children with SEN and those with conduct problems scored higher in the dimension "Bullying" than children whose native language was not Greek. In conclusion, this study showed that in the fifth and sixth grades of primary school, a group of schoolchildren with SEN reported higher levels than a control group of victimization and bullying. These findings suggest that there is a great need for raising the awareness of this situation among the school staff through the provision of special training. Mental health preventive and promotive programs can enable school staff to identify students who are at higher risk of becoming victims of bullying and victimization. It is also recommended that children with SEN should be taught coping strategies against school bullying in the classroom and the wider school community.

Key words: School bullying, victimization, special educational needs, mental health.

Βιβλιογραφία

1. Olweus D. Bullying at School: Basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry* 1994, 35:1171–1190, doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01229.x
2. Rigby K. *New perspectives on bullying* (ed) England. Jessica Kingsley publishers, 2002
3. Olweus D, Solberg ME. Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *J Aggress Behav* 2003, 29:239–268, doi: 10.1002/ab.10047
4. Espelage DL. Leveraging school-based research to inform bullying prevention and policy. *J Am Psychol* 2016, 71:768–775, doi: 10.1037/amp0000095
5. Venter E, Plessis E. Bullying in schools-The educator's role. *J Koers* 2012, 77:1–7, doi: 10.4102/koers.v77i1.34
6. World Health Organization. *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. World Health Organization, Geneva, 2002
7. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009, 373:68–81, doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7
8. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry* 2013, 70:419–426, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.504
9. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *Am J Psychiatry* 2014, 171:777–784, doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13.101401
10. Bradshaw CP, Sawyer AL, O'Brennan LM. Bullying and peer victimization at school: perceptual differences between students and school staff. *J Sch Psychol Rev* 2007, 36:361–382
11. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA* 2001, 285:2094–2100, doi: 10.1001/jama.285.16.2094
12. Spriggs AL, Iannotti RJ, Nansel TR, Haynie DL. Adolescent bullying involvement and perceived family, peer and school relations: commonalities and differences across race/ethnicity. *J Adolesc Health* 2007, 41:283–293, doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.04.009

13. Mayes SD, Calhoun SL, Baweja R, Mahr F. Maternal ratings of bullying and victimization: differences in frequencies between psychiatric diagnoses in a large sample of children. *J Psychol Rep Disabil Trauma* 2015, 116:710–722, doi: 10.2466/16.PR0.116k30w8
14. Chatziiona-Paradisioti A. Emotional and behavioral disorders that cause school bullying in children and teenagers aged 11-14 in Cyprus (dissertation). *National Archives of Doctoral Greece*, 2015, 1–320
15. Zablotsky B, Bradshaw CP, Anderson CM, Law P. Risk factors for bullying among children with autism spectrum disorders. *J Autism* 2014, 18:419–427, doi: 10.1177/1362361313477920
16. Christensen LL, Fraynt RJ, Neece CL, Baker BL. Bullying adolescents with intellectual disability. *J Ment Health Res Intellect Disabil* 2012, 5:49–65, doi: 10.1080/19315864.2011.637660
17. Berg KL, Shiu CS, Msall ME, Acharya K. Victimization and depression among youth with disabilities in the US child welfare system. *J Child: Care, Health Dev* 2015, 41:989–999, doi: 10.1111/cch.12233
18. Humphrey JL, Storch EA, Geffken GR. Peer victimization in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Health Care* 2007, 11:248–260, doi: 10.1177/1367493507079571
19. Andreou E, Didaskalou E, Vlachou A. Bully/victim problems among Greek pupils with special educational needs: associations with loneliness and self-efficacy for peer interactions. *J Res Special Educ Needs* 2015, 15:235–246, doi:10.1111/1471-3802.12028
20. Rose C, Espelage DL, Aragon SR, Elliott J. "Bullying and victimization among students in special education and general education curricula". *J Exceptionality Educ Int* 2011, 21:2–14
21. Blood G, Boyle MP, Blood IM, Nalesnik GR. Bullying in children who stutter: speech-language pathologists' perceptions and intervention strategies. *J Fluency Disord* 2010, 35:92–109, doi: 10.1016/j.jfludis.2010.03.003
22. Olweus D. *The revised Olweus bully/victim questionnaire*. Mimeo, Research Center for Health Promotion (HEMIL Center). University of Bergen, Norway, 1996
23. Breivik K, Olweus D. An item response theory analysis of the Olweus Bullying scale. *J Aggress Behav* 2014, 41:1–13, doi: 10.1002/ab.21571
24. Goodman R. The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric case-ness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry* 1999, 40:791–799
25. Giannakopoulos G, Tzavara KC, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Rotsika V, Tountas Y. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *J Ann Gen Psychiatry* 2009, 8:1–7, doi: 10.1186/1744-859X-8-20
26. Kokkiadis M, Kourkoutas H. Bullying/victimization, self-esteem and emotional difficulties in children with and without SEN. Department of Preschool Education. *Scient Yearbook* 2016, 9:89–128
27. Ttofi MM, Farrington DP, Lösel F, Loeber R. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Aggr* 2011, 3:63–73, doi: 10.1108/17596591111132873
28. Reiter S, Lapidot-Lefler N. Bullying among special education students with intellectual disabilities: differences in social adjustment and social skills. *J Am Assoc Intell Dev Dis* 2007, 45: 174–181, doi: 10.1352/1934-9556(2007)45[174:BASESW]2.0.CO;2
29. Berg KL, Shiu CS, Msall ME, Acharya K. Victimization and depression among youth with disabilities in the US child welfare system. *J Child: Care, Health Dev* 2015, 41:989–999, doi: 10.1111/cch.12233
30. Fekkes M, Frans IM, Pijpers A, Fredriks M, Vogels T, Verloove-Vanhorick SP. Do Bullied Children Get Ill, or Do Ill Children Get Bullied? A Prospective Cohort Study on the Relationship Between Bullying and Health-Related Symptoms. *J Pediatr* 2006, 117
31. Card NA, Isaacs J, Hodges EVE. Multiple contextual levels of risk for peer victimization: a review with implications for prevention and intervention efforts. In: Miller TW (ed) *School Violence and Primary Prevention*. Springer, New York, 2008:125–153, doi: 10.1007/978-0-387-77119-9_7
32. Macintosh K, Dissanayake C. Social skills and problem behaviours in school-aged children with high-functioning autism and Asperger's disorder. *J Autism Dev Disord* 2006, 36:1065–1076, doi:10.1007/s10803-006-0139-5
33. Wright MF. School bullying and students with intellectual disabilities, handbook of research on diagnosing. In: Gopalan, Rejani Thudalikunnil (ed) *Handbook of research on diagnosing, treating and managing intellectual disabilities*. India, 2016:1–496, doi:10.4018/978-1-5225-(X)89-6.ch003
34. Hoza B, Mrug S, Gerdes AC, Hinshaw SP, Bukowski WM, Gold JA, et al. "What Aspects of Peer relationships Are Impaired in Children with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder?". *J Consult Clin Psychol* 2005, 73: 411–423, doi: 10.1037/0022-006X.73.3.411
35. Houndoumadi H, Pateraki L, Doanidou M. *Violence in schools: the response in Europe* (ed) Peter K Smith, London, England, 2003:169–183
36. Cobia DC, Carney JS. Creating a culture of tolerance in schools: Everyday actions to prevent hate-motivated violent incidents. *J Sch Violence* 2002, 1:87–104
37. Pagani C, Robustelli F, Martinelli C. School, cultural diversity, multiculturalism and contact. *J Intercult Educ* 2011, 22:337–349, doi: 10.1080/14675986.2011.617427
38. Psalti A, Konstantinou K. The phenomenon of bullying in secondary schools: The influence of gender and ethnicity - of cultural origin. *Psychology* 2007, 14:329–345

39. Larochette AC, Murphy AN, Craig WM. Racial bullying and victimization in Canadian school aged children individual and school level effects. *J Sch Psychol Inter* 2010, 31:389–408
40. Boulton MJ. Patterns of bully/victim problems in mixed race groups of children. *J Soc Dev* 1995, 4:277–293, doi: 10.1111/j. 1467-9507.1995.tb00066.x
41. Eslea M, Mukhtar K. Bullying and racism among Asian schoolchildren in Britain. *J Educ Res* 2000, 42:207–217, doi: 10.1080/001318800363845
42. Mckenney KS, Pepler D, Craig WM, Connolly J. Peer victimization and psychosocial adjustment: The experiences of Canadian immigrant youth. *Electron J Res Educ Psychol* 2006, 9:230–264
43. Fandrem H, Strohmeier D, Roland E. Bullying and victimization among Native and immigrant adolescents in Norway: the role of proactive and reactive aggressiveness. *J Early Adolesc* 2009, 29:898–923, doi: 10.1177/0272431609332935
44. Hanish LD, Guerra NG. The roles of ethnicity and school context in predicting children's victimization by peers. *Am J Community Psychol* 2000, 28:201–223, doi: 10.1023/A:1005187201519
45. Strohmeier D, Spiel C. Immigrant children in Austria: Aggressive behavior and friendship patterns in multicultural school classes. *J Appl Sch Psychol* 2003, 19:99–116, doi: 10.1300/J008 v19n02_07
46. Strohmeier D, Spiel C, Gradinger P. Social relationships in multicultural schools: Bullying and victimization. *Eur J Dev Psychol* 2008, 5:262–285, doi: 10.1080/1740 5620 701556664

Αλληλογραφία: Α. Ντασιώτη, Καζαντζάκη 17, 157 72 Ζωγράφου, Αθήνα, e-mail: athina_das@hotmail.com

Ερευνητική εργασία Research article

Η σχέση της εξάρτησης από το διαδίκτυο με την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Ε. Σουλιώτη, Β. Σταυρόπουλος, Σ. Χρηστίδη,
Υ. Παπαστεφάνου, Π. Ρούσσος

*Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω, Τμήμα Προβληματικής Χρήσης Διαδικτύου (Ενηλίκων),
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα*

Ψυχιατρική 2018, 29:160–171

Το διαδίκτυο δεν διαθέτει καμία εγγενή εθιστική ιδιότητα, παρόλα αυτά έχει την ικανότητα να διεγείρει τις αισθήσεις του χρήστη προκαλώντας ποικίλα υποκειμενικά βιώματα και εμπειρίες, οι οποίες ενδέχεται να είναι θετικές (προαγωγή της εκπαίδευσης) ή αρνητικές (εξάρτηση). Πολλοί είναι εκείνοι που επιλέγουν να επενδύσουν στον εικονικό κόσμο του διαδικτύου αποσύροντας την επένδυση από τη διά ζώσης επικοινωνία, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η σύνδεση στο διαδίκτυο συνεπάγεται αποσύνδεση από την πραγματική ζωή, καθώς το άτομο απομονώνεται από τους γύρω του και ζει σε ένα εικονικό περιβάλλον. Υπό αυτές τις συνθήκες η υπέρμετρη χρήση του διαδικτύου ενδέχεται να οδηγήσει σε εξάρτηση. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην εξάρτηση από το διαδίκτυο και την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία του χρήστη. Στην έρευνα συμμετείχαν 203 άτομα ηλικίας 17 έως 58 ετών (ΜΟ=26,03, Τ.Α.=7,92), τα οποία απευθύνθηκαν στο Τμήμα Προβληματικής Χρήσης Διαδικτύου της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω, ΨΝΑ, προκειμένου να λάβουν εξειδικευμένη βοήθεια για την εξάρτηση από το διαδίκτυο. Ο καθορισμός του βαθμού εξάρτησης αναφορικά με τη χρήση του διαδικτύου πραγματοποιήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου εξάρτησης από το διαδίκτυο (Internet Addiction Test-IAT), ενώ για την εκτίμηση της αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας χορηγήθηκε η αναθεωρημένη κλίμακα ενενήντα συμπτωμάτων (SCL-90-R). Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας κατέδειξε ότι μεταξύ των δύο φύλων δεν παρατηρείται διαφορά ως προς την ένταση εξάρτησης από το διαδίκτυο. Οι μικρότεροι σε ηλικία χρήστες έχουν περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης εξαρτητικών συμπεριφορών σε σχέση με τη χρήση του διαδικτύου, χωρίς ωστόσο η σχέση αυτή να είναι στατιστικά σημαντική. Τέλος, σε ό,τι αφορά στη σχέση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και εξάρτη-

σης από το διαδίκτυο, η αγχώδης συμπτωματολογία παρουσιάζει στατιστικά σημαντική χαμηλή θετική συσχέτιση με τον γενικό βαθμό της εξάρτησης από το διαδίκτυο και βρέθηκε να προβλέπει στην ανάλυση παλινδρόμησης την εξάρτηση από το διαδίκτυο, ενώ αν και θετική η σχέση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική, με τις γυναίκες, ωστόσο που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία να είναι περισσότερο ευάλωτες στην εξάρτηση από το διαδίκτυο από τους άνδρες (που αιτήθηκαν θεραπεία). Η διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και διαφορετικών ηλικιακών ομάδων συμβάλλει στον σχεδιασμό κατάλληλων προληπτικών και θεραπευτικών προγραμμάτων, ενώ η μελέτη της σχέσης μεταξύ εξάρτησης και άλλων ψυχικών/ψυχιατρικών διαταραχών συμβάλλει στην κατανόηση των μηχανισμών που διέπουν την εκδήλωση, διατήρηση και εξέλιξη της εξάρτησης από το εν λόγω μέσο καθιστώντας δυνατή την πληρέστερη εκτίμηση και αντιμετώπιση των συννοσηρών διαταραχών προλαμβάνοντας με τον τρόπο αυτόν την αρνητική επίδραση που ασκούν στην πρόγνωση της εξάρτησης.

Λέξεις ευρετηρίου: Εξάρτηση από το διαδίκτυο, ψυχοπαθολογία, αγχώδης συμπτωματολογία, καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Εισαγωγή

Η απορρόφηση από τον εικονικό κόσμο συνιστά έναν τρόπο απόδρασης από την ευαλωτότητα και τα αρνητικά συναισθήματα που συνδέονται με ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη¹⁻² και συνεπάγεται δυνητικά συμπεριφορικά προβλήματα³ και συμπτώματα πολλές φορές παρόμοια με εκείνα που συναντώνται στην αγχώδη και καταθλιπτική διαταραχή.⁴⁻⁵ Στο πλαίσιο αυτής της συλλογιστικής αξίζει να σημειωθεί η ψυχοτρόπος δράση των εξαρτητικών συμπεριφορών, στις οποίες έχει προταθεί να συμπεριληφθεί η εξάρτηση από το διαδίκτυο.⁶⁻⁹ Συγκεκριμένα, η διεθνής βιβλιογραφία φαίνεται να συμφωνεί διαχρονικά στο ότι η ανάγκη του ατόμου να τροποποιήσει, να μεταβάλλει, και κατ'επέκταση να ελέγξει μια πιθανά αρνητική συναισθηματική του κατάσταση είναι παράγοντας τόσο προδιαθεσικός (π.χ. χρόνιες διαταραχές της διάθεσης που κάνουν το άτομο ευάλωτο στις εξαρτήσεις) και πυροδοτικός (π.χ. έντονη κλιμάκωση αρνητικών συναισθημάτων πριν την ενεργοποίηση μιας εξαρτητικής συμπεριφοράς), όσο και παράγοντας συντήρησης (π.χ. η επίτευξη θετικών ή έστω λιγότερο αρνητικών συναισθημάτων μέσω μιας εξαρτητικής συμπεριφοράς που ενθαρρύνουν στην επανάληψή της) εξαρτητικών συμπεριφορών. Επακόλουθα, η εξάρτηση από το διαδίκτυο έχει επανειλημμένα προσδιοριστεί ως δευτερογενές σύμπτωμα (ή ως «η προβληματική λύση ενός άλλου προβλήματος», ή ως «το πρόσωπο του προβλήματος») που τείνει να ακολουθεί συμπτώματα

που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα κυρίως με δυσφορικά συναισθήματα, όπως οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές.¹⁰ Η συλλογιστική αυτή οδήγησε τη συγκεκριμένη μελέτη να δώσει μεγαλύτερη έμφαση/προτεραιότητα στη μελέτη της σχέσης εξάρτησης από το διαδίκτυο με την καταθλιπτική και την αγχώδη συμπτωματολογία, σε ένα κλινικό δείγμα ατόμων που αιτήθηκαν θεραπεία στο Τμήμα Προβληματικής Χρήσης Διαδικτύου της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Ενδιαφέρον είναι ίσως ότι στην πέμπτη έκδοση του DSM, η διαταραχή της εξάρτησης από τα διαδικτυακά παιχνίδια, η οποία έχει οριστεί ως υπότυπος της εξάρτησης από το διαδίκτυο, συμπεριλαμβάνεται στο τρίτο μέρος ως κλινική οντότητα που απαιτεί περαιτέρω κλινική έρευνα προτού θεωρηθεί επισήμως διαταραχή.¹¹⁻¹² Συνεπώς, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη για έναν πιο σαφή εννοιολογικό ορισμό, διαγνωστικά κριτήρια και ψυχομετρικά εργαλεία, ώστε να επιτραπεί ο σχεδιασμός κατάλληλων προληπτικών και θεραπευτικών μεθόδων.

Ο επιπολασμός στα παιδιά και τους εφήβους κυμαίνεται μεταξύ 1,6% και 36,7% και η ασυνέπεια των δεδομένων, έχει εν μέρει αποδοθεί στη χρήση διαφορετικών ψυχομετρικών εργαλείων για την εκτίμηση της εξάρτησης από το διαδίκτυο, στο διαφορετικό σημείο αποκοπής που επιλέγεται από τον εκάστοτε ερευνητή και στον ερευνητικό σχεδιασμό.¹³⁻¹⁴ Στην Ελλάδα το ποσοστό των παιδιών ηλικίας 12-18 ετών που εμφανίζουν εξάρτηση από το διαδίκτυο ανέρχεται σε 8,2%,¹⁵ ενώ για τον φοιτητικό πληθυσμό

ηλικίας 18–26 φτάνει το 11,6%.¹⁶ Σε άλλη μελέτη με συμμετέχοντες εφήβους (ΜΟ 15,8 ετών) το ποσοστό υπολογίζεται στο 1%.¹⁷ Όσον αφορά στο φύλο ορισμένες έρευνες εντοπίζουν διαφορά ως προς την επικράτηση με τους άνδρες να εμφανίζουν συχνότερα εξάρτηση,^{16,18–19} ενώ άλλες αναφέρουν παρόμοια ποσοστά και για τα δύο φύλα.^{19–22}

Οι νέοι άνδρες με χαμηλή κοινωνικότητα και αυτοεκτίμηση εκδηλώνουν συχνότερα εξάρτηση από το διαδίκτυο,^{23–25} ενώ ομάδα υψηλού κινδύνου φαίνεται να αποτελούν κυρίως οι έφηβοι και οι φοιτητές.²⁶ Οι άνδρες είναι συχνότεροι χρήστες των διαδικτυακών παιχνιδιών σε σύγκριση με τις γυναίκες, εύρημα το οποίο πιθανώς οφείλεται σε νευρολογικές και κοινωνικο-ποιοτικές διαδικασίες (η επιθετικότητα που είναι συχνά συνυφασμένη με τη χρήση διαδικτυακών παιχνιδιών είναι περισσότερο κοινωνικά αποδεκτή για τους άνδρες τόσο διαδικτυακά όσο και μη διαδικτυακά),²⁷ που ωθούν τους πρώτους σε επαναλαμβανόμενη ενασχόληση με αυτού του είδους τα παιχνίδια.²³

Σε σχέση με πιο επιδερμικές-πρωτοπαθείς ψυχικές διαταραχές το 52% των ατόμων με εξάρτηση από το διαδίκτυο πληροί τα κριτήρια για μία τουλάχιστον διαταραχή προσωπικότητας, ενώ το 86% εκδηλώνει συννοσηρότητα με κάποια άλλη διαταραχή γενικότερα.²⁸ Η πλειονότητα των συμμετεχόντων πληροί τα κριτήρια για τουλάχιστον μια διαταραχή στον Άξονα Ι (συχνότερες οι διαταραχές της διάθεσης και οι αγχώδεις)^{5,29} ή τον Άξονα ΙΙ.³⁰ Μάλιστα, η ψυχοπαθολογία που εμφανίζεται παράλληλα μπορεί να επιδεινώσει τη συμπτωματολογία της εξάρτησης ανεξάρτητα από τη δομή της προσωπικότητας του χρήστη.²⁹ Επισημαίνεται, ωστόσο, ότι η σχέση μεταξύ συμπεριφορών εξάρτησης από το διαδίκτυο και συννοσηρών μορφών ψυχοπαθολογίας έχει προσδιοριστεί ως μια δυναμική σχέση κυκλικής αιτιότητας (π.χ. η εξάρτηση από το διαδίκτυο αναπτύσσεται ως συμπεριφορά ελέγχου των δυσφορικών συναισθημάτων που απορρέουν από άλλες ψυχικές διαταραχές-δυσλειτουργίες, τις οποίες σε βάθος χρόνου φαίνεται να επιδεινώνει).⁶

Αντίστοιχα, σε σχέση με διαταραχές σχετιζόμενες με δυσφορικό συναίσθημα, εντοπίζεται συννοσηρότητα μεταξύ εξάρτησης από το διαδίκτυο και καταθλιπτικής ή αγχώδους συμπτωματολογίας²² και φαίνεται ότι οι χρήστες με εξάρτηση παρουσιάζουν

κοινά γενετικά χαρακτηριστικά και στοιχεία προσωπικότητας με τους καταθλιπτικούς ασθενείς.³¹ Οι εξαρτημένοι χρήστες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων, χωρίς ωστόσο να διευκρινίζεται κατά πόσο η κατάθλιψη προηγείται ή συνιστά συνέπεια της εξάρτησης.^{2,32–33} Ειδικότερα στην περίπτωση των ανδρών εντοπίζεται συσχέτιση της καταθλιπτικής διαταραχής με την εξάρτηση,³³ όπου ο χρήστης επιδιώκει τη διαφυγή από τις δυσκολίες της πραγματικότητας μέσω της διαδικτυακής δραστηριότητας,³⁴ αφού η χρήση του μέσου παρέχει άμβλυνση του δυσφορικού συναισθήματος και αποφυγή των προβλημάτων με τρόπο παρόμοιο με εκείνο της χρήσης ουσιών, αλκοόλ, φαγητού ή χαρτοπαιξίας/τζόγου.³

Πιθανώς η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο φόβος απόρριψης, η ανάγκη αποδοχής και τα πτωχά κίνητρα που συνδέονται με την κατάθλιψη οδηγούν το άτομο σε υπερβολική χρήση του διαδικτύου.² Σε διαφορετικό συμπέρασμα καταλήγουν άλλοι ερευνητές, οι οποίοι δεν εντοπίζουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και εξάρτησης.^{21,35} Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη συνιστά προδιαθεσικό παράγοντα για την εκδήλωση εξάρτησης από το διαδίκτυο,^{3,20,24,33,36} ενώ οι Kraut et al⁴ καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη δεν μπορεί να λειτουργήσει ως προβλεπτικός παράγοντας.

Κατά τη χρήση του διαδικτύου κάποιοι παράγοντες (όπως η φυσική παρουσία του άλλου) που ενισχύουν το κοινωνικό άγχος απουσιάζουν. Συνεπώς, άτομα με κοινωνικό άγχος είναι πιθανό να στραφούν στη χρήση του διαδικτύου ως μέσο ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων. Εν τη απουσία των στοιχείων εκείνων που προκαλούν άγχος κατά την πραγματική επαφή η διαμόρφωση και διατήρηση σχέσεων μέσω του διαδικτύου φαντάζει ευκολότερη. Η ανάπτυξη στενών διαπροσωπικών σχέσεων στον εικονικό κόσμο βελτιώνει την αυτοπεποίθηση και ευνοεί τη δοκιμή των κοινωνικών δεξιοτήτων στον πραγματικό κόσμο.³⁷ Η διεθνής ωστόσο βιβλιογραφία φαίνεται να συγκλίνει στο αντίθετο συμπέρασμα για την πλειοψηφία των ατόμων που κάνουν υπερβολική χρήση του διαδικτύου. Στο πλαίσιο αυτό έχει διεθνώς επικρατήσει η χρήση του όρου «Διαδικτυακό Παράδοξο» που περιγράφει την αντίφαση της κατάχρησης υπηρεσιών επικοινωνίας που καταλήγουν ωστόσο να απομο-

ώνουν τους χρήστες στην εκτός διαδικτύου ζωή τους.³⁸

Σε αυτό το πλαίσιο δεν εκπλήσσει το ότι οι εξαρτημένοι χρήστες εμφανίζουν υψηλά επίπεδα κοινωνικού άγχους σε αντίθεση με εκείνους που προβαίνουν σε ελεγχόμενη χρήση, πιθανώς λόγω της δυνατότητας κοινωνικής αλληλεπίδρασης, χωρίς να απαιτείται η παρουσία του άλλου, συνθήκη η οποία βιώνεται δυσφορικά από τα άτομα με κοινωνικό άγχος.^{39,42} Το έντονο άγχος δυσχεραίνει την επικοινωνία και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις του ατόμου καθιστώντας το ευάλωτο στις αρνητικές επιδράσεις της υπερβολικής χρήσης του διαδικτύου. Δεδομένης της ψυχοκοινωνικής έκπτωσης που επιφέρει η υπερβολική χρήση του διαδικτύου, η εξάρτηση είναι πιθανό να επιδεινώνει το άγχος του χρήστη. Σύμφωνα με κάποιες έρευνες, όσο υψηλότερη είναι η τιμή του συμμετέχοντα στην κλίμακα της εξάρτησης, τόσο υψηλότερη είναι και στην κλίμακα άγχους,³⁶ ενώ άλλες δεν εντοπίζουν συσχέτιση.⁴⁰ Πρόσφατη έρευνα σε Ελληνικά διαχρονικά δεδομένα εφήβων (μη κλινικό δείγμα) έδειξε ότι η αγχώδης συμπτωματολογία όχι μόνο προβλέπει τον βαθμό εκδήλωσης συμπεριφορών χρήσης του διαδικτύου, αλλά και έχει σταθερά προβλεπτικό ρόλο κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης.⁷

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εξάρτησης από το διαδίκτυο και αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η επιλογή της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας (κλινικό δείγμα ενήλικου πληθυσμού) έγινε κατόπιν βιβλιογραφικής ανασκόπησης και εφόσον στην πλειονότητα των ερευνών που μελετούν την εξάρτηση από το διαδίκτυο σε συνάρτηση με την κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, το δείγμα αφορά κυρίως σε παιδιά και εφήβους στην κοινότητα (μη κλινικά δείγματα).^{21,25,41}

Τα ερωτήματα που διερευνώνται είναι τα εξής:

1. Η ένταση των συμπτωμάτων εξάρτησης από το διαδίκτυο (μεταξύ θεραπευόμενων) διαφοροποιείται από το φύλο;
2. Η ηλικία του θεραπευόμενου σχετίζεται με την ένταση των συμπτωμάτων της εξάρτησης από το διαδίκτυο;
3. Σε ποιο βαθμό τα συμπτώματα εξάρτησης από το διαδίκτυο σχετίζονται με συμπτώματα ψυχοπαθολογίας (αγχώδους και καταθλιπτικής);

4. Επηρεάζεται ο βαθμός εξάρτησης από το διαδίκτυο από τη βαρύτητα της αγχώδους ή καταθλιπτικής συμπτωματολογίας του θεραπευόμενου;

Υλικό και μέθοδος

Συνολικά συμμετείχαν 203 άτομα ηλικίας 17–58 ετών (ΜΟ=26,03, ΤΑ=7,92) εκ των οποίων οι 179 ήταν άνδρες και οι υπόλοιπες 24 γυναίκες. Η διάρκεια χρήσης του διαδικτύου, κυμαίνεται από ένα έως 20 έτη με ΜΟ=7,9 και ΤΑ=4,1 έτη (πίνακας 1).

Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων: Λήψη βασικών δημογραφικών στοιχείων και πληροφοριών αναφορικά με τη χρήση του διαδικτύου (διάρκεια χρήσης, εφαρμογές και υπηρεσίες προτίμησης).

Ερωτηματολόγιο Εξάρτησης από το Διαδίκτυο Internet Addiction Test (IAT):³ Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για εφήβους και ενήλικους, το οποίο σχεδιάστηκε κατόπιν προσαρμογής των κριτηρίων του DSM-IV για την παθολογική χαρτοπαίξια προκειμένου να διερευνηθεί ο βαθμός επίδρασης της χρήσης του διαδικτύου στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Έχει προσαρμοστεί στα Ελληνικά κατόπιν διπλής μετάφρασης και συναπαρτίζεται από 20 ερωτήσεις (οκτώ αφορούν στα συμπτώματα της εξάρτησης, δώδεκα στις αρνητικές συνέπειες της χρήσης). Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert και η τελική τιμή προκύπτει από άθροιση των βαθμών των επιμέρους ερωτήσεων. Πρόκειται για έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο με καλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha=0,93$), τα κατώφλια του οποίου αν και έχουν προσδιοριστεί για Έλληνες εφήβους, δεν έχουν σταθμιστεί σε ενήλικο Ελληνικό πληθυσμό.^{42–43}

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R):⁴⁴ Κλίμακα αυτοαναφοράς για τη σφαιρική αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας του εξεταζόμενου αποτελούμενη από 90 ερωτήματα, τα οποία αφορούν σε προβλήματα και συμπτώματα ψυχοπαθολογίας που σχετίζονται με τις εξής εννέα διαστάσεις: Σωματοποίηση, Ψυχαναγκαστικότητα/Καταναγκαστικότητα, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Θυμός/Επιθετικότητα, Φοβικό άγχος, Παρανοειδής Ιδεασμός, Ψυχωτισμός. Εξάγονται τρεις επιπλέον δείκτες: Ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ), που αφορά στον αριθμό των συμπτωμάτων που εκδηλώνει ο συμμετέχων και την

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά δείγματος

		Φύλο		Συνολικό	
		Γυναίκα	Άνδρας		
	Γυμνάσιο	n	1	8	9
		(%) Συνολικού	0,6%	4,7%	5,2%
	Λύκειο	n	11	86	97
		(%) Συνολικού	6,4%	50,0%	56,4%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΙΕΚ/Κολέγιο	n	5	14	19
		(%) Συνολικού	2,9%	8,1%	11,0%
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	n	3	34	37
		(%) Συνολικού	1,7%	19,8%	21,5%
	Μεταπτυχιακά	n	1	9	10
		(%) Συνολικού	0,6%	5,2%	5,8%
Συνολικό		nN	21	151	172
		(%) Συνολικού	12,2%	87,8%	100,0%
Ηλικία		ΜΟ=27,9 ΤΑ=10,55	ΜΟ=25,77 ΤΑ=7,48	ΜΟ=26,02 ΤΑ=7,90	
Έτη Χρήσης Διαδικτύου		ΜΟ=5,37 ΤΑ=3,47	ΜΟ=8,32 ΤΑ=4,11	ΜΟ=7,93 ΤΑ=4,15	

ένταση της ενόχλησης που προκύπτει από αυτά, το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ), που παρέχει πληροφορίες αποκλειστικά και μόνο για τον αριθμό των συμπτωμάτων που εκδηλώνονται και ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ), που αναφέρεται στην ένταση μόνο της ενόχλησης που προκαλείται από τα συμπτώματα. Οι απαντήσεις σημειώνονται σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί στον Ελληνικό πληθυσμό.⁴⁵ Χαρακτηρίζεται από ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου, ενώ διαπιστώνεται ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα με τις υποκλίμακες να εμφανίζουν σημαντικές συσχετίσεις με συναφείς υποκλίμακες του MMPI.⁴⁶

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Προβληματικής Χρήσης Διαδικτύου της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής) κατόπιν άδειας του Τμήματος Έρευνας, Τεκμηρίωσης και Εκπαίδευσης και η χορήγηση των

ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τους ειδικούς ψυχικής υγείας του τμήματος. Αφού γινόταν η ενημέρωση για τους σκοπούς της έρευνας, από κάθε συμμετέχοντα χορηγήθηκε έγγραφη συναίνεση, εφόσον του καθίστατο σαφές ότι θα τηρηθεί ανωνυμία και ότι η συμμετοχή του είναι εθελοντική.

Στατιστική ανάλυση

Αρχικά υπολογίστηκαν περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες που αφορούν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο t-test για ανεξάρτητα δείγματα για τον έλεγχο της επίδρασης του φύλου στην ένταση των συμπτωμάτων της εξάρτησης από το διαδίκτυο. Κατόπιν, εφαρμόστηκε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης με μεταβλητές την εξάρτηση από το διαδίκτυο και την ηλικία των συμμετεχόντων. Στη συνέχεια, και αφού εξετάστηκε ο πίνακας συσχετίσεων του βαθμού εξάρτησης από το διαδίκτυο με την αγ-

χώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία, εισήχθησαν οι ανεξάρτητες μεταβλητές άγχος και κατάθλιψη σε ξεχωριστά στατιστικά μοντέλα ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος πολυσυγγραμικότητας. Τέλος, διενεργήθηκε ανάλυση μετριασμού-αλληλεπίδρασης (moderation) βάσει της μεθοδολογίας που έχει προταθεί από τον Hayes προκειμένου να ελεγχθεί αν και κατά πόσο το φύλο αλληλεπιδρά με την κατάθλιψη ως προς την εξάρτηση από το διαδίκτυο. Σε όλες τις αναλύσεις έγινε χρήση της τεχνικής ανασχηματισμού δειγμάτων "bootstrapping" στον ελάχιστο συνιστώμενο βαθμό των 1000 δειγμάτων που διασφαλίζει την ορθότητα των αποτελεσμάτων από την απόκλιση των κατανομών των μεταβλητών από την κανονική κατανομή εξαιτίας της χρήσης κλινικού δείγματος.⁴⁷ Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού SPSS 16.

Αποτελέσματα

Από τη σύγκριση του μέσου όρου ανδρών και γυναικών, όσον αφορά στην ένταση της συμπτωματολογίας, η διαφορά μεταξύ τους δεν είναι στατιστικά σημαντική [$t(173)=1,03$, $p=0,270$] (πίνακας 2).

Αναφορικά με την ηλικία, η συσχέτιση που παρουσιάζει με την εξάρτηση από το διαδίκτυο υπολογίζεται μηδενική και συγκεκριμένα ο συντελεστής συσχέτισης ισούται με 0,06, επομένως δεν είναι δυνατόν η ηλικία των θεραπευομένων να λειτουργήσει ως προβλεπτική μεταβλητή για την ένταση της συμπτωματολογίας της εξάρτησης από το διαδίκτυο.

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και εξάρτησης, σε πρώτη φάση εξετάστηκε ο πίνακας συσχετίσεων του βαθμού εξάρτησης από το διαδίκτυο με τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (πίνακας 3).

Από τον υπολογισμό των συσχετίσεων φάνηκε ότι το άγχος παρουσιάζει στατιστικά σημαντική χαμηλή

Πίνακας 2. Φύλο και ένταση των συμπτωμάτων εξάρτησης από το διαδίκτυο.

	Φύλο	n	ΜΟ	ΤΑ
IAT-Συνολικό	Γυναίκα	19	51,1	14,7
	Άνδρας	156	46,5	18,7

Ερωτηματολόγιο Εξάρτησης από το Διαδίκτυο (IAT)

Πίνακας 3. Συσχέτιση του βαθμού εξάρτησης από το διαδίκτυο με την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας (αγχώδης και καταθλιπτική).

	Κατάθλιψη	Άγχος	IAT-Συνολικό
Κατάθλιψη		0,07	0,12
Άγχος			0,30*
IAT-Συνολικό			

* $p<0,01$

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90-R), υποκλίμακες Κατάθλιψης και Άγχους

Ερωτηματολόγιο Εξάρτησης από το Διαδίκτυο (IAT)

θετική συσχέτιση με τον γενικό βαθμό της εξάρτησης από το διαδίκτυο σε αντίθεση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπου η συσχέτιση δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Η στατιστικά σημαντική σχέση άγχους και βαθμού εξάρτησης από το διαδίκτυο επιβεβαιώνεται και από την ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης που ακολούθησε.

Όσον αφορά στην αγχώδη συμπτωματολογία, ο συντελεστής συσχέτισης είναι ίσος με 0,30 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 ίσος με 0,09. Δηλαδή, το 9% της διακύμανσης της εξαρτητικής χρήσης του διαδικτύου μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση του άγχους. Η κλίση της γραμμής παλινδρόμησης, είναι σημαντικά διαφορετική του μηδενός [$F(1, 151)=14,50$, $p<0,001$]. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώνεται ότι το άγχος ($\beta=0,30$, $t=3,81$, $p<0,01$) συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής (πίνακας 4).

Τέλος, διαπιστώνεται ότι η κατάθλιψη δεν είναι δυνατόν να λειτουργήσει ως μεταβλητή πρόβλεψης του βαθμού εξάρτησης από το διαδίκτυο. Η γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή την καταθλιπτική συμπτωματολογία και εξαρτημένη

Πίνακας 4. Ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη του βαθμού εξάρτησης από το διαδίκτυο από την αγχώδη συμπτωματολογία των χρηστών.

Προβλεπτικός παράγοντας	B	SE B	β
Άγχος	6,70	1,76	0,30*

* $p<0,001$ $R^2=0,09$ Προσαρμοσμένο $R^2=0,08$

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90-R), υποκλίμακα Άγχους

τον βαθμό εξάρτησης από το διαδίκτυο παρουσίασε μια στατιστικά ασήμαντη κλίση γραμμικής παλινδρόμησης [$F(1, 151)=2,19, p=0,141$] που εξηγούσε μόνο το 1,4% της διακύμανσης των συμπεριφορών εξάρτησης από το διαδίκτυο ($R^2=0,014$). Κάθε μία μονάδα μεταβολής των καταθλιπτικών συμπτωμάτων συνδεόταν με μια στατιστικά ασήμαντη μεταβολή του δείκτη συμπτωμάτων της εξάρτησης από το διαδίκτυο της τάξης των 0,67 βαθμών/μονάδων σε μια κλίμακα μέτρησης με εύρος από 0 έως 100 ($b=0,67, p=0,141$).

Η κατάθλιψη χρησιμοποιήθηκε ως μεταβλητή πρόβλεψης, παρόλο που δεν υπήρχε συσχέτιση αρχικά, δεδομένου ότι τόσο η θεωρία όσο και προηγούμενες έρευνες που διενεργήθηκαν σε κοινοτικά δείγματα υποστηρίζουν την ύπαρξη σχέσης.

Προκειμένου να διερευνηθεί πιθανή διαφοροποίηση της σχέσης μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και εξάρτησης από το διαδίκτυο με βάση το φύλο των συμμετεχόντων ακολουθήθηκε η μέθοδος ανάλυσης «μετριασμού» ή «αλληλεπίδρασης». Το μοντέλο που υπολογίστηκε εξέτασε τη μετριαστική επίδραση του φύλου στη σχέση μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (ανεξάρτητη μεταβλητή) και εξάρτησης από το διαδίκτυο (εξαρτημένη μεταβλητή). Η εξίσωση που υπολογίστηκε ήταν η ακόλουθη:

$$\begin{aligned} & \text{Συμπτωματολογία εξάρτησης από το διαδίκτυο} \\ & = a + b_1 \text{Καταθλιπτική συμπτωματολογία} + \\ & b_2 \text{Φύλο} + b_3 [\text{Καταθλιπτική συμπτωματολογία} \\ & \times \text{Φύλο}] + \text{στατιστικό σφάλμα} \end{aligned}$$

Τα ευρήματα έδειξαν ότι το μοντέλο συνολικά εξηγούσε το 4% της διακύμανσης των συμπεριφορών της εξάρτησης από το διαδίκτυο. Η κλίση της γραμμικής παλινδρόμησης για το μοντέλο συνολικά ήταν στατιστικά ασήμαντη [$F(3, 142)=2,12, p=0,1004$]. Η αξιολόγηση του συντελεστή αλληλεπίδρασης έδειξε ότι το φύλο, και συγκεκριμένα οι γυναίκες, αλληλεπιδρά/αυξάνει στατιστικά σημαντικά την επίδραση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στις συμπεριφορές εξάρτησης από το διαδίκτυο ($b=10,17, t=2,02, p=0,046$). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι όταν ένα άτομο (από τους συμμετέχοντες) είναι γυναίκα και ταυτόχρονα παρουσιάζει έναν βαθμό περισσότερο (από τον μέσον όρο των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα) στις συμπεριφορές κατάθλιψης, τότε οι συμπεριφορές εξάρτησης από το διαδίκτυο αυξάνονται κατά 10,17 μονάδες.

Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρείται διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ως προς την ένταση της συμπτωματολογίας της εξάρτησης από το διαδίκτυο. Προγενέστερες μελέτες εστιάζουν κυρίως στη διαφορά ως προς τη συχνότητα και όχι την ένταση με ορισμένες να εντοπίζουν υψηλότερη συχνότητα στον ανδρικό πληθυσμό,^{16,18,19} ενώ άλλες παρόμοια και για τα δύο φύλα.¹⁹⁻²¹

Το δείγμα της έρευνας συνίστατο από θεραπευόμενους που απευθύνθηκαν στον φορέα για την αντιμετώπιση του προβλήματός τους. Συνεπώς, πρόκειται για πληθυσμό που είναι ήδη κινητοποιημένος να εμπλακεί σε κάποια μορφή θεραπείας. Το εν λόγω χαρακτηριστικό πιθανώς να δικαιολογεί την απουσία διαφοράς ανάμεσα στα δύο φύλα (μεταξύ θεραπευόμενων) ως προς την ένταση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την εξάρτηση από το διαδίκτυο, εφόσον στον γενικό πληθυσμό εντοπίζεται διαφοροποίηση.

Όσον αφορά στην ηλικία δεν φαίνεται να επιδρά στην εξάρτηση από το διαδίκτυο. Το εν λόγω εύρημα συμφωνεί με προγενέστερη μελέτη των Poli και Agrimi,⁴⁸ οι οποίοι κατά τη διερεύνηση της επικράτησης της εξάρτησης από το διαδίκτυο σε δείγμα 2.533 ατόμων δεν εντοπίζουν, επίσης, στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία.

Η απουσία διαφοράς ως προς το φύλο και την ηλικία σε σχέση με την εξάρτηση από το διαδίκτυο καταδεικνύει ότι στη σύγχρονη εποχή η εν λόγω διαταραχή πλήττει στον ίδιο βαθμό τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες ανεξαρτήτως ηλικίας. Αυτό είναι πιθανό να οφείλεται στην εύκολη πρόσβαση μέσω διαφόρων συσκευών και στην εξοικείωση του συνόλου, πλέον, του πληθυσμού με τη χρήση του διαδικτύου. Επιπρόσθετα, είναι πιθανό η απουσία διαφοράς να οφείλεται στη χρήση του συγκεκριμένου εργαλείου (IAT), σηματοδοτώντας την ανάγκη για τον σχεδιασμό και τη χρήση πιο εξελιγμένων και περισσότερο ευαίσθητων ψυχομετρικών εργαλείων που θα λαμβάνουν υπόψη τις εξελίξεις και την τρέχουσα πραγματικότητα.

Στην παρούσα μελέτη η αγχώδης συμπτωματολογία εμφανίζει συσχέτιση με την προβληματική χρήση του διαδικτύου και μπορεί να λειτουργήσει ως προβλεπτικός παράγοντας για την εξάρτηση. Σε

προγενέστερες μελέτες υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων με εξάρτηση πληρούσε τα κριτήρια για αγχώδη διαταραχή,^{5,29,36,39} ενώ όσο υψηλότερο είναι το σκορ στις κλίμακες αγχώδους συμπτωματολογίας, τόσο υψηλότερο είναι και στις κλίμακες που σχετίζονται με τον βαθμό εξάρτησης από το διαδίκτυο.^{36,39}

Μια ερμηνεία των παραπάνω ευρημάτων πιθανώς σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του εικονικού κόσμου, που τον διαφοροποιούν από τον πραγματικό, καθιστώντας τον λιγότερο απειλητικό ειδικότερα για άτομα με αγχώδη συμπτωματολογία. Απουσία κάποιων παραγόντων που συνδέονται και ενισχύουν το άγχος (όπως είναι η έκθεση του ατόμου και της πραγματικής του ταυτότητας ή η άμεση ανταπόκριση στις αντιδράσεις του άλλου στην περίπτωση που η επικοινωνία λαμβάνει χώρα πρόσωπο με πρόσωπο), καθιστούν το διαδίκτυο προβλέψιμο και μη επικριτικό επιτρέποντας την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων, χωρίς να απαιτείται η φυσική παρουσία του άλλου προστατεύοντας τον χρήστη από τη ματαίωση που συνεπάγεται η διά ζώσης επικοινωνία. Δεδομένου ότι το άγχος δυσχεραίνει την κοινωνική αλληλεπίδραση, το διαδίκτυο συνιστά μια εναλλακτική για την κάλυψη των αναγκών επικοινωνίας, την συναισθηματική έκφραση του πραγματικού εαυτού και την εξοικείωση με δεξιότητες σχετίζεσθαι.

Από την άλλη, είναι εξίσου πιθανό η ψυχοκοινωνική έκπτωση λόγω υπερβολικής χρήσης του διαδικτύου να επιδεινώνει την αγχώδη συμπτωματολογία, ειδικότερα στην περίπτωση των χρηστών με κοινωνικό άγχος, όταν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών πραγματοποιείται αποκλειστικά μέσω διαδικτύου.^{7,27} Οι ανεπάρκειες στο σχετίζεσθαι και η δυσκολία σύναψης σχέσεων ενδεχομένως βιώνονται ως αποτυχία πλήττοντας την αυτοεικόνα και ενισχύοντας την αγχώδη συμπτωματολογία.

Επιπρόσθετα, τα αγχώδη άτομα είναι πιθανό να χρησιμοποιούν το διαδίκτυο προκειμένου να αποφύγουν το άγχος και τις σκέψεις που το επιτείνουν επικεντρώνοντας την προσοχή τους στο ελκυστικό και ευχάριστο περιεχόμενο του διαδικτύου. Δεδομένου ότι η αποφυγή του προβλήματος/σκέψεων δεν συνιστά αντιμετώπιση, είναι πιθανό να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος ωθώντας το άτομο στην ολοένα και συχνότερη χρήση του διαδικτύου.⁶

Η απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και εξάρτησης από το διαδίκτυο έρχεται σε αντίθεση τόσο με τη θεωρία όσο και με τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών, οι οποίες υποστηρίζουν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών.^{2,3,29,31-33,49} Πέρα από τη συσχέτιση που εντοπίζεται μεταξύ των δύο διαταραχών, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν τον προδιαθεσικό ρόλο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην εκδήλωση της εξάρτησης από το διαδίκτυο,^{3,20,24,33,36} σύμφωνα με άλλους δεν επιβεβαιώνεται η ύπαρξη σχέσης αιτίου-αποτελέσματος, δεν είναι δηλαδή εφικτό να διευκρινιστεί κατά πόσο η μία προηγείται ή συνιστά συνέπεια της άλλης,^{2,31} ενώ οι Kraut et al⁴ καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη δεν μπορεί να λειτουργήσει ως προβλεπτικός παράγοντας για τη μετέπειτα χρήση του διαδικτύου.

Η διαφορά ανάμεσα στα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης και άλλων ερευνών θα μπορούσε να αποδοθεί στα χαρακτηριστικά του δείγματος. Στην παρούσα το δείγμα είναι κλινικό (δείγμα θεραπευόμενων) και μάλιστα συνίσταται από άτομα κινητοποιημένα για θεραπεία. Ένας έντονα καταθλιπτικός ασθενής ενδέχεται να μην κινητοποιείτο και κατά συνέπεια να μην έφθανε σε κάποιον φορέα απευθύνοντας αίτημα για θεραπεία, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες αποκλεισμού του από τη συμμετοχή σε έρευνες. Στα πλαίσια διερεύνησης κλινικούς δείγματος (και όχι κοινοτικού πληθυσμού) είναι μάλλον αναμενόμενο να υπάρχει μια ομοιογένεια τόσο ως προς τον βαθμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων εξαιτίας πιθανής συννοσηρότητας όσο και του βαθμού εξάρτησης από το διαδίκτυο που πιθανόν να περιορίζει την ακριβή ανάδειξη της σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Ένας άλλος παράγοντας που είναι πιθανό να εμπλέκεται και να διαδραματίζει κάποιον ρόλο στη διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων αφορά στο φύλο σε σχέση με τη βαρύτητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και την αντιμετώπιση αυτής. Χαρακτηριστικό προς αυτή την κατεύθυνση είναι το παράδειγμα της έρευνας των Ko et al,³³ οι οποίοι εντοπίζουν συσχέτιση μεταξύ καταθλιπτικής διαταραχής και εξάρτησης από το διαδίκτυο στην περίπτωση των ανδρών, χωρίς όμως αυτή να ισχύει και για τον γυναικείο πληθυσμό. Αποδίδουν τη διαφορά στον τρόπο με τον οποίο τα δύο φύλα επιλέγουν να

αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες, που προκύπτουν από τα συμπτώματα, με τις γυναίκες να επιλέγουν να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό και τους άνδρες να αντιμετωπίζουν το καταθλιπτικό συναίσθημα μόνοι ή προσφεύγοντας σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Συνεπώς, ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι πιθανό να επιλέγει να επενδύσει στον εικονικό κόσμο του διαδικτύου εκδηλώνοντας εξάρτηση από αυτό αποφεύγοντας, παράλληλα, να απευθυνθεί σε φορείς ψυχικής υγείας προκειμένου να ανακουφιστεί από το δυσφορικό συναίσθημα λαμβάνοντας μέσω του διαδικτύου συναισθηματική στήριξη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, αν και η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και εξάρτησης από το διαδίκτυο είναι στατιστικά ασήμαντη, διαφοροποιείται σημαντικά, με τις γυναίκες που αιτήθηκαν θεραπεία στο τμήμα και παρουσιάζουν κατάθλιψη να έχουν περισσότερες συμπεριφορές εξάρτησης από το διαδίκτυο σε σχέση με τους άνδρες συνθεραπευόμενους τους. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να σημαίνει ότι αν και οι γυναίκες παρουσιάζουν λιγότερο συχνά συμπεριφορές εξάρτησης από το διαδίκτυο (σύμφωνα με έρευνες σε κοινοτικούς μη κλινικούς πληθυσμούς), όταν εμφανίσουν και ζητούν θεραπεία τείνουν να παρουσιάζουν σημαντικά εντονότερα συμπτώματα από τους άνδρες.^{15,27,43,49}

Στην παρούσα μελέτη, η απουσία συσχέτισης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την εξάρτηση από το διαδίκτυο, συμφωνεί με τα ευρήματα ερευνών, οι οποίες δεν εντοπίζουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του σκορ των συμμετεχόντων στην κλίμακα για την εξάρτηση και την κλίμακα που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας²¹ ή υποστηρίζουν περιορισμένη επίδραση της κατάθλιψης στην ανάπτυξη της προβληματικής χρήσης του διαδικτύου, ειδικότερα όταν αυτή αποσκοπεί στην επικοινωνία.³⁵

Η διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και διαφορετικών ηλικιακών ομάδων ως προς την εξάρτηση από το διαδίκτυο αναμένεται να συμβάλει στον σχεδιασμό κατάλληλων προληπτικών και θεραπευτικών στρατηγικών που να απευθύνονται σε χρήστες ή ομάδες χρηστών με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Η μελέτη της σχέσης μεταξύ εξάρτησης και άλλων ψυχικών/ψυχιατρικών διαταραχών συμβάλλει στην κατανόηση των μηχανισμών που

διέπουν την εκδήλωση, διατήρηση και εξέλιξη της εξάρτησης από το εν λόγω μέσο καθιστώντας δυνατή την πληρέστερη εκτίμηση και αντιμετώπιση των συννοσηρών διαταραχών προλαμβάνοντας με τον τρόπο αυτόν την αρνητική επίδραση που ασκούν στην πρόγνωση της εξάρτησης.

Δεδομένου ότι η ψυχοπαθολογία που εμφανίζεται παράλληλα με την εξάρτηση από το διαδίκτυο μπορεί να επιδεινώσει τη συμπτωματολογία που σχετίζεται με τον εθισμό,²⁹ η έγκαιρη παρέμβαση και αντιμετώπιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων που συνδέονται με διαταραχές που εκδηλώνονται παράλληλα με την εξάρτηση από το διαδίκτυο συνεπάγεται βελτίωση της προβληματικής χρήσης του διαδικτύου.²

Η συγκεκριμένη μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς, όπως η χρήση ερωτηματολογίου για την εκτίμηση του βαθμού εξάρτησης από το διαδίκτυο, το οποίο δεν είναι σταθμισμένο στον Ελληνικό πληθυσμό. Ο χαρακτήρας του δείγματος (κλινικό) και ο τρόπος δειγματοληψίας (συμπτωματική) εμποδίζουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων, ενώ θα πρέπει να αναφερθεί και η υποανατιπροσώπηση των γυναικών στην παρούσα μελέτη. Τέλος, η αξιολόγηση των συμμετεχόντων μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς συνεπάγεται ορισμένες αδυναμίες και υστερεί σε σχέση με την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας κατόπιν κλινικής εξέτασης από επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Προτείνεται για τη διεξαγωγή μελλοντικών ερευνών η έμφαση σε συγκεκριμένες εφαρμογές του διαδικτύου (π.χ. ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, δωμάτια επικοινωνίας, διαδικτυακό παιχνίδι), ώστε να είναι δυνατός ο εντοπισμός διαφορετικών τύπων εξάρτησης^{26,49} και η διαφοροποίηση των χρηστών ανάλογα με τον τρόπο χρήσης του διαδικτύου (π.χ. κοινωνική δικτύωση, λήψη πληροφοριών, κάλυψη ελεύθερου χρόνου), η συμπερίληψη συμμετεχόντων από τον γενικό πληθυσμό (άτομα που δεν έχουν απευθυνθεί σε εξειδικευμένο κέντρο) και ομάδας ελέγχου (άτομα που δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για εξάρτηση και σύγκριση με ομάδα ατόμων που έχουν λάβει διάγνωση, εξισωμένες ως προς την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία) και τέλος περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας-εξάρτησης από το διαδίκτυο λαμβάνοντας υπόψη τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας⁵⁰ και την εφαρμογή κατάχρησης.

The relationship of internet addiction with anxiety and depressive symptomatology

E. Soulioti, V. Stavropoulos, S. Christidi,
Y. Papastefanou, P. Roussos

*Department of 18 ANO Dependence Treatment Unit, Department for Problematic Use of Internet (Adults),
Psychiatric Hospital of Attica, Athens, Greece*

Psychiatriki 2018, 29:160–171

Internet stimulates the user's senses causing a variety of subjective experiences and sensations, even though it has no inherent addictive quality. These experiences could be positive, as the improvement of education, or adverse, as the development of internet addiction. There are many people who prefer to invest their time and energy in the virtual world of the internet. They choose to withdraw their emotional investments from face to face communication, while in some cases the internet connection signifies the user's disconnection from the real life, as the person is isolated from the surrounding and lives in a virtual environment. Under these conditions the excessive use of internet may lead to addiction. The purpose of the present study was to investigate the relationship between internet addiction and anxiety and depressive symptomatology of the user. Participants were 203 internet users aged between 17 and 58 years (Mean=26.03, SD=7.92) who approached the Department For Problematic Use Of Internet, Addiction Unit "18ANO" in Psychiatric Hospital Of Attica to receive specialized help for their pathological internet use. Internet Addiction Test (IAT) was used for the assessment of internet addiction and Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) was administered for the evaluation of anxiety and depressive symptomatology. The analysis of the survey data showed that gender difference is not observed as to the intensity internet dependence. Younger users are more likely to develop addictive behaviour (in relation to internet use). At this point it should be noted that although positive, this association does not present to be statistically significant. Finally, regarding the relationship between psychopathology and internet addiction, anxiety symptomatology, which was moderately correlated with the overall score at IAT, was found to predict in regression analysis the internet addiction. There was no statistically significant association between internet addiction and depressive symptomatology, with women however, who presented with depressive symptoms to appear more vulnerable than men (who requested therapy from the department). Exploration of the effects of sex and age on internet addiction is expected contribute to the design of the appropriate preventive and therapeutic programs, whereas the study of the relationship between internet addiction and other psychiatric disorders would contribute the understanding of the mechanisms underpinning the development and onset of the addiction.

Key words: Internet addiction, psychopathology, anxiety symptoms, depressive symptoms.

Βιβλιογραφία

1. Young KS. Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *Am Behav Scient* 2004, 48:402–415, doi: 10.1177/0002764204270278
2. Young KS, Rogers RC. The relationship between depression and internet addiction. *Cyberpsycholo Behav* 1998, 1:25–28, doi: 10.1089/cpb.1998.1.25
3. Young KS. Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. In: Vande-Creek L, Jackson TL (ed) *Innovations in clinical practice: a source book*. Vol.17 Professional Resource Press, Sarasota FL, 1999:19–31
4. Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukophadhyay T, Scherlis W. Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *Am Psychol* 1998, 53:1017–1031, PMID: 9841579
5. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE, Khosia UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic Internet use. *J Affect Disord* 2000, 57:267–272, PMID: 10708842

6. Stavropoulos V, Gentile D, Motti-Stefanidi F. A multilevel longitudinal study of adolescent internet addiction: The role of obsessive-compulsive symptoms and classroom openness to experience. *Eur J Dev Psychol* 2016, 13: 99–114, doi: 10.1186/s12991-017-0165-z
7. Stavropoulos V, Gomez R, Steen E, Beard C, Liew L, Griffiths MD. The longitudinal association between anxiety and Internet addiction in adolescence: The moderating effect of classroom extraversion. *J Behav Addict* 2017, 6:237–247, doi: 10.1556/2006.6.2017.026
8. Kuss DJ, Griffiths MD, Pontes HM. Chaos and confusion in DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder: Issues, concerns, and recommendations for clarity in the field. *J Behav Addict* 2017, 6:103–109, doi: 10.1556/2006.5.2016.062
9. Griffiths MD, Kuss DJ, Billieux J, Pontes HM. The evolution of Internet addiction: A global perspective. *Addict Behav* 2016, 53: 193–195, doi: 10.1016/j.addbeh.2015.11.001
10. Μάτσα Κ. *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίτημα της τοξικομανίας*. Άγρα, Αθήνα, 2001
11. Pontes HM, Griffiths MD. Internet addiction disorder and internet gaming disorder are not the same. *J Addict Res Ther* 2014, 5, doi: 10.4172/2155-6105.1000e124
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington VA, 2013
13. Christakis DA. Internet addiction: a 21st century epidemic? *BMC Medicine* 2010, 8:1–3, doi: 10.1186/1741-7015-8-61
14. Ko CH, Yen JY, Yen CF, Chen CS, Che CC. The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *Eur Psychiatry* 2012, 27:1–8, doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.04.011
15. Siomos D, Dafouli E, Braimiotis D, Mouzas O, Angelopoulos N. Internet addiction among Greek adolescent students. *Cyberpsych Behav* 2008, 11:653–657, Available from: http://www.academia.edu/4032228/Internet_addiction_as_an_important_predictor_in_early_detection_of_adolescent_drug_use_experience-implications_for_research_and_practice
16. Frangos CC, Frangos CC, Kiohos AP. Internet addiction among Greek university students: Demographic Associations with the Phenomenon, using the Greek version of Young's Internet Addiction Scale. *Int J Econ Sc App Res* 2010, 3:1–35, Available from: <http://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/20369>
17. Tsitsika A, Janikian M, Schoenmakers TM, Tzavela EC, Olafsson K, Wojcik S et al. Internet addictive behaviour in adolescence: A cross-sectional study in seven European countries. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014, 17:528–53, doi: 10.1089/cyber.2013.0382
18. Morahan-Martin J. Caught in the web: Research and criticism of the internet abuse with application to college students. In: Wolfe CR (ed) *Learning and teaching on the World Wide Web*. Academic Press, United States of America, 2001:191–220, doi: 10.1016/B978-012761891-3/50013-8
19. Yang SC, Tung CJ. Comparison of Internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school. *Comput Hum Behav* 2007, 23:79–96, Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/7352/925e375549e4a001990ff93af72b7805f149.pdf>
20. Andreou E, Svoli H. The association between Internet user characteristics and dimensions of Internet addiction among Greek adolescents. *Int J Ment Health Addiction* 2013, 11:139–148, doi: 10.1007/s11469-012-9404-3
21. Kim K, Ryu E, Chon MY, Yeun EJ, Choi SY, Seo JS. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006, 42:185–192
22. Koukia E, Mangoulia P, Alexiou E. Internet addiction and psychopathological symptoms in Greek university students. *J Addict Behav Ther Rehabil* 2014, 3:1–5, doi: 10.4172/2324-9005.1000125
23. Canan F, Ataoglu A, Ozcetin A, Icmeli C. The association between internet addiction and dissociation among Turkish college students. *Compr Psychiatry* 2012, 53:422–426, doi: 10.1016/j.comppsy.2011.08.006
24. Evren C, Dalbudak E, Evren B, Demirci AC. High risk of Internet addiction and its relationship with lifetime substance use, psychological and behavioral problems among 10th grade adolescents. *Psychiat Danub* 2014, 26:330–339, Available from: [file:///C:/Users/HPS-Journal/Downloads/Dnb_26_4_330_9_Evr%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HPS-Journal/Downloads/Dnb_26_4_330_9_Evr%20(2).pdf)
25. Yates TM, Gregor MA, Haviland MG. Child maltreatment, alexithymia and problematic Internet use in young adulthood. *Cyberpsych Beh Soc N* 2012, 15:219–225, doi: 10.1089/cyber.2011.0427
26. Widyanto L, Griffiths MD. Internet addiction: a critical review. *Int J Ment Health Ad* 2006, 4:31–51, Available from: http://www.academia.edu/429533/Widyanto_L_and_Griffiths_M.D._2006._Internet_addiction_A_critical_review._International_Journal_of_Mental_Health_and_Addiction_4_31-51
27. Anderson EL, Steen E, Stavropoulos V. Internet use and problematic internet use: A systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *Intern J Adolesc Youth* 2016, 1–25, doi: 10.1080/02673843.2016.1227716
28. Block JJ. Issues for DSM-V: Internet addiction. *Am J Psychiatry* 2008, 165:306–307, doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07101556
29. Floros G, Siomos K, Stogiannidou A, Giouzevas I, Garyfallos G. Comorbidity of psychiatric disorders with Internet addiction in a clinical sample: The effect of personality, defense style and psychopathology. *Addict Behav* 2014, 39:1839–1845, doi: 10.1016/j.addbeh.2014.07.031
30. Bernardi S, Pallanti S. Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Compr Psychiatry* 2009, 50:510–516, doi: 10.1016/j.comppsy.2008.11.011
31. Lee YS, Han DH, Yang KC, Daniels MA, Na C, Kee BS. Depression like characteristics of 5HTTLPR polymorphism and temperament in excessive internet users. *J Affect Disord* 2008, 109:165–169, doi: 10.1016/j.jad.2007.10.020
32. Morrison CM, Gore H. The relationship between excessive internet use and depression: A questionnaire-based study of 1319 young people and adults. *Psychopathology* 2010, 43:121–126, doi: 10.1159/000277001
33. Ko CH, Yen JY, Chen CS, Chen CC, Yen CF. Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study. *CNS Spectr* 2008, 13:147–153, PMID: 18227746

34. Whang LS, Lee S, Chang G. Internet over users' psychological profiles: a behavior sampling analysis on internet addiction. *Cyberpsychol Behav* 2003, 6:143–150, doi: 10.1089/109493103321640338
35. Caplan SE. Preference for online social interaction: a theory of problematic internet use and psychosocial well-being. *Comm Res* 2003, 30:625–648, Available from: https://soic.iupui.edu/files/Thesis_content_example2.pdf
36. Akin A, Iskender M. Internet addiction and depression, anxiety and stress. *IOJES* 2011, 3:138–148, Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.658.6294&rep=rep1&type=pdf>
37. McKenna KYA, Bargh JA. Plan 9 from cyberspace: The implications of the Internet for personality and social psychology. *PSPR* 2000, 4:57–75, doi: 10.1207/S15327957PSPR0401_6
38. Kraut R, Kiesler S, Boneva B, Cummings J, Helgeson V, Crawford A. Internet paradox revisited. *J Soc Issues* 2002, 58:49–74, doi: 10.1111/1540-4560.00248
39. Hardie E, Tee MY. Excessive Internet Use: The role of personality, loneliness and social support networks in Internet addiction. *AJETS* 2007, 5:34–47, Available from: <http://ictaugustine.pbworks.com/f/Excessive+Internet+Use.pdf>
40. Montag C, Jurkiewicz M, Reuter M. Low self-directedness is a better predictor for problematic internet use than high neuroticism. *Comput Human Behav* 2010, 26:1531–1535, doi: 10.1016/j.chb.2010.05.021
41. Siomos K, Floros G, Fisoun V, Dafouli E, Farkonas N, Sergentani E et al. Evolution of internet addiction in Greek adolescent students over a two-year period: the impact of parental bonding. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012, 21:211–219, Available from: https://www.researchgate.net/publication/221811535_Evolution_of_Internet_addiction_in_Greek_adolescent_students_over_a_two-year_period_The_impact_of_parental_bonding
42. Leung L, Lee PSN. Impact of internet literacy, internet addiction symptoms, and internet activities on academic performance. *Soc Sci Comput Rev* 2012, 30:403–418, doi: 10.1177/0894439311435217
43. Stavropoulos V, Alexandraki K, Motti-Stefanidi F. Recognizing internet addiction: Prevalence and relationship to academic achievement in adolescents enrolled in urban and rural Greek high schools. *J Adolesc* 2013, 36:565–576
44. Derogatis LR. *Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. 3rd ed. National Computer Systems Inc, Minneapolis, 1994
45. Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική* 1991, 2:42–48
46. Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ, Ρούσση Π. *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα: Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον Ελληνικό χώρο*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2002
47. Berkovits I, Hancock GR, Nevitt J. Bootstrap resampling approaches for repeated measure designs: Relative robustness to sphericity and normality violations. *Educ Psychol Meas* 2000, 60:877–892, doi: 10.1177/00131640021970961
48. Poli R, Agrimi E. Internet addiction disorder: Prevalence in an Italian student population. *Nord J Psychiatry* 2012, 66: 55–59, doi: 10.3109/08039488.2011.605169
49. Kuss DJ, Griffiths MD, Binder JF. Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Comput Human Behav* 2013, 29:959–966, doi: 10.1016/j.chb.2012.12.024
50. Bessière K, Kiesler S, Kraut R, Boneva BS. Effects of Internet use and social resources on changes in depression. *Inform Commun & Soc* 2008, 11:47–70, doi: 10.1080/13691180701858851

Αλληλογραφία: Ε. Σουλιώτη, Βουρνάζου 37, 115 21 Αμπελόκηποι, Αθήνα, Τηλ: 210-64 48 980, 210-64 48 003
e-mail: net18ano@gmail.com, www.18ano.gr

Ερευνητική εργασία Research article

Υποκειμενική αίσθηση ευεξίας των εφήβων και ο ρόλος της οικογένειας

Αικ. Λαμπροπούλου

Τμήμα Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική 2018, 29:172–182

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας των εφήβων με σημαντικούς παράγοντες στην οικογένεια και ειδικότερα με: (α) τις αντιλήψεις τους για τη σχέση τους με τους γονείς, (β) τις αντιλήψεις των γονέων για τη σχέση τους με τους εφήβους και (γ) την αίσθηση ευεξίας των γονέων. Στην έρευνα συμμετείχαν 714 έφηβοι Β' και Γ' Γυμνασίου και Β' και Γ' Λυκείου και οι γονείς τους από σχολεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών που επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Για τη συλλογή των δεδομένων δόθηκαν στους εφήβους τα ακόλουθα ερωτηματολόγια: (α) Ερωτηματολόγιο Υποκειμενικής Αίσθησης Ευεξίας (για εφήβους) [Berne Questionnaire of Subjective Well-Being/Youth Form (BSW/Y)] το οποίο μετράει τους παράγοντες: Θετική στάση απέναντι στη ζωή, Αυτοεκτίμηση, Ικανοποίηση από τη ζωή, Προβλήματα, Σωματικά προβλήματα και Καταθλιπτική διάθεση. Οι τρεις πρώτοι παράγοντες περιλαμβάνονται σε έναν γενικότερο παράγοντα που ονομάζεται Ικανοποίηση και αξιολογούν τη θετική διάσταση της ευεξίας, ενώ οι επόμενοι τρεις περιλαμβάνονται στον γενικότερο παράγοντα Αίσθηση ασθένειας και αξιολογούν την αρνητική διάσταση της ευεξίας και (β) «Κλίμακα Συναισθηματικών Δεσμών στην Οικογένεια» (το οποίο χορηγήθηκε και στους γονείς). Επιπλέον χορηγήθηκαν στους γονείς τα ερωτηματολόγια «Ικανοποίηση από τη ζωή» και «Αξιολόγηση της συναισθηματικής ικανοποίησης από τη ζωή - κλίμακα Keyes» για την αξιολόγηση της δικής τους αίσθησης ευεξίας. Τέλος συλλέχθηκαν πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Στις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής προκειμένου να ελεγχθεί η συσχέτιση και η αλληλεπίδραση της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας με τους υπό εξέταση παράγοντες. Τα ευρήματα έδειξαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ ορισμένων διαστάσεων που αφορούν στην οικογένεια, με την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας των εφήβων. Ειδικότερα το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι τον κύριο ρόλο στην ευεξία των εφήβων παίζουν οι αντιλήψεις των ίδιων για τις σχέσεις τους με την οικογένειά τους και ειδικότερα με τη μητέρα τους. Συγκεκριμένα φάνηκε ότι οι καλές σχέσεις με τη μητέρα ενισχύουν τη θετική διάσταση της ευεξίας (το να είναι ικανοποιημένοι οι έφηβοι από τη ζωή και τον εαυτό τους) ενώ

οι καλές σχέσεις με τον πατέρα μειώνουν την αρνητική διάσταση της ευεξίας (το να έχουν αυξημένο το επίπεδο της ψυχικής αίσθησης ασθένειας), ενώ τα ευρήματα δεν δείχνουν σημαντική σχέση των αντίστοιχων αντιλήψεων των γονέων και της ευεξίας των γονέων με την ευεξία των εφήβων.

Λέξεις ευρετηρίου: Εφηβεία, υποκειμενική αίσθηση ευεξίας, οικογένεια, ικανοποίηση από τη ζωή.

Εισαγωγή

Η υποκειμενική αίσθηση ευεξίας, το πόσο ικανοποιημένο δηλαδή αισθάνεται ένα άτομο από τη ζωή και τον εαυτό του, έχει προκαλέσει το κέντρο εστίασης πολλών ερευνών.¹⁻⁴ Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχική υγεία των εφήβων έχει επίσης αποτελέσει σημαντική υπό διερεύνηση μεταβλητή. Τα σχετικά ευρήματα έχουν δείξει ότι οι διαφορετικές μορφές οικογενειών επηρεάζουν διάφορες διαστάσεις της ζωής των παιδιών και των εφήβων, όπως τη συμπεριφορά τους, την υγεία τους, τη σχολική τους επίδοση και την αίσθησή τους ότι στηρίζονται από τα άλλα μέλη της οικογένειας.⁵⁻⁷ Ωστόσο, φαίνεται ότι δεν είναι τόσο η δομή της οικογένειας που επηρεάζει την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας των εφήβων, όσο η αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της οικογένειας και η σχέση μεταξύ γονέων και μεταξύ γονέων και παιδιών.⁸

Η δυναμική της οικογένειας αναφέρεται στη σύνθετη σχέση μεταξύ των μελών της οικογένειας. Καλή επικοινωνία και καλές συναισθηματικές σχέσεις και με τους δύο γονείς δρουν καταλυτικά για την ψυχική ευεξία αλλά και σωματική υγεία των εφήβων και συνδέονται με υψηλότερο επίπεδο ευτυχίας, ενώ σε αντίθετη περίπτωση παρατηρείται αυξημένη αίσθηση μοναξιάς, κατάθλιψης και αρνητικής συμπεριφοράς.^{9,10}

Ο τρόπος διαπαιδαγώγησης των γονέων επίσης φαίνεται να σχετίζεται με τη συμπεριφορά και την ευεξία των εφήβων.^{11,12} Σε έρευνά της η Flouri¹³ εξέτασε τη σχέση του τρόπου διαπαιδαγώγησης με την αίσθηση της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας στην ενήλικη ζωή. Βρήκε ότι η εγγύτητα στη μητέρα στα 16 προέβλεπε την ικανοποίηση από τη ζωή στα 42 στους άνδρες και τις γυναίκες, ενώ η εμπλοκή της μητέρας στα 7 προέβλεπε την ικανοποίηση από τη ζωή στα 42 στους άνδρες.

Σε έρευνά τους οι Joronen και Astedt-Kurki¹⁴ βρήκαν ότι η άνεση στο σπίτι, η συναισθηματικά ζεστή

ατμόσφαιρα, η ανοιχτή επικοινωνία, η συμμετοχή σε οικογενειακά θέματα και η αίσθηση προσωπικής σημασίας στην οικογένεια συνέβαλαν στο να νιώθουν οι έφηβοι ικανοποιημένοι. Αντίθετα, η εχθρότητα στην οικογένεια, η ασθένεια ή ο θάνατος ενός μέλους καθώς και η υπερβολική εξάρτηση συνδέονταν με μεγαλύτερη αίσθηση ψυχικής ασθένειας.

Παρόλο που υπάρχουν περιορισμοί στις μέχρι τώρα έρευνες φαίνεται ότι οι αντιλήψεις των εφήβων για την ύπαρξη ζεστών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, η παροχή αυτονομίας και ο καθορισμός ορίων μέσα σε μια θετική ατμόσφαιρα, η καλή επικοινωνία και η παροχή στήριξης και από τους δύο γονείς σχετίζονται θετικά με την υποκειμενική ευεξία των εφήβων.

Στην παρούσα έρευνα ο στόχος ήταν να μελετηθεί η σχέση της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας των εφήβων με: (1) τις αντιλήψεις των εφήβων για τους δεσμούς με τους γονείς τους, (2) τις αντιλήψεις των γονέων για τους δεσμούς με τους εφήβους και (γ) την υποκειμενική ευεξία των γονέων.

Υλικό και μέθοδος

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 714 έφηβοι, μαθητές Α' και Β' Γυμνασίου και Α' και Β' Λυκείου, καθώς και οι γονείς τους από σχολεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών, τα οποία επιλέχθηκαν με τη διαδικασία τής κατά στρώματα τυχαίας δειγματοληψίας. Στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν οι μαθητές, των οποίων συμμετείχαν και οι δύο γονείς. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 407 ήταν μαθητές Γυμνασίου και 307 ήταν μαθητές Λυκείου ενώ 302 ήταν αγόρια και 412 ήταν κορίτσια.

Οι περισσότεροι γονείς ανήκουν στο ανώτερο – ανώτατο μορφωτικό επίπεδο, ενώ τα μικρότερα ποσοστά και για τους δύο γονείς αφορούν στους αποφοίτους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι 665 γονείς δήλωσαν έγγαμοι (93,1%), ενώ 48 γονείς (6,9%) ανέ-

φεραν ότι ήταν διαζευγμένοι. Οι περισσότεροι έφηβοι δήλωσαν ότι κατάγονταν από την Ελλάδα (91%).

Μέσα συλλογής δεδομένων

Για την αξιολόγηση της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας των εφήβων χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Υποκειμενικής Αίσθησης Ευεξίας της Βέρνης (για εφήβους).¹⁵ Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από μια σειρά 39 κλειστών ερωτήσεων – δηλώσεων που αξιολογούν την υποκειμενική ευεξία με τη χρήση 5βάθμιας κλίμακας Likert [«συμφωνώ απόλυτα»/«πολύ συχνά» (5) έως «διαφωνώ απόλυτα»/«ποτέ» (1)]. Οι ερωτήσεις αυτές κατηγοριοποιούνται στους εξής επιμέρους παράγοντες:

- α. Θετική στάση απέναντι στη ζωή π.χ.: «Το μέλλον μου φαίνεται καλό».
- β. Αυτοεκτίμηση: π.χ.: «Τα καταφέρνω τόσο καλά όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι».
- γ. Ικανοποίηση από τη ζωή π.χ.: «Κατά τη διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων «...ένιωθες απόλυτα ευτυχισμένος/η».
- δ. Προβλήματα π.χ.: «Πόσο συχνά τις τελευταίες εβδομάδες προβληματίστηκες/ανησύχησες εξαιτίας των γονέων σου».
- ε. Σωματικά προβλήματα π.χ.: «Κατά τη διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων ένιωσες ταχυκαρδία ή πόνο στην καρδιά».
- στ. Καταθλιπτική διάθεση π.χ.: «Δεν απολαμβάνω τίποτα πια».

Οι επιμέρους παράγοντες δίνουν δύο γενικότερους παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν τις δύο διαστάσεις ευεξίας. Ο πρώτος γενικός παράγοντας «Ικανοποίηση» περιγράφει τη θετική διάσταση της ευεξίας και περιλαμβάνει τους παράγοντες Θετική Στάση Απέναντι στη ζωή, Ικανοποίηση από τη ζωή και Αυτοεκτίμηση. Ο δεύτερος γενικότερος παράγοντας «Αίσθηση ασθένειας» αξιολογεί την αρνητική διάσταση της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας και περιλαμβάνει τους παράγοντες Προβλήματα, Σωματικά Προβλήματα και Καταθλιπτική Διάθεση. Σύμφωνα με τα ψυχομετρικά στοιχεία που παραθέτουν οι κατασκευαστές το ερωτηματολόγιο έχει ικανοποιητικά ψυχομετρικά κριτήρια ως προς την αξιοπιστία. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας κυμαίνεται από 0,60 έως 0,85, ενώ η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων κυμαίνεται από 0,65 έως 0,79.

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα μετά από άδεια των κατασκευαστών (ύστερα από προσωπική επικοινωνία της συγγραφέως) με τη δέσμευση να τους αποσταλούν τα ευρήματα της έρευνας. Το αρχικό ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα Ελληνικά και μεταφράστηκε ξανά στα Αγγλικά, ώστε να επιτευχθεί η ακριβής μεταφορά στην Ελληνική γλώσσα. Μετά τη χορήγηση του ερωτηματολόγιου στο Ελληνικό δείγμα τα δεδομένα υπεβλήθησαν σε Ανάλυση Κυρίαρχων Συνιστωσών (Principal Components Analysis). Εφαρμόστηκε η μέθοδος της ορθογώνιας περιστροφής των αξόνων (varimax rotation), η οποία ανέδειξε τους ίδιους παράγοντες με αυτούς που προτείνουν οι συγγραφείς.¹⁶ Όσον αφορά στην αξιοπιστία, τα ευρήματα ήταν ικανοποιητικά για το Ελληνικό δείγμα καθώς ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας κυμαινόταν από 0,60 έως 0,79 ενώ η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων κυμαινόταν από 0,65 έως 0,75.¹⁶

Για την αξιολόγηση της ευεξίας των γονέων χρησιμοποιήθηκαν:

A. Η «Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή»¹⁷ περιλαμβάνει πέντε ερωτήσεις, για τη μέτρηση της αξιολόγησης του ατόμου όσον αφορά στη ζωή του που αποτελεί τη μία από τις τρεις διαστάσεις της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας στους ενήλικους. Οι απαντήσεις δίνονται σε μια 7βάθμια κλίμακα τύπου Likert και κυμαίνονται από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 7 (συμφωνώ απόλυτα). Όταν η βαθμολογία είναι από 5–9 σημαίνει ότι το άτομο δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο από τη ζωή του ενώ η μεγαλύτερη ικανοποίηση αντιστοιχεί σε βαθμολογίες από 31 έως 35. Η κλίμακα είναι διαθέσιμη στο διαδίκτυο για ελεύθερη χρήση. Το αρχικό ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα Ελληνικά και μεταφράστηκε ξανά στα Αγγλικά, ώστε να επιτευχθεί η ακριβής μεταφορά στην Ελληνική γλώσσα. Υπολογίστηκαν οι δείκτες αξιοπιστίας, οι οποίοι βρέθηκαν αρκετά υψηλοί τόσο για τις μητέρες (Cronbach α =.86) όσο και για τους πατέρες (Cronbach α =.87) στο Ελληνικό δείγμα.

B. Η Κλίμακα συναισθηματικής αξιολόγησης του Keyes.¹⁸ Η κλίμακα περιλαμβάνει έξι θετικά και έξι αρνητικά συναισθήματα. Τα άτομα καλούνται να απαντήσουν σε μια 5βάθμια κλίμακα τύπου Likert (1=συνέχεια έως 5=ποτέ) πόσο συχνά ένιωσαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα ημερών τα συναισθήματα που αναφέρονται. Η κλίμακα δίνει δύο

παράγοντες: (α) τα θετικά συναισθήματα που αποτελεί τη δεύτερη από τις τρεις διαστάσεις της υποκειμενικής ευεξίας των ενηλίκων και (β) τα αρνητικά συναισθήματα, που αποτελεί την τρίτη διάσταση της υποκειμενικής ευεξίας των ενηλίκων. Το αρχικό ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα Ελληνικά και μεταφράστηκε ξανά στα Αγγλικά, ώστε να επιτευχθεί η ακριβής μεταφορά στην Ελληνική γλώσσα. Τέλος υπολογίστηκαν οι δείκτες αξιοπιστίας οι οποίοι ήταν αρκετά υψηλοί για το Ελληνικό δείγμα και κυμαίνονταν από .80 έως .85.

Για την αξιολόγηση των συναισθηματικών δεσμών μεταξύ των μελών της οικογένειας χρησιμοποιήθηκε η «Κλίμακα Συναισθηματικών Δεσμών στην Οικογένεια».¹⁹ Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 13 προτάσεις που αξιολογούν τους δεσμούς των παιδιών με τους γονείς τους και δόθηκε τόσο στους γονείς όσο και στους εφήβους που απάντησαν ξεχωριστά για τη μητέρα και τον πατέρα τους. Η κλίμακα αξιολόγησης είναι τύπου Likert, με έξι διαβαθμίσεις που κυμαίνονται από το 1, «σχεδόν καθόλου» έως το 6, «πάρα πολύ». Το ερωτηματολόγιο είναι δημοσιευμένο με τη δυνατότητα χρήσης τους από άλλους ερευνητές.¹⁹ Έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες στην Ελλάδα με υψηλούς δείκτες αξιοπιστίας.²⁰ Χρησιμοποιήθηκε το ήδη προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο που έχει χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα ύστερα από σχετική άδεια. Υπολογίστηκαν οι δείκτες αξιοπιστίας και για την παρούσα έρευνα, οι οποίοι ήταν αρκετά υψηλοί τόσο για τους γονείς (Cronbach α =.92 για τους πατέρες και Cronbach α =.91 για τις μητέρες) όσο και για τους εφήβους (Cronbach α =.91 αντιλήψεις για δεσμούς με μητέρα και Cronbach α =.92 αντιλήψεις δεσμών με πατέρα).

Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν αφορούσαν σε πρώτη φάση περιγραφικούς δείκτες (συχνότητες σε σχέση με το δείγμα, μέσος όρος και τυπικές αποκλίσεις των υπό εξέταση παραγόντων και δείκτες Pearson r προκειμένου να μελετηθούν οι συσχετίσεις των παραγόντων). Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε μια σειρά μονοπαραγοντικών αναλύσεων διακύμανσης (ANOVA) για την εξέταση της στατιστικής σημαντικότητας των διαφο-

ρών μεταξύ του μέσου όρου ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια καθώς και ανάμεσα στους μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου. Τέλος πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης προκειμένου να μελετηθεί περαιτέρω η προβλεπτική δυνατότητα των διαστάσεων που αφορούσαν στην οικογένεια σε σχέση με την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας των εφήβων. Σημειώνεται ότι η δυνατότητα χρήσης των παραμετρικών δοκιμασιών που αναφέρονται στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώθηκε μέσω του ελέγχου της κανονικότητας των κατανομών. Στη συνέχεια περιγράφονται αναλυτικά τα ευρήματα από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων ενώ επισημαίνεται η πιθανή επίδραση του μεγέθους του δείγματος στα αποτελέσματα που περιγράφονται.

Αποτελέσματα

Οι αναλύσεις έδειξαν ότι οι θετικοί παράγοντες της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας είναι αυτοί που παρουσιάζουν των υψηλότερο μέσο όρο ο οποίος κυμαίνεται μεταξύ 3,39 έως 3,84. Αντίθετα, οι αρνητικοί παράγοντες είναι αυτοί που παρουσιάζουν τον μικρότερο μέσο όρο οποίος δεν ξεπερνά το 3 (πίνακας 1).

Όσον αφορά στις σχέσεις των εφήβων με τους γονείς τους, παρατηρείται ότι και οι δεσμοί με τη μητέρα και οι δεσμοί με τον πατέρα βρίσκονται περίπου στο ίδιο επίπεδο και αρκετά ψηλά στην κλίμακα. Στο ίδιο επίπεδο βρίσκεται και ο μέσος όρος που αφορά στις αντιλήψεις των μητέρων και των πατέρων σχε-

Πίνακας 1. Μέσος όρος και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας για το σύνολο του δείγματος.

Παράγοντες της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας	ΜΟ	ΤΑ
Αυτοεκτίμηση	3,83	0,56
Θετική στάση απέναντι στη ζωή	3,54	0,59
Ικανοποίηση από τη ζωή	3,39	0,76
Ικανοποίηση (Συνολικός παράγοντας)	3,60	0,49
Προβλήματα	2,62	0,74
Σωματικά προβλήματα	2,05	0,76
Καταθλιπτική διάθεση	2,40	0,69
Αίσθηση ασθένειας (Συνολικός παράγοντας)	2,33	0,63

τικά με τις σχέσεις τους με τα παιδιά τους. Ο μέσος όρος τόσο στους επιμέρους όσο και στους συνολικούς παράγοντες και για τους δύο γονείς βρίσκεται ανάμεσα στο 4 και το 5. Παρατηρείται, επίσης, ότι ο μέσος όρος των μητέρων είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο των πατέρων.

Στις διαστάσεις της οικογένειας συμπεριλαμβάνονται, επίσης, ως μεταβλητές και η υποκειμενική αίσθηση ευεξίας των γονέων όπου ο μέσος όρος και στις τρεις διαστάσεις (θετικό και αρνητικό συναίσθημα και γνωστική αξιολόγηση ζωής) βρίσκεται σχεδόν στο ίδιο επίπεδο και για τους δύο γονείς (περίπου στο μέσο της κάθε κλίμακας). Αναλυτικά ο μέσος όρος και οι τυπικές αποκλίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2. Μέσος όρος και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων που αφορούν σε διαστάσεις της οικογένειας για το σύνολο του δείγματος

Διαστάσεις που αφορούν στην οικογένεια	ΜΟ	ΤΑ
<i>Δεσμοί εφήβων με γονείς (αντιλήψεις εφήβων)</i>		
Δεσμοί με μητέρα	5,03	0,81
Δεσμοί με πατέρα	4,80	0,83
<i>Δεσμοί γονέων με εφήβους (αντιλήψεις γονέων)</i>		
Δεσμοί των παιδιών προς μητέρα	4,70	0,86
Δεσμοί μητέρας προς τα παιδιά	5,04	0,68
Ποιότητα της επικοινωνίας (μητέρας-παιδιού)	4,98	0,84
Σχέσεις μητέρας με παιδί (σύνολο)	4,89	0,69
Δεσμοί των παιδιών προς πατέρα	4,62	0,92
Δεσμοί πατέρα προς τα παιδιά	4,92	0,76
Ποιότητα της επικοινωνίας (πατέρα-παιδιού)	4,69	0,89
Σχέσεις πατέρα με παιδί (σύνολο)	4,75	0,76
<i>Υποκειμενική αίσθηση ευεξίας γονέων</i>		
Θετικό συναίσθημα μητέρας	2,83	0,66
Θετικό συναίσθημα πατέρα	2,82	0,69
Αρνητικό συναίσθημα μητέρας	3,58	0,68
Αρνητικό συναίσθημα πατέρα	3,65	0,69
Αξιολόγηση ζωής (μητέρα)	22,61	6,05
Αξιολόγηση ζωής (πατέρας)	22,24	6,28

Εξετάζοντας τις συσχετίσεις, τα ευρήματα έδειξαν ότι ο παράγοντας που αφορά στους δεσμούς των εφήβων με τη μητέρα παρουσιάζει χαμηλές έως μέτριες, αλλά στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις. Λίγο υψηλότερες είναι οι συσχετίσεις για τον παράγοντα «Δεσμοί των εφήβων με τον πατέρα» και κυμαίνονται από $-.24$ με τον παράγοντα «Προβλήματα» έως $.38$ με τον παράγοντα «Ικανοποίηση».

Αρκετά χαμηλές είναι και οι περισσότερες συσχετίσεις της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας των εφήβων με το πώς οι γονείς βιώνουν τη σχέση τους με τα παιδιά τους. Πολύ χαμηλές είναι και οι συσχετίσεις των παραγόντων της ευεξίας των γονέων με των αντίστοιχων παραγόντων της ευεξίας των παιδιών τους. Η μόνη μέτρια συσχέτιση (Pearson $r=.20$) σημειώνεται μεταξύ των παραγόντων «Αξιολόγηση της ζωής» της μητέρας και του παράγοντα «Αυτοεκτίμηση». Όλοι οι παράγοντες που αφορούν στην οικογενειακή ζωή έχουν θετικές συσχετίσεις με τους θετικούς παράγοντες της ευεξίας και αρνητικές συσχετίσεις με τους αρνητικούς παράγοντες της ευεξίας (πίνακας 3). Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι εξαιτίας του μεγάλου μεγέθους του δείγματος θα πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί στην αποδοχή των συσχετίσεων που βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές σε επίπεδο $.05$.

Όσον αφορά στην εξέταση των μεταβλητών φύλο και βαθμίδα εκπαίδευσης, τα ευρήματα έδειξαν λίγες στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Ειδικότερα, όσον αφορά στη μεταβλητή φύλο, η μόνη στατιστικώς σημαντική διαφορά βρέθηκε στον παράγοντα της ευεξίας «Αρνητικό συναίσθημα μητέρας» με τις μητέρες που έχουν αγόρια να έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο ($ΜΟ=3,66$) από τις μητέρες των κοριτσιών ($ΜΟ=3,52$) [$F_{\text{φύλου}}(1,710)=6,09, p<.01$]. Όσον αφορά στη βαθμίδα εκπαίδευσης η διαφορά μεταξύ του μέσου όρου των μαθητών Γυμνασίου ($ΜΟ=5,14$) και των μαθητών Λυκείου ($ΜΟ=4,89$) στον παράγοντα «Δεσμοί με την μητέρα» φάνηκε να είναι στατιστικώς σημαντική [$F_{\text{βαθμίδα εκπαίδευσης}}(1,701)=20,17, p<.001$], όσο και μεταξύ του αντίστοιχου μέσου όρου ($4,99$ για το Γυμνάσιο και $4,56$ για το Λύκειο) για τον παράγοντα «Δεσμοί με τον πατέρα» [$F_{\text{βαθμίδα εκπαίδευσης}}(1,701)=48,61, p<.001$].

Τα ευρήματα έδειξαν επίσης ότι όλες οι κύριες επιδράσεις της μεταβλητής «Βαθμίδα εκπαίδευσης» βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές σε όλους τους πα-

Πίνακας 3. Δείκτες συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας.

Παράγοντες οικογένειας	Αυτοεκτίμηση	Θετική στάση στη ζωή	Προβλήματα	Σωματικά Προβλήματα	Καταθλιπτική διάθεση	Ικανοποίηση από τη ζωή	Ικανοποίηση	Αίσθηση ασθένειας
<i>Δεσμοί εφήβων με γονείς</i>								
Δεσμοί με μητέρα	.37**	.22**	-.18**	-.18**	-.28**	.28**	.38**	-.21**
Δεσμοί με πατέρα	.33**	.24**	-.24**	-.26**	-.30**	.29**	.38**	-.30**
<i>Δεσμοί γονέων με εφήβους</i>								
Δεσμοί παιδιών προς μητέρα	.18**	.06	-.08*	-.01	-.15**	.13**	.17**	-.05
Δεσμοί μητέρας προς τα παιδιά	.18**	.04	-.04	-.01	-.10**	.12**	.14**	-.03
Ποιότητα επικοινωνίας (μητέρας-παιδιού)	.24**	.09*	-.07	-.06	-.17**	.15**	.22**	-.08*
Σχέσεις μητέρας με παιδί (σύνολο)	.22**	.07	-.07	-.02	-.16**	.14**	.20**	-.06
Δεσμοί παιδιών προς πατέρα	.22**	.10**	-.09*	-.08*	-.21**	.16	.24**	-.10**
Δεσμοί πατέρα προς τα παιδιά	.13**	.06	-.07	-.09*	-.12**	.10*	.13**	-.09*
Ποιότητα επικοινωνίας (πατέρα-παιδιού)	.20**	.07	-.08*	-.13**	-.16**	.14**	.19**	-.13**
Σχέσεις πατέρα με παιδί (σύνολο)	.21**	.09*	-.09*	-.11**	-.19**	.15**	.21**	-.12**
<i>Υποκειμενική αίσθηση ευεξίας γονέων</i>								
Θετικό συναίσθημα μητέρας	-.10**	-.01	.06	.04	.07*	-.08*	-.09*	.05
Θετικό συναίσθημα πατέρα	-.11**	-.08*	.03	.08*	.11**	-.06	-.12**	.06
Αρνητικό συναίσθημα μητέρας	.07	.08*	-.13**	-.11**	-.15**	.10**	.14**	-.14**
Αρνητικό συναίσθημα πατέρα	.08*	.04	-.10**	-.12**	-.14**	.07	.11**	-.13**
Αξιολόγηση ζωής (μητέρα)	.20**	.11**	-.08*	-.04	-.08*	.13**	.17**	-.07
Αξιολόγηση ζωής (πατέρας)	.15**	.07	-.05	-.02	-.05	.06	.10**	-.05

Δείκτες Συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας. *p<0.05, **p<0.01

ράγοντες που αφορούν στις αντιλήψεις των πατέρων για τη σχέση τους με τα παιδιά τους. Συγκεκριμένα, όσον αφορά στον παράγοντα «Δεσμοί των παιδιών προς πατέρα» ο μέσος όρος των πατέρων των παιδιών Γυμνασίου (4,69) και των πατέρων των παιδιών Λυκείου (4,54) παρουσιάζουν συστηματικές διαφορές [F βαθμίδα εκπαίδευσης (1,704)=5,03, $p<.05$].

Στον παράγοντα «Δεσμοί πατέρα προς τα παιδιά» ο μέσος όρος ήταν 4,97 (Γυμνάσιο) και 4,85 (Λύκειο) [F βαθμίδα εκπαίδευσης (1,708)=4,78, $p<.05$], ενώ 4,79 και 4,55 είναι ο μέσος όρος των πατέρων των μαθητών Γυμνασίου και των μαθητών Λυκείου αντίστοιχα στον παράγοντα «Ποιότητα της επικοινωνίας (πατέρα-παιδιού)» [F βαθμίδα εκπαίδευσης (1,709)=12,79, $p<.001$]. Στατιστικώς σημαντική ήταν και η διαφορά στον μέσο όρο για τον συνολικό παράγοντα σχέσης πατέρα και παιδιού (ΜΟ Γυμνασίου=4,82 και ΜΟ Λυκείου=4,66 [F βαθμίδα εκπαίδευσης (1,708)=7,76, $p<.01$].

Στο πλαίσιο πραγματοποίησης ανάλυσης παλινδρόμησης βρέθηκε ότι ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 για τους παράγοντες στην οικογένεια είναι ίσος με 0,025. Δηλαδή 2,5% της διασποράς του βαθμού ικανοποίησης από τη ζωή μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των παραγόντων που αναφέρονται στην οικογένεια [F (10, 649)=3,23, $p<0,001$]. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώνεται ότι μόνο ένας από τους δέκα παράγοντες που αφορούν σε διαστάσεις της οικογένειας συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής. Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στην αξιολόγηση του συναισθηματικού δεσμού και της επικοινωνίας του εφήβου με τη μητέρα του ($\beta=0,08$, $t=2,08$, $p<0,05$). Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο καλή αντιλαμβάνεται ο έφηβος τη σχέση του με τη μητέρα τόσο πιο ικανοποιημένος είναι από τη ζωή του και έχει πιο υψηλό επίπεδο υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας. Ωστόσο, το εύρημα αυτό αντιμετωπίζεται με επιφυλάξεις εξαιτίας του χαμηλού επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας.

Όσον αφορά στον αρνητικό παράγοντα της ευεξίας (αίσθηση ασθένειας) ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με 0,03. Δηλαδή 3% της διασποράς της αίσθησης ασθένειας μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των παραγόντων που αναφέρονται στην οικογένεια. Η κλίση της γραμμής παλινδρόμησης είναι σημαντικά διαφορετική του μηδενός,

F (10,647)=2,57, $p<0,001$. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώνεται ότι δύο από τους δέκα παράγοντες που αφορούν σε διαστάσεις της οικογένειας συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής. Ο πρώτος παράγοντας αναφέρεται στην αξιολόγηση του συναισθηματικού δεσμού και της επικοινωνίας του εφήβου με τον πατέρα του ($\beta=-0,11$, $t=-2,28$, $p<0,05$), ενώ ο δεύτερος παράγοντας αναφέρεται στον βαθμό βίωσης αρνητικών συναισθημάτων (ένα από τα τρία συστατικά της ευεξίας) από τη μητέρα ($\beta=-0,08$, $t=2,01$, $p<0,05$). Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο δύσκολη αντιλαμβάνεται ο έφηβος τη σχέση του με τον πατέρα του και όσο περισσότερο η μητέρα βιώνει αρνητικά συναισθήματα στη ζωή της, τόσο λιγότερο ικανοποιημένος είναι από τη ζωή του και έχει υψηλό επίπεδο αίσθησης ασθένειας, την αρνητική δηλαδή διάσταση της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το ποσοστό της διασποράς και για τις δύο διαστάσεις της ευεξίας που μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των παραγόντων που αναφέρονται στην οικογένεια φαίνεται να είναι σχετικά χαμηλό λαμβάνοντας υπόψη το μεγάλο μέγεθος του δείγματος. Συνεπώς τα ευρήματα θα πρέπει να μελετηθούν περαιτέρω.

Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε η σχέση των αντιλήψεων των εφήβων, αλλά και των γονέων τους για τους συναισθηματικούς δεσμούς που επικρατούν στην οικογένεια όπως και η σχέση της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας των γονέων με την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας των εφήβων. Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι οι έφηβοι είναι ικανοποιημένοι από τη ζωή τους και αξιολογούν περισσότερο θετικά παρά αρνητικά τη ζωή τους, έστω κι αν οι αξιολογήσεις τους δεν φτάνουν στις υψηλότερες βαθμίδες της κλίμακας. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με τη βιβλιογραφία όπου υποστηρίζεται ότι οι έφηβοι νιώθουν περισσότερο καλά στη ζωή τους, ότι τον περισσότερο χρόνο είναι πιο πολύ ικανοποιημένοι παρά δυσαρεστημένοι και βιώνουν κυρίως θετικά συναισθήματα.²¹⁻²³ Η εικόνα αυτή ισχύει και για τους γονείς τους καθώς φαίνεται και αυτοί να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι παρά δυσαρεστημένοι από τη ζωή τους.

Επίσης τα ευρήματα δείχνουν ότι οι έφηβοι θεωρούν ότι έχουν στενές σχέσεις με τους γονείς τους

και κυρίως με τις μητέρες τους.²⁴ Το ίδιο ισχύει και για τους γονείς, οι οποίοι γενικά θεωρούν, κυρίως οι μητέρες, ότι οι σχέσεις τους με τα παιδιά τους είναι στενές. Σε όλους τους παράγοντες των συναισθηματικών δεσμών στην οικογένεια, οι μητέρες θεωρούν ότι είναι πιο κοντά στα παιδιά τους από ό,τι οι πατέρες, ενώ τόσο οι μητέρες όσο και οι πατέρες θεωρούν ότι έχουν καλή επικοινωνία με τα παιδιά τους και πιστεύουν ότι οι ίδιοι καταλαβαίνουν περισσότερο τα παιδιά τους από ό,τι τα παιδιά τους γονείς τους. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από άλλες σχετικές έρευνες στην Ελλάδα.^{25,26}

Τα ευρήματα έδειξαν ότι όταν οι έφηβοι νιώθουν κοντά στους γονείς τους, βιώνουν μεγαλύτερο επίπεδο υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας. Ενδιαφέρον προκαλεί το εύρημα ότι η αίσθηση της καλής επικοινωνίας και της ύπαρξης στενών δεσμών και με τους δύο γονείς βρέθηκε να συνδέεται κυρίως με τη θετική διάσταση της υποκειμενικής ευεξίας και λιγότερο με την αρνητική διάσταση. Αυτό σημαίνει ότι οι καλές σχέσεις συμβάλλουν περισσότερο στην αίσθηση των εφήβων ότι είναι καλά παρά το ότι οι κακές σχέσεις συμβάλλουν στην αίσθηση των εφήβων ότι δεν είναι καλά στη ζωή τους.

Η σημαντική συμβολή των οικογενειακών δεσμών στην ευεξία των εφήβων αποτελούσε υπόθεση της έρευνας, ωστόσο, επιβεβαιώθηκε μόνο σε έναν βαθμό. Τόσο οι σχετικά χαμηλές συσχετίσεις όσο και το μικρό ποσοστό της εξηγούμενης διακύμανσης (λαμβάνοντας ιδιαίτερα υπόψη το μεγάλο μέγεθος του δείγματος) από παράγοντες που αφορούσαν στην οικογένεια δεν ήταν από τα αναμενόμενα ευρήματα. Ίσως οι διαστάσεις που αξιολογήθηκαν να μη σχετίζονται τόσο πολύ με την ευεξία όσο άλλοι παράγοντες στην οικογένεια, όπως η ποιότητα επικοινωνίας των μελών ή ο τρόπος διαπαιδαγώγησης.

Μια πιθανή εξήγηση επίσης θα μπορούσε να αφορά στο γεγονός της συμμετοχής μόνο των εφήβων που απάντησαν και οι γονείς τους. Ίσως οι σχέσεις αυτών των εφήβων να είναι καλύτερες από τους υπόλοιπους εφήβους και να μην ήταν αρκετά δυνατή η διαφοροποίηση και η διερεύνηση της σχέσης των μεταβλητών.

Το πλέον ενδιαφέρον εύρημα είναι ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν οι αντιλήψεις των ίδιων των εφήβων για τις σχέσεις τους με την οικογένειά τους και ειδικότερα με τη μητέρα τους. Οι καλές

σχέσεις με τη μητέρα είναι αυτές που σχετίζονται, κυρίως, με τη θετική διάσταση της ευεξίας. Όσο πιο κοντά νιώθει ο έφηβος με τη μητέρα του τόσο πιο ικανοποιημένος αισθάνεται από τη ζωή του. Το εύρημα αυτό έρχεται να επιβεβαιώσει την ιδιαίτερη σχέση και τον ρόλο που αποδίδεται στη μητέρα στη διαπαιδαγώγηση και την ψυχική υγεία των παιδιών.^{27,30} Ωστόσο, φαίνεται ότι όταν οι έφηβοι αισθάνονται ότι υπάρχουν στενές σχέσεις με τους πατέρες τους, τότε βιώνουν και λιγότερα προβλήματα και μειωμένη αίσθηση ασθένειας.

Φαίνεται λοιπόν ότι η ύπαρξη στενών σχέσεων κυρίως με τον πατέρα συνδέεται περισσότερο με μειωμένη αίσθηση μη ικανοποίησης και αρνητικής αξιολόγησης της ζωής. Είναι πολύ ενδιαφέρον εύρημα το ότι η καλή σχέση με τη μητέρα σχετίζεται με τη θετική ευεξία, ενώ η κακή σχέση με τον πατέρα σχετίζεται με την αρνητική διάσταση της ευεξίας. Φαίνεται ότι, ενώ η ύπαρξη καλών σχέσεων με τον πατέρα δεν οδηγεί σε μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, οι αρνητικές σχέσεις οδηγούν τους εφήβους στη βίωση δυσαρέσκειας και χαμηλότερης ευεξίας.

Το εύρημα αυτό ίσως να έχει να κάνει με τον ιδιαίτερο ρόλο του πατέρα ειδικά στην Ελληνική κοινωνία και την οικογένεια, όπως αναφέρουν και τα σχετικά δεδομένα άλλων ερευνών σε κοινωνίες, όπου η θέση του πατέρα έχει κοινά στοιχεία με την Ελληνική οικογένεια.²⁸⁻³⁰ Επίσης, πολλές έρευνες που έχουν μελετήσει την επίδραση των αρνητικών σχέσεων με τον πατέρα σε διάφορες διαστάσεις της ψυχικής υγείας των παιδιών επιβεβαιώνουν τη σημασία που δίνεται πλέον και στον ρόλο του πατέρα στην ευεξία, και την ανάπτυξη των παιδιών.²⁸⁻³⁰

Τα ευρήματα επίσης έδειξαν ότι οι αντιλήψεις των γονέων δεν φαίνεται να σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας των εφήβων. Παρόλο που και οι γονείς θεωρούν ότι υπάρχουν καλές σχέσεις μέσα στην οικογένεια, αυτό που φαίνεται να έχει σημασία για την υποκειμενική ευεξία των εφήβων είναι οι δικές τους αντιλήψεις και όχι των γονέων. Σημειωτέον ότι η καλή επικοινωνία με τους γονείς μπορεί να οδηγεί σε μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή ή η αυξημένη ικανοποίηση να οδηγεί και σε καλύτερη διάθεση για επικοινωνία και ως εκ τούτου στη δημιουργία καλύτερων σχέσεων. Επίσης, είναι πιθανή η ύπαρξη τρίτων παραγόντων

που να συνδέονται τόσο με την αίσθηση ευεξίας των εφήβων, όσο και με την ύπαρξη στενών συναισθηματικών δεσμών στην οικογένεια.

Ένα ερώτημα της παρούσας έρευνας αφορούσε στο κατά πόσο η υποκειμενική ευεξία των μητέρων και των πατέρων σχετιζόταν με την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας των εφήβων. Τα ευρήματα δεν φαίνεται να δείχνουν κάποια σημαντική σχέση μεταξύ των δύο διαστάσεων. Ίσως, ωστόσο, ο τρόπος αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, να σχετίζεται σε κάποιον βαθμό με αυτό το εύρημα και πιθανώς η χρήση κοινής κλίμακας για την αξιολόγηση εφήβων και γονέων να έδινε διαφορετικά αποτελέσματα. Επίσης, ενδιαφέρον είναι το εύρημα ότι όταν οι μητέρες βιώνουν περισσότερο συχνά αρνητικά συναισθήματα, τότε και οι έφηβοι αισθάνονται λιγότερο ικανοποιημένοι και ευτυχημένοι. Ενδεχομένως, λοιπόν, να υπάρχει κάποιου είδους βαθύτερη σχέση

μεταξύ της ευεξίας γονέων και εφήβων και ειδικότερα της μητέρας. Ειδικότερα, αυτή η σχέση εμφανίζεται όχι με τη γνωστική, αλλά με τη συναισθηματική πτυχή της υποκειμενικής ευεξίας. Ίσως το συναίσθημα να είναι πιο εμφανές και έντονο στις σχέσεις μητέρων – εφήβων και ίσως η συχνότερη σχέση και επαφή με τις μητέρες, των οποίων η διαπαιδαγώγηση των παιδιών θεωρείται βασικός τους ρόλος, να επηρεάζει και την αρνητική διάσταση της ευεξίας των εφήβων.

Τα ευρήματα της έρευνας επιχειρούν να συμβάλουν στην κάλυψη των αναγκών που πηγάζουν από την έλλειψη ανάλογων δεδομένων στην ελληνική βιβλιογραφία. Η παρούσα έρευνα, ωστόσο, είναι συγχρονική, συνεπώς, οι συσχετίσεις που βρέθηκαν δεν περιγράφουν απαραίτητα αιτιώδεις σχέσεις. Το όλο θέμα των παραγόντων που καθορίζουν την ευεξία είναι πολύπλοκο και περαιτέρω έρευνες είναι αναγκαίες πριν εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

The role of the family in adolescents' subjective well-being

A. Lampropoulou

Department of Psychology, University of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2018, 29:172–182

The goal of this research is to study the relation between adolescents' subjective well-being with: (a) their perceptions regarding their relationship with their parents, (b) the corresponding perceptions of their parents and (c) parents' subjective well-being. The participants of this study were 714 adolescents attending the two last grades of Junior High School (Gymnasium) and the two last grades of High School (Lyceum) as well as their parents from schools of the broader area of Athens randomly selected. The following questionnaires were used for data collection from the adolescents who participated in the study: (a) The assessment of subjective well-being was based on the Berne Questionnaire of Subjective Well-Being/ Youth Form that provides the following factors: Positive attitude towards life, Self-esteem, Satisfaction from life, Problems, Somatic complaints and Depressive mood. The first three factors are included in a general factor called Satisfaction which is the positive aspect of subjective well-being (according to the suggested structure of the concept in the relevant literature) while the remaining three are included in a second general factor called Ill-being which is the negative aspect of subjective well-being, and (b) the assessment of family relationships was based on the "Affectual solidarity in the family scale" (which was also administered to parents). In addition, parents completed the questionnaires "Satisfaction from Life scale" and the "Assessment of the emotional satisfaction from life-Keyes scale" for assessing their level of subjective well-being. Finally, information on demographics was also collected. Statistical analysis of the data included descriptive and deductive methods in order to examine the relationship and the interaction of the variables under research. Findings revealed several interesting relationships. In particular

the results showed that the better the relationships are perceived by the adolescents the more satisfied they feel from their lives. In particular, the good relationships with the mother strengthen the positive dimension of subjective well-being while the good relationships with the father decrease the negative dimension of subjective well-being. Findings also suggest no significant relation among parents' perceptions and their subjective well-being with the well-being of the adolescents. The results of the research provide the guidelines for further research on the role of the family in adolescents' subjective well-being while they also allow for a better understanding of the way adolescents' subjective well-being is related to various variables in order to further enhance it through appropriate interventions.

Key words: Adolescence, subjective well-being, family, satisfaction from life.

Βιβλιογραφία

- Brotherson SE, Yamamoto T, & Acock AC. Connection and communication in father-child relationships and adolescent child well-being. *Fathering* 2003, 1:191-214, doi: 10.3149/fth.0103.191
- Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol* 2000, 55:34-43, doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34
- Karademas EC. Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Pers Individ Dif* 2006, 40:1281-1290, doi: 10.1016/j.paid.2005.10.019
- Karademas EC. Subjective well-being, demographic and intra-personal correlates. *Ψυχολογία* in press
- Behnke AO, MacDermid SM. *Family well-being*. A Sloan work and family encyclopedia entry 2004, Available from: http://www.bc.edu/bc_org/
- Hann CM. *The relationship between certain family variables and the psychological well-being of black adolescents, 2005*, Doctoral dissertation, University of the Free State, Bloemfontein Available from: <http://www.scholar.ufs.ac.za>
- Hetherington EM. Social support and the adjustment of children in divorced and remarried families, *Childhood* 2003, 10(2): 217-36, doi: 10.1177/0907568203010002007
- Amato PR, & Afifi TD. Feeling caught between parents: adult children's relations with parents and subjective well-being, *J Marriage Fam* 2006, 68:222-235, doi: 10.1111/j.1741-3737.2006.00243
- Rask K, Astedt-Kurk P, Paavilainen E, & Laippala P. Adolescent subjective well-being and family dynamics. *Scand J Caring Sci* 2003, 17:129-138, doi: 10.1037/0033-2909.132.2.249
- Ryff CD, Singer BH, Wing E, & Love GD. Elective affinities and uninvited agonies: mapping emotion with significant others onto health. In: Ryff CD, & Singer BH (eds) *Emotion, Social Relationships, and Health*, New York, NY: Oxford University Press, 2001:133-175, doi: 10.1093/acprof:oso/9780195145410.003.0005
- Johnson LD, O'Malley PM, Bachman JG. *National survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-2000: Vol. 1. Secondary school students* (NIH Publication No. 2000). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. 2001 Available from: http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol1_2002.pdf
- Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol* 2001, 52:141-166, doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Flouri E. Subjective well-being in midlife: the role of involvement of and closeness to parents in childhood. *J Happiness Stud* 2004, 5: 335-358, doi: 10.1023/b:johs.0000048461.21694.92
- Joronen K, Astedt-Kurki P. Familial contribution to adolescent subjective well-being. *Int J Nurs Stud* 2005, 11:125-133, doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00509.x
- Grob A, Luthi R, Kaiser F, Flammer A, Mackinnon A, Wearing A. Berner fragebogen zum wohlfinden jugendlicher (BSW-Youth Form), *Diagnostica* 1991, 37:66-75 Available from: <http://edoc.unibas.ch/dok/A5255072>
- Ερωτηματολόγιο Υποκειμενικής Αίσθησης Ευεξίας (για εφήβους) (Berne Questionnaire of Subjective Well-Being/ Youth Form). Συγγραφείς: Grob A, Luthi R, Kaiser F, Flammer A, Mackinnon A, Wearing A. Προσαρμογή: Λαμπροπούλου Α, Γεωργουλέας Γ, Χατζηχρήστου Χ. Στο: Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ, Ρούσση Π (επιμ.) *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα: Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο*. Αθήνα, Πεδίο. 2012:713
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess* 1985, 49:71-75, doi: 10.1037/1040-3590.5.2.164
- Keyes CLM, Social well-being. *Soc Psychol Q* 1998, 61:121-140, doi: 10.2307/2787065
- Gronvold RL. Measuring affectual solidarity. In: Mangen D, Vern J, Bengtson L, Landry P (eds) *The measurement of intergenerational relations*. Beverly Hills, CA: Sage, 1988:74-97 Available from: <http://psycnet.apa.org/record/1988-97094-004>
- Μπεζεβέγκης Η, Παυλόπουλος Β. Η επίδραση χαρακτηριστικών της οικογένειας στην αξιολόγηση της προσωπικότητας των παιδιών από τους γονείς. *Επιθ Κοινων Ερευν* 1999, 98:99-120, doi: 10.12681/grsr.744
- Gilman R, Huebner S. A review of life satisfaction research with children and adolescents. *Sch Psychol Q* 2003, 18:192-205, doi: 10.1521/scpq.18.2.192.21858
- Karademas EC. Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Pers Individ Dif* 2007, 43:277-287, doi: 10.1016/j.paid.2006.11.031

23. Λαμπροπούλου Α. Υποκειμενική αίσθηση ευεξίας των εφήβων και στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων άγχους. *Σύγχρο Κοιν Εκπαίδ Ψυχ Υγεία* 2009, 2:29–56 Available from: <https://aigaion.org/skepsy>
24. Lampropoulou A, Georgouleas G, Hatzichristou C. *Subjective well-being and coping strategies of Greek adolescents*. Poster presented at IXth Conference of European association for research on Adolescence, Porto 2004
25. Georgouleas G, Besevegis E. Adolescents' views of their relations with their parents. *Ψυχολογία* 2003, 10:237–247
26. Μπεζεβέγκης Η, Γεωργουλέας Γ. Σχέσεις γονέων-εφήβων: Είναι τόσο «άσχημα» τα πράγματα; Στο: Τάνταρος Σ (Επιμ) *Ανθρώπινη ανάπτυξη και οικογένεια*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2004:103–12
27. Li-xing Z, Guang-fang T, The influential factors on quality of life in children. *Chin J Clin Psychol* 2001, 9:105–107 Available from: <https://caod.oriprobe.com/articles/3262155>
28. Flouri E, Buchanan A. Childhood predictors of labor force participation in adult life. *JFEI* 2002, 23:101–120, doi: 10.1023/A:1015776832505
29. Shek DTL. The relation of parental qualities to psychological well-being, school adjustment and problem behavior in Chinese adolescents with economic disadvantage. *Am J Fam Ther* 2002, 30:215–230, doi: 10.1080/019261802753577548
30. Maccoby EE. Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. *Annu Rev Psychol* 2000, 51:1–27, doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.1

Αλληλογραφία: Αικ. Λαμπροπούλου, Τμήμα Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιούπολη, 157 84 Ιλίσια
Τηλ: 210-74 94 353, e-mail: alamprop@gmail.com

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
Κ.Ε.Μ.Π. ΚΡΥΟΠΕΡΙΟΥ
Αρ. Άδειας
4739



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 2931 ΚΕΜΠΑ
Κωδικός 016951

ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
Κατεχάκη & Αδριανείου 3 – 115 25 ΑΘΗΝΑ

Περιοδικό “Ψυχιατρική”

Διονυσίου Αιγινήτου 17, 3ος όροφος, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-77 58 410 • Fax: 210-77 09 044 • e-mail: editor@psych.gr

The Journal “Psychiatriki”

17, Dionisiou Eginitou str., 3rd floor, 115 28 Athens, Greece
Tel.: (+30) 210-77 58 410 • Fax: (+30) 210-210-77 09 044 • e-mail: editor@psych.gr

Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία

Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-72 14 184, Fax: 210-72 42 032 • e-mail: psych@psych.gr

Hellenic Psychiatric Association

11, Papadiamantopoulou str., 115 28 Athens, Greece
Tel.: (+30) 210-72 14 184, Fax: (+30) 210-72 42 032 • e-mail: psych@psych.gr