



Καταχωρείται και περιλαμβάνεται στα MEDLINE/PubMed, Index Copernicus, PsychINFO, Scopus, SCImago, Google Scholar, EMBASE/Excerpta Medica, EBSCOhost™ και στο Iatrotek

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

Εργασίες για δημοσίευση υποβάλλονται μέσω του παραπάνω ιστότοπου ή εναλλακτικά μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση editor@psychiatriki-journal.gr

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

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

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης:
Γ. Κωνσταντακόπουλος

Αναπληρωτής Διευθυντής Σύνταξης:
Δ. Πλουμπίδης

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

Συνεργάτης:
Ι. Ζέρβας

Γραμματεία περιοδικού: Μ. Μπαχράμη

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β. Κονταξάκης

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

M. Abou-Saleh (UK) †H. Ghodse (UK)
†H. Akiskal (USA) P. Gökalg (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.)

D. Lecic-Tosevski (Serbia) G. Papakostas (USA)
C. Lyketsos (USA) G. Petrides (USA)
M. Maj (Italy) R. Salokangas (Finland)
A. Marneros (Germany) †O. Steinfeld-Foss (Norway)
J. Mezrich (USA) A. Tasman (USA)
H.J. Möller (Germany) N. Tataru (Romania)
R. Montenegro (Argentina) P. Tyrer (UK)
C. Pantelis (Australia)

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

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 ταμειακά εντάξει μέλη της Εταιρείας
δεν υποχρεούνται σε καταβολή συνδρομής**

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ EN ISO 9001:2000

Αδριανίου 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, Αδριανίου 3 – 115 25 Αθήνα
Τηλ. 210-67 14 340



Indexed and included in MEDLINE/PubMed, Index Copernicus, PsychINFO, Scopus, SCImago, Google Scholar, EMBASE/Excerpta Medica, EBSCOhost™ and in Iatrotek

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

Manuscripts should be submitted for publication through the above website or should be sent as an attachment by email to editor@psychiatriki-journal.gr

PSYCHIATRIKI

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

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

EDITORIAL BOARD

Editor -in- Chief:
G. Konstantakopoulos

Deputy Editor -in- Chief:
D. Ploumpidis

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

Collaborator:
J. Zervas

Journal's secretariat: M. Bachrami

EMERITUS EDITOR
G.N. Christodoulou, V. Kontaxakis

Secretariat of Hellenic Psychiatric Association:

Head: H. Gretsia
Tel.: (+30) 210-72 14 184, Fax: (+30) 210-72 42 032
E-mail: psych@psych.gr, Web-site: www.psych.gr

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**

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

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





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Β.Π. Μποζίκας
Αντιπρόεδρος: Κ. Φουντουλάκης
Γεν. Γραμματέας: Δ. Τσακλακίδου
Ταμίας: Λ. Μαρκάκη
Σύμβουλοι: Χ. Τουλούμης
Ν. Γκούβας
Η. Τζαβέλλας

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Μέλη: Ι. Νηματούδης
Π. Φωτιάδης
Α. Σπυροπούλου

ΕΞΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μέλη: Φ. Μωρόγιαννης
Ι. Λιάππας
Θ. Βορβολάκος

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ

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

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: Μ. Παπαλιάγκα

ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ

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

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: Κ. Προβή
Α' Γραμματέας: Θ. Γκέσογλου
Β' Γραμματέας: Γ. Τσιναρίδης

ΕΝΩΣΗ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ

Πρόεδρος: Ι. Χατζηδάκης
Γραμματέας: Αθ. Πουλουτίδου
Ταμίας: Δ. Μπαλτζή

HELLENIC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

EXECUTIVE COUNCIL

Chairman: V.P. Bozikas
Vice-Chairman: K. Fountoulakis
Secretary General: D. Tsaklakidou
Treasurer: L. Markaki
Consultants: C. Touloumis
N. Gouvas
E. Tzavellas

DISCIPLINARY COUNCIL

Members: I. Nimatoudis
P. Fotiadis
A. Spyropoulou

FINANCIAL CONTROL COMMITTEE

Members: F. Morogiannis
I. Liappas
T. Vorvolakos

HONORARY PRESIDENTS

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

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: M. Papaliagka

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: K. Provi
Secretary A': Th. Gkesoglou
Secretary B': G. Tsinaridis

UNION OF GREEK PSYCHIATRIC TRAINEES

Chairman: I. Chatzidakis
Secretary: Ath. Pouloutidou
Treasurer: D. Baltzi



ΚΛΑΔΟΙ

ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Πρόεδρος: Ηλ. Τζαβέλλας
Γραμματείς: Δ. Καραϊσκιός, Θ. Παπασιάνης

ΒΙΑΙΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

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

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Πρόεδρος: Φ. Γονιδάκης
Γραμματείς: Ι. Μιχόπουλος, Γ. Γεωργαντόπουλος

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Πρόεδρος: Γ. Τζεφεράκος
Γραμματείς: Αθ. Αποστολόπουλος, Κ. Κοκκώλης

ΕΓΚΑΙΡΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ

Πρόεδρος: Ν. Στεφανής
Γραμματείς: Β.Π. Μποζίκας, Κ. Κόλλιας

ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Χ. Τουλούμης
Γραμματείς: Χ. Τσώπελας, Ν. Χριστοδούλου

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΑΣΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ

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

ΝΕΥΡΟΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑ ΒΙΟΥ

Πρόεδρος: Α. Πechλιβανιδής
Γραμματείς: Ε. Καλαντζή, Κ. Κορομπίλη

ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ

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

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ & ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Πρόεδρος: Ν. Γκούβας
Γραμματείς: Α. Δουζένης, Π. Φωτιάδης

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Η. Τζαβέλλας
Γραμματείς: Δ. Κόντης, Δ. Καραϊσκιός

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 & ΔΕΟΝΤΟΛΟΠΙΑΣ

Πρόεδρος: Γ. Χριστοδούλου
Γραμματείς: Ι. Γκιουζέπας, Β. Αλεβιζός

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ

Πρόεδρος: Στ. Κούλης
Γραμματείς: Κ. Εμμανουηλίδης, Αθ. Καρκανιάς

ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Πρόεδρος: Α. Λεονάρδου
Γραμματείς: Α. Σπυροπούλου, Κ. Αρβανίτη

ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Α. Δουζένης
Γραμματείς: Δ. Τσακλακίδου, Ι. Γιαννοπούλου

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πρόεδρος: Ρ. Γουρνέλλης
Γραμματείς: Φ. Γονιδάκης, Ι. Μαλογιάννης

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Α. Πολίτης
Γραμματείς: Α. Κώνστα, Θ. Βορβολάκος

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ & ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

Πρόεδρος: Κ. Κόλλιας
Γραμματείς: Β. Π. Μποζίκας, Ζ. Νασίκα

ΨΥΧΟΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Αθ. Καρκανιάς
Γραμματείς: Μ. Συγγελάκης, Ζ. Σαντά

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

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

SECTIONS

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIORS

Chairman: E. Tzavellas
Secretaries: D. Karaiskios, Th. Papasilanis

VIOLENT BEHAVIORS

Chairman: Ch. Tsopeles
Secretaries: M. Dimitrakaki, 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: F. Gonidakis
Secretaries: J. Michopoulos, G. Georgantopoulos

DUAL DIAGNOSIS

Chairman: G. Tzeferakos
Secretaries: Ath. Apostolopoulos, K. Kokkolis

EARLY INTERVENTION IN PSYCHOSIS

Chairman: N. Stefanis
Secretaries: V.P. Bozidakis, K. Kollias

PRIVATE PRACTICE PSYCHIATRY

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

HISTORY OF PSYCHIATRY

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

PSYCHOPHARMACOLOGY

Chairman: C. Touloumis
Secretaries: C. Tsopeles, N. Christodoulou

SOCIAL PSYCHIATRY

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

ADVOCACY OF PSYCHIATRIC PRACTICE

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

NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS ACROSS THE LIFESPAN

Chairman: A. Pechlivanidis
Secretaries: E. Kalantzis, K. Korompili

SUBSTANCE ABUSE

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

CHILD PSYCHIATRY

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

INFORMATICS & INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PSYCHIATRY

Chairman: N. Gouvas
Secretaries: A. Douzenis, P. Fotiadis

PREVENTIVE PSYCHIATRY

Chairman: E. Tzavellas
Secretaries: D. Kontis, D. Karaiskios

SEXUALITY AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS

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

MILITARY PSYCHIATRY

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

CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY & PSYCHOSOMATICS

Chairman: T. Hyphantis
Secretaries: A. Karkaniias, M. Diallina

ART & PSYCHIATRY

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

TELEPSYCHIATRY

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

PHILOSOPHY & PSYCHIATRY

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

PSYCHIATRY & ETHICS

Chairman: G. Christodoulou
Secretaries: J. Giouzevas, V. Alevizos

PSYCHIATRY & RELIGION

Chairman: S. Koulis
Secretaries: K. Emmanouilidis, A. Karkaniias

WOMEN'S MENTAL HEALTH & REPRODUCTIVE PSYCHIATRY

Chairman: A. Leonardou
Secretaries: A. Spyropoulou, K. Arvaniti

FORENSIC PSYCHIATRY

Chairman: A. Douzenis
Secretaries: D. Tsaklakidou, J. Giannopoulou

PSYCHOTHERAPY

Chairman: R. Gournellis
Secretaries: F. Gonidakis, J. Malogiannis

PSYCHOGERIATRICS

Chairman: A. Politis
Secretaries: A. Konsta, Th. Vorvolakos

PSYCHOMETRIC & NEUROPSYCHOLOGICAL MEASUREMENTS

Chairman: K. Kollias
Secretaries: V.P. Bozidakis, Z. Nasika

PSYCHO-ONCOLOGY

Chairman: A. Karkaniias
Secretaries: M. Syngelakis, Z. Santa

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

Άρθρο σύνταξης

Η έκφραση της σεξουαλικότητας και η πανδημία COVID-19: Το μέλλον της σεξουαλικής εγγύτητας μετά την πανδημία COVID-19

Η. Μουρίκης 97

Ερευνητική εργασία

Επιδημιολογικοί δείκτες και συσχετίσεις της εφηβικής επιθετικότητας σε αστικό μαθητικό πληθυσμό

Ζ. Καλογεράκης, Ε. Λαζαράτου, Δ. Δικαίος, Γ. Τουλούμη, Κ. Κόλλιας, Μ. Οικονόμου, Χ. Παπαγεωργίου 101

Ανασκοπήσεις

Δοκιμασίες αξιολόγησης των χαρακτηριστικών της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στα παιδιά και τους εφήβους: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Μ. Γαμβρούλη, Η. Γαμβρούλη, Χρ. Τριανταφύλλου 112

Παρατεταμένη νευροενδοκρινική απορρύθμιση ως νευροαναπτυξιακός παράγοντας κινδύνου

Θ. Γκέσογλου, Π. Περβανίδου, Β.Π. Μποζίκας, Α. Αγοραστός 122

Καταθλιπτική συμπτωματολογία και αντλία ινσουλίνης σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1:

Μια συστηματική ανασκόπηση

Ε.Σ. Μπενιουδάκης, Ε. Καρλάφτη, Α. Καλαϊτζάκη, Τ. Διδάγγελος..... 133

Ψυχοθεραπεία εστιασμένη στη μεταβίβαση και ψυχοθεραπεία με βάση την εννόηση (mentalization).

Τεκμηριωμένες θεραπείες για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας

Ο. Κάντερ Μπαξ, Γ. Νεράντζης..... 143

Ειδικό άρθρο

Το μοντέλο της συμπαραγωγής (co-production) στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Ευ. Σακελλάρη, Κ. Τσούκας, Γερ. Κολαϊτης, Α. Λάγιου 155

Επιστολή προς τη Σύνταξη

Η δια-διαγνωστική παρουσίαση του «Αναίσθητου» από τον Θεόφραστο: Σχόλιο για Πεχλιβανίδη και Παπανικολάου (2022)

Μ.Μ. Victor, Β.Σ. da Silva, C.H. Bau, Ε.Η. Grevet 165



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

- Sexual expression and the COVID-19 pandemic: The future of sexual intimacy after the COVID-19 pandemic**
I. Mourikis 99

Research article

- Epidemiological indicators and correlations of adolescent aggression in an urban student population**
Z. Kalogerakis, H. Lazaratou, D. Dikeos, G. Touloumi, K. Kollias, M. Economou, Ch. Papageorgiou 101

Reviews

- Evaluation tools of the characteristics of attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents: A literature review**
M. Gamvrouli, I. Gamvrouli, Chr. Triantafyllou 112

- Neurobiology of early life traumatic stress and trauma: Prolonged neuroendocrine dysregulation as a neurodevelopmental risk factor**
Th. Gkesoglou, P. Pervanidou, V.P. Bozikas, A. Agorastos 122

- Depressive symptoms and insulin pump therapy in people with type 1 diabetes mellitus: A systematic review**
E.S. Benioudakis, E. Karlafti, A. Kalaitzaki, T. Didangelos 133

- Transference focused psychotherapy and mentalization based treatment. Evidence based psychotherapies for borderline personality disorder**
O. Kanter Bax, G. Nerantzis 143

Special article

- The model of co-production in mental health services**
E. Sakellari, K. Tsoukas, G. Kolaitis, A. Lagiou 155

Letter to the Editor

- Theophrastus's Anaisthetos transdiagnostic presentation: Comment on Pehlivanidis and Papanikolaou (2022)**
M.M. Victor, B.S. da Silva, C.H. Bau, E.H. Grevet 166

Άρθρο σύνταξης

Η έκφραση της σεξουαλικότητας και η πανδημία COVID-19: Το μέλλον της σεξουαλικής εγγύτητας μετά την πανδημία COVID-19

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 1 Μαΐου 2023/Αναθεωρήθηκε 4 Μαΐου 2023/Δημοσιεύτηκε Διαδικτυακά 12 Μαΐου 2023

Ο άνθρωπος ως κοινωνικό ον, βασίζεται στην αλληλεπίδραση για να ζει και να «ανθίζει». Είναι από τη φύση του ενδεής και η ελευθερία του απειλείται. Η ψυχολογική εγγύτητα, η σωματική επαφή και το αίσθημα του «ανήκειν» αποτελούν πυρηνικές ανάγκες, και αφού αναγνωριστούν ως τέτοιες, τελικά υπηρετούν την ελευθερία του. Η κοινωνική αλληλεπίδραση αποτελεί παράγοντα επιβίωσης. Η δημιουργία δεσμών βελτιώνει τη θέση του στην εξελικτική διαδικασία, ευοδώνοντας τον δρόμο προς τον «τελικό σκοπό» της ύπαρξης.

Η πανδημία COVID-19 και τα μέτρα ελέγχου διασποράς της νόσου, διατάραξαν κάθε πτυχή της ανθρώπινης δραστηριοποίησης. Κοινωνικές, ακαδημαϊκές, πολιτιστικές, επιχειρηματικές και οικονομικές δραστηριότητες τροποποιήθηκαν εκ βάθρων.¹ Η ενσυνείδητη βίωση της απειλής της ζωής αποτέλεσε μια πανταχού παρούσα δραματική υπενθύμιση της ανθρώπινης ευαλωτότητας. Το περιβάλλον έγινε αντίξοο, ασαφές, δυσνόητο, όπου ο θάνατος ήταν «παρών» ανά πάσα στιγμή. Οι άνθρωποι προσπάθησαν να βρουν ένα νέο νόημα ζωής και ένα νέο περιεχόμενο στην αυτο-αξιολόγησή τους. Η πυροδότηση της ευαλωτότητας, η απομόνωση από φίλους και συγγενείς που διαχρονικά επικυρώνουν την αυτοεκτίμηση, η απώλεια θέσεων εργασίας και τα νέα εμπόδια στους επαγγελματικούς στόχους, επηρέασαν τη συνολική θεώρηση των πραγμάτων.¹ Τα περιοριστικά μέτρα και ο συνακόλουθος επιτακτικός εμβολιασμός δημιούργησαν «δυστοπικές» συνθήκες, κάτω από τις οποίες η άντληση ευχαρίστησης αποτέλεσε πολυτέλεια. Τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα ανάδειξαν ότι η κοινωνική αποστασιοποίηση οδήγησε σε υψηλά επίπεδα ψυχολογικής καταπόνησης. Πρωτογενείς έρευνες κατά τη διάρκεια των κοινωνικών περιορισμών καθώς και μεταγενέστερες μελέτες μετα-αναλυτικού τύπου, ανάδειξαν αυξημένη ευερεθιστότητα, συναισθηματική αστάθεια και τελικά αύξηση επιπολασμού των συναισθηματικών και αγχωδών διαταραχών.²

Αναμφίβολα, ψυχική και σεξουαλική υγεία μοιράζονται μια ισχυρή και αμφίδρομη σχέση.³ Διεθνείς οργανισμοί υγείας τονίζουν τη θετική επίδραση μιας υγιούς σεξουαλικής ζωής στη ψυχολογική ευημερία. Η σεξουαλική ευεξία μπορεί να λειτουργήσει –μαζί με άλλους παράγοντες– προστατευτικά έναντι της ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας, ενώ η σταθερή σεξουαλική δραστηριότητα δρα ως εχέγγυο για την ευεξία. Η δυσμενής σχέση ψυχολογικών συμπτωμάτων και σεξουαλικής απόλαυσης έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά επανειλημμένως, αναδεικνύοντας την επίδραση του άγχους στην ερωτική επιθυμία, τη διέγερση, αλλά και τη συνολική ικανοποίηση από τη σεξουαλική ζωή.⁴ Δεδομένης αυτής της σχέσης και της υπερακόντισης της ευαλωτότητας στη συνθήκη της πανδημίας, θα αναρωτιόταν κανείς με ποιον τρόπο επηρεάστηκε αυτό το αμφίδρομο μονοπάτι. Η σωματική οικειότητα, μία από τις βασικές εκφράσεις σύνδεσης μεταξύ συντρόφων, δεν θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστη.

Κατά το πρώτο έτος της πανδημίας με τον έλεγχο των μετακινήσεων, οι συναντήσεις των συντρόφων έγιναν δύσκολες. Εξαιτίας των περιοριστικών μέτρων και της αποθάρρυνσης των συναθροίσεων, σταδιακά καλλιεργήθηκε έντονος φόβος μόλυνσης και εκδηλώθηκαν αποφυγές. Σε κάποιες χώρες, υπήρξαν συστάσεις αποφυγής κάθε σωματικής-σεξουαλικής αλληλεπίδρασης και χρήσης μάσκας σε προσωπικές στιγμές.⁵ Τελικό αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν η καλλιέργεια τέτοιου φόβου που ένα στα τρία άτομα απέφευγε πλήρως να έρθει σε ερωτική επαφή με το άτομο που επιθυμούσε, ακόμα και αν συγκατοικούσαν.⁶ Το άγχος και η επιβαρυνόμενη ποιότητα ζωής, φάνηκε να επηρεάζει και τη σεξουαλική λειτουργία, και κυρίως πτυχές που σχετίζονται με τη σεξουαλική επιθυμία και διέγερση. Ο φόβος και το άγχος που προκλήθηκαν από τη διαρκή απειλή ζωής, αποστέρησαν την ικανότητα άντλησης ικανοποίησης από τη δυαδικότητα, στρέφοντας τη σεξουαλική έκφραση σε ένα ασφαλέστερο «εαυτισμό» η αυτοϊκανοποίηση αυξήθηκε τόσο ανάμεσα σε μοναχικά άτομα όσο και σε άτομα σε σταθερές σχέσεις συγκατοίκησης.⁷

Από την άλλη, οι νέες συνθήκες διαβίωσης αποτέλεσαν το «όχημα» στην αναζήτηση νέων δρόμων που θα οδηγούσαν στην απόλαυση. Οι άνθρωποι, όπως σε κάθε κρίση του παρελθόντος, χρειάστηκε να «επανεφεύρουν» τους εαυτούς τους για να προσαρμοστούν. Με δεδομένο ότι κάθε σεξουαλική επαφή είναι μια πολυ-αισθητηριακή εμπειρία και μέσο ψυχικής αποφόρτισης, αναζήτησαν ή και δημιούργησαν νέα μονοπάτια που κατέληγαν στη σεξουαλική εκτόνωση. Η έννοια της «εικονικής σεξουαλικό-

τητας» αναδύθηκε πολύ πιο έντονα σε σχέση με την προ-πανδημική περίοδο. Η προϋπάρχουσα χρήση τεχνολογίας σχετικά με τη σεξουαλικότητα, που μέχρι την πανδημία απλώς διευκόλυνε τις ατομικές σεξουαλικές πρακτικές, πήρε άλλη μορφή. Η χρήση δι-αδραστικών τεχνολογιών, επέτρεψε στους ανθρώπους να δημιουργήσουν και να μοιραστούν στις περισσότερες περιπτώσεις για πρώτη φορά στη ζωή τους– προσωπικό ερωτικό περιεχόμενο.⁸ Το διαδίκτυο αναδύθηκε ως ένα αποτελεσματικό υποκατάστατο εκτόνωσης της σεξουαλικής επιθυμίας για ανθρώπους εκτός σχέσης, ενώ για εκείνους που ήταν σε σταθερή σχέση, σε κάποιες περιπτώσεις διευκόλυνε τη σύνδεση, ενώ στις περισσότερες παράτεινε τις φοβικές συμπεριφορές και την αποφυγή της εγγύτητας.

Η ανάγκη του ανθρώπου για σύνδεση, αγάπη, φλερτ, και σεξουαλική έκφραση θα παραμένει σταθερή. Το ερώτημα που εγείρεται είναι κατά πόσο οι αλλαγές που επήλθαν είναι μόνιμες, αν η ανάγκη για σωματική επαφή μειώθηκε, και αν οι οδοί μέσω των οποίων οι άνθρωποι σχετίζονται τροποποιήθηκαν οριστικά. Είναι πιθανό η σεξουαλική εγγύτητα εννοιολογικά και βιωματικά να σηματοδοτείται πλέον ως κάτι διαφορετικό, και ίσως η πανδημία να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα ή έναν ισχυρό καταλύτη μιας προδιαγεγραμμένης αλλαγής πορείας στους τρόπους του σχετίζεσθαι.

Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να αναγνωριστεί η κλινική σημασία της δυναμικής αλληλεπίδρασης σεξουαλικών παραγόντων και ψυχολογικής ευημερίας. Ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να λάβουμε υπόψη τις νέες και διαφορετικές πτυχές της σεξουαλικής έκφρασης, και με επιστημονικότητα και σεβασμό στην ανθρώπινη φύση, να υπογραμμίζουμε τη σύνδεση σεξουαλικότητας και ποιότητα ζωής. Πρέπει να αναγνωρίσουμε τη διαχρονική ανάγκη των ανθρώπων για εγγύτητα και τη δημιουργία ουσιαστικών και σταθερών σχέσεων ως πυρηνική προϋπόθεση για την ευημερία, ανεξάρτητα από παράγοντες απειλής και αβεβαιότητας, όπως η πρόσφατη πανδημία.

Ηρακλής Μουρίκης

Ψυχίατρος, PhD,

Υπεύθυνος Ειδικού Ιατρείου Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής
και συναφών με αυτή Διαταραχών, Υπεύθυνος Ειδικού Ιατρείου Σεξουαλικής Υγείας,
Α΄ Ψυχιατρική, Κλινική Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Βιβλιογραφία

1. Pyszczynski T, Lockett M, Greenberg J, Solomon S. Terror Management Theory and the COVID-19 Pandemic. *J Humanist Psychol* 2021, 61:173–89, doi: 10.1177/0022167820959488
2. Taquet M, Holmes EA, Harrison PJ. Depression and anxiety disorders during the COVID-19 pandemic: Knowns and unknowns. *Lancet* 2021, 398:1665–1666, doi: 10.1016/S0140-6736(21)02221-2
3. Montejo Angel L. Sexuality and Mental Health: The Need for Mutual Development and Research. *J Clin Med* 2019, 8:1794, doi: 10.3390/jcm 8111794
4. Piontek A, Szeja J, Błachut M, Badura-Brzoza K. Sexual problems in the patients with psychiatric disorders. *Wiadomosci lekarskie* 2019, 72:1984–1988, PMID: 31982027
5. Ates E, Kazici HG, Yildiz AE, Sulaimanov S, Kol A, Erol H. Male sexual functions and behaviors in the age of COVID-19: Evaluation of mid-term effects with online cross-sectional survey study. *Arch Ital Urol Androl* 2021, 93:341–347, doi: 10.4081/aiua.2021.3.341
6. Nessaibia I, Sagee R, Atwood L, Bouslama Z, Cocci L, Merad T, Tahraoui A. The way COVID-19 transforms our sexual lives. *Int J Impot Res* 2022, 34:117–119, doi: 10.1038/s41443-021-00494-9
7. Mourikis I, Kokka I, Koumantarou-Malisiava E, Kontoangelos K, Konstantakopoulos G, Papageorgiou C. Exploring the adult sexual wellbeing and behavior during the COVID-19 pandemic. A systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2022, 13:949077, doi: 10.3389/fpsy.2022.949077
8. Gassó AM, Mueller-Johnson K, Agustina JR, Gómez-Durán EL. Exploring sexting and online sexual victimization during the COVID-19 pandemic lockdown. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18:6662, doi: 10.3390/ijerph18126662

Sexual expression and the COVID-19 pandemic: The future of sexual intimacy after the COVID-19 pandemic

ARTICLE HISTORY: Received 1 May 2023/Revised 4 May 2023/Published Online 12 May 2023

Humans, as social beings, rely on interaction in order to survive and “flourish”. By nature, they are “weak” and when in solitary, their freedom is jeopardized. Connecting with others, intimacy, physical contact, and the sense of belonging are core needs, and once recognized as such, they ultimately serve one’s freedom. In this context, social interaction serves as a fundamental factor for survival. The creation of bonds improves one’s position in the evolutionary process, and paves the way towards the ultimate “goal” of existence. The COVID-19 pandemic and the measures to control its spread have disrupted every aspect of human activity. Social, academic, cultural, business, and economic activities have been drastically modified.¹ The conscious experience of the threat of life has been a ubiquitous “dramatic reminder of human vulnerability”. The environment became unintelligible, death was “present” at all times. People tried to find a new meaning of life and discover a new sense of self-worth. The triggered vulnerability, the isolation from friends and relatives that to date validated one’s self-esteem, the unprecedented obstacles with respect to career goals, and unexpected job losses affected the global view of things.¹ The restrictive measures and the resulting urgent vaccination created “dystopian” conditions, under which deriving pleasure became a luxury. Scientific data have shown that social distancing has led to high levels of psychological distress. Primary research conducted during the social restrictions as well as subsequent meta-analytical studies have revealed increased irritability, emotional instability, and ultimately an increase in emotional and anxiety disorders’ prevalence.²

Undoubtedly, mental and sexual health share a strong and bidirectional relationship.³ International health organizations emphasize the positive impact of a healthy sexual life on psychological well-being. Sexual well-being can serve –along with other factors– as a protective measure against the development of psychopathology, while stable sexual activity acts as a safeguard for well-being in general. The negative relationship between psychological symptoms and sexual gratification has been repeatedly documented by research, highlighting the impact of anxiety on sexual desire, arousal, and overall satisfaction with sexual life.⁴ Given this relationship and the increased emotional vulnerability during the pandemic, one might wonder how this reciprocal path has been affected. Physical intimacy, one of the basic expressions of the connection between partners, could not remain unaffected.

During the first year of the pandemic and the restrictive measures, it became difficult for partners to meet. Due to the measures and discouragement of gatherings, a strong fear of infection gradually developed and avoidance behaviors emerged. In some countries, there were recommendations for physical-sexual interactions’ limitation, and use of masks in intimate situations.⁵ The end result of these circumstances was that one in three individuals demonstrated such fear that they completely avoided engaging in sexual contact with the person they desired, even in cases they cohabited.⁶ The anxiety and reduced quality of life seemed to affect sexual function, especially aspects related to sexual desire and arousal. The fear and anxiety caused by the constant threat to life deprived individuals of the ability to derive satisfaction from intimate relationships, guiding sexual expression towards a safer “self-centered” orientation. As a result, self-gratification through masturbation increased for both single individuals as well as for stable, cohabiting partners.⁷

On the other hand, the newly formed living conditions served as a “vehicle” in an attempt to search for new paths towards pleasure. People, as in every past crisis, needed to “reinvent” themselves in order to adapt. Given that every sexual contact is a multi-sensory experience as well as a means of psychological discharge, they searched for or even created new paths that led to sexual release. The concept of “virtual sexuality” emerged even more strongly than it did before the pandemic. The pre-existing use of digital sexual content, which priorly simply facilitated individual sexual practices, took another form. The use of interactive technologies allowed people to create and share – in most cases for the first time – their personal erotic content.⁸ The internet emerged as an effective substitute for the discharge of sexual desire for people not in a stable romantic relationship, while for those with a stable partner in some cases facilitated their relationships, but for most of them prolonged behaviors of fear and avoidance of intimacy.

The human need for connection, love, flirting, and sexual expression cannot be eliminated. The questions that arise whether the changes that have occurred are permanent, whether the need for real-life, physical contact has decreased, and whether the

ways through which people connect with others have been permanently modified. It is possible that sexual intimacy is now conceptualized and experienced as something different, and perhaps the pandemic is a causal factor and a strong catalyst for a predetermined change of course with respect to close relationships.

In any case, the clinical significance of the dynamic interaction between sexual factors and psychological well-being must be understood in depth. As mental health professionals, we must take into account the altered or new aspects of sexual expression, and with scientific rigor and respect for human nature, we should keep highlighting the unbreakable bond between sexuality and quality of life. We must recognize the timeless human need for intimacy and meaningful, stable connections, irrespective of threatening factors and uncertainty caused by conditions such as the recent pandemic.

Iraklis Mourikis

Psychiatrist, PhD,

*Head of outpatient clinic for OCD, Head of outpatient clinic for Sexual Health
First Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens*

References

1. Pyszczynski T, Lockett M, Greenberg J, Solomon S. Terror Management Theory and the COVID-19 Pandemic. *J Humanist Psychol* 2021, 61:173–89, doi: 10.1177/0022167820959488
2. Taquet M, Holmes EA, Harrison PJ. Depression and anxiety disorders during the COVID-19 pandemic: Knowns and unknowns. *Lancet* 2021, 398:1665–1666, doi: 10.1016/S0140-6736(21)02221-2
3. Montejo Angel L. Sexuality and Mental Health: The Need for Mutual Development and Research. *J Clin Med* 2019, 8:1794, doi: 10.3390/jcm8111794
4. Piontek A, Szeja J, Błachut M, Badura-Brzoza K. Sexual problems in the patients with psychiatric disorders. *Wiadomosci lekarskie* 2019, 72:1984–1988, PMID: 31982027
5. Ates E, Kazici HG, Yildiz AE, Sulaimanov S, Kol A, Erol H. Male sexual functions and behaviors in the age of COVID-19: Evaluation of mid-term effects with online cross-sectional survey study. *Arch Ital Urol Androl* 2021, 93:341–347, doi: 10.4081/aiua.2021.3.341
6. Nessaibia I, Sagee R, Atwood L, Bouslama Z, Cocci L, Merad T, Tahraoui A. The way COVID-19 transforms our sexual lives. *Int J Impot Res* 2022, 34:117–119, doi: 10.1038/s41443-021-00494-9
7. Mourikis I, Kokka I, Koumantarou-Malisoiva E, Kontoangelos K, Konstantakopoulos G, Papageorgiou C. Exploring the adult sexual wellbeing and behavior during the COVID-19 pandemic. A systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2022, 13:949077, doi: 10.3389/fpsy.2022.949077
8. Gassó AM, Mueller-Johnson K, Agustina JR, Gómez-Durán EL. Exploring sexting and online sexual victimization during the COVID-19 pandemic lockdown. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18:6662, doi: 10.3390/ijerph18126662

Ερευνητική εργασία

Επιδημιολογικοί δείκτες και συσχετίσεις της εφηβικής επιθετικότητας σε αστικό μαθητικό πληθυσμό

Ζαχαρίας Καλογεράκης,¹ Ελένη Λαζαράτου,¹ Δημήτρης Δικαίος,¹ Γιώτα Τουλούμη,²
Κώστας Κόλλιας,¹ Μαρίνα Οικονόμου,¹ Χαράλαμπος Παπαγεωργίου¹

¹Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

²Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 3 Μαρτίου 2021/Αναθεωρήθηκε 10 Απριλίου 2021/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 21 Φεβρουαρίου 2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εφηβική επιθετικότητα αποτελεί αντικείμενο εκτενούς και μακρόχρονης επιστημονικής έρευνας, λόγω της μεγάλης έκτασης του φαινομένου στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα και λόγω των σοβαρών επιπτώσεων που μπορεί να έχει στο θύμα, τον επιτιθέμενο και τους γύρω τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης υπήρξε ο προσδιορισμός των δεικτών εμφάνισης (των υψηλών επιπέδων) της εφηβικής επιθετικότητας και των κύριων μορφών (σωματική, λεκτική και ευθεία) και διαστάσεων (θυμός και εχθρικότητα) αυτής σε αστικό μαθητικό πληθυσμό, καθώς και η διερεύνηση των συσχετίσεων της εμφάνισής τους με τα χαρακτηριστικά και τα προβλήματα ψυχικής υγείας των εφήβων. Στη μελέτη συμμετείχαν 2050 μαθητές της Β΄ Τάξης Γυμνασίου και της Β΄ Τάξης Ενιαίου Λυκείου, από 49 τυχαία επιλεγμένα σχολεία του Κεντρικού Τομέα Αττικής και Πειραιά. Για την εκτίμηση της επιθετικότητας των συμμετεχόντων χορηγήθηκε το Buss-Perry Aggression Questionnaire και για τον προσδιορισμό των προβλημάτων ψυχικής υγείας και συμπεριφοράς, το Strengths and Difficulties Questionnaire. Μέσω της χορήγησης αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου, συλλέχθηκαν πληροφορίες για τα ατομικά, οικογενειακά και σχολικά χαρακτηριστικά των εφήβων. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε τα ποσοστά εμφάνισης υψηλού επιπέδου επιθετικών συμπεριφορών στους συμμετέχοντες, μεταξύ του 2,2 (για τη συνολική επιθετικότητα) και 10,5% (για τον θυμό). Από τα ατομικά τους χαρακτηριστικά, το φύλο (με τα αγόρια να υπερτερούν στη σωματική και ευθεία επιθετικότητα και τα κορίτσια στον θυμό), η (μεγαλύτερη) ηλικία και η ενασχόληση με τον αθλητισμό (όσον αφορά στην ευθεία επιθετικότητα), βρέθηκαν να σχετίζονται με συγκεκριμένες επιθετικές συμπεριφορές. Επιπλέον, η μη ακέραια δομή οικογένειας και η ανασφάλεια για την ύπαρξη βασικών αγαθών στο σπίτι, βρέθηκαν σε θετική συσχέτιση με συγκεκριμένες επιθετικές συμπεριφορές, ενώ η λήψη χαρτζιλικιού από τους κηδεμόνες σχετίστηκε με το σύνολο των συμπεριφορών αυτών. Από τις δυσκολίες ψυχικής υγείας και συμπεριφοράς, τα προβλήματα διαγωγής και υπερκινητικότητας/απροσεξίας σχετίστηκαν θετικά με όλες τις διερευνώμενες επιθετικές συμπεριφορές. Συμπερασματικά, η μεγάλη πλειοψηφία των εφήβων μαθητών του Κεντρικού Τομέα Αττικής και Πειραιά, δεν φαίνεται να παρουσιάζει υψηλά επίπεδα επιθετικών συμπεριφορών (πέραν ίσως του θυμού). Απαιτείται περαιτέρω διαχρονική μελέτη, που συνεκτιμώντας παραμέτρους όπως η ηλικία, η δομή της οικογένειας, η λήψη χαρτζιλικιού και η συνύπαρξη προβλημάτων ψυχικής υγείας, θα ενισχύσει την κατανόηση των μηχανισμών που διευκολύνουν την εφηβική επιθετικότητα.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Επιθετικότητα, εφηβεία, δείκτες, συσχετίσεις, ψυχική υγεία.

Εισαγωγή

Η εφηβική επιθετικότητα και βία αποτελούν ένα αρκετά διαδεδομένο¹ και σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, κυρίως λόγω των σοβαρών επιπτώσεων που μπορεί να έχει στην ψυχολογική εξέλιξη και την ακαδημαϊκή πορεία^{2,3} των άμεσα εμπλεκόμενων, αλλά και λόγω της επιβάρυνσης που συνεπάγεται στο περιβάλλον τους⁴ και την κοινωνία συνολικότερα.⁵ Σε διακρατική μελέτη (που συμπεριέλαβε και ελληνικό δείγμα εφήβων), αφού διαχωρίστηκε η επιθετική συμπεριφορά από τον σχολικό εκφοβισμό, προσδιορίστηκε στο 1,8% το ποσοστό των εφήβων που υπήρξαν κατά τους τελευταίους τρεις μήνες μία φορά θύμα της επιθετικότητας των συνομηλίκων τους και στο 22,9% εκείνων που είχαν θυματοποιηθεί κατ' εξακολούθηση (τα αντίστοιχα ποσοστά του ελληνικού δείγματος ήταν 4,7 και 35,2% αντίστοιχα).⁶ Παράλληλα, πολυετής, εθνική και αντιπροσωπευτική μελέτη σε εφήβους στις ΗΠΑ, εκτίμησε στο 5,6% το ποσοστό της σοβαρής (ευθείας) επιθετικότητας, στο 3,4% το ποσοστό της αντίστοιχης προς τον εαυτό επιθετικότητας και στο 0,8% τη συνύπαρξη και των δύο αυτών μορφών.⁷

Και βέβαια, η (ανθρώπινη) επιθετικότητα, οριζόμενη ως η συμπεριφορά που διαπράττεται με πρόθεση την πρόκληση (σωματικής, ψυχολογικής ή/και κοινωνικής) βλάβης σε ένα άτομο ή ζώο, ή την καταστροφή ενός αντικειμένου,⁸ μπορεί να διακριθεί, ακολουθώντας ποικίλες ταξινομήσεις,⁹ σε διάφορες μορφές και τύπους. Έτσι, μπορεί να είναι μια αντιδραστική βίαιη απάντηση σε μια πραγματική ή υποτιθέμενη πρόκληση, ή μια προμελετημένη εχθρική ενέργεια με στόχο το υλικό ή κοινωνικό κέρδος.¹⁰ Ομοίως, η επιθετικότητα μπορεί να στοιχειοθετεί μια ευθεία, πρόσωπο με πρόσωπο αντιπαράθεση, ή να συμπεριλαμβάνει μία έμμεση, συγκαλυμμένη ενέργεια.¹¹ Επιπρόσθετα, μπορεί να «εκφράζεται» με διάφορους τρόπους, όπως λεκτικά, σωματικά και διαπροσωπικά-κοινωνικά (με τη διάδοση φημών, για παράδειγμα). Η επιθετικότητα, παράλληλα, διαφοροποιείται, τόσο από τον θυμό (που αποτελεί μια συναισθηματική κατάσταση που συνδέεται με την οργή και μπορεί να μην έχει συγκεκριμένο στόχο), όσο και από την εχθρικήτητα (που παραπέμπει στην αρνητική στάση που εμπεριέχει θυμό και αποστροφή και συνοδεύεται από αρνητικές ερμηνείες του περιβάλλοντος).⁹ Συχνά όμως επιθετικότητα, θυμός και εχθρικήτητα συνυπάρχουν, αποτελώντας τα κύρια συστατικά (δηλαδή, το συμπεριφορικό, συναισθηματικό και γνωσιακό, αντίστοιχα) εκδήλωσης της επιθετικής συμπεριφοράς.¹²

Στην κατεύθυνση της καλύτερης κατανόησης και πρόληψης της σοβαρής επιθετικότητας, σημαντική προσπάθεια γίνεται επί σειρά δεκαετιών, για την ανάδειξη των παραμέτρων που σχετίζονται με την εμφάνισή της.

Ειδικότερα για την εφηβική επιθετικότητα, δημογραφικά χαρακτηριστικά (όπως το φύλο,^{13,14} η ηλικία¹⁵⁻¹⁷ και η καταγωγή¹⁸), ατομικά (όπως τα στοιχεία της προσωπικότητας¹⁹ και οι εξωσχολικές δραστηριότητες^{20,21}), οικογενειακά χαρακτηριστικά (όπως οι ενδοοικογενειακές σχέσεις^{3,15} και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο^{20,22,23}) και σχολικές παράμετροι (όπως η σχολική ατμόσφαιρα²⁴ και οι σχέσεις με τους συμμαθητές³) των εφήβων, βρίσκονται συχνά στο κέντρο αυτής της αναζήτησης.

Την ίδια στιγμή, μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας έχει ασχοληθεί με την ανίχνευση της σχέσης της επιθετικής συμπεριφοράς των εφήβων, με τα προβλήματα ψυχικής υγείας και συμπεριφοράς τους. Αναλυτικότερα, έχει διαπιστωθεί ότι το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα (όπως και τα προβλήματα με τους συνομηλίκους) σχετίζονται σημαντικά με την επιθετική συμπεριφορά αυτής της ηλικιακής περιόδου.^{3,23} Επιπλέον, οι δυσκολίες στη ρύθμιση του συναισθήματος,²⁵ η χρήση αλκοόλ,^{25,26} τα ελλείμματα προσοχής και η υπερκινητικότητα,²⁷ καθώς και τα προβλήματα διαγωγής,^{28,29} συνδέονται με υψηλά επίπεδα επιθετικότητας στους εφήβους. Και βέβαια, αυξημένη επιθετική συμπεριφορά συχνά συνοδεύει τις σοβαρές διαταραχές και αναπηρίες που συναντώνται (και) στην εφηβική ζωή, όπως οι διανοητικές (νοητική υστέρηση)³⁰ και αισθητηριακές (κώφωση)³¹ αναπηρίες και οι σοβαρές αναπτυξιακές διαταραχές (διαταραχές αυτιστικού φάσματος).³²

Στο πλαίσιο αυτό, κύριος στόχος της παρούσας μελέτης υπήρξε η διερεύνηση της επιθετικότητας των εφήβων μαθητών του Λεκανοπεδίου της Αττικής. Αναλυτικότερα, η διερεύνηση αυτή στόχευε στον προσδιορισμό του ποσοστού εμφάνισης (των υψηλών επιπέδων) της επιθετικότητας και των κύριων μορφών- διαστάσεων της (σωματική, λεκτική και ευθεία επιθετικότητα, θυμός και εχθρικήτητα) στον συγκεκριμένο πληθυσμό, καθώς και η εκτίμηση των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ της εμφάνισης της επιθετικότητας και των μορφών της, με τα (ατομικά, οικογενειακά και σχολικά) χαρακτηριστικά και τα προβλήματα ψυχικής υγείας και συμπεριφοράς, των εφήβων.

Υλικό και Μέθοδος

Διαδικασία

Η συγκεκριμένη συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε υπό την αιγίδα της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, αφού έλαβε σχετική έγκριση- άδεια από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων. Αφορούσε στον εφηβικό πληθυσμό, που φοιτούσε κατά τα ακαδημαϊκά έτη 2012-2013 (πιλοτική φάση) και 2013-2014 (κύρια φάση) στη Β΄ Τάξη των Γυμνασίων και Ενιαίων Λυκείων, της

Περιφερειακής Ενότητας του Κεντρικού Τομέα Αττικής και Πειραιά. Για τον προσδιορισμό του δείγματός της, εφαρμόστηκε τυχαία (βάσει στρωματοποίησης) επιλογή, δημόσιων και ιδιωτικών σχολικών μονάδων, της συγκεκριμένης περιοχής. Με τον τρόπο αυτόν, στις επιλεγείσες σχολικές μονάδες, κατά τη διάρκεια μιας διδακτικής ώρας και με την παρουσία του υπεύθυνου καθηγητή, οι μαθητές των οποίων οι γονείς είχαν προκαταβολικά γραπτώς συναίνεσει, συμμετείχαν στη μελέτη, συμπληρώνοντας ανώνυμα το σύνολο των ερωτηματολογίων αυτής.

Εργαλεία εκτίμησης

Για την εκτίμηση της επιθετικής συμπεριφοράς των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση³³ του Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPaq).³⁴ Πρόκειται για ένα διαδοδομένο και έγκυρο ερωτηματολόγιο 29 αυτοσυμπληρούμενων ερωτήσεων, που ανιχνεύει τη συνολική επιθετικότητα και επιμέρους μορφές και διαστάσεις της (δηλαδή τη σωματική και λεκτική επιθετικότητα, τον θυμό και την εχθρικότητα), σε μία Likert τύπου κλίμακα πέντε σημείων (από το 1=«Δεν με χαρακτηρίζει καθόλου», μέχρι το 5=«Με χαρακτηρίζει απόλυτα»). Στην παρούσα μελέτη, το BPaq χρησιμοποιήθηκε επιπλέον, τόσο για την ανίχνευση της ευθείας (προσδιορισμένης από το άθροισμα των βαθμολογιών της σωματικής και λεκτικής) επιθετικότητας, όσο και για τον εντοπισμό των εφήβων με υψηλή επιθετικότητα (θεωρώντας ως υψηλή, τη βαθμολόγηση μιας ερώτησης όταν βαθμολογείται με τουλάχιστον 4=«Μάλλον με χαρακτηρίζει») και την περιγραφική καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους. Έλεγχος (ως προς την εσωτερική συνέπεια) αξιοπιστίας του BPaq έδωσαν ικανοποιητικά αποτελέσματα (ο συντελεστής Cronbach's alpha για τη συνολική, τη σωματική, τη λεκτική επιθετικότητα, τον θυμό και την εχθρικότητα, κυμάνθηκε στο 0,88, 0,82, 0,65, 0,74, και 0,77, αντίστοιχα).

Επιπλέον, για την εκτίμηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και συμπεριφοράς των εφήβων χορηγήθηκε το Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).³⁵ Πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο και με ελεγμένες ψυχομετρικές ιδιότητες ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που αποτελείται από 25 Likert τύπου τριών σημείων (0=«Δεν ισχύει», 1=«Ισχύει κάπως», 2=«Ισχύει σίγουρα») ερωτήσεις, που επιμέρους διερευνούν τα συναισθηματικά συμπτώματα, τα προβλήματα διαγωγής, την υπερκινητικότητα/απροσεξία, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους και τη θετική κοινωνική συμπεριφορά των εξεταζομένων. Κατά την παρούσα χορήγηση, φτωχές (αλλά σχεδόν ταυτόσημες με τις αντίστοιχες της διαδικασίας στάθμισης στον ελληνικό πληθυσμό)³⁶ καταγράφηκαν οι ιδιότητες εσωτερικής συνέπειας του SDQ στις υποκλίμακες των προβλημάτων διαγωγής

(Cronbach's alpha=0,52) και των προβλημάτων με τους συνομηλίκους (Cronbach's alpha=0,52). Αντίθετα ικανοποιητικές αναδείχθηκαν οι σχετικές ιδιότητες για τις υποκλίμακες των συναισθηματικών συμπτωμάτων, της υπερκινητικότητας/απροσεξίας και της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (με Cronbach's alpha στο 0,74, 0,63 και 0,67, αντίστοιχα).

Παράλληλα, με τη χρήση αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου, συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικές με τα ατομικά (όπως φύλο, ηλικία, καταγωγή, εξωσχολικές δραστηριότητες), οικογενειακά (όπως δομή οικογένειας, ύπαρξη αδελφών, λήψη χαρτζιλικιού από τους κηδεμόνες) και σχολικών (είδος σχολείου και σχολική κατά το περασμένο έτος αποτυχία) χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Για την έμμεση διερεύνηση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των οικογενειών των συμμετεχόντων, ενσωματώθηκαν τρεις ερωτήσεις από την Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS),³⁷ που αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ, για τον προσδιορισμό του επιπολασμού της ανασφάλειας στη λήψη τροφής στην οικογένεια. Οι ερωτήσεις αυτές που χρησιμοποιήθηκαν, εκτίμησαν την αβεβαιότητα των συμμετεχόντων για την εξασφάλιση τροφής, την ανεπάρκεια στην ποιότητά της, καθώς και τη μη πρόσληψή της. Λόγω δε, των υψηλών μεταξύ των ερωτήσεων αυτών συσχετίσεων και προκειμένου να αποφευχθούν φαινόμενα πολυσυγγραμμικότητας, οι ερωτήσεις αυτές συνδυάστηκαν σε μία δίτιμη μεταβλητή, που διέκρινε τους συμμετέχοντες σε αυτούς που δεν ανέφεραν προβλήματα στην εξασφάλιση τροφής στο σπίτι και σε αυτούς που εξέφρασαν τουλάχιστον μία σχετική ανασφάλεια ή στέρηση.

Στατιστική ανάλυση

Για την ανίχνευση της κανονικότητας της κατανομής των συνεχών μεταβλητών, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι Kolmogorov-Smirnov. Δείκτες περιγραφικής στατιστικής χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη, τόσο των κατηγορικών (εκατοστιαία συχνότητα), όσο και των συνεχών (μέση τιμή-τυπική απόκλιση-διάμεσος) μεταβλητών. Η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών διερευνήθηκε με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης (Spearman's rho, r_s). Μη παραμετρικοί Mann-Whitney U έλεγχοι εφαρμόστηκαν για τον προσδιορισμό των διαφορών στη μέση τιμή μιας συνεχούς μεταβλητής, μεταξύ των επιπέδων μιας δίτιμης κατηγορικής μεταβλητής. Δοκιμάστηκαν μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (για κάθε μία από τις επιθετικές συμπεριφορές), με ανεξάρτητες μεταβλητές τις μεταβλητές εκείνες που βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές στη μονοπαραγοντική ανάλυση με την κάθε φορά εξαρτημένη μεταβλητή. Τα μοντέλα αυτά ελέγχθηκαν για την καλή προσαρμογή τους στα δεδομένα (μέσω του προσδιο-

ρισμού του Adjusted R²). Η συνολική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20 και το σύνολο των ελέγχων έγιναν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05.

Αποτελέσματα

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 2050 μαθητές (ποσοστό απόκρισης 68,7%) ηλικίας 12 έως 17 ετών (M=15,31, TA=1,37), από 19 Γυμνάσια (τρία ιδιωτικά και 16 δημόσια) και 30 Λύκεια (πέντε ιδιωτικά και 25 δημόσια) της συγκεκριμένης περιοχής. Στην πλειοψηφία τους ήταν κορίτσια (54,0%), ελληνικής καταγωγής (88,3%), δεξιόχειρες (87,2%), που ασχολούνταν με εξωσχολικές δραστηριότητες (97,3%). Από την άλλη, οι περισσότεροι συμμετέχοντες προέρχονταν από μη πολυμελείς (μικρότερες δηλαδή των πέντε ατόμων) οικογένειες (77,8%), ακέραιας δομής (80,9%), που δεν αντιμετώπιζαν ανασφάλεια για τη λήψη τροφής (83,2%) και που τους χορηγούσαν χαρτζιλίκι για τα έξοδά τους (78,9%). Όσον αφορά στο σχολείο, το 30,2% των συμμετεχόντων φοιτούσε στη Β' Τάξη Γυμνασίου και το 69,8% στη Β' Τάξη Λυκείου, στη μεγάλη τους πλειοψηφία χωρίς περσινή σχολική αποτυχία (99,2%). Επιπλέον, βάσει των επιδόσεών τους στο BPaq, οι συμμετέχοντες κατέγραψαν κατά μέσον όρο χαμηλότερες επιδόσεις, τόσο στη (συνολική) επιθετικότητα, όσο και στις υποκλίμακές της, σε σχέση με τις αντίστοιχες του ελληνικού δείγματος στάθμισης.³³ Αναφορικά δε με το SDQ, σχεδόν ταυτόσημη ήταν η μέση επίδοση των συμμετεχόντων με την αντίστοιχη του δείγματος προσαρμογής της κλίμακας στα Ελληνικά³⁶ στα συναισθηματικά συμπτώματα, την υπερκινητικότητα/απροσεξία και τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, υψηλότερη στα προβλήματα διαγωγής και χαμηλότερη στη θετική κοινωνική συμπεριφορά.

Παράλληλα, το 2,2% των συμμετεχόντων εμφάνισε υψηλή συνολική επιθετικότητα, το 4,8% υψηλή σωματική, το 6,6% υψηλή λεκτική, το 3,8% υψηλή ευθεία επιθετικότητα, το 10,5% υψηλά επίπεδα θυμού και το 5,7% υψηλή εχθρικότητα. Η περιγραφική σύγκριση των χαρακτηριστικών των εφήβων με υψηλά επίπεδα επιθετικών συμπεριφορών, σε σχέση με τους εφήβους του συνολικού δείγματος, ανέδειξε τόσο μεταξύ τους διαφορές, όσο και αρκετές ομοιότητες. Έτσι, υψηλή άμεσων μορφών (όπως σωματική και ευθεία) επιθετικότητα επέδειξαν περισσότερο αγόρια, ενώ πιο έμμεσες υψηλού επιπέδου επιθετικές στάσεις (όπως θυμό και εχθρικότητα) εκδήλωσαν πιο πολύ κορίτσια. Οι υψηλά συνολικά, σωματικά και ευθέως επιθετικοί συμμετέχοντες φάνηκε να έχουν συγκριτικά περισσότερο μη ελληνική καταγωγή. Επίσης, περισσότερα οικογενειακά προβλήματα (όπως μη ακέραια δομή οικογένειας και δυσκολίες στην εξασφάλιση των αναγκαίων αγαθών), καθώς και μεγαλύτερα ποσοστά σχολι-

κής αποτυχίας, καταγράφηκαν στους εφήβους με υψηλά επίπεδα (σχεδόν όλων των διερευνώμενων) επιθετικών συμπεριφορών. Επιπλέον, το σύνολο των εφήβων αυτών, βρέθηκε να εμφανίζει υψηλότερα επίπεδα προβλημάτων ψυχικής υγείας (κατά κύριο λόγο διαγωγής και υπερκινητικότητας/απροσεξίας), όπως και χαμηλότερα επίπεδα θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (με εξαίρεση τους ισχυρά θυμωμένους και εχθρικούς συμμετέχοντες), σε σχέση πάντα με τις επιδόσεις των εφήβων του συνολικού δείγματος.

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί, καταγράφονται αναλυτικά τα έγκυρα (χωρίς ελλείπουσες τιμές) ποσοστά των ατομικών, οικογενειακών και σχολικών χαρακτηριστικών, καθώς και οι επιδόσεις στις υποκλίμακες του SDQ των εφήβων του συνολικού δείγματος, σε αντιδιαστολή με τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά και τις επιδόσεις των συμμετεχόντων με υψηλά επίπεδα επιθετικών συμπεριφορών.

Επιπρόσθετα, στα μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που δοκιμάστηκαν (πίνακας 2), ορίστηκαν ως ανεξάρτητες οι μεταβλητές για τα χαρακτηριστικά/προβλήματα των συμμετεχόντων, που βρέθηκαν σε σημαντική συσχέτιση με τις επιδόσεις τους στις υποκλίμακες του BPaq, στους μεταξύ τους διμεταβλητούς (μη παραμετρικούς, λόγω της μη κανονικότητας της κατανομής του συνόλου των συνεχών μεταβλητών στους ελέγχους Kolmogorov-Smirnov) ελέγχους. Βάσει αυτών, κάποια χαρακτηριστικά των εφήβων δεν βρέθηκε να σχετίζονται σε βαθμό στατιστικά σημαντικό με κάποια από τις επιθετικές συμπεριφορές, τόσο κατά τους διμεταβλητούς ελέγχους (η δεξιοχειρία, η ύπαρξη αδελφών και η πολυμέλεια της οικογένειας), όσο και στα μετέπειτα εφαρμοσμένα μοντέλα παλινδρόμησης (η εθνική καταγωγή και ο τόπος γέννησης, η ενασχόληση με τις καλές τέχνες και τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, το είδος του σχολείου και η κατά το περσινό έτος σχολική αποτυχία).

Από την άλλη, από τις αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι τα αγόρια δρουν σημαντικά περισσότερο σωματικά και ευθέως επιθετικά και τα κορίτσια περισσότερο «θυμωμένα». Επιπλέον, η (μεγαλύτερη) ηλικία των εφήβων βρέθηκε σε θετική συσχέτιση με σχεδόν όλες τις επιθετικές συμπεριφορές (πλην της εχθρικότητας), ενώ η μη παρακολούθηση φροντιστηριακών μαθημάτων μοιάζει να ενίσχυσε σημαντικά τη σωματική τους επιθετικότητα και η ενασχόληση με τον αθλητισμό, αντίστοιχα, την ευθεία. Παράλληλα, η μη ακέραια δομή οικογένειας σχετίστηκε θετικά με τη συνολική και τις ευθείες μορφές επιθετικότητας, η ανασφάλεια για την ύπαρξη των βασικών αγαθών στην οικογένεια με την ανάπτυξη εχθρικότητας και η λήψη χαρτζιλικιού με την ανάπτυξη (όλων) των εκτιμώμενων επιθετικών συμπεριφορών. Παρομοίως, η συνολική επιθετικότητα και η εχθρικότητα σχετίστηκαν σημαντικά, τόσο με όλα τα εξεταζόμενα

Πίνακας 1. Περιγραφικοί δείκτες (εκατοστιαίες συχνότητες) για τα χαρακτηριστικά και (διάμεσοι) για τα προβλήματα ψυχικής υγείας και συμπεριφοράς, των συμμετεχόντων του συνολικού δείγματος και των συμμετεχόντων με υψηλά επίπεδα επιθετικών συμπεριφορών.

Χαρακτηριστικό/δυσκολία	Συνολικό δείγμα (N=2050) %	Υψηλά επίπεδα					
		Συνολικής επιθετικότητας (N=45) %	Σωματικής επιθετικότητας (N=99) %	Λεκτικής επιθετικότητας (N=135) %	Ευθείας επιθετικότητας (N=77) %	Θυμού (N=215) %	Εχθρικότητας (N=116) %
Φύλο- Άρρεν	46,0	48,8	68,0	44,8	62,7	31,5	30,2
Ελληνική καταγωγή	88,3	68,2	74,0	78,6	73,0	81,0	85,1
Γέννηση στην Ελλάδα	94,2	81,8	88,7	90,2	86,7	90,5	90,4
Δεξιοχειρία	87,2	76,7	72,9	80,3	69,3	86,4	83,3
Ασχολείται με τον αθλητισμό	69,5	60,0	65,7	68,1	70,1	68,8	52,6
Ασχολείται με τις καλές τέχνες	42,5	28,9	32,3	40,7	36,4	42,3	48,3
Ασχολείται με τους Η/Υ	66,2	66,7	64,6	65,9	68,8	67,0	65,5
Κάνει μαθήματα φροντιστηριακά	84,4	86,7	73,7	77,8	70,1	81,9	86,2
Ακέραια δομή οικογένειας	80,9	57,1	68,1	75,6	63,0	72,3	72,8
Έχει αδέρφια	88,6	87,8	91,6	90,8	90,5	87,2	83,0
Πολυμελής οικογένεια	22,2	26,8	28,4	27,7	31,1	20,9	19,8
Ανασφάλεια λήψης τροφής	16,8	40,9	27,6	27,8	32,9	27,7	39,5
Λαμβάνει χαρτζιλίκι	78,9	88,9	83,7	82,1	86,8	86,0	78,4
Δημόσιο σχολείο	90,0	95,6	93,9	91,1	94,8	88,4	94,0
Σχολική αποτυχία (πέρυσι)	0,8	4,4	3,1	2,2	3,9	2,4	1,8
	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn	Mdn
Ηλικία	16,00	16,00	16,00	16,00	16,00	16,00	16,00
Συναισθηματικά συμπτώματα	2,00	5,00	3,00	4,00	3,00	4,00	7,00
Προβλήματα διαγωγής	2,00	6,00	5,00	4,00	5,00	4,00	3,00
Υπερκινητικότητα/ απροσεξία	3,00	6,00	6,00	5,00	6,00	5,00	5,00
Προβλήματα με συνομηλίκους	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	8,00	7,00	6,00	7,00	6,00	8,00	8,00

προβλήματα ψυχικής υγείας και συμπεριφοράς, όσο και με τη θετική κοινωνική συμπεριφορά των συμμετεχόντων. Τα προβλήματα διαγωγής και υπερκινητικότητας/ απροσεξίας, από την άλλη, συνδέθηκαν με όλες τις διερευνώμενες επιθετικές συμπεριφορές, ενώ οι συναισθηματικές δυσκολίες συσχετίστηκαν με τη λεκτική επιθετικότητα και τον θυμό, αντίστοιχα.

Συζήτηση

Κύριος στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η επιδημιολογική διερεύνηση της επιθετικότητας και των μορφών και διαστάσεων αυτής (δηλαδή της σωματικής, λεκτικής,

ευθείας επιθετικότητας, του θυμού και της εχθρικότητας), σε εφήβους μαθητές αστικού πληθυσμού. Από τους 2050 μαθητές που συμμετείχαν στη μελέτη, το 2,2% αυτών βρέθηκε να εμφανίζει υψηλά επίπεδα συνολικής επιθετικότητας, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τις υπόλοιπες διερευνώμενες επιθετικές συμπεριφορές κυμάνθηκαν από 3,8 (για την ευθεία επιθετικότητα) ως 10,5% (για τον θυμό), ποσοστά συνολικά χαμηλότερα από εκείνα παρόμοιων μελετών σε άλλες χώρες.^{1,6,7}

Επιπρόσθετα, η περιγραφική διερεύνηση του προφίλ των συγκεκριμένων ομάδων υψηλής επιθετικότητας των συμμετεχόντων, κατέγραψε χαρακτηριστικά πολύ

Πίνακας 2. Αποτελέσματα ανάλυσης πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης των χαρακτηριστικών και των προβλημάτων ψυχικής υγείας και συμπεριφοράς των συμμετεχόντων, ως παράγοντες εκδήλωσης της επιθετικότητάς τους και των μορφών αυτής.

Χαρακτηριστικό/ δυσκολία		Συνολική επιθετικότητα	Σωματική επιθετικότητα	Λεκτική επιθετικότητα	Ευθεία επιθετικότητα	Θυμός	Εχθρικότητα
Φύλο-Άρρεν ¹	b		3,65*		3,17*	-1,78*	-0,39
	95% ΔΕ		(3,03-4,27)		(2,37-3,99)	(-2,22 - -1,33)	(-0,91-0,13)
Ηλικία	b	1,36*	0,29*	0,55*	0,86*	0,38*	0,11
	95% ΔΕ	(0,90-1,82)	(0,08-0,50)	(0,42-0,66)	(0,57-1,11)	(0,23-0,53)	(-0,07-0,28)
Ελληνική καταγωγή ²	B	-2,32	-0,64	-0,19	-0,83		-0,51
	95% ΔΕ	(-4,71-0,07)	(-1,56-0,27)	(-0,67-0,28)	(-1,97-0,41)		(-1,25-0,22)
Γέννηση στην Ελλάδα ²	B	1,99					
	95% ΔΕ	(-1,23-5,20)					
Ασχολείται με τον αθλητισμό ²	B		0,62		0,91*	0,42	-0,28
	95% ΔΕ		(-0,03-1,28)		(0,03-1,73)	(-0,04-0,88)	(-0,82-0,25)
Ασχολείται με τις καλές τέχνες ²	b					0,18	0,13
	95% ΔΕ					(-0,23-0,60)	(-0,34-0,61)
Ασχολείται με τους Η/Υ ²	b		0,07		0,29		
	95% ΔΕ		(-0,55-0,68)		(-0,46-1,14)		
Κάνει μαθήματα φροντι- στηριακά ²	b		-1,03*		-0,84		
	95% ΔΕ		(-1,82- -0,24)		(-1,93-0,13)		
Ακέραια δομή οικογέν- ειας ²	b	-1,65*	-1,20*	-0,38*	-1,61*		
	95% ΔΕ	(-3,19- -0,11)	(-1,91 - -0,50)	(-0,75 - -0,01)	(-2,51 - -0,68)		
Ανασφάλεια λήψης τροφής ²	b	1,62	0,77	-0,05	0,72	-0,19	1,08*
	95% ΔΕ	(-0,09-3,32)	(-0,01-1,54)	(-0,46-0,36)	(-0,31-1,70)	(-0,75-0,36)	(0,44-1,72)
Λαμβάνει χαρτζιλίκι ²	b	2,73*	0,79*	0,40*	1,18*	0,71*	0,85*
	95% ΔΕ	(1,18-4,28)	(0,09-1,50)	(0,03-0,78)	(0,21-2,05)	(0,20-1,21)	(0,27-1,44)
Δημόσιο σχολείο ³	b			-0,18			
	95% ΔΕ			(-0,67-0,31)			
Σχολική αποτυχία (πέρυσι) ²	b		1,39		2,17	1,17	
	95% ΔΕ		(-1,91-4,69)		(-2,15-6,43)	(-1,27-3,61)	
Συναισθηματικά συμπτώματα	b	1,67*	0,05	0,09*	0,08	0,51*	1,18*
	95% ΔΕ	(1,38-1,96)	(-0,09-0,19)	(0,02-0,16)	(-0,10-0,26)	0,42-0,61)	(1,07-1,30)
Προβλήματα διαγωγής	b	5,14*	1,80*	0,86*	2,71*	1,69*	0,60*
	95% ΔΕ	(4,70-5,57)	(1,60-2,00)	(0,76-0,97)	(2,45-2,97)	(1,55-1,83)	(0,43-0,76)
Υπερκινητικότητα/ απροσεξία	b	1,56*	0,64*	0,20*	0,87*	0,44*	0,26*
	95% ΔΕ	(1,25-1,88)	(0,50-0,78)	(0,13-0,28)	(0,69-1,06)	(0,34-0,54)	(0,14-0,38)
Προβλήματα με συνομηλίκους	b	0,66*	-0,03	0,07	0,12	-0,08	0,62*
	95% ΔΕ	(0,25-1,07)	(-0,22-0,15)	(-0,21-0,17)	(-0,13-0,35)	(-0,21-0,52)	(0,46-0,78)
Θετική κοινωνική συμπε- ριφορά	b	0,40*	-0,01		0,13		0,26*
	95% ΔΕ	(0,07-0,74)	(-0,17-0,14)		(-0,08-0,32)		(0,13-0,39)
Adjusted R ²		0,47	0,34	0,26	0,37	0,43	0,41

b: συντελεστής παλινδρόμησης. 95% ΔΕ: 95% Διάστημα εμπιστοσύνης του συντελεστή παλινδρόμησης. Adjusted R²: μέτρο της εξηγούμενης από το μοντέλο, διακύμανσης. (1) Επίπεδο αναφοράς: «Θήλυ». (2) Επίπεδο αναφοράς: «Όχι». (3) Επίπεδο αναφοράς: «ιδιωτικό σχολείο», * p<0,05

συμβατά με τη σύγχρονη βιβλιογραφία. Έτσι, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες του συνολικού δείγματος, στην ομάδα υψηλής άμεσων μορφών (όπως σωματική και ευθεία) επιθετικότητας, φάνηκε να «εκπροσωπούνταν» περισσότερο αγόρια, ενώ στις πιο έμμεσες υψηλού επιπέδου επιθετικές στάσεις (όπως στον θυμό και

την εχθρικότητα), πιο πολύ κορίτσια.¹³ Παρομοίως, ιδιαίτερα ατομικά (όπως η μη ελληνική καταγωγή, κυρίως αναφορικά με τη συνολική, σωματική και ευθεία επιθετικότητα, καθώς και η σχολική αποτυχία, για το σύνολο σχεδόν των επιθετικών συμπεριφορών) και οικογενειακά (όπως η μη ακέραια δομή οικογένειας και οι δυσκο-

λίες στην εξασφάλιση των αναγκαίων αγαθών, σχεδόν για όλες τις διερευνώμενες επιθετικές συμπεριφορές) χαρακτηριστικά, βρέθηκαν να σκιαγραφούν συγκριτικά περισσότερο τους υψηλά επιθετικούς εφήβους, υπογραμμίζοντας τον σημαντικότερο ρόλο της διαβίωσης σε δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, στην ανάπτυξη σοβαρών επιθετικών συμπεριφορών.^{23,38,39} Παρομοίως, συντασσόμενα με ευρήματα άλλων μελετών,^{23,24,27,28} το σύνολο των εφήβων με υψηλά επίπεδα κάποιας επιθετικής συμπεριφοράς, βρέθηκε να εμφανίζει σημαντικά υψηλότερα επίπεδα προβλημάτων ψυχικής υγείας και χαμηλότερα επίπεδα θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (με εξαίρεση τους ισχυρά θυμωμένους και εχθρικούς συμμετέχοντες), σε σχέση πάντα με τις επιδόσεις του συνολικού δείγματος.

Επιστρέφοντας στο συνολικό δείγμα, αξιοπρόσεκτα ήταν και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση των επιθετικών συμπεριφορών στους εφήβους. Έτσι, συντεταγμένα με την πλειοψηφία αντίστοιχων μελετών, τα αγόρια βρέθηκε να υπερτερούν στη σωματική¹⁴ και ευθεία¹³ επιθετικότητα και τα κορίτσια στον θυμό.¹⁶ Παράλληλα και σε αντίθεση με την επικρατούσα άποψη,^{16,40} οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συμμετέχοντες βρέθηκε να φέρουν σημαντικά μεγαλύτερα «φορτία» σχεδόν όλων των μορφών επιθετικότητας. Το εύρημα αυτό, βρίσκει υποστηρικτές σε μελέτες που διερεύνησαν αναλυτικότερα μορφές εφηβικής επιθετικότητας, όπως η ευθεία και η έμμεση,¹⁷ η αντιδραστική και η προμελετημένη.¹⁵ Επιπρόσθετα όμως, κατά κύριο λόγο μοιάζει να αντανάκλα τη σημαντική επιβάρυνση που, όπως έχει αναλυθεί σε εγχώριες⁴¹ και διεθνείς⁴² μελέτες, εμφανίζουν οι μεγαλύτεροι έφηβοι σε περιόδους βαθιάς οικονομικής κρίσης, όπως ήταν η περίοδος διεξαγωγής της παρούσας μελέτης.

Όσον αφορά στις εξωσχολικές δραστηριότητες των εφήβων, η ενασχόλησή τους με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και τις καλές τέχνες δεν φάνηκε να δύνανται να τροποποιούν σημαντικά την επιθετική τους συμπεριφορά. Αντίθετα, η ενασχόληση με τον αθλητισμό βρέθηκε να συνδέεται με μεγαλύτερα επίπεδα ευθείας επιθετικότητας, συμπέρασμα με το οποίο συντάσσονται και άλλες μελέτες, που διερευνώντας ξεχωριστά τις κύριες συνιστώσες της (τη σωματική και λεκτική δηλαδή, επιθετικότητα), έχουν εμπλέξει την ενασχόληση με ομαδικά και ατομικά αθλήματα, με την αύξηση της επιθετικότητας των εφήβων.^{20,21} Επιπλέον, οι έφηβοι που δεν παρακολουθούσαν φροντιστηριακά μαθήματα εμφάνισαν υψηλότερη σωματική επιθετικότητα, έναντι αυτών που παρακολουθούσαν. Το γεγονός αυτό πιθανόν σχετίζεται με τη δεινή οικονομική κατάσταση της οικογένειας, που αποδεδειγμένα μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της σω-

ματικής τους επιθετικότητας.²² Επιπλέον, οι μαθησιακές δυσκολίες που ίσως συναντούν οι έφηβοι που δεν λαμβάνουν εξωσχολική υποστήριξη, πιθανόν να μειώνουν τη σχολική τους απόδοση,⁴³ γεγονός που είναι ικανό να τους δημιουργεί συναισθήματα ντροπής ή ακόμα και εξευτελισμού απέναντι στους συμμαθητές τους, τα οποία έχουν επίσης συνδεθεί με την ανάπτυξη σωματικής επιθετικότητας.⁴⁴

Στην ίδια κατεύθυνση, η ανασφάλεια για την ύπαρξη των βασικών αγαθών στην οικογένεια (για την ανάπτυξη εχθρικότητας)^{45,46} και πρωτίστως η μη ακέραια δομή οικογένειας (που σχετίστηκε θετικά με τη συνολική και τις ευθείες μορφές επιθετικότητας),^{23,24,47} φάνηκε να αποτελούν αντίστοιχες σημαντικές παραμέτρους ανάπτυξης επιθετικών συμπεριφορών στους συμμετέχοντες. Η οικογενειακή όμως παράμετρος που επισκίασε τις υπόλοιπες, σε σχέση με τη διεισδυτικότητά της στην ανάπτυξη (όλων) των επιθετικών συμπεριφορών, ήταν η λήψη χαρτζιλικιού από τους κηδεμόνες. Το εύρημα αυτό, πέρα από το γεγονός ότι χρήζει περαιτέρω σοβαρής διερεύνησης (σε σχέση, για παράδειγμα, με το ύψος του, τη διαβάθμισή του στον χρόνο, τη συχνότητα λήψης του και τους τρόπους διάθεσής του από τους εφήβους), έρχεται να προσθέσει την επιθετικότητα στις «ριψοκίνδυνες» συμπεριφορές (όπως η χρήση καπνού και ινδικής κάνναβης, η κακή διατροφή και η παχυσαρκία)^{48,49} και τα προβλήματα ψυχικής υγείας (όπως η κατάθλιψη),⁵⁰ με τα οποία έχει ήδη σχετιστεί η λήψη χαρτζιλικιού.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας και συμπεριφοράς των εφήβων βρέθηκαν, αντίστοιχα, σε σημαντικές συσχετίσεις με τις διερευνώμενες επιθετικές συμπεριφορές τους. Στο σκεπτικό αυτό και συντονισμένα με τη βιβλιογραφία, τόσο η συνολική επιθετικότητα,^{3,24,29} όσο και η εχθρικότητα,^{51,52} σύμπλευσαν σημαντικά με όλα τα εξεταζόμενα προβλήματα ψυχικής υγείας και συμπεριφοράς, όπως και με τη θετική κοινωνική συμπεριφορά των συμμετεχόντων.^{53,54} Επιπρόσθετα, επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση των προβλημάτων διαγωγής και υπερκινητικότητας/απροσεξίας, με τη συνολική επιθετικότητα και (όλες) τις μορφές αυτής.^{27,55-57} Οι συναισθηματικές δυσκολίες, από την άλλη, συσχετίστηκαν σημαντικά με τη λεκτική επιθετικότητα²⁵ των εφήβων, καθώς επίσης και με τον θυμό τους.^{58,59}

Και βέβαια, αρκετοί είναι οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης. Καταρχάς, ο συγχρονικός χαρακτήρας της, που δεν επιτρέπει την αιτιολογική ερμηνεία των σημαντικών συσχετίσεων και ευρημάτων της και υποδεικνύει την «υιοθέτησή» τους μόνο σε παρόμοιους εφηβικούς πληθυσμούς (αποφεύγοντας, για παράδειγμα, γενικεύσεις σε μη αστικούς εφηβικούς πληθυσμούς, που προέρχονται από τη Δευτεροβάθμια Επαγγελματική Εκπαίδευση). Επίσης, η χρήση ερωτηματολογίου εκτίμησης της επι-

θαικότητας, που θα προέβλεπε διαχωριστικά βαθμολογικά σημεία (cutoff points), πιθανόν να προσέθετε μεγαλύτερη ακρίβεια στον προσδιορισμό του ποσοστού των υψηλά επιθετικών συμπεριφορών. Παρομοίως, η παράλληλη χρήση ερωτηματολογίων προς τους εκπαιδευτικούς ή/και τους γονείς των εφήβων, θα μπορούσε από τη μία να αυξήσει την αντικειμενικότητα και την ακρίβεια της μελέτης (που στηρίχθηκε αποκλειστικά σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς των εφήβων) και από την άλλη να διευρύνει το πεδίο των συλλεχθέντων πληροφοριών (θέτοντας, για παράδειγμα, ευθείες ερωτήσεις προς τους γονείς, για το μορφωτικό τους επίπεδο και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας). Τέλος, η χρήση επιπρόσθετων ερωτηματολογίων, όπως για παράδειγμα κάποιου σχετικού με την εκτίμηση της αντιδραστικής και προμελετημένης επιθετικότητας, ή/και των γονικών πρακτικών, θα μπορούσε να διαφωτίσει περαιτέρω τόσο τις διαστάσεις, όσο και τις συσχετίσεις, του φαινομένου.

Βιβλιογραφία

- Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Heal* 2009, 54(Suppl 2):S216–S224, doi: 10.1007/s00038-009-5413-9
- Rappaport N, Thomas C. Recent research findings on aggressive and violent behavior in youth: Implications for clinical assessment and intervention. *J Adolesc Health* 2004, 35:260–277, doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.10.009
- Estévez López E, Jiménez TI, Moreno D. Aggressive behavior in adolescence as a predictor of personal, family, and school adjustment problems. *Psicothema* 2018, 30:66–73, doi: 10.7334/psicothema2016.294
- Moon B, McCluskey J, Morash M. Aggression against middle and high school teachers: Duration of victimization and its negative impacts. *Aggress Behav* 2019, 45:517–526, doi: 10.1177/0886260514564156
- Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry* 2008, 49:226–236, doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x
- Skrzypiec G, Alinsug E, Nasiruddin UA, Andreou E, Brighi A, Didaskalou E et al. Self-reported harm of adolescent peer aggression in three world regions. *Child Abuse Negl* 2018, 85:101–117, doi: 10.1016/j.chiabu.2018.07.030
- Harford TC, Chen CM, Grant BF. Other- and self-directed forms of violence and their relationship with number of substance use disorder criteria among youth ages 12-17: Results from the national survey on drug use and health. *J Stud Alcohol Drugs* 2016, 77:277–286, doi: 10.15288/jsad.2016.77.277
- Bartol CR, Bartol AM. *Criminal behavior: A psychological approach*. 10th ed. Pearson Education Inc, New Jersey, 2014
- Parrott DJ, Giancola PR. Addressing “The criterion problem” in the assessment of aggressive behavior: Development of a new taxonomic system. *Aggress Violent Behav* 2007, 12:280–299, doi: 10.1016/j.avb.2006.08.002
- Hubbard JA, McAuliffe MD, Morrow MT, Romano LJ. Reactive and proactive aggression in childhood and adolescence: Precursors, outcomes, processes, experiences, and measurement. *J Pers* 2010, 78:95–118, doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00610.x
- Card NA, Stucky BD, Sawalani GM, Little TD. Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child Dev* 2008, 79:1185–1229, doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01184.x
- Spielberger CD, Jacobs G, Russell SF, Crane RS. Assessment of anger: The state-trait anger scale. In: Butcher JN, Spielberger CD (eds) *Advances in personality assessment*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, 1983
- Archer J. Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Rev Gen Psychol* 2004, 8:291–322, doi: 10.1037/1089-2680.8.4.291
- Nivette A, Sutherland A, Eisner M, Murray J. Sex differences in adolescent physical aggression: Evidence from sixty-three low-and middle-income countries. *Aggress Behav* 2019, 45:82–92, doi: 10.1002/ab.21799
- Moreno-Ruiz D, Estévez E, Jiménez TI, Murgui S. Parenting style and reactive and proactive adolescent violence: Evidence from Spain. *Int J Env Res Public Health* 2018, 15:2634, doi: 10.3390/ijerph15122634
- Tsorbatzoudis H, Travlos a. K, Rodafinos A. Gender and age differences in self-reported aggression of high school students. *J Interpers Violence* 2012, 28:1709–1725, doi: 10.1177/0886260512468323
- Bjorkqvist K, Osterman K, Kaukiainen A. The development of direct and indirect aggressive strategies in males and females. In: Bjorkqvist K, Niemela P (eds) *Of mice and women: Aspects of female aggression*. Academic Press, San Diego, 1992
- Gielsing M, Vollebergh W, Van Dorsselaer S. Ethnic density in school classes and adolescent mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010, 45:639–646, doi: 10.1007/s00127-009-0105-6

19. Rasmussen K. Entitled vengeance: A meta-analysis relating narcissism to provoked aggression. *Aggress Behav* 2016, 42:362–379, doi: 10.1002/ab.21632
20. Silva KS, Lopes MVV, Knebel MTG, de Mello GT, da Costa RM, Lapolli B et al. Physical aggression among adolescents from Santa Catarina: Association with sociodemographic factors and physical activity. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2017, 19:686–695, doi: 10.5007/1980-0037.2017v19n6p686
21. Erle TM, Barth N, Kälke F, Duttler G, Lange H, Petko A et al. Are target-shooters more aggressive than the general population? *Aggress Behav* 2017, 43:3–13, doi: 10.1002/ab.21657
22. Pickett W, Iannotti RJ, Simons-Morton B, Dostaler S. Social environments and physical aggression among 21,107 students in the United States and Canada. *J Sch Heal* 2009, 79:160–168, doi: 10.1111/j.1746-1561.2009.00385.x
23. Sijtsema JJ, Oldehinkel AJ, Veenstra R, Verhulst FC, Ormel J. Effects of structural and dynamic family characteristics on the development of depressive and aggressive problems during adolescence. the TRAILS study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014, 23:499–513, doi: 10.1007/s00787-013-0474-y
24. Smokowski PR, Guo S, Cotter KL, Evans CBR, Rose RA. Multi-level risk factors and developmental assets associated with aggressive behavior in disadvantaged adolescents. *Aggress Behav* 2016, 42:222–238, doi: 10.1002/ab.21612
25. Kim K, Yee J, Kim JH, Chung JE, Lee KE, Song G et al. Health behaviors associated with aggression in Korean adolescents: Data from 2 cross-sectional studies. *Am J Health Behav* 2020, 44:271–282, doi: 10.5993/AJHB.44.2.14
26. Moore SE, Norman RE, Sly PD, Whitehouse AJO, Zubrick SR, Scott J. Adolescent peer aggression and its association with mental health and substance use in an Australian cohort. *J Adolesc* 2014, 37:11–21, doi: 10.1016/j.adolescence.2013.10.006
27. Harty SC, Miller CJ, Newcorn JH, Halperin JM. Adolescents with childhood ADHD and comorbid disruptive behavior disorders: Aggression, anger, and hostility. *Child Psychiatry Hum Dev* 2009, 40:85–97, doi: 10.1007/s10578-008-0110-0
28. Lundh L-G, Daukantaitė D, Wångby-Lundh M. Direct and indirect aggression and victimization in adolescents - associations with the development of psychological difficulties. *BMC Psychol* 2014, 2:43, doi: 10.1186/s40359-014-0043-2
29. Dodge KA, Greenberg MT, Malone PS. Development of serious violence in adolescence. *Child Dev* 2008, 79:1907–1927, doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01233.x
30. Crotty G, Doody O, Lyons R. Aggressive behaviour and its prevalence within five typologies. *J Intellect Disabil* 2014, 18:76–89, doi: 10.1177/1744629513511356
31. Theunissen SCPM, Rieffe C, Netten AP, Braire JJ, Soede W, Schoones JW et al. Psychopathology and its risk and protective factors in hearing-impaired children and adolescents: A systematic review. *JAMA Pediatr* 2014, 168:170–177, doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.3974
32. Park I, Gong J, Lyons GL, Hirota T, Takahashi M, Kim B et al. Prevalence of and factors associated with school bullying in students with autism spectrum disorder: A cross-cultural meta-analysis. *Yonsei Med J* 2020, 61:909–922, doi: 10.3349/yjmj.2020.61.11.909
33. Tsorbatzoudis H. Psychometric evaluation of the Greek version of the Aggression Questionnaire. *Percept Mot Skills* 2006, 102:703–718, doi: 10.2466/pms.102.3.703-718
34. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992, 63:452–459, doi: 10.1037//0022-3514.63.3.452
35. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997, 38:581–586, doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
36. Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Rotsika V, Tountas Y. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Ann Gen Psychiatry* 2009, 8:20, doi: 10.1186/1744-859X-8-20
37. Coates J, Swindale A, Bilinsky P. Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for measurement of food access: Indicator guide. FHI 360/Food and Nutrition Technical Assistance Project, Washington, 2007
38. Chang LY, Wang MY, Tsai PS. Neighborhood disadvantage and physical aggression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of multilevel studies. *Aggress Behav* 2016, 42:441–454, doi: 10.1002/ab.21641
39. Adriaanse M, Veling W, Doreleijers T, van Domburgh L. The link between ethnicity, social disadvantage and mental health problems in a school-based multiethnic sample of children in the Netherlands. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014, 23:1103–1113, doi: 10.1007/s00787-014-0564-5
40. Bongers IL, Koot HM, Van Der Ende J, Verhulst FC. Developmental trajectories of externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Child Dev* 2004, 75:1523–1537, doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00755.x
41. Kokkevi A, Stavrou M, Kanavou E, Fotiou A. The repercussions of the economic recession in Greece on adolescents and their families (Innocenti Working Paper No.2014-07). UNICEF Office of Research, Florence, 2014
42. Zozaya N, Vallejo L. The effect of the economic crisis on adolescents' perceived health and risk behaviors: A multilevel analysis. *Int J Env Res Public Heal* 2020, 17:643, doi: 10.3390/ijerph17020643
43. Swaim RC, Henry KL, Kelly K. Predictors of aggressive behaviors among rural middle school youth. *J Prim Prev* 2006, 27:229–243, doi: 10.1007/s10935-006-0031-2
44. Åslund C, Starrin B, Leppert J, Nilsson KW. Social status and shaming experiences related to adolescent overt aggression at school. *Aggress Behav* 2009, 35:1–13, doi: 10.1002/ab.20286
45. Gallo LC, Matthews KA. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychol Bull* 2003, 129:10–51, doi: 10.1037/0033-2909.129.1.10
46. Hakulinen C, Jokela M, Hintsanen M, Pulkki-Råback L, Hintsala T, Merjonen P et al. Childhood family factors predict developmental trajectories of hostility and anger: A prospective study from childhood into middle adulthood. *Psychol Med* 2013, 43:2417–2426, doi: 10.1017/S0033291713000056
47. Jennings WG, Maldonado-Molina MM, Reingle JM, Komro KA. A multi-level approach to investigating neighborhood effects on physical aggression among urban Chicago youth. *Am J Crim Justice* 2011, 36:392–407, doi: 10.1007/s12103-011-9118-2
48. Grammatikopoulou MG, Gkiouras K, Daskalou E, Apostolidou E, Theodoridis X, Stylianou C et al. Growth, the Mediterranean diet and the buying power of adolescents in Greece. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2018, 31:773–780, doi: 10.1515/jpem-2018-0039
49. Gaete J, Araya R. Individual and contextual factors associated with tobacco, alcohol, and cannabis use among Chilean adolescents: A multilevel study. *J Adolesc* 2017, 56:166–178, doi: 10.1016/j.adolescence.2017.02.011
50. Seo EH, Kim SG, Kim SH, Kim JH, Park JH, Yoon HJ. Life satisfaction and happiness associated with depressive symptoms among univer-

- sity students: A cross-sectional study in Korea. *Ann Gen Psychiatry* 2018, 17:52, doi: 10.1186/s12991-018-0223-1
51. Chung JE, Song G, Kim K, Yee J, Kim JH, Lee KE et al. Association between anxiety and aggression in adolescents: A cross-sectional study. *BMC Pediatr* 2019, 19:115, doi: 10.1186/s12887-019-1479-6
52. Atkins MS, Stoff DM. Instrumental and hostile aggression in childhood disruptive behavior disorders. *J Abnorm Child Psychol* 1993, 21:165–178, doi: 10.1007/BF00911314
53. Betancourt TS, Borisova II, Williams TP, Brennan R, Whitfield TH, de la Soudiere M et al. Sierra Leone's former child soldiers: A follow-up study of psychosocial adjustment and community reintegration. *Child Dev* 2010, 81:1077–1095, doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01455.x
54. Berger C, Batanova M, Cance JD. Aggressive and prosocial? Examining latent profiles of behavior, social status, machiavellianism, and empathy. *J Youth Adolesc* 2015, 44:2230–2244, doi: 10.1007/s10964-015-0298-9
55. Barker ED, Tremblay RE, Van Lier PAC, Vitaro F, Nagin DS, Assaad JM et al. The neurocognition of conduct disorder behaviors: Specificity to physical aggression and theft after controlling for ADHD symptoms. *Aggress Behav* 2011, 37:63–72, doi: 10.1002/ab.20373
56. McQuade JD, Breaux RP, Miller R, Mathias L. Executive functioning and engagement in physical and relational aggression among children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 2017, 45:899–910, doi: 10.1007/s10802-016-0207-z
57. Ramy H, El Sheikh M, Sultan M, Bassim R, Eid M, Ali R et al. Risk factors influencing severity of attention deficit hyperactivity disorder in a sample of preparatory school students in Cairo. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2018, 23:542–555, doi: 10.1177/1359104518755218
58. Li N, Hein S, Ye L, Liu Y. Social decision making mediates the association between anger and externalising problems in Chinese adolescents. *Int J Psychol* 2019, 54:501–509, doi: 10.1002/ijop.12489
59. Isaksson J, Sukhodolsky DG, Kuposov R, Stickley A, Ruchkin V. The role of gender in the associations among posttraumatic stress symptoms, anger, and aggression in Russian adolescents. *J Trauma Stress* 2020, 33:552–563, doi: 10.1002/jts.22502

Research article

Epidemiological indicators and correlations of adolescent aggression in an urban student population

Zacharias Kalogerakis,¹ Helen Lazaratou,¹ Dimitris Dikeos,¹ Giota Touloumi,² Kostas Kollias,¹ Marina Economou,¹ Charalampos Papageorgiou¹

¹First Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Athens,

²Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

ARTICLE HISTORY: Received 3 March 2021/Revised 10 April 2021/Published Online 21 February 2022

ABSTRACT

Adolescent aggression has received a wide and longtime attention in scientific research, because of the extent of the phenomenon in this age group and of the negative consequences it inflicts on affected adolescents, and their human environments. The aim of this cross-sectional study was to determine the proportion (of high levels) of aggressive behaviors (physical, verbal, and direct aggression, anger, and hostility) in an urban sample of adolescent students, as well as to investigate associations between the occurrence of these behaviors, and adolescents' characteristics and mental health problems. The sample consisted of 2050 students attending the second grade of 49 random selected High Schools and Senior High Schools of the Regional Unit of the Central Sector of Attica and Piraeus. The Buss-Perry Aggression Questionnaire was administered to measure participants' aggression behaviors, while the Strength and Difficulties Questionnaire was also used to estimate their mental health and behavioral difficulties. Information about adolescents' individual, family, and school characteristics, was also collected. Results of the statistical analysis showed that the occurrence rates of high levels of participants' aggressive behaviors ranged between 2.2 (for total aggression) and 10.5% (for anger). Among individual characteristics, gender (with boys predominating in physical and direct aggression and girls in anger), (older) age, and sports activity (to direct aggression) were related to participants' aggressive behaviors. On the other hand, non-intact family structure and household insecurity food intake were positive correlated with specific aggressive behaviors, while pocket money allowance was positive associated with all of them. Concerning participants' mental health and behavioral issues, conduct problems and hyperactivity/inattention were positive correlated with all investigated aggressive behaviors. In conclusion, the vast majority of the Central Sector of Attica and Piraeus adolescents did not seem to show high levels of aggressive behaviors (except anger). Nevertheless, considering this study outcomes (such as the "aggressive" burden of older adolescents, the role of family structure and pocket money allowance, as well as the co-occurrence with mental and behavioral problems), further longitudinal study is required to better understand the mechanisms that facilitate adolescent aggression.

KEYWORDS: Aggression, adolescence, indicators, correlations, mental health.

Ανασκόπηση

Δοκιμασίες αξιολόγησης των χαρακτηριστικών της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στα παιδιά και τους εφήβους: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Μαρία Γαμβρούλη,¹ Ηρώ Γαμβρούλη,² Χρήστος Τριανταφύλλου³

¹Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια,

²Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

³Κέντρο Κλινικής Επιδημιολογίας και Έκβασης Νοσημάτων (CLEO), Αθήνα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 6 Δεκεμβρίου 2020/Αναθεωρήθηκε 15 Μαρτίου 2021/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 10 Αυγούστου 2021

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι μία από τις συχνότερα εμφανιζόμενες αναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία συχνά μπορεί να είναι παρούσα και μετά την ενηλικίωση. Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠΥ είναι η διάσπαση προσοχής, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα, τα οποία αποτελούν συχνό φαινόμενο στην παιδική ηλικία και για αυτό συνήθως η διάγνωση καθυστερεί. Παράλληλα, σε αρκετές περιπτώσεις τα προβλήματα που προκαλούνται από τη ΔΕΠΥ (όπως προβλήματα συμπεριφοράς και κοινωνικής προσαρμογής και προβλήματα στη σχολική απόδοση), θεωρούνται αποτέλεσμα άλλων συνυπαρχουσών καταστάσεων (όπως οικογενειακά προβλήματα, αλλαγή περιβάλλοντος και αναπτυξιακές παθολογίες). Για αυτόν τον λόγο η ΔΕΠΥ παραμένει συχνά αδιάγνωστη ή εσφαλμένα διαγνωσμένη, ενώ ακόμη και όταν γίνεται σωστή διάγνωση, δεν εφαρμόζεται πάντοτε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο συνδυασμού θεραπευτικών προσεγγίσεων που απαιτεί η αντιμετώπισή της. Σήμερα υπάρχει μια πληθώρα δοκιμασιών που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση συγκεκριμένων ελλειμμάτων που παρουσιάζουν τόσο τα παιδιά, όσο και οι έφηβοι με ΔΕΠΥ. Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η παρουσίαση εργαλείων και δοκιμασιών που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση παιδιών και εφήβων με ΔΕΠΥ. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed μέχρι τις 20 Φεβρουαρίου 2021. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν η γλώσσα, εκτός της Αγγλικής και της Ελληνικής, να είναι μελέτες περίπτωσης, άρθρα σύνταξης, ανασκοπήσεις και γράμματα προς τον εκδότη και να έχουν γίνει πάνω σε ζώα. Από τις δημοσιευμένες μελέτες, 15 πληρούσαν τις προϋποθέσεις ένταξης στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Μερικές από τις εξειδικευμένες δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση παιδιών και εφήβων με ΔΕΠΥ είναι η δοκιμασία έγχρωμης ιχνηλάτησης παιδιών (CCTT), το τεστ των μεταβλητών της προσοχής (TOVA), η δοκιμασία συνεχούς επίδοσης (CPT), η κλίμακα γονέων Conners (Conners' Parent Rating Scale, CPRS), η λίστα ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς (CBCL), η συνεχής οπτική και ακουστική δοκιμή επίδοσης (IVA-CPT), η οπτική αναλογική κλίμακα (VAS), η ημιδομημένη συνέντευξη γονέων αποτελούμενη από 30 ερωτήσεις (CAPA-RAD), το τεστ ελεγχόμενης σχέσης προφορικής λέξης (COWAT), η κλίμακα εκπαιδευτικών Conners (Conners' Teacher Rating Scale, CTRS). Συμπερασματικά, υπάρχει πληθώρα εργαλείων αξιολόγησης, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση συγκεκριμένων ελλειμμάτων τα οποία παρουσιάζουν τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠΥ, όσο και για την αξιολόγηση της πορείας της θεραπείας, αλλά και για τη διάκριση των παιδιών και των εφήβων με ΔΕΠΥ από εκείνα με άλλου είδους νοητικές και μαθησιακές διαταραχές.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Εκτίμηση, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, σχολική ηλικία, προσχολική ηλικία, παιδιά, εφηβεία.

Εισαγωγή

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD), είναι μία από τις συχνότερα εμφανιζόμενες αναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία συχνά μπορεί να είναι παρούσα και μετά την ενηλικίωση.¹ Η ΔΕΠΥ έχει συσχετιστεί με σοβαρές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, οι οποίες οφείλονται στις δυσκολίες κοινωνικής αλληλεπίδρασης του ατόμου, στην έλλειψη προσοχής στο σχολείο ή τον εργασιακό χώρο και στον αυξημένο κίνδυνο ψυχολογικής δυσλειτουργίας που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια παραγωγικότητας και αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης.²

Ο συνολικός συγκεντρωτικός επιπολασμός της ΔΕΠΥ στα παιδιά είναι περίπου 7,2%.³ Η ΔΕΠΥ είναι 3 με 4 φορές συχνότερη στα αγόρια,⁴ με την αναλογία αυτή να προσδιορίζεται κατά μέσον όρο στο 2:1 σε βάρος των αγοριών.⁵ Αυτή η διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠΥ μεταξύ των δύο φύλων, φαίνεται ότι οφείλεται στη φύση των συμπτωμάτων του τύπου ελλειμματικής προσοχής, καθώς είναι λιγότερο εμφανή και ευδιάκριτα στα κορίτσια,⁶ ωστόσο τα συμπεράσματα αυτά δεν μπορούν ακόμα να γενικευτούν. Συχνά, τα κορίτσια δεν είναι υπερκινητικά και είναι σε θέση να διαχειριστούν καλύτερα την εξέλιξη και την πορεία της διαταραχής κι έτσι η διάγνωση γίνεται δυσκολότερα ή με σημαντική καθυστέρηση.⁷

Αν και η ΔΕΠΥ είναι μία από τις περισσότερο μελετημένες και τεκμηριωμένες παιδοψυχιατρικές διαταραχές παγκοσμίως, εξακολουθεί να υποδιαγιγνώσκεται σε πολλές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα.⁸ Η πρώτη επίσκεψη των παιδιών σε ειδικούς γίνεται σε ηλικία μεταξύ 3 με 7 ετών. Συνήθως, το πρόβλημα γίνεται φανερό μετά την ένταξη του παιδιού στο σχολείο, όπου οι απαιτήσεις για συγκέντρωση, οργάνωση και οριοθέτηση αυξάνονται.

Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠΥ είναι η διάσπαση προσοχής, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα, τα οποία αποτελούν συχνό φαινόμενο στην παιδική ηλικία και για αυτό συνήθως η διάγνωση καθυστερεί. Παράλληλα, σε αρκετές περιπτώσεις τα προβλήματα που προκαλούνται από τη ΔΕΠΥ (όπως προβλήματα συμπεριφοράς και κοινωνικής προσαρμογής και προβλήματα στη σχολική απόδοση), θεωρούνται αποτέλεσμα άλλων συνυπαρχουσών καταστάσεων (όπως οικογενειακά προβλήματα, αλλαγή περιβάλλοντος και αναπτυξιακές παθολογίες). Για αυτόν τον λόγο η ΔΕΠΥ παραμένει συχνά αδιάγνωστη ή εσφαλμένα διαγνωσμένη, ενώ ακόμη και όταν γίνεται σωστή διάγνωση, δεν εφαρμόζεται πάντοτε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο συνδυασμού θεραπευτικών προσεγγίσεων που απαιτεί η αντιμετώπισή της.⁸

Η διαταραχή διαγιγνώσκεται εφόσον το παιδί παρουσιάσει όλα τα συνήθη συμπτώματα σε τακτική βάση, για περισσότερο από έξι μήνες. Επιπροσθέτως, τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Σύμφωνα με τον αριθμό και τον τύπο των συμπτωμάτων, ένα άτομο θα διαγνωστεί με έναν από τους τρεις υποτύπους της ΔΕΠΥ: (1) την κυρίως με απροσεξία ΔΕΠΥ, (2) την κυρίως υπερκινητική-παρορμητική ΔΕΠΥ και (3) τη συνδυαστική ΔΕΠΥ.⁹

Σήμερα υπάρχει μια πληθώρα δοκιμασιών που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση συγκεκριμένων ελλειμμάτων που παρουσιάζουν τόσο τα παιδιά, όσο και οι ενήλικοι με ΔΕΠΥ. Από αυτά, μόνο η δοκιμασία έγχρωμης ιχνηλάτησης παιδιών (Children's Color Trails Test, CCTT) έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτη που έχει διεξαχθεί σε ελληνόφωνο πληθυσμό.¹⁰ Πιο συγκεκριμένα το 2015 δημοσιεύτηκε μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 709 παιδιά κυπριακής καταγωγής ηλικίας 7–16 ετών της οποίας ο σκοπός ήταν η παροχή κανονιστικών δεδομένων για τη CCTT στον κυπριακό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής υποδεικνύουν την ανάγκη για στάθμισή της στον ελληνικό πληθυσμό, καθώς αποτελεί μια υποσχόμενη δοκιμασία για την αξιολόγηση της προσοχής στα παιδιά. Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η παρουσίαση εργαλείων και δοκιμασιών που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση παιδιών και εφήβων με ΔΕΠΥ.

Υλικό και Μέθοδος

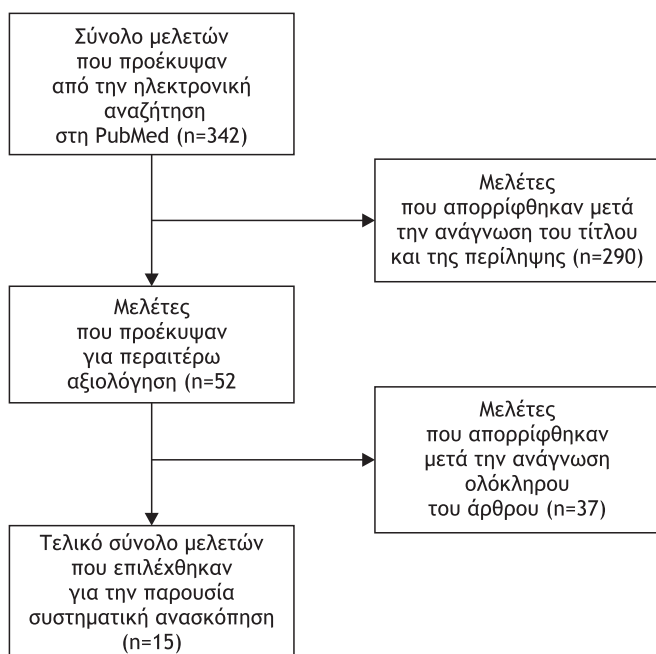
Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στη διεθνή βάση ηλεκτρονικών δεδομένων PubMed, μέχρι τις 20 Φεβρουαρίου του 2021, με θέμα τη παρουσίαση εργαλείων και δοκιμασιών που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση παιδιών και εφήβων με ΔΕΠΥ.

Όσον αφορά στη στρατηγική αναζήτησης στην Pub Med, χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω λέξεις-κλειδιά: "children's color trails test", CCTT, "Test of Variables of Attention", TOVA, "Continuous Performance Test", CPT, "Conners' Parent Rating Scale", CPRS, "Child Behavior Checklist", CBCL, "Integrated Visual Auditory Continuous Performance Test", "IVA-CPT", "virtual reality", "VR TEST", "visual analog scale", VAS, CAPA-RAD, WRO, "Waiting Room Observation", "Relationship Problems Questionnaire", RPQ, CogHealth, "Kaufman Hand Movements Scale", K-ABC, Stroop, "Controlled Oral Word Association Test", COWAT, "Trail Making Test", "Wechsler Intelligence Scale for Children, Third Edition", WISC-III, "attention deficit hyperactivity disorder", ADHD, adolescents και children. Η αναζήτηση των λέξεων-κλειδιών έγινε στο τίτλο (Title) και στην περίληψη (Abstract) των επιστημονικών άρθρων, ενώ χρησιμοποιήθηκαν οι συνδυαστικές λέξεις (Boolean Operators) "and" (ή) και "and" (και). Επιπλέον, χρησιμοποιή-

ήθηκαν τα φίλτρα “Full Text” (Πλήρες Κείμενο), “English, Modern Greek” (Αγγλική, Ελληνική Δημοτική), “Clinical Trial” (Κλινική Δοκιμή), “Clinical Study” (Κλινική Μελέτη), “Comparative Study” (Συγκριτική Μελέτη), “Controlled Clinical Trial” (Ελεγχόμενη Κλινική Δοκιμή), “Observational Study” (Μελέτες Παρατήρησης), “Pragmatic Clinical Trial” (Πραγματική Κλινική Δοκιμή) και “Randomized Controlled Trial” (Ελεγχόμενες Κλινικές Δοκιμές).

Τα κριτήρια ένταξης των μελετών στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν τα εξής: (α) Ο πληθυσμός των μελετών να είναι παιδιά σχολικής και προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ, (β) Το περιεχόμενο των μελετών να αφορά τις εξειδικευμένες δοκιμασίες και τα εργαλεία αξιολόγησης παιδιών με ΔΕΠΥ. Τα κριτήρια αποκλεισμού βιβλιογραφίας ήταν τα παρακάτω: (α) Οι μελέτες να έχουν δημοσιευτεί σε άλλη γλώσσα πέρα της ελληνικής και της αγγλικής, (β) Οι μελέτες να είναι ανασκοπήσεις (συστηματικές και βιβλιογραφικές), γράμματα προς τον εκδότη και μελέτες περίπτωσης, (γ) Οι μελέτες να έχουν γίνει πάνω σε ζώα, (δ) Να μην είναι διαθέσιμο το πλήρες κείμενο του άρθρου.

Το διάγραμμα ροής (εικόνα 1) απεικονίζει τα βήματα της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Από την ηλεκτρονική αναζήτηση εντοπίστηκαν 342 μελέτες. Από αυτές, 290 απορρίφθηκαν μετά την ανάγνωση του τίτλου και της περίληψης. Τελικά, μετά από την ανάγνωση ολόκληρου του άρθρου 52 μελετών και την εφαρμογή των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού που είχαν τεθεί αρχικά, συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση 15 μελέτες.^{10–24}



Εικόνα 1. Απεικόνιση των βημάτων της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

Μετά την επιλογή των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, έγινε εξαγωγή των παρακάτω δεδομένων από την κάθε μελέτη: το όνομα του πρώτου συγγραφέα, η χώρα προέλευσης της μελέτης, το έτος δημοσίευσης της μελέτης, το αντικείμενο (σκοπός) της μελέτης, το/α εργαλείο/α που χρησιμοποιήθηκε/αν, ο μελετώμενος πληθυσμός και τα σημαντικότερα αποτελέσματα της μελέτης.

Αποτελέσματα

Χαρακτηριστικά Μελετών Συστηματικής Ανασκόπησης

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των μελετών της συστηματικής ανασκόπησης. Στη πλειοψηφία τους οι μελέτες πραγματοποιήθηκαν στη βορειοαμερικανική ήπειρο και πιο συγκεκριμένα στις ΗΠΑ,^{14,15,16,18,19,22} τρεις στο Ηνωμένο Βασίλειο^{12,17,23} και από μία σε Κίνα, Ιαπωνία, Κύπρο, Ιταλία, Ταϊβάν και Νέα Ζηλανδία.^{10,11,13,20,21,24} Όσον αφορά στη χρονολογία διεξαγωγής των μελετών, όλες πραγματοποιήθηκαν μεταξύ του 2000¹⁷ και του 2020,¹⁹ δηλαδή τα τελευταία 20 έτη. Τέλος, αναφορικά με τον αριθμό των εργαλείων αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν σε κάθε μελέτη, στην πλειονότητα των μελετών χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο αξιολόγησης^{10,13,15,16,18,19,22–24} και σε 6 μελέτες περισσότερα από 1 εργαλεία.^{11,12,14,17,20,21}

Δοκιμασία Έγχρωμης Ιχνηλάτησης Παιδιών (CCTT)

Η CCTT χρησιμοποιήθηκε σε 3 μελέτες. Αναλυτικότερα, σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο¹⁰ βρέθηκε ότι τόσο η ηλικία των παιδιών όσο και το φύλο άσκησαν επίδραση στην επίδοση των παιδιών στη δοκιμασία. Πιο συγκεκριμένα, όσα παιδιά ήταν πιο καταρτισμένα και μεγαλύτερης ηλικίας εκτέλεσαν τη δοκιμασία γρηγορότερα, εκτός από την κατηγορία των παιδιών ηλικίας 12 ετών που σημείωσαν καλύτερη επίδοση από τα παιδιά ηλικίας 13 ετών, ενώ ο παράγοντας του φύλου αποδείχθηκε πως επηρεάζει τη χρονική διάρκεια εκτέλεσης της δοκιμασίας σε ποσοστό 13%.

Σε μία μελέτη που διενεργήθηκε στις ΗΠΑ το 2009 με σκοπό τη μελέτη της αξιοπιστίας ελέγχου επανελέγχου της CCTT 1&2 σε παιδιά ηλικίας 7–16 ετών με ΔΕΠΥ,¹⁵ τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου αναφορικά με τον χρόνο συμπλήρωσης και της παρεμβολής ήταν μέτρια ($rtt=0,46-0,68$) και μέτρια προς υψηλή ($rtt=0,75-0,78$), αντίστοιχα. Τέλος, στην έρευνα των Kennel et al όπου έγινε σύγκριση της CCTT με το τεστ των μεταβλητών της προσοχής (TOVA),¹⁴ βρέθηκε ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στη βαθμολογία της CCTT και του TOVA μετά την παρέμβαση στην οποία υποβλήθηκαν τα παιδιά με ΔΕΠΥ.

Πίνακας 1. Μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση.

Πρώτος συγγραφέας, Έτος, Χώρα	Σκοπός της μελέτης	Εργαλείο/α που χρησιμοποιήθηκε/αν	Μελετώμενος πληθυσμός	Αποτελέσματα
Konstantopoulos, ¹⁴ 2015, Κύπρος	Η παροχή κανονιστικών δεδομένων για τη CCTT στον κυπριακό πληθυσμό	CCTT	709 παιδιά κυπριακής καταγωγής ηλικίας 7-16 ετών	Όσα παιδιά ήταν πιο καταρτισμένα και μεγαλύτερης ηλικίας εκτέλεσαν την δοκιμασία γρηγορότερα, εκτός από την κατηγορία των 12 χρόνων παιδιών που σημείωσαν καλύτερη επίδοση από τα 13χρονα παιδιά.
Llorente, ¹⁵ 2009, ΗΠΑ	Η μελέτη της αξιοπιστίας ελέγχου επα-νελέγχου της CCTT 1 & 2	CCTT 1 & 2	54 παιδιά ηλικίας 6-12 ετών με ΔΕΠΥ	Η αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου αναφορικά με τον χρόνο συμπλήρωσης ήταν μέτρια (rtt= 0,46-0,68) στα παιδιά με ΔΕΠΥ. Η αξιοπιστία της παρεμβολής κινήθηκε σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα (rtt= 0,75-0,78).
Kennel, ¹³ 2010, ΗΠΑ	Η διερεύνηση της πιθανής χρήσης των προκλητών ακουστικών δυναμικών του εγκεφαλικού στελέχους στη μείωση των συμπτωμάτων της απροσεξίας σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠΥ	CCTT, ΤΟΝΑ	20 παιδιά και έφηβοι με ΔΕΠΥ	Η επίδραση του χρόνου ήταν σημαντική στη CCTT. Ωστόσο, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στη βαθμολογία της CCTT και του ΤΟΝΑ μετά την παρέμβαση.
Parsons, ¹⁶ 2007, ΗΠΑ	Η αξιολόγηση της προσοχής παιδιών με ΔΕΠΥ σε μια τάξη εικονικής πραγματικότητας με τη χρήση του CPT	CPT	10 αγόρια με ΔΕΠΥ και 10 αγόρια χωρίς ΔΕΠΥ	Τα επίπεδα απόσπασης της προσοχής ήταν υψηλότερα στα παιδιά με ΔΕΠΥ. Οι μετρήσεις στην τάξη εικονικής πραγματικότητας έδειξαν συσχέτιση μεταξύ των παραδοσιακών εργαλείων αξιολόγησης και της ηλεκτρονικής (εικονικής) έκδοσης της CPT.
Fang, ¹⁰ 2019, Κίνα	Η διερεύνηση της σκοπιμότητας και της διαθεσιμότητας της εικονικής πραγματικότητας για αξιολόγηση συμπτωμάτων παιδιών με ΔΕΠΥ	CPRS, CBCL, IVA-CPT, VR τεστ	77 παιδιά σχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ και 63 παιδιά σχολικής υγείας χωρίς ΔΕΠΥ	Οι σωστές παράμετροι, οι λανθασμένες παράμετροι και η ακρίβεια της βαθμολόγησης των παιδιών με ΔΕΠΥ μέσω του VR τεστ διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Οι σωστές παράμετροι, οι λανθασμένες παράμετροι, ο συνολικός χρόνος και η ακρίβεια του VR τεστ σχετίζονται σημαντικά με τις βαθμολογίες της IVA-CPT, της CPRS και της CBCL, αντίστοιχα.
Woolsey, ¹⁹ 2020, ΗΠΑ	Η διερεύνηση της ανάπτυξης της οπτικής αναλογικής κλίμακας (VAS) και των αρχικών αντιλήψεων από τη χρήση της κλίμακας στην πράξη	VAS	-	Η χρήση της VAS μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα και να οδηγήσει σε πιο εμπειριστατωμένη αξιολόγηση των συμπτωμάτων των παιδιών με ΔΕΠΥ.

Συνεχίζεται

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Πρώτος συγγραφέας, Έτος, Χώρα	Σκοπός της μελέτης	Εργαλείο/α που χρησιμοποιήθηκε/αν	Μελετώμενος πληθυσμός	Αποτελέσματα
Sims, ¹⁸ 2012, ΗΠΑ	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των αξιολογήσεων των γονέων και των εκπαιδευτικών των παιδιών με ΔΕΠΥ με τη χρήση της CPT	CPT	65 παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ	Δεν βρέθηκαν σημαντικές σχέσεις μεταξύ των αξιολογήσεων των γονέων και των εκπαιδευτικών των παιδιών με ΔΕΠΥ. Οι αξιολογήσεις των γονέων τόσο της απροσεξίας όσο και της υπερδραστηριότητας/παρορμητικότητας οφείλονται στη διαύμανση των σφαλμάτων λόγω παράλειψης της CPT αλλά όχι λόγω των σφαλμάτων καταγραφής. Οι αξιολογήσεις των εκπαιδευτικών έδειξαν στοιχεία συγκλίνοσας και διακριτικής εγκυρότητας όταν εισήχθησαν ταυτόχρονα σε ιεραρχικό μοντέλο παλινδρόμησης.
Follan, ¹¹ 2011, Ηνωμένο Βασίλειο	Η διάκριση των παιδιών με ΔΕΠΥ από εκείνα με RAD χρησιμοποιώντας σταθμισμένα εργαλεία αξιολόγησης για παιδιά με RAD	CAPA-RAD, WRO, RPO	38 παιδιά με RAD και 30 με ΔΕΠΥ και 39 χωρίς RAD και ΔΕΠΥ	Τόσο η CAPA-RAD, όσο η WRO και το RPO, βοήθησαν στη διαγνωστική διάκριση των παιδιών με ΔΕΠΥ από εκείνα με RAD.
Kawabe, ¹² 2018, Ιαπωνία	Η αξιολόγηση ενός ηλεκτρονικά συμπληρωμένου, σύντομου, επαναλαμβανόμενου νοητικού εργαλείου αξιολόγησης του CogHealth για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας της φαρμακολογικής θεραπείας των παιδιών με ΔΕΠΥ	CogHealth	9 παιδιά με ΔΕΠΥ και 33 παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ από την κοινότητα	Τα παιδιά με ΔΕΠΥ, πριν τη λήψη θεραπείας, παρουσίασαν σημαντικά περισσότερα λάθη στο σκέλος που αφορούσε στην αντίχρευση και περισσότερα προσμενόμενα λάθη στη δοκιμασία εκμάθησης με μία κάρτα, σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ βελτίωσαν σημαντικά την ακρίβειά τους στο one back test, και έκαναν σημαντικά λιγότερα λάθη, προσμενόμενα σφάλματα και μικρότερους χρόνους αντίδρασης μετά τη λήψη της θεραπείας.
Perugini, ¹⁷ 2000, Ηνωμένο Βασίλειο	Η διερεύνηση της προγνωστικής αξίας επτά νευροψυχολογικών εργαλείων αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμό, στην ταξινόμηση παιδιών με ΔΕΠΥ	K-ABC, SCWT, COWAT, TMT, WISC-III, CPT	21 αγόρια με ΔΕΠΥ και 22 παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ από την κοινότητα	Ο συνδυασμός των 7 εργαλείων αξιολόγησης οδηγεί σε μεγαλύτερη διαγνωστική εγκυρότητα αναφορικά με τα παιδιά με ΔΕΠΥ.

Συνεχίζεται

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Πρώτος συγγραφέας, Έτος, Χώρα	Σκοπός της μελέτης	Εργαλείο/α που χρησιμοποιήθηκαν	Μελετώμενος πληθυσμός	Αποτελέσματα
WU ²⁰ 2007, Τσιβάν	Η εφαρμογή του TOVA σε παιδιά με ΔΕΠΥ στην Τσιβάν και η αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του TOVA ως διαγνωστικού εργαλείου για τη ΔΕΠΥ.	TOVA	31 παιδιά με ΔΕΠΥ (ηλικίας 5-13 ετών) από την παιδική ψυχιατρική κλινική ενός ιατρικού κέντρου της βόρειας Τσιβάν	Η μέση εσωτερική συνοχή ήταν της τάξεως του 0,81 και στις έξι μεταβλητές του TOVA με μέτρια συγκλίνουσα και διακριτική εγκυρότητα. Τα ευρήματα υποστηρίζουν εν μέρει τη χρησιμότητα του TOVA για την εκτίμηση των προβλημάτων προσοχής και παρορμητικότητας σε παιδιά με ΔΕΠΥ.
Cianchetti, ²¹ 2019, Ιταλία	Προγνωστική εγκυρότητα για την κλινική διάγνωση της CABI, με τη CBCL	CABI	Γονείς/ φροντιστές 462 παιδιών και εφήβων	Η CABI παρουσίασε πολύ καλή συγκριτική ισχύ (έναντι της CBCL) και προγνωστική εγκυρότητα αναφορικά με τη ΔΕΠΥ.
Schatz, ²² 2001, ΗΠΑ	Η αξιολόγηση της συνοχής μεταξύ της CPRS και της TOVA, σε παιδιά που έχουν διαγνωστεί κλινικά με ΔΕΠΥ	CPRS, TOVA	28 παιδιά που έχουν διαγνωστεί κλινικά με ΔΕΠΥ και 20 παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ	Τόσο η CPRS όσο και το TOVA έδειξαν σημαντικές προβληματικές περιοχές που υποδηλώνουν έλλειμμα προσοχής σε περίπου 85% των παιδιών που είχαν διαγνωστεί κλινικά με ΔΕΠΥ.
Deb, ²³ 2008, Ηνωμένο Βασίλειο	Η εύρεση της βαθμολογίας-κατώφλι για τις CPRS-R και CTRS-R, η οποία αντικατοπτρίζει τα βέλτιστα επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας για τον έλεγχο της ΔΕΠΥ μεταξύ των παιδιών με νοητική υστέρηση	CPRS-R, CTRS-R	151 παιδιά με νοητική υστέρηση	Η CPRS-R συμβάλλει στον εντοπισμό της ΔΕΠΥ στα παιδιά με νοητική στέρηση, αλλά όχι η CTRS-R.
Tripp, ²⁴ 2006, Νέα Ζηλανδία	Η διαγνωστική χρησιμότητα των δοκιμασιών γονέων και εκπαιδευτικών στην εκτίμηση των παιδιών με ΔΕΠΥ	CPRS-48, CTRS-39, CBCL, TRF	184 παιδιά ηλικίας 5 έως 12 ετών με πιθανή ΔΕΠΥ	Οι δοκιμασίες γονέων και εκπαιδευτικών θα πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά την εκτίμηση παιδιών για ΔΕΠΥ, λόγω της ικανοποιητικής διαγνωστικής χρησιμότητάς τους.

CCIT: Δοκιμασία έγχρωμης ιχνηλάτησης παιδιών, ΔΕΠΥ: Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα, TOVA: Τεστ των Μεταβλητών της Προσοχής, CRT: Δοκιμασία συνεχούς επίδοσης, CPRS (-R;-48): Κλίμακα γονέων/Conner's Parent Rating Scale (-Revised;-48), CBCL: Λίστα ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς, IVA-CPT: Συνεχής οπτική και ακουστική δοκιμή επίδοσης, VR: Εικονική πραγματικότητα, VAS: Οπτική αναλογική κλίμακα, RAD: Διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης, CAPA-RAD: Child and adolescent psychiatric assessment/ Ημιδομημένη συνέντευξη γονέων αποτελούμενη από 30 ερωτήσεις, WRO: Δομημένη παρατήρηση στον χώρο αναμονής, RPQ: Ερωτηματολόγιο σχετικά με τα προβλήματα στις σχέσεις, K-ABC: Κλίμακα κινήσεων των χεριών του Kaufman, SCWT: The Stroop Color-Word Association Test/Δοκιμασίας Stroop, COWAT: Τεστ ελεγχόμενης σχέσης προφορικής λέξης, TMT: Δοκιμασία κατασκευής ιχνών, WISC-III: Τρίτη Έκδοση της Κλίμακας Wechsler για Παιδιά, CABI: Λίστα καταγραφής συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων, CTRS (-R;-39): Κλίμακα εκπαιδευτικών/ Conner's Teacher Rating Scale (-Revised;-39), TRF: Φόρμα αναφοράς για τους εκπαιδευτικούς

Δοκιμασία συνεχούς επίδοσης (CPT)

Η CPT χρησιμοποιήθηκε σε 3 μελέτες. Στη μελέτη των Parsons et al που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ,¹⁶ βρέθηκε ότι οι μετρήσεις στην τάξη εικονικής πραγματικότητας έδειξαν συσχέτιση μεταξύ των παραδοσιακών εργαλείων αξιολόγησης και της ηλεκτρονικής (εικονικής) έκδοσης της CPT, ενώ σε μία μελέτη που είχε ως στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των αξιολογήσεων των γονέων και των εκπαιδευτικών των παιδιών με ΔΕΠΥ,¹⁸ τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν βρέθηκαν σημαντικές σχέσεις μεταξύ των αξιολογήσεων των γονέων και των εκπαιδευτικών των παιδιών με ΔΕΠΥ και οι αξιολογήσεις των εκπαιδευτικών έδειξαν στοιχεία συγκλίνουσας και διακριτικής εγκυρότητας όταν εισήχθησαν ταυτόχρονα σε ιεραρχικό μοντέλο παλινδρόμησης.

Τέλος, σε μια έρευνα που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2000,¹⁷ όπου διερευνήθηκε η προγνωστική αξία επτά νευροψυχολογικών εργαλείων αξιολόγησης (της κλίμακας κινήσεων των χεριών του Kaufman (K-ABC), της δοκιμασίας Stroop (SCWT), του τεστ ελεγχόμενης σχέσης προφορικής λέξης (COWAT), της δοκιμασία κατασκευής ιχνών (TMT), της τρίτης έκδοσης της κλίμακας Wechsler για παιδιά (WISC-III) και του CPT) τα οποία χρησιμοποιήθηκαν συνδυαστικά, στην ταξινόμηση παιδιών με ΔΕΠΥ, βρέθηκε ότι ο συνδυασμός των 7 εργαλείων αξιολόγησης οδηγεί σε μεγαλύτερη διαγνωστική εγκυρότητα αναφορικά με τα παιδιά με ΔΕΠΥ.

Άλλα Εργαλεία αξιολόγησης και δοκιμασίες

Στη μελέτη των Fang et al στην οποία διερευνήθηκε η σκοπιμότητα και η διαθεσιμότητα της εικονικής πραγματικότητας για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων των παιδιών με ΔΕΠΥ,¹¹ τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι σωστοί παράμετροι, οι λανθασμένοι παράμετροι, ο συνολικός χρόνος και η ακρίβεια του τεστ εικονικής πραγματικότητας (Virtual Reality test) σχετίζονται σημαντικά με τις βαθμολογίες της συνεχούς οπτικής και ακουστικής δοκιμής επιδόσεων (IVA-CPT), της κλίμακας γονέων (CPRS) και της λίστας ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς (CBCL), αντίστοιχα. Επιπλέον, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2011,¹² βρέθηκε ότι τόσο η ημιδομημένη συνέντευξη γονέων (CAPA-RAD), όσο και η δομημένη παρατήρηση στον χώρο αναμονής (WRO) και το ερωτηματολόγιο σχετικά με τα προβλήματα στις σχέσεις (PRQ), βοήθησαν στη διαγνωστική διάκριση των παιδιών με ΔΕΠΥ από εκείνα με διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης (RAD).

Τέλος, οι Kawabe et al πραγματοποίησαν μια μελέτη με σκοπό την αξιολόγηση ενός ηλεκτρονικά συμπληρωμένου, σύντομου, επαναλαμβανόμενου νοητικού εργαλείου αξιολόγησης του CogHealth για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας της φαρμακολογικής θεραπεί-

ας των παιδιών με ΔΕΠΥ.¹³ Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ, πριν τη λήψη θεραπείας, παρουσίασαν σημαντικά περισσότερα λάθη στο σκέλος που αφορούσε στην ανίχνευση και περισσότερα προσημασμένα λάθη στη δοκιμασία εκμάθησης με μία κάρτα, σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου, ενώ μετά τη λήψη θεραπείας, βελτίωσαν σημαντικά την ακρίβειά τους στο one back test, και έκαναν σημαντικά λιγότερα λάθη, αναμενόμενα σφάλματα και μικρότερους χρόνους αντίδρασης.

Συζήτηση

Από τα ευρήματα των 15 μελετών¹⁰⁻²⁴ προκύπτει ότι υπάρχει πληθώρα εργαλείων αξιολόγησης, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ στα παιδιά, όσο και για την αξιολόγηση της πορείας της θεραπείας, αλλά και για τη διάκριση των παιδιών με ΔΕΠΥ από εκείνα με άλλου είδους νοητικές και μαθησιακές διαταραχές. Επιπλέον, υπάρχουν εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν και από τους εκπαιδευτικούς και από τους γονείς, πέρα από τους επαγγελματίες υγείας, για την αξιολόγηση των παιδιών με ΔΕΠΥ, το οποίο οδηγεί στην ανάγκη εξοικείωσης και των γονέων και των εκπαιδευτικών αναφορικά με τη χρήση των εργαλείων αυτών, η εκπαίδευση των οποίων μπορεί να επιτευχθεί μέσω δωρεάν σεμιναρίων που μπορεί να διοργανώσει η πολιτεία και τα οποία θα πραγματοποιηθούν από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας.

Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα είναι ότι δεν βρέθηκε κατά τη βιβλιογραφική αναζήτηση μελέτη αναφορικά με τη χρήση εργαλείων αξιολόγησης σε παιδιά με ΔΕΠΥ στην Ελλάδα. Αντιθέτως, όσον αφορά στον ελληνικό πληθυσμό, τα ερευνητικά δεδομένα αφορούν στους ενηλίκους.^{25,26} Το εύρημα αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι θα πρέπει να γίνει στάθμιση των εργαλείων αυτών σε παιδιά με ΔΕΠΥ προσχολικής και σχολικής ηλικίας ελληνικής καταγωγής και διεξαγωγή μελετών στον ελλαδικό χώρο, με στόχο τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας στα παιδιά με ΔΕΠΥ.

Ένα πολύ ενδιαφέρον εύρημα είναι η ύπαρξη τεστ εικονικής πραγματικότητας,^{11,16} αλλά και εργαλείων που έχουν κατασκευαστεί σε ηλεκτρονική μορφή και συμπληρώνονται με τη χρήση κινητών τηλεφώνων και υπολογιστών.¹² Αυτό το εύρημα τονίζει τη σημαντικότητα της εξοικείωσης των παιδιών, των γονέων, των εκπαιδευτικών αλλά και των επαγγελματιών υγείας με τη χρήση της τεχνολογίας, ενώ απαιτείται περαιτέρω μελέτη για την ανάπτυξη ακόμα περισσότερων εργαλείων και δοκιμασιών εικονικής πραγματικότητας, τα οποία θα κάνουν τη διαδικασία της αξιολόγησης πιο αποτελεσματική, αλλά και πιο ευχάριστη για τα παιδιά.

Η συγκεκριμένη ανασκόπηση έχει αρκετούς περιορισμούς που θα πρέπει να αναφερθούν. Ο κυριότερος περιορισμός αλλά παράλληλα σημαντικό εύρημα της παρούσας ανασκόπησης είναι ο μικρός αριθμός δημοσιευμένων μελετών που αφορούν στο συγκεκριμένο θέμα. Επιπλέον, ακόμη ένας σημαντικός περιορισμός είναι ότι στην πλειοψηφία των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, το μέγεθος του δείγματος, δηλαδή ο αριθμός των συμμετεχόντων που ολοκλήρωσαν τη μελέτη, ήταν πολύ μικρός με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η γενίκευση των ευρημάτων της εκάστοτε μελέτης. Επομένως, τα ευρήματα της παρούσας ανασκόπησης θα πρέπει να ερμηνευθούν με προσοχή.

Ένας ακόμα περιορισμός είναι ότι, η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε μόνο σε μία βάση δεδομένων (PubMed), γεγονός που σημαίνει ότι πιθανόν να υπάρχουν και άλλες μελέτες με την ανωτέρω θεματολογία, οι οποίες μπορεί να έχουν αποδελτιωθεί σε άλλες βάσεις δεδομένων ή να μην έχουν δημοσιευθεί σε επιστημονικά περιοδικά, εισάγοντας έτσι στην ανασκόπηση σημαντικό συστηματικό σφάλμα «δημοσίευσης». Τέλος, ένας ακόμη περιορισμός που οδηγεί στην εισαγωγή ενός ακόμη σημαντικού σφάλματος είναι ότι ανασκοπήθηκαν

μελέτες που είναι δημοσιευμένες μόνο στην αγγλική και ελληνική γλώσσα, γεγονός που σημαίνει ότι μπορεί να υπάρχουν και μελέτες που αφορούν στο συγκεκριμένο θέμα δημοσιευμένες σε άλλες γλώσσες και να μην έχουν συμπεριληφθεί.

Συμπεράσματα

Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι υπάρχει πληθώρα εργαλείων αξιολόγησης, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση συγκεκριμένων ελλειμμάτων τα οποία παρουσιάζουν τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠΥ, όσο και για την αξιολόγηση της πορείας της θεραπείας, αλλά και για τη διάκριση των παιδιών και των εφήβων με ΔΕΠΥ από εκείνα με άλλου είδους νοητικές και μαθησιακές διαταραχές.

Οι μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να δώσουν έμφαση στη στάθμιση των εργαλείων αυτών σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠΥ ελληνικής καταγωγής, στην ανάπτυξη ακόμα περισσότερων τεστ και δοκιμασιών εικονικής πραγματικότητας, αλλά και τη σύγκριση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας διαφορετικών εργαλείων μεταξύ τους, οδηγώντας τόσο στη βελτίωση, όσο και στην επιλογή του κατάλληλου εργαλείου.

Βιβλιογραφία

- Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002, 8:162–170, doi: 10.1002/mrdd.10036
- Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Hynd GW et al. DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1994,151:1673–1685, doi: 10.1176/ajp.151.11.1673
- Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics* 2015,135:e994–1001, doi: 10.1542/peds.2014–3482
- O'Brien D. *The Association of Cognitive Distortions, Problems with Self-Concept, Gender, and Age in Adults Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)*. PCOM Psychology Dissertations 2016 (Cited 10 June 2020). Available from https://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations/366
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013, doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Biederman J, Petty CR, Clarke A, Lomedico A, Faraone SV. Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *J Psychiatr Res* 2011, 45:150–155, doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.06.009
- Mahone EM, Wodka EL. The Neurobiological Profile of Girls with ADHD. *Dev Disabil Res Rev* 2008,14:276–284, doi: 10.1002/ddrr.41
- Skounti M, Giannoukas S, Dimitriou E, Nikolopoulou S, Linardakis E, Philalithis A. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in Athens, Greece. Association of ADHD subtypes with social and academic impairment. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 2010, 2:127–132, doi: 10.1007/s12402-010-0029-8
- Hallowell EM, Ratey JJ. *Driven to distraction: Recognizing and coping with attention deficit disorder from childhood through adulthood*. New York, NY: Anchor Books; 2011
- Konstantopoulos K, Vogazianos P, Thodi C, Nikopoulou-Smyrni P. A normative study of the Children's Color Trails Test (CCTT) in the Cypriot population. *Child Neuropsychol* 2015,21:751–758, doi: 10.1080/09297049.2014.924491
- Fang Y, Han D, Luo H. A virtual reality application for assessment for attention deficit hyperactivity disorder in school-aged children. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019, 15:1517–1523, doi: 10.2147/NDT.S206742
- Follan M, Anderson S, Huline-Dickens S, Lidstone E, Young D, Brown G et al. Discrimination between attention deficit hyperactivity disorder and reactive attachment disorder in school aged children. *Res Dev Disabil* 2011, 32:520–526, doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.031
- Kawabe K, Horiuchi F, Kondo S, Matsumoto M, Seo K, Oka Y et al. Neurocognitive assessment of children with neurodevelopmental disorders: Preliminary findings. *Pediatr Int* 2018, 60:820–827, doi: 10.1111/ped.13662
- Kennel S, Taylor AG, Lyon D, Bourguignon C. Pilot feasibility study of binaural auditory beats for reducing symptoms of inattention in

- children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr Nurs* 2010, 25:3–11, doi: 10.1016/j.pedn.2008.06.010
15. Llorente AM, Voigt RG, Williams J, Frailey JK, Satz P, D'Elia LF. Children's Color Trails Test 1 & 2: test-retest reliability and factorial validity. *Clin Neuropsychol* 2009, 23:645–660, doi: 10.1080/13854040802427795
16. Parsons TD, Bowerly T, Buckwalter JG, Rizzo AA. A controlled clinical comparison of attention performance in children with ADHD in a virtual reality classroom compared to standard neuropsychological methods. *Child Neuropsychol* 2007, 13:363–381, doi: 10.1080/13825580600943473
17. Perugini EM, Harvey EA, Lovejoy DW, Sandstrom K, Webb AH. The predictive power of combined neuropsychological measures for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Child Neuropsychol* 2000, 6:101–114, doi: 10.1076/chin.6.2.101.7059
18. Sims DM, Lonigan CJ. Multi-Method Assessment of ADHD Characteristics in Preschool Children: Relations between Measures. *Early Child Res Q* 2012, 27:329–337, doi: 10.1016/j.ecresq.2011.08.004
19. Woolsey C, Smoldon J, Devney R. Initial development of an attention-deficit/hyperactivity disorder visual analog scale for rapid assessment of medication effects. *J Am Assoc Nurse Pract* 2020, 32:8–14, doi: 10.1097/JXX.0000000000000209
20. Wu YY, Huang YS, Chen YY, Chen CK, Chang TC, Chao CC. Psychometric study of the test of variables of attention: preliminary findings on Taiwanese children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007, 61:211–218, doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01658.x
21. Cianchetti C, Faedda N, Pasculli M, Ledda MG, Diaz G, Peschechera A et al. Predictive validity for the clinical diagnosis of a new parent questionnaire, the CABI, compared with CBCL. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2020, 25:507–519, doi: 10.1177/1359104519895056
22. Schatz AM, Ballantyne AO, Trauner DA. Sensitivity and specificity of a computerized test of attention in the diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Assessment* 2001, 8:357–365, doi: 10.1177/107319110100800401
23. Deb S, Dhaliwal AJ, Roy M. The usefulness of Conners' Rating Scales-Revised in screening for attention deficit hyperactivity disorder in children with intellectual disabilities and borderline intelligence. *J Intellect Disabil Res* 2008, 52:950–959, doi: 10.1111/j.1365-2788.2007.01035.x
24. Tripp G, Schaughency EA, Clarke B. Parent and teacher rating scales in the evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder: contribution to diagnosis and differential diagnosis in clinically referred children. *J Dev Behav Pediatr* 2006, 27:209–218, doi: 10.1097/00004703-200606000-00006
25. Konstantopoulos K, Issidorides M, Spengos K. A normative study of the color trails test in the Greek population. *Appl Neuropsychol Adult* 2013, 20:47–52, doi: 10.1080/09084282.2012.670155
26. Messinis L, Malegiannaki A-C, Christodoulou T, Panagiotopoulos V, Papathanasopoulos P. Color Trails Test: normative data and criterion validity for the Greek adult population. *Arch Clin Neuropsychol* 2011, 26:322–330, doi: 10.1093/arclin/acr027

Review

Evaluation tools of the characteristics of attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents: A literature review

Maria Gamvrouli,¹ Iro Gamvrouli,² Christos Triantafyllou³

¹General Hospital of Nikaia-Piraeus "Agios Panteleimon", Nikaia,

²Department of Early Childhood Education, National and Kapodistrian University of Athens, Athens,

³Center for Clinical Epidemiology and Outcomes Research (CLEO), Athens, Greece

ARTICLE HISTORY: Received 6 December 2020/Revised 15 March 2021/Published Online 10 August 2021

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most commonly occurring developmental disorders of childhood, which can often be present after adulthood. The main symptoms of ADHD are distraction, impulsiveness, and hyperactivity, which are common in childhood, and for this reason, the diagnosis is usually delayed. At the same time, in several cases, the problems caused by ADHD (such as behavioral and social adjustment problems and problems in school performance) are considered as results of other co-existing situations (such as family problems, environmental change, and developmental pathologies). For this reason, ADHD often remains undiagnosed or misdiagnosed and even when it is accurately diagnosed, a comprehensive model of a combination of therapeutic approaches that are required to treat it, is not always applied. Today, there are a plethora of tests used to assess specific deficits presented by both children and adolescents with ADHD. The purpose of this literature review was to present tools and tests used in the evaluation of children and adolescents with ADHD. Search was performed on PubMed until February 20, 2021, without time limit for the publication of scientific papers. Studies were excluded if they were not published in English language, were conducted on animals and were case studies, editorials, and letters to the editor. Of the scientific papers retrieved, 15 were included in the systematic review. Some of the specialized tests used in the evaluation of children and adolescents with ADHD are the Children's Color Trails Test (CCTT), the Test of Variables of Attention (TOVA), the Continuous Performance Test (CPT), the Conner's' Parent Rating Scale (CPRS), the Child Behavior Checklist (CBCL), the Visual and Auditory Continuous Performance Testing (IVA-CPT), the Visual Analog Scale (VAS), the 30-item Semi-Structured Interview with Parents (CAPA-RAD), the Controlled Oral Word Association Test (COWAT), the Conners' Teacher Rating Scale (CTRS). In conclusion, there are a number of evaluation tools that can be used to evaluate specific deficits presented by children and adolescents with ADHD, as well as to evaluate the course of treatment, but also to distinguish children and adolescents with ADHD from those with other types of cognitive and learning disorders.

KEYWORDS: Assessment, attention deficit hyperactivity disorder, school-age, preschool-age, children, adolescence.

Ανασκόπηση

Νευροβιολογία του πρώιμου στρες και παιδικού τραύματος: Παρατεταμένη νευροενδοκρινική απορρύθμιση ως νευροαναπτυξιακός παράγοντας κινδύνου

Θεανώ Γκέσογλου,¹ Παναγιώτα Περβανίδου,² Βασίλειος Π. Μποζίκας,³ Αγοραστός Αγοραστός³⁻⁵

¹Β΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,

²Α΄ Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα,

³Β΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Τομέας Νευροεπιστημών, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

⁴VA Center of Excellence for Stress and Mental Health (CESAMH), VA San Diego Healthcare System, La Jolla, San Diego, CA, USA,

⁵Ινστιτούτο Αγοροδιατροφής και Επιστημών Ζωής, Ερευνητικό Κέντρο Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, Ηράκλειο, Κρήτη, Ελλάδα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 15 Φεβρουαρίου 2021/Αναθεωρήθηκε 17 Μαρτίου 2021/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 21 Φεβρουαρίου 2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εμπειρία πρώιμων στρεσογόνων καταστάσεων εμφανίζει υψηλό επιπολασμό σε παγκόσμιο επίπεδο και αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, καθώς δύο τρίτα των ανθρώπων παρουσιάζουν έκθεση σε δυνητικά τραυματικές εμπειρίες πριν την ηλικία των 17 ετών. Η έκθεση σε τραυματικό στρες κατά τη διάρκεια κρίσιμων αναπτυξιακών σταδίων μπορεί να έχει μείζονες και μακροχρόνιες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων και αποτελεί έναν γενικό αναπτυξιακό παράγοντα κινδύνου, ο οποίος συνεπιφέρει τον κίνδυνο εμφάνισης νοσηρότητας. Το πρώιμο στρες και το παιδικό τραύμα (ΠΣ/ΠΤ) έχουν σημαντικό αντίκτυπο σε ευαίσθητα νευρωνικά εγκεφαλικά κυκλώματα του κεντρικού νευρικού συστήματος, αλλά και στον προγραμματισμό της γλυκοκορτικοειδικής σηματοδότησης στην περιφέρεια, οδηγώντας έτσι δυνητικά σε χρόνια υπερ- ή υπο-ενεργοποίηση και -απαντητικότητα του βασικού ομοιοστατικού συστήματος του στρες. Μεταβολές στη συναισθηματική και αυτονομική αντιδραστικότητα, διαταραχές του κερκαδιανού ρυθμού, λειτουργικές και δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο, καθώς και ανοσολογικές και μεταβολικές παθολογίες έχουν προσδιοριστεί πρόσφατα ως επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου χρόνιας απορρυθμισμένης ομοιοστατικής ισορροπίας μετά από έκθεση σε ΠΣ/ΠΤ. Επιπλέον, το ανθρώπινο γενετικό υπόβαθρο, σε συνδυασμό με επιγενετικές τροποποιήσεις έκφρασης γονιδίων που σχετίζονται με το στρες αλληλεπιδρούν με τα παραπάνω συστήματα, ορίζοντας έτσι τη διατομική διακύμανση της ευαλωτότητας ή της ανθεκτικότητας στο στρες κατά τη συνολική διάρκεια της ζωής. Το παρόν άρθρο, κυρίως με βάση αποτελέσματα ερευνών σε ανθρώπους, παρουσιάζει τις πιο αναγνωρισμένες νευροβιολογικές αλλοστατικές οδούς που συνδέουν το τοξικό στρες κατά τα αναπτυξιακά στάδια, κυρίως της πρώιμης παιδικής ηλικίας και της εφηβείας με ψυχοπαθολογία και σωματική συννοσηρότητα στην ενήλικη ζωή, ακόμη και δεκαετίες αργότερα. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να διερευνήσουν περισσότερους συνεπιδρώντες παράγοντες και τις συνδυασμένες επιδράσεις τους σε βιολογικό επίπεδο, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τη λειτουργική και χρονική ευαλωτότητα των εμπλεκόμενων νευροενδοκρινικών συστημάτων, το δυνητικά καθυστερημένο χρονικό πλαίσιο για την έκφραση των αποτελεσμάτων τους, αλλά και την προοπτική ανάπτυξης ιδιαίτερων αντισταθμιστικών δεξιοτήτων στην ενήλικη ζωή, ως αποτέλεσμα της προσαρμοστικής αντίδρασης στο πρώιμο στρες. Τέλος, υπάρχει μία ύψιστη ανάγκη για βελτίωση των μεθόδων εντοπισμού, διάγνωσης και (συν)εκτίμησης του ιστορικού έκθεσης σε ΠΣ/ΠΤ κατά την παιδική, αλλά και την ενήλικη ζωή, με

στόχο την ακριβέστερη πρόβλεψη ανάπτυξης νόσου, απόκρισης στη θεραπεία, καθώς και τον σχεδιασμό στρατηγικών πρόληψης των αρνητικών επιδράσεων του τραυματικού στρες.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Πρώιμο στρες, παιδικό τραύμα, άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, γλυκοκορτικοειδή, αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Εισαγωγή

Η βιολογική προσπάθεια διατήρησης μίας πολυεπίπεδης φυσιολογικής ισορροπίας (ομοιόσταση) αποτελεί ιδεατό λειτουργικό στόχο κάθε οργανισμού και χαρακτηρίζεται από συνεχείς αυτορρυθμιστικές προκλήσεις.¹ Η κατάσταση απειλής της δυναμικής αυτής ομοιοστατικής ισορροπίας του οργανισμού ορίζεται ως στρες, με τη συνολική προσαρμοστική απόκριση του οργανισμού σε στρεσογόνα ερεθίσματα (αλλόσταση) να είναι ενδεικτική ομοιοστατικής δυσαρμονίας.²

Ο όρος πρώιμο στρες (early life stress, ΠΣ), περιγράφει ένα ευρύ φάσμα δυσάρεστων, στρεσογόνων και δυνητικά επικίνδυνων εμπειριών κατά τη διάρκεια της βρεφικής, παιδικής και εφηβικής ηλικίας (π.χ. κακοποίηση, παραμέληση, αποχωρισμός, γονική απώλεια, ακραία φτώχεια, ενδοοικογενειακή/κοινωνική/σχολική βία), περιλαμβάνοντας ακόμη και γεγονότα της προγεννητικής περιόδου.³ Ο όρος παιδικό τραύμα (childhood trauma, ΠΤ) αντιπροσωπεύει μία ειδική μορφή του ΠΣ και ορίζεται ως ένα τραυματικό γεγονός κακοποίησης (σωματικής, συναισθηματικής, σεξουαλικής) ή παραμέλησης, το οποίο ενέχει κίνδυνο τραυματισμού ή θανάτου, απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή άλλων, προκαλεί τρόμο, φόβο ή αίσθημα αβοήθητου κατά τη στιγμή που συμβαίνει και ξεπερνά την ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέλθει.⁴ Το πρώιμο στρες και το παιδικό τραύμα (ΠΣ/ΠΤ) συνιστούν μείζονα ζητήματα δημόσιας υγείας,⁵ με περίπου 2/3 του ενήλικου γενικού πληθυσμού να έχει βιώσει κάποιες μορφές ΠΣ/ΠΤ.⁶

Η συσσωρευμένη ή υπερβολική έκθεση στο στρες, ιδίως σε αναπτυξιακά στάδια υψηλής ευαλωτότητας και νευροπλαστικότητας (όπως στην περίπτωση του ΠΣ/ΠΤ) μπορεί να προκαλέσει χρόνια παθοφυσιολογική διαταραχή, με κύριο άξονα το ανθρώπινο νευροενδοκρινικό σύστημα στρες, με επακόλουθες δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία μακροπρόθεσμα.^{7,8} Πλήθος μελετών αναδεικνύουν μία σαφή αρνητική συσχέτιση μεταξύ ΠΣ/ΠΤ και ποιότητας ζωής των ενηλίκων, με την ψυχική αλλά και τη σωματική υγεία να επηρεάζονται εξίσου σημαντικά.⁹ Ένα θετικό ιστορικό έκθεσης σε ΠΣ/ΠΤ φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης και αρνητικής έκβασης ψυχικών διαταραχών (π.χ. κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού στρες, σχιζοφρένεια),¹⁰⁻¹² καθώς και συμπεριφορών υψηλού κινδύνου, όπως η

κατάχρηση ουσιών και οι απόπειρες αυτοκτονίας,^{13,14} στη μετέπειτα ενήλικη ζωή. Αντιστοίχως, ιστορικό ΠΣ/ΠΤ φαίνεται να σχετίζεται και με αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία, όπως καρδιαγγειακές, γαστρεντερικές, νευρομυοσκελετικές, αναπνευστικές, φλεγμονώδεις και μεταβολικές διαταραχές, σύνδρομο χρόνιου πόνου, μεγαλύτερο αριθμό ιατρικών επισκέψεων αλλά και διαγνώσεων.¹⁵⁻¹⁷ Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του ΠΣ/ΠΤ θα μπορούσαν, λοιπόν, να εκληφθούν ως ένας κοινός αναπτυξιακός παράγοντας κινδύνου για αυξημένη ψυχική και σωματική νοσηρότητα και θνητότητα στην ενήλικη ζωή.¹⁸⁻²¹

Βιολογική απόκριση στο στρες

Το σύστημα στρες του ανθρώπου περιλαμβάνει κεντρικά και περιφερικά τμήματα. Τα κεντρικά μέρη του συστήματος στρες εντοπίζονται στον προμετωπιαίο φλοιό, την αμυγδαλή, τον υποθάλαμο και το εγκεφαλικό στέλεχος, ενώ τα περιφερικά μέρη αποτελούνται από (α) τον υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδιακό άξονα (ΥΥΕ άξονας) με τα γλυκοκορτικοειδή (ΓΚ) ως κύρια περιφερικά μόρια σηματοδότησης και (β) τα σκέλη του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ, συμπαθητικό νευρικό σύστημα, συμπαθητικό-αδρενομελικό σύστημα και παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα) και τις κατεχολαμίνες (επινεφρίνη και νορεπινεφρίνη) ως κύρια περιφερικά μόρια σηματοδότησης.²

Η ενεργοποίηση του συστήματος του στρες από το μεταιχμιακό σύστημα, ως απάντηση σε ένα εκλαμβανόμενο από τον προμετωπιαίο φλοιό ως απειλητικό ερέθισμα, οδηγεί φυσιολογικά σε μία προσαρμοστική και χρονικά περιορισμένη μικρο-, μεσο- και μακροφυσιολογική αντισταθμιστική απόκριση, με στόχο την ανακατεύθυνση της ενέργειας ανάλογα με τις τρέχουσες ανάγκες.^{2,22} Ενδεχόμενη δυσλειτουργία του κεντρικού συστήματος στρες μπορεί να επηρεάσει εγκεφαλικές δομές, από τον προμετωπιαίο φλοιό, την αμυγδαλή και τον υποθάλαμο, μέχρι το εγκεφαλικό στέλεχος, τροποποιώντας έτσι τόσο την περιφερική δραστηριότητα του συστήματος στρες (π.χ. μοριακή σηματοδότηση των ΓΚ), όσο και τη συνολική απόκριση στο στρες.^{7,8,23} Μία χρόνια, μη προσαρμοστική, ενεργοποίηση του συστήματος στρες (όπως π.χ. σε περιπτώσεις ΠΣ/ΠΤ) έχει ως αποτέλεσμα τη χρόνια απορρύθμιση της νευροενδοκρινικής απόκρισης σε στρεσογόνα ερεθίσματα (υπερ- ή υποευαισθητοποίη-

ηση), με αποτέλεσμα υπερβολική ή και χρονίως μειωμένη ανταποκρισιμότητα του συστήματος με συνολική έκπτωση συστημικής λειτουργικότητας, και εκδήλωση παθοφυσιολογίας μακροπρόθεσμα.^{8,24-26}

Αναφορικά με την επίδραση του ΠΣ/ΠΤ στην εξέλιξη, διαφοροποίηση και λειτουργία του συστήματος στρες στον άνθρωπο, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τον συνολικό αντίκτυπο στη φυσιολογία και το συνολικό αλλοστατικό φορτίο κάθε ανθρώπου,²⁷ όπως η σφοδρότητα, διάρκεια, φύση και συχνότητα έκθεσης σε ΠΣ/ΠΤ.^{28,29} Ίσως, όμως, τη σημαντικότερη παράμετρο να αποτελεί η συγκεκριμένη χρονική τοποθέτηση της έκθεσης σε ΠΣ/ΠΤ στην αναπτυξιακή πορεία κάθε οργανισμού, που επηρεάζει τον πλαστικό προγραμματισμό του άξονα ΥΓΕ μέσω της σηματοδότησης των ΓΚ ανάλογα με την ηλικιακή φάση.^{30,31}

Ηλικία του τραυματικού στρες και νευροαναπτυξιακή ευαισθητοποίηση

Αν και η λειτουργική διαδρομή του άξονα του στρες εξελίσσεται διαρκώς, υπάρχουν συγκεκριμένες περιόδους έντονης πλαστικότητας και ευαλωτότητας.^{24,32,33} Παρόμοια με τον άξονα ΥΓΕ, η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος ακολουθούν επίσης μη γραμμικά αναπτυξιακά μοτίβα μέχρι την ηλικία των 25 ετών, με συγκεκριμένες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων.³⁴ Πλήθος ερευνητικών ευρημάτων επιβεβαιώνουν τη χρονική διαφοροποίηση των βιολογικών επιπτώσεων του ΠΣ/ΠΤ, ανάλογα με την ειδική αναπτυξιακή ηλικία έκθεσης σε αυτό.^{33,35}

Μία από τις πλέον ευάλωτες περιόδους στην ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) του ανθρώπου αποτελούν τα 2 πρώτα χρόνια της ζωής,³⁶ κατά τα οποία ο άξονας ΥΓΕ, μετά από μία αρχική περίοδο αυξημένης απόκρισης στο στρες, μεταπίπτει σε μία κατάσταση υποδραστηριότητας, με χαμηλά επίπεδα βασικής και επαγόμενης από στρες κορτιζόλης.^{32,33,36-38} Προοδευτικές μελέτες καταδεικνύουν πως η απόκριση στο στρες εξασθενεί με την πάροδο του χρόνου από την πρώιμη παιδική προς την προσχολική ηλικία,^{32,33,38} υποστηρίζοντας έτσι την υπόθεση μίας «κοινωνικής εξομάλυνσης» του ΥΓΕ άξονα, διαμεσολαβούμενης από έναν «στοργικό φροντιστή» (π.χ. γονέα), ο οποίος εκλαμβάνεται ως προστατευτικό ερέθισμα, διατηρώντας χαμηλά τα επίπεδα των ΓΚ.³⁹⁻⁴¹ Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Struber et al⁴² περιγράφονται επίσης σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ της γλυκοκορτικοειδικής σηματοδότησης και των οδών ινσουλίνης, εξηγώντας πιθανώς τον αντίκτυπο του ΠΣ/ΠΤ κατά την παιδική ηλικία. Αντίθετα, η απουσία «στοργικού φροντιστή» (π.χ. παραμέληση) και το ΠΣ/ΠΤ, επιτείνουν την ευαισθησία του άξονα του στρες και σε συνάρτηση με

τα υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης, πιθανώς οδηγούν σε απευαισθητοποίηση των υποδοχέων των ΓΚ, επιφέροντας έτσι αλλαγή στη φυσιολογική ανάπτυξη του άξονα ΥΓΕ,³² με αποτέλεσμα μειωμένη ανταποκρισιμότητα. Μελέτες των Kuhlman et al^{28,30} επιβεβαιώνουν ότι το ΠΣ/ΠΤ κατά τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής σχετίζεται με παρατεταμένη γλυκοκορτικοειδική ενεργοποίηση, ως απάντηση σε κοινωνικό στρες κατά την εφηβεία. Παρομοίως, σε μία μακροχρόνια μελέτη σε ορφανά παιδιά, οι McLaughlin et al⁴³ αναφέρουν ότι νέοι που είχαν τεθεί σε ανάδοχη οικογένεια πριν από την ηλικία των 2 ετών παρουσίασαν παρόμοιες αντιδράσεις κορτιζόλης με νέους που δεν ιδρυματοποιήθηκαν ποτέ, ενώ νέοι που είχαν βιώσει παρατεταμένη ιδρυματοποίηση εμφάνισαν αμβλυμμένες αντιδράσεις κορτιζόλης σε ψυχοκοινωνικό στρες.

Μία ακόμη ιδιαίτερα ευαίσθητη αναπτυξιακή περίοδος αποτελεί η εφηβεία, με παρατηρούμενες μείζονες αλλαγές στον άξονα του στρες, ο οποίος πλέον μεταπίπτει σε μία κατάσταση υπερδραστηριότητας,^{44,45} με αυξημένη ανταποκρισιμότητα του άξονα ΥΓΕ και αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης ηρεμίας^{38,46} και σε απάντηση σε στρες.^{38,46,47} Στην ηλικία αυτή, η γονεϊκή φροντίδα δεν φαίνεται να τροποποιεί την αντιδραστικότητα του άξονα ΥΓΕ.⁴⁰ Ωστόσο, ο βαθμός αυτονομίας και σεξουαλικής ωρίμανσης, που χαρακτηρίζουν την εφηβεία, ενδεχομένως να επηρεάζουν τη λειτουργία του νευροενδοκρινικού άξονα, σε συνάρτηση με τη διάδραση με τα νέα σεξουαλικά και περιβαλλοντικά ερεθίσματα.³⁰ Σημειώνω επίσης είναι και ο ρόλος των ορμονικών αλλαγών της εφηβικής περιόδου, με τα οιστρογόνα να καταστέλλουν την υπερδραστηριότητα του άξονα ΥΓΕ στις γυναίκες.⁴⁸ Μελέτες σε ανθρώπους που βίωσαν ΠΣ/ΠΤ κατά την εφηβεία, ανέφεραν μειωμένα επίπεδα βασικής κορτιζόλης⁴⁹ και αμβλυμμένη γλυκοκορτικοειδική απόκριση στο ψυχοκοινωνικό στρες,⁵⁰ αναδεικνύοντας την αντίθεση με την επίδραση που έχει το ΠΣ/ΠΤ στον ΥΓΕ άξονα, κατά τη βρεφική ηλικία.

Οι σχετιζόμενες με την ηλικία αλλαγές στη δραστηριότητα του άξονα ΥΓΕ επηρεάζουν και τις παθοφυσιολογικές οδούς που παίζουν έναν ρόλο στην εμφάνιση συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών. Για παράδειγμα, ενώ η έκθεση σε ΠΣ/ΠΤ κατά την παιδική ηλικία αυξάνει ισότιμα τον κίνδυνο τόσο για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (ΜΚΔ), όσο και για διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) στην ενήλικη ζωή, η έκθεση σε ΠΣ/ΠΤ κατά την εφηβεία αυξάνει περισσότερο τον κίνδυνο για ΔΜΤΣ παρά για ΜΚΔ.³¹ Εκτός αυτού, όμως, δυσλειτουργία του νευροενδοκρινικού συστήματος στρες μπορεί να συμπαρασύρει και τη λειτουργία επιπλέον σημαντικών ομοιοστατικών συστημάτων.

Ανοσιακό σύστημα και φλεγμονή

Το ανοσιακό σύστημα και η φλεγμονή αποτελούν ένα εγγενές τμήμα της απάντησης στο στρες, απαραίτητο στις λειτουργίες της επούλωσης, της προσαρμογής και της επιβίωσης.^{51,52} Ολοένα και περισσότερα ερευνητικά δεδομένα εμπλέκουν το ανοσιακό σύστημα στη διαχείριση και αντοχή στο στρες μέσω περιφερικών και κεντρικών μηχανισμών δράσης, οι οποίοι επηρεάζουν τον εγκέφαλο και κάθε σχετιζόμενη με στρες νευροενδοκρινική και νευροβιολογική απόκριση.⁵³ Το οξύ στρες ενεργοποιεί την έκκριση προφλεγμονωδών κυτταροκινών, βοηθώντας έτσι στην οργάνωση της περαιτέρω ανοσολογικής απόκρισης.⁵⁴ Οι προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες πυροδοτούν επίσης την έκκριση ΓΚ, τα οποία βοηθούν στον τερματισμό της φλεγμονώδους αντίδρασης.⁵⁵ Τα παραπάνω αποτελούν μέρος μίας εξαιρετικά πολύπλοκης νευροανοσοενδοκρινικής αλληλεπίδρασης, μεταξύ του νευροενδοκρινικού άξονα και του ανοσιακού συστήματος.^{51,52,55}

Ένα απορρυθμισμένο νευροενδοκρινικό σύστημα μπορεί να προωθήσει το βιολογικό γήρας και το οξειδωτικό στρες, ενισχύοντας τη σχετιζόμενη με φλεγμονή ή ανοσοκαταστολή νοσηρότητα.^{25,51,52,55} Αντίστοιχα, ιστορικό έκθεσης σε ΠΣ/ΠΤ έχει αναφερθεί επανειλημμένως ως ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για περιφερική ανοσολογική απορρύθμιση, που σχετίζεται μακροπρόθεσμα με έναν ανοσολογικά δυσλειτουργικό φαινότυπο στην ενήλικη ζωή⁵⁶⁻⁵⁸ και με έναν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ασθένειας ανοσολογικής αρχής.^{25,51,52} Η σχετική έρευνα έχει επικεντρωθεί κυρίως στις προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες, με προεξάρχουσα την ιντερλευκίνη-6 (IL-6), καθώς και στη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), για τον προσδιορισμό του ανοσολογικού status σε άτομα με ιστορικό ΠΣ/ΠΤ (για λεπτομερή ανασκόπηση βλ.7).

Μεταβολισμός

Το σύστημα του στρες συνδέεται άρρηκτα με τον μεταβολισμό. Τα ΓΚ, ως τα τελικά προϊόντα του άξονα ΥΓΕ, διεγείρουν την όρεξη, τροποποιούν την έκκριση ινσουλίνης και λεπτίνης και επιδρούν στους ιστούς, αυξάνοντας την όρεξη για φαγητό και το σωματικό βάρος.⁵⁹ Μία χρονίως απορρυθμισμένη νευροενδοκρινική ισορροπία μετά από έκθεση σε ΠΣ/ΠΤ μπορεί, λοιπόν, να οδηγήσει και σε διαταραχή του μεταβολισμού.⁶⁰ Για παράδειγμα, μεταξύ παχύσαρκων ατόμων η συχνότητα ιστορικού έκθεσης σε ΠΣ/ΠΤ είναι διπλάσια σε σχέση με αυτή ατόμων φυσιολογικού βάρους σώματος (69% vs. 39%).⁶¹ Παρομοίως, το ΠΣ/ΠΤ έχει συσχετισθεί επανειλημμένως, επίσης, με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μεταβολικού

συνδρόμου, παχυσαρκία και σπλαγχνική εναπόθεση λίπους, δυσλιπιδαιμία και προδιαβήτη.⁶²⁻⁶⁴

Ύπνος και κίρκαδιανό σύστημα

Το ανθρώπινο κίρκαδιανό σύστημα (ΚΣ), σε συνέργεια με τον ύπνο, προωθεί και εγγυάται τη χρονική οργάνωση και τον συντονισμό πολυάριθμων νευροενδοκρινικών διεργασιών, όπως οι ημερήσιες μεταβολές στην κεντρική και περιφερική δραστηριότητα του άξονα ΥΓΕ και του ΑΝΣ και στην επινεφριδιακή ευαισθησία στην αδρενοκορτικοτρόπο ορμόνη, διεγείροντας έτσι την κίρκαδιανή έκκριση ΓΚ αλλά και επηρεάζοντας την 24ωρη ευαισθησία των διαφόρων ιστών στα ΓΚ, μέσω της κίρκαδιανής φωσφορυλίωσης/αποφωσφορυλίωσης των υποδοχέων των ΓΚ (για λεπτομερή ανασκόπηση βλ.65). Αντίθετα, οξύ ή και χρόνιο στρες μπορεί να επηρεάσει σημαντικές δομές του κεντρικού ΚΣ στο ΚΝΣ και να οδηγήσει σε κίρκαδιανή απορρύθμιση (χρονοδιάσπαση) σε νευροενδοκρινικό και μοριακό επίπεδο και διαταραχές του ύπνου.⁶⁶ Πρόσφατες έρευνες εστιάζουν στον πιθανό αιτιολογικό ρόλο της χρονοδιάσπασης και των χρόνιων διαταραχών ύπνου στην ανάπτυξη των μακροπρόθεσμων νευροενδοκρινικών επιπτώσεων της έκθεσης σε τραυματικό στρες, μέσω της απώλειας της χρονικής οργάνωσης και της κατάρρευσης της αρμονικής λειτουργίας του άξονα ΥΓΕ, του ΑΝΣ και του ύπνου.^{66,67} Για παράδειγμα, ιστορικό ΠΣ/ΠΤ έχει συσχετισθεί στενά και επανειλημμένα με χρόνιες και ανθεκτικές στη θεραπεία διαταραχές ύπνου στην ενήλικη ζωή στον γενικό πληθυσμό.⁶⁸⁻⁷⁰ Η απορρύθμιση του κίρκαδιανού συστήματος και του ύπνου που ακολουθεί την εμπειρία ενός ΠΣ/ΠΤ, μπορεί, λοιπόν, να επιτείνει τη χρόνια ευαλωτότητα σε σχετιζόμενες με στρες διαταραχές.^{65,66,71}

Γενετικοί και επιγενετικοί μηχανισμοί

Τα τελευταία χρόνια, το ερευνητικό ενδιαφέρον στην ψυχιατρική έχει επικεντρωθεί στον κεντρικό ρόλο της αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικής προδιάθεσης με περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς και στις επιγενετικές αλλαγές που τροποποιούν δυναμικά την πολυεπίπεδη ρύθμιση της γονιδιακής έκφρασης.⁷² Συγκεκριμένοι γενετικοί πολυμορφισμοί που ελέγχουν τη λειτουργία του νευροενδοκρινικού άξονα στρες μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την αντιδραστικότητα σε ΠΣ/ΠΤ, ενώ σχετικές επιγενετικές αλλαγές στο μεταγράφημα μετά από έκθεση σε ΠΣ/ΠΤ μπορούν να διαδραματίσουν κεντρικό ρόλο στην ψυχοβιολογική προσαρμοστικότητα και τις μακροχρόνιες λειτουργικές επιπτώσεις διαταραχών σχετιζόμενων με τραυματικό στρες.^{37,73}

Δύο από τις πιο πρωτοποριακές μελέτες που διερεύνησαν την αλληλεπίδραση μεταξύ ΠΣ/ΠΤ και γονιδιακών

πολυμορφισμών, διενεργήθηκαν από τους Caspi et al. Στην πρώτη μελέτη, η αλληλεπίδραση έκθεσης σε ΠΣ/ΠΤ με γονότυπο μονοαμινοξειδάσης-A (ΜΑΟΑ), σχετιζόμενο με χαμηλά επίπεδα έκφρασης ΜΑΟΑ, συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή.⁷⁴ Στη δεύτερη προοπτική μελέτη μιας αντιπροσωπευτικής κοόρτης γεννήσεων, οι λειτουργικοί πολυμορφισμοί στην περιοχή προαγωγού του γονιδίου του μεταφορέα της σεροτονίνης (5-HTTLPR) βρέθηκε να επηρεάζουν την επίδραση του ΠΣ/ΠΤ στην εκδήλωση κατάθλιψης σε ενήλικους, με την παρουσία του βραχέος αλληλίου να σχετίζεται με πιο βαριά καταθλιπτικά συμπτώματα και με αυτοκτονικότητα.⁷⁵ Τα ανωτέρω δεδομένα επιβεβαιώθηκαν αργότερα από τους Karg et al⁷⁶ υποστηρίζοντας πως ο πολυμορφισμός 5-HTTLPR πιθανώς να επηρεάζει τη συναισθηματική απόκριση στο ΠΣ/ΠΤ,⁷⁷ αν και μία πρόσφατη μετα-ανάλυση προκρίνει κλινικά ηπιότερες επιπτώσεις της αλληλεπίδρασης του βραχέος 5-HTTLPR αλληλίου με την έκθεση σε στρεσογόνες εμπειρίες και μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις.⁷⁸ Μέχρι σήμερα, τα δεδομένα εμπλέκουν κυρίως ακόμη δύο γονίδια: το γονίδιο του στοιχείου απόκρισης στα ΓΚ (glucocorticoid response element, GRE) και τον υποδοχέα 1 της κορτικοεκλυτίνης (CRHR1) του γονιδίου FKBP5.^{79,80}

Η έκθεση σε ΠΣ/ΠΤ μπορεί να οδηγήσει και σε επιγενετικές αλλαγές στην έκφραση σημαντικών γονιδίων για τη λειτουργία του συστήματος στρες (π.χ. BDNF, KITLG),^{81,82} ειδικότερα στο ΚΝΣ (π.χ. ιππόκαμπος, αμυγδαλή), και να επηρεάσει έτσι την νευροενδοκρινική απαντητικότητα και τη διαδικασία εδραίωσης τραυματικών εμπειριών στη μνήμη.^{83,84} Περαιτέρω έρευνες ολικού γονιδιώματος έδειξαν χαρακτηριστικά σημαντικές αλλαγές και στη μεθυλίωση μεγάλου αριθμού γονιδίων στην περιφέρεια (π.χ. λευκοκύτταρα) σε πληθυσμούς με ιστορικό έκθεσης σε ΠΣ/ΠΤ,^{85,86} ενώ μάλιστα οι αλλαγές αυτές ήταν πιο έκδηλες σε πληθυσμούς με πιο πρώιμη έκθεση σε στρες (π.χ. πρώιμη παιδική ηλικία).

Απεικονιστικά ευρήματα

Το ΠΣ/ΠΤ έχει συσχετιστεί με αξιωσημείωτες δομικές και λειτουργικές αλλαγές του εγκεφάλου, ακόμη και δεκαετίες αργότερα,^{87,88} επηρεάζοντας τη γνωστική, συμπεριφορική, συναισθηματική και βιολογική απαντητικότητα, καθώς και τη μνήμη.^{27,89} Οι περισσότερες ογκομετρικές απεικονιστικές έρευνες περιγράφουν έναν μειωμένο όγκο της αμυγδαλής και του ιππόκαμπου, όπως και συχνά του κορχομετωπιαίου φλοιού και του εμπρόσθιου φλοιού του προσαγωγίου, σε ενήλικους με ιστορικό έκθεσης σε ΠΣ/ΠΤ.^{87,88,90,91} Ειδικά ο ιππόκαμπος αποτελεί σημαίνουσα εγκεφαλική δομή εξαιτίας του ρόλου του στις μνημονικές και γνωστικές λειτουρ-

γίες και της υψηλής του πυκνότητας σε υποδοχείς ΓΚ και αντίστοιχα η αμυγδαλή, εξαιτίας της κεντρικής της θέσης στην ενεργοποίηση του συστήματος στρες. Η επίδραση, βέβαια του ΠΣ/ΠΤ στις δομές αυτές εξαρτάται από τη συγκεκριμένη ηλικία κατά την έκθεση, καθώς η λειτουργική ευαλωτότητα των δομών αυτών στο στρες διαφέρει ηλικιακά.⁸⁸ Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα λειτουργικά ευρήματα που υποδεικνύουν μία χρόνια υπεραντιδραστικότητα της αμυγδαλής στην ενήλικη ζωή μετά από έκθεση σε ΠΣ/ΠΤ,^{87,90} όπως επίσης και την επίδραση του ΠΣ/ΠΤ στη συνδεσιμότητα των σχετικών εγκεφαλικών δομών μεταξύ τους, με μειωμένη συνδεσιμότητα μεταξύ περιοχών του προμετωπιαίου φλοιού και της αμυγδαλής και αυξημένη συνδεσιμότητα μεταξύ αμυγδαλής και υπομέλανα τόπου.⁸⁸

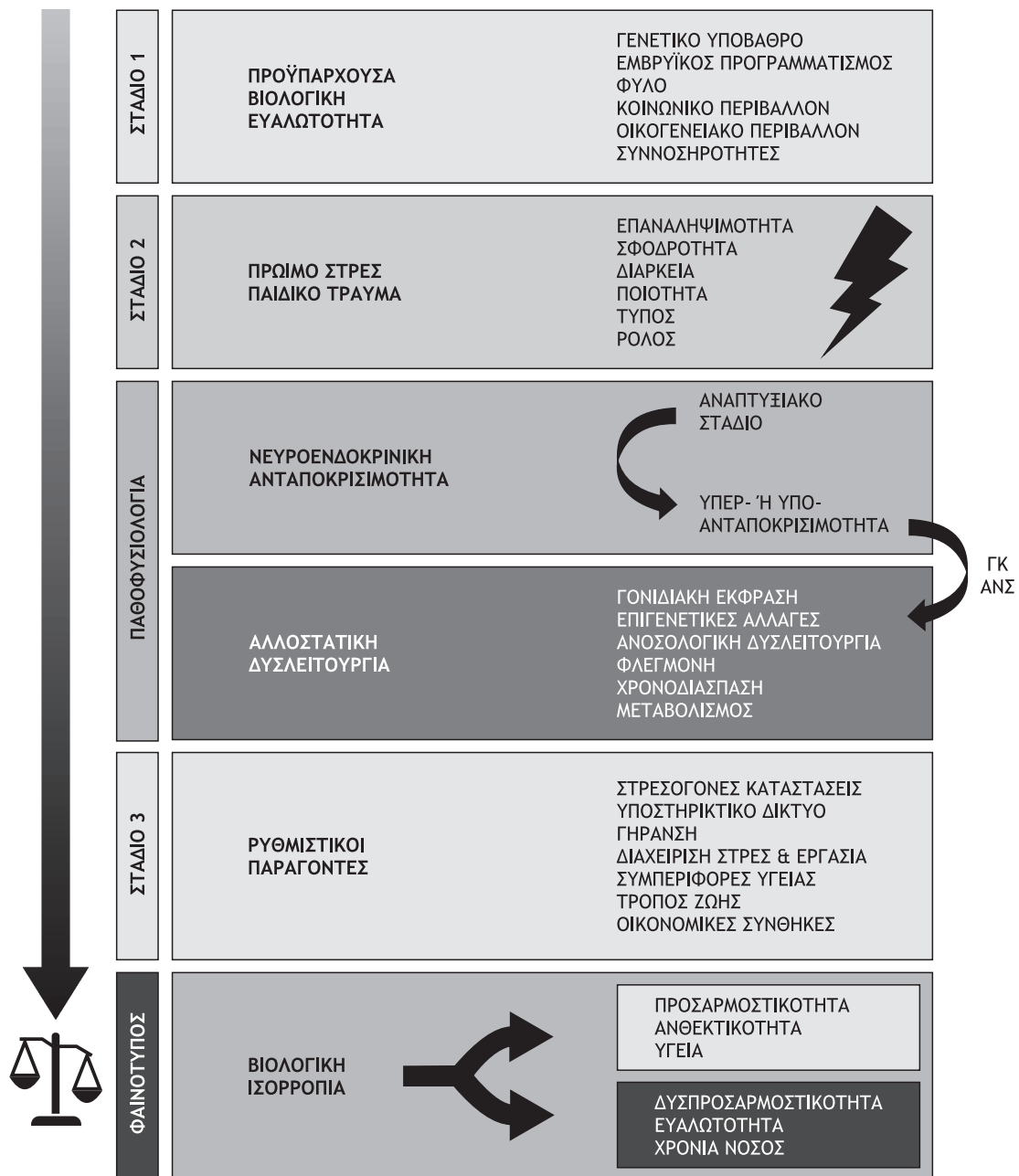
Εξελικτικά ερμηνευτικά μοντέλα

Η υπόθεση της αναπτυξιακής προέλευσης των νόσων (developmental origin hypothesis) στην εξελικτική βιολογία, υποδηλώνει ότι η απαρχή της εκάστοτε ενήλικης παθολογίας εντοπίζεται σε διαταραχές της φυσιολογικής αναπτυξιακής διαδικασίας από την αρχή της ζωής, που κυμαίνονται από άμεσες αιτιώδεις συσχετίσεις, έως πολύπλοκες, αλληλοεπιδρώσες περιβαλλοντικές επιπτώσεις.⁹²⁻⁹⁴ Κατά τις τελευταίες δεκαετίες η πολυπλοκότητα της συσχέτισης μεταξύ ΠΣ/ΠΤ και νοσηρότητας στην ενήλικη ζωή έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη διαφόρων επεξηγηματικών θεωρητικών μοντέλων.

Σύμφωνα με το αθροιστικό μοντέλο στρες (diathesis-stress model),⁹⁵ όταν η συσσώρευση στρεσογόνων παραγόντων κατά τη διάρκεια της ζωής υπερβαίνει έναν ορισμένο ουδό, ο κίνδυνος ανάπτυξης νόσου ενισχύεται σε άτομα με σημαντική έκθεση σε στρες. Το μοντέλο αυτό εξελίχθηκε περαιτέρω από τον Bruce McEwen,²⁵ ο οποίος εισήγαγε την υπόθεση του χρόνιου αλλοστατικού φορτίου στην εξέλιξη νοσηρότητας. Οι Gluckman et al⁹² υποστηρίζουν, από την άλλη, έναν κεντρικό ρόλο του ΠΣ/ΠΤ, ως παράγοντα αναπτυξιακών (επιγενετικών) αλλαγών στις προσαρμοστικές απαντήσεις του οργανισμού, οι οποίες όμως οδηγούν σε ασυμφωνία μεταξύ του φαινοτυπικού προσαρμοστικού αποτελέσματος και της ικανότητας αντιμετώπισης των τρεχόντων στρεσογόνων συνθηκών, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης νοσηρότητας (match/mismatch hypothesis). Σε αντίθεση με το αθροιστικό μοντέλο στρες, η υπόθεση αυτή της αναντιστοιχίας υποστηρίζει ότι το ΠΣ/ΠΤ μπορεί να έχει ακόμη και ευνοϊκά αποτελέσματα αποτελώντας πιθανή πηγή προσαρμοστικότητας και ενδεχομένως ενεργού αντιμετώπισης στρεσογόνων παραγόντων, ενισχύοντας έτσι και την ανθεκτικότητα στο στρες («εμβολιασμός» κατά του στρες). Ομοίως, το μοντέλο «for-better-and-for-worse», που προτάθηκε από τους Belsky και Beaver,⁹⁶ υποθέτει ότι

η γενετική ευαισθησία θα πρέπει να ερμηνεύεται με βάση το εκάστοτε πλαίσιο και ότι, ανάλογα με το περιβάλλον, θα μπορούσε να είναι ευεργετική ή όχι. Οι Nederhof et al πρότειναν ένα πιο απαρτιωτικό μοντέλο, βασιζόμενο στη θεωρία της αλληλεπίδρασης της γενετικής ευαισθησίας με την προγραμματιστική επίδραση της έκθεσης σε ΠΣ/ΠΤ σε ατομικό επίπεδο.^{97,98} Πρόσφατα, οι Daskalakis et al³⁷ επέκτειναν το παραπάνω μοντέλο, προτείνοντας ένα μοντέλο 3 σταδίων (three-hit model), κατά το οποίο η αλληλεπίδραση του ατομικού βιολογικού υπόβαθρου ευαισθησίας (π.χ. γενετικού προφίλ) (1) με την έκθεση σε ΠΣ/

ΠΤ (2) οδηγεί σε έναν πρώιμο αναπτυξιακό προγραμματισμό και την ανάπτυξη ενός φαινοτύπου με διαφοροποιημένη ευαισθησία και λειτουργία του άξονα του στρες, ο οποίος με τη σειρά του αλληλεπιδρά με μελλοντικές στρεσογόνες καταστάσεις ή αντισταθμιστικούς παράγοντες (3), καθορίζοντας τον βαθμό ευαισθησίας ή ανθεκτικότητας, ανάλογα με τον τύπο των προβλημάτων. Το μοντέλο αυτό αναδεικνύει την εξαιρετική πλαστικότητα του ΚΝΣ και υποστηρίζει την άποψη του Seymour Levine⁹⁹ πως αναπτυξιακά «τίποτα δεν είναι γραμμένο ανεξίτηλα σε πέτρα» (εικόνα 1).



Εικόνα 1. Σχηματικό μοντέλο επίδρασης του πρώιμου στρες στις αναπτυξιακές νευροβιολογικές οδούς που ορίζουν την υγεία στην ενήλικη ζωή.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αλλά και μία νέα αισιόδοξη προσέγγιση στη θεώρηση του αντίκτυπου του ΠΣ/ΠΤ στην ενήλικη ζωή, υποστηρίζεται από το εξελικτικό μοντέλο των «κρυμμένων ταλέντων» των Ellis et al.¹⁰⁰ Σύμφωνα με αυτό, αν και οι αντιξοότητες της πρώιμης ζωής μπορούν να υπονομεύσουν την υγιή ανάπτυξη, τα παιδιά που μεγαλώνουν σε σκληρά περιβάλλοντα δύνανται να αναπτύξουν ικανοποιητικές, ή ακόμα και προηγμένες, δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων σε ιδιαίτερα στρεσογόνα πλαίσια («κρυμμένα ταλέντα»), που αναπαριστούν μία μορφή προσαρμοστικής ευφυΐας και εγγυώνται την αποτελεσματική λειτουργικότητα σε δύσκολες και απρόβλεπτες συνθήκες ζωής.

Συμπεράσματα

Ο εντοπισμός παραγόντων που σχετίζονται με τον κίνδυνο δυσπροσαρμοστικής εξέλιξης μετά από έκθεση σε ΠΣ/ΠΤ είναι θέμα κεντρικής σημασίας ερευνητικά, αλλά και κλινικά.¹⁰¹ Η καλύτερη κατανόηση της λειτουργικής και χρονικής ευαλωτότητας των εμπλεκόμενων νευροενδοκρινικών συστημάτων θα μπορούσε να προσφέρει νέες γνώσεις σχετικά με τις παθοφυσιολογικές οδούς που συνδέουν το τοξικό στρες κατά τα αναπτυξιακά στάδια,

κυρίως της πρώιμης παιδικής ηλικίας και της εφηβείας με ψυχοπαθολογία και σωματική συννοσηρότητα στην ενήλικη ζωή.^{7,19} Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να διερευνήσουν περισσότερους συνεπιδρώντες παράγοντες, αλλά κυρίως τη χρονική τους αλληλουχία και τις συνδυασμένες επιδράσεις τους σε επιδημιολογικό, βιολογικό και επιγενετικό επίπεδο, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη το δυνητικά καθυστερημένο χρονικό πλαίσιο για την έκφραση των αποτελεσμάτων τους, αλλά και την προοπτική ανάπτυξης ιδιαίτερων δεξιοτήτων στην ενήλικη ζωή, ως αποτέλεσμα της προσαρμοστικής αντίδρασης στο πρώιμο στρες. Τέλος, υπάρχει μία ύψιστη ανάγκη για βελτίωση των μεθόδων εντοπισμού, διάγνωσης και (συν) εκτίμησης της έκθεσης σε ΠΣ/ΠΤ κατά την παιδική, αλλά και την ενήλικη ζωή. Πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό έκθεσης σε ΠΣ/ΠΤ, τον αριθμό και το είδος των δυσάρεστων εμπειριών, θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην ακριβέστερη πρόβλεψη ανάπτυξης νόσου, απόκρισης στη θεραπεία, καθώς και στον σχεδιασμό στρατηγικών πρόληψης των αρνητικών επιδράσεων του τραύματος.¹⁰² Ο εντοπισμός και η θεραπεία των «κρυμμένων πληγών» που προκαλούνται από το ΠΣ/ΠΤ, θα πρέπει, επομένως, να αποτελέσει προτεραιότητα στις παρεμβάσεις δημόσιας υγείας.

Βιβλιογραφία

- Buchman TG. The community of the self. *Nature* 2002, 420:246–251, doi: 10.1038/nature01260
- Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol* 2009, 5:374–381, doi: 10.1038/nrendo.2009.106
- Reynolds RM, Labad J, Buss C, Ghaemmaghami P, Raikkonen K. Transmitting biological effects of stress in utero: Implications for mother and offspring. *Psychoneuroendocrinology* 2013, 38:1843–1849, doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.05.018
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013, doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- 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
- Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS. Prevalence of Adverse Childhood Experiences From the 2011–2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatr* 2018, 172:1038–1044, doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.2537
- Agorastos A, Pervanidou P, Chrousos GP, Baker DG. Developmental Trajectories of Early Life Stress and Trauma: A Narrative Review on Neurobiological Aspects Beyond Stress System Dysregulation. *Front Psychiatry* 2019, 10:118, doi: 10.3389/fpsy.2019.00118
- Agorastos A, Pervanidou P, Chrousos GP, Kolaitis G. Early life stress and trauma: developmental neuroendocrine aspects of prolonged stress system dysregulation. *Hormones (Athens)* 2018, 17:507–520, doi: 10.1007/s42000-018-0065-x
- Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017, 2:e356–e366, doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4
- Scott KM, Von Korff M, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G et al. Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2011, 68:838–844, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.77
- Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012, 169:141–151, doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11020335
- Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 2003, 160:1453–1460, doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1453
- Fuller-Thomson E, Filippelli J, Lue-Crisostomo CA. Gender-specific association between childhood adversities and smoking in adulthood: findings from a population-based study. *Public Health* 2013, doi: 10.1016/j.puhe.2013.01.006
- Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegari VC, Freitas LC, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res* 2017, 256:353–358, doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.082
- Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2007, 31:517–530, doi: 10.1016/j.chiabu.2007.01.003
- Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders:

- a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009, 302:550–561, doi: 10.1001/jama.2009.1091
17. Wegman HL, Stetler C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosom Med* 2009, 71:805–812, doi: 10.1097/PSY.0b013e3181bb2b46
 18. Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB, Charney DS. Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biol Psychiatry* 2000, 48:778–790, doi: 10.1016/s0006-3223(00)00998-7
 19. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009, 301:2252–2259, doi: 10.1001/jama.2009.754
 20. Jia H, Lubetkin EI. Impact of adverse childhood experiences on quality-adjusted life expectancy in the U.S. population. *Child Abuse Negl* 2020, 102:104418, doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104418
 21. Taylor SE. Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *Proc Natl Acad Sci USA* 2010, 107:8507–8512, doi: 10.1073/pnas.1003890107
 22. Ulrich-Lai YM, Herman JP. Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses. *Nat Rev Neurosci* 2009, 10:397–409, doi: 10.1038/nrn2647
 23. Pervanidou P, Makris G, Chrousos G, Agorastos A. Early Life Stress and Pediatric Posttraumatic Stress Disorder. *Brain Sci* 2020, 10, doi: 10.3390/brainsci10030169
 24. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci* 2009, 10:434–445, doi: 10.1038/Nrn2639
 25. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med* 1998, 338:171–179, doi: 10.1056/NEJM199801153380307
 26. Raison CL, Miller AH. When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. *Am J Psychiatry* 2003, 160:1554–1565, doi: 10.1176/appi.ajp.160.9.1554
 27. Nemeroff CB. Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron* 2016, 89:892–909, doi: 10.1016/j.neuron.2016.01.019
 28. Kuhlman KR, Geiss EG, Vargas I, Lopez-Duran NL. Differential associations between childhood trauma subtypes and adolescent HPA-axis functioning. *Psychoneuroendocrinology* 2015, 54:103–114, doi: 10.1016/j.psyneuen.2015.01.020
 29. Agorastos A, Pittman JO, Angkaw AC, Nievergelt CM, Hansen CJ, Aversa LH et al. The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort. *J Psychiatr Res* 2014, 58:46–54, doi: 10.1016/j.jpsy-chires.2014.07.014
 30. Kuhlman KR, Vargas I, Geiss EG, Lopez-Duran NL. Age of Trauma Onset and HPA Axis Dysregulation Among Trauma-Exposed Youth. *J Trauma Stress* 2015, 28:572–579, doi: 10.1002/jts.22054
 31. Maercker A, Michael T, Fehm L, Becker ES, Margraf J. Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *Br J Psychiatry* 2004, 184:482–487, doi: 10.1192/bjp.184.6.482
 32. Kuhlman KR, Chiang JJ, Horn S, Bower JE. Developmental psychoneuroendocrine and psychoneuroimmune pathways from childhood adversity to disease. *Neurosci Biobehav Rev* 2017, 80:166–184, doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.05.020
 33. Gunnar M, Quevedo K. The neurobiology of stress and development. *Annu Rev Psychol* 2007, 58:145–173, doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085605
 34. Uematsu A, Matsui M, Tanaka C, Takahashi T, Noguchi K, Suzuki M et al. Developmental trajectories of amygdala and hippocampus from infancy to early adulthood in healthy individuals. *PLoS One* 2012, 7:e46970, doi: 10.1371/journal.pone.0046970
 35. Tallot L, Doyere V, Sullivan RM. Developmental emergence of fear/threat learning: neurobiology, associations and timing. *Genes Brain Behav* 2016, 15:144–154, doi: 10.1111/gbb.12261
 36. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci* 2009, 10:434–445, doi: 10.1038/nrn2639
 37. Daskalakis NP, Bagot RC, Parker KJ, Vinkers CH, de Kloet ER. The three-hit concept of vulnerability and resilience: toward understanding adaptation to early-life adversity outcome. *Psychoneuroendocrinology* 2013, 38:1858–1873, doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.06.008
 38. Gunnar MR, Wewerka S, Frenn K, Long JD, Griggs C. Developmental changes in hypothalamus-pituitary-adrenal activity over the transition to adolescence: normative changes and associations with puberty. *Dev Psychopathol* 2009, 21:69–85, doi: 10.1017/S0954579409000054
 39. Hostinar CE, Sullivan RM, Gunnar MR. Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: a review of animal models and human studies across development. *Psychol Bull* 2014, 140:256–282, doi: 10.1037/a0032671
 40. Hostinar CE, Johnson AE, Gunnar MR. Early social deprivation and the social buffering of cortisol stress responses in late childhood: An experimental study. *Dev Psychol* 2015, 51:1597–1608, doi: 10.1037/dev0000029
 41. Gunnar MR, Donzella B. Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology* 2002, 27:199–220, doi: 10.1016/s0306-4530(01)00045-2
 42. Struber N, Struber D, Roth G. Impact of early adversity on glucocorticoid regulation and later mental disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 2014, 38:17–37, doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.10.015
 43. McLaughlin KA, Sheridan MA, Tibu F, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA 3rd. Causal effects of the early caregiving environment on development of stress response systems in children. *Proc Natl Acad Sci USA* 2015, 112:5637–5642, doi: 10.1073/pnas.1423363112
 44. Fuhrmann D, Knoll LJ, Blakemore SJ. Adolescence as a sensitive period of brain development. *Trends Cogn Sci* 2015, 19:558–566, doi: 10.1016/j.tics.2015.07.008
 45. Somerville LH, Jones RM, Casey BJ. A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain Cogn* 2010, 72:124–133, doi: 10.1016/j.bandc.2009.07.003
 46. Stroud LR, Foster E, Papandonatos GD, Handwerker K, Granger DA, Kivlighan KT, et al. Stress response and the adolescent transition: performance versus peer rejection stressors. *Dev Psychopathol* 2009, 21:47–68, doi: 10.1017/S0954579409000042
 47. van den Bos E, de Rooij M, Miers AC, Bokhorst CL, Westenberg PM. Adolescents' increasing stress response to social evaluation: pubertal effects on cortisol and alpha-amylase during public speaking. *Child Dev* 2014, 85:220–236, doi: 10.1111/cdev.12118
 48. Solomon MB, Herman JP. Sex differences in psychopathology: of gonads, adrenals and mental illness. *Physiol Behav* 2009, 97:250–258, doi: 10.1016/j.physbeh.2009.02.033
 49. Vaillancourt T, Duku E, Decatanzaro D, Macmillan H, Muir C, Schmidt LA. Variation in hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity among

- bullied and non-bullied children. *Aggress Behav* 2008, 34:294–305, doi: 10.1002/ab.20240
50. Trickett PK, Gordis E, Peckins MK, Susman EJ. Stress reactivity in maltreated and comparison male and female young adolescents. *Child Maltreat* 2014, 19:27–37, doi: 10.1177/1077559513520466
51. Chrousos GP. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immune-mediated inflammation. *N Engl J Med* 1995, 332:1351–1362, doi: 10.1056/NEJM199505183322008
52. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nat Rev Immunol* 2005, 5:243–251, doi: 10.1038/nri1571
53. Menard C, Pfau ML, Hodes GE, Russo SJ. Immune and Neuroendocrine Mechanisms of Stress Vulnerability and Resilience. *Neuropsychopharmacology* 2017, 42:62–80, doi: 10.1038/npp.2016.90
54. Steptoe A, Hamer M, Chida Y. The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: a review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* 2007, 21:901–912, doi: 10.1016/j.bbi.2007.03.011
55. Cain DW, Cidlowski JA. Immune regulation by glucocorticoids. *Nat Rev Immunol* 2017, 17:233–247, doi: 10.1038/nri.2017.1
56. Rooks C, Veledar E, Goldberg J, Bremner JD, Vaccarino V. Early trauma and inflammation: role of familial factors in a study of twins. *Psychosom Med* 2012, 74:146–152, doi: 10.1097/PSY.0b013e318240a7d8
57. Danese A, Moffitt TE, Pariante CM, Ambler A, Poulton R, Caspi A. Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. *Arch Gen Psychiatry* 2008, 65:409–415, doi: 10.1001/archpsyc.65.4.409
58. Danese A, S JL. Psychoneuroimmunology of Early-Life Stress: The Hidden Wounds of Childhood Trauma? *Neuropsychopharmacology* 2017, 42:99–114, doi: 10.1038/npp.2016.198
59. Figlewicz DP. Adiposity signals and food reward: expanding the CNS roles of insulin and leptin. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2003, 284:R882–892, doi: 10.1152/ajpregu.00602.2002
60. Pervanidou P, Chrousos GP. Metabolic consequences of stress during childhood and adolescence. *Metabolism* 2012, 61:611–619, doi: 10.1016/j.metabol.2011.10.005
61. Mutlu H, Bilgic V, Erten S, Aras S, Tayfur M. Evaluation of the Relationship between Childhood Traumas and Adulthood Obesity Development. *Ecol Food Nutr* 2016, 55:390–401, doi: 10.1080/03670244.2016.1198791
62. Li L, Chassan RA, Bruer EH, Gower BA, Shelton RC. Childhood maltreatment increases the risk for visceral obesity. *Obesity (Silver Spring)* 2015, 23:1625–1632, doi: 10.1002/oby.21143
63. van Reedt Dortland AK, Giltay EJ, van Veen T, Zitman FG, Penninx BW. Personality traits and childhood trauma as correlates of metabolic risk factors: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2012, 36:85–91, doi: 10.1016/j.pnpbp.2011.10.001
64. Li L, Garvey WT, Gower BA. Childhood Maltreatment Is an Independent Risk Factor for Prediabetic Disturbances in Glucose Regulation. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2017, 8:151, doi: 10.3389/fendo.2017.00151
65. Agorastos A, Nicolaidis NC, Bozidakis VP, Chrousos GP, Pervanidou P. Multilevel Interactions of Stress and Circadian System: Implications for Traumatic Stress. *Front Psychiatry* 2019, 10:1003, doi: 10.3389/fpsy.2019.01003
66. Agorastos A, Olf M. Traumatic stress and the circadian system: Neurobiology, timing and treatment of posttraumatic chronodisruption. *Eur J Psychotraumatol* 2020, 11:1833644, doi: 10.1080/20008198.2020.1833644
67. Agorastos A, Kellner M, Baker DG, Otte C. When time stands still. An integrative review on the role of chronodisruption in PTSD. *Curr Opin Psychiatry* 2014, 27:385–392, doi: 10.1097/YCO.000000000000079
68. Greenfield EA, Lee C, Friedman EL, Springer KW. Childhood abuse as a risk factor for sleep problems in adulthood: evidence from a U.S. national study. *Ann Behav Med* 2011, 42:245–256, doi: 10.1007/s12160-011-9285-x
69. Baiden P, Fallon B, den Dunnen W, Boateng GO. The enduring effects of early-childhood adversities and troubled sleep among Canadian adults: a population-based study. *Sleep Med* 2015, 16:760–767, doi: 10.1016/j.sleep.2015.02.527
70. Koskenvuo K, Hublin C, Partinen M, Paunio T, Koskenvuo M. Childhood adversities and quality of sleep in adulthood: A population-based study of 26,000 Finns. *Sleep Med* 2010, 11:17–22, doi: 10.1016/j.sleep.2009.03.010
71. Meerlo P, Sgoifo A, Suchecki D. Restricted and disrupted sleep: effects on autonomic function, neuroendocrine stress systems and stress responsivity. *Sleep Med Rev* 2008, 12:197–210, doi: 10.1016/j.smrv.2007.07.007
72. Jaenisch R, Bird A. Epigenetic regulation of gene expression: how the genome integrates intrinsic and environmental signals. *Nat Genet* 2003, 33 Suppl:245–254, doi: 10.1038/ng1089
73. Klengel T, Pape J, Binder EB, Mehta D. The role of DNA methylation in stress-related psychiatric disorders. *Neuropharmacology* 2014, doi: 10.1016/j.neuropharm.2014.01.013
74. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002, 297:851–854, doi: 10.1126/science.1072290
75. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington HL, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003, 301:386–389, doi: 10.1126/science.1083968
76. Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Arch Gen Psychiatry* 2011, 68:444–454, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.189
77. Stein MB, Schork NJ, Gelernter J. Gene-by-environment (serotonin transporter and childhood maltreatment) interaction for anxiety sensitivity, an intermediate phenotype for anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology* 2008, 33:312–319, doi: 10.1038/sj.npp.1301422
78. Culverhouse RC, Saccone NL, Horton AC, Ma Y, Anstey KJ, Banaschewski T, et al. Collaborative meta-analysis finds no evidence of a strong interaction between stress and 5-HTTLPR genotype contributing to the development of depression. *Mol Psychiatry* 2018, 23:133–142, doi: 10.1038/mp.2017.44
79. Gillespie CF, Phifer J, Bradley B, Ressler KJ. Risk and resilience: genetic and environmental influences on development of the stress response. *Depress Anxiety* 2009, 26:984–992, doi: 10.1002/da.20605
80. Hauger RL, Olivares-Reyes JA, Dautzenberg FM, Lohr JB, Braun S, Oakley RH. Molecular and cell signaling targets for PTSD pathophysiology and pharmacotherapy. *Neuropharmacology* 2012, 62:705–714, doi: 10.1016/j.neuropharm.2011.11.007
81. Roth TL, Lubin FD, Funk AJ, Sweatt JD. Lasting epigenetic influence of early-life adversity on the BDNF gene. *Biol Psychiatry* 2009, 65:760–769, doi: 10.1016/j.biopsych.2008.11.028
82. Houtepen LC, Vinkers CH, Carrillo-Roa T, Hiemstra M, van Lier PA, Meeus W, et al. Genome-wide DNA methylation levels and altered cortisol stress reactivity following childhood trauma in humans. *Nat Commun* 2016, 7:10967, doi: 10.1038/ncomms10967

83. Reul JMHM. Making memories of stressful events: a journey along epigenetic, gene transcription, and signaling pathways. *Front Psychiatry* 2014, 5:5, doi: 10.3389/fpsy.2014.00005
84. McGowan PO. Epigenomic Mechanisms of Early Adversity and HPA Dysfunction: Considerations for PTSD Research. *Front Psychiatry* 2013, 4:110, doi: 10.3389/fpsy.2013.00110
85. Bick J, Naumova O, Hunter S, Barbot B, Lee M, Luthar SS, et al. Childhood adversity and DNA methylation of genes involved in the hypothalamus-pituitary-adrenal axis and immune system: whole-genome and candidate-gene associations. *Dev Psychopathol* 2012, 24:1417–1425, doi: 10.1017/S0954579412000806
86. Mehta D, Klengel T, Conneely KN, Smith AK, Altmann A, Pace TW, et al. Childhood maltreatment is associated with distinct genomic and epigenetic profiles in posttraumatic stress disorder. *Proc Natl Acad Sci USA* 2013, 110:8302–8307, doi: 10.1073/pnas.1217750110
87. Dannlowski U, Stuhrmann A, Beutelmann V, Zwanzger P, Lenzen T, Grotegerd D et al. Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry* 2012, 71:286–293, doi: 10.1016/j.biopsych.2011.10.021
88. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci* 2016, 17:652–666, doi: 10.1038/nrn.2016.111
89. Chen Y, Baram TZ. Toward Understanding How Early-Life Stress Reprograms Cognitive and Emotional Brain Networks. *Neuropsychopharmacology* 2016, 41:197–206, doi: 10.1038/npp.2015.181
90. Paquola C, Bennett MR, Lagopoulos J. Understanding heterogeneity in grey matter research of adults with childhood maltreatment-A meta-analysis and review. *Neurosci Biobehav Rev* 2016, 69:299–312, doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.08.011
91. Lim L, Radua J, Rubia K. Gray matter abnormalities in childhood maltreatment: a voxel-wise meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2014, 171:854–863, doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13101427
92. Gluckman PD, Hanson MA, Pinal C. The developmental origins of adult disease. *Matern Child Nutr* 2005, 1:130–141, doi: 10.1111/j.1740-8709.2005.00020.x.
93. Gluckman PD, Hanson MA, Spencer HG. Predictive adaptive responses and human evolution. *Trends Ecol Evol* 2005, 20:527–533, doi: 10.1016/j.tree.2005.08.001
94. Gluckman PD, Hanson MA, Spencer HG, Bateson P. Environmental influences during development and their later consequences for health and disease: implications for the interpretation of empirical studies. *Proc Biol Sci* 2005, 272:671–677, doi: 10.1098/rspb.2004.3001
95. Monroe SM, Simons AD. Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychol Bull* 1991, 110:406–425, doi: 10.1037/0033-2909.110.3.406
96. Belsky J, Beaver KM. Cumulative-genetic plasticity, parenting and adolescent self-regulation. *J Child Psychol Psychiatry* 2011, 52:619–626, doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02327.x
97. Nederhof E. The mismatch hypothesis of psychiatric disease. *Physiol Behav* 2012, doi: 10.1016/j.physbeh.2012.02.014
98. Nederhof E, Schmidt MV. Mismatch or cumulative stress: Toward an integrated hypothesis of programming effects. *Physiol Behav* 2011, doi: 10.1016/j.physbeh.2011.12.008
99. Levine S. Developmental determinants of sensitivity and resistance to stress. *Psychoneuroendocrinology* 2005, 30:939–946, doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.03.013
100. Ellis BJ, Abrams LS, Masten AS, et al. Hidden talents in harsh environments. *Dev Psychopathol* 2020:1–19, doi: 10.1017/S0954579420000887
101. Cuijpers P, Smit F, Unger F, Stikkelbroek Y, Have MT, de Graaf R et al. The disease burden of childhood adversities in adults: a population-based study. *Child Abuse Negl* 2011, 35:937–945, doi: 10.1016/j.chiabu.2011.06.005
102. Wiersma JE, Hovens JG, van Oppen P, Giltay EJ, van Schaik DJF, Beekman ATF et al. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *J Clin Psychiatry* 2009, 70:983–989, doi: 10.4088/jcp.08m04521

Review

Neurobiology of early life traumatic stress and trauma: Prolonged neuroendocrine dysregulation as a neurodevelopmental risk factor

Theano Gkesoglou,¹ Panagiota Pervanidou,² Vasilios P. Bozikas,³ Agorastos Agorastos³⁻⁵

¹Second Department of Psychiatry, Psychiatric Hospital of Thessaloniki, Thessaloniki, Thessaloniki,

²First Department of Paediatrics, Division of Endocrinology, Metabolism and Diabetes, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, "Aghia Sophia" Children's Hospital, Athens,

³Second Department of Psychiatry, Division of Neurosciences, School of Medicine, Faculty of Health Sciences, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

⁴VA Center of Excellence for Stress and Mental Health (CESAMH), VA San Diego Healthcare System, La Jolla, San Diego, CA, USA

⁵Institute of Agri-Food and Life Sciences Agro-Health, Hellenic Mediterranean University, Heraklion, Crete, Greece

ARTICLE HISTORY: Received 15 February 2021/Revised 17 March 2021/Published Online 21 February 2022

ABSTRACT

Early life stressors display a high universal prevalence and constitute a major public health problem with two thirds of youth being exposed to potentially traumatic experiences by the age of 17. Traumatic stress exposure during critical periods of development may have essential and long-lasting effects on the physical and mental health of individuals and represents a developmental risk factor mediating risk for disease. Early-life stress (ELS) and childhood trauma (CT) can both have an impact on sensitive neuronal brain networks involved in stress reactions, and could exert a programming effect on glucocorticoid signaling leading to chronic hyper- or hypo-activation of the stress system. In addition, alterations in emotional and autonomic reactivity, circadian rhythm disruption, functional and structural changes in the brain, as well as immune and metabolic dysregulation have been lately identified as important risk factors for a chronically impaired homeostatic balance after ELS/CT. Furthermore, human genetic background and epigenetic modifications through stress-related gene expression could interact with these alterations and explain inter-individual variation in vulnerability or resilience to stress. This narrative review presents relevant evidence from mainly human research on the most acknowledged neurobiological allostatic pathways exerting enduring adverse effects of ELS/CT even decades later. Future studies should prospectively investigate potential confounders, their temporal sequence and combined effects at the biological level, while considering the potentially delayed time-frame for the expression of their effects. Finally, screening strategies for ELS/CT and trauma need to be improved. Information about ELS/CT history and the number of adverse experiences could help to better identify the individual risk for disease development, predict individual treatment response and design prevention strategies to reduce the negative effects of ELS/CT.

KEYWORDS: Early life stress, childhood trauma, hypothalamus-pituitary-adrenal-axis (HPA axis), glucocorticoids, autonomic nervous system.

Ανασκόπηση

Καταθλιπτική συμπτωματολογία και αντλία ινσουλίνης σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1: Μια συστηματική ανασκόπηση

Εμμανουήλ Σ. Μπενιουδάκης,^{1,2} Ελένη Καρλάφτη,² Αργυρούλα Καλαϊτζάκη,³ Τριαντάφυλλος Διδάγγελος²

¹Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Χανιά,

²Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,

³Εργαστήριο Διεπιστημονικής Προσέγγισης για τη Βελτίωση της Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Ηράκλειο, Κρήτη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 19 Απριλίου 2021/Αναθεωρήθηκε 27 Μαΐου 2021/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 21 Φεβρουαρίου 2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1) είναι μία χρόνια, πολυπαραγοντικής αιτιολογίας μεταβολική νόσος, που απαιτεί συνεχή ιατρική φροντίδα. Η εκδήλωσή της είναι αποτέλεσμα μιας μη αναστρέψιμης καταστροφής των β-κύτταρων του παγκρέατος, οδηγώντας αναπόφευκτα τα άτομα με ΣΔ1 σε μια χρόνια εξωγενή εξάρτηση από την ινσουλίνη. Ο επιπολασμός της καταθλιπτικής διάθεσης ανάμεσα στα άτομα με ΣΔ1 είναι συχνός και επηρεάζει τόσο την εξέλιξη, όσο και τη διαχείριση της νόσου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα άτομα με ΣΔ1 που εφαρμόζουν και σε εκείνα που δεν εφαρμόζουν τη μέθοδο θεραπείας με αντλία ινσουλίνης και η ανάδειξη διαφορών σε σχέση με το φύλο και την ηλικία. Η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων: Pubmed, Science-Direct και Scopus. Κριτήρια ένταξης των μελετών ήταν, αυτές να είχαν πραγματοποιηθεί σε άτομα με ΣΔ1, να μελετούν την καταθλιπτική συμπτωματολογία, το πλήθος των συμμετεχόντων στις έρευνες να είναι μεγαλύτερο των 70 ατόμων και να είναι στην αγγλική γλώσσα. Από το σύνολο των 464 άρθρων που αρχικά εντοπίστηκαν, 11 άρθρα πληρούσαν τις προϋποθέσεις για ένταξη στη συστηματική ανασκόπηση. Τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης, με εξαίρεση τα παιδιά με ΣΔ1, έδειξαν ότι τα άτομα που εφαρμόζουν τη μέθοδο θεραπείας με αντλία ινσουλίνης παρουσίασαν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης, αλλά και ένταξης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σε σχέση με τους χρήστες πολλαπλών ημερήσιων ενέσεων. Επίσης, παρουσιάστηκε αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία στις γυναίκες με ΣΔ1, ανεξάρτητα από τη μέθοδο θεραπείας. Παράγοντες που διαμεσολαβούν σε αυτή την διαφορά της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι το αίσθημα ελευθερίας και ευελιξίας στον τρόπο ζωής, οι λιγότεροι διαιτητικοί περιορισμοί, το αίσθημα διαρκούς «δέσμευσης» και κοινωνικό στίγμα. Τέλος, οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας θα πρέπει να αξιολογούν συχνά την καταθλιπτική διάθεση των ατόμων με ΣΔ1, καθώς αυτή έχει άμεσο αντίκτυπο στην εξέλιξη και τη διαχείριση της νόσου.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, αντλία ινσουλίνης, πολλαπλές ημερήσιες ενέσεις, καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Εισαγωγή

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1) είναι μία από τις πιο συχνές χρόνιες παθήσεις, που επηρεάζουν τα παιδιά και τους έφηβους.¹ Ο ΣΔ1 αποτελεί ένα μεταβολικό νόσημα στο οποίο εμπλέκονται τόσο γενετικοί, όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες.² Η εκδήλωση της νόσου είναι αποτέλεσμα μιας μη αναστρέψιμης καταστροφής των β-κυττάρων του παγκρέατος, οδηγώντας αναπόφευκτα τα άτομα με ΣΔ1 σε μια χρόνια εξωγενή εξάρτηση από την ινσουλίνη,³ έχοντας παράλληλα την ανάγκη λήψης συνεχούς ιατρικής φροντίδας.⁴ Ο διαρκής γλυκαιμικός έλεγχος είναι ένας από τους βασικούς στόχους, στο πλαίσιο της διαχείρισης του ΣΔ1, με σκοπό όχι μόνο την αποτροπή από μελλοντικές μακροαγγειακές και μικροαγγειακές επιπλοκές της νόσου, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε κάποια αναπηρία, αλλά και επειδή η λανθασμένη διαχείριση, δύναται να αποβεί μοιραία.⁵

Άτομα που νοσούν από χρόνιες ασθένειες, στα οποία συγκαταλέγονται και τα άτομα με ΣΔ1, έχουν σύνθετες συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες και διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, τόσο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όσο και άγχους.⁶ Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συνηθισμένη ψυχιατρική διάγνωση, με το ποσοστό της να κυμαίνεται έως και 20%⁷ στους εφήβους με ΣΔ1 και έως 33% στον γενικό πληθυσμό των ατόμων με ΣΔ1.⁸ Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή διαγιγνώσκεται σε ποσοστό 6% στα άτομα με ΣΔ1, με το ποσοστό αυτό να διαφοροποιείται μεταξύ των ερευνών,⁹ έχοντας όμως σαν κοινή συνιστώσα, την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα άτομα με ΣΔ1, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.¹⁰ Η εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα με ΣΔ1 είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που προκύπτει από αλληλεπιδράσεις μεταξύ βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων.¹¹ Όσον αφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, η εκδήλωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα με ΣΔ1 μπορεί να εξηγηθεί μέσα από την δυνητικά επιβαρυνόμενη εμπειρία ζωής με τον ΣΔ1, συμπεριλαμβανομένης της διαρκούς θεραπείας με ινσουλίνη, την αναπόφευκτη προσαρμογή των καθημερινών δραστηριοτήτων στον γλυκαιμικό έλεγχο, τους βραχυπρόθεσμους και τους μακροπρόθεσμους κινδύνους της νόσου, καθώς και το κοινωνικό στίγμα που βιώνουν τα άτομα με ΣΔ1.¹²

Τα ποσοστά χρήσης της μεθόδου θεραπείας με αντλία ινσουλίνης παρουσιάζουν μια αυξητική τάση, τόσο ανάμεσα σε παιδιά, εφήβους και ενήλικους,^{13,14} όσο και σε ηλικιωμένους με ΣΔ1.¹⁵ Η αύξηση που καταγράφεται, ενισχύεται σε σημαντικό βαθμό από την

ανάπτυξη της τεχνολογίας.^{16,13} Τροχοπέδη, σε πολλές περιπτώσεις, στην ευρύτερη χρήση αυτής της τεχνολογίας, αποτελούν τα συστήματα ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης.¹⁷ Εμπόδια στην ευρύτερη χρήση της αντλίας ινσουλίνης ως μεθόδου θεραπείας εντοπίζονται, είτε μέσω της αυξημένης γραφειοκρατίας που απαιτείται είτε μέσω εξειδικευμένων προϋποθέσεων για τη χρήση της.¹⁸

Η αντλία ινσουλίνης αποτελείται από την κύρια συσκευή με τη δεξαμενή ινσουλίνης, τον μηχανισμό άντλησης και ένα σύστημα έγχυσης ινσουλίνης που συμπεριλαμβάνει και τις μπαταρίες. Το σύστημα έγχυσης της ινσουλίνης βρίσκεται στο εξωτερικό μέρος της αντλίας ινσουλίνης και αποτελείται από ένα δίκτυο σωληνώσεων που παροχετεύει με ινσουλίνη τον τοποθετημένο στο σώμα καθετήρα. Η παραπάνω περιγραφή αφορά στον τρόπο λειτουργίας της πλειοψηφίας των αντλιών ινσουλίνης, αν και μικρές παραλλαγές εντοπίζονται ανάμεσα στα διαφορετικά μοντέλα.¹⁹

Η χρήση αντλίας ινσουλίνης συνιστάται στα άτομα με ΣΔ1 με σκοπό την επίτευξη και τη διατήρηση του γλυκαιμικού στόχου,²⁰ καθώς η αποτελεσματικότητά της στη βελτίωση των γλυκαιμικών δεικτών, έχει αποδειχτεί μέσα από την πλειοψηφία των σχετικών μελετών.²¹ Η χρήση της αντλίας ινσουλίνης έχει παρουσιάσει καλύτερα αποτελέσματα, συγκριτικά με τη μέθοδο των πολλαπλών ημερήσιων ενέσεων, σε αρκετούς τομείς, όπως είναι οι ιατρικοί-βιολογικοί δείκτες (π.χ. HbA_{1c}, Time In Range),^{22,23} η ποιότητα ζωής, η μεγαλύτερη ευελιξία στην καθημερινότητα των χρηστών της αντλίας ινσουλίνης και τα μειωμένα επεισόδια διαβητικής κετοξέωσης και νοσηλείων σε νοσοκομεία.^{24,25} Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Κλινικών Ενδοκρινολόγων (American Association of Clinical Endocrinologists), τα άτομα με ΣΔ1 και ιστορικό σοβαρής ψυχικής διαταραχής, όπως ψύχωση, κατάθλιψη και έντονο άγχος, δεν είναι ιδανικοί υποψήφιοι για τη χρήση αντλίας ινσουλίνης.²⁶

Σκοπός της συστηματικής ανασκόπησης είναι η παρουσίαση των επιπέδων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα άτομα με ΣΔ1 που χρησιμοποιούν ως μέθοδο θεραπείας την αντλία ινσουλίνης, σε αντιδιαστολή με τα άτομα με ΣΔ1 που εφαρμόζουν το σύστημα πολλαπλών ημερήσιων ενέσεων. Επιπλέον στόχος είναι η ανάδειξη διαφορών σε σχέση με το φύλο και την ηλικία.

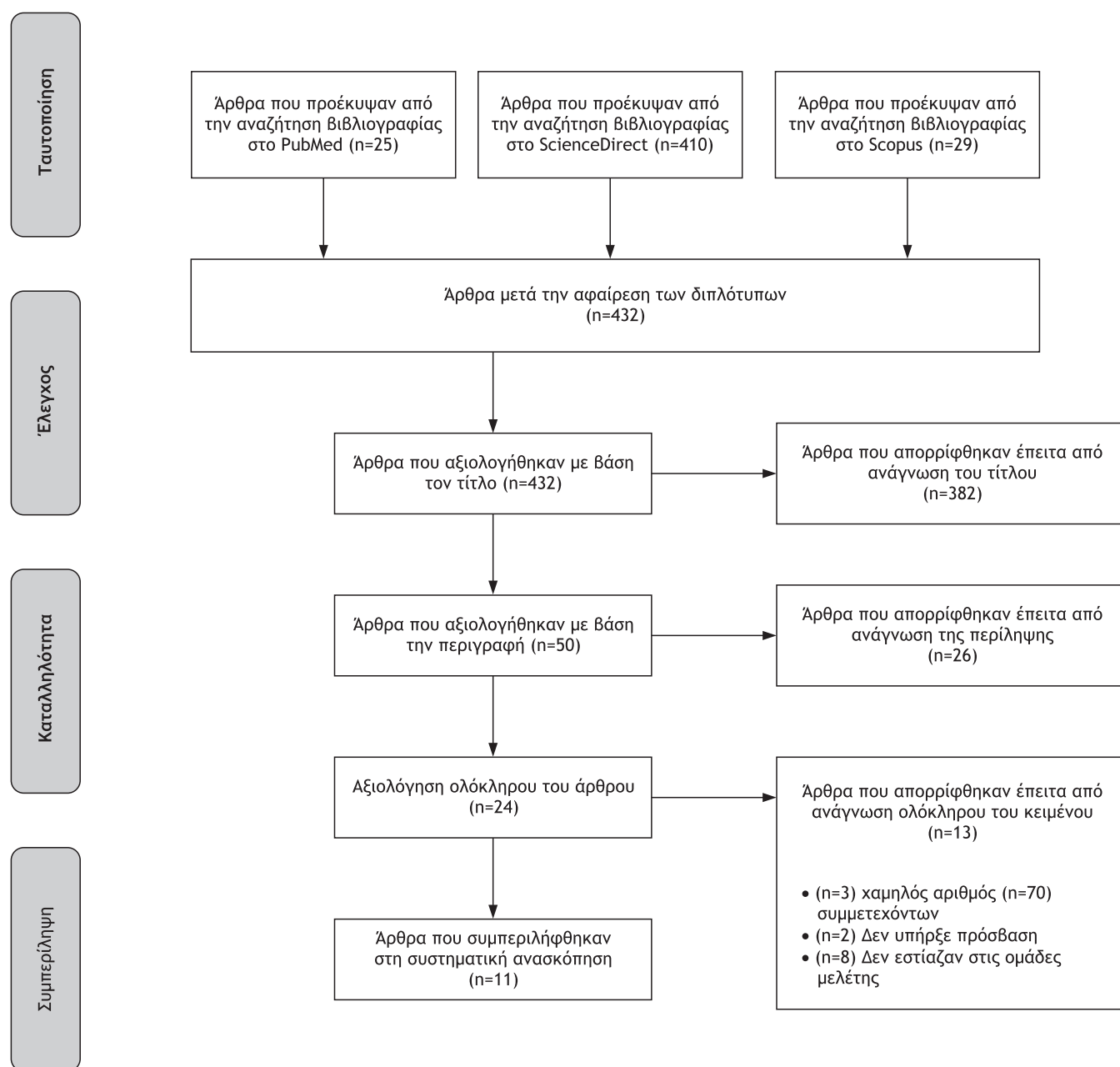
Υλικό και Μέθοδος

Βάσεις αναζήτησης των άρθρων σχετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στα άτομα με ΣΔ1 αποτέλεσαν οι: Pubmed, ScienceDirect και Scopus. Η

αναζήτηση των βιβλιογραφικών πηγών πραγματοποιήθηκε τον Φεβρουάριο του 2021, χωρίς να τεθεί χρονικός περιορισμός ως προς το έτος δημοσίευσης των μελετών. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: «Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1» (type 1 diabetes mellitus), και «αντλία ινσουλίνης» (continues subcutaneous insulin inceptation) και κατάθλιψη (depression). Τα κριτήρια επιλογής των μελετών ήταν να έχουν πραγματοποιηθεί σε άτομα με ΣΔ1, να μελετούν την καταθλιπτική συμπτωματολογία, να έχουν συμμετάσχει τουλάχιστον 70 άτομα, ώστε να είχαν οι έρευνες τουλάχιστον μέτριο μέγεθος επίδρασης (medium effect size) και να έχουν δημοσιευτεί στα Αγγλικά.

Αποτελέσματα

Τα βήματα επιλογής των άρθρων της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης παρουσιάζονται αναλυτικά στο διάγραμμα ροής (εικόνα 1). Από την αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων, εντοπίστηκαν 464 άρθρα. Σε 2 από τα άρθρα που εντοπίστηκαν δεν υπήρξε πρόσβαση από τους συγγραφείς για περαιτέρω μελέτη. Μετά την αφαίρεση των διπλότυπων και της εφαρμογής των κριτηρίων ένταξης, 11 άρθρα συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση. Από τα 11 άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση, τα οκτώ ήταν συγχρονικές μελέτες και τα τρία ήταν αναδρομικές μελέτες (βλ πίνακα 1).



Εικόνα 1. Διάγραμμα ροής βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

Πίνακας 1. Έρευνες καταθλιπτικής συμπτωματολογία σε άτομων με ΣΔ1 με ή χωρίς αντλία ινσουλίνης.

Μελέτη	Συγγραφείς	Ομάδες συγκρίσεων	Διγματολογία/ Μεθοδολογία	Αποτελέσματα αναφορικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία
[27]	Munkácsi et al 2018	CSII vs MDI	Σύνολο συμμετεχόντων (n= 130) - Αναλογία CSII vs MDI (1:1.2) / Ηλικία: 14.13±2.47 έτη. Αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κλίμακα Children's Depression Inventory (CDI).	Στατιστικώς χαμηλότερη βαθμολογία ($p<0.05$) στην κλίμακα αξιολόγησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα χρήστες της CSII θεραπείας (7.42±1.4) σε αντιδιαστολή με τους χρήστες της MDI θεραπείας (10.5±1.9).
[28]	Wong et al 2015	CSII vs MDI	Σύνολο συμμετεχόντων (n=150) - Αναλογία CSII vs MDI (1.6:1) / Ηλικία: 15.5±1.4 έτη. Αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κλίμακα Children's Depression Inventory (CDI).	Δεν εντοπίστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ($p=ns$) ανάμεσα στους χρήστες της CSII θεραπείας (8.0±7.5) σε αντιδιαστολή με τους χρήστες της MDI θεραπείας (7.9±6.4) στην καταθλιπτική συμπτωματολογία.
[29]	Boland et al 1999	CSII vs MDI	Σύνολο συμμετεχόντων (n=77) Αναλογία CSII vs MDI (1:2)/ Ηλικία: 14.0 ±2.1 έτη. Αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κλίμακα Children's Depression Inventory (CDI).	Δεν εντοπίστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ($p=ns$) ανάμεσα στους χρήστες της CSII θεραπείας (2.0±1.1) και στους χρήστες της MDI θεραπείας (2.01±1.4) στην καταθλιπτική συμπτωματολογία.
[30]	Prinz et al 2016	CSII vs MDI	Σύνολο συμμετεχόντων (n=48.700) - Αναλογία CSII vs MDI (1:1.7) / Ηλικία: 15.6 (11.9-17.7) έτη . Αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από κλινικό ιατρό, (ανασκόπηση ιατρικού φακέλου).	Μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στους χρήστες της CSII θεραπείας σε αντιδιαστολή με τους χρήστες της MDI θεραπείας.
[32]	Maiorino et al 2017	CSII vs MDI	Σύνολο συμμετεχόντων (n=151) - Αναλογία CSII vs MDI (1:2.1) / Ηλικία: 18 με 35 έτη. Αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κλίμακα Zung self-rating depression scale (SDS).	Στατιστικώς μεγαλύτερη βαθμολογία ($p<0.03$) στην κλίμακα αξιολόγησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στους χρήστες της CSII θεραπείας (39.2±10.3) σε αντιδιαστολή με τους χρήστες της MDI θεραπείας (35.5±7.5).
[33]	Maiorino et al 2017	CSII vs MDI	Σύνολο συμμετεχόντων (n= 145) - Αναλογία CSII vs MDI (1:1.2) / Ηλικία: 18 με 35 έτη. Αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κλίμακα Zung self-rating depression scale (SDS).	Δεν εντοπίστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ($p=ns$) με την κλίμακα αξιολόγησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στις χρήστριες της CSII θεραπείας (43.8±8.1) σε αντιδιαστολή με τις χρήστριες της MDI θεραπείας (44.3±6.4).
[34]	Engel et al 2011	CSII vs MDI	Σύνολο συμμετεχόντων (n =383) / Αναλογία CSII vs MDI (1:5.2) / Ηλικία ≥18 ετών . Αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).	Δεν εντοπίστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ($p=ns$) ανάμεσα στους χρήστες της CSII θεραπείας (4.13±2.88) σε αντιδιαστολή με τους χρήστες της MDI θεραπείας (4.16±3.25) στην καταθλιπτική συμπτωματολογία.
[35]	Hislop et al 2007	CSII vs MDI	Σύνολο συμμετεχόντων (n=92) Αναλογία CSII vs MDI (1:4.1)/ Ηλικία: 21.6 ±2.8 έτη. Αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με Centre for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)	Στατιστικώς υψηλότερη βαθμολογία ($p=0.001$) της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στα άτομα ανάμεσα στους χρήστες της CSII θεραπείας (21.3±13.5) σε αντιδιαστολή με τους χρήστες της MDI θεραπείας (11.9±9.1).
[36]	Rotella et al 2013	CSII vs MDI	Σύνολο συμμετεχόντων (n= 100) - Αναλογία CSII vs MDI (1:1.2) / Ηλικία: 39.9±11.1 έτη. Αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το ερωτηματολόγιο Symptom Checklist 90-revised (SCL-90-R).	Στατιστικώς υψηλότερη βαθμολογία ($p<0.01$) της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στα άτομα ανάμεσα στους χρήστες της CSII θεραπείας (median=2.4) σε αντιδιαστολή με τους χρήστες της MDI θεραπείας (median=2.0).

Πίνακας 1. Συνέχεια.

Μελέτη	Συγγραφείς	Ομάδες συγκρίσεων	Δειγματοληψία/ Μεθοδολογία	Αποτελέσματα αναφορικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία
[37]	Grant et al 2013	CSII vs MDI	Σύνολο συμμετεχόντων (n=575) - Αναλογία CSII vs MDI (1.5:1) / Ηλικία: 18.2 με 71.5 έτη. Αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από κλινικό ιατρό, (ανασκόπηση ιατρικού φακέλου).	Στατιστικά μεγαλύτερο ποσοστό (p<0.05) εμφάνισης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στα άτομα που έκαναν χρήση της CSII θεραπείας (16.4%), συγκριτικά με χρήστες MDI θεραπείας (13.4%).
[15]	Grammes et al 2020	CSII vs MDI	Σύνολο συμμετεχόντων (n=9.547) - Αναλογία CSII vs MDI (1:6.7) / Ηλικία: ≥ 60 έτη. Αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV από κλινικό ιατρό, (ανασκόπηση ιατρικού φακέλου).	Στατιστικά μεγαλύτερο ποσοστό (p<0.001) συχνότητας εμφάνισης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους χρήστες της CSII θεραπείας (11±1.4) σε αντιδιαστολή με τους χρήστες της MDI θεραπείας (6.4±0.7).

CSII: Continuous Subcutaneous Insulin Infusion, MDI: Multiple Daily Injections

Καταθλιπτική συμπτωματολογία στην παιδική και εφηβική ηλικία με, ή χωρίς τη χρήση αντλίας ινσουλίνης

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία σε παιδιά και εφήβους μελετήθηκε μέσα από τις τρεις συγχρονικές μελέτες των Munkácsi et al²⁷ Wong et al²⁸ και Boland et al,²⁹ καθώς και μέσα από την ανασκόπηση φακέλων που πραγματοποίησαν οι Prinz et al³⁰ Για την ανίχνευση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στα παιδιά και τους εφήβους, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Children's Depression Inventory (CDI). Η κλίμακα αξιολόγησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας του CDI αποτελείται από 27 ερωτήσεις τύπου Likert, με τη συνολική βαθμολογία της καταθλιπτικής διάθεσης να κυμαίνεται από 0 έως 54 βαθμούς. Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αξιολόγησης, φανερώνει πιο έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Μέσα από τις παραπάνω έρευνες παρουσιάζονται ασαφή αποτελέσματα σε αυτό το ηλικιακό φάσμα. Τα αποτελέσματα της συγχρονικής έρευνας των Munkácsi et al²⁷ ανέδειξαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στους εφήβους που χρησιμοποιούσαν την αντλία ινσουλίνης σαν μέθοδο θεραπείας. Αντίθετα, οι Prinz et al³⁰ διαπίστωσαν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στους έφηβους χρήστες αντλίας ινσουλίνης. Τέλος, οι Wong et al²⁸ και οι Boland et al,²⁹ δεν εντόπισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο διαφορετικές μεθόδους θεραπείας. Σε αυτό το σημείο πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων στην έρευνα των Munkácsi et al²⁷ ήταν κατά τι μικρότερος από τις άλλες δύο έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο ίδιο ηλικιακό φάσμα. Αυτό το γεγονός ενδεχομένως συντέλεσε καταλυτικά στο αποτέλεσμα, καθώς η χρήση της αντλίας ινσουλίνης έχει αποδειχθεί ότι παρέχει στον χρήστη ένα μεγαλύτερο αίσθημα ελευθερίας, μια ευελιξία στον τρόπο ζωής, αλλά και λιγότερους διαιτητικούς περιορισμούς,³¹ γεγονός που ενδεχομένως αποτυπώθηκε σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ενήλικα και ηλικιωμένα άτομα με ΣΔ1

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία στα άτομα με ΣΔ1 που εφαρμόζουν την αντλία ινσουλίνης ως μέθοδο θεραπείας ή τις πολλαπλές ημερήσιες ενέσεις, προβάλλεται μέσα από τις ακόλουθες επτά έρευνες. Σε αυτές συγκαταλέγονται, πέντε συγχρονικές μελέτες³²⁻³⁶ και δύο έρευνες ανασκόπησης ιατρικών φακέλων από μων με ΣΔ1.^{37,15} Για τη διερεύνηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα δια-

φορετικά ερωτηματολόγια. Οι Maiorino et al^{32,33} χρησιμοποίησαν την κλίμακα Zung self-rating depression scale (SDS). Η κλίμακα SDS αποτελείται από 20 ερωτήσεις τύπου Likert, με τη συνολική βαθμολογία να κυμαίνεται από 20 έως 80 βαθμούς. Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αξιολόγησης, φανερώνει πιο έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η έρευνα των Engel et al³⁴ χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Το ερωτηματολόγιο HADS αποτελείται από συνολικά 14 ερωτήσεις τύπου Likert, με τη συνολική βαθμολογία της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας να κυμαίνεται από 0 έως 21 βαθμούς. Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αξιολόγησης φανερώνει πιο έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι Hislop et al³⁵ αξιολόγησαν την καταθλιπτική συμπτωματολογία με το ερωτηματολόγιο Centre for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D). Το CES-D αποτελείται από 20 ερωτήσεις τύπου Likert, με τη συνολική βαθμολογία της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας να κυμαίνεται από 0 έως 60 βαθμούς. Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αξιολόγησης φανερώνει πιο έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία.³⁵ Τέλος, οι Rotella et al³⁶ για την αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο Symptom Checklist 90-revised (SCL-90-R). Το ερωτηματολόγιο (SCL-90-R) αποτελείται από 90 ερωτήσεις τύπου Likert οι οποίες αξιολογούν εννέα βασικές ψυχοπαθολογικές διαστάσεις, καθώς και τρεις διαστάσεις της συνολικής ψυχοπαθολογίας. Η κατάθλιψη είναι μια επιμέρους κλίμακα του SCL-90-R που αποτελείται από 13 ερωτήσεις. Υψηλότερη βαθμολογία φανερώνει πιο έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία.³⁸

Τα αποτελέσματα αναφορικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία σε αυτή την ηλικιακή ομάδα των ενηλίκων και των ηλικιωμένων ατόμων με ΣΔ1 που χρησιμοποιούν αντλία ινσουλίνης ή τις πολλαπλές ημερήσιες ενέσεις σαν μέθοδο θεραπείας συγκλίνουν σε μεγάλο βαθμό. Τόσο οι συγχρονικές μελέτες των Maiorino et al,³² Hislop et al³⁵ και των Rotella et al,³⁶ όσο και οι ανασκοπήσεις ιατρικών φακέλων, που πραγματοποιήθηκαν από τους Grand et al³⁷ και από τους Grammes et al,¹⁵ προβάλλουν μια αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία, τόσο σε ένταση συμπτωμάτων, όσο και σε επιπολασμό, ανάμεσα στους χρήστες αντλίας ινσουλίνης, σε σύγκριση με τους χρήστες πολλαπλών ημερησίων ενέσεων. Εξαιρέση στον παραπάνω κανόνα αποτελούν δύο έρευνες^{33,34} στις οποίες δεν αναδείχθηκε κάποια στατιστική διαφορά ανάμεσα στις δύο μεθόδους θεραπείας. Η αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία που παρατηρείται στους χρήστες

αντλίας ινσουλίνης, ενδεχομένως να προκύπτει μέσα από το αναπόφευκτο αίσθημα δέσμευσης με τη συσκευή το οποίο αισθάνονται οι χρήστες της.¹³ Επιπλέον, η διαρκής «σύνδεση» του χρήστη με την αντλία ινσουλίνης, προκαλεί αναπόφευκτα μια συνεχή υπενθύμιση της νόσου, γεγονός που οξύνει περαιτέρω στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τέλος, η χρήση της αντλίας είναι σε πολλές περιπτώσεις εμφανής από τον κοινωνικό περίγυρο του ατόμου, διεγείροντας το κοινωνικό στίγμα και προκαλώντας στους χρήστες μια αίσθηση διαφορετικότητας που μπορεί να τους κάνει να αισθάνονται λιγότερο ελκυστικοί στους άλλους.³⁹

Διαφορές φύλου στην καταθλιπτική συμπτωματολογία

Οι διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες με ΣΔ1 που χρησιμοποιούν ως μέθοδο θεραπείας την αντλία ινσουλίνης ή πολλαπλές ημερήσιες ενέσεις, προβάλλονται μέσα από τις δύο μελέτες των Maiorino et al. Αναλυτικότερα, φάνηκε ότι οι γυναίκες, σε σύγκριση με τους άνδρες με ΣΔ1, παρουσίασαν υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η προαναφερόμενη αύξηση παρατηρήθηκε, τόσο ανάμεσα στις γυναίκες με ΣΔ1, που χρησιμοποιούσαν πολλαπλές ημερήσιες ενέσεις, όσο και σε αυτές που χρησιμοποιούσαν αντλία ινσουλίνης.^{32,33,40} Από τα παραπάνω, τεκμηριώνεται και το ήδη γνωστό, βιβλιογραφικά, χάσμα στη διάγνωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στα δύο φύλα "steep gender gap".^{41,42} Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες με ΣΔ1 καλούνται να διαχειριστούν την πρώιμη έναρξη της εφηβείας και τις αυξημένες ορμονικές διακυμάνσεις, γεγονότα που σχετίζονται με την αυξημένη καταθλιπτική διάθεση των γυναικών γενικά. Παράλληλα, στις γυναίκες με ΣΔ1 προστίθεται και το ψυχολογικό βάρος (στρες) της νόσου.⁴² Επιπλέον, έχει επισημανθεί ότι οι γυναίκες με ΣΔ1 οι οποίες εφαρμόζουν τη μέθοδο θεραπείας με αντλία ινσουλίνης, είναι πιθανό να αισθάνονται μεγαλύτερη δυσφορία σε σχέση με τους άνδρες κατά τη χρήση μιας συσκευής, η οποία έχει θεωρηθεί ως περιορισμός στην έκθεση του σώματός τους, ενισχύοντας σε αυτές τις περιπτώσεις την καταθλιπτική συμπτωματολογία.³⁶ Σε αυτό το σημείο πρέπει να προβληθεί το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να εκφράζουν τα συναισθήματά τους σε σχέση με τους άνδρες, γεγονός που αποτυπώνεται μέσα από τις σχετικές έρευνες και ίσως εξηγεί σε έναν βαθμό τα υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα στο γυναικείο φύλο.^{42,43}

Συζήτηση

Η αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε άτομα με ΣΔ1 μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά τους σε σχέση με την αυτοδιαχείριση και τον γλυκαιμικό έλεγχο. Ο γλυκαιμικός έλεγχος μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά, καταγράφοντας αύξηση της τιμής HbA1c,^{44,45,46} προκαλώντας με αυτόν τον τρόπο μακροπρόθεσμα την ανάπτυξη μικρο- και μακροαγγειακών επιπλοκών στο άτομο με ΣΔ1.⁴⁵ Ακολουθώντας, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η κατάθλιψη, σε άτομα με ΣΔ1, σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής και με αυξημένες συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία, οι οποίες συνοδεύονται από αυξημένα ποσοστά νοσηλείων σε νοσοκομεία, αναπηρίας, ή ακόμα και θνησιμότητας.^{47,48} Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητη η αναφορά στις συσχετίσεις που παρουσιάζονται μέσα από το άρθρο των Nefs et al,⁴⁹ οι οποίοι αναδεικνύουν ότι από το σύνολο του φάσματος των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αυξημένη βαρύτητα για την εμφάνιση των παραπάνω επιπλοκών, μέσω της κακής γλυκαιμικής ρύθμισης σε άτομα με ΣΔ, δίδεται στην ανηδονία και όχι τόσο στη δυσφορία και το άγχος. Ένας πιθανός μηχανισμός για τη σύνδεση μεταξύ κατάθλιψης και ελλειπών γλυκαιμικού ελέγχου, είναι ότι τα άτομα με ΣΔ1 που έχουν αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία, οδηγούνται σε μειωμένη εμπλοκή αναφορικά με τα καθημερινά καθήκοντα που έχουν να διεκπεραιώσουν στο πλαίσιο της νόσου του ΣΔ1.¹⁹ Σε αυτά τα καθήκοντα περιλαμβάνεται η συχνή παρακολούθηση της γλυκόζης στο αίμα, η παροχή επιπλέον ποσότητας ινσουλίνης (bolus) για την τυχόν διόρθωση του σακχάρου τους και ο υπολογισμός με ακρίβεια των επιπέδων της γλυκόζης του αίματος, σε συνδυασμό με τη αναμενόμενη πρόσληψη υδατανθράκων, κατά τον προσδιορισμό των κατάλληλων δόσεων ινσουλίνης που απαιτείται να λάβει το άτομο.¹⁹

Συνεπώς, μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση προβάλλεται μια μειωμένη καταθλιπτική διάθεση στα παιδιά τα οποία εφαρμόζουν ως μέθοδο θεραπείας την αντλία ινσουλίνης, γεγονός που ενδεχομένως οφείλεται στο μεγαλύτερο αίσθημα ελευθερίας και ευελιξίας στον τρόπο ζωής, αλλά και στους λιγότερους διαιτητικούς περιορισμούς που περιβάλουν τη χρήση της αντλίας ινσουλίνης.³¹ Αναφορικά με τα αποτελέσματα στους εφήβους και στα ενήλικα άτομα με ΣΔ1, τα οποία κάνουν χρήση της αντλίας ινσουλίνης, φαίνεται ότι διαφέρουν σε σχέση με αυτά των παιδιών. Αναλυτικότερα, η αυξημένη καταθλιπτική διάθεση που παρατηρείται σε αυτή την ηλικιακή ομάδα στους χρήστες αντλίας ινσουλίνης ενδεχομένως οφείλεται

στο αίσθημα δέσμευσης με την αντλία ινσουλίνης, 13 γεγονός που προκαλεί όχι μόνο δυσφορία, αλλά και συνεχή υπενθύμιση της νόσου, σε συνδυασμό με τον φόβο για κοινωνικό στιγματισμό.³⁹ Επιπρόσθετα, η καταθλιπτική διάθεση των γυναικών που κάνουν χρήση της αντλίας ινσουλίνης παρουσιάζεται αυξημένη και επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από το γεγονός ότι η χρήση της αντλίας αποτελεί αναπόφευκτα ένα περιοριστικό παράγοντα στην έκθεση του σώματός τους.³⁶

Στους περιορισμούς αυτής της ανασκόπησης συγκαταλέγονται ο σχετικά μικρός αριθμός των συμμετεχόντων, όπως αποτυπώθηκε μέσα από τις συγχρονικές μελέτες. Η ελλιπής αναφορά της παράλληλης χρήσης συνεχούς καταγραφής γλυκόζης ανάμεσα στα άτομα με ΣΔ1, με εξαίρεση την έρευνα των Grammes et al,²⁷ εντάσσεται στους περιορισμούς της συστηματικής ανασκόπησης. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση στη χρήση της συνεχούς καταγραφής, τόσο ανάμεσα στους χρήστες πολλαπλών ημερήσιων ενέσεων,⁵⁰ όσο και ανάμεσα στους χρήστες αντλίας ινσουλίνης,³⁴ γεγονός που συνδυάζεται με ασαφή αποτελέσματα αναφορικά με την επίδρασή της στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των ατόμων με ΣΔ1.^{50,51} Τέλος, παρατηρείται ετερογένεια στον τρόπο αξιολόγησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (διαφορετικά εργαλεία) ανάμεσα στις έρευνες που συμπεριελήφθησαν στη συστηματική ανασκόπηση.

Συμπεράσματα

Μέσα από τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης αναδεικνύεται ότι τα άτομα που εφαρμόζουν τη μέθοδο θεραπείας με αντλία ινσουλίνης παρουσιάζουν, μεγαλύτερη πιθανότητα, τόσο εμφάνισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όσο και της βαρύτητας αυτών, σε σχέση με τα άτομα που χρησιμοποιούν σαν μέθοδο θεραπείας τις πολλαπλές ημερήσιες ενέσεις. Εξαίρεση αποτελούν τα παιδιά με ΣΔ1, όπου μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφανίστηκε ανάμεσα στους χρήστες πολλαπλών ημερήσιων ενέσεων. Επίσης βρέθηκε ότι οι γυναίκες με ΣΔ1 παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, ανεξάρτητα από τη μέθοδο θεραπείας που ακολουθούν. Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση αναδεικνύει τη βαρύτητα και τις διαστάσεις που έχει η καταθλιπτική συμπτωματολογία σε άτομα με ΣΔ1 επηρεάζοντας, τόσο την εξέλιξη, όσο και τη διαχείριση του ΣΔ1. Τέλος, αναδεικνύεται η σημασία της τακτικής αξιολόγησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε άτομα με ΣΔ1.

Βιβλιογραφία

- Wei C, Allen RJ, Tallis PM, Ryan FJ, Hunt LP, Shield JP et al Cognitive behavioural therapy stabilizes glycaemic control in adolescents with type 1 diabetes-outcomes from a randomised control trial. *Pediatr Diabetes* 2018, 19:106–113, doi: 10.1111/pedi.12519
- American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2021. *Diabetes Care* 2021, 44:S15–S33, doi: 10.2337/dc21-S002
- Zhong T, Tang R, Gong S, Li J, Li X, Zhou Z. The remission phase in type 1 diabetes: Changing epidemiology, definitions, and emerging immuno-metabolic mechanisms. *Diabetes Metab Res Rev* 2020, 36:e3207, doi: 10.1002/dmrr.3207
- Almeida PHRF, Silva TBC, de Assis Acurcio F, Guerra Júnior AA, Araújo VE, Diniz LM et al Quality of life of patients with type 1 diabetes mellitus using insulin analog glargine compared with NPH insulin: A systematic review and policy implications. *Patient* 2018, 11:377–389, doi: 10.1007/s40271-017-0291-3
- Huang F, Wu X, Xie Y, Liu F, Li J, Li X et al An automated structured education intervention based on a smartphone app in Chinese patients with type 1 diabetes: A protocol for a single-blinded randomized controlled trial. *Trials* 2020, 21:944, doi: 10.1186/s13063-020-04835-9
- Peyrot M, Rubin RR. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care* 1997, 20:585–590, doi: 10.2337/diacare.20.4.585
- Corathers SD, Kichler J, Jones NH, Houchen A, Jolly M, Morwessel N et al Improving depression screening for adolescents with type 1 diabetes. *Pediatrics* 2013, 132:e1395–402, doi: 10.1542/peds.2013-0681
- Pouwer F, Geelhoed-Duijvestijn PH, Tack CJ, Bazelmans E, Beekman AJ, Heine RJ et al Prevalence of comorbid depression is high in out-patients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. Results from three out-patient clinics in the Netherlands. *Diabet Med* 2010, 27:217–224, doi: 10.1111/j.1464-5491.2009.02903.x
- Berge LI, Riise T, Hundal O, Odegaard KJ, Dilsaver S, Lund A. Prevalence and characteristics of depressive disorders in type 1 diabetes. *BMC Res Notes* 2013, 6:543, doi: 10.1186/1756-0500-6-543
- Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord* 2012, 142:58–21, doi: 10.1016/S0165-0327(12)70004-6
- Talbot F, Nouwen A. A review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? *Diabetes Care* 2000, 23:1556–1562, doi: 10.2337/diacare.23.10.1556
- Schmitt A, McSharry J, Speight J, Holmes-Truscott E, Hendriekx C, Skinner T et al Symptoms of depression and anxiety in adults with type 1 diabetes: Associations with self-care behaviour, glycaemia and incident complications over four years - Results from diabetes MILES-Australia. *J Affect Disord* 2021, 282:803–811, doi: 10.1016/j.jad.2020.12.196
- Payk M, Robinson T, Davis D, Atchan M. An integrative review of the psychosocial facilitators and challenges of continuous subcutaneous insulin infusion therapy in type 1 diabetes. *J Adv Nurs* 2018, 74:528–538, doi: 10.1111/jan.13463
- Heinemann L, Waldenmaier D, Kulzer B, Ziegler R, Ginsberg B, Freckmann G. Patch pumps: Are they all the same? *J Diabetes Sci Technol* 2019, 13:34–40, doi: 10.1177/1932296818795150
- Grammes J, Küstner E, Dapp A, Hummel M, Kämmer JC, Kubiak T, et al Comparative characteristics of older people with type 1 diabetes treated with continuous subcutaneous insulin infusion or insulin injection therapy: data from the German/Austrian DPV registry. *Diabet Med* 2020, 37:856–862, doi: 10.1111/dme.14218
- Nimri R, Nir J, Phillip M. Insulin Pump Therapy. *Am J Ther* 2020, 27:e30–e41, doi: 10.1097/MJT.0000000000001097
- Renard E. Insulin pump use in Europe. *Diabetes Technol Ther* 2010, 12:S29–32, doi: 10.1089/dia.2009.0189
- Sumnik Z, Szypowska A, Iotova V, Bratina N, Cherubini V, Forsander G et al Persistent heterogeneity in diabetes technology reimbursement for children with type 1 diabetes: The SWEET perspective. *Pediatr Diabetes* 2019, 20:434–443, doi: 10.1111/pedi.12833
- Didangelos T, Iliadis F. Insulin pump therapy in adults. *Diabetes Res Clin Pract* 2011, 93:S109–S113, doi: 10.1016/S0168-8227(11)70025-0
- Grunberger G, Handelsman Y, Bloomgarden ZT, Fonseca VA, Garber AJ, Haas RA et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology 2018 position statement on integration of insulin pumps and continuous glucose monitoring in patients with diabetes mellitus. *Endocr Pract* 2018, 24:302–308, doi: 10.4158/PS-2017-0155
- Beck RW, Riddlesworth TD, Ruedy KJ, Kollman C, Ahmann AJ, Bergenstal et al Effect of initiating use of an insulin pump in adults with type 1 diabetes using multiple daily insulin injections and continuous glucose monitoring (DIAMOND): A multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017, 5:700–708, doi: 10.1016/S2213-8587(17)30217-6
- Peters JC, Annan F, Hindmarsh CP, Thompson JR. Insulin pump therapy. *Paediatr Child Health* 2021, 31:129–140, <https://doi.org/10.1016/j.paed.2021.01.002>
- Benkhadra K, Alahdab F, Tamhane SU, McCoy RG, Prokop LJ, Murad MH. Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injections in individuals with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine* 2017, 55:77–84, doi: 10.1007/s12020-016-1039-x
- Sora ND, Shashpal F, Bond EA, Jenkins AJ. Insulin Pumps: Review of Technological Advancement in Diabetes Management. *Am J Med Sci* 2019, 358:326–331, doi: 10.1016/j.amjms.2019.08.008
- Somali M, Paschou SA, Mouslech Z. Insulin pumps use in Greece: Efficacy and safety data from 140 patients with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract* 2020, 160:108026, doi: 10.1016/j.diabres.2020.108026
- Grunberger G, Abelseth JM, Bailey TS, Bode BW, Handelsman Y, Hellman R et al Consensus Statement by the American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology insulin pump management task force. *Endocr Pract* 2014, 20:463–89, doi: 10.4158/EP14145.PS
- Munkácsi B, Papp G, Felszeghy E, Nagy BE, Kovács KE. The associations between mental health, health-related quality of life and insulin pump therapy among children and adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Endocrinol Meta* 2018, 31:1065–1072, doi: 10.1515/jpem-2018-0130
- Wong JC, Dolan LM, Yang TT, Hood KK. Insulin pump use and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes: Predictors of change in method of insulin delivery across two years. *Pediatr Diabetes* 2015, 16:592–9, doi: 10.1111/pedi.12221
- Boland EA, Grey M, Oesterle A, Fredrickson L, Tamborlane WV. Continuous subcutaneous insulin infusion. A new way to lower risk of severe hypoglycemia, improve metabolic control, and enhance coping in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1999, 22:1779–1784, doi: 10.2337/diacare.22.11.1779
- Prinz N, Bächle C, Becker M, Berger G, Galler A, Haberland H et al Insulin Pumps in Type 1 Diabetes with Mental Disorders: Real-Life Clinical Data Indicate Discrepancies to Recommendations. *Diabetes Technol Ther* 2016, 18:34–8, doi: 10.1089/dia.2015.0180

31. White RD. Insulin pump therapy (continuous subcutaneous insulin infusion). *Prim Care* 2007, 34:845–871, vii, doi: 10.1016/j.pop.2007.07.005
32. Maiorino MI, Bellastella G, Della Volpe E, Casciano O, Scappaticcio L et al Erectile dysfunction in young men with type 1 diabetes. *Int J Impot Res* 2017, 29:17–22, doi: 10.1038/ijir.2016.38
33. Maiorino MI, Bellastella G, Castaldo F, Petrizzo M, Giugliano D, Esposito K. Sexual function in young women with type 1 diabetes: the METRO study. *J Endocrinol Invest* 2017, 40:169–177, doi: 10.1007/s40618-016-0542-5
34. Engel L, Cummins R. Impact of dose adjustment for normal eating in Australia (OzDAFNE) on subjective wellbeing, coping resources and negative affects in adults with type 1 diabetes: a prospective comparison study. *Diabetes Res Clin Pract* 2011, 91:271–279, doi: 10.1016/j.diabres.2010.11.023
35. Hislop AL, Fegan PG, Schlaeppli MJ, Duck M, Yeap BB. Prevalence and associations of psychological distress in young adults with Type 1 diabetes. *Diabet Med* 2008, 25:91–96, doi: 10.1111/j.1464-5491.2007.02310.x.
36. Rotella F, Lamanna C, Dicembrini I, Faravelli C, Calasso C, Mannucci E. Psychopathology and continuous subcutaneous insulin infusion in type 1 diabetes. *Scientific World Journal* 2013, 2013:672729, doi: 10.1155/2013/672729
37. Grant P, Dworakowska D, DeZoysa N, Barnes D. The impact of anxiety and depression on patients within a large type 1 diabetes insulin pump population. An observational study. *Diabetes Metab* 2013, 39:439–444, doi: 10.1016/j.diabet.2013.06.003
38. Brown T, Stavropoulos V, Christidi S, Papastefanou Y, Matsa K. Problematic internet use: The effect of comorbid psychopathology on treatment outcomes. *Psychiatry Res* 2021, 298:113789, doi: 10.1016/j.psychres.2021.113789
39. Fisher L, Polonsky WH, Hessler DM, Masharani U, Blumer I, Peters AL et al Understanding the sources of diabetes distress in adults with type 1 diabetes. *J Diabetes Complications* 2015, 29:572–577, doi: 10.1016/j.jdiacomp.2015.01.012
40. American Diabetes Association. 5. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care* 2020, 43:548–565, doi: 10.2337/dc20-S005
41. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001, 24:1069–1078, doi: 10.2337/diacare.24.6.1069
42. Deischinger C, Dervic E, Leutner M, Kosi-Trebotic L, Klimek P, Kautzky A et al Diabetes mellitus is associated with a higher risk for major depressive disorder in women than in men. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2020, 8:e001430, doi: 10.1136/bmjdr-2020-001430
43. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry* 2017, 4:146–158, doi: 10.1016/S2215-0366(16)30263-2
44. Snoek FJ, Bremmer MA, Hermanns N. Constructs of depression and distress in diabetes: time for an appraisal. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015, 3:450–460, doi: 10.1016/S2213-8587(15)00135-7
45. Nefs G, Bot M, Browne JL, Speight J, Pouwer F. Diabetes MILES--The Netherlands: rationale, design and sample characteristics of a national survey examining the psychosocial aspects of living with diabetes in Dutch adults. *BMC Public Health* 2012, 12:925, doi: 10.1186/1471-2458-12-925
46. Khan A, Choudhary P. Investigating the association between diabetes distress and self-management behaviors. *J Diabetes Sci Technol* 2018, 12:1116–1124, doi: 10.1177/1932296818789721
47. Ehrmann D, Kulzer B, Haak T, Hermanns N. Longitudinal relationship of diabetes-related distress and depressive symptoms: Analysing incidence and persistence. *Diabet Med* 2015, 32:1264–1271, doi: 10.1111/dme.12861
48. McGill DE, Volkening LK, Pober DM, Muir AB, Young-Hyman DL, Laffel LM. Depressive Symptoms at Critical Times in Youth With Type 1 Diabetes: Following Type 1 Diabetes Diagnosis and Insulin Pump Initiation. *J Adolesc Health* 2018, 62:219–225, doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.09.017
49. Nefs G, Pouwer F, Denollet J, Kramer H, Wijnands-van Gent CJ et al Suboptimal glycemic control in type 2 diabetes: A key role for anhedonia? *J Psychiatr Res* 2012, 46:549–554, doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.01.013
50. McGill DE, Volkening LK, Butler DA, Harrington KR, Katz ML, Laffel LM. Baseline Psychosocial Characteristics Predict Frequency of Continuous Glucose Monitoring in Youth with Type 1 Diabetes. *Diabetes Technol Ther* 2018, 20:434–439, doi: 10.1089/dia.2018.0037
51. Forlenza GP, Messer LH, Berget C, Wadwa RP, Driscoll KA. Biopsychosocial Factors Associated With Satisfaction and Sustained Use of Artificial Pancreas Technology and Its Components: a Call to the Technology Field. *Curr Diab Rep* 2018, 18:114, doi: 10.1007/s11892-018-1078-1

Review

Depressive symptoms and insulin pump therapy in people with type 1 diabetes mellitus: A systematic review

Emmanouil S. Benioudakis,^{1,2} Eleni Karlafti,² Argyroula Kalaitzaki,³ Triantafyllos Didangelos²

¹Psychiatric Department, General Hospital of Chania, Chania,

²First Propaedeutic Internal Medicine Department, AHEPA General University Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki,

³Laboratory of Interdisciplinary Approaches to the Enhancement of Quality of Life, Social Work Department, Health Sciences Faculty, and affiliated researcher at the Research Centre 'Institute of Agri-Food and Life Sciences', Hellenic Mediterranean University, Heraklion, Crete, Greece

ARTICLE HISTORY: Received 19 April 2021/Revised 27 May 2021/Published Online 21 February 2022

ABSTRACT

Type 1 Diabetes mellitus (T1DM) is a chronic, multifactorial metabolic disease that requires constant medical care. T1DM is the result of an irreversible destruction of pancreatic β -cells, inevitably leading individuals to chronic exogenous insulin dependence. The prevalence of depression among T1DM is common and affects both the progression and management of the disease. The aim of this study is to present the depressive symptoms in people with T1DM who apply and those who do not apply the insulin pump therapy method and to highlight differences in terms of gender and age. The literature review was conducted using the databases PubMed, Science-Direct and Scopus. The inclusion criteria were the following: the studies had to be conducted in T1DM patients, study depressive symptomatology, the number of participants in the studies to be more than 70 people and to be in English. Initially, 464 articles were retrieved and 11 articles met the requirements for inclusion in the systematic review. The results of the systematic review, excluding paediatric patients with T1DM, showed that patients who apply the insulin pump therapy method were more likely to have higher prevalence and intensity of depressive symptoms, compared to users of multiple daily injections. Respectively, increased depressive symptoms in women with T1DM were presented, regardless of the method of treatment. Factors that mediate this difference in depressive symptoms are the sense of freedom and flexibility in lifestyle, fewer dietary restrictions, the sense of constant "bonding" and social stigma. Finally, mental health professionals should frequently evaluate the depressive symptoms of the T1DM patients, as it has a direct impact on the development and management of the disease.

KEYWORDS: Type 1 diabetes mellitus, insulin pump, multiple daily injections, depressive symptoms.

Ανασκόπηση

Ψυχοθεραπεία εστιασμένη στη μεταβίβαση και ψυχοθεραπεία με βάση την εννόηση (mentalization). Τεκμηριωμένες θεραπείες για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας

Ορέστης Κάντερ Μπαξ,^{1,2} Γεώργιος Νεράντζης^{1,3}

¹Centre for Understanding Personality Disorder (CUSP), DeanCross Personality Disorder Service, Λονδίνο,

²Southend Complex Needs, Personality Disorder & Psychotherapy Service, Essex Partnership University NHS Foundation Trust, Southend-on-Sea,

³Specialist Psychotherapy Service, City & Hackney Psychotherapy Department, East London NHS Foundation Trust, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 13 Απριλίου 2021/Αναθεωρήθηκε 14 Ιουλίου 2021/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 21 Φεβρουαρίου 2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανά τον κόσμο καλούνται να ανταποκριθούν σε έναν μεγάλο αριθμό ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας (ΟΔΠ) με αποτέλεσμα να έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην έρευνα εξειδικευμένων θεραπειών για αυτή την κατηγορία διαταραχών. Τουλάχιστον 5 μορφές ψυχοθεραπείας έχουν δεδομένα από κλινικές μελέτες που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητά τους. Στην ανασκόπηση αυτή παρουσιάζουμε τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα καθώς επίσης και μια σύνοψη των βασικών χαρακτηριστικών δύο εξ αυτών, της Ψυχοθεραπείας Εστιασμένης στη Μεταβίβαση (ΨΕΜ) και της Ψυχοθεραπείας με Βάση την Εννόηση (ΨυΒΕ), οι οποίες δε χρησιμοποιούνται ακόμη ευρέως στην Ελλάδα. Τα δύο μοντέλα εκκινούν από την ψυχαναλυτική παράδοση, και παρουσιάζουν σημαντικές συγκλίσεις και αποκλίσεις όσον αφορά στη δομή τους (ατομική, ομαδική, συνδυασμός αυτών), τον ρόλο του θεραπευτή καθώς και τη μεταχείριση βασικών θεωρητικών εννοιών (π.χ. προσκόλληση, επιθετικότητα). Η περιγραφή τους σε μορφή εγχειριδίου καθώς και η τυποποίηση της εκπαίδευσης σε αυτές, τις καθιστά προσιτές σε εκπαιδευόμενους ψυχοθεραπευτές και επιτρέπει την εισαγωγή τους στα προγράμματα εκπαίδευσης ειδικευόμενων ψυχιάτρων. Χρησιμοποιούμε ένα περιστατικό ως παράδειγμα εφαρμογής των δύο προσεγγίσεων και παρουσιάζουμε το κλινικό και ερευνητικό παράδειγμα της Κλινικής Διαταραχών Προσωπικότητας DeanCross του Λονδίνου και του Κέντρου για την Κατανόηση των Διαταραχών Προσωπικότητας προκειμένου να συγκρίνουμε τα βασικά θεωρητικά και τεχνικά χαρακτηριστικά των δύο μοντέλων μέσω της πρωτότυπης εφαρμογής τους στο συνεκτικό πλαίσιο μιας ψυχιατρικής δομής στην κοινότητα. Η κλινική DeanCross παρέχει ένα μικτό μοντέλο ΨυΒΕ (ατομική, ομαδική) με ταυτόχρονη ψυχιατρική συμβολή, το οποίο έχει επικαιροποιηθεί με την εισαγωγή της ΨΕΜ τόσο σε ατομική όσο και σε ομαδική μορφή. Η παρούσα ανασκόπηση συντάσσεται με τις διεθνείς κατευθύνσεις οι οποίες δεν θεωρούν τα δύο μοντέλα ανταγωνιστικά μεταξύ τους, αλλά αντίθετα παρουσιάζουμε ένα επίκαιρο παράδειγμα της συμβατότητας και συμπληρωματικότητάς τους. Η επιτυχής ενσωμάτωση των δύο θεραπειών στο δημόσιο σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, το οποίο έχει παρόμοια χαρακτηριστικά με το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, αποτελεί ενθαρρυντικό προγνωστικό παράγοντα όσον αφορά στη δυνατότητα εφαρμογής των δύο μοντέλων στο ελληνικό παράδειγμα. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η επικαιροποίηση και εμπάθυνση της θεωρητικής και κλινικής εμπειρίας, στις δομές ψυχικής υγείας που φροντίζουν πληθυσμούς με αυξημένο επιπολασμό ΟΔΠ, στην οποία συμβάλλει η παρούσα ανασκόπηση.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Μεταβίβαση, εννόηση, οριακή, ναρκισσιστική, τεκμηριωμένη, ψυχοθεραπεία.

Εισαγωγή

Τα τελευταία 40 χρόνια έχει σημειωθεί ραγδαία πρόοδος στην έρευνα των διαταραχών προσωπικότητας. Η τεκμηρίωση ενός σημαντικού αριθμού θεραπειών για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας (ΟΔΠ)^{1,2} οδήγησε στην ευρεία χρήση πέντε τουλάχιστον τεκμηριωμένων μοντέλων θεραπείας^{3,4} ενώ το πεδίο επεκτείνεται σταδιακά και σε τροποποιημένες μεθόδους ψυχιατρικής προσέγγισης,⁵ ομαδικές θεραπείες,⁶ και θεραπευτικές εφαρμογές στην αντικοινωνική (ΑΔΠ)⁷ και ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας (ΝΔΠ).⁸

Στο ελληνικό παράδειγμα με τη συμβολή της ψυχανάλυσης και της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας⁹⁻¹¹ ασθενείς που μέχρι πρότινος αντιμετώπιζονταν με θεραπευτική απαισιοδοξία έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στη θεραπεία. Αρκετές από τις τροποποιημένες και τυποποιημένες θεραπείες¹²⁻¹⁴ έχουν ήδη παρουσιαστεί ή/και αναπτυχθεί στον ελλαδικό χώρο ενώ ταυτόχρονα η πρόσβαση στην εκπαίδευση επεκτείνεται και η επαγγελματική ρύθμιση και τυποποίηση οδηγεί σταδιακά στον εξορθολογισμό του πεδίου.^{15,16}

Παρουσιάζουμε τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχοθεραπείας εστιασμένης στη μεταβίβαση (ΨΕΜ), συγκριτικά με μια σύνοψη της ψυχοθεραπείας βασισμένης στην εννόηση (ΨυΒΕ), για την οποία η βασική εκπαίδευση έγινε για πρώτη φορά διαθέσιμη στην Ελλάδα το 2018. Ταυτόχρονα παρουσιάζουμε το παράδειγμα της κλινικής DeanCross του Λονδίνου, μιας πρότυπης κλινικής η οποία καινοτομεί σε διεθνές επίπεδο, συνδυάζοντας τα δύο μοντέλα εντός μιας συνεκτικής δομής στο δημόσιο σύστημα υγείας. Με αυτόν τον τρόπο συνδέουμε τα θεωρητικά δεδομένα της παρούσας ανασκόπησης με ένα παράδειγμα εφαρμογής τους από την καθημερινή κλινική εμπειρία.

Θεωρούμε πως η κλινική αποτελεσματικότητα και η προσβασιμότητα του εκπαιδευτικού μοντέλου της ΨυΒΕ και της ΨΕΜ, οι οποίες έχουν περιγραφεί σε εγχειρίδιο, ευνοούν την ενσωμάτωσή τους στην ελληνική πραγματικότητα και τις εκπαιδευτικές ανάγκες.^{17,18} Η διαθεσιμότητα δε εποπτείας μέσω διαδικτύου είναι εξαιρετικά χρήσιμη για τη μετά Covid-19 εποχή.¹⁹

Και οι δύο θεραπείες έχουν βάσεις στη νευροφυσιολογία και έχουν ενσωματώσει σύγχρονα δεδομένα από τον κλάδο των νευροεπιστημών, πράγμα που βοηθά την απαραίτητη, όταν πρόκειται για νοσηρότητα υψηλής σοβαρότητας, σύγκλιση μεταξύ ψυχιατρικού πλαισίου αντιμετώπισης και εντατικής ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης.²⁰⁻²²

Είναι σημαντικό πως και οι δύο θεραπείες σχεδιάστηκαν και τεκμηριώνονται με δεδομένα τυχαίοποιημένων ελεγχόμενων μελετών και παρέχουμε μια συνοπτική

παρουσίαση σχετικά με την ποιότητα των δεδομένων αυτών (πίνακας 1). Οι υποθέσεις, όσον αφορά στους κοινούς και ιδιαίτερους παράγοντες που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα της καθεμιάς, είναι προς το παρόν ασαφείς και υπό διερεύνηση²³ ωστόσο παρέχουμε ορισμένα προκαταρκτικά σχόλια με βάση την κλινική εμπειρία του DeanCross.

Ψυχοθεραπεία εστιασμένη στη μεταβίβαση (ΨΕΜ)

Η ΨΕΜ αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ με βάση το θεωρητικό μοντέλο του Όττο Κέρνμπεργκ τις δεκαετίες του '70 και '80 σχετικά με την ΟΔΠ και τον παθολογικό ναρκισσισμό.³⁵⁻³⁷ Η βασική ερευνητική τεκμηρίωση^{33,38,39} συνδυάστηκε με την περιγραφή της θεραπείας σε μορφή εγχειριδίου για θεραπευτές και εκπαιδευόμενους, και την τυποποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος πιστοποίησης.

Πρόκειται για μια θεραπεία συγγενή με τη σύγχρονη ψυχαναλυτική παράδοση των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, με σημαντικές τεχνικές τροποποιήσεις. Οι βασικές ψυχαναλυτικές αρχές που ακολουθούνται έχουν να κάνουν με την προσέγγιση των συμπτωμάτων ως σημαινόντων υποκείμενων ασυνείδητων νοητικών και συναισθηματικών διεργασιών, οι οποίες μπορούν να αναδειχθούν, και να κατανοηθούν στο προνομιακό πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης και της μεταβίβασης.

Η ΟΔΠ προσεγγίζεται με βάση τα τυπικά χαρακτηριστικά της: συναισθηματική ένταση και αστάθεια, παρορμητικές και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, απουσία συνοχής και ατελής οργάνωση της αίσθησης της ταυτότητας, ένταση και αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η ΨΕΜ ταξινομεί τον βαθμό σοβαρότητας της οριακής παθολογίας σε ένα συνεχές υψηλού ή χαμηλού βαθμού οριακής οργάνωσης, στο οποίο περιλαμβάνεται και η τυπική ψυχιατρική διάγνωση (ΟΔΠ, ΑΔΠ, ΝΔΠ).

Αυτή η προσέγγιση δίνει αρχικά έμφαση στη διάγνωση μέσω της εκτίμησης του ασθενούς με βάση ένα ερευνητικά τυποποιημένο μοντέλο συνέντευξης.^{40,41} Σκοπός της συνέντευξης είναι η κατανόηση της οργάνωσης της προσωπικότητας: εκτιμώνται η λειτουργικότητα και παθολογία γύρω από τη βασική έννοια της «ταυτότητας» και ο «βαθμός διάχυσής της», και τα ευρήματα χρησιμοποιούνται για ενημέρωση του ασθενούς για τη διάγνωσή του, και περαιτέρω για την προγνωστική εκτίμηση και το σχεδιασμό της θεραπείας. Η εκτίμηση δίνει έμφαση στην κατανόηση των μηχανισμών άμυνας που συνθέτουν την προσωπικότητα του ασθενούς με έμφαση σε αμυντικούς μηχανισμούς που χαρακτηρίζουν την ΟΔΠ (σχάση, εξιδανίκευση/απαξίωση, προβολική ταύτιση, άρνηση), τη σχέση του ασθενούς με την αρχή της πραγματικότητας, τον βαθμό

Πίνακας 1. Τυχαιοποιημένες Κλινικές Μελέτες και άλλα εμπειρικά δεδομένα.

Ερευνητικές μελέτες	Περιγραφή της μελέτης
<i>Ψυχοθεραπεία με Βάση την Εννόηση (ΨυΒΕ)</i>	
Α. Τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες για την ΟΔΠ	
1. Bateman (1999)	1. Σύγκριση ΨυΒΕ με γενική ψυχιατρική φροντίδα [24]
2. Bateman (2009)	2. Σύγκριση ΨυΒΕ με τυποποιημένη κλινική φροντίδα [25]
3. Rossouw (2012)	3. ΨυΒΕ Εφήβων συγκριτικά με την συνήθη φροντίδα [26]
4. Jørgensen (2013)	4. ΨυΒΕ συγκριτικά με υποστηρικτική ομαδική θεραπεία [27]
5. Bateman (2016)	5. ΨυΒΕ ΑΔΠ (συννοσηρότητα με ΟΔΠ) συγκριτικά με τυποποιημένη κλινική φροντίδα [28]
6. Philips (2018)	6. ΨυΒΕ εξαρτήσεων (συννοσηρότητα με ΟΔΠ) [29]
B. Άλλα εμπειρικά δεδομένα	
7. Robinson (2016)	7. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη για ΨυΒΕ και διαταραχές πρόσληψης τροφής [30]
<i>Ψυχοθεραπεία με Έμφαση στη Μεταβίβαση (ΨΕΜ)</i>	
Α. Τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες για την ΟΔΠ	
1. Giesen-Bloo (2006)	1. Σύγκριση Θεραπείας Σχημάτων & ΨΕΜ [31]
2. Clarkin (2007)	2. Τριπλή σύγκριση ΨΕΜ, Διαλεκτικής Συμπεριφορική και Υποστηρικτικής Ψυχοδυναμικής Θεραπείας [32]
3. Doering, (2010)	3. Σύγκριση ΨΕΜ με ψυχοθεραπεία στην κοινότητα από έμπειρους θεραπευτές [33]
B. Άλλα εμπειρικά δεδομένα	
4. Diamond (2021)	4. Επικαιροποιημένη έκδοση εμπειρικών και θεωρητικών δεδομένων για την ΝΔΠ [34]

μό ηθικής λειτουργικότητας και επιθετικότητας, και τον βαθμό κοινωνικής και σχεσιακής λειτουργικότητας.

Ασθενείς με χαμηλότερες βαθμίδες οργάνωσης θα έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες να χρησιμοποιήσουν μη οργανωμένες θεραπείες και απαιτούν προγραμματισμό και προσοχή όσον αφορά στον κίνδυνο εκδραμάτισης, π.χ. αυτοκαταστροφικές και αυτοκτονικές συμπεριφορές κατά τη θεραπεία. Η ΨΕΜ προσεγγίζει αυτές τις δυσκολίες με την συγκρότηση από την αρχή της θεραπείας ενός θεραπευτικού συμβολαίου με τον ασθενή που προβλέπει και μεριμνά για αυτά τα προβλήματα, όταν εμφανιστούν: ο θεραπευτής συμφωνεί με τον ασθενή εξ αρχής τις αρχές που θα διασφαλίζουν την ασφάλεια του ασθενούς και την συνέχεια της θεραπείας, και μια κοινή έμφαση δίνεται στην κατανόηση και αντιμετώπιση συμπεριφορών που διαταράσσουν ή απειλούν αυτή τη συμφωνία.

Η θεραπεία παρέχεται κατά πρόσωπο και όχι στο ντιβάνι, σε αντίθεση με την παραδοσιακή ψυχανάλυση. Συνεδρίες παρέχονται δύο φορές την εβδομάδα για ορισμένο χρόνο (ένα με δύο έτη). Ο θεραπευτής είναι πιο ενεργός σε σχέση με την ψυχαναλυτική προσέγγιση και δίνεται έμφαση στην κατανόηση των δυσκολιών του ασθενούς που έχουν να κάνουν με την υποκείμενη πα-

θολογία σε αντίθεση με την παραδοσιακή ανάλυση των ελεύθερων συσχετίσεων του ασθενούς με βάση την ισομερώς διάχυτη προσοχή. Διαφέρει επίσης και από συμπεριφορικά μοντέλα που στοχεύουν στη μείωση των συμπτωμάτων, την εκπαίδευση ή υποστηρικτικές και καθοδηγητικές προσεγγίσεις.

Στην ΨΕΜ ο θεραπευτής εστιάζει στο εδώ και τώρα της θεραπευτικής σχέσης, στις λεκτικές, τις μη λεκτικές και τις αντιμεταβιβαστικές προσπάθειες επικοινωνίας του ασθενούς (οι τρεις δίοδοι επικοινωνίας) με έμφαση στη μεταβίβαση αλλά με προσοχή στους στόχους που ο ασθενής έχει θέσει για τη θεραπεία. Διεργασίες στην εξωτερική του πραγματικότητα οι οποίες ενδέχεται να ενεργούν ενάντια στο θεραπευτικό συμβόλαιο και τον θεραπευτικό σκοπό αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο της θεραπείας.

Βασική προσπάθεια του θεραπευτή είναι να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει την εσωτερική του εμπειρία όσον αφορά στην ταυτότητά του, τη σχέση του με τους άλλους, και τις ασταθείς μεταβολές σε αυτήν την εμπειρία μέσα από την κατανόηση της σχέσης με τον θεραπευτή. Ο θεραπευτής επιχειρεί να διατηρήσει την τεχνική ουδετερότητά του, αποφεύγει να πάρει θέση όσον αφορά στις διασχιστικές εσωτερικές αναπαραστάσεις του

ασθενούς και παρεμβαίνει από μια θέση ουδέτερη όσον αφορά στη σχεσιακή αντιπαράθεση υπό διαπραγμάτευση. Τα βασικά τεχνικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι (α) η διευκρίνιση, δηλ. η προσπάθεια εμβάθυνσης στα ποιοτικά (γνωστικά, συναισθηματικά αλλά και αμιγώς τυπικά) χαρακτηριστικά της επικοινωνούμενης εσωτερικής εμπειρίας, (β) η αντιπαράθεση, δηλ. η περαιτέρω κατανόηση παρατηρούμενων αντιφάσεων και αντικρουόμενων δεδομένων όπως αυτά προκύπτουν από την εις βάθος διευκρίνιση και (γ) η ερμηνεία που εστιάζει στην ανάδειξη των υποκείμενων δυαδικών ρόλων που χαρακτηρίζουν την εμπειρία του ασθενούς, του συναισθήματος που συνδέει τους ρόλους και τις μεταλλαγές τους και ταυτόχρονα την ανάδειξη της αμυντικής λειτουργίας αυτής της οργάνωσης έναντι υποκείμενων δυαδικών ρόλων και συναισθημάτων.

Σταδιακά η εργασία αυτή βοηθά τον ασθενή να ανακτήσει διασχισθέντα στοιχεία του εαυτού τα οποία προβάλλει σε άλλους και στον θεραπευτή μέσω της μεταβίβασης, και να αποκτήσει μια πιο συνεκτική αίσθηση του εαυτού. Ο απώτερος στόχος είναι η σταδιακά μεγαλύτερη ενσωμάτωση της αρχικά κατακερματισμένης εσωτερικής ψυχολογικής οργάνωσης, η οποία θα οδηγήσει στη μείωση της συναισθηματικής αστάθειας, της παρορμητικότητας και του διαπροσωπικού χάους. Μια βαθύτερη κατανόηση της ικανότητας του για εσωτερική ανασκόπηση, εννόηση του εαυτού και των άλλων και εν τέλει στη διάλυση της διαταραχής προσωπικότητας, τη βελτίωση της ικανότητας για σύναψη σταθερών και ουσιαστικών σχέσεων και την ικανότητα για εργασία και δημιουργικές δραστηριότητες.

Μια σημαντική χρησιμότητα της ΨΕΜ είναι το ουσιαστικό θεωρητικό πλαίσιο το οποίο παρέχει για τη ΝΔΠ και οι τεχνικές τροποποιήσεις που έχει αναπτύξει για την αντιμετώπιση αυτής της παθολογικής οργάνωσης της προσωπικότητας. Η ΨΕΜ παρέχει την πιο ενδελεχώς τεκμηριωμένη διαθέσιμη προσέγγιση για την αντιμετώπιση συννοσηρότητας ΟΔΠ και ΝΔΠ.⁷

Ψυχοθεραπεία βασισμένη στην εννόηση (ΨυΒΕ)

Σχετικά με την απόδοση στα Ελληνικά του όρου mentalization

Ο όρος *mentalization* δεν έχει ενσωματωθεί επαρκώς στα Ελληνικά και δημιουργεί μεταφραστικές δυσκολίες. Έχει αποδοθεί στο παρελθόν σε διαφορετικά πλαίσια με τους όρους ψυχοποίηση, εν-νόηση, αναστοχαστική λειτουργία (*reflective functioning*), νοητικοποίηση και άλλους. Η έννοια *mentalisation* προέρχεται από την ψυχαναλυτική θεωρία του Pierre Marty και την ψυχοσωματική σχολή του Παρισιού.^{42,43} Έλληνες ψυχαναλυτές χρησιμοποιούν παραδοσιακά τον όρο ψυχοποίηση για

να αποδώσουν το γαλλικό *mentalisation* αναφερόμενοι σε ενδοψυχικές διαδικασίες δημιουργίας νοήματος. Το αγγλικό *mentalization* χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1989 από τον Fonagy.⁴⁴ Όσον αφορά στην ΨυΒΕ οι εισηγητές του όρου στα Ελληνικά έχουν περιγράψει εκτενώς τους λόγους για τη μεταφραστική επιλογή του όρου εν-νόηση¹⁴ για την απόδοση του αγγλικού *mentalization*. Για την παρούσα ανασκόπηση επιλέγουμε τον απλουστευμένο τύπο εννόηση, αφενός λόγω της συνάφειας με τον καθημερινό όρο κατανόηση (και κατ'επέκταση ψυχοσυναισθηματική κατανόηση εμπρόθετων ψυχοσυναισθηματικών καταστάσεων) ο οποίος θεωρούμε ότι ανταποκρίνεται επαρκέστερα στις κλινικές ανάγκες και λόγω των δυνατοτήτων χρήσης στον λόγο στις ρηματικές του μορφές και για τις ανάγκες γραμματικής ενσωμάτωσης.

Οι Fonagy και Βρούβα (2010) περιέγραψαν διεξοδικά το θεωρητικό πλαίσιο της ΨυΒΕ στα Ελληνικά στις αρχές της περασμένης δεκαετίας.¹⁴ Αναπτύχθηκε από τους Fonagy και Bateman στο Ηνωμένο Βασίλειο μέσα από την έρευνά τους στο πεδίο της προσκόλλησης.⁴⁵

Η εννόηση, διαδεδομένη πλέον στη βιβλιογραφία και την κλινική πράξη, ιδιαίτερα στις δομές εκείνες που έχουν ως αντικείμενο την ΟΔΠ, ορίζεται ως: «μία μορφή κυρίως προσυνειδητής φαντασιακής ψυχονοητικής δραστηριότητας, μέσω της οποίας ένα άτομο αντιλαμβάνεται υπόρρητα –αλλά και ρητά– και ερμηνεύει την ανθρώπινη συμπεριφορά ως-έχουσα-νόημα, με όρους εμπρόθετων ψυχονοητικών καταστάσεων, δηλαδή αναγκών, αισθημάτων, πεποιθήσεων, στόχων, σκοπών και αιτίων».⁴⁶

Η ΟΔΠ κατά την ΨυΒΕ είναι το αποτέλεσμα: (α) της αναστολής της εννόησης στα πλαίσια της προσκόλλησης, (β) της επανεμφάνισης εξελικτικά πρωιμότερων τρόπων βίωσης της εσωτερικής πραγματικότητας, (γ) της συνεχούς προβλητικής ταύτισης, (δ) της επαν-εξωτερίκευσης του αυτοκαταστροφικού ξένου εαυτού, αυτής της εσωτερικευμένης δηλαδή γονεϊκής αναπαράστασης, στο πλαίσιο της αποδιοργανωμένης προσκόλλησης.

Τα άτομα με ΟΔΠ εννοούν «φυσιολογικά», έχουν ωστόσο μεγαλύτερη τάση για παρανοήσεις όταν βρίσκονται σε καταστάσεις συναισθηματικής διέγερσης και όταν οι σχέσεις τους πλησιάζουν προς τη σφαίρα της προσκόλλησης.

Όσο πιο έντονη η σχέση, τόσο πιο ασταθής είναι η ικανότητα εννόησης. Με άλλα λόγια, στις περιπτώσεις αυτές προ-εννοητικοί τρόποι οργάνωσης της υποκειμενικότητας αναδύονται ραγδαία και μπορούν να αποδιοργανώσουν τις σχέσεις και να ταράξουν την συνεκτική εμπειρία του εαυτού. Οι προ-εννοητικοί αυτοί τρόποι σκέψης στην ΨυΒΕ περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

Ψυχική Ισοδυναμία

Η ψυχική εμπειρία του ασθενούς με ΟΔΠ είναι ταυτόσημη με μια αδιαμφισβήτητη υλική πραγματικότητα. Ο ασθενής χάνει την ικανότητα να βιώνει τα υποκειμενικά και διαπροσωπικά γεγονότα «ως εάν» και το κάθε τι εμφανίζεται «αληθινό». Η «προνομιακή» αυτή πρόσβαση στις σκέψεις και τα συναισθήματα εαυτού και άλλων, οδηγεί σε διαπροσωπικά βιώματα που είναι πιο δραματικά και έντονα, ενώ δεν υπάρχει περιθώριο διαπραγματεύσης.

«Είμαι σίγουρη ότι σκοπεύεις να με εγκαταλείψεις, έτσι είναι αφού έτσι νομίζω ότι είναι».

Υποδύεσθαι

Πρόκειται για την αποσύνδεση τού εδώ και τώρα της υποκειμενικής εμπειρίας από τις εσωτερικές αναπαραστάσεις ψυχονοητικών καταστάσεων. Η εμπειρία εσωτερικής κενότητας ή η ενεργοποίηση τραυμάτων, οδηγούν τον ασθενή να συνδέεται με τον θεραπευτή με έναν ψευδοσυναισθηματικό ή διανοητικοποιημένο τρόπο. Η συζήτηση στερείται βάθους, παρά τη φαινομενική ασχολία με εμπειρίες και συναισθήματα, που ωστόσο δεν έχουν γνησιότητα και πραγματικό σημείο αναφοράς. Υπάρχει αποσύνδεση μεταξύ σκέψεων και συναισθημάτων, αντιφατικότητα στις επικοινωνούμενες εμπειρίες και ο θεραπευτής ενδέχεται να παραβλέψει την απουσία προόδου.

«Μπορεί να με κακοποίησε στο παρελθόν, αλλά έχω ξεπεράσει όλα τα αρνητικά συναισθήματα και τον έχω συγχωρέσει».

Τελεολογική Σκέψη

Το ενδιαφέρον εστιάζεται σε συγκεκριμένες πράξεις ως μοναδική ένδειξη της ψυχονοητικής κατάστασης και των προθέσεων του άλλου. Ο θεραπευτής καλείται να προβεί σε απτές χειρονομίες για να «αποδείξει» αυτό που αμφισβητείται λόγω της τελεολογικής σκέψης του ασθενούς: έκτακτες συνεδρίες, παραβιάσεις των προσυμφωνημένων θεραπευτικών ορίων κ.λπ. Ο αναστοχασμός περί των ψυχονοητικών συνεπαγωγών συγκεκριμένων πράξεων είναι περιορισμένος.

«Δεν έχει σημασία τι μου λες, πρέπει να έρθεις να με βρεις τώρα αλλιώς δεν ενδιαφέρεσαι πραγματικά».

Ο Fonagy και Βρούβα (2010) περιγράφουν ενδελεχώς τέσσερεις πολικότητες, οι οποίες θα πρέπει να βρίσκονται σε ισορροπία για να λειτουργεί η εννόηση. Βασίζουν την περιγραφή στην κλινική εμπειρία και τις νευροεπιστήμες και οι πολικότητες αυτές καθοδηγούν τον θεραπευτή να χαρτογραφήσει το εννοητικό προφίλ του ασθενούς. Συνοπτικά μόνο, οι πολικότητες έχουν να κάνουν (1) με τον βαθμό αυτοματισμού: ρητή/υπόρρητη εννόηση, (2) την αισθητηριακή ή εσωτερική έμφαση, (3) τη

συναισθηματική ή γνωστική έμφαση (4) και τα διακριτά νευρωνικά δίκτυα που διαμεσολαβούν τη γνώση του εαυτού και του άλλου (μετωποβρεγματικό σύστημα κατοπτικών νευρώνων και στοχαστικό σύστημα).

Δομή της ΨυΒΕ

Υπάρχουν δύο μορφές ΨυΒΕ. Η πρώτη συντελείται σε κέντρα ημέρας και αρχικά οι ασθενείς παρακολουθούν το πρόγραμμα 5 φορές την εβδομάδα. Η μέγιστη διάρκεια αυτής της μορφής είναι 18–24 μήνες. Η δεύτερη μορφή είναι μια εντατική θεραπεία 18 μηνών σχεδιασμένη για εξωτερικούς ασθενείς η οποία αποτελείται από μια ατομική συνεδρία διάρκειας 50 λεπτών και μια ομαδική συνεδρία 90 λεπτών την εβδομάδα. Και στα δύο προγράμματα ο ατομικός θεραπευτής είναι διαφορετικός από αυτόν της ομάδας.

Σκοπός της θεραπευτικής διαδικασίας είναι ο ασθενής να ανακαλύψει περισσότερα για το πώς σκέφτεται και νιώθει για τον εαυτό του και άλλους, πώς αυτό καθορίζει τις αντιδράσεις του και πώς «λάθη» στην εννόηση οδηγούν σε πράξεις σε μια προσπάθεια διατήρησης της σταθερότητας και νοηματοδότησης ακατανόητων αισθημάτων. Ο θεραπευτής πρέπει να διασφαλίσει ότι ο ασθενής γνωρίζει αυτόν τον σκοπό και ότι η θεραπευτική διαδικασία δεν είναι ακατανόητη και μυστηριώδης.

Το παράδειγμα του DeanCross

Συνδυαστικά μοντέλα θεραπείας για ασθενείς με ΟΔΠ, με βάση ψυχαναλυτική και ψυχοθεραπευτική κατεύθυνση έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία στην Ελλάδα^{47,48} πράγμα που δημιουργεί ευνοϊκή βάση για έναν γόνιμο διάλογο ανάμεσα στο ελληνικό και το διεθνές παράδειγμα.

Η Κλινική Διαταραχών Προσωπικότητας DeanCross στο ανατολικό Λονδίνο είναι πρότυπο κέντρο θεραπείας με βάση τεκμηριωμένες μεθόδους, και βραβευμένη από το Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιατρικής (Royal College of Psychiatrists) για την ενσωμάτωση της ΨΕΜ σε ένα ήδη υπάρχον παραδοσιακό μοντέλο ΨυΒΕ στην κοινότητα. Ενσωματώνει επίσης το ερευνητικό Κέντρο για την Κατανόηση των Διαταραχών Προσωπικότητας (Centre for the Understanding of Personality Disorder, CUSP) το οποίο συνεργάζεται με ερευνητικά κέντρα σε άλλες χώρες και παράγει έρευνα και εκπαιδευτικό έργο για τις διαταραχές προσωπικότητας.

Η DeanCross λειτουργεί εντός του ευρύτερου δευτεροβάθμιου ψυχιατρικού μοντέλου στο εθνικό σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Παρέχει θεραπείες για διαταραχές προσωπικότητας μέτριου και σοβαρού βαθμού σε έναν τοπικό πληθυσμό με σημαντικό επιπολασμό διαταραχών προσωπικότητας και μικτά δημογραφικά χαρακτηριστικά.^{49,50} Η εκτίμηση των α-

σθενών που παραπέμπονται για θεραπεία γίνεται από θεραπευτές και ψυχιάτρους με βάση ένα μικτό ψυχιατρικό και ψυχοθεραπευτικό μοντέλο με στοιχεία από την ψυχιατρική, την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και τις ΨΕΜ και ΨυΒΕ. Οι ασθενείς που κρίνεται ότι μπορεί να ωφεληθούν από τη θεραπεία έχουν τη δυνατότητα είτε ατομικής θεραπείας (ψυχοδυναμικής και τροποποιημένης ψυχοδυναμικής, ΨΕΜ ή ΨυΒΕ) είτε ενός συνθετικού ΨυΒΕ μοντέλου με μικτή ομαδική και ατομική θεραπεία διάρκειας 18 μηνών. Η σταδιοποίηση, όπου προκρίνεται αυτό, είναι δυνατή για ορισμένους ασθενείς που ξεκινούν με ΨυΒΕ, προχωρούν ύστερα σε ΨΕΜ και κάποιοι περαιτέρω παραπέμπονται για ψυχαναλυτική θεραπεία ή ψυχανάλυση όταν κρίνεται ότι έχουν καταφέρει επαρκή πρόοδο στα στοιχεία της ΟΔΠ που αποτελούσαν προηγουμένως κώλυμα για κάτι τέτοιο. Η συνταγογράφηση, όπου κρίνεται απαραίτητη, γίνεται εντός της κλινικής και οι κρίσεις αντιμετωπίζονται σε συνεργασία με τις ψυχιατρικές κλινικές του οργανισμού (επείγοντα/διασυνδεδετική, ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και εξωτερικά ιατρεία στην κοινότητα).

Οι θεραπευτές έχουν λάβει εκπαίδευση και στα δύο μοντέλα ενώ οι ειδικευόμενοι ψυχίατροι που τυγχάνουν τοποθέτησης στην κλινική έχουν την ευκαιρία να εξοικειωθούν με βασικές ψυχοδυναμικές έννοιες χρησιμοποιώντας την ΨΕΜ και την ΨυΒΕ με θετικά αποτελέσματα όσον αφορά στις δεξιότητές τους.^{17,18}

Σημαντική καινοτομία της κλινικής είναι και η παροχή θεραπείας ομάδας με βάση την ΨΕΜ για ναρκισσιστική και μικτή διαταραχή προσωπικότητας.

Διαφορές και συγκλίσεις μεταξύ ΨΕΜ και ΨυΒΕ

Κλινικό παράδειγμα

Το παρόν κλινικό παράδειγμα δεν παρουσιάζει προσωπικά στοιχεία κάποιου συγκεκριμένου πραγματικού ασθενούς. Αντίθετα αποτελεί συμπίλημα στοιχείων από κλινικές καταστάσεις με πολλούς διαφορετικούς ασθενείς, που αποδόθηκαν με τρόπο ώστε να προστατεύεται η ανωνυμία των επιμέρους ατόμων.

Ασθενής Α. Έρχεται στη συνεδρία της μετά από την πρώτη μακρά σχετικά απουσία του θεραπευτή της (Θ) περίπου 6 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας. Με έναν εμφανή εκνευρισμό, ξεκινά τη συνεδρία χωρίς να αναφερθεί στην απουσία, σαν να συνεχίζει τη θεραπεία από την προηγούμενη συνεδρία χωρίς να έχει υπάρξει διακοπή.

A: Καλημέρα... κουβέντιαζα τις προάλλες με τη φίλη μου, τη Μαρία που σπουδάζει ψυχολογία. Της έλεγα πόσο μαύρα είναι τα πράγματα για μένα αυτόν τον καιρό και πως η θεραπεία δεν είναι στην πραγματικότητα όλο αυτό το τρομερό πράγμα που λένε. Δεν έχει αλλάξει τίποτα

τόσους μήνες. Με βοήθησε με αυτά που μου είπε, ίσως επειδή ξέρει από ψυχολογία, ίσως φιλικά, δεν ξέρω.

Θ: Χρειάστηκες τη βοήθεια αυτής της φίλης σου όσο έλειπα;

A: Απλά έτυχε να μιλάμε με τη Μαρία αυτό είναι όλο. Δεν έχει σχέση με το ότι δεν είχαμε συνεδρία.

Θ: Ωστόσο μιλούσατε για πράγματα τα οποία συνήθως συζητάς με εμένα στη θεραπεία;

A: Ε, εντάξει ναι, αλλά και με τη Μαρία τα συζητάω αυτά, είναι φίλη μου. Και αν δεν με είχε βοηθήσει την προηγούμενη εβδομάδα ποιος ξέρει τι παραπάνω θα είχα κάνει;

Θ: Παραπάνω; Αναρωτιέμαι σε τι μπορεί να αναφέρεσαι με αυτό το παραπάνω.

A: Α, τίποτα σημαντικό. Κόπηκα λιγάκι ενώ μαγείρευα αυτό είναι όλο. Δεν έγινε κάτι. Αλλά ένιωσα καλύτερα μετά.

Θ: Πιθανόν να είναι σημαντικό. Μπορείς να μου πεις περισσότερα για το τι ακριβώς συνέβη και τι αισθανόσουν εκείνη τη στιγμή;

A: Δεν είναι τίποτα. Άφησα απλώς λίγο το μαχαίρι να μου ξεφύγει αυτό είναι όλο.

Θ: Αναρωτιέμαι αν αναφέρεσαι σε κάποιο ατύχημα ή αν πρόκειται για αυτοτραυματισμό. Θα μπορούσες να σκεφτείς τι αισθανόσουν εκείνη τη στιγμή;

A: Εντάξει, ήμουν κάπως πεσμένη εκείνη τη στιγμή, αλλά όχι τίποτα τρομερό. Αισθάνθηκα καλύτερα αφού το έκανα. Αυτό είναι όλο.

Θ: Παρατηρώ ότι επαναλαμβάνεις τη φράση αυτό είναι όλο. Και μιλάς κάπως αμυντικά σαν να είμαι ανακριτής αντί για θεραπευτής σου. Αναρωτιέμαι αν έχει να κάνει με τη συμφωνία μας πως οι αυτοτραυματισμοί είναι κάτι το οποίο θα προσπαθούσες να σταματήσεις και θα του δίνουμε σημασία αν συμβεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

A: Ποια διάρκεια της θεραπείας. Δεν ήμουν σε θεραπεία, αφού δεν ήσουν εδώ έτσι κι αλλιώς, δεν μετράει και ακριβώς.

Θ: Έχω την εντύπωση ότι νωρίτερα είπες ότι δεν υπάρχει σύνδεση με την απουσία μου, ωστόσο τώρα λες ότι, όταν απουσιάζω, είναι σαν να έχει πάψει η θεραπεία, αναρωτιέμαι τι συμβαίνει εδώ.

A: (αδιάφορα) Ε, πάλι θα πεις ότι έχει να κάνει με σένα το ότι κόπηκα αλλά δεν ισχύει. Αφού όταν αισθάνομαι έτσι, το κάνω. Τόσα χρόνια το κάνω.

Θ: Κι όμως αρκετούς μήνες τώρα δεν μου είχες αναφέρει κάτι τέτοιο, παρότι μου έχεις μιλήσει για αρκετά επώδυνα θέματα όλων αυτών τον καιρό.

A: (θυμωμένα) Τελοσπάντων, εντάξει δεν ήμουν καλά. Μπορούμε να τ' αφήσουμε και να πούμε κάτι άλλο; Αφού είμαι ΟΚ τώρα. Πώς πέρασες στις διακοπές σου;

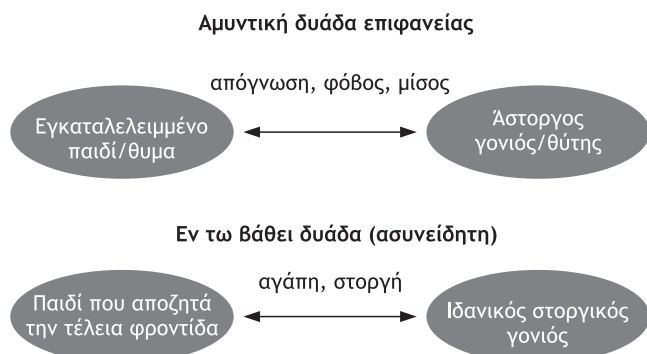
Θ: Νομίζω πως θέλεις να σταματήσουμε να μιλάμε για κάτι επώδυνο, μα και για τη συμφωνία που κάναμε. Ωστόσο

η ερώτηση που μου κάνεις αναδεικνύει και κάτι άλλο. Έχω την εντύπωση πως φαντάζεσαι πως η απουσία μου σηματοδοτεί διακοπές, μια περίοδο διασκέδασης για εμένα, και αδιαφορίας προς εσένα, για το γεγονός ότι εσύ περνούσες δύσκολα και χρειαζόσουν τη φροντίδα μου.

Στο συμπυκνωμένο αυτό απόσπασμα, διαφαίνονται κάποιες από τις βασικές τεχνικές της ΨΕΜ. Ο θεραπευτής από μια τεχνικά ουδέτερη στάση, παρακολουθεί τη λεκτική και εξωλεκτική επικοινωνία του υλικού που φέρνει η ασθενής. Καθοδηγείται από το συναίσθημα (ή την απουσία του) εδώ και τώρα διακρίνοντας την επιθετική παθητικότητα της επικοινωνίας. Ταυτόχρονα παρακολουθεί και τη δική του συναισθηματική εμπειρία αναγνωρίζοντας την αντιμεταβίβαση ως δίοδο επικοινωνίας.

Χρησιμοποιεί εξαντλητικά τη διευκρίνιση για να βοηθήσει την ασθενή να αναστοχαστεί, και να περιγράψει τις σκέψεις και τα συναισθήματά της με ενάργεια (κάτι που με όρους ΨυΒΕ θα ονομαζόταν προαγωγή της εννόησης). Η ιεραρχία των παρεμβάσεων εφόσον υπάρχει ένδειξη αυτοκαταστροφικότητας οδηγεί στη ρητή επίκληση του θεραπευτικού συμβολαίου δηλ. της συμφωνίας για περιορισμό των αυτοτραυματισμών. Η επιμονή του θεραπευτή στην επαναφορά της έμφασης και της προσοχής της ασθενούς στο τι συμβαίνει εδώ και τώρα στη μεταξύ τους (μεταβιβαστική) σχέση τη φέρνει αντιμέτωπη με την αντιφατική της επικοινωνία και επιτρέπει τελικά την ερμηνεία εν τω βάθει δυαδικών αναπαραστάσεων και των συναισθημάτων που συνδέουν αυτές τις δυάδες:

Στο ίδιο κλινικό σενάριο αλλά με μία ΨυΒΕ προσέγγιση, ο θεραπευτής αφού έχει επιχειρήσει να διευκρινίσει το περιστατικό αυτοτραυματισμού με έναν τρόπο που επικοινωνεί το ενδιαφέρον του (και όχι ουδέτερα), στη συνέχεια, όπως και ο θεραπευτής της ΨΕΜ, θα εστίαζε στην εννόηση της συναισθηματικής κατάστασης τόσο στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή του περιστατικού, όσο και στο εδώ και τώρα:



Εικόνα 1. Επιφανειακή και εν τω βάθει δυάδα.

Θ: Όταν σε ακούω να περιγράφεις τι σου συνέβαινε ακούγεται δύσκολη η κατάσταση όσο έλειπα όταν αυτοτραυματίστηκες. Μπορείς να μου πεις τις αισθανόσουν τη στιγμή που συνέβαινε αυτό;

A: Ε, εντάξει ήμουν λίγο πεσμένη, αλλά δεν καταλαβαίνω γιατί το κάνεις να ακούγεται τόσο σοβαρό. Δεν έγινε τίποτα.

Θ: Όταν λες λίγο πεσμένη, τι ακριβώς αισθανόσουν; Μπορείς να μου περιγράψεις εκείνη τη στιγμή στην κουζίνα;

A: Ήμουν μόνη μου, στο σπίτι, και μαγείρευα μετά τη δουλειά για να φάω, δεν ήταν κάτι έξω απ' τα συνηθισμένα.

Θ: Αναρωτιέμαι αν προσπαθείς να περιγράψεις ένα συναίσθημα απομόνωσης και μοναξιάς. Προσπαθώντας να σκεφτώ τι αισθανόσουν, ακούγεται αρκετά δυσάρεστο και βαρύ, ειδικά όταν το σκέφτομαι με βάση τι μου έχεις πει στο παρελθόν για το τι σου συμβαίνει όταν αισθάνεσαι μόνη.

A: (θυμωμένα) Δεν ξέρω... δε νομίζω ότι έχει νόημα όλο αυτό, έρχομαι εδώ κάθε βδομάδα, φεύγω και τίποτα δεν αλλάζει... ίσως έχω κάτι άλλο και χρειάζομαι κάποιου άλλου είδους βοήθεια, μια φίλη που να είναι εκεί για μένα όταν τη χρειάζομαι...

Θ: Τώρα η απάντησή σου αυτή ανταποκρίνεται λίγο περισσότερο σε αυτό που περιγράφεις. Είσαι πιο θυμωμένη και είναι λογικό αυτό το συναίσθημα να υπάρχει, αν εγώ δεν ήμουν διαθέσιμος, όταν με χρειαζόσουν.

A: Ναι, εντάξει, δουλειά σου είναι έτσι και αλλιώς, δεν νομίζω ότι νοιάζεσαι πραγματικά για το τι μου συμβαίνει, αν ζω ή όχι.. κανείς δεν νοιάζεται άλλωστε.

Ο θεραπευτής εκτιμά ότι η ασθενής έρχεται στη συνεδρία φέρνοντας μια δυσλειτουργία στην εννόηση (υποδύεσθαι) όπως αυτή εκδηλώνεται στον διανοητικοποιημένο τρόπο που συνομιλεί μαζί του. Επιχειρεί να εστιάσει στο συναίσθημα που είναι αποκομμένο, και να εννοήσει αυτήν την απουσία συναισθήματος μαζί με την ασθενή. Χρησιμοποιεί αρχικά έναν τόνο που δείχνει ότι από τη θέση του μπορεί να εννοήσει την εμπειρία της ασθενούς (ενσυναισθητική επικύρωση). Η προσπάθειά του να κάνει τη δική του ψυχοσυναισθηματική εννοητική διεργασία διακριτή στην ασθενή και κατανοητή ως ξεχωριστή από τη δική της («όταν σε ακούω να περιγράφεις», «προσπαθώντας να φανταστώ τι αισθανόσουν»), στοχεύει στην εστίαση σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή (στο παράδειγμά μας στο παρελθόν). Η επαναφορά της εννόησης για την ασθενή, οδηγεί στην έξοδο από το υποδύεσθαι και στην έκφραση ενός ζωηρότερου συναισθήματος (θυμός) που ανταποκρίνεται πλέον στην εμπειρία της, και το οποίο ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει για να εννοήσει την εμπειρία της ασθενούς στο εδώ και τώρα, ή σε πιο προχωρημέ-

να στάδια της θεραπείας για να εννοήσει τη μεταβιβαστική σχέση.

Στο παραπάνω συντημημένο κλινικό παράδειγμα που παραθέσαμε για τις ανάγκες της ανασκόπησής μας, βλέπουμε πως η προαγωγή του αναστοχασμού ή της εννόησης είναι βασικό συστατικό και των δύο θεραπειών. Οι θεραπευτές είναι ενεργοί στις παρεμβάσεις τους, δεν είναι σιωπηλοί και αποστασιοποιημένοι, και δεν χρησιμοποιούν αμιγώς την ερμηνεία. Αντίθετα κτίζουν εκκινώντας είτε από πρόδρομες τεχνικές παρεμβάσεις (στην ΨΕΜ) ή από την επικύρωση του συναισθήματος (στην ΨυΒΕ), εστιάζοντας στην αμεσότητα της εμπειρίας και στη θεραπευτική σχέση στο εδώ και τώρα. Η θεραπευτική στάση που υιοθετούν είναι διαφορετική, οι στρατηγικές διακριτές και κατά συνέπεια διαφορετική και η διαχείριση της επικοινωνίας της ασθενούς μέσα στη συνεδρία. Οι διαφορές και συγκλίσεις αυτές προκύπτουν από το διαφορετικό θεωρητικό και ερευνητικό υπόβαθρο από το οποίο εκκινούν η ΨΕΜ και η ΨυΒΕ.

Τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη συγκριτική μελέτη μεταξύ τους δεν έχει πραγματοποιηθεί ακόμα. Είναι γενικά αποδεκτό πως καμία από τις τεκμηριωμένες θεραπείες για την ΟΔΠ δεν υπερέρχει έναντι των άλλων, ως εκ τούτου οι ΨΕΜ και ΨυΒΕ είναι δυνητικά ισοδύναμες όσον αφορά στην αποτελεσματικότητά τους.⁵¹ Ωστόσο η ΨυΒΕ είναι η θεραπεία που αριθμεί τον μεγαλύτερο αριθμό τυχαίοποιημένων μελετών παγκοσμίως, μετά τη Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία, ενώ η ΨΕΜ αριθμεί μόλις 2 τυχαίοποιημένες μελέτες.⁴ Η διαφορετική θεωρητική προσέγγιση και έμφαση των δύο θεραπειών, ευνοεί την σταδιοποίησή τους εντός του πλαισίου μιας συνεκτικής θεραπευτικής δομής⁵²⁻⁵⁴ όπως φαίνεται και από το παράδειγμα της DeanCross, ωστόσο αυτό απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

Σημαντικές είναι οι διαφορετικές κατευθύνσεις που έχουν ακολουθήσει οι δύο θεραπείες για την προσαρμογή του μοντέλου τους σε διαφορετικούς υποπληθυσμούς. Η ΨΕΜ παρέχει μια εκτενή και εμπειριστατωμένη τροποποίηση για τη θεραπεία της ΝΔΠ. Η ΨυΒΕ έχει τροποποιηθεί και προσαρμοστεί για την αντιμετώπιση της ΑΔΠ (πίνακας 2).

Αναπτυξιακό έλλειμμα ή ενδοψυχική σύγκρουση:

Η διαχείριση της επιθετικότητας

Η ΨΕΜ εστιάζει στην επιθετικότητα ως ένα αυτόνομο ένστικτο που μπορεί να παίξει κάποιον ρόλο μεταξύ υποκειμένου και αντικειμένου. Το μοντέλο αυτό τονίζει εμφατικά την εσωτερική σύγκρουση, και την ιδιότητα του ασθενούς ως δρώντος υποκειμένου ικανού για αναστοχασμό σχετικά με τις πράξεις (ή την παθητικότητα) του και τα αντιφατικά εσωτερικά κίνητρό του.

Η ΨυΒΕ αντίθετα θεωρεί πως οι ασθενείς με ΟΔΠ δεν είναι σε θέση να αναστοχαστούν (ή να εννοήσουν) λόγω πρώιμων αναπτυξιακών ελλειμμάτων. Αντιλαμβάνεται την επιθετικότητα ως έκφραση ενός ανεξέλεγκτου αισθήματος εγκατάλειψης και απώλειας του εαυτού, σαν μια πλευρά ή έκφραση ενός τεράστιου πανικού. Αυτό το μοντέλο εστιάζει στο να κατανοήσει τον πανικό ως το κυρίαρχο συναίσθημα με καταγωγή στα ελλείμματα και τραύματα της περιόδου της προσκόλλησης.

Διαφορετικές οπτικές ως προς την οργάνωση της προσωπικότητας

Θεραπευτές και των δύο κατευθύνσεων συμφωνούν ότι ένας ασθενής με ΟΔΠ συχνά έχει ελλείμματα στην ικανότητά του να συλλογιστεί γύρω από τον εσωτερικό του κόσμο και αυτόν των άλλων. Η ΨυΒΕ αυτό το ονομάζει εννοητικά ανεπεξέργαστο, ενώ η ΨΕΜ μιλά για «σχάση» που οδηγεί σε κατακερματισμένες εσωτερικές αναπαραστάσεις του εαυτού και του άλλου.

Ο θεραπευτής της ΨΕΜ υποθέτει ότι οι ασθενείς με ΟΔΠ διαθέτουν ένα στοιχειώδες παρατηρητικό εγώ, το οποίο και επικαλείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επίσης θεωρεί ότι υπάρχει μια διαστρωματική αμυντική οργάνωση όπου ένα συναίσθημα επιφάνειας παρέχει αμυντική λειτουργία έναντι βαθύτερων δυαδικών και συναισθηματικών σχηματισμών. Αντίθετα, οι θεραπευτές ΨυΒΕ, υποστηρίζουν ότι αυτοί οι μηχανισμοί υπολειπούνται σε ασθενείς με ΟΔΠ καθώς η εννόηση κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα ή απουσιάζει.

Ο ρόλος του θεραπευτή

Η ΨΕΜ εστιάζει στον ρόλο του θεραπευτή ως μεταβιβαστικό αντικείμενο. Από την αρχή, η στρατηγική της στοχεύει στον καθορισμό των κυρίαρχων δυαδικών ρόλων και των αντιστοιχιών τους. Η θεραπεία περιστρέφεται γύρω από υποθέσεις για το πώς ο ασθενής «βλέπει» τον θεραπευτή. Η ένταση της μεταβιβαστικής σχέσης χρησιμοποιείται ώστε ο ασθενής να εμβαθύνει στην παρούσα κατάσταση αλλά και στους παρελθοντικούς δυαδικούς ρόλους.

Στην ΨυΒΕ ο θεραπευτής δρα ως εξελικτικό αντικείμενο. Ο στόχος είναι να καθοριστούν τα υπόρρητα μοτίβα, να προσπαθήσει να παραμείνει σε επαφή με τον νοητικό τρόπο λειτουργίας του ασθενούς, και να προσπαθήσει να αναγνωρίσει και να καθορίσει το συναίσθημα με ακρίβεια. Έχει κατά νου πως η θεραπεία θα επανενεργοποιήσει αναπαραστάσεις της προσκόλλησης οι οποίες είναι ανασφαλές εξ ορισμού στους ασθενείς με ΟΔΠ. Η μεταβίβαση προσεγγίζεται συνεργατικά στο πλαίσιο βελτίωσης της εννόησης της διαπροσωπικής σχέσης ασθενούς-θεραπευτή.

Πίνακας 2. Βασικά συγκριτικά στοιχεία των δύο θεραπειών.

	ΨΕΜ	ΨυΒΕ
Θεωρητικό πλαίσιο	Ψυχαναλυτική θεωρία αντικειμενοτρόπων σχέσεων	Θεωρία προσκόλλησης
Ερευνητικά δεδομένα	Χ2 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες	χ7 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες
Τεκμηριωμένες ενδείξεις	ΟΔΠ	ΟΔΠ
Διάρκεια	1-2 έτη	18 μήνες
Συχνότητα	χ1-2/εβδομάδα	χ2/εβδομάδα
Μοντέλο	Ατομική	Συνδυασμός ομαδικής + ατομικής θεραπείας
Επιπρόσθετες ενδείξεις	ΝΔΠ	ΑΔΠ
Τεχνικές τροποποιήσεις και προσαρμοσμένες εφαρμογές	Ομαδική, Εφήβων, Γηριατρική, Ενδο-νοσοκομειακή, Ψυχοδικαστική, Ανώτερης Οργάνωσης (Νευρώσεις).	Παιδιών, Εφήβων, Οικογενειακή, Ομαδική οικογενειών σε σχολικό περιβάλλον, Αναδοχής, Αναστοχαστικών Γονεϊκών Δεξιοτήτων, Τροποποίηση για γενική ψυχιατρική.
Εκπαίδευση Θεραπευτή	Θεωρητικά σεμινάρια α) 42 ώρες (6 μέρες) β) 21 ώρες (3 μέρες)	Θεωρητικά Σεμινάρια α) 3 μέρες β) 2 μέρες
	Κλινική Εμπειρία ≥2 ατομικές θεραπείες ΟΔΠ ή ΝΔΠ, συχνότητας χ1-2/εβδομάδα, διάρκεια ≥2 έτος	Κλινική Εμπειρία ≥4 ατομικές ή ≥2 ομαδικές θεραπείες ΟΔΠ, διάρκεια ≥24 συνεδρίες
	Πιστοποιημένη Εποπτεία ατομική ή ομαδική, διάρκεια ≥2 έτη, παρουσίαση περιστατικού ≥1/μήνα	Πιστοποιημένη Εποπτεία: ατομική ή ομαδική, εβδομαδιαία, παρουσίαση περιστατικού ≥4 ώρες συνολικά
	Αξιολόγηση/Πιστοποίηση Εξετάσεις και έκθεση επόπτη	Αξιολόγηση/ Πιστοποίηση Έκθεση επόπτη και εκθέσεις προόδου
	https://istfp.org/	https://www.annafreud.org/training/mentalization-based-treatment-training/

Το παράδειγμα της κλινικής DeanCross δείχνει πως οι θεραπευτές είναι σε θέση να χρησιμοποιούν δημιουργικά στοιχεία και από τα δύο μοντέλα χωρίς αυτό να δημιουργεί σύγχυση. Αντίθετα η προαγωγή της εννόησης προσεγγίζεται ως σημαντική στόχευση τόσο της ΨυΒΕ όσο και της πρώιμης ΨΕΜ. Ενώ αντιστρόφως στα ύστερα στάδια της ΨυΒΕ οι θεραπευτές μπορούν να δώσουν έμφαση στη μεταβίβαση, χρησιμοποιώντας δεξιότητες τόσο από τον ΨυΒΕ, όσο και από την εκπαίδευσή τους στην ΨΕΜ.

Συμπεράσματα

Παρά τις διαφορές στη θεωρητική έμφαση και τεχνική προσέγγιση των δύο θεραπειών αμφοτέρως μπορούν να οδηγήσουν σε βελτίωση των συμπτωμάτων και των εννοητικών δυνατοτήτων στην ΟΔΠ, σε μεγαλύτερη συνοχή της ταυτότητας του ασθενούς και σε μείωση της χρήσης προ-εννοητικών σχημάτων και πρώιμων αμυντικών μηχανισμών. Τα δεδομένα υποστηρίζουν την αποτελεσματική μείωση των αυτοκατα-

στροφικών συμπεριφορών, της αυτοκτονικότητας, του αριθμού νοσηλειών^{55,56} και την αύξηση της αναστοχαστικής λειτουργίας.⁵⁷

Τα κοινά ή ειδικά στοιχεία της κάθε θεραπείας που οδηγούν σε αυτά τα αποτελέσματα παραμένουν υπό διερεύνηση. Η ενσωμάτωσή τους στην ελληνική πραγματικότητα εντός του υπάρχοντος ψυχιατρικού μοντέλου αποτελεί στοίχημα για το μέλλον, με το συγγενές παράδειγμα της DeanCross να αποτελεί θετικό προγνωστικό στοιχείο, ενώ η προσβασιμότητα του εκπαιδευτικού μοντέλου είναι επίσης ενθαρρυντική.

Ευχαριστίες

Οι δύο συγγραφείς συνεισέφεραν εξίσου στο τελικό χειρόγραφο αυτής της δημοσίευσης. Ευχαριστούν τον Dr Tennyson Lee για τη διδασκαλία και καθοδήγησή του σχετικά με την ψυχοθεραπεία σε ιατρικό πλαίσιο και τις τεκμηριωμένες θεραπείες για την ΟΔΠ κατά σειρά ετών, καθώς και για τα χρήσιμα σχόλιά του πάνω σε προσχέδια αυτού του χειρογράφου.

Βιβλιογραφία

- Gabbard G. *Psychodynamic psychiatry in clinical Practice*. Fifth Edition. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2014
- Chartokollis P. Borderline Personality Disorder. *Oedipus* 2010, 4:336–348 (in Greek)
- Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep* 2017, 4:21–30, doi: 10.1007/s40473-017-0103-z
- Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS et al. *Psychological therapies for people with borderline personality disorder*. Cochrane Database Syst Rev 2020, 5:CD012955, doi: 10.1002/14651858.CD012955.pub2
- Gunderson J, Masland S, Choi-Kain L. Good psychiatric management: a review. *Curr Opin Psychol* 2018, 21:127–131, doi: 10.1016/j.copsyc.2017.12.006
- Pearce S, Scott L, Attwood G et al. Democratic therapeutic community treatment for personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2017, 210:149–156, doi: 10.1192/bjp.bp.116.184366
- Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N, Gardner T, Fonagy P. A randomised controlled trial of mentalization based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry* 2016, 16: 304, doi: 10.1186/s12888-016-1000-9
- Diamond D, Yeomans F, Stern B, Levy K, Hörz S, Doering S et al. Transference Focused Psychotherapy for Patients with Comorbid Narcissistic and Borderline Personality Disorder. *Psychoanal Inq* 2013, 33:527–551, doi: 10.1080/07351690.2013.815087
- Vaslamatzis G, Theodoropoulos P, Vondikaki S, Karamanolaki H, Milia Tsanira M, Gourounti K. Is the residential combined (psychotherapy plus medication) treatment of patients with severe personality disorder effective in terms of suicidality and impulsivity? *J Nerv Ment Dis* 2014, 202:138–143, doi: 10.1097/NMD.0000000000000083
- Vaslamatzis G, Zervis C, Ioannovits E, Kokkosi M, Lamnidis N, Tsani C et al. Borderline patient: Psychoanalytic psychotherapy in clinical framework. Kastaniotis Editions, Athens, Greece, 2005 (In Greek)
- Gonidakis F et al. Talking about the Borderline Personality Disorder. Beta, Athens, Greece, 2018 (in Greek)
- Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. Guilford Press, New York, 2006
- Ryle A, Kerr I. *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*. John Wiley & Sons Ltd, London, 2002, doi: 10.1002/9780470713587
- Fonagy P, Vrouva I. Mentalisation and Borderline Personality Disorder: A psychodynamic model of personality pathology based on attachment theory. *Oedipus* 2010, 4:349–391 (in Greek)
- Margariti M, Papageorgiou C. Psychiatric specialty training in Greece: Comparative analysis of educational programs (2000 vs 2014). *Psychiatriki* 2017, 28:111–119, doi: 10.22365/jpsych.2017.282.111
- Margariti MM, Kontaxakis VP, Kollias K, Paplos K, Christodoulou GN. Psychotherapy in postgraduate psychiatric training: attitudes of residents. *Psychother Psychosom* 2001, 70:112–114, doi: 10.1159/000056235
- Kanter Bax O, Nerantzis G, Lee T. Transference-focused psychotherapy as an aid to learning psychodynamic psychotherapy: qualitative analysis of UK psychiatry trainees' views. *BJ Psych Bull* 2020, 17:1–7, doi: 10.1192/bjb.2020.129
- Lee T, Grove P, Garrett C, Whitehurst T, Kanter-Bax O, Bhui, K. Teaching trainee psychiatrists a Mentalization-Based Treatment approach to personality disorder: Effect on attitudes. *BJ Psych Bull* 2021, 45:1–5, doi: 10.1192/bjb.2021.50
- Ventura Wurman T, Lee T, Bateman A, Fonagy P, Nolte T. Clinical management of common presentations of patients diagnosed with BPD during the COVID-19 pandemic: the contribution of the MBT framework. *Couns Psychol Q* 2020, doi: 10.1080/09515070.2020.1814694
- Kernberg OF. Neurobiological correlates of object relations theory: The relationship between neurobiological and psychodynamic development. *International Forum of Psychoanalysis* 2015, 24:38–46, doi: 10.1080/0803706X.2014.912352
- Luyten P, Fonagy P. The neurobiology of mentalizing. *Personal Disord* 2015, 6:366–379, doi: 10.1037/per0000117
- Vaslamatzis G. Combination of psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy for patients with Personality Disorders: recent findings. *Psychiatriki* 2014, 25:167–170, PMID: 25367659 (in Greek)
- Weinberg I, Godblatt, Meltsberger J. Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2010, 13:60–68, doi: 10.1007/s11920-010-0167-x.
- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1563–1569, doi: 10.1176/ajp.156.10.1563
- Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009, 166:1355–1364, doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040539
- Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012, 51:1304–1313, doi: 10.1016/j.jaac.2012.09.018
- Jørgensen CR, Bøye R, Andersen D, Døssing Blaabjerg AH, Freund C, Jordet H et al. Eighteen months post-treatment naturalistic follow-up study of mentalization-based therapy and supportive group treatment of borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning. *Nord Psychol* 2014, 66:254–273, doi: 10.1080/19012276.2014.963649
- Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N, Gardner, T, Fonagy P. A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC psychiatry* 2016, 16:304, doi: 10.1186/s12888-016-1000-9
- Philips B, Wennberg P, Konradsson P, Franck J. Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *Eur Addict Res* 2018, 24:1–8, doi: 10.1159/000485564
- Robinson P, Hellier J, Barrett B et al. The NOURISHED randomised controlled trial comparing mentalisation-based treatment for eating disorders (MBT-ED) with specialist supportive clinical management (SSCM-ED) for patients with eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *Trials* 2016, 17:549, doi: 10.1186/s13063-016-1606-8
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Genl Psychiatry* 2006, 63:649–658, doi: 10.1001/archpsyc.63.6.649

32. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg, OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007, 164:922–928, doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.922
33. Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010, 196:389–395, doi: 10.1192/bjp.bp.109.070177
34. Diamond D, Yeomans F, Stern B, Kernberg OF. *Treating Pathological Narcissism with Transference-Focused Psychotherapy*. Guildford Press, New York, 2021
35. Kernberg O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Rowman & Littlefield, Maryland, 1995.
36. Kernberg O. *Severe Personality Disorders*. Yale University Press, New Haven, 1984.
37. Kernberg O. New developments in Transference Focused Psychotherapy. *Int J Psychoanal*, Annual Greek Edition 2017, 5:203–234, doi: 10.1111/1745-8315.12289
38. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007, 164:1–8, doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.922
39. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:649–658, doi: 10.1001/archpsyc.63.6.649
40. Kernberg O. Structural Interviewing. *Psychiatr Clin North Am* 1981, 4:169–95, PMID: 7232235
41. Clarkin JF, Caligor E, Stern BL, Kernberg OF. Structured Interview of Personality Organization (STIPO). New York. Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University 2003. Available from <https://www.borderlinedisorders.com/assets/Structured-Interview-of-Personality-Organization.pdf>
42. Aisenstein M, Smadja C. Conceptual framework from the Paris Psychosomatic School: A clinical psychoanalytic approach to oncology. *Int J Psychoanal* 2010, 91:621–640, doi: doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00256.x
43. Aisenstein M. Psychoanalytic work and severe illness. *Le Carnet/PSY* 2008, 4:29–34, doi: 10.3917/lcp.126.0029 (in French)
44. Fonagy P. On tolerating mental states: theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre* 1989, 12:91–115, doi: 10.1111/j.1745-8315.2010.00256.x
45. Bateman A, Fonagy P. *Mentalisation - Based Treatment for Borderline Personality Disorder, A practical guide*. Oxford University Press, Oxford, 2006, doi: 10.1093/med/9780198570905.001.0001
46. Allen J, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2008, doi: 10.1176/appi.books.9781615370887
47. Kalamatianos A, Canellopoulos L. Attachment and Defense Mechanisms in subjects diagnosed with Borderline Personality Disorder. *Psychologia* 2020, 20:1–15, doi: 10.12681/psy_hps.23514 (in Greek)
48. Vaslamatzis G, Coccossis M, Zervis C, Panagiotopoulou V, Chatziandreu M. A psychoanalytically oriented combined treatment approach for severely disturbed borderline patients: The Athens project. *Bull Menninger Clin* 2004, 68:337–349, doi: 10.1521/bumc.68.4.337.56640
49. McGilloway A, Hall RE, Lee T, Bhui KS. A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment. *BMC Psychiatry* 2010, 10:33, doi: 10.1186/1471-244X-10-33. PMID: 20459788; PMCID: PMC2882360.
50. Hossain A, Malkov M, Lee T, Bhui K. Ethnic Variation of Personality Disorder of 6 years of hospital admissions in East London Mental Health Services. *BJ Psych Bull* 2018, 42:157–161, doi: 10.1192/bjb.2018.31
51. Verheugt-Pleier A, Debenmager M. Transference-Focused Psychotherapy and Mentalization-Based Treatment: Brother and sister? *Psychoanal Psychother* 2006, 20:297–315, doi: 10.1080/02668730601020374
52. Choi-Kain LW, Albert EB, Gunderson JG. Evidence-Based Treatments for Borderline Personality Disorder: Implementation, Integration, and Stepped Care. *Harv Rev Psychiatry* 2016, 24:342–356, doi: 10.1097/HRP.0000000000000113
53. Kooiman CG, Kuipers GH, Huffstadt C. Transference focused psychotherapy (TFP) and principles of mentalisation in inpatient psychotherapy; a matter of form and content. *Tijdschr Psychiatr* 2013, 55:939–948, PMID: 24366832 (in Dutch)
54. Lohmer M. Mentalization based treatment (MBT) and Transference-focused psychotherapy (TFP) new concepts for the further development of psychodynamic psychotherapy. *PDP - Psychodynamische Psychotherapie* 2020, 19:138–152, doi: 10.21706/pdp-19-2-138 (in German)
55. Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman, RH, Kernberg OF. The mechanisms of change in the treatment of transference focused psychotherapy. *J Clin Psychol* 2006, 62:481–501, doi: 10.1002/jclp.20239
56. Kvarstein EH, Pedersen G, Urnes O, Hummelén B, Wilberg T, Karterud S. Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder - Does it make a difference? *Psychol Psychother Theory Res Pract* 2015, 88: 71–86. doi:10.1111/papt.12036
57. Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S, Hörz S, Zimmermann J, Rentrop M et al. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *Br J Psychiatry* 2015, 207:173–174, doi: 10.1192/bjp.bp.113.143842

Review

Transference focused psychotherapy and mentalization based treatment. Evidence based psychotherapies for borderline personality disorder

Orestis Kanter Bax,^{1,2} Georgios Nerantzis^{1,3}

¹Centre for Understanding Personality Disorder (CUSP), DeanCross Personality Disorder Service, London,

²Southend Complex Needs, Personality Disorder & Psychotherapy Service, Essex Partnership University NHS Foundation Trust, Southend-on-Sea,

³Specialist Psychotherapy Service, City & Hackney Psychotherapy Department, East London NHS Foundation Trust, London, UK

ARTICLE HISTORY: Received 13 April 2021/Revised 14 July 2021/Published Online 21 February 2022

ABSTRACT

Over the past decades mental health services around the world are faced with a high number of patients with borderline personality disorder (BPD) which has resulted in a particular emphasis on research for specialist treatments for this class of disorders. At least 5 psychotherapeutic models are based on evidence from clinical trials that support their effectiveness. In this review we present the latest research evidence as well as a summary of the basic characteristics of Transference-Focused Psychotherapy and Mentalization Based Treatment, which are not yet widely used in Greece. The two modalities originate from the psychoanalytic tradition and they have various points of convergence and divergence with regards to their structure (individual, group, combined) the role of the therapist and their use of basic theoretical concepts (eg. attachment, aggression). Their descriptive presentation in the form of a treatment manual and the standardisation of their training model, makes them accessible for training therapists and allows their introduction in psychiatric training programmes. We present a clinical case as an example of the application of the two approaches, along with the clinical and research paradigm originating from DeanCross Personality Disorder Service in London and the Centre for Understanding Personality Disorder, in order to compare the basic theoretical and technical characteristics of the two therapeutic modalities in view of their unique application within one outpatient service in the community. DeanCross provides a mixed MBT model (group, individual) with psychiatric input, which has been updated by the introduction of TFP in individual and group formats. Our review aligns with the international current that does not regard the two models in competition with each other; instead, we present a successful paradigm of their compatibility and mutual enrichment. The successful introduction of these therapies in the British public healthcare system, which is similar in its characteristics to the Greek national health system, is an encouraging prognostic factor when it comes to the applicability of these models in the Greek paradigm. It is a necessary prerequisite that clinical and theoretical knowledge of services that care for populations with a high prevalence of BPD is updated, and the current review makes a contribution in this direction.

KEYWORDS: Transference, mentalization, borderline, narcissistic, evidence based, psychotherapy.

Ειδικό άρθρο

Το μοντέλο της συμπαραγωγής (co-production) στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Ευανθία Σακελλάρη,^{1,2,*} Κωνσταντίνος Τσούκας,^{1,3,*} Γεράσιμος Κολαΐτης,⁴ Αρετή Λάγιου^{1,2}

¹Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,

²Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,

³Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και Επαγγελματική Επανάταξη (ΠΕΨΑΕΕ), Αθήνα

⁴Παιδοψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, ΓΝΠ «Η Αγία Σοφία»

* Αυτοί οι συγγραφείς συνέβαλαν εξίσου στη μελέτη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 2 Απριλίου 2021/Αναθεωρήθηκε 27 Ιουνίου 2021/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 21 Φεβρουαρίου 2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το δικαίωμα της εμπλοκής των ληπτών υπηρεσιών στις αποφάσεις που αφορούν στην υγεία και στην ποιότητα της ζωής τους δεν συνιστά απλώς μια ηθική διάσταση, αλλά και μια βασική παράμετρο της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Μέσω της συμπαραγωγής (co-production) οι λήπτες υπηρεσιών έχουν μία θέση ισότιμου εταίρου σε μια ολοκληρωμένη διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τον σχεδιασμό των υπηρεσιών όσο την παροχή και την αξιολόγησή τους. Το μοντέλο της συμπαραγωγής δεν αποτελεί μία νέα έννοια αλλά μία αναδυόμενη ιδέα για τις υπηρεσίες υγείας και ειδικά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το συγκεκριμένο μοντέλο διέπεται από βασικές αρχές και αξίες, όπως η αναγνώριση των ατόμων ως ενεργών συμμετεχόντων με πολύτιμες εμπειρίες, η αξιοποίηση των υφισταμένων δυνατοτήτων, η ανταλλαγή και αμοιβαιότητα, η υποστήριξη ομότιμων, η εξάλειψη των διακρίσεων, και η διευκόλυνση αντί για στεγνή παροχή υπηρεσιών. Τα οφέλη είναι πολλά και σημαντικά, τόσο για τους λήπτες (π.χ. ενίσχυση της εμπιστοσύνης στις υπηρεσίες, μείωση του στίγματος κ.λπ.), όσο και για τους επαγγελματίες υγείας και τις δομές (π.χ. εξωστρέφεια και διάχυση, αύξηση του βαθμού κατανόησης των αναγκών, αλλαγή στάσεων, αποτελεσματικότερη χρήση πόρων κ.λπ.). Ωστόσο, υπάρχουν και περιορισμοί που απορρέουν από την εφαρμογή της και αφορούν στους λήπτες, τους επαγγελματίες, την κοινότητα και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Η βιβλιογραφία, όσον αφορά στη συμπαραγωγή, είναι σχετικά περιορισμένη, ενώ υπάρχει πλήθος δημοσιεύσεων που αναφέρονται σε έννοιες συναφείς με τη συμπαραγωγή και τις αρχές της (π.χ. ενδυνάμωση, συνηγορία, ανάκαμψη, κ.ά.). Η υιοθέτηση της συμπαραγωγικής προσέγγισης στη χώρα μας θα μπορούσε να αποφέρει εξαιρετικά σημαντικά οφέλη στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προσδίδοντάς τους έναν περαιτέρω μεταρρυθμιστικό χαρακτήρα, εδραιώνοντας μία ισότιμη σχέση μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών των υπηρεσιών.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Συμπαραγωγή, ψυχική υγεία, λήπτες υπηρεσιών, επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια διαφαίνεται έντονα η ανάγκη αναθεώρησης των συστημάτων υγείας και κατ' επέκταση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με σκοπό όχι απλώς την τοποθέτηση του ατόμου που λαμβάνει υπηρεσίες στο επίκεντρο της φροντίδας ως αποδέκτη της, αλλά την αναγνώριση του δικαιώματος και της αξίας της εμπλοκής

του σε αποφάσεις που διαμορφώνουν και επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του.¹⁻³

Σε ένα πρώτο επίπεδο, η συνεργατικότητα (collaboration) αντιπροσωπεύοντας την ανθρωποκεντρική κουλτούρα της κοινοτικής ψυχιατρικής και την προσέγγιση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου,⁴ εξαλείφει τα πατερναλιστικά πρότυπα⁵ και προάγει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου το οποίο λαμβάνει υπηρεσίες, στη λήψη α-

ποφάσεων που το αφορούν,³ μέσα από τη δυναμική αλληλεπίδραση και συνεργασία με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας.^{6,7}

Η έννοια της συμπαραγωγής αποτελεί μία αναδυόμενη ιδέα που πρεσβεύει έναν δομικό μετασχηματισμό των υπηρεσιών, εδραιώνοντας περαιτέρω τη συμμετοχή του ατόμου σε αποφάσεις και ενέργειες που αφορούν στην παραγωγή όσο και τον σχεδιασμό των ίδιων των υπηρεσιών που λαμβάνει.⁸ Αυτή η μορφή συνεργασίας δεν περιορίζεται μόνο στη διάσταση της συμμετοχικότητας αλλά στηρίζεται σε μια ισότιμη εταιρική σχέση ληπτών και επαγγελματιών.^{9,10}

Το μοντέλο της συμπαραγωγής

Η συμπαραγωγή (co-production), ορίζεται ως η παροχή υπηρεσιών, των οποίων οι λήπτες δεν αποτελούν μεμονωμένοι καταναλωτές αλλά συμμετέχουν στην παραγωγή τους μέσω μίας ισότιμης και αμοιβαίας σχέσης μεταξύ των επαγγελματιών και των ληπτών των υπηρεσιών.¹¹⁻¹³ Η συμπαραγωγή δεν αναφέρεται μόνο στην παροχή των υπηρεσιών αλλά περιλαμβάνει όλα τα στάδια, από τον σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την παροχή τους, έως την αξιολόγηση και τη διαρκή τους βελτίωση.¹⁴ Σε αντίθεση με την παραδοσιακή συμμετοχή των πολιτών, δεν ζητείται από τους λήπτες των υπηρεσιών να εκφράσουν μόνο τη γνώμη τους αλλά και να αποτελέσουν μέρος της σύλληψης, της διαμόρφωσης και της διαχείρισης των υπηρεσιών. Συνεπώς, οι λήπτες δεν είναι τυπικοί αποδέκτες, ούτε όμως και απλοί συμμετέχοντες, αλλά εταίροι^{8,11} με πολύτιμη εμπειρία που μπορεί να αξιοποιηθεί για τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Η συμπαραγωγή δεν αποτελεί ένα νέο φαινόμενο αλλά μία αναδυόμενη ιδέα με ιστορικές ρίζες.¹¹ Περιγράφηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1970 από τον Elinor Ostrom, Οικονομολόγο στο Πανεπιστήμιο της Ιντιάνα, ο οποίος χρησιμοποίησε τη λέξη «συμπαραγωγή» για να εξηγήσει γιατί τα ποσοστά εγκληματικότητας αυξήθηκαν όταν η αστυνομία άλλαξε την τακτική αστυνόμευσης από την πεζή περιπολία στη χρήση οχημάτων. Οι σχέσεις που ανέπτυξε η αστυνομία με τους πολίτες και οι άτυπες γνώσεις και εμπειρίες που αντάλλαξαν με την κοινότητα όταν πραγματοποιούσαν πεζή περιπολία ήταν κρίσιμες για την πρόληψη και επίλυση εγκλημάτων.¹⁵ Συνεπώς, υποστήριξε ότι η αστυνομία χρειάζεται τις κοινότητες και οι κοινότητες χρειάζονται την αστυνομία και χρησιμοποίησε τον όρο συμπαραγωγή για να περιγράψει αυτήν τη σχέση.¹³

Στη συνέχεια, συναντάται στα πολιτικά δικαιώματα και την κοινωνική φροντίδα, όπου οι φορείς χάραξης πολιτικής στο πλαίσιο της κοινωνικής φροντίδας και

στην ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου άρχισαν να αναζητούν πιο συμμετοχικούς τρόπους παροχής υπηρεσιών.^{12,15} Κατά τις δεκαετίες '90 και '00 αρχίζει να εφαρμόζεται, ως πρακτική, όλο και περισσότερο, αρχικά στο Ηνωμένο Βασίλειο¹⁶ και σταδιακά ανά την Ευρώπη, κυρίως στην κοινωνική φροντίδα και αργότερα στον χώρο της ψυχικής υγείας.⁸ Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ίδρυση του Κέντρου Συμπαραγωγής στην Ψυχική Υγεία (Centre for Co-Production in Mental Health) στο Πανεπιστήμιο του Middlesex.¹⁷

Αν και η βιβλιογραφία, για το μοντέλο της συμπαραγωγής, είναι σχετικά περιορισμένη, ωστόσο εντοπίζονται αρκετές δημοσιεύσεις που αναφέρονται σε συναφείς θεωρητικές έννοιες και καλές πρακτικές, στις οποίες στρέφεται τα τελευταία χρόνια η πολιτική για την ψυχική υγεία σε διεθνές επίπεδο. Οι προσεγγίσεις αυτές προάγουν μία τάση «εκδημοκρατισμού» στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Mental Health Democracy), δηλαδή αναδιανομής των παραδοσιακών σχέσεων εξουσίας, με μεγαλύτερη εμπλοκή και συμμετοχή των ίδιων των ληπτών στις αποφάσεις που αφορούν στους ίδιους (Shared Decision Making).¹⁸ Η συνηγορία (advocacy), ως εφελτήριο για την ανάδειξη και προστασία των δικαιωμάτων των ληπτών, η ανάκαμψη (recovery) ως ανθρωποκεντρική προσέγγιση συμμετοχικής αποκατάστασης, καθώς και η ενδυνάμωση (empowerment) ως εργαλείο ενίσχυσης της φωνής των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες, αποτελούν σύγχρονες προσεγγίσεις με αυτά τα χαρακτηριστικά και συνδέονται στενά με τη συμπαραγωγή.

Η έννοια της συνηγορίας αναπτύχθηκε τόσο για την προώθηση και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας όσο και για τη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων.^{19,20} Η συνηγορία δεν αφορά μόνο στους λήπτες των υπηρεσιών, αλλά και στους φορείς που τις παρέχουν, οι οποίοι μπορούν επίσης να επικεντρωθούν στα εμπόδια για την ψυχική υγεία, όπως έλλειψη υπηρεσιών, κακή ποιότητα φροντίδας, πατερναλιστικές υπηρεσίες, έλλειψη πληροφοριών σχετικά με θεραπείες, κατάχρηση και άλλες παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων.²¹⁻²³

Μία προσέγγιση εστιασμένη στην ανάκαμψη εξασφαλίζει το δικαίωμα του ατόμου να αποφασίζει από κοινού με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας και να συμμετέχει σε ένα σχέδιο αποκατάστασης που αποβλέπει στην ανακατεύθυνση της καθημερινότητάς του και προάγει μια διαδρομή προς τον αυτοπροσδιορισμό και την προσωπική του ανάπτυξη, μεγιστοποιώντας το αίσθημα της ελπίδας και της ικανοποίησης.²⁴⁻²⁶ Η συμπαραγωγή επίσης προάγει την ανάκαμψη αντιμετωπίζοντας το στίγμα, βελτιώνοντας συνολικά τις δεξιότητες, προωθώντας την απασχόληση, ενισχύοντας τα αποτελέσματα της ψυχικής

και σωματικής ευεξίας.^{27,28} Η συμπαραγωγή, αν και δεν είναι συνώνυμη με την ανάκαμψη, είναι μια στρατηγική προς αυτήν, η οποία βασίζεται στην πεποίθηση ότι η ανάκαμψη είναι δυνατή.²⁹

Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι, ιστορικά, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας παρουσιάζουν έλλειψη «φωνής» καθώς παραδοσιακά δεν συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που λαμβάνουν και συνεχίζουν να διατρέχουν κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού και διακρίσεων σε όλες τις πτυχές της ζωής.³⁰ Η ενδυνάμωση αναφέρεται στο επίπεδο επιλογής, επιρροής και ελέγχου που μπορούν οι λήπτες υπηρεσιών να ασκούν σε γεγονότα της ζωής τους.³¹ Αποτελεί μία προσέγγιση που ενισχύει την αυτοεκτίμηση των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες και μειώνει το προσωπικό στίγμα,³² καθώς αυξάνει το αίσθημα ελέγχου στις αποφάσεις που αφορούν στην ψυχική υγεία τους και την ποιότητα ζωής τους. Δυναμώνει τη φωνή των ληπτών των υπηρεσιών και αποδυναμώνει μακροπρόθεσμα τις σχέσεις ισχύος και εξουσίας ανάμεσα στους εμπλεκόμενους.²² Η ενδυνάμωση συνεπώς συνιστά ενδυνάμωση και του ρόλου του λήπτη των υπηρεσιών σε μία διαδρομή προς την επίτευξη της συμπαραγωγής.

Αρχές της συμπαραγωγής

Υπάρχουν έξι θεμελιώδεις αρχές που πλαισιώνουν τη συμπαραγωγή, οι οποίες υποστηρίζουν παρόμοιες αξίες και ευθυγραμμίζονται στην ίδια κατεύθυνση για την επίτευξή της.

1. Αναγνώριση των ατόμων ως ενεργών συμμετεχόντων με πολύτιμες εμπειρίες

Απαιτείται η αλλαγή της στάσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ώστε οι λήπτες των υπηρεσιών να μην προσεγγίζονται ως παθητικοί αποδέκτες αλλά ως άτομα με δυνατά σημεία και εμπειρίες, πολύτιμες για τη διαμόρφωση των υπηρεσιών.²⁷ Προϋπόθεση είναι η προσέγγιση των ληπτών ως ενεργών ισότιμων εταίρων και όχι ως εξυπηρετούμενων που επιβαρύνουν τις υπηρεσίες.^{11,33} Οι λήπτες των υπηρεσιών, συμμετέχουν τόσο στον καθορισμό της ατζέντας και των προτεραιοτήτων όσο και στη λήψη αποφάσεων από την αρχή.³⁴

2. Αξιοποίηση των υφισταμένων δυνατοτήτων

Οι υπηρεσίες θα πρέπει όχι μόνο να αναγνωρίζουν τις υπάρχουσες δυνατότητες των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες, αλλά να επιδιώκουν την παροχή ευκαιριών με σκοπό την προσωπική τους ανάπτυξη. Να υποστηρίξουν τον επαναπροσδιορισμό μιας καθημερινότητας πέρα από τη νόσο και τα συμπτώματα, σχεδιάζοντας από

κοινού γύρω από τις προσωπικές προτιμήσεις, τις δυνατότητες και δεξιότητές τους.^{27,35,36}

3. Ανταλλαγή και αμοιβαιότητα

Η συμπαραγωγή στηρίζεται στις αμοιβαίες σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών υπηρεσιών, προάγοντας τη συνύπαρξη και λειτουργία σε ένα περιβάλλον με ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών αλλά και με αμοιβαίες ευθύνες, δεσμεύσεις, προσδοκίες.^{11,35}

4. Δίκτυα υποστήριξης ομοτίμων (peer support)

Η μάθηση από ομοτίμους (peer-to-peer learning) είναι εξαιρετικά σημαντική για την συμπαραγωγή, χρήσιμη για να εμπνεύσει και να κινητοποιήσει, μέσω παραδειγμάτων, σε πρακτικά θέματα, οικοδομώντας σχέσεις εμπιστοσύνης και δημιουργώντας νέους τρόπους συνεργασίας.³⁷ Δεν αντικαθιστά τον υποστηρικτικό ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά τον ενισχύει προς την κατεύθυνση διάχυσης της γνώσης και της ενδυνάμωσης.^{27,38}

5. Εξάλειψη των διακρίσεων

Αναπροσαρμογή της μεθοδολογίας σχεδιασμού, ανάπτυξης και παροχής των υπηρεσιών με σκοπό την εξάλειψη των στεγανών και των διακρίσεων μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών υπηρεσιών.³⁵

6. Διευκόλυνση

Οι υπηρεσίες παρέχονται με έναν χαρακτήρα διευκόλυνσης, στη βάση της αξιοποίησης των υφισταμένων δυνατοτήτων και δεν παρέχονται παθητικά.^{11,27}

Η διαδρομή προς τη συμπαραγωγή

Η πορεία προς την επίτευξη της συμπαραγωγικής διαδικασίας, διακρίνεται από τρία στάδια μετάβασης και μετασχηματισμού του προφίλ των υπηρεσιών μετατρέποντας τα μονομερή μοντέλα οργάνωσης σε ισότιμα συμμετοχικά. Σε αυτή τη διαδρομή ο λήπτης των υπηρεσιών μετατρέπεται από παθητικός αποδέκτης σε εμπλεκόμενος και καταλήγει εταίρος.

1. Τήρηση οδηγιών – «Συμμόρφωση» (Compliance)

Στο στάδιο αυτό, οι λήπτες των υπηρεσιών τηρούν τις οδηγίες των επαγγελματιών, συνεισφέροντας στην παραγωγή μεμονωμένων αποτελεσμάτων. Ενδέχεται να συμμετέχουν σε διαδικασίες αξιολόγησης, προγραμματισμού και ανάθεσης, ωστόσο απουσιάζουν από τον ισότιμο σχεδιασμό των υπηρεσιών.^{8,39} Η ευελιξία που απαιτείται συγκρούεται με προϋπάρχοντες στόχους, άκαμπτους τρόπους λειτουργίας και ιεραρχίες.⁴⁰

2. Ενδιάμεση κατάσταση – Υποστήριξη (intermediate-support)

Σε μία ενδιάμεση κατάσταση διαπιστώνεται μια πληρέστερη αναγνώριση και εκτίμηση πολλών ατόμων, τα οποία από κοινού παράγουν αποτελέσματα με έμφαση στον αμοιβαίο σεβασμό. Παρατηρείται μερικός βαθμός εμπλοκής και ανατροφοδότησης των ληπτών προς τους επαγγελματίες. Οι λήπτες ενημερώνονται για τυχόν αλλαγές στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα προγράμματα, αλλά πάντα σε μια προϋπάρχουσα βάση περιορισμών και κανόνων πλαισίου.^{8,41}

3. Μετασχηματισμός (Transformation)

Στο επίπεδο αυτό παρατηρείται πλήρης μετασχηματισμός των παρεχομένων υπηρεσιών, με τους επαγγελματίες και τους λήπτες να αποτελούν ισότιμους εταίρους στη λήψη κοινών αποφάσεων. Δημιουργούνται νέες σχέσεις μεταξύ των ατόμων που παρέχουν τις υπηρεσίες και εκείνων που τις χρησιμοποιούν, επαναπροσδιορίζοντας τον λήπτη ως ειδικό, διευκολύνοντας νέες μορφές ομότιμης υποστήριξης (peer support). Δεν εξαντλείται το ενδιαφέρον σε θέματα υπηρεσιών ή αμιγώς κλινικής φύσεως αλλά ενσωματώνονται ευρύτερα ζητήματα ποιότητας της ζωής.^{8,42} Για να υπάρξει ουσιαστικά αυτός ο μετασχηματισμός, θα πρέπει να μετακυλήσουν κάποιοι ηγετικοί ρόλοι στους λήπτες των υπηρεσιών και αυτό απαιτεί νέες σχέσεις με επαγγελματίες της πρώτης γραμμής οι οποίοι χρειάζονται εκπαίδευση και εξουσιοδότηση να αναλάβουν αυτούς τους νέους ρόλους.^{42,43}

Τα οφέλη της συμπαραγωγής

Όταν οι υπηρεσίες διαμορφώνονται στηριζόμενες στις αρχές και στις αξίες που πρεσβεύει η συμπαραγωγική προσέγγιση προκύπτουν σημαντικά οφέλη τόσο για τους λήπτες/άτομα της κοινότητας όσο και τους επαγγελματίες ως ισότιμους εταίρους.

Για τους λήπτες των υπηρεσιών:

- *Ενίσχυση της εμπιστοσύνης στις υπηρεσίες*

Η συμπαραγωγική διαδικασία εδραιώνει τη συνθήκη «από την κοινότητα στην κοινότητα», εξαλείφοντας κάθε απόσταση μεταξύ δομών και τοπικών κοινωνιών. Η ενεργός και ισότιμη συμμετοχή στις διαδικασίες μειώνει την καχυποψία, τις προκαταλήψεις, ενώ παράλληλα αυξάνει την αίσθηση αξιοπιστίας.^{40,43}

- *Αύξηση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαποτελεσματικότητας*

Ενισχύεται η αυτοεκτίμηση και η αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου που λαμβάνει υπηρεσίες, ενδυναμώνοντας τον ρόλο του σε μία ισότιμη εταιρική σχέση που του αποδίδει μια νέα «ταυτότητα».⁴⁴

- *Ενίσχυση των μηχανισμών πρόληψης και βελτίωση της ποιότητας ζωής*

Μέσω της συμπαραγωγής, ενθαρρύνεται η αυτοβοήθεια και η αλλαγή συμπεριφοράς, η υιοθέτηση προστατευτικών παραγόντων που προάγουν την υγεία και την ευημερία. Παράλληλα, τα ενισχυμένα τοπικά κοινωνικά δίκτυα και η υποστήριξη μέσω ομοτίμων, εξασφαλίζουν την έγκαιρη πρόληψη προβλημάτων και την πρώιμη ανίχνευσή τους, προτού αυτά αποτελέσουν μείζονα.^{11,45}

- *Μείωση του στίγματος*

Το στίγμα και η προκατάληψη, που ενδεχομένως προκύπτουν από τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εξαλείφονται μέσω της ανάπτυξης δικτύων από ομοτίμους.⁴⁶ Δημιουργείται ένα κοινωνικό μωσαϊκό που περιλαμβάνει λήπτες υπηρεσιών που ταυτόχρονα απασχολούνται στις υπηρεσίες αποτελώντας τους υποστηρικτικούς κρίκους άλλων ληπτών.

- *Ενίσχυση της ικανότητας των κοινοτήτων να παράγουν κοινωφελείς υπηρεσίες*

Η ενεργός συμμετοχή των μελών της κοινότητας στον σχεδιασμό των υπηρεσιών οδηγεί στην παραγωγή νέων με επίκαιρο και κοινωφελή προσανατολισμό.^{47,48}

Για τους επαγγελματίες και τις δομές:

- *Εξωστρέφεια και διάχυση*

Η συμπαραγωγική προσέγγιση ενισχύει την επικοινωνία και τη στενή συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών υπηρεσιών, την εξωστρέφεια των δομών και τη διάχυση των υπηρεσιών τους στην κοινότητα.^{33,48}

- *Αύξηση της προσβασιμότητας*

Η ισότιμη εταιρική σχέση, αυξάνει την προσβασιμότητα αμφίδρομα. Οι δομές και οι υπηρεσίες ενσωματώνονται στις τοπικές κοινωνίες, χωρίς να χρήζουν διαδικασίες συνεχούς διασύνδεσης για την αναγνώριση του ρόλου και του παρεχόμενου έργου ώστε να εξασφαλίσουν την πρόσβασή τους σε αυτές.^{27,49}

- *Αύξηση του βαθμού κατανόησης των αναγκών*

Η συμπαραγωγή υπηρεσιών εξασφαλίζει αποτελεσματική αναγνώριση αναγκών και υψηλή εξατομίκευση,^{27,50} αυξάνοντας τον βαθμό ενσυναίσθησης.⁴⁸

- *Αλλαγή στάσεων των επαγγελματιών*

Μειώνονται οι προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και οι άμυνες μέσω της ανάπτυξης μίας σχέσης συνεργασίας σε ισότιμη βάση μεταξύ ληπτών και επαγγελματιών.⁵¹

- *Αποτελεσματικότερη χρήση πόρων και μείωση κόστους*

Η εμπλοκή μελών της κοινότητας (εθελοντές, ομοτίμοι, εκπαιδευόμενοι, κ.λπ.) στην παροχή υπηρεσιών επιτυγ-

χάνει αποτελεσματικότερη χρήση πόρων, αυξάνει την ανταποδοτικότητα και μειώνει το κόστος φροντίδας,⁴⁰ εξασφαλίζοντας μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα.⁴⁹

- *Παροχή πολιτισμικά κατάλληλων υπηρεσιών*

Σχεδιάζονται υπηρεσίες που όχι απλώς αποδέχονται αλλά αφομοιώνουν τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά, τη φιλοσοφία και την κουλτούρα της τοπικής κοινότητας.^{39,52}

- *Ενίσχυση και ενδυνάμωση του προσωπικού*

Η εμπειρογνώμοσύνη των ληπτών, ενισχύει την τεχνογνωσία και διευρύνει τους γνωστικούς ορίζοντες του προσωπικού των δομών. Το προσωπικό της πρώτης γραμμής ενδυναμώνεται και τα μέλη του μετατρέπονται σε εξουσιοδοτημένους επαγγελματίες μιας πρωτοποριακής πρακτικής, με υψηλή αυτοπεποίθηση στη θετική ανάληψη ευθυνών.^{8,11}

Προκλήσεις κατά την εφαρμογή του συμπαραγωγικού μοντέλου

Κατά την εφαρμογή του συμπαραγωγικού μοντέλου, προκύπτουν περιορισμοί και προκλήσεις που θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη ώστε να διασφαλιστούν η φυσιολογία και η αποτελεσματικότητα της προσέγγισης.

- *Αμφισβήτηση υφιστάμενων υπηρεσιών*

Η ενεργός συμμετοχή του λήπτη με τον ρόλο του εταίρου μπορεί να αμφισβητήσει τα υφιστάμενα πλαίσια παροχής υπηρεσιών και τους παραδοσιακούς κανόνες λογοδοσίας, προξενώντας στους επαγγελματίες στρες, αίσθημα αναποτελεσματικότητας, ανασφάλειας και απώλειας ελέγχου, οδηγώντας αρκετές φορές τις δομές σε συγχυτικές λειτουργίες.^{40,53}

- *Κοινωνικό κεφάλαιο και κίνδυνος αποκλεισμού των πιο ευάλωτων κοινωνικά ομάδων*

Κατά τη διαμόρφωση πρωτοβουλιών, συμμετοχής και δεσμεύσεων, υπάρχει ο κίνδυνος να παραγκωνιστούν οι πιο ευάλωτες ομάδες (άστεγοι, άτομα σε ακραία φτώχεια, μειονότητες, κ.ά.) από τη συμπαραγωγική διαδικασία.^{54,55} Παρότι τα συμπαραγωγικά συστήματα οικοδομούν και ενισχύουν το κοινωνικό κεφάλαιο, υπάρχουν σαφείς περιορισμοί για τα άτομα αυτά να κατορθώσουν να συμπαραγάγουν αποτελεσματικά χωρίς κατάλληλη υποστήριξη. Γι' αυτό θα πρέπει να λαμβάνουν περαιτέρω υποστήριξη ώστε να εξασφαλίζεται η ισότιμη συμπερίληψή τους.^{56,57}

- *Δέσμευση*

Η εφαρμογή του συμπαραγωγικού μοντέλου απαιτεί αφοσίωση, συνεχή εγρήγορση, ευελιξία και σταθερή δέσμευση όλων των εμπλεκόμενων, με σαφή τήρηση και συν-αξιολόγηση των διαδικασιών.^{17,33}

- *Ανθρώπινο δυναμικό*

Η συμπαραγωγή απαιτεί την επιλογή και εμπλοκή επαγγελματιών κατάλληλων τόσο σε γνωστικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο πεποιθήσεων για την αλλαγή προσέγγισης παροχής υπηρεσιών και την ουσιαστική υιοθέτηση κουλτούρας ισότιμης συναλλαγής με τους λήπτες των υπηρεσιών.⁵¹ Σημαντικό είναι το προσωπικό να λαμβάνει υποστήριξη, ειδικά κατά τα πρώτα στάδια της συμπαραγωγικής διαδικασίας που θα χρειαστεί να συμφιλιωθεί με νέες προτεραιότητες.¹⁴

- *Διαφορετικές κοινότητες*

Η συμπαραγωγή είναι αποτελεσματική όταν στηρίζεται στη στενή συνεργασία μελών εντός της ίδιας κοινότητας, ενώ όταν λειτουργεί σε μια βάση συνέργειας διαφορετικών κοινοτήτων αυτή επηρεάζεται. Οι διαφορετικές κοινότητες παρουσιάζουν αρκετές φορές διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη εξ αρχής, ώστε αυτά να γίνουν αποδεκτά ως ποικιλόμορφα φυσιολογικά στοιχεία σε μια λειτουργική συνεργασία και όχι να αποτελέσουν εμπόδια συνύπαρξης.^{8,33}

Συζήτηση

Παρόλο που η συμπαραγωγή βασίζεται σε μία πολύ απλή παραδοχή, τα άτομα που λαμβάνουν υπηρεσίες να συνεργάζονται και για την ανάπτυξη και παροχή των υπηρεσιών, διαπιστώνεται ότι υπάρχουν δυσκολίες στην εφαρμογή αυτής στον χώρο της ψυχικής υγείας. Οι αντιστάσεις απορρέουν κυρίως από την παραδοσιακή κουλτούρα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κατ'επέκταση τη δυσκολία των επαγγελματιών να απαγκιστρωθούν από παγιωμένους θεσμικούς ρόλους.¹⁷ Η επικράτηση της αντίληψης ότι το άτομο με ψυχικά προβλήματα είναι αβοήθητο και ότι ο ειδικός «γνωρίζει καλύτερα», συντηρεί τον πατερναλιστικό χαρακτήρα των υπηρεσιών και θέτει εμπόδια στην αναδιανομή της εξουσίας μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών.^{58,59} Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ασκούν τον έλεγχο στη φροντίδα γιατί εξακολουθούν να τη βιώνουν ως μία δεσμευτική συνθήκη, ως την υποχρέωση που τους ορίζει το καθήκον της ιδιότητάς τους και η οργανωτική κουλτούρα του πεδίου απασχόλησης.⁶⁰

Επίσης, ενώ υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι οι λήπτες των υπηρεσιών έχουν επαρκή κίνητρα να συνεργαστούν στη διαδικασία σχεδιασμού, η ανεπαρκής ανταλλαγή πληροφοριών και οι ανεπαρκείς ευκαιρίες για κοινή λήψη αποφάσεων δημιουργούν σημαντικά εμπόδια,^{61,62} αφήνοντας τους λήπτες να αισθάνονται περιθωριοποιημένοι και αδύναμοι⁶³ και τους φροντιστές αμέτοχους.⁶⁴

Στην Ελλάδα, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε για τα βασικά προβλήματα των ενώσεων που αντιπροσωπεύουν λήπτες και φροντιστές αυτά αφορούν στον διαθέσιμο α-

ποτελεσματικό χώρο για συναντήσεις, την παροχή υπηρεσιών, τους διοικητικούς σκοπούς, την τεχνική ικανότητα, τη δυσκολία στην αποσαφήνιση και ιεράρχηση σκοπών και στόχων, τη δυσκολία στην προσέλκυση ενεργών μελών και την αμφιθυμία απέναντι στο κράτος και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.²³ Όλα τα παραπάνω αποτελούν σημαντικά εμπόδια στην ενδυνάμωση της φωνής των ληπτών υπηρεσιών, στη λειτουργική αυτο-οργάνωσή τους, και κατ' επέκταση αποδυναμώνουν τις προσδοκίες για δημιουργία συμπαραγωγικών σχέσεων.

Αλλά ακόμη και σε μία θεωρούμενη συμπαραγωγική σχέση, όπου φαινομενικά διακρίνονται οι ισότιμες εταιρικές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών υπηρεσιών, υπάρχουν σημεία τα οποία απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να διατηρηθούν επί της ουσίας τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσέγγισης κατά την εφαρμογή της. Η συμπαραγωγή συνεπάγεται την ισότητα όχι μόνο με την έννοια των προσώπων ή των καταστάσεων, αλλά και στο επίπεδο του πώς εκτιμάται η ίδια η γνώση. Για παράδειγμα, ενώ η γνώση των επαγγελματιών τεκμηριώνεται από το επιστημονικό υπόβαθρο, η εμπειρογνωμοσύνη των ληπτών (expertise by experience) παρουσιάζει δυσκολίες στη νομιμοποίηση και την ίση συμπερίληψη της⁶⁵ παρόλο που οι μελέτες υπογραμμίζουν την εξαιρετικά σημαντική συμβολή της γνώσης που προέρχεται από τη βιωμένη εμπειρία στη διερεύνηση αναγκών, στον εύστοχο σχεδιασμό και προσανατολισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.^{66,67}

Τέλος, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι δεν υπάρχει ένας κοινός και ενιαίος ορισμός της συμπαραγωγής με τον οποίο όλοι συμφωνούν επειδή η προσέγγιση εξακολουθεί να αναπτύσσεται και να αλλάζει σε ένα κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον που επίσης μεταβάλλεται⁶⁸ και η ίδια η έννοια ακολουθεί μετασχηματιστικό χαρακτήρα.⁶⁹ Αυτή η απουσία αυστηρού εννοιολογικού πλαισίου, περιορίζει επίσης και τη δυνατότητα όσων εφαρμόζουν συμπαραγωγικές μεθόδους να κατανοήσουν το είδος των αποδεικτικών στοιχείων που θα πρέπει να συγκεντρώσουν ώστε να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα από την εφαρμογή τους.⁷⁰

Βιβλιογραφία

1. Cayton H. Patient-engagement and patient decision-making in England. In Kingdom: *Strategies for Change and Action*. The Commonwealth Fund 2004 (Cited 19 July 2020). Available from <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2004/mar/patient-engagement-and-patient-decision-making-england>
2. Gillard S, Turner K, Ferlie E. Staying native: Coproduction in mental health services research. *International Journal of Public Sector Management* 2010, 23:567–577, doi: 10.1108/09513551011069031
3. Durand MA, Carpenter L, Dolan H, Bravo P, Mann M, Bunn F. Do interventions designed to support shared decision-making reduce health

Συμπεράσματα

Η συμπαραγωγή δεν αποτελεί νέο μηχανισμό παροχής υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας, αλλά πρόκειται για μια προσέγγιση που υποστηρίζει έναν ενεργό και παραγωγικό ρόλο για τα άτομα που χρησιμοποιούν υπηρεσίες και προωθεί την αξία των συνεργατικών σχέσεων για την επίτευξη αποτελεσμάτων.⁴² Δίνει έμφαση στη «σχεσιακή» παροχή των υπηρεσιών και όχι στη «συναλλακτική» παράδοσή τους^{11,41} λειτουργώντας ως μία μακροπρόθεσμη διαδικασία μέσα από την οποία επέρχονται ώριμες αλλαγές στα ισχύοντα πλαίσια και τους ακολουθούμενους κανόνες των δομών και των υπηρεσιών και όχι ως μία λύση ad hoc.⁸ Αν αυτή αντιμετωπιστεί ως υποχρέωση δεν είναι πλέον συμπαραγωγή, αλλά άλλη μία μορφή εξαναγκασμού.⁷¹

Κατά την πρόσφατη αναζήτηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την έννοια της συμπαραγωγής, και ειδικά της σχετιζόμενης με την ψυχική υγεία, στη μεγαλύτερη βάση δεδομένων για τις επιστήμες υγείας, PubMed, διαπιστώνεται ένας σχετικά περιορισμένος αριθμός δημοσιευμένων μελετών,^{17,28,40,52,65,67,69,71–83} καθώς και ένα αντίστοιχο κενό αξιολόγησης αυτού του μοντέλου, με κάποιες αναφορές περίπτωσης (case reports) ή περιορισμένες ποιοτικές μελέτες.^{70,80,81}

Ειδικότερα στην Ελλάδα, εντοπίζονται τόσο δημοσιεύσεις^{4,22,23,26} όσο και καλές πρακτικές^{84–86} που αναφέρονται σε εννοιολογικά πλαίσια και συναφείς προσεγγίσεις της συμπαραγωγής, που προάγουν την ανάγκη ενδυνάμωσης της «φωνής» του ατόμου που λαμβάνει υπηρεσίες με στόχο την ενεργό εμπλοκή του στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τη συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη ζωή του. Η υιοθέτηση της συμπαραγωγικής προσέγγισης στη χώρα μας θα μπορούσε να αποφέρει εξαιρετικά σημαντικά οφέλη στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προσδίδοντάς τους έναν περαιτέρω μεταρρυθμιστικό χαρακτήρα εδραϊώνοντας μία ισότιμη σχέση μεταξύ επαγγελματιών και ληπτών υπηρεσιών.

- inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014, 9:94670, doi: 10.1371/journal.pone.0094670
4. Chondros P, Stylianidis S, Lavdas M. *Participation of users and families in mental health services*. Topos Publications, Athens, 2014 (in Greek)
5. DeChillo N, Koren PE, Schultze KH. From paternalism to partnership: family and professional collaboration in children's mental health. *Am J Orthopsychiatry* 1994, 64:564–576, doi: 10.1037/h0079572
6. Goodrich DE, Kilbourne AM, Nord KM, Bauer MS. Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Curr Psychiatry Rep* 2013, 15:383, doi: 10.1007/s11920-013-0383-2
7. Morley L, Cashell A. Collaboration in Health Care. *J Med Imaging Radiat Sci* 2017, 48:207–216, doi: 10.1016/j.jmir.2017.02.071

8. Needham C, Carr S. *SCIE Research briefing 31: co-production: an emerging evidence base for adult social care transformation*. Social Care Institute for Excellence 2009 (Cited 19 July 2021). Available from <https://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing31/>
9. Watson V. Co-production and collaboration in planning – The difference. *Plan theory pract* 2014, 15:62–76, doi: 10.1080/14649357.2013.866266
10. Rycroft-Malone J, Burton CR, Bucknall T, Graham ID, Hutchinson AM. Collaboration and Co-Production of Knowledge in Healthcare: Opportunities and Challenges. *Intern J Health Policy Managem* 2016, 5:221–223, doi:10.15171/ijhpm.2016.08
11. Boyle D, Harris M. *The Challenge of Co-Production*. New Economic Foundation, The Lab, NESTA 2009 (Cited 19 July 2021). Available from https://neweconomics.org/uploads/files/312ac8ce93a00d5973_3im-6i6t0e.pdf
12. Realpe A, Wallace L. *What is co-production?* The Health Foundation inspiring improvement 2010 (Cited 19 July 2021). Available from https://personcentredcare.health.org.uk/sites/default/files/resources/what_is_co-production.pdf
13. New Economics Foundation. *Commissioning for outcomes and co-production: A practical guide for local authorities*. 2014 (Cited 19 July 2021). Available from https://b.3cdn.net/nefoundation/974bfd0fd635a9ffcd_j2m6b04bs.pdf
14. Boyle D, Clark S, Burns S. *Co-production by people outside paid employment*. Joseph Rowntree Foundation 2006 (Cited 19 July 2021). Available from <https://www.jrf.org.uk/report/co-production-people-outside-paid-employment>
15. Parks RB, Baker PC, Kiser L, Oakerson R, Ostrom E, Ostrom V. Consumers as Coproducers of Public Services: Some Economic and Institutional Considerations. *Policy Studies Journal* 1981, 9:1001–1011, doi: 10.1111/j.1541-0072.1981.tb01208.x
16. UK Department of Health. *Putting people first: a shared vision and commitment to the transformation of adult social care*. 2007 (Cited 19 July 2021). Available from http://www.cpa.org.uk/cpa/putting_people_first.pdf
17. Gordon S, O'Brien AJ. Co-production: Power, problems and possibilities. *Int J Ment Health Nurs* 2018, 27:1201–1203, doi: 10.1111/inm.12504
18. Wise M, Sainsbury P. Democracy: the forgotten determinant of mental health. *Health Promot J Austr* 2007, 18:177–183, doi: 10.1071/he07177
19. Morselli PL. Present and future role of Mental Illness Advocacy Associations in the management of the mentally ill: realities, needs and hopes at the edge of the third millennium. *Bipolar Disord* 2000, 2:294–300, doi: 10.1034/j.1399-5618.2000.20310.x
20. World Health Organization Regional Office for Europe. *Mental health, human rights and standards of care*. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. 2018 (Cited 19 July 2021). Available from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf
21. World Health Organization. *Advocacy for mental health*. Mental Health Policy and Service Guidance Package 2003 (Cited 19 July 2021). Available from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333227>
22. Stylianidis S. *Empowerment and Advocacy. For a Mental Health Democracy*. Topos Books, Athens, 2015 (in Greek)
23. Stylianidis S, Chondros P, Boinis R. Empowering dialogues: the problems of service users, family members and carers' associations in Greece. *Dialogues in Clinical Neuroscience and Mental Health* 2018, 1:108–114, doi: 10.26386/obrela.v1i3.98
24. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012, 27:1361–1367, doi: 10.1007/s11606-012-2077-6
25. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014, 13:12–20, doi: 10.1002/wps.20084
26. Stylianidis S. *Social and Community Psychiatry. Towards a Critical, Patient-Oriented Approach*. Springer, Berlin, 2016
27. Slay J, Stephens L. *Co-Production in Mental Health: A Literature Review*. New Economics Foundation 2013 (Cited 19 July 2021). Available from https://b.3cdn.net/nefoundation/ca0975b7cd88125c3e_ywm6bp31.pdf
28. Dalgarno M, Oates J. The meaning of co-production for clinicians: An exploratory case study of Practitioner Trainers in one Recovery College. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2018, 25:349–357, doi: 10.1111/jpm.12469
29. Carrera M, Sangiorgi D, Foglieni F, Lucchi F. *Developing recovery oriented services and co-production in mental healthcare: Building-up on existing promising organisational practices*. Service Design Proof of Concept 2018 (Cited 19 July 2021). Available from <http://www.ep.liu.se/ecp/150/033/ecp18150033.pdf>
30. WHO Regional Office for Europe. *Policies and practices for mental health in Europe. Meeting the challenges*. 2008 (Cited 19 July 2021). Available from http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081009_1
31. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2006 (Cited 19 July 2021). Available from <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>
32. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010, 122:232–238, doi: 10.1016/j.schres.2010.02.1065
33. Boyle D, Coote A, Sherwood C, Here SJR, Now R. *Co-production: Right here, Right now*. National Endowment for Science Technology and the Arts 2013 (Cited 19 July 2021). Available from <https://www.nesta.org.uk/report/co-production-right-here-right-now/>
34. Roper G, Grey F, Cadogan E. *Co-production: Putting principles into practice in mental health contexts*. Health Sciences University of Melbourne 2018 (Cited 19 July 2021). Available from https://healthsciences.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0007/3392215/Coproductionputting-principles-into-practice.pdf
35. Mersey Care NHS Foundation Trust. *A Toolkit for Co-production. Equality in Learning* 2015 (Cited 19 July 2021). Available from <http://www.equilocoproduction.eu/project/wp-content/uploads/2017/11/IO4-En-Toolkit.pdf>
36. Social Care Institute for Excellence. *Co-production in social care: What it is and how to do it*. SCIE Guide 2013 (Cited 19 July 2021). Available from <https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide51/>
37. Richardson L. DIY community action: Neighbourhood problems and community self-help Bristol. *Policy Press* 2008, 9:355–362, doi: 10.1080/14616710903138809
38. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J* 2001, 25:134–141, doi: 10.1037/h0095032

39. Hyde P, Davies HTO. Service design, culture and performance: Collusion and co-production in health care. *Human Relations* 2004, 57:1407–1426, doi: 10.1177/0018726704049415
40. Bovaird T. Beyond engagement and participation: user and community co-production of public services. *Publ Admin Rev* 2007, 67:846–860, doi: 10.1111/j.1540-6210.2007.00773.x
41. Parker S. We need to insist on collaboration not merely as an ideal, but as a basic design element for government. *Demos* 2007 (Cited 19 July 2021). Available from <https://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/The%20collaborative%20state.pdf>
42. Hunter S, Ritchie P. *Co-Production and Personalisation in Social Care Changing Relationships in the Provision of Social Care*. Research Highlights in Social Work, US, 2007
43. Carr S. *Position paper: are mainstream mental health services ready to progress transformative co-production?* National Development Team for Inclusion 2016 (Cited 19 July 2021). Available from https://www.ndti.org.uk/assets/files/MH_Coproduction_position_paper.pdf
44. Mayer C, McKenzie K. ‘...it shows that there’s no limits’: the psychological impact of co-production for experts by experience working in youth mental health. *Health Soc Care Community* 2017, 25:1181–1189, doi: 10.1111/hsc.12418
45. Campbell C, Burgess R. The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health. *Transcult Psychiatry* 2012, 49:379–395, doi: 10.1177/1363461512454643
46. Ley A, Roberts G, Willis D. How to support peer support: evaluating the first steps in a healthcare community. *Journal of Public Mental Health* 2010, 9:16–25, doi: 10.5042/jpmh.2010.0160
47. Hatzidimitriadou E, Mantovani N, Keating F. *Evaluation of coproduction processes in a community-based mental health project in Wandsworth*. Kingston University of London 2012 (Cited 19 July 2021). Available from <https://repository.canterbury.ac.uk/item/873xv/evaluation-of-co-production-processes-in-a-community-based-mental-health-project-in-wandsworth>
48. National Collaborating Centre for Mental Health. *Working Well Together: Evidence and Tools to Enable Co-production in Mental Health Commissioning*. RC Psych 2019 (Cited 19 July 2021). Available from <https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/working-well-together/working-well-together-evidence-and-tools-to-enable-coproduction-in-mental-health-commissioning.pdf>
49. Charles A, Ham C, Baird B, Alderwick H, Bennett L. *Reimagining Community Services: Making the Most of Our Assets*. The King’s Fund 2018 (Cited 19 July 2021). Available from https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/201801/Reimagining_community_services_report.pdf
50. Beresford P. *The changing roles and tasks of social work from service users’ perspectives: A literature-informed discussion paper*. Shaping Our Lives National User Network 2007 (Cited 19 July 2021). Available from <https://shapingourlives.org.uk/wp-content/uploads/2015/03/TheChangingRolesandTasksOfSocialWork.doc>
51. Burns S, Smith K. *Co-production works! The win:win of involving local people in public services*. New Economics Foundation 2004 (Cited 19 July 2021). Available from https://neweconomics.org/uploads/files/312ac-8ce93a00d5973_3im6i6t0e.pdf
52. Lwembe S, Green SA, Chigwende J, Ojwang T, Dennis R. Co-production as an approach to developing stakeholder partnerships to reduce mental health inequalities: an evaluation of a pilot service. *Prim Health Care Res Dev* 2017, 18:14–23, doi: 10.1017/S1463423616000141
53. Joshi A, Moore M. Institutionalised Co-production: Unorthodox Public Service Delivery in Challenging Environments. *Journal of Development Studies* 2004, 40:31–49, doi: 10.1080/00220380410001673184
54. Carr S. *Has service user participation made a difference to social care services?* Social Care Institute for Excellence 2004 (Cited 19 July 2021). Available from <https://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp03.asp>
55. Barnes M, Skelcher C, Beirens H. *Designing citizen-centred governance*. Joseph Rowntree Foundation 2008 (Cited 19 July 2021). Available from <http://www.jrf.org.uk/system/files/2205-governance-citizens-engagement.pdf%5Cnfile:///Users/jbshahin/Documents/research/Papers>
56. Flores EC, Fuhr DC, Bayer AM, Lescano AG, Thorogood N, Simms V. Mental health impact of social capital interventions: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018, 53:107–119, doi: 10.1007/s00127-017-1469-7
57. Kim C, Nakanishi H, Blackman D, Freyens B, Benson A. The Effect of Social Capital on Community Co-production: Towards Community-oriented Development in Post-disaster Recovery. *In Procedia Engineering* 2017, 180:901–911, doi: 10.1016/j.proeng.2017.04.251
58. Thornicroft G, Slade M. Comparing needs assessed by staff and by service users: paternalism or partnership in mental health? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2002, 11:186–191, doi: 10.1017/s1121189x00005704
59. Bladon H. Avoiding Paternalism. *Issues Ment Health Nurs* 2019, 40:579–584, doi: 10.1080/01612840.2019.1570405
60. Carr S. Enabling risk and ensuring safety: self-directed support and personal budgets. *J Adult Prot* 2011, 13:122–136, doi: 10.1108/14668201111160723
61. Bee P, Price O, Baker J, Lovell K. Systematic synthesis of barriers and facilitators to service user-led care planning. *Br J Psychiatry* 2015, 207:104–114, doi: 10.1192/bjp.bp.114.152447
62. McDermott G. The care programme approach: a patient perspective. *Nurs Times* 1998, 94:57–59, PMID: 9544069
63. Grundy AC, Bee P, Meade O, Callaghan P, Beatty S, Olleveant N. Bringing meaning to user involvement in mental health care planning: a qualitative exploration of service user perspectives. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016, 23:12–21, doi: 10.1111/jpm.12275
64. Cree L, Brooks HL, Berzins K, Fraser C, Lovell K, Bee P. Carers’ experiences of involvement in care planning: a qualitative exploration of the facilitators and barriers to engagement with mental health services. *BMC Psychiatry* 2015, 15:208, doi: 10.1186/s12888-015-0590-y
65. Rose D, Kalathil J. Power, Privilege and Knowledge: the Untenable Promise of Co-production in Mental “Health”. *Front Sociol* 2019, 4:57, doi: 10.3389/fsoc.2019.00057
66. Starcevic V. Mental health services for “experts by experience”? *Aust N Z J Psychiatry* 2015, 49:186, doi: 10.1177/0004867414549965
67. Mathias K, Pillai P, Gaitonde R, Shelly K, Jain S. Co-production of a pictorial recovery tool for people with psycho-social disability informed by a participatory action research approach—a qualitative study set in India. *Health Promot Int* 2020, 5:486–499, doi: 10.1093/heapro/daz043
68. Brandsen T, Honingh M. Distinguishing different types of coproduction: A conceptual analysis based on the classical definitions. *Public Adm Rev* 2016, 76:427–435, doi: 10.1111/puar.12465
69. Fotaki M. Towards developing new partnerships in public services: users as consumers, citizens and/or co-producers in health and social care in England and Sweden. *Public Adm* 2011, 89:933–955, doi: 10.1111/j.1467-9299.2010.01879.x

70. Durose C, Mangan C, Needham C, Rees J. *Evaluating co-production: pragmatic approaches to building the evidence base*. For Co-production Panel, Political Studies Association Conference, 4 June 2014. Manchester, Summary Paper, pp 1–24
71. Fisher P. Co-production: what is it and where do we begin? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016, 23:345–346, doi: 10.1111/jpm.12281
72. Lignou S, Captao L, Hamer-Hunt JM, Singh I. Co-Production: An Ethical Model for Mental Health Research? *Am J Bioeth* 2019, 19:49–51, doi: 10.1080/15265161.2019.1619877
73. PARTNERS2 writing collective. Exploring patient and public involvement (PPI) and co-production approaches in mental health research: learning from the PARTNERS2 research programme. *Res Invol Engagem* 2020, 6:56, doi: 10.1186/s40900-020-00224-3
74. Pocobello R, El Sehity T, Negrogno L, Minervini C, Guida M, Venerito C. Comparison of a co-produced mental health service to traditional services: A co-produced mixed-methods cross-sectional study. *Int J Ment Health Nurs* 2020, 29:460–475, doi: 10.1111/inm.12681
75. Kirkegaard S, Andersen D. Co-production in community mental health services: blurred boundaries or a game of pretend? *Sociol Health Illn* 2018, 40:828–842, doi: 10.1111/1467-9566.12722
76. Reeve J, Cooper L, Harrington S, Rosbottom P, Watkins J. Developing, delivering and evaluating primary mental health care: the co-production of a new complex intervention. *BMC Health Serv Res* 2016, 16:470, doi: 10.1186/s12913-016-1726-6
77. Vaeggemose U, Ankersen PV, Aagaard J, Burau V. Co-production of community mental health services: Organising the interplay between public services and civil society in Denmark. *Health Soc Care Community* 2018, 26:122–130, doi: 10.1111/hsc.12468
78. Filipe A, Renedo A, Marston C. The co-production of what? Knowledge, values, and social relations in health care. *PLoS Biol* 2017, 15:2001403, doi: 10.1371/journal.pbio.2001403
79. Davies J, Sampson M, Beesley F, Smith D, Baldwin V. An evaluation of Knowledge and Understanding Framework personality disorder awareness training: can a co-production model be effective in a local NHS mental health Trust? *Personal Ment Health* 2014, 8:161–168, doi: 10.1002/pmh.1257
80. Farr M, Pithara C, Sullivan S, Edwards H, Hall W, Gadd C, Walker J, Hebden N, Horwood J. Pilot implementation of co-designed software for co-production in mental health care planning: a qualitative evaluation of staff perspectives. *J Ment Health* 2019, 28:495–504, doi: 10.1080/09638237.2019.1608925
81. Fusco F, Marsilio M, Guglielmetti C. Co-production in health policy and management: a comprehensive bibliometric review. *BMC Health Serv Res* 2020, 20:504, doi: 10.1186/s12913-020-05241-2
82. Graffigna G, Barellò S, Palamenghi L, Lucchi F. “Co-production Compass” (COCO): An Analytical Framework for Monitoring Patient Preferences in Co-production of Healthcare Services in Mental Health Settings. *Front Med (Lausanne)* 2020, 7:279, doi: 10.3389/fmed.2020.00279.
83. Mayer C, McKenzie K. It shows that there’s no limits: the psychological impact of co-production for experts by experience working in youth mental health. *Health Soc Care Community* 2017, 25:1181–1189, doi: 10.1111/hsc.12418
84. Stylianidis S. Recovery. Part II: Greek experiences. *Synopsis* 2018, 49:50–96 (in Greek)
85. PanHellenic Association for Psychosocial Rehabilitation and Work Integration. Constitution of Regional Networking Cores of Mental Health Service Users 2007–2013 (Cited 19 July 2021) (in Greek). Available from <http://www.pepsaee.gr>
86. Association of Mental Health Services Users “Self-representation”. Mental Health Services Users Empowerment Seminars 2021 (Cited 19 July 2021) (in Greek). Available from <http://www.pepsaee.gr>

Special article

The model of co-production in mental health services

Evanthia Sakellari,^{1,2,*} Konstantinos Tsoukas,^{1,3,*} Gerasimos Kolaitis,⁴ Areti Lagiou^{1,2}

¹Department of Public and Community Health, Faculty of Public Health, University of West Attica, Athens,

²Laboratory of Hygiene and Epidemiology, Department of Public and Community Health, Faculty of Public Health, University of West Attica, Athens,

³PanHellenic Association for Psychosocial Rehabilitation and Work Integration, Athens,

⁴Department of Child Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, "Aghia Sophia" Children's Hospital, Athens, Greece

* These authors contributed equally to this work

ARTICLE HISTORY: Received 2 April 2021/Revised 27 June 2021/Published Online 21 February 2022

ABSTRACT

Service users' right to be involved in decisions concerning their health and quality of life is not only an ethical issue, but also a key aspect for the efficiency and effectiveness of services in modern health systems. Through co-production, service users have an equal partner position in a comprehensive process that includes services design, provision and evaluation. The co-production model is not a new concept but an emerging idea for health services and in particular mental health services. This model is governed by basic principles and values, such as recognizing individuals as active and equal participants with valuable experiences, taking advantage of existing opportunities, sharing and mutual understanding, peer support, tackling discrimination, and facilitation instead of just services provision. The benefits are many and important, both for users (i.e. enhancing trust in services, reducing stigma), and for health professionals and settings (i.e., extroversion and dissemination, increasing needs understanding, changing professionals' attitudes, more efficient use of resources). However, there are limitations which should be considered when co-production is implemented. Regarding co-production, the literature is relatively limited; while there is a plethora of publications on the concepts related to co-production and its principles (e.g., empowerment, advocacy, recovery, etc.). The adoption of the co-production approach in Greece could benefit significantly the mental health services, within the psychiatric reform by establishing an equal relationship between professionals and service users.

KEYWORDS: Co-production, mental health, service users, mental health professionals.

Επιστολή προς τη Σύνταξη

Η δια-διαγνωστική παρουσίαση του «Αναίσθητου» από τον Θεόφραστο: Σχόλιο για Πεχλιβανίδη και Παπανικολάου (2022)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 27 Μαρτίου 2023/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 12 Μαΐου 2023

Προς τη Σύνταξη,

Με χαρά διαβάσαμε το άρθρο¹ των Πεχλιβανίδη και Παπανικολάου και είδαμε ότι περισσότεροι συνάδελφοι αναγνωρίζουν το κείμενο του Θεόφραστου ως την πρώτη περιγραφή της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ).² Συμφωνούμε με την άποψη των συγγραφέων ότι η περιγραφή του Θεόφραστου μπορεί να υποδηλώνει την παρουσία περισσότερων από μία νευροαναπτυξιακών διαταραχών. Στην πραγματικότητα, η περιγραφή του Θεόφραστου αντιστοιχεί στα κοινά κλινικά συμπτώματα και τους υποκείμενους νευροαναπτυξιακούς μηχανισμούς της ΔΕΠΥ και της Διαταραχής Κοινωνικής Πραγματολογικής Επικοινωνίας.

Είναι συναρπαστικό το γεγονός ότι μια περιγραφή πριν από περισσότερα από 2000 χρόνια παρουσίαζε ήδη πρωτότυπες μεμονωμένες διαγνωστικές πτυχές που είναι συμβατές με μια σύγχρονη βιολογική άποψη της ψυχιατρικής. Πράγματι, δεν είναι απροσδόκητο ότι κληρονομήσιμα χαρακτηριστικά με σαφή βιολογική βάση θα έπρεπε να είχαν γίνει αντιληπτά από την αυγή της ιατρικής. Ένα σημαντικό άλμα προς τα εμπρός στην ανάπτυξη αυτού του τομέα έγινε πριν από μερικές δεκαετίες, όταν ο Clements (1966)³ δημοσίευσε ένα έργο που χρηματοδοτήθηκε από το NIH με τίτλο «Ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία στα παιδιά». Αυτή η θεμελιώδης εργασία προετοίμασε το έδαφος για τη συνεχή κατανόηση της ομαδοποίησης σημείων, συμπτωμάτων και βιολογικών παραγόντων που παρατηρούνται σε διάφορες νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Αυτή η ομαδοποίηση μπορεί να είναι παρούσα σε διαφορετικά φάσματα, αναλογίες και αποχρώσεις, συμπεριλαμβανομένων παιδιών και ενηλίκων με ορισμένες βλάβες που δεν εξηγούνται αποκλειστικά από τις νοητικές τους ικανότητες.

Έτσι, ο χαρακτηρισμός του «Αναίσθητος»/«Βραδύνους» από τον Θεόφραστο θα μπορούσε να θεωρηθεί μια πρωτοτυπική περίπτωση αυτής της πιο ολοκληρωμένης και λιγότερο κατακερματισμένης άποψης αυτού που ονομάζουμε νευροαναπτυξιακές διαταραχές.

Marcelo M. Victor

ADHD and Developmental Psychiatry Programs,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil
e-mail: marcelovictor66@gmail.com

Claiton H. Bau

ADHD and Developmental Psychiatry Programs,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul & Department of Genetics,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

Bruna S. da Silva

ADHD and Developmental Psychiatry Programs,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre &
Universidade de São Paulo, Instituto de Ciências Biomédicas,
Departamento de Fisiologia e Biofísica, São Paulo, Brazil

Eugenio H. Grevet

ADHD and Developmental Psychiatry Programs,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul & Department of Psychiatry,
Faculdade de Medicina, Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

Βιβλιογραφία

1. Pehlivanidis A, Papanikolaou K. Theophrastus's "Anaisthetos" ("The Obtuse Man"): the oldest "phenomenological" description of neurodevelopmental disorders in an adult. *Psychiatriki* 2022, 33:310–316, doi: 10.22365/jpsych.2022.079
2. Victor MM, da Silva BS, Kappel DB, Bau CH, Grevet EH. Attention-deficit hyperactivity disorder in ancient Greece: The Obtuse Man of Theophrastus. *Aust N Z J Psychiatry* 2018, 52:509–513, doi: 10.1177/0004867418769743
3. Clements SD. The child with minimal brain dysfunction. A multidisciplinary catalyst. *J Lancet* 1966, 86:121-123, PMID: 5904645

Letter to the Editor

Theophrastus's Anaisthetos transdiagnostic presentation: Comment on Pehlivanidis and Papanikolaou (2022)

ARTICLE HISTORY: Received 27 March 2023/Published Online 12 May 2023

To the Editors,

We were pleased to read Pehlivanidis and Papanikolaou's article¹ and see that more colleagues are recognizing Theophrastus' text as the first description of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).² We agree with the authors' perspective that Theophrastus' description may suggest the presence of more than one neurodevelopmental disorder. In fact, Theophrastus' description aligns with the shared clinical symptoms and underlying neurodevelopmental mechanisms of ADHD and Social Pragmatic Communication Disorder.

It is fascinating that a description from over 2000 years ago already presented prototypical individual transdiagnostic aspects that are compatible with a modern biological view of psychiatry. Indeed, it is not unexpected that heritable traits with clear biological underpinnings should have been perceived since the dawn of medicine. A significant leap forward in the development of this field came a few decades ago when Clements (1966)³ published a NIH-sponsored project entitled "Minimal Brain Dysfunction in Children". This seminal work prepared the terrain for the ongoing understanding of the grouping of signs, symptoms, and biological factors observed across various neurodevelopmental disorders. This grouping can be present in different spectrums, proportions, and nuances, including children and adults with some impairments that are not solely explained by their cognitive abilities.

Thus, the characterization of 'The Obtuse Man' by Theophrastus could be considered a prototypical case of this more integrated and less fragmented view of what we call neurodevelopmental disorders.

Marcelo M. Victor

ADHD and Developmental Psychiatry Programs,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil
e-mail: marcelovictor66@gmail.com

Bruna S. da Silva

ADHD and Developmental Psychiatry Programs,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre &
Universidade de São Paulo, Instituto de Ciências Biomédicas,
Departamento de Fisiologia e Biofísica, São Paulo, Brazil

Claiton H. Bau

ADHD and Developmental Psychiatry Programs,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul & Department of Genetics,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

Eugenio H. Grevet

ADHD and Developmental Psychiatry Programs,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul & Department of Psychiatry,
Faculdade de Medicina, Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

Βιβλιογραφία

1. Pehlivanidis A, Papanikolaou K. Theophrastus's "Anaisthetos" ("The Obtuse Man"): the oldest "phenomenological" description of neurodevelopmental disorders in an adult. *Psychiatriki* 2022, 33:310–316, doi: 10.22365/jpsych.2022.079
2. Victor MM, da Silva BS, Kappel DB, Bau CH, Grevet EH. Attention-deficit hyperactivity disorder in ancient Greece: The Obtuse Man of Theophrastus. *Aust N Z J Psychiatry* 2018, 52:509–513, doi: 10.1177/0004867418769743
3. Clements SD. The child with minimal brain dysfunction. A multidisciplinary catalyst. *J Lancet* 1966, 86:121–123, PMID: 5904645