



Katawpρείται και περιλαμβάνεται 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**
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-77 58 410, Fax: 210-72 42 032

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

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επίτιμος πρόεδρος:
Γ.Ν. Χριστοδούλου

Πρόεδρος:
Β. Κονταξάκης

Αναπληρωτής πρόεδρος:
Δ. Πλουμπιδής

Μέλη:
Ι. Ζέρβας, Μ. Μαργαρίτη, Π. Φερεντίνος

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

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:**
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 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



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**
11, Papadiamantopoulou str., 115 28 Athens
Tel.: +30-210-77 58 410, Fax: +30-210-72 42 032

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:
J. Zervas, M. Margariti, P. Ferentinos

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

Secretariat:
Head: H. Gretsas
Tel.: +30-210-72 14 148, Fax: +30-210-72 42 032
E-mail: psych@psych.gr, Web-site: www.psych.gr

**Manuscripts, letters, books for review
should be addressed to the Editor:**
11 Papadiamantopoulou str., GR-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., GR-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.gr
EN ISO 9001:2000

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





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

HELLENIC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

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

EXECUTIVE COUNCIL

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

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Μέλη: Ι. Πιτταράς
Α. Δουζένης
Γ. Γιαννιός

DISCIPLINARY COUNCIL

Members: J. Pittaras
A. Douzenis
G. Giannios

ΕΞΕΛΕΓΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μέλη: Ν. Τζαβάρας
Ν. Ζαχαριάδης
Σ. Κρασανάκης

FINANCIAL CONTROL COMMITTEE

Members: Ν. Tzavaras
Ν. 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. Τσώπελας
Γραμματείς: Α. Δουζένης, Δ. Τσακλακίδου

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ

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

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: Η. Βλάχος, Χ. Γιαννουλάκη

ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

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

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Ρ. Γουρνέλλης
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 & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ

Πρόεδρος: Α. Αυγουστίδης
Γραμματείς: Στ. Κούλης, Κ. Εμμανουηλίδης

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. Tsipas, 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: V. Alevizos
Secretaries: J. Chatzimanolis, T. Mougjakos

PSYCHOPHYSIOLOGY

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

PSYCHIATRY & ETHICS

Chairman: A. Paraschos†
Secretaries: V. Alevizos, A. Douzenis

PSYCHIATRY & RELIGION

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

PSYCHOMETRIC & NEUROPSYCHOLOGIC MEASUREMENTS

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



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο σύνταξης

Προσωποκεντρική Ιατρική: Ένα αναπτυσσόμενο πεδίο

J.E. Mezzich 243

Ερευνητικές εργασίες

Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών

Μ. Οικονόμου, Λ. Πέππου, Σ. Φουσκετάκη, Χ. Θελερίτης, Α. Πατελάκης, Τ. Αλεξίου, Μ. Μαδιανός, Κ. Στεφανής 247

Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά έκθεσης ανηλίκων σε βίαιες εμπειρίες στην Ελλάδα:

Η έρευνα BECAN

Κ. Πετρουλάκη, Α. Τσιριγώτη, Φ. Ζαρόκωστα, Γ. Νικολαΐδης 262

Ειδικά άρθρα

Ήπια νευρολογικά σημεία στη σχιζοφρένεια: Συσχετίσεις με ηλικία, φύλο, εκπαίδευση και ψυχοπαθολογία

Π. Παναγιωτίδης, Γ. Καπρίνης, Α. Ιακωβίδης, Κ. Φουντουλάκης 272

Σύντομα ερωτηματολόγια για την ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους

Γ. Κωνσταντακόπουλος, Ε. Σοφianoπούλου, Γ. Τουλούμη, Δ. Πλουμπίδης 288

Βιβλιοκριτική 298

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις 301



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

Person Centered Medicine: An evolving landscape

J.E. Mezzich 245

Research articles

Economic crisis and mental health: Effects on the prevalence of common mental disorders

M. Economou, L. Peppou, S. Fousketaki, Ch. Theleritis, A. Patelakis, T. Alexiou, M. Madianos, C. Stefanis 247

Epidemiological characteristics of minors' exposure to experiences of violence in Greece:

The BECAN study

K. Petroulaki, A. Tsirigoti, F. Zarokosta, G. Nikolaidis 262

Special articles

Neurological soft signs in schizophrenia: Correlations with age, sex, educational status and psychopathology

P. Panagiotidis, G. Kaprinis, A. Iacovides, K. Fountoulakis 272

Ultra-short questionnaires for the detection of depression and anxiety

G. Konstantakopoulos, E. Sofianopoulou, G. Touloumi, D. Ploumpidis 288

Book review..... 298

Future scientific meetings.....301

Άρθρο σύνταξης Editorial

Προσωποκεντρική Ιατρική: Ένα αναπτυσσόμενο πεδίο

Ψυχιατρική 2013, 24:243–244

Ο επαναπροσδιορισμός της έννοιας του ρόλου της Ιατρικής, αναγνωρίζοντας το σύνολο του ατόμου ως πλαίσιο και ως βασικό στόχο της θεραπείας και όχι ως φορέα ασθενειών, αντλεί τη συλλογιστική της τόσο από τους μεγάλους αρχαίους πολιτισμούς, όσο και από τις πρόσφατες εξελίξεις στην κλινική ιατρική και τη δημόσια υγεία.

Η άσκηση της προσωποκεντρικής ιατρικής έχει τις ρίζες της στους Ανατολικούς πολιτισμούς, ιδιαίτερα στην Κινεζική και Αγιουβερδική ιατρική, που ασκείται και εφαρμόζεται σήμερα ως παραδοσιακή ιατρική, με φιλοσοφικές, βιωματικές και πειραματικές βάσεις, που επικεντρώνονται στη συνολική υγεία του ασθενούς και όχι μόνο στην αντιμετώπιση της νόσου. Και οι δύο αυτές ιατρικές προσεγγίσεις λειτουργούν με βάση ένα ολοκληρωμένο και αρμονικό πλαίσιο θεώρησης της υγείας και της ζωής και προωθούν μια ιδιαίτερα εξατομικευμένη προσέγγιση για τη θεραπεία συγκεκριμένων ασθενειών και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής.¹

Στη Δύση, η παλαιότερη και πιο σημαντική προσέγγιση προέρχεται από τον ελληνικό πολιτισμό. Η ανάγκη της ολιστικής αντιμετώπισης στην Ιατρική υποστηρίχθηκε έντονα από τους αρχαίους Έλληνες φιλοσόφους, τους ασχολούμενους με την ηθική και τη δεοντολογία και τους ιατρούς. Ο Σωκράτης και ο Πλάτωνας δίδαξαν ότι «εάν το όλον δεν ευημερεί, είναι αδύνατο το μέρος να είναι καλά». ² Η άποψη αυτή εμπλουτίστηκε από τον Αριστοτέλη, ο οποίος ήταν εξαιρετικός φιλόσοφος και φυσιοδίφης, καθώς και από τον Ιπποκράτη, ο οποίος διατύπωσε τη θεωρία της ατομικότητας του συναισθήματος στην πρακτική της Ιατρικής και προσδιόρισε τα ηθικά και προσωποκεντρικά της θεμέλια.

Αυτή η ευρεία και φωτισμένη αντίληψη σχετικά με την υγεία (δηλαδή η πλήρης ευημερία και όχι μόνο η απουσία ασθένειας του ατόμου) έχει ενσωματωθεί στον γνωστό ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την υγεία. Αυτή η έννοια έχει διατηρήσει την επικαιρότητά της παρά τις αντιξοότητες της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης.

Η σύγχρονη Ιατρική έχει φέρει μια σειρά από σημαντικές προόδους στην επιστημονική κατανόηση των ασθενειών και την ανάπτυξη πολύτιμων τεχνολογιών για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Την ίδια στιγμή όμως οδήγησε σε μια απρόσωπη και μη-ανθρωπιστική εστίαση στην ασθένεια, στην υπερβολική εξειδίκευση των ιατρικών κλάδων, στον κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας, στην αποδυνάμωση της σχέσης ιατρού-ασθενούς, καθώς και στην εμπορευματοποίηση της Ιατρικής.³

Σε απάντηση των παραπάνω, μια νέα οπτική, αυτή της προσωποκεντρικής Ιατρικής αναδύεται καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα εννοιών, καθηκόντων, τεχνολογιών και πρακτικών που έχει ως στόχο τη συνολική υγεία του ατόμου, με επίκεντρο την κλινική πρακτική και τη δημόσια υγεία.

Τέτοιου τύπου ελπιδοφόρες εξελίξεις είναι εκείνες της προσωποκεντρικής Ιατρικής του Tournier στην Ελβετία, της προσωποκεντρικής προσέγγισης του Rogers' που επικεντρώθηκε στην ανοικτή επικοινωνία και την ενδυνάμωση στις Ηνωμένες Πολιτείες, το κίνημα του McWhinney για την οικογενειακή ιατρική στο Ηνωμένο Βασίλειο και τον Καναδά, το πρόγραμμα προσωποκεντρικής Ιατρικής Brega στην Ιταλία και το πρόγραμμα αξιολόγησης της ανάγκης για θεραπεία του Alanen στη Φινλανδία.

Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ), η οποία αναπτύχθηκε βασιζόμενη στην αλληλοσυμπλήρωση της επιστήμης με τον ανθρωπισμό,⁴ στη Γενική Συνέλευση του 2005, ανέπτυξε ένα πρόγραμμα Ψυχιατρικής για το Άτομο-Πρόσωπο.^{5,6} Μια σειρά από εξελίξεις που βασίζονται στο παρόν θεσμικό πρόγραμμα, αναπτύχθηκαν σε συνεργασία με διάφορους Επιστημονικούς Κλάδους της ΠΨΕ.

Αυτή η πρωτοβουλία επεκτάθηκε στη γενική Ιατρική μέσα από σειρά διασκέψεων στη Γενεύη από το 2008, σε συνεργασία με την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, τη Διεθνή

Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργιών, τη Διεθνή Φαρμακευτική Ομοσπονδία, την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Οικογενειών με άτομα με ψυχική νόσο, και τη Διεθνή Συμμαχία Οργανώσεων ασθενών, αλλά και από έναν αυξανόμενο αριθμό άλλων διεθνών οργανισμών για την υγεία. Η διαδικασία και η επίπτωση των συνεδρίων της Γενεύης οδήγησαν στην εμφάνιση του Διεθνούς Δικτύου (πρόσφατα μετονομάστηκε σε Ακαδημία) της Προσωποκεντρικής Ιατρικής (INPCM, ICPM).⁷

Μία από τις συνεισφορές του ICPM είναι η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου μοντέλου Προσωποκεντρικής Διάγνωσης.⁸ Ένας άλλος στόχος είναι η ανάπτυξη ενός ερευνητικού προγράμματος που χρηματοδοτείται από τον ΠΟΥ για τη συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση της φροντίδας με επίκεντρο τον άνθρωπο. Ένα σημαντικό επίτευγμα είναι η δημιουργία ενός διεθνούς περιοδικού της Προσωποκεντρικής Ιατρικής σε συνεργασία με το University of Buckingham Press. Αξίζει ακόμα να σημειωθεί η Διακήρυξη του 2013 της Γενεύης για την Προσωποκεντρική Φροντίδα των ατόμων με χρόνιες παθήσεις και η Διακήρυξη της Γενεύης του 2013 σχετικά με την έρευνα σε σχέση με την Προσωποκεντρική Υγεία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας τον Μάιο του 2009 εξέδωσε ψηφίσματα στα οποία για πρώτη φορά περιλαμβάνεται η προώθηση της φροντίδας με επίκεντρο το άτομο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι επίσης συν-χορηγός στις διασκέψεις της Γενεύης για την Προσωποκεντρική Ιατρική. Η πρόσφατη Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας υιοθέτησε το 12ο Παγκόσμιο Πρόγραμμα Εργασίας 2014–2019, με το οποίο τονίζεται ότι η επίτευξη καθολικής κάλυψης της υγείας δεν σχεδιάστηκε ως ένα ελάχιστο σύνολο παροχής υπηρεσιών, αλλά με απώτερο στόχο την πρόσβαση στη θεραπεία και την πρόληψη επικεντρώνοντας στο άτομο όπου οι πολιτικές, οικονομικές και ανθρώπινες παροχές χρησιμεύουν για την αύξηση της πρόσβασης σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο.⁹ Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το κύριο θέμα του επικείμενου 7ου Συνεδρίου της Γενεύης που διοργανώνεται από την ICPM σε συνεργασία με τον ΠΟΥ θα είναι η ολοκληρωμένη περίθαλψη για όλους με επίκεντρο το Άτομο.

Περαιτέρω ενδείξεις του διεθνούς ενδιαφέροντος για την Προσωποκεντρική Ιατρική αποτελεί το έργο μιας σημαντικής ομάδας ακαδημαϊκών από το Ζάγκρεμπ η οποία δημοσίευσε έναν σημαντικό τόμο για την Προσωποκεντρική Ιατρική και συνέβαλε στη διοργάνωση του 1ου Διεθνούς Συνεδρίου της Προσωποκεντρικής Ιατρικής τον Νοέμβριο του 2013. Επίσης, σημαντικές ήταν οι εργασίες για την Προσωποκεντρική Ιατρική στο Πανεπιστήμιο του Γκέτεμποργκ στη Σουηδία, του Francisco Vitoria στο Πανεπιστήμιο της Μαδρίτης και του Cayetano Heredia στο Πανεπιστήμιο του Περού στη Λίμα. Στα γαλλόφωνα κράτη μπορούμε να αναφέρουμε τις δραστηριότητες της Γαλλικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, της Διεθνούς Γαλλόφωνης Ψυχιατρικής Εταιρείας και του γαλλόφωνου Παρατηρητήριου Προσωποκεντρικής Ιατρικής.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η Ιπποκρατική και η Αριστοτελική συνεισφορά της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και της Κυπριακής Ψυχιατρικής Εταιρείας στο αρχικό Πρόγραμμα της ΠΨΕ για την Προσωποκεντρική Ιατρική και πιο πρόσφατα στις δραστηριότητες της Διεθνούς Ακαδημίας της Προσωποκεντρικής Ιατρικής. Η Παγκόσμια Ομοσπονδία για την Ψυχική Υγεία που συνυποστηρίζει τις συσκέψεις της Γενεύης για την Προσωποκεντρική Ιατρική από την έναρξή της ενέκρινε το σχέδιο δράσης της Προσωποκεντρικής Ιατρικής υπό την ηγεσία του καθηγητή Γιώργου Χριστοδούλου.

Όλα τα παραπάνω υπόσχονται ένα πλούσιο γεμάτο εμπειρίες ταξίδι προς την Ιθάκη απ' όλους εκείνους που συνεισέφεραν στην Προσωποκεντρική Ιατρική.

Juan E. Mezzich, MD, PhD

*Professor of Psychiatry, Mount Sinai School of Medicine, New York University
President 2005–2008, World Psychiatric Association
Secretary General, International College of Person Centered Medicine
Editor-in-Chief, International Journal of Person Centered Medicine
Honorary President, Cyprus Psychiatric Association
Vice-President for Government Affairs, World Federation for Mental Health*

Βιβλιογραφία

1. Patwardhan B, Warude D, Pushpangadan P, Bhatt N. Ayurveda and traditional Chinese medicine: a comparative overview. *Evidence-based Complem Alternat Med* 2005, 2:465–473
2. Christodoulou GN (ed) *Psychosomatic Medicine*. New York, Plenum, 1987
3. Heath I. Promotion of disease and corrosion of medicine. *Canad Family Physic* 2005, 51:1320–1322
4. Garrabe J, Hoff P. Historical views on Psychiatry for the Person. *Int J Person Center Med* 2011, 1:125–127
5. Mezzich JE. Psychiatry for the Person: Articulating Medicine's Science and Humanism. *World Psychiatry* 2007, 6:65–67
6. Christodoulou GN, Fulford KMW, Mezzich JE. Conceptual bases of Psychiatry for the Person. *Int Psych* 2008, 5:1–3
7. Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Heath I. The International Network for Person-centered Medicine: Background and First Steps. *World Med J* 2009, 55:104–107
8. Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, Salvador-Carulla L, Kirmayer L, Banzato CE et al. Person-centered Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model. *Can J Psychiatry* 2010, 55:701–708
9. World Health Organization. *Twelfth Global Program of Work 2014–2019*. Geneva, Author, 2013

Editorial Άρθρο σύνταξης

Person Centered Medicine: An evolving landscape

Psychiatriki 2013, 24:245–246

The unfolding reconceptualization of the core mission of medicine, recognizing the whole individual in context as its fundamental purpose and not as a mere carrier of diseases, draws on the wisdom of the great ancient civilizations and recent developments in clinical medicine and public health.

Early traces of person-centered care can be found in major Eastern civilizations, particularly Chinese and Ayurvedic, which are still alive and practiced today as traditional medicine. With sound philosophical, experiential and experimental bases, they focus on the patient's total health rather than only on disease. Both of them articulate a comprehensive and harmonious framework of health and life and promote a highly personalized approach for the treatment of specific diseases and the enhancement of quality of life.¹

In the West, the earliest and most prominent is the Hellenistic culture. The need for holism in Medicine has been strongly advocated by ancient Greek philosophers, ethicists, and physicians. Socrates and Plato taught that "if the whole is not well it is impossible for the part to be well".² This position was enriched by Aristotle, the philosopher and naturalist par excellence as well by Hippocrates, who brought theory, emotion, and individuality together into the practice of medicine and delineated its ethical and person-centered foundations.

Such broad and enlightened concept of health (full well-being and not only the absence of disease) has been incorporated into the well-known WHO's definition of health. This notion has maintained its vitality throughout the vicissitudes of contemporary health care.

Modern medicine has brought a number of important advances in the scientific understanding of diseases and the development of valuable technologies for diagnosis and treatment. At the same time, it has led to an impersonal and dehumanizing focus on disease, over-specialization of medical disciplines, fragmentation of health services, weakening of the doctor-patient relationship, and commoditization of medicine.³

In response, a new vision of person-centered medicine is emerging and covers a wide range of concepts, tasks, technologies and practices that aim to put the whole person in context as a center of clinical practice and public health.

Among hopeful developments are those of Tournier's *medicine de la personne* in Switzerland, Rogers' person-centered approach focused on open communication and empowerment in the United States, McWhinney's family medicine movement in the UK and Canada, Brera's early person-centered medicine program in Italy, and Alanen's need-adaptive assessment and treatment approach in Finland.

The World Psychiatric Association, which was born from the articulation of science and humanism,⁴ established at its 2005 General Assembly an Institutional Program on Psychiatry for the Person.^{5,6} A number of scholarly developments were based on this Institutional Program, in collaboration various WPA Scientific Sections.

This initiative expanded into general medicine through a series of Geneva Conferences since 2008 in collaboration with the World Medical Association, the World Health Organization, the International Council of Nurses the International Federation of Social Workers, the International Pharmaceutical Federation, the European Federation of Families of Persons with Mental Illness, and the International Alliance of Patients' Organizations, among a growing number of other interna-

tional health institutions. The process and impact of the Geneva conferences led to the emergence of the International Network (recently renamed College) of Person Centered Medicine (INPCM, ICPCM).⁷

Among the scholarly contributions of the ICPCM is the development of the Person-centered Integrative Diagnosis model,⁸ Another is a research project funded by WHO on systematic conceptualization and measurement of person- and people-centered care. A major achievement is the establishment of the International Journal of Person Centered Medicine in collaboration with the University of Buckingham Press. Further to be noted are the 2013 Geneva Declaration on Person Centered Care for Chronic Diseases and the 2013 Geneva Declaration on Person-centered Health Research.

The World Health Organization at the World Health Assembly in May 2009 adopted resolutions which for the first time included the promotion of people-centered care. In line with this, WHO started co-sponsoring formally the Geneva Conferences on Person-centered Medicine. The recent World Health Assembly adopted its Twelfth Global Program of Work 2014–2019 which emphasizes achieving universal health coverage conceived not as a minimum set of services, but as an active process of progressive embodiment in which countries progressively extend access to healing and prevention focused on the person and where political, financial and human resources serve to increase access to integrated and people-centered health systems.⁹ In line with this, the main theme of the upcoming 7th Geneva Conference organized by the ICPCM in collaboration with WHO will be Person-centered Integrated Care for all.

Further indicator of international interest on person centered medicine is the work of a substantial academic group in Zagreb which has published a valuable volume on Person-oriented Medicine and Health Care and contributed to the organization of the First International Congress of Person-centered Medicine in November 2013. Also significant have been the works on person-centered medicine at the University of Gothenburg in Sweden, Francisco Vitoria University in Madrid, and Peruvian University Cayetano Heredia in Lima. In Francophone countries one can note the active person-centered projects of the French Psychiatric Association, the International Francophone Psychiatric Association and the Francophone Observatory of Person Centered Medicine.

Particularly distinguished in the field have been the Hippocratic and Aristotelian contributions of the Hellenic Psychiatric Association and the Cyprus Psychiatric Association first to the WPA Institutional Program on Psychiatry for the Person and more recently to the activities of the International College of Person Centered Medicine. The World Federation for Mental Health which has co-sponsored the Geneva Conferences on Person-centered Medicine since their inception has now adopted a person-centered Action Plan under the leadership of Professor George Christodoulou.

All the above promises well for a rewarding journey to Ithaca by all those committed to the construction of person centered medicine.

Juan E. Mezzich, MD, PhD

*Professor of Psychiatry, Mount Sinai School of Medicine, New York University
President 2005–2008, World Psychiatric Association
Secretary General, International College of Person Centered Medicine
Editor-in-Chief, International Journal of Person Centered Medicine
Honorary President, Cyprus Psychiatric Association
Vice-President for Government Affairs, World Federation for Mental Health*

References

1. Patwardhan B, Warude D, Pushpangadan P, Bhatt N. Ayurveda and traditional Chinese medicine: a comparative overview. *Evidence-based Complem Alternat Med* 2005, 2:465–473
2. Christodoulou GN (ed) *Psychosomatic Medicine*. New York, Plenum, 1987
3. Heath I. Promotion of disease and corrosion of medicine. *Canad Family Physic* 2005, 51:1320–1322
4. Garrabe J, Hoff P. Historical views on Psychiatry for the Person. *Int J Person Center Med* 2011, 1:125–127
5. Mezzich JE. Psychiatry for the Person: Articulating Medicine's Science and Humanism. *World Psychiatry* 2007, 6:65–67
6. Christodoulou GN, Fulford KMW, Mezzich JE. Conceptual bases of Psychiatry for the Person. *Int Psych* 2008, 5:1–3
7. Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Heath I. The International Network for Person-centered Medicine: Background and First Steps. *World Med J* 2009, 55:104–107
8. Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, Salvador-Carulla L, Kirmayer L, Banzato CE et al. Person-centered Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model. *Can J Psychiatry* 2010, 55:701–708
9. World Health Organization. *Twelfth Global Program of Work 2014–2,19*. Geneva, Author, 2013

Ερευνητική εργασία Research article

Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών

Μ. Οικονόμου,^{1,2} Λ. Πέππου,² Σ. Φουσκετάκη,³ Χ. Θελερίτης,²
Α. Πατελάκης,² Τ. Αλεξίου,² Μ. Μαδιανός,⁴ Κ. Στεφανής²

¹Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

²Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ),

³Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ),

⁴Τομέας Ψυχικής Υγείας και Επιστημών της Συμπεριφοράς, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική 2013, 24:247–261

Η οικονομική κρίση έχει βρεθεί ότι επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία διεθνώς. Σε αυτό το πλαίσιο, το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής διενήργησε επιδημιολογικές μελέτες πανελλαδικής εμβέλειας σε μια προσπάθεια να εκτιμήσει την επίδραση της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Ο σκοπός της παρούσας ανάλυσης αφορά στη διερεύνηση τυχόν μεταβολών στην επικράτηση των «κοινών ψυχικών διαταραχών» τόσο για τον πληθυσμό στο σύνολό του όσο και για τις διάφορες πληθυσμιακές υπο-ομάδες ανάμεσα στα έτη 2009 και 2011. Επιπλέον, διερευνήθηκε και η παρουσία συσχέτισης ανάμεσα στην οικονομική δυσχέρεια και τις «κοινές ψυχικές διαταραχές» το 2011. Για τους εν λόγω ερευνητικούς σκοπούς, πραγματοποιήθηκαν δύο συγχρονικές μελέτες οι οποίες ακολούθησαν την ίδια μεθοδολογία. Τυχαίο και αντιπροσωπευτικό δείγμα 2192 ατόμων το 2009 και 2256 ατόμων το 2011 έλαβαν μέρος στις τηλεφωνικές συνεντεύξεις. Η παρουσία μείζονος κατάθλιψης και διαταραχής γενικευμένου άγχους εκτιμήθηκαν μέσω των αντίστοιχων τμημάτων της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης, ενώ οι οικονομικές δυσκολίες μέσω του Δείκτη Οικονομικής Δυσχέρειας. Τα εργαλεία επέδειξαν καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Ανάμεσα στα δύο έτη παρουσιάζεται αξιοσημείωτη αυξητική τάση ως προς την επικράτηση ενός μηνός της μείζονος κατάθλιψης, χωρίς όμως να αγγίζει τα όρια στατιστικής σημαντικότητας. Αντίθετα, η επικράτηση της διαταραχής γενικευμένου άγχους παραμένει σε παρόμοια επίπεδα. Στατιστικά σημαντικές μεταβολές ως προς τις δύο νοσολογικές οντότητες σημειώνονται για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, με τους έγγαμους και τους εργαζομένους να αποτελούν την πιο επιβαρυνμένη μερίδα του πληθυσμού. Ως προς την οικονομική δυσχέρεια, βρέθηκε να σχετίζεται με την παρουσία μείζονος κατάθλιψης, αλλά όχι με την παρουσία διαταραχής γενικευμένου άγχους. Για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κρίσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού, τα ευρήματα υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα υλοποίησης στοχευμένων παρεμβάσεων, οι οποίες θα επικεντρώνονται και θα προσαρμόζονται στις ανάγκες και τις δυσκολίες της κάθε πληθυσμιακής ομάδας.

Λέξεις κλειδιά: Οικονομική κρίση, κοινές ψυχικές διαταραχές, ύφεση, οικονομική δυσχέρεια, ψυχική υγεία

Εισαγωγή

Ανάμεσα στις πιο σημαντικές οικονομικές κρίσεις που έχει βιώσει η παγκόσμια κοινότητα τον 20ό αιώνα είναι το κραχ του 1929 στις ΗΠΑ, η κρίση του πετρελαίου το 1970 και η Ασιατική οικονομική κρίση στα τέλη της δεκαετίας του 1990.¹ Στις αρχές του 21ου αιώνα και σταδιακά, η οικονομική κρίση με επίκεντρο το τραπεζικό σύστημα έπληξε τις ΗΠΑ και επεκτάθηκε με τη μορφή σοβαρής οικονομικής ύφεσης σε πολλές χώρες της Ευρώπης, κυρίως του νότιου άξονα, επηρεάζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την παγκόσμια οικονομία.²⁻⁴ Χαρακτηριστικά αναφέρεται πως έχουν σημειωθεί σημαντικές μειώσεις του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) στις ανεπτυγμένες οικονομίες, κατάρρευση του διεθνούς εμπορίου και σταδιακή μείωση των χρηματοδοτήσεων στις αναπτυσσόμενες οικονομίες.²

Οικονομική δυσχέρεια, σημαντική μείωση εισοδήματος, χρέη και κατάσχεση περιουσιακών στοιχείων, απώλεια εργασίας και αβεβαιότητα, αποδιοργάνωση της οικογένειας και των ρόλων, και βαθμιαία επιδείνωση της ποιότητας ζωής και της ευημερίας σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο αλλά και έντονη κοινωνική αναταραχή, είναι ορισμένες μόνο από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.⁵⁻⁹ Τα δυσμενή αυτά φαινόμενα έχουν συνδεθεί με ποικίλα προβλήματα τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία,^{4,6-8,10-19} με αρκετές έρευνες να εστιάζουν στη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ οικονομικής δυσχέρειας και αύξησης της επικράτησης συμπτωματολογίας ψυχιατρικών διαταραχών.^{4,16-18} Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναζήτηση αιτιολογικής σύνδεσης μεταξύ τόσο κοινωνικο-οικονομικών μεταβλητών, όπως του εισοδήματος, της εργασίας και του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, όσο και των μεταβολών τους με την επικράτηση μείζονος κατάθλιψης και διαταραχής γενικευμένου άγχους (ΔΓΑ).

Η ελληνική οικονομία, μετά από 15 χρόνια συνεχούς ανάπτυξης, πήρε μια φθίνουσα πορεία. Παρόλο που το 2008 κατατασσόταν ως η 27η ισχυρότερη οικονομία παγκοσμίως αναφορικά με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), με 32.100 δολάρια κατά κεφαλήν ΑΕΠ,²⁰ τα τελευταία χρόνια η φτώχεια καταγράφεται ως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η χώρα.²¹ Το 2009, η κρίση βαθιάνει, επηρεάζοντας ένα μεγαλύτερο κομμάτι του πλη-

θυσμού, ενώ τον Απρίλιο του 2010 η χώρα προχώρησε στην υπογραφή δανειακής σύμβασης (Μνημόνιο Χρηματοοικονομικής Διαχείρισης) για την αποφυγή πτώχευσης. Την ίδια χρονιά εθνικές εκτιμήσεις έδειξαν πως το ΑΕΠ έπεσε στο -3,5%, ενώ τα ποσοστά ανεργίας έφτασαν στο 14,2% με 180.000 άτομα να χάνουν τη δουλειά τους.²² Το 2011, η εικόνα της ελληνικής οικονομίας μοιάζει να είναι ακόμα χειρότερη: το ΑΕΠ παρουσίασε περαιτέρω πτώση στο -6,1% ενώ το ποσοστό ανεργίας στους ενήλικες αυξήθηκε σταδιακά από 6,6% τον Μάιο του 2008 σε 8,5% τον Μάιο του 2009 και 16,6% τον Μάιο του 2011. Το αντίστοιχο ποσοστό στους νέους ηλικίας 15-24 ετών, εκτοξεύθηκε από 18,6% το 2008 σε 40,1% το 2011. Συνακόλουθα, την ίδια περίοδο, το χρέος της χώρας αυξήθηκε από 105,4% το 2007 σε 160,9% ΑΕΠ το 2011 (από 239,4 σε 328,6 δις ευρώ).^{23,24} Συνεπώς, με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται σταδιακή επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης της χώρας, με πολλαπλές συνέπειες στην ελληνική κοινωνία και τη ζωή των πολιτών.

Η οικονομική κρίση που πλήττει την Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει προσελκύσει έντονο επιστημονικό ενδιαφέρον, με αρκετά άρθρα να επικεντρώνονται στις αρνητικές επιπτώσεις της δυσμενούς αυτής κατάστασης στην υγεία του πληθυσμού,^{25,26} συμπεριλαμβανομένης και της ψυχικής υγείας τόσο των ενηλίκων^{27,28} όσο και των παιδιών και εφήβων.²⁹ Το 2008 διεξήχθη στην Ελλάδα μια εθνικής εμβέλειας μελέτη για τον εντοπισμό του ποσοστού επικράτησης μείζονος κατάθλιψης και της σύγκρισης των αποτελεσμάτων της με τα αντίστοιχα της πρώτης εθνικής μελέτης επικράτησης που έλαβε χώρα 30 χρόνια πριν.³⁰⁻³² Το 2009, πραγματοποιήθηκε επανάληψη της μελέτης αυτής με σκοπό την από κοινού αποτύπωση των ποσοστών επικράτησης ΔΓΑ και μείζονος κατάθλιψης. Αφορμή στάθηκαν η αιφνίδια πτώση της οικονομίας και οι έντονες κοινωνικές αναταραχές και εξεγέρσεις που έλαβαν χώρα το χρονικό διάστημα μεταξύ Δεκεμβρίου 2008 και Ιανουαρίου 2009 και είχαν ως αποτέλεσμα την πρόκληση οικονομικών ζημιών ύψους 2,1 δις ευρώ στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας και έξι άλλων μεγάλων πόλεων. Μια σύγκριση των ποσοστών επικράτησης αυτών των δύο μελετών κατέδειξε στατιστικά σημαντική αύξηση στα ποσοστά εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης, από 3,3% το 2008 σε 6,8% το 2009.¹⁹ Ωστόσο, το 2009 η κρίση δεν έχει ακόμα ε-

πεκταθεί σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής των πολιτών με αποτέλεσμα η συγκεκριμένη μελέτη να μπορεί μόνο να αποτυπώσει τις άμεσες πρώτες επιπτώσεις της αιφνίδιας αυτής οικονομικής αλλαγής. Αντιθέτως, το 2011 είναι ένα έτος αρκετά κρίσιμο για την ελληνική κοινωνία, με την οικονομική κρίση να λαμβάνει βαθύτερες κοινωνικο-πολιτικές προεκτάσεις. Επομένως, κρίθηκε ενδιαφέρον να πραγματοποιηθεί επανάληψη της μελέτης το 2011 προκειμένου να γίνει σύγκριση με τα αποτελέσματα της μελέτης του 2009.

Λαμβάνοντας υπόψη όσα παρατέθηκαν ανωτέρω, οι σκοποί της παρούσας διερεύνησης ορίζονται ως εξής:

- Να αποτυπωθούν τυχόν μεταβολές στην επικράτηση ΔΓΑ και μείζονος κατάθλιψης μεταξύ των ετών 2009 και 2011
- Να εντοπισθούν ποιες πληθυσμιακές ομάδες εμφανίζουν τις μεγαλύτερες μεταβολές στην επικράτηση ΔΓΑ και μείζονος κατάθλιψης
- Να μελετηθεί η συσχέτιση μεταξύ προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας και διάγνωσης ΔΓΑ, καθώς και μείζονος κατάθλιψης το 2011.

Υλικό και μέθοδος

Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αντλήθηκε αποκλειστικά από την εθνική τηλεφωνική βάση δεδομένων. Στις μελέτες συμπεριλήφθηκαν οι τηλεφωνικοί αριθμοί που ανήκαν σε ιδιώτες, ενώ οι αριθμοί επιχειρήσεων και δημόσιων υπηρεσιών δεν λήφθηκαν υπόψη. Αρχικά, επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα τηλεφωνικών αριθμών από τον τηλεφωνικό κατάλογο, ενώ στη συνέχεια σε κάθε νοικοκυριό επιλεγόταν για τη συνέντευξη, το άτομο που είχε πιο πρόσφατα τα γενέθλιά του.

Οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε άτομα ηλικίας 18 με 69 ετών κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου (Φεβρουάριο-Απρίλιο και για τα δύο έτη). Το 2011 το ποσοστό συμμετοχής έφτασε το 80,5%, με τις απαντήσεις στις 2820 κλήσεις που έγιναν να ταξινομούνται ως εξής: 2256 (80,5%) επιτυχώς ολοκληρωμένες συνεντεύξεις, 203 (7,2%) κληθέντες έκλεισαν αμέσως το τηλέφωνο και 347 (12,3%) αρνήθηκαν να συμμετέχουν ή δεν ολοκλήρωσαν τη συνέντευξη. Το ποσοστό συμμετοχής για

το 2009 ήταν 78% (4,2% έκλεισαν αμέσως το τηλέφωνο και 17,8% αρνήθηκαν να συμμετέχουν ή δεν ολοκλήρωσαν τη συνέντευξη). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους συμμετέχοντες και σε αυτούς που αρνήθηκαν να λάβουν μέρος, αναφορικά με το φύλο, την ηλικία και τον τόπο διαμονής τους ($p > 0,05$).

Το δείγμα του 2011, αποτελούμενο από 1090 άνδρες και 1166 γυναίκες, σταθμίστηκε σύμφωνα με το φύλο, την ηλικία και τον μόνιμο τόπο διαμονής, σε συνάφεια με την πληθυσμιακή απογραφή του 2001. Η πιθανότητα σφάλματος δειγματοληψίας ανέρχεται στο $\pm 2,06\%$, με βαθμό εμπιστοσύνης 95%. Στον πίνακα 1 παρατίθενται τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του 2009 και 2011, μαζί με τα στοιχεία από την τελευταία απογραφή του 2001. Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων είναι παρόμοια και βρίσκονται σε συμφωνία με τα δεδομένα της πληθυσμιακής απογραφής, επιβεβαιώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τη συγκρισιμότητα των δύο ερευνών, καθώς και την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Συνέντευξη

Διαταραχή γενικευμένου άγχους

Για τον εντοπισμό της ΔΓΑ, ακολουθήθηκε παρόμοια διαδικασία με αυτή που εφαρμόστηκε στον εντοπισμό ΜΚΕ. Η ανίχνευση ΔΓΑ έγινε με το σχετικό εργαλείο από τη Δομημένη Κλινική Συνέντευξη (SCID-I).³³ Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν πως βίωναν τα δύο βασικά συμπτώματα της ΔΓΑ (υπερβολικό άγχος και ανησυχία, την οποία αισθάνονταν ότι είναι δύσκολο να ελέγξουν, για μια σειρά γεγονότων ή δραστηριοτήτων μιας περιόδου τουλάχιστον 6 μηνών), ρωτήθηκαν εάν βίωναν 6 επιπρόσθετα συμπτώματα τα οποία να είναι παρόντα τις περισσότερες μέρες κατά τη διάρκεια του ίδιου χρονικού διαστήματος. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες που ανέφεραν τουλάχιστον 3 συμπτώματα, ρωτήθηκαν εάν ο εστιασμός του άγχους και της ανησυχίας περιορίζεται σε στοιχεία μιας διαταραχής του Άξονα Ι (π.χ. το άγχος και η ανησυχία οφείλονται στο ότι θα έχει Προσβολή Πανικού, ότι θα νιώσει αμηχανία, ότι θα μολυνθεί ή ότι θα βάλει βάρος) και εάν τα συμπτώματα αυτά επηρεάζουν την ικανότητά τους να ανταποκριθούν επαρκώς σε σημαντικούς τομείς της κα-

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος το 2009 και το 2011 συγκρινόμενα με την απογραφή της ΕΛΣΤΑΤ του 2001.

	2009		2011		2001
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	(%)
<i>Φύλο</i>					
Άνδρας	1080	49,3	1090	48,3	46,8
Γυναίκα	1112	50,7	1166	51,7	54,2
<i>Ηλικία</i>					
<24	210	9,6	223	9,9	9,2
25-34	411	18,7	426	18,9	19,8
35-44	325	14,8	367	16,3	16,2
45-54	452	20,6	425	18,8	19,4
55-64	384	17,5	368	16,3	16,0
65+	409	18,6	447	19,8	18,4
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>					
Άγαμος/η	486	22,2	455	20,2	21,0
Έγγαμος/η	1487	67,8	1585	70,3	70,0
Χήρος/α	123	5,9	138	6,1	7,1
Διαζευγμένος/η	96	4,3	78	3,5	3,0
<i>Εκπαίδευση (χρόνια)</i>					
<11	1077	49,1	1351	59,9	61,0
12	813	37,1	654	29,0	28,0
>13	302	13,8	251	11,1	11,0
<i>Τόπος Κατοικίας</i>					
Αθήνα/Υπόλοιπο Αττικής	808	36,9	847	37,5	39,3
Θεσσαλονίκη/Κεντρική					
Μακεδονία	275	12,5	388	17,2	15,0
Υπόλοιπη Ελλάδα	1109	50,6	1021	45,3	45,7

θημερινότητάς τους, όπως η δουλειά και η προσωπική τους ζωή. Επιπλέον, κλήθηκαν να απαντήσουν σε 4 ερωτήσεις σχετικά με το χρονικό διάστημα που προηγήθηκε της έναρξης των συμπτωμάτων τους: «Προτού εμφανιστούν αυτές οι αλλαγές, ήσουν... (1) σωματικά άρρωστος, (2) έπαιρνες κάποια φαρμακευτική αγωγή, (3) κατανάλωνες αλκοόλ ή έκανες χρήση ουσιών»; και (4) «αυτό εμφανιζόταν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια μιας άλλης διαταραχής»; Προκειμένου να πληρούν τα κριτήρια ΔΓΑ, τα συμπτώματα δεν θα έπρεπε να μπορούν να εξηγηθούν από γενική ιατρική κατάσταση, από άμεση ψυχολογική επίδραση κάποιας ουσίας (κατάχρηση ουσιών ή φαρμακευτικής αγωγής) ή από ύπαρξη κάποιας άλλης διαταραχής.

Για την επαλήθευση της αξιοπιστίας της διάγνωσης, ένα τυχαίο δείγμα των κλήσεων (10%), εκτι-

μήθηκε από τους 10 εκ των 20 συνεντευκτών. Ο δείκτης Fleiss Kappa βρέθηκε να είναι 0,87 το 2011 και 0,88 το 2009. Επιπλέον, ένα τυχαίο δείγμα συμμετεχόντων (10%), συμφώνησε να υποβληθεί σε συνέντευξη από έναν ψυχίατρο σε δεύτερο χρόνο. Ο βαθμός συμφωνίας έφθασε το 83% για το 2009 και το 82% για το 2011. Για να αποφευχθεί η πιθανότητα εντοπισμού λανθασμένων θετικών και αρνητικών περιπτώσεων, ένα 12% σωστών αρνητικών και θετικών περιπτώσεων γενικευμένης αγχώδους διαταραχής των τελικών δειγμάτων υποβλήθηκαν ξανά στη διαδικασία συνέντευξης μέσα σε διάστημα μιας εβδομάδας. Τα ποσοστά ευαισθησίας (sensitivity) και ειδικότητας (specificity) ήταν 87% και 88% αντίστοιχα για τη μελέτη του 2009, ενώ παρόμοια ποσοστά βρέθηκαν και για τη μελέτη του 2011: 89% ευαισθησία και 88% ειδικότητα.

Μείζων κατάθλιψη

Για τον εντοπισμό Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (ΜΚΕ), χρησιμοποιήθηκε το σχετικό εργαλείο από τη Δομημένη Κλινική Συνέντευξη (SCID-I).³³ Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν πως βίωναν το ένα ή και τα δύο σοβαρά συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης (καταθλιπτική διάθεση ή συνεχή έλλειψη ενδιαφέροντος/κινήτρου για τουλάχιστον δύο εβδομάδες τον προηγούμενο μήνα), ρωτήθηκαν εάν βίωναν 7 επιπρόσθετα συμπτώματα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τον τελευταίο μήνα. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες που ανέφεραν τουλάχιστον 5 συμπτώματα, ρωτήθηκαν εάν τα συμπτώματα αυτά επηρέαζαν την ικανότητά τους να ανταποκριθούν επαρκώς σε σημαντικούς τομείς της καθημερινότητάς τους, όπως η δουλειά και η προσωπική τους ζωή. Επιπλέον, κλήθηκαν να απαντήσουν σε 4 ερωτήσεις σχετικά με το χρονικό διάστημα που προηγήθηκε της έναρξης των συμπτωμάτων τους: «Προτού εμφανιστούν αυτές οι αλλαγές, ήσουν... (1) σωματικά άρρωστος, (2) έπαιρνες κάποια φαρμακευτική αγωγή, (3) καταναλώνες αλκοόλ ή έκανες χρήση ουσιών»; και (4) «αυτό ξεκίνησε μετά τον θάνατο κάποιου δικού σου ανθρώπου»; Προκειμένου να πληρούν τα κριτήρια μείζονος κατάθλιψης, τα συμπτώματα δεν θα έπρεπε να μπορούν να εξηγηθούν από γενική ιατρική κατάσταση, από άμεση ψυχολογική επίδραση κάποιας ουσίας (κατάχρηση ουσιών ή φαρμακευτικής αγωγής) ή από κατάσταση πένθους.

Για την επαλήθευση της αξιοπιστίας της διάγνωσης, ένα τυχαίο δείγμα των κλήσεων (10%), εκτιμήθηκε από τους 10 εκ των 20 συνεντευκτών. Ο δείκτης Fleiss Kappa βρέθηκε να είναι 0,90 το 2011 και 0,88 το 2009. Επιπλέον, ένα τυχαίο δείγμα συμμετεχόντων (10%), συμφώνησε να υποβληθεί σε συνέντευξη από έναν ψυχίατρο σε δεύτερο χρόνο. Ο βαθμός συμφωνίας έφθασε το 86% για το 2009 και το 87% για το 2011. Για να αποφευχθεί η πιθανότητα εντοπισμού λανθασμένων θετικών και αρνητικών περιπτώσεων, ποσοστό 12% σωστών αρνητικών και θετικών περιπτώσεων μείζονος κατάθλιψης των τελικών δειγμάτων υποβλήθηκε ξανά στη διαδικασία συνέντευξης μέσα σε διάστημα μίας εβδομάδος. Τα ποσοστά ευαισθησίας (sensitivity) και ειδικότητας (specificity) ήταν 88% και 91% αντίστοιχα

για τη μελέτη του 2009, ενώ παρόμοια ποσοστά βρέθηκαν και για τη μελέτη του 2011: 90% ευαισθησία και 92% ειδικότητα.

Το SCID-I έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό και χρησιμοποιείται ευρέως σε κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες.³⁴⁻³⁶

Οικονομική δυσχέρεια

Για την εκτίμηση του βαθμού οικονομικής δυσχέρειας των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε ο Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (Index of Personal Economic Distress, IPED),¹⁹ ο οποίος περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις που περιγράφουν τη δυσκολία των συμμετεχόντων στο να ανταποκριθούν στις καθημερινές οικονομικές απαιτήσεις ενός νοικοκυριού –που κυμαίνονται από την πληρωμή ενός δανείου μέχρι τις αγορές στο Super Market– κατά τη διάρκεια του τελευταίου εξαμήνου. Οι απαντήσεις δίνονται σε μια τριτοβάθμια κλίμακα, αντικατοπτρίζοντας τις εξής διαστάσεις συχνότητας: σπάνια (1), μερικές φορές, (2) και συχνά (3), ενώ το συνολικό σκορ της κλίμακας κυμαίνεται από 8 (καθόλου οικονομικά προβλήματα) μέχρι 24 (σοβαρά οικονομικά προβλήματα). Σε παλαιότερη αναζήτηση σχετικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας, αναγνωρίστηκε η τιμή «15» ως το σημείο διάκρισης που δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα ευαισθησίας και ειδικότητας.¹⁹ Σύμφωνα με αυτό, οι συμμετέχοντες που πέφτουν κάτω από το σημείο διάκρισης θεωρείται πως βρίσκονται σε χαμηλή οικονομική δυσχέρεια, ενώ οι συμμετέχοντες που σκοράρουν πάνω από αυτό θεωρείται πως αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Η κλίμακα εμφάνισε καλή εσωτερική συνοχή (πίνακας 2).

Επιπλέον, συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικές με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής, το μορφωτικό επίπεδο και η επαγγελματική κατάσταση και αντλήθηκαν δεδομένα σχετικά με πρόσφατες συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας, όπως η επαφή με ειδικούς ψυχικής υγείας και η χρήση φαρμακευτικής αγωγής.

Για τη διενέργεια της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τηλεφωνικής συνέντευξης, μέθοδος παρόμοια με αυτή που ακολουθήθηκε στην αρχική μελέτη του 2008.¹⁹ Μεταξύ άλλων,¹⁹ η τηλεφω-

Πίνακας 2. Δείκτης προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας: μέσος όρος ανά μεταβλητή και συνολική κλίμακα.

	2011	
	\bar{x} (τ.α.)	α^*
1. Δυσκολία να πληρώσουν τους τρέχοντες λογαριασμούς	2,36 (0,79)	0,93
2. Δυσκολία να πληρώσουν τη δόση κάποιου δανείου	2,43 (0,79)	0,92
3. Δυσκολία να πληρώσουν την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας	2,58 (0,72)	0,92
4. Καθυστερούν να πληρώσουν το ενοίκιο της κατοικίας	2,69 (0,65)	0,92
5. Δεν μπορούν να πληρώσουν τα δίδακτρα φροντιστηρίων	2,69 (0,64)	0,92
6. Δεν μπορούν να καλύψουν τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης	2,6 (0,70)	0,92
7. Δεν μπορούν να καλύψουν τα έξοδα στο Super Market	2,33 (0,80)	0,93
8. Δυσκολία να πληρώσουν τη δόση του αυτοκινήτου	2,48 (0,72)	0,93
Συνολική Κλίμακα	10,97 (4,46)	0,93

*Δείκτης Αξιοπιστίας Cronbach α

νική συλλογή πληροφοριών τη δεδομένη χρονική περίοδο παρέχει και ένα επιπρόσθετο σημαντικό όφελος, έναντι της προσωπικής συνέντευξης. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης επισημαίνοντας την ανησυχητική αύξηση των επιπέδων εγκληματικότητας συντελούν στην ενίσχυση του ήδη υπάρχοντος κλίματος δυσπιστίας και φόβου που επικρατεί στην ελληνική κοινωνία.³⁷ Συνεπώς, η επικρατούσα αυτή αρνητική κατάσταση θα μπορούσε να οδηγήσει σε δισταγμό ενός μεγάλου μέρους των πολιτών να δεχθούν στο σπίτι τους κάποιον άγνωστο, συντελώντας σε αύξηση του ποσοστού άρνησης συμμετοχής και κατ' επέκταση του μεροληπτικού σφάλματος.

Η μέθοδος της τηλεφωνικής συνέντευξης σε θέματα υγείας και ψυχικής υγείας θεωρείται αξιόπιστη και έγκυρη.^{38,39} Όπως έχει υποστηριχθεί σε προηγούμενη μελέτη,¹⁹ τα ευρήματα ψυχιατρικών μελετών βασισμένων στην τηλεφωνική συνέντευξη είναι συγκρίσιμα με αυτά που λαμβάνονται από αντίστοιχες προσωπικές συνεντεύξεις.³⁹⁻⁴¹

Διαδικασία

Η τηλεφωνική συνέντευξη ξεκινούσε μετά την προφορική συναίνεση του συμμετέχοντα. Η σειρά με την οποία τα δεδομένα συγκεντρώνονταν ήταν παρόμοια τόσο για τη μελέτη του 2009 όσο και του 2011, με τις ερωτήσεις που αφορούν στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και στις αντίστοιχες για τον Δείκτη Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας να προηγούνται έναντι αυτών για την ανίχνευση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και διαταραχής γενικευμένου άγχους. Οι ερωτήσεις της συνέντευξης ήταν αποθηκευμένες σε κεντρική ηλεκτρονική βάση δεδομένων και εμφανίζονταν στον υπολογιστή κάθε συνεντευκτή. Κάθε συνεντευκτής περνούσε τις απαντήσεις που λάμβανε κατευθείαν στον υπολογιστή του. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε διευκόλυνε την όλη διαδικασία της τηλεφωνικής συνέντευξης και βρίσκεται σε συμφωνία με την αντίστοιχη που είχε αναφερθεί από τους Ketola & Klockars.⁴²

Όλες οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν από καλά εκπαιδευμένους συνεντευκτές, πτυχιούχους κοινωνικών επιστημών. Η διάρκεια της εκπαίδευσης ήταν 60 ώρες και το περιεχόμενο περιελάμβανε εισηγήσεις ενημερωτικού χαρακτήρα, παιχνίδια ρόλων και πιλοτικές τηλεφωνικές συνεντεύξεις οι οποίες μαγνητοφωνούνταν και επανεξετάζονταν. Η πλειοψηφία των συνεντευκτών που συνέλεξαν πληροφορίες στη μελέτη του 2009 συμμετείχε ξανά και στη μελέτη του 2011.

Η μελέτη έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής και διεξήχθη σύμφωνα με τα αντίστοιχα πρότυπα, όπως έχουν οριστεί στην Διακήρυξη του Ελσίνκι του 1964.

Στατιστικές μέθοδοι

Σε όρους περιγραφικής στατιστικής χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες για τις κατηγορικές μεταβλητές και μέσος όρος και τυπικές αποκλίσεις για τις συνεχείς μεταβλητές. Για την τεκμηρίωση ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών σε τετράπτυχους πίνακες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση χ^2 (με διόρθωση Yates). Για τη μελέτη της έντασης της σχέσης που υπάρχει μεταξύ δύο μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο λόγος των σχετικών πιθανοτήτων (odds ratio). Όλες οι αναλύσεις έγιναν βάσει του Στατιστικού Πακέτου για τις Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS).

Αποτελέσματα**Πιθανότητα επικράτησης μείζονος κατάθλιψης**

Το 2011, το ποσοστό επικράτησης ενός μηνός της μείζονος κατάθλιψης παρουσίασε αύξηση της τάξεως του 20,6% σε σχέση με το 2009, ωστόσο σε στατιστικά μη σημαντικό βαθμό ($p>0,05$). Συγκεκριμένα, ο συνολικός βαθμός επικράτησης ενός μηνός της μείζονος κατάθλιψης έφτασε το 8,2% για το 2011, ενώ ο αντίστοιχος για το 2009 ήταν 6,8%. Ωστόσο μεταξύ των ετών 2009 και 2011 παρατηρούνται αρκετές μεταβολές της σχετικής πιθανότητας επικράτησης μείζονος κατάθλιψης ως προς συγκεκριμένες κατηγορίες των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών.

Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 3, από το έτος 2009 στο 2011 παρατηρούνται σημαντικές αλ-

λαγές στις ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού που φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από τη συνεχιζόμενη οικονομική κρίση. Χαρακτηριστικά, άτομα ηλικίας 45 ετών και άνω έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν μείζονα κατάθλιψη το 2011 συγκριτικά με το 2009. Πιο συγκεκριμένα, άτομα ηλικίας 45–54 είναι 2,5 φορές πιο πιθανό, ηλικίας 55–64 ετών 1,9 φορές και ηλικίας 65 και άνω 2,6 φορές.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, οι έγγαμοι παρουσιάζουν 2,3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μείζονα κατάθλιψη το 2011 συγκριτικά με το 2009. Επίσης, μεταβολή παρατηρείται στα άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου (απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και άτομα που

Πίνακας 3. Μεταβολές στην επικράτηση ενός μηνός της μείζονος κατάθλιψης μεταξύ του 2009 και 2011 ως προς τις υποκατηγορίες των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών.

	2009	2011	$\chi^2(df)$	OR	95% CI
<i>Φύλο</i>					
Άνδρας	5,5%	6,3%	0,56 (1)	1,2	(0,815–1,668)
Γυναίκα	8,2%	9,9%	1,80 (1)	1,2	(0,923–1,642)
<i>Ηλικία</i>					
<24	16,5%	8,6%	8,71 (1) ²	0,5	(0,297–0,771)
25–34	15,0%	13,6%	0,10 (1)	0,9	(0,557–1,449)
35–44	3,8%	6,4%	1,64 (1)	1,7	(0,823–3,540)
45–54	4,0%	9,2%	7,99 (1) ²	2,5	(1,336–4,547)
55–64	4,1%	7,6%	4,00 (1) ¹	1,9	(1,053–3,472)
65+	2,1%	5,2%	4,79 (1) ¹	2,6	(1,154–5,870)
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>					
Άγαμος/η	15,4%	7,9%	15,02 (1)	0,5	(0,326–0,690)
Έγγαμος/η	3,9%	8,4%	24,75 (1) ³	2,3	(1,635–3,125)
Διαζευγμένος/η	8,8%	6,5%	0,09 (1)	0,7	(0,243–2,150)
Χήρος/α	6,5%	7,4%	0,00 (1)	1,2	(0,416–3,176)
<i>Εκπαίδευση (χρόνια)</i>					
<11	4,7%	7,3%	3,49 (1) ¹	1,6	(1,006–2,618)
12	10,8%	8,0%	1,38 (1)	0,7	(0,430–1,185)
>13	8,3%	8,4%	0,00 (1)	1,0	(0,741–1,376)
<i>Τόπος κατοικίας</i>					
Αθήνα/Υπόλοιπο Αττικής	7,3%	10,20	3,85 (1) ¹	1,4	(1,015–2,028)
Υπόλοιπη Ελλάδα	6,6%	7,0%	1,10 (1)	1,1	(0,790–1,427)
<i>Απασχόληση</i>					
Άνεργοι	4,0%	11,2%	4,27 (1) ¹	3,0	(1,116–8,152)
Οικονομικά ενεργός πληθυσμός	5,6%	8,6%	6,17 (1) ¹	1,6	(1,109–2,210)
Μη οικονομικά ενεργός πληθυσμός	7,2%	6,4%	0,13 (1)	0,9	(0,627–1,334)

χ^2 με διόρθωση Yates: ¹ $p<0,05$ ² $p<0,01$ ³ $p<0,001$

δεν έχουν τελειώσει το Λύκειο) παρουσιάζοντας το 2011 1,6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης σε σχέση με την αντίστοιχη πιθανότητα το 2009. Οι κάτοικοι της Αθήνας και των προαστίων έχουν 1,4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης το 2011 σε σχέση με το 2009.

Τέλος μεγάλη μεταβολή παρουσιάζεται στους ανέργους, θύματα της οικονομικής κρίσης. Ενδεικτικό είναι ότι οι άνεργοι το 2011 είναι 3 φορές πιο πιθανό να παρουσιάσουν μείζονα κατάθλιψη από ό,τι το 2009. Ωστόσο, εκτός από τους ανέργους και οι εργαζόμενοι αποδεικνύεται ότι έχουν επηρεαστεί, παρουσιάζοντας 1,6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης το 2011.

Πιθανότητα επικράτησης διαταραχής γενικευμένου άγχους

Το 2011, το ποσοστό επικράτησης ενός έτους της ΔΓΑ παρουσίασε αύξηση της τάξεως του 5,3% σε σχέση με το 2009, ωστόσο σε στατιστικά μη σημαντικό βαθμό ($p > 0,05$). Συγκεκριμένα, ο συνολικός βαθμός επικράτησης ενός έτους της ΔΓΑ έφτασε στο 4,0% για το 2011, ενώ ο αντίστοιχος για το 2009 ήταν 3,8%. Όπως και στη μείζονα κατάθλιψη έτσι και στη ΔΓΑ, μεταξύ των ετών 2009 και 2011 παρατηρούνται αρκετές μεταβολές της σχετικής πιθανότητας επικράτησης ως προς συγκεκριμένες κατηγορίες των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών.

Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 4, από το έτος 2009 στο 2011 παρατηρείται σημαντική αύξηση της

Πίνακας 4. Μεταβολές στην επικράτηση ενός χρόνου γενικευμένης αγχώδους διαταραχής μεταξύ του 2009 και του 2011 ως προς τις υποκατηγορίες των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών.

	2009	2011	$\chi^2(df)$	OR	95% CI
Φύλο					
Άνδρας	1,9%	3,4%	3,85 (1) ¹	1,8	(1,030–3,047)
Γυναίκα	5,6%	4,6%	0,85 (1)	0,8	(0,566–1,196)
Ηλικία					
<24	3,2%	2,5%	0,05 (1)	0,8	(0,307–2,036)
25–34	0,9%	5,4%	8,10 (1) ²	5,9	(1,668–21,025)
35–44	1,1%	5,8%	7,98 (1) ²	5,3	(1,586–17,501)
45–54	6,3%	3,1%	4,04 (1) ¹	0,5	(0,237–0,940)
55–64	7,9%	5,2%	1,80 (1)	0,6	(0,349–1,161)
65+	0,0%	2,9%	10,57 (1)	–	–
Οικογενειακή κατάσταση					
Άγαμος	3,9%	2,7%	0,85 (1)	0,7	(0,361–1,338)
Έγγαμος/η	3,0%	4,8%	6,31 (1) ¹	1,7	(1,131–2,456)
Διαζευγμένος/η	2,5%	5,6%	0,43 (1)	2,3	(0,451–11,677)
Χήρος/α	14,8%	0,0%	15,16 (1) ³	–	–
Εκπαίδευση (χρόνια)					
<11	6,0%	3,1%	4,12 (1) ¹	0,5	(0,270–0,948)
12	2,0%	4,1%	1,88 (1)	2,1	(0,823–5,423)
>13	1,5%	4,2%	11,84 (1) ¹	3,0	(1,585–5,522)
Τόπος κατοικίας					
Αθήνα/Υπόλοιπο Αττικής	2,2%	6,4%	16,11 (1) ³	3,0	(1,737–5,141)
Υπόλοιπη Ελλάδα	4,7%	2,6%	7,92 (1) ²	0,6	(0,363–0,825)
Απασχόληση					
Άνεργοι	9,6%	5,3%	1,57 (1)	0,5	(0,227–1,243)
Οικονομικά ενεργός πληθυσμός	1,6%	4,3%	11,2 (1) ³	2,7	(1,512–4,832)
Μη Οικονομικά ενεργός πληθυσμός	5,2%	3,1%	3,96 (1) ¹	0,6	(0,360–0,968)

χ^2 με διόρθωση Yates: ¹ $p < 0,05$ ² $p < 0,01$ ³ $p < 0,001$

ΔΓΑ στους άντρες, παρουσιάζοντας 1,8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης ΔΓΑ το 2011 σε σχέση με την αντίστοιχη πιθανότητα το 2009. Η επιδείνωση της οικονομικής κρίσης φαίνεται να επηρεάζει τις πιο παραγωγικές ηλικίες (25–44) ως προς την επικράτηση της ΔΓΑ. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα ηλικίας 25–34 έχουν σχεδόν 6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης ΔΓΑ το 2011 σε σχέση με το 2009. Εξίσου μεγάλη πιθανότητα παρατηρήθηκε και για τις ηλικίες 35–44 (5,3 φορές).

Η πιθανότητα εκδήλωσης ΔΓΑ στους έγγαμους παρουσιάστηκε να είναι 1,7 φορές μεγαλύτερη το 2011 σε σχέση με το 2009. Μεταβολές βρέθηκαν και ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο. Άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου (απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) είναι 3 φορές πιο πιθανό να εκδηλώσουν ΔΓΑ το 2011 από ό,τι το 2009.

Αντίστοιχα, οι κάτοικοι της Αθήνας και των προαστίων είναι 3 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν ΔΓΑ το 2011 από ό,τι το 2009. Τέλος, η πιθανότητα εκδήλωσης ΔΓΑ στον εργαζόμενο πληθυσμό είναι 2,7 φορές μεγαλύτερη το 2011 από ό,τι το 2009.

Δείκτης προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας

Για τη συγκεκριμένη ανάλυση, η προσωπική οικονομική δυσχέρεια χρησιμοποιήθηκε ως κατηγορική μεταβλητή εφαρμόζοντας το σημείο διάκρισης 15, που περιγράφηκε στις Μεθόδους.

Όπως απεικονίζεται στον πίνακα 5, η πιθανότητα εκδήλωσης μείζονος κατάθλιψης στα άτομα με υψηλή οικονομική δυσχέρεια είναι 4 φορές μεγαλύτερη από ό,τι η αντίστοιχη πιθανότητα στα άτομα με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια. Ο αντίστοιχος έλεγχος που έγινε για να μελετηθεί η σχέση του δείκτη ως προς τη ΔΓΑ δεν έδειξε να παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις.

Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη έχει στόχο να προσθέσει στοιχεία και να καλύψει ερευνητικά κενά, στη διερεύνηση των επιπτώσεων της παρατεταμένης οικονομικής κρίσης που πλήττει την ελληνική κοινωνία, στην ψυχική υγεία των πολιτών. Για τον σκοπό αυτόν, παραθέτει δεδομένα σχετικά με τις επιδράσεις της σταδιακά επιδεινούμενης οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης της χώρας στην επικράτηση ΔΓΑ και μείζονος κατάθλιψης για τα έτη 2009 και 2011. Επιπρόσθετα, μελετά τυχόν συσχέτιση μεταξύ προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας και εμφάνισης ΔΓΑ καθώς και μείζονος κατάθλιψης.

Αναφορικά με την επικράτηση ενός μηνός της μείζονος κατάθλιψης το έτος 2011, παρατηρείται μια τάση αύξησης της τάξεως του 20,6% σε σχέση με το 2009, ωστόσο σε στατιστικά μη σημαντικό βαθμό. Η μη στατιστικά σημαντική μεταβολή του ποσοστού μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι το έτος 2009 είναι ήδη έντονα αισθητές οι άμεσες πρώτες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, ενώ έκτοτε παρατηρείται μια σταδιακή, χωρίς αιφνίδιες μεταβολές, επιδείνωση της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης της χώρας. Ωστόσο, μεταξύ των δύο ετών εντοπίζονται σημαντικές αλλαγές ως προς τις ομάδες πληθυσμού που εμφανίζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Χαρακτηριστικά, ενώ το 2011 παρατηρείται μια τάση αύξησης σχεδόν σε όλες τις υπο-ομάδες του ελληνικού πληθυσμού ως προς την πιθανότητα εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης, αυτοί που φαίνεται να επηρεάζονται πιο έντονα από τις επιπτώσεις της παρατεταμένης οικονομικής κρίσης, με διαφορετικούς τρόπους, είναι άτομα συγκεκριμένων κατηγοριών: άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (45 ετών και άνω), χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, οι έγγαμοι, όσοι διαβιούν στην Αθήνα και οι άνεργοι, ενώ φαίνεται ότι από τη δυσμενή αυτή κατάσταση δεν μένουν

Πίνακας 5. Δείκτης προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας το 2011 ως προς τη μείζονα κατάθλιψη και τη ΔΓΑ

	Χαμηλή οικονομική δυσχέρεια	Υψηλή οικονομική δυσχέρεια	χ^2 (df)	OR	95% CI
ΜΚ	6,2%	20,9%	37,6 (1) ³	4,00	(2,527–6,331)
ΓΑΔ	1,8%	4,1%	2,35 (1)	2,26	(0,917–5,590)

χ^2 με διόρθωση Yates: ¹p<0,05 ²p<0,01 ³p<0,001

ανεπηρέαστοι ούτε όσοι διατηρούν κάποια θέση εργασίας.

Το ποσοστό επικράτησης ενός έτους της ΔΓΑ το 2011, παρουσιάζει μικρή αύξηση της τάξεως του 5,3% σε σχέση με το 2009, η οποία δεν αγγίζει τα όρια στατιστικής σημαντικότητας. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έρχονται σε συμφωνία με ευρήματα άλλων μελετών. Χαρακτηριστικά, σε παρόμοια έρευνα που διεξήχθη στο Καναδά, επίσης δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές στο ποσοστό επικράτησης ενός έτους της ΔΓΑ.⁴³ Ωστόσο, όπως και με τα αποτελέσματα της μείζονος κατάθλιψης ομοίως και με τη ΔΓΑ, μεταξύ των ετών 2009 και 2011 παρατηρούνται αρκετές στατιστικά σημαντικές μεταβολές ως προς ορισμένες μόνο κατηγορίες των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών. Συγκεκριμένα, αυτοί που φαίνεται να επηρεάζονται πιο έντονα από τις επιπτώσεις της παρατεταμένης οικονομικής κρίσης, εμφανίζοντας αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης ΔΓΑ είναι: οι άνδρες, άτομα ηλικίας 25 με 44 ετών και ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, οι έγγαμοι, αυτοί που ζουν στην Αθήνα και όσοι διατηρούν κάποια θέση εργασιακής απασχόλησης.

Το ιδιαίτερο ενδιαφέρον της παρούσας μελέτης, εντοπίζεται στη συγκριτική παρουσίαση των ποσοστών επικράτησης μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων και διαταραχής γενικευμένου άγχους, ανά πληθυσμιακές ομάδες. Για παράδειγμα, ενώ τα άτομα ηλικίας 45 ετών και άνω εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν μείζονα κατάθλιψη, τα άτομα ηλικίας 25 με 44 ετών που βρίσκονται στην πλέον παραγωγική και δημιουργική περίοδο της ζωής τους είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν ΔΓΑ. Η ερμηνεία αυτών των ευρημάτων μπορεί να γίνει με βάση το θεωρητικό μοντέλο που υποστηρίζει ότι στη ζωή ενός ατόμου, το βίωμα της απώλειας σχετίζεται με την εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ενώ η απειλή της απώλειας συνδέεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους.⁴⁴ Ως απώλεια ορίζεται είτε ο θάνατος αγαπημένων προσώπων είτε η απώλεια υλικών/οικονομικών αγαθών ή και ιδεών.⁴⁴ Ως εκ τούτου, τα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών που καλούνται να αντιμετωπίσουν πολλαπλές υποχρεώσεις και να ανταποκριθούν σε ποικίλους οικογενειακούς και επαγγελματικούς ρόλους εμφανίζονται πιο πιθανά στην εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης, καθώς

έχει βρεθεί, ότι η απώλεια εργασίας σε άτομα με αυξημένα οικογενειακά καθήκοντα και αντίστοιχες οικονομικές υποχρεώσεις είναι επιβαρυντικός παράγοντας που αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.^{10,44-47} Από την άλλη, οι παράγοντες που φαίνεται να καθιστούν τα άτομα νεότερης ηλικίας ιδιαιτέρως ευάλωτα στην πιθανότητα εκδήλωσης ΔΓΑ, είναι η συνεχής απειλή της απώλειας εργασίας, η απουσία επαγγελματικών προοπτικών και οι δυσμενείς συνθήκες που προδιαγράφουν το εργασιακό τους μέλλον, ενισχύοντας το αίσθημα της μη ικανοποίησης και της αδυναμίας να ανταποκριθούν επαρκώς στους ρόλους και τις απαιτήσεις της ηλικίας τους.^{44,48}

Με παρόμοιο τρόπο, τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης μείζονος κατάθλιψης, ενώ αυτά υψηλού μορφωτικού επιπέδου εμφανίζονται επιρρεπή στην πιθανότητα εμφάνισης ΔΓΑ. Ενδεχομένως, τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας που παρατηρούνται στα άτομα χαμηλότερων επιπέδων εκπαίδευσης συνδέονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στις εν λόγω ομάδες, καθώς βιώνουν έντονα το αίσθημα της απώλειας της εργασίας.^{44,49} Από την άλλη, τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου βιώνουν έντονο άγχος λόγω της συνεχούς απειλής της απώλειας εργασίας. Η έντονη εργασιακή ανασφάλεια και αβεβαιότητα που επικρατεί στην περιρρέουσα ατμόσφαιρα συντελεί στη διαρκώς αυξανόμενη προσπάθεια επαρκούς ανταπόκρισης στις εργασιακές απαιτήσεις για διατήρηση της εργασίας τους. Για τον σκοπό αυτόν αυξάνονται σε σημαντικό βαθμό ο φόρτος και οι ώρες εργασίας, τα οποία έχουν βρεθεί πως σχετίζονται άμεσα και ενισχύουν σημαντικά τον κίνδυνο εκδήλωσης ΔΓΑ.^{11,43,50,51}

Στην επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών, το να είναι κανείς έγγαμος, αποτελεί προστατευτικό παράγοντα εκδήλωσης μείζονος κατάθλιψης και ΔΓΑ.⁵²⁻⁵⁴ Ωστόσο, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι εν μέσω οικονομικής κρίσης οι έγγαμοι εμφανίζουν υψηλές πιθανότητες εκδήλωσης από κοινού ΜΚΕ και ΔΓΑ. Τα αυξημένα ποσοστά ΜΚΕ μπορούν να ερμηνευθούν με βάση το Μοντέλο Οικογενειακού Στρες.^{55,56} Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η οικονομική δυσπραγία συντελεί στην αύξηση της δυσφορίας των συζύγων, με τις

καθημερινές αυξημένες οικονομικές υποχρεώσεις στις οποίες αδυνατούν να ανταποκριθούν, να τους γεμίζουν με συναισθήματα άγχους, θυμού, λύπης, απογοήτευσης και απαισιοδοξίας για το μέλλον. Η βιωμένη συναισθηματική δυσφορία οδηγεί τους συζύγους να σχετίζονται και να αλληλεπιδρούν με έναν πιο ευερέθιστο και λιγότερο υποστηρικτικό τρόπο, αυξάνοντας τις μεταξύ τους συγκρούσεις. Οι συζυγικές συγκρούσεις με τη σειρά τους, έχει βρεθεί ότι συνδέονται άμεσα με την εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.⁵⁵⁻⁵⁸ Από την άλλη, τα ποσοστά εμφάνισης ΔΓΑ, δικαιολογούνται από τις αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις των εν λόγω ατόμων σε συνδυασμό με την έντονη εργασιακή αβεβαιότητα και το αίσθημα απειλής της απώλειας εργασίας.⁴⁴ Επιπλέον, οι συζυγικές συγκρούσεις πιθανόν επιτείνουν το αίσθημα απειλής της απώλειας του συζύγου και της οικογενειακής γαλήνης, η οποία έχει βρεθεί ότι συνδέεται με τη ΔΓΑ.⁴⁴

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι εν μέσω οικονομικής κρίσης οι άνεργοι εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης μόνο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ενώ οι εργαζόμενοι εμφανίζονται ευάλωτοι στην εκδήλωση από κοινού μείζονος κατάθλιψης και ΔΓΑ. Πιθανότατα, το υψηλό ποσοστό μείζονος κατάθλιψης στον άνεργο πληθυσμό να σχετίζεται με την απώλεια της εργασίας και των εργασιακών ωφελημάτων,^{11,52,59,60} ενώ στον εργαζόμενο με την απώλεια μέρους του εισοδήματος.^{1,18,43,61} Ωστόσο, οι εργαζόμενοι πέραν της μείωσης του εισοδήματός τους, έχουν να αντιμετωπίσουν και την καθημερινή απειλή της απώλειας εργασίας, η οποία ενισχύει την εργασιακή ανασφάλεια και αβεβαιότητα.⁴⁴ Για να μειώσουν τις πιθανότητες απώλειας της εργασίας και να ανταποκριθούν επαρκώς στις συνεχώς αυξανόμενες εργασιακές απαιτήσεις, επιβαρύνονται με επιπλέον καθήκοντα, φόρτο και ώρες εργασίας, τα οποία αποδεδειγμένα σχετίζονται με την εκδήλωση ΔΓΑ.^{11,43,50,51,62,63} Επιπρόσθετα, σύμφωνα με κάποιες έρευνες,^{59,64} το παρατεταμένο άγχος που επιβαρύνει τους εργαζόμενους λόγω της εργασιακής επισφάλειας που βιώνουν σε καθημερινή βάση, ενδεχομένως σε μελλοντικό χρόνο να μετασηματίζεται σε κατάθλιψη.

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας και

εκδήλωσης μείζονος κατάθλιψης, ενώ ο αντίστοιχος έλεγχος που έγινε για τη διερεύνηση συσχέτισης του εν λόγω δείκτη με τη ΔΓΑ δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με αντίστοιχα άλλων μελετών που καταδεικνύουν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ χαμηλού εισοδήματος και εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.^{18,65,66} Χαρακτηριστικά, σε μια έρευνα που διεξήχθη από τους Sareen et al,¹⁸ βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες με χαμηλό εισόδημα, όπως και αυτοί με σημαντικές πτωτικές μεταβολές στο εισόδημά τους βρίσκονταν σε υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης διαταραχών της διάθεσης. Παρόλ' αυτά, δεδομένου πως η συγκεκριμένη μελέτη διεξήχθη το διάστημα 2001-2005, οι συγγραφείς εξέφρασαν την ανησυχία τους για το εάν τα δεδομένα αυτά θα ίσχυαν και σε περίοδο οικονομικής ύφεσης. Υπέθεσαν πως κατά τη διάρκεια οικονομικής κρίσης η μείωση εισοδήματος ενδεχομένως να μην αποτελεί έναν τόσο αγχογόνο παράγοντα, πιθανότατα επειδή τα άτομα προσπαθούν την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό τους, αποδίδοντας τις εκάστοτε αλλαγές σε γεγονότα που βρίσκονται έξω από τη σφαίρα του δικού τους ελέγχου και βρίσκοντας παρηγοριά στο γεγονός πως η υπάρχουσα κατάσταση είναι ένα φαινόμενο καθολικό από το οποίο κανείς δεν μπορεί να διαφύγει. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι ακόμα και εν μέσω οικονομικής κρίσης τα άτομα που βιώνουν υψηλή οικονομική δυσχέρεια είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, συγκριτικά με αυτά χαμηλής οικονομικής δυσχέρειας. Συμπερασματικά, διαφαίνεται ότι το χαμηλό εισόδημα μπορεί να επιδράσει στην ψυχική υγεία ενός ατόμου, τόσο σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης όσο και οικονομικής ύφεσης. Από την άλλη, αναφορικά με την εκδήλωση ΔΓΑ, φαίνεται ότι οποιαδήποτε αύξηση παρατηρείται στα ποσοστά επικράτησής της ανά πληθυσμιακές ομάδες δεν μπορεί να αποδοθεί και να σχετιστεί με την ύπαρξη προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας.^{18,67} Πιθανότατα, τα αυξανόμενα ποσοστά ΔΓΑ μπορούν να κατανοηθούν μέσω άλλων παραμέτρων, όπως είναι για παράδειγμα η έντονη εργασιακή επισφάλεια και αβεβαιότητα που βιώνουν τα εν λόγω άτομα και τα αυξημένα χρέη που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Σε σχετική μελέτη έχει βρεθεί ότι μεταξύ της συσχέτισης χαμηλού εισοδήματος

και ψυχικής διαταραχής μπορεί να παρεισφρήσει η παράμετρος χρέος, συντελώντας σε σημαντική αύξηση της εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών.⁶⁸ Ωστόσο, θα πρέπει να μελετηθούν περαιτέρω τα συγκεκριμένα ευρήματα προκειμένου να διευκρινιστεί η ακριβής συσχέτιση των μεταβλητών αυτών και να εντοπιστούν τυχόν διαμεσολαβητικοί παράγοντες.

Δυνατότητες και περιορισμοί

Σκοπός της εν λόγω μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι πιθανές επιπτώσεις μιας οικονομικής και κατ' επέκταση κοινωνικο-πολιτικής κρίσης στην ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού. Τα δεδομένα της έρευνας έρχονται σε συμφωνία με αντίστοιχα άλλων μελετών, καταδεικνύοντας πως σε περιόδους οικονομικής κρίσης παρατηρείται σημαντική αύξηση των ποσοστών επικράτησης μείζονος κατάθλιψης. Η εκτίμηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων έγινε με το SCID-I εργαλείο και όχι με ένα εργαλείο ανίχνευσης, όπως το CES-D. Ωστόσο, ενώ η διαγνωστική συνέντευξη δεν έγινε από κάποιον κλινικό και βασίστηκε μόνο σε πληροφορίες που δίνονταν από τον ίδιο τον συμμετέχοντα, οι ψυχομετρικές ιδιότητες της συνέντευξης και της συνακόλουθης διάγνωσης ενισχύουν την εγκυρότητά της.

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων, σχετικά με τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετώπιζαν, δεν μπορούν να επιβεβαιωθούν και από άλλες έγκυρες πηγές. Ενδεχομένως τα άτομα με μείζονα κατάθλιψη, λόγω των διαστρεβλωμένων γνωστικών τους σχημάτων,⁶⁹ να μεγεθύνουν και να υπερτονίζουν τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Ωστόσο, σε μια πρόσφατη έρευνα βρέθηκε πως οι μετρήσεις οικονομικών δυσκολιών που βασίζονται σε αυτοαναφορές είναι παρόμοιες με αντικειμενικές εκτιμήσεις της οικονομικής κατάστασης, ακόμα και στα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη.⁷⁰

Επιπρόσθετα, ενώ οι συγχρονικές μελέτες μπορούν να εντοπίσουν συσχετίσεις, δεν υποδεικνύουν την κατεύθυνση των αιτιολογικών συνδέσεων.

Επίλογος

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, η ψυχική υγεία των ατόμων βρίσκεται σε κίνδυνο καθώς ευνοείται η εκδήλωση ψυχικών διαταραχών και συ-

γκεκριμένα μείζονος κατάθλιψης, ενώ αύξηση παρατηρείται και ως προς τη διαταραχή γενικευμένου άγχους για συγκεκριμένες πληθυσμιακές υποομάδες. Οι ψυχιατρικές αυτές διαταραχές πέραν των σημαντικών επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα του ασθενούς, αποτελούν και ένα σημαντικό οικονομικό φορτίο τόσο για τον ίδιο και την οικογένειά του, όσο και την πολιτεία. Το οικονομικό κόστος της ασθένειας αποδίδεται από κοινού σε άμεσους και έμμεσους, αναφορικά με τον ασθενή και τη νόσο παράγοντες. Το άμεσο κόστος της ασθένειας σχετίζεται με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής και τις διαθέσιμες υπηρεσίες για την ανίχνευση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τόσο της ΔΓΑ όσο και της κατάθλιψης. Το έμμεσο οικονομικό κόστος προκύπτει από τις συχνές απουσίες των πασχόντων από τον εργασιακό τους χώρο και τη μειωμένη λειτουργικότητα και παραγωγικότητα που παρουσιάζουν.⁷¹⁻⁷⁶ Συνεπώς, μεταξύ οικονομικής κρίσης και ψυχικής υγείας δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, με την οικονομική κρίση να επιτείνει την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, η οποία με τη σειρά της, λόγω οικονομικής επιβάρυνσης τόσο των ατόμων που πάσχουν όσο και της πολιτείας να εμποδίζει την ανάκαμψη της οικονομίας.

Επομένως, η παρέμβαση σε αυτόν τον φαύλο κύκλο αποτελεί άμεση προτεραιότητα. Η προστασία των ατόμων υψηλού κινδύνου, η προάσπιση του κοινωνικού κράτους και της ψυχικής υγείας, καθώς και η αποσύνδεσή τους από τα μέτρα λιτότητας που έχουν υιοθετηθεί μπορούν να αντισταθμίσουν τις δυσμενείς συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των πολιτών.^{77,78} Συγκεκριμένα, σύμφωνα και με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, προγράμματα ενίσχυσης της απασχόλησης που αποσκοπούν να βοηθήσουν τα άτομα να διατηρήσουν ή να ξαναβρούν δουλειά, προγράμματα οικογενειακής στήριξης και ελάφρυνσης των χρεών, καθώς και οι προσβάσιμες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν να προλάβουν τις επιπτώσεις της κρίσης στην ψυχική υγεία.¹¹ Παράλληλα, η έμφαση στην ενίσχυση των υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών που αναδύονται λαμβάνει βαρύνουσα σημασία δεδομένης της σύνδεσης αυτών με δείκτες αυτοκτονίας.⁷⁹

Economic crisis and mental health: Effects on the prevalence of common mental disorders

M. Economou,^{1,2} L. Peppou,² S. Fousketaki,³ Ch. Theleritis,²
A. Patelakis,² T. Alexiou,² M. Madianos,⁴ C. Stefanis²

¹First Psychiatric Department, Eginition Hospital, Medical School, University of Athens,

²University Mental Health Research Institute (UMHRI), ³Families Association for Mental Health (SOPSI)

⁴School of Health Sciences, Department of Mental Health and Behavioral Sciences, University of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2013, 24:247–261

Economic crises have been found to bring adverse repercussions on physical and mental health internationally through various pathways. Research corroborates a link between financial distress and common mental disorders. In this context, the University Mental Health Research Institute conducted epidemiological nationwide surveys in an endeavour to gauge the impact of the ongoing financial crisis on the mental health of the Greek population. The purpose of the present analysis pertains to investigating changes in the prevalence of common mental disorders in the population as a whole as well as in various population sub-groups between years 2009 and 2011. In addition, the association of financial strain with common mental disorders was also explored. For investigating the particular research objectives, two cross-sectional surveys following the same methodology were conducted. A random and representative sample of 2192 respondents in 2009 and 2256 respondents in 2011 took part in telephone interviews. Generalized anxiety disorder and major depression were assessed with the germane modules of Structured Clinical Interview, while financial difficulties with the Index of Personal Economic Distress (IPEd), an original scale developed for the purposes of the particular surveys. All measures displayed good psychometric properties. Between the two years, a noteworthy, albeit non-significant, increase in one-prevalence of major depression was documented. On the other hand, the prevalence of generalized anxiety disorder remained largely unchanged. Statistically significant differences in the prevalence of both disorders were reported for particular population subgroups, with married persons and employed people emerging as the most afflicted individuals. Regarding financial distress, it was found to bear a statistically significant association with major depression but not with generalized anxiety disorder. For mitigating the mental health effects of the crisis on the general population, study findings underline the necessity of implementing targeted interventions, tailored to the needs and difficulties of each population sub-group.

Key words: Economic crisis, generalized anxiety disorder, downturn, financial distress, mental health

Βιβλιογραφία

1. Lee S, Guo W, Tsang A, Mak ADP, Wu J, Ng KL et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord* 2010, 126:125–133
2. International Monetary Fund. *World Economic Outlook: A Survey by the Staff of the International Monetary Economic downturns and population mental health 1347 Fund*. International Monetary Fund, Washington, DC, 2009:255
3. Spence AM. The financial and economic crisis and the developing world. *J Policy Model* 2009, 31:502–508
4. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2010, 23:127–130
5. European Commission. *Economic crisis in Europe: causes, consequences and responses*. European Communities, Luxembourg, 2009
6. Schields MA, Wheatley J, Price S. Exploring the economic and social determinants of psychological well-being and perceived social support in England. *JR Stat Soc Series* 2005, 168:513–538
7. Scutella R, Wooden M. The effects of household joblessness on mental health. *Soc Sci Med* 2008, 67:88–100

8. Higginbottom SF, Barling J, Kelloway EK. Linking retirement experiences and marital satisfaction: a meditational model. *Psychol Aging* 1993, 8:508–516
9. Jacobs IA, Podobny MT, Bilusich D. One mechanism underlying contrasting health-economy findings. *Int J Epidemiol* 2007, 36:929–931
10. Goldman-Mellor SJ, Saxton KB, Catalano RC. Economic contraction and mental health: a review of the evidence, 1990–2009. *Int J Ment Health* 2010, 39:6–31
11. World Health Organization. *Impact of economic crises on mental health*. WHO, Geneva, 2011
12. Marmot MG. How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009, 338:b1314
13. Economou A, Nikolaou A. Are recession harmful to health after all? Evidence from the European Union. *J Econ Studies* 2008, 35:368–384
14. Dooley D, Prause J, Ham-Rowbottom KA. Underemployment and depression: longitudinal relationship. *J Health Soc Behav* 2000, 41:421–437
15. Cifuentes M, Sembajwe G, Wo S. The association of major depressive episodes with income inequality and the human development index. *Soc Sci Med* 2008, 67:529–539
16. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011, 10:40–44
17. Catalano R, Goldman-Mellor S, Saxton K, Margerison-Zilko C, Subbaraman M, LeWinn K et al. The health effects of economic decline. *Ann Rev Publ Hlth* 2011, 32:431–450
18. Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson G. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2011, 68:419–427
19. Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis CN. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011, 46:943–952
20. Eurostat. *Report of the revision of the Greek Government deficit and debt figures 2012*. <http://epp.eurostat.e.c.europa.eu/cache/ITY>
21. Eurostat. *At risk of poverty or social exclusion in the EU27, 2012*. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-03122012-AP/EN/3-03122012-AP-EN.PDF
22. Bank of Greece. *Annual reports*. BG Printing Office, Athens, 2010
23. Hellenic Statistical Authority. *Unemployment rate at 16.6% in May 2011*. HSA Printing Office, Piraeus, 2011
24. Eurostat. *Euro area and EU27 government deficit at 60% and 64% of GDP respectively*. Luxembourg, Eurostat, 2011
25. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011, 378:1457–1458
26. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Effects of Greek economy crisis on health are real. *Br Med J* 2012, 345:8602
27. Giotakos O. Financial crisis and mental health. *Psychiatriki* 2010, 21:195–204
28. Giotakos O, Karabelas D, Kafkas A. Financial crisis and mental health in Greece. *Ψυχιατρική* 2011, 22:109–119
29. Anagnostopoulos D, Soumaki E. The impact of socio-economic crisis on mental health of children and adolescents. *Psychiatriki* 2012, 12:13–16
30. Madianos M, Stefanis C. Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992, 27:211–219
31. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis C. Changes in suicidal behavior among nationwide general population samples across Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993, 243:171–178
32. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis C. Symptoms of depression, suicidal behaviour and use of substances in Greece: a nationwide general population survey. *Acta Psychiatr Scand* 1994, 89:159–166
33. First MB, Spitzer R, Gibbon M, Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM IV axis I disorders, patient edition*. Biometrics Research. New York State Psychiatric Institute, New York, 1996
34. Madianos M, Papaghelis M, Philippakis A. The reliability of SCID I in Greece in clinical and general population. *Psychiatriki* 1997, 8:101–108
35. Madianos M, Economou M, Stefanis C. Long-term outcome of psychiatric disorders in the community: a 13 year follow up study in a nonclinical population. *Compr Psychiatry* 1998, 39:47–56
36. Madianos M, Papaghelis M, Joannovich J, Dafni R. Psychiatric disorders in burn patients. A follow-up study. *Psychother Psychosom* 2001, 70:30–37
37. Carassava, A. Crime casts long shadow over Athens. *Los Angeles Times* May 31, 2011
38. Lavrakas PJ. *Telephone Survey Methods: Sampling, Selection and Supervision*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 1993
39. Pridemore WA, Dampousse KR, Moore RK. Obtaining sensitive information from a wary population: a comparison of telephone and face-to-face surveys of welfare recipients in the United States. *Soc Sci Med* 2005, 61:976–984
40. Halbrook AL, Green MC, Krosnick JA. Telephone versus face-to-face interviewing of national probability samples with long questionnaires. *Publ Opin Quart* 2003, 67:79–125
41. Allen K, Cull A, Sharpe M. Diagnosing major depression in medical outpatients: acceptability of telephone interviews. *J Psychosom Res* 2003, 55:385–387
42. Ketola E, Klockars M. Computer-assisted telephone interview (CATI) in primary care. *Fam Pract* 1999, 16:179–183
43. Wang JL, Smailes E, Sareen J, Fick GH, Schmitz N, Patten SB. The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *Can J Psychiatry* 2010, 55:598–605
44. Morgan C, Bhurga D. *Principles of Social Psychiatry*. John Wiley & Sons, West Sussex, 2010:215–226
45. Brand J, Levy B, Gallo W. Effects of layoffs and plant closings in subsequent depression among older workers. *Research Ag* 2008, 30:701–722
46. Mandal B, Roe B. Job loss, retirement and the mental health of older Americans. *J Ment Health Pol Econ* 2008, 11:167–176
47. Gallo W, Bradley E, Teng H, Kasl S. The effect of recurrent involuntary job loss on the depressive symptoms of older US workers. *Inter Arch Occup Environ Health* 2006, 80:109–116
48. Berth H, Forster P, Braehler E. Unemployment, job insecurity and life satisfaction: results of a study with young adults in the new German states. *Soz Praventivmed* 2005, 50:361–369
49. Hellenic Statistical Authority. *Unemployment rate in the first quarter of 2011*. HSA Printing Office, Piraeus, 2011
50. Kleppa E, Sanne B, Tell GS. Working overtime is associated with anxiety and depression: The Hordaland Health Study. *J Occup Environ Med* 2008, 50:658–666
51. Virtanen M, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG et al. Long working hours and symptoms of anxiety and depression: a 5-year follow-up of the Whitehall LL Study. *Psychol Med* 2001, 18:1–10
52. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NSC-R). *JAMA* 2003 289:3095–3105
53. Hasin DS, Fenton MC, Weissman MM. Epidemiology of depressive disorders. In: Tsuang MT, Tohen M, Jones P (eds) *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. West Sussex: John Wiley & Sons. Ch. 17 Hellenic Statistical Authority. *Unemployment Rate at 16.6% in May 2001*. HSA Printing Office, Piraeus, 2011

54. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001, 1:11–39
55. Conger RD, Elder GH, Lorenz FO, Conger KJ, Simons RL, Whitebeck LB et al. Linking economic hardship to marital quality and instability. *J Marriag Fam* 1990, 52:643–655
56. Conger RD, Wallace LE, Sun Y, Simons RL, McLoyd VC, Brody GH. Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. *Develop Psych* 2002, 38:179–193
57. Choi H, Marks N. Marital conflict, depressive symptoms and functional impairment. *J Mar Fam* 2008, 70:377–390
58. Robila M, Krishnakumar A. Effects of economic pressure on marital conflict in Romania. *J Fam Psych* 2005, 19:246–251
59. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, McManus S, Stansfeld S. Job insecurity, socio-economic circumstances and depression. *Psychol Med* 2010, 40:1401–1407
60. Wang JL, Schmitz N. Does job strain interact with psychosocial factors outside the workplace in relation to the risk of major depression? The Canadian National Population Health Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011, 46:577–584
61. Stuckler D, Basu S, Suhrke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011, 378:124–125
62. Andrea H, Bultmann U, Beurskens AJHM, Swaen GMH, Schayck CP, Knat J. Anxiety and depression in the working population using the HAD scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39:637–646
63. Andrea H, Bultmann U, Amelvoort LGPM, Kant Y. The incidence of anxiety and depression among employees. The role of psychosocial work characteristics. *Depress Anx* 2009, 26:1040–1048
64. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld S, Davey-Smith. The health effects of major organizational change and job insecurity. *Soc Sci Med* 1998, 46:243–254
65. Butterworth P, Rodgers B, Windsor TD. Financial hardship, socioeconomic position and depression: results from the PATH Through the life survey. *Soc Sci Med* 2009, 69:229–237
66. Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Jenkins R et al. Socio-economic status, standard of living, and neurotic disorder. *Int Rev Psychiatry* 2003, 15:91–96
67. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *Eur J Publ Health* 2012:1–5
68. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psycholog Med* 2008, 38:1485–1493
69. Krantz S, Hammen CL. Assessment of cognitive bias in depression. *J Abnor Psychol* 1979, 88:611–619
70. Bridges S, Disney R. Debt and depression. *J Health Econ* 2010, 29:388–403
71. Kind P, Sorenson J. The costs of depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993, 7:191–195
72. Jonsson B, Bebbington PE. What price depression? The cost of depression and the cost-effectiveness of pharmacological treatment. *Br J Psychiatry* 1994, 164:665–673
73. Thomas CM. Cost of depression among adults in England in 2000. *Br J Psychiatry* 2003, 183:514–519
74. Gunnell D, Platt S, Hawton K. The economic crisis and suicide. *BMJ* 2009, 338
75. Revicki DA, Travers K, Wyrwich KW, Svedsäter H, Locklear J, Stoeckl M et al. Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *J Affect Disord* 2012, 140:103–112
76. Plaisier I, Beekman ATF, Graaf R, Smit JH, Dyck RV, Penninx BWJH. Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: The role of specific psychopathological characteristics. *J Affect Disord* 2010, 125:198–206
77. Kontaxakis VP, Havaki Kontaxaki BJ. Consequences of major economic crises on citizens' physical and mental health. *Psychiatriki* 2012, 23:105–108
78. Madianos MG. Economic crisis, mental health and psychiatric care: What happened to the "Psychiatric Reform" in Greece? *Psychiatriki* 2013, 24:13–16
79. Giotakos O, Tsouvelas G, Kontaxakis V. Suicide rates and mental health services in Greece. *Psychiatriki* 2012, 23:29–38

Αλληλογραφία: Μ. Οικονόμου, Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Σωρανού του Εφεσίου 2, 115 27 Αθήνα
Τηλ.: (+30) 210-617 08 22
e-mail: antistigma@epipsi.eu

Ερευνητική εργασία Research article

Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά έκθεσης ανηλίκων σε βίαιες εμπειρίες στην Ελλάδα: Η έρευνα BECAN

Κ. Πετρουλάκη, Α. Τσιριγώτη, Φ. Ζαρόκωστα, Γ. Νικολαΐδης

*Κέντρο για τη Μελέτη και την Πρόληψη της Κακοποίησης-Παραμέλησης των Παιδικών,
Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα*

Ψυχιατρική 2013, 24:262–271

Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται αποτελέσματα του ελληνικού σκέλους (n=10.451, ποσοστό συμμετοχής παιδιών: 71,87%) διεξαγωγής της έρευνας BECAN, μιας διακρατικής επιδημιολογικής έρευνας τυχαίου, αντιπροσωπευτικού δείγματος του γενικού πληθυσμού σε 9 χώρες της Βαλκανικής σχετικά με την αυτοαναφορά έκθεσης σε βίαιες εμπειρίες παιδιών ηλικίας 11, 13 και 16 ετών με τη χρήση των ερωτηματολογίων ICAS-T-C και -P. Η επίπτωση και ο επιπολασμός της έκθεσης σε βίαιες εμπειρίες βρέθηκαν στην Ελλάδα 47,38% και 76,37% για τη σωματική βία, 70,02% και 83,16% για την ψυχολογική, 9,54% και 15,84% για τη σεξουαλική, 4,45% και 7,60% για το μέρος της τελευταίας που περιέχει σωματική επαφή και 26,41% και 37,20% για την αναφορά υποκειμενικού αισθημάτος παραμέλησης. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές με σχετική υπεροχή των ποσοστών επιπολασμού των αναφορών κοριτσιών σχετικά με την έκθεσή τους σε σωματική και σεξουαλική βία αλλά και στην επίπτωση και επιπολασμό των υποκειμενικών αισθημάτων παραμέλησης. Αντιθέτως, τα ποσοστά των αναφορών των αγοριών υπερτερούν εκείνων των κοριτσιών στην επίπτωση της έκθεσης σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας, είτε γενικά, είτε εκείνων που περιέχουν σωματική επαφή. Οι διαφορές που ανευρέθηκαν δείχνουν μια μικρή, μερική μόνο διαφοροποίηση του προτύπου έκθεσης σε βίαιες εμπειρίες των παιδιών ανάμεσα σε παιδιά αστικών και αγροτικών πληθυσμών (στην επίπτωση της έκθεσης σε σωματική βία, όπου υπερτερούν τα ποσοστά στον αγροτικό πληθυσμό και στον επιπολασμό της ψυχολογικής και σεξουαλικής βίας, όπου υπερτερούν τα ποσοστά στον αστικό). Τέλος, τα ποσοστά διαφοροποιούνται σε σχέση με τη σχολική τάξη φοίτησης των συμμετεχόντων με πιο εκσεσημασμένη την αύξηση ανάμεσα στα ποσοστά που αναφέρονται στις τάξεις του Γυμνασίου και εκείνες του Λυκείου για την έκθεση σε σεξουαλική παραβίαση με ή χωρίς σωματική επαφή και οφείλεται κύριως στα αγόρια, και την πιο προοδευτικά σταθερή ανοδική τάση σε σχέση με την ηλικία που διαπιστώνεται στην αναφορά υποκειμενικών αισθημάτων παραμέλησης, που οφείλεται κυρίως στα κορίτσια του δείγματος.

Λέξεις κλειδιά: Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών, βία, επιδημιολογία, έρευνα πεδίου

Εισαγωγή

Το φαινόμενο της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών έχει εδώ και δεκαετίες αναγνωριστεί ως θέμα κλινικής προσοχής και ενδιαφέροντος. Από την πρώτη αναφορά του Αμερικανού Παιδίατρου Henri Kempe τη δεκαετία του '50¹ ως την αναγνώρισή του ως μείζονος προβλήματος δημόσιας υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) τη δεκαετία του '90,^{2,3} η αντιμετώπισή του από την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα τροποποιήθηκε αισθητά. Τις τελευταίες, δε, δύο τρεις δεκαετίες το κυρίαρχο επιστημολογικό υπόδειγμα στο πεδίο αυτό είναι αναμφίβολα εκείνο της βασισμένης σε ενδείξεις (evidence-based) θεωρίας και πρακτικής.⁴ Στο πεδίο, μάλιστα, της έρευνας, η επικράτηση αυτού του προτύπου εννοιολόγησης ήρθε να απαντήσει μια διαδεδομένη παλαιότερα δυσχέρεια, εκείνη της μη συγκρισιμότητας των αναφερομένων ευρημάτων των διάφορων επιδημιολογικών ερευνών εξ αιτίας της διαφορετικότητας των ερευνητικών εργαλείων και μεθοδολογιών που οι εκάστοτε ερευνητές χρησιμοποιούσαν καθώς και της ασυμβατότητας του αντικείμενου της κάθε έρευνας.^{5,6} Για παράδειγμα, οι έρευνες που χρησιμοποιούσαν ερωτηματολόγια που εστίαζαν στην υποκειμενική πρόσληψη της έκθεσης των παιδιών σε βίαιες εμπειρίες όπως είναι φυσικό παρήγαγαν εντελώς διαφορετικά και εν πολλοίς μη συγκρίσιμα αποτελέσματα από εκείνες που διερευνούσαν την έκθεση των παιδιών σε συγκεκριμένες όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικά οριζόμενες πρακτικές και συμπεριφορές.⁷

Για να αντιμετωπίσουν αυτού του είδους τα προβλήματα, η πλέον έγκυρη διεθνής επιστημονική εταιρεία για τη μελέτη του φαινομένου της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών, η International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) σε συνεργασία με τον ΠΟΥ εξέδωσαν το 2006⁸ μια σειρά κατευθυντήριων οδηγιών για τη διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών πεδίου ανά τον κόσμο που να καταλήγουν σε συγκρίσιμα, συμβατά μεταξύ τους αποτελέσματα διαμέσω της χρήσης συγκεκριμένων ερευνητικών εργαλείων. Ανάλογη πρωτοβουλία για την περαιτέρω αποσαφήνιση της βέλτιστης μεθοδολογίας των ερευνητικών προσπαθειών στο συγκεκριμένο πεδίο μελέτης εξέδωσε λίγο αργότερα και το Πανευρωπαϊκό

Δίκτυο των Παρατηρητηρίων για τα Δικαιώματα του Παιδιού σε συνεργασία με το Διεθνές Ερευνητικό Κέντρο της UNICEF.⁹ Κοινά χαρακτηριστικά των κατευθύνσεων αυτών είναι

- Η εμμονή στην παραγωγή ποσοτικών δεδομένων με τη χρήση εργαλείων που θα δίνουν έμφαση στη διερεύνηση συμπεριφορών και πρακτικών και όχι υποκειμενικών προσλήψεων της πραγματικότητας^{4,8}
- Η εμφανής προτεραιότητα των αποτελεσμάτων από έρευνες σε αντιπροσωπευτικά δείγματα του γενικού παιδικού πληθυσμού (έναντι εκείνων των κλινικών ή θυματολογικών ερευνών)^{4,6}
- Η υπογράμμιση στην ανάγκη ποσοτικοποίησης των απαντήσεων και αποτελεσμάτων⁹
- Η εστίαση στην απαιτούμενη αυστηρότητα της μεθοδολογίας εφαρμογής των ερευνητικών πρωτοκόλλων^{8,9}
- Η έμφαση στα προβλήματα ηθικής και δεοντολογίας που αυτά προϋποθέτουν.¹⁰

Στο φόντο όλων των ανωτέρω και με βάση τις παραπάνω κατευθυντήριες οδηγίες, σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε η έρευνα για την επίπτωση και τον επιπολασμό της έκθεσης σε εμπειρίες βίας παιδιών στην Ελλάδα, της οποίας τα πρώτα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω.

Υλικό και μέθοδος

Το συγκεκριμένο ερευνητικό υλικό αποτέλεσε μέρος της συνολικότερης έρευνας "Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect-BECAN". Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 9 Βαλκανικές χώρες (Ελλάδα, Αλβανία, ΠΓΔΜ, Βουλγαρία, Τουρκία, Βοσνία, Σερβία, Κροατία, Ρουμανία) με ίδια μεθοδολογία και με χρηματοδότηση από το 7ο Πρόγραμμα – Πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Έρευνα και την Καινοτομία (ID: 223478/HEALTH/2007) με συντονιστή φορέα το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Η έρευνα στο ελληνικό της σκέλος πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των σχολικών ετών 2010–2011 και 2011–2012 σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 5% του σχολικού πληθυσμού των τάξεων ΣΤ' Δημοτικού, Α' Γυμνασίου και Α' Λυκείου. Η επιλογή των συγκεκριμένων τάξεων έγινε ως τον καλύτερο δυνατό «αντιπρόσωπο» (proxy) του ηλικιακού φάσματος των παιδιών ηλικίας 11, 13 και 16 ετών, καθώς σε

μικρότερα παιδιά η εφαρμογή αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων θα ήταν προβληματική από πλευράς αξιοπιστίας των όποιων αποτελεσμάτων.

Η δειγματοληψία ήταν τυχαία στρωματοποιημένη δύο σταδίων (περιφέρεια-σχολείο) με βασική μονάδα το σχολείο, ενώ λόγω της δομής των διαθέσιμων στοιχείων του Υπουργείου Παιδείας, η τυχαία επιλογή περιέλαβε δύο διαφορετικές δεξαμενές για τα Γενικά και τα Επαγγελματικά Λύκεια. Με βάση τα παραπάνω το δείγμα απαρτίστηκε από 15.320 παιδιά σε 747 σχολικές τάξεις 307 σχολείων στους 4 Νομούς της περιφέρειας Αττικής, τον Νομό Θεσσαλονίκης και τους 4 Νομούς της περιφέρειας Κρήτης. Η υλοποίηση της έρευνας έγινε κατόπιν της προβλεπόμενης άδειας των Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Υπουργείου Παιδείας και με σχετική γνωμοδότηση του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου.

Η μεθοδολογία της έρευνας συμπεριελάμβανε την αυτοσυμπλήρωση από τα παιδιά ερωτηματολογίου σχετικού με την έκθεσή τους σε σειρά καταστάσεων και συμπεριφορών (είτε από ενήλικα, είτε από άλλα ανήλικα άτομα). Στο τέλος της έρευνας τα παιδιά ελάμβαναν κλειστό φάκελο με ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση από ένα ενήλικο άτομο που έχει την ευθύνη τους (γονέας ή άλλος φροντιστής), τα οποία τις επόμενες ημέρες επέστρεφαν στο σχολείο και έτσι τελικώς στους ερευνητές. Μέσω ενός ενιαίου κωδικού κατέστη έτσι δυνατή η συλλογή ζευγών ερωτηματολογίων παιδιού-γονέα/φροντιστή, των οποίων η σύνδεση διατηρήθηκε παρά την ταυτόχρονη διασφάλιση της ανωνυμίας των απαντήσεων.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα ICAST-C για τα παιδιά και ICAST-P για τους γονείς τους κατόπιν σχετικής αδειοδότησης από την ISPCAN που τα είχε κατασκευάσει. Με την άδεια της ISPCAN επίσης, στα ερωτηματολόγια προσετέθησαν λήμματα για την έκθεση σε σχολική και ενδοοικογενειακή βία αλλά και λήμματα σχετικά με δημογραφικά στοιχεία, ενώ εναρμονίστηκε μεταξύ τους τροποποιούμενη η απαντητική τους κλίμακα. Η διαδικασία μετάφρασης, τροποποίησης και πολιτισμικής εφαρμογής των ερωτηματολογίων διήλθε τρία στάδια: διαδικασία ενεργού συναίνεσης ειδικών, ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus groups) παιδιών και γονέων και πιλοτική εφαρμογή στο 10% περίπου του δείγματος. Τα τροποποιημένα ερωτηματολόγια

ICAST-C και -P ήταν δομημένα σε υποκλίμακες που αφορούσαν έκθεση σε σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική βία, υποκειμενική αίσθηση παραμέλησης και αυτοαναφορά εμπειριών θετικών (μη βίαιων) γονεϊκών πρακτικών. Σύμφωνα και με την πάγια σχετική ερευνητική πρακτική παγκοσμίως αξιολογήθηκε ιδιαίτερα το υποσύνολο δύο ερωτήσεων της κλίμακας έκθεσης σε σεξουαλική βία που εμπεριέχουν σωματική επαφή. Τα πλήρη ερωτηματολόγια και η αναλυτική περιγραφή της μεθοδολογίας της έρευνας μπορούν να βρεθούν στην ιστοσελίδα του ερευνητικού προγράμματος (www.becan.eu).

Η εφαρμογή του ερωτηματολογίου έγινε από ειδικά εκπαιδευμένους ερευνητές (Ψυχολόγους και Κοινωνικούς Λειτουργούς) στη βάση σαφώς καθορισμένου πρωτοκόλλου. Στο αρχικό στάδιο της έρευνας, οι γονείς των μαθητών ενημερώθηκαν για την επικείμενη διεξαγωγή της, ενώ και οι ίδιοι και οι μαθητές που συμμετείχαν διατηρούσαν σε κάθε στάδιο το δικαίωμα της απόσυρσής τους από την έρευνα. Την όλη διαδικασία επιτηρούσε ειδική επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου S.P.S.S.+18.0.

Αποτελέσματα

Από τα 15.320 παιδιά του δείγματος βρέθηκαν στις τάξεις την ημέρα χορήγησης του ερωτηματολογίου τα 14.542. Εξ αυτών συμμετείχαν στην έρευνα τα 10.674 παιδιά, ενώ εκ των υστέρων ακυρώθηκαν 223 ερωτηματολόγια παιδιών λόγω ατελούς συμπλήρωσης ή μειωμένης αξιοπιστίας. Το ποσοστό συμμετοχής των παιδιών επί των παρόντων την ημέρα της χορήγησης ήταν 71,87% (n=10.451), ενώ εκ των συμμετεχόντων παιδιών απεδέχθησαν και συμμετείχαν επίσης στην έρευνα 6681 από τους γονείς τους (ποσοστό συμμετοχής έγκυρων γονεϊκών ερωτηματολογίων 62,02%). Ανάμεσα στα έγκυρα ερωτηματολόγια του δείγματος, τα 5489 αφορούσαν σε κορίτσια και τα 4971 σε αγόρια (αναλογία 52,5%:47,5%). Τα 2771 φοιτούσαν στη ΣΤ΄ τάξη του Δημοτικού, τα 3438 στην Α΄ τάξη του Γυμνασίου, τα 3426 και 816 στην Α΄ τάξη Γενικών και Επαγγελματικών Λυκείων αντίστοιχα (ποσοστά συμμετοχής ανά τάξη: 66,77%, 70,34%, 81,73% και 62,20% αντίστοιχα).

Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται στον πίνακα 1, όπου εμφανίζονται τα ποσοστά έκθεσης σε μία τουλάχιστον εμπειρία (μία τουλάχιστον θετική απάντηση σε κάποια από τις ερωτήσεις της σχετικής κλίμακας του ερωτηματολογίου) είτε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, είτε κατά τη διάρκεια του συνολικού αναμνηστικού της παιδικής ηλικίας των συμμετεχόντων μέχρι τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας.

Όπως είναι εμφανές, τα αποτελέσματα είναι αρκούντως εντυπωσιακά: σχεδόν τα μισά παιδιά του δείγματος ανέφεραν έκθεση σε μία τουλάχιστον εμπειρία σωματικής βίας εντός του τελευταίου δωδεκαμήνου. Πάνω από τρία στα τέσσερα παιδιά αναφέρουν παρομοίως θετικό αναμνηστικό κατά τη διαδρομή της παιδικής τους ηλικίας. Αντιστοίχως, ένα περίπου στα έξι παιδιά αναφέρουν έκθεση σε κάποιας μορφής ανεπιθύμητη σεξουαλική εμπειρία παραβίασης κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας εκ των οποίων σε ένα στα δεκατρία παιδιά η εμπειρία περιείχε και σωματική επαφή. Η επίπτωση της έκθεσης σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας αφορούσε παρομοίως σε ένα στα δέκα παιδιά για κάθε είδους παραβίαση και σε ένα στα είκοσι για την παραβίαση με σωματική επαφή. Η δε έκθεση σε εμπειρίες κάποιας μορφής ψυχολογικής βίας φαίνεται να είναι μάλλον ο κανόνας παρά η εξαίρεση για τα παιδιά της χώρας αφού περίπου επτά στα δέκα και δεκαεπτά στα είκοσι παιδιά αναφέρουν ένα τουλάχι-

στον τέτοιο ιστορικό κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους και της παιδικής τους ηλικίας αντίστοιχα. Η εμπύωση υποκειμενικού αισθήματος παραμέλησης αναφέρεται ακόμα από 27,4% και 37,2% των συμμετεχόντων αναφορικά με το τελευταίο δωδεκάμηνο και ολόκληρη την παιδική τους ηλικία. Παρά, όμως, τη δυσμενή αυτή εικόνα, σχεδόν το σύνολο των συμμετεχόντων παιδιών αναφέρουν εμπειρίες θετικών γονεϊκών πρακτικών.

Η αναλογική κατανομή των ευρημάτων σε συνάρτηση με το φύλο των συμμετεχόντων παρουσιάζεται στον πίνακα 2.

Όπως είναι φανερό η κατανομή της έκθεσης σε εμπειρίες βίας και θυματοποίησης δεν είναι ομότιμη στα δύο φύλα. Στον στατιστικό έλεγχο που εφαρμόστηκε, οι ανευρισκόμενες διαφορές που βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές ήταν η επικράτηση των ποσοστών των κοριτσιών στον επιπολασμό της έκθεσης σε σωματική και σεξουαλική βία (επίπεδο p -value <5%) αλλά και στην επίπτωση και επιπολασμό των υποκειμενικών αισθημάτων παραμέλησης (επίπεδο p -value <1%). Αντιθέτως, τα ποσοστά των αναφορών των αγοριών υπερτερούν εκείνων των κοριτσιών στην επίπτωση της έκθεσης σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας, είτε γενικά, είτε εκείνων που εμπειρεύουν σωματική επαφή (επίπεδο p -value <1%). Τέλος, τα κορίτσια αναφέρουν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό (επίπεδο p -value <5%) μεγαλύτερη επί-

Πίνακας 1. Επίπτωση και επιπολασμός έκθεσης σε εμπειρίες βίας παιδιών στην Ελλάδα ανά είδος εμπειριών.

		<i>n</i>	(%) Ποσοστό	95%CI
Έκθεση σε εμπειρίες σωματικής βίας	Επίπτωση	4939	47,38	46,42–48,33
	Επιπολασμός	7962	76,37	75,56–77,19
Έκθεση σε εμπειρίες ψυχολογικής βίας	Επίπτωση	7318	70,02	69,14–70,90
	Επιπολασμός	8691	83,16	82,44–83,88
Έκθεση σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας	Επίπτωση	989	9,54	8,97–10,10
	Επιπολασμός	1645	15,86	15,16–16,57
Έκθεση σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας με σωματική επαφή	Επίπτωση	461	4,45	4,05–4,85
	Επιπολασμός	787	7,60	7,08–8,11
Αίσθηση παραμέλησης	Επίπτωση	2748	26,41	25,56–27,25
	Επιπολασμός	3871	37,20	36,27–38,13
Εμπειρίες θετικών (μη βίαιων) γονεϊκών πρακτικών	Επίπτωση	10.052	96,21	95,84–96,58
	Επιπολασμός	10.258	98,18	97,93–98,44

Πίνακας 2. Επίπτωση και επιπολασμός έκθεσης σε εμπειρίες βίας παιδιών στην Ελλάδα ανά είδος εμπειριών και φύλο παιδιού.

		Φύλο	n	(%) Ποσοστό	95%CI
Έκθεση σε εμπειρίες σωματικής βίας	Επίπτωση	Αγόρια	2389	48,26	46,87–49,65
		Κορίτσια	2550	46,58	45,25–47,90
	Επιπολασμός* ¹	Αγόρια	3726	75,27	74,07–76,47
		Κορίτσια	4236	77,37	76,26–78,48
Έκθεση σε εμπειρίες ψυχολογικής βίας	Επίπτωση	Αγόρια	3485	70,11	68,83–71,38
		Κορίτσια	3833	69,95	68,73–71,16
	Επιπολασμός	Αγόρια	4101	82,50	81,44–83,55
		Κορίτσια	4590	83,76	82,78–84,74
Έκθεση σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας	Επίπτωση** ²	Αγόρια	505	10,28	9,43–11,13
		Κορίτσια	484	8,87	8,11–9,62
	Επιπολασμός* ¹	Αγόρια	738	15,02	14,03–16,02
		Κορίτσια	907	16,62	15,63–17,61
Έκθεση σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας με σωματική επαφή	Επίπτωση** ²	Αγόρια	270	5,50	4,86–6,14
		Κορίτσια	191	3,50	3,01–3,99
	Επιπολασμός	Αγόρια	364	7,42	6,68–8,15
		Κορίτσια	423	7,76	7,05–8,47
Αίσθηση παραμέλησης	Επίπτωση** ¹	Αγόρια	1059	21,45	20,31–22,60
		Κορίτσια	1689	30,88	29,65–32,10
	Επιπολασμός** ¹	Αγόρια	1528	30,96	29,67–32,25
		Κορίτσια	2343	42,83	41,52–44,14
Εμπειρίες θετικών (μη βίαιων) γονεϊκών πρακτικών	Επίπτωση* ¹	Αγόρια	4759	95,79	95,23–96,35
		Κορίτσια	5293	96,59	96,11–97,07
	Επιπολασμός	Αγόρια	4864	97,91	97,51–98,30
		Κορίτσια	5394	98,43	98,10–98,76

* Διαφορά στατιστικά σημαντική στο επίπεδο p-value <5%

** Διαφορά στατιστικά σημαντική στο επίπεδο p-value <1%

¹ Διαφορά όπου τα ποσοστά των κοριτσιών υπερτερούν εκείνα των αγοριών

² Διαφορά όπου τα ποσοστά των αγοριών υπερτερούν εκείνα των κοριτσιών

πτωση εμπειριών θετικών γονεϊκών πρακτικών σε σχέση με τα αγόρια.

Σε σχέση, τώρα, με την τάξη που χρησιμοποιείται ως αντιπροσωπευτικός δείκτης της ηλικίας των παιδιών, η έρευνα ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Συγκεκριμένα, στην έκθεση σε εμπειρίες σωματικής βίας φαίνεται πως σε γενικές γραμμές, προοδευτικά της ηλικίας των παιδιών, μειώνεται προοδευτικά η επίπτωση, αυξάνεται όμως ο επιπολασμός του φαινομένου. Στις λοιπές κλίμακες έκθεσης σε βία του ερωτηματολογίου, τα αποτελέσματα ανέδειξαν σαφώς αυξητική προοδευτικά τάση αμφοτέρων, της

επίπτωσης και του επιπολασμού, αυξανόμενης της ηλικίας-τάξης των συμμετεχόντων. Ίσως πιο εκσεσημασμένη αύξηση παρατηρείται ανάμεσα στα ποσοστά που αναφέρονται στις τάξεις του Γυμνασίου και εκείνες του Λυκείου για την έκθεση σε σεξουαλική παραβίαση με ή χωρίς σωματική επαφή, ενώ η πιο προοδευτικά σταθερά ανοδική τάση σε σχέση με την ηλικία παρατηρείται στην αναφορά υποκειμενικών αισθημάτων παραμέλησης, τάση που οφείλεται κυρίως στα κορίτσια του δείγματος. Τέλος, οι αναφορές εμπειριών μη βίαιων γονεϊκών πρακτικών παρουσιάζουν μια πιο μεικτή εικόνα, σχετικώς σταθερότερη σε σχέση με την ηλικία των παιδιών.

Πίνακας 3. Επίπτωση και Επιπολασμός έκθεσης σε εμπειρίες βίας παιδιών στην Ελλάδα ανά είδος εμπειριών και τάξη – ηλικιακή κατηγορία παιδιού

Είδος έκθεσης ανά ηλικιακή κατηγορία (προxy: σχολική τάξη)		ΣΤ' Δημοτικού		Α' Γυμνασίου		Α' Γενικού Λυκείου		Α' Επαγγελματικού Λυκείου	
		Επιπολασμός	Επίπτωση	Επιπολασμός	Επίπτωση	Επιπολασμός	Επίπτωση	Επιπολασμός	Επίπτωση
Έκθεση σε εμπειρίες σωματικής βίας*	n (%) ποσοστό	2007 72,51	1493 53,94	2448 71,43	1614 47,10	2868 83,76	1447 42,26	639 79,28	385 47,77
Έκθεση σε εμπειρίες ψυχολογικής βίας*	n (%) ποσοστό	2123 76,61	1788 64,53	2729 79,38	2268 65,97	3133 91,45	2669 77,90	706 86,52	593 72,67
Έκθεση σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας*	n (%) ποσοστό	256 9,26	159 5,75	445 13,06	306 8,98	750 22,04	404 11,87	194 24,40	120 15,09
Έκθεση σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας με σωματική επαφή*	n (%) ποσοστό	80 2,90	50 1,81	198 5,81	130 3,82	376 11,05	200 5,88	133 16,73	81 10,19
Αίσθηση παραμέλησης*	n (%) ποσοστό	810 29,29	601 21,74	1092 31,96	799 23,38	1633 47,75	1109 32,43	336 41,79	239 29,73
Εμπειρίες θετικών (μη βίαιων) γονεϊκών πρακτικών*	n (%) ποσοστό	2721 98,23	2648 95,60	3357 97,70	3293 95,84	3395 99,10	3351 97,81	785 96,20	760 93,14

* Η διαφορά ανάμεσα στις ηλικιακές βαθμίδες τάξης σχολικής φοίτησης βρέθηκε στατιστικά σημαντική στο επίπεδο p-value <1% σε όλες τις βαθμίδες και για όλες τις μορφές έκθεσης και για την επίπτωση και για τον επιπολασμό. Η φορά της διαφοροποίησης ανά σχολική βαθμίδα εξαρτάται από τον τύπο της έκθεσης.

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με την προέλευση του πληθυσμού του δείγματος (αστικός-αγροτικός). Για λόγους εναρμόνισης με τη διακρατική λοιπή έρευνα, οι πληθυσμοί που παραδοσιακά στη χώρα μας ταξινομούσαν παλαιότερα στην ενδιάμεση κατηγορία των «ημιαστικών» πληθυσμών ενοποιήθηκαν στους αστικούς.

Όπως καθίσταται φανερό, δεν παρατηρούνται πολλές τουλάχιστον στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις αναφορές των παιδιών ανάλογα με την αστικοποίηση του περιβάλλοντος διαβίωσής τους. Εξαίρεση σ' αυτό αποτελούν δύο μόνο συσχετίσεις όπου αναδείχθηκε διαφορά στατιστικά σημαντική (επίπεδο p-value <5%) και αφορούσαν στην επίπτωση της έκθεσης σε σωματική βία, όπου υπερτερούν τα ποσοστά στον αγροτικό πληθυσμό έναντι εκείνων του αστικού και στον επιπολασμό της ψυχολογικής και σεξουαλικής βίας, όπου υπερτερούν τα ποσοστά στον αστικό πληθυσμό έναντι εκείνων του αγροτικού.

Τέλος, η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου αλλά και εν γένει της μεθοδολογίας εφαρμογής της έρευνας ελέγχθησαν ex post κατά την πάγια ερευνητική πρακτική με τον υπολογισμό των συντελεστών Cronbach's alpha, καθώς η συνοχή (consistency) σε έρευνες πεδίου του ψυχο-κοινωνικού χώρου, όπου δεν υφίστανται αντικειμενικές μετρήσεις αναφοράς, είναι η παράμετρος που αναπαριστά την καλύτερη προσέγγιση της αξιοπιστίας (validity) των αποτελεσμάτων. Οι συννευρισκόμενες τιμές ανά κλίμακα εμφανίζονται στον πίνακα 5.

Η ανεύρεση τιμών Cronbach's alpha που κυμαίνονται στο εύρος μεταξύ 0,7 και 0,9 στις περισσότερες των κλιμάκων υποδηλώνει αυξημένη αξιοπιστία των ευρημάτων. Όσο, δε, για την ανεύρεση σχετικώς χαμηλότερων τιμών στις κλίμακες της έκθεσης της σεξουαλικής βίας, αυτό είναι ένα ερμηνεύσιμο φαινόμενο που έχει παρατηρηθεί διεθνώς.^{11,12} Συγκεκριμένα είναι πολύ πιθανό οι απαντούντες θετικά στις ερωτήσεις αυτής της κλίμακας να μην εμφανίζουν σε αυξημένη συχνότητα συνδιακύμανση των αποκρίσεών τους με εκείνες που δίνουν σε

Πίνακας 4. Επίπτωση και Επιπολασμός έκθεσης σε εμπειρίες βίας παιδιών στην Ελλάδα ανά είδος εμπειριών και τόπο διαμονής των παιδιών.

Είδος έκθεσης	Είδος πληθυσμού	Επίπτωση			Επιπολασμός		
		n	(%) Ποσοστό	95%CI	n	(%) Ποσοστό	95%CI
Έκθεση σε εμπειρίες σωματικής βίας	Αστικός	4098	46,89	45,85–47,94	6702	76,69	75,80–77,58
	Αγροτικός	837	49,94	47,55–52,33	1251	74,64	72,56–76,72
Έκθεση σε εμπειρίες ψυχολογικής βίας	Αστικός	6157	70,29	69,34–71,25	7326	83,64	82,87–84,41
	Αγροτικός	1156	68,73	66,51–70,94	1358	80,74	78,85–82,62
Έκθεση σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας	Αστικός	837	9,63	9,01–10,25	1410	16,22	15,45–16,99
	Αγροτικός	151	9,06	7,68–10,44	233	13,98	12,31–15,64
Έκθεση σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας με σωματική επαφή	Αστικός	383	4,41	3,98–4,84	666	7,67	7,11–8,23
	Αγροτικός	77	4,62	3,61–5,63	119	7,14	5,90–8,37
Αίσθηση παραμέλησης	Αστικός	2306	26,43	25,51–27,36	3277	37,56	36,55–38,58
	Αγροτικός	441	26,38	24,26–28,49	593	35,47	33,17–37,76
Εμπειρίες θετικών (μη βίαιων) γονεϊκών πρακτικών	Αστικός	8436	96,35	95,95–96,74	8604	98,26	97,99–98,54
	Αγροτικός	1610	95,72	94,75–96,69	1646	97,86	97,17–98,55

Διαφορά στατιστικά σημαντική στο επίπεδο p -value <5% διαπιστώθηκε μόνο στην επίπτωση της έκθεσης σε σωματική βία όπου υπερτερούν τα ποσοστά στον αγροτικό πληθυσμό έναντι εκείνων του αστικού και στον επιπολασμό της ψυχολογικής και σεξουαλικής βίας όπου υπερτερούν τα ποσοστά στον αστικό πληθυσμό έναντι εκείνων του αγροτικού.

Πίνακας 5. Αξιοπιστία-συνοχή των αποτελεσμάτων της έρευνας ανά κλίμακα είδους έκθεσης σε εμπειρίες βίας.

Cronbach's alpha	Επίπτωση	Επιπολασμός
Έκθεση σε εμπειρίες σωματικής βίας	0,80137*	0,803548*
Έκθεση σε εμπειρίες ψυχολογικής βίας	0,808045*	0,823248*
Έκθεση σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας	0,661143*	0,691579*
Έκθεση σε εμπειρίες σεξουαλικής βίας με σωματική επαφή	0,503165	0,536534
Αίσθηση παραμέλησης	0,742871	0,728536
Εμπειρίες θετικών (μη βίαιων) γονεϊκών πρακτικών	0,649839*	0,633369*

* Επίπεδα Cronbach's alpha μεταξύ 0,7–0,9 (επικύρωση αξιοπιστίας-συνοχής)

άλλες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ή της ίδιας κλίμακας (π.χ. ένα παιδί που αναφέρει θετικό ιστορικό απόπειρας ανεπιθύμητης σεξουαλικής επαφής δεν συνεπάγεται ότι θα πρέπει να έχει θετικό ιστορικό και έκθεσης σε πορνογραφικό υλικό – αντιθέτως ένα παιδί που αναφέρει ιστορικό βίαιου χτυπήματος με αντικείμενο είναι πολύ πιθανό να έχει ωσαύτως θετικό ιστορικό βίαιου χτυπήματος με τα χέρια κ.ο.κ.).

Συζήτηση

Τα επίπεδα των αυτοαναφερόμενων ποσοστών έκθεσης σε βίαιες εμπειρίες των παιδιών στη χώρα μας είναι βέβαια αφ' εαυτού τους πολύ ανησυχητικά. Θα πρέπει, μάλιστα, να συνεκτιμηθεί ότι ένα σημαντικό μέρος αυτών των θετικών αποκρίσεων δεν αφορούσε, σε ένα μονήρες επεισόδιο έκθεσης σε βία αλλά σε πολλαπλά. Για παράδειγμα, ποσο-

στό 13,47% των συμμετεχόντων ανέφεραν θετικό ιστορικό σε επτά και περισσότερες διαφορετικές ερωτήσεις της κλίμακας έκθεσης σε σωματική βία κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας (το αντίστοιχο ποσοστό για την επίπτωση ήταν 4,22%). Δεδομένης, δε, της αντιπροσωπευτικότητας του ερευνητικού υλικού, αν προβληθούν τα ποσοστά αυτά στον γενικό παιδικό πληθυσμό της χώρας, τα συμπεράσματα θα είναι από μόνα τους εύγλωττα και μάλλον απογοητευτικά. Τα υψηλά ποσοστά έκθεσης σε σωματική και σεξουαλική βία, οι αυξημένες αναφορές σεξουαλικής παραβίασης ιδίως σε αγόρια εφηβικής ηλικίας αλλά και η –από ό,τι φαίνεται– έντονη εμπύωση υποκειμενικών αισθημάτων παραμέλησης από τα κορίτσια, αποτελούν τα σημαντικότερα ίσως ευρήματα της εν λόγω έρευνας που χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης και προσοχής. Και τούτο διότι είναι γνωστό ότι εμπειρίες σαν κι αυτές δεν αποτελούν μόνο προδιαθεσικό παράγοντα για την έκλυση ποικίλων προβλημάτων ψυχικής υγείας στην παιδική ηλικία αλλά και στη μετέπειτα ενήλικη ζωή, αλλά, ταυτοχρόνως, αναπαριστούν και προκλήσεις για τις σύγχρονες κοινωνίες για την πρόληψη και αντιμετώπισή τους ως μείζονα ζητήματα προστασίας των δικαιωμάτων των παιδιών.¹³

Σε σχέση, τώρα, με ευρήματα αναλόγων ερευνητικών προσπαθειών παγκοσμίως,^{5,6,11,12} όσον αφορά στην έκθεση σε σωματική βία εντυπωσιάζει καταρχάς η σχετική εξομοίωση των αποτελεσμάτων από τη χώρα μας αναφορικά με την κατανομή ανάμεσα στα δύο φύλα. Και τούτο με δεδομένη τη γενική επικράτηση των ανάλογων εμπειριών στα αγόρια στην παγκόσμια σχετική βιβλιογραφία, ενόσω από τα δεδομένα αυτής τουλάχιστον της έρευνας, τα ποσοστά των κοριτσιών βρέθηκαν να είναι είτε ίδια από πλευράς επίπτωσης, είτε στατιστικώς σημαντικά υπέρτερα των αγοριών από πλευράς επιπολασμού. Κατά δεύτερον, ακόμα πιο έκδηλη είναι η διαφοροποίηση της εικόνας των αποτελεσμάτων αυτών από την Ελλάδα σε σχέση με την παγκόσμια γραμματοειδία, όπου θεωρείται πως σε γενικές γραμμές το φαινόμενο της έκθεσης σε σεξουαλική παραβίαση παρουσιάζει μια αναλογία 2 προς 1 θηλέων προς άρρενες.¹⁴ Στην εν λόγω έρευνα η εικόνα της χώρας μας παρουσιάζεται σχεδόν ισότιμη (με ήπια υπεροχή των ποσοστών

των κοριτσιών) από πλευράς επιπολασμού, ενώ από πλευράς επίπτωσης η διαφοροποίηση υπέρ των ποσοστών των αναφορών των αγοριών είναι σαφής και στατιστικώς ισχυρή. Το δε μεγαλύτερο μέρος της έκθεσης αυτής, αν συνυπολογιστεί και η εικόνα της κατανομής των ποσοστών των αποκρίσεων των παιδιών ανά ηλικιακή-σχολική βαθμίδα, φαίνεται να πραγματοποιείται μάλλον στις τάξεις του Γυμνασίου. Επίσης, είναι απολύτως σαφής –και συνάδει με τις λοιπές βιβλιογραφικές αναφορές άλλων χωρών– η απόλυτη υπεροχή των κοριτσιών ανάμεσα στα παιδιά που αναφέρουν υποκειμενικά αισθήματα παραμέλησης. Τέλος, οι σχετικά μικρότερες και μικρότερης ισχύος διαφοροποιήσεις που βρέθηκαν ανάμεσα σε αγροτικούς και αστικούς πληθυσμούς συντείνουν υπέρ της διάψευσης διάφορων κοινών πεποιθήσεων (που ενίοτε, ωστόσο, αναπαράγονται και από τα πλέον υπεύθυνα χείλη) περί μιας δήθεν «επιδείνωσης» της έκθεσης των παιδιών σε βίαιες εμπειρίες, ιδιαίτερα σεξουαλικής φύσης, στο αστικό περιβάλλον. Τουλάχιστον από τα ερευνητικά αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας οι διαφορές που ανευρέθηκαν δεν τεκμηριώνουν κάποια μείζονα ριζική αλλαγή προτύπου έκθεσης σε βίαιες εμπειρίες των παιδιών αστικών και αγροτικών πληθυσμών.

Όλα τα παραπάνω, εκτός από την περιγραφή ενός φαινομένου και την αποσαφήνιση μερικών πτυχών του, υπογραμμίζουν και την ανάγκη ανάληψης περαιτέρω δράσεων και πρωτοβουλιών πρόληψης, προαγωγής της υγείας και προστασίας των παιδιών στη χώρα μας. Έτσι, η επακριβής καταγραφή του μεγέθους, της έκτασης και των χαρακτηριστικών του προβλήματος στη χώρα μας δεν αποτελεί μόνο πεδίο δόκιμης ερευνητικής δραστηριότητας αλλά και προϋπόθεση χάραξης τεκμηριωμένης και στοχο-κατευθυνόμενης πολιτικής που να αποσκοπούν στην εξάλειψη της θυματοποίησης των παιδιών.¹⁵ Ως εκ τούτου θεωρούμε πως αποτελέσματα όπως αυτά που παρατέθηκαν αλλά και περαιτέρω ερευνητικά δεδομένα πάνω στο ιδιαίτερο αυτό πεδίο μπορούν να εξοπλίσουν την επιστημονική κοινότητα με αποσαφήνιση των πτυχών του φαινομένου της βίας κατά ανηλικών αλλά και την κοινωνία με τεχνογνωσία αντιμετώπισής του.

Epidemiological characteristics of minors' exposure to experiences of violence in Greece: The BECAN study

K. Petroulaki, A. Tsirigoti, F. Zarokosta, G. Nikolaidis

*Institute of Child Health, Department of Mental Health and Social Welfare,
Centre for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect, Athens, Greece*

Psychiatriki 2013, 24:262-271

In this study preliminary results are presented by the Hellenic part (n=10,451, children's response rate: 71.87%) of the BECAN study. This study, funded by EU's FP7 (ID: 223478), was an international epidemiological field research in a representative randomly selected sample of school children ageing 11, 13 and 16 years old in 9 Balkan countries, conducted via self completed questionnaires ICAST-C and ICAST-P by the children and their parents. In virtue of the research's design, anonymity of responders could be preserved via a unique code resulting in pairs of child-parent questionnaires. ICAST tools inquiring exposure to various forms of violence are structured in sub-scales. In Greek part's results, incidence and prevalence were respectfully found to be 47.38% and 76.37% for physical violence, 70.02% and 83.16% for psychological violence, 9.54% and 15.84% for sexual violence, 4.45% and 7.60% for the part of the later including some short of physical contact and 26.41% and 37.20% for self-reported subjective feelings of neglect. In contrast with the rather disappointing findings regarding exposure of Greek children to violence, most of the participant subjects reported also at least one recollection of positive, non violence parental behaviors in percentages reaching 96.21% and 98.18% for the last year or during childhood respectfully. Further analysis of results documented that statistically significant differences regarding increased figures of females' prevalence rates for exposure to physical and sexual violence (p-value <5%) and both their prevalence and incidence rates regarding subjective feelings of neglect (p-value <1%). On the contrary, males' rates were found to be more increased towards females' ones at a level of statistical significance (p-value <1%) regarding exposure to sexual violence both overall and the part of it including physical contact. Moreover, females reported more often than boys experiences of positive parental practices (p-value <5%). Relatively minor diversities were found in regards to venue of residence with some mild differences (p-value <5%) of increased incidence rates of exposure to physical violence and decreased prevalence rates of exposure to physiological and overall sexual violence of children living in rural areas. A constant statistically significant differentiation was established regarding school grade of responders with a gradual increase of exposure rates to psychological and sexual violence and feelings of neglect for both incidence and prevalence; the most outstanding of these increase trends were found between 1st school-grade of Gymnasium and 1st school-grade of Lyceum (roughly corresponding to age period between 13 and 16 years old children) which is by and large attributable more to male subjects and the constant increase of feelings of been neglected as children move towards adulthood which is caused mainly in virtue of female responders. In overall, findings of this research are differentiated from results reported from other countries in terms of almost equation of male to female ratio of exposure to physical and sexual violence (in contrast with male's and females' rates respectful regularly reported predominance), while regarding incidence rates of males' sexual victimization the sex ratio was found to be reverse than the anticipated according to international scientific literature.

Key words: Child abuse and neglect, violence, epidemiology, field research

Βιβλιογραφία

1. Kempe CH, Silverman F, Droegemuller W, Silver M. The battered child syndrome, *JAMA* 1962, 181:17–24
2. World Health Assembly. *Prevention of Violence (A50/INF.DOC./4)*, Geneva, WHO, 1997
3. World Health Organization. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. WHO, WHO Geneva, 1999
4. Tromnyl L. Research on of Child Abuse. In: Grey J (ed) *World Perspectives on Child Abuse*. 9th ed. ISPCAN publ Aurora, Colorado, USA, 2010:38–41
5. Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolescent Psych* 2003, 42:269–278
6. UNICEF-IRC. *Violence against the children in Europe: a preliminary review of research*. Unicef Innocenti IRC. Florence, 2005
7. Amaya-Jackson L, Socolar RRS, Hunter WM, Runyan DK, Colindres R. Directly questioning children and adolescents about maltreatment: a review of survey measures used. *J Interp Violence* 2000, 15:725–759
8. WHO & ISPCAN. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. WHO, Geneva, 2006
9. Bianchi D, Ruggiero R. *Guidelines on data collection and monitoring systems on child abuse*. CHILDONEUROPE Series No1: Florence, 2009
10. King NMP, Churchill LR. Ethical principals guiding research on child and adolescent subjects. *J Interp Viol* 2000, 15:710–724
11. Runyan DK, Dunne MP, Zolotorc AJ, Madridd B, Jaine D, Gerbakaf B et al. The development and piloting of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool-Parent version (ICAST-P). *Child Abus Negl* 2009, 33:826–832
12. Zolotorc AJ, Runyan DK, Dunne MP, Jain D, Péturs HR, Ramirez C et al. ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. *Child Abus Negl* 2009, 33:833–841
13. World Health Organization. *Prevention of Child Abuse and Neglect: Making the links between human rights and public health*. WHO, Geneva, 2001
14. UNICEF. *The state of the world's children (2008)*. New York, UNICEF, 2007
15. Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M, Gonzalez-Izquierdo A, Brownell M, Gulliver P et al. Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet* 2012, 379:758–772

Αλληλογραφία: Γ. Νικολαΐδης, Φωκίδος 7, 115 26 Αθήνα
Τηλ.: (+30) 210-77 15 791, 210-77 76 774, Fax: (+30) 210-77 93 648
e-mail: gnikolaidis@ich-mhsw.gr, geornikolaidis@hotmail.com

Ειδικό άρθρο Special article

Ήπια νευρολογικά σημεία στη σχιζοφρένεια: Συσχετίσεις με ηλικία, φύλο, εκπαίδευση και ψυχοπαθολογία

Π. Παναγιωτίδης,¹ Γ. Καπρίνης,² Α. Ιακωβίδης,³ Κ. Φουντουλάκης³

¹Ψυχιατρική κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,

²Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,,

³Γ' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, ΠΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2013, 24:272–287

Aν και η παθοβιολογία της σχιζοφρένειας μπορεί να διερευνηθεί σε πολλαπλά επίπεδα, η οργανική θεώρησή της ως πάθηση του εγκεφάλου υποδηλώνει ταυτόχρονα την ύπαρξη νευρολογικών χαρακτηριστικών. Η παρά την κλίνη εξέταση των νευρολογικών διαταραχών, μέσω μιας τυπικής νευρολογικής κλινικής εξέτασης, θεωρείται ως μια άμεση και ανέξοδη μέθοδος για την αξιολόγηση της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας στη σχιζοφρένεια. Οι νευρολογικές ανωμαλίες παραδοσιακά κατηγοριοποιούνται σε «σκληρά σημεία» (διαταραχές στις κινητικές, αισθητικές και αντανακλαστικές εκδηλώσεις, οι οποίες και δεν φαίνεται να επηρεάζονται στη σχιζοφρένεια) και σε «ήπια σημεία», τα οποία αναφέρονται σε περισσότερο σύνθετες διαδικασίες όπως οι διαταραχές του κινητικού ελέγχου, της απαρτίωσης της αισθητικής λειτουργίας, της αισθητικοκινητικής ολοκλήρωσης και της εγκεφαλικής πλαγίωσης. Επιπρόσθετα, τα ήπια νευρολογικά σημεία (ΗΝΣ) είναι ελάσσονες κινητικές και αισθητικές ανωμαλίες οι οποίες θεωρούνται ως φυσιολογικές κατά τη διάρκεια της πρώιμης ανάπτυξης, αλλά παθολογικές όταν εμφανίζονται αργότερα ή επιμένουν πέραν της παιδικής ηλικίας. Τα ΗΝΣ επίσης, δεν φαίνεται να έχουν κάποια ειδική εντοπιστική σημασία, παρά είναι ενδεικτικά μιας αμβλυχράς νευρολογικής δυσλειτουργίας. Οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν ότι δεν είναι αντανάκλαση μόνο της ελλειμματικής απαρτίωσης των κινητικών και αισθητικών συστημάτων, αλλά και των δυσλειτουργικών νευρωνικών κυκλωμάτων σύνδεσης των υποφλοιωδών εγκεφαλικών δομών, όπως τα βασικά γάγγλια, το εγκεφαλικό στέλεχος και το μεταχιαμακό σύστημα. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων σαράντα ετών, οι ερευνητικές εργασίες αναφέρουν συστηματικά την αυξημένη παρουσία των ΗΝΣ στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό ή τους μη-ψυχωτικούς ψυχιατρικούς ασθενείς. Ωστόσο, η λειτουργική τους συσχέτιση παραμένει ασαφής και η ειδικότητά τους έχει συχνά αμφισβητηθεί, αν και υπάρχουν ενδείξεις μιας σχετικής ειδικότητας ως προς τη διάγνωση ή τη συμπτωματολογία. Πολλές μελέτες έχουν θεωρήσει τα ήπια σημεία ως κατηγορικές μεταβλητές, δυσκολεύοντας την αξιολόγηση των μεταβολών τους σε σχέση με τη συμπτωματολογία και/ή τη θεραπευτική παρέμβαση, ενώ άλλες μελέτες δεν συμπεριέλαβαν ικανό αριθμό αξιολογούμενων σημείων ή μια συστηματική εν πολλοίς εκτίμηση της υπάρχουσας εξωπυραμιδικής συμπτωματολογίας. Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία ή το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό, θεωρείται ότι επηρεάζουν τα αποτελέσματα της νευρολογικής εκτίμησης, ενώ μόνο ένας σχετικά μικρός αριθμός ερευνών αναφέρει δεδομένα μιας μακροχρόνιας παρακολούθησης των ΗΝΣ σε έναν επαρκή αριθμό ατόμων, προκειμένου να αξιολογηθεί μια πιθανή έκπτωση των νευρο-

λογικών λειτουργιών. Μια πρόσθετη δυσκολία στη ανάλυση της βιβλιογραφίας των ΗΝΣ έγκειται στη διαφορετικότητα των εκτιμώμενων σημείων από τις επιμέρους ερευνητικές ομάδες και/ή στη χρήση μη τυποποιημένων διαδικασιών και τρόπων βαθμολόγησης. Επιχειρείται η ανασκόπηση βασικών πληροφοριών αναφορικά με τις εμμένουσες δυσκολίες ως προς τον ορισμό και τη μέτρηση των ήπιων νευρολογικών σημείων, καθώς και ως προς τη σπουδαιότητα των σημείων σε σχέση με τους κλινικούς υποτύπους της σχιζοφρένειας και τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Λέξεις ευρητήριο: Ήπια νευρολογικά σημεία, σχιζοφρένεια, ψυχοπαθολογία, κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ιστορική αναδρομή

Η νευρολογική εξέταση στην Ψυχιατρική έχει δύο κύριες λειτουργίες. Η πρώτη εξ αυτών είναι η διερεύνηση μειζόνων νευρολογικών παθήσεων και επιτυγχάνεται με τον κλινικό έλεγχο που επικεντρώνει στην εύρεση «σκληρών» ή «κύριων» σημείων, όπως η ασυμμετρία των αντανακλαστικών και της κινητικότητας, ή το σημείο Babinsky. Το αποτέλεσμα της εξέτασης μπορεί να περιγραφεί με έναν διχοτομικό τρόπο, ως φυσιολογικό ή μη φυσιολογικό, και αντανακλά την ύπαρξη ή απουσία κάποιας υποκείμενης νευροπαθολογίας, η οποία είναι εστιακή και επίκτητη μετά την ολοκλήρωση της ανάπτυξης του νευρικού συστήματος. Η δεύτερη λειτουργία αφορά στη διερεύνηση της έκπτωσης στις επιδόσεις των ψυχιατρικών ασθενών χωρίς την ύπαρξη μιας προσδιοριζόμενης νευρολογικής διαταραχής. Η εκτίμηση αυτή μπορεί να γίνει μετά από μια εκτεταμένη εξέταση, που περιλαμβάνει τη διερεύνηση των «ήπιων» ή «μαλακών» σημείων, όπως η δυσγραφαισθησία ή η προβληματική αλληλουχία σε μια ακολουθία κινήσεων. Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας διερεύνησης μπορούν να περιγραφούν με βαθμούς λειτουργικής έκπτωσης, παρά με την ύπαρξη ή μη μιας ανωμαλίας.

Από την πρώτη ακόμη εισαγωγή της διάγνωσης της πρώιμης άνοιας από τον Krapelin και του όρου της σχιζοφρένειας αργότερα από τον Bleuer, υπήρχε η αντίληψη περί οργανικής συμμετοχής, η οποία συσχετιζόταν με τη διάγνωση. Ο Kraepelin είχε γράψει σχετικά "Ausser den psychischen Störungen sind auch auf Körperlichem Gebiete eine Reihe von Krankheitserscheinungen zu verzeichnen, deren genauere Beziehungen zu dem grundlegenden allerdings noch nicht in allen Punkten feststehen" (Πέρα από τη ψυχική διαταραχή υπάρχουν επίσης στο οργανικό επίπεδο, μια σειρά από παθολογικά φαινόμενα προς καταγραφή, των οποίων η ακριβής σχέση με τη βα-

σική πάθηση δεν έχει ακόμη αποδειχθεί σε όλα τα σημεία).¹ Επίσης, οι κλασικές περιγραφές των ψυχιατρικών διαταραχών συχνά περιελάμβαναν ευρήματα εκ των νευρολογικών εξετάσεων. Έτσι το «παράλογο ταμπεραμέντο» (insane temperament),² η «υστερία» (hysteria),³ η «σχιζοφρένεια»,⁴ οι «διαταραχές της διάθεσης»⁵ και η «ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή»⁶ εθεωρείτο ότι παρουσίαζαν χαρακτηριστικά μη φυσιολογικά νευρολογικά σημεία.

Ένα από τα ευρήματα αυτά ήταν και οι υποκλινικές κινητικές διαταραχές, οδηγώντας σε εκτεταμένη έρευνα τη δεκαετία του '60 σχετικά με το φαινόμενο της «κινητικής αδεξιότητας». Στις αρχές αυτής της έρευνας, βρέθηκαν στοιχεία για τη συσχέτιση μεταξύ των πρώιμων διαταραχών στην κινητική ανάπτυξη και της σχιζοφρένειας,⁷ και οι γενικές ιδέες των «ήπιων νευρολογικών σημείων»⁸ και της «ελάσσονος νευρολογικής δυσλειτουργίας»,⁹ έγιναν δημοφιλείς. Η τάση αυτή οδήγησε σε μεγάλες παιδιατρικές έρευνες^{10,11} και σε πολλές διευκρινίσεις σχετικά με τις έννοιες και τη χρησιμοποίηση μεθοδολογία,¹²⁻¹⁴ ενώ ακολούθησαν έρευνες σε πληθυσμούς εφήβων^{15,16} και ενηλίκων με ψυχικές παθήσεις.^{17,18}

Από τη χρήση του το 1947 από τον Bender,¹⁹ για να περιγραφούν ευρήματα τα οποία υποδηλώνουν πιθανή νευρολογική πάθηση, ο όρος «ήπια νευρολογικά σημεία» έχει αποκτήσει και άλλες εννοιολογικές διαστάσεις, συνδεδεμένος με την έλλειψη διαγνωστικής ή ανατομικής ειδικότητας και την έλλειψη αξιοπιστίας. Τα όρια της κατηγορίας απέκτησαν επίσης μια ασαφή μορφή με αποτέλεσμα πολλοί ερευνητές να συμπεριλαμβάνουν μαζί με τις νευρολογικές ανωμαλίες της κλινικής εξέτασης, χαρακτηριστικά όπως η αριστεροχειρία, οι ηλεκτροεγκεφαλογραφικές δυσρυθμίες και οι μαθησιακές δυσκολίες.²⁰ Όπως ήταν φυσικό, κάποιοι ερευνητές αντιμετώπισαν το θέμα με σκεπτικισμό: «η χρήση των όρων «μαλακά σημεία» και «ελάσσων εγκεφαλική βλάβη» είναι διαγνωστι-

κή της «μαλακής» σκέψης». ²¹ Ωστόσο σύμφωνα με άλλους ερευνητές, μια μαζική ή καθολική απόρριψη ενός ετερογενούς συνόλου απλών, μη επεμβατικών και χαμηλού κόστους ερευνητικών εργαλείων, θα μπορούσε επίσης να θεωρηθεί ως διαγνωστική μίας «μαλακής» επιστημονικής προσέγγισης ή σκέψης. ²²

Κατά πρώτο λόγο, αν και η ανατομική ακρίβεια είναι πολύ σημαντική στην επιστήμη της Νευρολογίας, ίσως να μην είναι το ίδιο σημαντική στην Ψυχιατρική, όπου η νοσοτοπογραφία είναι λιγότερο ουσιώδης για τη διάγνωση. Κατά δεύτερο λόγο, αν και οι όροι «σκληρά» και «μαλακά» υποδηλώνουν πως τα πρώτα είναι αναπαραγώγιμα ενώ τα δεύτερα όχι, τα μέχρι τώρα δεδομένα δεν φαίνεται να το επιβεβαιώνουν. Τρίτον, αν και κάποια από τα «ήπια νευρολογικά σημεία» μπορεί να έχουν μια παροδική πορεία, το εύρος της πορείας αυτής δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί σε πληθυσμούς ενηλίκων ασθενών. Επειδή η διακύμανση των καταστάσεων στα ψυχιατρικά σύνδρομα είναι κοινός τόπος, μία χρονική μεταβλητότητα στις νευρολογικές εκτιμήσεις μπορεί να προσφέρει κάποια πλεονεκτήματα. Η μεταβλητότητα αυτή καθαυτή, μπορεί να αποτελεί μία σημαντική παράμετρο στην Ψυχιατρική επιστήμη. ²³ Η πιθανή χρήση της νευρολογικής εξέτασης προς ενίσχυση της διάγνωσης, της πρόγνωσης και της θεραπευτικής επιλογής, σε μια εποχή με ολοένα αυξανόμενους τους οικονομικούς περιορισμούς, απαιτεί τη διερεύνηση της αξίας των «ήπιων νευρολογικών σημείων» στο πεδίο της Ψυχιατρικής. ²²

Ορισμός

Οι μελέτες των νευρολογικών ελλειμμάτων στη σχιζοφρένεια τυπικά επικεντρώνονται μεταξύ των σημείων που επιτρέπουν την εντόπιση της βλάβης (σκληρά σημεία) και των σημείων που δεν επιτρέπουν την εντόπιση της δυσλειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος (μαλακά σημεία). Τα σκληρά σημεία αναφέρονται σε έκπτωση των βασικών κινητικών, αισθητικών και αντανακλαστικών εκδηλώσεων, με τυπικές εικόνες όπως τα διαταραγμένα πρωτόγονα αντανακλαστικά, τις διαταραχές κρανιακών νεύρων, την ημιυπαισθησία ή τη σημαντική κινητική αδυναμία. ²⁴ Έτσι, ένα νευρολογικό σημείο το οποίο αποτελεί αντικειμενικό εύρημα ή εκδήλωση μιας πάθησης ή διαταραγμένης λειτουργίας του οργανισμού (σε αντίθεση με τα συμπτώματα τα οποία είναι υποκειμενικά), μπορεί να θεωρηθεί

ως «σκληρό» ή παθογνωμονικό σημείο μιας νευροσυμπεριφορικής δυσλειτουργίας και κατά κανόνα συσχετίζεται με μια βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος. ¹²

Αντίθετα, τα ήπια νευρολογικά σημεία είναι ελλείμματα του κεντρικού νευρικού συστήματος, τα οποία δεν υποδηλώνουν σημαντική εγκεφαλική πλαγίωση ή εντόπιση. Είναι σημεία τα οποία ουσιαστικά δεν μπορούν να συσχετιστούν με την έκπτωση σε μια συγκεκριμένη εγκεφαλική περιοχή ή που δεν θεωρείται ότι αποτελούν τμήμα ενός καλώς οριζόμενου νευρολογικού συνδρόμου. Τυπικά ήπια νευρολογικά σημεία αποτελούν η δυσκολία διάκρισης αριστερών και δεξιών ερεθισμάτων, η δυσκολία αντίληψης ταυτόχρονου ερεθισμού, οι διαταραχές στην ισορροπία, τον συντονισμό και το βάδισμα, καθώς και η αδυναμία στις επαναληπτικές κινήσεις ή η αστεροεγνωσία. ^{24,25}

Ο διαχωρισμός αυτός θεωρήθηκε τεχνητός, καθώς και ενδεικτικός της αδυναμίας καθορισμού των εγκεφαλικών λειτουργιών που υπόκεινται της ύπαρξης των ήπιων νευρολογικών σημείων. ²⁴ Οι Heinrichs & Buchanan διαφώνησαν με τη χρήση του όρου «μαλακά σημεία» διότι θεώρησαν ότι μείωνε τη σημασία αυτών των συχνά παρατηρούμενων ανωμαλιών και υποδήλωνε ότι αποτελούν «ασαφή, αναληθή, φευγαλέα, μη αναπαραγώγιμα, μη εντοπιζόμενα και μη ερμηνεύσιμα σημεία». ²⁴ Θεώρησαν ότι η αβεβαιότητα σχετικά με τον ρόλο των ήπιων νευρολογικών σημείων στη σχιζοφρένεια είναι το αποτέλεσμα της δικής μας περιορισμένης γνώσης, παρά της ανυπαρξίας ή της χαμηλής αξίας των σημείων αυτών καθαυτών.

Τα ήπια νευρολογικά σημεία ομαδοποιούνται συχνά σε κατηγορίες, στα πλαίσια της πλέον πιθανής, υποτιθέμενης, νευροανατομικής τους θέσης. Αν και μεταξύ των ερευνητών οι ομαδοποιήσεις αυτές διαφέρουν, οι πλέον κοινές είναι της απαρτίωσης (ολοκλήρωσης) των αισθητικών λειτουργιών (sensory integration), του κινητικού συντονισμού (motor co-ordination), της διαδοχής των σύνθετων (περίπλοκων) κινήσεων (simplex motor acts sequence) και των πρωτόγονων αντανακλαστικών (primitive reflexes). Ο πίνακας 1 παρέχει περίληψη των συχνότερα εμφανιζόμενων, στις παραπάνω ομάδες, ήπιων νευρολογικών σημείων. Αν και η ασάφεια σχετικά με το διαχωρισμό μεταξύ των σκληρών και μαλακών νευρολογικών σημείων οδήγησε σε διαφοροποιήσεις

Πίνακας 1. Ήπια και σκληρά νευρολογικά σημεία κατά ονομασία και πιθανή νευροανατομική εντόπιση.

<i>Ομάδα σημείων</i>	<i>Πιθανός εντοπισμός</i>	<i>Εξεταζόμενα σημεία</i>
Απαρτίωση αισθητικής λειτουργίας	Βρεγματικός λοβός	<ul style="list-style-type: none"> • Αμφίπλευρη απόσβεση • Οπτικοακουστική ολοκλήρωση • Γραφαισθησία • Στερεοαγνωσία • Σύγχυση δεξιού-αριστερού • Απόσβεση • Τρόμος σκοπού
Κινητικός συντονισμός	Μετωπιαίος λοβός- Παρεγκεφαλίδα	<ul style="list-style-type: none"> • Ισορροπία • Βάδιση • Αναπηδήσεις • Αντίθεση αντίχειρα-δακτύλου • Δυσδιαδοχοκινησία • Δοκιμασία μύτης-δακτύλου • Δοκιμασία γροθιάς-κόψης-παλάμης
Διαδοχή περίπλοκων κινήσεων	Προμετωπιαίος λοβός	<ul style="list-style-type: none"> • Δοκιμασία γροθιάς-δακτυλίου • Δοκιμασία Ozeretski • Δοκιμασία go/no go • Δοκιμασία ρυθμικών χτυπημάτων (ποδιού ή χεριού) • Χτύπημα μεσόφρουου
Πρωτόγονα αντανακλαστικά	Μετωπιαίος λοβός	<ul style="list-style-type: none"> • Χτύπημα σιαγόνας • Παλαμογωνιαίο • Γωνίας κάτω γνάθου • Απομύζησης • Σύλληψης
Σκληρά νευρολογικά σημεία	Κεντρικό νευρικό σύστημα (συμπεριλαμβανομένων των κρανιακών νεύρων)	<ul style="list-style-type: none"> • Κατοπτρικές κινήσεις • Συγκινησίες • Σύγκλιση • Προσήλωση • Εξωπυραμιδικά σημεία • Πυραμιδικά σημεία • Δυσκινησία

ως προς την κατηγοριοποίησή τους, ως σύνολο, τα ήπια νευρολογικά σημεία βρέθηκε να συσχετίζονται ισχυρότερα με την παρουσία της σχιζοφρένειας σε σχέση με τα σκληρά σημεία.²⁶

Η ανασκόπηση των Heinrichs και Buchanan σχετικά με τις μελέτες που ερευνούσαν τις νευρολογικές ανωμαλίες στη σχιζοφρένεια, έδειξε ότι η πλειονότητα των μαλακών νευρολογικών σημείων αφορούσε στην απαρτίωση των αισθητικών λειτουργιών.²⁴ Το συμπέρασμα αυτό ήταν αποτέλεσμα των υψηλότερων ποσοστών στις μετρήσεις της αμφίπλευρης

απόσβεσης^{27,28} της αγραφαισθησίας^{17,28} της εκπτωτικής οπτικοακουστικής ολοκλήρωσης²⁷ και της στερεοαγνωσίας.¹⁷ Από την άλλη πλευρά, οι δοκιμασίες των πρωτογενών αισθητικών ικανοτήτων των σχιζοφρενικών ασθενών είναι συχνά μη φυσιολογικές, όταν διερευνώνται με μια τυπική νευρολογική εξέταση.²⁵

Στους σχιζοφρενικούς ασθενείς με νευρολογική δυσλειτουργία ανευρίσκεται επίσης συχνά, μεγαλύτερος αριθμός προβλημάτων κατά την εκτίμηση του πεδίου του κινητικού συντονισμού, τα οποία γί-

νονται ορατά στην εξέταση της ισορροπίας και της βάδισης,¹⁷ της αντίθεσης αντίχειρα-δακτύλου,²⁸ του γενικού συντονισμού,²⁷ των αναπηδήσεων²⁸ και του υψηλότερου ποσοστού του τρόμου σκοπού.¹⁵ Επιπρόσθετα, ανωμαλίες στη διαδοχή των σύνθετων κινήσεων (λειτουργιών που για παράδειγμα απαιτούν το υποκείμενο να πραγματοποιήσει επαναλαμβανόμενες εναλλαγές στις θέσεις των χεριών, όπως η δοκιμασία γροθιάς-δακτυλίου, η δοκιμασία κόψης-παλάμης και η δοκιμασία Ozeretski), είναι επίσης συχνά εμφανείς στην κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας.²⁹ Ωστόσο, τα εν τω βάθει αντανακλαστικά και η μυϊκή ισχύς, συνήθως δεν επηρεάζονται στους σχιζοφρενικούς ασθενείς.²⁵

Κατηγοριοποίηση των ήπιων νευρολογικών σημείων

Ένα σημαντικό ζήτημα στη διερεύνηση των ήπιων νευρολογικών σημείων στη σχιζοφρένεια είναι η κατηγοριοποίηση των «μαλακών σημείων» και τα εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται για την εκτίμησή τους. Η ψυχιατρική έρευνα στο πεδίο των ήπιων νευρολογικών σημείων συμπεριέλαβε ομαδοποιήσεις σημείων της κλινικής νευρολογικής εξέτασης (πίνακας 2). Κάποιες συστοιχίες (batteries) έχουν εν μέρει ή εξ ολοκλήρου προέλθει από κλασικά νευρολογικά συγγράμματα,^{30,31} άλλες έχουν επιλεγεί από χρησιμοποιούμενα εργαλεία νευροψυχολογικής αξιολόγησης,^{32,33} ενώ αρκετές κλίμακες αναπτύχθηκαν για τη διερεύνηση παιδιών και βρήκαν εφαρμογή και στην ψυχιατρική ενηλίκων.^{10-12,34}

Έχουν κατασκευαστεί αρκετές κλίμακες αξιολόγησης για τη μέτρηση των ήπιων νευρολογικών σημείων, όπως η Woods Scale,³⁵ η Rossi Scale,³⁶ η Heidelberg Scale,³⁷ η Quantified Neurological Scale,³⁸ η Cambridge Neurological Inventory,³⁹ και η Neurological Evaluation Scale.⁴⁰ Αν και οι κλίμακες αυτές επιζητούν την εκτίμηση της επίπτωσης των ήπιων νευρολογικών σημείων, οι περισσότερες δεν παρέχουν επαρκή αξιοπιστία ως προς την ύπαρξη των κατάλληλων ψυχομετρικών ιδιοτήτων και για τον λόγο αυτόν δεν μπορούν να υποστηρίξουν την αξιολόγηση των ήπιων νευρολογικών σημείων ως δείκτες ενδοφαινοτυπίας ή ευαλωτότητας για τη σχιζοφρένεια.

Οι κλίμακες Neurological Evaluation Scale (NES) και Cambridge Neurological Inventory (CNI) είναι τα δύο

πλέον χρησιμοποιούμενα εργαλεία, με αξιοσημείωτες ψυχομετρικές ιδιότητες και στοιχεία που επικυρώνουν την κλινική τους χρησιμότητα.⁴¹ Η NES, βασισμένη σε μια ανασκόπηση των νευρολογικών σημείων που παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια,²⁴ είναι η πλέον διαδεδομένη και εφαρμοσμένη κλίμακα στην ψυχιατρική ενηλίκων.^{40,42,43} Η CNI είναι μια νεότερη κλίμακα και απαρτίζει ένα ετερογενές σύνολο νευρολογικών διαταραχών και συμπεριφορικών παρατηρήσεων, με οδηγίες χορήγησης και δεδομένα για την αξιοπιστία μέρους των σημείων που περιλαμβάνει. Ο πίνακας 3 απαριθμεί τα μελετώμενα σημεία των κλιμάκων NES και CNI, καθώς και τα ισχυρά και αδύνατα σημεία τους στην προσπάθεια μελέτης των μαλακών νευρολογικών σημείων στη σχιζοφρένεια.

Κάποια εργαλεία^{34,38,39} επιπλέον, περιέχουν σημεία διερεύνησης τα οποία συνήθως χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο ύπαρξης νευρολογικών νοσημάτων, τα οποία δεν συναντιούνται τόσο συχνά σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Τα πρωτόγονα αντανακλαστικά εξετάζονται συχνά ξεχωριστά.⁴⁴ Η στοιχειώδης αισθητική λειτουργικότητα, η εξωπυραμιδική λειτουργικότητα, οι ανώμαλες ακούσιες κινήσεις και ο βλεφαρισμός, γενικά δεν συμπεριλαμβάνονται στις χρησιμοποιούμενες κλίμακες. Παρόλ' αυτά, οι υπάρχουσες κλίμακες ανιχνεύουν παραπλήσια και ταυτόχρονα επικαλυπτόμενα πεδία της νευρολογικής λειτουργικότητας των ασθενών, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό όταν συγκρίνονται διάφορες μελέτες και ιδιαίτερα όταν τα δεδομένα περιλαμβάνουν μόνο τα συνολικά αθροίσματα των ανιχνευόμενων σημείων.

Η αξιοπιστία των κλιμάκων διερεύνησης, επομένως, υπόκειται σε σημαντικό έλεγχο. Πολλά από τα εξεταζόμενα σημεία, όπως η κινητική υπερδραστηριότητα, απαιτούν υποκειμενικότητα κατά τη βαθμολόγηση, δυσχεραίνοντας την ποσοτικοποίηση όταν δεν χρησιμοποιούνται ειδικά εργαλεία. Η μεταξύ των βαθμολογητών συμφωνία είναι δύσκολο να επιτευχθεί, όταν οι παθολογικές απαντήσεις είναι μία υπερβολική εκδήλωση ενός φυσιολογικού φαινομένου (όπως για παράδειγμα ο τρόμος ή η ταλάντευση θέσης). Η υποκειμενικότητα μπορεί, επίσης, ψευδώς να εντείνει τη συμφωνία μεταξύ των εξεταστών (προερχόμενη από την κοινή εμπειρία)¹³ και να ωθήσει σε παρέκκλιση (εξασθένηση της αξιοπιστίας μεταξύ των ερευνητών, με τον χρόνο).¹⁴ Εξαιτίας των δυσκολιών της άμεσης ποσοτικοποίησης κάποιων εκ των ήπιων νευρολογικών σημείων, οι μελέτες αυτές τείνουν να

Πίνακας 2. Στοιχεία της νευρολογικής εξέτασης ψυχιατρικών ασθενών.

Στοιχείο	NES	PANESS	QNS	CNI
<i>Κίνηση (στάση και βηματισμός)</i>				
Απλός βηματισμός			X	X
Έντονος βηματισμός		X		
Βηματισμός επί ευθείας γραμμής	X	X	X	X
Αναπήδηση		X	X	
Romberg	X		X	X
<i>Σύνθετες κινήσεις</i>				
Γροθιά-δακτύλιος	X		X	
Γροθιά-κόψη-παλάμη	X		X	X
Εναλλαγές γροθιάς-παλάμης	X		X	X
Διαδοχοκινησία	X			X
Αντίθεση αντίχειρα-δακτύλου	X		X	X
Ρυθμικά χτυπήματα	X	X		
Συγχρονισμένα χτυπήματα		X		
Παραγωγή χτυπημάτων	X			
<i>Οφθαλμικές κινήσεις</i>				
Οπτική ανίχνευση		X		X
Σύγκλιση	X			
Προσήλωση	X			X
<i>Άλλες κινήσεις</i>				
Παρέκκλιση				X
Κινητική εμμονή		X		X
Δοκιμασία δείκτη-ρινός	X	X		X
Δοκιμασία πτέρνας-κνήμης		X		
Μυϊκός τόνος			X	
Κατοπτρικές κινήσεις	X		X	X
Συγκινησία κεφαλής	X			X
Τρόμος	X			X
Χοραιοαθετωσικές κινήσεις	X			X
<i>Αισθητικότητα</i>				
Οπτικοακουστική απαρτίωση	X			
Στερεογνωσία	X	X	X	X
Γραφαισθησία	X	X	X	X
Απόσβεση προσώπου-χειρός	X	X	X	X
Δοκιμασία προσώπου-ήχου		X		
Διάκριση 2 σημείων		X		
Διάκριση δεξιού-αριστερού	X		X	X
<i>Πρωτόγονα αντανακλαστικά</i>				
Μεσόφρυο	X			X
Μύτης	X			X
Παλαμογωνιαίο				X
Σύλληψης	X			X
Απομύζησης	X			

NES: Neurological Evaluation Scale

PANESS: Physical and Neurological Examination for Soft Signs

QNS: Quantified Neurological Scale

CNI: Cambridge Neurological Inventory

Πίνακας 3. Ήπια νευρολογικά σημεία των κλιμάκων Neurological Evaluation Scale και Cambridge Neurological Inventory, κατηγοριοποιημένα βάσει της κωδικοποίησής τους και της πιθανής νευροανατομικής τους εντόπισης.

Κλίμακες	Ομάδα σημείων	Επιμέρους σημεία	Πιθανές περιοχές	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Neurological Evaluation Scale	Κινητικός συντονισμός	<ul style="list-style-type: none"> • Τρόμος σκοπού 	Μετωπιαίος λοβός	<ul style="list-style-type: none"> • Πιθανές νευροανατομικές περιοχές για διαφορετικές υποκατηγορίες μαλακών σημείων 	<ul style="list-style-type: none"> • Μη διαθέσιμες πληροφορίες για αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου
		<ul style="list-style-type: none"> • Ισοροπία • Βάδιση • Αναπήδηση • Αντίθεση αντίχειρα-δακτύλου • Δυσδιαδοχοκινήτρια • Δοκιμασία μύτης-δακτύλου 	Παρεγκεφαλίδα	<ul style="list-style-type: none"> • Πλήρεις οδηγίες για την εκπαίδευση των βαθμολογητών • Καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία μεταξύ οριζόντιων και κυρίως στη λευκή φυλή (καυκάσια) 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα δεδομένα περι-ορίζονται κυρίως στην λευκή φυλή (καυκάσια)
		<ul style="list-style-type: none"> • Δοκιμασία γροθιά-κόψη-πυλαίμη • Δοκιμασία γροθιάς-δακτύλου • Δοκιμασία Ozeretsky • Δοκιμασία go/no-go • Ρυθμικά χτυπήματα (πόδι ή χέρι) • Αμφίπλευρη απόσβεση • Οπτικοακουστική ολοκλήρωση • Γραφαισθησία • Στερεογνώσια • Σύγχυση αριστερού-δεξιού • Απόσβεση 	Προμετωπιαίος λοβός		
Cambridge Neurological Inventory	Απαρτίωση αισθητικής λειτουργίας		Βρεγματικός λοβός		
		<ul style="list-style-type: none"> • Ρυθμικά χτυπήματα δακτύλων (αριστ. & δεξιά) • Αντίθεση αντίχειρα-δακτύλου (αριστερά και δεξιά) • Δυσδιαδοχοκινήτρια (αριστερά και δεξιά) • Δοκιμασία γροθιά-κόψη-πυλαίμη (αριστερά και δεξιά) • Δοκιμασία Ozeretsky 	Προμετωπιαίος λοβός	<ul style="list-style-type: none"> • Πιθανές νευροανατομικές περιοχές για διαφορετικές υποκατηγορίες μαλακών σημείων • Πλήρεις οδηγίες για την εκπαίδευση • Καλή κατασκευαστική εγκυρότητα και αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών 	<ul style="list-style-type: none"> • Μη διαθέσιμες πληροφορίες για αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου
		<ul style="list-style-type: none"> • Δοκιμασία απόσβεσης • Δακτυλο-αγνώσια (αριστερά και δεξιά) • Στερεογνώσια (αριστερά και δεξιά) • Γραφαισθησία (αριστερά και δεξιά) • Αριστερός-δεξιός προσανατολισμός 	Βρεγματικός λοβός	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτεταμένη βάση δεδομένων σχετικά με γνωστικές λειτουργίες των σχιζοφρενών και την πρόγνωση • Πληροφορίες σχετικά με φαινόμενα εθνικά (ασθενείς κινεζικής και καυκάσιας προέλευσης και υγιείς μάρτυρες) • Τα δεδομένα για το πλήρες φάσμα του χρόνου ζωής είναι διαθέσιμα αλλά περι-ορισμένα 	
Neurological Evaluation Scale	Δυσκολία αναστολής	<ul style="list-style-type: none"> • Σακαδικό βλεφάρισμα • Σακαδικές κινήσεις κεφαλής • Βλεφαρισμός • Κατοπτρικές κινήσεις δοκιμασίας γροθιάς-κόψης-πυλαίμη (αριστερά και δεξιά) • Κατοπτρικές κινήσεις δυσδιαδοχοκινήτριας • Δοκιμασία go/no-go 	Μετωπιαίος λοβός		

συσσωρεύουν όλα τα δεδομένα σε σειριακές ή διχοτομικές τάξεις ώστε να επιτευχθεί ομοιομορφία. Η πρακτική αυτή περιπλέκει τη στατιστική προσέγγιση ως προς μια αξιόπιστη επεξεργασία των επιμέρους νευρολογικών σημείων, μειώνοντας την ισχύ των αποτελεσμάτων.⁴⁵

Τα εμπειρικά δεδομένα παρόλ' αυτά, υποδεικνύουν ότι η μεταξύ των εξεταστών αξιοπιστία παραμένει γενικά αρκετά ικανοποιητική.¹³ Κατά κύριο λόγο επέρχεται ένας ισοσκελισμός μεταξύ των περισσότερων υποκειμενικά αξιολογούμενων ήπιων νευρολογικών σημείων^{10,43} και των σημείων που απαιτούν διάκριση μεταξύ του φυσιολογικού και του ελαφρά μη φυσιολογικού.¹⁰

Μελέτες παραγοντικής ανάλυσης (factor analytic studies) των ήπιων νευρολογικών σημείων υποδεικνύουν ότι τα σημεία αυτά θα μπορούσαν να υποδιαιρεθούν περαιτέρω σε υπο-ομάδες.⁴⁶⁻⁵¹ Για παράδειγμα, οι Schrodter et al³⁷ έδειξαν ότι υπάρχουν τουλάχιστον δύο υπο-ομάδες ήπιων σημείων, αυτές του κινητικού συντονισμού (motor coordination) και των περίπλοκων κινήσεων (complex motor acts). Οι Malla et al αντίστοιχα, βρήκαν ότι ο κινητικός συντονισμός (motor coordination), η αισθητική απαρτίωση (sensory integration), η κινητική ολοκλήρωση (motor integration) και ο σχεδιασμός ακολουθιών (sequencing planning), ήταν ενσωματωμένες στην κλίμακα εκτιμήσεως Neurological Evaluation Scale (NES).⁴⁰ Σε συνέχεια αυτών, οι Krebs et al⁴⁷ καθόρισαν πέντε παράγοντες σχετικά με τα ήπια νευρολογικά σημεία: τον κινητικό συντονισμό (motor coordination), τη λειτουργία της κινητικής απαρτίωσης (motor integration function), τη λειτουργία της αισθητικής απαρτίωσης (sensory integration function), τις ακούσιες κινήσεις ή στάση (involuntary movement or posture) και την ποιότητα της πλαγιώσεως (quality of lateralization). Σε αντίθεση, τα βασιζόμενα σε ομαδοποιήσεις υποκλιμάκων θεωρητικά μοντέλα, προτείνουν την ύπαρξη των υπο-ομάδων του κινητικού συντονισμού (motor coordination), της αισθητικής απαρτίωσης (sensory integration), της διαδοχής των σύνθετων κινήσεων (sequencing of complex motor acts) και της δυσχέρειας αναστολής (disinhibition).^{39,40} Ενώ τα στηριζόμενα σε νευροανατομικές προσεγγίσεις θεωρητικά μοντέλα προτείνουν ομαδοποιήσεις των παρεγκεφαλιδικών (cerebellar), μετωπιαίων (frontal) και βρεγματικών (parietal) υποκλιμάκων.⁵²

Η μέτρια ανταπόκριση των περιγραφόμενων μοντέλων και των δεδομένων της παραγοντικής ανάλυσης μπορεί να οφείλεται σε έναν αριθμό μεθοδολογικών περιορισμών. Σημαντικό ρόλο στο φαινόμενο αυτό δείχνει να έχει η επιλογή από τους ερευνητές διαφορετικών ερευνητικών εργαλείων (κλιμάκων) για τη μέτρηση των μαλακών νευρολογικών σημείων, οδηγώντας έτσι και σε διαφορετικές παραγοντικές αναλύσεις. Επίσης, για τα περισσότερα εκ των μελετώμενων σημείων, ο επιπολασμός των θετικών βαθμολογιών είναι συνήθως σχετικά χαμηλός, με αποτέλεσμα την ασύμμετρη κατανομή των δεδομένων, η οποία είναι λιγότερο κατάλληλη για μια τυπική παραγοντική ανάλυση. Επιπρόσθετα, οι περισσότερες μελέτες παραγοντικής ανάλυσης περιορίστηκαν σε διερευνητική παραγοντική ανάλυση ή ανάλυση σε κύριες συνιστώσες, βασιζόμενες σε ένα μικρό ερευνητικό δείγμα. Οι μέθοδοι αυτές επηρεάζονται από τα αναλυόμενα δεδομένα, με την πιθανότητα να ανευρίσκονται παράγοντες οι οποίοι να είναι ειδικοί ως προς το μελετώμενο δείγμα και να μην μπορούν να γενικευθούν, αναγόμενοι σε ένα ευρύτερο πληθυσμιακό δείγμα. Οι παραγοντικές λύσεις για τα μαλακά νευρολογικά σημεία μπορεί, τέλος, να ποικίλουν σημαντικά στον πληθυσμό των σχιζοφρενικών ασθενών, των μη-ψυχωτικών συγγενών τους και των υγιών μαρτύρων.⁵¹ Παρόλ' αυτά, οι Compton et al⁵¹ μελετώντας τα ήπια νευρολογικά σημεία σε διαφορετικά δείγματα ατόμων, κατέληξαν στην ύπαρξη δύο τουλάχιστον σταθερών λανθανουσών μεταβλητών, του κινητικού συντονισμού (motor coordination) και της αισθητικής απαρτίωσης (sensory integration). Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση των Chan & Gottesman⁵³ οι συγγραφείς συμπέραναν ότι τα ήπια νευρολογικά σημεία θα μπορούσαν δοκιμαστικά να κατηγοριοποιηθούν σε σημεία κινητικού συντονισμού (motor coordination), αισθητικής απαρτίωσης (sensory integration), σύνθετων κινήσεων (complex motor acts) και δυσχέρειας αναστολής (disinhibition).

Ήπια νευρολογικά σημεία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Κατά τη διερεύνηση των ήπιων νευρολογικών σημείων ως μιας φαινοτυπικής έκφρασης της σύνθετης διαταραχής που ονομάζουμε σχιζοφρένεια, η πιθανή σχέση των δημογραφικών μεταβλητών και της συσχέτισής τους με τα μαλακά σημεία, αποτελεί μια

σημαντική παράμετρο της ερευνητικής διαδικασίας. Έτσι, ικανός αριθμός μελετών προσπάθησε να προσδιορίσει πιθανές συσχετίσεις των σημείων αυτών, σε διάφορα στάδια της εξέλιξης της διαταραχής, με τα αποτελέσματα μέχρι στιγμής να μην είναι ενδεικτικά μιας σταθερής συσχέτισης.⁵⁴

Ήπια νευρολογικά σημεία και ηλικία

Αναφορικά με την ηλικία των ασθενών, η πλειονότητα των ερευνών δεν έδειξε συσχέτισή της με τα μαλακά νευρολογικά σημεία,^{30,40,55-62} πλην πέντε μελετών, οι οποίες όμως έτειναν να συμπεριλαμβάνουν στρώματα πληθυσμών μεγάλης ηλικίας.^{36,39,48,63,64} Φαίνεται, επομένως, η ηλικία να μην επηρεάζει τη σοβαρότητα της νευρολογικής δυσλειτουργίας, έως τις μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες πληθυσμού, όπου και διακρίνεται να υπάρχει μια σταδιακή αύξηση της συχνότητας εύρεσης αντίστοιχων κλινικών σημείων.⁶⁵ Τα δεδομένα παραμένουν αντιφατικά παρόλα αυτά, διότι πολλές εκ των διενεργηθεισών μελετών είχαν σχεδιασμό εγκάρσιας τομής (cross sectional) και εμφάνιζαν περιορισμούς ως προς την αξιολόγηση παραγόντων που συσχετίζονται και επηρεάζονται από την ηλικιακή ομάδα, όπως για παράδειγμα, το χρονικό παράθυρο της ενεργού νόσου σε σχέση με την ηλικία του ασθενούς. Επίσης συχνά τίθεται και το ερώτημα αναφορικά με τις ανακολουθίες των ερευνητικών προσπαθειών ως προς το ηλικιακό εύρος των ασθενών και των προσεγγίσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί, προκειμένου να διευθετηθούν οι πιθανοί παράγοντες σύγχυσης στην ασυμφωνία των ευρημάτων.^{24,66}

Ήπια νευρολογικά σημεία και εθνικότητα

Η συσχέτιση των μαλακών σημείων με το επίπεδο εκπαίδευσης, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και την εθνικότητα των ασθενών δεν έχει διερευνηθεί το ίδιο ικανοποιητικά. Αναφορικά με την εθνικότητα, οι Buchanan & Heinrichs⁴⁰ βρήκαν μεγαλύτερη νευρολογική έκπτωση, τόσο σε μη πάσχοντες όσο και σε πάσχοντες από σχιζοφρένεια αφροαμερικανούς ασθενείς, συγκριτικά με άτομα της λευκής φυλής, εύρημα το οποίο επαληθεύτηκε σε άλλες τρεις ερευνητικές εργασίες.^{42,52,67} Σε άλλη μελέτη, οι μη καυκάσιοι ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων αφροαμερικανών και ατόμων άλλων φυλών, παρουσίασαν περισσότερες γνωστικές/αντιληπτικές δυσλειτουργίες,⁴⁹ ενώ αντίστοιχα υψηλός επιπολασμός ήπιων νευρολογικών σημείων κατεγράφη και σε πληθυσμό

Νιγηριανών σχιζοφρενών ασθενών.⁶⁸ Αντίθετα, στην έρευνα των Chen και Chan⁶⁶ δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών της ασιατικής και καυκάσιας φυλής. Αξίζει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι οι περιορισμοί στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων αυτών είναι σημαντικοί, μιας και πιθανοί παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την εκδήλωση των νευρολογικών δυσλειτουργιών, όπως η προνοσηρή λειτουργικότητα, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των ασθενών και οι περιγεννητικές επιπλοκές, δεν μπορούσαν να ελεγχθούν στις διενεργηθείσες μελέτες.^{40,67}

Ήπια νευρολογικά σημεία και φύλο

Αναφορικά με το φύλο των μελετώμενων πληθυσμών, η πλειονότητα των δεδομένων δεν υποστηρίζει κάποια επίδρασή του στη συχνότητα και σοβαρότητα των ήπιων νευρολογικών σημείων,^{24,30,40,55,57,58,63,64,66,69-72} αν και οι Duggal et al περιέγραψαν μια πιθανή επίδραση μεταβλητών συνδεδεμένων με το φύλο στην απόδοση των ασθενών σε δοκιμασίες κινητικών ακολουθιών (motor sequencing tasks).⁷³ Η έρευνα των Lane et al ανέφερε μια τάση για ασθενείς γυναικείου φύλου και με οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας να παρουσιάζουν περισσότερα ήπια νευρολογικά σημεία,⁵⁶ και δύο μελέτες ανέφεραν αυξημένη εμφάνιση ήπιων νευρολογικών σημείων στις γυναίκες, σε σύγκριση με τους άνδρες ασθενείς, στο συνολικό άθροισμα των νευρολογικών σημείων και στις υποκλίμακες της αισθητικής απαρτίωσης και των σύνθετων κινήσεων.^{46,67} Πιθανή συσχέτιση της παρουσίας ήπιων σημείων και του ανδρικού φύλου αντίστοιχα, αναφέρθηκε στη μελέτη των Madsen et al,⁷⁴ όπου οι άνδρες ασθενείς παρουσίαζαν αύξηση στον αριθμό των νευρολογικών δυσλειτουργιών κατά την επανεκτίμησή τους μετά από πέντε έτη, από τους ερευνητές. Στο δείγμα αυτό, οι άνδρες ήταν επίσης περισσότερο πιθανό να είχαν ιστορικό επιπλοκών κατά τη γέννηση, όπως και μια συνεχή πορεία της νόσου, χωρίς υφέσεις. Αντίστοιχη συσχέτιση αναφέρθηκε και από μία δεύτερη μελέτη,⁷⁵ όπου οι περισσότεροι ανθεκτικοί στη θεραπεία ασθενείς ήταν άνδρες με νευρολογική έκπτωση, ενώ στη μελέτη των Rochford et al με δείγμα πασχόντων από σχιζοφρένεια και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, οι άνδρες έτειναν να εμφανίζουν περισσότερα ήπια νευρολογικά σημεία σε σχέση με τις γυναίκες ασθενείς.¹⁷ Φαίνεται επομένως, η αύξηση των νευρολογι-

κών ανωμαλιών σε άνδρες ασθενείς, μαζί με έναν αυξημένο κίνδυνο νευροαναπτυξιακής βλάβης και μιας γενικότερα σοβαρότερης μορφής της ασθένειας,⁷⁶ να αποτελούν πιθανώς ένδειξη μιας μεγαλύτερης ευαλωτότητας του αναπτυσσόμενου ανδρικού εγκεφάλου στην προσβολή του από περιβαλλοντικούς παράγοντες.⁷⁷

Ήπια νευρολογικά σημεία και εκπαιδευτικό επίπεδο

Όσον αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίζονται επίσης αντικρουόμενα δεδομένα ως προς τη συσχέτισή του με τον παρατηρούμενο βαθμό νευρολογικών ευρημάτων στους σχιζοφρενείς ασθενείς. Έτσι, κάποιες μελέτες αναφέρουν μια αντίστροφη συσχέτιση ως προς τον βαθμό νευρολογικής έκπτωσης και την εκπαίδευση των ασθενών,^{36,57,60,64,69,72} μια μελέτη αναφέρει αντίστροφη συσχέτιση για μόνο μία υποκλίμακα εκ των τριών της NES,⁴⁸ ενώ πέντε μελέτες αντίθετα, δεν έδειξαν κάποια σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και της νευρολογικής σημειολογίας των ασθενών.^{30,58,59,61,62} Τα στοιχεία των ερευνών πρέπει να ερμηνευθούν με προσοχή, μιας και είναι πιθανό οι ασθενείς με περισσότερο σοβαρές μορφές της διαταραχής και με υψηλότερα ποσοστά νευρολογικών ανωμαλιών, να συναντούν και περισσότερες δυσκολίες στο να συνεχίσουν την εκπαίδευσή τους. Ωστόσο, τα δεδομένα που υποστηρίζουν τη συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου με την παρουσία ήπιων νευρολογικών σημείων, δείχνουν σύμφωνο με τα αντίστοιχα στοιχεία συσχέτισης μεταξύ του νοητικού πηλίκου και των νευρολογικών ελλειμμάτων, ειδικότερα δε, μεταξύ του νοητικού πηλίκου και της υποκλίμακας της αισθητικής απαρτίωσης.^{15,18} Έχει προταθεί ότι η ταυτόχρονη παρουσία των ήπιων νευρολογικών σημείων και των γνωστικών ελλειμμάτων στη σχιζοφρένεια μπορεί να αντικατοπτρίζει μία διάχυτη, γενικευμένη, εγκεφαλική διαταραχή.^{58,71,78}

Ήπια νευρολογικά σημεία και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο

Τέλος, αναφορικά με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, οι Griffiths et al περιέγραψαν μία αυξημένη συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και των ήπιων και σκληρών νευρολογικών σημείων,⁶³ ενώ οι Johnstone et al ανέφεραν αντίστοιχα μία πιθανή συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης ήπιων νευρολογικών σημείων και της χαμηλότερης κοινωνικο-οικονομικής εξέλιξης των ασθενών.⁷⁹ Αντίθετα, σε τέσσερις

μελέτες, ο βαθμός νευρολογικής δυσλειτουργίας δεν φάνηκε να συσχετίζεται με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των ασθενών^{30,58,72} ή των γονέων.^{42,58}

Ήπια νευρολογικά σημεία και ψυχοπαθολογία

Αν υποθέσουμε ότι κάποια μορφή βλάβης ή βλαβών είναι υπεύθυνη για τις κλινικές και λειτουργικές εκδηλώσεις της σχιζοφρένειας, όπως και κατά συνέπεια για τα νευρολογικά της ευρήματα, θα ήταν δόκιμο να αναμένουμε συσχετίσεις μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και της νευρολογικής λειτουργικότητας. Η ταυτοποίηση του κατά πόσο τα ήπια νευρολογικά σημεία, γενικά ή και σε επιμέρους νευρολογικά πεδία, συνδέονται με κάποιο ειδικό προφίλ σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική για το νευροβιολογικό υπόστρωμα της πάθησης.⁸⁰ Οι πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των ήπιων νευρολογικών σημείων και της ψυχοπαθολογίας θα μπορούσαν να συμβάλλουν προκειμένου τα ήπια νευρολογικά σημεία να αποτελέσουν ένα βασικό χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας και έναν πιθανό δείκτη ευαλωτότητας. Λαμβάνοντας υπόψη την πρώιμη εμφάνιση των ήπιων νευρολογικών σημείων, εάν αυτές οι συσχετίσεις επιβεβαιωθούν θα μπορούσαν, όχι μόνο να χρησιμοποιηθούν ως ένας προγνωστικός δείκτης, αλλά και ως μια πολύτιμη μεταβλητή στα προγράμματα πρώιμης ανίχνευσης της πάθησης.

Αρκετοί ερευνητές προσπάθησαν, με τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης της ψυχοπαθολογίας, να ερευνήσουν τη σχέση μεταξύ της παρουσίας των ήπιων νευρολογικών σημείων και συγκεκριμένων ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών, αλλά τα αποτελέσματα ήταν συχνά αλληλοσυγκρουόμενα. Κάποιες μελέτες ανέφεραν μια σχέση μεταξύ των ήπιων σημείων και διαφορετικών υποτύπων της σχιζοφρένειας, όπως για παράδειγμα μεγαλύτερος αριθμός νευρολογικών σημείων στη χρόνια έναντι της οξείας μορφής σχιζοφρένειας,⁸¹ ή περισσότερα σημεία στην αποδιοργανωμένη έναντι της μη αποδιοργανωμένης μορφής σχιζοφρένειας.⁸² Περισσότερες νευρολογικές ανωμαλίες έχουν αναφερθεί επίσης σε συνδυασμό με μεγαλύτερο συνολικό αριθμό ψυχιατρικών συμπτωμάτων⁸³ και με την παρουσία σκεπτικής διαταραχής,⁸⁴ αρνητικών συμπτωμάτων^{85,86} και συναισθηματικής σταθερότητας.²⁸ Ωστόσο, άλλες μελέτες δεν έχουν επαληθεύσει κάποια σχέση μεταξύ των ήπιων νευρολογικών σημείων και των θετικών συμπτωμάτων⁷¹

ή διαφορές μεταξύ παρανοειδούς και μη παρανοειδούς σχιζοφρένειας.⁸⁷ Μέρος της ασυμφωνίας των προαναφερθέντων μελετών μπορεί να σχετίζεται με την εκτίμηση των ασθενών σε διαφορετικές φάσεις της νόσου, καθώς και στην αντιψυχωτική αγωγή για πληθώρα διαφορετικών χρονικών περιόδων. Εκτός από λίγες μελέτες οι οποίες χρησιμοποιούν κλίμακες σφαιρικής εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας, όπως η Clinical Global Impression Scale και το συνολικό άθροισμα της Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), όπου οι αρνητικές⁴² και θετικές συσχετίσεις αναφέρονται,^{48,88} η πλειοψηφία των μελετών ερευνά ξεχωριστά τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα. Σε κάποιες από αυτές τις μελέτες, η θετική συμπτωματολογία υποδιαιρέθηκε σε υπο-τομείς, όπως ψευδαισθήσεις/παραληρήματα και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.

Θετική διάσταση της ψυχοπαθολογίας

Στην έρευνα αναφορικά με τη σχέση μεταξύ των θετικών σχιζοφρενικών συμπτωμάτων και των ήπιων νευρολογικών σημείων, τα αποτελέσματα παραμένουν αντικρουόμενα. Έτσι για παράδειγμα, ενώ οι Browne et al⁶⁹ περιγράφουν μια συσχέτιση μεταξύ των ήπιων σημείων και της συνολικής και θετικής ψυχοπαθολογίας, άλλοι ερευνητές δεν καταγράφουν αντίστοιχα ευρήματα.^{71, 89} Σε δύο νεότερες έρευνες, που αφορούσαν σε χρόνιους σχιζοφρενείς ασθενείς, δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ του συνολικού αθροίσματος των ήπιων σημείων και της θετικής συμπτωματολογίας.^{90,91} Παρόμοια ευρήματα προέκυψαν και σε δείγμα ατόμων με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, αν και οι ασθενείς του δείγματος αυτού παρουσίαζαν σχετικά μικρό αριθμό ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.⁶¹ Καμία συσχέτιση δεν βρέθηκε επίσης σε ασθενείς που δεν είχαν λάβει αγωγή με αντιψυχωτικά φάρμακα, είτε βρίσκονταν σε πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο,⁹² είτε σε μια χρόνια φάση της νόσου.^{72,93} Συγκεκριμένα, οι μελέτες αυτές δεν έδειξαν κάποια σχέση μεταξύ των θετικών συμπτωμάτων και των παρεγκεφαλιδικών ήπιων σημείων,⁹² του συνόλου των ήπιων νευρολογικών σημείων,^{72,93} ή οποιασδήποτε εκ των υποκλιμάκων των ήπιων σημείων.⁹³ Αντίθετα άλλες μελέτες επί ασθενών με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο κατέδειξαν την ύπαρξη μιας σχέσης μεταξύ της θετικής συμπτωματολογίας και του συνόλου των ήπιων σημείων,⁹⁴ καθώς και μεταξύ

της θετικής συμπτωματολογίας και των σημείων του κινητικού συντονισμού.⁸⁸

Η αντίθεση μεταξύ των ευρημάτων μπορεί εν μέρει να εξηγείται από το γεγονός ότι οι ασθενείς που συμπεριελήφθησαν στις διάφορες μελέτες βρίσκονταν και σε διαφορετικά στάδια της νόσου, κάποιες φορές πριν από την έναρξη οιασδήποτε αγωγής, άλλες φορές σε μία οξεία κατάσταση και κάποιες φορές σε μία φάση αποδρομής. Επίσης, η συσχέτιση μεταξύ των ήπιων σημείων και της θετικής συμπτωματολογίας μπορεί να αντικατοπτρίζει ελλείμματα της προσοχής δευτερογενή στην ύπαρξη μιας ενεργού συμπτωματολογίας.⁶⁹ Έτσι, μελέτες οι οποίες δεν διερευνούν σημεία τα οποία αφορούν στην προσοχή και στην πρωτοβουλία, μπορεί να μην εντοπίσουν την υπάρχουσα συσχέτιση. Επιπρόσθετα, ένας μείζων μεθοδολογικός περιορισμός αυτών των ερευνών είναι η αδυναμία τους να λάβουν υπόψη το γεγονός ότι τα θετικά συμπτώματα κυμαίνονται ανάλογα με τη φάση της νόσου, ενώ τα ήπια νευρολογικά σημεία εννοιολογικά προσεγγίζονται ως πιθανοί δομικοί δείκτες (trait markers). Μιας και όλοι οι ασθενείς με διάγνωση σχιζοφρένειας είχαν κάποια στιγμή παρουσιάσει θετικού τύπου συμπτωματολογία στην πορεία της πάθησής τους, η εκτίμησή τους σε μελέτες εγκάρσιας τομής ίσως να μην είναι ο καλύτερος τρόπος διερεύνησης.

Η υπόθεση αυτή υποστηρίζεται και από τα συμπεράσματα κάποιων εργασιών με άτομα ευρισκόμενα σε πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, οι οποίες διερεύνησαν τη σταθερότητα των μαλακών σημείων σε σχέση με τη βελτίωση της ψυχοπαθολογίας. Ο Scheffer αναφέρει ότι η βελτίωση της θετικής συμπτωματολογίας έξι εβδομάδες μετά την έναρξη αντιψυχωτικής αγωγής, συσχετίστηκε θετικά με τη βελτίωση των ήπιων νευρολογικών σημείων.⁸⁸ Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και από τους Whitty et al,⁹⁵ όπου η βελτίωση στα συνολικά νευρολογικά σημεία (και ειδικότερα στα φλοιϊκά σημεία και στα σημεία του κινητικού συντονισμού) έξι μήνες μετά το πρώτο επεισόδιο, συσχετίστηκε ιδιαίτερα με τη βελτίωση της θετικής συμπτωματολογίας, ενώ οι Emsley et al⁵⁰ παρατήρησαν ότι το πεδίο της κινητικής διαδοχής βελτιώθηκε, με τη βελτίωση της ψυχοπαθολογίας δώδεκα μήνες μετά την έναρξή της. Επιπρόσθετα, μια έντονα οξεία κατάσταση με προεξάρχοντα θετικά συμπτώματα μπορεί να παρεμβάλλεται στην α-

ξιολόγηση των ήπιων νευρολογικών σημείων και να παράγει υψηλότερη βαθμολογία, όπως προτάθηκε από μελέτες των Schroder et al⁸² και Whitty et al⁹⁵ όπου σημαντική μείωση στη νευρολογική δυσλειτουργία ακολουθούσε την ύφεση της ψυχοπαθολογίας. Φαίνεται επομένως τα ήπια νευρολογικά σημεία να είναι παρόντα κατά την έναρξη της διαταραχής, με κάποια «ηπιότερα» σημεία να συσχετίζονται με τη θετική συμπτωματολογία, αντικατοπτρίζοντας ένα καταστασιακό χαρακτηριστικό (state-like), ενώ μπορεί να υφίστανται και κάποια «σκληρότερα» σημεία που δεν υφίστανται με τη βελτίωση της ψυχοπαθολογίας, αντικατοπτρίζοντας ένα περισσότερο δομικό (trait-like) χαρακτηριστικό της διαταραχής.⁹⁶

Αρνητική διάσταση της ψυχοπαθολογίας

Τα συμπτώματα του αρνητικού φάσματος ή ελλειμματικά συμπτώματα⁹⁷ μοιάζει να έχουν μια περισσότερο «οργανική» φύση, μοιραζόμενα κλινικές εκδηλώσεις όπως η απάθεια, η αβουλία, η κοινωνική απόσυρση ή η ρηχότητα του συναισθήματος, με άλλες παθήσεις, όπου το οργανικό υπόστρωμα και οι εγκεφαλικές βλάβες είναι σαφώς προσδιορισμένες. Η παρατήρηση αυτή οδήγησε τους ερευνητές σε μια συστηματική διερεύνηση των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των μαλακών νευρολογικών σημείων και της ψυχοπαθολογίας του αρνητικού φάσματος της σχιζοφρένειας. Οι Buchanan et al βρήκαν ότι οι εκπρωτικοί (ελλειμματικοί) ασθενείς (deficit patients) εμφάνιζαν σημαντική διαταραχή στην υποκλίμακα της αισθητικής απαρτίωσης (sensory integration subscale) της NES.⁹⁸ Οι Tiryaki et al ανέφεραν αντίστοιχα ευρήματα σε όλες τις υποκλίμακες της NES, διαπιστώνοντας ότι η υποκλίμακα της διαδοχής των περίπλοκων κινήσεων (sequencing of complex motor acts subscale) αποτελούσε έναν σημαντικό προγνωστικό δείκτη του εκπρωτικού σταδίου της σχιζοφρένειας.⁹⁹ Άλλοι ερευνητές, αναφέρουν επίσης συσχετίσεις μεταξύ των αρνητικών συμπτωμάτων και των μετωπιαίων^{35,64,86,88} και/ή προμετωπιαίων σημείων.^{35,62,88} Η σχέση μεταξύ του εκπρωτικού συνδρόμου (deficit syndrome) και της αισθητικής απαρτίωσης επιβεβαιώθηκε και σε άλλη μελέτη,⁶⁷ συμφωνώντας με αντίστοιχες έρευνες που καταδεικνύουν την ύπαρξη βρεγματικών δυσλειτουργιών σε ελλειμματικούς ασθενείς.¹⁰⁰ Επιπρόσθετα, τόσο τα αισθητικά (sensory) όσο και τα μετωπιαία (σύνθετων κινήσεων – complex motor tasks) σημεία έχουν συσχετισθεί με

τα αρνητικά συμπτώματα της κλίμακας BPRS⁸⁸ ή τον παράγοντα «ανενέργια» της BPRS,⁸² ο οποίος αποτελεί ένα σύνθετο σύμπτωμα που προσδιορίζει τη συνολική νευρολογική έκπτωση του ασθενούς.¹⁰¹

Η σχέση μεταξύ της αυξημένης εμφάνισης ήπιων νευρολογικών σημείων και της αρνητικής διάστασης της σχιζοφρένειας έχει καταδειχθεί σε μεγάλο αριθμό ερευνών.^{58,67,70,78,85,86,92} Μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν κλίμακες με συνεχείς τιμές, αναφορικά με τη βαρύτητα της νευρολογικής έκπτωσης, κατέδειξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής νευρολογικής διαταραχής και της σοβαρότητας της αρνητικής συμπτωματολογίας, όπως αυτή μετρήθηκε με τη χρήση των κλιμάκων PANSS,^{70,102} SANS^{35,90} και BPRS.^{82,88}

Ωστόσο, η συσχέτιση των ήπιων νευρολογικών σημείων και των αρνητικών συμπτωμάτων δεν επιβεβαιώνεται σε όλες τις μελέτες. Οι Shibre et al, σε μία μεγάλη μελέτη ασθενών χωρίς φαρμακευτική αγωγή, δεν μπόρεσαν να βρουν κάποια συσχέτιση μεταξύ της αρνητικής ψυχοπαθολογίας και των ήπιων σημείων.⁷² Αντίστοιχα ευρήματα αναφέρονται και σε μελέτες ασθενών με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο⁶¹ ή με χρόνιους ασθενείς.⁹¹ Οι Browne et al βρήκαν ότι η υψηλή βαθμολογία στην αρνητική υποκλίμακα της PANSS δεν αντιστοιχεί και σε ανάλογη νευρολογική διαταραχή, όπως αυτή μετράται με τις κλίμακες NES ή CNE,⁶⁹ ενώ αντίστοιχη έλλειψη σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ της αρνητικής συμπτωματολογίας και της νευρολογικής δυσλειτουργίας αναφέρεται και σε άλλες μελέτες.^{55,59,60,68,74,89,93,103}

Υπάρχουν ωστόσο ορισμένα μεθοδολογικά θέματα τα οποία χρειάζεται να ληφθούν υπόψη για την ερμηνεία των συμπερασμάτων των μελετών αυτών. Όπως έχει αποδειχθεί, τα αρνητικά συμπτώματα συσχετίζονται συχνότερα με μετωπιαία (διαδοχή σύνθετων κινήσεων) ή βρεγματικά (αισθητική απαρτίωση) σημεία. Οι περισσότερες μελέτες που δεν κατέδειξαν κάποια συσχέτιση μεταξύ των αρνητικών συμπτωμάτων και των μαλακών σημείων είτε περιελάμβαναν λίγα^{60,103} ή και κανένα από αυτά,^{55,68} είτε αφορούσαν μόνο στα σκληρά νευρολογικά σημεία.⁸⁹ Η παρακολούθηση επίσης της νευρολογικής απόδοσης σε βάθος χρόνου δείχνει ότι η αυξημένη παρουσία ήπιων νευρολογικών σημείων συσχετίζεται με την ανθεκτικότητα στην εμφάνιση αρνητικών συμπτωμάτων, μετά την έναρξη θεραπευτικής αγωγής⁸⁸ ή μετά την

αλλαγή της από ένα τυπικό σε ένα άτυπο αντιψυχωτικό.⁹⁴ Μείωση αντίθετα του αριθμού των ήπιων νευρολογικών σημείων συσχετίζεται περισσότερο με τη βελτίωση των θετικών παρά των αρνητικών συμπτωμάτων,⁹⁵ υποδηλώνοντας έτσι σύνδεση μεταξύ της παρουσίας των ήπιων σημείων και μιας περισσότερο σοβαρής ή χρόνιας εκπτώτικης εξέλιξης της νόσου.

Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά ως ψυχοπαθολογία

Αρκετές μελέτες έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν την πιθανή σχέση μεταξύ των ήπιων νευρολογικών σημείων και των συμπτωμάτων μιας αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς, όπως το απρόσφορο συναίσθημα ή η παράδοση και αλλόκοτη συμπεριφορά, αναφέροντας την ύπαρξη αυξημένου αριθμού σημείων στις υποκλίμακες της αισθητικής απαρτίωσης και της διαδοχής περίπλοκων κινήσεων.^{57,67,70,82} Αντίθετα, άλλες ερευνητικές προσπάθειες απέτυχαν να αποδείξουν την ύπαρξη μιας αντίστοιχης σύνδεσης μεταξύ της νευρολογικής έκπτωσης και του αποδιοργανωμένου κλινικού υποτύπου της σχιζοφρένειας,^{58,60,72, 91,92} αναδεικνύοντας την ανάγκη για έρευνα ως προς το ειδικό αυτό πεδίο της ψυχοπαθολογίας.

Συμπεράσματα

Η μελέτη των ήπιων νευρολογικών σημείων και τον συσχετισμό τους με άλλες κλινικές εκδηλώσεις της σχιζοφρένειας, αποτελεί έναν τρόπο διερεύνησης της σημασίας ή σπουδαιότητάς τους. Οι ερευνητικές προσπάθειες διαφέρουν σημαντικά στις χρησιμοποιούμενες ερευνητικές μεθόδους και δοκιμασίες καθώς και στα υπό μελέτη δείγματα ασθενών, ενώ τα νευρολογικά σημεία αποτελούν μια ετερογενή ομάδα φαινομένων που μπορούν να οριστούν και να προσεγγιστούν με διαφορετικούς τρόπους. Οι συσχετίσεις μεταξύ των ήπιων νευρολογικών σημείων, των συμπτωμάτων και των κοινωνικών και δημογραφικών μεταβλητών, παραμένουν ασαφείς. Η προσπάθεια ένταξης των νευροβιολογικών εξελίξεων στην κλινική ψυχιατρική πρακτική είναι ένας στόχος που μπορεί να διαφέρει εννοιολογικά και μεθοδολογικά από την ολοένα και επιταχυνόμενη προσπάθεια της αποκάλυψης της νευροβιολογικής βάσης των ψυχικών διαταραχών. Ενδεχομένως θα μπορέσει να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην καθημερινή πράξη της Ψυχιατρικής, όπου η νευρολογική παρά την κλινική εξέταση του ασθενούς θα μπορέσει να προσφέρει σημαντική ώθηση για την επανένταξη της νευροβιολογίας στην ψυχιατρική αξιολόγηση.

Neurological soft signs in schizophrenia: Correlations with age, sex, educational status and psychopathology

P. Panagiotidis,¹ G. Kaprinis,² A. Iacovides,³ K. Fountoulakis³

¹*Psychiatric clinic, 424 General Military Hospital of Thessaloniki,*

²*Medical School, Aristotle University of Thessaloniki,*

³*3rd Department of Psychiatry, Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA Hospital, Thessaloniki, Greece*

Psychiatriki 2013, 24:272–287

Though the pathobiology of schizophrenia can be examined in multiple levels, the organic notion of brain disease suggests that neurological features will be present. One straightforward, inexpensive method of investigating brain dysfunction in schizophrenia is thought the bedside assessment of neurological abnormalities with a standard neurological examination. Neurological abnormalities are traditionally classified as “hard signs” (impairments in basic motor, sensory, and reflex behaviors, which do not appear to be affected in schizophrenia) and “soft signs”, which refer to more complex phenomena such as abnormalities in motor control, integrative sensory function, sensorimotor integration, and cerebral laterality. Additionally, neurological soft signs (NSS) are minor motor and sensory abnormali-

ties that are considered to be normal in the course of early development but abnormal when elicited in later life or persist beyond childhood. Soft signs also, have no definitive localizing significance but are indicative of subtle brain dysfunction. Most authors believe that they are a reflection not only of deficient integration between the sensory and motor systems, but also of dysfunctional neuronal circuits linking subcortical brain structures such as the basal ganglia, the brain stem, and the limbic system. Throughout the last four decades, studies have consistently shown that NSS are more frequently present in patients with schizophrenia than in normal subjects and non-psychotic psychiatric patients. However, the functional relevance of NSS remains unclear and their specificity has often been challenged, even though there is indication for a relative specificity with regard to diagnosis, or symptomatology. Many studies have considered soft signs as categorical variables thus hampering the evaluation of fluctuation with symptomatology and/or treatment, whereas other studies included insufficient number of assessed signs, or lacked a comprehensive assessment of extrapyramidal symptomatology. Factors such as sex, age or family history of schizophrenia, are said to influence the performance of neurological examination, whereas relative few studies have provided longitudinal follow-up data on neurological soft signs in a sufficient number of patients, in order to address a possible deterioration of neurological functions. Finally, one additional difficulty when analyzing the NSS literature lies in the diversity of symptoms that are evaluated in the studies and/or non-standardized procedures or scoring. We will review some basic issues concerning recurrent difficulties in the measurement and definition of soft signs, as well as controversies on the significance of these signs with respect to clinical subtyping of schizophrenia, and social and demographic variables.

Key words: Neurological soft signs, schizophrenia, psychopathology, sociodemographic variables

Βιβλιογραφία

- Kraepelin E. *Ein lehrbuch für studierende und ärzte*. Leipzig, 1899
- Maudsley H. *Body and Mind: An inquiry into their connection and mutual influence. Especially in reference to mental disorders*. Appleton, New York, 1874
- Charcot JM. *Clinical Lectures on Certain Diseases of the Nervous System*. MI, GS Davis, Detroit, 1888
- Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Krieger, NY, 1919
- Stoddart WHB. *Mind and its Disorders: A textbook for students and practitioners of medicine*. Lewis and Co, London, 1926
- Schilder P. The organic background of obsessions and compulsions. *Am J Psychiatry* 1938, 94:1397-1416
- Fish B. Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children. Evidence for an inherited, congenital neuro-integrative defect. *Arch Gen Psychiatry* 1977, 34:1297-1313
- Bender L. Childhood schizophrenia. *Psychiatr Q* 1953, 27:663-681
- Clements SD, Peters JE. Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1962, 6:185-197
- Rutter M, Graham P, Yule W. A neuropsychiatric study in childhood (monograph). *Clin Dev Med* 1970, 35-36:1-272
- Nichols PL, Chen TC. Minimal brain dysfunction: In: Erlbaum NJ (ed) *A Prospective Study*. Hillsdale, 1981
- Tupper D. *Soft Neurological Signs*. Edited by New York, Grune and Stratton, 1987
- Shafer SQ, Shafer D, O'Connor P, Stokman CJ. *Hard Thoughts on neurological "Soft Signs"*. Guilford, New York, 1983
- Neeper R, Greenwood R. *On the Psychiatric Importance of Neurological Soft Signs*. Plenum, New York, 1987
- Kennard MA. Value of equivocal signs in neurologic diagnosis. *Neurology* 1960, 10:753-764
- Hertzog ME, Birch HG. Neurologic organization in psychiatrically disturbed adolescent girls. *Arch Gen Psychiatry* 1966, 15: 590-598
- Rochford JM, Detre T, Tucker GJ, Harrow M. Neuropsychological impairments in functional psychiatric diseases. *Arch Gen Psychiatry* 1970, 22:114-119
- Mosher LR, Pollin W, Stabenau JR. Identical twins discordant for schizophrenia. Neurologic findings. *Arch Gen Psychiatry* 1971, 24:422-430
- Bender L. Childhood schizophrenia; clinical study on one hundred schizophrenic children. *Am J Orthopsychiatry* 1947, 17:40-56
- Taylor HG. The meaning and value of soft signs in the behavioral sciences. In: Tupper D (ed) *Soft Neurological Signs*. Grune and Stratton, New York, 1987:297-335
- Ingram TT. Soft signs. *Dev Med Child Neurol* 1973, 15:527-530
- Sanders RD, Keshavan MS. The neurologic examination in adult psychiatry: from soft signs to hard science. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998, 10:395-404
- King HE. *Psychomotor Aspects of Mental Disease*. Harvard University Press, Cambridge, 1954
- Heinrichs DW, Buchanan RW. Significance and meaning of neurological signs in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1988, 145:11-18
- Seidman L, Cassens G, Kremen W, Pepple J. Neuropsychology of schizophrenia. In: White RF (ed) *Clinical Syndromes in Adult Neuropsychology: The Practitioner's Handbook*. Elsevier, New York, 1992
- Bombin I, Arango C, Buchanan RW. Significance and meaning of neurological signs in schizophrenia: two decades later. *Schizophr Bull* 2005, 31:962-977
- Hertzog ME, Birch HG. Neurologic organization in psychiatrically disturbed adolescents. A comparative consideration of sex differences. *Arch Gen Psychiatry* 1968, 19:528-537
- Quitkin F, Rifkin A, Klein DF. Neurologic soft signs in schizophrenia and character disorders. Organicity in schizophrenia with premorbid asociality and emotionally unstable character disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1976, 33:845-853

29. Manschreck T. Motor abnormalities in schizophrenia. In: Nasrallah HA, Weinberger DR (eds) *Handbook of Schizophrenia: The Neurology of Schizophrenia*. Elsevier, New York 1986, 1:65–96
30. Gupta S, Andreasen NC, Arndt S, Flaum M, Schultz SK, Hubbard WC et al. Neurological soft signs in neuroleptic-naive and neuroleptic-treated schizophrenic patients and in normal comparison subjects. *Am J Psychiatry* 1995, 152:191–196
31. Schultz SK, Miller DD, Arndt S, Ziebell S, Gupta S, Andreasen NC. Withdrawal-emergent dyskinesia in patients with schizophrenia during antipsychotic discontinuation. *Biol Psychiatry* 1995, 38:713–719
32. Gunther W, Gunther R, Streck P, Romig H, Rodel A. Psychomotor disturbances in psychiatric patients as a possible basis for new attempts at differential diagnosis and therapy. III. Cross validation study on depressed patients: the psychotic motor syndrome as a possible state marker for endogenous depression. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1988, 237:65–73
33. Gunther W, Gunther R, Eich FX, Eben E. Psychomotor disturbances in psychiatric patients as a possible basis for new attempts at differential diagnosis and therapy. II. Cross validation study on schizophrenic patients: persistence of a “psychotic motor syndrome” as possible evidence of an independent biological marker syndrome for schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1986, 235:301–308
34. Hertzog M. Neurologic Evaluation Schedule. In: Tupper D (ed) *Soft Neurological Signs*. Grune and Stratton, New York, 1987:355–368
35. Smith RC, Hussain MI, Chowdhury SA, Stearns A. Stability of neurological soft signs in chronically hospitalized schizophrenic patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999, 11:91–96
36. Rossi A, De Cataldo S, Di Michele V, Manna V, Ceccoli S, Stratta P et al. Neurological soft signs in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1990, 157:735–739
37. Schroder J, Niethammer R, Geider FJ, Reitz C, Binkert M et al. Neurological soft signs in schizophrenia. *Schizophr Res* 1992, 6:25–30
38. Convit A, Volavka J, Czobor P, de Asis J, Evangelista C. Effect of subtle neurological dysfunction on response to haloperidol treatment in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1994, 151:49–56
39. Chen EY, Shapleske J, Luque R, McKenna PJ, Hodges JR, Calloway SP et al. The Cambridge Neurological Inventory: a clinical instrument for assessment of soft neurological signs in psychiatric patients. *Psychiatry Res* 1995, 56:183–204
40. Buchanan RW, Heinrichs DW. The Neurological Evaluation Scale (NES): a structured instrument for the assessment of neurological signs in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1989, 27:335–350
41. Bombin I, Arango C, Buchanan RW. Assessment tools for soft signs. *Psychiatr Ann* 2003, 33:170–176
42. Sanders RD, Keshavan MS, Schooler NR. Neurological examination abnormalities in neuroleptic-naive patients with first-break schizophrenia: preliminary results. *Am J Psychiatry* 1994, 151:1231–1233
43. Sanders RD, Forman SD, Pierri JN, Baker RW, Kelley ME, Van Kammen DP et al. Inter-rater reliability of the neurological examination in schizophrenia. *Schizophr Res* 1998, 29:287–292
44. Vreeling FW, Jolles J, Verhey FR, Houx PJ. Primitive reflexes in healthy, adult volunteers and neurological patients: methodological issues. *J Neurol* 1993, 240:495–504
45. Streiner DL. Learning how to differ: agreement and reliability statistics in psychiatry. *Can J Psychiatry* 1995, 40:60–66
46. Malla AK, Norman RM, Aguilar O, Cortese L. Relationship between neurological “soft signs” and syndromes of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1997, 96:274–280
47. Krebs MO, Gut-Fayand A, Bourdel M, Dischamps J, Olie J. Validation and factorial structure of a standardized neurological examination assessing neurological soft signs in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000, 45:245–260
48. Sanders RD, Keshavan MS, Forman SD, Pieri JN, McLaughlin N, Allen DN et al. Factor structure of neurologic examination abnormalities in unmedicated schizophrenia. *Psychiatry Res* 2000, 95:237–243
49. Keshavan MS, Sanders RD, Sweeney JA, Diwadkar VA, Goldstein G, Pettegrew JW et al. Diagnostic specificity and neuroanatomical validity of neurological abnormalities in first-episode psychoses. *Am J Psychiatry* 2003, 160:1298–1304
50. Emsley R, Turner HJ, Oosthuizen PP, Carr J. Neurological abnormalities in first-episode schizophrenia: temporal stability and clinical and outcome correlates. *Schizophr Res* 2005, 75:35–44
51. Compton MT, Bercu Z, Bollini A, Walker EF. Factor structure of the Neurological Evaluation Scale in a predominantly African American sample of patients with schizophrenia, unaffected relatives, and non-psychiatric controls. *Schizophr Res* 2006, 84:365–377
52. Egan MF, Hyde TM, Bonomo JB, Mattay VS, Bigelow LB, Goldberg TE et al. Relative risk of neurological signs in siblings of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001, 158:1827–1834
53. Chan RC, Gottesman II. Neurological soft signs as candidate endophenotypes for schizophrenia: a shooting star or a Northern star? *Neurosci Biobehav Rev* 2008, 32:957–971
54. Ismail B, Cantor-Graae E, McNeil TF. Neurological abnormalities in schizophrenic patients and their siblings. *Am J Psychiatry* 1998, 155:84–89
55. Bartko G, Zador G, Horvath S, Herczeg I. Neurological soft signs in chronic schizophrenic patients: clinical correlates. *Biol Psychiatry* 1988, 24:458–460
56. Lane A, Colgan K, Moynihan F, Burke T, Waddington JL, Larkin C et al. Schizophrenia and neurological soft signs: gender differences in clinical correlates and antecedent factors. *Psychiatry Res* 1996, 64:105–114
57. Mohr F, Hubmann W, Cohen R, Bender W, Haslacher C, Honicke S et al. Neurological soft signs in schizophrenia: assessment and correlates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1996, 246:240–248
58. Flashman LA, Flaum M, Gupta S, Andreasen NC. Soft signs and neuropsychological performance in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996, 153:526–532
59. Braun CM, Lapierre D, Hodgins S, Toupin J, Leveille S, Constantineau C. Neurological soft signs in schizophrenia: are they related to negative or positive symptoms, neuropsychological performance, and violence? *Arch Clin Neuropsychol* 1995, 10:489–509
60. Rubin P, Vorstrup S, Hemmingsen R, Andersen HS, Bendtsen BB, Stromso N et al. Neurological abnormalities in patients with schizophrenia or schizophreniform disorder at first admission to hospital: correlations with computerized tomography and regional cerebral blood flow findings. *Acta Psychiatr Scand* 1994, 90:385–390
61. Mohr F, Hubmann W, Albus M, Franz U, Hecht S, Scherer J et al. Neurological soft signs and neuropsychological performance in patients with first episode schizophrenia. *Psychiatry Res* 2003, 121:21–30
62. Merriam AE, Kay SR, Opler LA, Kushner SF, van Praag HM. Neurological signs and the positive-negative dimension in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1990, 28:181–192
63. Griffiths TD, Sigmundsson T, Takei N, Rowe D, Murray RM. Neurological abnormalities in familial and sporadic schizophrenia. *Brain* 1998, 121:191–203
64. Cuesta MJ, Peralta V, de Leon J. Neurological frontal signs and neuropsychological deficits in schizophrenic patients. *Schizophr Res* 1996, 20:15–20
65. Chen EY, Kwok CL, Au JW, Chen RY, Lau BS. Progressive deterioration of soft neurological signs in chronic schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 2000, 102:342–349
66. Chen EY, Chan RC. The Cambridge Neurological Inventory: clinical, demographic, and ethnic correlates. *Psychiatr Ann* 2003, 33:202–210

67. Arango C, Kirkpatrick B, Buchanan RW. Neurological signs and the heterogeneity of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000, 157:560-565
68. Gureje O. Neurological soft signs in Nigerian schizophrenics: a controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 1988, 78:505-509
69. Browne S, Clarke M, Gervin M, Lane A, Waddington JL, Larkin C, et al. Determinants of neurological dysfunction in first episode schizophrenia. *Psychol Med* 2000, 30:1433-1441
70. Boks MP, Liddle PF, Burgerhof JG, Knegtering R, van den Bosch RJ. Neurological soft signs discriminating mood disorders from first episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 110:29-35
71. Kolakowska T, Williams AO, Jambor K, Ardern M. Schizophrenia with good and poor outcome. III: Neurological 'soft' signs, cognitive impairment and their clinical significance. *Br J Psychiatry* 1985, 146:348-357
72. Shibre T, Kebede D, Alem A, Kebreab S, Melaku Z, Deyassa N et al. Neurological soft signs (NSS) in 200 treatment-naive cases with schizophrenia: a community-based study in a rural setting. *Nord J Psychiatry* 2002, 56:425-431
73. Duggal HS, Muddasani S, Keshavan MS. Insular volumes in first-episode schizophrenia: gender effect. *Schizophr Res* 2005, 73:113-120
74. Madsen AL, Vorstrup S, Rubin P, Larsen JK, Hemmingsen R. Neurological abnormalities in schizophrenic patients: a prospective follow-up study 5 years after first admission. *Acta Psychiatr Scand* 1999, 100:119-125
75. The Scottish Schizophrenia Research Group. The Scottish First Episode Schizophrenia Study. I. Patient identification and categorisation. The Scottish Schizophrenia Research Group. *Br J Psychiatry* 1987, 150:331-333
76. Bullmore ET, Brammer M, Harvey I et al. Cerebral hemispheric asymmetry revisited: Effects of handedness, gender and schizophrenia measured by radius of gyration in magnetic resonance images. *Psychol Med* 1995, 25:349-363
77. Murray RM. Neurodevelopmental schizophrenia: The rediscovery of dementia praecox. *Br J Psychiatry* 1994, 165:6-12
78. King DJ, Wilson A, Cooper SJ, Waddington JL. The clinical correlates of neurological soft signs in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1991, 158:770-775
79. Johnstone EC, Macmillan JF, Frith CD, Benn DK, Crow TJ. Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. *Br J Psychiatry* 1990, 157:182-189
80. Dazzan P, Murray RM. Neurological soft signs in first-episode psychosis: a systematic review. *Br J Psychiatry* 2002, 43(Suppl): 50-57
81. Torrey EF. Neurological abnormalities in schizophrenic patients. *Biol Psychiatry* 1980, 15:381-388
82. Schroder J, Niethammer R, Geider FJ, Reitz C, Binkert M, Jaus M et al. Neurological soft signs in schizophrenia. *Schizophr Res* 1991, 6:25-30
83. Tucker GJ, Silberfarb PM. Neurologic dysfunction in schizophrenia: significance for diagnostic practice. In: Akiskal HS, Webb W (eds) *Psychiatric Diagnosis: Exploration of Biological Predictors*. Spektrum, New York, 1978:453-462
84. Manschreck TC, Maher BA, Rucklos ME, Vereen DR. Disturbed voluntary motor activity in schizophrenic disorder. *Psychol Med* 1982, 12:73-84
85. Caligiuri MP, Lohr JB. A disturbance in the control of muscle force in neuroleptic-naive schizophrenic patients. *Biol Psychiatry* 1994, 35:104-111
86. Wong AH, Voruganti LN, Heslegrave RJ, Awad AG. Neurocognitive deficits and neurological signs in schizophrenia. *Schizophr Res* 1997, 23:139-146
87. Manschreck TC, Ames D. Neurologic features and psychopathology in schizophrenic disorders. *Biol Psychiatry* 1984, 19:703-719
88. Scheffer RE. Abnormal neurological signs at the onset of psychosis. *Schizophr Res* 2004, 70:19-26
89. Flyckt L, Sydow O, Bjerkenstedt L, Edman G, Rydin E, Wiesel FA. Neurological signs and psychomotor performance in patients with schizophrenia, their relatives and healthy controls. *Psychiatry Res* 1999, 86:113-129
90. Bersani G, Orlandi V, Gherardelli S, Pancheri P. Cannabis and neurological soft signs in schizophrenia: absence of relationship and influence on psychopathology. *Psychopathology* 2002, 35:289-295
91. Ohaeri JU, Otote DI. Subtypes and factors of schizophrenia in an acutely ill Nigerian sample. *Psychopathology* 2003, 36:181-189
92. Ho BC, Mola C, Andreasen NC. Cerebellar dysfunction in neuroleptic naive schizophrenia patients: clinical, cognitive, and neuroanatomic correlates of cerebellar neurologic signs. *Biol Psychiatry* 2004, 55:1146-1153
93. Venkatasubramanian G, Latha V, Gangadhar BN, Janakiramaiah N, Subbakrishna DK, Jayakumar PN et al. Neurological soft signs in never-treated schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2003, 108:144-146
94. Das M, Kumari V, Soni W, Ettinger U, Binneman B, Hughes C, et al. Neurological soft signs and their relationship to cognitive and clinical efficacy of atypical antipsychotics in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004, 30:241-253
95. Whitty P, Clarke M, Browne S, McTigue O, Kamali M, Feeney L et al. Prospective evaluation of neurological soft signs in first-episode schizophrenia in relation to psychopathology: state versus trait phenomena. *Psychol Med* 2003, 33:1479-1484
96. Tosato S, Dazzan P. The psychopathology of schizophrenia and the presence of neurological soft signs: a review. *Curr Opin Psychiatry* 2005, 18:285-288
97. Carpenter WT Jr, Heinrichs DW, Wagman AM. Deficit and non-deficit forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry* 1988, 145:578-583
98. Buchanan RW, Kirkpatrick B, Heinrichs DW, Carpenter WT Jr. Clinical correlates of the deficit syndrome of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1990, 147:290-294
99. Tiryaki A, Yazici MK, Anil AE, Kabakci E, Karaagaoglu E, Gogus A. Reexamination of the characteristics of the deficit schizophrenia patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003, 253:221-227
100. Carpenter WT Jr, Arango C, Buchanan RW, Kirkpatrick B. Deficit psychopathology and a paradigm shift in schizophrenia research. *Biol Psychiatry* 1999, 46:352-360
101. Krakowski M, Czobor P, Chou JC. Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 1999, 25:505-517
102. Yazici AH, Demir B, Yazici KM, Gogus A. Neurological soft signs in schizophrenic patients and their nonpsychotic siblings. *Schizophr Res* 2002, 58:241-246
103. Chen EY, Lam LC, Chen RY, Nguyen DG. Negative symptoms, neurological signs and neuropsychological impairments in 204 Hong Kong Chinese patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996, 168:227-233

Αλληλογραφία: Π. Παναγιωτίδης, Παϊσίου 12 & Βενιζέλου 59, 567 28 Νεάπολη, Θεσσαλονίκη
Τηλ.: (+30) 2310-636 794, 6945-933 066
e-mail: psypanpan@yahoo.gr

Ειδικό άρθρο Special article

Σύντομα ερωτηματολόγια για την ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους

Γ. Κωνσταντακόπουλος,^{1,2} Ε. Σοφianoπούλου,³ Γ. Τουλούμη,³ Δ. Πλουμπίδης¹

¹Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα,

²Section of Cognitive Neuropsychiatry, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, King's College London, UK,

³Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική 2013, 24:288–297

Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι δύο πιο συχνά απαντώμενες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και του γενικού νοσοκομείου, συνδέονται δε με σημαντική μείωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών, συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αυξημένο κόστος θεραπείας. Ωστόσο, τα ποσοστά αναγνώρισης της κατάθλιψης και του άγχους από μη-ειδικούς είναι ιδιαίτερα χαμηλά καθώς πολλά από τα προτεινόμενα κλινικά εργαλεία ανίχνευσης δεν είναι πρακτικά και ως εκ τούτου δεν έχουν ευρεία χρήση. Την τελευταία εικοσαετία έχουν αναπτυχθεί και δοκιμαστεί μέθοδοι ανίχνευσης που περιλαμβάνουν πολύ μικρό αριθμό ερωτήσεων, ενώ παράλληλα διερευνάται η δυνατότητα να επιτευχθεί μέσω αυτών των μεθόδων υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα στην αναγνώριση των κλινικών περιπτώσεων. Ανασκοπήσαμε τα υπάρχοντα πολύ βραχεία εργαλεία ανίχνευσης της κατάθλιψης και του κλινικά σημαντικού άγχους καθώς και τα μέχρι στιγμής δεδομένα για την ακρίβειά τους. Η ανίχνευση της κατάθλιψης μέσω δύο ερωτήσεων, σχετικά με την καταθλιπτική διάθεση και την έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, έχει δοκιμαστεί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη με αποδεκτά επίπεδα ευαισθησίας αλλά σχετικά χαμηλή ειδικότητα. Η προσθήκη μιας τρίτης ερώτησης για την επιθυμία του ασθενούς να λάβει βοήθεια για τα συμπτώματα αυτά, μπορεί να αυξάνει την ειδικότητα της μεθόδου αλλά πιθανόν σε βάρος της ευαισθησίας. Η ανίχνευση μέσω μίας και μόνης από αυτές τις ερωτήσεις υπολείπεται σε ακρίβεια της μεθόδου των δύο ή τριών ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο PHQ-2 με διαβαθμισμένη εκτίμηση των ίδιων συμπτωμάτων φαίνεται να υπερτερεί σε ακρίβεια των ερωτήσεων με διχοτομική απάντηση (ναι ή όχι). Η ανίχνευση της κατάθλιψης μέσω πολύ βραχέων μεθόδων σε ηλικιωμένους είναι εφικτή με την ίδια περίπου ακρίβεια, ενώ αυξημένη ευαισθησία και ειδικότητα εμφανίζεται κατά την εφαρμογή των δύο ερωτήσεων σε ασθενείς με καρκίνο. Η δυνατότητα ανίχνευσης των αγχωδών διαταραχών μέσω πολύ βραχέων μεθόδων έχει πολύ λιγότερο διερευνηθεί σε σύγκριση με την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τα μέχρι στιγμής δεδομένα, το ερωτηματολόγιο GAD-2, με δύο ερωτήσεις σχετικά με την ενόχληση από το άγχος και την αδυναμία ελέγχου του, έχει αποδεκτά επίπεδα ακρίβειας στην ανίχνευση του κλινικά σημαντικού άγχους. Συμπεραίνουμε ότι υπάρχει πλέον επαρκής τεκμηρίωση για την καταλληλότητα των πολύ βραχέων ερωτηματολογίων ανίχνευσης της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών, ειδικότερα του PHQ-2, του GAD-2 και του συνδυασμού τους, του PHQ-4, για επιδημιολογικές μελέτες. Η χρήση τους στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να περιορίζεται στην αρχική ανίχνευση των κλινικών περιπτώσεων, ενώ για τη διάγνωση είναι αναγκαία η επιπλέον ειδική εκπαίδευση των ιατρών ή η παραπομπή των περιπτώσεων που ανιχνεύονται, σε ειδικούς ψυχικής υγείας.

Λέξεις ευρητηρίου: Κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, ανίχνευση, διάγνωση, ευαισθησία, ειδικότητα

Εισαγωγή

Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι δύο πιο συχνές κατηγορίες ψυχικών διαταραχών που απαντώνται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και του γενικού νοσοκομείου.^{1,2} Υπολογίζεται ότι η κατάθλιψη αποτελεί την τρίτη πιο συχνή αιτία προσέλευσης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.³ Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη σωματικών προβλημάτων υγείας, η κατάθλιψη και το άγχος συνδέονται με σημαντική μείωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών, συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αυξημένο κόστος θεραπείας.^{4,5}

Η εμπλοκή των ιατρών άλλων ειδικοτήτων πλην της Ψυχιατρικής στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών είναι αναπόφευκτη, αφού αυτές οι διαταραχές συνοδεύονται πολύ συχνά από σωματικά συμπτώματα και, αντιστρόφως, συχνά συνοδεύουν σωματικές νόσους. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη απευθύνονται σε υπηρεσίες υγείας αρχικά για σωματικά συμπτώματα σε ποσοστό 70–80%.⁶ Ωστόσο, πληθώρα μελετών έχει καταδείξει τα χαμηλά ποσοστά αναγνώρισης της κατάθλιψης και του άγχους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ακόμα και οι πλέον ευαισθητοποιημένοι κλινικοί αναγνωρίζουν την κατάθλιψη σε ποσοστό 36–56% και το κλινικά σημαντικό άγχος σε ποσοστό 15–36%.^{7,8}

Οι δυσκολίες στην ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους προκύπτουν τόσο από τη στάση των ασθενών όσο και των ιατρών. Οι ασθενείς συχνά δυσκολεύονται είτε να αποδώσουν τα συμπτώματά τους σε ψυχολογικές αιτίες είτε να αναφέρουν ψυχολογικά προβλήματα σε ιατρούς.⁹ Οι ιατροί συχνά δυσκολεύονται να διερευνήσουν τα ψυχολογικά συμπτώματα, εάν δεν τα αναφέρουν αυθόρμητα οι ίδιοι οι ασθενείς, ή επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των σωματικών αιτιάσεων κάτω από την πίεση του χρόνου.⁸

Προκειμένου να διευκολυνθεί η ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους από μη-ειδικούς, έχουν αναπτυχθεί έγκυρα και αξιόπιστα ερωτηματολόγια κλινικής εκτίμησης στα οποία έχουν προσδιοριστεί διαγνωστικοί ουδοί, όπως Beck Depression Inventory,¹⁰ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised,¹¹ Zung Self-Rating Depression Scale,¹² Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9),¹³ Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)¹⁴ κ.ά. Ωστόσο, η ευ-

ρεία χρήση ενός εργαλείου ανίχνευσης προσκρούει συχνά στο πρόβλημα ότι πρέπει να συνδυάζει την ακρίβεια με την ευκολία και τη συντομία στην εφαρμογή του. Τα περισσότερα από τα προτεινόμενα ερωτηματολόγια κατάθλιψης και άγχους έχουν αποδεκτά επίπεδα ευαισθησίας (ποσοστό ορθής αναγνώρισης αληθώς θετικών περιπτώσεων) και ειδικότητας (ποσοστό ορθού αποκλεισμού αληθώς αρνητικών περιπτώσεων), αλλά απαιτούν αρκετά λεπτά (περισσότερα από 5) για τη συμπλήρωσή τους. Αυτός είναι ίσως ο κυριότερος λόγος για το γεγονός ότι δεν έχουν εισαχθεί τα ερωτηματολόγια αυτά στην καθημερινή κλινική πράξη τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης.¹⁵

Η αύξηση του ενδιαφέροντος για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης σε συνδυασμό με την αναγνώριση των δυσκολιών στην ευρεία ανίχνευσή τους από τις υπηρεσίες υγείας, οδήγησε την τελευταία εικοσαετία σε απόπειρες να αναπτυχθούν και να δοκιμαστούν μέθοδοι με πολύ μικρό αριθμό ερωτήσεων (ultra-short screening). Παρόλο που με αυτές τις μεθόδους εξασφαλίζεται η σύντομη και εύκολη στην εφαρμογή της ανίχνευση, είναι ιδιαίτερα δύσκολο το να επιτυγχάνεται παράλληλα η μέγιστη δυνατή ακρίβεια, δηλαδή ο βέλτιστος συνδυασμός υψηλής ευαισθησίας και ειδικότητας. Ανασκοπήσαμε τα υπάρχοντα πολύ βραχεία εργαλεία ανίχνευσης της κατάθλιψης και του κλινικά σημαντικού άγχους καθώς και τα μέχρι στιγμής δεδομένα για την ακρίβειά τους με σκοπό να εντοπιστούν οι πλέον ενδεδειγμένες μέθοδοι για μελλοντικές επιδημιολογικές μελέτες και για την ευρείας κλίμακας ανίχνευση κατά την καθημέραν κλινική πράξη στη χώρα μας.

Κατάθλιψη

Ανίχνευση μέσω μικρού αριθμού ερωτήσεων

Οι Whooley et al¹⁶ και Arroll et al¹⁷ χρησιμοποίησαν πρώτοι για την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τις παρακάτω δύο ερωτήσεις –σχετικές με την καταθλιπτική διάθεση και την ανηδονία– από το ερωτηματολόγιο Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD).¹⁸

1. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά σας ενόχλησε ότι νιώσατε πεσμένος(η), καταθλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η);

2. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά σας ενόχλησε ότι είχατε μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες;

Οι απαντήσεις ήταν διχοτομικές (ναι/όχι) και ως θετικό αποτέλεσμα ορίστηκε η θετική απάντηση σε μία από τις ερωτήσεις. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις επιλέχθηκαν επειδή: (i) η παρουσία είτε καταθλιπτικής διάθεσης είτε ανηδονίας-έλλειψης ενδιαφέροντος αποτελεί στα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια, όπως το διαγνωστικό σύστημα DSM-IV,¹⁹ προϋπόθεση για τη διάγνωση της κατάθλιψης και (ii) επειδή σε μια πρώτη εκτίμηση του ερωτηματολογίου PRIME-MD είχε διαφανεί ότι αυτές οι ερωτήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ανίχνευση της κατάθλιψης με ευαισθησία 85% και ειδικότητα 75%.¹⁸ Στις μελέτες των Whooley et al και των Arroll et al η κατάταξη των ερωτώμενων με βάση τις δύο αυτές ερωτήσεις συγκρίθηκε με αυτή μετά από διαγνωστικές συνεντεύξεις και βρέθηκε ότι η ευαισθησία των ερωτήσεων αυτών ήταν υψηλή (96% και 97%, αντίστοιχα) ενώ αντίθετα η ειδικότητά τους χαμηλή (57% και 67%, αντίστοιχα). Μεταγενέστερες μελέτες που χρησιμοποίησαν τις ίδιες ερωτήσεις σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας, απέδωσαν παρόμοια αποτελέσματα.²⁰⁻²²

Προκειμένου να επιτευχθεί μεγαλύτερη ειδικότητα κατά την ανίχνευση της κατάθλιψης, οι Arroll et al²³ εισήγαγαν μια νέα μέθοδο προσθέτοντας μία επιπλέον ερώτηση σχετικά με την επιθυμία του ασθενούς να λάβει βοήθεια εφόσον αναφέρει καταθλιπτική διάθεση ή ανηδονία και συγκεκριμένα:

3. Είναι αυτό κάτι για το οποίο θα επιθυμούσατε να λάβετε βοήθεια; με τρεις πιθανές απαντήσεις (όχι/ναι, αλλά όχι σήμερα/ναι).

Βρήκαν ότι ο συνδυασμός θετικής απάντησης σε μία από τις πρώτες δύο ερωτήσεις και στην τρίτη ερώτηση έχει καλή ευαισθησία (96%) και αυξημένη ειδικότητα (89%) σε σύγκριση με τα αποτελέσματα διαγνωστικής ημιδομημένης συνέντευξης. Ωστόσο, μεταγενέστερη, μεγάλης κλίμακας μελέτη έδειξε ότι η μέθοδος των τριών απαντήσεων αυξάνει μεν την ειδικότητα (88% από 59% με τις δύο ερωτήσεις μόνο) αλλά μειώνει σημαντικά την ευαισθησία (65% από 91% με τις δύο ερωτήσεις μόνο).²² Μια τρίτη μελέτη βρήκε μεγαλύτερη από την προαναφερόμενη ευαισθησία με τη μέθοδο των τριών ερωτήσεων

(87%) αλλά σε πολύ μικρότερο δείγμα ασθενών και χρησιμοποιώντας αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο και όχι κλινική εκτίμηση για τον προσδιορισμό διαγνωστικού κριτηρίου.²¹ Κατά συνέπεια, τα μέχρι στιγμής ευρήματα σχετικά με την ευαισθησία και την ειδικότητα της μεθόδου των τριών ερωτήσεων είναι αντιφατικά.

Παράλληλα με τις μεθόδους των δύο ή τριών ερωτήσεων, ορισμένοι ερευνητές εξέτασαν τη δυνατότητα ανίχνευσης της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω μίας και μόνης ερώτησης. Οι Whooley et al¹⁶ εξέτασαν χωριστά την καθεμία από τις προαναφερόμενες ερωτήσεις για την καταθλιπτική διάθεση και την ανηδονία και βρήκαν ότι η ευαισθησία (93% και 79%, αντίστοιχα) δεν ήταν μεγαλύτερη από αυτή που επιτυγχάνεται από τον συνδυασμό των ερωτήσεων (96%), ενώ η ειδικότητά της παρέμεινε σχετικά χαμηλή είτε οι προαναφερόμενες ερωτήσεις χρησιμοποιούνται χωριστά (62% και 72%, αντίστοιχα) είτε σε συνδυασμό (57%). Παρόμοια αποτελέσματα όσον αφορά στην ευαισθησία (86%, 83%, 96%) και στην ειδικότητα (72%, 79%, 67%), προέκυψαν και από ανάλογη ανάλυση των Arroll et al.¹⁷ Σε σύγκριση με αυτά τα αποτελέσματα, μεταγενέστερες μελέτες βρήκαν χαμηλότερη ευαισθησία και μεγαλύτερη ειδικότητα όταν χρησιμοποιήθηκε η πρώτη ερώτηση,²⁴ και παρόμοια επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας όταν χρησιμοποιήθηκε η δεύτερη ερώτηση.²⁵ Οι Williams et al²⁶ εξέτασαν την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με μια ερώτηση που αφορά σε πολύ μεγαλύτερο διάστημα, συγκεκριμένα ένα έτος: «Νιώθατε καταθλιμμένος ή λυπημένος το μεγαλύτερο διάστημα κατά το προηγούμενο έτος;». Η ερώτηση ανίχνευσε καταθλιπτικές διαταραχές (όχι μόνο μείζονα κατάθλιψη) με ευαισθησία 85% και ειδικότητα 66%. Μια δεύτερη δοκιμή της μεθόδου απέδωσε χαμηλότερη ευαισθησία και μεγαλύτερη ειδικότητα αλλά χρησιμοποιώντας αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο και όχι κλινική διάγνωση της κατάθλιψης ως κριτήριο.²⁷ Τέλος, οι Arroll et al²³ υπολόγισαν ότι αναγνώριση της κατάθλιψης με ευαισθησία 75% και ειδικότητα 88% επιτυγχάνεται όταν οι ασθενείς ερωτώνται για την επιθυμία να λάβουν βοήθεια για την καταθλιπτική διάθεση ή την ανηδονία (βλ. παραπάνω, ερώτηση 3).

Μία πρόσφατη μετα-ανάλυση συνέκρινε τις μεθόδους ανίχνευσης μέσω δύο ή τριών ερωτήσεων

και μέσω μίας και μόνης ερώτησης και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πρώτη μέθοδος υπερέχει σαφώς σε ακρίβεια της δεύτερης.⁸ Μέσω δύο ή τριών ερωτήσεων βρέθηκε ότι επιτυγχάνεται ανίχνευση της κατάθλιψης με συνολική ευαισθησία 73,7% και ειδικότητα 74,7% ενώ με τη μέθοδο της μίας ερώτησης η ευαισθησία ήταν 32% και η ειδικότητα 97%. Πρακτικά τα αποτελέσματα αυτά σημαίνουν ότι με τη χρήση μίας ερώτησης αναγνωρίζονται μόλις 3 στους 10 πάσχοντες από κατάθλιψη ενώ με τη χρήση δύο ή τριών ερωτήσεων αναγνωρίζονται 8 στους 10 καταθλιπτικούς ασθενείς. Ωστόσο, με τις δύο ή τρεις ερωτήσεις υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που αναγνωρίζονται λανθασμένα, αφού οι 4 στις 10 θετικές περιπτώσεις δεν πάσχουν στην πραγματικότητα από κατάθλιψη.

Όσον αφορά στην κλινική εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων για την αναγνώριση της κατάθλιψης στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έχει αναγνωριστεί από τον οδηγό του National Institute for Health and Clinical Excellence στη Μ. Βρετανία η χρήση των δύο ερωτήσεων –και όχι της πρόσθετης τρίτης– για την αρχική ανίχνευση των περιστατικών, αλλά προτείνεται να ακολουθείται από εκτίμηση των συμπτωμάτων που περιγράφονται από τα διαγνωστικά κριτήρια.²⁸ Από την επιτροπή για τις υπηρεσίες πρόληψης των ΗΠΑ επίσης προτάθηκε η ανίχνευση της κατάθλιψης –αλλά όχι κάποιο συγκεκριμένο εργαλείο– ακολουθούμενη από κλινική διάγνωση σε δεύτερη φάση.²⁹ Επιπλέον, η μόνη μέχρι σήμερα μελέτη που εξέτασε τη δυνατότητα μιας δομημένης και κλινικά αξιόπιστης μεθόδου για την αναγνώριση της κατάθλιψης σε ασθενείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συμπέρανε ότι η βέλτιστη στρατηγική πρέπει να περιλαμβάνει μία πρώτη φάση ανίχνευσης με τις δύο ερωτήσεις αλλά να ακολουθείται από τη δομημένη εκτίμηση 4 πυρηνικών συμπτωμάτων (διαταραχές ύπνου, ανηδονία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μεταβολές στην όρεξη).³⁰ Πρέπει να επισημανθεί όμως ότι η δεύτερη φάση αυτής της στρατηγικής απαιτεί ημιδομημένη συνέντευξη από ειδικό ή εκπαιδευμένο κλινικό και δεν έχει δοκιμασθεί να γίνει μέσω ερωτηματολογίου.

Ανίχνευση μέσω βραχέων ερωτηματολογίων

Μία σημαντική παρατήρηση από τη μέχρι στιγμής έρευνα για την ανίχνευση της κατάθλιψης είναι ότι στη σχετική συζήτηση επικρατεί σύγχυση σχετικά με δύο διαφορετικές πολύ βραχείς μεθόδους ανί-

χνευσης. Εκτός από τη μέθοδο των δύο ερωτήσεων με διχοτομικές απαντήσεις, την οποία παρουσιάσαμε παραπάνω, πολλές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει την πολύ βραχεία εκδοχή του ερωτηματολογίου PHQ-9, μετεξέλιξη της υποκλίμακας κατάθλιψης από το PRIME-MD, που προαναφέραμε, το PHQ-2³¹ (βλ. Παράρτημα Α). Για παράδειγμα, η προαναφερόμενη μετα-ανάλυση για την ανίχνευση της κατάθλιψης μέσω μικρού αριθμού ερωτήσεων συναθροίζει τις μελέτες με τις δύο παραπάνω μεθόδους σε μια ομάδα, χωρίς να επισημαίνει τη διαφορά στη μέθοδο που ακολούθησαν.⁸ Ωστόσο, το PHQ-2, παρόλο που περιλαμβάνει τις ίδιες ερωτήσεις για την καταθλιπτική διάθεση και την ανηδονία, αφορά σε 2 εβδομάδες και όχι σε έναν μήνα και απαιτεί διαβαθμισμένες απαντήσεις (καθόλου, μερικές ημέρες, περισσότερες από τις μισές ημέρες, σχεδόν κάθε ημέρα), που βαθμολογούνται από 0 έως 3 αντίστοιχα. Στην αρχική μελέτη εφαρμογής του PHQ-2 βρέθηκε ότι με ελάχιστη βαθμολογία 3 επιτυγχάνεται ευαισθησία 83% και ειδικότητα 92% σε σύγκριση με ημιδομημένη διαγνωστική συνέντευξη.

Από μεταγενέστερες μελέτες προέκυψαν παρόμοια ευρήματα με την αρχική μελέτη³² αλλά και υψηλότερα επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας (97% και 91%, αντίστοιχα),²⁷ αν και μια πρόσφατη μελέτη υποστήριξε ότι ανάλογα επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας μέσω του PHQ-2 επιτυγχάνονται όταν η ελάχιστη διαγνωστική βαθμολογία είναι ≥ 4 και όχι ≥ 3 .³³ Τέλος, κατά τη χορήγησή του σε γενικό πληθυσμό βρέθηκαν υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας του PHQ-2.³⁴ Συνεπώς, τα πρόσφατα δεδομένα συντείνουν στην υπεροχή του PHQ-2 έναντι της μεθόδου των δύο ερωτήσεων με διχοτομικές απαντήσεις. Είναι πιθανό ότι η διαβαθμισμένη εκτίμηση της συχνότητας με την οποία εμφανίζονται η καταθλιπτική διάθεση και η ανηδονία, καθώς και ο περιορισμός της περιόδου εκτίμησης στις 2 τελευταίες εβδομάδες μειώνουν την πιθανότητα ψευδώς θετικής αναγνώρισης περιπτώσεων χωρίς να μειώνουν παράλληλα την αναγνώριση των αληθώς θετικών περιπτώσεων.

Ανίχνευση της κατάθλιψης σε ειδικούς πληθυσμούς

Το ζήτημα της πολύ βραχείας ανίχνευσης της κατάθλιψης τέθηκε στο πλαίσιο της γηριατρικής εκτίμησης πολύ πριν εξεταστεί στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας γενικότερα. Συγκεκριμένα, η

Παράρτημα Α*PHQ-2*

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα;	Καθόλου	Μερικές ημέρες	Περισσότερες από τις μισές ημέρες	Σχεδόν κάθε ημέρα
Είχατε μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες	0	1	2	3
Νιώσατε πεσμένος(η), καταθλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η)	0	1	2	3
Ουδός κατάθλιψης: Συνολική βαθμολογία ≥ 3				

Παράρτημα Β*GAD-2*

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα;	Καθόλου	Μερικές ημέρες	Περισσότερες από τις μισές ημέρες	Σχεδόν κάθε ημέρα
Νιώσατε νευρικός (ή), αγχωμένος (η) ή ευερέθιστος (η)	0	1	2	3
Δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας	0	1	2	3
Ουδός άγχους: Συνολική βαθμολογία ≥ 3				

επιτροπή που συγκροτήθηκε στο Yale για τη μελέτη της γηριατρικής εκτίμησης (Yale Task Force on Geriatric Assessment) πρότεινε ήδη το 1990 την ανίχνευση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους μέσω της εξής ερώτησης: «Νιώθετε συχνά λυπημένος ή καταθλιμμένος;». ³⁵ Έκτοτε η ερώτηση αυτή, που καλείται πλέον ερώτηση Yale, ή παραλλαγές της χρησιμοποιήθηκαν σε πολλές μελέτες. Υποστηρίχθηκε ότι σε σύγκριση με την ευρέως χρησιμοποιούμενη, αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα Geriatric Depression Scale (GDS), ³⁶ η ερώτηση Yale μπορεί να θεωρηθεί επαρκώς ακριβής στην ανίχνευση της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους, με ευαισθησία 70–96% και ειδικότητα 75–84%. ^{37–39} Ωστόσο, σε μεγάλης κλίμακας μελέτη με δείγμα 13.670 ηλικιωμένους από την κοινότητα, η ερώτηση Yale εμφάνισε χαμηλή ευαισθησία σε σύγκριση με τη GDS. ⁴⁰ Επιπλέον, η μοναδική μελέτη που εξέτασε την ερώτηση Yale με κριτήριο την κλινική διάγνωση, βρήκε χαμηλές τιμές ευαισθησίας και ειδικότητας (64% και 64%). ⁴¹ Κατά συνέπεια, από τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα δεν τεκμηριώνεται η ακρίβεια της μεθόδου της μιας ερώτησης για την ανίχνευση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

Άλλες πολύ βραχείς μέθοδοι έχουν επίσης δοκιμασθεί ειδικά στον πληθυσμό των ηλικιωμένων. Η χρήση των δύο ερωτήσεων, για την καταθλιπτική διάθεση και την ανηδονία, απέδωσε πολύ χαμηλή

ευαισθησία σε σύγκριση με την κλινική διάγνωση. ⁴¹ Τα πλέον θετικά αποτελέσματα μέχρι στιγμής έχουν επιτευχθεί με την εφαρμογή του ερωτηματολογίου PHQ-2 σε μεγάλο δείγμα ηλικιωμένων (8205 άτομα). ⁴² Συγκεκριμένα, το PHQ-2 εμφάνισε ευαισθησία 100% και ειδικότητα 77% σε σύγκριση με την κλινική διάγνωση.

Η ανίχνευση μέσω μίας και μόνης ερώτησης και συγκεκριμένα της ερώτησης Yale έχει επανειλημμένα δοκιμαστεί σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι σχετικές μελέτες βρήκαν γενικώς αποδεκτά επίπεδα ακρίβειας ^{43,44} και ιδιαίτερα μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα της ερώτησης Yale όταν εφαρμόζεται τρεις μήνες μετά το επεισόδιο. ⁴⁵ Οφείλουμε ωστόσο να επισημάνουμε ότι στις εν λόγω μελέτες χρησιμοποιήθηκε ως διαγνωστικό κριτήριο η ελάχιστη βαθμολογία σε κλινική κλίμακα και όχι η διάγνωση βάσει κριτηρίων. Ακολουθώντας την ίδια μέθοδο, μια μελέτη σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση βρήκε πολύ χαμηλή την ευαισθησία της ερώτησης Yale. ⁴⁶

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον έχει η ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο, αφού ο επιπολασμός της σε αυτήν την ομάδα ασθενών φτάνει στο 15% εντός των δύο πρώτων ετών νόσου. ⁴⁷ Παρότι έχει βρεθεί ότι η κατάθλιψη καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής ⁴⁸ και συνδέεται με αυξημένη θνητότητα έως και κατά 39%, ⁴⁹ πολύ συχνά η ύπαρξή της σε ασθενείς με

καρκίνο δεν αναγνωρίζεται από τους θεράποντες ιατρούς τους.⁵⁰ Μία μετα-ανάλυση 17 μελετών σε ασθενείς με καρκίνο συνέκρινε την ακρίβεια της μεθόδου των δύο ερωτήσεων και της μεθόδου μίας μοναδικής ερώτησης –είτε για τη διάθεση, είτε για την ανηδονία– στην αναγνώριση της κατάθλιψης.⁵¹ Βρέθηκε ότι η πρώτη μέθοδος είναι σαφώς πιο ακριβής, με συνολική ευαισθησία 91% και ειδικότητα 86%, από την εφαρμογή μίας και μόνης ερώτησης. Επιπλέον, μια πιο πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση όλων των μελετών ανίχνευσης της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο εξέτασε την τεκμηρίωση που προκύπτει για την ακρίβεια όλων των εργαλείων που έχουν χρησιμοποιηθεί.⁵² Η μελέτη συμπέρανε ότι η μέθοδος των δύο ερωτήσεων είναι μία εκ των δύο περισσότερο ενδεδειγμένων μεθόδων ανίχνευσης (η άλλη είναι το ερωτηματολόγιο BDI-II) ως προς την ακρίβεια και την αποδοχή κατά την εφαρμογή της.

Όσον αφορά ειδικότερα στο ερωτηματολόγιο PHQ-2, μια σφαιρική θεώρηση της εφαρμογής του σε ειδικούς πληθυσμούς παρέχει πρόσθετες ενδείξεις υπέρ της γενικευμένης χρήσης του. Το PHQ-2 έχει μέχρι στιγμής εφαρμοστεί σε ειδικές ηλικιακές ομάδες, ηλικιωμένους⁴² και εφήβους,⁵³ σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο⁵⁴ και σε ασθενείς με χρόνιες νόσους.⁵⁵ Σε όλες τις περιπτώσεις τα επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας που βρέθηκαν, προσεγγίζουν ή ξεπερνούν αυτά που βρέθηκαν σε γενικό πληθυσμό από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου στην αρχική μελέτη τους.³¹

Αγχώδεις διαταραχές

Η δυνατότητα ανίχνευσης των αγχωδών διαταραχών μέσω πολύ βραχέων μεθόδων έχει πολύ λιγότερο διερευνηθεί σε σύγκριση με την κατάθλιψη. Η πολυμορφία της ομάδας των αγχωδών διαταραχών έχει ωθήσει τους ερευνητές περισσότερο στη δημιουργία ειδικών για την κάθε διαταραχή εργαλείων εκτίμησης παρά στην ανάπτυξη γενικών μεθόδων ανίχνευσης του κλινικά σημαντικού άγχους. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα έγκυρα και αξιόπιστα ερωτηματολόγια για την εκτίμηση του γενικευμένου άγχους ή των πιο κοινών αγχωδών συμπτωμάτων, όπως Hospital Anxiety Depression Scale (HADS),¹⁴ Beck Anxiety Inventory,⁵⁶ State-Trait Anxiety Inventory,⁵⁷ GAD-7.⁵⁸ Επιπλέον, έχει επιχειρηθεί πρόσφατα να αναπτυχθούν και βραχείες μέθοδοι ανίχνευσης του κλινικά σημαντικού γενικευμένου άγχους.

Συγκεκριμένα, πρώτοι οι Löwe et al²⁴ υπολόγισαν ότι με την ερώτηση: «Νιώσατε νευρικός, αγχωμένος, ευερέθιστος ή πολύ ανήσυχος για πολλά διαφορετικά πράγματα; (περισσότερες από τις μισές ημέρες κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες)» αναγνωρίζονται ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές με ευαισθησία 44% και ειδικότητα 93%. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι η μικρή ευαισθησία καθιστά τη χρήση της ερώτησης προβληματική. Μια άλλη μελέτη διερεύνησε τη δυνατότητα να αναγνωριστούν συγκεκριμένες αγχώδεις διαταραχές –συγκεκριμένα, η διαταραχή πανικού, η μετατραυματική διαταραχή στρες, η κοινωνική φοβία και η διαταραχή γενικευμένου άγχους– μέσω μιας ειδικής ερώτησης για κάθε διαταραχή.²⁵ Ένας συνδυασμός αποδεκτών επιπέδων ευαισθησίας και ειδικότητας βρέθηκε μόνο για τη διαταραχή πανικού. Γενικότερα όμως, η μεθοδολογία των ειδικών ερωτήσεων για κάθε επιμέρους αγχώδη διαταραχή δεν μπορεί να εξυπηρετήσει τον σκοπό της πολύ βραχείας ανίχνευσης.

Οι Puddifoot et al⁵⁹ δοκίμασαν την ανίχνευση αγχωδών διαταραχών σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω της ερώτησης: «τον τελευταίο μήνα ανησυχούσατε πολύ για καθημερινά προβλήματα;». Ως επιπρόσθετη χρησιμοποίησαν την ερώτηση για την επιθυμία λήψης ειδικής βοήθειας (βλ. παραπάνω, ερώτηση 3) σε όσους ασθενείς απάντησαν θετικά στην πρώτη ερώτηση. Τα αποτελέσματα της πρώτης ερώτησης είχαν ευαισθησία 76% και ειδικότητα 82% σε σύγκριση με τη διάγνωση που έγινε μέσω της κλίμακας HADS. Οι συγγραφείς αναφέρουν αύξηση της προβλεπτικής ισχύος με τον συνδυασμό των δύο ερωτήσεων αλλά δεν αναφέρουν συγκεκριμένα ποσοστά ευαισθησίας και ειδικότητας. Ωστόσο, το γεγονός πως δεν χρησιμοποιήθηκε κλινική διάγνωση στη μελέτη αυτή μειώνει την αξιοπιστία των ευρημάτων της.

Οι Kroenke et al⁶⁰ επιχείρησαν να δημιουργήσουν ένα ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αγχωδών διαταραχών με δύο ερωτήσεις (GAD-2) (βλ. Παράρτημα Β). Οι ερωτήσεις αυτές επιλέχθηκαν γιατί αφορούν στα πυρηνικά και πιο γενικά συμπτώματα από αυτά που εκτιμά το έγκυρο ερωτηματολόγιο GAD-7, το οποίο χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της διαταραχής γενικευμένου άγχους:

1. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησε ότι νιώσατε νευρικός(ή), αγχωμένος(η) ή ευερέθιστος(η);

2. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησε ότι δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας;

Οι απαντήσεις βαθμολογούνται από 0 (καθόλου) έως 3 (σχεδόν κάθε ημέρα). Το GAD-2 δοκιμάστηκε για την ανίχνευση 4 αγχωδών διαταραχών – διαταραχή γενικευμένου άγχους, διαταραχή πανικού, διαταραχή κοινωνικού άγχους και μετατραυματική διαταραχή στρες– σε δείγμα ασθενών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Βρέθηκε ότι σε σύγκριση με τη διάγνωση βάσει ημιδομημένης συνέντευξης από ειδικούς ψυχικής υγείας το GAD-2 με βαθμολογία ≥ 3 ανιχνεύει όλες τις προαναφερόμενες διαταραχές πλην της μετατραυματικής διαταραχής στρες με αποδεκτά επίπεδα ευαισθησίας (70–86%) και ειδικότητας (81–83%).

Με τη συνένωση των ερωτηματολογίων PHQ-2 και GAD-2 δημιουργήθηκε ένα κοινό για την ανίχνευση κατάθλιψης και άγχους, βραχύ ερωτηματολόγιο, το PHQ-4.⁶¹ Από την πρώτη εφαρμογή του PHQ-4 σε γενικό πληθυσμό βρέθηκαν καλά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας και επιβεβαιώθηκαν τα επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας της κάθε υποκλίμακάς του (κατάθλιψη και άγχος).⁶²

Συμπεράσματα

Υπάρχει πλέον επαρκής τεκμηρίωση για την καταλληλότητα των πολύ βραχέων ερωτηματολο-

γίων ανίχνευσης της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών, ειδικότερα του PHQ-2, του GAD-2 και του PHQ-4, για χρήση σε επιδημιολογικές μελέτες. Ωστόσο, η ακρίβεια όλων των βραχέων ερωτηματολογίων δεν είναι τόση ώστε να αναγνωρίζονται με ασφάλεια μέσω αυτών η κατάθλιψη ή οι αγχώδεις διαταραχές. Η χρήση τους στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να περιορίζεται στην αρχική ανίχνευση των κλινικών περιπτώσεων, η οποία αναμένεται να είναι πολύ χρήσιμη όταν έχει ευρεία εφαρμογή, ενώ για τη διάγνωση είναι αναγκαία η επιπλέον ειδική εκπαίδευση των ιατρών ή η παραπομπή των περιπτώσεων που αρχικά ανιχνεύονται, σε ειδικούς ψυχικής υγείας.

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του σχεδιασμού της Εθνικής Μελέτης Νοσηρότητας (EMENO), η οποία πραγματοποιείται στο πλαίσιο της πράξης «ΘΑΛΗΣ-Ενίσχυση της Διεπιστημονικής ή και Διδρυματικής έρευνας και καινοτομίας με δυνατότητα προσέλκυσης ερευνητών υψηλού επιπέδου από το εξωτερικό μέσω της διενέργειας βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας αριστείας» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση». Ευχαριστούμε όλους τους συνεργάτες της μελέτης για τα θέματα, ευρύτερου ενδιαφέροντος για την Ψυχιατρική, που μας έθεσαν.

Ultra-short questionnaires for the detection of depression and anxiety

G. Konstantakopoulos,^{1,2} E. Sofianopoulou,³ G. Touloumi,³ D. Ploumpidis¹

¹Community Mental Health Center Byron-Kaisariani, 1st Department of Psychiatry, Athens University Medical School, Eginition Hospital, Athens, Greece

²Section of Cognitive Neuropsychiatry, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, King's College London, UK

³Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, Athens University Medical School, Athens, Greece

Psychiatriki 2013, 24:288–297

Depression and anxiety disorders are the two most common mental health problems seen in the primary care and the general hospital settings. They are both associated with poorer patient functioning, worse quality of life, more frequent utilization of health services, and higher health care costs. However, detection rates of depression and anxiety by non-mental health specialists remain very low, while most of the proposed screening tools are rather not practical and therefore they have not been widely used in practice. Over the last two decades, ultra-short tools including one to three questions

have been developed and suggested as case-finding methods and their sensitivity and specificity have been investigated. We reviewed all the ultra-short screening tools for depression and anxiety and the existing evidence on their accuracy in detecting major depression and anxiety disorders. Two simple screening questions for depression, about depressed mood and loss of interest or pleasure in doing things, have been repeatedly applied in primary care settings and found to have satisfactory sensitivity but low specificity. The addition of a third question inquiring if help is needed to the two screening questions for depression improves the specificity, however on the cost of reducing the sensitivity of the method. Screening for depression using only one of these questions alone was found to be less accurate strategy than the two or three question tests. The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) includes the same two depression-questions with rating scale answer choices and it was found to be more accurate than the two question test with dichotomous (yes or no) answers. Ultra-short screening strategies for depression in older people were found to have acceptable levels of accuracy, while in patients with cancer the two question tests had higher sensitivity and specificity than in other patient groups. According to the existing data, the Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2) questionnaire, which includes two questions on "feeling nervous, anxious or on edge" and "not being able to stop or control worrying" appears to have acceptable accuracy in identifying clinically significant anxiety. We concluded that there is sufficient evidence on the suitability of the ultra-short screening instruments for depression and anxiety –especially the PHQ-2, the GAD-2 and their combination, the PHQ-4– for use in epidemiological studies. In primary and secondary care settings, the ultra-short tools can be used only as an initial screening method but diagnosis made by specially-trained clinicians or mental-health specialists is warranted for patients who initially screen positive.

Key words: Depression, anxiety disorders, detection, diagnosis, sensitivity, specificity

Βιβλιογραφία

1. Olfson M, Shea S, Feder A, Fuentes M, Nomura Y, Gameroff M et al. Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Arch Fam Med* 2000, 9:876–883
2. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004, 78:49–55
3. Shah A. The burden of psychiatric disorder in primary care. *Int Rev Psychiatry* 1992, 4:243–250
4. Herrman H, Patrick DL, Diehr P, Martin ML, Simon GE, Buesching DP. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO Study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychol Med* 2002, 32:889–902
5. Stein MB, Roy-Byrne PP, Craske MG, Bystritsky A, Sullivan G, Pyne JM et al. Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients. *Med Care* 2005, 43:1164–1170
6. Yates WR, Mitchell J, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Warden D et al. Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR. *Gen Hosp Psychiatry* 2004, 26:421–429
7. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999, 318:436–439
8. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract* 2007, 57:144–151
9. Robinson JW, Roter DL. Psychosocial problem disclosure by primary care patients. *Soc Sci Med* 1999, 48:1353–1362
10. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, 4:561–571
11. Turvey CL, Wallace RB, Herzog R. A revised CES-D measure of depressive symptoms and a DSM-based measure of major depressive episodes in the elderly. *Int Psychogeriatrics* 1999, 11:139–148
12. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965, 12:63–70
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001, 16:606–613
14. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67:361–370
15. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures: national survey. *Br J Psychiatry* 2002, 180:101–103
16. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997, 12:439–445
17. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003, 327:1144–1146
18. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, de Gruy FV, Hahn SR et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994, 272:1749–1756
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text revision. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2000

20. Goodyear-Smith F, Arroll B, Coupe N. Asking for help is helpful: validation of a brief lifestyle and mood assessment tool in primary health care. *Ann Fam Med* 2009, 7:239–244
21. Mohd-Sidik S, Arroll B, Goodyear-Smith F, Zain AM. Screening for depression with a brief questionnaire in a primary care setting: validation of the two questions with help question (Malay version). *Int J Psychiatry Med* 2011, 41:143–154
22. Lombardo P, Vaucher P, Haftgoli N, Burnand B, Favrat B, Verdon F et al. The "help" question doesn't help when screening for major depression: external validation of the three-question screening test for primary care patients managed for physical complaints. *BMC Medicine* 2011, 9:114
23. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005, 331:884
24. Löwe B, Grafe K, Kroenke K, Zipfel S, Quenter A, Wild B et al. Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosom Med* 2003, 65:764–770
25. Means-Christensen AJ, Sherbourne CD, Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Using five questions to screen for five common mental disorders in primary care: diagnostic accuracy of the Anxiety and Depression Detector. *Gen Hosp Psychiatry* 2006, 28:108–118
26. Williams JW, Mulrow CD, Kroenke K, Dhand R, Badgett RG, Omori D et al. Case-finding for depression in primary care: A randomized trial. *Am J Med* 1999, 106:36–43
27. Corson K, Gerrity MS, Dobscha SK. Screening for depression and suicidality in a VA primary care setting: 2 items are better than 1 item. *Am J Manag Care* 2004, 10:839–845
28. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression: The treatment and management of depression in adults*. Partial update of NICE Clinical Guideline 23. NICE, London, 2009
29. United States Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002, 136:760–764
30. Brody DS, Hahn SR, Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, deGruy III FV et al. Identifying patients with depression in the primary care setting: a more efficient method. *Arch Intern Med* 1998, 158:2469–2475
31. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003, 41:1284–1292
32. Löwe B, Kroenke K, Grafe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005, 58:163–171
33. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Fishman T, Falloon K et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med* 2010, 8:348–353
34. Yu X, Stewart SM, Wong PTK, Lam TH. Screening for depression with the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) among the general population in Hong Kong. *J Affect Disord* 2011, 134:444–447
35. Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM Jr, Drickamer MA, Marottoli RA, Pannill FC et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Int Med* 1990, 112:699–706
36. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982–1983, 17:37–49
37. Mahoney J, Drinka TJK, Abler R, Gunter-Hunt G, Matthews C, Gravenstein S et al. Screening for depression: Single question versus GDS. *J Am Geriatr Soc* 1994, 42:1006–1008
38. Gori C, Appollonio I, Riva GP, Spiga D, Ferrari A, Trabucchi M et al. Using a single question to screen for depression in the nursing home. *Arch Gerontol Geriatr* 1998, 6(Suppl):235–240
39. Büla CJ, Wietlisbach V, Yersin B, Burnand B. Does a single item question identify elderly medical inpatients who report significant depressive symptoms? *Age Ageing* 2003, 32:231–233
40. Osborn DPJ, Fletcher AE, Smeeth L, Stirling S, Bulpitt CJ, Nunes M et al. Performance of a single screening question for depression in a representative sample of 13,670 people aged 75 and over in the UK: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Fam Pract* 2003, 20:682–684
41. Blank K, Gruman C, Robison JT. Case-finding for depression in elderly people: balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004, 59A:M378–M384
42. Li C, Friedman B, Conwell Y, Fiscella K. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *J Am Geriatr Soc* 2007, 55:596–602
43. Watkins C, Daniels L, Jack C, Dickinson H, van den Broek M. Accuracy of a single question in screening for depression in a cohort of patients after stroke: comparative study. *BMJ* 2001, 323:1159
44. Talelli P, Lekka NP, Katsoulas G, Ellul J. The verbally asked single Yale question compared with its written form as screening tool for post-stroke depression. *J Neurol* 2004, 251(Suppl 3):III/191
45. Watkins CL, Lightbody CE, Sutton CJ, Jack CIA, Dickinson HA, van den Broek MD et al. Evaluation of a single-item screening tool for depression after stroke: a cohort study. *Clin Rehabil* 2007, 21:846–852
46. Avasarala JR, Cross AH, Trinkaus K. Comparative assessment of Yale single question and Beck Depression Inventory Scale in screening for depression in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2003, 9:307–310
47. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011, 12:160–174
48. Noorani NH, Montagnini M. Recognizing depression in palliative care patients. *J Palliat Med* 2007, 10:458–464
49. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. A meta-analysis. *Cancer* 2009, 115:5349–5361
50. Jones LE, Doebbeling CC. Suboptimal depression screening following cancer diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry* 2007, 29:547–554
51. Mitchell AJ. Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. *Br J Cancer* 2008, 98:1934–1943
52. Mitchell AJ, Meader N, Davies E, Clover K, Carter GL, Loscalzo MJ et al. Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: Evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group. *J Affect Disord* 2012, 140:149–160
53. Richardson LP, Rockhill C, Russo JE, Grossman DC, Richards J, McCarty C et al. Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics* 2010, 125:e1097

54. Williams LS, Brizendine EJ, Plue L, Bakas T, Tu W, Hendrie H et al. Performance of the PHQ-9 as a screening tool for depression after stroke. *Stroke* 2005, 36:635–638
55. Taylor JK, Schoenbaum M, Katon WJ, Pincus HA, Hogan DM, Unutzer J. Strategies for identifying and channeling patients for depression care management. *Am J Manag Care* 2008, 14:497–504
56. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clinical Psychol* 1988, 56:893–897
57. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, 1970
58. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006, 166:1092–1097
59. Puddifoot S, Arroll B, Goodyear-Smith FA, Kerse NM, Fishman TG, Gunn JM. A new case-finding tool for anxiety: A pragmatic diagnostic validity study in primary care. *Int J Psych Med* 2007, 37:371–381
60. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007, 146:317–325
61. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics* 2009, 50:613–621
62. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, Schneider A, Brähler E. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord* 2010, 122:86–95

Αλληλογραφία: Γ. Κωνσταντακόπουλος, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Δήλου 14, 161 21 Βύρωνα
Τηλ: (+30) 210-764 01 11, Fax: (+30) 210 766 28 29
e-mail: gekonst@otenet.gr george.konstantakopoulos@kcl.ac.uk

Βιβλιοκριτική Book review

Niedenthal MP, Krauth-Gruber S, Ric F (2006) **Ψυχολογία του Συναισθήματος**

Μετάφραση: Ζ. Αντωνοπούλου
Επιμέλεια: Κ. Καφέτσιος
Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ, Αθήνα 2011

Από τις εκδόσεις ΤΟΠΟΣ, κυκλοφόρησε το βιβλίο των Niedenthal MP, Krauth-Gruber S, Ric F. «Ψυχολογία του Συναισθήματος». Μετάφραση: Ζ. Αντωνοπούλου. Επιμέλεια: Κ. Καφέτσιος. Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ. Αθήνα 2011. Το βιβλίο εκδόθηκε στην αγγλική γλώσσα το 2006.

Είναι αξιοσημείωτο ότι το μεγαλύτερο μέρος της ψυχοπαθολογίας άπτεται συναισθηματικών καταστάσεων, ενώ οι γνώσεις μας γύρω από τα συναισθήματα είναι ελάχιστες.

Η συζήτηση για τα συναισθήματα ξεκινάει το 1884 όταν ο William James δημοσιεύει, στο περιοδικό *Mind*, ένα άρθρο με τίτλο "What is an Emotion?". Το 2005 ο Klaus Scherer δημοσιεύει στο περιοδικό *Social Science Information* ένα άρθρο με τίτλο "What are emotions? And how can they be measured?" και οι συζητήσεις γύρω από το ερώτημα «τι είναι συναισθήματα» και ποιες είναι οι συνιστώσες του συναισθήματος συνεχίζονται με μια σειρά θεωριών, υποθέσεων και αντιρρήσεων. Είναι επομένως πολύ σημαντικό ότι εμφανίζεται ένα βιβλίο που σκιαγραφεί με επιστημονικό τρόπο τις διάφορες θεωρίες για τα συναισθήματα και τις καταστάσεις που συνδέονται με αυτά.

Το βιβλίο αποτελείται από εννέα κεφάλαια. Το πρώτο ασχολείται με τον ορισμό και τον τρόπο μελέτης του συναισθήματος. Στο κεφάλαιο αυτό οι συγγραφείς αναφέρουν ότι στόχος τους είναι να παρουσιάσουν έναν ορισμό του συναισθήματος «με την όποια αβεβαιότητα και πολυπλοκότητα μπορεί αυτός να ενέχει» και να αναπτύξουν τις κύριες θεωρίες του συναισθήματος. Στο δεύτερο, διερευνάται η δομή και η λειτουργία του συναισθήματος. Σκοπός του κεφαλαίου αυτού είναι να προσφέρει μια συνοπτική ανασκόπηση πώς οι θεωρητικοί στον τομέα του συναισθήματος, μελετούν βασικά ερωτήματα τα οποία σχετίζονται κυρίως με την έρευνα. Στο τρίτο περιγράφονται τα αυτεπίγνωτα (self-conscious) συναισθήματα, δηλαδή συναισθήματα «εξαρτώμενα από τις

γνωσιακές διεργασίες». Το τέταρτο κεφάλαιο ασχολείται με τις συναισθηματικές εκφράσεις προσώπου και σώματος. Οι εκφράσεις του προσώπου μεταδίδουν ένα τεράστιο ποσοστό πληροφοριών σχετικά με τη συναισθηματική κατάσταση του εκφραστή και σχετικά με τα κίνητρα και τις ανάγκες του. Το πέμπτο κεφάλαιο αφιερώνεται στο πολυσυζητημένο θέμα της ρύθμισης του συναισθήματος. Η ρύθμιση του συναισθήματος αναφέρεται στις διεργασίες που χρησιμοποιούν τα άτομα ώστε να επηρεάσουν τα συναισθήματα που βιώνουν ή που δεν βιώνουν, αλλά και στον τρόπο και βαθμό που τελικά εκφράζουν τα συναισθήματα. Το επόμενο κεφάλαιο έχει τίτλο «συναισθήματα και κοινωνική νόηση». Εδώ εξετάζεται πώς η θυμική κατάσταση (affective state) του ατόμου επηρεάζει το περιεχόμενο των σκέψεων και τον τρόπο που οι πληροφορίες γίνονται αντικείμενο επεξεργασίας. Το έβδομο κεφάλαιο αναφέρεται στα συναισθήματα στο πλαίσιο της ομάδας. Παρόλο που τα συναισθήματα θεωρούνται ενδοπροσωπικά φαινόμενα, ωστόσο, η συμμετοχή σε μια ομάδα και τα δυναμικά που αναπτύσσονται εντός αυτής ή μεταξύ διαφορετικών ομάδων, αποτελούν θεμελιώδεις παράγοντες στη δημιουργία και τη διαφοροποίηση του συναισθήματος. Το επόμενο κεφάλαιο ασχολείται με τις διαφυλικές διαφορές του συναισθήματος όπου ανασκοπούνται τα στερεότυπα φύλου σχετικά με την εμπειρία και έκφραση του συναισθήματος. Για παράδειγμα, εργασίες αναφέρουν ότι οι γυναίκες θεωρούνται ότι εκφράζουν περισσότερο τη λύπη, τον φόβο και την αγάπη τους, ενώ οι άνδρες το θυμό τους. Συνοψίζοντας το κεφάλαιο αυτό οι συγγραφείς σχολιάζουν ότι «η πεποίθηση για τη συναισθηματική γυναίκα και τον μη-συναισθηματικό άνδρα υπάρχει περισσότερο στο νου των ατόμων και λιγότερο στο πραγματικό τους συναισθήματα ή τις πράξεις τους». Στο τελευταίο κεφάλαιο εξετάζονται οι διαφορές στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια ή ηπείρους αισθάνονται, εκφράζουν ή ορίζουν τα συναισθήματά τους.

Η παρούσα μετάφραση είναι, από ό,τι γνωρίζουμε, το πρώτο βιβλίο στην ελληνική γλώσσα που αναφέρεται στον επιστημονικό προβληματισμό για τα συναισθήματα. Αναγνωρίζεται εύκολα ότι το έργο του μεταφραστή

και επιμελητή της έκδοσης θα ήταν επίπονο λόγω των δυσκολιών αντιστοίχισης των αγγλικών όρων με τους ελληνικούς. Όπως αναφέρεται στη σελίδα 37 «Στην αγγλική γλώσσα υπάρχουν περίπου 500 με 2000 λέξεις που λίγο έως πολύ αναφέρονται στο συναίσθημα, στις θυμικές καταστάσεις ή καταστάσεις σθένους (π.χ. ηρεμία) και στις γνωστικές-θυμικές καταστάσεις (π.χ. εκδίκηση). Έτσι, η αντιστοίχιση των νοημάτων και των λέξεων γίνεται πολύ δύσκολη εργασία και πολλές φορές η απόδοση είναι αδύνατη ή παραπλανητική. Επειδή ακριβώς είναι το πρώτο βιβλίο στα ελληνικά που ασχολείται αποκλειστικά με τα συναίσθημα και καθιερώνει όρους, θα έπρεπε, κατά τη γνώμη μας, να αναγράφονται στο κείμενο οι αντίστοιχοι αγγλικοί. Εντύπωση προξενεί η εναλλαγή των όρων «γνωσιακός», «γνωστικός» χωρίς να φαίνεται ότι διαφοροποιούνται. Ευτυχώς έχει προβλεφθεί αυτή η δυσκολία και στο τέλος παρατίθεται ένα πολύ χρήσιμο γλωσσάριο.

Συμπερασματικά η μετάφραση είναι μια πολύ αξιόλογη προσφορά στην ελληνική βιβλιογραφία τόσο από την πλευρά του περιεχομένου του συγκεκριμένου βιβλίου όσο και ως μεταφραστική εργασία. Είναι ένα χρήσιμο βιβλίο για κάθε ψυχίατρο, ψυχολόγο και γενικά όλους που ασχολούνται με τις επιστήμες του ανθρώπου.

N. Βαϊδάκης

*Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστήμιο Αθηνών*

**Niedenthal MP, Krauth-Gruber S, Ric F (2006).
The Psychology of Emotion: interpersonal,
experiential & cognitive approaches**

Translation: Z. Antonopoulou

Editor: K. Kafetsios

Editions: TOPOS, Athens, 2011

A few months ago, the book of Niedenthal MP, Krauth-Gruber S, Ric F. "Psychology of emotion: interpersonal, experiential & cognitive approaches" was released in Greek, translation: Z. Antonopoulos. Scientific editing: K. Kafetsios. Publications: TOPOS. Athens 2011. The book was published in English in 2006.

It is noteworthy that even though the greatest part of psychopathology is associated with emotional states our knowledge and understanding of emotions is minimal. Scientific discussions on the issue of emotions arise in 1884 when William James publishes his article entitled "What is an Emotion?" in the scientific journal "Mind". The debate around the question "what is an emotion and which are its components" is still going on with a

series of relative theories, hypotheses and objections. It is therefore very important that there is a book that outlines in and thorough and scientific way the various scientific theories for emotions and the states associated with them.

The translation of the book in Greek is a very valuable contribution to Greek literature both from the part of its scientific content but as translational task as well. It is a useful book for any psychiatrist, psychologist and generally every person occupied in the field of human sciences.

N. Vaidakis

*Assoc. Professor of Psychiatry
University of Athens*

Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος

Β. Σακελλαροπούλου

Εκδόσεις: Σάκκουλα, 2011

ISBN: 978-960-445-647-5

Το βιβλίο της κας Βιργινίας Σακελλαροπούλου με τίτλο «Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος», που εκδόθηκε το 2011 από τις εκδόσεις Σάκκουλα, αποτελεί αναμφισβήτητα μια σημαντική συνεισφορά στο πεδίο συνάντησης και συνεργασίας, της Ιατρικής και του Δικαίου. Σαφώς μπορεί να φανεί χρήσιμο για τους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, (ιδιαίτερα συναδέλφους χειρουργούς) αλλά και ερευνητές, καθώς τα ζητήματα ιατρικού σφάλματος απασχολούν τόσο τα αστικά και ποινικά δικαστήρια, όσο και τα διοικητικά, ανάλογα με τη φύση της υπόθεσης και το ζητούμενο κάθε φορά.

Μετά από μια ενδιαφέρουσα ιστορική αναδρομή που δεν περιορίζεται (ευτυχώς) μόνο στην Αρχαία Ελληνική παράδοση, τη συγκριτική επισκόπηση που αδρά αναφέρεται σε Ευρωπαϊκούς νόμους και τον ορισμό από νομικής πλευράς της σχέσης ιατρού και ασθενούς, η συγγραφέας προχωρά στο κυρίως θέμα που στην ουσία είναι μια εξειδίκευση και εμβάθυνση στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Τον οποίο εμπλουτίζει με συγκεκριμένα (και γι' αυτό, ιδιαίτερα διαφωτιστικά) κλινικά παραδείγματα, που αναδεικνύουν σε γενικές γραμμές, το πλαίσιο και τους «κανόνες εμπλοκής» των δύο επιστημών στις υποθέσεις ιατρικού σφάλματος.

Στο Δεύτερο μέρος αναλύεται διεξοδικά η υποχρέωση ενημέρωσης και τα ζητήματα συναίνεσης με εκτενή αναφορά στις επεμβατικές (κυρίως χειρουργικές) ειδικότητες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το κεφάλαιο IV για τις περιπτώσεις που δεν απαιτείται συναίνεση, καθώς και το επόμενο περί «Ποινικής εκτίμησης των αυτογνωμώνων

ιατρικών πράξεων» όπου, χαρακτηριστικά αναφέρεται η ποινική αντιμετώπιση των ιατρών που ανταποκρίθηκαν στο αίτημα του χιλιαστού πατέρα, για τη «μη μετάγγιση» του παιδιού του.

Το Τρίτο μέρος αφορά τα ιατρικά σφάλματα και όπως είναι αναμενόμενο επικεντρώνεται στις χειρουργικές ειδικότητες. Το κεφάλαιο για την ποινική ευθύνη του Ψυχιάτρου είναι περιορισμένο και αφορά μόνο την «ασφαλή φύλαξη».

Αν έπρεπε να γίνουν κάποιες παρατηρήσεις, αυτές αφορούν περισσότερο τον «νομικό» τρόπο γραφής, με τις συχνές παραπομπές σε νόμους και υποσημειώσεις αντί της βιβλιογραφίας, που κάνουν την ανάγνωση δύσκολη στον μη νομικό.

Δεδομένου ότι το βιβλίο αυτό απευθύνεται προς τους νομικούς και τους ιατρούς γενικά, ίσως ο Ψυχίατρος να μη βρει όλες τις απαντήσεις στα προβλήματα που τον αφορούν.

Συμπερασματικά, το βιβλίο της κας Σακελλαροπούλου είναι χρήσιμο και αποτελεί σημαντική προσθήκη στη βιβλιογραφία.

A. Δουζένης

*Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατροδικαστικής
Πανεπιστήμιο Αθηνών*

A. Αποστολόπουλος

*Ειδικευόμενος Ψυχίατρος Β΄ Ψυχιατρική Κλινική
Πανεπιστήμιο Αθηνών*

The legal aspects of medical fault

Publishing: Sakkoulas, 2011

ISBN: 978-960-445-647-5

The book by Virginia Sakellaropoulou entitled "The legal aspects of medical fault" published in 2011 is a valuable addition in the scarce Greek literature. Medical fault is a meeting point for medicine and the law. This book can be useful to all medical specialties but is more focused on surgery.

The book is divided in three parts. The first deals with a historical review that goes beyond the ancient Greek tradition. The second part discusses in detail issues about informed consent especially regarding surgery. The third discusses in detail medical faults with particular reference to surgery. Some cases are presented adding to the information value of the book. A disadvantage of this book (from the psychiatrist's) point of view is that the terminology used is legal and the quotes and references from various laws and court decisions make difficult reading for someone with no legal training. The psychiatrist reading this book will benefit but there are specific issues relating to psychiatric practice that will remain uncovered.

A. Douzenis

Ass. Professor, University of Athens

A. Apostolopoulos

*Psychiatric trainee, 2nd Department of Psychiatry,
University of Athens*

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις Future scientific meetings

22ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής

Ξενοδοχείο Du Lac, Ιωάννινα

10–13 Απριλίου 2014

Οργάνωση: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ)

Γραμματεία Συνεδρίου: ERA Ltd, Ασκληπείου 17, 106 80 Αθήνα

Τηλ.: (+30) 210-36 34 944, Fax: (+30) 210-36 31 690, E-mail: info@era.gr

Website: www.era.gr/www.22psychiatric2014.gr

Επιστημονική Γραμματεία: ΕΨΕ, Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

Τηλ.: (+30) 210-72 14 148, Fax: (+30) 210-72 42 032

E-mail: psych@psych.gr, Website: www.psych.gr

• 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αυτισμού, Θεσσαλονίκη

4–6 Οκτωβρίου 2013

Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων-Παράρτημα Θεσσαλονίκης

Γραμ. συνεδρίου: Κέντρο Ημέρας ΕΕΠΑΑ Θεσ/νίκης, Βερατίου 5

Τηλ./Fax: (+30) 2310-241 287

E-mail: 4opanelinio@autismgreece.gr

• Επιστημονική Ημερίδα «Η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων», Αθήνα

10 Οκτωβρίου 2013

Οργάνωση: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ)

Συνεργασία: Παγκόσμια Ομοσπονδία Ψυχικής Υγείας,

Α' & Β' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ψυχιατρικό

Νοσοκομείο Αττικής, Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό

Νοσοκομείο Αττικής

Γραμματεία: ΕΨΕ, Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

Τηλ.: (+30) 210-72 14 148, Fax: (+30) 210-72 42 032

E-mail: psych@psych.gr, Website: www.psych.gr

• 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κολεγίου Εκπαίδευσης Έρευνας, Πρόληψης & Θεραπείας Ψυχιατρικών Διαταραχών: «Συναισθηματικές Διαταραχές», Αθήνα

11–13 Οκτωβρίου 2013

Οργάνωση: Κολέγιο Εκπαίδευσης, Έρευνας Πρόληψης &

Θεραπείας Ψυχικών Διαταραχών, Α' & Β' Ψυχιατρική Κλινική

Πανεπιστημίου Αθηνών

Γραμματεία: The Mastermind Group

Μαραθωνομάχων 26, 151 24 Μαρούσι

Τηλ.: (+30) 210-68 27 405/210-68 39 690,

Fax: (+30) 210-68 27 409

E-mail: dpanakoulia@tmg.gr, Website: www.tmg.gr

• 2ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, Αθήνα

17–20 Οκτωβρίου 2013

Οργάνωση: 5ο Ψυχιατρικό Τμήμα Εισαγωγών, ΨΝΑ

Επιστημονική Συνεργασία: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής,

Δρομοκαΐτειο

Τηλ.: (+30) 210-70 005 530, Fax: (+30) 210-25 738 199

E-mail: pasypsy@gmail.com

Website: http://www.pasypsy.net

• 3rd International Congress of Dual Disorders:

Addictions and other Mental Disorders, Barcelona, Spain

23–26 October 2013

Organizer: Spanish Society of Dual Pathology

Co-sponsorship: (a) National Institute on drug abuse (NIDA),

(b) World Psychiatric Association (WPA)

Tel.: (+34) 913 612 600, Fax: (+34) 913 559 208

E-mail: secretariat@cipd2013.com

Website: www.cipd2013.com

• 31st Brazilian Congress of Psychiatry, Curitiba, Parana, Brazil

23–26 October 2013

Organizers: Brazilian Association of Psychiatry (ABP)

Collaboration: Sociedade Paranaense de Psiquiatria (SPP)

Contact: (a) Dr Antonio Geraldo da Silve, (b) Simone Paes,

(c) Monica Leite

E-mail: (a) jsanaf551@terra.com.br, (b) simone@abpbrasil.org.br,

(c) monica@abpbrasil.org.br

Website: www.abpbrasil.org.br/congresso

• 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry with the title: "New Horizons in Interdisciplinary Approaches", Ghent, Belgium

23–26 October 2013

Organizers: (a) Oud Consultancy, (b) European Violence in

Psychiatry Research Group (EViPRG)

Collaboration: (a) WPA Section on Art and Psychiatry,

(b) British Institute for Learning Disabilities (BILD),

(c) Karolinska Institute, Contact: Mr N.E. Oud

E-mail: nico.oud@freeler.nl

Website: www.oudconsultancy.nl/GhentSite

• 13th International Forum on Mood and Anxiety Disorders, Monte Carlo, Monaco

20–22 November 2013

Organizers: IFMAD (International Forum on Mood and Anxiety Disorders)

Conference Secretariat: Public Creations

74, Boulevard d' Italie-MC 98000 Monaco

Tel.: (+377) 97 973 555, Fax: (+377) 97 973 550

E-mail: ifmad@publiccreations.com

Contact: Mrs Elena Parfenova

Tel.: (+420) 72 422 0741, E-mail: ifmad2013@gmail.com

- **1ο Πανελλήνιο Ψυχοφαρμακολογικό Συνέδριο Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας «Θεραπευτικές Προσεγγίσεις των Ψυχικών διαταραχών», Ξενοδοχείο ΑΜΑΛΙΑ, Ναύπλιο**
6–8 Δεκεμβρίου 2013
Γραμματεία Συνεδρίου: ERA ΕΠΕ, Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα
Τηλ: (+30) 210-36 34 944, Fax: (+30) 210-36 31 690
E-mail: info@era.gr, Website: www.era.gr
Επιστημονική Γραμματεία: ΕΨΕ, Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: (+30) 210-72 14 148, Fax: (+30) 210-72 42 032
E-mail: psych@psych.gr, Website: www.psych.gr
- **Temperament, character, personality and the mood disorders spectrum, Thessaloniki, Greece,**
15 December 2013
Organizers: International Society on neurobiology and Psychopharmacology (ISNP)
Collaboration: WPA Section on Private Practice
Contact: Dr Kostas Fountoulakis
E-mail: kfount@med.auth.gr, Website: www.psychiatry.gr
- **6th International Congress on Brain and Behaviour and 19th Thessaloniki Conference, Thessaloniki, Greece**
6–8 February 2014
Organizer: International Society on Brain and Behaviour
Tel: (+30) 2310-460682, Fax: (+30) 2310-435064
E-mail: info@praxicon.gr, Website: www.praxicon.gr
- **2014 WPA Regional Congress, Ljubljana Slovenia**
9–12 April 2014
Organizer: World Psychiatric Association
Congress Secretariat: Guarant International
Tel: (+420) 284 001 444
E-mail: www.paljubljana2014@guarant.cz
- **22ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Ξενοδοχείο Du Lac, Ιωάννινα**
10–13 Απριλίου 2014
Οργάνωση: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ)
Γραμματεία Συνεδρίου: ERA Ltd, Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα
Τηλ: (+30) 210-36 34 944, Fax: (+30) 210-36 31 690
E-mail: info@era.gr
Website: www.era.gr/www.22psychiatric2014.gr
Επιστημονική Γραμματεία: ΕΨΕ, Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: (+30) 210-72 14 148, Fax: (+30) 210-72 42 032
E-mail: psych@psych.gr, Website: www.psych.gr
- **3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλινικής Ψυχοφαρμακολογίας, Χαλκιδική, Ελλάδα**
24–27 Απριλίου 2014
Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Ψυχοφαρμακολογίας (ΕΛΕΨΥ)
Τηλ. (+30) 210-72 54 383, (+30) 210-72 54 385
Fax: (+30) 210-72 54 384
E-mail: one2one@ath.forthnet.gr
- **National Association on Dual Diagnosis (NADD) International Congress, Miami, Florida, US**
7–9 May 2014
Organizers: NADD (National Association on Dual Diagnosis)
Collaboration: WPA Section Psychiatry of Intellectual Disability (SPID)
Contact: (a) Dr Robert J. Fletcher, (b) Dr Marco Bertelli
E-mail: (a) RFletcher@thenadd.org, (b) bertelli.fi@tiscali.it
Website: www.thenadd.org
- **International Review of Psychosis and Bipolarity. Athens, Greece**
9–13 May 2014
Organizer: International Forum of Psychosis and Bipolarity (IFPB)
Contact: Prof K.N. Fountoulakis
Tel: (+30) 2310-994 622
Website: http://www.irbd.org/
- **40ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα**
14–17 Μαΐου 2014
Οργάνωση: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών
Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: (+30) 210-72 11 845, (+30) 210-72 43 161
Fax: (+30) 210-72 15 082
E-mail: lea@mednet.gr, mednet@mednet.gr
Website: www.mednet.gr
- **WPA Thematic Conference “Neurobiology and Complex Treatment of Mental Disorders and Addiction”, Warsaw, Poland**
5–7 June 2014
Organizer: World Psychiatric Association
Conference Secretariat: Guarant International
Na Pankraci 17, 14021
Prague 4, Czech Republic
Tel: (+420) 284 001 444, Fax: (+420) 284 001 448
E-mail: wpatcwarsaw2014@guarant.cz
Website: wpatcwarsaw2014.com
- **16th International Conference for Philosophy, Psychiatry and Psychology with the title: “Neuroscience, Logics and Mental Development”, Varna, Bulgaria**
26–29 June 2014
Organizers: (a) International Network for Philosophy and Psychiatry, Balkan, Academy for PPP “Athena Pallada”, (b) Medical University of Plovdiv, Faculty of Medicine, Plovdiv, University “Paisii Hilendarski”
Collaboration: Royal College of Psychiatrists (Philosophy Special Interest Group)
Contact: Prof Drozdostoj Stoyanov
E-mail: drozdostoj@uni-plovdiv.bg
Website: www.inpp2014.com/index/.htm
- **International Congress of the World Federation, for Mental Health and the Hellenic Psychiatric Association “Living with schizophrenia”, Athens, Greece**
9–11 October 2014
Organizers: (a) World Federation for Mental Health, (b) Hellenic Psychiatric Association
Scientific Secretariat: Hellenic Psychiatric Association, 11 Papadiamantopoulou street, GR-115 28 Athens, Greece
Tel. (+30) 210-72 14 148, Fax: (+30) 210-72 42 032
E-mail: psych@psych.gr, Website: www.psych.gr
Congress Secretariat: ERA Ltd, 17 Asklipiou street, GR-106 80 Athens, Greece
Tel. (+30) 210-36 34 944, Fax: (+30) 210-36 31 690
E-mail: info@era.gr, Website: www.era.gr
- **World Psychiatric Association Thematic Conference on Intersectional Collaboration, 5th European Congress of the International Neuropsychiatric Association & 2nd Interdisciplinary Congress on Psychiatry and Related Sciences, Athens, Greece**
30 October–2 November 2014
Information: Prof C. Soldatos
Website: www.psych-relatedsciences.org