



Katawpείtai kai perilambάνetai στα MEDLINE/PubMed, Index Copernicus, Google Scholar, EMBASE/Excerpta Medica, GFMER, CIRRIE, SCIRUS for Scientific Inf., EBSCOhost™ και στο latrotek

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση

της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

Διονυσίου Αιγινήτου 17, 3ος όροφος, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-77 58 410, Fax: 210-77 58 405

Εκδότης:

Βασίλης Κονταξάκης
E-mail: editor@psych.gr

Ιδιοκτήτης:

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επίτιμος πρόεδρος:

Γ.Ν. Χριστοδούλου

Πρόεδρος:

Β. Κονταξάκης

Αναπληρωτής προέδρου:

Δ. Πλουμπιδής

Μέλη:

Ι. Ζέρβας, Μ. Μαργαρίτη, Π. Φερεντίνος

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

M. Abou-Saleh (UK) H. Ghodse (UK)
H. Akiskal (USA) P. Gökalp (Turkey)
G. Alexopoulos (USA) G. Ikkos (UK)
N. Andreasen (USA) M. Kastrup (Denmark)
S. Bloch (Australia) K. Kirby (Australia)
N. Bouras (UK) V. Krasnov (Russia)
C. Höschl (Czech Rep.) D. Lecic-Tosevski (Serbia)

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

PSYCHIATRICKI

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

Γραμματεία ΕΨΕ:

Υπεύθυνη: Ε. Γκρέτσα
Τηλ.: 210-72 14 148, Fax: 210-72 42 032
E-mail: psych@psych.gr, Ιστοσελίδα: www.psych.gr

Εργασίες για δημοσίευση, επιστολές, βιβλία για παρουσίαση να απευθύνονται στον Πρόεδρο της Συντακτικής Επιτροπής:

Διονυσίου Αιγινήτου 17, 3ος όροφος, 115 28 Αθήνα

Ετήσιες συνδρομές:

Εσωτερικού € 40,00
Εξωτερικού \$ 80,00 + ταχυδρομικά
Καταβάλλονται με επιταγή στον ταμία της ΕΨΕ:
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

Τα μέλη της Εταιρείας δεν υποχρεούνται σε καταβολή συνδρομής

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ
EN ISO 9001:2000



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

Υπεύθυνος τυπογραφείου

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

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

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

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



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

HELLENIC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

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

EXECUTIVE COUNCIL

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

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Μέλη: Ι. Πιτταράς
Α. Δουζένη
Γ. Γιαννιός

DISCIPLINARY COUNCIL

Members: I. Pittaras
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. Αθανasiάδης

MACEDONIA

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

ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

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

CENTRAL GREECE

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

ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ

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

NORTHWESTERN GREECE

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

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

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

PELOPONNESUS

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

ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΤΑΝΙΑΣ

Πρόεδρος: Γ. Ίκκος
Γραμματέας: Ν. Χριστοδούλου
Ταμίας: Π. Λέκκος

GREAT BRITAIN

Chairman: G. Ikkos
Secretary: N. Christodoulou
Treasurer: P. Lekkos



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: Λ. Μαρκάκη
Γραμματείς: Β. Τσιπας, Δ. Λέννας

ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Α. Μιχοπούλου
Γραμματείς: Γ. Γαρυφαλλός, Σ. Θεοδωροπούλου

ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ

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

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Πρόεδρος: Λ. Αθανασιάδης
Γραμματείς: Κ. Παπασταμάτης, Α. Κώνστα

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ - ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Μ. Συγγελάκης
Γραμματείς: Α. Βιδάλης, Θ. Υφαντής

ΤΕΧΝΗΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Σ. Κρασανάκης
Γραμματείς: Ηλ. Βλάχος, Χ. Γιαννουλάκη

ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

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

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Ρ. Γουρνέλης
Γραμματείς: Ν. Δέγλερης, Ι. Μιχόπουλος

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΠΙΑΣ

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

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ

Πρόεδρος: Ι. Γκιουζέπας
Γραμματείς: Α. Αυγουστήδης, 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. Pappos

VIOLENT BEHAVIORS

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

BIOLOGICAL PSYCHIATRY

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

PRIVATE PSYCHIATRY

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

HISTORY OF PSYCHIATRY

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

SOCIAL PSYCHIATRY

Chairman: A. Michopoulou
Secretaries: G. Garyfallos, S. Theodoropoulou

SUBSTANCE ABUSE

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

CHILD PSYCHIATRY

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

PREVENTIVE PSYCHIATRY

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

SEXUALITY AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS

Chairman: L. Athanasiadis
Secretaries: K. Papastamatis, A. Konsta

CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY & PSYCHOSOMATICS

Chairman: M. Syngelakis
Secretaries: A. Vidalis, Th. Yfantis

ART & PSYCHIATRY

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

TELEPSYCHIATRY

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

FORENSIC PSYCHIATRY

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

PSYCHOGERIATRICS

Chairman: R. Gournellis
Secretaries: N. Degleris, J. Michopoulos

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. Giouzepas
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

Φάρμακα, Επιστήμη και Πολιτική: Ένας δύσκολος συμβιβασμός

Ζ. Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη..... 291

Ερευνητική εργασία

Αξιοπιστία της Ελληνικής έκδοχής του ερωτηματολογίου διερεύνησης των διαταραχών διατροφής (EDE-Q) σε δείγμα εφήβων μαθητών

Σ. Πλιατσκίδου, Μ. Σαμακουρή, Ε. Καλαμάρα, Χ. Γουλεμτζάκης, Κ. Κουτρούβη, Ε. Παπαγεωργίου, Μ. Λειβαδίτης 295

Ανασκόπηση

Υπερκινητικό σύνδρομο ή διπολική διαταραχή στην παιδική ηλικία;

Ε. Λαζαράτου 304

Ειδικά άρθρα

Γονεϊκή ικανότητα μητέρων με σχιζοφρένεια

Α. Αρβανίτη, Α. Σπυροπούλου, Ι. Ζέρβας 314

Η χρήση της πληροφορικής στην Ψυχιατρική

Μ. Μαργαρίτη, Γ.Ν. Παπαδημητρίου 322

Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας στους πληθυσμούς των αστέγων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Π. Χονδράκη, Μ. Μαδιανός, Γ.Ν. Παπαδημητρίου 334

Ψυχική νόσος σε δύο συνθέτες κλασικής μουσικής

Λ. Ρεμπελάκος, Ε. Πουλάκου-Ρεμπελάκου, Δ. Πλουμπίδης 344

Προσεχείς Επιστημονικές εκδηλώσεις 355

Οδηγίες για τους συγγραφείς..... 356



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

Medications, Science and Politics: A difficult compromise

Z. Papadopoulou-Daifoti..... 291

Research article

Reliability of the Greek version of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in a sample of adolescent students

S. Pliatskidou, M. Samakouri, E. Kalamara, C. Goulemtzakis, K. Koutrouvi, E. Papageorgiou, M. Livadites..... 295

Review

Attention-deficit hyperactivity disorder or bipolar disorder in childhood?

H. Lazaratou 304

Special articles

Parenting capacity of mothers with schizophrenia

A. Arvaniti, A. Spyropoulou, I. Zervas 314

Use of informatics technology in psychiatry

M. Margariti, G.N. Papadimitriou..... 322

Studies of psychopathology of homeless individuals in European Countries

P. Chondraki, M. Madianos, G.N. Papadimitriou 334

Mental disease in two classical music composers

L. Rempelakos, E. Poulakou-Rebelakou, D. Ploumpidis 344

Future scientific meetings 354

Instructions to contributors..... 358

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Φάρμακα, Επιστήμη και Πολιτική: Ένας δύσκολος συμβιβασμός

Ψυχιατρική 2012, 23:291–294

Η θέση των φαρμάκων, μέσα στο φάσμα των δραστηριοτήτων που έχουν ως στόχο την προστασία και την προαγωγή της δημόσιας υγείας, είναι σημαντική και αδιαμφισβήτητη. Υπολογίζεται ότι η χρήση των νέων-καινοτόμων φαρμάκων στις δεκαετίες του '80 και του '90 αύξησε κατά 40% το προσδόκιμο επιβίωσης.^{1,2}

Οι Δημόσιες Αρχές που χαράσσουν τη φαρμακευτική πολιτική έχουν ή θα έπρεπε να έχουν ως βασικό στόχο την απρόσκοπτη και ισότιμη πρόσβαση των ασθενών στα κατάλληλα (ασφαλή και δραστικά) φάρμακα συμπεριλαμβανομένων και των νεοτέρων, ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου. Παρόλο που το φάρμακο αποτελεί διαχρονικό κοινωνικό αγαθό συγχρόνως ενέχει συγκεκριμένη οικονομική επιβάρυνση. Οι αυξανόμενες απαιτήσεις υγειονομικής περίθαλψης και η σημερινή οικονομική κρίση, καθιστούν επιτακτική την ανάγκη εκτίμησης και μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης. Σε πρόσφατες μελέτες του ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) βρέθηκε μεταξύ 1995 και 2005, 4,6% μέση ετήσια αύξηση της φαρμακευτικής κατά κεφαλήν δαπάνης,³ ενώ από το 2000 και μετά, η μέση φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε κατά 50% σε πραγματικούς όρους.⁴

Για την αντιμετώπιση του φαινομένου αποφασίστηκε ο εξορθολογισμός των δαπανών υγείας, η αύξηση της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων, και ο καθορισμός προτεραιοτήτων όπως: (α) η προώθηση καινοτόμων φαρμάκων με αποδεδειγμένη προστιθέμενη θεραπευτική αξία (β) η ορθολογική συνταγογράφηση βάσει κανόνων που στοχεύουν στο βέλτιστο κλινικό αποτέλεσμα με το μικρότερο κόστος και (γ) η εκτεταμένη χρήση των γενοσήμων φαρμάκων με χαμηλότερη τιμή.

Τα γενόσημα (generics), ουσιαστικά όμοια πρωτοτύπων φαρμάκων μικρού μοριακού βάρους και τα βιοϊσοδύναμα (biosimilars), παρόμοια με πρωτότυπα φάρμακα μεγάλου μοριακού βάρους, είναι φαρμακευτικά σκευάσματα που κυκλοφορούν μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας των πρωτοτύπων φαρμάκων. Η συνολική διάρκεια προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας από την αρχή της παραγωγικής διαδικασίας είναι περίπου 20 έτη. Περιέχουν την ίδια δραστική ουσία ή συνδυασμό δραστικών, κυκλοφορούν στην ίδια μορφή, με την ίδια συγκέντρωση, ενώ μπορεί να διαφέρουν στα έκδοχα, χρώμα, σχήμα ή και στην παραγωγική διαδικασία. Επιτρέπεται η κυκλοφορία τους είτε με εμπορική ονομασία (branded generics) είτε με κοινόχρηστη ονομασία (non branded generics) με ακόμα χαμηλότερη τιμή.

Τα γενόσημα φάρμακα κυκλοφορούν για περίπου έναν αιώνα, ενώ με τη σημερινή τους μορφή κυκλοφορούν από το 1960. Το 1984 οι ΗΠΑ με τη νομοθετική ρύθμιση Hatch-Waxman Act, επιβάλλουν στον FDA τον έλεγχο όλων των κυκλοφορούντων γενοσήμων με μελέτες βιοϊσοδυναμίας, ενώ επιτρέπουν στη φαρμακευτική βιομηχανία των γενοσήμων την κυκλοφορία τους χωρίς τη διεξαγωγή κλινικών μελετών, βασιζόμενοι στην κλινική εμπειρία από τη χρήση των πρωτοτύπων. Οι μελέτες βιοϊσοδυναμίας συγκρίνουν τη βιοδιαθεσιμότητα δύο φαρμακευτικών σκευασμάτων (του γενοσήμου και του πρωτοτύπου). Στην ουσία γίνεται μέτρηση και σύγκριση της μέγιστης συγκέντρωσης των δύο φαρμάκων στον ορό (C_{max}) και του χρόνου που απαιτείται για την επίτευξη της μέγιστης συγκέντρωσης (T_{max}). Τα αποτελέσματα αυτά εκφράζονται γραφικά με μία καμπύλη και προσδιορίζεται η περιοχή κάτω από την καμπύλη (Area under the curve-AUC). Οι μελέτες βιοϊσοδυναμίας γίνονται με μία μόνο δόση του φαρμάκου σε 12 ή 24 ή 32 υγιείς εθελοντές και διενεργούνται πολλαπλές αιμοληψίες. Για να είναι βιοϊσοδύναμα τα συγκρινόμενα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα, ο λόγος των AUC (γενόσημο/πρωτότυπο) σε διάστημα εμπιστοσύνης (ΔΕ) 90% πρέπει να βρίσκεται μεταξύ 0,8–1,25 ορίων εμπιστοσύνης. Τα όρια εμπιστοσύνης είναι ένα εύρος τιμών πάνω και κάτω από τον δειγματικό μέσο όρο μέσα στον οποίο έχουμε εμπιστοσύνη ότι θα συμπίσει η άγνωστη παράμετρος. Η εμπιστοσύνη εκφράζεται με μια πιθανότητα, συνήθως 90%, 95%, 99%, ενώ τα όρια εμπιστοσύνης είναι ασύμμετρα γιατί χρησιμοποιούνται οι λογάριθμοι των δεδομένων. Ισχυρισμοί ότι τα όρια εμπιστοσύνης μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορές μεγέθους 45% είναι λάθος διότι ο μέσος όρος των τιμών είναι συνήθως κοντά στο 100%. Εάν είναι κοντά στο 80% ή στο 125% θα πρέπει οι τιμές να είναι παρόμοιες διαφορετικά δεν θα emπίπτουν στο ΔΕ 90%.

Οι επιφυλάξεις που εκφράζονται σχετικά με την έκλυση ιδιοσυγκρασιακών αντιδράσεων στα διαφορετικά έκδοχα των γενοσήμων, είναι βάσιμες, αλλά η πιθανότητα εμφάνισης είναι σπάνια και το πρόβλημα δεν εντοπίζεται μόνο στα γενόσημα αλλά και στα πρωτότυπα φάρμακα, εάν γίνει αλλαγή εκδόχων.⁵

Η εμπειρία από την πολυετή χρήση των γενοσήμων δείχνει ότι η αντικατάσταση των πρωτοτύπων από τα γενόσημα είναι ασφαλής κυρίως για φάρμακα υψηλού έως μέσου θεραπευτικού εύρους. Γενικότερα μετά την επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος με συγκεκριμένο γενόσημο καλόν είναι να αποφεύγεται η ανταλλαξιμότητα με άλλο γενόσημο. Αντίθετα η ανταλλαξιμότητα πρωτοτύπων φαρμάκων στενού θεραπευτικού εύρους από γενόσημα μπορεί να είναι επισφαλής, διότι μικρές μεταβολές στις συγκεντρώσεις στο αίμα μπορεί να οδηγήσουν είτε σε μειωμένη θεραπευτική απάντηση, είτε σε τοξικότητα. Ο FDA αλλά και οι περισσότεροι Ευρωπαϊκοί οργανισμοί ελέγχου των φαρμάκων έχουν ήδη καθορίσει περισσότερα από 25 φάρμακα στενού θεραπευτικού εύρους που ανήκουν σε διαφορετικές θεραπευτικές κατηγορίες, όπως φάρμακα του καρδιαγγειακού, φάρμακα για θρομβοεμβολικά επεισόδια, αντιεπιληπτικά, αντικαταθλιπτικά, αντιασθματικά κ.ά., στα οποία η αντικατάσταση από γενόσημα δεν συνιστάται. Στην κατηγορία αυτή εμπίπτουν φάρμακα όπως η καρβαμαζεπίνη, το λίθιο, διγοξίνη, λεβοθυροξίνη, φαιντοϊνη, θεοφυλλίνη, κυκλοσπορίνη, βαρφαρίνη, φαιντανύλη και διάφορα άλλα ανοσοκατασταλτικά.⁶⁻⁸ Πέραν από τις οδηγίες των ελεγκτικών φορέων, είναι επιβεβλημένο για την επίτευξη του βέλτιστου θεραπευτικού αποτελέσματος, με τα περισσότερα από τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας, γενόσημα ή πρωτότυπα, να διενεργείται προσδιορισμός των επιπέδων τους στο πλάσμα, ώστε να εξατομικεύεται το δοσολογικό σχήμα.

Αξίζει να επισημανθούν οι σοβαρές επιφυλάξεις που διατυπώνονται για τα βιοϊσοδύναμα φάρμακα, τα οποία είναι παρόμοια με τα πρωτότυπα βιολογικά προϊόντα (συνήθως ανασυνδυασμένες πρωτεΐνες) και των οποίων το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας έχει λήξει. Ήδη έξι τέτοια προϊόντα έχουν εγκριθεί από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA), όπως τα βιοϊσοδύναμα της σωματοτροπίνης, της αυξητικής ορμόνης, της ερυθροποιητίνης και του παράγοντα διέγερσης αιμοκυττάρων. Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την έγκριση τέτοιων προϊόντων είναι αυστηρότερες και οι παρασκευαστές καλούνται να παρέχουν ισοδύναμα στοιχεία ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας αλλά και κλινικές μελέτες που θα διασφαλίζουν τη μη επαγωγή ανοσογονικότητας.^{9,10}

Οι πωλήσεις των γενοσήμων φαρμάκων στις χώρες της ΕΕ έφθασαν το 2006 τα 21,6 δισεκατομμύρια €, ενώ η κατανάλωσή τους διαφοροποιείται στην κάθε χώρα και συνδέεται άμεσα με τις διαφορετικές εθνικές νομοθετικές ρυθμίσεις. Μία από τις μεθόδους προώθησης των γενοσήμων που χρησιμοποιείται ευρύτατα από τις ευρωπαϊκές χώρες είναι και η συνταγογράφηση με την κοινόχρηστη ονομασία. Το μέτρο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί από 22 χώρες μέλη της ΕΕ, σε εθελοντική βάση. Σε 4 χώρες, Εσθονία, Λιθουανία, Πορτογαλία και Ρουμανία, είναι υποχρεωτικό. Σε 21 χώρες οι φαρμακοποιοί επιτρέπεται να αντικαθιστούν τα πρωτότυπα φάρμακα με φθηνότερα γενόσημα ενώ σε 6 χώρες (Δανία, Γερμανία, Φινλανδία, Μάλτα, Σουηδία και Σλοβακία) είναι υποχρεωτικό, εκτός εάν ο ιατρός ή ο ασθενής έχουν αντίθετη άποψη και αυτή πρέπει να εμπίπτει σε καταστάσεις που έχουν πλήρως διευκρινιστεί από τις υπεύθυνες αρχές.¹¹

Παρόλη τη μακροχρόνια εμπειρία των περισσότερων χωρών με την αντικατάσταση των πρωτοτύπων φαρμάκων από τα γενόσημα, το θέμα συνεχίζει να προκαλεί επιστημονικές και πολιτικές αντιθέσεις τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη.¹²

Μία ψύχραιμη προσέγγιση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η αντικατάσταση με γενόσημα φάρμακα είναι θεραπευτικά ισοδύναμη στις περισσότερες περιπτώσεις, εκτός εάν ο ιατρός με επιστημονικά τεκμηριωμένα κριτήρια θεωρήσει ότι για τον συγκεκριμένο ασθενή δεν είναι αποδεκτή. Τα κριτήρια πρέπει να συνδέονται με την επίτευξη του άριστου θεραπευτικού αποτελέσματος, την αποφυγή ανεπιθυμητών ενεργειών και τη βέλτιστη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία.

Τέλος η επιτυχής έκβαση της φαρμακοθεραπείας συνδέεται άμεσα με τις γνώσεις του ιατρού και με την ανάπτυξη της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του θεράποντος και του θεραπευομένου.

Ζωή Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη

Καθηγήτρια Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Βιβλιογραφία

- Grootendorst P, Pierard E, Shim M. Life-expectancy gains from pharmaceutical drugs: A critical appraisal of the literature. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009, 9:353-364
- Lichtenberg F. The Impact of New Drug Launches on Longevity: Evidence from Longitudinal, Disease-Level Data from 52 Countries, 1982-2001. *International J Health Care Finance and Economics*, Springer, 2005, 5:47-73
- Organization for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, France, 2007
- OECD (homepage on the Internet). Health Database 2010. Available from: www.oecd.org/document
- Birkett DJ, Generics-equal or not? *Austr Prescrib* 2003, 26:85-87
- Report 2 of the Council on Science and Public Health (A-07) Generic Substitution of Narrow Therapeutic Index Drugs (Resolution 527, A-06) (Reference Committee E) European Medicines Agency, 2003
- Kesselheim AS, Misono AS, Lee JL, Stedman MR, Brookhart MA, Choudry NK et al. Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2008, 300:2514-2526
- Kesselheim AS, Stedman MR, Bubrick EJ, Gagne JJ, Misono AS, Lee JL et al. Seizure Outcomes Following Use of Generic vs. Brand-Name Antiepileptic Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs* 2010, 70:605-621
- Guideline on similar biological medicinal products. November 2004. Available <http://www.ema.europa.eu/pdfs/human/biosimilar/043704en.pdf> (last assessed 5 July 2010)
- Hughes DA. Biosimilars: evidential standards for health technology assessment. *Clin Pharmacol Ther* 2010, 87:257-261
- Vogler S, Zimmermann N, Leopold C, de Joncheere K. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Med Review* 2011, 4:22-32
- Wechsler J. Debate and Estimates Rise Over Medicare Drug Benefit. *Pharmaceutical Executive* 2002, 22:21

Editorial

Άρθρο Σύνταξης

Medications, Science and Politics: A difficult compromise

Psychiatriki 2012, 23:291–294

Medicines have significantly contributed to the improvement of the health status of population over time. Moreover the use of new medicines accounted for a 40% increase in life expectancy during the 1980s and 1990s.^{1,2}

From a public health perspective, the main goal in the pharmaceutical sector is that of making readily accessible efficacious, high quality and safe medicines, including the more recent and innovative ones, to all those who need them, regardless of their income or social status. Nevertheless the importance of medicines to population health has been accompanied by rising pharmaceutical expenditure, thus putting pressure on health care expenditure. The countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development witnessed a 4,6% annual average growth in pharmaceutical expenditure per capita from 1995 to 2005.³ Since 2000, average spending on pharmaceuticals has risen by almost 50% in real terms.⁴

The EU Member States have to consider how resources available for pharmaceutical and other means of health care can be prioritised to best effect. In this context the main objectives to be pursued include: (a) the promotion of innovative medicines with added therapeutic value (b) improving the clinical and cost effectiveness of prescription medicines (c) more extensive use, where appropriate, of low cost generic drugs.

Innovative drugs have a patent that extends protection, usually for a period of 20 years. Once the patent expires, pharmaceutical companies can manufacture a generic or biosimilar product. Generic and biosimilar drugs must be chemically equivalent to their brand-name counterparts in terms of active ingredients but may differ in peripheral features, such as excipients, color or shape, and the specific manufacturing process. Drugs prescribed generically may be dispensed as either a branded product or a lower cost nonbranded one.

Generics have existed throughout the history of the pharmaceutical industry, but modern generics firms emerged only in the mid 1960s. The 1984 US Drug Price Competition and Patent Restoration (Hatch-Waxman) Act was the decisive moment in the development of the generics industry. The Hatch-Waxman Act first authorized the FDA to approve generic drugs demonstrated to be "bioequivalent," which is defined as absence of a significant difference in the availability of the active ingredient at the site of drug action. Bioequivalency can be established on the basis of the maximum serum concentration of the drug, the time until maximum concentration is reached, or the area under the curve based on serum concentration as a function of time. Bioequivalence is usually assessed by single dose in vivo studies in 12-24-36 healthy volunteers. The reference product is usually the innovator product. The regulatory limits applied are that the 90% confidence intervals for the ratios (test: reference) of the areas under the drug concentration versus time curves (AUC ratio) and the maximum plasma drug concentrations (C_{max} ratio) must fall between 80% and 125%. (The confidence limits are asymmetrical because log transformed data are used in the comparison.) The times to maximum plasma concentration (T_{max}) for the test and reference product should also be similar.

It is sometimes claimed that the 80 to 125% limit means there can be a 45% variation between the new product and the reference product, but this is not really the case. The average ratio (point estimate) is usually reasonably close to 100% and this is the value of maximum likelihood for the comparison. If the average ratio is close to the 80 or 125% regulatory limits then the data would have to be very tight indeed to prevent the 90% confidence intervals falling outside the regulatory boundaries.

One valid concern in relation to generics is that individual patients could have idiosyncratic sensitivity to excipients such as colourings that are in the generic but not innovator product. This can occur, but is very rare and is not a problem limited to generics. Changes of excipients in innovator products could cause similar adverse effects.⁵

Physicians should know that brand to generic substitution is acceptable for drugs with high-medium therapeutic index. Therefore, after a clinical result was obtained using a specific generic drug, patient should be instructed about the need not to change it.

By definition, generic substitution is not applicable for drugs with narrow therapeutic index (NTI). NTI drugs present small differences between the effective and toxic doses. Small variations in concentration of these drugs can result in an insufficient therapeutic response or toxic appearance. FDA indicates over 25 NTI drugs used in various therapeutic indications: heart failure, thrombo-embolism, seizures, asthma, depression, thyroid dysfunction. Examples of drugs with NTI or critical dose drugs are: carbamazepine, lithium, digoxin, levothyroxine, phenytoin, theophylline, cyclosporine, warfarin, fentanyl, and immunosuppressants.⁶⁻⁸ For many drugs, especially those with a narrow therapeutic range, therapeutic drug concentration or pharmacodynamic monitoring is necessary to assure the desired clinical response. Such monitoring is necessary irrespective of whether the drug is a brand name or generic product.

Another serious concern arises with biosimilar medicines which are alternatives to biological medicinal products (typically recombinant therapeutic proteins) whose patents have expired. Six such products have been granted market authorization in the European Union, including those for somatropin, growth hormone, erythropoietin and granulocyte colony stimulating factor. Consequently, the European Medicines Agency (EMA) has stipulated that approval or licensing of each of these products has to be based on evaluation of full sets of independent data, including a post-marketing pharmacovigilance plan to monitor safety and any immunological responses.^{9,10} This requirement is stricter than the evidence on bioequivalence required for the licensing of small molecule generic drugs.

The generic medicines market in the EU amounted to approximately € 21.6 billion in 2006. The share of generic medicines varies greatly across the EU, mostly due to health care legislation differences between the individual countries. A widely-used approach to promote generics in European countries is the introduction of demand-side measures, notably generics substitution and International Non Proprietary Name (INN) prescribing. This measure exists in 22 EU Member States. In four countries (Estonia, Lithuania, Portugal and Romania) INN prescribing is mandatory. In 21 EU Member States pharmacists may substitute an equivalent generic. In six countries (Denmark, Germany, Finland, Malta, Sweden and Slovakia) pharmacists are obliged to apply generic substitution-unless the patient or doctor opposes substitution, the latter only being possible under clearly defined conditions.¹¹

The regulation of generics continues to give rise to extensive legal and political wrangling in the US, Europe and elsewhere.¹² Generic substitution is standard practice in most EEC countries, however, there are cases where generic prescribing may not be appropriate, and in these cases drugs should be prescribed by brand name to avoid potential lack of effect, adverse effects due to toxicity or poor patient understanding, co-operation and adherence.

It is up to physicians to remain current with the latest information regarding medications. The doctor-patient relationship has been and remains a keystone of successful therapy.

Zeta Papadopoulou-Daifoti

Professor of Pharmacology, Medical School, University of Athens

References

- Grootendorst P, Pierard E, Shim M. Life-expectancy gains from pharmaceutical drugs: A critical appraisal of the literature. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009, 9:353-364
- Lichtenberg F. The Impact of New Drug Launches on Longevity: Evidence from Longitudinal, Disease-Level Data from 52 Countries, 1982-2001. *International J Health Care Finance and Economics, Springer*, 2005, 5:47-73
- Organization for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, France, 2007
- OECD (homepage on the Internet). Health Database 2010. Available from: www.oecd.org/document
- Birkett DJ, Generics-equal or not? *Austr Prescrib* 2003, 26:85-87
- Report 2 of the Council on Science and Public Health (A-07) Generic Substitution of Narrow Therapeutic Index Drugs (Resolution 527, A-06) (Reference Committee E) European Medicines Agency, 2003
- Kesselheim AS, Misono AS, Lee JL, Stedman MR, Brookhart MA, Choudry NK et al. Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2008, 300:2514-2526
- Kesselheim AS, Stedman MR, Bubrick EJ, Gagne JJ, Misono AS, Lee JL et al. Seizure Outcomes Following Use of Generic vs. Brand-Name Antiepileptic Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs* 2010, 70:605-621
- Guideline on similar biological medicinal products. November 2004. Available <http://www.ema.europa.eu/pdfs/human/biosimilar/043704en.pdf> (last assessed 5 July 2010)
- Hughes DA. Biosimilars: evidential standards for health technology assessment. *Clin Pharmacol Ther* 2010, 87:257-261
- Vogler S, Zimmermann N, Leopold C, de Joncheere K. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Med Review* 2011, 4:22-32
- Wechsler J. Debate and Estimates Rise Over Medicare Drug Benefit. *Pharmaceutical Executive* 2002, 22:21

Ερευνητική εργασία Research article

Αξιοπιστία της Ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου διερεύνησης των διαταραχών διατροφής (EDE-Q) σε δείγμα εφήβων μαθητών

Σ. Πλιατσκίδου,¹ Μ. Σαμακουρή,² Ε. Καλαμάρα,² Χ. Γουλεμτζάκης,¹
Κ. Κουτρούβη,¹ Ε. Παπαγεωργίου,¹ Μ. Λειβαδίτης²

¹Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ορεστιάδας, Ορεστιάδα

¹Τμήμα Ιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Ψυχιατρική 2012, 23:295–303

Ο επιπολασμός των διαταραχών πρόσληψης τροφής έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Ως εκ τούτου, παρατηρείται αυξανόμενο κλινικό και ερευνητικό ενδιαφέρον για την πρώιμη ανίχνευσή τους, με κατάλληλα ερωτηματολόγια. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της αξιοπιστίας της ελληνικής εκδοχής του Ερωτηματολογίου διερεύνησης διαταραχών διατροφής (EDE-Q, έκδοση 6.0), σε εφήβους μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Πρόκειται για ένα αυτοχορηγούμενο ερωτηματολόγιο με το οποίο αξιολογούνται στάσεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Αποτελείται από 28 ερωτήσεις. Βαθμολογούνται τόσο το συνολικό σκορ και οι 4 υποκλίμακες του ερωτηματολογίου (περιορισμός, ανησυχία για τη διατροφή, ανησυχία για το σχήμα του σώματος, ανησυχία για το βάρος του σώματος) όσο και η συχνότητα εμφάνισης επεισοδίων 6 τύπων διαταραγμένης συμπεριφοράς διατροφής (κατανάλωση ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής, καταναγκαστική άσκηση κ.λπ.). Διακόσιοι πενήντα επτά μαθητές (133 κορίτσια και 124 αγόρια) Γυμνασίων και Λυκείων του βορείου Έβρου, ηλικίας $16,1 \pm 1,4$ ετών, ζυγίσθηκαν, μετρήθηκε το ύψος τους, κατέγραψαν τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και συμπλήρωσαν δύο φορές, το EDE-Q, σε χρονικό διάστημα διαμέσου τιμής 34 ημερών. Υπολογίσθηκαν: (α) η εσωτερική συνάφεια του ερωτηματολογίου (συντελεστής Cronbach's alpha) στις δύο χρονικές στιγμές, τόσο για τις υποκλίμακες όσο και για το συνολικό σκορ και (β) η αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης: (i) με τους συντελεστές ενδοταξικής συσχέτισης (ICC) και Pearson για τις υποκλίμακες και το συνολικό σκορ καθώς και (ii) με τον συντελεστή συσχέτισης Kendal's tau b για τη συχνότητα των επεισοδίων διαταραγμένης συμπεριφοράς διατροφής. Οι συντελεστές εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha για τις υποκλίμακες και το συνολικό σκορ του EDE-Q κυμαίνονται από 0,71 έως 0,91. Όσον αφορά την αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης του ερωτηματολογίου: (i) για τις υποκλίμακες και το συνολικό σκορ, οι μεν ICC κυμαίνονται από 0,55 έως 0,70 οι δε συντελεστές Pearson κυμαίνονται από 0,58 έως 0,73 και (ii) για τις ερωτήσεις που αφορούν τη συχνότητα παθολογικών συμπεριφορών οι συντελεστές Kendal's tau κυμαίνονται από 0,22 έως 0,57. Όλες οι ανωτέρω συσχετίσεις που αφορούν στην αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης του ερωτηματολογίου ήταν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,001. Η ελληνική εκδοχή του EDE-Q (έκδοση 6.0) παρουσιάζει ικανοποιητικές αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης και εσωτερική συνάφεια.

Λέξεις ευρητηρίου: Διαταραχές πρόσληψης τροφής, ερωτηματολόγιο διερεύνησης διαταραχών διατροφής (EDE-Q), αξιοπιστία, έφηβοι, μαθητές.

Εισαγωγή

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) αποτελούν μια ομάδα ψυχικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραγμένες συμπεριφορές σε σχέση με την πρόσληψη τροφής και έντονη ενασχόληση με το σωματικό βάρος και την εικόνα του σώματος. Προσβάλλουν κυρίως άτομα εφηβικής και νεαρής ηλικίας, συνήθως γυναικείου φύλου, έχουν μια χρόνια πορεία με σημαντική έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, αρκετά συχνά συνυπάρχουν με άλλες ψυχικές διαταραχές, τα αίτιά τους είναι ασαφή ενώ η θεραπεία τους είναι δύσκολη, δαπανηρή και πολλές φορές αναποτελεσματική.¹ Επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν αύξηση της εξάπλωσης των ΔΠΤ, ιδιαίτερα στις δυτικού τύπου βιομηχανοποιημένες κοινωνίες.^{2,3} Η έγκαιρη διάγνωση και η πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση (με άλλα λόγια η δευτερογενής πρόληψη) μπορεί να συμβάλουν σε καλύτερη πρόγνωση.

Αν και είναι γενικά αποδεκτό ότι η κλινική συνέντευξη αποτελεί τον «χρυσό κανόνα» για τη διάγνωση και την αξιολόγηση της σοβαρότητας των ΔΠΤ⁴ ωστόσο, η ειδική εκπαίδευση που απαιτείται και ο χρόνος που χρειάζεται για τη διεξαγωγή της αποτρέπουν την ευρύτερη χρήση της σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες στο πλαίσιο της έρευνας ή για την εφαρμογή προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης. Σε αυτές τις περιπτώσεις προτιμώνται ως πιο εύχρηστα τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι αυτά, στην περίπτωση των ΔΠΤ, επιτρέπουν στο άτομο να αναφερθεί σε συμπεριφορές και στάσεις που αντιλαμβάνεται ως κοινωνικά μη αποδεκτές και τις οποίες είναι ενδεχόμενο να αποκρύψει κατά τη διάρκεια συνέντευξης.⁵

Διάφορα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς έχουν δημιουργηθεί με σκοπό την αξιολόγηση της παθολογικής διατροφικής συμπεριφοράς τόσο στο πλαίσιο της κλινικής πρακτικής όσο και στον γενικό πληθυσμό και τα οποία γενικά αποδείχτηκαν αποτελεσματικά στην αναγνώριση των πιθανών περιπτώσεων ΔΠΤ. Πληροφοριακά αναφέρουμε τα ακόλουθα: EAT-26 (Eating Attitude Test),⁶ EDI (Eating Disorder Inventory),⁷ Eating Disorder Examination-Questionnaire⁸ και πιο πρόσφατα το EDDS (Eating Disorder Diagnostic Scale).⁹ Στην Ελλάδα έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες έρευνες, το πιο δημοφιλές από τα ανωτέρω ερωτηματολόγια, το EAT-26¹⁰⁻¹⁷ και λιγότερο συχνά το EDI.¹⁰ Στα μειονεκτήματα των EDI και EAT περιλαμβάνεται το ότι οι ερωτήσεις τους δεν

αφορούν σε κάποια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και επιπλέον ότι αυτά δεν προσφέρουν τη δυνατότητα αξιολόγησης της συχνότητας με την οποία απαντώνται οι παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τις ΔΠΤ.¹⁸

Το ερωτηματολόγιο διερεύνησης διαταραχών διατροφής (EDE-Q) σχεδιάστηκε για να αντιμετωπίσει τις ανωτέρω αδυναμίες. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αξιολογεί όλο το εύρος της ψυχοπαθολογίας που χαρακτηρίζει τις ΔΠΤ⁸ και είναι το μόνο που χρησιμοποιεί τα κριτήρια του DSM-IV για τον προσδιορισμό της υπερφαγίας.^{19,20} Προέρχεται από την ημιδομημένη κλινική συνέντευξη EDE, που σχεδιάστηκε το 1987 από τους Cooper και Fairburn και η οποία αποτελεί έως σήμερα την πρώτη προτεινόμενη μέθοδο αξιολόγησης των ΔΠΤ.²¹ Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του EDE-Q μελετήθηκαν σε διάφορες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε ασθενείς.²²⁻²⁹ Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών υποδεικνύουν ότι το EDE-Q αντικαθιστά κατάλληλα την κλινική συνέντευξη στην αξιολόγηση της συμπτωματολογίας που χαρακτηρίζει τις ΔΠΤ. Φαίνεται επίσης, ότι το EDE-Q είναι ιδανικό εργαλείο για τις επιδημιολογικές έρευνες που πραγματοποιούνται σε δύο φάσεις.³⁰ Από την κατασκευή του έως σήμερα έχουν κυκλοφορήσει διάφορες εκδοχές του EDE-Q με 41,²² 38^{31,32} και 36^{33,34} ερωτήσεις. Η τελευταία του εκδοχή, η EDE-Q 6.0, περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις.³⁵

Στην Ελλάδα έχει χρησιμοποιηθεί το EDE-Q 4.0 (36 ερωτήσεις) στο πλαίσιο έρευνας που μελετά τις γνωστικές διαστρεβλώσεις στις ΔΠΤ,³⁶ όμως, απ' ό,τι γνωρίζουμε, δεν έχουν δημοσιευθεί μέχρι σήμερα μελέτες που να αναφέρονται στις ψυχομετρικές ιδιότητες οποιασδήποτε εκδοχής του EDE-Q. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της αξιοπιστίας της ελληνικής εκδοχής του EDE-Q (έκδοση 6.0, 28 ερωτήσεων) σε εφήβους, μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Υλικό και μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μαθητικό πληθυσμό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης του βορείου Έβρου και αποτελεί μέρος μεγαλύτερης έρευνας που αφορά στη μελέτη των ΔΠΤ στην περιοχή.

Το πρωτόκολλο της έρευνας έχει εγκριθεί από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και έχει εκδοθεί η απαιτούμενη άδεια από το Υπουργείο Παιδείας. Επίσης, το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου

Διδυμοτείχου, έδωσε τη συγκατάθεσή του για τη διεξαγωγή της έρευνας. Οι σύλλογοι γονέων και καθηγητών κάθε σχολείου που πήρε μέρος στην έρευνα ενημερώθηκαν και συμφώνησαν για τη διεξαγωγή της στα σχολεία. Οι γονείς των μαθητών επίσης, ενημερώθηκαν εγγράφως για τους σκοπούς και τη διαδικασία της έρευνας και ζητήθηκε η σύμφωνη γνώμη τους για τη συμμετοχή των παιδιών τους σε αυτή. Οι μαθητές απάντησαν ανώνυμα στα ερωτηματολόγια της έρευνας, τα οποία ήταν κωδικοποιημένα. Η συμμετοχή των μαθητών ήταν εθελοντική.

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας είναι δείγμα ευκολίας. Αποτελείται από μαθητές δύο Γυμνασίων και δύο Λυκείων του βορείου Έβρου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις. Στην πρώτη φάση, σε προκαθορισμένη ημέρα, έπειτα από συνεννόηση με τον Διευθυντή του κάθε σχολείου, η ερευνητική ομάδα επισκεπτόταν κάθε τάξη του σχολείου, την οποία απασχολούσε επί μία διδακτική ώρα. Μετά από σύντομη ενημέρωση των μαθητών, παρουσία ενός εκπαιδευτικού, για τους σκοπούς και τη διαδικασία της έρευνας, και με τη σύμφωνη γνώμη του καθενός, οι μαθητές της τάξης ζυγίζονταν, μετρίονταν το ύψος τους και συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια της έρευνας. Το βάρος μετρήθηκε με επιδαπέδια ψηφιακή ζυγαριά Tefal PP5045. Το ύψος μετρήθηκε με ψηφιακό υπερηχητικό φορητό αναστημόμετρο Soehnle Professional 5003.

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των μαθητών υπολογίστηκε με τον τύπο $BMI = \frac{\text{Βάρος (kg)}}{\text{Υψος}^2 (\text{m}^2)}$. Τα παιδιά κατατάχθηκαν σε λιποβαρή, φυσιολογικού BMI, υπέρβαρα και παχύσαρκα σύμφωνα με τις καμπύλες ανάπτυξης BMI Ελλήνων παιδιών και εφήβων των Χιώτη και συν.³⁷ Ως λιποβαρείς θεωρήθηκαν οι μαθητές που είχαν BMI μικρότερο αυτού που αντιστοιχεί στην 3η, για την ηλικία και το φύλο τους εκατοστιαία θέση, στις πιο πάνω καμπύλες. Ως υπέρβαρα και παχύσαρκα, σε συμφωνία με το International Obesity Task Force, χαρακτηρίστηκαν τα παιδιά με BMI μεγαλύτερο εκείνου που αντιστοιχεί στην καμπύλη που στην ηλικία των 18 ετών διέρχεται από το BMI 25 και 30 αντίστοιχα. Οι υπόλοιποι μαθητές κατατάχθηκαν σε αυτούς με φυσιολογικό BMI.³⁷⁻³⁹

Στην πρώτη φάση συμμετείχαν 325 μαθητές ηλικίας 12-18 ετών. Στη δεύτερη φάση της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε χρονικό διάστημα 33,6±8,3 ημερών (διάμεσος τιμή 34 ημέρες, ελάχιστο: 15, μέγιστο: 50) από την πρώτη, συμμετείχαν 277 μαθητές. Μία τάξη Λυκείου και μία τάξη Γυμνασίου, την ημέρα

διεξαγωγής της έρευνας, έλειπαν σε σχολική εκδρομή, υπήρχε έτσι απώλεια 48 μαθητών (14,76%). Από τους 277 μαθητές, οι 20 δεν είχαν πάρει μέρος στην πρώτη φάση της έρευνας και έτσι ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων στην πρώτη και δεύτερη φάση ήταν 257 άτομα (79,07%).

Εργαλεία

Συμπληρώθηκαν:

1. Ένα ερωτηματολόγιο με δημογραφικά χαρακτηριστικά των μαθητών (μεταξύ άλλων: το φύλο, την ηλικία και τον τόπο κατοικίας τους όπως και την εκπαίδευση και την επαγγελματική κατάσταση των γονέων τους).
2. Η ελληνική εκδοχή του EDE-Q6.0.³⁵ Το EDE-Q6.0 αποτελείται από 28 ερωτήσεις, που προέρχονται από τις αντίστοιχες της EDE, αναφέρονται στη διατροφική συμπεριφορά των τελευταίων 28 ημερών και αφορούν στα εξής:
 - a. Τη συχνότητα (αριθμός επεισοδίων και σε μια περίπτωση αριθμός ημερών) εμφάνισης της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς (υπερφαγία και αντιρροπιστικές συμπεριφορές).
 - β. Τις διαταραγμένες στάσεις του ατόμου σε σχέση με το φαγητό, το σχήμα και το βάρος του σώματός του.

Όσον αφορά στις αντιρροπιστικές συμπεριφορές (προκλητός έμετος, κατάχρηση καθαρτικών και έντονη άσκηση), ο ερωτώμενος καταγράφει τον αριθμό των επεισοδίων κατά τα οποία η κάθε μία από αυτές τις συμπεριφορές εμφανίζεται. Όσο πιο μεγάλος ο αριθμός των επεισοδίων τόσο πιο σοβαρή η ψυχοπαθολογία.

Όσον αφορά στην υπερφαγία, καταγράφονται: (α) ο αριθμός των επεισοδίων κατά τα οποία καταναλώθηκε ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής για τις περιστάσεις, (β) ο αριθμός των επεισοδίων της περίπτωσης α, κατά τα οποία υπήρχε ταυτόχρονα απώλεια του έλεγχου επί της τροφής που καταναλώθηκε και (γ) ο αριθμός των ημερών κατά τις οποίες καταναλώθηκε ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής με ταυτόχρονη απώλεια του ελέγχου.

Οι στάσεις απέναντι στο φαγητό, το σχήμα και το βάρος του σώματος αξιολογούνται μέσα από 22 θέματα, που αναφέρονται σε στάσεις και συμπεριφορές σχετικές με τις ΔΠΤ. Κάθε θέμα βαθμολογείται σε μια επτάβαθμη αναλογική, τύπου Likert, κλίμακα απαντήσεων συχνότητας ή βαρύτητας. Ο ερωτώμενος επιλέγει την απάντηση που ανταποκρίνεται καλύτερα

στην εμπειρία του. Υψηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει μεγαλύτερο βαθμό ψυχοπαθολογίας. Αυτές οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε τέσσερις υποκλίμακες: (1) «Περιορισμός» (υπάγονται πέντε ερωτήσεις), (2) «Ανησυχία για τη διατροφή» (υπάγονται πέντε ερωτήσεις), (3) «Ανησυχία για το σχήμα του σώματος» (υπάγονται οκτώ ερωτήσεις), (4) «Ανησυχία για το βάρος του σώματος» (υπάγονται πέντε ερωτήσεις). Μία ερώτηση, είναι κοινή σε δύο υποκλίμακες. Η βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας προκύπτει από τον μέσο όρο των βαθμολογιών των θεμάτων που την απαρτίζουν και κυμαίνεται από 0 (απουσία παθολογίας) μέχρι 6 (εξαιρετικά σοβαρή παθολογία). Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου εξάγεται από το μέσο όρο των τεσσάρων υποκλιμάκων και κυμαίνεται επίσης, από 0 (απουσία παθολογίας) έως 6 (εξαιρετικά σοβαρή παθολογία).

Το ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβάνει και τρεις ακόμα ερωτήσεις οι οποίες δεν είναι αριθμημένες. Οι δύο ζητούν από τον ερωτηθέντα να εκτιμήσει το βάρος και το ύψος του και δεν συμπεριλήφθηκαν στη δική μας έκδοση καθώς οι συμμετέχοντες επρόκειτο να ζυγιστούν και να μετρηθούν. Η τρίτη ερώτηση απευθύνεται μόνο στα κορίτσια και αφορά στη συχνότητα της εμμηνορροίας όπως και στη λήψη η όχι αντισυλληπτικών δισκίων.

Διαδικασία μετάφρασης: Η μετάφραση του ερωτηματολογίου EDE-Q6.0 από τα αγγλικά στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις οδηγίες του ΠΟΥ για τη μετάφραση και την προσαρμογή των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς.⁴⁰ Περιληπτικά, αυτή η διαδικασία περιελάμβανε: (1) μετάφραση στα ελληνικά από δίγλωσση καθηγήτρια αγγλικών, (2) αντίστροφη μετάφραση από δίγλωσσο ψυχολόγο, (3) ποιοτική σύγκριση των δύο μεταφράσεων και αναγκαίες τροποποιήσεις και (4) δοκιμαστική χορήγηση σε 10 μαθητές οι οποίοι επιβεβαίωσαν ότι η ελληνική έκδοση είναι σαφής, κατανοητή και εύκολο να συμπληρωθεί.

Στατιστική ανάλυση

Έγινε περιγραφική ανάλυση του δείγματος με τη χρήση μέσης τιμής±τυπικής απόκλισης για τις συνεχείς μεταβλητές ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφηκαν με τη χρήση ποσοστών.

Η εσωτερική συνάφεια ελέγχθηκε με τη χρήση του (α) του συντελεστή Cronbach's alpha τόσο για τη συνολική βαθμολογία όσο και για τις 4 υποκλίμακες του ερωτηματολογίου και (β) της συσχέτισης κάθε θέματος με το συνολικό σκορ (inter-total correlation).

Η αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης (επαναληψιμότητα) του συνολικού σκορ και των σκορ στις επιμέρους υποκλίμακες στο χρονικό διάστημα μεταξύ των δύο χορηγήσεων του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson, του συντελεστή ενδοταξικής συσχέτισης (Intraclass correlation coefficient, ICC), ενώ και η σχέση της διαφοράς του τελικού πλην αρχικού σκορ ως προς τη μέση τιμή των δύο σκορ ελέγχθηκε γραφικά (αναμένουμε το 95% των διαφορών να βρίσκεται σε διάστημα δύο τυπικών αποκλίσεων από τον μέσο όρο των διαφορών).⁴¹ Για τη μελέτη της αξιοπιστίας εξέτασης-επανεξέτασης των ερωτημάτων που αφορούσαν στη συχνότητα εμφάνισης διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Kendall's tau b λόγω της μη κανονικής κατανομής αυτών των μεταβλητών.

Τα αποτελέσματα θεωρήθηκαν στατιστικώς σημαντικά στο 5% επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε στο στατιστικό πακέτο STATA 9.0.

Αποτελέσματα

Περιγραφικά στατιστικά

Το δείγμα αποτελείται από 124 αγόρια (48,2%) και 133 κορίτσια (51,8%), ηλικίας 16,1±1,4 ετών. Οι μαθητές προέρχονταν στην πλειοψηφία από αστική περιοχή (50%) (πίνακας 1). Από το σύνολο των μαθητών, το 7,1% ήταν παχύσαρκα και το 23,4% υπέρβαρα, ενώ το 2,5% ήταν λιπόβαρα.

Εσωτερική συνάφεια EDE-Q

Στον πίνακα 2, φαίνονται οι μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των σκορ στα ερωτηματολόγια στις δύο χρονικές στιγμές και ο συντελεστής Cronbach's alpha. Οι τιμές των συντελεστών Cronbach's alpha είναι υψηλές, από 0,71 στην υποκλίμακα ανησυχία για τη διατροφή έως 0,91 στο συνολικό σκορ, υποδεικνύοντας υψηλή εσωτερική συνάφεια του ερωτηματολογίου. Η συσχέτιση κάθε ερώτησης με το συνολικό σκορ στην πρώτη φάση συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαίνεται από 0,17 στην ερώτηση «πόσες μέρες έφαγες κρυφά» (της υποκλίμακας ανησυχία για τη διατροφή) έως 0,78 στην ερώτηση «μη ικανοποίηση από τη μορφή του σώματος» (της υποκλίμακας ανησυχία για το σχήμα του σώματος) με 20 στις 22 ερωτήσεις να έχουν συσχέτιση πάνω από 0,50.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

	Μαθητής	Πατέρας	Μητέρα
	ΜΤ±ΤΑ*	ΜΤ±ΤΑ*	ΜΤ±ΤΑ*
Ηλικία	16,1±1,4	46,2±5,0	41,1±4,5
Δείκτης Μάζας Σώματος	23,1±4,2		
	n (%)	n (%)	n (%)
Φύλο			
Αγόρια	124 (48,2)		
Κορίτσια	133 (51,8)		
Τόπος κατοικίας			
Αστική	128 (49,8)		
Αγροτική/Ημιαστική	129 (50,2)		
Εκπαίδευση γονέα			
Υποχρεωτική		92 (36,5)	61 (24,2)
Δευτεροβάθμια		93 (36,9)	104 (41,3)
Τεχνολογική		38 (15,1)	53 (21,0)
Πανεπιστημιακή		29 (11,5)	34 (13,5)
Επαγγελματική κατάσταση γονέα			
Εργαζόμενος		243 (95,7)	249 (97,7)
Άνεργος		3 (1,2)	4 (1,6)
Συνταξιούχος		8 (3,1)	2 (0,8)

*ΜΤ±ΤΑ: μέση τιμή±τυπική απόκλιση

Αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης (Επαναδημιμότητα) του EDE-Q

Οι συντελεστές συσχέτισης Pearson's μεταξύ των σκορ συνολικά και ανά υποκλίμακα στις δύο φάσεις χορήγησης του ερωτηματολογίου ήταν γενικά από μέτριοι έως υψηλοί και στατιστικώς σημαντικοί, δείχνοντας μια ικανοποιητική σταθερότητα του ερωτηματολογίου στον χρόνο (πίν. 3). Επιπλέον, οι τιμές του συντελεστή ενδοταξικής συσχέτισης (ICC) κυμαίνονται από μέτρια έως καλά επίπεδα, με την υποκλίμακα «Ανησυχία για τη διατροφή» να έχει τον χαμηλότερο συντελεστή (πίνακας 4).

Η κατανάλωση ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής παρατηρήθηκε στο 55% και 50% των μαθητών, η αίσθηση απώλειας ελέγχου στο 36% και 34% των μαθητών, τα επεισόδια υπερφαγίας στο 36% και 31% και η καταναγκαστική άσκηση στο 32% και 23% στην 1η και 2η φάση αντίστοιχα. Η συσχέτιση μεταξύ των συχνοτήτων εκδήλωσης κάποιων διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών ήταν στατιστικώς σημαντική, αλλά χαμηλή [χαμηλότερη στην πρόκληση εμέτου (7 άτομα στην 1η φάση και 9 στη 2η φάση) και πιο υψηλή στην κατανάλωση καθαρτικού (3 και 4 άτομα στην 1η και 2η φάση αντίστοιχα)].

Στο σχήμα 1 παρουσιάζεται γραφικά η διαφορά του τελικού πλην αρχικού σκορ της συνολικής βαθμολογίας του EDE-Q (μέση τιμή=0,29 και τυπική απόκλιση=0,82) ως προς τη μέση τιμή των δύο σκορ. Όπως φαίνεται, το μέγεθος της διαφοράς εξαρτάται από το μέγεθος του μέσου σκορ. Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις εκτός των ορίων συμφωνίας. Αυτές αντιστοιχούν σε άτομα που είχαν μεγάλες κυρίως ή μικρές τιμές στην πρώτη μέτρηση και μικρές ή μεγάλες στη δεύτερη αντίστοιχα, με αποτέλεσμα ο μέσος όρος των δύο μετρήσεων να αντιστοιχεί σε μεγάλη διαφορά.

Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα είναι, εξ όσων γνωρίζουμε, η πρώτη δημοσιευμένη μελέτη της αξιοπιστίας του EDE-Q σε ελληνικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η ελληνική εκδοχή του EDE-Q6.0 που εφαρμόστηκε σε εφήβους μαθητές παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης και εσωτερική συνάφεια τόσο για τη συνολική βαθμολογία όσο και για τις τέσσερις υποκλίμακες. Η αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης όμως, για τις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές όπως επεισόδια υπερφαγίας, πρόκληση εμέτου και υπερβολι-

Πίνακας 2. Εσωτερική συνάφεια, υποκλίμακες και συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου διερεύνησης διαταραχών διατροφής (EDE-Q).

	1η φάση <i>MT±TA*</i>	2η φάση <i>MT±TA*</i>	1η φάση <i>Cronbach's α</i>
Υποκλίμακες			
Περιορισμός	1,01±1,11	0,90±1,11	0,81
Ανησυχία για τη διατροφή	0,83±1,02	0,60±0,82	0,71
Ανησυχία για το σχήμα του σώματος	1,91±1,60	1,43±1,48	0,89
Ανησυχία για το βάρος του σώματος	1,59±1,47	1,24±1,36	0,80
Συνολικό σκορ	1,34±1,17	1,04±1,06	0,91

Πίνακας 3. Σταθερότητα στον χρόνο του EDE-Q, υποκλίμακες, συνολικό σκορ και μεταβλητές μέτρησης συχνότητας διατροφικών συμπεριφορών.

	<i>Pearson's</i>	<i>Kendall's tau b</i>
Υποκλίμακες		
Περιορισμός	0,60	
Ανησυχία για τη διατροφή	0,58	
Ανησυχία για το σχήμα του σώματος	0,70	
Ανησυχία για βάρος του σώματος	0,73	
Συνολικό σκορ	0,73	
Συχνότητες διατροφικών συμπεριφορών		
Επεισόδια κατανάλωσης ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής		0,33
Επεισόδια κατανάλωσης ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής με ταυτόχρονη απώλεια ελέγχου		0,31
Αριθμός ημερών που καταναλώθηκε ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής με ταυτόχρονη απώλεια ελέγχου		0,30
Πρόκληση εμέτου		0,22
Κατανάλωση καθαρτικού		0,57
Καταναγκαστική άσκηση		0,34

* $p < 0,001$ για όλους τους συντελεστές συσχέτισης

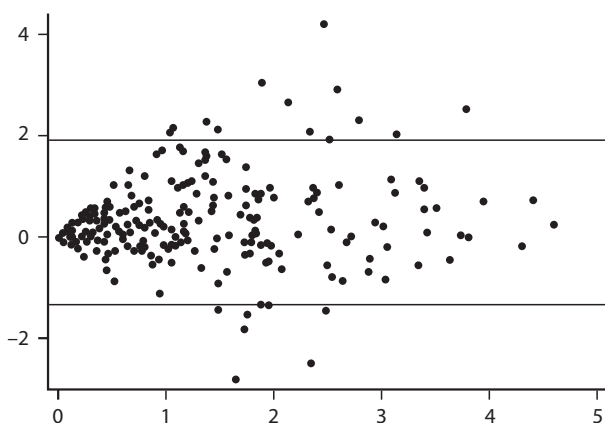
Πίνακας 4. Intra-Class Correlation Coefficient εξέτασης-επανεξέτασης EDE-Q.

	<i>ICC*</i>	<i>95%CI</i>
Υποκλίμακες		
Περιορισμός	0,60	(0,52, 0,68)
Ανησυχία για τη διατροφή	0,55	(0,45, 0,63)
Ανησυχία για το σχήμα του σώματος	0,66	(0,53, 0,75)
Ανησυχία για το βάρος του σώματος	0,70	(0,61, 0,78)
Συνολικό σκορ	0,70	(0,60, 0,78)

*ICC=Intra-Class Correlation Coefficient

κή άσκηση, ήταν λιγότερο ικανοποιητική. Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν και από επτά αντίστοιχες έρευνες που μελέτησαν την αξιοπιστία του EDE-Q (ανεξαρτήτως εκδοχής) σε γενικό πληθυσμό.^{22,23,42-46} Οι Luce και Crowther που χορήγησαν δύο φορές το EDE-Q σε 139 γυναίκες σε διάστημα δύο εβδομάδων βρήκαν πολύ καλή εσωτερική συνάφεια (Cronbach's alpha=0,78-0,93) και αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης (συντελεστής συσχέτισης=0,87-0,94) για

τις υποκλίμακες, μικρότερη όμως συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των λημμάτων που αξιολογούν την εμφάνιση και τη συχνότητα των συμπεριφορών που χαρακτηρίζουν τις ΔΠΤ (συντελεστές συσχέτισης =0,57-0,66).²² Σύμφωνα με τους Mond et al, ο οποίος μελέτησε τη σταθερότητα του EDE-Q στον χρόνο για ένα διάστημα 315 ημερών, οι στάσεις και αντιλήψεις που χαρακτηρίζουν τις ΔΠΤ είναι σε σημαντικό βαθμό σταθερές στον χρόνο (οι συντελεστές συσχέ-



Σχήμα 1. Διαφορά των σκορ στο EDE-Q (2η-1η φάση) προς τη μέση τιμή των δύο σκορ.

τισης κυμαίνονται από 0,57–0,77), οι διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής όμως είναι πολύ λιγότερο σταθερές (οι συντελεστές συσχέτισης κυμαίνονται από 0,24–0,44).²³ Η ισπανική,⁴² η μαλαισιανή,⁴³ η τουρκική⁴⁴ και η Fijian⁴⁵ εκδοχές του EDE-Q εμφανίζουν επίσης ικανοποιητική εσωτερική συνάφεια (Cronbach's alpha=0,63–0,91) όπως και αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης (συντελεστές συσχέτισης=0,55–0,91) τόσο για τη συνολική βαθμολογία όσο και για τις υποκλίμακες. Η αξιοπιστία τους όμως που αφορά τις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές είναι χαμηλή (συντελεστές συσχέτισης=0,13–0,46). Μόνο η μελέτη της νορβηγικής εκδοχής αναφέρει ικανοποιητική αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης τόσο για τις υποκλίμακες και τη συνολική βαθμολογία (συντελεστές συσχέτισης: 0,82–0,93) όσο και για τις διατροφικές συμπεριφορές (συντελεστές συσχέτισης: 0,71–0,83).⁴⁶ Φαίνεται ότι οι γενικές στάσεις που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία των ΔΠΤ και που έχουν να κάνουν με την προσωπικότητα και τις προσωπικές αντιλήψεις παραμένουν σχετικά σταθερές σε βάθος χρόνου, ενώ οι διατροφικές συμπεριφορές και πολύ σπάνιες είναι στον γενικό πληθυσμό αλλά και εμφανίζουν διακυμάνσεις ως προς τη συχνότητα και τη βαρύτητά τους.

Από τα δεδομένα μας προέκυψε επίσης ότι η επαναληψιμότητα του EDE-Q εξαρτάται από το μέγεθος του σκορ. Φαίνεται ότι το EDE-Q έχει καλή εν γένει επαναληψιμότητα, παρουσιάζει όμως προβλήματα στις πολύ μεγάλες και στις πολύ μικρές τιμές. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τα αναφερόμενα και σε άλλες έρευνες που μελετούν τις ψυχομετρικές ιδιότητες ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς για τις ΔΠΤ.^{23,30,47}

Οι περισσότεροι από τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας είναι κοινοί με αυτούς άλλων ερευνών που χρησιμοποιούν παρόμοια μεθοδολογία και μελετούν τις ΔΠΤ. Σε όλες τις έρευνες που χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς ο παράγοντας ψεύδους ή λάθους πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι η αξιολόγηση των συμπτωμάτων των ΔΠΤ σε εφήβους είναι ακόμα πιο δύσκολη για διάφορους λόγους: (1) Οι έφηβοι με Ψυχογενή Ανορεξία έχουν την τάση να αρνούνται την παρουσία συμπτωμάτων πολύ περισσότερο από τους ενήλικες,⁴⁸ (2) ένα διαγνωστικό κριτήριο για τη Ψυχογενή Ανορεξία ή την Ψυχογενή Βουλιμία είναι το βάρος και η εικόνα του σώματος να επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση, όμως η αντίληψη της αυτοεκτίμησης είναι σύνθετη και σχετίζεται με την έννοια του αυτοορισμού, κάτι που οι νεαροί έφηβοι μπορεί να μην κατέχουν,⁴⁹ (3) σχετικά με την υπερφαγία, η ποσότητα φαγητού που θεωρείται «μεγάλη υπό τις συγκεκριμένες περιστάσεις», αλλά και η υποκειμενική αίσθηση απώλειας ελέγχου, είναι έννοιες που οι έφηβοι συχνά δυσκολεύονται να καταλάβουν και οι απαντήσεις μπορεί να είναι αναξιόπιστες. Όταν, πριν από τη χορήγηση του ερωτηματολογίου, δίδονται και επιπλέον γραπτές πληροφορίες σχετικά με το τι θεωρείται μεγάλη ποσότητα τροφής και αίσθηση απώλειας ελέγχου, τότε τα αποτελέσματα είναι καλύτερα.⁵⁰ Το γεγονός ότι η συλλογή των δεδομένων έγινε από τους μαθητές μέσα στις τάξεις, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως επιπλέον περιορισμός της παρούσας έρευνας. Μαθητές με προβληματικές στάσεις και συμπεριφορές διατροφής είναι ενδεχόμενο να λογόκριναν τις απαντήσεις τους από τον φόβο μήπως αποκαλυφθούν σε συμμαθητές και καθηγητές. Σε κάθε περίπτωση, το γεγονός ότι στις πολύ μεγάλες ή στις πολύ μικρές τιμές το ερωτηματολόγιο δεν παρουσιάζει ικανοποιητική επαναληψιμότητα θα μπορούσε να σχετίζεται με κάποιους από τους ανωτέρω περιορισμούς. Τέλος, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης είναι ενδεχόμενο να μην είναι απολύτως γενικεύσιμα σε εφήβους μαθητές που κατοικούν σε πολύ μεγάλες πόλεις της Ελλάδος, δεδομένου ότι η περιοχή που διεξήχθη η παρούσα έρευνα αποτελείται από μικρές πόλεις και χωριά και δεν περιλαμβάνει μεγάλες πόλεις.

Εν κατακλείδι, η ελληνική εκδοχή του EDE-Q (έκδοση 6.0), όπως αυτή εφαρμόστηκε σε εφήβους μαθητές έχει αποδείξει ικανοποιητικές αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης και εσωτερική συνάφεια.

Reliability of the Greek version of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in a sample of adolescent students

S. Pliatskidou,¹ M. Samakouri,² E. Kalamara,² C. Goulemtzakis,¹
K. Koutrouvi,¹ E. Papageorgiou,¹ M. Livadites²

¹Center for Mental Health, Orestiada, ²Department of Psychiatry, University of Thrace, Alexandroupoli, Greece

Psychiatriki 2012, 23:295–303

The increasing prevalence of Eating Disorders over the last decades generates a growing interest of researchers and health care providers for their early detection through suitable questionnaires. The aim of the present study is to examine the reliability of the Greek version of EDE-Q 6.0 among secondary school adolescents. EDE-Q is a widely used self-report questionnaire that assesses the specific psychopathology of eating disorders. Its 6.0th version consists of 28 items. It yields two types of data: (a) four subscale scores (Restraint, Eating Concern, Shape Concern and Weight Concern) as well as a global score which is the average of the four subscale scores and (b) frequency data on key eating and compensatory behaviors (e.g. binge eating episodes, self-induced vomiting, excessive exercise). The sample comprises 257 secondary school students (133 girls and 124 boys) residents of north Evros-Greece, aged 16.1±1.4 years. The students completed the EDE-Q twice within a median interval of 34 days. In addition, their demographic data were collected and their weight and height were measured. The reliability of the EDE-Q was assessed by means of: (a) its internal consistency which was tested by Cronbach's alpha coefficient for each of the EDE-Q subscales as well as for the global score at both data collection times and (b) its test-retest reliability which was estimated by calculating: (1) intraclass correlation coefficients (ICCs) and Pearson's correlation coefficients (PCCs) for continuous variables (subscales and global score) and (2) Kendal's tau b coefficients for categorical variables (frequency of behavioral features). Cronbach's alphas indicating internal consistency of EDE-Q ranged from 0.71 to 0.91. ICCs and PCCs indicating the test-retest reliability of each subscale and the global score of the questionnaire ranged from 0.55 to 0.70 and from 0.58 to 0.73 respectively. Kendal tau b coefficients indicating the test-retest reliability of items assessing behavioral features ranged from 0.22 to 0.57. All the above correlations that concern the test-retest reliability of the EDE-Q were statistically significant at the 0.001 level. The Greek version of EDE-Q 6.0, standardized in a sample of secondary school students, presents adequate test-retest reliability and internal consistency as well.

Key words: Eating disorders, eating disorders examination questionnaire (EDE-Q), reliability, adolescents, students.

Βιβλιογραφία

1. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating Disorders. *Lancet* 2010, 375:583–593
2. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003, 34:383–396
3. Hudson JL, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007, 61:348–358
4. Crowther JH, Sherwood NE. Assessment. In: Garner DM, Garfinkel PE (eds) *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford Press, New York, 1997:34–49
5. Allen KL, Fursland A, Watson H, Byrne SM. Eating disorders diagnoses in general practice settings: comparison with structured clinical interview and self-report questionnaires. *J Ment Health* 2011, 20:70–280
6. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garnfinkel P. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982, 12:871–878
7. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983, 2:15–34
8. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord* 1994, 16:363–370
9. Stice E, Telch CF, Rizvi SL. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of Anorexia, Bulimia and Bing-Eating Disorder. *Psychol Assess* 2000, 12:123–131
10. Σίμος Γ. *Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης*. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, 1996
11. Yannakouli M, Matalas AL, Yiannakouris N, Papoutsakis C, Passos M, Klimis-Zacas D. Disordered eating attitudes: an emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eat Weight Disord* 2004, 9:126–133
12. Μωρόγιαννης Φ. *Διαταραχές διατροφής και ψυχοπαθολογία (Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στον Νομό*

- Ιωαννίνων). Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, 2000
13. Angelopoulos P, Tsitsas G, Milionis H, Blachaki C, Manios Y. Psychological and anthropometrical risk factors in the appearance of eating disorders in 11 years old children in the prefecture of Ioannina. Poster presented at 2nd International Congress on Brain and Behaviour, 17–20 November 2005, Thessaloniki. *Ann Gen Psychiatry* 2006, 5(Suppl 1):S123
 14. Μπακομήτρου Φ. Διαταραχές πρόσληψης τροφής στον φοιτητικό πληθυσμό και πιθανές συσχετίσεις με την ιδιοσυγκρασία. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2004
 15. Παπαμάρκου Σ. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά ατόμων με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Πτυχιακή Εργασία. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, 2008
 16. Δεμερτζή Μ. *Εικόνα σώματος, διαταραχές λήψης τροφής και ψυχική υγεία σε νεαρές γυναίκες*. Πτυχιακή Εργασία. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, 2008
 17. Γονιδάκης Φ, Λιακοπούλου Ε, Ψυχουντάκη Μ, Βάρσου Ε, Σολδάτος Κ. Διαφορές στη συμπτωματολογία διαταραχών πρόσληψης τροφής μεταξύ αθλητών και μη αθλητών. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2008, 25:341–347
 18. Wilson GT, Nonas CA, Rosenblum GD. Assessment of binge eating in obese patients. *Int J Eat Disord* 1993, 8:173–179
 19. Decaluwe V, Braet C, Fairburn CG. Binge eating in obese children and adolescents. *Int J Eat Disord* 2002, 33:78–84
 20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Text Revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000
 21. Garner D. Measurement of eating disorder psychopathology. In: Fairburn CG, Brownell KD (eds) *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2nd edition. Guilford Press, New York, 2002:141–146
 22. Luce KH, Crowth JH. The reliability of the Eating Disorders Examination-Self Report Questionnaire Version (EDE-Q). *Int J Eat Disord* 1999, 25:349–351
 23. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B. Temporal stability of the Eating Disorder Examination Questionnaire. *Int J Eat Disord* 2004, 36:195–203
 24. Peterson CB, Crosby RD, Wonderlich SA. Psychometric properties of the eating disorder examination questionnaire: Factor structure and internal consistency. *Int J Eat Disord* 2007, 40:386–389
 25. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69:317–322
 26. Passi VA, Bryson SW, Lock J. Assessment of eating disorders in adolescents with anorexia nervosa: Self-report questionnaire versus interview. *Int J Eat Disord* 2002, 34:45–54
 27. Carter JC, Aime AA, Mills JS. Assessment of bulimia nervosa: a comparison of interview and self-report questionnaire methods. *Int J Eat Disord* 2001, 30:187–192
 28. Binford RS, Le Grange D, Courtney C. Eating Disorders Examination versus Eating Disorders Examination-Questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004, 37:44–49
 29. Wolk SL, Loeb KL, Walsh BT. Assessment of patients with anorexia nervosa: interview versus self-report. *Int J Eat Disord* 2005, 37:92–99
 30. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behav Res Ther* 2004, 42:551–567
 31. Le Grange D, Telch CF, Agras WS. Eating and general psychopathology in a sample of Caucasian and ethnic minority subjects. *Int J Eat Disord* 1997, 21:285–293
 32. Kalarchian MA, Wilson GT, Brolin RE, Bradley L. Assessment of eating disorders in bariatric surgery candidates: self-report questionnaire versus interview. *Int J Eat Disord* 2000, 28:465–469
 33. Mond J, Hay P, Rodgers B, Owen C. Self-recognition of disordered eating among women with bulimic-type eating disorders: a community-based study. *Int J Eat Disord* 2006, 39:747–753
 34. Engel SG, Corneliusen SJ, Wonderlich SA, Crosby RD, Le Grange D, Crow S et al. Impulsivity and compulsivity in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005, 38:244–251
 35. Fairburn CG, Beglin S. Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0) In: Fairburn CG (ed) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press, New York, 2008:309–314
 36. Κωστοπούλου Μ. *Γνωσιακές διαστρεβλώσεις στις διαταραχές πρόσληψης τροφής: η «σύγχυση σκέψης και σωματικού εαυτού»*. Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, 2007
 37. Χιώτης Δ, Κρίκος Ξ, Τσίφτης Γ, Χατζησυμεών Μ, Μανιάτη-Χριστίδη Μ, Δάκου-Βουτετάκη Α. Δείκτης μάζας σώματος (BMI) και ποσοστό παχυσαρκίας σε άτομα της ευρύτερης περιοχής Αθηνών, ηλικίας 0–18 ετών. *Δελτ. Α' Παιδ Κλιν Πανεπ Αθηνών* 2004, 51:139–154
 38. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000, 320:1240–1243
 39. Dietz WH, Bellizzi MC. Assessment of childhood and adolescent obesity; results from an International Obesity Task Force Workshop, Dublin. *Am J Clin Nutr* 1999, 70:117–175
 40. World Health Organization. *Process of translation and adaptation of instruments*. WHO 2011 (Cited 1 September 2011) Available from http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/index.html
 41. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurements. *Lancet* 1986, 1:307–310
 42. Elder KA, Grilo CM. The spanish language version of the eating disorder examination questionnaire: comparison with the spanish language version of the eating disorder examination and test-retest reliability. *Behav Res Ther* 2007, 45:1369–1377
 43. Ramli M, Jamaiyah H, Noor Azimah M, Khairani O, Adam B. Cross-cultural adaptation and validation of the Bahasa Malaysia version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Malays J Psychiatry* 2008, 17:55–63
 44. Becker AE, Thomas JJ, Bainivualiku A, Richards L, Navara K, Roberts AL et al. HEALTHY Fiji Study Group. Validity and reliability of a Fijian translation and adaptation of the eating disorder examination questionnaire. *Int J Eat Disord* 2010, 43:171–178
 45. Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dugor BP, Elif Yavuz A, Sertel Berk O. The turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev* 2011, DOI:10.1002/erv.1104
 46. Rø O, Reas DL, Lask B. Norms for the eating disorder examination questionnaire among female university students in Norway. *Nord J Psychiatry* 2010, 64:428–432
 47. Crowther JH, Lilly RS, Crawford PA, Shepherd KL. The stability of the eating disorder inventory. *Int J Eat Disord* 1992, 12:97–101
 48. Countourier JL, Lock J. Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006, 39:212–216
 49. Micali N, House J. Assessment measures for child and adolescent eating disorders: a review. *Child Adolesc Ment Health* 2011, 16:122–127
 50. Goldschmidt A, Doyle AC and Wilfley DE. Assessment of binge eating in overweight youth using a questionnaire version of the Child Eating Disorder Examination with instructions. *Int J Eat Disord* 2007, 40:460–467

Αλληλογραφία: Σ. Πλιατσκίδου, 11ης Διλοχίας 8, 682 00 Ορεσιτιάδα
 Τηλ: 25510-30332, Fax: 25510-30363
 e-mail: pliatiskidou_1966@hotmail.com

Ανασκόπηση Review

Υπερκινητικό σύνδρομο ή διπολική διαταραχή στην παιδική ηλικία;

Ε. Λαζαράτου

*Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα Καισαριανής,
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών*

Ψυχιατρική 2012, 23:304–313

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) θεωρείται ότι αποτελεί ένα σταθερό τρόπο συμπεριφοράς που εκδηλώνεται σε μικρή ηλικία και περιλαμβάνει την υπερκινητικότητα, την παρορμητικότητα και τη διάσπαση προσοχής. Οι μεγάλες διαφορές της επίπτωσης που αναδεικνύονται από επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η προσπάθεια των σύγχρονων ταξινομικών συστημάτων να προτείνουν αντικειμενικά διαγνωστικά κριτήρια δεν έχει αποδώσει ουσιαστικά αποτελέσματα. Το ίδιο ισχύει για τη Διπολική Διαταραχή (ΔΔ) με έναρξη στην παιδική ηλικία. Η κλινική της εικόνα άργησε να αναγνωρισθεί, τα διαγνωστικά κριτήρια στα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα δεν διαχωρίζονται από εκείνα των ενηλίκων και σύμφωνα με ορισμένες μελέτες η διαταραχή υποδιαγιγνώσκεται στις ευρωπαϊκές κυρίως χώρες. Η σύγχρονη βιβλιογραφία ασχολείται ευρέως με τη σχέση ΔΕΠΥ–ΔΔ γιατί οι δύο διαταραχές μοιράζονται την ίδια κλινική εικόνα με μικρές διαφοροποιήσεις. Το βασικότερο διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο υπέρ της ΔΔ είναι η ύπαρξη συναισθηματικών διαταραχών στο οικογενειακό περιβάλλον. Τα κύρια ερωτήματα που τίθενται είναι αν υπάρχει συννοσηρότητα, αν η ΔΕΠΥ υπερδιαγιγνώσκεται σε βάρος της ΔΔ ή αν η ΔΕΠΥ εξελίσσεται προς ΔΔ. Παιδιά με συννοσηρότητα ΔΕΠΥ- ΔΔ παρουσιάζουν κυρίως διεγερτικό φαινότυπο, χρόνια πορεία και έχουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχής αντικοινωνικής διαγωγής. Ο ειδικός αυτός φαινότυπος παραπέμπει σε μια συμπτωματολογική συνέχεια μεταξύ ΔΕΠΥ και ΔΔ πρώιμης έναρξης στην οποία πιθανόν οφείλονται οι δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση και οι διαφορές στα ποσοστά της συννοσηρότητας. Οι πιο πολλοί ερευνητές συμφωνούν ότι όταν υπάρχει συννοσηρότητα η ηλικία έναρξης της ΔΔ είναι μικρότερη. Φαίνεται ότι όσο νωρίτερα γίνεται η έναρξη της ΔΔ τόσο συχνότερα συνδυάζεται με συμπτώματα ΔΕΠΥ που συχνά προηγούνται των διαταραχών διάθεσης. Η σχέση ΔΔ και ΔΕΠΥ δεν είναι μόνο νοσολογικό πρόβλημα αλλά έχει σημαντικές συνέπειες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η σύγχυση που υπάρχει όσον αφορά στη διαγνωστική εκτίμηση και στη σχέση των δύο κλινικών οντοτήτων αντανακλάται και στον προτεινόμενο τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης κυρίως όσον αφορά στη φαρμακοθεραπεία. Τα αυξημένα ποσοστά συννοσηρότητας ΔΕΠΥ και ΔΔ που σημειώνονται στις ΗΠΑ σε σχέση με άλλες χώρες πιθανόν οφείλονται στην συχνή χρήση διεγερτικών που γίνεται εκεί. Τα διλήμματα που προκύπτουν για την διάγνωση ΔΕΠΥ, ΔΔ και για την σχέση μεταξύ τους παραπέμπουν αφενός στη δυσκολία καθορισμού των ορίων του φυσιολογικού και του παθολογικού στον τομέα της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου, αφετέρου στη δημιουργία μιας ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών που θα σέβεται τις ιδιαιτερότητες του αναπτυξιακού ηλικιακού φάσματος. Για την επίτευξη αυτού του στόχου δεν αρκεί η αναζήτηση αντικειμενικότητας των διαγνωστικών κριτηρίων αλλά θα πρέπει να συνυπολογιστούν ψυχοδυναμικοί παράγοντες που τοποθετούν το παιδί στο επίκεντρο της προσωπικής του ιστορίας.

Λέξεις ευρετηρίου: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – υπερκινητικότητας, διπολική διαταραχή, διάγνωση, συννοσηρότητα, ταξινόμηση

Εισαγωγή

Το παιδί είναι ένας οργανισμός σε εξέλιξη. Οι αλλαγές τόσο σε βιολογικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο είναι ταχείες και μερικές φορές απρόσμενες. Η ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού και οι διαταραχές της προσφέρουν ένα ευρύ πεδίο συζήτησης της έννοιας του φυσιολογικού και του παθολογικού.

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση έδειξε ότι κάθε στάδιο ωρίμανσης δημιουργεί καινούργιες ψυχολογικές συγκρουσιακές καταστάσεις και καινούργιους τρόπους επίλυσης αυτών των συγκρούσεων. Κατά συνέπεια ένα σύμπτωμα ή μια συμπεριφορά δεν μπορούν να θεωρηθούν παθολογικά παρά μόνο σε σχέση με το επίπεδο ανάπτυξης ή με μια δεδομένη κατάσταση στην οποία βρίσκεται το παιδί.

Είναι θεμιτό άρα να περιμένει κανείς στο πεδίο της Παιδοψυχιατρικής δυσκολίες στον ορισμό των κλινικών οντοτήτων. Η ταξινόμηση εξάλλου των ψυχικών διαταραχών στην παιδική ηλικία αποτελεί ένα θέμα που βρίσκεται διαρκώς στην επικαιρότητα και γίνεται αντικείμενο συζητήσεων, προβληματισμού ακόμη και συγκρούσεων. Κι αυτό γιατί, όπως όλες οι ταξινομήσεις μεταβάλλονται και τελειοποιούνται ακολουθώντας τις εξελίξεις των σχετικών προς το αντικείμενό τους επιστημών, έτσι και οι εκάστοτε προτεινόμενες ψυχιατρικές ταξινομήσεις αντανακλούν και εκφράζουν τις κατά καιρούς επικρατούσες κλινικές και θεωρητικές προσεγγίσεις, ειδικότερα δε τις απόψεις των συντακτών/συγγραφέων τους. Από την άλλη, οι συνεχείς αναθεωρήσεις τους μαρτυρούν την έλλειψη οριστικών γνώσεων στον τομέα των ψυχικών διαταραχών.¹

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) θεωρείται ότι αποτελεί έναν σταθερό τρόπο συμπεριφοράς που εκδηλώνεται σε μικρή ηλικία και περιλαμβάνει την υπερκινητικότητα, την παρορμητικότητα και τη διάσπαση προσοχής. Στην αγγλοσαξωνική βιβλιογραφία αναδεικνύεται μια από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Παρά τους ισχυρισμούς ότι αποτελεί μια ξεκάθαρη νοσολογική οντότητα, οι πολλαπλές αναθεωρήσεις και επαναπροσδιορισμοί του συνδρόμου αποδεικνύουν το αντίθετο.

Ταυτόχρονα πρόσφατα διαπιστώνεται ένα νέο ενδιαφέρον για τις συναισθηματικές διαταραχές στα παιδιά. Η διπολική διαταραχή (ΔΔ) με έναρξη στην παιδική ηλικία δεν θεωρείται πλέον τόσο σπάνια ενώ οι συνέπειές της είναι αρκετά σημαντικές για τη ζωή του παιδιού και της οικογένειας.

Η ΔΕΠΥ και η ΔΔ έχουν εν μέρει κοινή συμπτωματολογία. Πότε ένα παιδί περνάει τα όρια της φυσιολο-

γικής δραστηριότητας και γίνεται υπερκινητικό, πότε η διεγερσιμότητά του δεν παραπέμπει στη ΔΕΠΥ αλλά στη ΔΔ είναι ερωτήσεις που μένει ακόμη να απαντηθούν.

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)

Η πρώτη περιγραφή της ψυχοκινητικής αστάθειας στο παιδί έγινε το 1897. Ο Bourneville, Γάλλος παιδοψυχίατρος, τη θεώρησε σαν το κύριο σύμπτωμα σε ορισμένες ελαφρές νοητικές υστερήσεις. Η γένεση της έννοιας του υπερκινητικού συνδρόμου είναι μεταγενέστερη και συνδέεται με τις συνέπειες των εγκεφαλικών βλαβών στο παιδί. Ο Hohmann το 1921 χρησιμοποιεί τον όρο σε μία μελέτη για τις συνέπειες των κρανιακών τραυμάτων και των εγκεφαλίτιδων στα παιδιά. Έτσι η υπερκινητικότητα επικράτησε στην Αγγλο-Σαξωνική σχολή με προσέγγιση κυρίως νευροβιολογική. Απεικόνιζε τη συμπεριφερσιολογική κατάσταση παιδιών με ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη ή ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία που περιελάμβανε ένα ευρύτερο φάσμα δυσλειτουργιών του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία φαίνονται δυσκολίες να προσδιοριστεί η δομική διάσταση των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας και της απροσεξίας, οι οποίες είναι ετερογενείς από τη φύση τους και έχουν στενές σχέσεις με άλλα συνήθη προβλήματα της παιδικής ηλικίας. Πολλές μελέτες δίνουν αντικρουόμενα αποτελέσματα όσον αφορά στον ορισμό της ΔΕΠΥ. Ορισμένοι συγγραφείς υπογραμμίζουν την έλλειψη συμφωνίας μεταξύ εργαστηριακών δεδομένων για την προσοχή και συμπεριφερσιολογικών εκδηλώσεων.²⁻⁴ Άλλοι δείχνουν ότι οι εκδηλώσεις της υπολειμματικής προσοχής δεν είναι ομογενείς όπως διαπιστώνεται από την ποικιλομορφία των δυσκολιών που παρουσιάζουν τα κλινικά περιστατικά.⁵

Οι δυσκολίες και η διάσταση απόψεων όσον αφορά στον ορισμό της ΔΕΠΥ απεικονίζονται καθαρά στις διαφορετικές μορφές που λαμβάνει στις διαδοχικές εκδόσεις του DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Η διαταραχή εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη δεύτερη επανέκδοση του DSM το 1968⁶ με την ονομασία «υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας» εστιάζοντας κυρίως στην υπερκινητική συμπτωματολογία. Οι μετέπειτα μελέτες υπογράμμισαν την παρορμητικότητα και τη διάσπαση προσοχής των παιδιών που παρουσίαζαν την διαταραχή.⁷ Έτσι στο DSM-III⁸ εμφανίστηκε σαν Διαταραχή Υπολειμματικής Προσοχής, Υπερκινητικότητας, η οποία εκδηλώνεται με δύο μορφές: με ή χωρίς υπερ-

κινητικότητα. Θεωρήθηκε ότι τα παιδιά και στις δύο ομάδες παρουσίαζαν κυρίως παρορμητικότητα και διάσπαση προσοχής, η οποία σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις συνδυαζόταν με την υπερκινητικότητα.

Παρά τις αλλαγές της διαγνωστικής προσέγγισης τα προβλήματα παρέμειναν. Ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας μπορούν να εκφραστούν μαζί σαν διαφορετικός παράγων από τα συμπτώματα διάσπασης προσοχής. Επιπλέον ταυτοποιήθηκαν παιδιά που παρουσίαζαν προβλήματα διάσπασης προσοχής χωρίς υπερκινητικότητα και διέφεραν από εκείνα που παρουσίαζαν υπερκινητική και παρορμητική συμπτωματολογία σε συμπεριφερσιολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και νοητικές συνιστώσες.⁹⁻¹¹

Για να ληφθούν υπόψη αυτά τα δεδομένα στην τελευταία έκδοση του DSM (DSM-IV),¹² επικρατεί ο όρος «Διαταραχή Ελειμματικής Προσοχής». Τα προβλήματα προσοχής αποκτούν έτσι κεντρική θέση και μπορούν να υπάρχουν χωρίς να συνοδεύονται απαραίτητα από υπερκινητικότητα.

Προτείνονται τρεις διαγνωστικές υποκατηγορίες:

- α. Διαταραχή Ελειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, Συνδυασμένος Τύπος
- β. Διαταραχή Ελειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο
- γ. Διαταραχή Ελειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο

Αμφισβητήσεις όμως εξακολουθούν να υπάρχουν. Το γεγονός ότι τα παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο και τα παιδιά με Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, Συνδυασμένος Τύπος παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα διάσπασης προσοχής, δεν αποδεικνύει ότι οι δύο ομάδες συνδέονται στενά και πρέπει να ταξινομούνται μαζί. Ορισμένοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι πρόκειται για δύο τελείως διαφορετικές διαταραχές.^{13,14}

Η αντικειμενικότητα της διάγνωσης της ΔΕΠΥ

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η επίπτωση της διαταραχής ποικίλλει από 2% σε 17%.¹⁵

Αυτές οι μεγάλες διακυμάνσεις στην επιδημιολογία πιθανόν οφείλονται σε διαφορετικούς τρόπους ερευνητικής μεθοδολογίας και συλλογής δεδομένων. Κυρίως όμως μας κάνουν να αναρωτιόμαστε για τη σωστή εφαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων.

Παρόλο που η προσέγγιση προτείνεται σαν καθαρά συμπεριφορική φαίνεται ότι ορισμένα διαγνωστι-

κά κριτήρια είναι αρκετά ασαφή ή ερμηνεύονται διαφορετικά από τους κλινικούς που είναι επηρεασμένοι από τις κοινωνικο-πολιτισμικές συνιστώσες του τόπου τους. Ορισμένοι πολιτισμοί π.χ. ο μεσογειακός είναι περισσότερο ανεκτικοί στην κινητικότητα και στη δραστηριότητα των παιδιών απ' ό,τι οι άλλοι π.χ. ο αγγλοσαξονικός.

Η ασάφεια ορισμένων διαγνωστικών κριτηρίων θέτει το θέμα του φυσιολογικού και του παθολογικού στην εξέλιξη του παιδιού. Κριτήρια, όπως «δίνει συχνά την εντύπωση να μην ακούει όταν του μιλούν», «δυσκολεύεται να οργανώσει εργασίες και δραστηριότητες», «έχει συχνά δυσκολίες στο να ενταχθεί ήρεμα σε δραστηριότητες» στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό υποκειμενικότητας. Άλλωστε αυτά τα κριτήρια συχνά αντιστοιχούν σε χαρακτηριστικά εντελώς συνηθισμένα χωρίς παθολογικό χαρακτήρα σε πολλά παιδιά.

Στις επιδημιολογικές μελέτες ενώ η κοινωνικο-οικονομική τάξη της οικογένειας δεν παίζει ρόλο, παιδιά που παρουσιάζουν υπερκινητικό σύνδρομο ανήκουν συχνά σε δυσαρμονικές οικογένειες, με γονεϊκή ψυχιατρική παθολογία.¹⁶ Μπορούμε να υποθέσουμε μια διαγνωστική υπερεκτίμηση της ΔΕΠΥ σε οικογένειες με μεγάλες δυσκολίες παροχής φροντίδας, που χαρακτηρίζονται από ανεπαρκή προστατευτικά και καθησυχαστικά πλαίσια διαπαιδαγώγησης και επιτρέπουν την υπέρβαση των ορίων και τη διαταρακτική συμπεριφορά του παιδιού. Τέλος η κλινική διάγνωση φαίνεται να ενσωματώνει έναν αριθμό παραχαϊδεμένων υπερπροστατευμένων παιδιών, που πρωτίστως χρειάζονται μια ψυχοπαιδαγωγική καθοδήγηση, ή έναν αριθμό συμπτωματικών παιδιών των οποίων οι διαταραχές της συμπεριφοράς αποτελούν αντανάκλαση μιας συναισθηματικής και περιβαλλοντικής μειονεξίας.

Παρόλες λοιπόν τις προσπάθειες της αγγλοσαξωνικής βιβλιογραφίας αποδεικνύεται ότι η εφαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων μπορεί να διαφοροποιηθεί ανάλογα με τις καταστάσεις και άρα η διάγνωση της ΔΕΠΥ δεν θεωρείται πλήρως αντικειμενική.

Διπολική διαταραχή (ΔΔ)

Ο Esquirol περιέγραψε, ήδη από το 1838¹⁷ περιπτώσεις μανιακής κρίσης σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Ο Kraepelin¹⁸ επίσης αναφέρθηκε λεπτομερώς από την αρχή του 20ού αιώνα σε περιπτώσεις καταθλιπτικών και μανιακών κρίσεων σε παιδιά και εφήβους. Παρόλ' αυτά μέχρι το 1970 οι συναισθηματικές ψυχώσεις στα παιδιά και τους εφήβους δεν είχαν αναγνωρισθεί ως επίσημη ψυχιατρική διάγνωση. Συνήθως ετίθεντο οι διαγνώσεις του υπερκινητικού συνδρόμου, των δια-

ταραχών συμπεριφοράς ή της σχιζοφρένειας. Από το 1980 και μετά η αύξηση του αριθμού των αποπειρών αυτοκτονίας και των αυτοκτονιών ιδιαίτερα στους εφήβους, οδήγησε στη συστηματική έρευνα των συναισθηματικών ψυχώσεων στη παιδική και εφηβική ηλικία. Από τότε μέχρι σήμερα πολλαπλασιάστηκαν οι μελέτες και παρουσιάζεται μια σταθερή αναγνώρισή τους.¹⁹ Στα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΔ με έναρξη στην παιδική ηλικία δεν διαχωρίζονται από εκείνα των ενηλίκων. Στην πραγματικότητα όμως η κλινική εικόνα διαφέρει.

Η σημειολογία της πρώιμης ΔΔ διακρίνεται από εκείνη του ενήλικα, από τη σπανιότητα των θυμικών συμπτωμάτων. Πολύ συχνά ούτε η καταθλιπτική διάθεση, ούτε η υπομανιακή ευφορία βρίσκονται στην πρώτη γραμμή όντας συχνά υποσκελισμένες από μια μεγάλη ευερεθιστότητα με κρίσεις βίας και σωματικές εκδηλώσεις. Ψυχωτική συμπτωματολογία εμφανιζόμενη υπό μορφή ακουστικών ή οπτικών ψευδαισθήσεων και παραληρήματος, μπορεί να συνυπάρχει, αν και σπάνια αναφέρεται αυθόρμητα από το νέο ασθενή. Η πιο χαρακτηριστική διακριτική ιδιαιτερότητα ενοικεί στην ουσιαστική απουσία της κυκλικότητας της συμπτωματολογίας στους νέους ασθενείς. Τα παιδιά ή οι έφηβοι διπολικοί παρουσιάζουν μια σημειολογία συνεχών κύκλων, που περιλαμβάνουν σύντομα επεισόδια καταθλιπτικά, υπομανιακά, μανιακά ή ανάμεικτα χωρίς ελεύθερες περιόδους.^{20,21}

Τα παιδιά με ΔΔ παρουσιάζουν επίσης υπολειπόμενη κοινωνική λειτουργικότητα και μαθησιακές δυσκολίες.²²

Για τους Craney και Geller²³ η ΔΔ με έναρξη στην παιδική ηλικία αντιστοιχεί σε μια βαριά εικόνα ΔΔ ενηλίκων παρουσιαζόμενη με χρόνια μικτή μανία, ψυχωτικά χαρακτηριστικά και συνεχή κυκλική εικόνα.

Η αντικειμενικότητα της διάγνωσης της ΔΔ

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες οι συναισθηματικές διαταραχές διαγιγνώσκονται σε ποσοστό 0,3% στη νηπιακή ηλικία, σε 1,8% στη λανθάνουσα περίοδο, για να φτάσουν στο 4,7% στη μέση εφηβεία. Παρά τις μελέτες που δείχνουν ότι τις τελευταίες δεκαετίες εμφανίζεται σημαντική αύξηση της ΔΔ στα παιδιά και στους εφήβους, η επίπτωση της διαταραχής με πρώιμη έναρξη παραμένει χαμηλή.²⁴

Οι επιδημιολόγοι θεωρούν πως η πρώιμη ΔΔ είναι αρκετά υποτιμημένη. Υποστηρίζουν ότι η διαταραχή υποδιαγιγνώσκεται λόγω έλλειψης γνώσεων, προσοχής, διαγνωστικής σύγχυσης και διαφορετικής κλινικής εικόνας στα παιδιά.²⁵ Σημειώνουν πως μια ακριβής έρευνα θα οδηγούσε στην αποκάλυψη μιας

υψηλής επίπτωσης της διαταραχής στις νοσοκομειακές παιδοψυχιατρικές μονάδες. Η ΔΔ θα μπορούσε να είναι η πιο συχνή ψυχιατρική πάθηση στο παιδί και τον έφηβο που νοσηλεύεται.²⁶

Οι Meyer et al²⁷ αναφέρουν ότι η ΔΔ στα παιδιά σπάνια διαγιγνώσκεται στη Γερμανία. Ενώ 63% των ψυχιάτρων έχουν χρησιμοποιήσει αυτή τη διάγνωση στην εφηβεία μόνο το 7,8% την έχει βάλει στα παιδιά. Οι Kochman et al²⁸ μιλούν για τη σπανιότητα της διάγνωσης στην Γαλλία. Στη μελέτη των Soutullo CA et al²⁹ αναφέρεται ότι υπάρχει ένας μεγάλος σκεπτικισμός σε χώρες εκτός από τις ΗΠΑ όσον αφορά τη διάγνωση της ΔΔ. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφέρεται επίπτωση της μανίας σε εφήβους στην Ολλανδία 1,9% και υπομανίας 0,9%. Μόνο 1,2% από τα νοσηλευόμενα παιδιά στη Δανία και 1,7% των εφήβων στη Φινλανδία είχαν διάγνωση ΔΔ. Στην Ιταλία, οι συγγραφείς καταγράφουν σε μια κλινική του Πανεπιστημίου της Ναβάρρας επίπτωση 4% σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 4–18 ετών. Συμπεραίνουν ότι υπάρχει σχετική έλλειψη δεδομένων, διαφορές ως προς τον ορισμό της ΔΔ στο ICD-10 και το DSM-IV και κλινικές δυσκολίες ως προς την αναγνώριση της διαταραχής. Η υπερδιάγνωση στις ΗΠΑ πιθανόν να οφείλεται σε διαφορές στην ερμηνεία και την εφαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων. Ενώ οι κλινικοί στην Ευρώπη φαίνεται να διστάζουν περισσότερο στο να αναγνωρίσουν στις μεταβολές της διάθεσης ενός παιδιού ή ενός εφήβου τα σημάδια μιας σοβαρής ψυχικής διαταραχής η οποία θα το συνοδεύει εφόρου ζωής.

Και εδώ επίσης τίθενται σε επερώτηση τα όρια του φυσιολογικού και του παθολογικού.

Το παιδί, κατά τη διάρκεια της ίδιας μέρας, μπορεί να συναισθανθεί περιόδους ευφορίας έως και έντονης διέγερσης εναλλασσόμενες με περιόδους θλίψης ή δυσθυμίας, που βρίσκονται σε άμεση σχέση με τις κοινωνικές του δραστηριότητες και τις συναισθηματικές του ανάγκες.

Στον έφηβο η θυμική ευελιξία που μπορεί να είναι ακραία, κάνει ιδιαίτερα δύσκολη κάθε προσπάθεια διάκρισης ανάμεσα στον φυσιολογικό και τον παθολογικό στον τομέα των διαταραχών της διάθεσης.³⁰

Σύμφωνα με τους Stringaris et al³¹ κλινικές εικόνες που να πληρούν τα κριτήρια της ΔΔ σύμφωνα με το DSM-IV είναι σπάνιες στα παιδιά γιατί συνήθως τα μανιακά επεισόδια είναι βραχύτερα απ' ό,τι απαιτείται από τα διαγνωστικά κριτήρια. Συμπεραίνει ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα γι' αυτά τα βραχεία επεισόδια κατά τη διάρκεια των οποίων εκδηλώνονται μανιακά

συμπτώματα για να προσδιοριστεί αν πραγματικά αποτελούν κλινική εικόνα ΔΔ της παιδικής ηλικίας. Για τον Taylor³² τα βραχυχρόνια επεισόδια υπερβολικής συναισθηματικής εκδήλωσης, κυρίως θυμού, που παρουσιάζουν τα μικρότερα παιδιά αποτελούν σημαντικό κλινικό πρόβλημα αλλά δεν αποτελούν απαραίτητα την έναρξη μιας κλασικής ΔΔ. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει τη ΔΕΠΥ, την αντίδραση σε εχθρικό περιβάλλον, τη χρήση ουσιών, τη σοβαρή συναισθηματική δυσλειτουργία και τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος.

Όπως και για τη ΔΕΠΥ, φαίνεται ότι και για τη ΔΔ δεν υπάρχει πλήρης συμφωνία ως προς την κλινική εικόνα και οι διαφορετικές απόψεις αντανακλούν και διαφορετικές πρακτικές.

ΔΕΠΥ και Διπολική Διαταραχή

Υπάρχει μια πολύ λεπτή διάκριση ανάμεσα στη ΔΔ και τη ΔΕΠΥ. Ένα παιδί σε χρόνια υπομανιακή κατάσταση παρουσιάζει μια υπερκινητική συμπεριφορά, συνοδευόμενη από ταχυλαλία και ταχυψυχία, γρήγορη ροή ιδεών, έλλειψη προσοχής και συγκέντρωσης στο σχολείο, συμπτώματα που μπορούν να οδηγήσουν σε μια διάγνωση ΔΕΠΥ.

Για ορισμένους συγγραφείς το βασικότερο διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο υπέρ της ΔΔ είναι η ύπαρξη συναισθηματικών διαταραχών στο οικογενειακό περιβάλλον.³³ Σύμφωνα με άλλους όμως παιδιά διπολικών ασθενών έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιά-

σουν ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία και αυξημένα επίπεδα υπο-ουδικών καταθλιπτικών και μανιακών συμπτωμάτων απ' ό,τι παιδιά μαρτύρων γονέων με άλλη ή χωρίς καμία ψυχιατρική παθολογία.³⁴

Τα κύρια ερωτήματα που τίθενται για τη σχέση των δύο κλινικών οντοτήτων είναι τα εξής:

1. Υπάρχει συννοσηρότητα των δύο διαταραχών;
2. Η ΔΕΠΥ υπερδιαγιγνώσκεται σε βάρος της διπολικής διαταραχής;
3. Η ΔΕΠΥ εξελίσσεται προς διπολική διαταραχή;

Οι Kochman F et al³⁵ προτείνουν τον ακόλουθο πίνακα 1 όπου φαίνονται τα σημεία στα οποία μπορεί να στηριχθεί η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στις δύο διαταραχές.

Συννοσηρότητα ή εξέλιξη της ΔΕΠΥ προς ΔΔ

Για να ξεφύγουν από τις διαγνωστικές δυσκολίες της διαφορικής διάγνωσης οι περισσότεροι ερευνητές μιλούν για συννοσηρότητα. Για ορισμένους άλλους η ΔΕΠΥ μπορεί να αποτελεί πρόδρομη κλινική εικόνα και να εξελιχθεί προς ΔΔ.

Επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες στις ΗΠΑ ανεβάζουν τα ποσοστά συννοσηρότητας σε 70–90% σε παιδιά και 30–40% σε εφήβους.^{36–38} Σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά σημειώνονται σε έρευνες εκτός ΗΠΑ.^{39,40} Οι Biederman et al⁴¹ σε παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠΥ βρίσκουν συννοσηρότητα 11% με διπολική διαταραχή καταρχήν και 12% επιπροσθέτως

Πίνακας 1. Διαφορική διάγνωση μεταξύ ΔΕΠΥ και πρώιμης διπολικής διαταραχής

ΔΕΠΥ	Πρώιμη διπολική διαταραχή
Καθόλου ή λίγα οικογενειακά προηγούμενα διαταραχών της διάθεσης	Συχνές διαταραχές της διάθεσης στο οικογενειακό περιβάλλον
Παιδί θορυβώδες	Παιδί απροσάρμοστο, υπερσυναισθηματικό
Υπερδραστήρια συμπεριφορά	Συμπεριφορά με διακυμάνσεις με διαδοχή ήρεμων, καταθλιπτικών ή μανιακών περιόδων
Επιρρέπεια σε παρορμητικές συμπεριφορές, μερικές φορές βίαιες, γενικά ελεγχόμενες από τον περίγυρο	Κατά τη διάρκεια των καταθλιπτικών ή μανιακών κρίσεων επικίνδυνες συμπεριφορές, βίαιες, μερικές φορές ακραίες, ελάχιστη ανταποκρινόμενες στην παρέμβαση του περιγύρου
Σπάνιες ιδέες αυτοκτονίας	Μεγάλη συχνότητα αυτοκτονικών ιδεών, απειλών και αποπειρών αυτοκτονίας
Όχι ψυχωτικά συμπτώματα	Συχνά ψυχωτικά συμπτώματα (ακουστικές, οπτικές ψευδαισθήσεις κ.λπ.)
Όχι συμπεριφορές εστιασμένες σε έναν στόχο. Αντίθετα ροπή προς διασκέδαση της συμπεριφοράς	Συμπεριφορές εστιασμένες σε έναν στόχο (συμπεριφορές με έντονο σεξουαλικό χαρακτήρα κ.λπ.), νέοι που αυτοεκτιμούνται ως υπεράνω του νόμου.

μετά από 4 χρόνια παρακολούθηση. Για τα παιδιά με συννοσηρότητα διαπιστώθηκε βαρύτερη ψυχοπαθολογία, περισσότερες νοσηλείες και χαμηλότερη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα.

Παρόμοια αποτελέσματα δίνονται από τον Wozniak et al.⁴² Τα παιδιά με συννοσηρότητα μανίας και ΔΕΠΥ είχαν βαρύτερη κλινική εικόνα και μεγαλύτερη υπολειμματική ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Είχαν επίσης υψηλότερα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης, ψύχωσης, διάχυτης αγχώδους διαταραχής και διαταραχών διαγωγής.

Ός προς την κλινική εικόνα, παιδιά με συννοσηρότητα ΔΕΠΥ-ΔΔ παρουσιάζουν κυρίως διεγερτικό φαινότυπο, χρόνια πορεία και έχουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχής αντικοινωνικής διαγωγής. Ο ειδικός αυτός φαινότυπος παραπέμπει σε μια συμπτωματολογική συνέχεια μεταξύ ΔΕΠΥ και ΔΔ πρώιμης έναρξης στην οποία πιθανόν οφείλονται οι δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση και οι διαφορές στα ποσοστά της συννοσηρότητας.⁴³

Ένα επιχείρημα υπέρ της συννοσηρότητας είναι ότι η ΔΔ και το ΔΕΠΥ παρουσιάζουν κοινά υπολειμματικά χαρακτηριστικά ως προς τη νευρογνωσιακή λειτουργία.⁴⁴ Για τη Ruckidge⁴⁵ η υπολειμματική λειτουργικότητα είναι σαφώς μεγαλύτερη σε εφήβους που παρουσιάζουν συννοσηρότητα ΔΔ και ΔΕΠΥ σε σχέση με εκείνους που έχουν μόνο ΔΔ. Θεωρεί ότι η ΔΕΠΥ επηρεάζει αρνητικά τη γνωσιακή λειτουργία στη ΔΔ. Σε νευροβιολογικές μελέτες οι έφηβοι με συννοσηρότητα ΔΔ και ΔΕΠΥ παρουσιάζουν ελαττωμένη δραστηριοποίηση των προμετωπιαίων περιοχών συγκρινόμενοι με εφήβους με ΔΔ χωρίς ΔΕΠΥ.⁴⁶

Όταν υπάρχει συννοσηρότητα, διαφορές παρατηρούνται επίσης ως προς την ηλικία έναρξης και ως προς το φύλο.

Οι πιο πολλοί ερευνητές συμφωνούν ότι όταν υπάρχει συννοσηρότητα η ηλικία έναρξης της ΔΔ είναι μικρότερη.^{43,47} Φαίνεται ότι όσο νωρίτερα γίνεται η έναρξη της ΔΔ τόσο συχνότερα συνδυάζεται με συμπτώματα ΔΕΠΥ που συχνά προηγούνται των διαταραχών διάθεσης.⁴⁸ Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ΔΕΠΥ σ' αυτά τα παιδιά σηματοδοτεί την έναρξη μιας μορφής ΔΔ που είναι οικογενειακή.³⁷

Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς υπάρχει μια πρόδρομη και υποοδική φάση ΔΔ που μπορεί να συγγέεται με τη φυσιολογική συναισθηματική αστάθεια ή να εκδηλώνεται σαν ΔΕΠΥ.^{49,50}

Όσον αφορά στο φύλο τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα. Σύμφωνα με τον Geller³⁷ η συννοσηρότητα παρουσιάζεται πιο πολύ στα αγόρια. Ο Faraone⁵¹

όμως μελετάει μια ομάδα κοριτσιών και επιβεβαιώνει ότι αυτά που ισχύουν για τα αγόρια ισχύουν και για τα κορίτσια.

Η συννοσηρότητα μπορεί να συνεχίζει στην ενήλικη ζωή και επιβαρύνει την πορεία της διαταραχής.⁵² Οι ενήλικοι ασθενείς είχαν ηλικία έναρξης 5 χρόνια νωρίτερα, υψηλότερα ποσοστά αγχώδων διαταραχών, χρήσης αλκοόλ και ουσιών. Είχαν μικρότερες περιόδους που ήταν νορμοθυμικοί και ήταν πιο συχνά καταθλιπτικοί.⁵³ Σε μια πρόσφατη μελέτη⁵⁴ επιβεβαιώνεται ότι ενήλικες ασθενείς με ΔΕΠΥ και ΔΔ είχαν έναρξη της ΔΔ σε μικρότερη ηλικία, περισσότερα επεισόδια διαταραχών της διάθεσης και υψηλότερα επίπεδα παρορμητικότητας απ' ό,τι διπολικοί ασθενείς χωρίς συννοσηρότητα με ΔΕΠΥ. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η κλινική εικόνα ασθενών με ΔΕΠΥ και ΔΔ διαφέρει από εκείνη ασθενών με ΔΔ χωρίς ΔΕΠΥ ή εκείνων που παρουσίαζαν ΔΕΠΥ στα παιδικά τους χρόνια και θεραπεύτηκαν. Αυτή η ιδιαίτερη κλινική εικόνα μπορεί να ανιχνευτεί νωρίς λόγω των ιδιοσυγκρασιακών δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών του ατόμου.

Θεραπευτικές επιλογές

Η σχέση ΔΔ και ΔΕΠΥ δεν είναι μόνο νοσολογικό πρόβλημα αλλά έχει σημαντικές συνέπειες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Είναι γενικά παραδεκτό ότι όσο πιο άμεση είναι η παρέμβαση τόσο στη ΔΕΠΥ όσο και στη ΔΔ, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν για να αποφευχθεί η άσχημη πρόγνωση και η χρονιότητα.⁴⁹

Η σύγχυση που υπάρχει όσον αφορά στη διαγνωστική εκτίμηση και τη σχέση των δύο κλινικών οντοτήτων αντανακλάται και στον προτεινόμενο τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης κυρίως όσον αφορά στη φαρμακοθεραπεία. Είναι γνωστό ότι για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ χρησιμοποιούνται διεγερτικά ενώ για τη ΔΔ προτείνονται σταθεροποιητές του συναισθήματος ακόμη και λίθιο στα παιδιά. Όπως ήδη αναφέρθηκε στις ΗΠΑ σημειώνεται υψηλή επίπτωση ΔΕΠΥ κα ευρεία χρήση φαρμακοθεραπείας για την αντιμετώπισή της. Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς τα αυξημένα ποσοστά συννοσηρότητας ΔΕΠΥ και ΔΔ που σημειώνονται στις ΗΠΑ σε σχέση με άλλες χώρες εν μέρει οφείλονται στην συχνή χρήση διεγερτικών που γίνεται εκεί. Πιθανόν μ' αυτόν τον τρόπο πυροδοτείται μια πρώιμη έναρξη ΔΔ ανεξάρτητη από τη ΔΕΠΥ μέσα από έναν συμπεριφερσιολογικό μηχανισμό ευαισθητοποίησης.⁵⁵ Φαίνεται επίσης πως οι νέοι διπολικοί, διαγνωσμένοι υπερκινητικοί κατά την παιδική ηλικία, που είχαν εκτεθεί σε μια ψυχοδιεγερτική

θεραπεία, παρουσιάζουν μια κακή εξέλιξη της ΔΔ, όχι αποκλειστικά εξηγήσιμη από αυτήν τη συννοσηρότητα.⁵⁶ Συμπεραίνεται έτσι ότι τα διεγερτικά μπορεί να επιβαρύνουν μια υποβόσκουσα μανία.^{57,58}

Αντίθετα σε άλλες φαρμακολογικές μελέτες φαίνεται ότι όταν ένας διπολικός ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή με ρυθμιστές του συναισθήματος, η προσθήκη ενός διεγερτικού μπορεί να βελτιώσει επιπλέον την κλινική εικόνα ελέγχοντας τα συννοσηρά συμπτώματα ΔΕΠΥ.⁵⁹⁻⁶¹

Αυτή η θεραπευτική επιλογή υποστηρίζεται από πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι σε γενετικό, βιοχημικό, ηλεκτροφυσιολογικό, και νευροψυχολογικό επίπεδο υπάρχουν κοινά στοιχεία ανάμεσα στη ΔΕΠΥ και τη ΔΔ. Παρατηρήθηκε ότι η μανία και η ΔΕΠΥ χαρακτηρίζονται από μια ασταθή ρύθμιση της εγρήγορσης η οποία αποτελεί έναν κεντρικό παθογενετικό παράγοντα που οδηγεί στην ελειμματική προσοχή. Η υπερδραστήρια, και παρορμητική συμπεριφορά αποτελεί αυτορυθμιστική προσπάθεια να σταθεροποιηθεί η εγρήγορση αυξάνοντας την εξωτερική διέγερση.^{62,63} Σύμφωνα μ' αυτή τη θεώρηση τα ψυχοδιεγερτικά δεν αποτελούν παράγοντα κινδύνου να χειροτερέψει η μανία αλλά μπορεί να είναι θεραπεία επιλογής για τα οξεία μανιακά επεισόδια.

Συμπεράσματα

Οι σχέσεις ΔΕΠΥ και ΔΔ είναι πολύπλοκες και πολυπαραγοντικές. Οι μελέτες διαχωρίζουν δύο διακριτές διαταραχές που συχνά συνυπάρχουν ή που η μία μπορεί να αποτελεί την πρώιμη εκδήλωση της άλλης. Φαίνεται ότι η ειδική σχέση των δύο διαταραχών ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό του παιδιού.

Οι διαγνωστικές αμφιβολίες που αφορούν στη ΔΕΠΥ και την ΔΔ παραπέμπουν για μια ακόμη φορά αφενός στις δυσκολίες χάραξης του ορίου ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό στο πεδίο της ψυχικής υγείας του παιδιού και αφετέρου στην αδυναμία κατασκευής και αποδοχής μιας κοινής ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών του αναπτυξιακού ηλικιακού φάσματος.

Στην πορεία της αναπτυξιακής/εξελικτικής διαδικασίας από τη βρεφική στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία συμπυκνώνονται πολλές και διαφορετικές διεργασίες, μέσα από τις οποίες συντελούνται αλλαγές σε διαφορετικά επίπεδα: στο σωματικό, στο ψυχο-νοητικό και σε εκείνο των σχέσεων με το περιβάλλον. Σ' αυτή την εξελικτική πορεία οι κλινικές εικόνες μπορεί να μεταβάλλονται, και κατά συνέπεια και οι διαγνώσεις. Το ερώτημα που προκύπτει είναι κατά πόσο ένα

ταξινόμικό σύστημα είναι σε θέση να συλλάβει και να αποτυπώσει, με τον κωδικοποιημένο τρόπο που κάθε ταξινόμηση απαιτεί, όλη αυτή την κλινική πολυπλοκότητα και ταυτόχρονα την εξελικτική δυναμική.¹

Επίσης η μεγάλη συχνότητα καταγραφής «συννοσηρότητας» θέτει ερωτήματα τόσο από κλινική όσο και από θεωρητική άποψη.⁶⁴ Η ταυτόχρονη παρουσία δυο διαφορετικών διαγνώσεων φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την ψυχοπαθολογία του ατόμου και δεν αποτελεί το απλό άθροισμα των συμπτωμάτων τους. Αντίθετα στις περισσότερες των περιπτώσεων δημιουργείται μια νέα διαφορετικής ποιότητας ψυχοπαθολογία που απαιτεί διαφορετική διερεύνηση και θεραπευτική αντιμετώπιση.⁶⁵

Το νευροβιολογικό μοντέλο για την μελέτη των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας, παρά τις τεράστιες προόδους που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια δεν προσφέρει ακόμη ολοκληρωμένες απαντήσεις. Καλό θα ήταν να μπορούσε να συνδυασθεί με την ψυχοδυναμική προσέγγιση που παίρνει υπόψη της και άλλες παραμέτρους όπως την προσωπική ιστορία του υποκειμένου και άρα την ιστορικοποίηση του συμπτώματος καθώς και τη διασύνδεση του με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εκφράζεται.

Στην ψυχοδυναμική προσέγγιση δεν υπάρχει διχασμός ανάμεσα στις δύο κλινικές εικόνες. Ψυχοδυναμικά η υπερκινητικότητα εκφράζεται με όλα τα σημεία που παραπέμπουν στη μανία, ψυχική και κινητική διέγερση, διάσπαση προσοχής, ιδεοφυγία, λογόρροια, οικειότητα, ιδέες μεγαλείου, παντοδυναμία. Αυτές οι μανιακές εκδηλώσεις θεωρούνται άμυνες ενάντια στην κατάθλιψη, αλλά είναι και την ίδια στιγμή μάρτυρες της αδυναμίας επεξεργασίας και ξεπεράσματος της καταθλιπτικής θέσης, έτσι όπως περιγράφηκε από τη M. Klein. Οι μανιακές άμυνες, στοχεύουν στην αποφυγή κάθε συναισθήματος εξάρτησης από το αντικείμενο. Το παιδί αποφεύγει τη σχέση με το αντικείμενο, η οποία μπορεί να περιέχει εξάρτηση, αμφιθυμία, ενοχή. Οδηγείται στην άρνηση της εσωτερικής πραγματικότητας και μπορεί να λειτουργήσει μόνο με τα χαρακτηριστικά της μανιακής σχέσης: θρίαμβο, έλεγχο, υποτίμηση του αντικειμένου, φυγή προς την εξωτερική πραγματικότητα, μεγαλομανιακή παντοδυναμία. Τα υπερκινητικά παιδιά δίνουν την εντύπωση μιας διάθεσης ψεύτικα καλής, επιφανειακής, ελάχιστα μεταδοτικής, χωρίς αίσθημα πληρότητας, ούτε πραγματικής χαράς. Η κινητική εκφόρτιση δείχνει την άδεια διέγερση, τον ψεύτικο θρίαμβο, την υπεραναπλήρωση.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι σύγχρονες ταξινομήσεις των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας δεν είναι ούτε οριστικές ούτε αντικειμενικές. Η συζήτηση γύρω από τη σχέση της ΔΕΠΥ και της ΔΔ είναι η απεικόνιση της ρευστότητας των γνώσεών μας σε ορισμένους ευαίσθητους τομείς της ψυχικής υγείας στην παιδική ηλικία. Οι συγγραφείς απ' όλες τις θεωρητικές κατευθύνσεις

συμφωνούν ότι χρειάζονται περαιτέρω έρευνες για να διευκρινισθούν οι αναπτυξιακές και γενετικές διαφορές των δύο διαταραχών και να αναπτυχθούν εξειδικευμένοι τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης. Απαιτείται όμως προσοχή στο πού θα στραφεί η έρευνα. Έτσι ώστε να μην πάψουμε να παίρνουμε υπόψη μας την ψυχική οδύνη του παιδιού και της οικογένειάς του.

Attention-deficit hyperactivity disorder or bipolar disorder in childhood?

H. Lazaratou

*Child and Adolescent Psychiatric Unit, Community Mental Health Center of Byrona-Kesariani,
A' Psychiatric Department, Medical School, University of Athens*

Psychiatriki 2012, 23:304–313

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is considered one of the most common neurodevelopmental disorders of childhood, characterized by inattention and/or hyperactivity-impulsivity. Even though a strict definition of this entity is constantly sought, ADHD is an often redefined and reconceptualized syndrome. Epidemiological studies show large differences in the incidence, pointing out that the effort of actual taxonomic systems to offer objective diagnostic criteria have not yielded substantial results. Bipolar Disorder (BD) with onset in childhood is distinguished from the adult form by the scarcity of affective symptoms. Very often, neither depressive mood, nor hypomanic euphoria are in the front line being covered by irritability with crises of violence. Children or adolescents have consecutive cycles, which include brief episodes of depressive, hypomanic, manic or mixed periods without free intervals. There was a delay in the recognition of this clinical picture. The diagnostic criteria in the actual taxonomic systems are not separated from those of adults and according to some studies the disorder is under diagnosed mainly in European countries. The contemporary literature deals largely with the relationship ADHD - BD in young people because the two disorders share the same clinical picture with slight variations. The differential diagnosis in favor of BD is mainly based on the presence of affective disorders in the family. The main questions raised are whether there is comorbidity, whether ADHD is overdiagnosed against BD or whether ADHD represents a prodromal manifestation of early onset BD. Children with comorbid ADHD and BD tend to express mostly a stimulant phenotype with a chronic course and have higher rates of antisocial conduct disorder. This particular phenotype suggests a symptomatic continuum between ADHD and early onset BD which is possibly responsible for the difficulties met in differential diagnosis and differences in the rates of comorbidity. It seems that the earlier the onset of BD more often it is combined with symptoms of ADHD which often precede mood disorders. The relationship between BD and ADHD is not just a nosological problem but has important implications for treatment. The confusion regarding diagnostic evaluation and the relationship of these two clinical entities is reflected in the proposed course of therapy particularly with regard to pharmacotherapy. The elevated rates of comorbidity between ADHD and BD observed in the USA, but not in other countries, are possibly due to the frequent use of stimulants. The dilemmas that arise for the diagnosis of ADHD, BD and their relationship refer to the difficulty of defining the limits of normal and abnormal in the mental health of children and adolescents and of the construction of a taxonomic system that respects the particularities of this developmental age spectrum. To achieve this goal, the search for objectivity in diagnostic criteria is not sufficient but one must also keep in mind psychodynamic factors that put children at the heart of their personal history.

Key words: Attention-deficit hyperactivity disorder, bipolar disorder, diagnosis, comorbidity, classification.

Βιβλιογραφία

1. Λαζαράτου Ε, Ζηλίκης Ν. Η γαλλική ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών Παιδιού και Εφήβου (CFTMEA): Συγκριτική παρουσίαση σε σχέση με το ICD-10 & DSM-IV. *Ψυχιατρική* 2006, 17:49–61
2. Barkley RA. The ecological validity of laboratory and analogue assessments of ADHD symptoms. *J Abn Child Psychol* 1991, 19:149–178
3. Denckla MB. Biological correlates of learning and attention: What is relevant to learning disability and attention-deficit hyperactivity disorder? *Devel Beh Pediatr* 1996, 17:114–119
4. Shaywitz BA, Fletcher JM, Shaywitz SE. Defining and classifying learning disabilities and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Neurol* 1995, 10:50–57
5. Halperin JM, Matier K, Bedi G, Sharma V, Newcorn JH. Specificity of inattention, impulsivity, and hyperactivity to the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Amer Acad Child Adole Psych*, 1992, 31:190–196
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-II) (2nd ed), Washington, DC, 1968
7. Klein DF, Gittelman-Klein R. Problems in the diagnosis of minimal brain dysfunction and the hyperkinetic syndrome. *Int J Mental Health* 1975, 4:45–60
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-III) (3rd ed), Washington, DC, 1980
9. Bauermeister JJ, Alegria M, Bird HR, Rubio-Stipec M, Canio G. Are attentional-hyperactivity deficits unidimensional or multidimensional syndromes? Empirical findings from a community survey. *J Amer Acad Child Adol Psych* 1992, 31:423–431
10. Lahey BB, Carlson CL. Validity of the diagnostic category of attention deficit disorder without hyperactivity: a review of the literature. *J Learn Disab* 1991, 24:110–120
11. Pelham WE, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *J Amer Acad Child Adol Psych* 1992, 31:210–218
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (4th ed). Washington, DC, 1994
13. Barkley RA, Grodzinsky G, DuPaul GJ. Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *J Abnor Child Psychol*, 1992, 20: 163–188
14. Goodyear P, Hynd GW. Attention-deficit disorder with (ADD/H) and without (ADD/WO) hyperactivity. *J Abnor Child Psychol*, 1992, 6:221–236
15. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000, 9:541–555
16. Pressman LJ, Loo SK, Carpenter EM, Asarnow JR, Lynn D, McCracken JT et al. Relationship of Family Environment and Parental Psychiatric Diagnosis to Impairment in ADHD. *J Am Acad Child Adol Psych* 2006, 45:346–354
17. Esquirol JE. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et medico-légal. Baillere. Paris, 1838
18. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Barth, Leipzig, 1899
19. Kochman F, Ferrari P, Hantouche EG, Akiskal HS. Les troubles bipolaires chez l'adolescent. In: Ferrari P et al (eds) *Actualités en Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent*. Flammarion, Paris, 2002:282–290
20. Wozniak J. Recognizing and managing bipolar disorder in children. *J Clin Psychiatry* 2005, 66(Suppl 1):18–23
21. Carbray MJ, McGuinness T. Pediatric bipolar disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2009, 47:22–26
22. Biederman J, Faraone SV, Wozniak J, Mick E, Kwon A, Cayton GA et al. Clinical correlates of bipolar disorder in a large, referred sample of children and adolescents. *J Psychiatr Res* 2005, 39:611–622
23. Craney JL, Geller B. A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar Disord* 2003, 5:243–256
24. Tillman R, Geller B, Bolhofner K, Craney JL, Williams M, Zimmerman B. Ages of onset and rates of syndromal and subsyndromal comorbid DSM-IV diagnoses in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 2003, 42:1486–1493
25. Wozniak J, Biederman J. Childhood mania: insights into diagnostic and treatment issues. *J Assoc Acad Minor Phys* 1997, 8:78–84
26. Issac G. Is bipolar disorder the most common diagnostic entity in hospitalized adolescents and children? *Adolescence* 1995, 30:273–276
27. Meyer TD, Kossmann, Bohm S, Schlotke PF. Do child psychiatrists in Germany diagnose bipolar disorders in children and adolescents? Results from a survey. *Bipolar Disord* 2004, 6:426–431
28. Kochman FJ, Hantouche EG, Ferrari P, Lancrenon S, Bayart D, Akiskal HS. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2005, 85:181–189
29. Soutullo CA, Chang KD, Dvez-Suarez A, Figueroa-Quintana A, Escamilla-Canales I, Rapado-Castro M et al. Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on epidemiology and phenomenology. *Bipolar Disord* 2005, 7:497–506
30. Kochman FJ, Hantouche EG, Ferrari P, Lancrenon S. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2005, 85:181–189
31. Stringaris A, Santosh P, Leibenluft E, Goodman R. Youth meeting symptom and impairment criteria for mania-like episodes lasting less than four days: an epidemiological enquiry. *J Child Psychol Psychiatry* 2010, 51:31–38
32. Taylor E. Managing bipolar disorders in children and adolescents. *Nat Rev Neurol* 2009, 5:484–491
33. Wozniak J, Faraone SV, Mick E, Monuteaux M, Coville A, Biederman J. A controlled family study of children with DSM-IV bipolar-I disorder and psychiatric co-morbidity. *Psychol Med* 2010, 40:1079–1088
34. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Monk K, Kalas C, Opreja M et al. Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS) *Am J Psychiatry* 2010, 167:321–330
35. Kochman F, Rose-Reinhardt H, Hantouche E. Les jeunes hyperactifs deviennent-ils bipolaires? *Inter Psy* 2005, 4:30–34
36. Biederman J, Mick E, Prince J et al. Systematic chart review of the pharmacologic treatment of comorbid attention deficit hyperactivity disorder in youth with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 9:247–256
37. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL, Delbello MP et al. Diagnostic characteristics of 93 cases of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype by gender, puberty and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000, 10:157–164

38. Faraone SV, Biederman J, Wozniak J, Mundy E, Mennin D, O'Donnell D. Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, 36: 1046–1055
39. Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 7:51–55
40. Srinath S, Reddy YCJ, Girimaji SC et al. A prospective study of bipolar disorder in children and adolescents from India. *Acta Psychiatr Scand* 1998, 98:437–442
41. Biederman J, Faraone S, Mick E, Wozniak J et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:997–1008
42. Wozniak J, Biederman J, Kiely K, Ablon JS, Faraone SV, Mundy E et al. Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1995, 34:867–876
43. Masi G, Perugi G, Toni C, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N et al. Attention-deficit hyperactivity disorder-bipolar comorbidity in children and adolescents. *Bipolar Disord* 2006, 8:373–381
44. McIntyre R. Bipolar disorder and ADHD: Clinical concerns. *CNS Spectr* 2009, 14(7 Suppl 6):8–9, discussion 13–14
45. Rucklidge JJ. Impact of ADHD on the Neurocognitive Functioning of Adolescents with Bipolar Disorder. *Biol Psychiatry* 2006, 11 (Epub ahead of print)
46. Adler CM, DelBello MP, Mills NP, Schmitthorst V, Holland S, Strakowski SM. Comorbid ADHD is associated with altered patterns of neuronal activation in adolescents with bipolar disorder performing a simple attention task. *Bipolar Disord* 2005, 7:577–588
47. Jaideep T, Reddy YC, Srinath S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder in juvenile bipolar disorder. *Biopolar Disord* 2006, 8:182–187
48. Tillman R, Geller B, Craney JL, Bolhofner K, Williams M, Zimmerman B et al. Temperament and character factors in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003, 13:531–543
49. Chang KD. Course and impact of bipolar disorder in young patients. *J Clin Psychiatry* 2010, 71:405
50. Fakra E, Kaladjian A, Da Fonseca D, Maurel M, Adida M, Besnier N et al. Prodromal phase in bipolar disorder. *Encephale* 2010, 36(Suppl 1):8–12
51. Faraone SV, Biederman J, Monuteaux MC. Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder in girls: further evidence for a familial subtype? *J Affect Disord* 2001, 64:19–26
52. Halmøy A, Halleland H, Dramsdahl M, Bergsholm P, Fasmer OB, Haavik J. Bipolar symptoms in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: across-sectional study of 510 clinically diagnosed patients and 417 population-based controls. *J Clin Psychiatry* 2010, 71:48–57
53. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N et al. Clinical and diagnostic implication of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005, 57:1467–1473
54. Bernardi S, Cortese S, Solanto M, Hollander E, Pallanti S. Bipolar disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. A distinct clinical phenotype? Clinical characteristics and temperamental traits. *World J Biol Psychiatry* 2010, 11:656–666
55. DelBello M, Soutullo C, Hendricks W et al. Prior stimulant treatment in adolescents with bipolar disorder: association with age and onset. *Bipolar Disord* 2001, 3:53–57
56. Soutullo CA, DelBello MP, Ochsner JE, McElroy SL et al. Severity of bipolarity in hospitalized manic adolescents with history of stimulant or antidepressant treatment. *J Affect Disord* 2002, 70:323–327
57. Faeda GL, Baldessarini RJ, Glowinsky IP, Austin NB. Treatment-emergent mania in pediatric bipolar disorder: a retrospective case review. *J Affect Disord* 2004, 82:149–158
58. Zeni CP, Tramontina S, Ketzner CR, Pheula GF, Rohde LA. Methylphenidate combined with aripiprazole in children and adolescents with bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized crossover trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009, 19:553–561
59. Galanter CA, Carlson GA, Jensen PS et al. Response to methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder and manic symptoms in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003, 13:123–136
60. Scheffer RE, Kowatch RA, Carmody T, Rush AJ. Randomized, placebo-controlled trial of mixed amphetamine for symptoms of comorbid ADHD in pediatric bipolar disorder after mood stabilization with divalproex sodium. *Am J Psychiatry* 2005, 162: 58–64
61. Chang K, Nayar D, Howe M, Rana M. Atomoxetine as an adjunct therapy in the treatment of co-morbid attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with bipolar I or II disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009, 19:547–551
62. Hegerl U, Himmerich H, Engmann B, Hensch T. Mania and attention-deficit/hyperactivity disorder: common symptomatology, common pathophysiology and common treatment? *Curr Opin Psychiatry* 2010, 23:1–7
63. Hegerl U, Sander C, Olbrich S, Schoenknecht P. Are psychostimulants a treatment option in mania? *Pharmacopsychiatry* 2009, 42:169–174
64. Ζηλίκης Ν. Ζητήματα ταξινόμησης στην Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου. Εντός, εκτός και επί της Ψυχιατρικής 2003, 4
65. Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε. Η έννοια της συννοσηρότητας στην Παιδοψυχιατρική. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003, 20:463–465

Αλληλογραφία: Ε. Λαζαράτου, Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνας Καισαριανής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
 Δήλου 14 Βύρωνας Καισαριανή 161 21, Αθήνα
 Τηλ. 210-76 40 111, 210-76 44 705, Fax: 210-76 62 829
 e-mail: elazar@med.uoa.gr

Ειδικό άρθρο Special article

Γονεϊκή ικανότητα μητέρων με σχιζοφρένεια

A. Αρβανίτη,¹ A. Σπυροπούλου,² I. Ζέρβας²

¹ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

² Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Ψυχικής Υγείας Γυναικών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2012, 23:314–321

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι τα ποσοστά των κυήσεων των γυναικών που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με αυτά του γενικού πληθυσμού. Η σοβαρή ψυχική ασθένεια της μητέρας, σε συνδυασμό με φτωχή κοινωνική υποστήριξη και συννοσηρότητα, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη γονεϊκή της ικανότητα. Παρόλ' αυτά, η ποιότητα της γονεϊκής φροντίδας που μπορούν να παρέχουν οι μητέρες-ασθενείς δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη εκ των προτέρων. Μερικές μπορεί να είναι εξαιρετικοί γονείς, ενώ στο αντίθετο άκρο κάποιες μπορεί να κακοποιούν τα παιδιά τους και εξαιτίας αυτού να χάσουν την επιμέλειά τους. Η γονεϊκή ικανότητα επηρεάζεται σημαντικά από την επίγνωση του ασθενούς-γονέα για τη νόσο του. Οι πληροφορίες που χρειάζονται για την εκτίμηση της γονεϊκής ικανότητας των γυναικών-ασθενών, εκτός από τη μέτρηση της επίγνωσης, συμπεριλαμβάνουν τη διερεύνηση κινδύνου κακοποίησης του παιδιού από τη μητέρα. Παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για παιδική κακοποίηση είναι: (α) η ενεργός ψυχιατρική συμπτωματολογία, (β) το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στο παρελθόν, (γ) το ιστορικό κακοποίησης της μητέρας στην παιδική ηλικία, (δ) το επικίνδυνο οικιακό περιβάλλον, (ε) οι στρεσογόνοι παράγοντες και η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη της μητέρας και (στ) οι μη ρεαλιστικές γονεϊκές προσδοκίες. Οι παραπάνω παράγοντες είναι σκόπιμο να εκτιμώνται κλινικά καθώς και με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων. Εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως για τον σκοπό αυτόν είναι: (α) "Schedule for Assessment of Insight-SAI", (β) "Childhood Trauma Interview" (γ) "Home Observation for the Measurement of the Environment Inventory-HOME" και "Home Screening Questionnaire-HSQ" (δ) "Parental Stress Inventory-PSI", "Swedish Parenthood Stress Questionnaire-SPSQ", "Arizona Social Support Inventory" (ε) «Parent Opinion Questionnaire-POQ». Οι παρεμβάσεις για την εξασφάλιση της επαρκέστερης γονεϊκής φροντίδας εστιάζονται στην ανάγκη οικογενειακού προγραμματισμού: οι μητέρες με βαριά ψυχική ασθένεια έχουν λιγότερες γνώσεις σχετικά με την αναπαραγωγή και την αντισύλληψη, και οι κυήσεις τους συνήθως δεν είναι προγραμματισμένες. Έχει ιδιαίτερη σημασία ο οικογενειακός προγραμματισμός να είναι προσαρμοσμένος στις ιδιαίτερες ανάγκες των σχιζοφρενών μητέρων και να λαμβάνονται υπόψη οι εξής τομείς: (α) η βαρύτητα της νόσου, η χρονιότητά της, καθώς και η έναρξή της σε σχέση ή όχι με την κύηση, (β) η εκπαίδευση της πάσχουσας μητέρας ως ασθενούς ώστε να μάθει να αναγνωρίζει τα πρώιμα σημεία της επιδείνωσης της νόσου της και να συμμορφώνεται με τη φαρμακευτική αγωγή, (γ) η εκπαίδευσή της ως γονέα ώστε να αυξηθεί η ενσυναίσθηση (empathy) απέναντι στο μωρό και να μειωθούν οι τυχόν στρεβλές αντιλήψεις γι' αυτό, (δ) η στήριξή της στον ρόλο αυτό από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Γονεϊκή ικανότητα, μητρότητα, σχιζοφρένεια.

Εισαγωγή

Παλαιότερα υπήρχε η τάση οι γυναίκες με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, να αποκτούν λιγότερα παιδιά σε σχέση με τις υγιείς γυναίκες. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στις αρνητικές επιπτώσεις της ίδιας της νόσου, στην επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής και των νοσηλειών αλλά και σε κοινωνικούς παράγοντες που συνδέονται με τη νόσο.¹ Πρόσφατες μελέτες όμως δείχνουν ότι τα ποσοστά των κηίσεων των μητέρων που πάσχουν από σχιζοφρένεια –παρότι λίγο μικρότερα– δεν διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με αυτά του γενικού πληθυσμού. Φαίνεται ότι η ευρεία χρήση των αντιψυχωσικών φαρμάκων και τα προγράμματα αποασυλοποίησης οδήγησαν στην ένταξη και ενσωμάτωση των θήλεων ασθενών με σχιζοφρένεια στις κοινωνικές ομάδες και στην αύξηση του ποσοστού των γυναικών με σχιζοφρένεια που έγιναν μητέρες.¹⁻⁴

Οι γυναίκες που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είναι πιθανότερο να έχουν απρογραμμάτιστες και ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους, αλλά και αυξημένη συχνότητα μητρότητας εκτός γάμου σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό.¹ Τα παραπάνω πολύ συχνά συμβαίνουν σε ένα πλαίσιο με φτωχή κοινωνική υποστήριξη και συννοσηρότητα. Οι υποψήφιες μητέρες με σοβαρή ψυχική νόσο είναι πολύ πιθανόν να μην έχουν την υποστήριξη του συζύγου ή ενός συντρόφου, να έχουν υποστεί κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, να είναι άστεγες και να ζουν σε συνθήκες φτώχειας, να έχουν ή και να διατηρούν μια αρνητική στάση απέναντι στην κύηση ή το βρέφος,⁵ να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών.⁶ Η σοβαρή ψυχική ασθένεια, σε συνδυασμό με τους παραπάνω παράγοντες, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ικανότητα ενός ατόμου που πάσχει από αυτήν να είναι γονέας.⁷ Όπως όμως η γονεϊκή ικανότητα διαφέρει και στον γενικό πληθυσμό, έτσι και στις μητέρες με σχιζοφρένεια η δυνατότητά τους να φροντίσουν ικανοποιητικά τα παιδιά τους διαφέρει. Έχει βρεθεί ότι αρκετές μητέρες με σοβαρή ψυχική νόσο καταφέρνουν να διατηρήσουν τη μητρική τους ικανότητα και τη δυνατότητα να αλληλεπιδράσουν μαζί τους φυσιολογικά ακόμη και όταν νοσηλεύονται.^{8,9}

Επιδημιολογικά στοιχεία

Είναι περισσότερο πιθανόν οι γυναίκες πάσχοντες, παρά οι άνδρες, να αναλάβουν γονεϊκό ρόλο. Τα ποσοστά των γυναικών που πάσχουν από ψυχωσική διαταραχή και έχουν τουλάχιστον ένα παιδί κυμαίνονται στις μελέτες από 59–63% έναντι 25% των ανδρών.^{10,11}

Οι Kumar et al το 1995 μελέτησαν μεταξύ άλλων, 20 μητέρες πάσχουσες από σχιζοφρένεια που εισήχθησαν σε ειδικές μονάδες μητέρας-βρέφους μετά τον τοκετό και παρατήρησαν ότι το 50% των μητέρων «χωρίστηκαν» από τα νεογνά τους μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και σε όλες –εκτός μιας– τις περιπτώσεις η αναδοχή ή η υιοθεσία των παιδιών ήταν μόνιμες. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 30% των μητέρων της μελέτης είχε σύντροφο κατά την περίοδο εκείνη.¹² Σε αντίστοιχη μελέτη των Howard et al (2003), 8 χρόνια μετά, καταγράφηκε ότι το 48% των παιδιών των μητέρων που έπασχαν από σχιζοφρένεια, κατά την έξοδο από τη μονάδα μητέρας-βρέφους, βρίσκονταν ήδη υπό κάποιια μορφής επίβλεψη από κοινωνικές υπηρεσίες.¹³

Οι Salmon et al (2003) κατέγραψαν τις παρατηρήσεις του προσωπικού που αφορούσαν σε 224 γυναίκες με σχιζοφρένεια, οι οποίες εισήχθησαν –μαζί με άλλες μητέρες με διαφορετικές διαγνώσεις –σε ειδικές μονάδες μητέρας-βρέφους, με σκοπό να αξιολογήσουν την ικανότητά τους να παρέχουν μητρική φροντίδα. Φάνηκε ότι το 43% των μητέρων αυτών αξιολογήθηκαν ως γονείς με σημαντικά προβλήματα όσον αφορά στη συναισθηματική ανταπόκριση στα βρέφη τους.¹⁴

Γονεϊκή ικανότητα των ασθενών

Η στοργή και η ζεστασιά, η καλλιέργεια και η παροχή κατάλληλων συνθηκών για σωστή ανάπτυξη και η δημιουργία των προϋποθέσεων για αυτονομία, η συνεπής επίβλεψη, αποτελούν τα χαρακτηριστικά τού να είναι κανείς καλός γονέας από τη γέννηση του παιδιού του έως και την εφηβική του ηλικία.¹⁵

Πολλά από τα ζητήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι σχιζοφρενείς είναι κοινά για όλους τους γονείς, όμως μερικά είναι ειδικά και συνδεδεμένα με το να ζει κανείς έχοντας μια ψυχική νόσο.¹⁶ Έχει βρεθεί ότι οι ψυχωσικές μητέρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βιώνουν περισσότερο άγχος, αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και αισθάνονται εντονότερη ανησυχία σχετικά με τον τοκετό και την ικανότητά τους να γίνουν γονείς.⁴ Στα παραπάνω προστίθεται επιβαρυντικά (α) η αυξημένη πιθανότητα υποτροπής στο 1ο τρίμηνο της λοχείας και ειδικά κατά τον 1ο μήνα,^{1,4} (β) οι επιπτώσεις της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και των αλλαγών της, κυρίως κατά τη διάρκεια του 1ου τριμήνου της κύησης, είτε εξαιτίας της καθυστέρησης της διάγνωσης της κύησης,¹⁷ είτε εξαιτίας του φόβου της τερατογένεσης και (γ) οι μαιευτικές επιπλοκές, συνήθως λόγω της ανεπαρκούς προγεννητικής φροντίδας.¹⁸

Ως γνωστό η σχιζοφρένεια αποτελεί μια σοβαρή ψυχική νόσο που αρκετά συχνά εξελίσσεται με επεισόδια έξαρσης και περιοδικής ύφεσης. Το ότι τα επεισόδια αυτά μπορεί να επαναλαμβάνονται για αρκετά χρόνια και να επιβαρύνουν αθροιστικά τον τομέα της λειτουργικότητας, συνεπάγεται πιθανότατα προβλήματα στην ολοκλήρωση των αναπτυξιακών φάσεων του παιδιού.^{3,15,19} Η ψυχική αρρώστια της μητέρας μπορεί να είναι επιβαρυντική για το παιδί όσον αφορά στη γνωστική του ανάπτυξη,²⁰ στη συμπεριφορά του και να ενισχύει τον ήδη αυξημένο γενετικά κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικής διαταραχής ιδιαίτερα υπό αντίξοες περιβαλλοντικές συνθήκες.^{19,21} Η αρνητικά επηρεασμένη κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα της μητέρας εξαιτίας της σχιζοφρένειας αλλά και επιπρόσθετοι παράγοντες που σχετίζονται με τη ψυχική νόσο όπως η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η αποδοχή της αγωγής και η ανταπόκριση σε αυτή, μπορούν να ασκήσουν ισχυρή επίδραση στη γονεϊκή ικανότητα.^{22,23}

Οι μητέρες που πάσχουν από σχιζοφρένεια όλο και πιο συχνά χάνουν την επιμέλεια των παιδιών τους λόγω κακοποίησης αυτών, που στην ακραία μορφή της έχει τη μορφή της σωματικής κακοποίησης (εκ προθέσεως τραυματισμοί, σεξουαλική κακοποίηση), αλλά μπορεί να είναι και βαριά αμέλεια (αποτυχία της μητέρας να προλάβει έναν τραυματισμό ή να παρέχει σωματική και συναισθηματική φροντίδα).^{22,24} Κάποιες προσεγγίσεις σχετικές με το θέμα αυτό υποστηρίζουν ότι η βαριά και χρόνια ψυχική διαταραχή δεν επιτρέπει επαρκή γονεϊκή ικανότητα.²⁵ Σε έρευνα των Joseph et al (1999), σχετική με μητέρες-ασθενείς υπό καθεστώς ακούσιας νοσηλείας φάνηκε ότι μόνο το 20% από αυτές είχε την πλήρη επιμέλεια των τέκνων.²⁶ Οι Dipple et al (2002), κατέγραψαν ότι το 68% των μητέρων με σοβαρή ψυχική νόσο που διέμενε σε δομές αποκατάστασης, είχε χάσει την επιμέλεια και συχνά ακόμη και την επαφή με τουλάχιστον ένα από τα παιδιά του.²⁷ Σε αρκετές όμως από τις περιπτώσεις κατά τις οποίες αφαιρείται η επιμέλεια του τέκνου από τη μητέρα ασθενή, παραβλέπεται από τις υπηρεσίες που τη διεκπεραιώνουν, η μεγάλη δυσκολία της μητέρας να αντεπεξέλθει συναισθηματικά, γνωστικά και οικονομικά στη διαδικασία «εγκυμοσύνη-τοκετός-λοχεία-ανατροφή παιδιού-αφαίρεση επιμέλειας ή κηδεμονίας».²³ Η διαλείπουσα κηδεμονία (intermittent parenting), είναι μια διαδικασία κατά την οποία τα παιδιά ζουν με τις πάσχουσες μητέρες τους κάποιο διάστημα και με άλλους σε επίσημες ή ανεπίσημες δομές παροχής φροντίδας για κάποιο άλλο διάστημα. Η παραπάνω τακτική μοιάζει να είναι η πιο κατάλληλη εφόσον καταστεί αναγκαία.²⁴

Η ποιότητα της γονεϊκής φροντίδας που μπορούν να παρέχουν οι ασθενείς δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη εκ των προτέρων. Μερικοί μπορεί να είναι εξαιρετικοί γονείς ενώ άλλοι να κακοποιούν τα παιδιά τους.²² Για τις γυναίκες με σχιζοφρένεια η μητρότητα μπορεί να παίξει ρόλο εξομάλυνσης αφού αυτή η εμπειρία ζωής δίνει την ευκαιρία να αναπτυχθούν ικανότητες, δημιουργεί κοινωνικούς ρόλους, βοηθά στην έκφραση συναισθημάτων φροντίδας και νοιαξίματος ώστε οι μητέρες αυτές να προσδιορίσουν τον εαυτό τους ως γονείς και όχι ως ασθενείς. Από την άλλη όμως, η αποτυχία σε αυτόν τον τομέα συμβάλλει σε διαρκή ντροπή και στιγματισμό.^{8,28,29} Έρευνα στην Αυστραλία (1993), σχετική με τις στάσεις του πληθυσμού απέναντι στη ψυχική νόσο ζητούσε τη γνώμη των ερωτηθέντων για την πρόταση «Ακόμη κι αν φαίνονται καλά, είναι προτιμότερο οι άνθρωποι που είχαν κάποια ψυχική νόσο να μην κάνουν παιδιά». Με την παραπάνω πρόταση συμφώνησε το 35% των συμμετεχόντων.¹ Σε αντίστοιχη μελέτη στην Ελλάδα (2008), οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμφωνήσουν ή να διαφωνήσουν με την πρόταση «Όλοι οι άρρωστοι που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία πρέπει να εμποδιστούν να κάνουν παιδιά με μια ανώδυνη εγχείρηση-στείρωση». Με το παραπάνω θέμα συμφώνησε το 25% των ερωτηθέντων.³⁰

Εκτίμηση της γονεϊκής ικανότητας

Επίγνωση (Insight)

Οι επιβαρυντικοί για τη γονεϊκή ικανότητα παράγοντες που αναφέρθηκαν, επηρεάζονται σημαντικά από την επίγνωση του ασθενούς-γονέα για τη νόσο του. Σαφής επίγνωση οδηγεί σε καλύτερη αναγνώριση της συμπτωματολογίας της υποτροπής, καλύτερη συμμόρφωση με τα φάρμακα και τελικά καλύτερη έκβαση.^{5,22} Αναφέρονται τρεις διαφορετικές διαστάσεις σύμφωνα με τις οποίες περιγράφεται και ερμηνεύεται ο όρος «επίγνωση» ή «ενημερότητα για τη ψυχική αρρώστια»:³¹ (α) η αναγνώριση από τον ασθενή ότι πάσχει από μια νόσο και η αποδοχή/αναγνώριση από την πλευρά του ότι η νόσος αυτή είναι ψυχική (awareness of illness), (β) η ικανότητα να προσδιορίζει και να αναγνωρίζει την εμπειρία συγκεκριμένου ψυχικού γεγονότος ως παθολογική και (γ) η συμμόρφωση με τη θεραπεία. Οι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με τη μέτρηση της επίγνωσης στους ασθενείς με ψυχωσική διαταραχή έχουν συχνά χρησιμοποιήσει την κλίμακα "Schedule for Assessment of Insight-SAI": κλίμακα που σχεδιάστηκε καταρχήν για ασθενείς που πάσχουν από ψυχωσική διαταραχή και αργότερα τροποποιήθηκε

και εφαρμόστηκε και σε ασθενείς με άλλες μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές.^{22,26,32}

Τα περισσότερα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί στις αξιολογήσεις γονεϊκής ικανότητας περιορίζονται στο να καταγράφουν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή δείκτη ευφυΐας και επιπλέον δεν αφορούν ειδικά στη γονεϊκή ικανότητα και δεν έχουν συνδεθεί με γονεϊκές συμπεριφορές.⁶ Οι πληροφορίες που χρειάζονται για την εκτίμηση της γονεϊκής ικανότητας των γυναικών-ασθενών, εκτός από τη μέτρηση της επίγνωσης, συμπεριλαμβάνουν τη διερεύνηση κινδύνου κακοποίησης του παιδιού από τη μητέρα.

Οι παρακάτω παράγοντες συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για παιδική κακοποίηση:

Ενεργός ψυχιατρική συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας (θετικά και αρνητικά) μπορεί να οδηγήσουν σε καθυστερημένη αναγνώριση της εγκυμοσύνης, ανικανότητα αναγνώρισης των συμπτωμάτων και φαινομένων που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό αλλά και σε προσπάθειες πρόωρου τοκετού από τις ίδιες τις ασθενείς.⁴ Τα παραπάνω μπορεί να καταλήξουν σε επιπλοκές κατά τον τοκετό (π.χ. αιμορραγίες) και στο να κινδυνεύσει η μητέρα αλλά και το βρέφος ή το νεογνό.¹⁸

Η εκτίμηση πρέπει να είναι προσανατολισμένη προς την αναγνώριση συμπτωμάτων σχετικών με τη σχέση μητέρας-παιδιού, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες με περιεχόμενο σχετικό με το βρέφος. Υπόψη πρέπει να ληφθούν και (α) η ψυχωσική άρνηση της εγκυμοσύνης, καθότι έχει φανεί ότι οι γυναίκες που αντέδρασαν με άρνηση στην εγκυμοσύνη έδειξαν αυξημένο κίνδυνο μη συμμόρφωσης κατά την προγεννητική φροντίδα, αυξημένη πιθανότητα μη αναγνώρισης των συμπτωμάτων του τοκετού με συνέπεια αιφνίδιο και επικίνδυνο τοκετό και σπανιότερα νεογνοκτονία¹⁷ (β) οι στρεβλωμένες ερμηνείες των σωματικών αλλαγών κατά την εγκυμοσύνη και η συμμετοχή τους στις παραληρητικές ιδέες⁴ (γ) ο βαθμός συμμετοχής των αρνητικών συμπτωμάτων στην ψυχοπαθολογία της μητέρας λόγω του ιδιαίτερα επιβαρυντικού ρόλου τους στην αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού αλλά και λόγω της ανθεκτικότητάς τους στη θεραπεία³³ (δ) η χρήση αλκοόλ ή ψυχοτρόπων ουσιών.³⁴

Σε έρευνα των Chandra et al (2006), φάνηκε ότι οι μητέρες που εμφάνιζαν διωκτικό παραλήρημα το οποίο «περιείχε» τα βρέφη τους είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάζουν στοργική συμπεριφορά και είχαν φυσιολογική ικανότητα όσο αφορά στη φροντίδα για τις βασικές ανάγκες του μωρού. Παράλληλα,

ήταν πιο πιθανόν να εμφανίσουν έντονη αναστάτωση σε περίπτωση που τις χωρίζανε από το βρέφος τους. Οι μητέρες οι οποίες στα πλαίσια των παραληρητικών ιδεών τους πιστεύανε ότι το μωρό ήταν «διάβολος» ή «κακή μοίρα» ή ακόμη ότι ήταν το μωρό κάποιου άλλου, εκδήλωναν συχνότερες συμπεριφορές κακοποίησης προς το νεογνό.³⁵

Φαίνεται ότι οι μητέρες με επαναλαμβανόμενα και οξέα επεισόδια μπορεί να αποκαταστήσουν τη σχέση με το παιδί τους κάθε φορά μετά την ύφεση, μπορεί όμως αυτό να μην είναι εφικτό αν τα επεισόδια είναι συχνά και παρατεταμένα.³⁶

Ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στο παρελθόν

Ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς της μητέρας-ασθενούς κατά το παρελθόν σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο επανάληψης παρόμοιων συμπεριφορών. Χρειάζεται να συγκεντρωθούν «εγγυήσεις» από οικείους που έχουν παρατηρήσει τις συμπεριφορές της ασθενούς και γνωρίζουν τις αντιδράσεις της, π.χ. μέλη οικογένειας που έχουν παρατηρήσει πώς συμπεριφέρεται σε παιδιά συγγενών, φίλων, κ.λπ.^{6,22}

Σε συνέχεια της αναζήτησης πιθανού ιστορικού βίαιης συμπεριφοράς της μητέρας στο παρελθόν, σκόπιμο είναι να ληφθούν από ειδικούς:²² (α) κλινικές συνεντεύξεις (μη δομημένες ή ημιδομημένες) από τη μητέρα και το παιδί χωριστά, (β) αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού και (γ) να συγκεντρωθούν πληροφορίες από το σχολικό περιβάλλον και από κοινωνικές υπηρεσίες.³⁷

Ιστορικό κακοποίησης της μητέρας στην παιδική ηλικία

Οι Hall et al (1998) κατέγραψαν ότι υπάρχουν έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν κακοποιήσει σωματικά τα παιδιά τους μητέρες με αναφερόμενο ιστορικό βίαιης σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική τους ηλικία, σε σύγκριση με τις μητέρες που δεν είχαν παρόμοιο ιστορικό.³⁸ Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι γυναίκες που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι πιο πιθανόν να έχουν υποστεί αρνητικές σεξουαλικές εμπειρίες ή βιασμό στο παρελθόν τους και η σεξουαλική κακοποίηση πριν την ηλικία των 16 ετών συνδέεται σημαντικά με την εμφάνιση ψύχωσης.³⁹ Για την εκτίμηση της επίδρασης του μητρικού τραύματος κατά την παιδική ηλικία έχει χρησιμοποιηθεί η συνέντευξη "Childhood Trauma Interview".⁴⁰

Επικίνδυνο οικιακό περιβάλλον

Η εκτίμηση του οικιακού περιβάλλοντος στο οποίο διαμένει η μητέρα με το παιδί περιλαμβάνει την παρατήρηση και καταγραφή καταστάσεων που μπορεί

να αποβούν επικίνδυνα για την ασφάλεια του παιδιού π.χ., αιχμηρά ή τοξικά αντικείμενα, φάρμακα και όπλα μη καλά φυλαγμένα, σπασμένα παράθυρα κ.λπ.⁶ Με τις κλίμακες: "Home Observation for the Measurement of the Environment Inventory-HOME" και "Home Screening Questionnaire-HSQ" αξιολογείται η αλληλεπίδραση της ανατροφής των παιδιών με τα χαρακτηριστικά του σπιτιού στο οποίο και ζουν.^{41,42}

Στρεσογόνοι παράγοντες και ελλιπή κοινωνική υποστήριξη στη μητέρα

Οι μητέρες με ψυχωσική διαταραχή καλούνται να αντιμετωπίσουν συχνότερα από ό,τι οι υπόλοιπες μητέρες, καταστάσεις όπως η μονογονεϊκή φροντίδα, η κοινωνική απομόνωση, οι συζυγικές ασυμφωνίες, η ενδοοικογενειακή βία, η ανεργία, η φτώχεια και η έλλειψη στέγης.^{36,43} Τα παραπάνω συμβάλλουν στο στρες που βιώνουν οι γυναίκες με σχιζοφρένεια και επιτείνουν το ήδη υπάρχον στρες που φυσιολογικά βιώνουν όλοι οι άνθρωποι στον ρόλο του γονέα. Οι συγκεκριμένοι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να παγιδέψουν την οικογένεια σε έναν φαύλο κύκλο και να επιδεινώσουν τα συμπτώματα της μητέρας-ασθενούς, να δημιουργήσουν διαταραχές συμπεριφοράς στα παιδιά και να διαταράξουν τις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Αποτέλεσμα αυτών μπορεί να είναι η εισαγωγή της μητέρας στο νοσοκομείο, η καθυστέρηση της ανάρρωσής της και πιθανόν ένα άλλο πλαίσιο φροντίδας για το παιδί. Τα παραπάνω, συνήθως δεν λαμβάνονται υπόψη στον σχεδιασμό των υπηρεσιών για τους ασθενείς αυτής της κατηγορίας. Από την άλλη, οι υπηρεσίες με στόχο τους γονείς δεν είναι πάντα εύκολα προσβάσιμες στις ασθενείς με σχιζοφρένεια.⁴⁴

Για την αξιολόγηση των τρεχόντων στρεσογόνων παραγόντων που αφορούν στο ρόλο του γονέα και για την αξιολόγηση της ικανότητας της μητέρας να τους αναγνωρίσει, έχουν χρησιμοποιηθεί η "Parental Stress Inventory-PSI"⁴⁵ και η "Swedish Parenthood Stress Questionnaire-SPSQ".⁴⁶ Επίσης από τη βιβλιογραφία προτείνεται η χρησιμοποίηση της "Arizona Social Support Inventory" προκειμένου να αξιολογηθεί η τρέχουσα κοινωνική υποστήριξη προς τη μητέρα με σοβαρή ψυχική ασθένεια.²⁴

Μη ρεαλιστικές γονεϊκές προσδοκίες

Στους γονείς που κακομεταχειρίζονται τα παιδιά τους καταγράφονται μη ρεαλιστικές προσδοκίες σε σχέση με το τι περιμένουν από αυτά στις διάφορες φάσεις ανάπτυξης και παρερμηνεία των συμπεριφορών τους.⁴⁷ Προσδοκούν από τα παιδιά να υποστηρί-

ζουν και να φροντίζουν τους ίδιους, να προστατεύουν τους εαυτούς τους χωρίς άλλη υποστήριξη, εγκρίνουν σκληρές σωματικές τιμωρίες ως μέσο πειθαρχίας. Οι γονείς με σοβαρή ψυχική νόσο εμφανίζουν συχνότερα μη ρεαλιστικές προσδοκίες για το παιδί το ίδιο και για την ανατροφή του σε σχέση με τους γονείς που δεν πάσχουν.⁴⁸ Για την αξιολόγηση των γονεϊκών προσδοκιών έχει χρησιμοποιηθεί η κλίμακα "Parent Opinion Questionnaire-POQ".²²

Η αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού αποτελεί ένα από τα κύρια σημεία στα οποία εστιάζει η Περιγεννητική Ψυχιατρική. Η απευθείας παρατήρηση (μέσω άμεσης παρατήρησης ή βιντεοσκόπησης) της дуάδας μητέρας-παιδιού χρησιμοποιείται ως ένας άμεσος τρόπος καταγραφής των διαντιδράσεων και της ποιότητας του δεσμού μεταξύ τους, αλλά και συμπεριφορών που σχετίζονται με κακοποίηση του παιδιού. Η καταγραφή αυτή μπορεί να γίνει είτε σε νοσοκομειακή δομή είτε στο σπίτι.^{49,50} Με τη χρήση του Parental Bonding Questionnaire (PBQ), ο κλινικός διευκολύνεται στο να αναγνωρίσει την ύπαρξη διαταραχής του δεσμού μητέρας-παιδιού από την πρώτη συνέντευξη με τη μητέρα.⁵¹ Στη βιβλιογραφία παράλληλα με την παρατήρηση της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους/παιδιού, στις οικογένειες με συμπεριφορές κακοποίησης έχει χρησιμοποιηθεί και η "Crittenden Care Index". Πρόκειται για εργαλείο που έχει σταθμιστεί σε διάφορες εθνότητες και κοινωνικοοικονομικές τάξεις και για μητέρες με παιδιά άνω των 4 ετών.^{52,53}

Παρεμβάσεις

Οι οποιοσδήποτε παρεμβάσεις και σχεδιασμοί από την πλευρά των ειδικών πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα εξής: (α) οι μητέρες ασθενείς δεν αποτελούν ομοιογενή ομάδα. Ανάμεσα σε αυτές υπάρχουν κάποιες που νόσησαν πριν την εγκυμοσύνη, άλλες που νόσησαν κατά τη διάρκειά της και άλλες που εμφάνισαν τη νόσο μετά τον τοκετό (β) η ψυχική νόσος ποικίλει ως προς τη βαρύτητα και την πορεία της. Μερικές μητέρες εμφάνισαν μόνο ένα ψυχωσικό επεισόδιο στη ζωή τους, άλλες πάσχουν από υποτροπιάζουσα μορφή της ασθένειας, ενώ σε άλλες η νόσος είναι χρόνια^{19,54} (γ) αρκετές μητέρες-ασθενείς δε συμμορφώνονται με τη φαρμακευτική αγωγή, λόγω των παρενεργειών που δεν τους επιτρέπουν να δρουν άμεσα και «με καθαρό μυαλό», δεν αναζητούν εγκαίρως βοήθεια ή αντιστέκονται στο να χρησιμοποιήσουν τις ψυχιατρικές υπηρεσίες γιατί θεωρούν ότι η αρνητικά επηρεασμένη γονεϊκή τους ικανότητα είναι συνέπεια της συμμόρφωσής τους στις οδηγίες των θεραπειών.⁸

Προγεννητικός σχεδιασμός

Όπως φάνηκε στην έρευνα των Miller et al (1998), οι οποίοι χορήγησαν τη Family Planning Interview (FPI) σε 44 γυναίκες με διαταραχή του φάσματος της σχιζοφρένειας και σε 50 υγιείς μάρτυρες, οι γυναίκες με σχιζοφρένεια έχουν σημαντικά λιγότερες γνώσεις σχετικά με την αναπαραγωγή και την αντισύλληψη, δεν σκέφτονται την αντισύλληψη κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής η οποία συνήθως δεν είναι αναμενόμενη.⁵⁵ Τα παραπάνω ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της προσαρμογής των στρατηγικών οικογενειακού προγραμματισμού στις ιδιαίτερες ανάγκες των ψυχικά ασθενών γυναικών.

Ειδικότερες παρεμβάσεις

- *Εκπαίδευση της μητέρας-ασθενούς ως γονέα.* Πολλές τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί με στόχο να αυξηθεί η ικανότητα της μητέρας να αναγνωρίζει και να απαντά στις «νύξεις» του μωρού, να αυξηθεί η ενσυναίσθηση (empathy) απέναντι στο μωρό και να μειωθούν οι τυχόν στρεβλές αντιλήψεις για αυτό. Όπως έχει φανεί οι μητέρες αυτές ανησυχούν για την επίδραση της νόσου τους στα παιδιά τους και νιώθουν ένοχες σχετικά με το «τι μπορεί να έχει πάει στραβά». Ζητούν πληροφορίες για το πώς να μιλάνε στα παιδιά τους σχετικά με την αρρώστιά τους και τη θεραπεία της. Η εκπαίδευσή τους σε αυτόν τον τομέα παίζει πολύ μεγάλο ρόλο στο να αντεπεξέλθουν στον γονεϊκό τους ρόλο.⁹ Χρήσιμες στην εκπαίδευση των ασθενών-μητέρων στις βασικές αρχές τού να είναι κανείς γονέας μπορεί να είναι και οι Σχολές Γονέων²⁴
- *Εκπαίδευση της μητέρας ως ασθενούς.* Στις στρατηγικές διαχείρισης της νόσου περιλαμβάνεται το να μάθει να αναγνωρίζει τα πρώιμα σημεία της επιδείνωσης, να υιοθετεί πρακτικές που μειώνουν το στρες και το να έχει ένα οργανωμένο σχέδιο σχετικά με τη ζωή της όταν επιστρέψει στο σπίτι μετά τη νοσηλεία⁵⁶
- *Ομάδες υποστήριξης γονέων.* Μπορεί να βοηθήσουν στην εκπαίδευση της μητέρας στην επίλυση προβλημάτων και στη δημιουργία ενός προτύπου για τον μητρικό ρόλο⁴
- *Συν-κηδεμόνας.* Στην περίπτωση αυτή ορίζεται ένας φίλος ή συγγενής με στόχο τη συνεργασία και υποστήριξη στην ανατροφή των παιδιών, ενώ οι παράλληλοι ρόλοι γονέα και συν-κηδεμόνα περιγράφονται ξεκάθαρα²⁴
- *Εκπαίδευση του προσωπικού ψυχικής υγείας σε σχέση με τις ιδιαίτερες ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού.* Ιδιαίτερο ρόλο μπορεί να παίξει (α) το νοσηλευ-

τικό προσωπικό σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών οργανωμένο με βάση τη συνέχεια στη φροντίδα. Το προσωπικό αυτό μπορεί να αναλάβει την υποστήριξη των μητέρων με σχιζοφρένεια στις υπηρεσίες υγείας αλλά και στο σπίτι και στην κοινότητα και (β) η διασύνδεση μεταξύ ψυχιατρικών και μαιευτικών υπηρεσιών⁵⁷

- *Υποστήριξη των μητέρων που έχουν χάσει την επιμέλεια των παιδιών τους* ώστε να μη χάσουν και τη δυνατότητα επαφής ή και τη συμμετοχή σε ευθύνες σχετικές με το παιδί/ά τους. Σε αυτήν την περίπτωση οι μητέρες-ασθενείς υποστηρίζονται στον σχεδιασμό των επισκέψεων ή στον τρόπο που έρχονται σε επαφή με το παιδί/ά τους. Φαίνεται όμως ότι οι μητέρες-ασθενείς δυσκολεύονται πολύ να το καταφέρουν αυτό σε περίπτωση που έχει αναλάβει άλλος να φροντίζει τα παιδιά τους.⁸

Συμπεράσματα

Οι παράγοντες που μπορεί να επιβαρύνουν τη γονεϊκή ικανότητα των μητέρων με σχιζοφρένεια, όπως η χαμηλή επίγνωση για την ασθένεια, το ιστορικό κακοποίησης της μητέρας στο παρελθόν, οι στρεσογόνοι παράγοντες, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη, οι μη ρεαλιστικές γονεϊκές προσδοκίες, η διαταραχή του δεσμού μητέρας-παιδιού και το επικίνδυνο οικιακό περιβάλλον θα πρέπει να εκτιμώνται κλινικά, καθώς και με τη χρήση των προτεινόμενων από τη βιβλιογραφία εργαλείων. Η ενεργός ψυχιατρική συμπτωματολογία σε συνδυασμό με συννοσηρότητα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

Οι παρεμβάσεις για τη διασφάλιση της επαρκέστερης γονικής φροντίδας είναι σκόπιμο να προσανατολίζονται: (α) στις ιδιαιτερότητες της ψυχοπαθολογίας της μητέρας ασθενούς αλλά και στις ανάγκες του παιδιού ξεχωριστά από αυτές της μητέρας, (β) στον προγεννητικό σχεδιασμό κυρίως όσο αφορά στον τομέα της ενημέρωσης για την κύηση και την αντισύλληψη, (γ) στην εκπαίδευση του προσωπικού των ψυχιατρικών υπηρεσιών με στόχο τη στήριξη της πάσχουσας μητέρας στον ρόλο του γονέα, την απαραίτητη επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών (μαιευτικών, προνοιακών, εθελοντικών φορέων) και στην καλύτερη δυνατή ισορροπία της дуάδας μητέρας-παιδιού και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας. Ιδιαίτερο ρόλο στα παραπάνω θα μπορούσε να παρέχει ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών με επισκέψεις στο σπίτι, οργανωμένο με βάση τη συνέχεια στη φροντίδα και με στόχο τη μείωση του στίγματος για την κατηγορία αυτή του πληθυσμού.

Parenting capacity of mothers with schizophrenia

A. Arvaniti,¹ A. Spyropoulou,² I. Zervas²

¹Department of Psychiatry, University General Hospital of Alexandroupolis, Alexandroupolis

²1st Department of Psychiatry, University of Athens, Women's Mental Health Clinic, Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2012, 23:314–321

Recent studies indicate that the pregnancy rates of mothers with schizophrenia do not differ significantly from those of the general population. Mothers' severe mental illness, combined with poor social support and comorbidity, may significantly affect her parenting capacity. However, the poor quality of parenting by psychotic mothers should not be taken for granted, in advance. Some of them may become excellent parents while other may abuse their children and finally lose custody because of this. The parenting capacity is significantly influenced by the existing insight of patient-parent's disease. Assessing the parenting capacity comprises the measurement of insight and of the risk of child abuse as well. Factors associated with increased risk for child abuse are: (a) active psychiatric symptomatology, (b) history of violent behavior in the past, (c) maternal history of abuse during childhood, (d) dangerous domestic environment, (e) stressful events and poor social support to the mother and (f) unrealistic parental expectations. These factors should be assessed both clinically and by using the appropriate psychometric tools. Tools which have been widely used for this purpose are: (a) "Schedule for Assessment of Insight-SAI", (b) "Childhood Trauma Interview", (c) "Home Observation for the Measurement of the Environment Inventory-HOME" and "Home Screening Questionnaire -HSQ", (d) "Parental Stress Inventory-PSI", "Swedish Parenthood Stress Questionnaire-SPSQ", "Arizona Social Support Inventory" (e) "Parent Opinion Questionnaire-POQ". Interventions to ensure a more adequate parenting capacity should be focused on family planning: mothers with severe mental illness have poor knowledge about reproductive and contraception issues. Their pregnancies are mostly not planned. It is important for the family planning to be tailored according to the specific needs of schizophrenic mothers and to take into account the following issues: (a) the severity and the duration/chronicity of the disease, (b) the onset of the disease in relation to the gestational period, (c) the education of mothers with schizophrenia considering their double patient/mother role. An educational program should train the mother to recognize early signs of the disease, comply with medication, increase her empathy towards the baby and reduce any distorted perceptions about it. The treating, assessing, educating and preventing programs and interventions of mental health services should be continuous and supportive.

Key words: Parenting capacity, motherhood, schizophrenia.

Βιβλιογραφία

1. Castle JD, McGrath J, Kulkarni J. *Γυναίκες και σχιζοφρένεια*. Επισημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, 2003
2. Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy and childbearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 1996, 47:502–506
3. Oyserman D, Bybee D, Mowbray C, Hart-Johnson T. When mothers have serious mental health problems: parenting as a proximal mediator. *J Adolesc* 2005, 28:443–463
4. Solari H, Dickson KE, Miller L. Understanding and treating women with schizophrenia during pregnancy and postpartum. *Can J Clin Pharmacol* 2009, 16:23–32
5. Bosanac P, Buist A, Burrows G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Aust NZJ Psychiatry* 2003 37:24–30
6. Miller LJ. Sexuality, reproduction and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bul* 1997, 23:623–635
7. Jacobsen T, Miller LJ, Kirkwood KP. Assessing parenting competency in individuals with severe mental illness: A comprehensive service. *The J Men Health Administr* 1997, 24:2, 189–199
8. Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL. Focus on women: mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatr Serv* 1998, 49:635–632
9. Mowbray CT, Oyserman D, Zemencuk JK, Ross SR. Motherhood for women with serious mental illness: pregnancy, childbirth and postpartum period. *American J Orthopsych* 1995, 65:21–38
10. McGarth JJ, Heale J, Jenner L, Plant K, Drummond A, Barkler JM. The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1999, 99:441–446
11. Howard L. Psychotic disorder and parenting-the relevance of patient's children for general adult psychiatric services. *Psychiatr Bulletin* 2000, 24:427–432
12. Kumar R, Marks M, Platz C, Yoshida K. Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *J Affect Disord* 1995, 11, 33:11–22
13. Howard L, Shah N, Salmon M, Appleby L. Predictors of social services supervision of babies of mothers with mental illness after admission to a psychiatric mother and baby unit. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2003, 38:450–455
14. Salmon M, Abel K, Cordingley L, Friedman T, Appleby L. Clinical and parenting skills outcomes following joint mother-baby psychiatric admission. *Aust NZ J Psychiatr* 2003, 37:556–562
15. Oyserman D, Mowbray CT, Meares PA, Firminger KB. Parenting among mothers with a serious mental illness. *Amer J Orthopsychiatry* 2000, 70:296–315
16. Γιαννοπούλου Ι, Δουζένης Αθ, Λύκουρας Λ. *Ψυχοϊατροδικαστική παιδιών και εφήβων*. Εκδ. ΠΧ Πασχαλίδης, Αθήνα, 2010:180–193

17. Tormoehlen K, Lessick M. Schizophrenia in women. *Nursing for Women's Health* 2010, 14:482-494
18. Morgan VA, Jablensky AV. Exploring the role of reproductive pathology in the etiology of schizophrenia: what happens when mothers with schizophrenia give birth? *Direct Psychiatr* 2006, 26:1-14
19. Craig EA. Parenting programmes for women with mental illness who have young children: a review Australian and New Zealand. *J Psychiatr* 2004, 38:923-928
20. Hauck Y, Rock D, Jackiewicz T, Jablensky A. Healthy babies for mothers with serious mental illness: a case management framework for mental health clinicians. *Int J Ment Health Nurs* 2008, 17: 383-391
21. Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lonnqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003, 60:239-258
22. Mullik M, Miller L, Jacobsen T. Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders. *Psychiatr Services* 2001, 52:488-492
23. Lagan M, Knights K, Barton J, Boyce PM. Advocacy for mothers with psychiatric illness: a clinical perspective. *Nt J Ment Health Nurs* 2009, 18:53-61
24. Nicholson J, Miller LJ. Parenting. In Mueser KT, Jessie DV. *Clinical Handbook of schizophrenia*. NY: Guilford, 2008
25. Jacobsen T, Miller LJ. Mentally ill mothers who have killed: three cases addressing the issue of future parenting capability. *Psychiatr Serv* 1998, 49:650-657
26. Joseph J, Joshi S, Lewin A, Abrams M. Characteristics and perceived needs of mothers with serious mental illness. *Psychiatr Services* 1999, 50:1357-1359
27. Dipple H, Smith S, Andrews H, Evans B. The experience of motherhood in women with severe and enduring mental illness. *Social Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2002, 37:336-340
28. Diaz-Caneja A, Jonson S. The views and experiences of severely mentally ill mothers. A qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39:472-482
29. Edwards E, Timmons SA. A qualitative study of stigma among women suffering postnatal illness. *J Ment Health* 2005, 14:471-81
30. Αρβανίτη Αικ. Στάσεις ομάδων γενικού πληθυσμού απέναντι στη ψυχική νόσο. Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, 2008
31. David AS. Insight and Psychosis. *Br J Psychiatry* 1990, 156:798-808
32. Saravanan B, Jacob KS, Johnson S, Prince M, Bhurga D, David AS. Assessing insight in schizophrenia: East meets West. *J Psychiatry* 2007, 190:243-247
33. Snellen M, Mack K, Trauer T. Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship. *Aust NZJ Psychiatry* 1999, 33:902-911
34. Grella CE, Hser YI, Huang YC. Mothers in substance abuse treatment: differences in characteristics based on involvement with child welfare services. *Child Abuse Negl* 2006, 30:55-73
35. Chandra PS, Bhargavaraman RP, Raghunandan VN, Shaligram D. Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Arch Womens Ment Health* 2006, 9:285-288
36. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H, Jones D, Moussa S, Nakku J, Ferre QI. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry* 2011, 10:93-102
37. Λειβαδίτης Μ. *Ψυχιατρική και Δίκαιο*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1994:398
38. Hall LA, Sachs B, Rayens MK. Mothers' potential for child abuse: the roles of childhood abuse and social resources. *Nurs Res* 1998, 47:87-95
39. Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, King M, Cooper C, Brugha T et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry* 2011, 199:29-37
40. Fink LA, Bernstein D, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatry* 1995, 152:1329-1335
41. Totsika V, Sylva K. The Home Observation for Measurement of the Environment Revisited. *Child Adolescent Ment Health* 2004, 9:1 25-35
42. Nair MK, Prasanna GL, Jeyaseelan L, George B, Resmi VR, Sunitha RM. Validation of Home Screening Questionnaire (HSQ) against Home Observation for the measurement of the measurement of Environment (HOME). *Ind Pediatr* 2009, (Suppl 46):55-58
43. Bybee D, Mowbray CT, Oyserman D, Lewandowski L. Variability in community functioning of mothers with serious mental illness. *J Behav Health Serv Res* 2003, 30:269-289
44. Brunette MF, Dean W. Community Mental Health Care for women with Severe mental illness who are parents. *Commun Ment Health J* 2002, 38:153-165
45. Abidin RR. *Parenting Stress Index* (short form). Charlottesville, Va: Pediatric Psychology Press, 1990
46. Pripp AH, Skreden M, Skari H, Malt U, Emblem R. Underlying correlation structures of parental stress, general health and anxiety. *Scand J Psychol* 2010, 51:473-479
47. Kropp JP, Haynes OM. Abusive and nonabusive mother's ability to identify general and specific emotion signals of infants. *Child Development* 1987, 58:187-190
48. Rogosch FA, Mowbray CT, Bogat GA. Determinants of parenting attitudes in mothers with severe psychopathology. *Develop Psychopathol* 1992, 4:469-487
49. Main M, Solomon J. Procedures for indentifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings M (eds) *Attachment in the Preschool Years*. University of Chicago Press, 1990:121-159
50. Cerezo MA, D'Ocon A, Dolz L. Mother-child interactive patterns in abusive families versus nonabusive families: an observational study. *Child Abuse Negl* 1996, 20:573-587
51. Klier CM, Muzik M. Mother-infant bonding disorders and use of Parental Bonding Questionnaire in clinical practice. *World Psychiatry* 2004, 3:102-103
52. Leventhal A, Jacobsen T, Miller L, Quintana E. Caregiving attitudes and risk maternal behavior among mothers with major mental illness. *Psychiatr Serv* 2004, 55:1431-1433
53. Crittenden PM. Relationships at risk. In: Belsky J, Nezworski T, Hills-dale NJ (eds) *The Clinical Implications of Attachment*. Erlbaum, 1988
54. Leverton TJ. Parental psychiatric illness: the implications for children. *Cur Opin Psychiatry* 2003,16:395-402
55. Miller LJ, Finnerty M. Family planning knowledge, attitudes and practices in women with schizophrenic spectrum disorders. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998, 19:210-217
56. Seeman MV. The mother with schizophrenia. In: Gopfert J, Webster J, Seeman MV (eds) *Parental Psychiatric Disorders: distressed Parents and their Families Cope with Mental Illness*. Cambridge, England, Cambridge University Press, 1996
57. Wan MW, Moulton S, Abel KM. The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers. *Gen Hosp Psychiatry* 2008, 30:177-184

Αλληλογραφία: Αικ. Αρβανίτη, Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
 Δραγάνα Αλεξανδρούπολη 681 00
 Τηλ. 5510-74751, 6948271662
 e-mail: arvanitkat@gmail.com, aarvanit@med.duth.gr

Ειδικό άρθρο Special article

Η χρήση της πληροφορικής στην Ψυχιατρική

Μ. Μαργαρίτη, Γ.Ν. Παπαδημητρίου

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική 2012, 23:322–333

Η Τεχνολογία της πληροφορικής κυριαρχεί στην καθημερινότητά μας και αποτελεί πλέον αναπόσπαστο επαγγελματικό εργαλείο στην άσκηση της Ιατρικής και κατ' επέκταση της Ψυχιατρικής. Η εξάπλωση της χρήσης της τεχνολογίας του διαδικτύου, συντελέστηκε με πρωτόγνωρη ταχύτητα στην ιστορία του ανθρώπινου πολιτισμού, καλύπτοντας σε ελάχιστες δεκαετίες το σύνολο των χωρών της γης, προσφέροντας καινοφανείς δυνατότητες μετάδοσης της πληροφορίας και οδηγώντας στην παγκοσμιοποίηση της γνώσης. Η ταχύτητα όμως με την οποία εγκαθίσταται η τεχνολογία της πληροφορικής στη ζωή μας, συνοδεύεται από δυσκολίες στην ενσωμάτωσή της. Η διαρκής εξέλιξη των εφαρμογών οδηγεί συχνά στην εντύπωση ότι προκειμένου να είμαστε σύγχρονοι και αποτελεσματικοί πρέπει συνεχώς να τρέχουμε πίσω από τις εξελίξεις, αφιερώνοντας κόπο και χρόνο που πολλές φορές δεν μπορούμε να διαθέσουμε. Συγχρόνως όμως, η ευρεία χρήση της μεταβάλλει τις ανάγκες των ασθενών μας και η αποτελεσματικότητά μας κρίνεται συνεχώς σ' ένα διεθνοποιημένο περιβάλλον που ενώ προσφέρει νέες δυνατότητες έχει και νέες απαιτήσεις. Η αρχική εντύπωση ότι η τεχνολογία της πληροφορικής είναι απλώς ένα εργαλείο που μπορεί να διευκολύνει την εργασία όσων έχουν τη διάθεση και τη δυνατότητα να τη χρησιμοποιήσουν, έχει πλέον αντικατασταθεί από την αντίληψη ότι η άσκηση της Ιατρικής τόσο στο κλινικό όσο και στο ακαδημαϊκό επίπεδο, προϋποθέτει επαρκή γνώση της σύγχρονης τεχνολογίας και την ανάπτυξη των σχετικών δεξιοτήτων για τη συνεχή επιμόρφωση και παρακολούθηση των καινοτόμων εφαρμογών της. Αποτέλεσμα αυτής της διαπίστωσης είναι η εισαγωγή των μαθημάτων τεχνολογίας στα Προγράμματα Σπουδών των Ιατρικών Σχολών της χώρας. Στο συγκεκριμένο άρθρο προσφέρεται μια συνοπτική περιγραφή των χρήσεων της τεχνολογίας της πληροφορίας στην Ψυχιατρική. Ειδικότερα, το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο είναι μια από τις πλέον δημοφιλείς διαδικτυακές υπηρεσίες και παρατηρείται διεθνώς μια αυξανόμενη πίεση εκ μέρους του κοινού για επικοινωνία με τον ιατρό μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Παράλληλα, σχεδόν όλα τα ψυχιατρικά περιοδικά σήμερα, διαθέτουν ψηφιακή ηλεκτρονική έκδοση με αποτέλεσμα την αύξηση του όγκου των άρθρων που δημοσιεύονται, την ευκολία άντλησης των ζητούμενων πληροφοριών και τελικά τη μείωση του χρόνου που χρειάζεται ένας ψυχίατρος για να φθάσει να κατέχει ένα εξειδικευμένο γνωστικό πεδίο. Το διαδίκτυο επίσης παρέχει τη δυνατότητα στους ψυχιάτρους που βρίσκονται στον τόπο διαμονής τους, από τα γραφεία τους ή από τα σπίτια τους, σε απομακρυσμένες περιοχές μιας χώρας ή σε αναπτυσσόμενες χώρες να μπορούν σχετικά εύκολα να λαμβάνουν μέρος σε προγράμματα συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης που εκπονούνται σε προηγμένα εκπαιδευτικά κέντρα, εκμηδενίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο το φράγμα των αποστάσεων. Η Τηλεϊατρική επίσης, δημιουργήθηκε προκειμένου να καταστήσει εφικτή την πρόσβαση στο σύστημα υγείας, ανθρώπων που διαβιούν σε απομονωμένες γεωγραφικά περιοχές και με ελλιπή περίθαλψη. Τα συστήματα

ηλεκτρονικής αρχειοθέτησης από την άλλη πλευρά, αποτελούν και αναμένεται στο άμεσο μέλλον να αποτελέσουν την κύρια βάση της ανταλλαγής και διαχείρισης πληροφοριακού υλικού στο χώρο της υγείας. Εκτός όμως από τις χρήσεις της τεχνολογίας στην άσκηση της Ψυχιατρικής, η τεχνολογία έχει και πολλές χρήσεις στην Ψυχιατρική Εκπαίδευση παρέχοντας πολύτιμη βοήθεια τόσο στους εκπαιδευόμενους όσο και στους εκπαιδευτές. Σήμερα η εκπαιδευτική κοινότητα έχει στη διάθεσή της πλήθος συσκευών, λειτουργικών συστημάτων και διαδικτυακών εφαρμογών, χρήσιμων στην Ιατρική Εκπαίδευση. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε την ύπαρξη τεχνολογικών εργαλείων για την εκπαιδευτική διοίκηση και διαχείριση, την αξιολόγηση του εκπαιδευτικού έργου, εργαλεία για τη δημιουργία εκπαιδευτικού περιεχομένου και για τη μάθηση έξω από τα όρια της αίθουσας διδασκαλίας. Οι εξελίξεις που προκύπτουν από τη χρήση της τεχνολογίας είναι ραγδαίες και η χρήση της κομίζει νέες εφαρμογές που έχουν τη δυνατότητα να τροποποιούν το πλαίσιο άσκησης της Ιατρικής. Όμως, σε πολλές περιπτώσεις, οι εφαρμογές αυτές δεν συμπορεύονται με τις οδηγίες και τις αρχές που είναι διαθέσιμες στους ιατρούς προκειμένου να ασκούν το επάγγελμά τους με τρόπο που να μην αντιβαίνει στις ηθικές επιταγές. Το νέο περιβάλλον που διαμορφώνεται αποτελεί πρόκληση για τη θέσπιση οδηγιών συνεπών με τις αρχές της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας.

Λέξεις ευρητηρίου: Τεχνολογία, πληροφορική, Ψυχιατρική, ψυχιατρική εκπαίδευση, διαδίκτυο

Εισαγωγή

Η τεχνολογία της επικοινωνίας που προηγείτο της εποχής του διαδικτύου, έπαιξε καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του σύγχρονου πολιτισμού χρησιμεύοντας κατά κύριο λόγο, στην καταγραφή, στην αντιγραφή και στη μετάδοση του γραπτού και προφορικού λόγου. Σήμερα, η τεχνολογία της πληροφορίας έχει πρωτίστως εντυπωσιάσει από την εξαιρετική ταχύτητα με την οποία κατάφερε να εξαπλωθεί στον πληθυσμό της γης. Συγκεκριμένα, το ραδιόφωνο χρειάστηκε 38 χρόνια προκειμένου να διαδοθεί η χρήση του σε 50 εκατομμύρια ανθρώπους. Η τηλεόραση είχε την ίδια εξάπλωση στον πληθυσμό σε διάστημα 13 ετών, ενώ ο προσωπικός υπολογιστής σε 16 χρόνια ύπαρξης. Για το διαδίκτυο όμως ειδικά, αρκέστηκαν μόλις 4 χρόνια για να έχει την ίδια διείσδυση στον πληθυσμό.¹ Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του 2011, το 33% περίπου του συνολικού πληθυσμού της γης διαθέτει πρόσβαση στο διαδίκτυο. Ειδικότερα για τις αναπτυγμένες χώρες, πρόσβαση στο διαδίκτυο έχει ποσοστό 60–80% του πληθυσμού (www.internetworldstats.com).

Η ιδιότητα του διαδικτύου να μεταδίδει ένα τεράστιο όγκο πληροφοριών για ποικίλα θέματα, σε κάθε άνθρωπο που το χρησιμοποιεί ανεξάρτητα από το ποιος είναι και πού βρίσκεται, έχει ως αποτέλεσμα τη ραγδαία εξάπλωση της παγκόσμιας γνώσης και τη δυνατότητα της μεγαλύτερης συμμετοχής της διεθνούς κοινότητας στον ενεργό χάρτη της γης, μια

διαδικασία που γίνεται εφικτή μέσω της «δημοκρατικοποίησης» της διάχυσης της πληροφορίας, εγγενούς στο διαδίκτυο από τη γένεσή του. Επιπλέον, η πρόσφατη μετεξέλιξη του διαδικτύου (Web 2.0), από την απλή πρόσβαση στη στατική πληροφορία που είναι αποθηκευμένη σε διακομιστές, σε ένα διαδραστικό σύστημα που εμπλέκει τόσο τη διάχυση όσο και τη δημιουργία της πληροφορίας μέσω της συμμετοχής και της λειτουργικής συνεργασίας ανάμεσα στις ηλεκτρονικές πλατφόρμες, όπως επίσης και ο πιο σύγχρονος εξατομικευμένος σχεδιασμός, είχε ως αποτέλεσμα μια τεράστια επίδραση τόσο στην ιατρική εκπαίδευση όσο και στην ιατρική πράξη.²

Η χρήση της τεχνολογίας στην Ψυχιατρική

Η μετεξέλιξη του διαδικτύου στο “Web 2.0”, έχει δημιουργήσει πλήθος συστημάτων προορισμένων στην εξυπηρέτηση διαδραστικών εφαρμογών, της ψηφιακής συνεργασίας, και της ψηφιακής εργασίας, που επιτρέπει στον χρήστη να έχει στη διάθεσή του ένα ευρύ πεδίο πληροφόρησης που αλλιώς δεν θα ήταν δυνατή. Ο Gunther Eysenbach³ του Πανεπιστημίου του Τορόντο, εισήγαγε τον όρο «Medicine 2.0» προκειμένου να περιγράψει τη συμβολή του Web 2.0 στην Ιατρική. Ο συγγραφέας περιγράφοντας το “Medicine 2.0” αναφέρεται συγκεκριμένα στην αποϊατρικοποίηση, στη συνεργασία στη συμμετοχή και στην ψηφιακή κοινωνικοποίηση. Με τον όρο αποϊατρικοποίηση, αναφέρεται στη δυνατότητα πλέον των χρηστών του διαδικτύου να αντλούν

ιατρικές πληροφορίες από ενδιαμέσους φορείς εκτός από τους ιατρούς τους. Είναι σημαντικό αυτή τη σύγχρονη πραγματικότητα να την αναγνωρίσουμε και να τη λάβουμε υπ' όψη μας τόσο στην επαφή μας με τους ασθενείς μας όσο και στα εκπαιδευτικά προγράμματα.⁴

Η επίδραση του διαδικτύου στην ψυχιατρική πρακτική

Η μεγαλύτερη συμβολή του διαδικτύου στην Ψυχιατρική συνίσταται στην αυξημένη δυνατότητα που παρέχει στον κάθε ψυχίατρο να έρχεται σε επαφή με τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα και τις νεότερες θεραπευτικές πρακτικές, καταργώντας στην ουσία τα υπάρχοντα σύνορα. Οι ψυχίατροι όπως άλλωστε και το κοινό μπορούν να έχουν πρόσβαση σε επιστημονικά άρθρα, εκδόσεις και θεραπευτικές οδηγίες.

Ηλεκτρονικά περιοδικά

Σήμερα σχεδόν όλα τα ψυχιατρικά περιοδικά διαθέτουν ψηφιακή ηλεκτρονική έκδοση. Τα ηλεκτρονικά περιοδικά συνήθως έχουν μηχανές αναζήτησης που επιτρέπουν στους επισκέπτες να αναζητήσουν άρθρα που έχουν δημοσιευθεί. Η πιο σημαντική αλλαγή που επήλθε στην Ιατρική και στην Ψυχιατρική με την ψηφιοποίηση των περιοδικών και τη δημιουργία ηλεκτρονικής έκδοσης είναι η σημαντική αύξηση της ταχύτητας με την οποία δημοσιεύονται τα άρθρα. Η ταχύτητα δημοσίευσης αυξήθηκε κατακόρυφα σε όλες τις σύγχρονες εκδόσεις. Επιπλέον φαίνεται ότι ολόκληρη η Ιατρική και κατ' επέκταση η Ψυχιατρική αποτελεί πρόσφορο πεδίο και είναι ιδιαίτερα δεκτική στις ηλεκτρονικές εκδόσεις των περιοδικών. Τα επιστημονικά περιοδικά μπορούν να δημοσιεύουν ευκολότερα άρθρα σε ηλεκτρονική μορφή και συγχρόνως παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευχρηστία για τον αναγνώστη καθώς μπορούν να του παρέχουν ευρύτερη, ευκολότερη και γρηγορότερη πρόσβαση με παράλληλη χρήση ηλεκτρονικών δεσμών για τις βιβλιογραφικές παραπομπές και τις πηγές που αναφέρονται σε κάθε άρθρο. Αυτή η εξέλιξη, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του όγκου των άρθρων που δημοσιεύονται, την ευκολία άντλησης των ζητούμενων πληροφοριών και τελικά τη μείωση του χρόνου που χρειάζεται ένας ψυχίατρος για να φθάσει να κατέχει ένα εξειδικευμένο γνωστικό πεδίο.⁵

Ηλεκτρονική διάθεση κατευθυντήριων οδηγιών

Η ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών, βασίζεται στην τοποθέτηση ότι θα βοηθήσουν στη μείωση της ποικιλότητας που παρουσιάζει η κλινική πρακτική και σε τελική ανάλυση θα βελτιστοποιήσουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στον Καναδά, οι ψυχίατροι μπορούν να έχουν πρόσβαση στις οδηγίες που παρέχονται από την ιστοσελίδα της Καναδικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (www.cpa-arc.org). Στις Ηνωμένες Πολιτείες στην ιστοσελίδα (www.guideline.gov) παρέχονται κατευθυντήριες οδηγίες για τις ψυχικές διαταραχές και σύνδεση με τις οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας που περιλαμβάνει αρκετές διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-IV.

Μέχρι σήμερα η περίοδος ανανέωσης των κατευθυντήριων οδηγιών είναι περίπου κάθε 5 έτη, αναμένεται όμως ότι μελλοντικά η ταχύτερη πρόσβαση στην επιστημονική γνώση σχεδόν ταυτόχρονα με την απόκτησή της, θα οδηγήσει ενδεχομένως σε μείωση αυτού του χρόνου.

Πρόσβαση στις κατευθυντήριες οδηγίες, εκτός από τους ψυχιάτρους, έχουν και οι ίδιοι οι ασθενείς όπως και οι συγγενείς τους και οι ψυχίατροι πρέπει να είναι ενήμεροι στην επαφή τους με τους ασθενείς για το πλήθος των διαθέσιμων οδηγιών στο διαδίκτυο.

Ηλεκτρονικές εκδόσεις-δημοσιεύσεις

Οι ιατροί προκειμένου να ανταποκριθούν στην ολοένα και αυξανόμενη συσσώρευση επιστημονικής ιατρικής πληροφορίας, τα τελευταία 30 χρόνια, είχαν βασισθεί στις πηγές της Αμερικανικής Εθνικής Ιατρικής Βιβλιοθήκης (US National Library of Medicine – NLM) για την πρόσβαση στην ιατρική βιβλιογραφία. Η βάση δεδομένων του Medline υπάρχει από τη δεκαετία του '60 και περιέχει πάνω από 20 εκατομμύρια αναφορές. Το NLM παραδοσιακά αποτελεί μια σημαντική πηγή πληροφόρησης για την ιατρική κοινότητα. Παλιότερα λεγόταν Index Medicus και προοριζόταν αποκλειστικά για βιβλιοθηκονόμους, επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας. Από το 1997 όμως το NLM παραχώρησε ελεύθερη πρόσβαση στο Medline μέσω του συστήματος αναζήτησης PubMed (www.pubmed.gov). Το σύστημα αυτό είναι πλέον γνωστό στο ευρύ κοινό για το οποίο αποτελεί επίσης πολύτιμη πηγή πληροφόρησης.

Από το 1998 το NLM διέθεσε στο διαδίκτυο το Medlineplus (www.nlm.nih.gov/medlineplus) το

οποίο παρέχει για τους χρήστες πρόσβαση σε πλήρη άρθρα από το NIH (National Institute of Health), από κυβερνητικές υπηρεσίες και από άλλες διαπιστευμένες ομάδες. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του διαδικτύου το Medlineplus είχε 47.500.000 επισκέπτες το διάστημα (Ιούλιο-Σεπτέμβριο 2011) (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/usestatistics.html>). Είναι επίσης ενδεικτικό ότι μέχρι σήμερα, σε διάφορες μελέτες που έχουν διενεργηθεί σε χρήστες του διαδικτύου, η πλειοψηφία των χρηστών, αναφέρει τη χρήση του διαδικτύου για άντληση πληροφορίας για θέματα που σχετίζονται με την υγεία.

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο (E-mail)

Το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο είναι μια από τις πλέον δημοφιλείς διαδικτυακές υπηρεσίες. Παρατηρείται διεθνώς μια αυξανόμενη πίεση εκ μέρους του κοινού για επικοινωνία με τον ιατρό μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Η δυνατότητα διαδικτυακής επικοινωνίας έχει εγκαθιδρύσει την ηλεκτρονική θεραπεία (e-therapy). Αυτό το είδος θεραπείας χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες που παρέχει το διαδίκτυο για ταυτόχρονη επικοινωνία όπως είναι η ηλεκτρονική συνομιλία (chat) ή απλά ηλεκτρονικά μηνύματα ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία. Ένα από τα θέματα που έχουν προκύψει και παραμένει άλυτο μέχρι σήμερα είναι κατά πόσο τέτοιες υπηρεσίες θα αμείβονται ή όχι. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, η ηλεκτρονική Ψυχιατρική (e-psychiatry) είναι αναπόφευκτη στο μέλλον και θα εξυπηρετεί ιδιαίτερα στη συλλογή πληροφοριών αναφορικά με το ιστορικό του ασθενούς ή στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων και κλιμάκων.⁶

Συνεχιζόμενη εκπαίδευση

Το διαδίκτυο επίσης παρέχει τη δυνατότητα στους ψυχιάτρους που βρίσκονται στον τόπο διαμονής τους, από τα γραφεία τους ή από τα σπίτια τους να μπορούν εύκολα να λαμβάνουν μέρος σε προγράμματα συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης. Κατ' αυτό τον τρόπο αυξάνονται τα προγράμματα που είναι διαθέσιμα στους ιατρούς της περιφέρειας μέσα σε μια χώρα. Φυσικά η χρήση αυτών των εκπαιδευτικών προγραμμάτων εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα ηλεκτρονικών υπολογιστών και των κατάλληλων λειτουργικών προγραμμάτων ενώ η ταχύτητα που προσφέρεται από τον πάροχο ρυθμίζει την ταχύτητα στη χρήση και την ευκολία χρήσης αυτών των προ-

γραμμάτων. Τα κρίσιμα σημεία που επηρεάζουν τους ψυχιάτρους στη χρήση αυτών των προγραμμάτων, είναι: Η ενημέρωση για την ύπαρξη των ηλεκτρονικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, να υπάρχει το ενδιαφέρον και το κίνητρο για τη χρήση της τεχνολογίας, η ποιότητα και η αρτιότητα του περιεχομένου, η χρήση προγραμμάτων όχι μόνο εύχρηστων αλλά και προσιτού κόστους, η απαίτηση εγγραφής για την παρακολούθηση, η δυνατότητα απόκτησης διαπίστευσης (CME credits) και ο χρόνος που χρειάζεται για την ολοκλήρωσή του.⁷

Τηλεϊατρική/Τηλεψυχιατρική

Η Τηλεϊατρική είναι η τεχνολογία που δημιουργήθηκε προκειμένου να καταστήσει εφικτή την πρόσβαση στο σύστημα υγείας, ανθρώπων που διαβιούν σε απομονωμένες γεωγραφικά περιοχές και με ελλιπή περίθαλψη. Κατά την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA),⁸ η Τηλεψυχιατρική είναι σήμερα ένας από τους πλέον αποτελεσματικούς τρόπους αύξησης της πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ατόμων που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές. Η Τηλεψυχιατρική είναι μια ειδική μορφή οπτικοακουστικής συνδιάσκεψης που στοχεύει στην παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών σε ασθενείς που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές χωρίς δυνατότητα άλλης πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Μπορεί να διασυνδέσει και να φέρει σε επαφή ασθενείς, ψυχιάτρους, ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και γενικότερα τους επαγγελματίες υγείας με τη χρήση βιντεοκάμερας, τηλεόρασης και μικροφώνων.

Οι εφαρμογές της τεχνολογίας της οπτικοακουστικής συνδιάσκεψης στην κλινική Ψυχιατρική είναι πολλές και εξελίσσονται συνεχώς ακολουθώντας την εξέλιξη και τις δυνατότητες που προσφέρουν οι νεότερες τεχνολογίες κατά την εξέλιξή τους.⁹ Κάποιες από αυτές τις εφαρμογές είναι:

- Εξέταση και Διάγνωση
- Θεραπευτική αξιολόγηση
- Συζήτηση Περιστατικού και Διαχείριση Περιστατικού
- Εκπαίδευση-Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση και Εποπτεία
- Υποστήριξη
- Ιατροδικαστικές και Νομικές αξιολογήσεις
- Διοίκηση και μεταφορά αρχείων και στοιχείων

- Έρευνα
- Ψυχολογική Εξέταση.

Η Τηλεψυχιατρική θεωρείται ως η πλέον επιτυχής Τηλεϊατρική εφαρμογή καθώς το μόνο που χρειάζεται είναι μια καλή και αξιόπιστη συσκευή τηλεπικοινωνίας για να φέρει κοντά τον ασθενή και τον ιατρό ειδικά για την περίπτωση του follow-up.

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα, η Τηλεψυχιατρική μπορεί να προσφέρει αποτελεσματικές κλινικές υπηρεσίες και επιπλέον χρησιμοποιείται με επιτυχία σε πρωτότυπα εκπαιδευτικά προγράμματα. Είναι εύχρηστη και αναφέρονται υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από ασθενείς και γιατρούς.

Ηλεκτρονική διαχείριση κλινικών στοιχείων

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας (ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά.) σπαταλούν πολύ χρόνο για τη συλλογή, την ανάλυση, τη χρήση και την ανταλλαγή των πληροφοριών και στοιχείων σχετικά με τους ασθενείς που εξετάζουν και θεραπεύουν ή που γενικότερα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Μέχρι σήμερα, αυτές οι διαδικασίες ήταν έντυπες αλλά πλέον υπάρχει μια αυξανόμενη τάση για την ηλεκτρονική διαχείριση των ιατρικών και κλινικών στοιχείων. Η οργάνωση της πληροφορίας βελτιώνει την ποιότητα και την ακρίβεια των στοιχείων που διαχέονται και ανταλλάσσονται και αυτό έχει άμεση επίδραση στην κλινική αποτελεσματικότητα. Τα υπάρχοντα πρότυπα, τα προγενέστερα της ηλεκτρονικής διαχείρισης, έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να εξυπηρετούν την ανταλλαγή πληροφορίας ανάμεσα σε άτομα ευρισκόμενα σε αυστηρά καθορισμένα επίπεδα. Για παράδειγμα ένα τέτοιο επίπεδο είναι οι ιατροί, οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί και όσοι έχουν άμεση εμπλοκή με τους ασθενείς, και ένα άλλο επίπεδο είναι τα διαφορετικά τμήματα μέσα σε ένα συγκεκριμένο οργανισμό. Σε ένα ακόμη πιο πάνω επίπεδο είναι η επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων οργανισμών και επιπλέον υπάρχει και η επικοινωνία που απαιτείται ανάμεσα σε όλα αυτά τα επίπεδα και τον χρήστη των υπηρεσιών (τον ασθενή, την οικογένειά του και τους φροντιστές). Ο πρωταρχικός στόχος της ηλεκτρονικής διαχείρισης είναι η στήριξη και η βελτιστοποίηση της επικοινωνίας.

Η κλινική πληροφορία του ασθενούς πρέπει να οργανωθεί, να καταγραφεί και να υπόκειται σε διαχείριση με τρόπο που να είναι προσιτή σε αυτούς που πρέπει να τη γνωρίζουν συμπεριλαμβανομένου του

ασθενούς. Πρέπει να είναι διαθέσιμη όποτε χρειάζεται και στη μορφή που χρειάζεται. Το αρχείο των ασθενών έχει κεντρική αξία σε μια ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Σήμερα τα πρότυπα οργάνωσης και διαχείρισης αναπτύσσονται και εξελίσσονται παράλληλα με την ανάπτυξη των συστημάτων ηλεκτρονικής αρχειοθέτησης. Τα συστήματα ηλεκτρονικής αρχειοθέτησης, αναμένεται να αποτελέσουν τη βάση της ανταλλαγής και διαχείρισης πληροφοριακού υλικού στο άμεσο μέλλον στον χώρο της υγείας.¹⁰

Ενδεικτικά αναφέρουμε κάποια πλεονεκτήματα που απορρέουν από τη χρήση συστημάτων ηλεκτρονικής αρχειοθέτησης και διαχείρισης:¹¹

- *Μείωση του κόστους στην περίθαλψη.* Μέσω της μείωσης επαναληπτικών εξετάσεων και μέσω της μεγαλύτερης αποφυγής ιατρικών λαθών που οδηγεί σε αύξηση του κόστους περίθαλψης
- *Βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης.* Το σύστημα ηλεκτρονικής διαχείρισης διευκολύνει την καλή ιατρική πράξη, μειώνοντας τα λάθη και αυξάνοντας την ευστοχία των κλινικών αποφάσεων
- *Προαγωγή της επιστημονικά βασισμένης Ιατρικής.* Μέσω της διάθεσης μεγάλου αριθμού κλινικών δεδομένων για έρευνα που έχει ως τελικό αποτέλεσμα τη βελτίωση της ιατρικής πρακτικής.

Η τεχνολογία στην ψυχιατρική εκπαίδευση

Η χρήση της τεχνολογίας μπορεί να είναι συναρπαστική, να προσθέσει ενδιαφέρον, ενθουσιασμό, και να αυξήσει την ενεργητική συμμετοχή και την αποτελεσματικότητα της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Παρόλ' αυτά πρέπει να γνωρίζουμε ότι δεν υπάρχει τεχνολογία που να μπορεί να υποκαταστήσει τις παιδαγωγικές δεξιότητες και η χρήση της τεχνολογίας στην εκπαίδευση πρέπει να γίνεται με τρόπο που δεν αποσπά τους εκπαιδευτές και τους εκπαιδευόμενους από το αντικείμενο της εκπαίδευσης.¹² Το 2006 περιεγράφησαν τα απαραίτητα βήματα για την υιοθέτηση της Τεχνολογίας στην Εκπαίδευση κατά την ανάπτυξη των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων,¹³ ενώ δύο χρόνια αργότερα περιγράφεται το φαινόμενο της «συνεχούς μερικής προσοχής»,¹⁴ ως φαινόμενο του 21ου αιώνα. Η παρατήρηση αυτή αναφέρεται στην τάση των μαθητών και όποιων άλλων φέρουν τεχνολογικές συσκευές επικοινωνίας πάνω τους, να τις χρησιμοποιούν κατά τη διάρκεια κάποιας άλλης απασχόλησης, εξαιτίας μιας σταθερής επιθυμίας να πα-

ραμένουν «συνδεδεμένοι». Είναι κοινός τόπος πλέον στις Ιατρικές Σχολές, οι εκπαιδευτές να βρίσκονται αντιμέτωποι με φοιτητές που κατά τη διάρκεια του σεμιναρίου παρακολουθούν κάτι στο τηλέφωνό τους, στο laptop ή στο pda τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο εκπαιδευτής δεν μπορεί να είναι βέβαιος αν ο φοιτητής επικοινωνεί με τους φίλους του, αν περιηγείται στο διαδίκτυο ή αν απλώς κρατά ηλεκτρονικές σημειώσεις για το μάθημα. Ένα συναρπαστικό και διδραστικό σεμινάριο βέβαια, αφήνει λίγο χώρο για παρόμοιες διασπαστικές συμπεριφορές.

Στην ενότητα που ακολουθεί παρατίθενται ενδεικτικά οι χρήσεις της πληροφορικής στην Ψυχιατρική

Εκπαίδευση. Παρουσιάζονται επίσης παραδείγματα διαδικτυακών πηγών που προσφέρουν τα αντίστοιχα βοηθήματα (πίνακας 1).

Αξιολόγηση και Διαχείριση της εκπαίδευσης

Στη διάθεση της εκπαιδευτικής κοινότητας υπάρχουν σήμερα εργαλεία που στοχεύουν στη διευκόλυνση και την επιτυχή διαχείριση της εκπαιδευτικής διαδικασίας που χρησιμοποιούνται ευρέως διεθνώς, ιδιαίτερα στα προπτυχιακά προγράμματα των ιατρικών σχολών. Αυτά τα συστήματα μπορούν να παραχωρούνται από το εκπαιδευτικό ίδρυμα και ουσιαστικά περιλαμβάνουν ένα ωρολόγιο πρόγραμμα μα-

Πίνακας 1. Παραδείγματα συστημάτων εκπαιδευτικής διαχείρισης

Συστήματα έναντι αμοιβής	
Blackboard Vista (includes former WebCT)	http://www.blackboard.com
Desire 2 Learn	http://www.desire2learn.com
Learning Activity Management System	http://www.lamsinternational.com
Sharepoint (for MS Office Sharepoint Server)	http://www.sharepointlms.com
Pegasus (Pearson)	http://www.pearsonpegasusbeta.com/
Συστήματα με ελεύθερη πρόσβαση	
Claroline	http://www.claroline.net
eFront	http://www.efrontlearning.net
Dokeos (based on Claroline)	http://www.dokeos.com
ILIAS	http://www.ilias.de
Moodle	http://www.moodle.org
Sakai	http://www.sakaiproject.org
Παραδείγματα συστημάτων για την αξιολόγηση της εκπαίδευσης	
E*Value	http://www.advancedinformatics.com
My Residency	http://www.eresidency.net
Webesprit	http://www.webesprit.net
Meditrek	http://www.meditrek.com
Medhub	http://www.medhub.com
New Innovations	http://www.new-innov.com
VerinformRM	http://www.verinform.com
Παραδείγματα εργαλείων για διαδικτυακή έρευνα	
Survey Monkey	http://www.surveymonkey.com
Zoomerang	http://www.zoomerang.com
Survey Gizmo	http://www.surveygizmo.com
Poll Daddy	http://www.polldaddy.com
Παραδείγματα βοηθημάτων για την οργάνωση συναντήσεων μέσω διαδικτύου	
AgreeADate	http://www.agreedate.com
Doodle	http://www.doodle.com
Meeting Wizard	http://www.meetingwizard.com
Set A Meeting	http://www.setameeting.com
Time Bridge	http://www.timebridge.com

(συνεχίζεται)

Πίνακας 1. (συνέχεια)

Παραδείγματα βοηθημάτων "Mind Mapping"	
Αυτόνομα λειτουργικά συστήματα "Mind Mapping"	
Free Mind	http://freemind.sourceforge.net
iMind Map	http://www.imindmap.com
Mind Manager	http://www.mindjet.com
Nova Mind	http://www.nova-mind.com
X Mind	http://www.xmind.net
Συνεργατικά διαδικτυακά λειτουργικά συστήματα "Mind Mapping"	
Bubbl	http://bubbl.us
Mind 42	http://mind42.com
Comapping	http://comapping.com
Mapul	http://mapul.com
Mind Meister	http://www.mindmeister.com
Mindomo	http://mindomo.com
Παραδείγματα συστημάτων απάντησης ακροατηρίου (Audience Response Systems)	
Comtec	http://www.comtecars.com
e instruction	http://www.einstruction.com
Quizdom	http://www.quizdom.com
Turning Point	http://www.turningtechnologies.com
Παραδείγματα βοηθημάτων τηλεδιάσκεψης ελεύθερης πρόσβασης	
iChat (Mac only)	http://www.apple.com
Oovoo	http://www.oovoo.com
Palbee	http://www.palbee.com
Skype	http://www.skype.com
Παραδείγματα συνεργατικής δημιουργίας κειμένων «Wiki Platforms»	
Metadot	http://www.metadot.net
MindTouch	http://www.mindtouch.com
PBwiki	http://pbworks.com
Wetpaint	http://www.wetpaint.com
Wikispaces	http://www.wikispaces.com

θημάτων, περιέχουν τη δυνατότητα να παραθέτουν οπτικοακουστικό υλικό, διευθύνσεις στο διαδίκτυο, πρόσβαση σε on-line δημοσιεύσεις καθώς και δυνατότητα για ηλεκτρονική επαφή εκπαιδευτών και εκπαιδευόμενων.¹⁵ Η εμπειρία της χρήσης τέτοιων βοηθημάτων στην διαχείριση της εκπαιδευτικής διαδικασίας σε ιδρύματα του εξωτερικού έχει φανεί πολύτιμη καθώς φαίνεται να προάγει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης, τις δεξιότητες των εκπαιδευτών και την πρόοδο των εκπαιδευόμενων. Εκτιμάται ιδιαίτερα η ευελιξία που παρέχει η χρήση τους και η συμβολή τους στην παρακολούθηση της εκπαιδευτικής επάρκειας, παρέχοντας τη δυνατότητα ανοικτού feedback ανάμεσα στους εκπαιδευόμενους και το εκπαιδευτικό ίδρυμα.

Εργαλεία για την αίθουσα διδασκαλίας

Σήμερα οι εκπαιδευτές και οι εκπαιδευόμενοι έχουν στη διάθεσή τους πλήθος συσκευών, λειτουργικών συστημάτων και διαδικτυακών εφαρμογών χρησιμικών στην ιατρική εκπαίδευση. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε την ύπαρξη τεχνολογικών εργαλείων για την εκπαιδευτική διοίκηση και διαχείριση, την αξιολόγηση, για τη δημιουργία εκπαιδευτικού περιεχομένου και για τη μάθηση έξω από τα όρια της αίθουσας διδασκαλίας.

Εργαλεία για τη δημιουργία εκπαιδευτικού περιεχομένου

Αφθονούν τα εργαλεία που στοχεύουν να βοηθήσουν τον εκπαιδευτή στη δημιουργία του περιεχο-

μένου ενός σεμιναρίου. Ενδεικτικά αναφέρουμε τα λειτουργικά βοηθήματα "mind mapping", τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν με πολλούς διαφορετικούς τρόπους.¹⁶ Το "mind mapping" αφορά κατά κύριο λόγο σε ένα πρόγραμμα και μια τεχνική κατά την οποία ο εκπαιδευτής έχει τη δυνατότητα να παρακολουθήσει τις ιδέες και τις απόψεις του ακροατηρίου για το υπό εξέταση θέμα και να τις επανατοποθετήσει ηλεκτρονικά κατά το δοκούν, εντάσσοντάς τες και χρησιμοποιώντας τες δημιουργικά στο εκπαιδευτικό αντικείμενο. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως μέσο υπογράμμισης των βασικών ιδεών κατά τη διάρκεια της γραφής ή της διδασκαλίας, σε προγράμματα συνεργασίας, στη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων ή ως βοήθημα στη δημιουργία ομάδων εργασίας.

Υπάρχουν επίσης τα «συστήματα απάντησης» (Response Systems) τα οποία χρησιμοποιούνται ευρέως στις αίθουσες παρουσιάσεων και σεμιναρίων. Αυτά τα συστήματα χρησιμοποιούν συσκευές χειρός μέσω των οποίων επιτρέπεται στους συμμετέχοντες να απαντούν σε πραγματικό χρόνο σε συγκεκριμένα ερωτήματα που θέτει ο παρουσιαστής, παρέχοντας τη δυνατότητα της άμεσης εμφάνισης της κατανομής των απαντήσεων της ομάδας των συμμετεχόντων υπό μορφή γραφημάτων μέσω της χρήσης συγκεκριμένων λειτουργικών προγραμμάτων. Επιπλέον επιτρέπουν στον εκπαιδευτή να προσαρμόσει την

παρουσίαση στις ανάγκες του ακροατηρίου λαμβάνοντας υπ' όψη τις ιδιαιτερότητες του ακροατηρίου όπως προκύπτουν από τις απαντήσεις τους. Οι συμμετέχοντες μπορούν να απαντούν είτε ανώνυμα είτε επώνυμα, τόσο ατομικά όσο και ομαδοποιημένα.

Όλοι έχουμε βιώσει την ταχύτητα με την οποία οι παλιότερες μηχανές προβολής διαφανειών (slides) αντικαταστάθηκαν από τα ηλεκτρονικά προγράμματα παρουσίασης διαφανειών ως αποτέλεσμα της ευκολίας στη χρήση που παρουσιάζουν τα τελευταία. Παρ' όλα αυτά η ευχρηστία τους οδηγεί συχνά σε κατάχρηση. Οι εκπαιδευτές συχνά ξεχνούν ότι τα οπτικά βοηθήματα χρησιμεύουν πρωτίστως στην αποσαφήνιση και στην ενίσχυση της παρουσίασης προκαλώντας το ενδιαφέρον του ακροατηρίου και δεν είναι μια απλή επιγραμματική παράθεση των λέξεων που αρθρώνονται από τον παρουσιαστή (πίνακας 2). Τα υπάρχοντα λειτουργικά συστήματα παρουσιάσεων μπορούν χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία ελκυστικών παρουσιάσεων και υπάρχουν διαθέσιμα αρκετά τέτοια προγράμματα όπως το Microsoft PowerPoint και το Apple Keynote, που επιτρέπουν στον παρουσιαστή να συμπεριλάβει γραφιστικά και οπτικοακουστικά στοιχεία καθώς και διαδικτυακές διασυνδέσεις σε μία παρουσίαση. Η κατάχρηση των εργαλείων παρουσίασης οδηγεί εύκολα σε κόπωση του ακροατηρίου,^{17,18} ενώ η λελογισμένη και σωστά

Πίνακας 2. Οδηγίες για τη δημιουργία αποτελεσματικών διαφανειών.

Να αποφεύγετε τη χρήση διαφανειών για την υπογράμμιση και μόνο του λόγου	Χρησιμοποιείτε μεγάλο μέγεθος γραμματοσειράς (22 ή και μεγαλύτερο)
Μην τοποθετείτε κάθε σκέψη που παρουσιάζετε στις διαφάνειες	Αποφεύγετε τη χρήση κειμένου πάνω από 8 γραμμές
Χρησιμοποιείτε τις διαφάνειες προκειμένου να αποσαφηνίσετε τον λόγο σας, να δώσετε παραδείγματα ή να παρουσιάσετε δεδομένα	Χρησιμοποιείτε ένα μόνο υποεπίπεδο με σημειακή αρίθμηση
Η χρήση μπλε υπόβαθρου ή κίτρινης γραμματοσειράς διευκολύνει την ανάγνωση	Χρησιμοποιείτε εικόνες ή γραφήματα προκειμένου να αποσαφηνίσετε ή να τονίσετε τον λόγο σας. Να αποφεύγετε όμως τα δυσνόητα γραφήματα
Να αποφεύγετε τη χρήση κόκκινων και πράσινων γραμμών για τη διευκόλυνση των ατόμων με αχρωματοψία	Να βεβαιώνετε πως οι πίνακές σας μπορούν να αναγνωσθούν από το βάθος της αίθουσας
Να αποφεύγετε τη χρήση έντεχνων και γραφιστικά επεξεργασμένων υποβάθρων	Αριθμοί που συγκρίνετε είναι προτιμότερο να τοποθετούνται σε στήλες παρά σε γραμμές
Μη χρησιμοποιείτε αποκλειστικά κεφαλαία γράμματα.	Χρησιμοποιείτε τον ενδεδειγμένο τύπο γραφήματος προκειμένου να αποσαφηνίσετε τα δεδομένα σας
Χρησιμοποιείτε μικρούς τίτλους (μία γραμμή αν είναι δυνατόν)	Χρησιμοποιείτε κινούμενα γραφιστικά με φειδώ

συγχρονισμένη χρήση τους μπορεί να προάγει και να κάνει ευχάριστη τη διδασκαλία.

Παραδείγματα με οπτικά στιγμιότυπα (video) μπορούν να συμπεριληφθούν και να αποτελέσουν τμήμα της παρουσίασης αρκεί να τροποποιηθούν σε αρχεία κατάλληλου μεγέθους προκειμένου να μπορούν να διατηρήσουν την προσοχή του ακροατηρίου. Για τη συγχώνευση σε πρόγραμμα παρουσίασης, το οπτικοακουστικό υλικό θα πρέπει φυσικά να είναι σε ψηφιακή μορφή. Κάθε πρόγραμμα παρουσίασης διαφανειών αναφέρει το είδος των ψηφιακών αρχείων video που επιδέχεται (π.χ. mov, wmv, Avi, mpeg) και πρέπει κανείς να μετατρέπει το οπτικοακουστικό υλικό σε αυτή τη μορφή αρχείων πριν από την εισαγωγή στο πρόγραμμα παρουσίασης.

Ένα άλλο σημαντικό εργαλείο στη δημιουργία διαφανειών, είναι η δυνατότητα εισαγωγής «κουμπιών» (buttons) τα οποία περιέχουν υπερδεσμούς για άλλες διαφάνειες ευρισκόμενες είτε σε άλλο πρόγραμμα είτε στο διαδίκτυο ή σε άλλους φακέλους. Αυτή η δυνατότητα χρησιμεύει στον παρουσιαστή να έχει πρόσβαση σε επιπλέον υλικό που μπορεί να χρησιμοποιήσει ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες του ακροατηρίου π.χ. μετά από εκδήλωση συγκεκριμένου ενδιαφέροντος μέσα από συγκεκριμένες ερωτήσεις του ακροατηρίου. Μπορεί ακόμη να υπάρχουν παραπομπές σε συγκεκριμένους διαδικτυακούς τόπους που προσφέρονται για την αποσαφήνιση του περιεχομένου της παρουσίασης ή ως κάλεσμα του ακροατηρίου για περαιτέρω μελέτη και εμβάθυνση στο αντικείμενο παρουσίασης.

Μάθηση πέρα από την αίθουσα διδασκαλίας

Η οπτικοακουστική τηλεδιάσκεψη συνηθίζεται αρκετά στην ψυχιατρική εκπαίδευση, καθώς κάνει εφικτά τα μαθήματα από απόσταση και τις διαδραστικές συναντήσεις γεωγραφικά απομακρυσμένων περιοχών. Κάνει εφικτή την παρακολούθηση από τους ειδικευόμενους των παρουσιάσεων του εκπαιδευτικού θεωρητικού προγράμματος όταν αυτοί βρίσκονται σε απομακρυσμένους τομείς λόγω του συστήματος κυκλικής εκπαίδευσης (rotation) καθώς και τη μετάδοση των κλινικών συναντήσεων και άλλων σεμιναρίων στα συνδεδεμένα ινστιτούτα. Η διαθέσιμη τεχνολογία ποικίλλει από τα διαθέσιμα δωρεάν στο διαδίκτυο εργαλεία που χρησιμοποιούν βιντεοκάμερες για υπολογιστή με το κατάλληλο υπολογιστικό σύστημα μέχρι τα συστήματα επ' αμοιβή που προ-

κειμένου να αποδίδουν υψηλή ποιότητα ήχου και εικόνas παρέχουν και σύστημα απομακρυσμένης διαχείρισης της βιντεοκάμερας. Τα δωρεάν συστήματα συνήθως περιορίζουν τον αριθμό συμμετεχόντων σε έξι ή λιγότερους. Το ευρέως διαδεδομένο π.χ. πρόγραμμα Skype επιτρέπει μόνο 2-way τηλεδιάσκεψη.

Η τεχνολογία προσομοίωσης, υπάρχει σήμερα στο πρόγραμμα πολλών Ιατρικών Σχολών και φαίνεται πως αργά αλλά σταθερά υιοθετείται και από ψυχιατρικά προγράμματα εκπαίδευσης. Συναντάμε αρκετά συχνά πλέον τη χρήση προτυποποιημένων κλινικών περιπτώσεων για την αξιολόγηση των ειδικευόμενων. Η τεχνική της προσομοίωσης μπορεί επίσης να χρησιμοποιείται υπό τύπον υποθετικού γραπτού κλινικού σεναρίου σε ομάδα εκπαιδευόμενων κατά το οποίο η ομάδα των εκπαιδευόμενων έρχεται αντιμέτωπη με κρίσιμες αποφάσεις για την έκβαση του περιστατικού. Σε άλλες ιατρικές ειδικότητες, η χρήση ανθρώπινων προτύπων επεξεργασμένων ηλεκτρονικά προκειμένου να είναι ακριβή ανατομικά, είναι διαδεδομένη στην εκπαίδευση ειδικευόμενων για τη διαχείριση επειγόντων περιστατικών ή για την εκπαίδευση ιατρικών επεμβατικών τεχνικών. Στο πεδίο της Ψυχιατρικής, τέτοιες προσομοιώσεις θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την εκπαίδευση λήψης θεραπευτικών αποφάσεων, την αξιολόγηση σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, ή για καταστάσεις επείγουσας διαχείρισης της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς νοσηλευόμενων ασθενών.¹⁹

Εκπαιδευτικά εργαλεία συνεργασίας

Τα συνεργατικά εκπαιδευτικά εργαλεία θεωρείται πως αποτελούν την πλέον αποδοτική προσφορά του διαδικτύου στον χώρο της εκπαίδευσης. Το λειτουργικό σύστημα συνεργασίας μπορεί να υποστηρίξει ομαδικά πρωτόκολλα, μελέτη, γραφή εργασιών, επεξεργασία δεδομένων και ανταλλαγή πληροφοριών ανάμεσα στα μέλη μιας ομάδας εργασίας. Το λειτουργικό σύστημα υποστήριξης της συνεργασίας αποτελεί μια πλευρά αυτού που αποκαλείται «υπολογιστικό νέφος» σύμφωνα με το οποίο ο χρήστης έχει πρόσβαση σε εικονικές πηγές τοποθετημένες στον κυβερνοχώρο (αποθηκευμένες στους διαδικτυακούς διακομιστές) σε αντιδιαστολή με το υλικό που αποθηκεύεται στον προσωπικό υπολογιστή ενός εκάστου. Παράδειγμα τέτοιων συνεργατικών εργαλείων αποτελούν τα συνεργατικά εργαλεία δημιουργίας περιεχομένου και τα "wikis". Ο όρος "wiki" προέρχεται από τα χαβανέζικα όπου wiki σημαίνει γρήγορα

και άρχισε να χρησιμοποιείται το 2001 λαμβάνοντας παγκόσμιες διαστάσεις μέσω της Wikipedia.org, μιας τεραστίων διαστάσεων διαδικτυακής εγκυκλοπαίδειας. Ένα wiki επιτρέπει τη συνεργασία για τη δημιουργία ενός περιεχομένου σε πολλαπλούς συγγραφείς, επιτρέποντας τη διόρθωση και τη συμπλήρωση του περιεχομένου. Η ποιότητα του περιεχομένου εξαρτάται από τον βαθμό επιμέλειας των συγγραφέων και των εκδοτών και όσον αφορά σε δημόσιες εκδόσεις όπως η Wikipedia, η κριτική συνοψίζεται στην υπερβολική εστίαση σε θέματα προσφιλή στο κοινό και για την άλλοτε άλλη πραγματογνωμοσύνη των συγγραφέων. Ένα περιορισμένης πρόσβασης wiki όμως μπορεί να αποτελεί μια εξαιρετική πλατφόρμα για ομάδες εκπαιδευόμενων που εργάζονται μαζί προετοιμαζόμενοι για παράδειγμα για τις εξετάσεις ή για την αξιολόγηση μιας κλινικής περίπτωσης με τη συλλογή βοηθητικών σημειώσεων, αρχείων, οπτικο-ακουστικού υλικού ή διαδικτυακών τόπων. Τέτοιου τύπου πλατφόρμες wiki υπάρχουν πάνω από 100 οι οποίες διατίθενται τόσο δωρεάν όσο και με συνδρομή. Μία ενδιαφέρουσα πηγή πληροφόρησης για αυτή την τεχνολογία που περιέχει και οδηγό για την επιλογή της καταλληλότερης πλατφόρμας ανάλογα με την εφαρμογή που θα εξυπηρετήσει, παρέχεται στο www.wikimatrix.org.

Άλλα προσφιλή εργαλεία για την εξυπηρέτηση της συνεργασίας αποτελούν τα συστήματα συνεργατικής δημιουργίας αρχείων κειμένου, όπως το Google Docs το οποίο διατίθεται δωρεάν σε όποιον έχει στη διάθεσή του g-mail (διεύθυνση Google mail). Σε αυτά ο κύριος συγγραφέας μπορεί να παραχωρεί το δικαίωμα ανάγνωσης, συγγραφής ή επιμέλειας εγγράφων σε οποιονδήποτε από τους συμμετέχοντες. Τα συστήματα αυτά είναι εύχρηστα και διατίθενται από ποικίλες πηγές, ενώ υπάρχει μεγάλος ανταγωνισμός στην προσφορά τους με υπηρεσίες συνεχώς βελτιούμενες.

Άλλο λειτουργικό σύστημα συνεργατικής εργασίας είναι το mind mapping στο οποίο αναφερθήκαμε προηγουμένως.

Αναζητώντας πληροφορίες στο διαδίκτυο

Οι περισσότεροι ιατροί είναι πλέον εξοικειωμένοι με τις διαθέσιμες μηχανές αναζήτησης του διαδικτύου όπως <http://www.google.com> ή <http://www.bing.com> προκειμένου να αναζητούν πληροφορίες εκτός των ιατρικών περιοδικών. Πράγματι υπάρχει πλήθος

τοποθεσιών όπου μπορούν να αναζητηθούν πληροφορίες σχετικές με την ψυχιατρική εκπαίδευση, η περιήγηση των οποίων μπορεί να φανεί χρήσιμη στους εκπαιδευτές.

Πηγές σχετιζόμενες με εκπαιδευτικά Προγράμματα υποκείμενες σε αξιολόγηση και κρίση

Υπάρχουν στη διάθεση των εκπαιδευτών κάποιες ηλεκτρονικές πηγές απ' όπου μπορεί να αντληθεί εκπαιδευτικό υλικό και προγράμματα εκπαίδευσης ελεγμένα. Στη διεύθυνση (<http://www.aamc.org/mededportal>), η οποία αφορά σε ένα πρωτόκολλο της Ένωσης Αμερικανικών Ιατρικών Κολεγίων, διατίθεται εκδοτικό υλικό, υλικό προς χρήση που περιλαμβάνει εικονικούς ασθενείς, περιπτώσεις προσομοίωσης, βίντεο, μετάδοση ηχητικών αποσπασμάτων καθώς και εργαλεία αξιολόγησης.

Το HEAL (Health Education Assets Library) (<http://healcentral.org>) σε συνδυασμό με τη Διεθνή Ένωση Εκπαιδευτών των Ιατρικών Επιστημών (IAMSE), δημοσιεύει εικόνες, βιντεοκλίπ, ακουστικά αρχεία και παρουσιάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Οι εκπαιδευτές ψυχίατροι, μπορούν επίσης να υποβάλλουν το πρόγραμμά τους σε αυτές τις ηλεκτρονικές τοποθεσίες για αξιολόγηση και για ηλεκτρονική δημοσίευση, προκειμένου να μπορούν να πάρουν «ακαδημαϊκή πιστοποίηση» για το έργο τους.

Το MERLOT (η πηγή εκπαιδευτικών πολυμέσων για τη μάθηση και την ηλεκτρονική εκπαίδευση) (<http://www.merlot.org>) παρέχει υλικό στην ψυχολογία και τις παιδαγωγικές δεξιότητες και περιλαμβάνει ένα ηλεκτρονικό εργαλείο δημιουργίας περιεχομένου.

Ένας αξιοσημείωτος αριθμός Ιατρικών Σχολών δημοσιεύει πλέον ηλεκτρονικά ψηφιακά εκπαιδευτικά προγράμματα υψηλής ποιότητας στις δημόσιες ιστοσελίδες τους.

Ελεύθερες ηλεκτρονικές πηγές (μη υποκείμενες σε αξιολόγηση)

Υπάρχουν εκατομμύρια βιντεοκλίπ στο διαδίκτυο και από αυτά πολλά θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν στην εκπαιδευτική διαδικασία. Ηλεκτρονικές τοποθεσίες όπως το YouTube (<http://youtube.com>), Google Video (<http://video.google.com>) και το Bing (<http://bing.com/videos>) προσφέρουν αναζήτηση με τη χρήση λυμάτων προκειμένου να εντοπίσει κα-

νείς βιντεοκλίπ που τον ενδιαφέρουν. Ένας μεγάλος αριθμός βίντεο με προσωπικές εμπειρίες ατόμων που πάσχουν από νευροψυχιατρικές παθήσεις διατίθεται. Η συγκατάθεση για την παρακολούθηση θεωρείται δεδομένη αλλά ηθικά η χρήση των αποσπασμάτων για οποιονδήποτε σκοπό θα πρέπει να αξιολογείται κατά περίπτωση.

Ηθικοί προβληματισμοί

Η είσοδος της τεχνολογίας της πληροφορικής στην άσκηση της Ιατρικής και στην ιατρική εκπαίδευση εγείρει πολλά νέα ηθικά και δεοντολογικά θέματα. Η Τεχνολογία και οι εφαρμογές της, η εξάπλωση της πληροφορίας και οι δυνατότητες που προκύπτουν από τη χρήση της, εξελίσσονται με γρηγορότερους ρυθμούς από τις κατευθυντήριες οδηγίες και την ανάπτυξη των ηθικών και δεοντολογικών αρχών που χρειάζονται οι ιατροί στην άσκηση των καθηκόντων στους. Οι νέοι προβληματισμοί που προκύπτουν αποτελούν ιδιαίτερη πρόκληση για τις υπάρχουσες αξίες. Έχουν καταγραφεί αρκετά πεδία στον χώρο της ιατρικής πληροφορικής που χρήζουν θέσπισης κανόνων ηθικής και δεοντολογίας και αφορούν σε γενικές

γραμμές στη σχέση ιατρού-ασθενούς και την παροχή ψυχιατρικής θεραπείας στο διαδικτυακό περιβάλλον, την έρευνα, την ποιότητα της πληροφορίας και τις ηθικές προδιαγραφές για τους ιατρικούς ιστότοπους και την προάσπιση της ιδιωτικότητας και της ασφάλειας στη χρήση της πληροφορικής.²⁰ Ειδικότερα για την εκπαίδευση, προκύπτουν επιπλέον προβλήματα συνδεδεμένα κατά κύριο λόγο με τη διασφάλιση των πνευματικών δικαιωμάτων και τη χρηστή χρήση της πληροφορίας με παράθεση της πηγής και τη θέσπιση δεοντολογικών κανόνων συμπεριφοράς στη διαδικτυακή παρουσία των εκπαιδευόμενων.

Αναμφίβολα, η τεχνολογία θα συνεχίσει στο μέλλον το σημαντικό της ρόλο στην άσκηση της Ιατρικής και στην εκπαίδευση. Δύσκολα μπορεί να προβλέψει κανείς ποιες θα είναι οι τεχνολογικές εφαρμογές που θα επηρεάσουν περισσότερο το χώρο της Ψυχιατρικής μελλοντικά, αλλά χωρίς αμφιβολία η δυναμική επίδραση της πληροφορικής στη διαμόρφωση του νέου πεδίου καθιστά απαραίτητη την εξοικείωση των ψυχιάτρων με τη χρήση της και τη στενή παρακολούθηση των καινοτόμων εξελίξεών της.

Use of informatics technology in psychiatry

M. Margariti, G.N. Papadimitriou

1st Psychiatric Clinic, University of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2012, 23:322–333

Computer technology dominates our daily lives and has become an integral professional tool in medical practice and by extension, in psychiatry as well. The widespread use of internet technology has taken place with unprecedented speed in the history of human civilization, spreading in a few decades to all countries of the world, offering novel possibilities for transmitting information, and leading to the globalization of knowledge. However, the speed with which computer technology is becoming a part of our lives is accompanied by difficulties in integration. The continued evolution of applications often leads to the impression that to be modern and efficient we have to run continuously after developments, dedicating time and effort that we cannot often afford. At the same time, its widespread use alters the needs of our patients, and our efficiency is constantly judged in a globalized environment which, while offering new possibilities, also has new demands. The initial impression that computer technology is simply a tool that can facilitate the work of those who are willing and able to use it has been replaced by the perception that the practice of medicine, in both clinical and academic level, requires sufficient knowledge of modern technology and the development of relevant skills for ongoing training and following innovative applications. The result of this assumption is the introduction of technology courses in the curricula of medical schools in the country. This article offers a brief description of the uses of information technology in psychiatry. In particular, e-mail is one of the most popular Internet services and there is internationally an increasing pressure

from the public to be able to contact their doctor by e-mail. Furthermore, almost all psychiatric journals now have a digital electronic edition, thus increasing the volume of articles published, the ease of accessing the required information, and ultimately the reduction of the time it takes a psychiatrist to come to possess a specialized field of knowledge. The Internet also enables psychiatrists, while being at their residence and from their offices and homes in remote areas of a country, or from developing countries to be able to take part relatively easily in continuing medical education programs that are under development in advanced educational centers, eliminating in this way the barrier of distance. Furthermore, telemedicine allows access in health-care to people living in geographically isolated areas with poor medical facilities. The electronic filing systems on the other hand, are also expected in the near future to provide the essential foundation of sharing and managing information material in health care. Apart from the uses of technology in the practice of psychiatry, technology has many uses in Psychiatric Education, providing valuable assistance to both trainees and trainers. Today the educational community has at its disposal a range of devices, operating systems, and web applications useful in medical education. For example, we can mention the existence of technological tools for educational administration and management, evaluation of educational work, tools for creating educational content, and learning outside the confines of the classroom. Developments arising from the use of technology are rapid, and its use brings new applications that have the potential to alter the framework of practicing medicine. However, in many cases, these applications do not go along with the guidelines and principles available to doctors in order to practice their profession in a manner not inconsistent with moral imperatives. The challenge of this new environment is to establish guidelines consistent with the principles of medical ethics.

Key words: Technology, psychiatry, information technology, internet.

Βιβλιογραφία

- Lynn M. Digital Revolution, The Emerging Digital Economy, (cited on 24 Feb. 2012) Available from <http://govinfo.library.unt.edu/e-commerce/EDEREprt.pdf>
- DiNucci D, *Fragmented Future*, Print, 1999, 52:32
- Eysenbach G. Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. *J Med Internet Res* 2008, 10:e22
- Sheldon B, Margariti M. Technology for Psychiatric Educators. In: Gask L, Coskun B, Baron D (eds) *Teaching Psychiatry*, Wiley-Blackwell, 2011:191–211
- Obst O. Patterns and costs of printed and online journal usage. *Health Inform Libraries J* 2003, 20:22–32
- Seeman MV, Seeman B. E-psychiatry: the patient-psychiatrist relationship in the electronic age. *CMAJ* 1999, 161:1147–1149
- Styra R. The internet's impact on the Practice of Psychiatry. *Can J Psychiatry* 2004, 49:5–11
- American Psychiatric Association; Topic 4: Telepsychiatry, (cited on 11 Dec. 2011), Available from: (<http://www.psych.org/Departments/HSF/UnderservedClearinghouse/Linkeddocuments/telepsychiatry.aspx>)
- Reviews and Opinions. Telepsychiatry: Guidelines and Procedures for Clinical Activities. (cited on 20 Dec. 2011. Available from <http://www.psychiatry.med.uwo.ca/ecp/info/toronto/telepsych/index.htm>
- Lewis A. Health informatics: information and communication. *Advances in Psychiatric Treatment* 2003, 8:165–171
- Lelliott P. Secondary uses of patient information. *Advances in Psychiatric Treatment* 2003, 9:221–228
- Μαργαρίτη Μ. *Οι χρήσεις της τεχνολογίας στην Ψυχιατρική*. Στο: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τιμητικός Τόμος, Καθηγητής Γ.Ν. Χριστοδούλου, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2011:850–855
- Hilty DM et al. APA Summit on Medical Student Education Task Force on Informatics and Technology: Steps to Enhance the Use of Technology in Education Through Faculty Development, Funding and Change Management. *Acad Psych* 2006, 30:444–450
- Stone L. Continuous Partial Attention-Not the Same as Multi-Tasking, *Business Week*, July 24, 2008 (cited on 10 Dec. 2011) Available from, http://www.businessweek.com/business_at_work/time_management/archives/2008/07/continuous_part.html
- Chan CH, Robbins LI. E-Learning Systems: Promises and Pitfalls. *Acad Psych* 2006, 30:491–497
- Farrand P et al. The efficacy of the mind map study technique. *Med Educ* 2002, 36:426–431
- Garber AR. Death by PowerPoint, *Small Business Computing*, April 1, 2001 (cited 10 Dec 2011) Available from. <http://www.smallbusinesscomputing.com/biztools/aticle.php/684871>
- Tufte ER. PowerPoint is Evil, *Wired Magazine* 11(9) September 2003 (cited Dec. 2011) Available from <http://www.wired.com/wired/archive/11.09/ppt2html>
- Srinivasan M et al. Assessment of Clinical Skills Using Simulator Technology. *Acad Psych* 2006, 30:505–515
- Dyer KA. Ethical Challenges of Medicine and Health on the Internet: A Review. *J Med Internet Re* 2001, 3:e23

Αλληλογραφία: Μ. Μαργαρίτη, Επίκ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Βασ. Σοφίας 74, 115 28 Αθήνα

Ειδικό άρθρο Special article

Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας στους πληθυσμούς των αστέγων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Π. Χονδράκη,¹ Μ. Μαδιανός,² Γ.Ν. Παπαδημητρίου³

¹Αιγινήτειο Νοσοκομείο, ²Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

³Α' Ψυχιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική 2012, 23:334–343

Οι περισσότερες έρευνες για τους άστεγους προέρχονται από τις ΗΠΑ και μελέτησαν την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό αυτό. Οι έρευνες για τους άστεγους στις Ευρωπαϊκές χώρες επικεντρώνονται στην ψυχική κατάσταση και την κοινοτική φροντίδα των αστέγων ήδη από τη δεκαετία του 1980. Το φαινόμενο αναπτύσσεται σταδιακά στις χώρες αυτές, σε αντίθεση με τις χώρες της Βόρειας Αμερικής όπου το φαινόμενο είναι πιο παλιό. Η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στις Ευρωπαϊκές χώρες είναι υψηλότερη στον πληθυσμό των αστέγων, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό με ποσοστά από 58–100%. Σε χώρες όπως η Γερμανία, η Ισπανία, η Ολλανδία, η Γαλλία, η Ελβετία όπου μελετήθηκε το φαινόμενο της απώλειας στέγης βρέθηκε πολύ υψηλή επικράτηση των ψυχικών διαταραχών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, με προεξάρχουσες τις διαταραχές κατάχρησης ουσιών, τις συναισθηματικές διαταραχές, ενώ μικρά ποσοστά αναφέρονται για τις ψυχωτικές διαταραχές. Πολύ υψηλά ποσοστά στην επικράτηση της κατάχρησης αλκοόλ κατέχει η Γερμανία, ίσως γιατί είναι εύκολα προσβάσιμο και λιγότερο ακριβό από άλλες χώρες, ενώ αναφέρεται και περιορισμένη χρήση των αντίστοιχων υπηρεσιών υγείας. Παρόμοια υψηλά ποσοστά κατάχρησης ουσιών (αλκοόλ και ναρκωτικών) καταγράφουν και η Ισπανία, η Γαλλία, η Ολλανδία και η Αγγλία. Υψηλά ποσοστά στις χώρες αυτές καταγράφονται και για τη συννόσηση, με πιο συχνό τον συνδυασμό μεταξύ διαταραχής κατάχρησης ουσιών και συναισθηματικών διαταραχών. Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα για τις χώρες της Ευρώπης είναι η υψηλή επικράτηση της καταθλιπτικής και της αγχώδους διαταραχής καθώς και η χαμηλή επικράτηση της σχιζοφρένειας και της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας. Η χαμηλή επικράτηση της σχιζοφρένειας και της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας έρχεται σε αντίθεση με τις έρευνες από τη Βόρεια Αμερική με βάση κάποιους συγγραφείς που συνέκριναν τα δείγματά τους με δείγματα από άστεγους του Λος Άντζελες. Επίσης υψηλά, ήταν τα επίπεδα κατάχρησης παράνομων ουσιών σε χώρες η Αγγλία, ενώ στην Ισπανία βρέθηκε ότι το βασικό ψυχικό πρόβλημα του άστεγου πληθυσμού είναι οι συναισθηματικές διαταραχές. Ο πληθυσμός των αστέγων αντιμετωπίζει πολλά και πολύπλοκα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με αυτά του γενικού πληθυσμού. Αυτό που απασχολεί ιδιαίτερα είναι ότι τα προβλήματα αυτά δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς ούτε από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ούτε από τις υπηρεσίες απεξάρτησης, αλλά ούτε και από τις κοινωνικές υπηρεσίες για τους άστεγους. Δημιουργείται λοιπόν η ανάγκη για ενοποίηση των υπηρεσιών αυτών σε θεραπευτικό και οργανωτικό επίπεδο για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών των αστέγων.

Λέξεις ευρετηρίου: Άστεγος, ψυχοπαθολογία, Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στις δεκαετίες 1950–1960 ο πληθυσμός των αστέγων αποτελούνταν κυρίως από άνδρες που έκαναν κατάχρηση αλκοόλ και έμεναν σε φτηνά ξενοδοχεία. Τη δεκαετία του 1980, αυξήθηκαν και άλλαξαν τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά περιλαμβάνοντας νεότερα άτομα, περισσότερες γυναίκες που ζούσαν έξω στους δρόμους ή σε πλατείες. Έτσι, στους αλκοολικούς προστέθηκαν και άτομα με πρόσθετα προβλήματα ψυχικής υγείας.¹ Οι περισσότερες έρευνες για τους αστέγους προέρχονται από τις ΗΠΑ οι οποίες μελέτησαν την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό αυτόν. Οι έρευνες από το 1980–1990 καταγράφουν την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών σε αστέγους η οποία κυμαίνεται από 2–90% για τα προβλήματα ψυχικής υγείας γενικά, από 4–86% για τα προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ και από 1–70% για τα προβλήματα κατάχρησης ουσιών.²

Ήδη από τη δεκαετία του 1980 οι έρευνες για τους αστέγους στις Ευρωπαϊκές χώρες επικεντρώνονται στην ψυχική κατάσταση και την κοινωνική φροντίδα των αστέγων.^{1,3,4} Ενδιαφέρον παρουσιάζει μία ανασκοπική μελέτη του φαινομένου της απώλειας στέγης στις χώρες της δυτικής Ευρώπης από το 1970–2001.⁵ Αυτή η μελέτη των ερευνών για τους αστέγους δείχνει ότι το φαινόμενο αναπτύσσεται σταδιακά στις χώρες αυτές, σε αντίθεση με τις χώρες της Βόρειας Αμερικής όπου το φαινόμενο είναι πιο παλιό.⁶ Πραγματικά, οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, η πολιτικές πρόνοιες και η κουλτούρα των λαών διαφέρουν κάποιες φορές σε μεγάλο βαθμό.

Στην ανασκόπηση αυτή φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών αφορά στην Αγγλία (42%) και στη Γαλλία (17%), με πολύ λίγες έρευνες να αφορούν στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή περισσότερες από μία Ευρωπαϊκές χώρες (3,5%). Η συμβολή της Γερμανίας στη μελέτη των αστέγων φαίνεται να είναι πολύ μικρή (5%), ενώ η Ιταλία φαίνεται να είναι απύσασα. Οι έρευνες μέχρι το 1996 είναι λίγες σε σχέση με το σύνολο των ερευνών (23%), ενώ το 77% αφορά στην περίοδο μετά το 1996 έως το 2001.

Από την ανασκοπική αυτή μελέτη φαίνεται ότι η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών είναι υψηλότερη στον πληθυσμό των αστέγων, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό με ποσοστά από 58–100%.⁵ Όσον αφορά στην επικράτηση συγκεκριμένων διαταραχών φαίνεται να υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ερευνών. Εντυπωσιακό είναι το αποτέλεσμα για την υψηλή

επικράτηση της διαταραχής κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες και κυρίως από το αλκοόλ, που είναι υψηλότερη στη Γερμανία (είναι η χώρα με τη μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ στη Δυτική Ευρώπη). Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι μία συντριπτική πλειοψηφία των αστέγων αντιμετώπιζαν ήδη προβλήματα με το αλκοόλ πριν την απώλεια στέγης.^{7,8}

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα είναι η υψηλή επικράτηση της καταθλιπτικής και της αγχώδους διαταραχής καθώς και η χαμηλή επικράτηση της σχιζοφρένειας και της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας. Η χαμηλή επικράτηση της σχιζοφρένειας και της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας έρχεται σε αντίθεση με τις έρευνες από τη Βόρεια Αμερική, με βάση κάποιους συγγραφείς που συνέκριναν τα δείγματά τους με δείγματα από αστέγους του Λος Άντζελες.^{7,8} Καθώς η επικράτηση της διαταραχής κατάχρησης αλκοόλ ήταν πολύ υψηλή στις έρευνες της Γερμανίας σε σύγκριση με τη Βόρεια Αμερική, η σχιζοφρένεια και η αντικοινωνική διαταραχή ήταν σε χαμηλά επίπεδα στο γερμανικό και το ισπανικό δείγμα.^{7,8}

Επίσης υψηλά, ήταν τα επίπεδα κατάχρησης παράνομων ουσιών στις Ευρωπαϊκές χώρες. Στη Αγγλία το ποσοστό βρέθηκε στο 68%,⁹ ενώ οι χρήστες ήταν πιο νέοι και περιθωριοποιημένοι. Μαζί με την απομάκρυνση από τους φροντιστές της παιδικής ηλικίας αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την απώλεια στέγης μεταξύ των ψυχωσικών ασθενών.¹⁰

Ενδιαφέρον θα ήταν να μελετήσουμε και την έρευνα των Toro et al (2007)⁶ στην οποία χρησιμοποιήθηκε δείγμα από 1546 άτομα μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας σε 4 διαφορετικά κράτη, στο Βέλγιο, στην Ιταλία, στην Αγγλία, στη Γερμανία και στις ΗΠΑ.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δείχνουν ότι η υψηλότερη επικράτηση του φαινομένου της απώλειας στέγης μετρήθηκε στην Αγγλία (7,7%) και ακολουθούν οι ΗΠΑ (6,2%), ενώ τα μικρότερα ποσοστά έχει η Γερμανία (2,4%) με το Βέλγιο και την Ιταλία να έχουν μέτρια ποσοστά (3,4% και 4% αντίστοιχα). Μικρότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στη Γερμανία και όσον αφορά στην επισφαλή στέγαση (5,6%).

Όσον αφορά στην επικράτηση των ψυχικών ασθενειών στον άστεγο πληθυσμό των χωρών που ερευνήθηκαν, τα αποτελέσματα για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν ως εξής: Γερμανία: 48,49%, Βέλγιο 13,19%, Αγγλία: 29,39%, Ιταλία: 33%.

Στις επιμέρους ψυχιατρικές οντότητες τα αποτελέσματα διαμορφώνονται όπως φαίνεται στον πίνακα 1.

Ας δούμε πιο αναλυτικά, τη μελέτη των προβλημάτων ψυχικής υγείας στον πληθυσμό των αστέγων σε χώρες όπως είναι η Γερμανία, η Ισπανία, η Ολλανδία, η Γαλλία, η Ελβετία και η Ελλάδα.

Γερμανία

Στη Γερμανία, το ενδιαφέρον για το φαινόμενο της απώλειας στέγης ξεκινά πολύ νωρίς από τους Bohnhoeffler¹¹ και τον Wilmanns¹² που μελέτησαν την «ψυχοπαθολογία των περιπλανώμενων». Οι συγγραφείς αυτοί περιγράφουν την υψηλή επικράτηση της σχιζοφρένειας και του αλκοολισμού μεταξύ πρώην αστέγων ανάμεσα στους εργάτες και τους φυλακισμένους.

Στις δεκαετίες του 1920 και 1930, κάποιοι ερευνητές ασχολήθηκαν με τις ψυχιατρικές διαγνώσεις στον πληθυσμό των αστέγων ονομάζοντας τις ομάδες αυτές ως αντικοινωνικές, αφύσικες και κατώτερες. Αρκετές χιλιάδες αστέγου πληθυσμού απελάθηκε προς στρατόπεδα συγκέντρωσης¹³ και οι άστεγες γυναίκες υπέστησαν στείρωση.¹⁴ Μέχρι τη δεκαετία του 1980 η ψυχιατρική έρευνα χαρακτηρίζεται από μια κοντόφθαλμη νοοτροπία που εστιάζεται στις ψυχικές δυσλειτουργίες που μπορεί να εμφανίζει ο πληθυσμός αυτός. Μόλις πρόσφατα, τη δεκαετία του 1990, οι ερευνητές ασχολήθηκαν με τις συνθήκες ζωής και τον κοινωνικό ιστό του αστέγου πληθυσμού που λαμβάνεται υπόψη για την αξιολόγηση της κοινωνικο-οικονομικής τους κατάστασης.

Όσον αφορά στην επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στους άνδρες αστέγους τα ευρήματα που αφορούν στη Γερμανία συγκλίνουν με τα ευρήματα

των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών:^{8,15} 77–94% τρέχουσα επικράτηση με υψηλότερο το ποσοστό των διαταραχών εξάρτησης από ουσίες, καθώς επίσης και περιορισμένη χρήση των αντίστοιχων υπηρεσιών υγείας.

Ο Driessen,¹⁶ που μελέτησε τον πληθυσμό των Αγγλο-αμερικανών βρήκε ότι η τρέχουσα επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στους αστέγους είναι 30–50% με επίσης μικρή χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στην έρευνα του Langle,¹⁷ συμμετείχαν 91 άνδρες της πόλης Tubingen της Γερμανίας όπου η τρέχουσα επικράτηση των ψυχικών διαταραχών (με βάση το ICD-10) ήταν πολύ υψηλή και άγγιζε το 74%, με πρώτη θέση τη διαταραχή κατάχρησης αλκοόλ. Ακολουθούν οι αγχώδεις διαταραχές με 26% και οι συναισθηματικές διαταραχές με 15%. Η συννόσηση αγγίζει το 67% και αφορά κυρίως στο συνδυασμό εξάρτησης αλκοόλ και ουσίων.

Η έρευνα των Fichter⁸ σε ένα δείγμα 271 αστέγων στην πόλη του Μονάχου έδειξε ότι η διά βίου επικράτηση των ψυχικών διαταραχών (στον άξονα I) στους αστέγους του δείγματος ήταν πολύ υψηλή σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό στο Μόναχο¹⁸ και στο Λος Άντζελες.³ Από τον άξονα II η μόνη διαταραχή που εξετάστηκε η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, ήταν πολύ χαμηλή για τους άνδρες του δείγματος (4,1%). Το αντίστοιχο ποσοστό για τη διά βίου επικράτηση της διαταραχής αυτής είναι 9,6%. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 2.

Όσον αφορά στη συννόσηση, το 45,9% είχε μία διάγνωση, το 23,3% είχε δύο διαγνώσεις, το 8,2% είχε τρεις διαγνώσεις και το 3,4% είχε τέσσερις διαγνώσεις. Επομένως, η συννόσηση ήταν πολύ υψηλή για τους αστέγους άνδρες του Μονάχου και αφορούσε το συνδυασμό μίας διαταραχής κατάχρησης ουσιών (κυρίως αλκοόλ) με συναισθηματική διαταραχή, αγχώδη διαταραχή ή σχιζοφρένεια. Το ποσοστό του δείγματος που είχε δύο ή περισσότερες τρέχουσες διαγνώσεις ήταν 34,9% και το αντίστοιχο ποσοστό διά βίου ήταν 53,4%.

Στη μελέτη των Fichter & Quadflieg¹⁹ σε ένα δείγμα 265 αστέγων ανδρών στην πόλη του Μονάχου, στη Γερμανία, βρέθηκε ότι η διά βίου επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στους αστέγους είναι πολύ υψηλή (η συνολική επικράτηση οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής φθάνει το 93,2%), ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στον γενικό πληθυσμό είναι 0,8% για τις

Πίνακας 1. Η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών σε δείγμα άστεγου πληθυσμού σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ψυχικές διαταραχές %	Γερμανία	Βέλγιο	Αγγλία	Ιταλία
Κατάθλιψη	47,91	47,13	39,93	49,33
Αλκοολισμός	68,75	51,55	45,96	47,56
Κατάχρηση ουσιών	48,90	34,88	45,04	32,15

Πίνακας 2. Η διά βίου και η τρέχουσα επικράτηση των ψυχικών διαταραχών σε δείγμα άστεγου πληθυσμού στην πόλη του Μονάχου στη Γερμανία.

Ψυχιατρικές διαταραχές κατά DSM-III	Διά βίου/τρέχουσα επικράτηση (%) Τρέχουσα επικράτηση (%) (Fichter et al 1996)	Τρέχουσα επικράτηση (%) (Fichter & Quadflieg 2001/2005)
Σχιζοφρένεια	12,4/9,6	4,38/5,7
Συναισθηματικές Διαταραχές	41,8/24	19,17/12,22
Αγχώδεις Διαταραχές	22,6/14,4	10,98/5,42
Κατάχρηση/εξάρτηση από αλκοόλ	91,1/71,2	67,35/50,09
Κατάχρηση/εξάρτηση από ουσίες	17,8/10,3	2,05/2,28
Οποιαδήποτε Ψυχική Διαταραχή	94,5/80,8	78,72/65,98
Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας	4,1/2,7	-

ψυχωσικές διαταραχές, 4,5% για τις συναισθηματικές διαταραχές, 15,1% για τη διαταραχή κατάχρησης ουσιών, 3% για τις αγχώδεις διαταραχές.⁸ Στον άξονα II, εκτιμήθηκε μόνο η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας με ποσοστό 25,1%.

Επίσης, η συννόηση βρέθηκε πολύ υψηλή με το 17,5% (27,2% διά βίου) να έχει δύο διαγνώσεις, το 6,3% (10,4% διά βίου) να έχει τρεις διαγνώσεις και το 0,9% (2,2% διά βίου) να έχει τέσσερις διαγνώσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις η συννόηση περιλάμβανε τον συνδυασμό κατάχρησης ουσιών, κυρίως αλκοόλ, και συναισθηματικών διαταραχών ή αγχώδων διαταραχών ή ψυχωσικών διαταραχών.

Στην έρευνα αυτή βρέθηκε πολύ υψηλό ποσοστό εξάρτησης από το αλκοόλ, ενώ χαμηλότερα ποσοστά καταγράφει συνήθως η Μαδρίτη.⁴ Η Γερμανία είναι από τις χώρες με την υψηλότερη κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ τον χρόνο, ίσως γιατί είναι εύκολα προσβάσιμο και λιγότερο ακριβό από άλλες χώρες. Το πρόβλημα της εξάρτησης από το αλκοόλ φαίνεται να συνυπάρχει και με άλλες ψυχικές διαταραχές, γεγονός το οποίο χρειάζεται να ληφθεί υπόψη για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα.

Η διά βίου επικράτηση των συναισθηματικών διαταραχών είναι πολύ υψηλή στο δείγμα του Μονάχου (32,8%), ενώ υψηλά ποσοστά δυσθυμίας καταγράφει και η Ισπανία.⁴ Η κατάχρηση και εξάρτηση ουσιών δεν ήταν τόσο έντονη στο δείγμα του Μονάχου όσο καταγράφηκε στο δείγμα του Λος Άντζελες.³

Μετά από 3 χρόνια από την αρχική αξιολόγηση του δείγματος, οι Fichter & Quadflieg²⁰ επαναξιολόγησαν

την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών καθώς και την κατάσταση στέγασης στο ίδιο δείγμα των 265 αστέγων. Παρατηρήθηκε μία μικρή αύξηση στην επικράτηση των ψυχικών διαταραχών (από 4,38% σε 5,7%), ενώ στις συναισθηματικές διαταραχές, στη διαταραχή κατάχρησης ουσιών και στις αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζεται μία ύφεση στη διάρκεια των 3 αυτών χρόνων (πίνακας 2).

Στην έρευνα των Salize¹⁵ συμμετείχαν 102 άστεγοι άνδρες, στην περιοχή Mannheim της Γερμανίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 68,6% του δείγματος είχε τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή. Η διά βίου επικράτηση ήταν 82,4%. Η πιο συχνή διαταραχή που μετρήθηκε ήταν ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα που απορρέουν από την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, με βάση το ICD-10 με ποσοστό 55,9%. Μόνο το 34,3% (διά βίου 40,1%) του δείγματος έκανε κατάχρηση ουσιών, χωρίς άλλη ψυχιατρική διάγνωση. Σε συνδυασμό με άλλη ψυχιατρική διαταραχή βρέθηκε το 21,6% του δείγματος (διά βίου 33,3%), ενώ το 12,7% του δείγματος είχε μία τουλάχιστον ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή κατάχρησης ουσιών (διά βίου 8,8%).

Τα ευρήματα αυτής της έρευνας συνηγορούν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών ιδιαίτερα όσον αφορά στη συννόηση κατάχρησης αλκοόλ με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.²¹

Ολλανδία

Στην Ολλανδία, το 1995 η εκτίμηση του αριθμού των αστέγων ήταν 20.000.²² Το 2000 εκτιμάται ότι

το 0,13% του πληθυσμού είναι χωρίς στέγη, το οποίο συμβαδίζει με τα χαμηλότερα ποσοστά που έχουν εκτιμηθεί από χώρες της Αμερικής.²³

Στη χώρα αυτή, όπως και στις ΗΠΑ, ο αριθμός των αστέγων είναι πολύ μεγαλύτερος στις μεγάλες πόλεις. Στο Άμστερνταμ, ο αριθμός των αστέγων εκτιμάται να κυμαίνεται μεταξύ 2000 και 6.550²⁴ το 1990 που είναι 2 έως 5 φορές υψηλότερος από τον εθνικό μέσο όρο. Στο Άμστερνταμ, το 10% των αστέγων μένουν στον δρόμο,²⁵ και είναι νεαροί ενήλικες, λιγότερο από 10% είναι άστεγες γυναίκες με παιδιά και το 40% είναι μέλη εθνικών μειονοτήτων.^{1,26} Από έρευνα που έγινε στο Άμστερνταμ, βρέθηκε ότι το 60% των ερωτηθέντων ήταν χωρίς στέγη για πάνω από 1 χρόνο.²⁵

Οι έρευνες που έχουν ασχοληθεί με την καταγραφή των ψυχικών ασθενειών στους αστέγους στην Ολλανδία είναι λίγες.^{1,27} Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η επικράτηση των ψυχικών ασθενειών είναι μεγαλύτερη για τις ΗΠΑ από την Ολλανδία. Όμως στην Ολλανδία περισσότεροι ψυχικά ασθενείς νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στη χώρα αυτή δεν είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση στον αριθμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων αλλά τη μείωση στη διάρκεια της νοσηλείας, στον αριθμό των πρώτων εισαγωγών και τον διπλασιασμό του αριθμού των επανεισαγωγών.²⁸

Η αναδιαμόρφωση των ψυχιατρικών νοσοκομείων σε κοινοτική ψυχιατρική φροντίδα δεν είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των αστέγων από τους ψυχιατρικούς ασθενείς που εξήλθαν από τα νοσοκομεία. Πολλοί όμως από τους αστέγους με ψυχικά προβλήματα θα είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο πριν 20 χρόνια. Τώρα, τα νοσοκομεία δίνουν εξιτήριο σε ασθενείς με σοβαρά ψυχικά νοσήματα, μετά από

βραχύχρονη νοσηλεία και χωρίς να υπάρχει συντονισμός με τις υπηρεσίες στην κοινότητα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μία έξαρση των συμπτωμάτων και στην απώλεια στέγης.²⁹

Με βάση τις έρευνες των Slegers³⁰ και Spijker²⁷ προκύπτει ότι η μεγαλύτερη διά βίου επικράτηση, στον πληθυσμό των αστέγων στην πόλη αυτή, ανήκει στη διαταραχή κατάχρησης και εξάρτησης αλκοόλ με ποσοστό 31–46% και ακολουθούν οι διαταραχές της διάθεσης με ποσοστά 24–25%. Η σχιζοφρένεια ακολουθεί τα χαμηλά ποσοστά των άλλων ευρωπαϊκών χωρών (3–14%).

Γαλλία

Η Γαλλία έχει υιοθετήσει μία πολύ ενεργή στάση στην αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών και την επένδυση των χρηματικών πόρων για την ψυχική υγεία σε εξωτερικές κοινοτικές δομές.³¹ Για τον λόγο αυτόν μπορεί να έχει μικρότερα ποσοστά ψυχικών διαταραχών μεταξύ του αστέγου πληθυσμού σε σχέση με χώρες όπου η μείωση των ψυχιατρικών κρεβατιών δεν συνοδεύεται από αντίστοιχη αύξηση στις κοινοτικές δομές.

Στην έρευνα των Kovess & Lazarus³² συμμετείχαν 838 άστεγοι της πόλης του Παρισιού. Η κατανομή των ψυχικών διαταραχών διά βίου και τρέχουσα (1 έτους) φαίνεται στον πίνακα 3.

Στη μέτρηση της ψυχοπαθολογίας βρέθηκε ότι η συνόηση αφορούσε σε προβλήματα κατάχρησης ουσιών σε συνδυασμό με σχιζοφρένεια, ενώ η κατάχρηση αλκοόλ συνδυαζόταν με καταθλιπτικές διαταραχές.

Πίνακας 3. Η διά βίου και η τρέχουσα επικράτηση των ψυχικών διαταραχών σε δείγμα αστέγων στο Παρίσι και στη Μαδρίτη.

Ψυχικές διαταραχές	Διά βίου/τρέχουσα Επικράτηση (%) (Παρίσι)	Διά βίου/τρέχουσα Επικράτηση (%) (Μαδρίτη)
Σχιζοφρένεια	16/5,8	4/2
Συναισθηματικές διαταραχές	41/23,7	27/19
Διαταραχή κατάχρησης/εξάρτησης οποιασδήποτε ουσίας	33,9/21,3	50/34
Διαταραχή κατάχρησης/εξάρτησης αλκοόλ	24,9/14,9	41/28
Διαταραχή κατάχρησης/εξάρτησης ουσιών	15,6/10,3	17/10
Οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή	57,6/29,1	67/51

Η κατάχρηση ουσιών ήταν συχνότερη στους άνδρες από τις γυναίκες, σε ανθρώπους χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, και σε αυτούς που ζούσαν στον δρόμο. Φαίνεται η διαταραχή αυτή να παίζει ρόλο στην έναρξη του φαινομένου καθώς και στη διατήρησή του.

Ισπανία

Όσον αφορά στην Ισπανία, η πρωτεύουσα της χώρας η Μαδρίτη με πληθυσμό 4 εκατομμύρια εκτιμάται να έχει από 900 έως 2000 αστέγους με βάση έρευνες που έγιναν στον δρόμο από στατιστικές υπηρεσίες.⁴ Τα πιο αξιόπιστα στοιχεία για τους αστέγους στην πόλη αυτή προέρχονται από διαφορετικές πηγές: τον συνολικό αριθμό κρεβατιών που διαθέτει η πόλη (n=991), τις Επείγουσες Κοινωνικές Υπηρεσίες που παρέχουν 24 ώρες υπηρεσίες σε περίπου 200 αστέγους που ζουν στους δρόμους της πόλης και την Κοινωνική Υπηρεσία για τους Μετανάστες.

Στην έρευνα του Vazquez⁴ πήραν μέρος 261 άστεγοι στην πόλη της Μαδρίτης. Η τρέχουσα 12μηνη επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στο σύνολο του δείγματος φαίνεται στον πίνακα 3.

Η διά βίου επικράτηση των ψυχικών διαταραχών ήταν πολύ υψηλή (67%) και ήταν υψηλότερη στους άνδρες (70% σε σύγκριση με το 55% των γυναικών), καθώς και η επικράτηση της διαταραχής κατάχρησης ουσιών (43% σε σύγκριση με το 33%). Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη τάση να αναπτύσσουν διαταραχές μη σχετιζόμενες με κατάχρηση ουσιών. Η επικράτηση των συναισθηματικών διαταραχών ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες (30–17%).

Ο αποϊδρυματισμός των ψυχικά ασθενών δεν φαίνεται να επιδρά στην αύξηση του αριθμού των αστέγων στην Ισπανία, αφού το ποσοστό των σχιζοφρενών μεταξύ των αστέγων είναι μόλις 4%. Επίσης, η αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας στην Ισπανία ξεκίνησε στο μέσο της δεκαετίας του 1980 στη διάρκεια της οποίας δεν σημειώθηκε σημαντική αύξηση στον πληθυσμό των αστέγων.⁴

Με βάση την παραπάνω έρευνα, φαίνεται ότι το μείζον πρόβλημα του πληθυσμού των αστέγων στη Μαδρίτη είναι οι συναισθηματικές διαταραχές (27%). Η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί μια άτυπη διαταραχή. Το γεγονός μπορεί να εμποδίζει τον πληθυσμό αυτόν από το να αναζητήσει βοήθεια και να

χρησιμοποιεί αποτελεσματικούς αμυντικούς μηχανισμούς.^{33,34}

Ελβετία

Η Ελβετία είναι μία από τις πιο πλούσιες χώρες στον κόσμο. Είναι η δεύτερη χώρα στον κόσμο στις δαπάνες για την υγεία με 3012 \$ κατά κεφαλή το 2001.³⁵ Στην ψυχιατρική φροντίδα, το 80% των συνολικών δαπανών για την υγεία διατίθενται για την ενδοκοσμιακή φροντίδα όταν στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό αυτό είναι 20%.³⁶

Το φαινόμενο της απώλειας στέγης στη Ελβετία δεν είναι απόλυτα κατανοητό. Κάποιοι θα μπορούσαν να υποστηρίξουν ότι το φαινόμενο αυτό δεν υπάρχει στη χώρα αυτή, εφόσον είναι μία από τις πιο πλούσιες χώρες στον κόσμο με ένα επαρκές κοινωνικό σύστημα, χωρίς εμφανείς ανισότητες.³⁷ Όπως έχει δείχθει ένα επαρκές κοινωνικό σύστημα λειτουργεί προστατευτικά προς το φαινόμενο της απώλειας στέγης.³⁸ Ο αριθμός των κρεβατιών που είναι διαθέσιμα για τον άστεγο πληθυσμό αυξήθηκε στο Καντόνι της Ζυρίχης στο διάστημα από το 2001 έως το 2003 κατά 17%.³⁹

Η έρευνα των Lauber³⁹ περιλαμβάνει 16.247 ενήλικες ασθενείς που έκαναν εισαγωγή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο στο Καντόνι της Ζυρίχης από το 1998 έως το 2001. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 1,6% όλων των εισαγωγών ήταν άστεγοι. Το 30% αυτών ήταν γυναίκες και το 70% ήταν άνδρες. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην Αγγλία είναι 20,5%⁴⁰ και στην Αμερική 35%.⁴¹

Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι ο άστεγος πληθυσμός έπασχε κυρίως από διαταραχή κατάχρησης ουσιών και συγκεκριμένα από πολλαπλή κατάχρηση ουσιών κατά ICD-10. Περίπου όμοια ποσοστά βρέθηκαν σε ψυχωσικές, νευρωτικές και διαταραχές προσωπικότητας, ενώ μικρότερα ποσοστά σημειώθηκαν σε οργανικές και συναισθηματικές διαταραχές (κατά ICD-10). Ο αριθμός των ασθενών με συνόηση, βρέθηκε πολύ υψηλός (27%) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς.

Επίσης, η σοβαρότητα της ψυχικής διαταραχής στην ομάδα των αστέγων ήταν 4 (σοβαρά ασθενείς) με κλίμακα από 0 έως 6 και είχαν σημαντικά μικρότερη διάρκεια νοσηλείας, ενώ κατά την έξοδό τους η κλινική τους κατάσταση ήταν ελάχιστα βελτιωμένη

σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Επίσης, από τους αστέγους ασθενείς που έκαναν εισαγωγή στο νοσοκομείο, 1 στους 3 προσήλθε με δική του πρωτοβουλία, ποσοστό υψηλότερο σε σύγκριση με τους ασθενείς που είχαν στέγη.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης είναι σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων ερευνών που μελετούν τα ποσοστά των αστέγων σε ενδονοσοκομειακές ψυχιατρικές δομές και χαρακτηρίζονται από σοβαρές ψυχικές διαταραχές και φτωχή κοινωνική προσαρμογή.⁴⁰⁻⁴²

Ο ίδιος ερευνητής, το 2005 μελέτησε 28.204 ασθενείς που είχαν εισαχθεί στο ψυχιατρικό νοσοκομείο στο Καντόνι της Ζυρίχης.⁴³

Ο βαθμός της σοβαρότητας των συμπτωμάτων ήταν υψηλός (4) και στα δύο δείγματα (άστεγοι vs μη άστεγοι). Οι άστεγοι ασθενείς παρατηρήθηκε ότι είχαν συντομότερη ενδονοσοκομειακή παραμονή και είχαν μέτρια βελτίωση κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, ενώ σε μια άλλη ομάδα ασθενών η βελτίωση ήταν αισθητή.

Βρέθηκε ότι ο άστεγος πληθυσμός έπασχε κυρίως από διαταραχή κατάχρησης ουσιών και συγκεκριμένα από πολλαπλή κατάχρηση ουσιών κατά ICD-10 με ποσοστό 32,7%. Μέτρια ποσοστά βρέθηκαν σε ψυχωσικές (17,1%), συναισθηματικές (5,6%) και διαταραχές προσωπικότητας (7,8%), ενώ μικρότερα ποσοστά σημειώθηκαν σε οργανικές διαταραχές (0,7%). Ο αριθμός των ασθενών με συννόσηση δηλαδή οι ασθενείς με διαταραχή κατάχρησης ουσιών και κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή βρέθηκε υψηλός (28,6%) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς.

Ελλάδα

Το φαινόμενο των αστέγων στην Ελλάδα είναι μάλλον πρόσφατο σε σύγκριση με το ξεκίνημά του σε

άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Επί του παρόντος, το αυξημένο ποσοστό των αστέγων στην Ελλάδα έχει πλησιάσει τα ποσοστά των άλλων κρατών-μελών της ΕΕ. Ωστόσο, οι υπάρχουσες υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος εμφανίζονται ιδιαίτερα φτωχές σε σύγκριση με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα.

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει εθνική στρατηγική για την αντιμετώπιση του φαινομένου της απώλειας στέγης, όπως δεν υπάρχουν και συστηματικές ερευνητικές προσπάθειες για τη μελέτη του πληθυσμού των αστέγων. Κάποιες πρωτοβουλίες έχουν αναπτυχθεί από ΜΚΟ, ενώ πρόσφατες προσπάθειες από κυβερνητικούς κύκλους για τους αστέγους που κοιμούνται στον δρόμο δεν έχουν δημοσιευθεί ακόμη. Η τελευταία απογραφή των αστέγων ατόμων στην Ελλάδα από τον FEANTSA έγινε το 2006. Τα στοιχεία από αυτή την απογραφή φαίνονται στον πίνακα 4.⁴⁴

Από την Ελλάδα βρέθηκε μόνο μία έρευνα των Konstantakopoulos et al.⁴⁵ Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν μόνο 58 άστεγοι που έκαναν χρήση του Κέντρου Υποστήριξης Αστέγων στην Κλίμακα, στην πόλη της Αθήνας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υψηλότερη επικράτηση ανήκει στις διαταραχές ψυχωσικού φάσματος με 32,7% σε αντίθεση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες όπου τα αντίστοιχα ποσοστά είναι χαμηλότερα.^{4,8,39} Ακολουθούν οι διαταραχές κατάχρησης αλκοόλ με 22,4% και ουσιών με 18,9%, ενώ υψηλό ποσοστό κατέχουν και οι διαταραχές προσωπικότητας με 17,2%.

Συμπεράσματα

Από τα παραπάνω στοιχεία γίνεται αντιληπτό ότι ο πληθυσμός των αστέγων αντιμετωπίζει πολλά και πολύπλοκα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με αυτά του γενικού πληθυσμού. Τα αποτελέσματα των ερευνών που έχουν διεξαχθεί στον χώρο της Ευρώπης δείχνουν ότι τα ποσοστά της ψυχιατρικής

Πίνακας 4. Υπολογισμένος αριθμός αστέγων ατόμων στην Ελλάδα (Feantsa 2006).

Χώρα	Στο δρόμο	Σε ξενώνα μιας διανυκτέρευσης (overnight shelter)	Σε ξενώνες αστέγων/προσωρινά καταλύματα (Homeless hostels/temporary accommodation)	Σε δομές υποδοχής για μετανάστες σε άσυλα (Reception immigrants/asylum)
Ελλάδα	6.000	1000	300	554/1800

νοσηρότητας για την ειδική αυτή ομάδα του πληθυσμού είναι κατά πολύ αυξημένα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό και κυμαίνονται από 58–100% σε κάποιες περιπτώσεις.⁵

Όσον αφορά στην επικράτηση συγκεκριμένων διαταραχών, φαίνεται να υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών της Ευρώπης. Σε κάποιες χώρες όπως η Γερμανία φαίνεται ότι το μείζον πρόβλημα του αστέγου πληθυσμού είναι η κατάχρηση αλκοόλ, όπου τα ποσοστά των διαταραχών που σχετίζονται με το αλκοόλ φθάνουν το 90%.⁸ Το πρόβλημα της εξάρτησης από το αλκοόλ πολύ συχνά συνυπάρχει με άλλες ψυχικές διαταραχές, με συνέπεια και τα αντίστοιχα ποσοστά της συννόησης στη χώρα αυτή να είναι υψηλά.

Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθούν και τα υψηλά ποσοστά συναισθηματικών διαταραχών που αναφέρονται από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Ισπανία και φθάνουν το 27%.⁴

Η επικράτηση των ψυχωσικών διαταραχών συνολικά στον χώρο της Ευρώπης φαίνεται να είναι αρκετά χαμηλή με ποσοστά που δεν ξεπερνούν το 17%.³⁹ Εξαιρέση σε αυτό αποτελεί η έρευνα που προέρχεται από την Ελλάδα όπου αναφέρεται ποσοστό ψυχωσικών διαταραχών 32,7%.⁴⁵ Η εξαγωγή αυτού του συμπεράσματος γίνεται με αρκετή επιφύλαξη λόγω του μικρού δείγματος της έρευνας αυτής (n=58). Η χαμηλή επικράτηση της σχιζοφρένειας και της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, που φαίνεται να είναι κανόνας στον χώρο της Ευρώπης, έρχεται σε αντίθεση με τις έρευνες που προέρχονται από την Αμερική, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά φαίνονται να είναι υψηλότερα.³

Αυτό που απασχολεί ιδιαίτερα, είναι ότι τα προβλήματα αυτά δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς ούτε από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ούτε από τις υπηρεσίες απεξάρτησης, ούτε από τις κοινωνικές υπηρεσίες για τους αστέγους. Δημιουργείται λοιπόν η ανάγκη για ενοποίηση των υπηρεσιών αυτών σε θεραπευτικό και οργανωτικό επίπεδο για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών των αστέγων.^{46–48}

Στις περισσότερες χώρες οι τύποι υπηρεσιών που παρέχονται στους αστέγους είναι δημόσιες και ιδιωτικές πρωτοβουλίες, κυρίως με χρηματοδότηση από την εκκλησία. Ο βασικός τύπος παρεχόμενων υπηρεσιών είναι για καταστάσεις επείγοντος.

Πολλοί ερευνητές αναφέρουν την έλλειψη συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών αυτών.^{49–51} Πολύ συχνά οι άστεγοι αναγκάζονται να μετακινούνται συνεχώς στη διάρκεια μιας μέρας π.χ. το πρωί θα πρέπει να φύγουν από τον ξενώνα που φιλοξενήθηκαν στη διάρκεια της νύχτας για να πάνε στο συσσίτιο που βρίσκεται το πιθανότερο στην άλλη πλευρά της πόλης. Το απόγευμα θα βρίσκονται στο κέντρο ημέρας για αστέγους το οποίο κλείνει αργά το απόγευμα για να περιμένουν εκ νέου κάποιες ώρες μέχρι να ανοίξει ο ξενώνας και να μπορέσουν να περάσουν τη νύχτα τους εκεί.

Τα προγράμματα επανένταξης θα πρέπει να σχεδιαστούν έτσι ώστε να ενοποιούν τα διαφορετικά πρόσωπα των δημοσίων υπηρεσιών αλλά και να περιλαμβάνουν ομάδες εντοπισμού και προσέγγισης του πληθυσμού αυτού που πολύ συχνά έχει παραιτηθεί από την ανάληψη πρωτοβουλιών και νοιώθει αβοήθητο.^{50,51}

Μεθοδολογικοί περιορισμοί των ερευνών

Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Ευρώπη είναι στο μεγαλύτερο μέρος τους περιγραφικές και χωρίς θεωρητικό υπόβαθρο, ίσως γιατί το φαινόμενο της απώλειας στέγης είναι καινούργιο στις χώρες της Ευρώπης και είναι δύσκολο να το ορίσει κανείς. Κάποια σημεία που χρειάζονται βελτίωση και θα βοηθούσαν ίσως στο μέλλον είναι τα παρακάτω: (α) προσεκτικός ορισμός του φαινομένου της απώλειας στέγης. Θα πρέπει να είναι ξεκάθαρα τα κριτήρια για τη συμμετοχή ή τον αποκλεισμό από την έρευνα και για την τοπογραφική εντόπιση του δείγματος (συσσίτια, ξενώνες, δρόμος), (β) ο διαχωρισμός του ιδιαίτερου πληθυσμού αυτού σε υποομάδες με βάση το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, (γ) η σύγκριση με ομάδες ελέγχου (που έχουν στέγη) ή με τον γενικό πληθυσμό (δ) να καθορίζεται η χρονολογία των γεγονότων σε σχέση με την απώλεια στέγης (ε) ο συνδυασμός ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων για την έρευνα του θέματος. Με τον τρόπο αυτόν οι αδυναμίες της μίας μεθόδου εξισορροπούνται από τα πλεονεκτήματα της άλλης όπως π.χ. με τη χρήση κλινικών συνεντεύξεων αλλά και ανοιχτών ερωτήσεων για την ίδια ερώτηση. Ανάλογες οδηγίες θα ήταν χρήσιμες και για τις έρευνες της Βόρειας Αμερικής.⁵

Studies of psychopathology of homeless individuals in European Countries

P. Chondraki,¹ M. Madianos,² G.N. Papadimitriou³

¹Eginitio Hospital, ²Nursing Department, University of Athens

³1st Psychiatric Clinic, Medical School, University of Athens, Athens

Psychiatriki 2012, 23:334–343

Most research on the homeless is coming from the US, where the prevalence of mental disorders concerning this population was pointed out. The surveys for the homeless in European countries focus on the mental state and community care of the homeless very early, since the 1980's. Homelessness is gradually developing in these countries, while in the countries of North America the phenomenon is much older. The prevalence of mental disorders in European countries is higher in the homeless population, with rates of 58% -100% compared with the general population. In countries like Germany, Spain, Holland, France, Switzerland, where the phenomenon of homelessness has been studied, one of the most striking features was the high prevalence of substance abuse disorders, emotional disorders, while small percentages were reported for psychotic disorders. The prevalence of alcohol abuse was very high in Germany, perhaps because it is easily accessible and less expensive than in other countries. Limited use by homeless of relevant health services was also very common in this country. The same observation was also recorded in Spain, France and the Netherlands. High rates in these countries was reported for comorbidity, most often concerning the combination of substance abuse disorder and emotional disorders. Another interesting finding in the European countries is the high prevalence of depressive and anxiety disorders and the low prevalence of schizophrenia and antisocial personality disorder. The low prevalence of schizophrenia and antisocial personality disorder is in contrast with studies from North America according to some authors who compared their samples with samples of homeless people in Los Angeles. The level of abuse of illegal substances was also found high in countries such as England. In Spain affective disorders was reported to be very high among the homeless population. The homeless population faces many complex mental health problems compared with those of the general population. What is a source of concern is that these problems are not adequately faced either by mental health services and rehabilitation programs, or the social services for the homeless. It is recommended that these services have to achieve integration in therapeutic and organizational level, in order to better meet the needs of this complex and heterogeneous population.

Key words: Homeless, psychopathology, European Union.

Βιβλιογραφία

1. Slegers J, Spijker J, Limbeek J, Engeland H. Mental health problems among homeless adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1998, 97:253–259
2. Fisher P, Drake RE, Breakey WR. Mental health problems among homeless persons: a review of epidemiological research from 1980–1990. In: Lamb HR, Bachrach LL, Kass FL (eds) *Treating the homeless mentally ill*. Washington DC: Amer Psychiatric Assoc, 1992:75–93
3. Koegel P, Burnam A, Farr K. The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 45:1085–1092
4. Vazquez C, Munoz M, Rodriguez A. Homelessness in Spain. In: Helviec O, Kuntzmanmn (eds) *Homeless: an international perspective*. Westport, CT Greenwood Press, 1997
5. Philippot P, Lecocq C, Sempoux F, Nachtergaele H, Galand B. Psychological research on homelessness in Western Europe: A review from 1970–2001. *J Social Issues* 2007, 63:483–504
6. Toro PA, Tompsett CJ, Lombardo S, Philippot P, Nachtergaele H, Galand B et al. Homelessness in Europe and the United States: A Comparison of Prevalence and Public Opinion. *J Soc Issues* 2007, 63:505–524
7. Munoz M, Koegel P, Vazquez C, Sanz J, Burnam A. An empirical comparison of substance and alcohol dependence patterns in the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (CA, USA). *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2002, 37:289–298
8. Fichter MM, Koniarczyk M, Greifenhagen A. Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *Europ Archiv Psychiatr Clin Neurosc* 1996, 246:185–196
9. Fountain J, Howes S, Strang G. Unmet drug and alcohol service needs of homeless people in London: A complex issue. *Substance Use and Misuse* 2003, 38:377–393
10. Odell SM, Commander MJ. Risk factors for homelessness among people with psychotic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000, 35:396–401

11. Bonhoeffer K. Ein Beitrag zur Erkenntnis des großstädtischen Bettel- und Vagabundentums. *Z Ges Strafrechtswissenschaft* 1901, 21:1-65
12. Wilmanns K. *Zur Psychopathologie des Landstreichers*. Eine klinische Studie. Barth, Leipzig, 1906
13. Ayass W. Die Verfolgung der NichtseBhaften im Dritten Reich. In: Zentralverband Deutscher Arbeiterkolonien (ed) *EinJahrhundert Arheiterkolonien*. Verlag Soziale Hilfe, Bielefeld, 1984
14. Zurn G. A ist Prostituiertentyp. Zur Ausgrenzung und Vernichtung von Prostituierten und moralisch nichtangepaBten Frauen im nationalsozialistischen Hamburg. In: Projektgruppeftir-die-vergessenen-Opfer-des-NS-Regimes (ed) *Verachtetverfolgt-vernichtet*. VSA-Verlag, Hamburg, 1986
15. Salize H, Horst A, Dillmann-Lange C, Killmann U, Stern G, Wolf I et al. Needs for mental health care and service provision in single homeless people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001, 36:207-216
16. Driessen M, Dilling H. Psychische Störungen bei Wohnungslosen – angloamerikanische Untersuchungen zu Epidemiologie und Versorgung. *Psychiatr Prax* 1997, 24:162-166
17. Langle G, Egerter B, Albrecht F, Petrasch M, Buchkremer G. Prevalence of mental illness among homeless men in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidem* 2005, 40:382-339
18. Wittchen HU, Essau CA, Zerssen D. von, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992, 241:247-258
19. Fichter MM, Quadflieg N. Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. *Acta Psychiatr Scand* 2001, 103:94-104
20. Fichter MM, Quadflieg N. Three year course and outcome of mental illness in homeless men. A prospective longitudinal study based on a representative sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005, 255:111-120
21. Fichter M, Quadflieg N. Alcoholism in homeless men in the mid-nineties: results from the Bavarian Public Health Study on homelessness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999, 249: 34-44
22. Roofless and Homeless (in Dutch). The Hague, Health Council of the Netherlands, 1995
23. Culhane DP, Dejowski EF, Ibanez J et al. Public shelter admission rates in Philadelphia and New York City: the implications of turnover for sheltered population counts. *Hous Pol Debate* 1994, 5:107-140
24. Cohen CI. Down and out in New York and London: a cross-national comparison of homelessness. *Hospital and Community Psychiatry* 1994, 45:769-777
25. Korf D, Lettink D, Deben L et al. *Roofless and Homeless in Amsterdam 1997* (in Dutch). Amsterdam, Het Spinhuis, 1997
26. Deben L, Godschalk J, Huijsman C. Roofless and Homeless in Amsterdam and Elsewhere in the Randstad (in Dutch). Amsterdam, Center for Metropolitan Research, University of Amsterdam, 1992
27. Spijker J, Van Limbeek J, Jonkers F. *Psychopathology Among Residents of Long-Term Shelters in Amsterdam* (in Dutch). Amsterdam, Municipal Health Service, 1991
28. Netherlands Institute of Mental Health: Yearbook Mental Health Care 1996/97 (in Dutch). Utrecht, De Tijdstroom, 1996
29. Mechanic D, McAlpine DD, Olfson M. Changing patterns of psychiatric inpatient care in the United States, 1988-1994. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55:785-791
30. Slegers J. Similarities and Differences in Homelessness in Amsterdam and New York City. *Psychiat Serv* 2000, 51:100-104
31. Kovess V, BoissgueBrin B, Antoine D. Has the sectorisation of psychiatric services in France really been effective? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995, 30:132-138
32. Kovess V, Lazarus M. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999, 34:580-585
33. Koegel P, Burnam A. Problems in the assessment of mental illness among the homeless. An empirical approach. In: Robertson MJ, Greenblatt M (ed) *Homeless: a national perspective*. New York, Plenum Press, 1992:77-100
34. Lagory M, Riche J, Mullis J. Depression among the homeless. *J Health Soc Behav* 1990, 31:87-101
35. OECD Health Data 2003, www.oecd.org, 2004
36. Sturny I, Cerboni S, Christen S, Meyer PC. (Data on psychiatric health care provision in Switzerland, German). Swiss Health Observatory, 2004
37. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004, 364:1273-1280
38. Caton CL, Hasin D, Shrout PE. Risk factors for homelessness among indigent urban adults with no history of psychotic illness: a case-control study. *Am J Publ Health* 2000, 90:258-63
39. Lauber C, Lay B, Rossler. Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2005, 135:50-56
40. Koffman J, Fulop NJ. Homelessness and the use of acute psychiatric beds: findings from a one-day survey of adult acute and low level secure psychiatric patients in North and South Thames regions. *Health Soc Care Commun* 1999, 7:140-147
41. Rosenheck R, Seibyl CL. Homelessness: health service use and related costs. *Med Care* 1998, 36:1256-1264
42. Herrman DB, Susser ES, Jandorf L, Lavelle J, Bromet EJ. Homelessness among individuals with psychotic disorders hospitalized for the first time: findings from the Suffolk County Mental Health Project. *Am J Psychiatry* 1998, 155:109-113
43. Lauber C, Lay B, Rossler W. Homeless people at disadvantage in mental health services. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006, 256:138-145
44. Edgar B. European Review of Statistics on Homeless, FEANTSA, 2009
45. Konstantakopoulos G, Kakoulas I, Valma V, Stamatogiannopoulou E, Giotakos O, Katsadoros K. Mental disorders and dual diagnosis in a sample of homeless people in Athens. *An Gener Hosp Psychiatry* 2003, 2(Suppl 1):S113
46. Langle G, Egerter B, Albrecht-Dórr F. Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser im ländlichen Raum-randomisierte Interventionsstudie mit Vollerhebung. *Nervenarzt* 2003, 74(Suppl 2):S64
47. Meller I, Fichter M, Quadflieg N, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Wolz J. Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose. *Nervenarzt* 2000, 71:543-551
48. Salize H, Dillmann-Lange C, Kentner-Figura B. Risikomodelle des Abstiegs in die Wohnungslosigkeit – Welche Rolle spielen psychische Störungen? *Nervenarzt* 2003, 74(Suppl 2):S64
49. Avramov D. Les sans-abri dans l'Union europeenne: Contexte social et juridique de l'exclusion du logement dans les annees '90. (*The homeless people in the European Community: Social and legal context of accommodation exclusion in the nineties*) Bruxelles: FEANTSA, 1995
50. Rea A. La problematique des personnes sans-abri en Region de Bruxelles-Capitale. (*Homeless people issue in Bruxelles region*) Brussels: ULB, Institut de Sociologie, 2001
51. Vazquez C, Munoz M, Rodriguez-Gonzalez A. Homelessness in Spain: Psychological aspects. *Psychol Spain* 1999, 3:104-116

Ειδικό άρθρο Special article

Ψυχική νόσος σε δύο συνθέτες κλασικής μουσικής

Λ. Ρεμπελάκος,¹ Πουλάκου-Ρεμπελάκου Ε,¹ Δ. Πλουμπίδης²

¹Ιστορία της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική 2012, 23:344–353



εν είναι συχνό το φαινόμενο συνθετών κλασικής μουσικής που παρουσίασαν μείζονα ψυχική νόσο ή και νοσηλεύθηκαν σε ψυχιατρική κλινική, ενώ ελαφρότερες ψυχικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας έχουν συχνά περιγραφεί. Παρουσιάζονται και σχολιάζονται εδώ δύο, σχετικά άγνωστες στο ευρύ κοινό περιπτώσεις συνθετών, στο τέλος του 19ου και την αρχή του 20ού αιώνα, με σοβαρά ψυχοπαθολογικά φαινόμενα μη συφιλιδικής αιτιολογίας, καθώς η σύφιλη του κεντρικού νευρικού συστήματος υπήρξε συχνή γι' αυτή τη χρονική περίοδο και αποτελούσε συχνά την αιτία ψυχικών διαταραχών σε καλλιτεχνικές προσωπικότητες στον χώρο της μουσικής. Οι δύο αυτοί ξεχασμένοι για πολλά χρόνια συνθέτες δεν ολοκλήρωσαν το έργο τους λόγω της εμφάνισης της νόσου σε κρίσιμη στιγμή της δημιουργικής τους δραστηριότητας. Πρώτος, ο Αυστριακός Hans Rott, αγαπημένος μαθητής του διάσημου συνθέτη Anton Bruckner και συμφοιτητής του Gustav Mahler στο Ωδείο της Βιέννης, παρουσίασε εικόνα σχιζοφρένειας. Τα συμπτώματα παρουσιάστηκαν σε ηλικία 23 ετών, μετά την απαξιωτική κριτική του Brahms, τη δυσμενή υποδοχή του έργου του αλλά και την αναγκαστική του μετακόμιση μακριά από τη γενέτειρά του. Νοσηλεύθηκε σε ένα άσυλο της Κάτω Αυστρίας κάτω από κακές συνθήκες, όπου και πέθανε από φυματίωση σε ηλικία μόλις 26 χρόνων. Από τα ολιγάριθμα έργα που άφησε, κυρίως η Πρώτη Συμφωνία τον έκανε γνωστό στους φιλόμους έναν αιώνα περίπου μετά τον τραγικό θάνατό του, όταν και πρωτοπαρουσιάστηκε δημόσια. Ο δεύτερος είναι ο Αρμένιος Komitas Vardapet που έμεινε ορφανός στη παιδική ηλικία, μεγάλωσε σε ιερατικές σχολές και χειροτονήθηκε πρώτα μοναχός και κατόπιν ιερέας, ενώ διεύρυνε τη μουσική του παιδεία και στο Βερολίνο. Το έργο του κατέχει περίοπτη θέση στην Αρμενική θρησκευτική μουσική, καθώς είναι εκείνος που εισήγαγε την πολυφωνία στην Αρμενική Εκκλησία και συνέλεξε παραδοσιακά τραγούδια από κάθε γωνιά της χώρας του, με αποτέλεσμα να θεωρείται δίκαια ο πατέρας της Αρμενικής Μουσικής. Το 1915, στη διάρκεια της γενοκτονίας των Αρμενίων εκτοπίστηκε και βασανίστηκε αλλά τελικά σώθηκε χάρη στις ενέργειες επωνύμων φίλων του και πολιτικών. Όμως η ψυχική του υγεία είχε σοβαρά κλονιστεί και πέρασε τα υπόλοιπα 20 χρόνια της ζωής του σε διάφορα ψυχιατρικά ιδρύματα, αρχικά στην Κωνσταντινούπολη κι έπειτα κατά κύριο λόγο στο Παρίσι, χωρίς ποτέ να αναρρώσει. Στις μέρες μας οι ψυχοπαθολογικές του εκδηλώσεις θεωρούνται είτε ως μετατραυματική κατάρρευση είτε ως εικόνα σχιζοφρένειας, με τις επιστημονικές γνώμες να δίστανται. Συζητιέται το ζήτημα της ψυχικής νόσου σε σχέση με την καλλιτεχνική δημιουργία και ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στη βιογραφία, στη νόσο και στη νοσηλεία των δύο αυτών προικισμένων μουσικών.

Λέξεις ευρετηρίου: Σχιζοφρένεια, μεγάλοι μουσικοί συνθέτες, H. Rott, K. Vardapet, συναισθηματικές διαταραχές, καλλιτεχνική δημιουργία, συγκινησιακές διαταραχές.

Εισαγωγή

Η εντύπωση που επικρατεί στην κοινή γνώμη είναι ότι οι δημιουργοί στη μουσική, την ποίηση ή τα εικαστικά είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι και μερικές φορές ψυχικά διαταραγμένοι. Υπάρχουν στην ιστορία όλων των τεχνών περιπτώσεις ψυχικής νόσου προικισμένων καλλιτεχνών αλλά, ειδικά στη μουσική, το φαινόμενο δεν είναι συχνό, όσο στη λογοτεχνία και τις εικαστικές τέχνες.¹ Οι συνθέτες κλασικής μουσικής που νοσηλεύθηκαν με συμπτώματα σοβαρής ψυχικής νόσου, κυρίως τον 19ο αιώνα, υπήρξαν συνήθως θύματα σύφιλης του νευρικού συστήματος (Schubert, Donizetti, Wolf, Smetana, Delius),² ενώ για την περίπτωση του Schumann³ οι γνώμες των ερευνητών δίστανται μεταξύ σύφιλης και προϋπάρχουσας ψυχικής νόσου που επιβαρύνθηκε από τη σύφιλη. Περιγράφεται στην παρούσα εργασία το νόσημα των Hans Rott και Komitas Vardapet, το οποίο δεν επιπλεκόταν από σύφιλη του νευρικού συστήματος. Αποτελούν δύο δραματικές ιστορίες ξεχασμένων μουσικών δημιουργών, που πέρασαν έναν προσωπικό Γολγοθά. Οι αντιξοότητες, οι συχνά ανυπέρβλητες δυσκολίες και η ψυχική νόσος έβαλαν ένα πρόωρο τέλος στο δημιουργικό τους έργο, ωστόσο η ποσοτικά μικρή μουσική τους κληρονομιά τους τοποθέτησε μετά θάνατο ανάμεσα στους σημαντικούς συνθέτες της εποχής τους.

Η τραγική πορεία του Hans Rott (1858–1884)

Ένα καλά κρυμμένο μυστικό στην ιστορία της συμφωνικής μουσικής του 19ου αιώνα είναι αναμφίβολα η περίπτωση του Johann Carl Maria (Hans) Rott, μιας ιδιοφυούς προσωπικότητας με δραματική κατάληξη. Ο Αυστριακός συνθέτης γεννήθηκε την 1η Αυγούστου 1858 σε προάστιο της Βιέννης από οικογένεια καλλιτεχνών. Ο πατέρας του Carl Mathias Rott, αφού ασχολήθηκε με τη μουσική σύνθεση, στράφηκε στην υποκριτική και αναδείχθηκε σε λαμπρό κωμικό ηθοποιό. Λίγα στοιχεία είναι γνωστά για τη μητέρα του Christine Hoffman πέρα από το γεγονός ότι πέθανε το 1860. Ορφανός από την ηλικία των δύο ετών, ο Hans φοίτησε σε ιδιωτικό σχολείο και συνέχισε στο Akademischen Gymnasium, ενώ η εκπαίδευσή του συμπληρώθηκε σε μια ανώτερη επαγγελματική σχολή. Ίσως ο πατέρας του θέλησε να τον αποτρέψει από μια καλλιτεχνική σταδιοδρομία ή θεώρησε

ότι μια εμπορική εξάσκηση θα μπορούσε να αποδειχθεί χρήσιμο εφόδιο. Είναι άγνωστο πότε ακριβώς εκδηλώθηκε η μουσική του κλίση αλλά διασώζονται κάποιες πρώιμες συνθέσεις που δείχνουν ότι διέθετε βασικές γνώσεις και προκαταρκτική εξάσκηση πριν από την είσοδό του στο Ωδείο της Βιέννης, τον Σεπτέμβριο του 1874.⁴ Το 1876 πεθαίνει ο πατέρας του και μένει ορφανός σε ηλικία 18 ετών, χρεωμένος και με την ευθύνη του μικρότερου αδελφού του Karl, ενώ αντιμετωπίζει οικονομικό αδιέξοδο στη συνέχιση των σπουδών του. Οι λαμπρές μέχρι τότε επιδόσεις του εξασφαλίζουν υποτροφία και η εργασία του ως οργανίστα στη Μονή Piaristen συντηρεί τα δύο αδέρφια. Ωστόσο μια άδικη κατηγορία για κλοπή που σύντομα αποσύρθηκε πλήγωσε βαθιά τον 20χρονο νέο που το θεώρησε σοβαρή προσβολή.⁵ Ολοκλήρωσε το 1877 τις σπουδές του στο όργανο με τον διάσημο Anton Bruckner, του οποίου μάλιστα υπήρξε ο αγαπημένος μαθητής, παίρνοντας μετάλλια, διακρίσεις και πρωτιές στους διαγωνισμούς δεξιοτεχνίας.⁴ Ακόμη και όταν οι επίσημες σπουδές του περατώθηκαν ο Rott είχε πρόσβαση σε όλες τις συνθέσεις του δασκάλου του, αντέγραφε παρτιτούρες του και δεχόταν επιδράσεις από το έργο του. Στο Ωδείο της Βιέννης θα παρακολουθήσει ακόμη μαθήματα πιάνου με τον Leopold Landskron, αρμονίας με τον Herman Greadner και αντίστιξης και σύνθεσης με τον Franz Krenn. Την εποχή εκείνη, περί τα τέλη της δεκαετίας του 1870, στη Βιέννη είχε ξεσπάσει η διαμάχη στους κύκλους των μουσικόφιλων και των μουσικοκριτικών μεταξύ εκείνων που υποστήριζαν τις ρηζικέλευθες καινοτομίες που εισήγαγε ο Wagner και εκείνων που προτιμούσαν ένα πιο συντηρητικό μουσικό ιδίωμα, ακολουθώντας τον δρόμο που είχε χαράξει ο Brahms. Η μοίρα έφερε τον νεαρό Rott να βρίσκεται στο «στρατόπεδο» των Βαγκνερικών, έχοντας γίνει μέλος από το 1876 της Akademischer Wagnerverein και έχοντας παρακολουθήσει την ίδια χρονιά το πρώτο Festival Bayreuth.

Η ζωή του Rott διασταυρώθηκε με εκείνη του Mahler (1860–1911) από το 1875, όταν και ο δεύτερος εισήλθε στο Ωδείο της Βιέννης και συγκατοίκησαν στο ίδιο δωμάτιο και μαζί παρακολούθησαν τον καθηγητή Krenn για δύο ακαδημαϊκά έτη.⁶ Το 1878, απονεμήθηκε στον Mahler το πρώτο βραβείο στον διαγωνισμό σύνθεσης, ενώ ο Rott απέτυχε, έχοντας παρουσιάσει το πρώτο μέρος της Πρώτης Συμφωνίας του. Τα μέλη της κριτικής επιτροπής ξέσπασαν σε

ηχηρά και ειρωνικά γέλια. Ενδεικτική της υποστήριξης και της ενθάρρυνσης εκ μέρους του δασκάλου του είναι και η συνηγορία τού συνήθως δειλού Bruckner που ύψωσε το ανάστημά του και απηύθυνε αυτά τα λόγια στην επιτροπή εξετάσεων: «Μη γελάτε, κύριοι, από αυτόν τον νέο θα ακούσετε σπουδαία πράγματα!».⁴ Παρά την παρέμβαση αυτή, η κριτική ήταν πολύ σκληρή για να την αντέξει ο νέος και ευαίσθητος Hans Rott.^{7*} Είναι προφανές ότι ο νεαρός Mahler είχε εντυπωσιασθεί αφάνταστα από το ταλέντο του συμμαθητή του. Φαίνεται ότι είχε μιλήσει για αυτόν τόσο στη γυναίκα του Alma όσο σε τρεις από τους πρώιμους βιογράφους του (Paul Stefan, Richard Specht και Natalie Bauer-Lechner), όπως αποδεικνύεται από τις αναφορές και των τεσσάρων αυτών προσώπων στον για πολύ καιρό ξεχασμένο Hans Rott στα κείμενά τους για τον Mahler.⁸ Το καλοκαίρι του 1900 πήρε μαζί του στις διακοπές τη Συμφωνία του Rott, σκοπεύοντας σε μια πιθανή της εκτέλεση σε συναυλία από τη Φιλαρμονική της Βιέννης και σχολίασε στη Natalie Bauer-Lechner, κολακευτικά τόσο το έργο όσο και τον συνθέτη, που αισθανόταν δικό του άνθρωπο.^{8,9**} Το 1880 υπήρξε κρίσιμη χρονιά για τον Rott. Ολοκλήρωσε τη Συμφωνία του τον Ιούνιο και την υπέβαλε στον διαγωνισμό για το βραβείο Beethoven μαζί με τη σύνθεσή του «Ποιμενικό Πρελούδιο». Σε μια από τις υποχρεωτικές επισκέψεις του στα μέλη της κριτικής επιτροπής, ο ίδιος ο Brahms μάλλον θεωρώντας ότι τα έργα δεν μπορεί να τα έχει συνθέσει αυτός ο νεαρός υποψήφιος, σε μια επίδειξη ισχύος, απευθύνθηκε στον νεαρό συνάδελφό του λέγοντάς του «να ασχοληθεί με κάτι άλλο και όχι με τη μουσική». Η ίδια αποκαρδιωτική διάψευση ήλθε και από τον Hans Richter, διευθυντή της Φιλαρμονικής της Βιέννης, στον οποίο επίσης έπαιξε το έργο του ελπίζοντας σε μια εκτέλεσή του. Ο μαέστρος επαίνεσε το έργο του αλλά δεν δέχθηκε να το παρουσιάσει επί σκηνής. Η οικονομική του κατάσταση ήταν δύσκολη αλλά χάρη στον φίλο του Friedrich

Seemüller πέρασαν ειρηνικό καλοκαίρι στην εξοχή στην Κάτω Αυστρία. Τον 22χρονο μουσικό απασχολούσαν όχι μόνο η μελλοντική σταδιοδρομία του αλλά και η έλλειψη οικογενειακής στοργής και ένας άτυχος έρωτας με μια νέα, τη Louise, την οποία ήθελε να σώσει από έναν γάμο, στον οποίο την πίεζαν οι δικοί της. Πιθανότατα ήταν η μοναδική σχέση της ζωής του και υπήρξε ένας σοβαρός λόγος για τον οποίο δεν ήθελε να αφήσει τη Βιέννη.⁵

Τα χειρότερα δεν είχαν έρθει όμως ακόμη. Το φθινόπωρο της ίδιας χρονιάς ο Rott, αναγκάστηκε για βιοποριστικούς λόγους να δεχτεί τη θέση διευθυντή της χορωδίας Concordia στην Αλσατία. Ενώ ταξίδευε με το τρένο, απείλησε με το πιστόλι του έναν συνεπιβάτη του που του ζήτησε φωτιά λέγοντας πως ο Brahms είχε γεμίσει το βαγόνι με δυναμίτη. Ο νεαρός συνθέτης μεταφέρθηκε στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου της Βιέννης με τη διάγνωση «παράνοια, μανία καταδίωξης με ψευδαισθήσεις».¹⁰ Τον Φεβρουάριο του 1881, σε ηλικία 23 ετών, μεταφέρθηκε στο Επαρχιακό Φρενοκομείο της Κάτω Αυστρίας. Εκεί, συνέχισε να συνθέτει, όμως κατέστρεψε τελικά ό, τι έγραψε υπό αυτές τις συνθήκες, θεωρώντας το άνευ αξίας, όπως το σεξτέτο για έγχορδα. Σώζονται όμως μερικές από τις σημειώσεις του, τις οποίες συνέλεξαν και διατήρησαν προσεκτικά οι φίλοι του, ο φιλόλογος Joseph Seemüller και ο αρχαιολόγος Friedrich Löhr,¹¹ όπου αναφέρει τον φόβο του μήπως «χάσει το μυαλό του» από την αυξανόμενη μοναξιά, τον πόνο της έλλειψης οικογένειας και την έλλειψη αγάπης, εφόσον για χάρη της συνέ-

*Στο συμβάν αυτό αναφέρεται και η Alma Mahler: Ο Mahler κέρδισε το πρώτο βραβείο σύνθεσης. Ο συμμαθητής και φίλος του Hans Rott, ένας εξαιρετικά προικισμένος μουσικός, απέτυχε. Ο Mahler επέστρεψε στο σπίτι και τους πληροφόρησε με υπερηφάνεια για το βραβείο του. Η μητέρα του συγκινημένη είπε «Όλα καλά αλλά η εργασία του Rott ήταν καλύτερη από τη δική σου».⁷

**Γράφει ο Mahler: *Μια μουσική ιδιοφυΐα που πέθανε χωρίς αναγνώριση στο κατώφλι της σταδιοδρομίας του. Το τι έχασε η μουσική δεν μπορεί να εκτιμηθεί. Η Πρώτη Συμφωνία του που την έγραψε νεότατος, σε ηλικία μόλις 20 ετών τον τοποθετεί τόσο ψηλά ώστε να τοποθετείται, χωρίς υπερβολή, στους ιδρυτές της Νέας Συμφωνίας, σύμφωνα με τη θεώρησή μου. Είναι αλήθεια ότι δεν έχει πραγματοποιήσει εδώ όλους τους στόχους του. Μοιάζει με κάποιον που παίρνει φόρα για τη μακρότερη δυνατή ρίψη αλλά δεν φθάνει ακριβώς στο επιθυμητό σημείο. Αλλά γνωρίζω πού κατευθυνόταν. Ο εσωτερικός του κόσμος είναι τόσο κοντά στον δικό μου, ώστε να αποτελούμε δύο καρπούς από το ίδιο δέντρο που τα έθρεψε το ίδιο χώμα και ο ίδιος αέρας. Θα μπορούσε να σημαίνει απείρως πολλά για μένα και ίσως οι δύο μας να είχαμε εξαντλήσει το περιεχόμενο των νέων καιρών που ανέτειλαν για τη μουσική».^{8,9}*

θετε. Τον Ιούνιο του 1884, πριν να συμπληρώσει τα 26 του χρόνια, ο H. Rott πέθανε από φυματίωση. Οι βιογράφοι του H. Rott επισημαίνουν κριτικά για τον διευθυντή του ιδρύματος, τον καθηγητή Theodore Meynert,^{11,12*} ότι από τα αρχεία διαπιστώθηκε υψηλός αριθμός θανάτων από «φυσικά αίτια» σε νέους νοσηλευόμενους χωρίς σαφή σωματικά προβλήματα, ενδεικτικός ενός μέτριου επιπέδου υγιεινής, όσο και τη δύσκολη συνεργασία του με το προσωπικό του ιδρύματος.⁵

Την κηδεία του παρακολούθησε όχι μόνο ο αγαπημένος του δάσκαλος Bruckner αλλά και κατά τραγική ειρωνεία ο Brahms στο κοιμητήριο Zentral-Friedhof στη Βιέννη.¹³

Η αλήθεια είναι ότι ο Rott, αν και άφησε πίσω του ελάχιστα έργα και μόλις μια ολοκληρωμένη συμφωνία, πρόλαβε να σηματοδοτήσει την έναρξη ενός νέου μουσικού ιδιώματος, του οποίου φυσικά κορωνίδα αποτελούν οι συμφωνίες του Mahler.¹⁴ Παρά το γεγονός ότι ο τελευταίος γνώριζε πολύ καλά το έργο του Rott, (το οποίο και τον επηρέασε βαθύτατα),¹⁵ το ευρύ κοινό είχε λησμονήσει το όνομα αυτό μέχρι πρόσφατα. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι η πρώτη παρουσίαση της συμφωνίας του έγινε το 1989 στο Cincinnati, από τη Cincinnati Philharmonia Orchestra με διευθυντή τον Gerhard Samuel (ο οποίος πραγματοποίησε και την πρώτη ηχογράφηση) περισσότερο από έναν αιώνα αφότου γράφτηκε. Το Πανεπιστημιακό Ωδείο του Cincinnati διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην ανάδυση του έργου από

τα ράφια της Εθνικής Βιβλιοθήκης της Αυστρίας.¹⁶ Η υποδοχή του έργου ήταν πολύ θερμή και έκτοτε πολλές συναυλίες περιλαμβάνουν την Πρώτη Συμφωνία (που επονομάζεται και η Μόνη Συμφωνία). Μια απλή ακρόασή του αρκεί για να πείσει και τον πλέον δύσπιστο ότι ο συνθέτης του υπήρξε πράγματι μια μουσική ιδιοφυΐα, ενώ ένας προσεκτικός ακροατής θα μπορούσε να εντοπίσει πόσα θέματα έχει «δανειστεί» ο Mahler από τον Rott^{14,17} αλλά και να ενεργοποιήσει τη φαντασία για την πορεία του συνθέτη αν δεν είχε αντιμετωπίσει το τραγικό αυτό πεπρωμένο. Οι σύγχρονες πολλαπλές ηχογραφήσεις του σωζόμενου έργου του ενισχύουν την αναγνώριση που άργησε τόσο πολύ.^{18,19}

Η γενοκτονία των Αρμενίων και η ψυχική υγεία του Komitas Vardaret (1869–1935)

Άλλη μια άγνωστη και τραγική ιστορία μουσικού που παρουσίασε ψυχική νόσο, είναι αυτή του Αρμένιου συνθέτη, μουσικολόγου και ιερέα Κομιτάς Βαρνταπέτ, (στα αρμένικα Միսիսիս), με αληθινό όνομα Soghomon Gevorki Soghomonyan. Γεννημένος στην Κιουτάχεια της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας στις 8/10/1869 από καλλίφωνους γονείς που ασχολούνταν με τη μουσική, έμεινε ορφανός από μητέρα όταν συμπλήρωσε τον πρώτο χρόνο ζωής και από πατέρα δέκα χρόνια αργότερα. Το έμφυτο ταλέντο του για το τραγούδι του εξασφάλισε μια θέση στη Σχολή του Πατριαρχείου της Αρμενίας στην πόλη Ετσμιατζίν. Το 1893 αποφοίτησε και έγινε μοναχός, παίρνοντας το όνομα Κομιτάς.* Δύο χρόνια αργότερα χειροτονήθηκε ιερέας (Βαρνταπέτ). Το μεγάλο μουσικό του ταλέντο δεν μπορούσε να περιοριστεί στα μικρά όρια του Ετσμιατζίν και έτσι, με τη σύμφωνη γνώμη του Καθολικού πατριάρχη Gevork IV, έφυγε το 1896 με υποτροφία για το Βερολίνο, για να ολοκληρώσει τις μουσικές του σπουδές.²⁰

Στη Γερμανία τελειοποίησε την τεχνική του κι ήρθε σε επαφή με τη δυτική μουσική, μελετώντας σύνθεση και θεωρία στο Ωδείο του καθηγητή Richard Schmidt και μουσικολογία στο Πανεπιστήμιο Friedrich Wilhelm.

*Ο καθηγητής στο πανεπιστήμιο της Βιέννης Theodore Maynert (1833–1892) θεωρείται από τους θεμελιωτές της έρευνας του κεντρικού νευρικού συστήματος. Ανάμεσα στους μαθητές ή συνεργάτες του συγκαταλέγεται πλειάδα μεγάλων ερευνητών όπως οι P. Flechig, C. Wernicke, A. Forel. Ο S. Freud υπήρξε επίσης μαθητής του και εργάστηκε στο ιστοπαθολογικό εργαστήριό του. Επιστρέφοντας ο Φρόντ από τη Γαλλία και την κλινική του J.M. Charcot, οι απόψεις του για τη χρήση της ύπνωσης και η πορεία του προς τη διαμόρφωση της ψυχαναλυτικής θεωρίας και πρακτικής τον έφεραν σε ευθεία σύγκρουση με τον Meynert θιασώτη της οργανικής αιτιολογίας των ψυχικών παθήσεων. Η έννοια της *amentia*,¹¹ που επεξεργάστηκε ο Th. Meynert το 1990 για να περιγράψει το οξύ ψευδαισθητικό παραλήρημα που ερμήνευε με οργανικά αίτια, χρησιμοποιήθηκε αργότερα από τον Φρόντ και τους επιγόνους του ερμηνεύοντάς την όμως με όρους συμβατούς με την ψυχαναλυτική θεωρία.¹²

*Πιστός στην αρμενική θρησκευτική παράδοση, σύμφωνα με την οποία οι νέοι μοναχοί παίρνουν το όνομα παλιών γνωστών προσωπικοτήτων, έλαβε το όνομα Κομιτάς, ενός Αρμένιου Καθολικού Πατριάρχη και θρησκευτικού ποιητή του 7ου αιώνα.

Επέστρεψε το 1899 στο Ετσμιατζίν και διοργάνωσε πολλές συναυλίες με παραδοσιακά αρμενικά τραγούδια, τα οποία είχε αρχίσει να συλλέγει από τα μαθητικά του χρόνια, και συνέχισε να τα καταγράφει εκδίδοντας μια συλλογή από περίπου 4000 τραγούδια. Πολλά από αυτά μεταφέρθηκαν στο Αρμενικό Πατριαρχείο της Κωνσταντινούπολης λόγω των προσωπικών περιπετειών του (τη νόσο και τον εγκλεισμό του) και χάθηκαν ή πωλήθηκαν. Ο μουσικολόγος Robert Atayan κατάφερε να συγκεντρώσει στα Αρχεία του Erevan μόλις 1200 από αυτά, που είχαν επισύρει τον διεθνή θαυμασμό.^{20*} Το πιο γνωστό του έργο είναι το Badarak (Θεία Λειτουργία), την οποία είχε αρχίσει να συνθέτει από το 1892 και που θεωρείται μέχρι σήμερα η σπουδαιότερη στην Αρμενική Εκκλησία.²¹ Από το 1910 ζούσε και εργαζόταν στην Κωνσταντινούπολη μέχρι την 24η Απριλίου 1915 που ξεσπά το δράμα της γενοκτονίας των Αρμενίων. Περίπου 1.500.000 άνθρωποι σφάζονται, εξορίζονται και βασανίζονται. Ο Κομιτάς είναι ένας από τους πολλούς διανοούμενους που συλλαμβάνονται από την τουρκική μυστική αστυνομία. Υφίσταται εκτόπιση στο Changr της Βόρειας Ανατολίας μαζί με άλλους ποιητές, ζωγράφους κι επιστήμονες. Μετά από παρέμβαση Τούρκων φίλων και θαυμαστών του, αλλά και του ίδιου του Αμερικανού πρεσβευτή, Henry Morgentau, απελευθερώνεται και επιστρέφει στην Κωνσταντινούπολη.²²

Τίποτα όμως δεν ήταν πια όπως πριν, ούτε για τους συμπατριώτες του, ούτε για τον ίδιο και η υγεία του είχε κλονιστεί ανεπανόρθωτα. Αρχικά εισάγεται στο ψυχιατρικό τμήμα του νοσοκομείου La Paix (Lape Hastanesi),** στο Σισλί (Σιζίλι) της Κωνσταντινούπολης και αργότερα σε ψυχιατρική κλινική στο Παρίσι – αρχικά, το 1919, σε μονάδα του ψυχιατρικού νοσοκομείου Ville Envar κι έπειτα του Villejuif, όπου και πέθανε το 1935. Τον επόμενο χρόνο η τέφρα του μεταφέρθηκε στο Ερεβάν και το 1950 ακολούθησαν τα χειρόγραφα του. Η διάσωση της μουσικής πολιτιστικής κληρονομιάς των Αρμενίων πιστώνεται στον μεγάλο αυτό εθνομουσικολόγο, χωρίς τη συνεχή φροντίδα του οποίου θα είχε οριστικά χαθεί το μεγαλύτερο μέρος ως επακόλουθο της γενοκτονίας. Το όνομά του

φέρει το Κρατικό Ωδείο του Ερεβάν, στην πρόσοψη του οποίου βρίσκεται ο ανδριάντας του.²³

Εβδομήντα πέντε χρόνια μετά τον θάνατό του, τόσο η ψυχική του νόσος όσο και η αιτία του θανάτου του παραμένουν σκοτεινά. Ετέθη η διάγνωση της σχιζοφρένειας, αλλά στις μέρες μας, ορισμένοι μελετητές και βιογράφοι του, κυρίως οι αρμενικές ιστορικές πηγές, τείνουν προς μια αναιρέση της αρχικής αυτής διάγνωσης. Η ψυχίατρος Louise Fauve – Hovhannissian στη διδακτορική της διατριβή (1991) σχετικά με τη νόσο του Κομιτάς ισχυρίζεται πως ο συνθέτης δεν έπασχε από σχιζοφρένεια ούτε από συμπτώματα τριτογενούς σύφιλης αλλά από μετατραυματική διαταραχή.²⁴ Μαρτυρίες φίλων του αναφέρουν όμως ότι στον τόπο εξορίας σε μια επιμνημόσυνη δέηση ξέσπασε σε ηχηρά γέλια, συμπεριφορά που τρόμαξε τους παρευρισκόμενους και αργότερα θεωρήθηκε ως το σημείο μηδέν της τραγικής πορείας προς τη νόσο. Αμέσως μετά την επιστροφή του από το Changr, παρουσίασε κατάθλιψη και ύστερα από ένα διάστημα μικρής βελτίωσης υποτροπίασε το φθινόπωρο του 1916. Μεταφέρθηκε σε ένα νοσοκομείο της Κωνσταντινούπολης και τρία χρόνια αργότερα στο Παρίσι. Στο ταξίδι αυτό (για να εισαχθεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο με τη διάγνωση της «αυξημένης νευρικής ερεθισιμότητας»), συνοδευόταν από τον φοιτητή Gevorg Kamlayayan επιφορτισμένο με τη φροντίδα του, ενώ τον είχαν πείσει ότι σκοπός του ταξιδιού ήταν μια ανακοίνωση στο συνέδριο της International Music Association. Ο φίλος του στο Παρίσι Arshak Choranian που τον συνόδευσε στην πόλη και επιστάτησε στην εισαγωγή του στο νοσοκομείο, διηγήθηκε ότι ο συνθέτης δεν αντέδρασε και ότι μέχρι το τέλος της ζωής του έδειχνε την ίδια αδιαφορία για τη μοίρα του.²⁵

*Λέγεται πως σε μία από τις πολλές συναυλίες που διοργάνωσε ο Κομιτάς, ο Claude Debussy του είπε «Γονατίζω μπροστά σας, πάτερ».²⁰

**Το νοσοκομείο La Paix ιδρύθηκε το 1858, στο τέλος του Κριμαϊκού Πολέμου από τον σουλτάνο Abdülmecid I και παραχωρήθηκε στο νοσοκομειακό τάγμα μοναχών του St. Vincent de Paul, που το λειτουργούν ως σήμερα. Αρχικά ήταν στρατιωτικό νοσοκομείο για Γάλλους και Οθωμανούς στρατιώτες και στη συνέχεια δέχτηκε ασθενείς, ανάπηρους, θύματα επιδημιών και ορφανά. Την τελευταία εικοσαετία του 19ου αιώνα ανέπτυξε ψυχιατρικό τμήμα, στο οποίο, τη δεκαετία του 1910, εργαζόταν και ο ψυχίατρος Κωνσταντίνος Κώνος (C. Conos). Εξακολουθεί να λειτουργεί σήμερα, ως ψυχιατρικό και γηριατρικό νοσοκομείο.

Έχει γραφεί ότι υπήρξαν προηγούμενες νοσηλείες του σε νοσοκομεία της Τουρκίας και της Ρωσίας ήδη από το 1898 (σε ηλικία 19 ετών), αλλά η πληροφορία είναι πιθανότατα ανακριβής διότι τότε σπούδαζε στο Βερολίνο και η παραμονή του εκεί τεκμηριώνεται και από την αλληλογραφία του, που έχει διασωθεί. Σχετικά με τη συμπεριφορά του μέσα στο ίδρυμα, στο οποίο έγινε δεκτός σε ηλικία 47 ετών, η τάση απομόνωσης και η επίμονη σιωπή του δεν θεωρήθηκαν από τον ψυχίατρό του ως σύμπτωμα ψυχικής νόσου. Η Dr Fauve-Hovhannisian αναρωτιέται για τον λόγο της απαγόρευσης επισκέψεων χωρίς την άδεια μιας αρμενικής Επιτροπής Αρωγής και υποστηρίζει, με σημερινά κριτήρια, ότι η ενδεδειγμένη θεραπεία θα ήταν η επιστροφή του σε ένα οικείο για αυτόν περιβάλλον και όχι η παραμονή του σε ένα ψυχιατρείο σε μια ξένη χώρα, μακριά από τους φίλους του και με το εμπόδιο της μέτριας γνώσης της γαλλικής γλώσσας ανάμεσα σε αυτόν και τον θεράποντα γιατρό του, Maurice Ducostet.²⁴

Το 1999 εκδόθηκε το βιβλίο «Κομίτας, ένας θαυμάσιος άνθρωπος» (Komitas, a Miracle Man), όπου ο συγγραφέας του Khachik Safarian συγκεντρώνει απόψεις συγχρόνων του που τον συνάντησαν κατά τη διάρκεια της νόσου του. Ένας από τους μαθητές του, ο Vardan Agkul καταθέτει ότι μετά από την επιστροφή του από την εξορία ο δάσκαλός τους φαινόταν νευρικός, ξεκίνησε μια απεργία πείνας πίνοντας μόνο τσάι, διακήρυξε σε μια συγκέντρωσή τους ότι είναι ο Ιησούς. Ο γιος του φίλου του Komitas, Buzand Kechian, διηγείται ότι όταν τον κάλεσε κοντά στον άρρωστο πατέρα του, ο συνθέτης έλεγε ότι τον παρακολουθούσαν Τούρκοι χαφιέδες και αστυνομικοί και διήνυσαν μια απόσταση δέκα λεπτών σε διάστημα αρκετών ωρών, διότι ακολουθούσαν πολλά και ελικοειδή μονοπάτια για να ξεφύγει από τους διώκτες τους. Ο φίλος του στην Κωνσταντινούπολη Levon Mesrop, που φιλοξένησε τον Komitas αμέσως μετά την επιστροφή του από την εξορία με υπόδειξη του Dr Torgomian για «να αποσπάσει το μυαλό του από τις λύπες» διηγείται ότι κρυβόταν κάτω από το τραπέζι από όπου αναπηδούσε με άγριες κραυγές, έσβηνε τα κεριά στο δωμάτιό του προτιμώντας το σκοτάδι και τρομάζοντας το υπηρετικό προσωπικό. Με σύμφωνη γνώμη των ιατρών Torgomian και Conos (Κώνος) μεταφέρθηκε στο ψυχιατρείο. Εκεί τον επισκέφθηκε ο Vaghinak, γιος του φίλου του Smbat, που υπήρξε θύμα της γενοκτονίας, αλλά ο συνθέτης δεν φάνηκε να τον αναγνωρίζει. Αφού απείλησε

ότι δεν θα άφηνε τους δολοφόνους να σκοτώσουν τον φίλο του, έδωσε τον γιο κραυγάζοντας ότι δεν τον ξέρει. Μια άλλη επίσκεψη τον 1921 από τον καλλιτέχνη Rapos Terlemezian προσθέτει τις ίδιες εντυπώσεις, αφού ο Komitas έδειχνε αδιάφορος για την πατρίδα του ή την τέχνη του και σε επόμενη επίσκεψη του αρνήθηκε να εκστομίσει έστω και μία λέξη.^{24,26}

Συζήτηση

Στην καλλιτεχνική έκφραση, η συσχέτιση της δημιουργικής διαδικασίας με έντονες συγκινησιακές καταστάσεις, με την κατάθλιψη, αλλά και σαφείς ψυχικές διαταραχές έχει συζητηθεί ευρύτατα και έχει θέσει ερωτήματα που δεν έχουν απαντηθεί πλήρως, τόσο από την Ψυχιατρική, όσο και την Ψυχανάλυση.²⁷⁻²⁹ Η συζήτηση γίνεται πολυπλοκότερη αν επεκταθούμε στη σχέση της καλλιτεχνικής δημιουργίας με τις χαρακτηρισολογικές ιδιαιτερότητες (είναι γνωστές οι εκκεντρικότητες πολλών καλλιτεχνών) ή και τις σαφείς διαταραχές προσωπικότητας.^{27,29}

Οι ψυχολογικές ιδιαιτερότητες αλλά και κάποια νοσηρά φαινόμενα μπορούν για καιρό να συνυπάρχουν με την καλλιτεχνική ή πνευματική δημιουργία, ενώ και μετά την εκδήλωση μιας σοβαρής ψυχικής νόσου μπορεί να εξακολουθήσει η δημιουργική δραστηριότητα παράλληλα με τα νοσηρά φαινόμενα, για όσο καιρό τα συμπτώματα αλλά και οι συνθήκες της ζωής δεν λειτουργούν ισοπεδωτικά για τον καλλιτέχνη.³⁰⁻³²

Ο προβληματισμός αυτός έχει τεκμηριωθεί ευρύτερα σε ό,τι αφορά στους συγγραφείς και στους εικαστικούς και πολύ λιγότερο τους μουσικοσυνθέτες. Ο λόγος είναι ότι, ειδικά στους συγγραφείς και τους εικαστικούς, το προϊόν της δημιουργίας τους εμπεριέχει περισσότερο αναγνωρίσιμα στοιχεία για την ψυχολογική τους κατάσταση. Στους μουσικούς, δεν είναι δυνατόν, εκτός ακραίων περιπτώσεων, να αντλήσουμε τέτοια στοιχεία από το μουσικό τους έργο και βασιζόμαστε σε βιογραφικό, αυτοβιογραφικό ή επιστολικό υλικό. Ένα κοινό στοιχείο στη ζωή των μουσικών συνθετών, με πιθανές ψυχολογικές συνέπειες, είναι ότι οι εκδηλώσεις του μουσικού τους ταλέντου εμφανίζονται σε πολύ μικρή ηλικία, ενώ είναι μάλλον ασυνήθιστη η όψιμη εμφάνιση. Εάν η «μουσική ευφυΐα» εμπεδώνεται νωρίτερα από ό,τι στις άλλες τέχνες και ένας μελλοντικός συνθέτης έχει δείξει την επιλογή και την ικανότητά του σε

αυτή τη μορφή καλλιτεχνικής έκφρασης όταν δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμα η ανάπτυξη της προσωπικότητάς του, η πρώιμη αφοσίωση και η επένδυση άφθονου χρόνου, από την παιδική ηλικία, στην απόκτηση μουσικών δεξιοτήτων τον απομακρύνει από τις συνηθισμένες δραστηριότητες των συνομηλίκων του και συνεπώς έξω από τις συνήθεις διαδικασίες ωρίμανσης μέσω συμμετοχής στη κοινωνική ομάδα.¹

Οι περιπτώσεις διάσημων συνθετών κλασικής μουσικής που παρουσίασαν μείζονα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα είναι σχετικά ολιγάριθμες, καθώς οι βιογραφικές πληροφορίες δεν τεκμηριώνουν με ασφάλεια μια διάγνωση. Παρά τις έρευνες και τις ανταλλαγές απόψεων των ειδικών (ψυχιάτρων, μουσικολόγων, μουσικών κριτικών) συχνά παραμένουν ασαφείς οι ακριβείς διαγνώσεις και πολλές αντικρουόμενες πληροφορίες συσκοτίζουν την εικόνα. Η διανοητική έκπτωση του Maurice Ravel,³³ τα νευρολογικά συμπτώματα μιας σειράς συνθετών, η κατάθλιψη και οι ακουστικές παραισθήσεις στη νότα «λα» του Robert Schumann που εναλλάσσονταν με περιόδους πυρετώδους ρυθμού εργασίας,³⁴ η νέα προτεινόμενη θεώρηση της έντονης βωμολοχίας και των λεκτικών και κινητικών εκρήξεων του Wolfgang Amadeus Mozart ως μέρος συνδρόμου Gilles de la Tourette,³⁵ τα παρατεταμένα διαστήματα κατάθλιψης του Sergei Rachmaninoff³⁶ και του Alexander Scriabin,³⁷ οι απόπειρες αυτοκτονίας του Schumann,³⁸ του Berlioz^{36,39} και άλλων συνθετών, οι ακουστικές παραισθήσεις του Smetana⁴⁰ σηματοδοτούν την παρουσία έντονων ενδοψυχικών συγκρούσεων, αν όχι σαφών διαταραχών, σε αυτές τις λαμπρές διάνοιες.

Μπορούμε να σκεφτούμε ότι, στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, η επιρρέπεια της Ρομαντικής Σχολής σε ακραίες συναισθηματικές συγκινήσεις έβαζε σε δοκιμασία τις εύθραυστες και ευαίσθητες ιδιοσυγκρασίες των συνθετών. Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι η ύπαρξη συναισθηματικής ή και διπολικής διαταραχής μπορεί άλλοτε να αποτελεί εμπόδιο και άλλοτε να διοχετεύεται στη δημιουργικότητα, γενώντας και τον προβληματισμό αν η κατάθλιψη μετουσιώνεται σε νότες.⁴¹ Η σύγχρονη νευροεπιστήμη αναζητεί τον τρόπο σύνδεσης της ψυχικής νόσου με τον προικισμένο με μουσική ευφυΐα εγκέφαλο και με τη βοήθεια των νέων δεδομένων (γονιδίωμα, χαρτογράφηση του εγκεφάλου) και εμφανίζονται συνεχώς

ανακοινώσεις σχετικές με το θέμα, ενδεικτικές του ενδιαφέροντος που υπάρχει.⁴²

Οι βιογραφίες των δύο συνθετών που παρουσιάζουμε εμφανίζουν ομοιότητες και διαφορές. Έμειναν και οι δύο ορφανοί από πολύ μικρή ηλικία και μεγάλωσαν σε δύσκολες συνθήκες, ο δεύτερος μάλιστα σε εκκλησιαστικά ιδρύματα. Η πρώιμη απουσία μητρικής φροντίδας, τα ελλείμματα στη γονεϊκή φροντίδα αποτελούν παράγοντα ψυχικής ευαλωτότητας, και μπορούν, να συντελέσουν στην εμφάνιση ψυχικής νόσου σε συνέργεια με βιολογικούς παράγοντες ευαλωτότητας. Πολύ περισσότερο αν στη συνέχεια συνδυαστούν με ισχυρές περιβαλλοντικές πιέσεις, όπως τις ψυχολογικές ματαιώσεις και την οικονομική ανέχεια.^{27,28}

Μια ενδεχόμενη κληρονομική επιβάρυνση από ευαίσθητους καλλιτέχνες γονείς και στους δύο αυτούς συνθέτες, εδώ δεν μπορεί να τεκμηριωθεί.

Η ευαίσθητη φύση του νεαρού Rott αφού πρώτα χρειάστηκε ν' αντιπαλέψει τις δύσκολες οικονομικές καταστάσεις μετά την απώλεια και του πατέρα του, συνεχίζοντας συγχρόνως την απαιτητική μουσική του εκπαίδευση, δεν άντεξε αφενός τη σκληρή και άδικη κριτική στο έργο του και αφετέρου την αναγκαστική μετακίνηση από τη γενέθλια πόλη του, όπου κατοικούσε και η μοναδική γυναίκα που αγάπησε. Η απομάκρυνση από το οικείο περιβάλλον αποτελεί επίσης σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα για έναν ευαίσθητο ψυχισμό.^{43,44}

Ο Rott στη Βιέννη γνώρισε την απόρριψη και την αποδοκιμασία, ενώ βρισκόταν στα πρώτα βήματα μιας σταδιοδρομίας που προμηνυόταν λαμπρή. Ιδιαίτερα επώδυνη πρέπει να υπήρξε η γνωριμία του με τον Brahms, ο οποίος απέρριψε συνολικά το έργο του και τον συμβούλευσε να εγκαταλείψει τη σύνθεση. Αργότερα, το παραλήρημά του είχε αυτόν ως διώκτη, δηλαδή το τελευταίο πρόσωπο που αποθάρρυνε βάνουσα τις ελπίδες του.^{42,45} Θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε την αρχική κλινική του εικόνα ως ένα οξύ ψυχωσικό επεισόδιο, που θα μπορούσε να έχει καλύτερη πρόγνωση αν είχε τη δυνατότητα μιας πιο ολοκληρωμένης φροντίδας και όχι αποκλειστικά ότι μπορούσε να προσφέρει η ιδρυματική πραγματικότητα των ψυχιατρικών νοσοκομείων της εποχής, που μάλλον συνετέλεσαν στη βαθύτερη αποδιοργάνωσή του, παράλληλα με τη βίαιη αποκοπή από τον κόσμο του. Αν η μουσική δημιουργία ήταν το κέντρο

της ζωής και των δύο αυτών συνθετών, καλύπτοντας πιθανά χάσματα στη συγκρότηση της προσωπικότητάς τους, οι ιδρυματικές συνθήκες διαβίωσης και η νόσος δεν μπορούσαν να επιτρέψουν μια (απαιτητική) δημιουργική απασχόληση. Για τον H. Rott γνωρίζουμε ότι κατέστρεφε ό,τι συνέθεσε στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, ως τον σύντομο θάνατό του.

Σχετικά με τον Komitas Vardapet, η πρώιμη απώλεια της μητέρας αλλά και του πατέρα σε τρυφερή ηλικία, οδήγησαν στην υποδοχή του από (εκκλησιαστικό) ίδρυμα, όπου συνδυάζονται οι πιεστικές ιδρυματικές συνθήκες με την προστασία και την εκπαίδευση. Υπάρχουν αντικρουόμενες πληροφορίες για μια πιθανή νοσηλεία του, με εικόνα σχιζοφρένειας, σε ηλικία 19 ετών, που θα αιτιολογούσε την επανεμφάνιση της νόσου μετά από τον σοβαρό κλονισμό που προκάλεσε, μετέπειτα, η φρίκη που έζησε ο συνθέτης στα κάτεργα όπου μεταφέρθηκε, φρίκη ατομική αλλά και για τη μοίρα του λαού του, που με τόση ευαισθησία κατέγραφε τα τραγούδια του. Η κλινική πορεία του, μετά την επάνοδο του στην Κωσταντινούπολη, είναι συμβατή με τη σταδιακή εγκατάσταση μιας εικόνας σχιζοφρένειας, η οποία στη συνέχεια επιδεινώθηκε από την ιδρυματική πραγματικότητα των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Αν αγνοήσουμε την αμφίβολη νοσηλεία σε ηλικία 19 ετών, η όψιμη εμφάνιση σχιζοφρένειας σε ηλικία 46 ετών είναι μεν σπάνια αλλά έχει επαρκώς καταγραφεί. Όσοι αμφισβητούν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας και τάσσονται υπέρ της μετατραυματικής κατάρρευσης του ευαίσθητου ψυχισμού του, στηρίζονται στη σπανιότητα της όψιμης εμφάνισης της σχιζοφρένειας⁴⁶ και στην ιδιαίτερη

φρίκη της γενοκτονίας, τον προσωπικό Γολγοθά που έζησε, χωρίς όμως να αιτιολογούν τη διάρκεια και το βάθος της κατάρρευσής του. Η ιδρυματική πραγματικότητα του γαλλικού νοσοκομείου, μακριά από ό,τι υπήρξε οικείο (το οποίο είχε άλλωστε καταστραφεί), συνετέλεσε επίσης στην πλήρη απόσυρση, τον «αυτισμό» και τη σιωπή του. Λίγες είναι άλλωστε οι περιπτώσεις καλλιτεχνών που η δημιουργικότητά τους επέζησε μιας μακράς ψυχιατρικής νοσηλείας. Στην Ελλάδα έχουμε τον Γ. Χαλεπά που για δεκατέσσερα ολόκληρα χρόνια στο Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και άλλα τόσα στην Τήνο έφτιαχνε πλήρινα προπλάσματα που συνήθως κατέστρεφε ή του τα κατέστρεφαν. Μόνο τα τελευταία του χρόνια εδραίωσε πάλι τη γλυπτική του παραγωγή, αυτή όμως η επιμονή του να πλάθει μορφές στον πηλό και όχι να αδρανεύει επέτρεψε τη σωτηρία των δημιουργικών του δυνάμεων και επέτρεψε την «αναγέννησή» του σε γεροντική ηλικία.^{47,48}

Η μεταθανάτια θριαμβευτική αναγνώριση του έργου τους αποτελεί αφενός έναν οφειλόμενο φόρο τιμής για δύο ταλαντούχους συνθέτες με τόσο σκληρή μοίρα και αφετέρου καλεί την Ψυχιατρική να μελετήσει την ιστορία της. Την καταλληλότητα ισοπεδωτικών θεραπευτικών πρακτικών, όπως η άνευ όρων και συγκεκριμένου θεραπευτικού στόχου εισαγωγή στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και σε ό,τι αφορά στο παρόν, την εξασφάλιση στη θεωρία και στη πράξη μιας ουσιαστικής και συνολικής εκτίμησης των δυνατοτήτων και των θεραπευτικών αναγκών για κάθε ασθενή.^{49,50}

Mental disease in two classical music composers

L. Rempelakos,¹ E. Poulakou-Rebelakou,¹ D. Ploumpidis²

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

²1st Department of Psychiatry, Eginition Hospital Medical School, University of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2012, 23:344–353

A study on two neglected classical music composers suffering a not syphilitic mental disease, is attempted here, syphilis of the central nervous system being frequent in that time. A brief overview on the psychiatric ailments of many great composers reveals suicide attempts and more or less severe depression following external events. The issue of a possible relationship between mental disease and (musical) creativity can be discussed, as mood swings and a certain tendency to melancholia are frequent features of a talented brain (a fact that can also be detected in their works).

The first case presented here is Hans Rott from Austria, the beloved student of Anton Bruckner, who was considered to be at least equal to his famous classmate Gustav Mahler. The great expectations of his teacher and his friends suddenly came to an end, when he suffered a crisis of schizophrenia and was hospitalized in an insane asylum in Lower Austria. The tragic psychiatric adventure of the young musician lasted almost four years. He was diagnosed as a case of “hallucinatory insanity and “persecution mania” by the medical staff, before dying of tuberculosis, aged only 26, and having completed only one symphony and several smaller works. His name came again on surface only a century after his death, when in 1989 his Symphony in E major was discovered and premiered with great success, permitting to its creator a posthumous recognition, among Bruckner and Mahler. The second case of mental illness is that of the Armenian Komitas Vardapet. He was an orphan who grew up in theological schools and became a monk and later a priest, though he spent some years in Berlin in order to develop his musical skills. He is considered to be an authority of Armenian ecclesiastic music, introducing polyphony in the Armenian Church’s music and collecting numerous traditional songs from all parts of Armenia. In 1915, during the Armenian genocide he was deported, tortured but finally saved, due to interventions of influential friends and politicians. His mental health was destabilized and he spent almost 20 years in psychiatric hospitals in France. He never recovered from a mental disease, whose cause is still debated, as some researchers do not admit its schizophrenic character and consider it as a severe post traumatic syndrome. The issue of a mental disease in relation to artistic creation is discussed, especially concerning biographies and mental diseases of these two gifted but strangely forgotten music composers.

Key words: Schizophrenia, great composers, H. Rott, K. Vardapet, affective disorders, artistic creativeness, emotional disturbances.

Βιβλιογραφία

1. Sherwin AC. Musical creativeness and emotional disturbance. *Bull NY Acad Med* 1960, 36:55–68
2. Bözner H, Hennerici MG. Syphilis in german-speaking composers –“examination results are confidential”. *Front Neurol Neurosci* 2010, 27:61–83
3. Franzen C. Syphilis in composers and musicians-Mozart, Beethoven, Paganini, Schubert, Schumann, Smetana. *Eur J Microbiol Int Dis* 2008, 27:1151–1157
4. Banks P. Hans Rott, 1858–1884. *Music Time* 1984, 125:493–495
5. Tess J. Hans Rott (1858–1884). *The missing link between Bruckner and Mahler*. The Online Journal of the Society for Music Theory, 1999
6. Mitchell D. Gustav Mahler. *The Early Years*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles, 1980
7. Mahler A. Erinnerungen und Briefe. Bermann-Fischer Verlag, Vienna 1949. (Transl. *Gustav Mahler: Memories and Letters*). University of Washington Press, Seattle, 1971
8. Bauer-Lechner N. *Re-collections of Gustav Mahler*. Cambridge University Press, Cambridge, 1980
9. Leibnitz T. “Do not laugh, gentlemen...” On the first performance of the “Pastorale Prelude for Orchestra” by Hans Rott. RSO-Wien (cited 18.2.2000) Available from www.musikverein.at/service/d/monatszeitung/show
10. Internationale Hans Rott Gesellschaft Wien. (Cited 25.7.2007) Available from www.hans-rott.org
11. Theodore Meynert: http://en.wikipedia.org/wiki/Theodor_Meynert
12. Amentia: <http://www.answers.com/topic/amentia>
13. Hans Rott (cited 13.4.2011). Available from http://en.wikipedia.org/wiki/Hans_Rott
14. McClatchie S. Hans Rott, Gustav Mahler and the “New Symphony”: New Evidence for a Pressing Question. *Music Letter* 2000, 8:392–401
15. Floros C. *Ein Vorläufer Gustav Mahlers?* - Hans Rott *Österreichische Musikzeitschrift* 1998, VI:8–16
16. Hutton ME. *Hans Rott returns to Cincinnati*. *Music in Cincinnati* (cited 19.2.2011). Available from www.musicincincinnati.com
17. Banks P. *An Early Symphonic Prelude by Mahler?* 19th-Century Music 1979 Nov, 3(2):141–149
18. Jacobson S. *Hans Rott, Symphony in E. Major*. In: CD 563 of BIS Company (Norrköping Symphony Orchestra, Leif Segerstam, 1992)
19. Markowsky J. Hans Rott. In: *CD of Arte Nova Company* (München Rundfunkorchester, Sebastian Weigle, 2004)
20. Soulahian Kuyumjian R. *Arceology of Madness: Komitas, Portrait of an Armenian Icon*. Gomidas Institute, Princeton, NJ, 2001
21. Poladian S. Komitas Vardapet and his contribution to Ethnomusicology. *Ethnomusicology* 1972, 16:82–97
22. Morgentau H. *Ambassador Morgentau's Story*. New Age, New York, 1975
23. Gulbekian E. *Komitas - Vardapet*. Curzon Press, Richmond, 1998
24. *Komitas' illness: Myths and Reality*. Available from: www.komitas.am/eng/illness.htm
25. *Virtual Museum of Komitas Vardapet*. Available from: (www.komitas.am/eng/index_eng.php)

26. Church M. *Komitas Vardapet, forgotten folk hero*. The Guardian, (cited 21.4.2011) Available from www.guardian.co.uk/music/2011/apr/21/komitas-vardepet-folk-music-armenia
27. Παπαδημητρίου ΓΝ. *Ταλέντο και Τέχνη, Αισθητικά και συναφή ψυχιατρικά μελετήματα*. Β' Έκδοση, Επιμ.: Δ. Ζουμπουλάκη. Επικαιρότητα, Αθήνα, 2006
28. Kyaga S, Lichtenstein P, Boman M, Hultman C, Långström N, Landen M. Creativity and mental disorder: family study of 300.000 people with severe mental disorder. *Br J Psychiatry* 2011, June 8, 2011, doi: 10.1192/bjp.bp.110.085316
29. The causes of schizophrenia: <http://www.schizophrenia.com/hypo.php>
30. Πουλάκου-Ρεμπελάκου Ε, Τσιάμης Κ, Πλουμπίδης Δ. «Ήχοι και απόηχοι του ψυχικού νοσήματος του Μ. Μητσάκη στην πεζογραφία του. Πρώιμες ανιχνεύσεις διαταραχών του στις σελίδες του λογοτεχνικού του έργου». *Σύναψις* 12, 2009, 5:18–28
31. Mac Dougal J. *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Gallimard, Paris, 1978
32. Χαρτοκόλλης Π. *Ιδανικοί αυτόχειρες*. Εστία, Αθήνα, 2003
33. Amaducci I, Grassi E, Boller F. Maurice Ravel and right-hemisphere musical creativity: influence of disease on his last musical works? *Eur J Neurol* 2002, 9:75–82
34. Coleman BC. *Composers' Discord: Musicians and Mental Illness*. Washington Post Health (cited 22.12.1992) Available from: www.fhponline.org/pubs/composers_discord.html
35. Ashoori A, Jankovic J. Mozart's movements and behavior: a case of Tourette's syndrome? *Postgrad Med J* 2008, 84:313–317
36. Jamie J. *Classical Music; Though This Were Madness, Was There Yet Method in 't?* *The New York Times* (cited 7.8.1994) Available from: www.nytimes.com/1994/08/07/arts/classical-music-though
37. Wright DCF. Scriabin and Mental illness. (Cited 2010) Available from: www.wrightmusic.net/pdfs/scriabin-and-mental-illness.pdf
38. Worthen J. *Robert Schumann: Life and death of a musician*. Yale University Press, New Haven, CT, 2007
39. Wolf PL. The effects of diseases, drugs, and chemicals on the creativity and productivity of famous sculptors, classic painters, classic music composers, and authors. *Arch Pathol Lab Med* 2005, 129:1457–1464
40. Newmark J. Neurological problems of famous musicians: the classical genre. *J Child Neurol* 2009, 24:1043–1050
41. Wintersgill P. Music and melancholia. *JRSM* 1994, 87:764–766
42. Bentivoglio M. Musical skills and neural functions. The legacy of the brain of the musicians *Ann NY Acad Sci* 2003, 999:234–243
43. Πατρίκιος Ι. «Η μετανάστευσις ως ψυχοπαθολογικός παράγων» (Ιατρικά Αθήναι, 1939). Στο: Καραβάτος Αθ, Πλουμπίδης Δ, Χριστοδούλου ΓΝ (Σύντ.) *Ανθολόγιο Ελληνικών Ψυχιατρικών Κειμένων*. Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 2006, 478–489
44. Cantor-Graae E, Pedersen CB, McNeil TF, Mortensen PB. "Migration as a risk factor for schizophrenia". *Br J Psychiatry* 2003, 182:117–122
45. Weisberg RW. Genius and Madness? A Quasi-Experimental Test of the Hypothesis that Manic-Depression increases creativity. *Psychol Sci* 1994 Available from: www.jstor.org/stable/40063136
46. Nelson B, Rawlings D. Relating Schizotypy and Personality to the Phenomenology of Creativity. *Schizophr Bull* 2010, 36:388–399
47. Παπαδημητρίου ΓΝ. *Γιαννούλης Χαλεπάς*. οπ. παρ., 538–566
48. Χ. Σαμουηλίδης. «Στο Φρενοκομείο της Κέρκυρας» και «Ενανά στο χωριό». Στο: *Γιαννούλης Χαλεπάς, Η τραγική μοίρα του μεγάλου καλλιτέχνη*. ΕΣΤΙΑ, Αθήνα, 2005:223–233, 267–273
49. Mezzich JE. Psychiatry for the Person: Articulating Medicines Science and Humanism. *World Psychiatry* 2007, 6:65–67
50. Mezzich JE, Christodoulou GN, Fulford MKW. Introduction to the Conceptual Bases of Psychiatry for the Person. *International J Pers Centr Med* 2011, 1:121–124

Αλληλογραφία: Λ. Ρεμπελάκος, Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
Τηλ.: 210-74 62 122, 6932-699 574,
e-mail: efpoulrebel@med.uoa.gr

ΠΑΡΟΡΑΜΑ

Στο 2ο τεύχος της «Ψυχιατρικής» (Απρίλιος-Ιούνιος 2012) τόμος 23, σελίδες 117–129 στο άρθρο με τίτλο: "Cortical thickness and oscillatory phase resetting: A proposed mechanism of salience network dysfunction in schizophrenia", το σωστό όνομα του τελευταίου συγγραφέα είναι P.F. Liddle και όχι P. Francis-Liddle όπως δημοσιεύθηκε.

In the 2nd issue of "Psychiatriki" (April-June 2012) volume 23, pages 117–129, in the article with the title: "Cortical thickness and oscillatory phase resetting: A proposed mechanism of salience network dysfunction in schizophrenia" the right name of the last author is P.F. Liddle.

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις Future scientific meetings

- **Διεθνές Συνέδριο της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Ψυχικής Υγιεινής (WFMH)**
3ο Μονοθεματικό Συνέδριο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΕΨΕ)
«Κρίση και καταστροφές: Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις»,
Ξενοδοχείο Royal Olympic, Αθήνα
6–9 Μαρτίου 2013
Οργάνωση: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, World Federation for Mental Health,
Εταιρεία Προληπτικής Ψυχιατρικής
Πληροφορίες: Επιστημονική Γραμματεία: ΕΨΕ, Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ: (+30) 210-72 14 184, Fax: (+30) 210-72 32 042
E-mail: psych@psych.gr, Website: www.psych.gr
Οργανωτική Γραμματεία: ERA LTD, Ασκληπιού 15, 106 80 Αθήνα
Τηλ: (+30) 210-36 34 944, Fax: (+30) 210-36 31 690
E-mail: info@era.gr, Website: www.era.gr

- **Διεθνές Συνέδριο της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Ψυχικής Υγιεινής (WFMH)**
3ο Μονοθεματικό Συνέδριο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας
«Κρίση και καταστροφές: Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις»,
Ξενοδοχείο Royal Olympic, Αθήνα
6–9 Μαρτίου 2013
Οργάνωση: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, World Federation for Mental Health, Εταιρεία Προληπτικής Ψυχιατρικής
Πληροφορίες: Επιστημονική Γραμματεία: ΕΨΕ, Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ: (+30) 210-72 14 184, Fax: (+30) 210-72 32 042
E-mail: psych@psych.gr, Website: www.psych.gr
Οργανωτική Γραμματεία: ERA LTD, Ασκληπιού 15, 106 80 Αθήνα, Τηλ: (+30) 210-36 34 944, Fax: (+30) 210-36 31 690
E-mail: info@era.gr, Website: www.era.gr
- **3ο Συνέδριο Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Ιατρική Περίθαλψη, The Met Hotel, Θεσσαλονίκη**
28–30 Μαρτίου 2013
Οργανωτικός Φορέας: Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική ΑΠΘ
Επικοινωνία: Καθ. Α. Ιακωβίδης
Οργανωτική Γραμματεία: Praxicon
Tel: (+30) 2310-460 682, 469 652, Fax: (+30) 2310-435 064
- **11th Workshop on Costs and Assessment in Psychiatry - Mental Health Policy, Economics and Health Care Reforms, Venice, Italy**
22–24 March, 2013
Organizer: WPA Section on Mental Health Economics
Contact: Dr Massimo Moscarelli
E-mail: moscarelli@icmpe.org
Website: www.icmpe.org
- **WPA Regional Congress, Bucharest, Romania**
10–13 April, 2013
Organizer: Romanian Psychiatric Association
Contact: (a) Dr. Dan Prelipceanu
(b) Dr. Eliot Sorel
E-mail: (a) Dr Dan Prelipceanu, prelipceanudan@yahoo.com
(b) Dr Eliot Sorel, esorel@gmail.com
Website: www.wpa2013bucharest.org
- **WPA Regional Congress “Facilitating Mental Health, Primary Care and Public Health Integration”, Bucharest, Romania**
10–13 April 2013
Contact: Prof Eliot Sorel
Tel: (+40) 212105814, Fax: (+40) 212122702
E-mail: secretariat@wpa2013bucharest.org
Website: www.wpa2013bucharest.org
- **3rd Congress of Neurobiology, Psychopharmacology and Treatment Guidance, Thessaloniki, Greece**
30 May–2 June 2013
Organizer: International Society of Neurobiology & Psychopharmacology
Contact: Ast. Prof. K.N. Fountoulakis
Organizing Secretariat: Global Events Ltd
Tel: (+30) 2310-313 631, Fax: (+30) 2310-247 746
Website: www.globalevents.gr
- **“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

- **“WPA International Congress”, Istanbul, Turkey**
19–23 June 2013
Organizer: (a) Psychiatric Association of Turkey
(b) Turkish Neuropsychiatric Society
Contact: Dr Levent Kuey
E-mail: kueyl@superonline.com
- **21st World Congress of Social Psychiatry “The bio-psycho-social Model: the Future of Psychiatry”, Lisbon, Portugal**
29 June–3 July 2013
Organizer: World Association for Social Psychiatry
Contact: Professor Driss Moussaoui
E-mail: drissm49@gmail.com
Website: www.wasp2013.com
- **“4th European Conference on Schizophrenia Research (ECSR)”, “Together for better treatment and care”, Berlin, Germany**
26–28 September 2013
Organizers : (a) European Scientific Association on Schizophrenia and other Psychoses
(b) Competence Network on Schizophrenia (CNS)
(c) European Psychiatric Association and its Section on Schizophrenia
(d) German Association for Psychiatry and Psychotherapy (DGPPN)
Collaboration: WPA section on Schizophrenia
Contact : Viktoria Toeller
E-mail: toeller.viktoria@uni-duesseldorf.de
Website: www.schizophrenianet.eu
- **“WPA Thematic Conference”, “Human Factors in Crisis and Disasters - Future proofing of crisis and disaster management”, Melbourne, Australia**
30 September– 3 October 2013
Organizer: Indo Australasian Psychiatry Association
Collaboration: (a) WPA Section on Disaster Psychiatry
(b) UNESCO Chair in Bioethics
Contact: Dr Russell D’Souza
E-mail: russell.f.dsouza@gmail.com
Website: www.wpadisasterpsych.com
- **“26th ECNP Congress, Barcelona, Spain**
5–9 October 2013
Organizer: European College of Neuropharmacology (ECNP)
Contact: ECNP Office
Tel: (+31) 302538567
E-mail: nice2012@ecupei
Website: www.ecnp.eu
- **2nd Congress on Treatment in Psychiatry, Ostrava, Czech Republic**
10–13 October 2013
Organizer: Czech Psychiatric Association
Contact: Prof. Jiri Raboch, M.D.
E-mail: lecbavpsychiatrii2013@guarant.cz
Website: www.lecbavpsychiatrii2013.cz
- **“WPA International Congress”, “Future Psychiatry: Challenges and Opportunities”, Vienna, Austria**
27–30 October 2013
Organizer: Austrian Association for Psychiatry and Psychotherapy
Contact: Prof. Michael Musalek
E-mail: wpaic2013@guarant.cz
Website: www.wpaic2013.org
- **“WPA Regional Meeting”, “Addressing mental health needs in the Alps-Adria-Danube Region: Stigma, Community Based Care, Stress and Suicidality”, Ljubljana, Slovenia**
9–12 April 2014
Organizer: Psychiatric Association of Slovenia
Contact: Dr Peter Pregelj/Dr. Jurij Bon
E-mail: peter.pregelj@psih-klinika.si/
jurij.bon@pb-begunje.si
Website: www.wpaljubljana2014.org
- **Congress of World Association for Dynamic Psychiatry “Multidisciplinary Approach to and Treatment of Mental Disorders: Myth or Reality?”, St. Petersburg, Russia**
14–17 May 2014
Organizer: World Association for Dynamic Psychiatry
Contact: Dr Maria Ammon, General Secretary WADP
E-mail: DAPBerlin@aol.com
Website: www.wadp-congress.de
- **“WPA 16th World Congress of Psychiatry”, “Focusing on Quality, Access and Humane Care”, Madrid, Spain**
14–18 September 2014
Organizer: Spanish Society of Psychiatry (SEP)
Collaboration: (a) Spanish Association of Neuropsychiatry (AEN)
(b) Portuguese Society of Psychiatry and Mental Health (SPPSM)
Contact: Ms Carolina G. Sicilia
E-mail: secretariat@wpamadrid2014.com
Website: www.wpamadrid2014.com