



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

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

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

Εκδότης:

Βασίλης Κονταξάκης
E-mail: editor@psych.gr

Ιδιοκτήτης:

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επίτιμος πρόεδρος:

Γ.Ν. Χριστοδούλου

Πρόεδρος:

Β. Κονταξάκης

Αναπληρωτής πρόεδρος:

Δ. Πλουμπίδης

Μέλη:

Ι. Ζέρβας, Μ. Μαργαρίτη, Π. Φερεντίνος

M. Abou-Saleh (UK)

H. Akiskal (USA)

G. Alexopoulos (USA)

N. Andreasen (USA)

S. Bloch (Australia)

N. Bouras (UK)

C. Höschl (Czech Rep.)

H. Ghodse (UK)

P. Gökalp (Turkey)

G. Ikkos (UK)

M. Kastrup (Denmark)

K. Kirby (Australia)

V. Krasnov (Russia)

D. Lecic-Tosevski (Serbia)

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

PSYCHIATRIKI

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

Publisher:

Vassilis Kontaxakis
E-mail: editor@psych.gr

Owner:

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

EDITORIAL BOARD

Emeritus editor:

G.N. Christodoulou

Editor:

V. Kontaxakis

Associate editor:

D. Ploumpidis

Members:

I. Zervas, M. Margariti, P. Ferentinos

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

C. Lyketsos (USA)

M. Maj (Italy)

A. Marneros (Germany)

J. Mezzich (USA)

H.J. Möller (Germany)

R. Montenegro (Argentina)

C. Pantelis (Australia)

G. Papakostas (USA)

G. Petrides (USA)

R. Salokangas (Finland)

O. Steinfeld-Foss (Norway)

A. Tasman (USA)

N. Tataru (Romania)

P. Tyrer (UK)

Secretariat:

Head: H. Gretsas

Tel.: +30-210-72 14 148, Fax: +30-210-72 42 032

E-mail: psych@psych.gr, Web-site: www.psych.gr

Manuscripts, letters, books for review should be addressed to the Editor:

17 Dionisiou Eginitou str., 3rd floor, 115 28 Athens, Greece

Annual subscriptions:

(€ 40.00 or \$ 80.00 + postage) are payable by check to the treasurer of the Hellenic Psychiatric Association:

11, Papadiamantopoulou str., 115 28 Athens

For the members of the Association subscription is free

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

Ετήσιες συνδρομές:

Εσωτερικού € 40,00

Εξωτερικού \$ 80,00 + ταχυδρομικά

Καταβάλλονται με επιταγή στον ταμία της ΕΨΕ:

Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

Τα μέλη της Εταιρείας δεν υποχρεούνται σε καταβολή συνδρομής

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ EN ISO 9001:2000



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

Υπεύθυνος τυπογραφείου

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

EDITING EN ISO 9001:2000



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

Printing supervision

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



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

HELLENIC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

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

EXECUTIVE COUNCIL

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

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Μέλη: Α. Παράσχος
Α. Δουζένης
Γ. Γιαννιός

DISCIPLINARY COUNCIL

Members: A. Paraschos
A. Douzenis
G. Giannios

ΕΞΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μέλη: Ν. Τζαβάρας
Ν. Ζαχαριάδης
Σ. Κρασανάκης

FINANCIAL CONTROL COMMITTEE

Members: N. Tzavaras
N. Zachariadis
S. Krasanakis

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

ΑΘΗΝΩΝ

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

DIVISIONS

ATHENS

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

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

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

MACEDONIA

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

ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

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

CENTRAL GREECE

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

ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ

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

NORTHWESTERN GREECE

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

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

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

PELOPONNESUS

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

ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΤΑΝΙΑΣ

Πρόεδρος: Γ. Ίκκος
Γραμματέας: Δ. Πάσχος
Ταμίας: Ε. Παλαζίδου

GREAT BRITAIN

Chairman: G. Ikkos
Secretary: D. Paschos
Treasurer: E. Palazidou



ΚΛΑΔΟΙ

ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

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

ΒΙΑΙΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Πρόεδρος: Χ. Τσόπελας
Γραμματείς: Α. Δουζένης, Δ. Τσακλακίδου

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Δ. Πλουμπιδής
Γραμματείς: Γ. Γαρύφαλλος, Σ. Θεοδωροπούλου

ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ

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

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ - ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Μ. Συγγελάκης
Γραμματείς: Α. Βιδάλης, Γ. Μουσσάς

ΤΕΧΝΗΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

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

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΠΑΣ

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

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ & ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

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

SECTIONS

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIORS

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

VIOLENT BEHAVIORS

Chairman: C. Tsopelas
Secretaries: A. Douzenis, D. Tsaklakidou

BIOLOGICAL PSYCHIATRY

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

PRIVATE PSYCHIATRY

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

HISTORY OF PSYCHIATRY

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

SOCIAL PSYCHIATRY

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

SUBSTANCE ABUSE

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

CHILD PSYCHIATRY

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

PREVENTIVE PSYCHIATRY

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

CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY & PSYCHOSOMATICS

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

ART & PSYCHIATRY

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

TELEPSYCHIATRY

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

FORENSIC PSYCHIATRY

Chairman: A. Douzenis
Secretaries: J. Giannopoulou, G. Tzeferakos

PSYCHOGERIATRICS

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

PSYCHOPATHOLOGY

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

PSYCHOTHERAPY

Chairman: C. Karamanolaki
Secretaries: K. Charalambaki, J. Michopoulos

PSYCHOPHARMACOLOGY

Chairman: B. Alevizos
Secretaries: J. Chatzimanolis, T. Mougiakos

PSYCHOPHYSIOLOGY

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

PSYCHIATRY & ETHICS

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

PSYCHIATRY & RELIGION

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

PSYCHOMETRIC & NEUROPSYCHOLOGIC MEASUREMENTS

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



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο σύνταξης

Η Ιστορία της Ελληνικής Ψυχιατρικής μέσα από τα κείμενα αυτών που τη διαμόρφωσαν
Γ.Ν. Χριστοδούλου, Δ.Ν. Πλουμπίδης, Α. Καραβάτος..... 191

Ερευνητικές εργασίες

Νευροψυχολογική εκτίμηση κλινικά σταθερών ασθενών με διπολική διαταραχή ή σχιζοφρένεια και υγιών μαρτύρων
Γ. Κωνσταντακόπουλος, Ν. Ιωαννίδη, Π. Πατρικέλης, Α. Σουμάνη, Π. Ουλής, Δ. Σακκάς, Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Δ. Πλουμπίδης 195

Το Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης των Μηχανισμών Άμυνας “Life Style Index”: Συσχετίσεις με την ψυχική καταπόνηση και την επιθετικότητα
Θ. Υφαντής, Γ. Δ. Φλώρος, Π. Γούλια, Γ. Οικονόμου, Κ. Ασημακόπουλος..... 207

Χρήση διαδικτύου και παθολογική εμπλοκή με το διαδίκτυο σε δείγμα φοιτητών
Γ. Τσουβέλας, Ο. Γιωτάκος..... 221

Ειδικά άρθρα

Διαταραχές πρόσληψης τροφής και μέσα μαζικής επικοινωνίας
Α. Περουτσή, Φ. Γονιδάκης..... 231

Κατάθλιψη μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Αναγνώριση και θεραπευτικές παρεμβάσεις
Σ. Αρσενίου, Α. Αρβανίτη, Μ. Σαμακουρή 240

Παρουσίαση περιστατικού

Το φάσμα της διαταραχής Tourette και διαφοροδιαγνωστικές δυσκολίες: Παρουσίαση περιστατικού
Γ. Περσεφόνης, Δ. Καραϊσκος, Η. Τζαβέλλας, Θ. Παπαρρηγόπουλος..... 249

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις..... 254

Οδηγίες για τους συγγραφείς..... 256



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

The History of Greek Psychiatry through the texts of those who have shaped it

G.N. Christodoulou, D.N. Ploumpidis, A. Karavatos..... 193

Research articles

Neurocognitive function in clinically stable patients with schizophrenia or bipolar disorder and normal controls

G. Konstantakopoulos, N. Ioannidi, P. Patrikelis, A. Soumani, P. Oulis, D. Sakkas, G.N. Papadimitriou, D. Ploumpidis..... 195

The Life Style Index: Correlations with psychological distress and hostility

T. Hyphantis, G.D. Floros, P. Gouliia, G. Iconomou, K. Assimakopoulos..... 207

Internet use and pathological internet engagement in a sample of college students

G. Tsouvelas, O. Giotakos 221

Special articles

Eating disorders and mass media

A. Peroutsi, F. Gonidakis 231

Post-stroke depression: Recognition and treatment interventions

S. Arseniou, A. Arvaniti, M. Samakouri 240

Case Report

The spectrum of Tourette Syndrome and difficulties in differential diagnosis: A case report

G. Persefonis, D. Karaiskos, E. Tzavelas, T. Paparrigopoulos 249

Future scientific meetings 254

Instructions to contributors..... 256

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Η Ιστορία της Ελληνικής Ψυχιατρικής μέσα από τα κείμενα αυτών που τη διαμόρφωσαν

Η σύγχρονη Ελληνική Ψυχιατρική διαμορφώθηκε κατά τον 19ο αιώνα, σε σημαντικό βαθμό από τη συμβολή και τα κείμενα γιατρών Ελληνικής καταγωγής που εκπαιδεύτηκαν ή (και) εργάστηκαν σε Πανεπιστήμια ή Ιατρικά Κέντρα του Εξωτερικού. Εκεί δέχτηκαν την επίδραση της σύγχρονης τους Ευρωπαϊκής ιατρικής, καθώς και, μεταβολισμένη, την επίδραση της Αρχαίας Ελληνικής ιατρικής και φιλοσοφικής παράδοσης, με τη μορφή αντιδανείου, μια που το αρχικό δάνειο ήταν ο γνωσιακός εμπλουτισμός της Δύσης με τον ιατροφιλοσοφικό στοχασμό της Ελληνικής Αρχαιότητας. Ο στοχασμός αυτός μεταφέρθηκε στη Δύση από Έλληνες διανοούμενους που μετανάστευσαν εκεί, κυρίως μετά την κατάρρευση της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας. Είναι ενδιαφέρον ότι η μυθική φυσιογνωμία της Ελληνικής Επανάστασης, ο Θεόδωρος Κολοκοτρώνης, είχε μια παρόμοια αντίληψη για τη μεταφορά γνώσης από την Ελλάδα προς την Εσπερία. Ιδού το σχετικό κείμενο : «Οι σπουδασμένοι και μέρος των εμπόρων εσκόρπισαν εις την Ευρώπην και οι διαβασμένοι με την σοφίαν των προγόνων εφώτισαν τους αλλοεθνείς».

Η σύγχρονη φυσιογνωμία της Ελληνικής Ψυχιατρικής διαμορφώθηκε σε σημαντικό βαθμό από τη μεταφορά αυτών των γνώσεων (τη «μετακένωση» γνώσεων, κατά την προτροπή του Αδαμάντιου Κοραή). Οι γνώσεις που «μετακενώθηκαν» ήταν οι θεμελιώδεις απόψεις των κύριων επιστημονικών ρευμάτων εκείνης της εποχής, η Αρχαία Ελληνική ιατρική και φιλοσοφική παράδοση όπως αναπτύχθηκε στη δυτική Ευρώπη, καθώς και στοιχεία της φιλοσοφίας του Διαφωτισμού.

Η σύγχρονη ψυχιατρική, που αναδύθηκε στη Δύση στην αυγή του 19ου αιώνα, θεμελιώθηκε πάνω σ' αυτό το γνωσιακό υπόβαθρο, που τελικά αποτέλεσε το θεμέλιο και της σύγχρονης Ελληνικής Ψυχιατρικής.

Όταν τυπωθούν αυτές οι γραμμές θα έχει ήδη κυκλοφορήσει στο εξωτερικό από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία το βιβλίο " Anthology of Greek Psychiatric Texts", με υπεύθυνους έκδοσης τους Πύργο Χριστοδούλου, Δημήτρη Πλουμπίδη και Θανάση Καράβατο. Πρόκειται για μια έκδοση που βασίζεται στην ελληνική έκδοση «Ανθολόγιο Ελληνικών Ψυχιατρικών Κειμένων» που εξέδωσε η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία το 2006 και έγινε δεκτή με πολύ θετικά σχόλια. Στην έκδοση αυτή έχει γίνει μια προσεκτική επιλογή αντιπροσωπευτικών κειμένων της Ελληνικής Ψυχιατρικής παραγωγής από την ελληνική Αρχαιότητα μέχρι τη δεκαετία του '50. Το βιβλίο αυτό ακολουθεί ανάλογες εκδόσεις της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας που αναφέρονται σε Γαλλικά, Ιταλικά, Ισπανικά και Γερμανικά ψυχιατρικά κείμενα.

Το «Ανθολόγιο Ελληνικών Ψυχιατρικών Κειμένων» περιλαμβάνει μια εκπληκτική κλίμακα συνεισφορών, από επιλεγμένα κείμενα Αρχαίων Ελλήνων συγγραφέων μέχρι τον ζωικό μαγνητισμό, τον καθυπνισμό και την υστερίτιδα, την ψυχανάλυση και την ψυχοπαθολογία της πείνας, του φόβου και του άγχους (με αναφορά στην περίοδο της Γερμανικής κατοχής). Αρχίζει από την ελληνική κλασική αρχαιότητα και καταλήγει στη δεκαετία της αυγής της σύγχρονης ψυχοφαρμακολογίας.

Ελπίζουμε ότι η ιδιαίτερα κοπιαστική προσπάθειά μας να μεταφράσουμε τα πολλές φορές στριφνά (λόγω γλωσσικού ιδιώματος) κείμενα του Ελληνικού Ανθολογίου στην αγγλική γλώσσα θα έχει την αναμενόμενη

ανταπόκριση από την πλευρά των ξένων συναδέλφων μας. Η γνωριμία τους με τις σημαντικές αφητηρίες της Επιστήμης μας, τις οποίες εκπροσωπούν πολλά από τα ανθολογηθέντα κείμενα, πιστεύουμε ότι θα τους βοηθήσει να εκτιμήσουν τη διαχρονική πορεία και τη δυναμική, όχι μόνο της Ελληνικής Ψυχιατρικής, αλλά της κοινής μας επιστήμης στο σύνολό της.

Γ.Ν. Χριστοδούλου

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστημίου Αθηνών

Δ.Ν. Πλουμπίδης

Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστημίου Αθηνών

Α. Καράβατος

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Βιβλιογραφία

- *Διήγησις συμβάντων της Ελληνικής Φυλής από το 1770 έως το 1856*. Υπαγόρευσε Θεόδωρος Κωνσταντίνου Κολοκοτρώνης, Τύποις Χ. Νικολαΐδου Φιλαδελφείως, 1846
- Christodoulou GN, Ploumbidis DN, Karavatos A. *Anthology of Greek Psychiatric Texts*. Beta Medical Arts, Athens, 2011
- Καράβατος Αθ., Πλουμπίδης ΔΝ, Χριστοδούλου ΓΝ. *Ανθολόγιο Ελληνικών Ψυχιατρικών Κειμένων*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2006

Editorial Άρθρο Σύνταξης

The History of Greek Psychiatry through the texts of those who have shaped it

Modern Greek Psychiatry was shaped during the 19th century, to a considerable degree by the contribution and the writings of physicians of Greek origin who studied or worked at Universities or Medical Centers abroad. There, they were exposed to the influence of a metabolized form of Ancient Greek medical and philosophical tradition (along with the advances in medical knowledge of that time). This may be perceived as a counter – loan to match the original loan provided to the West by the medico-philosophical thinking of Ancient Greece that was “exported” to the West through the scholars who emigrated there following the fall of the Byzantine Empire in 1453. It is interesting that the mythical figure of the Greek revolution against the Turkish occupation (1820s), General Theodoros Kolokotronis, had a similar opinion about the first part of the above procedure (i.e. the exportation of knowledge from Greece to the West) when he wrote “The scholars and some merchants left for Europe and the educated ones enlightened the foreigners with the wisdom of the ancestors”.

The modern profile of Greek Psychiatry was shaped in part by the introduction of knowledge from abroad (“metakenosis”- transfusion was the expression used by Adamantios Korais, a prominent Greek scholar of that time). The body of knowledge that was transfused consisted of fundamental fragments of medical knowledge, the medico-philosophical thinking of Ancient Greece as elaborated in Western Europe, along with the philosophical thinking of the “Enlightenment”.

Modern Psychiatry that was born in the West at the dawn of the 19th Century was founded on this very background that eventually constituted the foundation of Modern Greek Psychiatry as well.

An important publication pertaining to the above issues is the book “Anthology of Greek Psychiatric Texts”, edited by George Christodoulou, Dimitris Ploumbidis and Athanasios Karavatos under the auspices of the World Psychiatric Association. The book is largely based on a similar book produced by the Hellenic Psychiatric Association in 2006 that was received enthusiastically by the greek public. In this edition, a careful selection of representative texts of the Greek psychiatric production from ancient greek times to the ‘50s has been carried out. It follows similar editions of the World Psychiatric Association pertaining to French, Spanish, Italian and German psychiatric texts.

The “Anthology of Greek Psychiatric Texts” contains a broad variety of contributions ranging from Ancient Greek texts to animal magnetism, hypnosis, “hysteritis”, psychoanalysis and psychopathology of hunger, fear and anxiety (reference to the period of the German occupation of Greece). It covers a chronological range from ancient times up to the decade of the dawn of modern psychopharmacology.

We hope that our decision to translate into English the often cumbersome and difficult Greek psychiatric texts will be appreciated by the English-speaking readership. Their familiarization with the dawn of Psychiatry as reflected in many of the texts of the "Anthology" will hopefully help them understand the evolution and the dynamics not only of Greek Psychiatry but also of Psychiatry as a discipline in its wholeness.

G.N. Christodoulou

Professor of Psychiatry, University of Athens

D.N. Ploumpidis

Assoc. Professor of Psychiatry, University of Athens

A. Karavatos

Professor of Psychiatry, University of Thessaloniki

References

- *Διήγησις συμβάντων της Ελληνικής Φυλής από το 1770 έως το 1856*. Υπαγόρευσε Θεόδωρος Κωνσταντίνου Κολοκοτρώνης, Τύποις Χ. Νικολαΐδου Φιλαδέλφως, 1846
- Christodoulou GN, Ploumpidis DN, Karavatos A. *Anthology of Greek Psychiatric Texts*. Beta Medical Arts, Athens, 2011
- Καράβατος Αθ., Πλουμπίδης ΔΝ, Χριστοδούλου ΓΝ. *Ανθολόγιο Ελληνικών Ψυχιατρικών Κειμένων*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2006

Ερευνητική εργασία Research article

Νευροψυχολογική εκτίμηση κλινικά σταθερών ασθενών με διπολική διαταραχή ή σχιζοφρένεια και υγιών μαρτύρων

Γ. Κωνσταντακόπουλος,^{1,2} Ν. Ιωαννίδη,¹ Π. Πατρικέλης,¹ Α. Σουμάνη,¹
Π. Ουλής,¹ Δ. Σακκάς,³ Γ.Ν. Παπαδημητρίου,¹ Δ. Πλουμπίδης¹

¹Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, ²Section of Cognitive Neuropsychiatry, Institute of Psychiatry, King's College London, UK, ³Ψυχιατρική Κλινική, ΓΝΑ «Γεώργιος Γεννηματάς», Αθήνα

Ψυχιατρική 2011, 22:195–206

Πολλές μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι τα νοητικά ελλείμματα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια καθώς και σε ασθενείς με διπολική διαταραχή παραμένουν και μετά την υποχώρηση των ενεργών συμπτωμάτων. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να συγκρίνει τις νοητικές λειτουργίες μεταξύ κλινικά σταθερών ασθενών με σχιζοφρένεια και ασθενών με διπολική διαταραχή σε νορμοθυμία, συμπεριλαμβάνοντας την εκτίμηση της Θεωρίας του Νου. Εκτιμήθηκαν το γενικό νοητικό δυναμικό, η προσοχή, η ταχύτητα νοητικής επεξεργασίας, η μνήμη εργασίας, η οπτικοχωρική ικανότητα, η λεκτική μνήμη και ικανότητα εκμάθησης, οι εκτελεστικές λειτουργίες και η Θεωρία του Νου σε 21 ασθενείς με σχιζοφρένεια, 23 πάσχοντες από διπολική διαταραχή τύπου Ι σε νορμοθυμία, και 27 υγιείς μάρτυρες. Οι ομάδες είχαν αντιστοιχία κατά φύλο, ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης. Για τις συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε one-way ANOVA με post hoc Bonferroni διόρθωση. Τόσο οι ασθενείς με σχιζοφρένεια όσο και οι ασθενείς με διπολική διαταραχή παρουσίασαν σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες σημαντικά ελλείμματα στο γενικό νοητικό δυναμικό, τη λεκτική μνήμη και μάθηση και τις εκτελεστικές λειτουργίες. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είχαν σημαντικά φτωχότερη επίδοση σε δοκιμασίες βραχύχρονης και μακρόχρονης λεκτικής μνήμης από τους ασθενείς με διπολική διαταραχή, ενώ σε καμία δοκιμασία δεν εμφάνισαν σημαντικά φτωχότερη επίδοση οι ασθενείς με διπολική διαταραχή έναντι των ασθενών με σχιζοφρένεια. Επιπλέον, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είχαν σημαντικά μειωμένη προσοχή, ταχύτητα επεξεργασίας και άμεση μνήμη, και οι ασθενείς με διπολική διαταραχή σημαντικά μειωμένη οπτικοχωρική ικανότητα και μνήμη εργασίας σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Καμία από τις ομάδες των ασθενών δεν είχε διαφορά στη Θεωρία του Νου από την ομάδα ελέγχου. Συμπερασματικά, το εύρος των νοητικών λειτουργιών στις οποίες εμφανίζονται ελλείμματα στη σχιζοφρένεια και τη διπολική διαταραχή κατά τη φάση ύφεσης, συμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό. Επιπλέον, τα ευρήματά μας υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η δυσλειτουργία της Θεωρίας του Νου δεν αποτελεί σταθερό χαρακτηριστικό ούτε στη σχιζοφρένεια ούτε στη διπολική διαταραχή.

Λέξεις ευρετηρίου: Σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, νοητικά ελλείμματα, Θεωρία του Νου

Εισαγωγή

Πληθώρα ερευνών την τελευταία δεκαετία έχουν συνεισφέρει στη διασαφήνιση της φύσης και της σημασίας της νοητικής δυσλειτουργίας στη σχιζοφρένεια. Είναι σήμερα γενικά παραδεκτό ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν χαμηλότερες επιδόσεις στο σύνολο των γνωστών νευροψυχολογικών δοκιμασιών συγκριτικά με υγιείς μάρτυρες.¹ Τα ελλείμματα στις νοητικές λειτουργίες συνήθως προϋπάρχουν της νόσου και παραμένουν αμετάβλητα κατά τη μετάπτωση από το πρόδρομο στάδιο στην πλήρη εκδήλωση της διαταραχής.² Επιπλέον, παραμένουν σταθερά παρά τις διακυμάνσεις της συμπτωματολογίας.³ Κατά συνέπεια, η νοητική δυσλειτουργία στη σχιζοφρένεια αποτελεί πυρηνικό χαρακτηριστικό της νόσου και μάλιστα ένα χαρακτηριστικό που συσχετίζεται πολύ ισχυρά με την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών.^{4,5}

Τα πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα θέτουν υπό αμφισβήτηση την άποψη του Kraepelin⁶ ότι η διπολική διαταραχή (ΔΔ), σε αντίθεση με την σχιζοφρένεια, δεν χαρακτηρίζεται από νοητική έκπτωση.⁷⁻¹⁰ Μία μετα-ανάλυση των μελετών σε ασθενείς με ΔΔ σε νορμοθυμία, μανιακό ή μεικτό επεισόδιο και καταθλιπτικό επεισόδιο, έδειξε ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν νοητική δυσλειτουργία σε όλες τις φάσεις της νόσου και ότι ορισμένα ελλείμματα τείνουν να επιδεινώνονται με την πάροδο της νόσου.¹¹ Επιπλέον, μία πρόσφατη προοπτική μελέτη 15 νορμοθυμικών διπολικών ασθενών και 15 υγιών μαρτύρων ανέδειξε ελλείμματα στην προσοχή, την ταχύτητα επεξεργασίας και τις εκτελεστικές λειτουργίες, τα οποία παρέμειναν σταθερά για διάστημα 2 χρόνων.¹² Πιθανολογείται ότι, παρόμοια με τη σχιζοφρένεια, η εμμένουσα νοητική δυσλειτουργία συμβάλλει σημαντικά στη μειωμένη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών με ΔΔ.¹³ Παρόλο που πολλές από τις σημερινές θεραπείες είναι αποτελεσματικές στην επίσπευση της ύφεσης και τη μείωση των υποτροπών, φαίνεται να έχουν περιορισμένη επίδραση στην κοινωνική λειτουργικότητα, με αποτέλεσμα 57-75% των ασθενών με ΔΔ να μην ανακτούν την προηγούμενη λειτουργι-

κότητά τους μέσα σε 1-2 χρόνια μετά την ψυχιατρική νοσηλεία.¹⁴

Ωστόσο, οι μελέτες σύγκρισης των νοητικών ελλειμμάτων στη ΔΔ με αυτά που παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια, κατά το είδος και κατά το ποσό, έχουν αποδώσει μέχρι σήμερα αμφιλεγόμενα ευρήματα.¹⁵ Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι διπολικοί ασθενείς σε φάση ύφεσης της συμπτωματολογίας έχουν σημαντικά καλύτερη επίδοση από τους κλινικά σταθερούς ασθενείς με σχιζοφρένεια^{16,17} και ότι το προφίλ των νοητικών ικανοτήτων των διπολικών ασθενών χαρακτηρίζεται από ειδικά παρά από γενικευμένα ελλείμματα (π.χ. στην οπτική επεξεργασία).^{16,18} Άλλοι υποστηρίζουν ότι και στις δύο διαταραχές το προφίλ των νοητικών ικανοτήτων αναπαριστά μια σχετικά γενικευμένη μορφή ελλειμμάτων, παρόλο που μπορεί να υπάρχουν ποσοτικές διαφορές.^{8,10,19}

Ένα βασικό μεθοδολογικό πρόβλημα στις προαναφερθείσες μελέτες είναι το κατά πόσο η παρατηρούμενη νοητική δυσλειτουργία σε ασθενείς με ΔΔ μπορεί να σχετίζεται με εμμένοντα υποκλινικά συμπτώματα από τη διάθεση.²⁰ Γι' αυτό είναι σημαντικό να εξασφαλίζεται η σταθερότητα της νορμοθυμίας στους διπολικούς ασθενείς που συμμετέχουν σε ανάλογες μελέτες. Ένα δεύτερο σχετικό πρόβλημα που αναδείχθηκε πρόσφατα, είναι η πιθανότητα να διαφέρει το προφίλ των νοητικών ελλειμμάτων μεταξύ των τύπων I και II της ΔΔ, που καθιστά αναγκαίο να μελετάται ξεχωριστά η νοητική δυσλειτουργία στους δύο αυτούς τύπους της διαταραχής.²¹ Τέλος, μία σημαντική έλλειψη στα ευρήματα των μέχρι σήμερα συγκριτικών μελετών μεταξύ ασθενών με σχιζοφρένεια και ασθενών με ΔΔ σε νορμοθυμία είναι ότι δεν έχουν συμπεριλάβει τη θεωρία του Νου (ΘτΝ) στις υπό εξέταση νοητικές λειτουργίες, παρόλο που σε σημαντικό αριθμό μελετών που συνέκριναν είτε ασθενείς με σχιζοφρένεια είτε διπολικούς ασθενείς σε νορμοθυμία με υγιείς μάρτυρες, έχουν βρεθεί ελλείμματα της ΘτΝ.²²

Παρουσιάζουμε τα προκαταρκτικά ευρήματα μιας συνεχιζόμενης μελέτης που σκοπό έχει να εκτιμήσει συγκριτικά τα ελλείμματα σε ένα ευρύ φάσμα νοητικών λειτουργιών που παρατηρούνται σε κλινικά σταθερούς νορμοθυμικούς διπολικούς τύ-

που Ι ασθενείς και ασθενείς με σχιζοφρένεια. Είναι, επίσης, η πρώτη μέχρι σήμερα μελέτη που περιλαμβάνει την ΘτΝ ανάμεσα στις συνεξεταζόμενες νοητικές λειτουργίες.

Υλικό και μέθοδος

Επιλογή του δείγματος και συλλογή των δεδομένων

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 23 ασθενείς (16 γυναίκες και 7 άνδρες) με διπολική διαταραχή τύπου Ι, 21 ασθενείς (15 γυναίκες και 6 άνδρες) με σχιζοφρένεια, καθώς και 27 υγιείς μάρτυρες (18 γυναίκες και 9 άνδρες). Η διάγνωση έγινε σύμφωνα με τα κριτήρια του διεθνούς συστήματος ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών DSM-IV.²³ Οι ομάδες είχαν αντιστοιχία κατά φύλο, ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης. Οι δύο ομάδες των ασθενών αντιστοιχίστηκαν επίσης ως προς την ηλικία έναρξης και τη διάρκεια της νόσου.

Τα κριτήρια αποκλεισμού από το δείγμα ήταν: ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, άλλων νευρολογικών νόσων και λοιμώξεων του ΚΝΣ, πρόσφατη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (τους τελευταίους τρεις μήνες), πρόσφατη ηλεκτροσπασμοθεραπεία (το τελευταίο εξάμηνο), συνύπαρξη νοητικής υστέρησης, καθώς και η ηλικία πέραν των 60 ετών. Επιπλέον, για την ένταξη των υγιών μαρτύρων στη μελέτη απαιτούνταν απουσία ψυχιατρικής διαταραχής στο ατομικό αναμνηστικό και απουσία ψυχωτικής ή διπολικής διαταραχής στο οικογενειακό ιστορικό (συγγενείς α΄ βαθμού). Για να ενταχθούν στη μελέτη οι ασθενείς έπρεπε να είναι κλινικά σταθεροί επί 3 μήνες τουλάχιστον, με κριτήριο τη μη ουσιώδη μεταβολή της βαθμολογίας τους στις κλίμακες κλινικής εκτίμησης που χρησιμοποιήθηκαν (βλ. παρακάτω). Επιπλέον, απαραίτητη προϋπόθεση για όλους τους συμμετέχοντες ήταν να αποτελεί η ελληνική τη μητρική τους γλώσσα.

Η συλλογή του δείγματος των ασθενών έγινε από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής και της Ψυχιατρικής κλινικής του ΓΝΑ «Γεώργιος Γεννηματάς». Στην ομάδα των υγιών μαρτύρων συμμετείχαν εθελοντικά άτομα από τις τοπικές κοινότητες. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για

τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας και έδωσαν έγγραφη συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Ο νευροψυχολογικός έλεγχος πραγματοποιούνταν εντός μίας εβδομάδας από την τελευταία κλινική εκτίμηση του ασθενούς. Στοιχεία του ιστορικού των ασθενών και πρόσθετες κλινικές πληροφορίες λαμβάνονταν από τον ιατρικό φάκελο κάθε ασθενούς σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό.

Κλινική εκτίμηση

Για τη διαβαθμισμένη εκτίμηση των ψυχοπαθολογικών παραμέτρων στους ασθενείς με ΔΔ ή σχιζοφρένεια χορηγήθηκαν οι εξής ευρέως χρησιμοποιούμενες κλινικές κλίμακες: (α) η Βραχεία Κλίμακα Ψυχιατρικής Εκτίμησης (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS),²⁴ η οποία εκτιμά την ψυχωτική συμπτωματολογία, (β) η Κλίμακα Εκτίμησης Κατάθλιψης Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS),²⁵ η οποία εκτιμά την καταθλιπτική συμπτωματολογία και (γ) η Κλίμακα Εκτίμησης Μανίας Young (Young Mania Rating Scale, YMRS),²⁶ που εκτιμά τη μανιακού τύπου συμπτωματολογία.

Οι ασθενείς βρίσκονταν υπό τακτική παρακολούθηση επί τρεις μήνες και επιλέχθηκαν για συμμετοχή στη μελέτη, εφόσον κατά το διάστημα αυτό δεν παρουσίασαν σε καμία από τις παραπάνω κλίμακες μεταβολή μεγαλύτερη από ± 2 μονάδες. Επιπλέον, οι ασθενείς με ΔΔ συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη μόνο εφόσον παρουσίασαν βαθμολογία ≤ 8 στην HDRS και ≤ 6 στην YMRS, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι βρίσκονται σταθερά σε φάση νορμοθυμίας.

Τέλος, η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε μέσω της Κλίμακας Σφαιρικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (Global Assessment of Functioning, GAF).²³

Νευροψυχολογική εκτίμηση

Κατά τη νευροψυχολογική διερεύνηση χρησιμοποιήθηκε μία συστοιχία έγκυρων και ευρείας χρήσης δοκιμασιών, οι οποίες επιλέχθηκαν με στόχο να αξιολογηθεί μεγάλο εύρος νοητικών λειτουργιών. Συμπεριλήφθηκε επίσης στις υπό εξέταση νοητικές λειτουργίες η Θεωρία του Νου (ΘτΝ).

Η κλίμακα Λεξιλόγιο (WAIS-Λεξιλόγιο) από τη δοκιμασία Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised

(WAIS-R),²⁷ χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση του γενικού νοητικού δυναμικού, επειδή θεωρείται η κλίμακα με τη μεγαλύτερη συσχέτιση με τη γενική νοημοσύνη του ατόμου. Δύο ακόμη κλίμακες από τη δοκιμασία WAIS-R χορηγήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Η κλίμακα Σχέδια με κύβους (block design, WAIS-Σχέδια με κύβους) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της οπτικοχωρικής ικανότητας και την οπτική συνιστώσα της βραχύχρονης μνήμης, ενώ η κλίμακα Μνήμη αριθμών (digit span, WAIS-Μνήμη αριθμών) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της μνήμης εργασίας.

Για τις εκτελεστικές λειτουργίες χρησιμοποιήθηκαν τρεις διαφορετικές δοκιμασίες προκειμένου να εκτιμηθούν οι αντίστοιχες όψεις τους. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες: Χρώμα-Λέξη του Stroop (Stroop Color-Word Test),²⁸ Ταξινόμησης καρτών του Wisconsin (Wisconsin Card sorting Test, WCST)²⁹ –εκδοχή 64 καρτών– και Ιχνηλάτησης (Trail Making Test).³⁰

Στη δοκιμασία Χρώμα-Λέξη του Stroop οι εξεταζόμενοι διαβάζουν, όσο πιο γρήγορα μπορούν, κάθετα τις στήλες σε τρία φύλλα. Το πρώτο φύλλο αποτελείται από πέντε στήλες των είκοσι λέξεων-χρωμάτων γραμμένες με μαύρο μελάνι, το δεύτερο φύλλο απεικονίζει τις ίδιες στήλες με σύμβολα (xxx) σε διάφορα από τα τρία χρώματα αντί για λέξεις, ενώ στο τρίτο φύλλο απεικονίζονται στις στήλες λέξεις-χρώματα χρωματισμένες με διαφορετικό χρώμα μελανιού από αυτό με το οποίο είναι γραμμένες οι λέξεις. Η βαθμολογία που προκύπτει από τη διαφορά των σωστών απαντήσεων στο δεύτερο φύλλο μείον τις σωστές απαντήσεις στο τρίτο φύλλο (Stroop-Παρεμβολή), εκτιμά ακριβέστερα την ικανότητα αναστολής της αυθόρμητης αντίδρασης (response inhibition). Ο χρόνος ανάγνωσης των ονομάτων των χρωμάτων στο πρώτο φύλλο (Stroop-Λέξη) χρησιμοποιήθηκε επίσης στην παρούσα εργασία ως μέτρηση της διατηρούμενης προσοχής και της ταχύτητας νοητικής επεξεργασίας (processing speed).

Στη δοκιμασία Ταξινόμησης καρτών του Wisconsin ο εξεταζόμενος καλείται να ομαδοποιήσει τις κάρτες με γεωμετρικά σχήματα, οι οποίες διαφέρουν ως προς το χρώμα, τον αριθμό και το σχήμα. Ο εξεταστής αναφέρει μετά από την τοπο-

θέτηση της κάθε κάρτας αν είναι σωστή ή λάθος η τοποθέτηση, και μετά από 10 συνεχείς σωστές τοποθετήσεις, ο εξεταζόμενος υποχρεούται να μεταπηδήσει σε άλλη κατηγορία (π.χ. από το χρώμα στο σχήμα).³¹ Οι βαθμολογίες που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι ο αριθμός των κατηγοριών που συμπληρώθηκαν (WCST-κατηγορίες) και ο αριθμός των λαθών εμμονής (perseverative errors), δηλαδή η επίμονη τοποθέτηση καρτών σε λάθος κατηγορία ή στην προηγούμενη, παρόλο που το κριτήριο της κατηγορίας έχει αλλάξει (WCST-λάθη εμμονής).³² Η δοκιμασία αξιολογεί την αφαιρετική σκέψη, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και την ικανότητα μεταβολής νοητικής κατεύθυνσης (set shifting).

Στη δοκιμασία Ιχνηλάτησης, ο εξεταζόμενος καλείται να ενώσει κύκλους με τη σωστή σειρά όσο πιο γρήγορα γίνεται, χωρίς να σηκώσει το μολύβι από το χαρτί. Το πρώτο μέρος της δοκιμασίας αποτελείται από διάσπαρτους με τυχαίο τρόπο αριθμούς από το 1 έως το 25 εντός κύκλων. Το δεύτερο μέρος αποτελείται και από αριθμούς και γράμματα διάσπαρτα στο χαρτί με τυχαίο τρόπο, που πρέπει να ενωθούν εναλλάξ: από το 1 στο Α στο 2 στο Β στο 3 στο Γ, μέχρι το 13. Τα λάθη επισημαίνονται από τον εξεταστή και διορθώνονται, και έτσι βαθμολογούμε βάσει του χρόνου.³² Η βαθμολογία του δεύτερου μέρους (Trails B) εκτιμά τη μεταβολή νοητικής κατεύθυνσης, ενώ το πρώτο μέρος (Trails A) χρησιμοποιείται ως μέτρηση της εναλλαγής της προσοχής και της ταχύτητας νοητικής επεξεργασίας.

Η λεκτική μνήμη και μάθηση εκτιμήθηκαν με τις δοκιμασίες Babcock story recall test³³ και Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT).³⁴ Στη δοκιμασία Babcock αξιολογείται η άμεση και η καθυστερημένη ανάκληση μέσω μιας ιστορίας με 21 σημασιολογικά-μνημονικά σημεία που βαθμολογούνται (Babcock-άμεση ανάκληση και Babcock-καθυστερημένη ανάκληση, αντίστοιχα). Η δοκιμασία RAVLT εξετάζει τη σειριακή μάθηση και ικανότητα μνημονικής ανάκλησης 15 λέξεων. Μέσω διαδοχικών ανακλήσεων εκτιμά την ικανότητα άμεσης ανάκλησης (RAVLT-άμεση μνήμη), την ικανότητα εκμάθησης (RAVLT-βέλτιστη μάθηση), τη βραχυπρόθεσμη και τη μακροπρόθεσμη διατήρηση πληροφοριών στη μνήμη (RAVLT-άμεση ανάκληση και RAVLT-καθυστερημένη ανάκληση, αντίστοιχα).³²

Η ΘτΝ εκτιμήθηκε με τη δοκιμασία Faux Pas Recognition Test (Adult Version).³⁵ Το Faux Pas, δηλαδή το ατόπημα, συμβαίνει όταν κάποιος λέει κάτι χωρίς να σκέφτεται ότι το άτομο που το ακούει μπορεί να μη θέλει να το ακούσει ή να προσβάλλεται ή να πληγώνεται από αυτό. Η δοκιμασία αποτελείται από 20 ιστορίες τοποθετημένες σε τυχαία σειρά. Λάθη κοινωνικής νόησης βρίσκονται σε 10 από αυτές τις ιστορίες, ενώ οι υπόλοιπες 10 αποτελούν ιστορίες ελέγχου. Στην παρούσα μελέτη βαθμολογήθηκαν οι σωστές αναγνωρίσεις ατοπημάτων (Faux Pas-ανίχνευση) και οι σωστές απορρίψεις στις ιστορίες ελέγχου (Faux Pas-ορθή απόρριψη).

Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Η κανονικότητα της κατανομής όλων των μεταβλητών στο συνολικό δείγμα ελέγχθηκε μέσω της δοκιμασίας Shapiro-Wilk και βρέθηκε ότι καμία μεταβλητή δεν παρουσίασε μη-κανονική κατανομή. Κατά συνέπεια, χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά παραμετρικές δοκιμασίες. Η αντιστοιχία μεταξύ των τριών ομάδων της μελέτης ως προς την ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης, καθώς και οι μεταξύ τους διαφορές όσον αφορά στις νευροψυχολογικές

δοκιμασίες, ελέγχθηκαν με τη δοκιμασία one-way ANOVA με post hoc Bonferroni διορθώσεις. Για τις συγκρίσεις μεταξύ των ασθενών με διπολική διαταραχή και των ασθενών με σχιζοφρένεια στις κλινικές μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t-test (2-tailed). Οι συγκρίσεις που αφορούν σε μη ποσοτικές μεταβλητές (φύλο, φαρμακευτική αγωγή) έγιναν με τη δοκιμασία χ^2 . Το κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας για όλες τις δοκιμασίες ορίστηκε στο επίπεδο $p=0,05$. Για όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό στατιστικής επεξεργασίας SPSS 15.0.

Αποτελέσματα

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των τριών ομάδων παρουσιάζονται στον πίνακα 1, όπου επιπλέον επιβεβαιώνεται ότι δεν υπάρχουν μεταξύ τους στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το φύλο, την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται συγκριτικά τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΔΔ και των ασθενών με σχιζοφρένεια. Οι δύο ομάδες εμφανίζουν αντιστοιχία ως προς τη διάρκεια και

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με διπολική διαταραχή και σχιζοφρένεια και των υγιών μαρτύρων

	Διπολική διαταραχή (n=23)	Σχιζοφρένεια (n=21)	Υγιείς μάρτυρες (n=27)	ρ	Post-hoc συγκρίσεις	
Φύλο (γυναίκες), n (%)	16 (69,6)	15 (71,4)	18 (66,7)	$\chi^2=0,13$	0,937	ΜΣ
Ηλικία (έτη), MO (TA)	43,2 (10,8)	43,4 (8,5)	41,3 (10,1)	F=0,36	0,701	ΜΣ
Εκπαίδευση (έτη), MO (TA)	12,2 (4,0)	11,7 (2,6)	12,4 (3,0)	F=0,28	0,757	ΜΣ

MO: μέσος όρος, TA: τυπική απόκλιση

Πίνακας 2. Κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με διπολική διαταραχή (n=23) και σχιζοφρένεια (n=27)

	Διπολική διαταραχή MO (TA)	Σχιζοφρένεια MO (TA)	t	p
Ηλικία έναρξης της νόσου (έτη)	28,3 (6,7)	26,2 (7,6)	0,94	0,352
Διάρκεια νόσου (έτη)	15,1 (9,4)	17,2 (9,1)	-0,73	0,468
BPRS	19,5 (6,6)	32,2 (5,4)	-7,01	<0,001
HDRS	6,3 (2,7)	6,7 (1,6)	-0,60	0,276
YMRS	5,1 (1,8)	5,4 (2,4)	-0,47	0,322
GAF	62,2 (11,4)	51,1 (10,5)	3,2	0,003

MO: μέσος όρος, TA: τυπική απόκλιση, BPRS: Βραχεία κλίμακα ψυχιατρικής εκτίμησης, HDRS: Κλίμακα εκτίμησης κατάθλιψης Hamilton, YMRS: Κλίμακα εκτίμησης μανίας Young, GAF: Κλίμακα σφαιρικής εκτίμησης λειτουργικότητας

την ηλικία έναρξης της νόσου, όπως επιδιώχθηκε. Επιπλέον, δεν εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των δύο ομάδων στις κλίμακες HDRS και YMRS. Το αποτέλεσμα αυτό προέκυψε λόγω της επιλογής ασθενών με ΔΔ σε νορμοθυμία, βάσει των κριτηρίων που ορίστηκαν εξαρχής (HDRS ≤ 8 και YMRS ≤ 6). Αντίθετα, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είχαν σημαντικά μεγαλύτερη

βαθμολογία στην κλίμακα BPRS και σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στην GAF.

Οι επιδόσεις των ομάδων στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες και τα αποτελέσματα της ANOVA και των *post hoc* συγκρίσεων, παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Τόσο οι ασθενείς με σχιζοφρένεια όσο και οι ασθενείς με ΔΔ παρουσίασαν σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες σημαντικά ελλείμματα

Πίνακας 3. Σύγκριση των επιδόσεων σε νευροψυχολογικές δοκιμασίες μεταξύ των ασθενών με διπολική διαταραχή (n=23) και σχιζοφρένεια (n=21) και των υγιών μαρτύρων (n=27)

	Διπολική διαταραχή MO (TA)	Σχιζοφρένεια MO (TA)	Υγιείς μάρτυρες MO (TA)	F	p	Post-hoc συγκρίσεις (p)
<i>Γενική νοημοσύνη</i>						
WAIS-λεξιλόγιο	10,1 (1,8)	10,2 (1,8)	12,0 (1,6)	6,06	0,004	ΣΧ<ΥΜ (0,015) ΔΔ<ΥΜ (0,008)
<i>Προσοχή και ταχύτητα νοητικής επεξεργασίας</i>						
Stroop-λέξη	84,3 (18,7)	82,3 (26,8)	97,7 (16,5)	4,03	0,022	ΣΧ<ΥΜ (0,038)
Trails A	60,4 (38,5)	59,7 (40,6)	39,1 (12,5)	3,58	0,033	ΜΣ
<i>Μνήμη εργασίας</i>						
WAIS-μνήμη αριθμών	8,2 (2,4)	9,0 (3,2)	10,5 (2,0)	3,53	0,037	ΔΔ<ΥΜ (0,032)
<i>Οπτικοχωρική μνήμη και ικανότητα</i>						
WAIS-σχέδια με κύβους	7,9 (2,5)	9,9 (3,6)	10,3 (2,7)	3,76	0,032	ΔΔ<ΥΜ (0,039)
<i>Λεκτική μνήμη και μάθηση</i>						
Babcock-άμεση ανάκληση	13,4 (3,7)	10,1 (2,8)	13,6 (2,4)	9,53	<0,001	ΣΧ<ΥΜ (<0,001) ΣΧ<ΔΔ (0,002)
Babcock-καθυστερημένη ανάκληση	12,1 (3,9)	7,7 (3,3)	13,2 (3,3)	15,71	<0,001	ΣΧ<ΥΜ (<0,001) ΣΧ<ΔΔ (<0,001)
RAVLT-άμεση μνήμη	6,0 (1,5)	5,2 (1,5)	7,1 (2,1)	7,71	0,001	ΣΧ<ΥΜ (0,001)
RAVLT-βέλτιστη μάθηση	11,3 (2,6)	10,8 (1,9)	14,1 (1,3)	20,44	<0,001	ΣΧ<ΥΜ (<0,001) ΔΔ<ΥΜ (<0,001)
RAVLT-άμεση ανάκληση	9,2 (3,6)	9,0 (3,0)	12,3 (2,2)	9,70	<0,001	ΣΧ<ΥΜ (0,001) ΔΔ<ΥΜ (0,001)
RAVLT-καθυστερημένη ανάκληση	9,5 (3,3)	8,4 (3,0)	12,5 (2,1)	13,77	<0,001	ΣΧ<ΥΜ (<0,001) ΔΔ<ΥΜ (0,001)
<i>Εκτελεστικές λειτουργίες</i>						
Stroop-παρεμβολή	33,4 (12,3)	30,8 (13,5)	43,4 (12,9)	6,63	0,002	ΣΧ<ΥΜ (0,003) ΔΔ<ΥΜ (0,025)
WCST-κατηγορίες	2,4 (1,4)	2,5 (1,3)	3,1 (1,1)	2,49	0,090	ΜΣ
WCST-λάθη εμμονής	14,6 (13,1)	18,5 (16,4)	11,1 (8,2)	1,30	0,280	ΜΣ
Trails B	164,1 (83,2)	170,2 (76,8)	86,7 (43,3)	11,68	< 0,001	ΣΧ>ΥΜ (<0,001) ΔΔ>ΥΜ (0,001)
<i>Θεωρία του Νου</i>						
Faux Pas-ανίχνευση	38,6 (11,6)	40,1 (14,6)	46,2 (9,6)	2,64	0,080	ΜΣ
Faux Pas-ορθή απόρριψη	16,6 (3,3)	17,4 (1,9)	17,6 (3,3)	0,74	0,482	ΜΣ

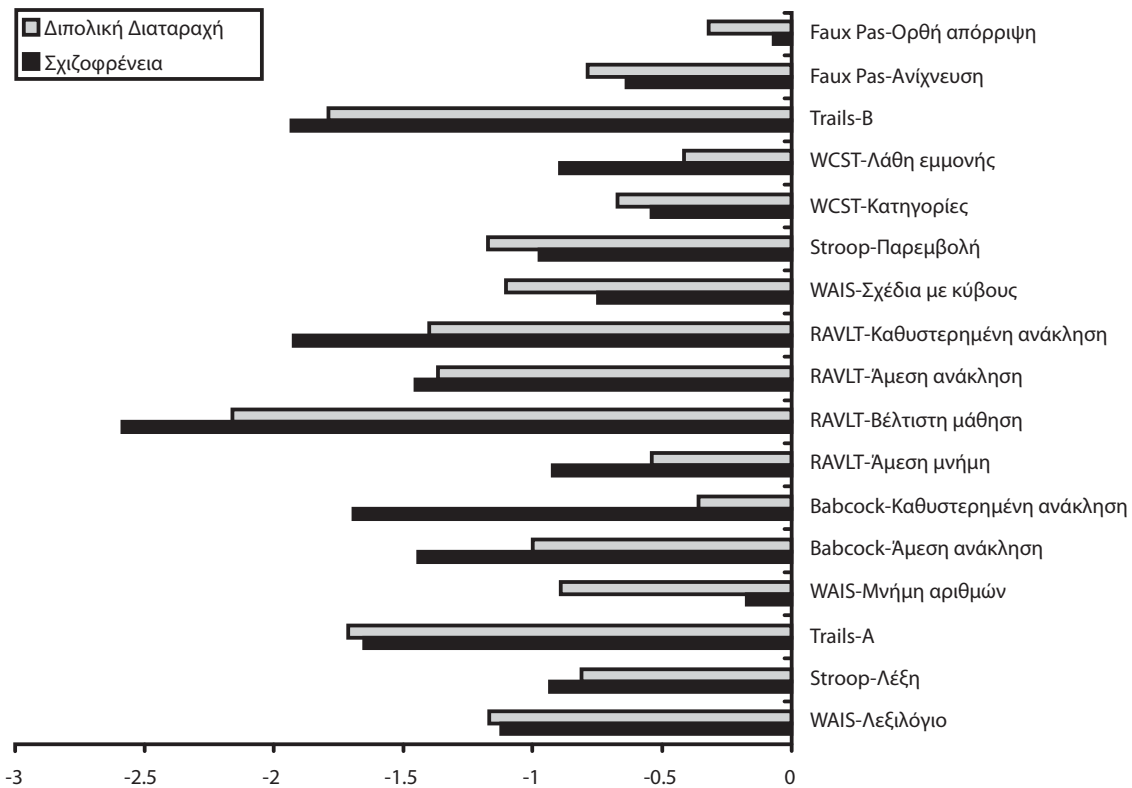
MO: μέσος όρος, TA: τυπική απόκλιση, ΣΧ: Σχιζοφρένεια, ΔΔ: Διπολική διαταραχή, ΥΜ: Υγιείς μάρτυρες, WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale, RAVLT: Rey Auditory Verbal Learning Test, WCST: Wisconsin Card Sorting Test

στο γενικό νοητικό δυναμικό (WAIS-λεξιλόγιο), την ικανότητα λεκτικής εκμάθησης (RAVLT-Βέλτιστη μάθηση), τη βραχύχρονη και μακρόχρονη λεκτική μνήμη (RAVLT-άμεση και καθυστερημένη ανάκληση) και τις εκτελεστικές λειτουργίες-ειδικότερα την αναστολή αυθόρμητης αντίδρασης (Stroop-Παρεμβολή) και τη μεταβολή νοητικής κατεύθυνσης (Trails B). Επιπλέον, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είχαν σημαντικά φτωχότερη επίδοση στις δοκιμασίες Stroop-Λέξη και RAVLT-Άμεση μνήμη σε σύγκριση με την ομάδα των υγιών, ενώ οι ασθενείς με ΔΔ είχαν σημαντικά μειωμένη οπτικοχωρική ικανότητα (WAIS-Σχέδια με κύβους) και μνήμη εργασίας (WAIS-Μνήμη αριθμών) σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Καμία από τις ομάδες των ασθενών δεν

εμφάνισε σημαντική διαφορά στη ΘτΝ (Faux Pas) από την ομάδα υγιών μαρτύρων.

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είχαν σημαντικά φτωχότερη επίδοση σε δοκιμασίες βραχύχρονης και μακρόχρονης λεκτικής μνήμης (Babcock-Άμεση και καθυστερημένη ανάκληση) από τους ασθενείς με ΔΔ. Δεν υπήρξε καμία δοκιμασία στην οποία να εμφανίσουν σημαντικά φτωχότερη επίδοση οι διπολικοί ασθενείς έναντι των ασθενών με σχιζοφρένεια.

Το νευροψυχολογικό προφίλ των δύο ομάδων ασθενών απεικονίζεται στο γράφημα της εικόνας 1, το οποίο απεικονίζει τις τιμές z (z scores) των ομάδων αυτών, που υπολογίζονται με βάση τους αντίστοιχους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις της ομάδας των υγιών μαρτύρων.



Εικόνα 1. Επιδόσεις σε νευροψυχολογικές δοκιμασίες των ασθενών με διπολική διαταραχή και σχιζοφρένεια (z-scores). Οι επιδόσεις των υγιών μαρτύρων ορίζουν το μηδέν.

Συζήτηση

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνεται ότι υπάρχουν σοβαρά ελλείμματα στη ΔΔ κατά τη νορμοθυμία σε μεγάλο εύρος νοητικών λειτουργιών.³⁶ Ωστόσο, τα ευρήματα των σχετικών μελετών πρέπει να ερμηνεύονται και να αντιπαραβάλλονται με συνυπολογισμό των ποικίλων παραγόντων σύγχυσης. Στην παρούσα μελέτη υπήρξε αυστηρή επιλογή του δείγματος ως προς τον τύπο της ΔΔ (τύπος Ι), τον καθορισμό της νορμοθυμίας και την κλινική σταθερότητα των ασθενών. Επιπλέον, έγινε αντιστοίχιση των ομάδων όσον αφορά τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη χρονιότητα της νόσου. Όπως ισχύει και για το σύνολο των προηγούμενων μελετών, δεν μπορούσε να εξαιρεθεί η επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής παρά μόνο να επιδιωχθεί η σταθερότητά της κατά την περίοδο της παρακολούθησης. Από την άλλη πλευρά, τα δεδομένα σχετικά με την επίδραση τόσο των αντιψυχωσικών φαρμάκων, άτυπων και τυπικών,^{37,40} όσο και των σταθεροποιητικών παραγόντων (λιθίου και αντιεπιληπτικών)⁴¹⁻⁴⁴ στη νοητική λειτουργικότητα, είναι αντιφατικά.

Το φάσμα των νοητικών λειτουργιών στις οποίες εμφανίζονται ελλείμματα στη ΔΔ τύπου Ι βρέθηκε να συμπίπτει σε μεγάλο βαθμό με αυτόν της σχιζοφρένειας και να περιλαμβάνει το γενικό νοητικό δυναμικό, τη λεκτική μνήμη και μάθηση, τη μνήμη εργασίας και τις εκτελεστικές λειτουργίες. Τα ευρήματα αυτά συνηγορούν υπέρ της υπόθεσης μιας γενικευμένης νοητικής δυσλειτουργίας με ποσοτικές μόνο διαφορές μεταξύ των δύο διαταραχών. Επίσης, σε συμφωνία με την υπόθεση αυτή, μία πρόσφατη συγκριτική μελέτη σε ασθενείς από όλο το εύρος του ψυχωσικού φάσματος (σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματική, ΔΔ και κατάθλιψη με ψυχωσικά) ανέδειξε παρόμοιους τύπους νευροψυχολογικής επίδοσης ανάμεσα στις ομάδες, με τους σχιζοφρενείς να υπολείπονται περισσότερο από όλους.⁴⁵ Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στο γενικό νοητικό δυναμικό, μια και αρχικά είχε υποστηριχτεί ότι δεν είναι μειωμένο στους ασθενείς με ΔΔ σε σύγκριση με του υγιείς.^{9,46,47} Πρόσφατη ανασκόπηση, όμως, ανέδειξε ότι τα ευρήματα για το προνοσηρό και το

τρέχον νοητικό δυναμικό των διπολικών ασθενών είναι αντιφατικά,²⁰ ενώ μελέτες που χρησιμοποίησαν τη δοκιμασία WAIS-Λεξιλόγιο, έδειξαν ότι το νοητικό δυναμικό των ασθενών με ΔΔ τύπου Ι είναι σημαντικά μειωμένο έναντι των υγιών⁴⁸ και δεν διαφέρει σημαντικά από αυτό των ασθενών με σχιζοφρένεια.^{48,49}

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερη δυσλειτουργία της λεκτικής μνήμης, τόσο της βραχυπρόθεσμης όσο και της μακροπρόθεσμης, σε σύγκριση με τους ασθενείς με ΔΔ, παρόλο που και στη ΔΔ παρατηρήθηκαν ελλείμματα λεκτικής μνήμης και μάθησης σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Οι πρόσφατες ανασκοπήσεις των συγκριτικών μελετών βρίσκουν σημαντικά μειωμένη επίδοση στη λεκτική μνήμη των ασθενών με σχιζοφρένεια έναντι των διπολικών ασθενών.^{15,20} Σημαντικές διαφορές σε άλλες νοητικές λειτουργίες έχουν επίσης παρατηρηθεί μεταξύ των δύο διαταραχών, αλλά δεν αποτελούν σταθερό εύρημα.^{20,50}

Μόνο η ομάδα της σχιζοφρένειας εμφάνισε σημαντικά φτωχότερη προσοχή και ταχύτητα νοητικής επεξεργασίας σε σύγκριση με τους υγιείς, αλλά μειωμένη επίδοση στις αντίστοιχες δοκιμασίες παρατηρήθηκε επίσης στην ομάδα της ΔΔ σε σύγκριση με τους υγιείς, παρότι μη στατιστικά σημαντική. Τα ευρήματά μας συμφωνούν με τη σχετική μετα-ανάλυση, στην οποία προέκυψε επίσης έλλειμμα των ασθενών με ΔΔ σε νορμοθυμία στις δύο αυτές λειτουργίες, αλλά με μεσαίο μέγεθος επίδρασης (effect size).³⁶ Αντιστρόφως, μόνο οι ασθενείς της μελέτης μας με ΔΔ εμφάνισαν σημαντικό έλλειμμα στη μνήμη εργασίας σε σχέση με τους υγιείς, παρόλο που μικρότερη των υγιών μαρτύρων ήταν και η επίδοση των ασθενών με σχιζοφρένεια. Άλλωστε, η δυσλειτουργία της μνήμης εργασίας στη σχιζοφρένεια είναι από τα πλέον τεκμηριωμένα χαρακτηριστικά της διαταραχής.¹

Ένα σημαντικό και πρωτότυπο εύρημα της παρούσας μελέτης είναι η σημαντικά μειωμένη οπτικοχωρητική ικανότητα των ασθενών με ΔΔ έναντι των υγιών. Από μια δική μας ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, δεν βρέθηκαν δεδομένα κατάλληλα για να συνεκτιμηθούν με το εύρημά μας

αυτό, πλην των αναφερόμενων ελλειμμάτων στην οπτική μνήμη και μάθηση σε ασθενείς με ΔΔ, εύρημα ωστόσο όχι σταθερό.⁵⁰ Γίνεται φανερό ότι οι οπτικοχωρικές ικανότητες σε ασθενείς με ΔΔ χρήζουν διεξοδικότερης διερεύνησης με ειδικές δοκιμασίες στο μέλλον.

Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε σημαντικό έλλειμμα της ΘτΝ σε καμία από τις δύο ομάδες ασθενών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Το εύρημα αυτό δεν βρίσκεται σε συμφωνία με πολλές προηγούμενες μελέτες που έχουν βρει δυσλειτουργία στη ΘτΝ σε κλινικά σταθερούς ασθενείς με σχιζοφρένεια, καθώς και σε νορμοθυμικούς ασθενείς με ΔΔ.²² Ωστόσο, λόγω της ασυμφωνίας μεταξύ των σχετικών ευρημάτων καθώς και της πιθανότητας να προκαλούνται οι φτωχότερες επιδόσεις σε δοκιμασίες ΘτΝ από άλλες συνυπάρχουσες νοητικές δυσλειτουργίες, δεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμη αν τα παρατηρούμενα ελλείμματα ΘτΝ είναι σταθερό (trait) ή σχετιζόμενο με την ψυχοπαθολογική κατάσταση (state) χαρακτηριστικό, τόσο στη σχιζοφρένεια όσο και στη ΔΔ.^{22,51} Η διαφορά αυτή των ευρημάτων θα μπορούσε να αποδοθεί στις ιδιότητες της δοκιμασίας που χρησιμοποιείται, εν προκειμένω της δοκιμασίας Faux Pas, επειδή έχει ήδη βρεθεί ότι το είδος της δοκιμασίας επηρεάζει σημαντικά τα ευρήματα αντίστοιχων μελετών.⁵¹ Φτωχότερη επίδοση ασθενών με σχιζοφρένεια έναντι υγιών μαρτύρων στη δοκιμασία Faux Pas έχει επανειλημμένα παρατηρηθεί σε προηγούμενες μελέτες.⁵²⁻⁵⁶ Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι η διαφορά στην επίδοση των ασθενών σε σχέση με τους υγιείς εξαρτάται σημαντικά από το είδος της αντιψυχωσικής αγωγής που λαμβάνουν οι πρώτοι.⁵⁷ Επιπλέον, η δοκιμασία Faux Pas έχει εφαρμοστεί σε μία ακόμη μελέτη σε ασθενείς με ΔΔ μέχρι σήμερα, η οποία όμως εξήγαγε δύο ξεχωριστές βαθμολογίες για τη «νοητική» και τη «συναισθηματική» συνιστώσα της ΘτΝ, και βρήκε έλλειμμα μόνο στη νοητική συνιστώσα.⁵⁸

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης πρέπει να ερμηνευτούν λαμβάνοντας υπόψη τους μεθοδολογικούς της περιορισμούς. Πέρα από την επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής, στην οποία ήδη αναφερθήκαμε, πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι περι-

ορισμοί που τίθενται από το μέγεθος του δείγματος. Είναι πιθανόν ότι ορισμένες σοβαρές διαφορές μεταξύ των ομάδων της μελέτης δεν αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικές, λόγω του ανεπαρκούς μεγέθους των ομάδων. Επιπλέον, το μέγεθος του δείγματος δεν επέτρεψε την περαιτέρω διερεύνηση των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των νοητικών λειτουργιών, καθώς και την πιθανή επίδραση άλλων παραγόντων στις παρατηρούμενες διαφορές-κυρίως την πιθανή επίδραση του ιστορικού ψυχωσικών συμπτωμάτων στα νοητικά ελλείμματα ασθενών με διπολική διαταραχή.⁵⁹⁻⁶²

Συνοψίζοντας, τα προκαταρκτικά ευρήματα που εκθέσαμε, παρέχουν εμπειρική υποστήριξη στην υπόθεση της ενιαίας και ευρέως φάσματος νοητικής δυσλειτουργίας στη σχιζοφρένεια και τη ΔΔ. Παρότι πολλοί παράγοντες μπορεί να επιδρούν στον βαθμό της δυσλειτουργίας και να διαφοροποιούν την πορεία και την εξέλιξη των νοητικών ελλειμμάτων μεταξύ των δύο διαταραχών,⁵⁰ στη χρόνια φάση η διαφοροποίηση αυτή φαίνεται να είναι μάλλον ποσοτική παρά ποιοτική. Τέλος, η ενδελεχής συγκριτική διερεύνηση πιθανών ελλειμμάτων ΘτΝ είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, προκειμένου να ελεγχθεί η ενδιαφέρουσα υπόθεση ότι η κοινωνική νόσηση αποτελεί παράγοντα διαμεσολάβησης στη σχέση μεταξύ νοητικής και ψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας.^{63,64}

Ευχαριστίες

Οι συγγραφείς θα ήθελαν να ευχαριστήσουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής και της Ψυχιατρικής κλινικής του ΓΝΑ «Γεώργιος Γεννηματάς» για την πολύτιμη συμβολή του στη συλλογή του δείγματος.

Η μελέτη αυτή παρουσιάστηκε συμπυκνωμένη με τη μορφή αναρτημένης ανακοίνωσης στο 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής (Αθήνα 2011) και σε προηγούμενή της, αγγλική εκδοχή, παρουσιάστηκε στο 18ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ψυχιατρικής (Μόναχο 2010), όπου έλαβε βραβείο καλύτερης αναρτημένης ανακοίνωσης (Best Poster Award) από την Ευρωπαϊκή Ψυχιατρική Ένωση (European Psychiatric Association).

Neurocognitive function in clinically stable patients with schizophrenia or bipolar disorder and normal controls

G. Konstantakopoulos,^{1,2} N. Ioannidi,¹ P. Patrikelis,¹ A. Soumani,¹
P. Oulis,¹ D. Sakkas,³ G.N. Papadimitriou,¹ D. Ploumpidis¹

¹1st Department of Psychiatry, Eginition Hospital, Athens University Medical School, Athens, Greece, ²Section of Cognitive Neuropsychiatry, Department of Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College London, UK, ³Department of Psychiatry, General Hospital "G. Gennimatas", Athens, Greece

Psychiatriki 2011, 22:195–206

There is a substantial body of evidence suggesting that cognitive deficits in schizophrenia (SZ) and bipolar disorder (BD) persist after the subsidence of active symptoms. However, it is unclear whether the cognitive deficits observed in patients with BD are quantitatively or qualitatively similar to those in SZ patients. The aim of the study was to assess and compare the cognitive functioning of patients with clinically stable SZ and BD. To the best of our knowledge, this is the first study including a comparison of the Theory of Mind between patients with SZ and BD. General intelligence, attention, speed of processing, working memory, verbal memory and learning, visuospatial ability, executive functions and ToM were assessed in 21 patients with SZ in remission, 23 euthymic BD type I patients, and 27 healthy controls (HC), using WAIS-Vocabulary, Block design, and Digit span, Babcock Story Recall Test, Rey Auditory Verbal Learning Test, Stroop Word-Colour Test, Wisconsin Card Sorting Test, Trail Making Test, and Faux Pas Recognition Test. The three groups were matched for gender, age and education. The SZ and BD groups were also matched in terms of illness duration and the age of the onset of the illness. To be enrolled in the study patients should have been clinically stable for 3 months, operationalized as no change in total Brief Psychiatric Rating Scale, Hamilton Depression Rating Scale (<8), and Young Mania Rating Scale (<6). One-way ANOVA with post hoc Bonferroni corrections was used for the between groups comparisons. Both BD and SC patients were significantly impaired in general intellectual ability, verbal memory and learning, and executive functions compared to HC. Patients with SZ performed significantly worse than patients with BD on verbal memory tasks, whereas BD group did not have significant lower score than SZ in any task. SZ patients performed worse than HC group on attention, processing speed and immediate memory tests, while BD patients on visuospatial ability and working memory. Both SZ and BD groups did not differ from HC regarding Theory of Mind. Our results indicate that stable SZ and euthymic BD exhibit similar profiles of cognitive impairment, consistently with previous studies suggesting that the differences are related to the extent and degree of impairments, rather than being qualitative. Finally, our findings offer support to the hypothesis that the Theory of Mind does not represent a trait marker of schizophrenia or bipolar disorder.

Key words: Schizophrenia, bipolar disorder, cognitive deficits, Theory of Mind

Βιβλιογραφία

- Dickinson D, Ramsey ME, Gold JM. Overlooking the obvious. A meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2007, 64:532–542
- Hawkins KA, Keefe RSE, Christensen BK, Addington J, Woods SW, Callahan J et al. Neuropsychological course in the prodrome and first episode of psychosis: Findings from the PRIME North America double blind treatment study. *Schizophr Res* 2008, 105:1–9
- Gonzalez-Blanch C, Crespo-Facorro, Alvarez-Jiménez M, Manuel Rodríguez-Sánchez J, Pérez-Iglesias R, Pelayo-Teran J-M, Martínez-García O, Vázquez-Barquero J-L. Lack of association between clinical and cognitive change in first psychosis: The first 6 weeks of treatment. *Can J Psychiatry* 2008, 53:839–847
- Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996, 153:321–330
- Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophr Bull* 2000, 26:119–136
- Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Livingstone, Edinburgh, 1919
- Van Gorp WG, Altshuler L, Theberge DC, Wilkins J, Dixon W. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients with and without prior alcohol dependence. A preliminary study. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55:41–46
- Krabbendam L, Honig A, Wiersma J, Vuurman EF, Hofman PA, Derix MM et al. Cognitive dysfunctions and white matter lesions in patients with bipolar disorder in remission. *Acta Psychiatr Scand* 2000, 101:274–280
- Altshuler LL, Ventura J, van Gorp WG, Green MF, Theberge DC, Mintz J. Neurocognitive function in clinically stable men with bipolar I disorder or schizophrenia and normal control subjects. *Biol Psychiatry* 2004, 56:560–569
- Martinez-Aran A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sanchez-Moreno J et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004, 161:262–270
- Kurtz MM, Gerraty RT. A meta-analytic investigation of neurocognitive deficits in bipolar illness: profile and effects of clinical state. *Neuropsychology* 2009, 23:551–562
- Mur M, Portella MJ, Martínez-Aran A, Pifarré J, Vieta E. Long-term stability of cognitive impairment in bipolar disorder: a 2-year follow-up study of lithium-treated euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2008, 69:712–719
- Harvey PD, Wingo AP, Burdick KE, Baldessarini RJ. Cognition and disability in bipolar disorder: lessons from schizophrenia research. *Bipolar Disord* 2010, 12:364–375
- Baldessarini RJ, Tarazi FI. Drug therapy of depression and anxiety disorders; pharmacotherapy of psychosis and mania. In: Brunton LL, Lazo JS, Parker KL (eds) *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12th ed. McGraw-Hill Press, New York, 2005:429–500
- Krabbendam L, Arts B, Van Os J, Aleman A. Cognitive functioning in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a quantitative review. *Schizophr Res* 2005, 80:137–49
- Goldberg TE. Some fairly obvious distinctions between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res* 1999, 39:127–132
- Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord* 2002, 72:209–226
- Green MF, Nuechterlein KH, Mintz J. Backward masking in schizophrenia and mania: I. Specifying a mechanism. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51:939–944
- Hoff AL, Shukla S, Aronson T, Cook B, Ollo C, Baruch S et al. Failure to differentiate bipolar disorder from schizophrenia on measures of neuropsychological function. *Schizophr Res* 1990, 3:253–260
- Daban C, Martínez-Aran A, Torrent C, Tabarús-Seisdedos R, Balanzá-Martínez V, Salazar-Fraile J, Selva-Vera G, Vieta E. Specificity of Cognitive Deficits in Bipolar Disorder versus Schizophrenia: A Systematic Review. *Psychother Psychosom* 2006, 75:72–84
- Sole B, Martínez-Aran A, Torrent C, Bonnin CM, Reinares M, Popovic D, Sanchez-Moreno J, Vieta E. Are bipolar II patients cognitively impaired? A systematic review. *Psychol Med* 2011 (Epub ahead of print)
- Bora E, Yücel M, Pantelis C. Theory of mind impairment: a distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? *Acta Psychiatr Scand* 2009, 120:253–264
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. 4th ed. American Psychiatric Press, Washington, 1994
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960, 23:56–62
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978, 133:429–435
- Burger GK, Calsyn RJ, Morse JA, Klinkenberg WD, Trusty ML. Factor structure of the expanded brief psychiatric rating scale. *J Clin Psychology* 1997, 53:451–454
- Wechsler D. WAIS-R manual. *The Psychological Corporation*, New York, 1981
- Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions. *J Exp Psychology* 1935, 18:643–662
- Grant DA, Berg EA. A behavioural analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card sorting problem. *J Exp Psychology* 1948, 38:404–411
- Heaton RK. Wisconsin Card Sorting Test (WCST). Psychological Assessment Resources, Odessa, 1981
- Reitan RM. Trail Making Test Results for Normal and Brain-Damaged Children. *Percept Mot Skills* 1971, 33:575–581
- Lezak MD. *Neuropsychological assessment*. 3rd ed. Oxford University Press, New York, Oxford, 1995
- Babcock H. An experiment in the measurement of mental deterioration. *Archives of Psychology* 1930, 117:105
- Rey A. *L'examen clinique en psychologie*. Presses Universitaires de France, Paris, 1964
- Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Autism Dev Disord* 1999, 29:407–418
- Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, Goswami U, Young AH, Ferrier IN, Moore PB. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2006, 93, 105–115

37. Keefe RS, Bilder RM, Davis SM, Harvey PD, Palmer BW, Gold JM et al. Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial. *Arch Gen Psychiatry* 2007, 64:633–647
38. Woodward ND, Purdon SE, Meltzer HY, Zald DH. A meta-analysis of neuropsychological change to clozapine, olanzapine, quetiapine, and risperidone in schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005, 8:457–472
39. Elie D, Poirier M, Chianetta J, Durand M, Gregoire C, Grignon S. Cognitive effects of antipsychotic dosage and polypharmacy: a study with the BACS in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Psychopharmacol* 2010, 24:1037–1044
40. Donaldson S, Goldstein LH, Landau S, Raymont V, Frangou S. The Maudsley Bipolar Disorder Project: the effect of medication, family history, and duration of illness on IQ and memory in bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 2003, 64:86–93
41. Stip E, Dufresne J, Lussier I, Yatham L. A double-blind, placebo-controlled study of the effects of lithium on cognition in healthy subjects: mild and selective effects on learning. *J Affect Disord* 2000, 60:147–157
42. Pachet AK, Wisniewski AM. The effects of lithium on cognition: an updated review. *Psychopharmacology* 2003, 170:225–234
43. Drane DL, Meador KJ. Epilepsy, anticonvulsant drugs and cognition. *Baillière's Clin Neurol* 1996, 5:877–885
44. Goldberg JF, Burdick KE. Cognitive side effects of anticonvulsants. *J Clin Psychiatry* 2001, 62(Suppl 14):27–33
45. Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, Mojtabai R, Rabinowitz J, Heaton RK et al. Neuropsychological function and dysfunction in schizophrenia and psychotic affective disorders. *Schizophr Bull* 2009, 35:1022–1029
46. Souza V, Muir W, Walter M, Glabus M, Roxborough H, Sharp C. Auditory P300 event-related potentials and neuropsychological performance in schizophrenia and bipolar affective disorder. *Biol Psychiatry* 1995, 37:300–310
47. Gilvarry C, Takei N, Russell A, Rushe T, Hemsley D, Murray R. Premorbid IQ in patients with functional psychosis and their first degree relatives. *Schizophr Res* 2000, 41:417–429
48. Balanzà-Martinez V, Tabarès-Seisdedos R, Selva-Vera G, Martínez-Aran A, Torrent C, Salazar-Fraile J, Leal-Cercos C, Vieta E, Gomez-Beneyto M. Persistent cognitive dysfunction in bipolar I and schizophrenic patients: a 3-year follow-up study. *Psychother Psychosom* 2005, 74:113–119
49. Martínez-Aran A, Penadís M, Vieta E, Colom F, Reinares M, Benabarre A et al. Executive function in patients with remitted bipolar disorder and schizophrenia and its relationship with functional outcome. *Psychother Psychosom* 2002, 71:39–46
50. Lewandowski KE, Cohen BM, Ongur D. Evolution of neuropsychological dysfunction during the course of schizophrenia and bipolar disorder. *Psychol Med* 2011, 41:225–241
51. Harrington L, Siegert RJ, Mc Clure J. Theory of mind in schizophrenia: a critical review. *Cognit Neuropsych* 2005, 10:249–286
52. Martino DJ, Bucay D, Butman JT, Allegri RF. Neuropsychological frontal impairments and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007, 152:121–128
53. Zhu CY, Lee TMC, Li XS, Jing SC, Wang YG, Wang K. Impairments of social cues recognition and social functioning in Chinese people with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007, 61:149–158
54. Syvan S, Shamay-Tsoory SG, Levkovitz Y. Integration of emotional and cognitive aspects of theory of mind in schizophrenia and its relation to prefrontal neurocognitive performance'. *Cognitive Neuropsychiatry* 2008, 13:472–490
55. Herold R, Feldmann A, Simon M, Tenyi T, Kover F, Nagy F et al. Regional gray matter reduction and theory of mind deficit in the early phase of schizophrenia: a voxel-based morphometric study. *Acta Psychiatr Scand* 2009, 119:199–208
56. de Achávala D, Costanza EY, Villarreal M, Jaureguia IO, Chiodia A, Castroc MN et al. Emotion processing and theory of mind in schizophrenia patients and their unaffected first-degree relatives. *Neuropsychologia* 2010, 48:1209–1215
57. Savina I, Beninger RJ. Schizophrenic patients treated with clozapine or olanzapine perform better on theory of mind tasks than those treated with risperidone or typical antipsychotic medications. *Schizophr Res* 2007, 94:128–138
58. Shamay-Tsoory S, Harari H, Szepsenwol O, Levkovitz Y. Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2009, 21:59–67
59. Albus M, Hubmann W, Wahlheim, Sobizack N, Franz U, Mohr F. Contrasts in neuropsychological test profile between patients with first-episode schizophrenia and first-episode affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1996, 94:87–93
60. Glahn DC, Bearden CE, Cakir S, Barrett JA, Najt P, Serap Monkul E et al. Differential working memory impairment in bipolar disorder and schizophrenia: effects of lifetime history of psychosis. *Bipolar Disord* 2006, 8:117–123
61. Martínez-Aran A, Torrent C, Tabarès-Seisdedos R, Salamero M, Daban C, Balanzà-Martinez V et al. Neurocognitive impairment in bipolar patients with and without history of psychosis. *J Clin Psychiatry* 2008, 69:233–239
62. Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A, Birkenaes AB, Engh JA, Faerden A et al. Neurocognitive dysfunction in bipolar and schizophrenia spectrum disorders depends on history of psychosis rather than diagnostic group. *Schizophr Bull* 2011, 37:73–83
63. Green MF, Nuechterlein KH. Should Schizophrenia Be Treated as a Neurocognitive Disorder? *Schizophr Bull* 1999, 25:309–318
64. Brekke J, Kaya DD, Lee KS, Green MF. Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophr Res* 2005, 80:213–225

Αλληλογραφία: Γ. Κωνσταντάκοπουλος, Ψυχίατρος, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Δήλου 14, 161 21 Βύρωνα, Αθήνα
Τηλ: +30 210-7640111, Fax: +30 210-7662829
e-mail: gekonst@otenet.gr, george.konstantakopoulos@kcl.ac.uk

Ερευνητική εργασία Research article

Το Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης των Μηχανισμών Άμυνας “Life Style Index”: Συσχετίσεις με την ψυχική καταπόνηση και την επιθετικότητα

Θ. Υφαντής,¹ Γ. Δ. Φλώρος,² Π. Γούλια,¹ Γ. Οικονόμου,³ Κ. Ασημακόπουλος³

¹Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²2η Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, ³Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα

Ψυχιατρική 2011, 22:207–220

Το Life Style Index (LSI) εκτιμά μηχανισμούς άμυνας του Εγώ, υποθέτοντας ότι η χρήση τους σχετίζεται με συγκεκριμένες συγκινησιακές καταστάσεις και διαγνωστικές έννοιες. Στοχεύοντας στην περαιτέρω διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της Ελληνικής έκδοσης, σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη της σχέσης συγκεκριμένων μηχανισμών άμυνας με διαστάσεις της ψυχικής καταπόνησης και της εχθρότητας-επιθετικότητας σε τρεις διαφορετικούς πληθυσμούς. Συμπεριλήφθησαν 1261 ενήλικες: 410 υγιείς, 723 σωματικά ασθενείς και 128 ψυχιατρικοί ασθενείς, στους οποίους εκτιμήθηκαν, εκτός των μηχανισμών άμυνας (LSI), ο βαθμός Ψυχικής Καταπόνησης (GHQ-28) και διαστάσεις της Εχθρότητας-Επιθετικότητας (HDHQ). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η αυξημένη ψυχική καταπόνηση σχετίζεται με αυξημένη χρήση όλων των αμυνών πλην την Άρνησης, με την οποία η ψυχική καταπόνηση σχετίζεται αρνητικά. Η Παλινδρόμηση σχετίζεται σταθερά με την ψυχική επιβάρυνση και διαφοροποιεί τους ψυχιατρικούς ασθενείς από τις άλλες ομάδες. Η Υπερανάπληρωση και ο Σχηματισμός διά του Αντιθέτου σχετίζονται με καταθλιπτική συμπτωματολογία. Στους σωματικά ασθενείς, η Απώθηση αυξάνει την σωματική διάσταση της ψυχικής καταπόνησης και την κοινωνική δυσλειτουργία, και η Άρνηση τις μειώνει. Στους ψυχιατρικούς ασθενείς και στους υγιείς, επιβαρυντικά λειτουργεί κυρίως η Προβολή. Όσοι ενδοβάλλουν την εχθρότητά τους, έδειξαν μάλλον να την «αρνούνται», καθώς παρουσίασαν υψηλότερες τιμές Άρνησης, η ένταση της οποίας σχετίζεται αρνητικά με την ένταση της Ενδοβαλλόμενης Επιθετικότητας. Εκείνοι που έστρεφαν την εχθρότητά τους προς τους άλλους, παρουσίασαν υψηλότερες τιμές Προβολής, ενώ ούτε η Άρνηση ούτε ο Σχηματισμός διά του Αντιθέτου φάνηκε να επαρκούν για να μετριάσουν την ένταση της Εξωστρεφόμενης Επιθετικότητας. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν την εγκυρότητα της Ελληνικής έκδοσης του LSI και παρέχουν επιπρόσθετα δεδομένα για τη σχέση των μηχανισμών άμυνας με την ψυχική καταπόνηση και με την κατεύθυνση της επιθετικότητας σε διαφορετικούς πληθυσμούς, υποδεικνύοντας ότι η εκτίμηση των μηχανισμών άμυνας μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη μελέτη των παραγόντων που διαμεσολαβούν ή τροποποιούν τη συμπεριφορά και την έκβαση μιας σωματικής ή ψυχικής νόσου.

Λέξεις ευρητηρίου: Μηχανισμοί άμυνας του Εγώ, Life Style Index, εχθρότητα, επιθετικότητα, ψυχική καταπόνηση

Εισαγωγή

Οι μηχανισμοί άμυνας αποτελούν μια από τις σημαντικότερες συνεισφορές της ψυχανάλυσης στη σύγκλιση μεταξύ ψυχαναλυτικής θεωρίας και εμπειρικής έρευνας. Ξεκινώντας από τον Sigmund Freud,¹ οι μηχανισμοί άμυνας του Εγώ περιγράφηκαν από αρκετούς συγγραφείς, όπως μεταξύ άλλων οι Percival Symonds,² Otto Fenichel³ και Lawrence Kolb.⁴ Η Anna Freud⁵ όρισε τις άμυνες ως «τρόπους και μέσα με τα οποία το Εγώ απομακρύνει τη δυσαρέσκεια και το άγχος και ελέγχει την παρορμητική συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τις ενστικτώδεις ενορμήσεις». Η Melanie Klein,⁶ ο Otto Kernberg⁷ και άλλοι θεωρητικοί της σχολής των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, επικεντρώθηκαν στις συγκρούσεις που παράγονται από τις σχέσεις και πρότειναν ότι άμυνες όπως η σχάση εξυπηρετούν την αλλαγή των ψυχικών αναπαραστάσεων ή των σχημάτων που ελέγχουν την εσωτερικευμένη πλευρά του εαυτού ή του άλλου, που καθίσταται συνειδητή.⁸ Η σχετική βιβλιογραφία έγινε περισσότερο περίπλοκη όταν ετερογενείς κοινωνικοί επιστήμονες συνάντησαν δυσκολίες στο να συμφωνήσουν σχετικά με τον τρόπο που θα μπορούσαν να οριστούν οι όροι «στρατηγικές αντιμετώπισης» (coping) και «άμυνες» (defense), ενώ ακόμη και οι ίδιοι οι ψυχαναλυτές συχνά δεν καταλήγουν σε συμφωνία σχετικά με τον ορισμό των αμυνών,⁹ όπως τονίζει η Cramer¹⁰ σε μια περιεκτική ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

Η ταυτοποίηση των μηχανισμών άμυνας είναι ένα δύσκολο εγχείρημα, ιδιαίτερα όταν επιχειρείται μέσω αυτοαναφορών. Δεδομένου ότι, εξ ορισμού, οι άμυνες είναι ασυνείδητες διαδικασίες που μπορεί να μη γίνονται αντιληπτές από το άτομο, κάθε προσπάθεια εμπειρικής μέτρησής τους είναι εξαιρετικά δύσκολη.¹¹ Παρόλα αυτά, αρκετές προσπάθειες έχουν γίνει για τη δημιουργία αξιόπιστων και έγκυρων αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση της αμυντικής οργάνωσης, δεδομένου ότι και παρόμοια εργαλεία είναι εύχρηστα, στερούνται στοιχείων υποκειμενικότητας, είναι απλά και φθηνά. Ο Plutchik, μεταξύ των ερευνητών που πρότειναν λύσεις στο πεδίο αυτό,^{12,13} πρότεινε το Life Style Index (LSI), ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε ώστε να αξιολογεί οκτώ μηχανισμούς άμυνας.¹⁴ Η θεωρητική βάση του LSI στηρίχθηκε στην ψυχαναλυτική θεωρία αλ-

λά και την ψυχοεξελικτική θεωρία των συγκινήσεων του Plutchik.¹⁵

Το θεωρητικό μοντέλο του Plutchik υποθέτει ότι η χρήση των αμυνών σχετίζεται τόσο με συγκεκριμένες συναισθηματικές καταστάσεις όσο και με συγκεκριμένες διαγνωστικές έννοιες. Σύμφωνα με αυτό, η Μετάθεση σχετίζεται με θυμό και επιθετικότητα, η Υπερاناπλήρωση με θλίψη και κατάθλιψη, η Άρνηση με αποδοχή και ένα ιστριονικό μοτίβο, η Απώθηση με φόβο και παθητική συμπεριφορά, η Παλινδρόμηση με έκπληξη και ένα οριακό μοτίβο, η Προβολή με αποστροφή και ένα παρανοϊκό μοτίβο, η Διανοητικοποίηση με προσμονή και ιδεοψυχαναγκαστικότητα και ο Σχηματισμός διά του Αντιθέτου με χαρά και ένα μανιακό μοτίβο.¹⁶ Το μοντέλο ορίζει επίσης ότι οι άμυνες ποικίλλουν ως προς τον βαθμό που η κάθε μια ομοιάζει με την άλλη. Θεωρείται ότι υπάρχουν ζεύγη «δίπολων» συγκινήσεων, που ποικίλλουν ως προς τον βαθμό ομοιότητας μεταξύ τους και που αναπαριστώνται σχηματικά σε μια κυκλοτερή δομή (circumplex), όπου οι «δίπολες» συγκινήσεις και οι σχετιζόμενες με αυτές άμυνες τοποθετούνται αντίθετα στα δίπολα που σχηματίζονται.^{14,17}

Το LSI έχει μεταφραστεί στα Νορβηγικά,¹⁷ Ολλανδικά¹⁸ και Εβραϊκά.¹⁹ Έχει επίσης μεταφραστεί στα Ελληνικά από την ερευνητική μας ομάδα, ενώ πρόσφατα μελετήσαμε την παραγοντική δομή, την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της Ελληνικής έκδοσης.²⁰ Με στόχο την περαιτέρω διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της Ελληνικής έκδοσης, σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη της σχέσης συγκεκριμένων μηχανισμών άμυνας με διαστάσεις της ψυχικής καταπόνησης και της εχθρότητας-επιθετικότητας σε τρεις διαφορετικούς πληθυσμούς (υγιείς, σωματικά ασθενείς και ψυχιατρικούς ασθενείς).

Υλικό και Μέθοδος

Δείγμα

Στη μελέτη συμμετείχαν 1261 ενήλικες: 410 υγιείς, 723 σωματικά ασθενείς και 128 ψυχιατρικοί ασθενείς. Οι υγιείς ήταν μεταξύ 19 και 72 ετών: 138 άνδρες (μέση ηλικία 33,6±11,2) και 272 γυναίκες (μέση ηλικία 34,8±11,5). Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν τυχαία μεταξύ του προσωπικού του νοσοκομείου (47%), των συγγενών των ασθενών (21%) και των

φοιτητών ιατρικής (32%), και ζουν στην ευρύτερη περιοχή των Ιωαννίνων και σε γειτονικές μικρές κοινότητες, απαρτίζοντας έναν μικτό μεσοαστικό, αστικό και αγροτικό πληθυσμό.

Το δείγμα των σωματικά ασθενών περιλάμβανε ασθενείς με ορθοπρωκτικό καρκίνο (n=162), ρευματοειδή αρθρίτιδα (n=168), συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (n=56), ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντερική νόσο (n=184) και καρκίνο του μαστού (n=153), που παρακολουθούνται στις αντίστοιχες κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Η ηλικία των σωματικά ασθενών κυμαίνονταν μεταξύ 16 και 87 ετών: 264 άνδρες (μέση ηλικία 57,5±15,0) και 459 γυναίκες (μέση ηλικία 53,4±13,5).

Το δείγμα των ψυχιατρικών ασθενών περιλάμβανε εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς ηλικίας 17–65 ετών: 69 άνδρες (μέση ηλικία 32,1±10,8) και 59 γυναίκες (μέση ηλικία 28,2±10,5). Οι κύριες διαγνώσεις βάσει των κριτηρίων του ICD-10 ήταν: Σχιζοφρένεια, σχιζότυπη και παραληρητική διαταραχή [F20–F29],³¹ (24,2%). Διαταραχές της διάθεσης [F30–F39],²² (17,2%). Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς οφειλόμενες σε χρήση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών [F10–F19],³⁴ (26,5%). Νευρωτικές, σχετιζόμενες με το στρες και σωματόμορφες διαταραχές [F40–F48],²⁴ (18,7%), και διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς [F60–F69],¹⁷ (13,3)%.

Το πρωτόκολλο της έρευνας εγκρίθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου (No 20/14.01.2004) σύμφωνα με τις προδιαγραφές της Διακήρυξης του Ελσίνκι (1995) όπως αναθεωρήθηκαν στο Εδιμβούργο (2000) και όλοι οι συμμετέχοντες έδωσαν τη συγκατάθεσή τους αφού προηγουμένως ενημερώθηκαν για την ερευνητική διαδικασία.

Εργαλεία

Το LSI είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο και αποτελείται από 97 ερωτήσεις του τύπου «Ναι-Όχι». Η πρωτότυπη έκδοση εκτιμά οκτώ μηχανισμούς άμυνας: Απώθηση (Repression), Άρνηση (Denial), Διανοητικοποίηση (Intellectualization), Μετάθεση (Displacement), Παλινδρόμηση (Regression), Προβολή (Projection), Σχηματισμός διά του Αντιθέτου (Reaction Formation) και Υπερναπλήρωση (Compensation).¹⁴ Η μελέτη των ψυ-

χομετρικών ιδιοτήτων της πρωτότυπης κλίμακας έδειξε συμφωνία μεταξύ των μηχανισμών άμυνας που εκτιμά το LSI και της κλινικής εκτίμησης των αντίστοιχων μηχανισμών.²¹

Η μελέτη των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της Ελληνικής έκδοσης έδειξε μια ελαφρώς διαφορετική από το πρωτότυπο παραγοντική δομή,²⁰ καθώς ταυτοποιήθηκαν έξι μηχανισμοί άμυνας. Οι πέντε (Απώθηση, Άρνηση, Προβολή, Σχηματισμός διά του Αντιθέτου και Υπερναπλήρωση) ήταν ταυτόσημοι με τους αντίστοιχους μηχανισμούς της πρωτότυπης έκδοσης, παρουσιάζοντας ικανοποιητικούς δείκτες εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Ο έκτος μηχανισμός αποτελούσε μια σύνθεση των υπολοίπων μηχανισμών, κυρίως της Παλινδρόμησης και της Μετάθεσης. Καθώς μελέτες των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του LSI σε διαφορετικούς πληθυσμούς και εθνότητες έχουν δείξει ανάλογα αποτελέσματα,^{17,22} ο παράγοντας αυτός ονομάστηκε «Συγκινησιακή Παλινδρόμηση» (Regressive Emotionality), όρος που έχει υιοθετηθεί από την έρευνα των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του LSI σε μεγάλο δείγμα Ασιατικού πληθυσμού,²² με αποτελέσματα ταυτόσημα με τα δικά μας.²⁰ Οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής (Cronbach's alphas) κυμάνθηκαν από 0,60 έως 0,78, ενώ οι συντελεστές αξιοπιστίας κυμάνθηκαν από 0,59 έως 0,83. Η μελέτη της συγκλίνοσας εγκυρότητας που έγινε με εργαλείο αναφοράς τη σταθμισμένη έκδοση του Defense Style Questionnaire (DSQ)²³ έδειξε εξαιρετική συμπτωτικότητα για τους μηχανισμούς που τα δυο ερωτηματολόγια εκτιμούν από κοινού.²⁰ Η Ελληνική έκδοση του LSI παρουσιάζεται στο Παράρτημα I. Στο Παράρτημα II παρουσιάζονται τα θέματα που συγκροτούν τον κάθε έναν μηχανισμό αυτής της έκδοσης.

Ο βαθμός Ψυχικής Καταπόνησης εκτιμήθηκε με τη σταθμισμένη Ελληνική έκδοση του General Health Questionnaire (GHQ-28),^{24,25} που εκτιμά την πιθανότητα διάγνωσης κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής εάν τη χορήγηση ακολουθήσει συνέντευξη, και αποτελείται από 28 ερωτήσεις που κατανέμονται σε τέσσερα πεδία: (α) σωματικά συμπτώματα ψυχικής καταπόνησης, (β) άγχος και αύπνια, (γ) κοινωνική δυσλειτουργία και (δ) κατάθλιψη. Σύμφωνα με τη μελέτη στάθμισης του ερωτηματολογίου, η τιμή αποκοπής για τον ελληνικό πληθυσμό είναι 5.²⁵ Όσο η συνολική τιμή του ερωτηματολογίου υπερβαίνει

την τιμή αυτή, η πιθανότητα κάποιος να διαγνωσθεί με κάποια ψυχιατρική διαταραχή αυξάνεται.

Η Εχθρότητα-Επιθετικότητα εκτιμήθηκε με την κλίμακα Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ).²⁶ Πρόκειται για αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 51 ερωτήσεων του τύπου «Ναι-Όχι», που έχει σχεδιαστεί να συλλέγει πληροφορίες από μια ευρεία σειρά πιθανών εκδηλώσεων επιθετικότητας, εχθρότητας και τιμωρητικότητας, και δείχνει την απόκριση του συμμετέχοντος σε περιστάσεις όπου αισθάνεται ματαίωση. Περιλαμβάνει μετρήσεις τόσο της Εξωστρεφόμενης όσο και της Ενδοβαλλόμενης Επιθετικότητας. Και οι δύο συνιστώσες εκτιμάται ότι προσεγγίζουν την κατεύθυνση προς την οποία ένα άτομο στρέφει την επιθετικότητά του, είτε δηλαδή προς τα έξω, εναντίον άλλων ανθρώπων, είτε προς τα έσω, εναντίον του εαυτού του.²⁶

Στατιστική ανάλυση

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με τη χρήση του Statistical Package for the Social Sciences 15,0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) for Windows. Οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ελέγχθηκαν με τη δοκιμασία Student's t-test (two-tailed), ενώ οι διαφορές μεταξύ των τριών δειγμάτων (σωματικά ασθενείς, ψυχιατρικοί ασθενείς και υγιείς) ελέγχθηκαν με τη δοκιμασία one-way Analysis of Variance (ANOVA). Οι διαφορές της αμυντικής οργάνωσης εκείνων που παρουσίασαν τιμές ενδεικτικές ψυχικής καταπόνησης (GHQ-28>5) σε σύγκριση με όσους είχαν χαμηλές τιμές ψυχικής καταπόνησης (GHQ-28<5), ελέγχθηκαν με τη δοκιμασία Analysis of Covariance (ANCOVA), με στάθμιση ως προς το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι συσχετίσεις των μηχανισμών άμυνας με τις παραμέτρους της ψυχικής καταπόνησης και της επιθετικότητας, ελέγχθηκαν με τον συντελεστή συσχέτισης Pearson, με στάθμιση ως προς το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο (partial correlations). Ο διάμεσος (median) των τιμών ενδοβαλλόμενης και εξωστρεφόμενης επιθετικότητας, χρησίμευσε για τον διαχωρισμό των ατόμων ολόκληρου του δείγματος με υψηλή ή χαμηλή ενδοβαλλόμενη ή εξωστρεφόμενη επιθετικότητα. Η σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών αυτών έγινε με τη δοκιμασία ANCOVA με στάθμιση ως προς το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Τέλος, για να διερευνηθούν οι ανεξάρτητες συσχετίσεις

των αμυντικών μηχανισμών με την ενδοβαλλόμενη ή την εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, έγιναν δύο ανεξάρτητες αναλύσεις πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, με εξαρτημένες μεταβλητές την ενδοβαλλόμενη και την εξωστρεφόμενη επιθετικότητα και ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τις έξι άμυνες που εκτιμά η ελληνική έκδοση του LSI.

Αποτελέσματα

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των μηχανισμών άμυνας που εκτιμά η ελληνική έκδοση του LSI στα τρία δείγματα ξεχωριστά, ανά φύλο. Όπως φαίνεται εδώ, οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στον Σχηματισμό διά του Αντιθέτου και στα τρία δείγματα. Επίσης, τόσο οι σωματικά ασθενείς γυναίκες όσο και οι υγιείς παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στους μηχανισμούς της Προβολής, της Παλινδρόμησης και της Υπεραναπλήρωσης, διαφορές που δεν είναι στατιστικά σημαντικές στο δείγμα των ψυχιατρικά ασθενών. Αντίθετα, στο δείγμα αυτό, οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές Απώθησης και Άρνησης, ενώ και οι άνδρες και οι γυναίκες ψυχιατρικά ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένες τιμές Παλινδρόμησης.

Όσον αφορά στις διαφορές μεταξύ των τριών δειγμάτων, η Απώθηση φαίνεται να υιοθετείται περισσότερο από τους άνδρες ψυχιατρικούς ασθενείς, η Άρνηση από τις γυναίκες σωματικά ασθενείς, η Προβολή από τους σωματικά ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, η Παλινδρόμηση από τους ψυχιατρικά ασθενείς, ο Σχηματισμός διά του Αντιθέτου από τους σωματικά ασθενείς και κατόπιν από τους ψυχιατρικούς ασθενείς, κυρίως τις γυναίκες, και η Υπεραναπλήρωση από τους ψυχιατρικούς ασθενείς, άνδρες και γυναίκες (πίνακας 1).

Μηχανισμοί άμυνας και ψυχική καταπόνηση

Όπως φαίνεται στο σχήμα 1, όσοι παρουσίασαν τιμές στο GHQ-28 ενδεικτικές ψυχικής καταπόνησης, είχαν υψηλότερες τιμές σε όλους τους αμυντικούς μηχανισμούς που εκτιμά το LSI, σε σύγκριση με όσους παρουσίασαν χαμηλές τιμές ψυχικής καταπόνησης, εκτός από την Άρνηση, όπου, αντίθετα, οι τιμές ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες σε όσους δήλωσαν χαμηλές τιμές ψυχικής καταπόνησης.

Πίνακας 1. Μέσες τιμές (ΜΤ) και Τυπικές Αποκλίσεις (ΤΑ) των Μηχανισμών Άμυνας της Ελληνικής Έκδοσης του Life Style Index ανά φύλο στα τρία δείγματα (Σωματικά ασθενείς, Ψυχιατρικοί ασθενείς και Υγιείς) και διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και μεταξύ των τριών δειγμάτων.

	Σωματικά ασθενείς (I) ²			Ψυχιατρικοί ασθενείς (II) ²			Υγιείς (III) ²		
	Γυναίκες (n=459) (MT±TA)	Άνδρες (n=264) (MT±TA)	p ¹	Γυναίκες (n=59) (MT±TA)	Άνδρες (n=69) (MT±TA)	p ¹	Γυναίκες (n=272) (MT±TA)	Άνδρες (n=138) (MT±TA)	p ¹
Απώθηση	34,0±19,5	33,6±18,8	0,800	38,4±20,2	46,9±19,7 (I,III)	0,016	30,7±17,5 (I,II)	31,8±17,8	0,603
Άρνηση	51,8±18,4 (II,III)	53,7±17,7	0,186	45,5±21,9	53,2±17,1	0,027	46,7±18,6	47,0±18,7 (I,II)	0,851
Προβολή	76,4±18,4 (II,III)	72,8±20,0 (III)	0,016	61,6±25,8 (I,III)	67,9±24,7	0,160	70,4±20,4 (I,II)	61,2±23,4 (I)	0,001
Συγκινησιακή παλινδρόμηση	31,5±11,5 (II,III)	28,9±13,3	0,006	45,0±15,2 (I,III)	45,9±11,8 (I,III)	0,704	34,1±2,31 (I,II)	30,9±11,1	0,007
Σχηματισμός διά του αντι- θέτου	61,4±21,9 (II,III)	44,8±25,6	0,001	58,4±23,6 (I,III)	41,6±28,2	0,001	39,4±25,1 (I,II)	20,6±18,1 (I,II)	0,001
Υπερνα- πλήρωση	41,3±20,3	37,9±19,3	0,029	50,7±18,3 (I,III)	52,3±23,9 (I,III)	0,680	41,8±20,9	36,8±21,9	0,031

¹ Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων

² Στατιστικά σημαντικές διαφορές τουλάχιστον στο επίπεδο του $p < 0,05$ μεταξύ της συγκεκριμένης ομάδας (I, II ή III) και κάθε μιας από τις άλλες δύο ομάδες (I, II ή III), με βάση τα αποτελέσματα της ανάλυσης ANOVA με Bonferroni post-hoc tests

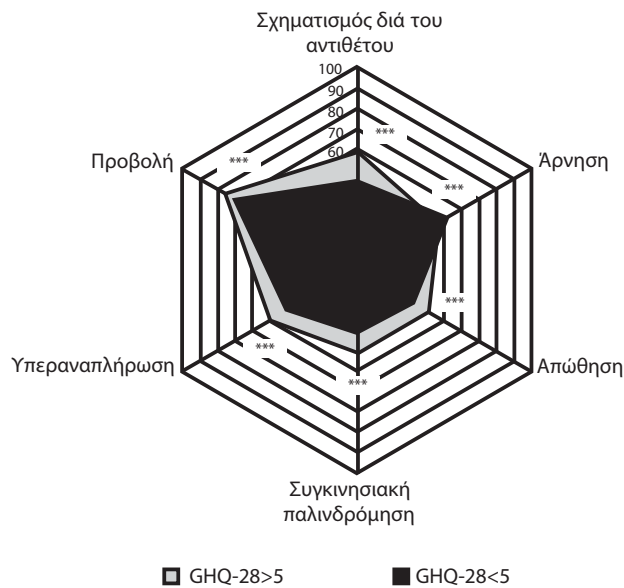
Η σχέση αυτή των μηχανισμών άμυνας με την ψυχική καταπόνηση παρέμεινε σταθερή όταν τα τρία δείγματα αναλύθηκαν ξεχωριστά, ιδιαίτερα στους σωματικά ασθενείς και στους υγιείς (πίνακας 2). Στα δείγματα αυτά, όλοι οι μηχανισμοί άμυνας, εκτός της Άρνησης, σχετίζονται σημαντικά και θετικά με τον βαθμό ψυχικής καταπόνησης, ενώ, αντίθετα, η Άρνηση σχετίζεται σημαντικά αλλά αρνητικά. Παρότι οι ίδιες τάσεις εμφανίστηκαν και στο δείγμα των ψυχιατρικά ασθενών, στατιστική σημαντικότητα έδειξαν μόνον η Παλινδρόμηση και ο Σχηματισμός διά του Αντιθέτου, κάτι που μπορεί να αποδοθεί στο μικρότερο δείγμα αλλά και στη μικρότερη διακύμανση των τιμών των μηχανισμών της Προβολής, της Άρνησης και της Απώθησης στο δείγμα των ψυχιατρικών ασθενών.

Η σχέση των επιμέρους διαστάσεων της ψυχικής καταπόνησης με τους μηχανισμούς άμυνας στα τρία δείγματα ξεχωριστά παρουσιάζεται στον πίνακα 3. Σταθερό εύρημα αποτελεί η θετική συσχέτιση της Παλινδρόμησης με όλες τις διαστάσεις ψυχικής καταπόνησης σε όλα τα δείγματα. Αξιοσημείωτο είναι πως η Απώθηση και η Άρνηση σχετίζονται σημαντικά με τα σωματικά συμπτώματα της ψυχικής κατα-

πόνησης στους σωματικά ασθενείς (θετικά η πρώτη και αρνητικά η δεύτερη), ενώ στους ψυχιατρικούς ασθενείς, αλλά και στους υγιείς, είναι η Προβολή που σχετίζεται με τη σωματική καταπόνηση. Στους ψυχιατρικούς ασθενείς, το Άγχος σχετίζεται κυρίως με την Προβολή και η Κατάθλιψη με τον Σχηματισμό διά του Αντιθέτου. Τόσο ο Σχηματισμός διά του Αντιθέτου όσο και η Υπερναπλήρωση σχετίζονται θετικά με την Κατάθλιψη σε όλες τις περιπτώσεις. Τέλος, η Κοινωνική Δυσλειτουργία σχετίζεται με την Απώθηση (θετικά) και την Άρνηση (αρνητικά) στους σωματικά ασθενείς και στους υγιείς, ενώ στους τελευταίους είναι η Προβολή που αυξάνει τον βαθμό Κοινωνικής Δυσλειτουργίας.

Μηχανισμοί άμυνας και εχθρότητα-επιθετικότητα

Όπως φαίνεται στο σχήμα 2, όσοι παρουσιάζουν υψηλού βαθμού Ενδοβαλλόμενη Επιθετικότητα κινητοποιούν πολύ περισσότερο όλες τις άμυνες του LSI εκτός της Άρνησης, σε σύγκριση με όσους παρουσιάζουν χαμηλού βαθμού Ενδοβαλλόμενη Επιθετικότητα. Οι τελευταίοι δείχνουν σημαντικά υψηλότερες τιμές Άρνησης, τονίζοντας τη σχέση



Σχήμα 1. Κυκλοτερής δομή (Circumplex structure) και πολικότητα (polarity) των αμυντικών μηχανισμών της Ελληνικής Έκδοσης του Life Style Index σε όσους παρουσίαζαν τιμές στο General Health Questionnaire ενδεικτικές ψυχικής καταπόνησης (GHQ-28>5, n=280), σε σύγκριση με όσους παρουσίαζαν χαμηλές τιμές Ψυχικής Καταπόνησης στην ίδια κλίμακα (GHQ-28<5, n=981) (Τιμές σταθμισμένες ως προς το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο, ANCOVA: ***p<0,001).

μεταξύ χαμηλής Ενδοβαλλόμενης Επιθετικότητας και υψηλών τιμών Άρνησης. Παρόμοιο είναι και το σχετικό με την Εξωστρεφόμενη Επιθετικότητα προφίλ, όμως εδώ η Άρνηση δεν διαδραματίζει τον ίδιο

σημαντικό ρόλο που έδειξε να διαδραματίζει στην Ενδοβαλλόμενη Επιθετικότητα.

Η σχέση των μηχανισμών άμυνας με την κατεύθυνση της επιθετικότητας ήταν παρόμοια και στα τρία δείγματα. Έτσι, η πολυπαραγοντική ανάλυση που ακολούθησε έγινε σε ολόκληρο το δείγμα και παρουσιάζεται στον πίνακα 4. Όπως φαίνεται εδώ, οι περισσότερες άμυνες σχετίζονται σημαντικά και ανεξάρτητα τόσο με την Ενδοβαλλόμενη όσο και με την Εξωστρεφόμενη Επιθετικότητα, υπάρχουν όμως μερικές σημαντικές διαφορές: η Ενδοβαλλόμενη Επιθετικότητα σχετίζεται αρνητικά με την Άρνηση και καθόλου με την Προβολή, ενώ η Εξωστρεφόμενη Επιθετικότητα σχετίζεται θετικά και σημαντικά με την Προβολή και καθόλου με την Άρνηση και τον Σχηματισμό διά του Αντιθέτου.

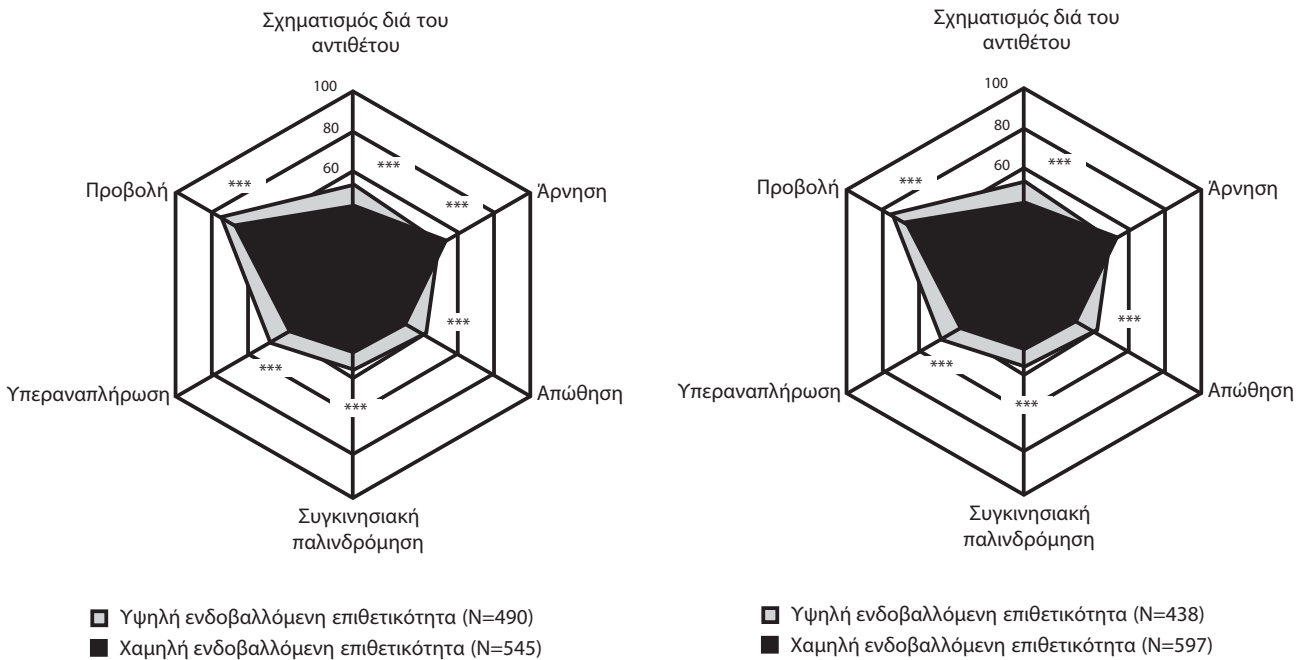
Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η ψυχική καταπόνηση σχετίζεται σημαντικά με το αμυντικό προφίλ όπως αυτό εκτιμάται από την Ελληνική έκδοση του LSI με έναν θεωρητικά αναμενόμενο τρόπο, ενισχύοντας περαιτέρω την ήδη επαρκή²⁰ συγκλίνουσα εγκυρότητα της συγκεκριμένης έκδοσης για χρήση στον Ελληνικό πληθυσμό. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η σχέση της κατεύθυνσης της επιθετικότητας με συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας, με την Άρνηση να σχετίζεται με χαμηλές τιμές Ενδοβαλλόμενης Επιθετικότητας αλλά όχι με την Εξωστρεφόμενη Επιθετικότητα, και την Προβολή να σχετίζεται με υψηλές τιμές

Πίνακας 2. Συσχετίσεις των μηχανισμών άμυνας με τη συνολική ψυχική καταπόνηση όπως εκτιμάται με το GHQ-28 στα τρία δείγματα ξεχωριστά (σωματικά ασθενείς, ψυχιατρικοί ασθενείς και υγιείς).

	Σωματικά ασθενείς (N=723)		Ψυχιατρικοί ασθενείς (N=128)		Υγιείς (N=410)	
	r	p	r	p	r	p
Απώθηση	0,211	<0,001	0,098	0,299	0,094	0,049
Άρνηση	-0,184	<,001	-0,008	0,929	-0,112	0,026
Προβολή	0,137	<0,001	0,132	0,160	0,263	<,001
Συγκινησιακή παλινδρόμηση	0,403	<0,001	0,322	<0,001	0,342	<0,001
Σχηματισμός διά του αντιθέτου	0,120	0,002	0,189	0,044	0,161	0,001
Υπεραναπλήρωση	0,174	<0,001	0,127	0,177	0,228	<0,001

r: Συντελεστές μερικής συσχέτισης (partial correlation coefficients) με στάθμιση ως προς το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο.



Σχήμα 2. Κυκλοτερής δομή (Circumplex structure) και πολικότητα (polarity) των αμυντικών μηχανισμών της ελληνικής έκδοσης του Life Style Index σε όσους παρουσίαζαν υψηλές τιμές εξωστρεφόμενης επιθετικότητας σε σύγκριση με όσους παρουσίαζαν χαμηλές τιμές και σε όσους παρουσίαζαν υψηλές τιμές ενδοβαλλόμενης επιθετικότητας σε σύγκριση με όσους παρουσίαζαν χαμηλές τιμές στην ίδια κλίμακα (τιμές σταθμισμένες ως προς το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο, ANCOVA: *** $p < 0,001$).

Εξωστρεφόμενης Επιθετικότητας αλλά όχι με την Ενδοβαλλόμενη Επιθετικότητα. Απ’ όσο γνωρίζουμε, αυτή είναι η πρώτη αναφορά εμπειρικής επιβεβαίωσης της σχέσης της κατεύθυνσης της επιθετικότητας με τους μηχανισμούς της Άρνησης και της Προβολής, όπως αυτοί εκτιμώνται με το LSI.

Η μελέτη μας έδειξε ότι οι γυναίκες παρουσίαζαν σημαντικά υψηλότερες τιμές Σχηματισμού διά του Αντιθέτου, Προβολής, Παλινδρόμησης και Υπεραναπλήρωσης στην πλειονότητα των δειγμάτων, ιδιαίτερα στα δείγματα των σωματικά ασθενών και των υγιών. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί σε μελέτες που χρησιμοποίησαν το DSQ,^{23,27} άλλοι όμως έχουν βρει πως οι άνδρες υιοθετούν περισσότερο την Προβολή,²⁸ τάση που υπάρχει στη μελέτη μας μόνον στο δείγμα των ψυχιατρικών ασθενών. Πολλοί συγγραφείς έχουν αποδώσει τις διαφορές αυτές μεταξύ των δύο φύλων στις διαφορετικές συνθήκες μέσω των οποίων επιτελείται η διαδικασία του αποχωρισμού και της εξατομίκευσης στα δύο φύλα,²⁹ υποστηρίζοντας πως, ίσως, συγκεκριμένες φάσεις της διαδικασίας αυτής είναι περισσότερο

δύσκολες για τα κορίτσια, καθώς στην πορεία της εξατομίκευσης είναι αναγκασμένα να διαφοροποιηθούν από τον γονέα του ίδιου φύλου, τη μητέρα, με την οποία ταυτόχρονα ταυτίζονται, με αποτέλεσμα να τους είναι δύσκολο να εγκαταλείψουν μερικές πρώιμες ποιότητες που δημιουργήθηκαν στην προοιδιπόδεια τριάδα και να απαιτούνται περισσότερες αναθεωρήσεις των πρώιμων αυτών δυναμικών.^{30,31} Στο θέμα όμως αυτό απαιτείται περισσότερη μελέτη, καθώς έχουν αναφερθεί και αντίθετες απόψεις, ενώ μια μετα-ανάλυση των εργασιών που μελέτησαν την πορεία της ανάπτυξης της προσωπικότητας έδειξε πως οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων αλλάζουν στην πορεία της ζωής, με τα κορίτσια να έχουν ένα πλεονέκτημα κατά την εφηβεία και την πρώτη ενήλικη ζωή, πλεονέκτημα που υποχωρεί στα χρόνια της ενήλικης ζωής, και με τις διαφορές να εξαφανίζονται εντελώς στις μεγαλύτερες ηλικίες.³²

Στην παρούσα μελέτη, τόσο οι διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των τριών δειγμάτων όσο και οι σχέσεις των μηχανισμών άμυνας με την ψυχική

Πίνακας 3. Συσχετίσεις των μηχανισμών άμυνας με τις επιμέρους διαστάσεις της ψυχικής καταπόνησης, όπως εκτιμώνται από τις υποκλίμακες του GHQ-28 στα τρία δείγματα ξεχωριστά (Σωματικά ασθενείς, Ψυχιατρικοί ασθενείς και υγιείς).

	Σωματικά ασθενείς (n=723)				Ψυχιατρικοί ασθενείς (n=128)				Υγιείς (n=410)			
	ΣΣ	A-A	K	KΔ	ΣΣ	A-A	K	KΔ	ΣΣ	A-A	K	KΔ
Απώθηση	0,145***	0,162***	0,215***	0,146***	0,108	-0,025	0,107	0,161	0,012	0,024	0,132**	0,120**
Άρνηση	-0,128***	-0,144***	-0,163***	-0,147***	-0,016	-0,015	-0,074	-0,062	-0,056	-0,112*	-0,057	-0,119**
Προβολή	0,048	0,149***	0,161***	0,070	0,181*	0,213*	0,075	0,006	0,177***	0,242***	0,187***	0,186***
Συγκινησιακή Παλινδρόμηση	0,324***	0,369***	0,349***	0,205***	0,336***	0,280***	0,310***	0,197*	0,255***	0,338***	0,199***	0,221***
Σχηματισμός διά του αντιθέτου	0,114***	0,104**	0,082*	0,074	0,195*	0,099	0,249***	0,105	0,148**	0,149**	0,126**	0,052
Υπεραντιλήρωση	0,140***	0,197***	0,169***	0,015	0,204*	0,163	0,181*	0,002	0,177***	0,273***	0,174***	0,030

Σημ: Συντελεστές μερικής συσχέτισης (partial correlation coefficients) με στάθμιση ως προς το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο, ΣΣ: Σωματικά συμπτώματα, A-A: Άγχος-αύπνια, K: Κατάθλιψη, KΔ: Κοινωνική δυσλειτουργία

Πίνακας 4. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις (Linear Multiple Regression Analyses) της σχέσης των μηχανισμών άμυνας με την ενδοβαλλόμενη και την εξωστρεφόμενη επιθετικότητα με στάθμιση ως προς το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο σε ολόκληρο το δείγμα (N=1261)

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα		Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	
	beta	p	beta	p
Φύλο	-0,015	0,552	-0,001	0,951
Ηλικία	-0,047	0,168	0,006	0,192
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,129	<0,001	-0,206	<0,001
Απώθηση	0,222	<0,001	0,141	<0,001
Άρνηση	-0,135	<0,001	-0,025	0,341
Προβολή	0,045	0,195	0,295	<0,001
Συγκινησιακή παλινδρόμηση	0,360	<0,001	0,331	<0,001
Σχηματισμός διά του αντιθέτου	0,119	<0,001	0,005	0,858
Υπεραντιλήρωση	0,153	<0,001	0,197	<0,001
Regression statistics	Adj R ² =0,0350, F _[9,997] =610,1, p<0,001		Adj R ² =0,0407, F _[9,997] =770,7, p<0,001	

καταπόνηση και τις επιμέρους διαστάσεις της, τεκμηριώνουν τη στενή σύνδεση μεταξύ αμυντικής οργάνωσης και ψυχοπαθολογίας και παρέχουν επιπρόσθετες ενδείξεις σχετικά με την εγκυρότητα της Ελληνικής έκδοσης του LSI. Η Παλινδρόμηση σχετίζεται σταθερά με την ψυχική επιβάρυνση και διαφοροποιεί τους ψυχιατρικούς ασθενείς από τις άλλες ομάδες, σε συμφωνία με άλλες μελέτες που χρησιμοποίησαν το LSI,^{14,33} ενώ η Υπεραναπλήρωση, η οποία μαζί με τον Σχηματισμό διά του αντιθέτου βρέθηκαν να σχετίζονται με την κατάθλιψη όπως η θεωρητική κατασκευή του ερωτηματολογίου υποστηρίζει,¹⁶ επίσης διαφοροποιεί τους ψυχιατρικά ασθενείς. Αυξημένη ψυχική καταπόνηση βρέθηκε να σχετίζεται με αυξημένη χρήση όλων των αμυνών (πλην της Άρνησης), εύρημα αναμενόμενο, καθώς εξ ορισμού η ψυχική καταπόνηση ενεργοποιεί αμυντικές διεργασίες, και ανάλογο με τα ευρήματα της πρωτότυπης αλλά και άλλων εκδόσεων,^{14,33,34} συμπεριλαμβανομένης της Ελληνικής,²⁰ όταν μελετήθηκε η σχέση των αμυνών με συγκεκριμένα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα όπως εκτιμήθηκαν με το SCL-90-R.

Ιδιαίτερης μνείας χρήζει η σχέση της Άρνησης με την ψυχική καταπόνηση. Ενώ, όπως προαναφέρθηκε, η ψυχική καταπόνηση φαίνεται να ενεργοποιεί όλους τους άλλους αμυντικούς μηχανισμούς, η Άρνηση δείχνει μια σχετική «αποτελεσματικότητα» στη μείωση της αντιλαμβανόμενης ψυχικής καταπόνησης, παρότι συνήθως θεωρείται πρώιμος και «ανώριμος» μηχανισμός άμυνας που συχνά οδηγεί στην υιοθέτηση δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών. Ο Vaillant⁹ έχει τονίσει πως υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες στο να προσδιοριστεί πότε η Άρνηση είναι «καλή» και πότε «κακή», ενώ άλλοι συγγραφείς διαχωρίζουν την «ψυχωτική» από την «νευρωτική» Άρνηση,³⁵ ή προτείνουν μια επιπλέον διαβάθμιση της Άρνησης με βάση την «αποτελεσματικότητά» της.³⁶ Σύμφωνα με τους τελευταίους, «ήπια» χρήση της Άρνησης γίνεται φανερό όταν μερικά γεγονότα ή συναισθήματα διαφεύγουν περιστασιακά της προσοχής ή όταν η σημασία σημαντικών σκέψεων ή συναισθημάτων υποβαθμίζεται, ενώ «ευρεία» χρήση της Άρνησης αποκαλύπτεται μέσω διαστρεβλώσεων των σκέψεων, των συναισθημάτων ή ακόμη και των γεγονότων, διαστρεβλώσεις που μπορεί να είναι συχνές και να εφάπτονται ακόμη και με ψυ-

χωτική συμπτωματολογία. Καμία από τις ερωτήσεις του LSI δεν εκτιμά μια ξεκάθαρη «απόρνηση» της εξωτερικής πραγματικότητας. Αντίθετα, μια τάση άρνησης κάποιων πλευρών της εξωτερικής πραγματικότητας απλώς υπονοείται σε όλες τις ερωτήσεις, υποδεικνύοντας ότι το LSI εκτιμά περισσότερο μια πιο «ήπια» ή «νευρωτική» μορφή Άρνησης, παρά την πρώιμη, «ψυχωτική» μορφή, και αυτό ίσως εξηγεί την αρνητική σχέση της Άρνησης με την ψυχική καταπόνηση.

Η σχέση της αμυντικής οργάνωσης τόσο με επιμέρους διαστάσεις της ψυχικής καταπόνησης στα διάφορα δείγματα όσο και με την κατεύθυνση της επιθετικότητας, τεκμηριώνει περαιτέρω τον διαφορετικό ρόλο που οι άμυνες μπορεί να διαδραματίζουν στην «προσαρμογή». Χαρακτηριστικά, στους σωματικά ασθενείς η Απώθηση αυξάνει τη σωματική καταπόνηση και την κοινωνική δυσλειτουργία και η Άρνηση τις μειώνει, ενώ στους ψυχιατρικούς ασθενείς και στους υγιείς, τον βασικό επιβαρυντικό για τις μορφές αυτές καταπόνησης ρόλο κρατά η Προβολή. Επίσης, όσοι ενδοβάλλουν την εχθρότητά τους, δείχνουν μάλλον να την «αρνούνται», καθώς παρουσιάζουν πολύ υψηλότερες τιμές Άρνησης, η ένταση της οποίας σχετίζεται αρνητικά με την ένταση της Ενδοβαλλόμενης Επιθετικότητας. Από την άλλη πλευρά, όσοι στρέφουν προς τους άλλους την εχθρότητά τους, φαίνεται πως κυρίως «Προβάλλουν», ενώ ούτε η Άρνηση ούτε ο Σχηματισμός διά του Αντιθέτου επαρκούν για να μετριάσουν την ένταση της Εξωστρεφόμενης Επιθετικότητας.

Λίγες μελέτες έχουν εστιάσει στη σχέση μεταξύ αμυντικής οργάνωσης και σωματικής καταπόνησης και ακόμη λιγότερες στη μελέτη της υποκείμενης της επιθετικότητας οργανωτικής δομής. Οι Apter et al,³⁷ βρήκαν πως ο κίνδυνος βίας αυξάνει με την Προβολή, όπως αυτή εκτιμάται με το LSI, και τα αποτελέσματά μας επιβεβαιώνουν ότι η Προβολή αυξάνει την Εξωστρεφόμενη Επιθετικότητα. Σε κλινικό επίπεδο, προσοχή πρέπει να δίνεται στις περιπτώσεις όπου η Ενδοβαλλόμενη Επιθετικότητα παρουσιάζεται «χαμηλή» παρά τις ενδείξεις ψυχοπαθολογίας, καθώς το ενδεχόμενο η Άρνηση να καλύπτει την επιθετικότητα φαίνεται σημαντικό, όπως δείχνουν τα αποτελέσματά μας. Στο θέμα της σωματικής καταπόνησης, προηγούμενες μελέτες

της ερευνητικής μας ομάδας έδειξαν πως σε ασθενείς με ορθοπρωκτικό καρκίνο, η Άρνηση βρέθηκε να σχετίζεται θετικά και η Απώθηση αρνητικά με τη σχετική με τη σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής, ενώ η σχέση της Άρνησης με την ψυχική καταπόνηση ήταν αρνητική και εκείνη της Απώθησης θετική,³⁸ όπως και στην παρούσα εργασία. Αδημοσίευτο υλικό της ερευνητικής μας ομάδας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού δείχνει πως η Απώθηση ευνοεί την ανάληψη παθητικών ρόλων στη διαδικασία λήψης θεραπευτικών αποφάσεων και επιβαρύνει επίσης τη σχετική με τη σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής των ασθενών σε βάθος χρόνου.³⁹ Πολύ συχνά, επίσης, οι κλινικοί βλέπουν καρκινοπαθείς να είναι ιδιαίτερα τακτικοί στα ραντεβού τους για ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία και παράλληλα να δηλώνουν ότι «δεν συμβαίνει τίποτα κακό, απλά μια λοίμωξη στο έντερο», ενώ, αντίθετα, άλλοι καρκινοπαθείς που αποδέχονται ότι έχουν καρκίνο, συχνά «ξεχνούν» τα ραντεβού τους για χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Τα δεδομένα που παρέχει η παρούσα και οι προηγούμενες μελέτες μας, αλλά και η προαναφερθείσα κλινική παρατήρηση, απεικονίζουν τον διαφορετικό ρόλο που μπορεί να διαδραματίζουν συγκεκριμένοι αμυντικοί μηχανισμοί στο θέμα της «προσαρμογής»: ενώ η Άρνηση θεωρείται «ανώριμος» μηχανισμός, φαίνεται πως σε συγκεκριμένες περιστάσεις προάγει την Ποιότητα Ζωής ανακουφίζοντας από την ψυχική καταπόνηση, ενώ η Απώθηση, που θεωρείται λιγότερο πρώιμος και περισσότερο «νευρωτικός» μηχανισμός, διαμεσολαβεί τη δέσμευση στη θεραπεία, συμβάλλοντας σημαντικά σε μια επιδείνωση του επιπέδου της Ποιότητας Ζωής των σωματικά ασθενών.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν περαιτέρω την εγκυρότητα της ελληνικής έκδοσης του Life Style Index, ενώ παρέχουν επιπρόσθετα δεδομένα για τη σχέση των μηχανισμών άμυνας με διαστάσεις της ψυχικής καταπόνησης και με την κατεύθυνση της επιθετικότητας. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται από τους κλινικούς στη σχέση της Άρνησης και της Απώθησης με τη σωματική καταπόνηση, ιδιαίτερα στους χρονίως σωματικά πάσχοντες, ενώ δεν πρέπει να παραβλέπεται η σχέση της Άρνησης με την ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα. Όπως τα αποτελέσματα και της παρούσας μελέτης δείχνουν, η εμπει-

ρική εκτίμηση των μηχανισμών άμυνας μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην κλινική πράξη και την κλινική έρευνα. Προηγούμενες μελέτες μας έχουν δείξει πως οι μηχανισμοί άμυνας συμμετέχουν σημαντικά στη διαμόρφωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια σωματική νόσο^{38,40-43} και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλογή της θεραπείας,⁴⁴ καθώς και στη δέσμευση⁴⁵ και συμμόρφωση με τη θεραπεία,⁴⁶ υποδεικνύοντας ότι η εμπειρική εκτίμησή τους μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην έρευνα των παραγόντων που διαμεσολαβούν ή τροποποιούν τη συμπεριφορά αλλά και την έκβαση μιας σωματικής ή ψυχικής νόσου, προσθέτοντας ψηφίδες στην κατανόηση των σύνθετων αλληλεπιδράσεων που διαμορφώνουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Όπως το έθεσε ο Vaillant,⁹ «όπως ακριβώς ένα μουσικό συμφωνικό έργο δεν μπορεί να κατανοηθεί απλά και μόνον με την εστίαση της προσοχής σε κάθε ένα όργανο ξεχωριστά, έτσι και η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν μπορεί να αντανakλάται απλώς και μόνον σε μία και μοναδική άμυνα. Όμως, αυτό δεν σημαίνει ότι το να κατανοούμε τις επιμέρους άμυνες, όπως ακριβώς συμβαίνει και με κάθε ένα μουσικό όργανο ξεχωριστά, δεν είναι μέρος της κατανόησής μας της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης συμπεριφοράς».

Ευχαριστίες

Οι συγγραφείς εκφράζουν την ευγνωμοσύνη τους σε όλους τους συμμετέχοντες για την προθυμία τους να συμμετάσχουν στην παρούσα μελέτη. Είναι επίσης ευγνώμονες στον Dr Robert Plutchik για την παραχώρηση της άδειας μετάφρασης και στάθμισης του Life Style Index για χρήση στον ελληνικό πληθυσμό. Ευχαριστούμε επίσης θερμά τους Διευθυντές της Ρευματολογικής, Ογκολογικής και Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Καθηγητές κ.κ. Α.Α. Δρόσο, Ν. Παυλίδη και Ε. Τσιάνο για την πρόσβαση που μας παρείχαν στους ασθενείς τους και για την αμέριστη βοήθεια και συμπαράσταση σε επιστημονικό και τεχνικό επίπεδο καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης. Ευχαριστούμε επίσης θερμά όλους τους παλαιότερους μεταπτυχιακούς φοιτητές και ειδικευόμενους των Ψυχιατρικών Κλινικών των Πανεπιστημίων Ιωαννίνων και Πάτρας για τη βοήθειά τους στη συλλογή των δεδομένων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου Life Style Index

1. Είμαι πολύ καλόβολος άνθρωπος και τα πάω καλά με όλους
2. Μου είναι δύσκολο να περιμένω για ν' αποκτήσω κάτι που θέλω
3. Πάντα υπήρχε κάποιος στον οποίο ευχόμουν να έμοιαζα
4. Ο κόσμος δεν με θεωρεί συναισθηματικό άτομο
5. Αγανακτώ με τις άσεμνες ταινίες
6. Σπάνια θυμάμαι τα όνειρά μου
7. Με κάνουν έξαλλο/η οι άνθρωποι που παριστάνουν το αφεντικό στους άλλους
8. Μερικές φορές μου έρχεται να ρίξω μια γροθιά στον τοίχο
9. Μ' ενοχλεί που οι άνθρωποι παριστάνουν τόσο πολύ τους σπουδαίους
10. Όταν ονειροπολώ, φαντάζομαι πάντα ότι είμαι το επίκεντρο της προσοχής
11. Είμαι ο τύπος του ανθρώπου που δεν κλαίει ποτέ
12. Εκνευρίζομαι όταν χρησιμοποιώ δημόσιες τουαλέτες
13. Όταν υπάρχει μια διαφωνία είμαι πάντα πρόθυμος/η να ακούσω όλες τις πλευρές
14. Γίνομαι εύκολα έξω φρενών
15. Εάν κάποιος μέσα απ' το πλήθος με σπρώξει, μου έρχεται να τον κλωτσήσω
16. Ο κόσμος θαυμάζει πολλά πράγματα σε μένα
17. Πιστεύω ότι είναι καλύτερο να σκέφτεσαι προσεκτικά μερικά πράγματα παρά να θυμώνεις
18. Αρρωσταίνω συχνά
19. Δεν συγκρατώ εύκολα φυσιογνωμίες
20. Μερικές από τις φορές που με απέριψαν, μου ήρθε να αυτοκτονήσω
21. Όταν ακούω σόκιν ανέκδοτα, αισθάνομαι πολύ αμήχανα
22. Βλέπω πάντα τη θετική πλευρά των πραγμάτων
23. Μισώ τους ανθρώπους που συμπεριφέρονται εχθρικά
24. Δυσκολεύομαι να πετάξω κάτι που μου ανήκει
25. Δυσκολεύομαι να θυμηθώ τα ονόματα των ανθρώπων
26. Συχνά είμαι υπερβολικά παρορμητικός/ή
27. Με αρρωσταίνουν οι άνθρωποι που προσπαθούν με φωνές και κραυγές να γίνει το δικό τους
28. Δεν έχω καμία προκατάληψη
29. Έχω έντονη την ανάγκη να μου λένε οι άλλοι ότι είμαι γοητευτικός/ή
30. Όταν πηγαίνω ένα ταξίδι, το προγραμματίζω από πριν με κάθε λεπτομέρεια
31. Κάποιες φορές εύχομαι μια ατομική βόμβα να καταστρέψει τον κόσμο
32. Η πορνογραφία είναι αηδιαστική
33. Όταν ταράζομαι, τρώω πολύ
34. Ποτέ δεν έχω νοιώσει ότι βαρέθηκα τους ανθρώπους
35. Δεν μπορώ να θυμηθώ πολλά πράγματα από την παιδική μου ηλικία
36. Συχνά παίρνω δουλειά μαζί μου όταν πηγαίνω διακοπές
37. Με τη φαντασία μου, καταφέρνω σπουδαία πράγματα
38. Οι περισσότεροι άνθρωποι με ενοχλούν επειδή είναι πολύ εγωιστές
39. Όταν ακουμπήσω οτιδήποτε γλοιώδες, με πιάνει ναυτία
40. Όταν κάποιος με ενοχλεί, δεν το λέω στον ίδιο, αλλά έχω την τάση να παραπονιέμαι σε κάποιον άλλον
41. Πιστεύω ότι οι άνθρωποι θα σε εκμεταλλευτούν εάν δεν είσαι προσεκτικός
42. Μου παίρνει πολύ καιρό να αντιληφθώ τις κακές πλευρές άλλων ανθρώπων
43. Όταν ακούω ή διαβάζω για μια τραγωδία, ποτέ δεν δείχνω να επηρεάζομαι
44. Σε μια αντιπαράθεση, είμαι συνήθως πιο λογικός/ή από τον άλλο
45. Έχω έντονη την ανάγκη να με επαινούν
46. Η άστατη σεξουαλική ζωή είναι αηδιαστική
47. Όταν οδηγώ, κάποιες φορές μου έρχεται να ρίξω το αυτοκίνητό μου πάνω σ' ένα άλλο
48. Όταν τα πράγματα δεν πάνε όπως θα ήθελα, μερικές φορές κατεβάζω τα μούτρα
49. Όταν βλέπω κάποιον μέσα στα αίματα, δεν ενοχλούμαι σχεδόν ποτέ
50. Εκνευρίζομαι εύκολα όταν δεν με προσέχουν
51. Ο κόσμος μού λέει πως ό,τι και να μου πουν θα το πιστέψω
52. Φορώ ρούχα που κρύβουν τις ατέλειές μου
53. Μου είναι πολύ δύσκολο να λέω πρόστυχες λέξεις
54. Μάλλον καυγαδίζω συχνά με τους άλλους
55. Ένα από τα πράγματα που μισώ στους ανθρώπους είναι ότι δεν είναι ειλικρινείς
56. Οι άνθρωποι μου λένε ότι είμαι υπερβολικά αντικειμενικός/ή για τα πάντα
57. Τα ηθικά μου κριτήρια είναι υψηλότερα από εκείνα των περισσότερων ανθρώπων που ξέρω
58. Όταν δεν μπορώ να τα βγάλω πέρα, μου έρχεται να κλάψω
59. Δείχνω να μη μπορώ να εκφράσω τα συναισθήματά μου
60. Όταν κάποιος σκοντάφτει επάνω μου, γίνομαι έξαλλος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου Life Style Index (συνέχεια)

- | | |
|---|--|
| 61. Πράγματα που δεν μου αρέσουν, τα βγάζω από το μυαλό μου | 81. Προετοιμάζομαι για το χειρότερο, έτσι ώστε να μην πιαστώ στον ύπνο |
| 62. Πολύ σπάνια νοιώθω τρυφερότητα για κάποιον | 82. Η ζωή μου είναι τόσο ωραία που πολλοί άνθρωποι θα εύχονταν να ήταν στη θέση μου |
| 63. Μισώ τους ανθρώπους που πάντα προσπαθούν να είναι το κέντρο της προσοχής | 83. Σε μια στιγμή θυμού έχω χτυπήσει ή κλωτσήσει κάτι τόσο δυνατά που, χωρίς να το θέλω, χτύπησα εγώ ο ίδιος |
| 64. Κάνω συλλογή από πολλά και διάφορα πράγματα | 84. Οι άνθρωποι με χαμηλά ηθικά κριτήρια με αρρωσταίνουν |
| 65. Εργάζομαι πιο σκληρά από τους περισσότερους ανθρώπους, για να γίνω καλός σε ό,τι με ενδιαφέρει | 85. Δεν θυμάμαι σχεδόν τίποτα από τα πρώτα σχολικά μου χρόνια |
| 66. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω ένα μωρό να κλαίει | 86. Όταν ταράζομαι, παιδιαρίζω χωρίς να το θέλω |
| 67. Μου έχει συμβεί να θυμώσω τόσο πολύ που να θέλω να σπάσω πράγματα | 87. Αισθάνομαι πιο άνετα όταν συζητώ για τις σκέψεις μου, απ' ό,τι όταν συζητώ για τα συναισθήματά μου |
| 68. Είμαι πάντα αισιόδοξος/η | 88. Δείχνω να μη μπορώ να τελειώσω οτιδήποτε αρχίζω |
| 69. Λέω πολλά ψέματα | 89. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω για θηριωδίες |
| 70. Νοιώθω να είμαι περισσότερο αφοσιωμένος/η στο καθήκον παρά στην κοινωνική μου ζωή | 90. Τα μέλη της οικογένειάς μου δεν διαφωνούν σχεδόν ποτέ μεταξύ τους |
| 71. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ενοχλητικοί | 91. Πολύ συχνά βάζω τις φωνές στους άλλους |
| 72. Δεν θα πήγαινα ποτέ σε μια ταινία με σκηνές σεξ και βίας | 92. Μισώ τους ανθρώπους που πατούν επί πτωμάτων για να προχωρήσουν |
| 73. Με ενοχλεί που οι άνθρωποι δεν είναι άξιοι εμπιστοσύνης | 93. Όταν ταράζομαι, πολλές φορές μεθώ |
| 74. Θα έκανα τα πάντα για να κάνω καλή εντύπωση | 94. Είμαι τυχερός/η που έχω λιγότερα προβλήματα από τους περισσότερους ανθρώπους |
| 75. Δεν μπορώ να καταλάβω τον λόγο για τον οποίο κάνω ορισμένα πράγματα | 95. Όταν κάτι με ενοχλεί ή με στενοχωρεί, κοιμάμαι περισσότερο από το συνηθισμένο |
| 76. Μπορώ να κάνω πολλά πράγματα προκειμένου να δω ταινίες που δείχνουν πολύ βία | 96. Νομίζω ότι είναι αηδιαστικό που οι πιο πολλοί άνθρωποι λένε ψέματα για να πάνε μπροστά |
| 77. Πιστεύω ότι η κατάσταση στο κόσμο είναι πολύ καλύτερη από ό,τι οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν | 97. Χρησιμοποιώ αρκετά συχνά βρώμικες λέξεις |
| 78. Όταν απογοητεύομαι, γίνομαι πολύ οξύθυμος/η | |
| 79. Στις μέρες μας ο τρόπος που οι άνθρωποι ντύνονται στις παραλίες είναι άσεμνος | |
| 80. Δεν αφήνω τα συναισθήματά μου να με παρασύρουν | |

Παράρτημα ΙΙ. Οι μηχανισμοί άμυνας που εκτιμά η Ελληνική Έκδοση του Life Style Index και οι ερωτήσεις που τους αντιπροσωπεύουν.

Αμυντικοί μηχανισμοί	Αριθμός ερώτησης	Σύνολο ερωτήσεων
Απώθηση (Repression)	6,19,25,35,43,49,59,62,66,75,85,89	12
Άρνηση (Denial)	1,16,22,28,61,68,77,82,90,94	10
Προβολή (Projection)	7,9,23,27,38,41,55,63,73,84,92,96	12
Συγκινησιακή παλινδρόμηση (Regressive Emotionality)	2,8,13R,14,15,17A,18,20,26,31,44A,47,50,54,60,67,69,76,78,80A,83,86,88,91,93,97	26
Σχηματισμός διά του αντιθέτου (Reaction Formation)	5,12,21,32,39,46,53,57,72,79	10
Υπερανπλήρωση (Compensation)	3,10,29,37,45,52,64,74	8

(A): Ερωτήσεις που βαθμολογούνται αντιστρόφως

The Life Style Index: Correlations with psychological distress and hostility

T. Hyphantis,¹ G.D. Floros,² P. Goulia¹
G. Iconomou,³ K. Assimakopoulos³

¹Department of Psychiatry, Medical School, University of Ioannina, Ioannina

²2nd Department of Psychiatry, Medical School, University of Thessaloniki, Thessaloniki,

³Department of Psychiatry, Medical School, University of Patras, Patra, Greece

Psychiatriki 2011, 22:207–220

The Life Style Index (LSI) was designed to assess defense mechanisms, assuming that their use is related to specific emotional states and diagnostic concepts. Aiming to further investigate the psychometric properties of the Greek version of the LSI, the aim of the present study was to investigate the relationship of specific defense mechanisms with dimensions of psychological distress and hostility features in three different populations. The sample comprised 1261 adults (410 healthy participants, 723 medical patients and 128 psychiatric patients). Along with defense mechanisms (LSI), Psychological Distress (General Health Questionnaire, GHQ-28) and Hostility features (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire, HDHQ) were also assessed. The results showed that increased psychological distress is related with increased use of all defenses except Denial, with which psychological distress is negatively associated. Regression is constantly related with psychological distress and differentiates psychiatric patients from the other groups of participants, while Compensation and Reaction Formation are related to depressive symptomatology. In medical patients, Repression was found to increase the physical dimension of psychological distress and the social dysfunction. On the contrary, Denial was negatively associated with these dimensions of psychological distress. In the psychiatric patient and healthy participant samples, Projection plays the most detrimental role. Regarding hostility and direction of hostility, those who were found to introvert their hostility presented with higher scores in Denial, indicating that they possibly 'deny' their hostility, and the degree of the Denial was found to be negatively associated with the degree of Introverted Hostility. Those who directed their hostility towards the others, presented with higher rates of Projection, while neither Denial nor Reaction Formation seemed sufficient enough to temper the degree of Extroverted Hostility. In conclusion, the present results strengthen further the validity of the Greek version of the LSI and provide additional evidence about the relation of defence mechanisms with dimensions of psychological distress and the direction of hostility in different populations, indicating that the empirical assessment of defense mechanisms can contribute significantly in the study of the factors that mediate or moderate the course or the outcome of medical or psychiatric disorders.

Key words: Ego defenses, Life Style Index, hostility, aggression, psychological distress

Βιβλιογραφία

1. Freud S. On the history of the psychoanalytic movement In: Strachey J (ed and Trans). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London, UK: Hogarth Press, 1914, 1957:3–66
2. Symonds PM. *Defenses: The Dynamics of Human Adjustment*. New York, Appleton-Century-Crofts, 1945
3. Fenichel O. *The Psychoanalytic Theory of neurosis*. New York, WW Norton, 1945
4. Kolb LC. *Noyes' Modern Clinical Psychiatry*, Philadelphia, PA, W.B. Saunders, 1968
5. Freud A. *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York, International University Press, 1966
6. Klein M. *Envy and Gratitude*. London, Tavistock, 1957
7. Kernberg O. Borderline Personality Organization. *J Am Psychoanal Assoc* 1967, 15:641–685

8. Greenberg JR, Mitchell SA. *Object Relations and Psychoanalytic Theory*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1983
9. Vaillant GE (eds) *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1992
10. Cramer P. *The Development of Defense Mechanisms: Theory, Research and Assessment*. New York, Springer, 1991
11. Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry* 2004, 12:263–278
12. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983, 40:333–338
13. Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 1989, 46:455–460
14. Plutchik R, Kelleman H, Conte HR. A structural theory of ego defenses and emotions. In: Izard CE (ed). *Emotions in personality and psychopathology*. New York, Plenum Press, 1979:229–256
15. Plutchik R. *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper & Row, 1980
16. Plutchik R. A theory of ego defenses. In: Conte HR, Plutchik R (eds) *Ego defenses: theory and measurement*. New York: John Wiley, 1995:13–36
17. Endresen IM. A Norwegian translation of the Plutchik questionnaire for psychological defense. *Scand J Psychol* 1991, 32:105–113
18. Olff M, Endresen I. The Dutch and the Norwegian translations of the Plutchik questionnaire for psychological defense. In: Olff M (ed) *Defense and coping: Self-reported health and psychobiological correlates*, Utrecht, The Netherlands: ISOR, 1991:57–69
19. Conte HR, Apter A. The life style index: A self-report measure of ego defenses. *Ego defenses: Theory and measurement*. Conte HR, Plutchik R (eds) Wiley, New York, 1995:179–201
20. Hyphantis T, Gouliou A, Floros G, Iconomou G, Pappas AI, Karaivazoglou K. Assessing Ego Mechanisms of Defense by Questionnaire: Psychometric Properties of the Greek version of the Plutchik's Life Style Index and Psychopathological Correlates. *J Pers Assess* (In press)
21. Plutchik R, Conte HR. *Measuring emotions and their derivatives: Personality traits, ego defenses and coping styles*. In: Wetzler A, Katz B (eds) *Contemporary approaches to psychological assessment*, Brunner-Mazel, New York, 1989
22. Tori CD, Bilmes M. Multiculturalism and psychoanalytic psychology: the validation of a defense mechanisms measure in an Asian population. *Psychoanal Psychology* 2000, 19:701–721
23. Hyphantis T. The Greek version of the Defense Style Questionnaire: Psychometric properties in 3 different samples. *Compr Psychiatry* 2010, 51:618–629
24. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979, 9:139–145
25. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991, 84:371–378
26. Caine TM, Foulds GA, Hope K. *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London, University of London Press, 1967
27. San Martini P, Roma P, Sarti S, Lingiardi V, Bond M. Italian version of the defense style questionnaire. *Compr Psychiatry* 2004, 45:483–494
28. Cramer P. The Study of Defense Mechanisms: Gender Implications. In: Robert F, Bornstein & Joseph M (eds) *The Psychodynamics of Gender and Gender Role*. American Psychological Association, 2002
29. Kanefield L. Psychoanalytic constructions of female development and women's conflicts about achievement-Part II. *J Am Acad Psychoanal* 1985, 13:347–366
30. Chodorow N. *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*, University of California Press, Los Angeles, 1978
31. Bullitt CW, Farber BA. Gender differences in defensive style. *J Am Acad Psychoanal* 2002, 30:35–51
32. Cohn LD. Sex differences in the course of personality development: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1991, 109:252–266
33. Endresen IM, Vaernes R, Ursin H, Toder O. Psychological stress-factors and concentration of immunoglobulins and complement components in Norwegian nurses. *Work Stress* 1987, 1:365–375
34. Vaernes RJ, Knardahl S, Ramsing J, Aakvaag A, Tonder O, Walther B et al. Relations between environmental problems, psychology and health among shift-workers in the Norwegian Process Industry. *Work Stress* 1988, 2:7–15
35. Perry JC. *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)*. (5h ed). Cambridge, MA: JC Perry, 1990
36. Jakobson AM, Beardslee W, Hauser ST, Noam GG, Powers SI, Gelfand E. Ego Defense Mechanisms Manual. In: Vaillant GE (ed). *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1992:261–278
37. Apter A, Plutchik R, Sevy S, Korn M, Brown S, van Praag H. Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence. *Am J Psychiatry* 1989, 146:1027–1031
38. Paika V, Almyroudi A, Tomenson B, Creed F, Kamplatsas EO, Sifakia V et al. Personality variables are associated with bowel cancer patients' quality of life independent of psychological distress and disease severity. *Psychooncology* 2010, 19:273–282
39. Hyphantis T, Almyroudi A, Paika V, Kamplatsas EO, Pavlidis N. Repression defense is associated with passive roles in treatment decision making and predicts quality of life in women with early non-metastatic breast cancer: a one-year prospective study. *Psychosomatic Medicine* (In press)
40. Hyphantis T, Tomenson B, Bai M, Tsianos E, Mavreas V, Creed F. Psychological distress, somatization and defense mechanisms associated with quality of life in inflammatory bowel disease patients. *Dig Dis Sci* 2010, 55:724–732
41. Hyphantis T, Mantis D, Voulgari PV, Tsifetaki N, Drosos AA. The psychological defensive profile of primary Sjögren's syndrome patients and its relationship to health-related quality of life. *Clin Exp Rheumatol* 2011, PMID: 21640041 (In press)
42. Hyphantis T, Palieraki K, Voulgari PV, Tsifetaki N, Drosos AA. Coping with health-stressors and defense styles associated with health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2011, doi:10.1177/0961203311398264
43. Albuquerque SC, Carvalho ER, Lopes RS, Marques HS, Mackdo DS, Pereira ED et al. Ego defense mechanisms in COPD: impact on health-related quality of life and dyspnoea severity. *Qual Life Res* 2011, DOI 10.1007/s11136-011-9884-9
44. Hyphantis T, Katsoudas S, Voucliaris S. Ego mechanisms of defense are associated with patients' preference of treatment modality independent of psychological distress in End-Stage Renal Disease. *Patient Prefer Adherence* 2010, 4:25–32
45. Hyphantis T, Kaltsouda A, Triantafyllidis JK, Platis O, Karadagi S, Christou C. Personality correlates of adherence to type 2 diabetes regimens. *Int J Psychiatry Med* 2005, 35:103–107
46. Pappa C, Hyphantis T, Pappa S, Aspiotis M, Stefanidou M, Kitsos G et al. Psychiatric manifestations and personality traits associated with compliance with glaucoma treatment. *J Psychosom Res* 2006, 61:609–617

Αλληλογραφία: Θ. Υφαντής, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 451 10 Ιωάννινα
 Τηλ.: +30 26 510-073 22
 e-mail: tyfantis@cc.uoi.gr

Ερευνητική εργασία Research articles

Χρήση διαδικτύου και παθολογική εμπλοκή με το διαδίκτυο σε δείγμα φοιτητών

Γ. Τσουβέλας, Ο. Γιωτάκος

Ψυχιατρική Κλινική, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2011, 22:221–230

Το διαδίκτυο συμβάλλει σημαντικά στους τομείς ενημέρωσης, εκπαίδευσης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης, αν και πρόσφατες έρευνες επισημαίνουν παράλληλα αρκετές συνέπειες από την παθολογικού τύπου εμπλοκή με αυτό. Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό τη διερεύνηση της συσχέτισης ανάμεσα στη χρήση του διαδικτύου και την παθολογική εμπλοκή με αυτό. Συμμετείχαν 514 φοιτητές οι οποίοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο σχετικά με τη συχνότητα χρήσεων και εφαρμογών του διαδικτύου, την κλίμακα Διαδικτυακού Εθισμού της Young, κλίμακες διερεύνησης εθισμού στο διαδικτυακό τζόγο και σεξουαλικού διαδικτυακού εθισμού, καθώς και κλίμακες διερεύνησης του αυτοκτονικού ιδεασμού και της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Βρέθηκε ότι το 42% της διασποράς της παθολογικής εμπλοκής με το διαδίκτυο ερμηνεύθηκε από την επίδραση του ημερήσιου χρόνου χρήσης του διαδικτύου ($\beta=0,38$, $t=10,38$, $P<0,001$), της χρήσης αλληλεπιδραστικών παιχνιδιών μέσω διαδικτύου ($\beta=0,21$, $t=5,15$, $P<0,001$), της διενέργειας γνωριμιών με νέα πρόσωπα μέσω διαδικτύου ($\beta=0,20$, $t=5,11$, $P<0,001$) και της συμμετοχής σε χώρους συζητήσεων (forum) ($\beta=0,15$, $t=3,64$, $P<0,001$). Βρέθηκε επίσης ότι τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη παθολογικής εμπλοκής με το διαδίκτυο εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα διαδικτυακού εθισμού με τον τζόγο, σεξουαλικού διαδικτυακού εθισμού, αυτοκτονικότητας και κατάχρησης αλκοόλ, σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες. Η ανάπτυξη παθολογικής εμπλοκής με το διαδίκτυο, ιδιαίτερα στους νέους, αποτελεί μια νέα ψυχοπαθολογική παράμετρο που θα πρέπει να βρίσκεται πλέον στον διαγνωστικό και θεραπευτικό ορίζοντα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Λέξεις ευρητηρίου: Διαδίκτυο, παθολογική εμπλοκή, διαδικτυακός εθισμός, διαδικτυακός τζόγος, αυτοκτονία

Εισαγωγή

Το διαδίκτυο έχει αλλάξει σημαντικά τη ζωή του σύγχρονου ανθρώπου, εισάγοντας στοιχεία που σχετίζονται τόσο με την πρόσβαση στην πληροφόρηση όσο και με την κοινωνική αλληλεπίδραση. Το διαδίκτυο έχει αλλάξει επίσης σε σημαντικό βαθμό την αίσθηση του ελεύθερου χρόνου. Κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρείται εκρηκτική αύξηση των δραστηριοτήτων χρήσεων του διαδικτύου, και η συμβολή του στη μαθησιακή διαδικασία, τόσο σε παιδιά και εφήβους όσο και σε φοιτητές, αξιολογείται βασικά ως θετική.¹ Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες που αξιολογούν την εμπλοκή στο διαδίκτυο επιχειρούν να αναδείξουν παράγοντες που φαίνεται ότι συμβάλλουν στην απόσυρση και την παραμέληση βασικών αναγκών των ατόμων εκείνων που εμφανίζουν έντονη εμπλοκή με το διαδίκτυο.

Ο Block,² επιχειρώντας να ορίσει την Παθολογική Εμπλοκή με το Διαδίκτυο (Pathological Internet Engagement) αναφέρει ότι αυτή σχετίζεται με συμπεριφορές τόσο κατά το διάστημα που ο χρήστης είναι συνδεδεμένος με το διαδίκτυο όσο και κατά το διάστημα που δεν είναι συνδεδεμένος με αυτό. Περιγράφει, συγκεκριμένα, την υπερβολική ενασχόληση με παιχνίδια, την ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα και την ενασχόληση με θέματα που σχετίζονται με επικοινωνία μέσω e-mail ή με γραπτά μηνύματα. Οι συμπεριφορές αυτές σχετίζονται με απώλεια της αίσθησης του χρόνου, την παραμέληση βασικών αναγκών, καθώς και με συμπτώματα στέρησης, όπως συναισθήματα θυμού, άγχους και θλίψης όταν δεν είναι δυνατή η πρόσβαση σε υπολογιστή ή ακόμη και κοινωνική απομόνωση ή χαμηλή εργασιακή απόδοση. Έχει περιγραφεί η έννοια της επικράτησης, κατά την οποία η εμπλοκή με το διαδίκτυο γίνεται ο πιο σημαντικός άξονας ενασχόλησης και δράσης στη ζωή του ατόμου, με αποτέλεσμα να κυριαρχεί στη σκέψη, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του χρήστη.³ Η ισχυρή επίδραση του διαδικτύου οφείλεται, σύμφωνα με τον Suler,⁴ στο γεγονός ότι σχετίζεται με βασικές ανάγκες του ατόμου, όπως το σεξ, η δημιουργία σχέσεων και η αυτοπραγμάτωση ή η υπέρβαση του εαυτού. Παράλληλα, οι Morahan & Schumacker⁵ υποστηρίζουν ότι το διαδίκτυο παρέχει ένα μέρος για ξεκούραση και φυγή από τις πιέσεις της πραγματικότητας.

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι οι σπουδαστές αποτελούν την πλέον ευάλωτη ομάδα για ανάπτυξη παθολογικής εμπλοκής με το διαδίκτυο⁶ και ότι η χρήση του διαδικτύου είναι ιδιαίτερα υψηλή στο ηλικιακό φάσμα 16–24 ετών.^{6,7} Υποστηρίχθηκε, επίσης, ότι οι έφηβοι και οι σπουδαστές ή φοιτητές αποτελούν ομάδα σε κίνδυνο για ανάπτυξη παθολογικής εμπλοκής με το διαδίκτυο.⁸ Ο Goldberg⁹ ήταν ο πρώτος ερευνητής που αναγνώρισε την προβληματική εμπλοκή με το διαδίκτυο και χρησιμοποίησε τον όρο Διαταραχή Διαδικτυακού Εθισμού (Internet Addiction Disorder). Στη συνέχεια προτάθηκαν διάφοροι όροι για την έντονη και καταναγκαστική εμπλοκή με το διαδίκτυο όπως Διαδικτυακός Εθισμός (Internet Addiction),¹⁰ Εξάρτηση από το διαδίκτυο (Internet Dependency),¹¹ Καταναγκαστική χρήση του διαδικτύου (Compulsive Internet Use),¹² Καταναγκαστική Χρήση του Υπολογιστή (Compulsive Computer Use).¹³ Ο διαδικτυακός εθισμός μπορεί να διακριθεί και σε επιμέρους τύπους, όπως Διαδικτυακός σεξουαλικός εθισμός (Cybersexual Addiction), Διαδικτυακός εθισμός του «σχετίζεσθαι» (Cyber Relationship Addiction), Εθισμός τύπου MUD (Multi User Dungeon Addiction), Καταναγκαστικός διαδικτυακός τζόγος (Compulsive Online Gambling), Καταναγκαστικός διαδικτυακός καταναλωτισμός (Compulsive Online Shopping), Εθισμός στην καταναγκαστική λήψη αρχείων-δεδομένων (Information Overload Addiction), Εθισμός σε διαδικτυακές αγορές, πωλήσεις ή πλειστηριασμούς (E-Bay Addiction and Trading Online Addiction).^{10,14}

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης χρησιμοποιούμε τον όρο Παθολογική Εμπλοκή με το Διαδίκτυο (ΠΕΔ) όταν αναφερόμαστε σε όσα περιλαμβάνονται στο φάσμα του διαδικτυακού εθισμού. Αποφύγαμε τον όρο διαταραχή, αφού η συμπεριφορά αυτή δεν έχει ενταχθεί ακόμα σε κάποιο επίσημο ταξινομικό σύστημα, και χρησιμοποιήσαμε τον όρο εμπλοκή για να επισημάνουμε ότι πρόκειται για ένα φάσμα συμπεριφορών¹⁵ στο άκρο του οποίου εντοπίζονται τα άτομα με προβληματική ενασχόληση με το διαδίκτυο. Σύμφωνα με τη Young,¹⁰ εντοπίζονται διαστάσεις του εθισμού όπως ανοχή και ακατάσχετη επιθυμία για χρήση του διαδικτύου στα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα ΠΕΔ. Όπως επισημαίνουν οι Cantelmi & Talli,¹⁴ η ΠΕΔ δεν αποτελεί προς το παρόν μέρος κάποιου επίσημου διαγνωστικού ταξινο-

μικού συστήματος, αλλά τα άτομα που εμφανίζουν έντονα συμπτώματα θα μπορούσαν να ενταχθούν στην κατηγορία των διαταραχών παρόρμησης μη προσδιοριζόμενων αλλιώς.¹⁴ Ο Block,² πρότεινε την ένταξη της ΠΕΔ στις διαταραχές ψυχαναγκαστικού – καταναγκαστικού φάσματος, ενώ ο Holden¹⁵ πρότεινε την ένταξή της στις διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων. Να σημειωθεί επίσης ότι τα υπάρχοντα διαγνωστικά κριτήρια της ΠΕΔ δείχνουν μεγάλη επικάλυψη με τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή χρήσης ουσιών και τη διαταραχή παθολογικής χαρτοπαιξίας.¹⁶⁻¹⁸

Ο επιπολασμός της ΠΕΔ βρέθηκε να κυμαίνεται από 3% έως 11%,^{19,20} ενώ σε πρόσφατη μελέτη του Greenfield¹² βρέθηκε 5,7%. Σε μελέτες εφήβων στην Ελλάδα, τα ευρήματα εμφανίζουν διακύμανση από 8,2%²¹ έως 20%.²² Σύμφωνα με τη Young,²³ η εύκολη πρόσβαση, ο βαθμός ελέγχου σε διαδικτυακές συναλλαγές- επικοινωνίες και η διέγερση που προκαλείται από το πλήθος των ερεθισμάτων με τα οποία έρχεται σε επαφή ο χρήστης, συμβάλλουν στην αυτοενισχυτική δράση του διαδικτύου σε άτομα ευάλωτα για ανάπτυξη ΠΕΔ. Οι Cantelmi & Talli¹⁴ διατύπωσαν το εξελικτικό μοντέλο ανάπτυξης της ΠΕΔ, σύμφωνα με το οποίο το άτομο αναγνωρίζει την αλληλεπίδρασή του μέσω διαδικτύου ως αλληλεπίδραση είτε μεταξύ ανθρώπου και μηχανής είτε μεταξύ ανθρώπων. Συνεπώς, μπορεί να αναπτυχθεί υπερεμπλοκή με το διαδίκτυο με σκοπό, αντίστοιχα, είτε την απόδραση από την πραγματικότητα ή την αναζήτηση νέων ερεθισμάτων. Όπως επισημαίνει η Young,²⁴ αλλά και άλλοι ερευνητές αργότερα,^{22,23,25-28} τα άτομα με εθισμό στο διαδίκτυο εμφανίζουν σημαντικά περισσότερο χρόνο συγχρονικής επικοινωνίας, όπως chat ή MUD, σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς εθισμό.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της χρήσης και των εφαρμογών διαδικτύου σε νέους ενήλικες, καθώς και η συσχέτιση ανάμεσα στον χρόνο χρήσης του διαδικτύου ή τη χρήση για κοινωνική αλληλεπίδραση και την ανάπτυξη παθολογικής εμπλοκής με το διαδίκτυο. Στη διερεύνηση της παθολογικής εμπλοκής περιλήφθηκε επίσης και η διερεύνηση για τον εθισμό στον διαδικτυακό τζόγο, τον σεξουαλικό διαδικτυακό εθισμό, καθώς και για ψυχοπαθολογικές παραμέτρους, όπως η αυτοκτονικότητα και η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

Μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν 514 φοιτητές του ΕΚΠΑ και του Παντείου Πανεπιστημίου στο διάστημα από τον Ιανουάριο έως τον Μάρτιο του 2011. Το παρακάτω ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε ανώνυμη και προαιρετική βάση σε 650 φοιτητές, και στη συμμετοχή συναίνεσαν 514 (80%), εκ των οποίων 278 γυναίκες (54,1%) και 235 άνδρες (45,9%). Η μέση ηλικία ήταν τα 22,46 έτη (SD=3,27).

Το ερωτηματολόγιο περιείχε τα βασικά δημογραφικά στοιχεία και τις παρακάτω ενότητες: (α) Δομημένο ερωτηματολόγιο χρήσεων διαδικτύου (32 προτάσεις), το οποίο αξιολογούσε σε 3βάθμια κλίμακα Likert (ποτέ, λίγο, πολύ) τη συχνότητα χρήσης εφαρμογών του διαδικτύου, τον τρόπο πρόσβασης και τον χρόνο χρήσης του διαδικτύου (0-1 ώρα, 1-3 ώρες, περισσότερες από 4 ώρες) (Cronbach's $\alpha=0,82$) (β) Κλίμακα IAT (Internet Addiction Test) της Young,²³ που αποτελεί την πλέον συχνά χρησιμοποιούμενη κλίμακα αξιολόγησης της ΠΕΔ στη διεθνή βιβλιογραφία,¹⁴ η οποία αποτελείται από 20 προτάσεις που αξιολογούν την προβληματική χρήση του διαδικτύου μέσα από 5βάθμια κλίμακα Likert (π.χ. «Κρύβω από τους άλλους αυτά που κάνω στο διαδίκτυο»). Η κλίμακα εμφάνισε υψηλό δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's $\alpha=0,94$, (γ) Ερωτήσεις για την αξιολόγηση εμπλοκής με τον διαδικτυακό τζόγο (5 προτάσεις, π.χ. «κατά το τελευταίο έτος έχω ποντάρει χρήματα σε παιχνίδια τζόγου στο διαδίκτυο», KR-20=0,55),¹³ (δ) Ερωτήσεις για την αξιολόγηση της εμπλοκής με το διαδικτυακό σεξ (4 προτάσεις από την κλίμακα του Weiss,²⁹ π.χ. «θεωρώ το διαδικτυακό σεξ ως έναν από τους καλύτερους τρόπους σεξουαλικής ικανοποίησης, KR-20=0,67), (ε) Ερωτήσεις για την αξιολόγηση του βαθμού αυτοκτονικότητας (5 προτάσεις, π.χ. «κάποια στιγμή σκέφτηκα να αυτοκτονήσω», KR-20=0,54),³⁰ (στ) Ερωτήσεις για την αξιολόγηση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών κατά τον τελευταίο χρόνο (4 προτάσεις, π.χ. «κάνω υπερβολική χρήση ουσιών»),³¹ (ζ) Τέσσερις ερωτήσεις από την κλίμακα των Crowne & Malrowe³² (π.χ. «Κατά τον τελευταίο χρόνο δεν ένοιωσα έντονη αντιπάθεια για κάποιον άνθρωπο») για την αξιολόγηση των κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων.

Αποτελέσματα

Σχετικά με τον επιπολασμό της Παθολογικής Εμπλοκής με το Διαδίκτυο, σύμφωνα με τα κριτήρια της Young,^{23,24} βρέθηκε ότι 361 (70,2%) συμμετέχοντες κάνουν «υγιή» χρήση του διαδικτύου, 133 (26%)

βρίσκονται σε κίνδυνο για παθολογική εμπλοκή με το διαδίκτυο και 18 (3,5%) εμφανίζουν συμπτώματα παθολογικής εμπλοκής με το διαδίκτυο (ΠΕΔ). Στον πίνακα 1 παρατίθενται οι ποσοστιαίες αναλογίες συχνότητας χρήσεων εφαρμογών και λειτουργιών του

Πίνακας 1. Ποσοστιαία (%) αναλογία χρήσης διαδικτύου, στο σύνολο του δείγματος (N=514), σε σύγκριση με τα άτομα με παθολογική εμπλοκή με το διαδίκτυο (ΠΕΔ) (N=18). Δείκτης συνάφειας Spearman rho για τη συνάφεια ανάμεσα στον δείκτη ΠΕΔ και τις χρήσεις/εφαρμογές του διαδικτύου στο συνολικό δείγμα.

Χρήσεις στο διαδίκτυο	(% στο σύνολο δείγματος)			(% στα άτομα με παθολογική εμπλοκή με το διαδίκτυο)			Spearman rho
	Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Καθόλου	Λίγο	Πολύ	
Πληροφορίες για εργασία	12	30	58	11	22	67	0,09*
Πληροφορίες για ιατρικά θέματα	27	51	22	22	22	56	0,05
Πληροφορίες για κοινωνικά θέματα	9	47	44	22	22	56	0,05
Πληροφορίες για θέματα επικαιρότητας	6	32	63	22	0	78	0,13**
Επικοινωνία με φίλους	6	18	76	0	0	100	0,34**
Παιχνίδια αλληλεπιδραστικά (online)	56	21	23	11	0	89	0,42**
Τυχερά παιχνίδια (online)	87	9	3	44	44	12	0,22**
Αγορές προϊόντων	63	32	5	44	44	12	0,18**
Γνωριμίες με νέα πρόσωπα	55	30	15	44	44	12	0,42**
Ιστοσελίδες ερωτικού περιεχομένου	68	22	10	44	44	12	0,21**
Λήψη και αποστολή e-mail	7,8	34	58	22	11	67	0,09*
Μεταφόρτωση υλικού (π.χ. μουσική, βιντεοκλίπ, εικόνες, ταινίες)	7	27	66	0	11	89	0,27**
Συμμετοχή σε χώρους συζητήσεων (forum)	39,5	36,9	23,6	0	11	89	0,36**
Αναζήτηση εργασίας ή αποστολή βιογραφικού	57	24	19	44	0	56	0,17**
Ενασχόληση με παιχνίδια τζόγου	90	9	1	89	11	0	0,12**
Έλεγχος-ανάρτηση σε ιστολόγια (blog)	54	38	8	56	44	0	0,25**
Έλεγχος σελίδων κοινωνικής δικτύωσης	25	27	48	33	33	33	0,33**
Επικοινωνία μέσω chat	28	32	45	11	33	56	0,33**
Τραπεζικές συναλλαγές (e-banking)	78	17	5	67	22	11	0,10*
Συναισθηματική ή ψυχολογική στήριξη από σχετικές ιστοσελίδες	88	11	1	78	22	0	0,25**
Λήψη αρχείων με πρόγραμμα διαμοιράσματος (π.χ. torrent)	45	25	30	44	33	22	0,19**
Διαμοίρασμα αρχείων με κλειστές ομάδες	74	17	9	67	22	11	0,25**
Μπαίνω στο διαδίκτυο από το σπίτι μου	6	17	77	0	11	89	0,22**
Μπαίνω στο διαδίκτυο από την εργασία μου	55	26	19	22	22	56	0,18**
Μπαίνω στο διαδίκτυο από internet café	66	24	10	33	33	33	0,15**
Μπαίνω στο διαδίκτυο από το κινητό	64	27	9	22	44	34	0,21**
Χρησιμοποιώ κάμερα	62	31	7	44	22	34	0,25**
Χρησιμοποιώ skype	64	25	11	44	22	34	0,20**
Χρησιμοποιώ προπληρωμένη πιστωτική κάρτα	84	12	4	78	11	11	0,04
Χρόνος χρήσης διαδικτύου ημερησίως	0-1 ώρα	1-3 ώρες	>4 ώρες	0-1 ώρα	1-3 ώρες	>4 ώρες	0,53**
	32	51	16	0	33	67	

*p<0,05, **p<0,01

διαδικτύου, και στον πίνακα 2 η ποσοστιαία αναλογία διαδικτυακού τζόγου, διαδικτυακού σεξ, αυτοκτονικότητας και χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, επί του συνόλου του δείγματος.

Για να διερευνηθεί η συνάφεια της ΠΕΔ με τις εφαρμογές/λειτουργίες του διαδικτύου, εφαρμόστηκε το κριτήριο Spearman rho. Βρέθηκε ότι η ΠΕΔ συνδέεται στενά με τον χρόνο χρήσης του διαδικτύου ($\rho=0,53$, $p<0,01$), τη χρήση του διαδικτύου για αλληλεπιδραστικά παιχνίδια ($\rho=0,42$, $p<0,01$), νέες γνωριμίες ($\rho=0,42$, $p<0,01$), συμμετοχή σε forums ($\rho=0,36$, $p<0,01$), επικοινωνία με φίλους ($\rho=0,34$, $p<0,01$), συζήτηση μέσω chat ($\rho=0,33$, $p<0,01$) για έλεγχο σελίδων κοινωνικής δικτύωσης ($\rho=0,33$, $p<0,01$). Επισημάνθηκαν χαμηλές συνάφειες και με τους υπόλοιπους δείκτες, ωστόσο ο βαθμός τους ήταν σχετικά χαμηλός για να τις αξιολογήσουμε (πίνακας 1).

Για τον έλεγχο της υπόθεσης ότι η ΠΕΔ μπορεί να σχετίζεται τόσο με τον χρόνο χρήσης του διαδικτύου όσο και με αλληλεπιδραστικές εφαρμογές/λειτουργίες, εφαρμόστηκε το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης με τη μέθοδο stepwise (πίνακας 2). Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας είναι ίσος με 0,65 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ίσος με 0,42. Δηλαδή, 42% της διασποράς της ΠΕΔ μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Η κλίση της γραμμής παλινδρόμησης είναι σημαντικά διαφορετική του μηδενός, $F=85,52$, $p<0,001$. Από την επισκόπηση

των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώνουμε ότι τέσσερις ανεξάρτητες μεταβλητές συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής: ο ημερήσιος χρόνος χρήσης του διαδικτύου ($\beta=0,38$, $t=10,38$, $p<0,001$), η συχνή χρήση αλληλεπιδραστικών παιχνιδιών μέσω διαδικτύου ($\beta=0,21$, $t=5,15$, $p<0,001$), οι συχνές γνωριμίες με νέα πρόσωπα μέσω διαδικτύου ($\beta=0,20$, $t=5,11$, $p<0,001$) και η συμμετοχή σε χώρους συζητήσεων (forum) ($\beta=0,15$, $t=3,64$, $p<0,001$).

Σχετικά με τη συμμετοχή σε συμπεριφορές παρόρμησης (πίνακας 3) κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, 116 (22,6%) συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έχουν παίξει μέσω διαδικτύου παιχνίδια τζόγου χωρίς «πραγματικά» χρήματα, 22 (4,3%) έχουν ποντάρει χρήματα σε παιχνίδια τζόγου στο διαδίκτυο, 10 (1,9%) έχουν την ανάγκη να παίζουν όλο και μεγαλύτερα ποσά στο διαδίκτυο, 22 (4,3%) έχουν κάνει προσπάθειες να μειώσουν ή να σταματήσουν τον τζόγο μέσω διαδικτύου, 8 (1,6%) έχουν ποντάρει ή κερδίσει πάνω από 100 ευρώ το μήνα μέσω διαδικτύου,⁴³ (8,4%) επισκέπτονται συχνά σελίδες διαδικτυακού σεξ, 34 (6,6%) ανυπομονούν να επανασυνδεθούν στο διαδίκτυο με σκοπό να βρουν σεξουαλική διέγερση-ικανοποίηση, 32 (6,2%) περνούν από το διαδικτυακό σεξ στο τηλεφωνικό ή και σε συναντήσεις από κοντά, 16 (3,1%) θεωρούν το διαδικτυακό σεξ ως έναν από τους καλύτερους τρόπους σεξουαλικής ικανοποίησης, 90 (17,5%) κάποια στιγμή ένοιωσαν ότι η ζωή του δεν έχει κανένα νόημα, 46 (8,9%) κάποια στιγμή μέσα στο τελευταίο έτος ευχήθηκαν να είχαν πεθά-

Πίνακας 2. Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής Παθολογική εμπλοκή με το διαδίκτυο (ΠΕΔ) από τις ανεξάρτητες μεταβλητές: ημερήσιος χρόνος χρήσης διαδικτύου, αλληλεπιδραστικά δικτυακά παιχνίδια, νέες διαδικτυακές γνωριμίες και συμμετοχή σε δικτυακές ομάδες συζητήσεων (forum, chat).

Ανεξάρτητες μεταβλητές πρόβλεψης για την παθολογική εμπλοκή με το διαδίκτυο	B	Beta	t
Ημερήσιος χρόνος χρήσης του διαδικτύου	7,56	0,38	10,38***
Χρήση αλληλεπιδραστικών παιχνιδιών μέσω διαδικτύου	3,50	0,21	5,15***
Γνωριμίες με νέα πρόσωπα μέσω διαδικτύου	3,71	0,20	5,11***
Συμμετοχή σε χώρους συζητήσεων (forum) μέσω διαδικτύου	2,50	0,15	3,64

*** $p<0,001$

Εξαρτημένη μεταβλητή: ΠΕΔ (μέθοδος stepwise). Adj $R^2=0,42$, $F(4,461)=85,52$, $p<0,001$

Πίνακας 3. Ποσοστιαία αναλογία (%) συμπεριφορών παρόρμησης: διαδικτυακός τζόγος, διαδικτυακό σεξ, αυτοκτονικότητα και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, στο σύνολο του δείγματος N=514)

<i>Διαδικτυακός τζόγος</i>	(%)
Έχω παίξει μέσω διαδικτύου παιχνίδια τζόγου χωρίς «πραγματικά» χρήματα	22,6
Έχω ποντάρει χρήματα σε παιχνίδια τζόγου στο διαδίκτυο	4,3
Έχω την ανάγκη να παίζω όλο και μεγαλύτερα ποσά στο διαδίκτυο	1,9
Έχω κάνει προσπάθειες να μειώσω ή να σταματήσω τον τζόγο μέσω διαδικτύου	4,3
Έχω ποντάρει ή κερδίσει πάνω από 100 ευρώ τον μήνα μέσω διαδικτύου	1,6
<i>Διαδικτυακό σεξ</i>	
Επισκέπτομαι συχνά σελίδες διαδικτυακού σεξ	8,4
Ανυπομονώ να επανασυνδεθώ στο διαδίκτυο με σκοπό να βρω σεξουαλική διέγερση-ικανοποίηση	6,6
Περνώ από το διαδικτυακό σεξ στο τηλεφωνικό ή και σε συναντήσεις από κοντά	6,2
Θεωρώ το διαδικτυακό σεξ ως έναν από τους καλύτερους τρόπους σεξουαλικής ικανοποίησης	3,1
<i>Αυτοκτονικότητα</i>	
Κάποια στιγμή ένιωσα ότι η ζωή μου δεν έχει κανένα νόημα	17,5
Κάποια στιγμή ευχήθηκα να είχα πεθάνει	8,9
Κάποια στιγμή σκέφτηκα να αυτοκτονήσω	10,3
Κάποια στιγμή προσπάθησα να αυτοκτονήσω	1,2
Έχω επισκεφτεί ιστοσελίδες διαδικτυακών αυτοκτονιών	0,4
<i>Χρήση ουσιών</i>	
Δοκίμασα κάποια ναρκωτική ουσία	16,1
Κάνω υπερβολική χρήση αλκοόλ	8,2
Κάνω χρήση χασίς	7,4
Κάνω χρήση κοκαΐνης ή ηρωΐνης	0,4

νει, 53 (10,3%) σκέφτηκαν κάποια στιγμή μέσα στο τελευταίο έτος να αυτοκτονήσουν, 6 (1,2%) προσπάθησαν κάποια στιγμή μέσα στο τελευταίο έτος να αυτοκτονήσουν, και 2 (0,4%) έχουν επισκεφτεί ιστοσελίδες διαδικτυακών αυτοκτονιών. Εξάλλου, όσον αφορά στη χρήση ουσιών, 83 (16,1%) δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει κάποια ναρκωτική ουσία, 42 (8,2%) ότι κάνουν υπερβολική χρήση αλκοόλ, 38 (7,4%) ότι κάνουν χρήση χασίς και 2 (0,4%) ότι κάνουν χρήση κοκαΐνης ή ηρωΐνης.

Μετά από έλεγχο κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων, βρέθηκε ότι η ΠΕΔ σχετίζεται με τον δείκτη εθισμού στον διαδικτυακό τζόγο, τον δείκτη σεξουαλικού εθισμού και τον δείκτη αυτοκτονικού ιδεασμού. Ωστόσο, επειδή οι δείκτες ήταν ιδιαίτερα

χαμηλοί, επιχειρήσαμε να ελέγξουμε τις διαφορές μέσα από 3 μονοπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης, προκειμένου να ελέγξουμε αν υπάρχουν διαφορές στα τρία επίπεδα ΠΕΔ όπως έχουν οριστεί από την Young.²⁴ Οι επιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών ήταν στατιστικώς σημαντικές και για τους τρεις δείκτες.

Αναφορικά με τον δείκτη εθισμού στον διαδικτυακό τζόγο, οι συμμετέχοντες που βρίσκονται σε επικινδυνότητα για εμφάνιση ΠΕΔ εμφάνισαν τους υψηλότερους δείκτες ($M=0,62$ $SE=0,94$), με τους συμμετέχοντες με ΠΕΔ ($M=0,35$ $SE=0,73$) και τους συμμετέχοντες χωρίς συμπτώματα ΠΕΔ ($M=0,27$ $SE=0,62$) να έχουν χαμηλότερους δείκτες και χωρίς να διαφέρουν μεταξύ τους, όπως προέκυψε από τις

πολλαπλές συγκρίσεις με το post hoc κριτήριο του Bonferroni, $F=12,97$, $p<0,001$. Σχετικά με τον δείκτη σεξουαλικού διαδικτυακού εθισμού, οι συμμετέχοντες που βρίσκονται σε επικινδυνότητα για εμφάνιση ΠΕΔ εμφάνισαν τους υψηλότερους δείκτες ($M=0,47$ $SE=0,89$) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με ΠΕΔ ($M=0,00$ $SE=0,00$) και τους συμμετέχοντες χωρίς συμπτώματα ΠΕΔ ($M=0,17$ $SE=0,57$), που δεν προέκυψε να διαφέρουν μεταξύ τους ύστερα από τις πολλαπλές συγκρίσεις με το post hoc κριτήριο του Bonferroni, $F=10,99$, $p<0,001$.

Σχετικά με τον δείκτη αυτοκτονικού ιδεασμού, οι συμμετέχοντες που βρίσκονται σε επικινδυνότητα για εμφάνιση ΠΕΔ ($M=0,56$ $SE=1,00$) και οι συμμετέχοντες που εμφάνιζαν ΠΕΔ ($M=0,56$ $SE=0,74$), εμφάνισαν τους υψηλότερους δείκτες σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες χωρίς συμπτώματα ΠΕΔ ($M=0,30$ $SE=0,74$), $F=5,31$, $p<0,01$.

Αναφορικά με την ΠΕΔ και τη χρήση ουσιών, εντοπίστηκε θετική συνάφεια μόνο ανάμεσα στην κατάχρηση αλκοόλ κατά το τελευταίο έτος και την ΠΕΔ. Όπως έδειξε το κριτήριο χ^2 , οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στο ερώτημα εάν έκαναν κατάχρηση αλκοόλ κατά τον τελευταίο χρόνο ανάλογα με τον βαθμό εμπλοκής με το διαδίκτυο, έδειξε στατιστική σημαντικότητα, $\chi^2=17,44$ $p<0,001$. Ειδικότερα μόνο το 5% (18) από τους συμμετέχοντες που δεν εμφανίζουν ΠΕΔ εμφάνισε κατάχρηση αλκοόλ, ενώ τα ποσοστά για όσους βρίσκονταν σε επικινδυνότητα και όσους εμφάνιζαν ΠΕΔ ήταν, αντίστοιχα, 16,5% (22) και 11,1% (2).

Σχετικά με την επίδραση του φύλου στον δείκτη ΠΕΔ, ο έλεγχος με t κριτήριο για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι οι άντρες εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερα επίπεδα ($M=38,76$, $SD=15,27$) σε σχέση με τις γυναίκες ($M=33,88$, $SD=11,23$), $t=4,05$, $p<0,001$. Ως προς τον δείκτη του εθισμού στον διαδικτυακό τζόγο, οι άντρες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα ($M=0,58$, $SD=0,94$) σε σχέση με τις γυναίκες ($M=0,15$, $SD=0,38$), $t=7,09$, $p<0,001$. Ως προς τον δείκτη του σεξουαλικού εθισμού στο διαδίκτυο, οι άντρες εμφάνισαν υψηλότερους δείκτες ($M=0,45$, $SD=0,86$) σε σχέση με τις γυναίκες του δείγματος ($M=0,07$, $SD=0,39$) $t=6,14$, $p<0,001$. Αναφορικά με τον δείκτη του αυτοκτονικού ιδεασμού, δεν εντοπίστηκαν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Τέλος, ο δείκτης της

συντροφικότητας δεν φάνηκε να ασκεί επίδραση σε καμιά από τις παραπάνω μεταβλητές.

Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα, βρέθηκε ότι το 26% των φοιτητών βρίσκεται σε κίνδυνο για ανάπτυξη ΠΕΔ, ενώ το 3,5% εμφανίζει σαφή συμπτώματα ΠΕΔ. Ανάλογα ποσοστά εντοπίζονται και στη διεθνή βιβλιογραφία.^{35,36} Το 43% της διασποράς της ΠΕΔ προβλέφθηκε με επιτυχία, αρχικά από την επίδραση του ημερησίου χρόνου χρήσης του διαδικτύου και εν συνεχεία από τη χρήση αλληλεπιδραστικών παιχνιδιών, από τη γνωριμία με νέα πρόσωπα και από τη συμμετοχή σε χώρους συζητήσεων. Τα παραπάνω ευρήματα υπογραμμίζουν την κοινωνική διάσταση της χρήσης του διαδικτύου από παθολογικούς χρήστες. Επίσης, βρέθηκε ότι τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη ΠΕΔ εμφανίζουν τους υψηλότερους δείκτες στον διαδικτυακό τζόγο, τον διαδικτυακό σεξουαλικό εθισμό, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την κατάχρηση αλκοόλ.

Το διαδίκτυο δείχνει να αποτελεί βασικό μέσο κοινωνικοποίησης στην ομάδα των φοιτητών που μελετήθηκε, αφού σχεδόν όλοι το χρησιμοποιούν για επικοινωνία με φίλους και τα $\frac{3}{4}$ αυτών το χρησιμοποιούν για επικοινωνία συγχρονικών συζητήσεων (chat) και παρακολούθηση σελίδων κοινωνικής δικτύωσης. Οι μισοί περίπου φοιτητές του δείγματος χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για συμμετοχή σε ομάδες συζητήσεων (forum) και για γνωριμίες νέων ατόμων, και περίπου 1 στους 3 επισκέπτεται ιστοσελίδες ερωτικού περιεχομένου. Ιδιαίτερα υψηλά ήταν επίσης τα ποσοστά των φοιτητών που χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για αναζήτηση πληροφοριών για εργασία, ιατρικά και κοινωνικά θέματα. Να σημειωθεί ότι αντίστοιχα ευρήματα σχετικά με τη χρήση εφαρμογών του διαδικτύου βρέθηκαν σε έρευνες στην Ελλάδα¹ και στο εξωτερικό.^{35,36}

Σχετικά με τον χρόνο χρήσης του διαδικτύου βρέθηκε ότι η επικρατούσα τιμή είναι 1–3 ώρες ημερησίως, γεγονός που εντοπίζεται και σε άλλες μελέτες.³⁷ Το 17% περίπου χρησιμοποιεί το διαδίκτυο σε ημερήσια βάση για περισσότερες από 4 ώρες. Η πολλαπλή παλινδρόμηση έδειξε ότι η ΠΕΔ προβλέπεται σε σημαντικό βαθμό, όχι μόνο από τον χρόνο χρήσης του διαδικτύου, αλλά και από

τη συχνότητα χρήσης αλληλεπιδραστικών παιχνιδιών, τη χρήση του διαδικτύου για γνωριμία νέων προσώπων και τη συμμετοχή σε χώρους συζητήσεων (forum). Να σημειωθεί ότι η διερεύνηση της παραγοντικής δομής του ΙΑΤ έδειξε ότι, ενδεχομένως, αυτές οι όψεις της ΠΕΔ να σχετίζονται σε κάποιον βαθμό με τη διάσταση της υποκατάστασης της πραγματικότητας.³⁸ Επίσης, τα σταθερά υψηλότερα επίπεδα ΠΕΔ στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, αποτελούν ένα συχνό εύρημα στη διεθνή βιβλιογραφία.^{11,16,34,37-39}

Διαπιστώθηκαν σημαντικές ανά ζεύγη συσχετίσεις ανάμεσα στον εθισμό στον διαδικτυακό τζόγο, τον σεξουαλικό διαδικτυακό εθισμό, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την κατάχρηση αλκοόλ. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν επίσης αναφερθεί αντίστοιχα ευρήματα, που συνδέουν την ΠΕΔ με ποικίλες παρορμητικές συμπεριφορές, όπως ο διαδικτυακός τζόγος,^{22,40-43} ο σεξουαλικός διαδικτυακός εθισμός⁴⁴⁻⁴⁷ ο αυτοκτονικός ιδεασμός⁴⁸⁻⁵⁰ και η κατάχρηση αλκοόλ.^{18,51,52} Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, όταν μελετήθηκαν οι σχέσεις συνάφειας των παραπάνω συμπεριφορών με την ΠΕΔ, προέκυψαν χαμηλού βαθμού συνάφειες, αλλά όταν μελετήθηκαν οι διαφορές ανάμεσα στις ομάδες με βάση τα κριτήρια της Young,²⁴ βρέθηκε ότι τα άτομα σε κίνδυνο για ΠΕΔ εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερους δείκτες. Υποθέτουμε ότι, σύμφωνα και με το μοντέλο του Davis⁵³ και των Cantelmi & Talli,¹⁴ οι παραπάνω παρορμητικές συμπεριφορές ασκούν κάποιου είδους «ρυθμιστική» επίδραση, η οποία ωθεί το άτομα να περάσουν από την άτυπη στην τυπική ΠΕΔ. Πιθανόν η ενισχυτική δράση της διαδικτυακής ενασχόλησης με τον τζόγο και το σεξ να λειτουργεί επιβλαβητικά για την ανάπτυξη τόσο της ΠΕΔ⁵⁴ όσο και παραπτωματικών συμπεριφορών.^{55,56} Να σημειωθεί ότι η παρούσα μελέτη είναι συγχρονική και αξιολογεί συναφειακές και όχι αιτιώδεις σχέσεις. Άλλη συγχρονική μελέτη βρήκε ως ισχυρότερους δείκτες την εμπλοκή σε αλληλεπιδραστικές συζητήσεις και τη συμμετοχή σε παιχνίδια, ενώ πρόσφατη διαχρονική μελέτη βρήκε ότι η επισκεψιμότητα ιστοσελίδων σεξουαλικού περιεχομένου είναι ο ισχυρότερος προβλεπτικός δείκτης για ανάπτυξη ΠΕΔ.⁵⁷

Αν και στη βιβλιογραφία συνηθίζεται ο όρος παθολογική χρήση του διαδικτύου, στην παρούσα μελέτη προτιμήσαμε τον όρο παθολογική εμπλοκή με το διαδίκτυο, εφόσον αυτός, κατά τη γνώμη μας, ανταποκρίνεται στο φάσμα συμπεριφορών με τις ενεργητικές, συνεχείς και εστιασμένες αλληλεπιδράσεις του ατόμου με το διαδίκτυο, τις εφαρμογές του και τους άλλους χρήστες του. Επιπλέον, ο όρος εμπλοκή εμπεριέχει τρεις βασικές διαστάσεις: τη συναισθηματική, τη συμπεριφορική και τη γνωσιακή. Στην πρώτη διάσταση εντοπίζεται η συναισθηματική επένδυση του ατόμου με ΠΕΔ σε αλληλεπιδράσεις που αντικατοπτρίζουν τη σχέση ανθρώπου με άνθρωπο.¹⁴ Η συμπεριφορική διάσταση εντοπίζεται στην εκτεταμένη χρήση του διαδικτύου, την απώλεια αίσθησης του ελέγχου, την επικράτηση της χρήσης του διαδικτύου στη ζωή του και την υποκατάσταση της πραγματικότητας από μια νέα, παράλληλη και, σε κάποιους τομείς, ανταγωνιστική πραγματικότητα. Τέλος, η γνωσιακή διάσταση σχετίζεται με τις ψυχαναγκαστικές σκέψεις του ατόμου για τη χρήση του διαδικτύου, τις προσδοκίες του σχετικά με το διαδίκτυο και την αλληλεπίδρασή του με άλλους χρήστες του διαδικτύου, καθώς και τον τρόπο που το άτομο βλέπει τον εαυτό του ή αυτοπροσδιορίζεται μέσα στο διαδίκτυο.⁵⁸

Ενώ το διαδίκτυο μπορεί δυνητικά να αποτελέσει την πύλη για την έκφραση κάποιων ψυχικών νόσων, όπως η παθολογική χαρτοπαιξία ή οι παραφιλίες, σε κάποιες έρευνες έχουν παρατηρηθεί υψηλοί δείκτες ψυχιατρικής συννοσηρότητας, περιλαμβανομένων των διαταραχών της διάθεσης και των διαταραχών του άγχους.^{25,27,58} Παραμένει ακόμη αναπάντητο, όμως, εάν αυτός ο τύπος συμπεριφορών αναπαριστά μια διακριτή διαταραχή ή το υπόστρωμα μιας άλλης ψυχιατρικής νόσου.^{16,55,56} Προς το παρόν δεν έχει επιβεβαιωθεί εάν η παθολογική εμπλοκή με το διαδίκτυο αποτελεί κάποια ειδική μορφή εθισμού στο διαδίκτυο, συνοδό σύμπτωμα κάποιας ψυχικής διαταραχής, ή το αποτέλεσμα μια προϋπάρχουσας ψυχιατρικής νόσου. Περισσότερες ποιοτικές και ποσοτικές έρευνες αναμένεται ότι θα δώσουν στο μέλλον απαντήσεις για ενδεχόμενες διαγνωστικές προτάσεις αλλά και θεραπευτικές παρεμβάσεις στον νέο αυτό τομέα ενδιαφέροντος των ειδικών ψυχικής υγείας.⁵⁸

Internet use and pathological internet engagement in a sample of college students

G. Tsouvelas, O. Giotakos

Psychiatric Department, 414 Army Hospital, Athens

Psychiatriki 2011, 22:221–230

Recent studies indicate multiple consequences of pathologically excessive internet use. This study investigated the correlate of internet usage, with pathological internet engagement. Participants were 514 college students from the University of Athens who completed a questionnaire covering various aspects of internet use, Young's Internet Addiction Test, scales investigating online gambling addiction and cybersexual addiction and scales investigating suicidal ideation and the use of psychoactive substances. We found that the daily Internet use ($b=0,38$, $t=10,38$, $p<0,001$), the use of interactive online games ($b=0,21$, $t=5,15$, $p<0,001$), making acquaintances on the internet ($b=0,20$, $t=5,11$, $p<0,001$) and the participation in online forums ($b=0,15$, $t=3,64$, $p<0,001$) account for 42% of the variance of pathological internet engagement. Subjects at risk for developing pathological internet engagement had significantly higher levels of online gambling addiction, cybersexual addiction, suicidal ideation and alcohol abuse, compared with other groups. Pathological internet engagement, particularly in young people, is a new psychopathological parameter that should be incorporated in the diagnostic and therapeutic horizon of mental health professionals.

Key words: Internet, pathological engagement, internet addiction, online gambling addiction, suicide

Βιβλιογραφία

- Byun S, Ruffini C, Mills JE, Douglas AC, Niang M, Stepchenkova S et al. Internet Addiction: Metasynthesis of 1996–2006 *Quantitative research cyberpsychology & behavior* 2009, 12:203–207
- Block J. Issues for DSM-IV: Internet addiction. *Am J Psychiatry* 2008, 165:306–307
- Griffiths M. Internet addiction: Does it really exist? In: Gackenbach J (ed) *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications*. Academic Press: New York, 1998
- Suler JR. To get what you need: Healthy and pathological Internet use. *Cyberpsychol Behav* 1999, 2:355–393
- Morahan-Martin JM, Schumacker P. Incidence and correlates of pathological Internet use. *Comput Human Behav* 2000, 16:13–29
- Kandell JJ. Internet addiction on campus: the vulnerability of college students *CyberPsychology & Behavior* 1998, 1:11–17
- Öztiirk Φ, Odabasioglu G, Eraslan D, Genç Y, Kalyoncu ΦΑ. Internet addiction: clinical aspects and treatment strategies. *J Dependence* 2007, 8:36–41
- Odacı H, Kalkan, M. *Problematic internet use, loneliness and dating anxiety among young adult university students Computers & Education* 2010, 55:1091–1097
- Goldberg I. *Internet Addiction Disorder* (Cited 18 January 2011) Available from <http://users.rider.edu/suler/psyber/supportgp.html>
- Young KS. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psycholog Rep* 1996, 79:899–902
- Scherer K. College life online: Healthy and unhealthy Internet use. *J College Stud Dev* 1997, 38:655–665
- Greenfield DN. Psychological characteristics of compulsive Internet use: a preliminary analysis. *Cyberpsychol Behav* 1999, 2:403–412
- Potenza MN, Hollander E. Pathologic gambling and impulse control disorders In: Davis KL, Charney D, Coyle J, Nemeroff C (ed) *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress. 5th ed Baltimore, Md* 2002: Lippincott Williams & Wilkins, 1736–1737
- Cantelmi T, Talli M. Trapped in the web: the psychopathology of cyberspace. *J CyberTherapy & Rehabilitation* 2009, 2:337–350
- Holden C. Behavioral addictions: do they exist? *Science* 2001, 294:980–982
- Tao R, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M. Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction* 2010, 105:556–564
- Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*, 10th ed Lippincott Williams & Wilkins 2007: Philadelphia
- Ko CH, Yen JY, Chen CC, Chen SH, Yen CF. Proposed diagnostic criteria of internet addiction for adolescents. *J Nervous Mental Disease* 2005, 193: 728–733
- Kershaw S. *Hooked on the Web: Help is on the Way*. The New York Times 2005, Dec 1
- De Angelis T. *Is Internet addiction real?* Monitor on Psychology (American Psychological Association Publication) 2000, 31:4 (Cited 01 January 2011) Available from <http://www.apa.org/monitor/apr00/addiction.aspx>
- Siomos KE, Dafouli ED, Braimiotis DA, Mouzas OD, Angelopoulos NV. Internet addiction among greek adolescent students *Cyberpsychol Behav* 2008, 11:653–657
- Tsitsika A, Critselis E, Kormas G, Filippopoulou A, Tounissidou D, Freskou A. Internet use and misuse: a multivariate regression

- analysis of the predictive factors of internet use among Greek adolescents. *Eur J Pediatr* 2009, 168:655–665
23. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder *Cyberpsychol Behav* 1998, 1:237–244
 24. Young KS. *Caught in the net: How to recognize the signs of internet addiction and a winning strategy for recovery*. John Wiley & Sons, New York 1998
 25. Black DW, Belsare G, Schlosser S Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behaviour. *J Clin Psychiatry* 1999, 60:839–844
 26. Chou C. Internet heavy use and addiction among Taiwanese college students: An online interview study. *Cyberpsychol Behav* 2001, 4:573–585
 27. Shapira NA, Goldsmith TG, Keck PE, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *J Affect Disorders* 2000, 57:267–272
 28. van Rooij AJ, Schoenmakers TM, van de Eijnden RJJM, van de Mheen, D. Compulsive Internet Use: The Role of Online Gaming and Other Internet Applications. *J Adolescent Health* 2010, 47:51–57
 29. Weiss R. Cybersex Addiction Screening Test, (Cited 01 January 2011) Available from <http://www.sexualrecovery.com/resources/self-tests/csat.php>
 30. Κονταξάκης Β. *Η Ψυχομετρία της Κατάθλιψης και της Αυτοκαταστροφικής Συμπεριφοράς*, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία Αθήνα, 2006
 31. Giotakos O. Suicidal ideation, substance abuse, and sense of coherence in Greek male conscripts. *Milit Med*, 2003, 168:447–450
 32. Crowne DP, Marlowe D. A scale of social desirability independent of pathology. *J Consulting Psychology* 1960, 24:349–354
 33. Jang KS, Hwang SY, Choi JY. Internet Addiction and Psychiatric Symptoms Among Korean Adolescents. *J School Health* 2008, 78:165–171
 32. Demetrovics Z, Szeredi B, Rozsa S. The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods* 2008, 40, 2:563–574
 34. Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L. The shorter PROMIS questionnaire and the Internet Addiction Scale in the assessment of multiple addictions in a high-school population: prevalence and related disability. *CNS Spectrums* 2006, 11:966–974
 35. Chou C, Hsiao MC. Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: the Taiwan college students' case. *Comp Educ* 2000, 35:65–80
 36. Simsim MT. Internet usage and user preferences in Saudi Arabia. *Journal of King Saud University – Engineering Sciences* 2011, 23:101–107
 37. Law SPM, Chang MK. Factor Structure for the Internet Addiction Test: A Confirmatory Approach. *Comp Hum Behav* 2008, 24:2597–2619
 38. Morahan-Martin JM. The relationship between loneliness and Internet use and abuse. *Cyberpsychol Behav* 1999, 2:431–439
 39. Odaci H. Academic self-efficacy and academic procrastination as predictors of problematic internet use in university students. *Computers & Education* 2011, 57:1109–1113
 40. Tsitsika A, Critselis E, Koramas G, Konstantoulaki E, Constantopoulos A, Kafetzis D. Adolescent pornographic internet site use: a multivariate regression analysis of the predictive factors of use and psychosocial implications. *Cyberpsychol Behav* 2009, 12:545–550
 41. Parker JDA, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL, Wood LM. Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personal Individ Differenc* 2008, 45:174–180
 42. King DL, Delfabbro PH, Griffiths MD. The convergence of gambling and digital media: implications for gambling in young people. *J Gambling Studies* 2010, 26:175–187
 43. Orford J. Problem gambling and other behavioural addictions (internet). Foresight, *Government Office for Science Department of Innovation*. University and Skills, London, 2005
 44. Young KS. Cybersexual addiction. (Cited 15 January 2011) Available from: http://www.netaddiction.com/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=80, 1999
 45. Bingham JE, Piotrowski C. On-line sexual addiction: A contemporary enigma. *Psychologic Rep* 1996, 79:257–258
 46. Stein DJ, Black DW, Shapira NA, Spitzer RL. Hypersexual disorder and preoccupation with internet pornography. *Am J Psychiatry* 2001, 158:1590–1594
 47. Joyce RA. Pornography and the internet IEEE. *Internet Comput* 2008, 12:74–77
 48. Mathy R, Cooper A. The duration and frequency of internet use in a nonclinical sample: Suicidality, behavioural problems, and treatment histories. *Psychother Theory Research, Pract, Train* 2003, 40:125–135
 49. Kima K, Ryub E, Chonb MY, Yeunb EJ, Choic SY, Seod JC. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. *Int J Nursing Studies* 43:185–192
 50. Barak A, Miron O. Writing characteristics of suicidal people on the Internet: a psychological investigation of emerging social environments. *Suicide Life Threat Behav* 2005, 35:507–524
 51. Bakken IJ, Wenzel HG, Götestam KG, Johansson A, Øren A. Internet addiction among Norwegian adults: A stratified probability sample study. *Scand Journal of Psychology* 2009, 50:121–127
 52. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Chen SH, Chung WL, Chen CC. Psychiatric symptoms in adolescents with internet addiction: comparison with substance use. *Psychiatry Clin Neurosciences* 2008, 62: 9–16
 53. Davis R (2001) A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Comp Hum Behav*, 17:187–195
 54. Σπίνου Θ, Πανάγου Α, Γιωτάκος Ο. Η κακοποίηση στα πλαίσια του ηλεκτρονικού εγκλήματος. Στο: Γιωτάκος Ο, Τσιλιάκου Μ, Τσίτσικα Α (Σ. Κακοποίηση παιδιού και εφήβου: ανίχνευση, αντιμετώπιση, πρόληψη. Εκδόσεις Πεδίο, 2011:171–182
 55. Ηλίας Ι. Διαδικτυακή πορνογραφία και σεξουαλική παραβατικότητα: κριτικές επισημάνσεις και σημεία εγκληματολογικού προβληματισμού. Στο: Γιωτάκος Ο, Πρεκατέ Β (Συντ) *Σεξουαλική Κακοποίηση: μυστικό όχι πια*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2006:324–339
 56. Γιωτάκος Ο, Τσιλιάκου Μ. *Βιασμός*. Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, 2008:101–106
 57. Meerkerk GJ, Van den Eijnden RJ, Garretsen HF. Predicting compulsive internet use: It's all about sex! *Cyberpsychol behav* 2006, 9:95–103
 58. Shapira NA, Lessig MS, Goldsmith TD, Szabo ST, Lazoritz M, Gold MS, Stein DJ. Problematic Internet Use: Proposed Classification and Diagnostic Criteria. *Depression and anxiety* 2003, 17:207–216

Αλληλογραφία: Ο. Γιωτάκος, Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Εριφύλης 2, 116 34 Αθήνα, 6945-464 619, 210-729 04 96
e-mail: info@prosarmogi.gr, info@obrela.gr

Ειδικό άρθρο Special article

Διαταραχές πρόσληψης τροφής και μέσα μαζικής επικοινωνίας

Α. Περουτσή,¹ Φ. Γονιδάκης²

¹London Centre of Management, Cavendish College, UK, ²Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, Α' Ψυχιατρική Κλινική Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2011, 22:231–239

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ) έχουν εξελιχθεί σε ένα σοβαρό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα τα τελευταία πενήντα έτη. Σύμφωνα με τα μέχρι στιγμής ερευνητικά δεδομένα, οι ΔΠΤ προκύπτουν από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση παραγόντων. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο η επίδραση των Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας (ΜΜΕ) στην αιτιοπαθογένεια των ΔΠΤ μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι η επίδραση των ΜΜΕ στην εκδήλωση και διαίωνιση των ΔΠΤ είναι σημαντική. Τα ΜΜΕ συμβάλλουν στην προβολή του ιδανικού της ισχύοντος ως μέσου για την απόκτηση κοινωνικής καταξίωσης και επιτυχίας. Επίσης, προβάλλουν τη δίαιτα και τη στέρση της τροφής ως τρόπο ζωής και αποδεκτά κοινωνικά πρακτικά. Έχει βρεθεί ότι η κύρια πηγή ενημέρωσης του κοινού για τις ΔΠΤ είναι τα ΜΜΕ. Υπό αυτό το πρίσμα τα ΜΜΕ μπορεί να αποκτήσουν έναν διαφορετικό ρόλο, καθώς η δυνατότητά τους να απευθύνονται στο ευρύ κοινό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προαγάγει την πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση των ΔΠΤ.

Λέξεις ευρετηρίου: Διαταραχές πρόσληψης τροφής, μέσα μαζικής επικοινωνίας, ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, δίαιτα

Εισαγωγή

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ) έχουν εξελιχθεί σε ένα σοβαρό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα τα τελευταία πενήντα έτη. Το γεγονός ότι προσβάλλουν κυρίως νέα κορίτσια από 13 έως 20 ετών καθώς και η αυξημένη θνησιμότητα που παρατηρείται κυρίως στην ψυχογενή ανορεξία, έχουν προβληματίσει τους ειδικούς και την κοινή γνώμη. Ο προβληματισμός αυτός έχει στραφεί στους παράγοντες που πιθανώς συμβάλλουν στην εμφάνιση των ΔΠΤ και στην αύξηση της συχνότητάς τους στο δεύτερο μισό του 20ού αιώνα.

Σύμφωνα με τα μέχρι στιγμής ερευνητικά δεδομένα, οι ΔΠΤ προκύπτουν από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση παραγόντων.^{1,2} Οι παράγοντες αυτοί είναι τόσο βιολογικοί, όπως είναι η εγκεφαλική λειτουργία και το γονιδίωμα, όσο και ψυχοκοινωνικοί, όπως είναι η προνοσηρή προσωπικότητα της ασθενούς, το κλίμα της οικογένειας, στρεσογόνα γεγονότα ζωής και τα πρότυπα ομορφιάς των Δυτικών κοινωνιών.^{1,2} Κανένας όμως από τους παραπάνω παράγοντες δεν θεωρείται μέχρι τώρα επαρκής για να εξηγήσει από μόνος του την εμφάνιση κάποιας ΔΠΤ σε μια νέα γυναίκα. Ο Garner³ στη δεκαετία του 1990 πρότεινε ένα αιτιολογικό μοντέλο για την ψυχογενή

ανορεξία, σύμφωνα με το οποίο οι παράγοντες που συμμετέχουν στην εμφάνιση και τη συντήρηση της διαταραχής χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τους προδιαθεσικούς παράγοντες, τους εκλυτικούς παράγοντες και τους παράγοντες διαιώνισης. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η επίδραση των Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας (ΜΜΕ) στην αιτιοπαθογένεια των ΔΠΤ μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες.

Η «ισχνή ομορφιά» στον 20ό και 21ο αιώνα

Η αύξηση της συχνότητας των ΔΠΤ που παρατηρήθηκε μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική έχει συνδεθεί από πολλούς συγγραφείς με τη μεταβολή των γυναικείων προτύπων ομορφιάς. Σύμφωνα με τα «νέα δεδομένα», τα οποία είχαν ξεκινήσει ήδη από τα τέλη του 19ου αιώνα και κορυφώθηκαν μετά το 1960, η όμορφη γυναίκα των δυτικών κοινωνιών έπρεπε να είναι ιδιαίτερα λεπτή.

Στη δεκαετία του 1980 ο Garner et al⁴ συγκέντρωσαν τα καταγεγραμμένα σωματικά βάρη των νεαρών υποψηφίων για τον διαγωνισμό ομορφιάς των ΗΠΑ ("Miss America") της χρονικής περιόδου 1959 έως 1978. Το συμπέρασμα της μελέτης ήταν ότι, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα επίσημα στοιχεία για τον γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ, οι Αμερικανίδες «καλλονές» είχαν βάρος αντίστοιχο με το 87,6% του βάρους της μέσης Αμερικανίδας, για την περίοδο 1959–1970. Το αντίστοιχο ποσοστό για την περίοδο 1970–1978 ήταν 84,6%. Για κάθε χρονιά που κατέγραψαν οι ερευνητές, το σωματικό βάρος των υποψηφίων "Miss America" ελαττωνόταν συνεχώς, περίπου κατά 130 γραμμάρια ανά έτος.

Μια άλλη ενδιαφέρουσα έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Silverstein et al,⁵ σε μια προσπάθεια να προσδιορίσουν ακριβώς τις χρονικές περιόδους κατά τις οποίες το ισχνό πρότυπο ομορφιάς έκανε την εμφάνισή του στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ), και εν συνεχεία να διερευνήσουν την ενδεχόμενη σύνδεσή του με τις ΔΠΤ. Η έρευνα επικεντρώθηκε στα τεύχη δύο μεγάλων σε κυκλοφορία γυναικείων περιοδικών, του "Vogue" και του "Ladies Home Journal", για οκτώ συνεχόμενες δεκαετίες του 20ού αιώνα – δηλαδή από το 1901 έως το 1981. Μετρήθηκαν και συγκρίθηκαν οι σωματικές διαστά-

σεις των μοντέλων που πόζαραν σε αυτά. Βρέθηκε ότι τα κορίτσια που προβάλλονταν ως πρότυπα ομορφιάς ήταν ιδιαιτέρως λεπτά κατά τη διάρκεια δύο χρονικών περιόδων: (α) από το 1909 έως το 1929, και (β) από το 1949 έως το 1981. Όπως επεσήμαναν οι ερευνητές, οι χρονικές αυτές περιόδους συμπίπτουν με τις περιόδους αυξημένης εκδήλωσης περιστατικών «αυτοπροκαλούμενης αστίας». Βέβαια, στις αρχές του 20ού αιώνα η καταγραφή των ασθενών που έπασχαν από ΔΠΤ δεν γινόταν δυστυχώς με λεπτομερή και μεθοδικό τρόπο.

Σε μία παρόμοια μελέτη⁶ οι ερευνητές συνέκριναν τους σωματότυπους των κοριτσιών που πόζαραν στο περιοδικό Playboy κατά τα χρόνια 1978–1998. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και τα «κουνελάκια» του συγκεκριμένου περιοδικού επηρεάστηκαν από το πρότυπο της ισχνότητας και με το πέρασμα των δεκαετιών απέκτησαν λεπτότερο σώμα. Την ίδια χρονική περίοδο, μία άλλη μελέτη⁷ αξιολόγησε τα αντρικά πρότυπα που προβάλλονταν στο περιοδικό Playgirl στα τεύχη που κυκλοφόρησαν διαδοχικά από το 1973 έως το 1997. Το αντίστοιχο συμπέρασμα είναι ότι οι άνδρες που απεικονίζονταν στο συγκεκριμένο περιοδικό ήταν ολοένα και περισσότερο μυώδεις.

Από τις παραπάνω μελέτες προκύπτει το συμπέρασμα ότι μέσα στον 20ό αιώνα παρατηρείται μια αλλαγή στον γυναικείο και τον ανδρικό σωματότυπο, η οποία προβάλλεται από τα ΜΜΕ ως μοντέλο της ομορφιάς. Το καλλίγραμμα γυναικείο σώμα ως όχημα κομψότητας ή αισθησιασμού γίνεται προοδευτικά λεπτότερο και περισσότερο μυώδες, με λιγότερες καμπύλες στην περιοχή της κοιλιάς, της πυέλου και των μηρών. Ταυτόχρονα, απομακρύνεται προοδευτικά από τον μέσο σωματότυπο των γυναικών, δηλαδή γίνεται όλο και περισσότερο εξωπραγματικό.

Εφηβεία-Δυσαρέσκεια από το σώμα και Δίαιτα

Το ιδανικό της «ισχνής ομορφιάς», όπως διαμορφώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες, επηρεάζει σημαντικά τους νέους ανθρώπους και ιδιαίτερα τους εφήβους. Το αποτέλεσμα είναι ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων να νιώθει έντονη δυσαρέσκεια για το σώμα του και να διαμορφώνει στερητικές διατροφι-

κές συνήθειες που πολλές φορές είναι ο προπομπός των ΔΠΤ.

Σημαντικός αριθμός μελετών καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι έφηβες θέλουν να φαίνονται λεπτότερες, ενώ οι έφηβοι πιο δυνατοί και μυώδεις.⁸⁻¹⁰ Τα κορίτσια που φοιτούν στο γυμνάσιο θα ήθελαν να είναι πιο λεπτά σε ποσοστό 42%.¹¹ Το 81% των παιδιών ηλικίας 10 ετών φοβάται μήπως παχύνει.¹² Το 46% των παιδιών ηλικίας 9-11 ετών απάντησε ότι «ενίστε» ή «πολύ συχνά» κάνει δίαιτα, ενώ το 82% των οικογενειών τους κάνει επίσης δίαιτα «ενίστε» ή «πολύ συχνά».¹³ Στην Ελλάδα, μία μελέτη που έγινε σε πρωτοετείς φοιτήτριες διαιτολογίας έδειξε ότι 15% των ερωτηθέντων έκανε δίαιτα το τελευταίο έτος, ενώ περίπου το 1/3 των κοριτσιών είχε διαταραγμένες στάσεις απέναντι στο φαγητό.¹⁴

Πώς σχετίζονται όμως τα παραπάνω ευρήματα με την έναρξη των ΔΠΤ; Οι μελέτες που αναφέρθηκαν έδειξαν ότι στην εφηβεία η ανησυχία και το άγχος για το βάρος και την εικόνα του σώματος, ιδιαίτερα στα κορίτσια, αυξάνει κατακόρυφα. Πιθανώς το παραπάνω να συνδέεται με το ιδανικό της γυναικείας ισχύτητας που κυριαρχεί στον Δυτικό πολιτισμό τις τελευταίες δεκαετίες και το οποίο προβάλλεται εντονότατα από τα ΜΜΕ.¹⁵ Η άποψη που υποστηρίζει ότι τα κορίτσια που πάσχουν από ΔΠΤ ήθελαν να αδυνατίσουν ώστε να γίνουν πιο όμορφα, ή ότι ήθελαν απλώς να προσεγγίσουν τα πρότυπα ομορφιάς που βλέπουν στα ΜΜΕ, αν και είναι μάλλον μια υπεραπλουστευμένη εκδοχή που δεν συνυπολογίζει τους άλλους αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες, πιθανώς έχει κάποια ψήγματα αλήθειας, καθώς εξηγεί την εμμονή που παρατηρούμε στα έφηβα κορίτσια σχετικά με το βάρος και τις αναλογίες του σώματός τους. Μία εμμονή η οποία καταλήγει σε εξαντλητικές δίαιτες ή σε ιδιόμορφες διατροφικές συνήθειες που, για κάποια κορίτσια, είναι τα πρώτα συμπτώματα της ΔΠΤ. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι τα κορίτσια που κάνουν συχνά δίαιτα είναι 12 φορές πιο επιρρεπή σε επεισόδια υπερφαγίας από τα κορίτσια που δεν κάνουν δίαιτα.¹⁶

Τα ΜΜΕ και τα πρότυπα της ομορφιάς

Αν το ισχνό πρότυπο ομορφιάς συμβάλλει στην εκδήλωση των ΔΠΤ ιδιαίτερα σε εφήβους και νέους ενήλικες, το ερώτημα που λογικά διαμορφώνεται

αφορά στον υπεύθυνο φορέα για τη διάδοση των προτύπων αυτών, δηλαδή τα ΜΜΕ. Όπως είδαμε, από το 1960 και έπειτα τα ΜΜΕ μεταφέρουν ως επί το πλείστον την επικρατούσα εικόνα του ισχνού, αποστεωμένου και σχεδόν άφυλου σώματος, επηρεάζοντας σε αρκετά σημαντικό βαθμό τις γενιές των νέων κοριτσιών.

Όπως υποστηρίζει η Brownel,¹⁷ η «αναζήτηση του τέλειου σώματος» υποκινείται από δύο βασικές πεποιθήσεις. Πρώτον, ότι είναι δυνατό να αγγίξει κάποιος το αισθητικό ιδεώδες εάν ακολουθήσει την κατάλληλη δίαιτα, το κατάλληλο πρόγραμμα σωματικής άσκησης και εάν καταβάλει την ανάλογη προσπάθεια. Και δεύτερον, ότι αφού το «ιδανικό σώμα» έχει επιτευχθεί, έπονται σημαντικά «ανταλλάγματα», όπως επαγγελματική καταξίωση, χρήματα, ευτυχία και γοητεία.

Τι γίνεται όμως όταν το προβαλλόμενο πρότυπο ομορφιάς είναι εξωπραγματικά ισχνό; Χαρακτηριστικά, σήμερα υπολογίζεται ότι η μέση Αμερικανίδα γυναίκα έχει ύψος 1,63 m και ζυγίζει 63,5 kg, ενώ το μέσο μοντέλο στην Αμερική έχει ύψος 1,80 m και ζυγίζει 53 kg.^{18,19} Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τις ολοένα και πιο συρρικνωμένες διαστάσεις των γυναικών, που προβάλλονται ως πρότυπο ομορφιάς μετά το 1950.^{8,18-20} Την ίδια στιγμή, τα στατιστικά στοιχεία για τον πληθυσμό της Βορείου Αμερικής και της Ευρώπης καταδεικνύουν ότι το βάρος της μέσης Αμερικανίδας και Ευρωπαϊάς έχει αυξηθεί.^{8,18-20}

Κατά τα φαινόμενα, το «ιδανικό σώμα», όπως προβάλλεται, διαφέρει πολύ από τα φυσιολογικά κριτήρια που ορίζουν τον ανθρώπινο οργανισμό. Συγκεκριμένα, μια υγιής γυναίκα έχει ποσοστό λίπους στο σώμα της το οποίο κυμαίνεται περίπου από 22% έως 25%. Ωστόσο, το εντυπωσιακό σώμα των φωτομοντέλων, των διασημοτήτων κ.λπ., εκτιμάται ότι έχει ποσοστό λίπους που κυμαίνεται μόλις από 10 έως 15%.²¹ Φυσικά, αυτό το ισχνό ιδεώδες σώμα απαιτεί πολλές ώρες σωματικής άσκησης για να επιτευχθεί. Για παράδειγμα, αναφέρεται ότι οι διεκδικήτριες διαγωνισμών ομορφιάς στις ΗΠΑ γυμνάζονται έως και 35 ώρες κάθε εβδομάδα – αρκετά περισσότερο δηλαδή απ' ό,τι ένα ισορροπημένο και ιατρικά ενδεδειγμένο πρόγραμμα γυμναστικής που θα ωφελούσε την υγεία.²¹

Τα ΜΜΕ, τα πρότυπα ομορφιάς και οι σημαντικοί άλλοι

Το προβαλλόμενο πρότυπο του ισχνού γυναικείου σώματος δεν επηρεάζει μόνο τα κορίτσια αλλά και τα σημαντικά για αυτά πρόσωπα, όπως είναι τα μέλη της οικογένειάς τους και τα αγόρια. Ορισμένοι συγγραφείς εκφράζουν τον προβληματισμό ότι τα λεπτά σώματα των μοντέλων και γενικότερα των γυναικών που προβάλλονται από τα ΜΜΕ εξοικειώνουν το κοινό με το ανορεκτικό σώμα. Το αρνητικό αποτέλεσμα είναι διπλό. Τα μέλη της οικογένειας αργούν να αντιδράσουν στην απίσχνανση της νέας κοπέλας ή, ακόμα χειρότερα, στην αρχή την επαινούν για την απώλεια βάρους που πέτυχε και για την πιστή τήρηση της δίαιτας και του προγράμματος άσκησης.²² Στα αγόρια η κύρια επίδραση των ΜΜΕ αφορά στην επιδοκμασία του λεπτού σώματος στις γυναίκες.²³ Αυτό το αποτέλεσμα προσθέτει μια άκρως ενδιαφέρουσα διάσταση. Οι Hargreaves & Tiggemann²⁴ υποστηρίζουν ότι τα ΜΜΕ ασκούν μια έμμεση επίδραση στην εικόνα σώματος των νεαρών γυναικών, μέσω της επιρροής που ασκούν στις προσδοκίες που αναπτύσσουν τα αγόρια αναφορικά με την εξωπραγματικά αδύνατη εμφάνιση των γυναικών.

ΜΜΕ και δυσαρέσκεια με το σώμα

Αν τα ΜΜΕ προβάλλουν τόσο έντονα την εικόνα της ισχνά όμορφης γυναίκας που έχει επιτυχία, λάμψη και γοητεία, τι γίνεται με την τηλεθεάτρια ή την αναγνώστριά η οποία δεν διαθέτει αυτό το ισχνό και γυμνασμένο σώμα που βλέπει να χαμογελά απέναντί της;

Σε ανασκόπηση 25 μελετών όπου οι ερευνητές έδειχναν σε γυναίκες υλικό από ΜΜΕ όπου απεικονίζονταν γυναίκες με ποικίλους σωματότυπους και στη συνέχεια κατέγραφαν τις αντιδράσεις τους, φάνηκε ότι σχεδόν όλες οι συμμετέχουσες εξέφραζαν ιδιαίτερη δυσαρέσκεια για το σώμα τους όταν είχαν δει αδύνατα μοντέλα.²⁵ Αντίθετα, όταν παρακολούθησαν εικόνες με γυναίκες που είχαν πιο συνηθισμένο και με φυσιολογικές καμπύλες σωματότυπο, αισθάνθηκαν πολύ καλύτερα. Η επίδραση των εικόπων ήταν πολύ ισχυρότερη στις γυναίκες που είχαν ηλικία κάτω των 19 ετών. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, «το συμπέρασμα που προκύπτει από το σύνολο των 25 μελετών είναι ότι πράγματι φαίνεται να ισχύει η κοινωνικο-πολιτισμική θεωρία που θέλει

τα ΜΜΕ να δημιουργούν και να προωθούν ένα πρότυπο ομορφιάς που καθοδηγεί τις νεαρές γυναίκες στο να νιώθουν δυσαρέσκεια για το σώμα τους».²⁵

Μια εντυπωσιακή ερευνητική προσέγγιση της συσχέτισης των ΜΜΕ με την εικόνα του σώματος και τη δυσαρέσκεια γι' αυτό, είναι το «παράδειγμα των νησιών Φίτζι».²⁶ Στη μελέτη αυτή οι ερευνητές επέλεξαν να ερευνήσουν έναν «μιντιακά αφελή» πληθυσμό, που ζούσε επί αιώνες μακριά από την επιρροή των προτύπων του Δυτικού πολιτισμού. Επέλεξαν ως δείγμα μαθήτριες των νησιών Φίτζι και μελέτησαν τη στάση τους απέναντι στο σώμα και τη διατροφή τους, σε συνδυασμό με τη συχνότητα παρακολούθησης των «νεοφερμένων» δυτικών προγραμμάτων στην τηλεόραση. Τα αποτελέσματα είχαν εξαιρετικό ενδιαφέρον, αφού επιβεβαίωσαν ότι τα κορίτσια που έβλεπαν τηλεόραση περισσότερες ώρες κάθε μέρα, εκδήλωναν σαφώς πιο διαταραγμένες στάσεις. Οι παραπάνω μελέτες επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι τα ΜΜΕ προωθούν και συντηρούν τη λεγόμενη «εξ ορισμού δυσαρέσκεια» ("normative discontent") που νιώθουν οι γυναίκες των Δυτικών κοινωνιών για την εικόνα του σώματός τους.¹⁸

Ωστόσο, είναι πιθανόν η σχέση των ΜΜΕ με τη δυσαρέσκεια από το σώμα να είναι περισσότερο πολύπλοκη απ' ό,τι δείχνει η πρώτη ανάγνωση των ερευνών, καθώς αποτελέσματα από άλλες μελέτες δίνουν μία διαφορετική διάσταση στο θέμα. Οι μελέτες αυτές δείχνουν ότι ισχύει και η ανάστροφη σχέση, δηλαδή τα κορίτσια που έχουν συμπτωματολογία ΔΠΤ διαβάζουν με ζήλο περιοδικά μόδας ή παρακολουθούν ανάλογες εκπομπές στην τηλεόραση. Αναλυτικότερα, οι Tiggemann et al²⁷ προσπάθησαν να δώσουν μια απάντηση στο ερώτημα «γιατί τα νέα κορίτσια επιδιώκουν να γίνουν πιο αδύνατα», μελετώντας ένα δείγμα δεκαεξάχρονων κοριτσιών. Ο ισχυρότερος αιτιολογικός παράγων που φάνηκε να συνδέεται με την ισχνοέφεση ήταν κυρίως τα ΜΜΕ. Όμως το αποτέλεσμα που εξέπληξε τους ερευνητές ήταν ότι τα κορίτσια είχαν πλήρη επίγνωση του ρόλου που ασκούσαν τα ΜΜΕ στις επιλογές τους και στην επιθυμία τους να γίνουν λεπτότερες. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, ήταν αρκετά συνειδητοποιημένες για τον πιθανό ρόλο των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης ως «διαμορφωτή της προσωπικής τους εικόνας».²⁷

Άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που νιώθουν ήδη δυσαρεστημένα με το σώμα τους αναζητούν τα ΜΜΕ – και ως επί το πλείστον τα «γυναικεία» περιοδικά – «ώστε να πάρουν επιπρόσθετες πληροφορίες για τους τρόπους βελτίωσης της εικόνας τους». Δηλαδή, τα άτομα που έχουν προδιάθεση να εκδηλώσουν ΔΠΤ, ή που νοσούν ήδη, χρησιμοποιούν τα ΜΜΕ ώστε να ενημερωθούν και να αντιγράψουν τρόπους προσέγγισης του λεπτού σώματος που επιδιώκουν να αποκτήσουν.^{9,28,29} Πολλές γυναίκες που πάσχουν ήδη από ψυχογενή ανορεξία, χαρακτηρίζουν τη σχέση τους με τα περιοδικά μόδας ως «σχέση εξάρτησης». Μάλιστα αναφέρουν ότι έγιναν περισσότερο φανατικές αναγνώστριες μετά την εκδήλωση της ασθένειάς τους.²⁹

ΜΜΕ και δίαιτα

Οι δίαιτες αδυνατίσματος αναδεικνύονται ως ένα από τα πλέον αγαπημένα θέματα των περιοδικών και των τηλεοπτικών προγραμμάτων που απευθύνονται στις γυναίκες. Οι Anderson & DiDomenico,³⁰ συγκρίνοντας αντρικά και γυναικεία περιοδικά, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι εμπορικές προωθήσεις που σχετίζονται με δίαιτες στα γυναικεία έντυπα είναι κατά 10,5 φορές περισσότερες σε σύγκριση με εκείνες των ανδρικών εντύπων. Παράλληλα, μελέτη που είχε ως αντικείμενο έρευνας το περιεχόμενο περιοδικών που κυκλοφόρησαν από το 1973 έως το 1991, κατέδειξε την εντυπωσιακή, βαθμιαία αύξηση των διαφημίσεων που αφορούν σε είδη και τρόφιμα αδυνατίσματος.²⁰

Το θέμα της εμπορικής εκμετάλλευσης του προβαλλόμενου ισχνού προτύπου από τη βιομηχανία της δίαιτας και των προϊόντων ομορφιάς, έχει ασχολήσει αρκετά τους ερευνητές. Ορισμένοι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι η βιομηχανία της ομορφιάς επενδύει στην υπερτονισμένη αξία της εξωτερικής εμφάνισης των γυναικών, καθώς κάτι τέτοιο ενισχύει μια καταναλωτική κουλτούρα όπου η απάντηση σε κάθε πρόβλημα μπορεί να δοθεί αγοράζοντας ένα διαφημιζόμενο προϊόν που θα βελτιώσει δραματικά την εμφάνιση του ατόμου.^{18,22,31,32} Όπως υποστηρίζει η διάσημη Αμερικανίδα συγγραφέας και πολιτική αναλύτρια Naomi Wolf, «ο πολιτισμός μας αποδυναμώνει τις γυναίκες, με το να τις κρατά φυλακισμένες σε ένα ανέφικτο πρότυπο ομορφιάς».³¹

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το πρότυπο της αδύνατης γυναίκας που έτυχε προβολής κατά τα τελευταία 50 χρόνια, δεν εξυπηρετεί μόνο τη βιομηχανία της δίαιτας, αλλά και μια δεύτερη βιομηχανία: αυτή που σχετίζεται με τη γυμναστική.³³ Κάθε χρόνο ξοδεύονται απίστευτα μεγάλα χρηματικά ποσά στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ με αφορμή το «χτίσιμο» ενός λεπτού και καλογυμνασμένου σώματος.³⁴

ΜΜΕ και Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Οι Field et al,⁹ μετά από έρευνα με δείγμα κορίτσια ηλικίας 9 έως 14 ετών, συμπέραναν ότι το πρότυπο της αδύνατης σιλουέτας που προβάλλεται από την τηλεόραση, τα περιοδικά και τις ταινίες, αποτελεί σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα εκδήλωσης συμπτωμάτων ψυχογενούς ανορεξίας καθαρικού τύπου. Σε μεταγενέστερη δημοσίευση της ίδιας ερευνητικής ομάδας σε δείγμα αγοριών και κοριτσιών, με ηλικία και πάλι τα 9 έως 14 έτη, αναφέρεται ότι τα νέα άτομα που καταβάλλουν προσπάθειες να μοιάσουν στα πρότυπα που προβάλλουν τα ΜΜΕ, έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους συνομηλικούς τους να αναπτύξουν υπερβολική ανησυχία αναφορικά με το βάρος τους ή να ακολουθήσουν κάποια δίαιτα.³⁵

Η αναζήτηση της σχέσης μεταξύ των ΜΜΕ και των ΔΠΤ οδηγεί αναπόφευκτα σε δύο ερωτήματα. Το πρώτο ερώτημα είναι: πόσο ισχυρή είναι η επίδραση των ΜΜΕ στην αιτιοπαθογένεια των διαταραχών πρόσληψης τροφής; Μία προδρομική μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ σε μεγάλο δείγμα του γενικού πληθυσμού έδειξε ότι τα ΜΜΕ, καθώς και η προσδοκία να μοιάσουν στα πρότυπα που προβάλλονται από αυτά, αποτέλεσαν τον δεύτερο αιτιολογικό παράγοντα διατροφικά διαταραγμένης συμπεριφοράς για τα κορίτσια (ο πρώτος παράγων ήταν το κληρονομικό ιστορικό αντίστοιχης διαταραχής από τη μητέρα). Παράλληλα, το 7% των κοριτσιών και το 2,9% των αγοριών απάντησε ότι «καταβάλλουν προσπάθεια ώστε να μοιάσουν στα άτομα του ίδιου φύλου που βλέπουν στα ΜΜΕ». Ως μέτρο υλοποίησης της συγκεκριμένης προσπάθειας, το 22,4% των κοριτσιών και το 12,1% των αγοριών δήλωσαν ότι ακολουθούν δίαιτα κατά περιόδους, ενώ το 7,1% των κοριτσιών και το 4,1% των αγοριών δήλωσαν ότι ακολουθούν συχνά δίαιτα.⁸

Το δεύτερο ερώτημα είναι: αφού σχεδόν όλοι παρακολουθούμε λίγο ή περισσότερο τα ΜΜΕ, και άρα εκτιθέμεθα στα πολιτισμικά πρότυπα που επηρεά-

ζουν την εικόνα που έχουμε για το σώμα μας, γιατί μόνο κάποια συγκεκριμένα άτομα θα εκδηλώσουν συμπτωματολογία διαταραχής πρόσληψης τροφής; Ορισμένοι συγγραφείς εστιάζουν στο γεγονός ότι η αρνητική επίδραση των ΜΜΕ είναι καταλυτική όταν το άτομο που εκτίθεται στα μηνύματα είναι ήδη ευάλωτο ή «ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου». ³⁶ Η ανασκόπηση που έγινε από τον Stice ³⁶ έδειξε ότι τα κορίτσια που εμφάνισαν μεγαλύτερη ευαλωτότητα απέναντι στα αρνητικά μηνύματα των ΜΜΕ, ήταν άτομα στα οποία ασκείτο πίεση από το περιβάλλον τους προς την κατεύθυνση να γίνουν λεπτότερα, καθώς και άτομα που γενικότερα είχαν ελλιπή στήριξη από τους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους. Μία δεύτερη ανασκόπηση αναφέρει ότι μεγαλύτερη ευαλωτότητα στα μηνύματα των ΜΜΕ παρουσίαζαν οι γυναίκες που ήταν ήδη αρνητικά προδιατεθειμένες για το σώμα τους. ²⁵ Τέλος, ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι οι κοινωνικές συγκρίσεις ανάμεσα στα άτομα, και κυρίως όταν αυτές αφορούν σε άτομα του κοντινού περιβάλλοντος, συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας αυξημένης ευαλωτότητας απέναντι στις επιδράσεις των ΜΜΕ. ^{37,38}

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στα ΜΜΕ

Η προβολή των ΔΠΤ και των «ισχνά όμορφων» γυναικών από τα ΜΜΕ έχει προβληματίσει κατά καιρούς τόσο τους ειδικούς όσο και το κοινό. Ένα παράδειγμα αμφιλεγόμενης εκστρατείας κατά της ψυχογενούς ανορεξίας, που συζητήθηκε έντονα από ηθική και δεοντολογική άποψη, βρίσκεται στην Ιταλία τον Οκτώβριο του 2007. Η φωτογραφία του Ολιβιέρο Τοσκάνι όπου απεικονίζεται μια αποστεωμένη γυμνή νέα γυναίκα στο πλαίσιο καμπάνιας με τίτλο «No Anorexia-No-Ita», έκανε τον γύρο του κόσμου. Την εκστρατεία μάλιστα χρηματοδότησε μεγάλη ιταλική εταιρεία ρούχων.

Μία από τις προτάσεις που επαναλαμβάνεται συχνά σε πολλά φόρα συζήτησης για τις ΔΠΤ είναι η απαγόρευση προβολής ισχνών γυναικείων σωμάτων από τα ΜΜΕ. Η συγκεκριμένη προσέγγιση ακολουθεί τη συλλογιστική που έχει εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση άλλων ιατρικών προβλημάτων, όπως το κάπνισμα και η παχυσαρκία. Με στόχο την καταπολέμηση της ψυχογενούς ανορεξίας, η Γαλλία έγινε η πρώτη χώρα στον κόσμο που θεωρεί ποινι-

κό αδίκημα την υπό οιαδήποτε μορφή προώθηση και επικρότηση του ακραίου αδυνατίσματος, βάσει πρότασης νόμου που κατέθεσε στη Βουλή στις 10 Απριλίου 2008 η κυβέρνηση Φιγιόν. Το συγκεκριμένο νομοθέτημα τιμωρεί το εν λόγω αδίκημα με ποινές φυλάκισης άνω των τριών χρόνων και επιπλέον πρόστιμο 45.000 ευρώ. Η ποινή φυλάκισης αυξάνεται σε τρία χρόνια εάν κάποιο άτομο πεθάνει.

Η πρωτοβουλία των Γάλλων δεν έχει μέχρι στιγμής βρει μιμητές σε κρατικό επίπεδο εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο επίπεδο όμως της ατομικής πρωτοβουλίας, το περιοδικό «Brigitte», που είναι το μεγαλύτερο σε κυκλοφορία γυναικείο περιοδικό της Γερμανίας, έλαβε το 2010 μια πολύ σημαντική απόφαση. Υστέρα από επανειλημμένες επιστολές διαμαρτυρίας των αναγνώστριών του, οι οποίες ανέφεραν πως δεν «άντεχαν να βλέπουν άλλα οστά που προεξέχουν», το περιοδικό ανακοίνωσε επισήμως τον Οκτώβριο του 2009, ότι «από το νέο έτος» (δηλαδή το 2010) «σταματά να δημοσιεύει φωτογραφίες επαγγελματιών μοντέλων». Το «Brigitte» αποτελεί ένα από τα πλέον αγαπημένα περιοδικά μόδας της μέσης Γερμανίδας. Ιδρύθηκε το 1954 και έχει 3,21 εκατομμύρια αναγνώστες. «Δεν πολεμάμε τα μοντέλα, ούτε θα γίνουμε περιοδικό για μεγάλα μεγέθη», ξεκαθάρισε ο εκδότης του «Brigitte» Ανδρέας Λέμπερτ, ο οποίος παραδέχθηκε ότι για χρόνια το περιοδικό χρησιμοποιούσε τεχνικές προγράμματος επεξεργασίας εικόνας για να «παχαίνει ψηφιακά» τις κοπέλες που απεικονίζονταν στις φωτογραφίες του. Στο εξής, στις σελίδες του θα παρουσιάζονται «πραγματικές γυναίκες», αναγνώστριες ή γνωστές προσωπικότητες από τον χώρο της πολιτικής ή του αθλητισμού.

Παρεμβάσεις για τις ΔΠΤ και τα ΜΜΕ

Ένα επίπεδο προσέγγισης για τις ΔΠΤ στα ΜΜΕ έχει να κάνει με παρεμβάσεις όπως εκστρατείες ενημέρωσης ή θέσπιση κανόνων για τις διαφημίσεις στα έντυπα και ηλεκτρονικά ΜΜΕ. Κάτι ανάλογο έχει γίνει στο παρελθόν σε πολλές χώρες, ώστε να ληφθούν μέτρα κατά της προβολής του καπνίσματος και της κατάχρησης αλκοόλ, ³⁹ ή κατά των μηνυμάτων βίας και εγκληματικότητας που προβάλλονται από τα ΜΜΕ και επηρεάζουν αρνητικά τους νέους. ⁴⁰ Οι ΔΠΤ δεν έχουν ακόμη γίνει αντικείμενο εκτεταμένων εκστρατειών ενημέρωσης, παρά τη σημαντική επιβάρυνση που προκαλούν στην υγεία των πασχόντων.

Οι εκστρατείες ενημέρωσης είναι μία μόνο από τις παρεμβάσεις που προτείνουν οι ειδικοί. Μια διαφορετική προσέγγιση που μπορεί να ενεργήσει προληπτικά κατά των ΔΠΤ είναι τα προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης του κοινού, που στοχεύουν στη σωστή και εξορθολογισμένη αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων που μεταφέρουν τα ΜΜΕ.⁴¹ Τα συγκεκριμένα προγράμματα απευθύνονται κυρίως στους νέους ανθρώπους και στοχεύουν να τους δώσουν την κατάλληλη υποδομή, ώστε να είναι σε θέση να αξιολογούν, να επεξεργάζονται και να εκτιμούν το περιεχόμενο των ΜΜΕ και των διαφημίσεων, υιοθετώντας μια περισσότερο κριτική ματιά απέναντι σε κάθε μήνυμα που λαμβάνουν από αυτά.⁴² Βασική προτεραιότητα αυτών των προγραμμάτων είναι να «διδάξουν» στο ευρύ κοινό τρόπους με τους οποίους θα μάθουν να επεξεργάζονται τα οπτικά μηνύματα που μεταφέρονται από τα ΜΜΕ, καθώς και να αναλύουν αυτό που βλέπουν, γνωρίζοντας ότι αυτό που προβάλλεται δεν είναι απαραίτητα και πραγματικό. Μια άλλη αρχή των προγραμμάτων ενημέρωσης για τα ΜΜΕ είναι να επισημάνουν ότι τα πρότυπα που προβάλλονται από τα ΜΜΕ καλλιεργούνται με ιδιαίτερη μεθοδικότητα, εξυπηρετώντας πάντα κάποιο υλικό όφελος.^{25,43,44} Σε ό,τι αφορά στα οπτικά είδωλα, η αντιμετώπιση είναι και πάλι κριτική. Έτσι, οι «μιντιακά εκπαιδευόμενοι» μαθαίνουν ότι τα δημιουργήματα των ΜΜΕ αντιπροσωπεύουν την οπτική γωνία του δημιουργού τους⁴⁴ και εξυπηρετούν τις επιδιώξεις των εκδοτών και των τηλεοπτικών παραγωγών. Ήδη, παρόμοια προγράμματα εκπαίδευσης για τα ΜΜΕ εφαρμόζονται σε κάποιες χώρες του κόσμου, για παράδειγμα στον Καναδά, όπου υλοποιούνται με τη μορφή σχολικού μαθήματος. Όμως, δεν δίνουν, έως τώρα, τόση έμφαση στο ζήτημα των ΔΠΤ όσο σε άλλα κοινωνικά προβλήματα.

Μία άλλη πρόταση των ειδικών είναι να εκπαιδεύονται οι γονείς με προγράμματα ενημέρωσης όπως αυτά που αναφέραμε στην προηγούμενη παράγραφο. Η ιδέα αυτή βασίζεται στην αξία και τη βαρύτητα του γονεϊκού ρόλου αναφορικά με τη σωστή ανατροφή των παιδιών και την υιοθέτηση υγιεινών συνθηκών. Έτσι, σύμφωνα με τους ειδικούς, οι κατάλληλα εκπαιδευμένοι γονείς, που δεν είναι ευάλωτοι απέναντι στα αρνητικά μηνύματα και πρότυπα που προβάλλουν τα ΜΜΕ, είναι σε θέση να καθοδηγήσουν κατάλληλα τα παιδιά τους προφυλάσσοντάς τα από τυχόν αρνητικές συνέπειες.⁴⁵

Πέρα από τα προγράμματα εκπαίδευσης, υπάρχουν επίσης πρωτοβουλίες που στοχεύουν στην τόνωση της αυτοπεποίθησης των γυναικών σε σχέση με τα προβαλλόμενα πρότυπα ομορφιάς.^{43,46-49} Οι συγκεκριμένες προσπάθειες στέφθηκαν από σχετική επιτυχία. Για παράδειγμα, ερευνητές εξέθεσαν ομάδα φοιτητριών κολεγίου σε φωτογραφίες αδύνατων φωτομοντέλων, αφού όμως πριν τις είχαν «εκθέσει» σε μία επτάλεπτη συνεδρία ψυχοεκπαίδευσης. Όπως αποδείχθηκε, οι φοιτήτριες που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη ομάδα ήταν λιγότερο ευάλωτες απέναντι στις αρνητικές επιδράσεις των ΜΜΕ και είχαν σαφώς καλύτερη αυτοπεποίθηση σε σύγκριση με συμφοιτήτριές τους που εκτέθηκαν σε αντίστοιχες φωτογραφίες αλλά δεν είχαν δεχθεί ψυχοεκπαιδευτική στήριξη.⁴³ Τρία ανάλογα προγράμματα πρόληψης πέτυχαν κάποια σχετική βελτίωση στην αντίληψη του αδύνατου προτύπου και την αυτοεκτίμηση για την εικόνα του σώματος, χωρίς όμως να πετύχουν όλους τους στόχους που είχαν θέσει.⁴⁶⁻⁴⁹

Τέλος, έχουν δημιουργηθεί εξειδικευμένα προγράμματα που στοχεύουν σε άτομα που είναι περισσότερο ευάλωτα στις αρνητικές επιδράσεις των ΜΜΕ. Τα προγράμματα αυτά προσφέρουν εξατομικευμένη στήριξη, εστιάζοντας στα ατομικά προβλήματα που κατά κύριο λόγο σχετίζονται με την αυτοεκτίμηση και την κοινωνικοποίηση.^{25,50,51}

Επίλογος

Μια σειρά από μελέτες έχουν δείξει ότι η κύρια πηγή ενημέρωσης του κοινού για τις ΔΠΤ είναι τα ΜΜΕ, και συγκεκριμένα τα περιοδικά, οι εφημερίδες, τα βιβλία και η τηλεόραση.⁵⁰ Όπως φαίνεται από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η επίδραση των ΜΜΕ στην εκδήλωση και διαίωνιση των ΔΠΤ είναι σημαντική. Η επίδραση αυτή φαίνεται ότι δεν αφορά μόνο στις πάσχουσες, αλλά και σε ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού που περιλαμβάνει τις οικογένειες και τους συνομηλικούς τους. Το ερώτημα είναι πώς θα μπορούσε να αξιοποιηθεί η δύναμη των ΜΜΕ για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ΔΠΤ. Για την ώρα, το κοινό και –πιθανώς– οι ειδικοί, αντιμετωπίζουν τον ρόλο των ΜΜΕ μάλλον καχύποπτα, καθώς θεωρούν ότι τα ΜΜΕ ευθύνονται εν πολλοίς για το πρόβλημα. Ωστόσο, τα ΜΜΕ θα μπορούσαν να συμβάλουν θετικά στην έγκαιρη ανίχνευση και την αντιμετώπιση των ΔΠΤ.

Eating disorders and mass media

A. Peroutsi,¹ F. Gonidakis²

¹London Center of Management, Cavendish College, UK, ²Eating Disorders Unit, 1st Psychiatric Department, University of Athens, Greece, Athens

Psychiatriki 2011, 22:231–239

During the last 50 years, eating disorders have developed to a complicated and widespread medical and social issue. The latest research results indicate that eating disorders have a quite complicated and multifactorial etiology. According to the multifactorial etiological model, the impact of mass media can be regarded mainly as a precipitating factor. The literature review showed that mass media have a considerable impact on the development and perpetuation of eating disorders. Mass media contribute to the promotion of the thinness ideal as a way to achieve social approval, recognition and success. Mass media also promote dieting and food deprivation, as a successful way of life or as a socially agreeable practice. Furthermore, the literature review showed that mass media remain the main source of information about eating disorders. Considering the above result, mass media could play a major role in the promotion of prevention practices and early diagnosis and treatment of eating disorders.

Key words: Eating disorders, mass media, anorexia nervosa, bulimia nervosa, diet

Βιβλιογραφία

1. Γονιδάκης Φ, Βάρσου Ε. *Ψυχογενής Ανορεξία -Αυτοφυλακισμένες κοπέλες και το μονοπάτι προς την έξοδο*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις Αθήνα, 2008
2. Γονιδάκης Φ, Χαρίλα Ν. *Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Προσέγγιση*. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2011
3. Garner D. Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet* 1993, 341: 1631–1635
4. Garner DM, Garfinkel PE, Schwartz D, Thompson M. Cultural expectations of thinness in women. *Psycholog Reports* 1980, 47:483–491
5. Silverstein B, Perdue L, Peterson. B. Some correlates of the thin standard of bodily attractiveness for women. *Inter J Eat Dis* 1986, 5:895–905
6. Katzmarzyk PT, Davis C. Thinness and body shape of Playboy centerfolds from 1978 to 1998. *Int J Obes Relat Metabol Dis* 2001, 25:590–592
7. Leit RA, Pope HG, Gray JJ. Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of Playgirl centerfolds. *Int J Eat Disor* 2001, 29:90–93
8. Field AE, Javaras KM, Aneja P, Kitos N, Camargo CA Jr, Taylor CB et al. Family, peer and media predictors of becoming eating disordered. *Arch Pediatr Adol Medic* 2008, 162:574–579
9. Field AE, Cheung L, Wolf AMH, Herzog DB, Gortmaker SL, Colditz GA. Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics* 1999, 103:36
10. Labre MP. Adolescent boys and the muscular male body ideal. *J Adolesc Health* 2002, 20:233–242
11. Collins CE, Watson J, Burrows T. Measuring dietary intake in children and adolescents in the context of overweight and obesity. *Inter J Obes* 2010, 34:1103–1115
12. Mellin LM, Irwin CE Jr, Scully S. Prevalence of disordered eating in girls: a survey of middle-class children. *J Am Dietic Assoc* 1992, 92:851–853
13. Gustafson-Larson AM, Terry RD. Weight-related behaviors and concerns of fourth-grade children. *J Am Diet Assoc* 1992, 92:818–822
14. Gonidakis F, Sigala A, Varsou E, Papadimitriou G. A study of eating attitudes and related factors in a sample of first-year female Nutrition and Dietetics students of Harokopion University in Athens, Greece. *Eat Weight Disor* 2009, 14:121–127
15. Schmidt U. Aetiology of eating disorders in the 21st century. New answers to old questions. *Europ Child Adolesc Psychiatry* 2003, 12(Suppl 1):30–37
16. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Dietic Assoc* 2006, 106:559–566
17. Brownell K. Dieting and the search of the perfect body: Where physiology and culture collide. *Beh Therapy* 1991, 22:1–2
18. Spettigue W, Henderson K. Eating Disorders and the Role of the Media. *Can Child Adolesc Psychiatry Rev*, 2004, 13:16–19
19. Spitzer B, Henderson K, Zivian M. A comparison of population and media body sizes for American and Canadian Women. *Sex Roles* 1999, 700:545–565

20. Wiserman CV, Gray JJ, Mosimann JE, Ahrens AH. Cultural expectations of thinness in women: An update. *Inter J Eat Disord* 1992, 11:5–89
21. Byrne S. Sport, Occupation and eating disorders. In: Brownell K, Fairburn C (ed) *Eating Disorders and Obesity. A comprehensive handbook*. The Guilford Press, New York London, 2002:256–259
22. Thomsen SR, McCoy K, Williams M. Internalizing the impossible: Anorexic outpatients' experiences with women's beauty and fashion magazines. *Eat Disord* 2001, 9:49–64
23. Harrison K, Cantor J. The relationship between media consumption and eating disorders. *J Com* 1997, 47:40–67
24. Hargreaves DA, Tiggemann M. Idealized media images and adolescent body image: "comparing" boys and girls. *Body Image* 2004, 1:351–356
25. Groesz LM, Levine MP, Murnen SK. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta analytic review. *Int J Eat Disord* 2002, 31:1–16
26. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. Eating behaviors and attitudes following exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry*, 2002, 180:509–514
27. Tiggemann M, Gardiner M, Slater A. I would rather be size 10 than have straight A's: a focus group study of adolescent girls' wish to be thinner. *J Adolesc* 2000, 23:645–659
28. McCabe MP, Ricciardelli LA. Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *J Soc Psychol* 2003, 143:5–26
29. Utter J, Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M. Reading magazine articles about dieting and associated weight control behaviors among adolescents. *J Adoles Health* 2003, 32:78–82
30. Anderson AE, DiDomenico L. Diet versus shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *Int J Eat Disord* 1992, 11:283–287
31. Wolf N. *The Beauty Myth*. Random House, Toronto, 1990
32. Kilbourne J. Still killing us softly: Advertising and the obsession with thinness. In: Fallon P, Katzman M, Wooley S (eds) *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. The Guilford Press, New York, 1994:395, 419
33. Βάρσου Ε. Πολιτισμικοί παράγοντες. Στο: Χριστοδούλου Γ. (Επ. Εκδ.) *Διαταραχές πρόσληψης τροφής*. Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα, 1997:78–90
34. Simpson KJ. Anorexia Nervosa and culture. *J Psychiatr Ment Hlth Nurs*, 2002, 9:65–71
35. Field AE, Camargo CAJ, Taylor CB, Berkey CS, Roberts SB, Colditz GA. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics* 2001, 107:54–60
36. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psycholog Bul* 2002, 128:825–848
37. Van den Berg P, Thompson JK, Obremski-Brandon K, Coovert M. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A covariate structure modeling investigation testing the mediation role of appearance comparison. *J Psychosom Research* 2002, 53:1007–1020
38. Durkin S, Paxton S. Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *J Psychos Research* 2002, 53:995–1005
39. Kupersmidt JB, Scull TM, Austin EW. Media literacy education for elementary school substance use prevention: study of media detective. *Pediatrics* 2010, 126:525–531
40. Möller I, Krahe B, Busching R, Krause C. Efficacy of an Intervention to Reduce the Use of Media Violence and Aggression: An Experimental Evaluation with Adolescents in Germany. *J Youth Adol* 2011 (In press)
41. Brown JD, Witherspoon EM. The mass media and American adolescents' health. *J Adol Health* 2002, 31(6 Suppl):153–170
42. Martinez-Gonzalez MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics* 2003, 111:315–320
43. Posovac H, Posovac SS, Weigel RG. Reducing the impact of the media images on women at risk for body image disturbance: Three targeted interventions. *J Social Clin Psychol* 2001, 20:324–340
44. Steiner-Adair C, Vorenberg AP. Resisting weightism: Media literacy for elementary-school children. In: Piran N, Levine MP, Steiner-Adair C (eds) *Preventing Eating Disorders: A Handbook of Interventions and Special Challenges*. Brunner, Mazel Philadelphia PA, 1999:105–121
45. Morris A, Katzman D. The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. *Paed Child Health* 2003, 8:287–289
46. Levine MP, Piran N, Stoddard C. Mission more probable: Media literacy, activism, and advocacy as primary prevention. In: Piran N, Levine MP, Steiner-Adair C (eds) *Preventing Eating Disorders: A Handbook of Interventions and Special Challenges*. Brunner/Mazel. Philadelphia PA, 1999:105–121
47. Irving LM, DuPen J, Berel S. A media literacy program for high school females. *Eat Disord* 1998, 6:119–131
48. Martin MC, Kennedy PF. Advertising and social comparison: Consequences for female preadolescents and adolescents. *Psychol Market* 1993, 10:513–530
49. Levine MP, Smolak L, Schermer F. Media analysis and resistance by elementary school children in the primary prevention of eating problems. *Eat Disord* 1996, 4:310–322
50. Murray S, Touyz S, Beumont P. Knowledge about eating disorders in the community. *I J Eat Disord* 1990, 9:87–93
51. Murray SH, Touyz SW, Beumont PJV. Awareness and perceived influence of body ideals in the media: A comparison of eating disorder patients and the general community. *Eating Disord* 1996, 4:33–46

Ειδικό άρθρο Special article

Κατάθλιψη μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Αναγνώριση και θεραπευτικές παρεμβάσεις

Σ. Αρσενίου, Α. Αρβανίτη, Μ. Σαμακουρή

Ψυχιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Ψυχιατρική 2011, 22:240–248

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη νευροψυχιατρική επιπλοκή ασθενών που έχουν υποστεί Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ). Επιπλέον, επιβαρύνει την πορεία και την ανάρρωσή τους. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης μετά από ΑΕΕ (Post Stroke Depression, PSD) κυμαίνεται από 6–79%. Η σύγκριση μεταξύ μελετών καθίσταται δύσκολη λόγω διαφορών στην ερευνητική τους μεθοδολογία. Για την εμφάνιση της PSD φαίνεται να ευθύνονται τόσο βιολογικοί όσο και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Τα συμπτώματα της PSD ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες: συναισθηματικά, σωματικά και γνωσιακά. Στη διαφοροδιάγνωση συμπεριλαμβάνονται η κόπωση μετά από ΑΕΕ, όπως και ψευδοκαταθλιπτικές εκδηλώσεις εξαιτίας ισχαιμικών εμφράκτων (απάθεια, απροσωδία, αθυμορμία, ψευδοπρομηκική παράλυση). Η θνησιμότητα σε ασθενείς με PSD είναι μεγαλύτερη σε σχέση με μη καταθλιπτικούς ασθενείς μετά από ΑΕΕ, ενώ αυτοκτονικός ιδεασμός παρατηρείται στο 6,6–11,3% των ασθενών με ΑΕΕ. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) θεωρούνται θεραπεία εκλογής για την PSD. Η γνωσιακή και λειτουργική αποκατάσταση αποτελούν επιπλέον θεραπευτικούς στόχους. Αν και η PSD μπορεί να θεραπευθεί αποτελεσματικά, συνήθως αυτή υποδιαγιγνώσκεται, με αρνητικές συνέπειες στη λειτουργική αποκατάσταση και στην επιβίωση των ασθενών με ΑΕΕ.

Λέξεις ευρητηρίου: Κατάθλιψη, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αντικαταθλιπτική θεραπεία

Εισαγωγή

Μετά από ένα Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) παρατηρούνται ποικίλα νευροψυχιατρικά συμπτώματα, όπως κατάθλιψη (Post Stroke Depression-PSD), άγχος, ευερεθιστότητα ή διέγερση, απάθεια, αυτο- ή ετεροκαταστροφική συμπεριφορά και, λιγότερο συχνά, παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.^{1,2} Η PSD συγκαταλέγεται στις πιο συχνές νευροψυχιατρικές επιπλοκές ενός ΑΕΕ³ και αποτελεί έναν από τους παράγοντες που επηρεάζουν καθοριστικά την ανάρρωση και την αποκατάσταση των ασθενών μετά από ΑΕΕ.^{1,4} Η θνητότητα είναι αυξημένη σε ασθενείς με PSD σε σχέση με ασθενείς με ΑΕΕ χωρίς κατάθλιψη. Η επιδείνωση των βεβαρημένων από το ΑΕΕ γνωστικών λειτουργιών, καθώς και η αυξημένη πιθανότητα ιατρικών επιπλοκών σε ασθενείς με PSD, πολλαπλασιάζουν τον κίνδυνο ιδρυματοποίησής τους και επιβαρύνουν την οικογένεια και τους φροντιστές.^{5,6} Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο κλινικός ιατρός σε ασθενείς με PSD είναι η αναγνώριση και η αντιμετώπισή της.

Επιδημιολογία

Το ΑΕΕ συγκαταλέγεται στις σημαντικότερες αιτίες αναπηρίας στον ενήλικο πληθυσμό.⁷ Η ανάρρωση από ΑΕΕ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, ένας από τους οποίους είναι και το ψυχολογικό στρες. Ο επιπολασμός της PSD παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση, από 6–79%. Τα 2 πρώτα έτη, ειδικά τους πρώτους 3–6 μήνες έπειτα από ΑΕΕ, υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης PSD.^{2,8,9} Αυτά τα ποσοστά δείχνουν ότι υπάρχει μεγάλη ποικιλία στον εκτιμώμενο επιπολασμό της PSD, ο οποίος εξαρτάται από:

- α. Το αν νοσηλεύονταν οι ασθενείς όταν έλαβε χώρα η εξέτασή τους (υψηλότερα ποσοστά σε νοσοκομειακές μελέτες από ό,τι σε κοινοτικές)^{10,11}
- β. Τη χρονική στιγμή, σε σχέση με το ΑΕΕ, κατά την οποία διενεργήθηκε η μελέτη που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του επιπολασμού. Κατά το διάστημα του πρώτου μήνα μετά το ΑΕΕ, η συχνότητα των καταθλιπτικών διαταραχών βρέθηκε να είναι 30% σε δομές αποκατάστασης, 33% σε κοινοτικές υπηρεσίες (community settings)

και 36% σε νοσηλεύομενους, ενώ 1–6 μήνες μετά το ΑΕΕ η συχνότητα βρέθηκε να είναι μεγαλύτερη (36%) στις δομές αποκατάστασης σε σύγκριση με την κοινότητα και το νοσοκομείο.¹² Επίσης, έχει φανεί ότι σχεδόν το ένα τρίτο των ασθενών παρουσιάζουν μείζονα κατάθλιψη αμέσως μετά το ΑΕΕ, ενώ το 60% αυτών των ασθενών παραμένουν καταθλιπτικοί 1 χρόνο μετά¹³

- γ. Τα ποικίλα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής, το είδος και την εντόπιση του ΑΕΕ, τυχόν προϋπάρχουσα καταθλιπτική διαταραχή και τον βαθμό οικογενειακής υποστήριξης¹⁴
- δ. Το εάν οι ασθενείς έλαβαν αντικαταθλιπτική αγωγή προφυλακτικά μετά το ΑΕΕ. Σε αυτή την περίπτωση οι ασθενείς εξαιρέθηκαν από κάποιες μελέτες ενώ από άλλες όχι.

Σύμφωνα με τους Sonnenberg et al, ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς άνω των 55 ετών (ηλικία όπου συχνότερα εμφανίζεται το ΑΕΕ) εκτιμήθηκε 18% στις γυναίκες και 11% στους άντρες.¹⁵ Αυτά τα ποσοστά μπορεί να μην αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα, καθώς εξαιρέθηκαν ασθενείς με άνοια και αφασία (που αποτελούν το 25% των ασθενών με ΑΕΕ).¹⁶

Παρά τον υψηλό επιπολασμό της, η PSD συχνά δεν διαγιγνώσκεται εξαιτίας του ότι δεν έχει χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογικά συμπτώματα.⁶

Αιτιοπαθογένεια

Υπάρχουν δεδομένα που υποδεικνύουν ότι η αιτιολογία της PSD είναι πολυπαραγοντική και ότι σε αυτή συμβάλλουν βιολογικοί, συμπεριφορικοί και κοινωνικοί παράγοντες.

Πολλές μελέτες από τη δεκαετία 1980–1990 έδειξαν συσχέτιση μεταξύ ισχαιμικής βλάβης στην πρόσθια αριστερά μετωπιαία χώρα ή στην περιοχή των αριστερών βασικών γαγγλίων, και κατάθλιψης κατά την περίοδο αμέσως μετά το ΑΕΕ. Μάλιστα, όσο πιο κοντά στον μετωπιαίο λοβό εντοπιζόταν η βλάβη, τόσο πιο σοβαρή αναφερόταν η κατάθλιψη.¹ Οι Singh et al, στη μελέτη Sunnybrook Stroke Study μεταξύ 1990–1993, έδειξαν ότι όσο πιο κοντά στον μετωπιαίο λοβό ήταν η βλάβη, τόσο σοβαρότερη ήταν η PSD. Οι Carson et al σε μετα-ανάλυσή τους, όμως,

δεν ανέδειξαν συσχέτιση μεταξύ εντόπισης της βλάβης και κατάθλιψης.^{17,18} Οι Robinson et al το 2003, σε μια μετα-ανάλυση έδειξαν ότι βλάβες που αφορούν στον αριστερό μετωπιαίο λοβό ή τα αριστερά βασικά γάγγλια σχετίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα κατάθλιψης κατά τους 2 πρώτους μήνες μετά το ΑΕΕ, σε σύγκριση με βλάβες του δεξιού ημισφαιρίου ή οπίσθιες βλάβες του αριστερού ημισφαιρίου.¹⁹ Από την άλλη, οι Brodaty et al στη Sydney Stroke Study, αφού εξέτασαν ασθενείς μετά από ΑΕΕ στους 3 και 15 μήνες, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η PSD σχετίζεται περισσότερο με την εικόνα αθροιστικής αγγειακής εγκεφαλοπάθειας παρά με την εντόπιση ή τη σοβαρότητα ενός μοναδικού ΑΕΕ.²⁰

Οι Sachdev et al, με τη μελέτη Sydney Stroke Study, εκτίμησαν τον ρόλο της αμυγδαλής στη γνωσιακή και ψυχολογική έκπτωση ασθενών με ΑΕΕ και βρήκαν ότι το μέγεθος της αμυγδαλής είναι μικρότερο σε αυτούς τους ασθενείς. Αν και η συσχέτιση του μεγέθους της αμυγδαλής με διαταραχές της διάθεσης δεν έχει ακόμα επιβεβαιωθεί, μια μικρού μεγέθους αμυγδαλή πιθανόν να αυξάνει την προδιάθεση εμφάνισης κατάθλιψης.²¹

Δεν υπάρχουν αρκετές αποδείξεις για βιοχημικές διαταραχές στην PSD. Πρόσφατες μελέτες μαγνητικής φασματοσκοπίας συντονισμού (Magnetic Resonance Spectroscopy, MRS) δείχνουν μεταβολές στα επίπεδα γλουταμικού/γλουταμίνης του μετωπιαίου λοβού στην PSD, υποδηλώνοντας διαταραχές στη γλουταμινεργική διαβίβαση κατά την αμέσως μετα-ΑΕΕ περίοδο.²²

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Διάφοροι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου (π.χ. υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, αθηροσκλήρωση), καθώς και ο σακχαρώδης διαβήτης, έχουν ενοχοποιηθεί για εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.²³ Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Thrall et al, τουλάχιστον το 1/3 των ασθενών με κολπική μαρμαρυγή, η οποία αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για ΑΕΕ, παρουσιάζει κατάθλιψη.²⁴ Η καταθλιπτική συμπτωματολογία αυτή καθ' εαυτή σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ήπιας γνωσιακής διαταραχής αλλά και ΑΕΕ.^{25,26}

Το ιστορικό προϋπάρχουσας κατάθλιψης ή ψυχιατρικής διαταραχής εν γένει, όπως και η κοινωνική απόσυρση και απομόνωση, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση PSD σύμφωνα με την πλειοψηφία των μελετών και ανασκοπήσεων σχετικών με το θέμα αυτό.^{1,2,17,20,22,23,27,28} Η άνοια, η λειτουργική σωματική μειονεκτικότητα, η ηλικία, το φύλο και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως παράγοντες κινδύνου. Δεν υπάρχει όμως ομοφωνία ούτε για το εάν ούτε για το κατά πόσο και προς ποια κατεύθυνση (θετικά ή αρνητικά) συμβάλλουν στην εμφάνιση της PSD.^{2,22,23,28}

Κλινική εικόνα

Η νευροψυχιατρική συμπτωματολογία μετά το ΑΕΕ ποικίλλει, με την κατάθλιψη να αποτελεί την πιο συχνή εκδήλωση. Ακολουθούν το άγχος, η συναισθηματική ακράτεια και οι καταστροφικές αντιδράσεις.⁶ Η PSD είναι ένα επεισόδιο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μετά από ΑΕΕ, στη συμπτωματολογία του οποίου δεν συμπεριλαμβάνεται κατ' ανάγκην το καταθλιπτικό συναίσθημα, αν και συνήθως είναι παρόν.²⁹

Στην PSD παρατηρούνται τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων:

- I. Από το Συναίσθημα: καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, μειωμένη συναισθηματική αντιδραστικότητα, άγχος και κοινωνική απόσυρση
- II. Από το Φυτικό Νευρικό Σύστημα: διαταραχές του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης, ανορεξία, κόπωση, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, δυσκοιλιότητα.
- III. Από τη Σκέψη/Αντίληψη: αισθήματα απόγνωσης, σκέψεις ενοχής και αναξιότητας, αυτοκτονικός ιδεασμός, δυσκολία στη συγκέντρωση, ψευδαισθήσεις.^{29,30}

Η συμπτωματολογία της PSD φαίνεται να είναι διαφορετική από αυτή της πρωτοπαθούς μείζονος κατάθλιψης. Οι ασθενείς με PSD εμφανίζουν λιγότερο συχνά διαταραχές σκέψης και έχουν κυρίως σωματικά συμπτώματα.³¹

Ανάλογα με τον χρόνο κατά τον οποίο η PSD εμφανίζεται μετά το ΑΕΕ, χαρακτηρίζεται ως πρώιμη, όταν συμβαίνει κατά τη διάρκεια των τριών πρώ-

των μηνών, και ως όψιμη, όταν εμφανίζεται μετά το πρώτο τρίμηνο. Στη συμπτωματολογία της πρώιμης PSD τα σωματικά συμπτώματα είναι πιο συχνά απ' ό,τι στην όψιμη PSD και με μεγαλύτερης έκτασης αγγειακές βλάβες σε σχέση με την όψιμη PSD.³² Πιο σοβαρή θεωρείται η κατάθλιψη που εμφανίζεται το διάστημα μεταξύ 6 μηνών και 2 ετών μετά το ΑΕΕ.³³

Οι Paradiso & Vaidya πρότειναν πως τα σωματικά συμπτώματα ήταν πιο συχνά σε ασθενείς με ΑΕΕ όταν αυτοί είχαν κατάθλιψη,³⁴ ενώ οι Paradiso & Ohkubo αναφέρουν σε μελέτη τους ότι η PSD χαρακτηρίζεται περισσότερο από φυτικά συμπτώματα και λιγότερο από δυσφορία όταν η βλάβη εντοπίζεται στο δεξιό ημισφαίριο.³⁵

Ανάλογα με την ηλικία των ασθενών παρατηρούνται διαφορές στην κλινική εικόνα της PSD. Συμπτώματα κόπωσης, διαταραχές ύπνου, βραδυψυχισμός και ανηδονία είναι πιο συχνά σε νεότερες ηλικίες, ενώ διαταραχές μνήμης και αδυναμία συγκέντρωσης παρουσιάζονται πιο συχνά στους ηλικιωμένους, στους οποίους επιπλέον τα σωματικά συμπτώματα συχνά επισκιάζουν την καταθλιπτική διάθεση.³⁶

Διάγνωση-Αξιολόγηση

Για τη διάγνωση της PSD είναι απαραίτητο να αποδειχθεί από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τα εργαστηριακά ευρήματα ότι αυτή είναι συνέπεια του ΑΕΕ. Η διάγνωση της PSD μπορεί να καταστεί ιδιαίτερα δύσκολη λόγω της αλληλοεπικάλυψης των συμπτωμάτων του ΑΕΕ και της κατάθλιψης, τα οποία τις περισσότερες φορές είναι δύσκολο να διαχωριστούν και να αναγνωριστούν από τους κλινικούς ιατρούς, με αποτέλεσμα η PSD να υποδιαγιγνώσκεται ή να υπερδιαγιγνώσκεται. Μερικά συμπτώματα παρουσιάζονται το ίδιο συχνά τόσο στο ΑΕΕ όσο και στην κατάθλιψη, όπως διαταραχές ύπνου, δυσκολία στη συγκέντρωση, μείωση όρεξης. Τα παραπάνω μπορεί να συμβάλουν στην υπερδιάγνωση της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΑΕΕ.^{6,37,38}

Η χρησιμοποίηση μιας ημιδομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης, η οποία να οδηγεί σε διάγνωση σύμφωνα με διεθνώς αναγνωρισμένα διαγνωστικά συστήματα (όπως των κριτηρίων DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ή

International Classification of Diseases, ICD) θεωρείται ως η πιο αξιόπιστη μέθοδος διάγνωσης της PSD.³⁹ Βάσει των κριτηρίων DSM-IV η PSD ορίζεται ως «Διαταραχή της Διάθεσης οφειλόμενη σε ΑΕΕ με Επεισόδιο Παρόμοιο προς Μείζον Καταθλιπτικό ή Με Καταθλιπτικά Στοιχεία-(κωδικός 293.83)»,⁴⁰ ενώ βάσει των κριτηρίων ICD-10 ορίζεται η PSD ως «Οργανική Συναισθηματική Διαταραχή-(F06.3)» της κατηγορίας «Άλλες Ψυχικές Διαταραχές που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και σε σωματική νόσο-(F06)».⁴¹

Σε ανασκόπηση του 2005 από τους Hackett et al καταγράφηκαν τουλάχιστον 10 διαφορετικά εργαλεία για τη μέτρηση της διάθεσης με διαφορετικά cut-off points το καθένα και διαφορετικό τρόπο συμπλήρωσης (π.χ. από τον ασθενή ή τον εξεταστή).⁴² Πολλοί ερευνητές προτείνουν τη χρήση της Geriatric Depression Scale (GDS) για τους ηλικιωμένους ασθενείς.⁴³ Η GDS είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς με ακέραιες τις γνωσιακές λειτουργίες ή με ήπια γνωσιακή διαταραχή και προτείνεται έναντι άλλων, όπως της Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS),⁴⁴ γιατί είναι ιδιαίτερα εύχρηστη και από ιατρούς ειδικοτήτων εκτός της ψυχιατρικής. Σε ασθενείς με αφασία μπορούν να χρησιμοποιηθούν το Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10 (SADQ-10)⁴⁵ και η Aphasia Depression Rating Scale (ADRS).⁴⁶ Σε ασθενείς με προϋπάρχουσα κατάθλιψη χρησιμοποιούνται η Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)⁴⁷ και η Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).⁴⁸ Οι Gainotti et al έχουν αναπτύξει μια ειδική κλίμακα αξιολόγησης κατάθλιψης μετά από ΑΕΕ, την Post-Stroke Depression Rating Scale (PS-DRS).⁴⁹ Τέλος, η Beck Depression Inventory (BDI) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της βαρύτητας της κατάθλιψης, και στην περίπτωση της PSD.^{50,51}

Διαφορική διάγνωση

Τα νευροψυχιατρικά σύνδρομα που θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν από την PSD είναι:

- Υποενεργό συγχυτικό παραλήρημα (hypoactive delirium): συχνά εκδηλώνεται με βραδυψυχισμό, απόσυρση, και συγχέεται με κατάθλιψη λόγω της επικάλυψης και άλλων συμπτωμάτων, όπως η αδυναμία συγκέντρωσης και η φτωχή μνήμη.¹

- Η κόπωση μετά από ΑΕΕ: περιγράφεται ως αίσθημα πρώιμης εξάντλησης και κόπωσης κατά τη διάρκεια νοητικής δραστηριότητας, απώλειας ενέργειας και έντονης αποφυγής προσπάθειας. Η κόπωση μετά από ΑΕΕ μπορεί να εμφανιστεί, ενώ απουσιάζει καταθλιπτική διαταραχή και έχει συσχετισθεί με βλάβες του θαλάμου και του στελέχους.⁵²
- Καταστροφική αντίδραση: χαρακτηρίζεται από αιφνίδια επεισόδια κλάματος, ευερεθιστότητας και άγχους. Τα παραπάνω εκδηλώνονται κάθε φορά που ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με ένα καθήκον που του έχει ανατεθεί, το οποίο αρνείται να εκπληρώσει. Το σύνδρομο «καταστροφικής αντίδρασης» μπορεί να σχετίζεται με προϋπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές, με μεγαλύτερη συχνότητα συννοσηρότητας με κατάθλιψη και με βλάβες στα βασικά γάγγλια.⁵³ Επίσης, έχει περιγραφεί σε ασθενείς με μη ρέουσα αφασία και με βλάβες της αριστερής καλύπτρας.⁵⁴
- Συναισθηματική απροσωδία: αναφέρεται στη διαταραχή τόσο της παραγωγής όσο και της κατανόησης της μελωδικότητας, της τονικότητας και της διακύμανσης του τόνου της φωνής, που είναι απαραίτητες για την έκφραση των συναισθημάτων του ατόμου (π.χ. λύπη, χαρά, φόβος).⁵⁵ Η συναισθηματική απροσωδία είναι συχνή σε ΑΕΕ του δεξιού ημισφαιρίου και συνήθως υφίσταται αυτόματα. Διακρίνεται σε εκτελεστική και αντιληπτική. Η εκτελεστική απροσωδία αναφέρεται στη δυσκολία του ασθενούς να παράγει προσωδιακά ακριβείς εκφορές και συναντάται σε βλάβες της περιοχής Broca του δεξιού ημισφαιρίου. Η αντιληπτική απροσωδία χαρακτηρίζεται από την δυσκολία του ασθενούς να αντιλαμβάνεται τα προσωδιακά χαρακτηριστικά της ομιλίας κάποιου άλλου και παρουσιάζεται σε βλάβες της περιοχής Wernicke του δεξιού ημισφαιρίου.^{55,56} Οι ασθενείς με εκτελεστική συναισθηματική απροσωδία, δυσκολεύονται πολύ να εκφράσουν με τον λόγο ή με λέξεις τα συναισθήματά τους και μπορεί λανθασμένα να διαγνωσθούν ως καταθλιπτικοί, καθώς η ομιλία τους στερείται συναισθηματικής επένδυσης.^{55,57}
- Ψευδοπρομηκική παράλυση: χαρακτηρίζεται από υπερβολικούς γέλωτες ή κλάματα χωρίς σύντονες μεταβολές της διάθεσης, όπως και από ευμεταβλητότητα του συναισθήματος η οποία αναφέρεται σε αιφνίδιες μεταβολές της συναισθηματικής έκφρασης. Λοιπά χαρακτηριστικά της ψευδοπρομηκικής παράλυσης είναι: δυσαρθρία, δυσφαγία, πάρεση του προσωπικού νεύρου, αυξημένο αντανάκλαστικό του εμέτου, ζωνρά τενόντια αντανάκλαστικά των άκρων, σπαστικότητα και σημείο Babinski. Προκαλείται από διακοπή των κατιουσών φλοιοπρομηκικών οδών πάνω από το επίπεδο της γέφυρας λόγω ΑΕΕ και άλλων νόσων. Το ψευδοπρομηκικό σύνδρομο έχει επιτυχώς αντιμετωπιστεί με αμπριπτυλίνη και/ή φλουοξετίνη.⁵⁸
- Απάθεια ή «Έσω Μετωπιαίο Σύνδρομο»: χαρακτηρίζεται από απώλεια κινήτρων του ατόμου να αρχίσει νέες εργασίες και από αδιαφορία για τον καθορισμό ή την επίτευξη στόχων.⁵⁹ Αναφέρεται από τον ασθενή ως «συναισθηματικό κενό» ή «ευτονία» - μια μη ρεαλιστική αίσθηση ευεξίας. Το «απαθές άτομο» δεν οργανώνει ούτε εφαρμόζει σχέδια και δεν έχει παραγωγική σκέψη, ενώ παράλληλα μειώνεται η κινητική του δραστηριότητα. Βλάβες της έσω μετωπιαίας περιοχής, ιδίως στην πρόσθια μοίρα της έλικας του προσαγωγίου, καθώς και βλάβες του κερκοφόρου πυρήνα, της ωχράς σφαίρας και του θαλάμου, ευθύνονται για την απάθεια.⁶⁰
- Αθυμορμία-(Loss of Psychic Autoactivation): Χαρακτηρίζεται από μείωση ή απώλεια κινήτρων, επίπεδο συναισθήματος καθώς και απώλεια της ενστικτώδους δύναμης για ζωή και δράση. Παράλληλα, το άτομο χάνει την εκούσια κινητικότητά του χωρίς να υπάρχει κάποιο εμφανές κινητικό έλλειμμα και συχνά παρουσιάζει επαναλαμβανόμενες πράξεις ή τικ. Μετά από εξωτερικό ερέθισμα, όπως μια απευθείας εντολή, ο ασθενής είναι απόλυτα ικανός να κινηθεί φυσιολογικά και να εκτελέσει πολύπλοκα έργα είτε χειρωνακτικά είτε διανοητικά για όση ώρα παρακινείται να συνεχίσει, σε αντίθεση με τον ασθενή με απάθεια, όπου τα εξωτερικά ερεθίσματα δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα.⁶¹ Η παραπάνω συμπτωματολογία διαφέρει από αυτή της κατάθλιψης, διότι η κατάθλιψη προϋποθέτει καταθλιπτικό συναισθήμα και αρνητικές σκέψεις, ενώ οι αθυμορμικοί ασθενείς δεν έχουν καθόλου σκέψεις (θετικές ή αρνητικές), ενώ οι γνωσιακές τους λειτουργίες διατηρούνται. Αυτό το σύνδρομο περιγράφηκε σε αμφοτερόπλευρες ισχαιμικές βλάβες της ωχράς σφαίρας και του κελύφους, σε ισχαιμικές βλάβες του κερκοφόρου πυρήνα άμφω και σε ισχαιμικά έμφρακτα του θαλάμου άμφω.^{62,63}

Άλλες διαταραχές, όπως αφασία, απραξία, άνοια, μπορεί να επιπλέξουν τη διάγνωση της κατάθλιψης.^{37,38} Παράγοντες που καθιστούν δυσκολότερη τη διάγνωση είναι η έλλειψη εκπαίδευσης στην αναγνώριση των συμπτωμάτων που σχετίζονται περισσότερο με την κατάθλιψη παρά με το ΑΕΕ και η μη επαρκής γνώση σχετικά με τις διαφορές μεταξύ κατάθλιψης και τυπικών σημείων της φυσιολογικής γήρανσης και του ΑΕΕ.⁶⁴

Θνησιμότητα-Αυτοκτονικότητα

Η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και θνησιμότητας αγγειακής αιτιολογίας έχει ήδη αποδειχθεί στην ισχαιμική καρδιοπάθεια, όπου η «κατάθλιψη μετά το έμφραγμα» αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα όσον αναφορά στη θνησιμότητα λόγω εμφράγματος μυοκαρδίου. Με τη μελέτη των Williams et al, σε 51.119 νοσηλευόμενος ασθενείς λόγω ΑΕΕ, οι οποίοι είχαν πρώτα ελεγχθεί για κοινούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και άλλες χρόνιες παθήσεις, φάνηκε ότι η κατάθλιψη στα τρία πρώτα χρόνια μετά το ΑΕΕ αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου κατά 10%.⁶⁵

Οι Kishi et al διερεύνησαν τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε 301 ασθενείς με ΑΕΕ και βρήκαν ότι το 6,6% είχε αυτοκτονικό ιδεασμό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (πρώιμος αυτοκτονικός ιδεασμός). Τα κοινά χαρακτηριστικά των ασθενών με αυτοκτονικό ιδεασμό στην πρώιμη περίοδο μετά το ΑΕΕ ήταν: (α) μείζων κατάθλιψη και απώλεια αυτοεκτίμησης, (β) νεότερη ηλικία σε σχέση με τους υπόλοιπους του δείγματος, (γ) μεγαλύτερη γνωσιακή έκπτωση, (δ) ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και (ε) εντόπιση της βλάβης σε πρόσθιες περιοχές των ημισφαιρίων.⁶⁶ Οι ασθενείς της μελέτης επανεξετάστηκαν μετά από 3, 6, 12 και 24 μήνες από το ΑΕΕ και παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό αυτοκτονικού ιδεασμού αυξήθηκε στο 11,3% στους 24 μήνες (όψιμος αυτοκτονικός ιδεασμός). Οι παράγοντες που σχετίστηκαν περισσότερο με την εμφάνιση όψιμου αυτοκτονικού ιδεασμού ήταν η απουσία κοινωνικής υποστήριξης και βλάβες σε περισσότερο οπίσθιες περιοχές των ημισφαιρίων, σε αντίθεση με τον πρώιμο αυτοκτονικό ιδεασμό, ο οποίος σχετίστηκε με βλάβες σε πρόσθιες περιοχές. Τόσο ο πρώιμος όσο και ο όψιμος αυτοκτονικός ιδεασμός σχετίζονταν με την παρουσία καταθλιπτικής διαταραχής, ιδιαίτερα μείζονος κατάθλιψης, και με ιστορικό προηγούμενου ΑΕΕ.⁶⁷

Θεραπεία

Η πρώιμη διάγνωση της PSD είναι πολύ σημαντική, καθώς η κατάθλιψη μπορεί να εμποδίσει την ανάρρωση και να επηρεάσει τη μετέπειτα κοινωνική επανένταξη, τις κινητικές και γνωσιακές λειτουργίες και την ποιότητα ζωής. Η περιοδική επανεξέταση των ασθενών για συμπτώματα κατάθλιψης, ακόμη και εκείνων που δεν παρουσίασαν κατάθλιψη στα αρχικά στάδια μετά το ΑΕΕ, είναι απαραίτητη, καθώς η PSD μπορεί να εμφανιστεί και όψιμα. Η θεραπεία θα γίνει αποτελεσματικότερη με τη συμμετοχή της οικογένειας ή και δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τη διαμόρφωση υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Σε κάθε περίπτωση, συνιστάται ο κλινικός ιατρός να παρακολουθεί τον ασθενή εβδομαδιαίως για τις πρώτες 6 εβδομάδες, ώστε να μπορεί να αξιολογήσει τις μεταβολές της διάθεσης, τον αυτοκτονικό ιδεασμό, την κοινωνική ζωή του ασθενούς και πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων που του χορηγήθηκαν.³⁹

Η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία σε ανθεκτικές μορφές κατάθλιψης είναι οι κυριότερες μορφές θεραπείας. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors, SSRI) και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι οι δύο κατηγορίες αντικαταθλιπτικών που έχουν μελετηθεί περισσότερο, αν και οι SSRI θεωρούνται πρώτης επιλογής στους ηλικιωμένους λόγω των περιορισμένων παρενεργειών τους στο καρδιαγγειακό σύστημα, καθώς και των μειωμένων αλληλεπιδράσεών τους με άλλα φάρμακα. Πρόσφατα δεδομένα κατέδειξαν μια πιθανή αντιαιμοπεταλιακή δράση των SSRI, ενώ παράλληλα ισχυροποιείται βιβλιογραφικά η άποψη ότι οι παράγοντες αυτοί δεν αυξάνουν τον κίνδυνο αιμορραγικού ΑΕΕ λόγω της αντιαιμοπεταλιακής τους δράσης.⁶⁸

Το όφελος της αντικαταθλιπτικής θεραπείας μετά το ΑΕΕ αποδεικνύεται και από την επίδρασή της στη θνησιμότητα λόγω ΑΕΕ. Στη διάρκεια εννέα ετών μελέτη των Jorge et al (2003) φάνηκε ότι ασθενείς οι οποίοι είχαν λάβει αντικαταθλιπτική θεραπεία (νορτριπτυλίνη ή φλουοξετίνη) σύντομα μετά το ΑΕΕ, επέζησαν περισσότερο σε σχέση με αυτούς που έλαβαν placebo αγωγή ανεξάρτητα με το εάν εμφάνισαν ή όχι κατάθλιψη αρχικά.⁶⁹

Δεν συμφωνούν όλες οι μελέτες όσον αφορά στην επίδραση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας στην πρόληψη της κατάθλιψης μετά το ΑΕΕ. Αρκετοί μελετητές τείνουν να συμφωνήσουν ότι, προλαμβάνοντας την εμφάνιση κατάθλιψης μέσω της αντικαταθλιπτικής θεραπείας, προλαμβάνονται καρδιαγγειακά συμβάματα και μειώνεται η θνησιμότητα. Κατ' άλλους όμως, είναι πιο σημαντική η βελτίωση των συνθηκών αποκατάστασης μετά το ΑΕΕ.⁷⁰

Οι ασθενείς που λαμβάνουν μέρος σε ενεργά προγράμματα αποκατάστασης παρουσιάζουν λιγότερα ποσοστά επιπολασμού της PSD σε σχέση με εκείνους που δεν συμμετέχουν.⁷¹ Σε μελέτη των Loong et al, το ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη κυμαινόταν από 55% στην αρχή ενός προγράμματος αποκατάστασης, έως 28% στο τέλος του προγράμματος, αφού είχε βελτιωθεί η φυσική κατάσταση στο 1/3 των ασθενών.⁷² Η αποκατάσταση σε ασθενείς με PSD θα πρέπει, επίσης, να περιλαμβάνει προγράμματα επιμόρφωσης για τον ασθενή και την οικογένειά του, βελτίωση της υγιεινής του ύπνου, βελτίωση της διατροφής και συχνή σωματική άσκηση.⁷³

Η συμπεριφορική και γνωσιακή ψυχοθεραπεία, με ή χωρίς φαρμακοθεραπεία, η βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία, η ομαδική και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, έχουν δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα, εφόσον ο ασθενής μπορεί να συνεργαστεί.⁷⁴

Συμπεράσματα

Η παρακολούθηση και αξιολόγηση της κατάθλιψης συνιστάται μετά από ΑΕΕ, ιδιαίτερα σε όσους έχουν ήδη επιπλέον προδιαθεσικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της PSD. Η σχέση μεταξύ ΑΕΕ και κατάθλιψης, όπως και η φύση των αγγειακών ανωμαλιών που συσχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης, χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση. Επιπρόσθετα, πρέπει να καθοριστεί ποιοι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν αποτελεσματικά στην καλύτερη αντιμετώπιση της PSD. Η έγκαιρη διάγνωση της PSD είναι αναγκαία για τη βελτίωση της ανάρρωσης και αποκατάστασης, καθώς και για τη μείωση της θνησιμότητας.

Post-stroke depression: Recognition and treatment interventions

S. Arseniou, A. Arvaniti, M. Samakouri

Department of Psychiatry, School of Medicine, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis

Psychiatriki 2011, 22:240–248

Depression is the most common neuropsychiatric complication of a stroke (Post Stroke Depression-PSD) and has been shown to impede the recovery and rehabilitation of these patients. Prevalence rates of PSD vary between 6% and 79%. Direct comparison between studies is limited due to their different methodology. Etiology of PSD is determined by biological and psychosocial factors. Symptoms of PSD appear in three areas: affective, somatic and cognitive. Differential diagnosis includes post-stroke fatigue and pseudo-depressive manifestations of ischemic infarctions (apathy, aprosody, athymhormia, pseudobulbar palsy). Mortality in post-stroke patients is higher than in non-depressed stroke patients and suicide ideation is observed in 6.6–11.3% of stroke patients. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) are considered as the first choice treatment of PSD. Other therapeutic approaches include cognitive and functional rehabilitation. PSD is a potentially treatable condition, yet under-diagnosed, and has a negative effect on functional recovery and survival of stroke patients.

Key words: Depression, stroke, antidepressive treatment

Βιβλιογραφία

1. Dafer R, Rao M, Shareef A, Sharma A. Poststroke Depression. *Top Stroke Rehabil* 2008, 15:13–21
2. Whyte EM, Mulsant BH, Vanderbilt J, Dodge HH, Ganguli M. Depression after stroke: a prospective epidemiological study. *J Am Geriatr Soc* 2004, 52:774–778
3. Robinson RG. Neuropsychiatric consequences of stroke. *Annu Rev Med* 1997, 48:217–229
4. Terroni Lde M, Leite CC, Tinone G, Fraguas Jr R. Poststroke depression: risk factors and antidepressant treatment. *Rev Assoc Med Bras* 2003, 49:450–459
5. Paolucci S, Antonucci G, Pratesi L, Trallesi M, Grasso M, Lubich S. Poststroke depression and its role in rehabilitation of inpatients. *Arch Phys Med Rehabil* 1999, 80:985–990
6. Lökk J, Delbari A. Management of depression in elderly stroke patients. *Neuropsych Dis Treatm* 2010, 6:539–549
7. Sacco RL. Risk factors, outcomes and stroke subtypes for ischemic stroke. *Neurology* 1997, 49:39–44
8. Berg A, Palomaki H, Lehtihalmes M, Lonnqvist J, Kaste M. Poststroke depression: an 18-month follow-up. *Stroke* 2003, 34:138–143
9. Provinciali L, Coccia M. Post-stroke and vascular depression: a critical review. *Neurol Sci* 2002, 22:417–428
10. Poynter B, Shuman M, Diaz-Granados N, Kapral M, Grace S, Stewart D. Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: a systematic review. *Psychosomatics* 2009, 50:563–569
11. Gaette J, Bogousslavsky J. Poststroke depression. *Expert Rev Neurother* 2008, 1:75–92
12. Hackett M, Yapa C, Parag V, Anderson C. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies. *Stroke* 2005, 36:1330–1340
13. Carota A, Staub F, Bogousslavsky J. Emotions, behaviors and mood changes in stroke. *Curr Opin Neurol* 2002, 15:57–69
14. Pohjasvaara T, Vataja R, Leppavuori A, Kaste M, Erkinjuntti T. Depression is an independent predictor of poor long-term functional outcome post-stroke. *Eur J Neurol* 2001, 8:315–319
15. Sonnenberg C, Beekman A, Deeg D, Tilburg W. Sex differences in late-life depression. *Acta Psychiatr Scand* 2001, 101:286–292
16. Fiske A, Wetherell J, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009, 5:363–389
17. Carson A, MacHale S, Allen K, Lawrie SM, Dennis M, House A, Sharpe M. Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet* 2000, 356:122–126
18. Singh A, Black SE, Herrmann N, Leibovitch FS, Ebert PL, Lawrence J, Szalai JP. Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression: the Sunnybrook Stroke Study. *Stroke* 2000, 31:637–644
19. Robinson RG. The controversy over poststroke depression and lesion location. *Psychiatr Tim* 2003:39–40
20. Brodaty H, Withall A, Altendorf A, Sachdev PS. Rates of depression at 3 and 15 months poststroke and their relationship with cognitive decline: the Sydney Stroke Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007, 15:477–486
21. Sachdev PS, Chen X, Joscellyne A, Wen W, Brodaty H. Amygdala in stroke/transient ischemic attack patients and its relationship to cognitive impairment and psychopathology: the Sydney Stroke Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007, 15:487–496
22. Glodzik-Sobanska L, Slowik A, McHugh P, Sobiecka B, Kozub J, Rich KE et al. Single voxel proton magnetic resonance spectroscopy in post-stroke depression. *Psychiatry Res* 2006, 148:111–120
23. Holley C, Murell SA, Mast BT. Psychosocial and vascular risk factors for depression in the elderly. *Am J Geriatric Psychiatry* 2006, 14:84–90
24. Thrall G, Lip GY, Caroll D, Lane D. Depression, anxiety and quality of life in patients with atrial fibrillation. *Chest* 2007, 132:1259–1264
25. Barnes DE, Alexopoulos GS, Lopez OL, Williamson JD, Yaffe K. Depressive symptoms, vascular disease and mild cognitive impairment: findings from the Cardio-Vascular Health Study. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:273–279
26. Verdehlo A, Henon H, Lebert F, Pasquier F, Leys D. Depressive symptoms after stroke and relationship with dementia: a three-year follow-up study. *Neurology* 2004, 62:905–911
27. Kang Y. Effect of uncertainty on depression in patients with newly diagnosed atrial fibrillation. *Prog Cardiovasc Nurs* 2006, 21:83–88
28. Ouimet MA, Primeau F, Cole MG. Psychosocial risk factors in poststroke depression: a systematic review. *Can J Psychiatry* 2001, 46:819–28
29. Carod-Artal FJ. Post-stroke depression (I). Epidemiology, diagnostic criteria and risk factors. *Rev Neurol* 2006, 42:169–175
30. Pinoit JM, Bejot Y, Rouaud O, Benatru I, Osseby GV, Bonin B et al. Post-stroke depression, another handicap. *Presse Med* 2006, 35:1789–1793
31. Beblo T, Driessen M. No melancholia in poststroke depression? A phenomenologic comparison of primary and poststroke depression. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2002, 15:44–49
32. Tateno A, Kimura M, Robinson R. Phenomenological characteristics of poststroke depression: early versus late-onset. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002, 10:575–582
33. Robinson R, Bolduc P, Price T. Two year longitudinal study of poststroke mood disorders: diagnosis and outcome at one and two years. *Stroke* 1987, 18:837–843
34. Paradiso S, Vaidya J, Tranel D, Kosier T, Robinson R. Nondysphoric depression following stroke. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2008, 20:52–61
35. Paradiso S, Ohkubo T, Robinson R. Vegetative and psychological symptoms associated with depressed mood over the first two year after stroke. *Int J Psychiatry Med* 1997, 27:137–157
36. Christensen H, Jorm A, Mackinnon A, Korten AE, Jacomb PA, Henderson AS, Rodgers B. Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modeling analysis of data from a general population sample. *Psychol Med* 1999, 29:325–339
37. Spaletta G, Bria B, Caltagirone C. Sensitivity of somatic symptoms in post-stroke depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005, 20:1103–1104
38. Turner-Stokes L, Hassan N. Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part I: Diagnosis, frequency and impact. *Clin Rehab* 2002, 16:231–247
39. Hackett M, Anderson C. Treatment options for post-stroke depression in the elderly. *Agi Hlth* 2005, 1:95–105
40. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision-DSM-IV-TR. American Psychiatric Association Inc, 2000
41. Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β. *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2007

42. Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS. Frequency of Depression After Stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 2005, 36:1330–1340
43. Agrell B, Dehlin O. Comparison of six depression rating scales in geriatric stroke patients. *Stroke* 1989, 20:1190–1194
44. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67:361–370
45. Sutcliffe LM, Lincoln NB. The assessment of depression in aphasic stroke patients. The development of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire. *Clin Rehabil* 1998, 12:506–513
46. Benaim C, Cally B, Perennou D, Pelissier J. Validation of the Aphasic Depression Rating Scale. *Stroke* 2004, 35:1692–1696
47. Hamilton MA. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960, 23:56–62
48. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979, 134:382–389
49. Gainotti G, Azzoni A, Razzano C, Lanzillotta M, Marra C, Gasparini F. The Post-Stroke Depression Rating Scale: a test specifically devised to investigate affective disorders of stroke patients. *J Clin Exp Neuropsychol* 1997, 19:340–356
50. Salter K, Bhogal S, Foley N, Jutai J, Teasel R. The assessment of poststroke depression. *Top Stroke Rehabil* 2007, 14:1–24
51. Beck AT, Ware CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, 4:561–571
52. Staub F, Bogousslavsky J. Fatigue after stroke: a major but neglected issue. *Cerebrovasc Dis* 2001, 12:75–81
53. Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Leiguarda R, Robinson RG. Catastrophic reactions after cerebrovascular lesions: frequency, correlates, and validation of scale. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993, 5:189–194
54. Carota A, Rosetti AO, Karapanayotides T, Bogousslavsky J. Catastrophic reaction in acute stroke: a reflex behaviour in aphasic patients. *Neurology* 2001, 57:1902–1905
55. Cummings JL, Trimble MR. *Νευροψυχιατρική και Συμπεριφορική Νευρολογία*. Επιμέλεια: Παπαρηγόπουλος Θ. Μετάφραση: Φερεντίνος Π. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις Αθήνα, 2009:109–128
56. Blonder LX, Bowers D, Heilman KM. The role of the right hemisphere in emotional communication. *Brain* 1991, 114:1115–27
57. Ross ED. Affective prosody and the aprosodias. In: Mesulan MM (ed) *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology*. 2nd ed. Oxford, UK, Oxford University Press, 2000:316–331
58. Cummings JL, Trimble MR. *Νευροψυχιατρική και Συμπεριφορική Νευρολογία*. Επιμέλεια: Παπαρηγόπουλος Θ. Μετάφραση: Φερεντίνος Π. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις Αθήνα, 2009:43–72
59. Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Leiguarda R, Robinson RG. Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke* 1993, 24:1625–1630
60. Manes F, Paradiso S, Robinson RG. Neuropsychiatric effects of insular stroke. *J Nerv Ment Disord* 1999, 187:707–712
61. Habib M. Athymhormia and disorders of motivation in basal ganglia disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2004, 16:509–524
62. Bogousslavsky J, Regli F, Delaloye B, Delaloye-Bischof A, Assal G, Uske A. Loss of psychic self-activation with bilateral infarction. Neurobehavioural, CT, MRI and SPECT correlates. *Acta Neurol Scand* 1991, 83:309–316
63. Carod-Artal FJ. Post-stroke depression (II): Its differential diagnosis, complications and treatment. *Rev Neurol* 2006, 42:238–44
64. Strober LB, Arnett PA. Assessment of depression in three medically ill, elderly populations: Alzheimer's disease, Parkinson's disease and stroke. *Clin Neuropsychol* 2009, 23: 205–230
65. Williams LS, Shoma-Ghose S, Swindle RW. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. *Am J Psychiatry* 2004, 161:1090–1095
66. Kishi Y, Kosier J, Robinson RG. Suicidal plans in patients with acute stroke. *J Nerv Ment Dis* 1996, 184:274–280
67. Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT. Suicidal plans in patients with stroke: comparison between acute-onset and delayed-onset suicidal plans. *Int Psychogeriatr* 1996, 8:623–634
68. Ramasubbu R. Cerebrovascular effects of selective serotonin reuptake inhibitors: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2004, 65:1642–1653
69. Jorge ER, Robinson GR, Arndt S, Starkstein S. Mortality and Poststroke Depression: A Placebo-Controlled Trial of Antidepressants. *Am J Psychiatry* 2003, 160:1823–1829
70. Lenzi GL, Altieri M, Maestrini I. Post-stroke depression. *Rev Neurol (Paris)* 2008, 164:837–840
71. Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Depression after stroke. Results of the FINNSTROKE study. *Stroke* 1998, 29: 368–372
72. Loong CK, Kenneth NK, Paulin ST. Poststroke depression: outcome following rehabilitation. *Aust N Z J Psychiatry* 1995, 29:609–614
73. Khan F. Poststroke depression. *Aust Fam Physician* 2004, 33: 831–834
74. Scogin F, Welsh D, Hanson A, Stump J, Coates A. Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clin Psychol, Sci Pract* 2006, 12:222–237

Αλληλογραφία: Στ. Αρσενίου, Αγγιάλου 21Α, Κομοτηνή
 Τηλ.: 6974358784
 e-mail: stelios977@gmail.com

Παρουσίαση περιστατικού Case report

Το φάσμα της διαταραχής Tourette και διαφοροδιαγνωστικές δυσκολίες: Παρουσίαση περιστατικού

Γ. Περσεφόνης, Δ. Καραϊσκος, Η. Τζαβέλλας, Θ. Παπαρρηγόπουλος

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2011, 22:249–253

Το σύνδρομο Gilles de la Tourette (ΣΤ) αποτελεί χρόνια διαταραχή που εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία, συχνότερα στους άρρενες, και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πολλαπλών κινητικών και τουλάχιστον ενός φωνητικού τικ. Η κλινική περίπτωση που παρουσιάζεται αφορά σε άνδρα 21 ετών που παραπέμφθηκε λόγω επίμονης στροφής του αυχένα αριστερά, η οποία είχε αποδοθεί σε όψιμη δυστονία οφειλόμενη σε νευροληπτικά και η οποία δεν ανταποκρινόταν στη θεραπεία. Ο ασθενής, εκτός από το παραπάνω σύμπτωμα εμφάνιζε επιπλέον συμπτώματα συμβατά με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και έντονη σωματική ενασχόληση που έπαιρνε παραληρητική χροιά. Παρουσίαζε επίσης κινητικά και φωνητικά τικ. Το περιστατικό αντιμετωπίστηκε ως ΣΤ και η ανταπόκριση στη θεραπεία υπήρξε εξαιρετική. Στο πλαίσιο αυτό συζητούνται τα διαφοροδιαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα στη διαταραχή Gilles de la Tourette και η συνύπαρξη δυστονίας.

Λέξεις ευρετηρίου: Σύνδρομο Tourette, τικς, δυστονία, όψιμη έναρξη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Εισαγωγή

Το σύνδρομο Gilles de la Tourette (ΣΤ) αποτελεί χρόνια αναπτυξιακή διαταραχή που εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία, συχνότερα στους άνδρες, και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πολλαπλών κινητικών και τουλάχιστον ενός φωνητικού τικ. Τα τικ είναι συχνές, αιφνίδιες, ταχείες, στερεότυπα επαναλαμβανόμενες, άσκοπες, άρρυθμες συσπάσεις μυϊκών ομάδων. Παρά την αντίθετη διαδεδομένη αντίληψη, σε σχετικά περιορισμένο ποσοστό των ασθενών εμφανίζονται ανεξέλεγκτα ξεσπάσματα αισχρολογίας (κοπρολαλία). Το ΣΤ συνοδεύεται συχνά από συμπτώματα ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής καθώς και από διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). Η ένταση των τικ συχνά υποχωρεί κατά την ενηλικίωση και η διαταραχή συχνότατα διαλύεται, καθώς οι εκδηλώσεις της μπορεί να είναι ήπιες. Συχνά διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα δημιουργούνται

με άλλες κινητικές διαταραχές, όπως οι υπόλοιπες διαταραχές τικ, η όψιμη δυσκινησία, η χορεία, διάφορες φαρμακοεπαγόμενες κινητικές διαταραχές,^{1,2} κ.ά. Η κλινική περίπτωση που παρουσιάζεται αφορά σε νεαρό άνδρα που παραπέμφθηκε λόγω επίμονης στροφής του αυχένα αριστερά, η οποία είχε αποδοθεί σε όψιμη δυστονία οφειλόμενη σε νευροληπτικά και η οποία δεν ανταποκρινόταν στη θεραπεία.

Ιστορικό

Πρόκειται για άνδρα 21 ετών, μέλος 7μελούς οικογένειας, φοιτητή ΤΕΙ, με φυσιολογική ανάπτυξη, του οποίου η έναρξη της ψυχοπαθολογίας τοποθετείται σε ηλικία 16 ετών, όταν ο ασθενής παρουσιάζει: πτώση της διάθεσης, άγχος, λεκτική αλλά και σωματική επιθετικότητα, καθώς και ιδεοληπτική ανάμνηση περιστατικού το οποίο συνέβη όταν, σε ηλικία 11 ετών και ενώ βρισκόταν στο κρεβάτι με την κατά δύο χρό-

νια μεγαλύτερη αδερφή του, προσποιήθηκαν σκηνές σεξουαλικής πράξης. Ταυτόχρονα, την περίοδο αυτή (2α Λυκείου) αποσύρεται κοινωνικά και η σχολική του απόδοση παρουσιάζει σοβαρή κάμψη σε σχέση με το παρελθόν. Επισκέπτεται ψυχίατρο και λαμβάνει αντικαταθλιπτική αγωγή στην οποία αργότερα προστίθεται καρβαμαζεπίνη και κλοναζεπάμη.

Μετά από περίοδο τριετούς μερικής ύφεσης, ο ασθενής, σε ηλικία πλέον 20 ετών, παρουσιάζει εκ νέου έντονο άγχος και ιδεοληπτική ενασχόληση με το συμβάν της παιδικής του ηλικίας, με την επιπλέον ιδέα ότι και η αδερφή του παρουσιάζει το ίδιο πρόβλημα με αυτόν, πράγμα που τον κάνει να επιμένει στο ότι θα πρέπει και εκείνη να αναζητήσει θεραπεία. Με ιδεοληπτικό τρόπο ασχολείται επίσης με τον σκύλο της οικογένειάς του και τις συνθήκες υγιεινής που σχετίζονται με αυτόν και επιμένει ότι πρέπει να τον πουλήσουν. Γίνεται εκ νέου επιθετικός και αναφέρει νοητική εξύβριση των θείων, η οποία όμως σπανίως εκδηλώνεται λεκτικά. Τότε εμφανίζει ιδέες απελπισίας και αυτοκτονικό ιδεασμό. Επισκέπτεται άλλον ψυχίατρο και του χορηγείται αρχικά φαρμακευτική αγωγή με ολανζαπίνη, φλουβοξαμίνη και κλοναζεπάμη, στην οποία αργότερα προστίθεται ρισπεριδόνη. Σταδιακά βελτιώνεται η κατάστασή του, εμφανίζει όμως ήπια δυστονία αυχένα, η οποία επιδεινούμενη οδηγεί αρχικά σε ψυχιατρική νοσηλεία ενός μηνός και διαδοχικά σε νοσηλεία σε νευρολογική κλινική για διερεύνηση και αντιμετώπιση της δυστονίας. Από τον σχετικό έλεγχο δεν προκύπτει κάποιο παθολογικό-οργανικό αίτιο, αποκλείεται η νόσος Wilson και η ακανθοκύττωση, και η δυστονία αποδίδεται στη λήψη νευροληπτικών φαρμάκων. Εξέρχεται από την κλινική με κουετιαπίνη 400 mg, σερατραλίνη 50 mg, κλοναζεπάμη 2 mg, και διαζεπάμη 20 mg. Λόγω της επιμονής της δυστονίας, ο ασθενής παραπέμπεται στην 1η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Παρούσα κλινική κατάσταση

Η δυστονία του αυχένα με στροφή προς την αριστερή πλευρά αποτελεί το προεξάρχον σύμπτωμα του ασθενούς. Υποστηρίζει συνεχώς με το αριστερό του χέρι την κάτω γνάθο, προκειμένου να ευθείσει την κεφαλή του. Κατά περιόδους παρουσιάζει κινητικά τικ των χεριών που εκδηλώνονται με χαρακτηριστική κάμψη των δακτύλων και συνοδό σφίξιμο των χειλέων. Άλλο τικ του ασθενούς είναι η κλονική κάμ-

ψη του άκρου πόδα παράλληλα με στροφή του κορμού (σύνθετο κινητικό τικ). Η ομιλία του είναι κανονικής έντασης και ρυθμού. Κάνει συχνό καθάρισμα του λαιμού και σνιφάρισμα (φωνητικά τικ). Χρησιμοποιεί στερεότυπες εκφράσεις όταν περιγράφει τα συμπτώματά του, παραθέτοντας λέξεις με συγκεκριμένη σειρά (παλιλαλία) όπως «ιδρώνουν τα χέρια, τα πόδια και τα μούτρα», τις οποίες επαναλαμβάνει καταναγκαστικά. Άλλη χαρακτηριστική έκφραση που χρησιμοποιεί και αναφέρεται σε υποχώρηση της υποκειμενικής δυσφορίας του είναι «ξεθόλωσα, ξανοίχτηκαν τα φρύδια μου, ένιωσα καλά και πήρα τα πάνω μου». Ο ασθενής παραπονείται επίσης για υπεριδρωσία παλαμών και πελμάτων. Λόγω του ιδρώτα θεωρεί ότι δεν μπορεί να έχει σχέση με κοπέλα, και αποδίδει τα συμπτώματά του κυρίως στο περιστατικό με την αδερφή του. Επιμένει ότι η αδερφή του πάσχει επίσης, ότι η υγεία του είναι συνάρτηση της υγείας της αδερφής του, ότι πρέπει η αδερφή του να εξετασθεί από ψυχίατρο, να λάβει την ίδια αγωγή με αυτόν και να κοιμηθούν μαζί για ένα βράδυ ώστε να θεραπευτούν και οι δύο οριστικά από το πρόβλημα της εφίδρωσης. Έχει άγχος, δυσφορία και ευερεθιστότητα. Ο ασθενής είναι γενικά συνεργάσιμος, αλλά επιτίθεται λεκτικά στη μητέρα του κατηγορώντας την ότι επί χρόνια τον πίεζε και «τον έφερε ως εδώ». Έχει την τάση να βλασφημεί αλλά το σύμπτωμα παραμένει ως ιδεοληπτική παρόρμηση που δεν εκφράζεται λεκτικά αλλά νοητικά (νοητική κοπρολαλία). Εμφανίζει επίσης επίμονη σωματική ενασχόληση. Εκτός από τον ιδρώτα τον οποίο συσχετίζει με τη στύση του, παραπονείται για κάποιο «νεύρο ή φλέβα» που ξεκινά από ένα σημείο του τριχωτού της κεφαλής και οδηγείται προς τα πίσω βρεγματωϊνιακά για να καταλήξει κάπου στη ράχη. Επίσης, αισθάνεται ότι τα φρύδια του έχουν ενωθεί, καθώς και ότι είναι παθολογικό που οι τρίχες από το μουστάκι του δεν ενώνονται με αυτές στο γένι του. Όλα τα παραπάνω συμπτώματα τα αποδίδει στο τραυματικό συμβάν με την αδελφή του.

Διαγνωστικοί προβληματισμοί

Φαινομενολογικά η ψυχοπαθολογία του ασθενούς είναι συμβατή με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Ο ασθενής όμως παρουσιάζει επιπλέον επίμονα συμπτώματα κινητικής διαταραχής (τικ και δυστονία), γεγονός που θέτει ως πιθανή διάγνωση τη διαταραχή τικ και, κυρίως, το σύνδρομο Tourette. Σε ό,τι αφορά στη δυστονία, δεδομένου ότι οι λοιπές αιτίες δυστο-

νίας^{3,4} (πίνακας 1) είχαν ήδη αποκλεισθεί από τον κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο, οι πιθανότερες διαγνώσεις είναι: όψιμη δυστονία που οφείλεται στη λήψη νευροληπτικών, σύνδρομο Tourette και ψυχογενής δυστονία.

Η πιθανότητα φαρμακοεπαγόμενης δυστονίας θεωρήθηκε εξαιρετικά μικρή, καθώς η διακοπή των αντιψυχωσικών φαρμάκων και η αντικατάστασή τους με κουετιαπίνη, που έχει χαμηλότερη συγγένεια σύνδεσης με τους υποδοχείς ντοπαμίνης, δεν απέδωσε. Η δυστονία, συνεπώς, θα μπορούσε να αποδοθεί είτε στο σύνδρομο Tourette είτε σε ψυχογενείς παράγοντες. Η συνύπαρξη τικ και δυστονίας στον ίδιο ασθενή έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία.^{5,6} Παρόλο που η δυστονία ορίζεται ως η παρατεταμένη μυϊκή σύσπαση που έχει ως αποτέλεσμα βραδείες συστροφές ή παρατεταμένη αφύσικη στάση, η διαφορά μεταξύ τικ και δυστονίας δεν είναι πάντοτε σαφής. Και τούτο διότι εκτός από τα κλονικά τικ υπάρχουν και δυστονικά τικ. Στις περιπτώσεις αυτές η διαφορική διάγνωση είναι δυσχερής και συχνά απαιτείται εκτίμηση από νευρολόγους εξειδικευμένους στις κινητικές διαταραχές. Κατά κανόνα, τα δυστονικά τικ του ΣΤ είναι πιο αργά, με παρατεταμένη κίνηση στροφής ή έλξης που προσωρινά προκαλούν αφύσικες στάσεις. Στους περισσότερους ασθενείς με ΣΤ συνυπάρχουν κλονικά και δυστονικά τικ.⁷

Στην περίπτωση μας, η παρουσία κινητικών αλλά και φωνητικών τικ (ρουθούνισμα, σνιφάρισμα, παλιλαλία) και η πορεία της διαταραχής, καθιστούν πιθανότερη διάγνωση τη διαταραχή Tourette. Στα κριτήρια όμως για τη διάγνωση ΣΤ αναφέρεται ότι η ηλικία εμφάνισης των τικ είναι κατά κανόνα η παιδική ηλικία, και σύμφωνα με το DSM-IV οπωσδήποτε πριν από την ηλικία

των 18 ετών.⁸ Σύμφωνα με το ιστορικό του ασθενούς δεν προκύπτει σαφής εμφάνιση των τικ πριν από την ηλικία των 18 ετών (αν και αυτό δεν μπορεί να τεκμηριωθεί με βεβαιότητα, δεδομένης της ποικιλομορφίας των τικ που διαφεύγουν πολύ συχνά της παρατήρησης των οικείων). Εντούτοις, στα διαγνωστικά κριτήρια που περιγράφονται από το Tourette's Syndrome Classification Study Group, το χρονικό όριο εμφάνισης των τικ τίθεται μέχρι την ηλικία των 21 ετών, γεγονός που επιτρέπει τη διάγνωση του συνδρόμου όψιμης έναρξης⁹ (πίνακας 2).

Συζήτηση

Τα τικ είναι απαραίτητα για τη διάγνωση του συνδρόμου Tourette. Οι συνηθέστερες αιτίες τικ αναφέρονται στον πίνακα 3.¹⁰ Γενικά, τα τικ διακρίνονται σε κινητικά ή φωνητικά και σε απλά ή σύνθετα. Παραδείγματα κινητικών τικ είναι το συνεχές άγγιγμα της μύτης, κλείσιμο ή περιστροφή των ματιών, τράβηγμα μαλλιών ή τίναγμα κεφαλής, κάμψη κορμού, πήδημα κ.ά., ενώ παραδείγματα φωνητικών τικ είναι ο ξερόβηχας για καθαρισμό του φάρυγγα, ρουθούνισμα, γάβγισμα, σφύριγμα και επανάληψη λέξεων ή φράσεων. Σε σχετικά περιορισμένο ποσοστό των ασθενών εμφανίζονται ανεξέλεγκτα ξεσπάσματα αισχρολογίας (κοπρολαλία). Σημειώνεται ότι η κοπρολαλία, που χαρακτηριστικά περιγράφεται στις περιπτώσεις αυτές, εμφανίζεται σε ποσοστό περίπου 30% των περιπτώσεων. Πρόκειται για ένα σύνθετο φωνητικό τικ και σε καμία περίπτωση δεν είναι αναγκαίο για τη διάγνωση της νόσου.^{1,2} Επιπλέον, οι ασθενείς με ΣΤ εμφανίζουν μια μεγάλη ποικιλομορφία ψυχοπαθολο-

Πίνακας 2. Διαγνωστικά Κριτήρια για Διαταραχή Tourette (Tourette's Syndrome Classification Study Group).

Πίνακας 1. Αιτίες δυστονίας.

- Σχετιζόμενη με ουσίες (νευροληπτικά, λεβοντόπα, προπρανολόλη, γκαμπαπεντίνη, κοκαΐνη, κ.ά.)
- Σχετιζόμενη με διάφορες καταστάσεις (π.χ. ΚΕΚ, εγκεφαλική ανοξία)
- Παροξυσμικές δυστονίες (π.χ. δευτεροπαθής σε ισχαιμικό έμφραγμα, παροξυσμική νυχτερινή δυστονία, παροξυσμική δυστονική χοραιοαθέτωση)
- Στο πλαίσιο γενικευμένης διαταραχής (φλοιοβασική γαγγλιονική εκφύλιση, νόσος Wilson, σύνδρομο Tourette, σύνδρομο Lesch-Nyhan, νευροακάνθωση)
- Εστιακές βλάβες (βλάβες σε βασικά γάγγλια, θάλαμο, μετωπιαίο φλοιό, κ.ά.)
- Πρωτοπαθείς δυστονίες (ιδιοπαθής δυστονία του αυχένα, του κορμού, σύνδρομο Meige, κ.ά.)

1. Κινητικά τικ και τουλάχιστον ένα φωνητικό τικ που πρέπει να υπάρχουν, όχι απαραίτητα από κοινού
2. Τα τικ πρέπει να εμφανίζονται πολλές φορές την ημέρα, σχεδόν κάθε μέρα ή διακεκομμένα για περίοδο μεγαλύτερη από ένα έτος
3. Τα τικ μεταβάλλονται ως προς τον αριθμό, την ανατομική θέση, τη συχνότητα, τον τύπο, και τη σοβαρότητα
4. Η έναρξη της νόσου πρέπει να τοποθετείται πριν από την ηλικία των 21 ετών
5. Οι άσκοπες κινήσεις και οι άσκοποι ήχοι δεν μπορούν να αποδοθούν σε άλλες ιατρικές καταστάσεις
6. Τα κινητικά και τα φωνητικά τικ πρέπει να αξιολογηθούν από έμπειρο εξεταστή κάποια στιγμή στην πορεία της νόσου ή να βιντεοσκοπηθούν

Πίνακας 3. Συχνότερες αιτίες των τικ.

1. Πρωτοπαθή

- Διαταραχή τικ-σύνδρομο Tourette

2. Δευτεροπαθή

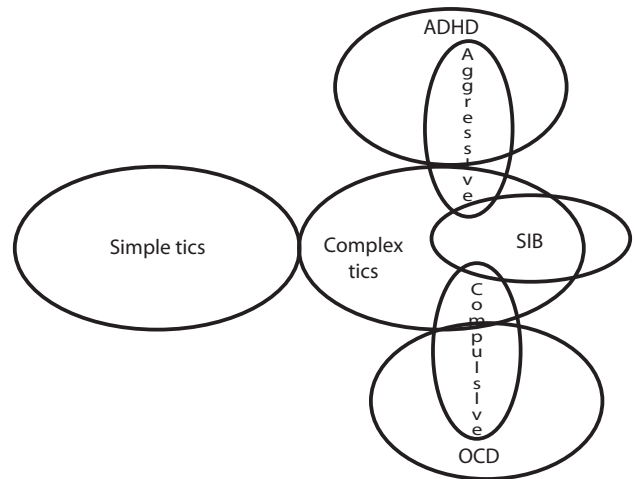
- Αναπτυξιακές διαταραχές (εγκεφαλοπάθεια, διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή)
- Νευροεμφυλιστικά νοσήματα (νευροακάνθωση, σύνδρομο Lesch-Nyhan)
- Φαρμακοεπαγόμενα τικ (διεγερτικά ΚΝΣ, νευροληπτικά, λεβοντόπα, αντισπασμικά)
- Κληρονομικά νοσήματα (σύνδρομο Down, νόσος Huntington)
- Φλεγμονώδη και αυτοάνοσα νοσήματα (Χορεία Sydenham, μεταρρευματικά τικ με PANDAS, νόσος Creutzfeldt-Jakob, εγκεφαλίτιδα)
- Ψυχιατρικές διαταραχές (σωματόμορφες, αγχώδεις, ΙΔΨ διαταραχές)
- Τοξικά αίτια (μονοξειδίο του άνθρακα)

γικών εκδηλώσεων, όπως: ευφορία (61%), κατάθλιψη (61%), άγχος (50%), ανώμαλες κινήσεις (46%), ευερεθιστότητα (42%), άρση αναστολών (35%), απάθεια (35%), παραληρητικές ιδέες (19%), διέγερση (19%) και ψευδαισθήσεις (15%).^{11,12}

Πρέπει, τέλος, να τονιστεί ότι φαινομενολογικά η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) είναι τόσο στενά συνδεδεμένη με το σύνδρομο Tourette που θεωρείται από πολλούς ειδικούς ως αναπόσπαστο τμήμα της νόσου και εξίσου συχνή με τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ).^{1,2} Σύμφωνα με το μοντέλο των M. Grados και C. Mathews, το σύνδρομο Tourette είναι ο συνδυασμός απλών με σύνθετα τικ και η διαπλοκή των τελευταίων με χαρακτηριστικά ΙΨΔ ή ΔΕΠΥ και, σε μικρότερο βαθμό, με χαρακτηριστικά αυτοτραυματικής συμπεριφοράς¹³ (σχήμα 1).

Θεραπεία

Η προτεινόμενη θεραπεία για το σύνδρομο Tourette περιλαμβάνει ψυχοθεραπευτικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Συστήνεται ενημέρωση, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και συμπεριφορικές παρεμβάσεις που στοχεύουν κυρίως στον έλεγχο των τικ. Φαρμακευτικά προτείνονται κυρίως ο α2 αγωνιστής κλονιδίνη (0,3 mg/ημέρα) και ορισμένα νευροληπτικά φάρμακα όπως η πιμοζίδη (2 mg/ημέρα), αλοπεριδόλη (2–5 mg/ημέρα) και η ρισπεριδόνη (2 mg/ημέρα), που μπορούν να ελέγξουν αποτελεσματικά τα τικ και θεωρούνται φάρμακα πρώτης εκλογής για το



Σχήμα 1. Θεωρητικό μοντέλο M. Grados και C. Mathews για τικ και άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με το σύνδρομο Tourette (ADHD=ΔΕΠΥ, SIB=αυτοτραυματική συμπεριφορά, OCD=Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, Aggressive=Επιθετικά στοιχεία, Compulsive=Καταναγκαστικά στοιχεία).

σύνδρομο Tourette.¹⁴ Εναλλακτικά, έχουν προταθεί η κλοναζεπάμη (1,5 mg/ημέρα) και η τοπιραμάτη (100 mg/ημέρα).^{1,2} Όταν υπάρχει συννόσηση με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μπορούν να χορηγηθούν οι SSRIs.¹⁵ Διεγερτικά του ΚΝΣ (μεθυλφενιδάτη, δεξαμεταμίνη) χορηγούνται όταν συνυπάρχει ΔΕΠΥ.¹⁶ Τελευταία υπάρχουν αναφορές στη θεραπεία με εν τω βάθει εγκεφαλικό ερεθισμό (deeper brain stimulation) για βαριές και ανθεκτικές περιπτώσεις της νόσου και εφόσον τα υπόλοιπα μέσα έχουν αποτύχει.¹⁷

Το συγκεκριμένο περιστατικό αντιμετωπίστηκε ως σύνδρομο Tourette σε συννόσηση με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή με κουετιαπίνη 300 mg, ρισπεριδόνη 2 mg, σεραλίνη 200 mg, κλοναζεπάμη 1,5 mg, διαζεπάμη 10 mg, κλονιδίνη 0,15 mg και βιπεριδένη 8 mg ημερησίως. Παράλληλα, εφαρμόστηκαν συμπεριφορικές τεχνικές και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία που συνεχίστηκε και μετά την έξοδό του από την κλινική. Σταδιακά, σε διάστημα 3 μηνών υποχώρησε πλήρως η δυστονία, τα τικ εμφανίζονταν μόνο σποραδικά και πολύ ηπιότερα, και υφέθηκε σε μεγάλο βαθμό η υπόλοιπη ψυχοπαθολογία του ασθενούς. Στις τακτικές συναντήσεις παρακολούθησης επί έναν χρόνο, ο ασθενής εξακολουθεί να είναι ελεύθερος συμπτωμάτων και με πολύ καλή λειτουργικότητα.

The spectrum of Tourette syndrome and difficulties in differential diagnosis: A case report

G. Persefonis, D. Karaiskos, E. Tzavelas, T. Paparrigopoulos

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

Psychiatriki 2011, 22:249–253

Tourette syndrome (TS) is a neurodevelopmental disorder characterized by early onset motor and vocal tics. TS should be differentiated from various movement disorders. We report the case of a 21 year-old-man who was admitted to our clinic due to treatment resistant cervical dystonia attributed to neuroleptics. During the last five years he had been treated for depressed mood, somatic delusions and aggressive behaviour. He had been given SSRIs and atypical antipsychotics at low doses; six months prior to his admission he had been switched to risperidone. Clinical examination revealed torticollis, motor stereotypies, vocal tics (sniffing, repetition of words), mental koprolalia and obsessive-compulsive symptoms. He complained of repetitive intrusive thoughts of harming his sister and thoughts of a “delusional” nature regarding somatic complaints. The patient was diagnosed as TS and was successfully treated accordingly. The presented case illustrates that TS can mimic other movement disorders. Whether patients with TS are at higher risk of developing dystonia, or tics and dystonia share a common pathophysiological mechanism (dopamine-inhibiting processes are probably involved in both conditions) is still debatable.

Key words: Tourette syndrome, tics, dystonia, late onset, obsessive-compulsive disorder

Βιβλιογραφία

- Eapen V, Yakeley JW, Robertson MM, Gilles de la Tourette Syndrome and Obsessive-Compulsive Disorder. In: Schiffer RB, Rao SM, Fogel BS (eds) *Neuropsychiatry*. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA, 2003:947–990
- Teicher MH, Andersen SL, Navalta CP, Tomoda A, Polcari A, Kim D. In: Yudofsky SC, Hales RE (eds) *Neuropsychiatric Disorders of Childhood and Adolescence*. The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Behavioral Neurosciences. 5th ed. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, DC, 2008:1045–1113
- Moore DP. *Textbook of Clinical Neuropsychiatry*. Arnold, London, 2001:96–101
- Albanese A, Dystonia clinical approach. *Parkinson Relat Disord* 2007, 13:356–361
- Nemeth A, Mills K, Epston J. Do the same genes predispose to Gilles de la Tourette syndrome and dystonia? Report of a new family and review of the literature. *Mov Disord* 1999:14826–14831
- Stone L, Jankovic J. The coexistence of tics and dystonia. *Arch Neurol* 1991:48862–48865
- Pringsheim T, Freeman R, Lang A. Tourette syndrome and dystonia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007, 78:544
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. DSM-IV, Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994:100–105
- Tourette's Syndrome Classification Study Group, Definitions and classification of tic disorders. *Arch Neurol* 1993, 50:1013–1016
- Cummings JL, Trimble MR. *Σύνδρομο Tik*. Συνοπτικός οδηγός στη Νευροψυχιατρική και Συμπεριφορική Νευρολογία. 2η έκδ. Επιμέλεια: Θ. Παπαρρηγόπουλος. Μετάφραση: Π. Φερεντίνος, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2009:233
- Kulisevsky J, Litvan I, Berthier ML. Neuropsychiatric assessments of Gilles de la Tourette patients: comparative study with other hyperkinetic and hypokinetic movement disorders. *Mov Disord* 2001, 16:1098–1104
- Mitchell AJ. *Neuropsychiatry and Behavioural Neurology*. Explained: Diseases, Diagnosis and Management, Saunders Ltd, Edinburgh, 2004:175–178
- Grados M, Mathews C. Clinical Phenomenology and phenotype variability in Tourette Syndrome. *J Psychosom Res* 2009, 67: 491–496
- Kenney Ch, Sheng-Han K, Jimenez-Shahed J. Tourette's Syndrome. *Am Fam Physician* 2008, 77:651–658
- Miguel EC, Shavitt RG, Ferrao YA, Brotto SA, Diniz JB. How to treat OCD in patients with Tourette syndrome. *J Psychosom Res* 2003, 55:49–57
- Tourette's Syndrome Study Group. Treatment of ADHD in children with tics: a randomized controlled trial. *Neurology* 2002, 58:527–536
- Shahed J, Poysky J, Kenney C, Simpson R, Jankovic J. GPe deep brain stimulation for Tourette syndrome improves tics and psychiatric comorbidities. *Neurology* 2007, 68:159–160

Αλληλογραφία: Θ. Παπαρρηγόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα, Τηλ.: 6944 5864 14, e-mail: tpaparrig@med.uoa.gr

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις

Future scientific meetings

- **24th ECNP Congress Paris, France**
3–7 September, 2011
Organizer: European Collagium
Neuropsychopharmacology
EChD Press office update Europe GmbH, Tigergasse 3/5
1080 Vienna, Austria
Tel.: +431/4055734-Fax:+43/1/4055734-16
E-mail: s.mak@update.europe.at
- **“XV World Congress of Psychiatry”,
Buenos Aires, Argentina**
18–22 September, 2011
Organizers: (a) Argentina Association of Psychiatrist
(AAP), (b) Association of Argentinean Psychiatrists (APSA),
(c) Foundation for Interdisciplinary Investigation of
Communication (FINTECO)
Contact: Mariano R. Castex
E-mail: mcastex@congresosint.com.ar
Website: www.congresosint.com.ar
- **“3rd European Conference on Schizophrenia Research
(ECSR)”, Berlin, Germany**
29 September–1 October, 2011
Contact: Dr Victoria Toeller
Organizer: Competence Network on Schizophrenia
E-mail: Victoria.Toeller@lvr.de, info@kompetenznetz-
schizophrenie.de
Website: www.schizophrenianet.eu
- **II International Congress Dual Disorders
Addictive Behaviors and Other Mental Disorders,
Barcelona, Spain**
5–8 October, 2011
Organizer: Sociedad Española Patología Dual (SEPD)
Collaboration: NIDA and APAL
Contact: Prof. Miguel Casas
E-mail: mcasas@vhebron.net,
Website: www.cipd2011.com
- **“8th Alexandria International Psychiatric Congress”,
Alexandria, Egypt**
6–8 October, 2011
Contact: Prof. Tarek Molokhia
Organizer: Faculty of Medicine, Alexandria University
Collaboration: Egyptian Psychiatric Association
E-mail: molokhiatark@yahoo.com
- **“2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλινικής
Νευροψυχοφαρμακολογίας”, Ξενοδοχείο Royal
Olympic, Αθήνα**
13–15 Οκτωβρίου, 2011
Επικοινωνία: Καθ. Κ. Σολδάτος
Οργανωτική γραμματεία: PRC Congress & Travel,
Μιχαλακοπούλου 102, 115 28, Αθήνα
Τηλ.: 210 7711673, Fax: 210 7711289
E-mail: info@prctravel.gr
Website: www.prctravel.gr
- **Πανελλήνιο Συνέδριο «Διαταραχή Σωματο-Δυσμορφο-
Φοβίας»**
15–16 Οκτωβρίου, 2011
Συνεδριακό Κέντρο Πανεπιστημίου Πατρών
Συνδιοργάνωση: Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής &
Ερευνών (Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε.) Μονάδα Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών
& Ελληνική Εταιρεία Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών
Επικοινωνία: Κούλης Στέφανος
Οργαν. Γραφείο: Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης
Ευθύνης Κοι.Σ.Π.Ε. Ν. Αχαΐας «ΦΑΡΟΣ»
κ. Καραγεωργοπούλου Ειρήνη
Τηλ. 2610 362 949
E-mail: koispeachaias@yahoo.gr
- **“7th European Congress on Violence in Clinical
Psychiatry “Challenges for care and treatment”,
Prague, Czech Republic**
19–22 October, 2011
Contact: Mr. N.E. Oud
Organizers: European Violence in Psychiatry Research
Group, Oud Consultancy and Conference Management
Collaboration: WPA Section on Art and Psychiatry, Czech
Psychiatric Association
E-mails: nico.oud@freeler.nl, conference.management@
freeler.nl
Websites: www.oudconsultancy.nl, www.oudconsultancy.
nl/prague_cfa/index.html
- **“5th International Congress on Brain & Behaviour”,
The Met Hotel, Thessaloniki, Greece**
3–6 November, 2011
Contact: Prof G. Kaprinis, Prof K. Fokas
Congress Secretariat: Triaena Tours & Congress S.A.,
Sakellaridi 25, 54248 Thessaloniki, Greece
Tel.: +30-2310256194-5, Fax: +30-2310256196
E-mail: isbb@triaenatours.gr
- **“WPA Regional Meeting”, Taipei, Taiwan**
12–13 November, 2011
Organizer: Taiwanese Society of Psychiatry
Contact: Dr Chiao-Chicy Che,
E-mail: twpsyc@ms61.hinet.net
- **2nd International Congress on Neurobiology,
Psychopharmacology & Treatment guidance**
Macedonia Palace Hotel, Thessaloniki, Greece
24–27 November, 2001
Contact: Ast. Prof. Konstantinos N. Fountoulakis

Congress Secretariat: Global Events,
50A Stadiou Str 55535 Pylea,
Thessaloniki, Greece
Tel: +30-2310 247734-43, Fax: +30-2310 247746
E-mail: info@globalevents.gr
Website: www.globalevents.gr

• **WPA Thematic Conference-Community Psychiatry and Family Medicine.**

Joint Promotion of Mental Health Care, Granada, Spain

9–11 February, 2012
Organizer: (a) World Psychiatric Association,
(b) Spanish Association of Neuropsychiatry
Collaboration: (a) WONCA International and WONCA Europe, (b) University of Granada
Contact: Dr Fransisco Torres, E-mail: ftorres@ugr.es

• **“Mental Disorders and Urbanization: Challenges of Societies in Transformation”, São Paulo, Brazil**

14–17 March, 2012
Contact: Bia Adler
Organizer: University of São Paulo, Department and Institute of Psychiatry, Section of Psychiatric Epidemiology
Collaboration: Paris Descartes University, University College London
E-mail: bia.adler@gmail.com
Website: https://wpaepi2012brazil.com

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

29–31 March, 2012
Organizer: Socidrogalcohol
Contact: Julio Bobes Garcia
E-mail: (a) bobes@ctv.es, (b) bobes@uniovi.es

• **“XIV National Congress of the Serbian Psychiatric Association with the theme “Psychiatry for a Changing World”, Belgrade, Serbia**

18–21 April, 2012
Contacts: Prof Slavica Djukic-Dejanovic, Prof Dusica Lecic-Tosevski
Organizer: Serbian Psychiatric Association
Collaboration: Psychiatric Association of Eastern Europe

and the Balkans (PAEEB)
E-mail: spacongress2012@gmail.com
Website: www.ups-spa.org

• **“WPA Regional Meeting”, Tehran, Iran**

31 May–2 June, 2012
Contact: Dr Ahmed Jalili
Organizer: Iranian Psychiatric Association
E-mails: info@psychiatrist.ir, sajalili@gmail.com
Website: www.psychiatrist.ir

• **“WPA International Congress”, Prague, Czech Republic**

17–21 October, 2012
Contact: Dr Jiri Raboch
Organizer: Czech Psychiatric Association
E-mail: wpaic2012@guarant.cz
Website www.wpaic2012.org

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

1–4 Ιουνίου, 2012
Θέμα: «Ο πατέρας»
Οργ. Γραφείο: Easy Travel
Αναγνωστοπούλου 19, 106 73 Αθήνα
Τηλ.: 210-36 15 201, 210-36 09 442, Fax: 210-36 25 572
E-mail: easytravel@hol.gr
Επιστ. Γραμματεία: Ε. Βουγά,
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, 265 04 Ρίο-Πάτρα
Τηλ.: 2610-992996, Fax: 2610-994534
E-mail: evouga@upatras.gr

• **“WPA International Congress”, Prague, Czech Republic**

17–21 October, 2012
Contact: Dr Jiri Raboch
Organizer: Czech Psychiatric Association
E-mail: wpaic2012@guarant.cz
Website www.wpaic2012.org

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

12–14 June, 2013
Organizer: Spanish Society of Legal Psychiatry
Contact: Dr Alfredo Calcedo Barba
E-mail: alfredocalcedo@gmail.com

"ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ"

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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

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

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

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

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

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

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

Το περιοδικό «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ» καταχωρείται και περιλαμβάνεται στα MEDLINE/PubMed, Index Copernicus, Google Scholar, EMBASE/Excerpta Medica, GFMER, CIRRIE, SCIRUS for Scientific Inf. και στο Iatrotek

ΕΙΔΗ ΑΡΘΡΩΝ

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

ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

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

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

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

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

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

ΔΙΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΎΛΗΣ

Όλες οι σελίδες αριθμούνται, αρχίζοντας από τη σελίδα τίτλου.

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

Περίληψη: Στη δεύτερη σελίδα γράφεται η ελληνική περίληψη, (περίπου 400–500 λέξεις). Στην περίληψη ανακεφαλαιώνονται τα κύρια μέρη της εργασίας. Φράσεις όπως «τα ευρήματα συζητούνται» πρέπει να αποφεύγονται. Στο τέλος της περιλήψης αναγράφονται 4–6 λέξεις ευρητηρίου.

Αγγλική περίληψη: Στην τρίτη σελίδα γράφεται η αγγλική περίληψη, που πρέπει να έχει έκταση 400–500 λέξεων, ο τίτλος του άρθρου τα ονόματα των συγγραφέων και η προέλευση του άρθρου (ίδρυμα). Στο τέλος της περιλήψης αναγράφονται 4–6 λέξεις ευρητηρίου. Πρέπει να δίνει ουσιαστικές πληροφορίες. Στην αρχή της αγγλικής περιλήψης αναγράφονται στα Αγγλικά τα ονόματα των συγγραφέων και ο τίτλος του άρθρου.

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

Βιβλιογραφικές παραπομπές: Αριθμούνται με αύξοντα αριθμό, ανάλογα με τη σειρά εμφάνισής τους στο κείμενο (σύστημα Vancouver). Π.χ. *O Birley¹ βρήκε ότι..., αλλά ο Afford² διαφώνησε...* Αναφέρονται τα ονόματα όλων των συγγραφέων. Στον βιβλιογραφικό πίνακα περιλαμβάνονται μόνον οι βιβλιογραφικές παραπομπές που υπάρχουν στο κείμενο. Στα άρθρα ανασκόπησης και τα ειδικά άρθρα οι βιβλιογραφικές παραπομπές δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 100, στις ερευνητικές εργασίες και τα γενικά άρθρα τις 50, στα σύντομα άρθρα και τις ενδιαφέρουσες περιπτώσεις τις 15 και στα άρθρα σύνταξης και τις επιστολές προς τη σύνταξη τις 8. Ο βιβλιογραφικός κατάλογος συντάσσεται με αύξοντα αριθμό, που αντιστοιχεί στη σειρά εμφάνισης των βιβλιογραφικών παραπομπών στο κείμενο, όπως στα ακόλουθα παραδείγματα:

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

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

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

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

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

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

"PSYCHIATRIKI"

INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

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

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

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

The acceptance criteria for all papers are the quality and originality of the research and its significance to the journal readership. All papers submitted are first screened by the Editor or members of the Editorial Board for suitability and quality. If suitable, papers are then reviewed by two reviewers expert in the field. Reviewers are blinded as to the contributors of each paper. The reviewers remain anonymous for contributors. The comments of the reviewers along with proposed revisions or corrections are sent to the authors. The authors are informed of the final decision of the Editorial Board after the procedure of review is over. The names of the reviewers for the past year appear in a list in the first issue of the next year. The Editorial Board reserve the right to modify typescripts to eliminate ambiguity and repetition and improve communication between authors and readers.

The Journal "PSYCHIATRIKI" is Indexed and included in MEDLINE/PubMed, Index Copernicus, Google Scholar, EMBASE/Excerpta Medica, GFMER, CIRRIE, SCIRUS for Scientific Inf. and in Iatrotek

TYPES OF ARTICLES

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

SUBMISSION

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

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

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

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

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

ARRANGEMENT

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

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

Abstract: The second page must include an informative abstract (400–500 words) as well as 4–6 key words.

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

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

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

Communications and in Case reports, and 8 in the Editorials and the Letters to the Editor.

The following paradigms illustrate the various reference categories:

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

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

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

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

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

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

Για τους ασθενείς
σας με διπολική
διαταραχή



**Κάντε το ABILIFY®
1η επιλογή σας στη
θεραπεία της μανίας
για να τους βοηθήσετε
να ξαναβρούν
ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΤΟΥΣ**



ABILIFY®
(aripiprazole)

Treat today for tomorrow

εμφερώνονται ότι πρέπει να αναφέροντο στο υατόρ τους εάν μείνουν έγκυες ή πρόκειται να μείνουν έγκυες κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αρμπραζόλη. Λίγα αναρκατικά πληροφορήσρη για την ασφαλεία στον άνθρωπο και των ερωτηματικών που δημιουργήθηκαν από τις μελέτες αναπορομολογής σε πειραματόζωα το φαρμακείο αυτό προϊόν δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε περίπτωση κύησης εκτός εάν το αναμενόμενο όφελος δικαιολογεί σαφώς τον πιθανό κίνδυνο για το έμβρυο.

Η αρμπραζόλη απεκριθίκε στο γάλα των αρουραίων στους οποίους χορηγήθηκε αρμπραζόλη, κατά την περίοδο της γαλακίας. Δεν είναι γνωστό εάν η αρμπραζόλη απεκκρίνεται στο ανθρώπινο γάλα. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται ότι δεν πρέπει να θηλάζουν εάν λαμβάνουν αρμπραζόλη.

4.7 Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών

Όπως και με άλλα αντιψυχωσικά φάρμακα, θα πρέπει να εστιάζεται η προαγωγή των ασθενών που χειρίζονται επικίνδυνες μηχανές συμπεριλαμβανομένων των αυτοκινήτων μέχρι να βεβαιωθούν επαρκώς ότι η αρμπραζόλη δεν τους επηρεάζει δυσμενώς (βλέπε παράγραφο 4.8).

4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι συνήθερα αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες σε μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο είναι ακαθάρια και ναυτία, κάθε μια εμφανιζόμενη σε περισσότερο από 3% των ασθενών που έλαβαν από το στόμα αρμπραζόλη.

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

Η συχνότητα που αναφέρεται παρακάτω ορίζεται χρησιμοποιώντας την ακόλουθη σύμβαση: συχνές (≥1/100 έως < 1/10), και όχι συχνές (≥ 1/1000 έως < 1/100).

Ψυχιατρικές διαταραχές <i>Συχνές:</i> ανησυχία, αίσινια, άγχος <i>Όχι συχνές:</i> καταθλιψη*
Διαταραχές του νευρικού συστήματος <i>Συχνές:</i> εξουπερμεμική διαταραχή, ακαθάρια, τρόμος, ζάλη, υπνηλία, καταστολή, κεφαλαλγία
Οφθαλμικές διαταραχές <i>Συχνές:</i> θάμη όραση
Καρδιακές διαταραχές <i>Όχι συχνές:</i> ταχυκαρδία*
Αγγειακές διαταραχές <i>Όχι συχνές:</i> ορθοστατική υπόταση*
Διαταραχές του γαστρεντερικού <i>Συχνές:</i> δυσπεψία, έμετος, ναυτία, δυσκοιλιότητα, υπερέκκριση σιέλου
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης <i>Συχνές:</i> κόπωση

Εξουπερμεμικά συμπτώματα (ΕΠΣ): Σηχοφρένεια - σε μια μακράς διάρκειας 52 εβδομάδων ελεγχόμενη δοκιμή, οι ασθενείς που έλαβαν αρμπραζόλη εμφάνισαν συνολικά μικρότερα συχνότητα (25,8%) ΕΠΣ, περιλαμβανομένων παρκινοσυναρμό, ακαθαρσίας, δυστονίας και δυσκοιρίας σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν θεραπεία με αλοπερόδολη (57,3%). Σε μια δοκιμή μακράς διάρκειας 26 εβδομάδων ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, η συχνότητα εμφάνισης ΕΠΣ ήταν 19% για τους ασθενείς που έλαβανσαν αρμπραζόλη και 13,1% για τους ασθενείς που έλαβαντο το εικονικό φάρμακο. Σε μια άλλη ελεγχόμενη δοκιμή μακράς διάρκειας 26 εβδομάδων, η συχνότητα εμφάνισης ΕΠΣ ήταν 14,8% για τους ασθενείς που έλαβανσαν αρμπραζόλη και 15,1% για τους ασθενείς που έλαβανσαν ολανζαπίνη. Μια ανακεκκασία στη δισκίη/διαταραχή τύπου 1 - σε μια ελεγχόμενη δοκιμή 12 εβδομάδων, η επίπτωση ΕΠΣ ήταν 23,5% για τους ασθενείς που έλαβαν αρμπραζόλη και 53,3% για τους ασθενείς που έλαβαν αλοπερόδολη. Σε μια άλλη δοκιμή 12 εβδομάδων, η επίπτωση ΕΠΣ ήταν 26,6% για τους ασθενείς που έλαβαν αρμπραζόλη και 17,6% για αυτούς που έλαβαν ολιθο. Στη μακροχρόνια φάση αντίτησης 26 εβδομάδων μιας δοκιμής ελεγχόμενης με εικονικό φάρμακο, η επίπτωση ΕΠΣ ήταν 18,2% για τους ασθενείς που έλαβαν αρμπραζόλη και 15,7% για τους ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο.

Σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δοκιμές, η επίπτωση της ακαθαρσίας σε διηλικιακές ασθενείς ήταν 12,1% με την αρμπραζόλη και 3,2% με το εικονικό φάρμακο. Σε ασθενείς με σηχοφρένεια η επίπτωση ακαθαρσίας ήταν 6,2% με την αρμπραζόλη και 3,0% με το εικονικό φάρμακο.

Αιτοντία: Επίδραση της Καττήρησης: Συμπτώματα δυστονίας, παρατεταμένη μη φυσιολογική απορμών μυϊκών ομάδων, μπορεί να εμφανιστούν σε εισαχθείτα άτομα κατά τις πρώτες ημέρες της Θεραπείας. Συμπτώματα δυστονίας περιλαμβάνουν: σπασμούς των μυών του λαιμού, πολλές φορές εξελισσόμενα σε σύσφιξη του λαιμού, δύσκολα καταστάσεις, δύσκολα αναπνοής και προεβολή της γλώσσας. Ενώ το συμπτώματα αυτό μπορεί να εμφανισθούν σε χαμηλές δόσεις, εμφανίζονται συχνότερα και με μεγαλύτερη βαρύτητα με υψηλής δραστηρικότητας και σε υψηλότερες δόσεις αντιψυχωσικών φαρμάκων πρώτης γενιάς. Παρρατρείται αυξημένος κίνδυνος οξείας δυστονίας σε άρρενες και νεαρές ηλικιακές ομάδες.

Από τη σύγκριση μεταξύ αρμπραζόλης και εικονικού φαρμάκου, όσον αφορά το ποσοστό των ασθενών που εμφάνισαν δυνατική κλινικώς σημαντικές αλλαγές στις συνήθεις εργαστηριακές και λιπιδαιμικές παραμέτρους, δεν προέκυψαν ιατρικώς σημαντικές διαφορές. Παρρατρήθηκαν γενικά παροδικές και ασυμπτωματικές αυξήσεις της CRP (Κρεατινοφωσφοκινάση) στο 3,5% των ασθενών που έλαβανσαν αρμπραζόλη σε σύγκριση με το 2,0% των ασθενών που έλαβαν εικονικό φάρμακο.

Άλλα εφάρματα:

Ανεπιθύμητες ενέργειες που είναι γνωστές ότι συγχετίζονται με την αντιψυχωσική θεραπεία και έχουν επίσης αναφερθεί κατά τη διάρκεια Θεραπείας με αρμπραζόλη, περιλαμβανοών κοκίθες νευροληπτικό σύνδρομο, αμνη δυσκοιρία, σπασμός, αγγειακές ανεπιθύμητες ενέργειες και αυξημένη θνησιμότητα σε ηλικιωμένους ασθενείς με όνομα, υπερχοληστερίαια και οσκαρωδή διαβητική (βλέπε παράγραφο 4.4).

Παιδιατρικώς πληθυσμός:

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

Η εκάον ασφαλείας σε ανοσχη μελέτη επέκτασης 26 εβδομάδων ήταν παρόμοια με εκείνη που παρρατρήθηκε στη βραχυχρόνια ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη.

Στον ομοδοποημένο πληθυσμό σηχοφρενιών εφήβων (13–17 ετών) με έκθεση πάνω από 2 χρόνια, η επίπτωση των χαμηλών επιπέδων ορού προλακτίνης σε γυναικές (<3 ng/ml) και σε άνδρες (<2 ng/ml) ήταν 29,5% και 48,3% αντίστοιχα.

Μετά την κυκλοφορία:

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

Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος:	λευκοπενία, ουδετεροπενία, θρομβοπενία
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος:	αλλεργική αντίδραση (π.χ. αναφυλακτική αντίδραση, αγγειοοίδημα περιλαμβανομένης δογκματικής γλώσσας, οίδημα γλώσσας, οίδημα προσώπου, κνήμες, ή κνίωση)
Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος:	υπερχοληστερίαια, σακχαρώδη διαβητική, διαβητική κετοξέωση, διαβητικό υπερωσμωτικό κώμα
Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης:	αύξηση βάρους, απώλεια βάρους, ανορεξία, υποστασιαιμία
Ψυχιατρικές διαταραχές:	διέγερση, νευρωσθένια, απώπηση αυτοκτονίας, αυτοκτονικός ιδεασμός και "επιτυχής" αυτοκτονία (βλέπε παράγραφο 4.4)
Διαταραχές του νευρικού συστήματος:	διαταραχή λόγου, Κακόηθες Νευροληπτικό Σύνδρομο (NMS), σπασμός γενικευμένης επιληψίας
Καρδιακές διαταραχές:	πρόταση QT, κοιλιακές αρρυθμίες, αιφνίδιος θάνατος άγνωστης αιτιολογίας, καρδιακή ανακοπή, κοιλιακή ταχυκαρδία δίκην ριπιδίου, βροδυκαρδία
Αγγειακές διαταραχές:	οσκαπή, υπέρταση, φλεβική θρομβοεμβολή (περιλαμβανομένων πνευμονικής εμβολής και εν τω βάθει φλεβικής θρομβώσης)
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος, του θώρακα και του μισοθώρακα:	σπασμός στοματοφάρυγγα, λαρυγγόσπασμος, πνευμονία από εισρόφηση
Διαταραχές του γαστρεντερικού :	παγκρεατίτιδα, δυσφαγία, κοιλιακή δυσφορία, δυσφορία του στομάχου, διάρροια
Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων:	ίκτερος, ηπατίτιδα, αυξημένη Αμινοτρανφεράση της Αλανίνης (ALT), αυξημένη Αλαρτική Αμινοτρανφεράση (AST), αυξημένη Γάμμα Γλουταμυλτρανφεράση (GGT), αυξημένη αλκαλική φωσφατάση
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού:	εξάνθημα, αντίδραση από φωτοευαισθησία, αλωπεκία, υπεριδίωση
Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού:	ραβδομυολυση, μυαλγία, δυσκαμψία
Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών:	ακράτεια ούρων, κατακράτηση ούρων
Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού:	πριαπισμός
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης:	διαταραχή ρύθμισης της θερμοκρασίας (π.χ. υποθεμία, πυρεξία), θωρακικό άλγος, περιφερικό οίδημα
Παρακλινικές εξετάσεις:	αυξημένη Κρεατινοφωσφοκινάση, αυξημένη γλυκόζη αίματος, διακύμανση γλυκόξης αίματος, αυξημένη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

4.9 Υπερδοσολογία

Από τις κλινικές δοκιμές και την εμπειρία μετά την κυκλοφορία, διαπιστώθηκαν τυχαίες ή με πρόθεση οξείες υπερδοσολογίες μονοθεραπείας της αρμπραζόλης σε ενήλικες ασθενείς με αναφερόμενες δόσεις που εκτιμώνται μέχρι και 1.260 mg χωρίς θανάτους. Το πιθανό ιατρικό σημαντικό σημείο και συμπτώματα που παρρατρήθηκαν περιελάμβαναν λήθαργο, αυξημένη ορθηριακή πίεση, υπνηλία, ταχυκαρδία, ναυτία, έμετο και διάρροια. Επιπλέον, έχουν ληφθεί αναφορές

τυχαίες υπερδοσολογίες σε μονοθεραπεία με αρμπραζόλη (μέχρι 195 mg) σε παιδιά χωρίς θανάτους. Το δυνατικό ιατρικώς σοβαρά σημεία και συμπτώματα που αναφέρθηκαν περιελάμβαναν υπνηλία, παροδική απώλεια συνείδησης και εξουπερμεμικά συμπτώματα.

Η αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας πρέπει να επικεντρώνεται στην υποστηρικτική θεραπεία, με διατήρηση της επάρκειας των αεραγωγών οδών, της οξυγόνοσης και του καλού αερισμού και της συμπτωματικής αντιμετώπισης. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα εμπλοκής πολλών φαρμακευτικών προϊόντων. Γ' αυτό θα πρέπει να ξεκινάει αμέσως καρδιαγγειακή παρακολούθηση και θα πρέπει να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση για την ανίχνευση πιθανών αρρυθμιών. Μετά από αποδοτικές διασωλημένη ή ύπνοτη υπερδοσολογία με αρμπραζόλη, ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται σε στενή ιατρική επίβλεψη και παρακολούθηση μέχρις ότου ανακαμψει.

Ενεργές άνθρακας (50 g) χορηγούμενες μια ώρα μετά την αρμπραζόλη, ελάττωσε τη C_{max} της αρμπραζόλης κατά 41% περίπου και την AUC κατά 51% περίπου, υποδεικνύοντας ότι ο άνθρακας μπορεί να είναι αποτελεσματικός στη θεραπεία της υπερδοσολογίας.

Αν και δεν υπάρχει πληροφορία για την επίδραση της αιμοκάθαρσης στην αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας με αρμπραζόλη, η αιμοκάθαρση είναι πιθανό να είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας επειδή η αρμπραζόλη είναι εκτεταμένα συνδεδεμένη με τις πρωτεΐνες του πλάσματος.

6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

6.1 Κατάλογος εκδόμων

ΔΙΣΚΙΑ 10 mg: Λακτόζη μονοϋδρική, Άμιλο αραβοσίτου, Μικροκρυσταλλική κυτταρίνη, Υδροϋπερμιλλική κυτταρίνη, Στεατικό γαϊνήσιο, Κόκκινο οξείδιο του σιδήρου (E172)

ΔΙΣΚΙΑ 15 mg: Λακτόζη μονοϋδρική, Άμιλο αραβοσίτου, Μικροκρυσταλλική κυτταρίνη, Υδροϋπερμιλλική κυτταρίνη, Στεατικό γαϊνήσιο, Κίτρινο οξείδιο του σιδήρου (E172)

ΔΙΣΚΙΑ 30 mg: Λακτόζη μονοϋδρική, Άμιλο αραβοσίτου, Μικροκρυσταλλική κυτταρίνη, Υδροϋπερμιλλική κυτταρίνη, Στεατικό γαϊνήσιο, Κόκκινο οξείδιο του σιδήρου (E172)

ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ 10 mg: Πυρικό σβέστιο, Καρμηλλόζη ντριούχος διαστυρωμένη, Κροσποιδίνη, Διοξείδιο του πυριτίου, Ξυλιτόλη, Μικροκρυσταλλική κυτταρίνη, Απαρτάμη (E951), Καλιόχος ακεσολληφμ, Βελτυτικό γέλης βανιλίη (περιλαμβανομένων βανιλίης και αιθυλοβανιλίης), Τρυικό οξύ, Στεατικό γαϊνήσιο, Κόκκινο οξείδιο του σιδήρου (E172)

ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ 15 mg: Πυρτικό σβέστιο, Καρμηλλόζη ντριούχος διαστυρωμένη, Κροσποιδίνη, Διοξείδιο του πυριτίου, Ξυλιτόλη, Μικροκρυσταλλική κυτταρίνη, Απαρτάμη (E951), Καλιόχος ακεσολληφμ, Βελτυτικό γέλης βανιλίη (περιλαμβανομένων βανιλίης και αιθυλοβανιλίης), Τρυικό οξύ, Στεατικό γαϊνήσιο, Κίτρινο οξείδιο του σιδήρου (E172)

ΠΟΞΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ: Αιθυλοδιανομινατετραοικό νάτριο, Φρουκτόζη, Γλυκερίνη, Γαλακτικό οξύ, Παρραϋοξυβενζοϊκάς μεθυλεστέρας (E218), Προπολυανωλικώλη, Παρραϋοξυβενζοϊκάς προπυλεστέρας (E216), Υδροξείδιο του νατρίου, Σακχαρώς, Ύδωρ κεκοσθαρμένο, Φωσκό βελτυτικό γέλης πορτακιά τύπου κρέμας με άλλα φυσικά βελτυτικά γέλης.

6.2 Ασυμπατότητες

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

6.3 Διάρκεια ζωής

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

6.4 Ιδιαίτερες προφυλαξίες κατά την φύλαξη του προϊόντος

ΔΙΣΚΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ: Φυλάσσετε στην αρχική συσκευασία για να προστατεύεται από την υγρασία.

ΠΟΞΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ: Δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες διατήρησης για το προϊόν αυτό.

6.5 Φύση και συστατικά του περιέκτη

ΔΙΣΚΙΑ: Διατήρητες ανά μονάδο δόση κυψέλες αλουμινίου σε κουτιά των 28 x 1 δισκίων.
ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ: Κουτί των 28 x 1 δισκίων σε δάτηρες κυψέλες μιας δόσης από αλουμινό ψαχύρες διαμόρφωσης.

ΠΟΞΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ: Φιάλης PET με πόμα ασφαλείας για τα παιδιά από πολυπροπυλένο, που περιέχουν 150 ml ανά φιάλη. Κάθε κουτί περιέχει 1 φιάλη και ένα βαθμονομημένο κύπελλο μέτρησης από πολυπροπυλένο και επίσης ένα βαθμονομημένο σταγονόμετρο πολυπροπυλενίου χαμηλής πυκνότητας πολυαιθυλενίου.

6.6 Ιδιαίτερες προφυλαξίες απόρριψης

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

7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.
Hunton House Highbridge Business Park, Oxford Road
Unbridge - Middlesex UB8 3HU - Ηνωμένο Βασίλειο

8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

ΔΙΣΚΙΑ 28 x 10 mg: EU/1/04/276/007
ΔΙΣΚΙΑ 28 x 15 mg: EU/1/04/276/012
ΔΙΣΚΙΑ 28 x 30 mg: EU/1/04/276/017
ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ 28 x 10 mg: EU/1/04/276/025
ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΔΙΣΚΙΑ 28 x 15 mg: EU/1/04/276/028
ΠΟΞΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ 1 mg/ml - 150 ml: EU/1/04/276/034

9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 4 Ιουνίου 2004
Ημερομηνία τελευταίας ανανέωσης: 4 Ιουνίου 2009

10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΡΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ

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

ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Για οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με το ABILIFY, παρακαλείετα να απευθυνθείτε στον τοπικό αντιπρόσωπο του Κατόχου της Άδειας Κυκλοφορίας: Bristol-Myers Squibb A.E., Αττικής 49-53 & Προποντιός 2, Τ.Κ. 152 35 Βρλήσσια, Αττική, ΤΘ 63883- Βρλήσσια Τ.Κ. 152 03, Αττική, Τηλ: 210 6074300 & 210 6074400, Φαξ 210 6074333, ΑΡ.Μ.Α.Ε. 62772/01ΑΤ/Β/07/148. ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ: **Abilify Tabs** bt 28 x 10mg: 132,59€, **Abilify OS** bt 28 x 15mg: 126,96€, **Abilify Tabs** bt 28 x 30mg: 225,75€, **Abilify disp. tabs** bt 28 x 10mg:134,56€, **Abilify disp. tabs** bt 28 x 15mg: 135,68€, **Abilify OS** 1mg/ml-150 ml: 158,02€. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΤΙΜΗ: **Abilify Tabs** bt 28 x 10mg: 80,23€, **Abilify Tabs** bt 28 x 15mg: 76,82€, **Abilify Tabs** bt 28 x 30mg:136,60€, **Abilify disp. tabs** bt 28 x 10mg: 81,42€, **Abilify disp. tabs** bt 28 x 15mg:82,10€, **Abilify OS** 1mg/ml-150 ml: 95,62€. ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΠΟ ΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ: 100%

Βοηθείστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή: Συμπληρώστε την **"ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"** Αναφέρατε: ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες Για τα ΝΕΑ ΦΑΡΜΑΚΑ [N](#)
Τις ΣΟΒΑΡΕΣ ανεπιθύμητες ενέργειες για τα ΓΝΩΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Bristol-Myers Squibb

Bristol-Myers Squibb A.E
Αττικής 49-53 & Προποντιός 2,
Τ.Κ. 152 35 Βρλήσσια, Αττική,
ΤΘ 63883- Βρλήσσια, Τ.Κ. 152 03, Αττική,
Τηλ. 210 6074300 & 210 6074400, Φαξ 210 6074333
ΑΡ.Μ.Α.Ε. 62772/01ΑΤ/Β/07/148.

ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ "ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ"

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

• Παρακαλώ συμπληρώστε/τσεκάρετε όλα τα σημεία του εντύπου

• Είδος εργασίας (σημειώστε με X):

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΥΝΤΟΜΟ ΑΡΘΡΟ

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

ΓΕΝΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

• Τίτλος εργασίας

• Ονοματεπώνυμα συγγραφέων

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

• Υπεύθυνος συγγραφέας για την αλληλογραφία

Ονοματεπώνυμο

Διεύθυνση

Τηλέφωνο Fax: E-mail:

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

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

4-5 λέξεις ευρητηρίου στα ελληνικά και στα αγγλικά

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

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

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



Υπογραφές συγγραφέων

Ημερομηνία

SUBMISSION FORM TO THE JOURNAL "PSYCHIATRIKI"

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

- Please check (with X) and complete the following

- Type of the article:

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

• Title of the paper

.....

.....

• Names and surnames of the authors

.....

.....

.....

• Institute where the work was conducted

.....

.....

• Author responsible for the correspondence

Name and surname

Address

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

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

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

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



Authors' signature

Date