



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

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. Πλουμπίδης

Μέλη:
Ι. Ζέρβας, Σ. Θεοδωροπούλου, Δ. Καραϊσκος,
Γ. Κωνσταντακόπουλος Μ. Μαργαρίτη

Συνεργάτης:
Π. Φερεντίνος

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

Γραμματεία ΕΨΕ:
Υπεύθυνη: Ε. Γκρέτσα
Τηλ.: 210-72 14 184, 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 Iatrotek

PSYCHIATRIKI

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:
I. Zervas, S. Theodoropoulou, D. Karaiskos
G. Konstantakopoulos, M. Margariti

Collaborator:
P. Ferentinos

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

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

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

Manuscripts, letters, books for review should be addressed to the Editor:
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
A. Vassilakou, 3 Adrianiou str. – GR-115 25 Athens
Tel. (+30)-210-67 14 340



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

HELLENIC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Δ. Πλουμπίδης
Αντιπρόεδρος: Β. Κονταξάκης
Γεν. Γραμματέας: Α. Μιχοπούλου
Ταμίας: Α. Ζαχαριάδης
Σύμβουλοι: Λ. Μαρκάκη
Β. Μποζίκας
Χ. Τσόπελας

EXECUTIVE COUNCIL

Chairman: D. Ploumpidis
Vice-Chairman: V. Kontaxakis
Secretary General: A. Michopoulou
Treasurer: A. Zachariadis
Consultants: L. Markaki
V. Bozikas
C. Tsopelas

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Ι. Πιτταράς
Μέλη: Ε. Σιούτη
Ε. Μαραγκουδάκη

DISCIPLINARY COUNCIL

President: J. Pittaras
Members: I. Siouti
H. Maragoudaki

ΕΞΕΛΕΓΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μέλη: Ν. Τζαβάρας
Φ. Μωρόγιαννης
Ι. Χριστόπουλος

FINANCIAL CONTROL COMMITTEE

Members: N. Tzavaras
F. Morogiannis
J. Christopoulos

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

ΑΘΗΝΩΝ

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

ATHENS

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

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

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

MACEDONIA

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

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

NORTHWESTERN GREECE

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

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

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

PELOPONNESUS

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

ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΤΑΝΙΑΣ

Πρόεδρος: Ε. Παλαζίδου
Γραμματέας: Ν. Χριστοδούλου
Ταμίας: Π. Λέκκος

GREAT BRITAIN

Chairman: H. Palazidou
Secretary: N. Christodoulou
Treasurer: P. Lekkos



ΚΛΑΔΟΙ

ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

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

ΒΙΑΙΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Πρόεδρος: Χ. Τσόπελας
Γραμματείς: Μ. Δημητρακά, Π. Ντούνας

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ

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

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

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

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

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ

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

ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Πρόεδρος: Ι. Ζέρβας
Γραμματείς: Ε. Λαζαράτου, Α. Λεονάρδου

ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

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

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Ν. Δέγλερης
Γραμματείς: Γ. Παπατριανταφύλλου, Κ. Νικολάου

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ & ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

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

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

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

SECTIONS

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIORS

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

VIOLENT BEHAVIORS

Chairman: C. Tsopelas
Secretaries: M. Dimitraka, P. Dounas

BIOLOGICAL PSYCHIATRY

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

CROSS-CULTURAL PSYCHIATRY

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

PRIVATE PSYCHIATRY

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

HISTORY OF PSYCHIATRY

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

PSYCHOPHARMACOLOGY

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

SOCIAL PSYCHIATRY

Chairman: A. Michopoulou
Secretaries: G. Garyfallos, 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, H. Mourikis

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

PSYCHIATRY & ETHICS

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

PSYCHIATRY & RELIGION

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

WOMEN'S MENTAL HEALTH & REPRODUCTIVE PSYCHIATRY

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

FORENSIC PSYCHIATRY

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

PSYCHOTHERAPY

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

PSYCHOGERIATRICS

Chairman: N. Degleris
Secretaries: J. Papatriantafyllou, K. Nikolaou

PSYCHOMETRIC & NEUROPSYCHOLOGIC MEASUREMENTS

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

PSYCHOPATHOLOGY

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

PSYCHOPHYSIOLOGY

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



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο σύνταξης

Η λειτουργική συνδεσιμότητα του εγκεφάλου και η παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας

Η. Αγγελόπουλος 91

Ερευνητικές εργασίες

Ψυχολογική επιβάρυνση ασθενών με Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας στον Ύπνο

Δ. Μπράτης, Α. Τσελεμής, Γ. Ζαφειρόπουλος, Α. Τσαρακλής, Σ. Ντουμίτρου, Γ. Μουσσάς,

Ε. Κοσμάς, Μ. Κουτσιλιέρης..... 95

Απόπειρες αυτοκτονίας στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Αθήνα

Κ. Σταυριανάκος, Β. Κονταξάκης, Γ. Μουσσάς, Κ. Παπλός, Θ. Παπασάλης,

Μ. Χαβάκη-Κονταξάκη, Γ.Ν. Παπαδημητρίου..... 104

Σύγκριση της λειτουργίας δύο Νοσοκομείων Ημέρας στην Αθήνα

Ι. Μαντωνάκης, Ν. Καρακατσάνης, Ε. Σπηλιώτη, Ε. Καρανικολή, Χ. Στεντούμης, Κ. Στεφανής..... 111

Στάσεις και αντιλήψεις προσωπικού και ενοίκων-ασθενών σε στεγαστικές δομές της Θεσσαλίας

Ε.Ν. Λακιώτη, Ν.Β. Αγγελόπουλος, Β.Δ. Τομαράς..... 119

Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής: Προβληματισμοί και προτάσεις

Κ. Χαραλαμπίκη, Γ. Μιχόπουλος, Α. Φιλιππούλου, Χ. Καραμανωλάκη..... 129

Ανασκόπηση

Διαταραχές συμπεριφοράς και χρήση ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση

Ε.Χ. Παπαχρήστου, Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος 139



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

Brain functional connectivity and the pathophysiology of schizophrenia

E. Angelopoulos.....91

Research articles

Psychological burden of patients diagnosed with Obstructive Sleep Apnea

D. Bratis, A. Tselebis, G. Zafeiropoulos, A. Tsaraklis, S. Dumitru, G. Moussas, E. Kosmas, M. Koutsilieris..... 95

Attempted suicide during the financial crisis in Athens

K. Stavrianakos, V. Kontaxakis, G. Moussas, K. Paplos, T. Papaslanis, B. Havaki-Kontaxaki, G.N. Papadimitriou..... 104

Comparative study of the operation of two day's Hospitals in Athens

J. Mantonakis, N. Karakatsanis, E. Spilioti, I. Karanikoli, C. Stentoumis, C. Stefanis..... 111

Attitudes and perceptions of staff and resident-patients in residential units in Thessaly

E.N. Lakioti, N.V. Angelopoulos, V.D. Tomaras 119

Psychiatrist-Psychotherapist: Thoughts and suggestions

K. Charalabaki, I. Michopoulos, A. Filippopoulou, H. Karamanolaki..... 129

Review

Behavioral disorders and substance abuse in adolescents with mental retardation

E.C. Papachristou, D.K. Anagnostopoulos 139

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Η λειτουργική συνδεσιμότητα του εγκεφάλου και η παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας

Ψυχιατρική 2014, 25:91–94

Την τελευταία δεκαετία συσσωρεύτηκαν πολλές ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι οι νοητικές λειτουργίες εξαρτώνται από τον λειτουργικό συντονισμό διάχυτα κατανομημένων νευρωνικών ομάδων που συνδέονται μεταξύ τους με συγχρονισμό ταλαντώσεων σε διάφορες περιοχές συχνότητων. Εκτός από τον ρόλο τους κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής λειτουργίας του εγκεφάλου, ο συγχρονισμός των ταλαντώσεων φαίνεται να μεταβάλλεται σε μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια. Κατά συνέπεια οι διαταραχές στον νευρωνικό συγχρονισμό μπορεί να αντιπροσωπεύουν τη λειτουργική συσχέτιση της διαταραγμένης συνδεσιμότητας των φλοιϊκών δικτύων που διέπουν τον χαρακτηριστικό κατακερματισμό του νου και της συμπεριφοράς στη σχιζοφρένεια.

Σε πρόσφατες μελέτες διερευνήθηκε ο συγχρονισμός της ταλαντωτικής δραστηριότητας κατά την εμπειρία χαρακτηριστικών συμπτωμάτων όπως ακουστικών λεκτικών ψευδαισθήσεων και ανακοπών της σκέψης ασθενών με σχιζοφρένεια. Οι μελέτες αφορούσαν ανάλυση ηλεκτροεγκεφαλογραφικής δραστηριότητας που λαμβάνονταν από άτομα σε κατάσταση ηρεμίας (σε κλωβό Faraday, απομονωμένα από εξωτερικές επιδράσεις και με κλειστούς οφθαλμούς).

Σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και με επίμονες ακουστικές λεκτικές ψευδαισθήσεις (ΑΛΨ) παρατηρήθηκε προσωρινή αύξηση του συγχρονισμού φάσης των α ταλαντώσεων του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (HEΓ) σε σύγκριση με αυτά των υγιών μαρτύρων και ασθενών χωρίς ΑΛΨ. Αυτή η λειτουργική υπερσύνδεση εκδηλώθηκε σε χρονικά παράθυρα που αντιστοιχούσαν σε εμπειρία ΑΛΨ, όπως αυτές επισημάνθηκαν από τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της καταγραφής HEΓ και παρατηρήθηκαν σε περιοχές του φλοιού σχετιζόμενες με τη φυσιολογία του λόγου. Σε άλλη μελέτη βρέθηκε αλληλεπίδραση των θ και γ ταλαντώσεων να εμπλέκεται στην παραγωγή και την εμπειρία των ΑΛΨ. Τα αποτελέσματα έδειξαν αυξημένη σύζευξη φάσης μεταξύ θ και γ ρυθμών του HEΓ στον αριστερό κροταφικό φλοιό κατά την εμπειρία ΑΛΨ.

Μια πιο πρόσφατη μελέτη προσεγγίζει το βίωμα της ανακοπής της σκέψης με όρους λειτουργικής διασύνδεσης του εγκεφάλου. Οι ανακοπές της σκέψης (ΑΣ) χαρακτηρίζονται από τακτικές ανακοπές στη ροή της σκέψης. Προς τα έξω εκδηλώνονται ως απότομες και επαναλαμβανόμενες διακοπές στη ροή της συνομιλίας ή των ενεργειών ενώ η υποκειμενική εμπειρία περιλαμβάνει μια συνολική και ανεξέλεγκτη εκκένωση του νου. Στην ελάχιστη υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τις ΑΣ, το φαινόμενο γίνεται αντιληπτό ως διαταραχή της συνείδησης, η οποία μπορεί να αποδοθεί σε διακοπές της συνεχούς επεξεργασίας πληροφοριών λόγω αύξησης του όγκου των πληροφοριών που υποβάλλονται σε επεξεργασία. Το φαινόμενο διερευνήθηκε στο επίπεδο της λειτουργικής συνδεσιμότητας του εγκεφάλου με ανάλυση της ηλεκτροεγκεφαλογραφικής δραστηριότητας σε ασθενείς με επίμονες ακουστικές λεκτικές ψευδαισθήσεις (ΑΛΨ), οι οποίοι εμφάνιζαν επιπλέον ΑΣ. Η λειτουργική συνδεσιμότητα του εγκεφάλου υπολογίστηκε με τιμές συγχρονισμού φάσης σε τμήματα HEΓ που αντιστοιχούσαν στην υποκειμενική εμπειρία των ΑΣ. Η ανάλυση φασικού συγχρονισμού έδειξε ότι κατά την εμπειρία των ΑΣ οι τιμές συγχρονισμού φάσης εμφάνισαν μια ομοιόμορφη σύγκλιση σε μεγάλη απόσταση ζεύξης (ομαδοποιημένη συμπεριφορά) μεταξύ της αριστερής κροταφικής περιοχής και των υπολοίπων περιοχών του εγκεφάλου. Αυτή η κοινή σχηματοποίηση των διακυμάνσεων των τιμών συγχρονισμού παρατηρήθηκε για 0,5 έως 2 s και ανιχνεύθηκε σε ένα παράθυρο χρόνου 4 s κατά τη διάρκεια της εμπειρίας ανακοπών της σκέψης. Η παρατήρηση αφορούσε συγκεκριμένη συχνότητα και ανιχνεύονται στην ευρεία περιοχή της ζώνης άλφα του HEΓ (6–12 Hz). Η εισαγωγή, για πρώτη φορά, ανάλυσης της εντροπίας συγχρονισμού έδειξε ότι οι ανακοπές της σκέψης χαρακτηρίζονταν από ρητή προτίμηση του συστήματος να λειτουργεί σε χαμηλές τιμές συγχρονισμού (το σύστημα αδυνατεί να προσλάβει και να επεξεργαστεί) ενώ κατά την ανάκτηση οι τιμές συγχρονισμού επανακάμπουν σε μια ευρεία κατανομή (το σύστημα είναι ανοικτό για πρόσληψη και επεξεργασία πληροφοριών).

Τα αποτελέσματα της ως άνω μελέτης φαίνεται να έχουν ευρύτερη σημασία σχετικά με τη νευρωνική συσχέτιση της νόησης. Ο εγκέφαλος είναι ένα ιδιαίτερα ευρέως κατανομημένο σύστημα στο οποίο οι πολυάριθμες διεργασίες εκτελούνται παράλληλα και το οποίο στερείται ενός ενιαίου κέντρου συντονισμού. Αυτό θέτει το ερώτημα: πώς οι επεξεργασίες που συμβαίνουν ταυτόχρονα σε χωρικά απομονωμένες περιοχές επεξεργασίας συντονίζονται και ενώνονται μεταξύ τους για να οδηγήσουν σε συνεκτικές αντιλήψεις και δράσεις. Ένας από τους μηχανισμούς συντονισμού φαίνεται να είναι ο συγχρονισμός της νευρωνικής δραστηριότητας με συγχρονισμό φάσης των αυτο-δημιουργούμενων ταλαντώσεων του δικτύου. Αυτό οδηγεί στην υπόθεση ότι ο εγκεφαλικός φλοιός συγχρονίζει τις νευρωνικές εκφορτίσεις με ακρίβεια χιλιοστού του δευτερολέπτου δεσμεύοντας αυτές τις απαντήσεις για περαιτέρω κοινή επεξεργασία. Η υπόθεση της σύνδεσης με συγχρονισμό (binding-by-synchrony) ενώ αρχικά αποτελούσε μια καθαρά θεωρητική διατύπωση από τη Milner (1974) απέκτησε πειραματικές ενδείξεις για πρώτη φορά στο εργαστήριο του Singer τη δεκαετία του 1990 όπου υποστηρίχτηκε σε πειραματόζωα ο πιθανός ρόλος του συγχρονισμού φάσης ως δια-συνδεσμικός κώδικας.

Τα αποτελέσματα σχετικά με τη λειτουργική διασύνδεση του εγκεφάλου στη διάρκεια των ανακοπών σκέψης ενισχύουν περαιτέρω την υπόθεση του συγχρονισμού φάσης ως βασικού μηχανισμού νευρωνικής συστράτευσης για νοητικές αναπαραστάσεις στον ανθρώπινο εγκέφαλο.

Ηλίας Αγγελόπουλος

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα
Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (ΕΠΨΥ), Αθήνα

Βιβλιογραφία

- Angelopoulos E, Koutsoukos E, Maillis A, Papadimitriou GN, Stefanis C. Cortical interactions observed during the experience of auditory verbal hallucinations. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2011, 23:287–293
- Angelopoulos E, Koutsoukos E, Maillis A, Papadimitriou GN, Stefanis C. Brain functional connectivity during the experience of thought blocks in schizophrenic patients with persistent auditory verbal hallucinations: An EEG study. *Schizophr Research* 2014, 153:109–112
- Koutsoukos E, Angelopoulos E, Maillis A, Papadimitriou GN, Stefanis C. Indications of increased phase coupling between theta and gamma EEG rhythms associated with the experience of auditory verbal hallucinations. *Neurosci Lett* 2013, 534:242–245
- Milner PM. A model for visual shape recognition. *Psychol Rev* 1974, 81:521–535
- Singer W. Neuronal synchrony: a versatile code for the definition of relations? *Neuron* 1999, 24:49–65
- Uhlhaas PJ and Singer W. Abnormal neural oscillations and synchrony in schizophrenia. *Natur Rev Neurosci* 2010, 11:99–113

Brain functional connectivity and the pathophysiology of schizophrenia

Psychiatriki 2014, 25:91–94

In the last decade there is extensive evidence to suggest that cognitive functions depending on coordination of distributed neuronal responses are associated with synchronized oscillatory activity in various frequency ranges suggesting a functional mechanism of neural oscillations in cortical networks. In addition to their role in normal brain functioning, there is increasing evidence that altered oscillatory activity may be associated with certain neuropsychiatric disorders, such as schizophrenia. Consequently, disturbances in neural synchronization may represent the functional relationship of disordered connectivity of cortical networks underlying the characteristic fragmentation of mind and behavior in schizophrenia.

In recent studies the synchronization of oscillatory activity in the experience of characteristic symptoms such as auditory verbal hallucinations and thought blocks have been studied in patients with schizophrenia. Studies involving analysis of EEG activity obtained from individuals in resting state (in cage Faraday, isolated from external influences and with eyes closed).

In patients with schizophrenia and persistent auditory verbal hallucinations (AVHs) observed a temporary increase in the synchronization phase of α and high θ oscillations of the electroencephalogram (EEG) compared with those of healthy controls and patients without AVHs. This functional hyper-connection manifested in time windows corresponding to experience AVHs, as noted by the patients during the recording of EEG and observed in speech related cortical areas. In another study an interaction of theta and gamma oscillations engages in the production and experience of AVHs. The results showed increased phase coupling between theta and gamma EEG rhythms in the left temporal cortex during AVHs experiences.

A more recent study, approaches the thought blocking experience in terms of functional brain connectivity. Thought blocks (TBs) are characterized by regular interruptions of the flow of thought. Outward signs are abrupt and repeated interruptions in the flow of conversation or actions while subjective experience is that of a total and uncontrollable emptying of the mind. In the very limited bibliography regarding TB, the phenomenon is thought to be conceptualized as a disturbance of consciousness that can be attributed to stoppages of continuous information processing due to an increase in the volume of information to be processed. In an attempt to investigate potential expression of the phenomenon on the functional properties of electroencephalographic (EEG) activity, an EEG study was conducted in schizophrenic patients with persisting auditory verbal hallucinations (AVHs) who additionally exhibited TBs.

Phase synchronization analyses performed on EEG segments during the experience of TBs showed that synchrony values exhibited a long-range common mode of coupling (grouped behavior) among the left temporal area and the remaining central and frontal brain areas. These common synchrony-fluctuation schemes were observed for 0.5 to 2 s and were detected in a 4-s window following the estimated initiation of the phenomenon. The observation was frequency specific and detected in the broad alpha band region (6–12 Hz).

The introduction of synchrony entropy (SE) analysis applied on the cumulative synchrony distribution showed that TB states were characterized by an explicit preference of the system to be functioned at low values of synchrony, while the synchrony values are broadly distributed during the recovery state. The results indicate that during TB states, the phase locking of several brain areas were converged uniformly in a narrow band of low synchrony values and in a distinct time window, impeding thus the ability of the system to recruit and to process information during this time window.

The results of this study seem to have greater importance on neuronal correlation of consciousness. The brain is a highly distributed system in which numerous operations are executed in parallel and that lacks a single coordinating center. This raises the question of how the computations occurring simultaneously in spatially segregated processing areas are coordinated and bound together to give rise to coherent percepts and actions. One of the coordinating mechanisms appears to be the synchronization of neuronal activity by phase locking of self-generated network oscillations. This led to the hypothesis that the cerebral cortex might exploit the option to synchronize the discharges of neurons with millisecond theoretical formulations of the binding-by-synchrony hypothesis were proposed earlier by Milner (1974), but the Singer lab in the 1990s was the first to obtain experimental evidence supporting the potential role of synchrony as a relational code.

The results concerning the functional connectivity of the brain during TBs further support the hypothesis of phase synchronization as a key mechanism for neuronal assemblies underlying mental representations in the human brain.

Elias Angelopoulos

Associate Professor of Psychiatry

1st Psychiatric Department, University of Athens

University Mental Health Research Institute, Athens, Greece

References

- Angelopoulos E, Koutsoukos E, Maillis A, Papadimitriou GN, Stefanis C. Cortical interactions observed during the experience of auditory verbal hallucinations. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2011, 23:287–293
- Angelopoulos E, Koutsoukos E, Maillis A, Papadimitriou GN, Stefanis C. Brain functional connectivity during the experience of thought blocks in schizophrenic patients with persistent auditory verbal hallucinations: An EEG study. *Schizophr Research* 2014, 153:109–112
- Koutsoukos E, Angelopoulos E, Maillis A, Papadimitriou GN, Stefanis C. Indications of increased phase coupling between theta and gamma EEG rhythms associated with the experience of auditory verbal hallucinations. *Neurosci Lett* 2013, 534:242–245
- Milner PM. A model for visual shape recognition. *Psychol Rev* 1974, 81:521–535
- Singer W. Neuronal synchrony: a versatile code for the definition of relations? *Neuron* 1999, 24:49–65
- Uhlhaas PJ and Singer W. Abnormal neural oscillations and synchrony in schizophrenia. *Natur Rev Neurosci* 2010, 11:99–113

Ερευνητική εργασία Research article

Ψυχολογική επιβάρυνση ασθενών με Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας στον Ύπνο

Δ. Μπράτης,¹ Α. Τσελεμπής,¹ Γ. Ζαφειρόπουλος,¹ Α. Τσαρακλής,¹
Σ. Ντουμίτρου,² Γ. Μουσσάς,¹ Ε. Κοσμάς,³ Μ. Κουτσιλιέρης⁴

¹Ψυχιατρικός Τομέας, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»,

²Εργαστήριο Μελέτης Ύπνου 3ης Πνευμονολογικής Κλινικής, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»,

³Πνευμονολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Μετροπόλιταν»,

⁴Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:95–103

Το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο (ΣΑΑΥ) χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια απόφραξης της αναπνοής κατά τον ύπνο με αποτέλεσμα διαταραχή στον αερισμό και διακοπή του, που οδηγεί στην παρουσία υπερβολικής ημερήσιας υπνηλίας. Αναφορικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις του ΣΑΑΥ, οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί, σε διεθνές επίπεδο, επικεντρώνονται κύρια στην καταθλιπτική και, δευτερευόντως, στην αγχώδη συμπτωματολογία. Δεδομένης της έλλειψης ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την επικράτηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, καθώς και των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών σε ασθενείς με ΣΑΑΥ στην Ελλάδα, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της παραπάνω συμπτωματολογίας και της σχέσης της με τις αναπνευστικές παραμέτρους (Arnea – Hyporhnea Index, AHI) της πολυ-υπνογραφίας. Η μελέτη διεξήχθη στο πλαίσιο ενός πιστοποιημένου εργαστηρίου ύπνου. Συμπεριελήφθησαν συνολικά 35 ασθενείς που προσήλθαν αναφέροντας συμπτώματα ημερήσιας υπνηλίας, κόπωσης, διακεκομμένου ύπνου και ροχαλητού, και οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη (ηλικία ≤ 75 ετών, χωρίς άλλο χρόνιο νόσημα και χωρίς μείζονα ψυχιατρική διαταραχή). Η εκτίμηση των επιπέδων άγχους, κατάθλιψης καθώς και των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση των ψυχομετρικών εργαλείων STAI, BDI και TAS-20, αντίστοιχα, ένα 24ωρο προ της πολυ-υπνογραφικής μελέτης. Μετά την ολοκλήρωσή της, 6 ασθενείς δεν πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια ΣΑΑΥ και αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Στους ασθενείς με ΣΑΑΥ διαπιστώθηκε υψηλή επικράτηση αγχώδους (41,4%) και καταθλιπτικής (55,2%) συμπτωματολογίας, καθώς και αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών (41,4%). Αν και η ομάδα ελέγχου εμφανίζει υψηλότερη επικράτηση της αγχώδους (66,7%) και της καταθλιπτικής (83,3%) συμπτωματολογίας, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στις μέσες τιμές των ψυχομετρικών κλιμάκων STAI ($t=-0,927$, $p=0,360$), BDI ($t=-1,537$, $p=0,134$) και TAS-20 ($t=0,196$, $p=0,846$), όπως και μεταξύ των ομάδων ελέγχου, ήπιου, μέσου και σοβα-

ρού ΣΑΑΥ (STAI: $F=0,583$, $p=0,660$, BDI: $F=0,829$, $p=0,488$, TAS-20: $F=0,987$, $p=0,412$). Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες STAI και BDI σε σχέση με τις αντίστοιχες τιμές των ανδρών (STAI: $t=-2,38$, $P=0,039$, BDI: $t=-3,59$, $p=0,01$). Δεν διαπιστώθηκε, τέλος, συσχέτιση των τιμών των ψυχομετρικών δοκιμασιών με το AHI (Pearson correlation $p>0,05$). Αναφορικά με την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία, η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει τα υψηλά ποσοστά επικράτησης που διαπιστώνονται σε προηγούμενες σχετικές μελέτες. Η μελέτη, ωστόσο, διαπιστώνει την ταυτόχρονη υψηλή επικράτηση της αλεξιθυμίας, ενός παράγοντα που δεν έχει διερευνηθεί προηγουμένως και ο οποίος παρουσιάζει υψηλή θετική συσχέτιση με την αγχώδη συμπτωματολογία. Η συνύπαρξη της αλεξιθυμίας ενδέχεται να περιπλέκει ακόμη περισσότερο την εκδηλούμενη κλινική εικόνα, για τον επιπρόσθετο λόγο ότι οι ασθενείς με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, τυπικά έχουν δυσκολία στο να εκφράσουν την υποκείμενη ψυχολογική συμπτωματολογία τους και παράλληλα τείνουν να εκδηλώνουν περισσότερα και συχνά άτυπα σωματικά συμπτώματα. Συμπερασματικά, η μελέτη υποστηρίζει την παρουσία υψηλού βαθμού ψυχολογικής επιβάρυνσης στους ασθενείς που διαγιγνώσκονται με ΣΑΑΥ, ανεξαρτήτως της βαρύτητας, όπως προσδιορίζεται από τις αναπνευστικές παραμέτρους της πολυ-υπνογραφίας. Η συννοσηρότητα αυτή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, τόσο κατά την κλινική διαγνωστική εκτίμηση του συνδρόμου όσο και κατά τον θεραπευτικό σχεδιασμό.

Λέξεις ευρετηρίου: Σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο, άγχος, κατάθλιψη, αλεξιθυμία.

Εισαγωγή

Το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο (ΣΑΑΥ) χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια απόφραξης της αναπνοής κατά τον ύπνο, οφειλόμενα σε στένωση-απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα διαταραχή στον αερισμό και διακοπή του ύπνου, γεγονός που με τη σειρά του οδηγεί στην παρουσία υπερβολικής υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας.¹ Εκτός της ημερήσιας υπνηλίας, συχνές συνέπειες της παρουσίας ΣΑΑΥ είναι η καρδιαγγειακή επιβάρυνση, η διαταραχή της διάθεσης, καθώς και διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες.²

Η διάγνωση και ο προσδιορισμός της βαρύτητας του συνδρόμου πραγματοποιείται μέσω της πολυ-υπνογραφίας (polysomnography, PSG). Ο αριθμός των υπό εξέταση παραμέτρων ενδέχεται να διαφέρει μεταξύ των εργαστηρίων μελέτης ύπνου, ωστόσο τυπικά συμπεριλαμβάνει ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ), ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), ηλεκτροοφθαλμογράφημα (ΗΟΓ), καταγραφή της ρινοστοματικής ροής αέρα, της αναπνευστικής προσπάθειας και του κορεσμού του οξυγόνου του αίματος.³⁻⁴

Ειδικότερα ως προς τα αναπνευστικά συμβάντα, αυτά περιγράφονται με τον δείκτη άπνοιας-υπόπνοιας (apnea-hypopnea index, AHI), ο οποίος απεικονίζει τον μέσο αριθμό άπνοιών και υποπνοιών ανά ώρα του συνολικού καταγεγραμμένου ύπνου.⁵

Ως άπνοια ορίζεται η διακοπή ή μείωση της ρινοστοματικής ροής αέρα κάτω του 20% της προηγούμενης βασικής τιμής (που ανιχνεύεται με αισθητήρα πίεσης ή με αισθητήρα θερμότητας), η οποία διαρκεί τουλάχιστον 10 sec. Η άπνοια χαρακτηρίζεται ως αποφρακτική όταν συνοδεύεται από αναπνευστική προσπάθεια, δηλαδή δραστηριότητα των αναπνευστικών μυών (κινήσεις του θώρακα ή/και της κοιλίας).¹ Ως υπόπνοια ορίζεται η μείωση της ρινοστοματικής ροής αέρα στο 20-80% της προηγούμενης βασικής τιμής διάρκειας τουλάχιστον 10 sec, συνοδευόμενης από αποκορεσμό της οξυαιμοσφαιρίνης κατά 4%.⁶

Αναφορικά με την παθοφυσιολογία του ΣΑΑΥ, οι αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες ποικίλουν σημαντικά. Ενδέχεται να σχετίζονται με ιδιομορφίες της φαρυγγικής ανατομίας, με την απαντητικότητα του φαρυγγικού διαστολέα μυός κατά τη διάρκεια του ύπνου, με την ιδιοσυγκρασιακή ευαισθησία αφύπνισης και με πολλούς άλλους παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν.⁷

Σε κλινικό επίπεδο, η συμπτωματολογία που συνοδεύει την παρουσία ΣΑΑΥ, τυπικά συμπεριλαμβάνει υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, ροχαλητό, πρωινή κεφαλαλγία, νυκτουρία, διαταραχές μνήμης και συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα και διαταραχή της διάθεσης.²

Ως προς την επικράτηση του ΣΑΑΥ, επιδημιολογικές μελέτες στις ΗΠΑ την εκτιμούν στο 24% για τους άνδρες και στο 9% για τις γυναίκες, όταν ως διαγνω-

στικό κριτήριο λαμβάνεται υπόψη, αποκλειστικά, ο δείκτης άπνοιας-υπόπνοιας ($AHI \geq 5/\acute{\omega}\rho\alpha$), ενώ τα ποσοστά αυτά φαίνεται να μειώνονται στο 4% και 2% για άνδρες και γυναίκες, αντίστοιχα, όταν συνεκτιμάται η ταυτόχρονη παρουσία εμμένουσας ημερήσιας υπνηλίας.¹⁻² Ανάμεσα στους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου, ως σημαντικότεροι αναφέρονται το φύλο (μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στους άνδρες, σχετιζόμενη ενδεχομένως με ανατομικές και λειτουργικές διαφορές των ανώτερων αεροφόρων οδών), η ηλικία (αύξηση των ποσοστών επικράτησης μετά την ηλικία των 65 ετών) και η παχυσαρκία (ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος-BMI και της βαρύτητας ΣΑΑΥ). Επιπρόσθετα, ως επιβαρυντικοί παράγοντες θεωρούνται η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η χρήση ορισμένων φαρμακευτικών ουσιών (όπως βενζοδιαζεπίνες, β-αναστολείς, κ.ά.).¹⁻²

Αναφορικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις του ΣΑΑΥ, οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε διεθνές επίπεδο επικεντρώνονται κύρια στην καταθλιπτική^{2, 8, 9} και, δευτερευόντως, στην αγχώδη συμπτωματολογία.^{10, 11} Σύμφωνα με τις ανασκοπήσεις της σχετικής βιβλιογραφίας, η επικράτηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κυμαίνεται από 21-41%,⁸ ενώ της αγχώδους συμπτωματολογίας από 11-70%.¹⁰ Οι μεγάλες αυτές διαφορές στα ποσοστά επικράτησης τόσο της καταθλιπτικής όσο και της αγχώδους συμπτωματολογίας, ενδεχομένως σχετίζονται με την ανομοιογένεια των υπό μελέτη πληθυσμών, αλλά και με μεθοδολογικά ζητήματα που αφορούν στην αξιοπιστία και ειδικότητα των χρησιμοποιούμενων στις μελέτες αυτές ψυχομετρικών εργαλείων.¹⁰⁻¹¹

Σε κάθε περίπτωση, η υψηλή συσχέτιση που διαπιστώνεται μεταξύ των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης και του ΣΑΑΥ παραμένει ασαφής ως προς τους εμπλεκόμενους μηχανισμούς.⁸ Μια από τις προτεινόμενες ερμηνείες είναι εκείνη της προμετωπιαίας δυσλειτουργίας, λόγω της οφειλόμενης στην παρουσία ΣΑΑΥ υποξαιμίας.¹²

Μια ψυχολογική παράμετρος που δεν έχει διερευνηθεί στους ασθενείς με ΣΑΑΥ είναι η αλεξιθυμία. Ο όρος, που επινοήθηκε από τον P. Sifneos¹³ στην προσπάθειά του να περιγράψει ένα σύνολο ψυχολογικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών που είχε παρατηρήσει σε ασθενείς με κλασικά ψυχοσωματικά νοσήματα, αναφέρεται στη δυσκολία αναγνώρισης και έκφρασης των συναισθημάτων.¹⁴ Επιπρόσθετα,

οι ασθενείς με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά περιγράφονται ως στερούμενοι φαντασίας, ενώ το περιεχόμενο της σκέψης τους χαρακτηρίζεται από ένα είδος εμμονής στις λεπτομέρειες του εξωτερικού περιβάλλοντος, την ίδια στιγμή που φαίνεται να απουσιάζει η ψυχολογική σκέψη (υπό την έννοια της ικανότητας ενδοσκόπησης).¹⁵ Η παρουσία της αλεξιθυμίας έχει μελετηθεί σε ασθενείς με χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, όπως η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια.^{16, 17}

Αναφορικά με τον ύπνο, η αλεξιθυμία φαίνεται να σχετίζεται με πτωχή ποιότητα (διακεκομμένος ύπνος) και μειωμένη ικανότητα ανάκλησης ονειρικού περιεχομένου.¹⁸ Επιπρόσθετα, σε μια μελέτη στην οποία διερευνήθηκε η σχέση της αλεξιθυμίας με τις πολυ-υπνογραφικές καταγραφές σε δείγμα υγιών ενηλίκων, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών και της αύξησης του σταδίου 1 του ύπνου, με ταυτόχρονη μείωση του σταδίου 3/4.¹⁹

Τέλος, είναι γνωστό ότι η δυσκολία στην αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων συσχετίζεται θετικά με την παρουσία αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.^{20, 21}

Δεδομένης της έλλειψης ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την επικράτηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, καθώς και των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών σε ασθενείς με ΣΑΑΥ στην Ελλάδα, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της παραπάνω συμπτωματολογίας και της σχέσης της με τις αναπνευστικές παραμέτρους της πολυ-υπνογραφίας.

Υλικό και μέθοδος

Επιλογή δείγματος

Η μελέτη διεξήχθη σε ένα από τα πιστοποιημένα εργαστήρια ύπνου ενός μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου, εξειδικευμένου στα αναπνευστικά νοσήματα. Συμπεριελήφθησαν όλοι οι ασθενείς που προσήλθαν στο εξωτερικό ιατρείο του συγκεκριμένου εργαστηρίου στο διάστημα ενός μηνός, αναφέροντας συμπτώματα ημερήσιας υπνηλίας, κόπωσης, διακεκομμένου ύπνου και ροχαλητού, και οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη (ηλικίας ≤ 75 ετών, χωρίς άλλο χρόνιο νόσημα, χωρίς μείζονα ψυχιατρική διαταραχή, όπως προκύπτει από το ατομικό ιστορικό).

Πραγματοποιήθηκε λήψη ιστορικού και φυσική εξέταση από ειδικευμένο πνευμονολόγο, ενώ κλήθηκαν, επιπρόσθετα, να συμπληρώσουν την κλίμακα μέτρησης ημερήσιας υπνηλίας Erworth (Erworth Sleepiness Scale, ESS).²² Η κλίμακα περιλαμβάνει 8 θέματα, που περιγράφουν υποθετικές καταστάσεις, κατά τις οποίες ο εξεταζόμενος καλείται να εκτιμήσει την πιθανότητα να αποκοιμηθεί (π.χ. «παρακολουθώντας τηλεόραση» και «στο αυτοκίνητο, ενώ έχει σταματήσει για λίγο σε κίνηση»). Κάθε θέμα βαθμολογείται σε μια τετραβάθμια κλίμακα 0 έως 3 (0=δεν θα με έπαιρνε ποτέ ο ύπνος, 1=μικρή πιθανότητα να αποκοιμηθώ, 2=μέτρια πιθανότητα να αποκοιμηθώ, 3=μεγάλη πιθανότητα να αποκοιμηθώ). Συνολική βαθμολογία <10 θεωρείται φυσιολογική, 10–12 οριακά παθολογική, και >13 παθολογική. Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό.²³

Ψυχομετρική αξιολόγηση

Η ψυχομετρική αξιολόγηση των συμμετεχόντων στη μελέτη πραγματοποιήθηκε ένα 24ωρο πριν την προγραμματισμένη πολυ-υπνογραφική μελέτη, στο πλαίσιο ατομικών κλινικών συνεντεύξεων, κατά τις οποίες ελήφθη πλήρες ψυχολογικό ιστορικό. Στη συνέχεια κλήθηκαν να απαντήσουν στις αυτοσυμπληρούμενες ψυχομετρικές κλίμακες, παρουσία του ερευνητή, ώστε να μπορούν να παρασχεθούν διευκρινίσεις που τυχόν θα ζητούνταν.

Για την αξιολόγηση της αγχώδους συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκε το Spielberger Trait Anxiety Inventory (STAI).²⁴ Το STAI έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα και έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό ερευνητικών μελετών. Παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's α : 0,89). Η μέση τιμή στον γενικό πληθυσμό για τους άνδρες είναι 34,54, ενώ για τις γυναίκες 37,47. Κλινικά σημαντικές (παθολογικές) τιμές είναι >44 και >47 για τους άνδρες και τις γυναίκες, αντίστοιχα.²⁵

Για την αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκε το Beck Depression Inventory (BDI).²⁶ Το BDI έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα και έχει, επίσης, χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνητικών μελετών. Παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's α : 0,84). Η διαστρωμάτωση της βαρύτητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι ≤ 9 =απουσία

κατάθλιψη, 10–15=ελαφριά κατάθλιψη, 16–23=μέτριας βαρύτητας κατάθλιψη, και ≥ 24 =σοβαρή κατάθλιψη.²⁷

Για την αξιολόγηση της αλεξιθυμίας χρησιμοποιήθηκε το Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), το οποίο περιλαμβάνει 20 θέματα, καταναμεμένα σε τρεις υποκλίμακες (υποκλίμακα Α: δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων, υποκλίμακα Β: δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων, και υποκλίμακα Γ: εξωτερικός προσανατολισμός²⁸). Το TAS-20 έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα και έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό ερευνητικών μελετών. Παρουσιάζει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's α : 0,80). Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας είναι 20 έως 100. Η μέση τιμή στον γενικό πληθυσμό για την υποκλίμακα Α είναι 17,93, για την υποκλίμακα Β 13,42, για την υποκλίμακα Γ 18,08, ενώ για το σύνολο της κλίμακας είναι 49,52. Τιμές >60 στο σύνολο της κλίμακας υποδηλώνουν κλινικά σημαντική παρουσία αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών.²⁹

Επιπρόσθετα, καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση).

Πολυ-υπνογραφικές καταγραφές

Οι ολονύκτιες πολυ-υπνογραφικές καταγραφές έγιναν από εξειδικευμένους τεχνικούς του Εργαστηρίου Μελέτης Ύπνου. Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης ελήφθη υπόψη ο υπνοαπνοϊκός δείκτης (AHI), ο οποίος, κλινικά, χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της βαρύτητας του συνδρόμου αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο.⁵ Έτσι, AHI ≥ 5 και <15/ώρα αντιπροσωπεύει ήπια βαρύτητα, AHI ≥ 15 και <30/ώρα μέτρια βαρύτητα, και AHI ≥ 30 /ώρα σοβαρή.¹

Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Όλα τα δεδομένα εισήχθησαν σε Η/Υ και ελέγχθηκαν για λάθη. Στη συνέχεια αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 16.

Η αρχική ανάλυση έγινε με βάση την περιγραφική στατιστική (συχνότητες, μέσους, τυπικές αποκλίσεις). Στη συνέχεια τα δεδομένα αναλύθηκαν με βάση την επαγωγική στατιστική. Οι επαγωγικοί έλεγχοι περιελάμβαναν συσχετίσεις (Pearson Correlation ή Spearman, ανάλογα με την κατανομή του δείγματος), t-test (one sample t-test για έλεγχο σε σχέση με τον

μέσον όρο τιμών στον γενικό πληθυσμό, Independent Samples Test και Paired Samples Statistics). Επίσης, χρησιμοποιήθηκε έλεγχος με ANOVA. Το επίπεδο σημαντικότητας ήταν $\alpha=0,05$ (2-tailed).

Αποτελέσματα

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν συνολικά 35 εξεταζόμενοι, 29 (82,9%) άνδρες και 6 (17,1%) γυναίκες. Η μέση ηλικία των ανδρών ήταν 52,82 ($\pm 13,59$), των γυναικών 59,66 ($\pm 5,27$), ενώ για το σύνολο του δείγματος ήταν 54 ($\pm 12,47$) (πίνακας 1). Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το 71,4% ήταν έγγαμοι, 17,1% άγαμοι, 8,6% διαζευγμένοι και 2,9% σε χηρεία.

Μετά την ολοκλήρωση της πολυ-υπνογραφικής μελέτης 6 άτομα (17,1%) δεν πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια του ΣΑΑΥ (AHI<5) και αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Οι υπόλοιποι 29 (82,9%) συμμετέχοντες που διαγνώστηκαν με ΣΑΑΥ ταξινομήθηκαν ως προς τη βαρύτητα ως ακολούθως: Ήπια (AHI ≥ 5 - <15) 5 (14,3%) ασθενείς, μέτρια (AHI ≥ 15 - <30) 7 (20%) και σοβαρή (AHI ≥ 30) 17 (48,6%) ασθενείς (πίνακας 1).

Ως προς τις ψυχομετρικές δοκιμασίες, για το σύνολο του δείγματος, η μέση τιμή στην κλίμακα STAI ήταν 44,62 ($\pm 10,24$), στην κλίμακα BDI 11,48 ($\pm 6,27$) και στην κλίμακα TAS-20 54,17 ($\pm 13,58$) (πίνακας 2). Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι αντίστοιχες μέσες τιμές (\pm) στις ομάδες ελέγχου, ασθενών, καθώς και ανά ομάδα βαρύτητας του ΣΑΑΥ.

Ο γυναικείος πληθυσμός του συνόλου του δείγματος παρουσίασε υψηλότερες τιμές στις κλίμακες STAI

και BDI σε σχέση με τις αντίστοιχες τιμές των ανδρών (STAI: $t=-2,38$, $p=0,039$, BDI: $t=-3,59$, $p=0,01$). Ως προς τις παραμέτρους της ηλικίας ($t=-1,20$, $p=0,238$), του TAS-20 ($t=-0,27$, $p=0,822$), του ESS ($t=0,83$, $p=0,410$) και του AHI ($t=0,712$, $p=0,481$) δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Μεταξύ των δύο ομάδων (ελέγχου και ασθενών) δεν διαπιστώθηκαν διαφοροποιήσεις στην ηλικία και στις τιμές των ψυχομετρικών κλιμάκων STAI ($t=-0,927$, $p=0,360$), BDI ($t=-1,537$, $p=0,134$) και TAS-20 ($t=0,196$, $p=0,846$). Απουσία διαφοροποίησης ως προς τις παραμέτρους αυτές παρατηρήθηκε και μεταξύ των ομάδων ελέγχου, ήπιου, μέτριου και σοβαρού ΣΑΑΥ (STAI: $F=0,583$, $p=0,660$, BDI: $F=0,829$, $p=0,488$, TAS-20: $F=0,987$, $p=0,412$).

Υψηλή θετική συσχέτιση παρουσιάστηκε μεταξύ των τιμών των STAI και BDI ($r=0,647$, $p=0,00$) και μεταξύ STAI και TAS-20 ($r=0,443$, $p=0,008$) στο συνολικό δείγμα. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση των τιμών των ψυχομετρικών δοκιμασιών με το AHI. Υψηλή θετική συσχέτιση διαπιστώθηκε μεταξύ της ESS και του AHI ($r=0,891$, $p=0,00$). Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται αναλυτικά οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών.

Στο σύνολο του δείγματος, κλινικά σημαντικές (παθολογικές) τιμές στην κλίμακα STAI παρουσίασε το 46,7%. Το αντίστοιχο ποσοστό στην κλίμακα BDI ήταν 60%, ενώ στην κλίμακα TAS-20 ήταν 40%. Στην ομάδα ελέγχου, τα ποσοστά στο STAI ήταν 66,7%, στο BDI 83,3% και στο TAS-20 33,3%. Στην ομάδα των ασθενών τα ποσοστά στο STAI ήταν 41,4%, στο BDI 55,2% και στο TAS-20 41,4%.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.

Φύλο		Ηλικία (έτη)	Διάρκεια εκπαίδευσης (έτη)
Άνδρες	Mean	52,82	10,37
	n	29	29
	SD	13,59	4,23
Γυναίκες	Mean	59,66	9,33
	n	6	6
	SD	5,27	3,01
Σύνολο	Mean	54,00	10,20
	n	35	35
	SD	12,77	4,03
Βαρύτητα ΣΑΑΥ	ΧΩΡΙΣ ΣΑΑΥ/ΗΠΙΟ/ΜΕΤΡΙΟ/ΣΟΒΑΡΟ		
	n=6 (17,1%)/n=5 (14,3%)/n=7 (20%)/n=17 (48,6%)		

Συζήτηση

Αναφορικά με την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία, η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει τα υψηλά ποσοστά επικράτησης που διαπιστώνονται σε προηγούμενες σχετικές μελέτες.^{10,12} Οι ασθενείς με ΣΑΑΥ συχνά αναφέρουν συμπτώματα κόπωσης, εξάντλησης, ευερεθιστότητας, υπνηλίας και διαταραχής της συγκέντρωσης και της μνήμης, τα οποία τυπικά απαντώνται στις αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές, γεγονός που υποδεικνύει ότι μεταξύ του ΣΑΑΥ και της αγχώδους-καταθλιπτικής συμπτωματολογίας υπάρχει μια αμφίδρομη αλληλεπίδραση που, ενδεχομένως, εξηγεί τα υψηλά αυτά ποσοστά επικράτησης.^{8,10} Επιπρόσθετα, σε ό,τι αφορά την κατάθλιψη, έχει ήδη επισημανθεί ότι οι ασθενείς με ΣΑΑΥ

Πίνακας 2. Μέσες τιμές (\pm) ψυχομετρικών δοκιμασιών και AHI, κατά φύλο.

Φύλο		STAI	BDI	TAS-20	TAS-A	TAS-B	TAS-C	AHI	ESS
Άνδρες	Mean	43,20	9,89	53,93	17,86	13,58	22,48	35,92	7,96
	n	29	29	29	29	29	29	29	29
	SD	10,30	5,13	13,97	6,92	4,48	5,85	27,95	4,84
Γυναίκες	Mean	51,50	19,16	55,33	20,50	13,66	21,16	26,81	6,16
	n	6	6	6	6	6	6	6	6
	SD	7,14	5,87	12,56	8,93	3,38	3,65	31,41	4,62
Σύνολο	Mean	44,62	11,48	54,17	18,31	13,60	22,25	34,36	7,65
	n	35	35	35	35	35	35	35	35
	SD	10,24	6,27	13,58	7,22	4,27	5,52	28,29	4,78

STAI: Spielberger Trait Anxiety Inventory, BDI: Beck Depression Inventory, TAS-20: Toronto Alexithymia Scale, TAS-A: Toronto Alexithymia Scale-Subscale A, TAS-B: Toronto Alexithymia Scale-Subscale B, TAS-C: Toronto Alexithymia Scale-Subscale C, AHI: Apnea-Hypopnea Index, ESS: Epworth Sleepiness Scale.

Πίνακας 3. Μέσες τιμές (\pm) ηλικίας και ψυχομετρικών δοκιμασιών κατά ομάδες (ελέγχου και ασθενών ήπιου, μέτριου και σοβαρού ΣΑΑΥ).

		Ηλικία	STAI	BDI	TAS-20	TAS-A	TAS-B	TAS-C	AHI	ESS
Ομάδα ελέγχου	Mean	52,83	48,16	15,00	53,16	19,16	11,83	22,16	1,98	3,00
	n	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	SD	13,94	6,76	8,64	12,78	10,00	3,48	3,76	1,81	1,26
Ομάδα AHI ≥ 5 – <15/ώρα	Mean	47,80	40,80	9,80	63,80	24,00	16,60	23,20	10,58	2,6
	n	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	SD	19,01	13,66	6,41	10,52	4,94	2,50	6,76	3,75	,89
Ομάδα AHI ≥ 15 – <30/ώρα	Mean	58,00	42,85	10,28	51,85	17,14	13,28	21,42	19,98	5,85
	n	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	SD	12,89	8,13	3,90	13,05	6,76	2,81	6,02	4,45	2,47
Ομάδα AHI ≥ 30 /ώρα	Mean	54,58	45,23	11,23	52,64	16,82	13,47	22,35	58,70	11,52
	n	17	17	17	17	17	17	17	17	17
	SD	10,64	11,23	6,16	14,66	6,55	5,13	5,89	19,99	3,50

STAI: Spielberger Trait Anxiety Inventory, BDI: Beck Depression Inventory, TAS-20: Toronto Alexithymia Scale, TAS-A: Toronto Alexithymia Scale-Subscale A, TAS-B: Toronto Alexithymia Scale-Subscale B, TAS-C: Toronto Alexithymia Scale-Subscale C, AHI: Apnea-Hypopnea Index, ESS: Epworth Sleepiness Scale.

που εκδηλώνουν καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσιάζουν βαρύτερη κλινική εικόνα.⁸

Η μελέτη ωστόσο διαπιστώνει την ταυτόχρονη υψηλή επικράτηση της αλεξιθυμίας, ενός παράγοντα που δεν έχει διερευνηθεί σε προηγούμενες μελέτες, ο οποίος παράλληλα παρουσιάζει υψηλή θετική συσχέτιση με την αγχώδη συμπτωματολογία. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η αλεξιθυμία σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα του ύπνου, καθώς τα αλεξιθυμικά υποκείμενα συχνά αναφέρουν αύπνια ή ανήσυχο ύπνο, ημερή-

σια υπνηλία και συμπτώματα εξάντλησης.¹⁹ Η συνύπαρξη της αλεξιθυμίας ενδέχεται να περιπλέκει ακόμη περισσότερο την εκδηλούμενη κλινική εικόνα, για τον επιπρόσθετο λόγο ότι οι ασθενείς με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, τυπικά έχουν δυσκολία στο να εκφράσουν την υποκείμενη ψυχολογική συμπτωματολογία τους και παράλληλα τείνουν να εκδηλώνουν περισσότερα (και συχνά άτυπα) σωματικά συμπτώματα.¹⁶

Η απουσία διαφοροποίησης των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης και των αλεξιθυμικών χαρακτηριστι-

Πίνακας 4. Συσχετίσεις μεταξύ ψυχομετρικών δοκιμασιών και AHI (n=35).

		STAI	BDI	TAS-20	AHI
BDI	Pearson Correlation	0,647*			
	Sig. (2-tailed)	0,000			
TAS - 20	Pearson Correlation	0,443*	0,201		
	Sig. (2-tailed)	0,008	0,246		
AHI	Pearson Correlation	-0,003	-0,001	-0,169	
	Sig. (2-tailed)	0,987	0,996	0,331	
ESS	Pearson Correlation	0,145	0,004	-0,045	0,891**
	Sig. (2-tailed)	0,407	0,983	0,797	0,000

*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

STAI: Spielberger Trait Anxiety Inventory, BDI: Beck Depression Inventory, TAS-20: Toronto Alexithymia Scale, AHI: Apnea-Hypopnea Index, ESS: Epworth Sleepiness Scale.

κών μεταξύ της ομάδας ελέγχου και των ασθενών με ΣΑΑΥ είναι ένα εύρημα που προκαλεί εντύπωση. Αν και στην παρούσα μελέτη ενδέχεται να σχετίζεται με εγγενείς περιορισμούς (ο μικρός αριθμός του δείγματος της ομάδας ελέγχου), σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξε και μια προηγούμενη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 63 ατόμων (29 ασθενείς ΣΑΑΥ και 34 άτομα της ομάδας ελέγχου).³⁰ Οι συγγραφείς δεν διαπίστωσαν διαφορές στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των δύο ομάδων, αντιθέτως, αναφέρουν μία μη στατιστικά σημαντική υπεροχή του βαθμού καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα υποκείμενα της ομάδας ελέγχου. Τα ευρήματα αυτά είναι σε συμφωνία με την παρούσα μελέτη, δεδομένου ότι η ίδια μη στατιστικά σημαντική υπεροχή στην ομάδα ελέγχου εμφανίζεται και εδώ, σε ό,τι αφορά τόσο την καταθλιπτική όσο και την αγχώδη συμπτωματολογία.

Τα αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στον γυναικείο πληθυσμό, συγκριτικά με τα αντίστοιχα των ανδρών, που διαπιστώνονται εδώ, αποτελεί σταθερό εύρημα των περισσότερων σχετικών μελετών.^{8, 31-33} Ορισμένες από αυτές υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια διαφοροποίηση στο συμπτωματολογικό προφίλ μεταξύ ανδρών και γυναικών που απευθύνονται στα εργαστήρια ύπνου για αξιολόγηση και διάγνωση, καθώς οι άνδρες αναφέρουν ως κυρίαρχο σύμπτωμα την ημερήσια υπνηλία, ενώ οι γυναίκες περιγράφουν πιο άτυπα συμπτώματα, όπως αύπνια, εξάντληση, απώλεια ενεργητικότητας και άγχος.^{32,34,35} Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι τα αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που καταγράφονται στις γυναίκες σχετίζονται περισσότερο με τις δομικές διαφορές

των φύλων σε ψυχολογικό επίπεδο και λιγότερο με την παρουσία ΣΑΑΥ.^{32,34}

Παρόλο που, όπως ήδη επισημάνθηκε, η παρούσα μελέτη καταγράφει αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση, τόσο σε επίπεδο συνολικής επικράτησης όσο και σε επίπεδο μέσων τιμών (ιδιαίτερα στις γυναίκες), αυτή δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τη βαρύτητα του ΣΑΑΥ, όπως προσδιορίζεται από το AHI. Η απουσία της συσχέτισης αυτής έχει παρατηρηθεί σε μεγάλο αριθμό προηγούμενων μελετών,^{9,32,36,37} ενώ μόλις μία μελέτη αναφέρει την παρουσία συσχέτισης μεταξύ του AHI και της αγχώδους συμπτωματολογίας.³⁸ Σε δύο μελέτες με παρόμοια με τα δικά μας ευρήματα,^{36,37} οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι ο AHI, ενδεχομένως, δεν αποτελεί τον καταλληλότερο δείκτη για την εκτίμηση των κλινικών επιπτώσεων του συνδρόμου, δεδομένου ότι βασίζεται αποκλειστικά στον συνολικό αριθμό των απνοιών και υποπνοιών, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η βαρύτητα των επεισοδίων αυτών. Οι συγγραφείς προτείνουν τον δείκτη αφυπνίσεων (arousal index) ως περισσότερο αξιόπιστο και καλύτερα σχετιζόμενο με την υποκείμενη συμπτωματολογία.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη υποστηρίζει την παρουσία υψηλού βαθμού ψυχολογικής επιβάρυνσης στους ασθενείς που διαγιγνώσκονται με ΣΑΑΥ, ανεξαρτήτως της βαρύτητας, όπως προσδιορίζεται από τις αναπνευστικές παραμέτρους της πολυυπνογραφίας. Η συννοσηρότητα αυτή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τόσο κατά την κλινική διαγνωστική εκτίμηση του συνδρόμου όσο και κατά τον θεραπευτικό σχεδιασμό.

Psychological burden of patients diagnosed with Obstructive Sleep Apnea

D. Bratis,¹ A. Tselebis,¹ G. Zafeiropoulos,¹ A. Tsaraklis,¹
S. Dumitru,² G. Moussas,¹ E. Kosmas,³ M. Koutsilieris⁴

¹Psychiatric Department, "Sotiria" General Hospital of Chest Diseases, Athens,

²Sleep Laboratory of 3rd Pulmonary Department, "Sotiria" General Hospital of Chest Diseases, Athens,

³Pulmonary Department, "Metropolitan" Hospital, Athens,

⁴Department of Experimental Physiology, University of Athens Medical School, Athens, Greece

Psychiatriki 2014, 25:95–103

Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) is characterized by repeated episodes of upper airway obstruction during sleep, which leads to the presence of excessive daytime drowsiness. Regarding the psychological comorbidity in patients diagnosed with OSAS, previous studies focused mainly on depressive and secondarily on anxiety symptoms. Due to the lack of research data regarding the prevalence of anxiety and depressive symptoms as well as of alexithymic characteristics in patients with OSAS in Greece, the aim of the study was to record the above symptomatology in a sample of Greek OSAS patients and to investigate its relation to the respiratory parameter (Apnea-Hypopnea Index, AHI) of polysomnography. The study was conducted in a certified sleep laboratory. Thirty five randomly selected patients who attended the laboratory with symptoms of daytime drowsiness, fatigue, disrupted sleep and snoring, were examined for anxiety, depression and alexithymia using the Spielberger Trait Anxiety Inventory (STAI), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), respectively, 24 hours prior to being submitted to polysomnography. All 35 patients met the inclusion criteria of the study (age ≤ 75 years, no other chronic diseases and no history of major psychiatric disorders). Six patients did not meet the diagnostic criteria for OSAS and were thus used as the control group of the study. A high prevalence of anxiety (41.4%) and depressive (55.2%) symptoms and of alexithymic characteristics (41.4%) was observed in OSAS patients. Although the control group showed a higher prevalence of anxiety (66.7%) and depressive (83.3%) symptoms, there were no differences between the two groups (STAI: $t=-0.927$, $p=0.360$, BDI: $t=-1.537$, $p=0.134$, TAS-20: $t=0.196$, $p=0.846$). With regard to severity, no differences were observed between control, mild, moderate and severe OSAS subgroups (STAI: $F=0.583$, $p=0.660$, BDI: $F=0.829$, $p=0.488$, TAS-20: $F=0.987$, $p=0.412$). Females scored higher on the BDI and on the STAI compared to males (STAI: $t=-2.38$, $p=0.039$, BDI: $t=-3.59$, $p=0.01$). Finally, no correlation was observed between psychometric scores and AHI (Pearson correlation $p>0.05$). The study confirms the high prevalence of anxiety and depressive symptoms which has been found in previous studies. Furthermore, we found a high prevalence of alexithymic characteristics, a factor that has not been investigated previously and which is positively correlated with anxiety symptoms. The coexistence of alexithymic characteristics may further complicate the clinical manifestations of OSAS due to the fact that patients with alexithymia typically have difficulty in identifying and describing their underlying psychological symptomatology and, moreover, tend to exhibit more, and often atypical, physical symptoms. In conclusion, the study supports the presence of a high degree of psychological burden in patients diagnosed with OSAS, regardless of the severity of their symptoms, as determined by the AHI. This comorbidity should be taken into consideration during the clinical assessment of OSAS and for the treatment planning.

Key words: Obstructive sleep apnea syndrome, anxiety, depression, alexithymia.

Βιβλιογραφία

- Kapur VK. Obstructive Sleep Apnea: Diagnosis, Epidemiology and Economics. *Respiratory Care* 2010, 55:1155–1167
- Culpepper L, Roth T. Recognizing and Managing Obstructive Sleep Apnea in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009, 11:330–338
- Vaughn BV, Giallanza P. Technical review of polysomnography. *Chest* 2008, 134:1310–1319
- Patil SP. What every clinician should know about polysomnography. *Respirat Care* 2010, 55:1179–1195
- Bittencourt LRA, Suchecki D, Tufik S, Peres C, Togeiro SM, Bagnato MC, Nery LE. The variability of the apnoea – hypopnoea index. *J Sleep Res* 2001, 10:245–251
- Manser RL, Rochford P, Pierce RJ, Byrnes GB, Campell DA. Impact of different criteria for defining hypopneas in the Apnea – Hypopnea Index. *Chest* 2001, 120:909–914
- Campana L, Eckert DJ, Patel SR, Malhotra A. Pathophysiology and genetics of obstructive sleep apnoea. *Indian J Med Res* 2010, 131:176–187
- Feng J, Chen BY, Ambrose AC. Significance of depression in obstructive sleep apnea patients and the relationship between the comorbidity and continuous positive airway pressure treatment. *Chin Med J* 2010, 123:1596–1602
- Akashiba T, Kawahara S, Akahoshi T, Omori C, Saito O, Majima T et al. Relationship between quality of life and mood or depression in patients with severe obstructive sleep apnea syndrome. *Chest* 2002, 122:861–865
- Saunamäki T, Jehkonen M. Depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome: a review. *Acta Neurol Scand* 2007, 116:277–288
- Andrews JG, Oei TP. The roles of depression and anxiety in the understanding and treatment of obstructive sleep apnea syndrome. *Clin Psychol Rev* 2004, 24:1031–1049
- Sateia MJ. Update on sleep and psychiatric disorders. *Chest* 2009, 135:1370–1379
- Sifneos PE. *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press, 1972
- Leser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine* 1981, 43:531–540
- Nemiah JC. Alexithymia: Present, past – and future? *Psychosom Med* 1996, 58:217–218
- Tselebis A, Kosmas E, Bratis D, Moussas G, Karkanas A, Ilias I et al. Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients. *Annals of General Psychiatry* 2010, 9:16
- Feiguine RJ, Johnson FA. Alexithymia and chronic respiratory disease. A review of current research. *Psychother Psychosom* 1985, 43:78–89
- Lumley MA, Bazydlo R. The relationship of alexithymia characteristics to dreaming. *J Psychosom Res* 2000, 48:561–567
- Bazydlo R, Lumley MA, Roehrs T. Alexithymia and Polysomnographic Measures of Sleep in Healthy Adults. *Psychosom Med* 2001, 63:56–61
- Hendryx MS, Mark G, Haviland MG, Shaw DG. Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *J Person Assessment* 1991, 56:227–237
- Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, Lehtonen J, Viinamaki H. Alexithymia and depression. A prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 2001, 42:229–234
- Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991, 14:540–545
- Tsara V, Serasli E, Amfilochiou A, Constantinidis T, Christaki P. Greek version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Breath* 2004, 8:91–95
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. The State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA, USA: Consulting Psychologists Press; 1970
- Liakos A, Giannitsi S. Reliability and validity of the modified Greek version of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Encephalos* 1984, 21:71–76
- Beck AT, Steer RA. Manual for the Revised Beck Depression Inventory. San Antonio, TX, USA: Psychological Corporation, 1987
- Donias S, Demertzis I. Validation of the Beck Depression Inventory (in Greek). In: 10th Hellenic Congress of Neurology and Psychiatry 1983, Thessaloniki (eds) Varfis G. Thessaloniki, Greece: University Studio Press, 1983:486–492
- Bagby M, Taylor G, Parker J. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994, 38:33–40
- Anagnostopoulou T, Kioseoglou G. The Toronto Alexithymia Scale – TAS 20 (in Modern Greek). In: Stalikas A, Triliva S, Roussi P (eds) *Psychometric Tools in Greece*. Ellinika Grammata Athens, 2002:100–101
- Glebocka A, Kossowska A, Bednarek M. Obstructive sleep apnea and the quality of life. *J Phys Pharm* 2006, 57:111–117
- Shepertycky MR, Banno K, Kryger MH. Differences between men and women in the clinical presentation of patients diagnosed with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Sleep* 2005, 28:309–314
- Pillar G, Lavie P. Psychiatric symptoms in Sleep Apnea Syndrome: Effects of gender and Respiratory Disturbance Index. *Chest* 1998, 114:697–703
- Vaughn McCall W, Harding D, O'Donovan C. Correlates of depressive symptoms in patients with Obstructive Sleep Apnea. *J Clin Sleep Med* 2006, 2:424–426
- Valipour A, Lothaller H, Rauscher H, Zwick H, Burghuber OC, Lavie P. Gender – related differences in symptoms of patients with suspected breathing disorders in sleep: A clinical population study using the Sleep Disorders Questionnaire. *Sleep* 2007, 30:312–319
- Chervin RD. Sleepiness, fatigue, tiredness and lack of energy in Obstructive Sleep Apnea. *Chest* 2000, 118:372–379
- Weaver EM, Kapur V, Yuch B. Polysomnography vs self-reported measures in patients with sleep apnea. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004, 130:453–458
- Macey PM, Woo MA, Kumar R, Cross RL, Harper RM. Relationship between Obstructive Sleep Apnea Severity and sleep, depression and anxiety symptoms in newly-diagnosed patients. *PLoS ONE* 2010, 5:e10211
- Borak J, Cieslicki JK, Koziel M, Matuszewski A, Zielinski J. Effects of CPAP treatment on psychologic status in patients with severe Obstructive Sleep Apnea. *J Sleep Res* 1996, 5:123–127

Αλληλογραφία: Δ. Μπράτης, Ψυχιατρικός Τομέας ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»,
Λεωφ. Μεσογείων 152, Αθήνα, Τηλ: (+30) 210-77 63 186
e-mail: dionbratis@yahoo.gr

Ερευνητική εργασία Research article

Απόπειρες αυτοκτονίας στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Αθήνα

Κ. Σταυριανάκος,¹ Β. Κονταξάκης,² Γ. Μουσσάς,¹ Κ. Παπλός,¹
Θ. Παπασλάνης,² Μ. Χαβάκη-Κονταξάκη,² Γ.Ν. Παπαδημητρίου²

¹Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Σωτηρία»,

²1η Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:104–110

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά θεωρείται προϊόν πολύπλοκων νοητικών και συναισθηματικών διεργασιών και αποτελεί φαινόμενο διαχρονικό, παγκόσμιο και πολυπαραγοντικό. Περίοδοι οικονομικής ύφεσης κατά το παρελθόν, όπως το «κραχ» των ΗΠΑ το 1929 και οι οικονομικές κρίσεις της Ασίας, της Ρωσίας και της Αργεντινής κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1990, έχουν συνδυαστεί με επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των πληγέντων. Η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια, τα χρέη, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός φαίνεται ότι οδηγούν σε υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης αγχώδων και καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αύξηση της αυτοκτονικότητας. Οι αρνητικές συνέπειες της οικονομικής δυσπραγίας στην ψυχική υγεία ενισχύονται από τη χρήση αλκοόλ και ουσιών και τον περιορισμό των κρατικών δαπανών για τις υπηρεσίες υγείας. Η οικονομική κρίση που πλήττει σήμερα ευρωπαϊκές χώρες άρχισε το 2008 και η μελέτη της επίδρασής της στην ψυχική υγεία των Ευρωπαίων πολιτών βρίσκεται σε εξέλιξη. Η Ελλάδα είναι ίσως η χώρα που έχει πληγεί περισσότερο από κάθε άλλη από την οικονομική κρίση. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει αφενός αν υπάρχει αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας και αφετέρου αν υπάρχει διαφοροποίηση των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των αποπειραθέντων σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Πραγματοποιήθηκε έρευνα αναδρομικού τύπου. Μελετήθηκαν οι τυποποιημένοι-ημιδομημένοι φάκελοι 165 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Παθολογικές Κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου «Η Σωτηρία» στην Αθήνα μετά από απόπειρα αυτοκτονίας το 2007 (προ της οικονομικής κρίσης) και το 2011 (κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης). Στο σύνολο των αποπειραθέντων οι περισσότεροι (n=95, 57,6%) διαγνώστηκαν με ψυχική διαταραχή. Συχνότερες ψυχικές διαταραχές ήταν οι διαταραχές της διάθεσης (n=60, 63,2%) Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, το ψυχιατρικό ιστορικό τους, η παρούσα ψυχική τους κατάσταση (σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας) και το ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας. Ακόμη, εκτιμήθηκε η σοβαρότητα των αποπειρών αυτοκτονίας. Οι απόπειρες αυτοκτονίας ήταν 70 το 2007, προ της οικονομικής κρίσης (μ.ο. ηλικίας 36,9 έτη, 71% γυναίκες) και 95 το 2011, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (μ.ο. ηλικίας 41,0 έτη, γυναίκες 65%). Παρατηρήθηκε αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας της τάξεως του 35,71%. Οι διαφορές που διαπιστώθηκαν μεταξύ των δύο ετών, όσον αφορά το φύλο και την ηλικία, δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Σχετικά με την επαγγελματική και οικογενειακή

κατάσταση αναδείχτηκε στατιστικά σημαντική αύξηση των ανέργων ($p=0,004$) και των έγγαμων/χήρων/ διαζευγμένων αποπειραθέντων ($p=0,02$). Διαφοροποίηση στη σοβαρότητα των αποπειρών αυτοκτονίας πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης δεν αναδείχτηκε. Πιθανότατα η οικονομική κρίση σχετίζεται με αυξητική τάση των αποπειρών αυτοκτονίας στον αθηναϊκό πληθυσμό. Συχνότερα αποπειρώνται κατά τη διάρκεια της κρίσης οι άνεργοι και οι έγγαμοι, χήροι, διαζευγμένοι. Κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία και εφαρμογή μέτρων πρόληψης της αυτοκτονικότητας με την έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση και την άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση ειδικών ομάδων ατόμων υψηλού κινδύνου στη διάρκεια οικονομικής κρίσης.

Λέξεις κλειδιά: Απόπειρες αυτοκτονίας, οικονομική κρίση, κοινωνικο-δημογραφικές παράμετροι, κλινικές-ψυχοπαθολογικές παράμετροι, Αθήνα.

Εισαγωγή

Τα φαινόμενα αυτοκαταστροφής αποτελούν στις μέρες μας μείζονα ψυχοκοινωνικά προβλήματα.¹⁻³ Από τη δεκαετία του 1950, ερευνητές διατύπωσαν την άποψη ότι η απόπειρα αυτοκτονίας και η αυτοκτονία δεν ανήκουν στο ίδιο φάσμα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς αλλά αποτελούν δύο διακριτά φαινόμενα με διαφορετικές συνιστώσες και ξεχωριστά χαρακτηριστικά.⁴ Ωστόσο, στοιχεία που έχουν προκύψει από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία 30 χρόνια αναθεώρησαν αυτή την άποψη. Αναδρομικές μελέτες ατόμων που αυτοκτόνησαν δείχνουν ότι 40–60% από αυτούς είχαν ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας. Επιπλέον, σε προοπτικές μελέτες παρακολούθησης ατόμων που αποπειράθηκαν να θέσουν τέλος στη ζωή τους διαπιστώθηκε ότι το 1% από αυτούς καταλήγει αυτοκτονώντας κάθε χρόνο στα επόμενα δέκα χρόνια, ενώ τελικά περίπου 14% του συνολικού τους αριθμού κατέληξαν αυτοκτονώντας.⁵⁻⁷

Σήμερα, οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι αυτοκτονίες θεωρούνται διαφορετικής βαρύτητας πράξεις ενός συνεχούς φάσματος του ίδιου φαινομένου ενώ η απόπειρα αυτοκτονίας (ιδιαίτερα εάν είναι βίαιη – σοβαρή) αποτελεί τον σοβαρότερο παράγοντα κινδύνου προσεχούς αυτοκτονίας.⁷⁻⁹

Η οικονομική δυσπραγία εκτιμάται ότι αποτελεί έναν από τους σοβαρότερους εξωγενείς παράγοντες επιδείνωσης της ψυχικής υγείας. Κατά τον τελευταίο αιώνα έχουν καταγραφεί τέσσερις σημαντικές οικονομικές κρίσεις διεθνώς. Το κραχ των ΗΠΑ το 1929, η οικονομική κρίση της Ασίας το 1997, η οικονομική κρίση της Ρωσίας και των χωρών της Βαλτικής το 1998 και η οικονομική κρίση της Λατινικής Αμερικής με κύρια

πληγείσα την Αργεντινή το 1999. Σχεδόν στο σύνολο των περιπτώσεων παρατηρήθηκε επιβάρυνση της σωματικής και ψυχικής υγείας των πολιτών και αύξηση της αυτοκτονικότητας.¹⁰⁻¹³ Η οικονομική κρίση που πλήττει σήμερα τα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη και οπωσδήποτε την Ελλάδα, άρχισε το 2008 και η μελέτη της επίδρασής της στην ψυχική υγεία των πολιτών βρίσκεται σε εξέλιξη.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να απαντηθούν τα παρακάτω ερωτήματα:

(α) Παρατηρείται διαφοροποίηση του αριθμού των αποπειρών αυτοκτονίας σε εποχή οικονομικής κρίσης; (β) Διαφοροποιούνται τα δημογραφικά στοιχεία των αποπειραθέντων σε εποχή οικονομικής κρίσης; (γ) Διαφοροποιείται ο αριθμός των αποπειραθέντων με ψυχιατρική διαταραχή σε εποχή οικονομικής κρίσης; (δ) Διαφοροποιείται η σοβαρότητα των αποπειρών αυτοκτονίας σε εποχή οικονομικής κρίσης;

Υλικό και μέθοδος

Μελετήθηκαν οι φάκελοι των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Παθολογικές Κλινικές (Πανεπιστημιακή και Κρατική) του Νοσοκομείου «Η Σωτηρία» στην Αθήνα μετά από απόπειρα αυτοκτονίας το 2007 (προ της οικονομικής κρίσης) και το 2011 (σε εποχή οικονομικής κρίσης). Έγινε καταγραφή του συνολικού αριθμού των αποπειραθέντων κατά τα δύο προαναφερόμενα έτη μέσω της μελέτης των τυποποιημένων-ημιδομημένων ιστορικών των ασθενών που είχαν συμπληρωθεί μετά από επανειλημμένες συνεντεύξεις των ψυχιάτρων με τους αποπειραθέντες.

Οι κλινικές διαγνώσεις των αποπειραθέντων στηρίχθηκαν στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IVTM.¹⁴ Ως υποουδικές θεωρήθηκαν οι περιπτώσεις όπου ο

ασθενής βίωνε υποκειμενικό αίσθημα δυσφορίας και εμφάνιζε λειτουργική έκπτωση χωρίς να πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της αντίστοιχης ψυχικής διαταραχής όπως αυτά ορίζονται στο DSM-IV-TM.^{15,16}

Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία των αποπειραθέντων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, απασχόληση), το ψυχιατρικό τους ιστορικό, το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας, η βαρύτητα της ψυχοπαθολογίας κατά τη χρονική στιγμή της απόπειρας, ενώ εκτιμήθηκε και η σοβαρότητα της απόπειρας αυτοκτονίας. Η σοβαρότητα της απόπειρας (και κατά προσέγγιση η «αυτοκτονική πρόθεση» του ατόμου) αξιολογήθηκε με συνεκτίμηση της ποιότητας και της ποσότητας των ληφθέντων δισκίων ή άλλων τοξικών ουσιών, των συνθηκών κάτω από τις οποίες πραγματοποιήθηκε η απόπειρα, της βαρύτητας της παθολογικής κατάστασης του ατόμου, των αποτελεσμάτων των παρακλινικών εξετάσεων και τη διάρκεια νοσηλείας στην παθολογική κλινική.^{17,18}

Έγινε σύγκριση των αποπειραθέντων αυτοκτονία κατά τα έτη 2007 και 2011 σε κοινωνικο-δημογραφικές και κλινικές παραμέτρους. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα στατιστικής επεξεργασίας SPSS.¹⁹

Αποτελέσματα

Το 2011 νοσηλεύθηκαν στις παθολογικές κλινικές του Νοσοκομείου «Η Σωτηρία» στην Αθήνα λόγω απόπειρας αυτοκτονίας 95 άτομα έναντι 70 ατόμων το 2007 (αύξηση κατά 35,71%). Σε σχέση με το φύλο, 62 γυναίκες αποπειράθηκαν το 2011 έναντι 50 το 2007 (αύξηση κατά 24,0%) ενώ 33 άντρες αποπειράθηκαν το 2011 έναντι 20 ανδρών το 2007 (αύξηση κατά 64,0%). Η μέθοδος αυτοκτονίας των αποπειραθέντων στο συνολικό δείγμα μας ήταν με υπέρβαση δοσολογίας φαρμάκων ή αυτοδηλητηρίαση. Σε αυτούς που διαγνώστηκαν με ψυχική διαταραχή (n=95) οι περισσότεροι εμφάνιζαν διαταραχή της διάθεσης (n=60). Ακόμη, 22 διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχωσική διαταραχή, 10 με διαταραχή προσωπικότητας, 2 με αγχώδη διαταραχή και ένας με οργανικό ψυχοσύνδρομο.

Στο συνολικό δείγμα των αποπειραθέντων και των δύο ετών (n=165) υπερέιχαν οι γυναίκες (n=112, 67,9%) των ανδρών (n=53, 32,1%) ενώ οι γυναίκες και οι άν-

δρες δεν διέφεραν ως προς την ηλικία ($38,66 \pm 17,99$ έναντι $39,26 \pm 17,04$ έτη, αντίστοιχα $t=0,83$, ns). Οι περισσότεροι των αποπειραθέντων ήταν άνεργοι (n=92, 55,8%) και άγαμοι (n=92, 55,8%), δεν ανέφεραν ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας (n=116, 70,3%), εμφάνιζαν συχνότερα συμπτωματολογία συμβατή με υποουδική ψυχιατρική κατάσταση (n=92, 55,7%) και περίπου οι μισοί από αυτούς πραγματοποίησαν «μη σοβαρή» απόπειρα αυτοκτονίας (n=80, 48,5%).

Ο πίνακας 1 δείχνει τη σύγκριση των αποπειραθέντων αυτοκτονία το έτος 2007 και το έτος 2011 σε κοινωνικο-δημογραφικές και κλινικές παραμέτρους. Οι αποπειραθέντες το 2011 διαφοροποιούνται από εκείνους του 2007 σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση (συχνότερα έγγαμοι, χήροι ή διαζευγμένοι) και την επαγγελματική κατάσταση (συχνότερα άνεργοι). Εξάλλου, οι αποπειραθέντες το 2011 (αν και μεγαλύτεροι) δεν διέφεραν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό από τους αποπειραθέντες το 2007 σε σχέση με την ηλικία ($41,01 \pm 17,94$ έναντι $35,93 \pm 16,93$, αντίστοιχα, $t=0,06$, ns) αλλά και σε σχέση με τις επιμέρους διαγνώσεις των ασθενών με ιστορικό ψυχικής διαταραχής.

Συζήτηση

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του συνόλου των αποπειραθέντων αυτοκτονία στο δείγμα της μελέτης μας προσομοιάζουν με εκείνα ανάλογων μελετών και αφορούν κυρίως γυναίκες.^{19,20} Βέβαια, θα πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι και μεταξύ των αποπειραθέντων εντοπίζονται υπο-ομάδες με υψηλή ή χαμηλή «αυτοκτονική πρόθεση» που πραγματοποιούν άλλοτε βίαιες (σοβαρές) και άλλοτε μη-βίαιες (λιγότερο σοβαρές απόπειρες αυτοκαταστροφής).⁹

Η διαχρονική αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας εν μέσω οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα που παρατηρήσαμε συμφωνεί με τα ευρήματα άλλης έρευνας που χρησιμοποιεί όμως διαφορετική ερευνητική μεθοδολογία προσέγγισης του φαινομένου.²¹

Εξάλλου, η παρούσα έρευνα ανέδειξε ορισμένες κοινωνικο-δημογραφικές παραμέτρους που αντικατοπτρίζουν την επίδραση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των πληγέντων και καταδεικνύουν διαφοροποιήσεις στα ποιοτικά χαρακτηριστικά των ομάδων υψηλού κινδύνου για

Πίνακας 1. Σύγκριση των αποπειραθέντων αυτοκτονία το έτος 2007 (n=70) και το έτος 2011 (n=95) σε κοινωνικο-δημογραφικές και κλινικές παραμέτρους.

	2007 n (%)	2011 n (%)	χ^2	Στατ, Σημ,
Φύλο (γυναίκες)	50 (71,4)	62 (65,2)	1,28	ns
Οικογενειακή Κατάσταση (έγγαμοι, χήροι, διαζευγμένοι)	24 (34,3)	49 (51,6)	8,56	p=0,03
Επαγγελματική κατάσταση (άνεργοι)	32 (45,7)	60 (63,2)	8,52	p=0,004
Με ψυχική διαταραχή	34 (48,6)	39 (41,0)	0,92	ns
Με υποουδική ψυχική διαταραχή	36 (51,4)	56 (58,9)	1,70	ns
Με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας	24 (34,3)	25 (26,3)	1,23	ns
Με σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας	33 (47,1)	47 (49,5)	0,06	ns

εκδήλωση αυτοκτονικών συμπεριφορών σε συνθήκες οικονομικής δυσπραγίας.

Η συγκριτική διερεύνηση των αποπειραθέντων τα έτη 2007 και 2011 έδειξε ότι οι αποπειραθέντες το 2011 (εν μέσω οικονομικής κρίσης) ήταν συχνότερα άνεργοι, έγγαμοι, χήροι ή διαζευγμένοι.

Φαίνεται ότι οι επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης τόσο σε επαγγελματικό-βιοποριστικό επίπεδο (ανεργία, χρέη, εργασιακή ανασφάλεια, κακές συνθήκες διαβίωσης, φτώχεια) όσο και σε επίπεδο ατομικής ευεξίας και κοινωνικότητας (χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, διαπροσωπικές συγκρούσεις, κοινωνικός αποκλεισμός) οδηγούν συχνά σε επιβάρυνση της ψυχικής υγείας και κατ' επέκταση σε αυξητική τάση των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.²²⁻²⁵

Παράλληλα και παρά τις αυξημένες ανάγκες, οι υπηρεσίες υγείας υποβαθμίζονται και υπολειπονται λόγω περικοπών του σχετικού κρατικού προϋπολογισμού.²⁶⁻²⁹

Η ανεργία και η εργασιακή ανασφάλεια έχουν συνδεθεί με αρνητικές συνέπειες για την ψυχική υγεία. Στην Ελλάδα, το ποσοστό ανεργίας παρουσιάζει ραγδαία αύξηση τα τελευταία χρόνια και έχει εκτοξευθεί από 7,7% το 2008 στο 25% το 2012. Υπολογίζεται ότι 60% των ελληνικών νοικοκυριών εμφανίζει χρέη, το 78% αυτών δηλώνει δυσχέρεια αποπληρωμής των χρεών και το 6% πλήρη αδυναμία αποπληρωμής των χρεών. Ακόμη, εκτιμάται ότι περίπου το 31% των Ελλήνων διαβιεί στα όρια της φτώχειας και αντιμετωπίζει το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού.³⁰⁻³¹

Όπως είναι γνωστό, η ανεργία, τα χρέη και η φτώχεια έχουν αναδειχθεί ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς

σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Οι άνεργοι εμφανίζουν διπλάσιο έως τετραπλάσιο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σχέση με τους εργαζόμενους ενώ τα άτομα με ανεκπλήρωτα χρέη εμφανίζουν διπλάσιο έως τριπλάσιο κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού.³²⁻³⁴

Στις μέρες μας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η δημιουργία και εφαρμογή μέτρων πρόληψης της αυτοκτονικότητας. Η προσαρμογή της οικονομικής πολιτικής του κράτους, η ενίσχυση της κοινωνικής προστασίας, η στήριξη και η ορθολογική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ο έλεγχος της προσβασιμότητας σε μεθόδους αυτοκτονίας, η ενημέρωση και εκπαίδευση τόσο της κοινότητας όσο και ειδικών επαγγελματικών ομάδων και επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αυτοκτονικότητας, η στόχευση και αναζήτηση ατόμων υψηλού κινδύνου αυτοκτονίας, η υπεύθυνη αλλά και περιορισμένη δημοσιοποίηση των αυτοκτονιών από τα ΜΜΕ, ο έγκαιρος διαγνωστικός έλεγχος (screening) για άτομα με κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό και η θέσπιση προγραμμάτων ψυχοθεραπευτικών-ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για τη πρόληψη της αυτοκτονικότητας σε άτομα υψηλού κινδύνου μπορούν να συντελέσουν καθοριστικά στον περιορισμό των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.³⁵⁻⁴⁰

Ειδικότερα, οι απόπειρες αυτοκτονίας συνδέονται στενά με τις επιτυχείς αυτοκτονίες. Υποστηρίζεται, ότι αποτελούν μέρος ενός συνεχούς που αρχίζει από τον αυτοκτονικό ιδεασμό και καταλήγει (ενδεχομένως) σε επιτυχή αυτοκτονία. Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου προσεχούς αυτοκτονίας είναι η ύπαρξη προηγούμενης απόπειρας και η ύπαρξη σοβαρής ψυχικής διαταραχής (κυρίως κατάθλιψης).⁴¹

Είναι προφανές ότι ο σχεδιασμός προληπτικών παρεμβάσεων σε σχέση με την αυτοκτονία πρέπει, κυρίως, να εστιάσει σε άτομα με απόπειρες αυτοκτονίας (ιδίως αν αυτές είναι βίαιες-σοβαρές) και άτομα με ψυχικές διαταραχές (κυρίως κατάθλιψη). Το πρόβλημα των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών κατά τη διάρκεια της κρίσης στην Ελλάδα φαίνεται να παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις. Έρευνες σε σχέση με την αυτοκτονία στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής κρίσης έδιναν –αρχικά– αντιφατικά αποτελέσματα.^{27,42-44} Βέβαια, πρόσφατες έρευνες τεκμηριώνουν την άποψη της αύξησης των αυτοκτονιών στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης που σχετίζεται κυρίως με την παρατεταμένη διάρκεια της κρίσης.⁴⁵⁻⁴⁹

Απαραίτητη θεωρείται η συνέχιση της διεξαγωγής ερευνών για την ανάδειξη ασφαλών και αξιόπιστων

συμπερασμάτων σχετικά με τις αρνητικές επιδράσεις της οικονομικής κρίσης –μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα– στην ψυχική υγεία και στην αυτοκτονικότητα του πληθυσμού και τις συγκεκριμένες κοινωνικές παραμέτρους (ανεργία, εργασιακή ανασφάλεια, φτώχεια κ.ά.) που καθοριστικά συμβάλουν σε αυτήν.

Περιορισμοί της μελέτης

(α) Ο αναδρομικός χαρακτήρας της μελέτης, (β) Η μελέτη αφορά δύο μεμονωμένα έτη πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης και όχι περισσότερο εκτεταμένες χρονικές περιόδους, (γ) Το υλικό της μελέτης περιορίζεται σε ένα μεγάλο γενικό νοσοκομείο της Αθήνας

Attempted suicide during the financial crisis in Athens

**K. Stavrianakos,¹ V. Kontaxakis,² G. Moussas,¹ K. Paplos,¹
T. Papanis,² B. Havaki-Kontaxaki,² G.N. Papadimitriou²**

¹Psychiatric Clinic, "Sotiria" General Hospital of Athens,

²A' Department of Psychiatry, University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2014, 25:104–110

Suicidal behavior is considered as the result of complex cognitive and emotional processes and it is a timeless, global and multifactorial phenomenon. Periods of financial crises in the past, such as the Great Depression in the USA in 1929 and the economic crises of Asia, Russia and Argentina in the late 1990s, have been associated with impairment of mental health of the economically affected. Unemployment, job insecurity, debts, poverty and social exclusion seems to lead to higher incidence of anxiety and depressive symptoms and increased suicidality. Alcohol and substance use and the reduction of the state budget for health services reinforce the negative effects of the economic recession on mental health. The financial crisis which currently affects many European countries began in 2008 and its impact on the mental health of European citizens is in progress. Greece is probably the most affected country by the European financial crisis. The aim of this study is to investigate the potential impact of the crisis' consequences on the attempted suicide rates in the Athens population and the differentiation of suicide attempters on social, demographic and clinical-psychopathological parameters during the crisis. A retrospective study was conducted. The semi-structured records of 165 attempters who were hospitalized in the Internal Medicine Clinics of the "Sotiria" General Hospital in Athens, after attempted suicide in the years 2007 and 2011, before and during the financial crisis respectively, were studied. Among suicide attempters 95(57.6%) were suffering from mental disorders. Most often diagnoses were these of mood disorders (n=60, 63.2%).

Demographic data, current psychiatric disorder, previous suicide attempt and severity of psychopathology at the time of suicide attempt were recorded for each patient. Furthermore, the severity of each suicide attempt was estimated. Suicide attempts were 70 in 2007, before the financial crisis (mean age 36.9 years, 71% women) and 95 in 2011, during the financial crisis (mean age 41.0 years, women 65%). There is an increase of suicide attempts by 35.71%. There were no statistically significant differences between the two periods regarding the gender and age of attempters. There was a statistically significant increase of unemployed ($p=0.004$), as well as of married/widowed/divorced ($p=0.02$) suicide attempters during the crisis. There was not statistically significant difference in the severity of suicide attempts before and during the economic crisis or the severity of psychopathology of the attempters. The financial crisis is probably associated with upward trend in attempted suicide of the Athens population. Most affected are those who are unemployed, married, widowed, divorced. Suicide prevention programs are essential for the accurate and timely identification and the immediate and effective management of this special high risk group of attempters during the financial crisis.

Key words: Attempted suicide, financial crisis, social-demographic parameters, clinical-psychopathological parameters, Athens.

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization-Regional Office for Europe. *Impact of Economic Crisis on Mental Health*. Copenhagen, WHO, 2011
2. Stuckler D, Basu S, Suhrcke H, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011, 378:124–125
3. Kontaxakis VP. Suicide: International trends and preventive interventions. *Psychiatriki* 1995, 6:202–205
4. Stengel E. *Suicide and Attempted Suicide: Penguin, Harmondsworth*, England, 1964
5. Zonda TA. A longitudinal follow up study of 683 attempted suicides based on Hungarian material. *Crisis* 1991, 12:48–57
6. Diekstra RFW. Suicide and the attempted suicide: An international perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1989, 80:1–24
7. Diekstra RFN. The epidemiology suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993 (Suppl 371):9–20
8. Κονταξάκης Β, Χαβάκη-Κονταξάκη Μ, Λύκουρας Λ. Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά: Εισαγωγή, ορισμοί, επιδημιολογικά δεδομένα. Στο: Κονταξάκης Β και συν (Επιμ. Εκδ.) *Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2013: 3–18
9. Kontaxakis VP, Christodoulou GN. Attempted suicide by violent methods. In: Botsis A, Soldatos C, Stefanis C (eds) *Suicide: Biopsychosocial approaches*. Elsevier Science, Amsterdam, 1997:187–191
10. Stuckler D, Basu S, Suhrcke D, Cutts A, McKee M. The health implications on financial crisis. A review of the evidence. *Ulster Med J* 2008, 78:142–145
11. Falagas MC, Vouloumanou EK, Mavros MN, Karageorgopoulos E. Economic crises and mortality: A review of the literature. *Int J Clin Pract* 2009, 63:1128–1135
12. Uetela A. Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2012, 23:127–130
13. Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ. Consequences of major economic crises on citizen's physical and mental health. *Psychiatriki* 2012, 23:105–108
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders, DSM-IV™*, WPA, Washington DC, 1994
15. Pinkus HA, Dawis WN, McQueen LE. Subthreshold mental disorders: A review and synthesis of studies on minor depression and other brand names. *Br J Psychiatry* 1999, 174:288–296
16. Baumeister H, Morar V. The impact of clinical significance criteria of subthreshold depression prevalence rates. *Acta Psychiatr Scand* 2008, 118:443–450
17. Κονταξάκης Β, Φερεντίνος Π, Μαργαρίτη Μ. Η χρησιμότητα των ψυχομετρικών εργαλείων στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Στο: Κονταξάκης Β και συν (Επιμ. Εκδ.) *Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2013:253–274
18. Kontaxakis V, Havaki-Kontaxaki B, Christodoulou GN. Overdosing: A common form of suicide attempt. *Eur J Psychiatry* 2000, 14:137–142
19. Hawton K, Catalan J. *Attempted suicide*. Oxford University Press, Oxford, 1987
20. De Leo D, Bille-Brahe U, Kerkhof AD, Schmidtke A (eds) *Suicidal Behaviour: Theories and research findings*. Hogrefe & Huber Publishers, Cambridge, 2004
21. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry* 2013, 12:53–59
22. Fitch C, Hamilton S, Bassett P, Davey R. The relationship between personal debt and mental health: a systematic review. *Ment Hlth Rev J* 2011, 16:153–166
23. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, McManus S, Dennis MS. Personal debt and suicidal ideation. *Psychol Med* 2011, 41:771–778
24. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Coida J et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med* 2008, 38:1485–1493
25. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med* 2010, 71:517–528
26. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ* 1998, 317: 115–119

27. 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
28. Giotakos O, Tsouvelas G, Kontaxakis V. Suicide rates and mental health services in Greece. *Psychiatriki* 2012, 23:29–38
29. Leo S, Guo WJ, Tseng A. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord* 2010, 126:125–133
30. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis C. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord* 2013, 145:308–314
31. Hellenic Statistical Authority (ELSTAT) Piraeus, 2012
32. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effort of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet* 2009, 374:315–323
33. Maki N, Martikainen P. A register-based study on excess suicide mortality among unemployed men and women during different levels of unemployment on Finland. *J Epid Commun Health*, 2012, 66:302–307
34. Blakely TA, Collins SC, Atkinson J. Unemployment and suicide: Evidence for a causal association. *J Epidemiol Community Health* 2003, 57:594–600
35. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry* 2012, 11:39–145
36. Christodoulou NG, Christodoulou GN. Management of the psychosocial effects of economic crises. *World Psychiatry* 2013, 12:178
37. Madianos MG. Economic crisis, mental health and psychiatric care: What happened to the "psychiatric reform" in Greece?, *Psychiatriki* 2013, 24:13–16
38. Christodoulou GN, Ploumpidis DN, Christodoulou NG, Anagnostopoulos DC. The state of psychiatry in Greece. *Int Rev Psychiatry* 2012, 24:301–306
39. Hyphantis T. The "depression" of mental health care in general hospitals in Greece in the era of recession. *J Psychosomatic Research* 2013, 74:530–532
40. McKee M, Stuckler D, Martin-Moreno JM. Protecting health in hard times. *BMJ* 2010, 341:681–682
41. Κονταξάκης Β, Λύκουρας Λ, Χαβάκη-Κονταξάκη Μ, Χριστοδούλου Χ (Επιμ. Έκδ.) *Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2013
42. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession in health: A first look at European data. *Lancet* 2011, 378:124–125
43. Fountoulakis AN, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, Siamouli M, Theodorakis PN. Health and the financial crisis in Greece. *Lancet* 2012, 28:337–338
44. Fountoulakis KN, Savopoulos C, Stamouli M, Zaggelidou E, Mageiria S et al. Trends in suicidality amid the economic crisis in Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuropsi* DOI 10.1007/s00406-012-0385-9
45. Kontaxakis V, Papaslanis T, Havaki-Kontaxaki B, Tsouvelas G, Giotakos O, Papadimitriou GN. Suicide in Greece 2001–2011. *Psychiatriki* 2013, 24:170–174
46. Kondilis E, Giannakopoulos E, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health* 2013, doi:10.2105/AJPH.2012.301126
47. Arie S. Health effects of Greece's austerity measures are "worse than imagined," report researchers. *BMJ* 2013, 26, 346:f2740. doi: 10.1136/bmj.f2740
48. Fountoulakis KN, Koupidis SA, Grammatikopoulos AI, Theodorakis PN. First reliable data suggest a possible increase in suicides in Greece. *BMJ* 2013;347:f4900 doi: 10.1136/bmj.f4900.
49. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet* 2014, 383:748–753

Αλληλογραφία: Κ. Σταυριανάκος, Ειδ. Ψυχίατρος, Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα
Τηλ. (+30) 6977-416 812
e-mail: stmed@hotmail.gr

Ερευνητική εργασία Research article

Σύγκριση της λειτουργίας δύο Νοσοκομείων Ημέρας στην Αθήνα

I. Μαντωνάκης, N. Καρακατσάνης, E. Σπηλιώτη,
E. Καρανικολή, X. Στεντούμης, K. Στεφανής

Νοσοκομείο Ημέρας, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:111–118

Περιγράφεται η προετοιμασία της έναρξης λειτουργίας του Νοσοκομείου Ημέρας (NH) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) και του NH του Αιγινητείου, η δημιουργία του οποίου (το 1977) σηματοδοτεί το ξεκίνημα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας. Αναφέρονται τα λειτουργικά χαρακτηριστικά των μονάδων αυτών και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν. Ψυχοθεραπευτικές, βιολογικές και κοινωνικοθεραπευτικές προσεγγίσεις πραγματοποιούνται καθημερινά μέσα σε ένα πλαίσιο αρχών Θεραπευτικής Κοινότητας. Επισημαίνονται οι σχέσεις, οι ομοιότητες και οι διαφορές των δύο Νοσοκομείων Ημέρας. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στα προβλήματα και τις δυσκολίες που αντιμετώπισε κάθε μία από τις δύο αυτές μονάδες, κατά την έναρξη της λειτουργίας της, που έγινε σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, οι οποίες απέχουν μεταξύ τους 32 χρόνια. Η έλλειψη νομοθετικού πλαισίου για τη λειτουργία Νοσοκομείων Ημέρας, τα γραφειοκρατικά εμπόδια και η επιφυλακτικότητα για τον νέο τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών ήταν τα βασικά εμπόδια που έπρεπε να ξεπεραστούν για να λειτουργήσει το πρώτο NH το 1977. Η αδειοδότηση και η χρηματοδότηση ήταν τα κύρια εμπόδια που αντιμετώπισε η δημιουργία του NH του ΕΠΙΨΥ, παρόλο που οι μονάδες αυτές ήταν ήδη θεσμοθετημένες. Έμφαση δόθηκε στην εκπαίδευση του προσωπικού του NH του ΕΠΙΨΥ που αποτελούνταν από νέους επαγγελματίες και στην προσέγγιση του κοινωνικού περίγυρου και όλων των υπηρεσιών (υγειονομικών, δημοτικών κ.λπ.) της περιοχής που επρόκειτο να καλύψει (6ος Τομέας Ψυχικής Υγείας). Η μελέτη των χαρακτηριστικών των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στο NH του ΕΠΙΨΥ τον πρώτο χρόνο της λειτουργίας του (2009–2010) και των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στο NH του Αιγινητείου τον πρώτο επίσης χρόνο της λειτουργίας του (1977–1978) έδειξε, μεταξύ άλλων, ότι ο αριθμός των ανδρών και στα δύο NH είναι μεγαλύτερος των γυναικών, κατ' εξαίρεση του κανόνα που ισχύει για τις άλλες χώρες (όπου στα NH νοσηλεύονται περισσότερες γυναίκες). Συγκεκριμένα, στο NH του ΕΠΙΨΥ, ο αριθμός των ανδρών είναι διπλάσιος των γυναικών στο σύνολο των ασθενών και τριπλάσιος στην ομάδα των ασθενών με σχιζοφρένεια. Επίσης, στο NH του Αιγινητείου η αναλογία ανδρών-γυναικών είναι 3:2 στο σύνολο των νοσηλευθέντων ασθενών και 2:1 στην ομάδα των ασθενών με σχιζοφρένεια. Η σύγκριση των νοσηλευθέντων ασθενών στα NH του Αιγινητείου Νοσοκομείου και του ΕΠΙΨΥ ανέδειξε τις παρακάτω διαφορές: οι νοσηλευόμενοι στο NH του ΕΠΙΨΥ ήταν συχνότερα μεγαλύτερης ηλικίας ($\chi^2=29,52$, $p=0,0001$), άνεργοι ($\chi^2=14,65$, $p=0,0001$) και χρησιμοποιούσαν σπανιότερα μαζικό μέσο μεταφοράς ($\chi^2=7,38$, $p=0,005$). Δεν εντοπίστηκαν διαφορές σε όλες τις άλλες κοινωνικοδημογραφικές και κλινικές παραμέτρους όπως εκπαί-

δευση, οικογενειακή κατάσταση, ασφαλιστικός φορέας, συνθήκες διαμονής, χρόνος διαδρομής προς το ΝΗ, πηγές παραπομπής, διάγνωση σχιζοφρένειας, προηγούμενες νοσηλείες. Τέλος, επισημαίνεται η δυνατότητα που έχει το ΝΗ να αντιμετωπίζει ασθενείς, ακόμη και με ενεργό ψυχωσική συμπτωματολογία, αποτρέποντας έτσι τη νοσηλεία τους σε 24ωρη βάση.

Λέξεις ευρετηρίου: Νοσοκομείο Ημέρας, μερική νοσηλεία, θεραπευτική κοινότητα.

Εισαγωγή

Το Νοσοκομείο Ημέρας (ΝΗ) είναι μια μονάδα μερικής νοσηλείας. Απευθύνεται στον ενήλικο πληθυσμό των ασθενών, για τους οποίους η 24ωρη ψυχιατρική νοσηλεία δεν είναι αναγκαία, ενώ η αντιμετώπισή τους σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου δεν επαρκεί. Το ΝΗ αντιμετωπίζει αποτελεσματικά άτομα ακόμη και με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως οι ασθενείς με ενεργό ψυχωσική συμπτωματολογία, αποτρέποντας έτσι τη νοσηλεία τους σε 24ωρη βάση. Αυτή η ιδιαιτερότητα χαρακτηρίζει ένα Νοσοκομείο Ημέρας (Day Hospital) και το διαφοροποιεί από το Κέντρο Ημέρας (Day Center). Στο Κέντρο Ημέρας (ΚΗ) δίδεται έμφαση στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών και λιγότερο, ή καθόλου, στην ιατρική τους περίθαλψη. Το ΚΗ απευθύνεται κυρίως σε χρόνια περιστατικά και παρέχει μια μεγαλύτερης διάρκειας υποστηρικτική φροντίδα. Αντίθετα, σε ένα ΝΗ μπορεί να εφαρμοσθεί κάθε είδος θεραπείας που παρέχεται σε ένα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Δηλαδή, το ΝΗ εξασφαλίζει μια εντατική θεραπεία που απευθύνεται και σε οξείες καταστάσεις και έχει σχετικά μικρή διάρκεια.¹⁻⁴ Η δημιουργία του ΝΗ του Αιγινήτειου, τον Δεκέμβριο του 1977, σηματοδοτεί το ξεκίνημα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα μας, η οποία άρχισε να υλοποιείται σε εθνικό επίπεδο μετά το 1985 (όταν χρηματοδοτήθηκε από την τότε ΕΟΚ, Κανονισμός 815/84).⁵

Πρόκειται για το πρώτο ΝΗ στην Ελλάδα. Αποτέλεσε ένα από τα νοσηλευτικά τμήματα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου και κάλυψε ανάγκες τόσο του Αιγινήτειου όσο και άλλων ψυχιατρικών υπηρεσιών σε ασθενείς που κατοικούσαν, ως επί το πλείστον, στις γύρω περιοχές.

Το ΝΗ του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) ξεκίνησε να λειτουργεί τον Απρίλιο του 2009. Παρέχει υπηρεσίες στον 6ο Τομέα Ψυχικής Υγείας Αττικής, (κυρίως στις περιοχές Παπάγου, Χολαργού, Χαλανδρίου, Ψυχικού, Αγ. Παρασκευής) αλλά και σε άτομα που προέρχονται από την ευρύτερη περιοχή της πρωτεύουσας. Οι υπηρεσίες που παρέχει είναι δωρεάν (χρηματοδότηση

από τα Διαρθρωτικά Ταμεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

Στόχοι της παρούσας μελέτης είναι:

- α. Να περιγράψει τις ιδιαίτερες δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετώπισε για να λειτουργήσει, το καθένα από τα δύο ΝΗ που αναπτύχθηκαν στην περιφέρεια της πρωτεύουσας, το 1977 το πρώτο και το 2009 το δεύτερο.
- β. Να περιγράψει τη δομή λειτουργίας και τα είδη θεραπειών που εφαρμόζονται σε αυτές τις ιδιαίτερες μονάδες σε σχέση με τις εκάστοτε συνθήκες παροχής υπηρεσιών υγείας.
- γ. Να εντοπίσει τις διαφορές στα χαρακτηριστικά των νοσηλευθέντων ασθενών στα ΝΗ του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και του ΕΠΙΨΥ.

Προετοιμασία και λειτουργικά χαρακτηριστικά των Νοσοκομείων Ημέρας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και του ΕΠΙΨΥ

Βασικό εμπόδιο που έπρεπε να ξεπεραστεί για να λειτουργήσει το πρώτο ΝΗ, το 1977, στο Αιγινήτειο, ήταν η νομοθεσία μας που δεν προέβλεπε, εκείνη την εποχή, μερική νοσηλεία για ενήλικους ασθενείς. Χρειάστηκε η έκδοση ειδικού Προεδρικού Διατάγματος, που δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως τον Μάιο του 1977,⁶⁻⁸ για να λειτουργήσει. Ο εξοπλισμός του κτηρίου καθυστέρησε πάρα πολύ για οικονομικούς και γραφειοκρατικούς λόγους, ενώ άλλες δυσκολίες και προβλήματα που προέκυπταν είχαν να κάνουν με την επιφυλακτικότητα που συχνά δημιουργείται απέναντι στο καινούργιο και το διαφορετικό.

Το ΝΗ του ΕΠΙΨΥ είχε προβλήματα αδειοδότησης και χρηματοδότησης, επί 4-5 χρόνια, για να ξεκινήσει, αλλά δεν αντιμετώπισε νομοθετικές δυσκολίες, αφού οι μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ήταν ήδη θεσμοθετημένες. Όμως, για γραφειοκρατικούς κυρίως λόγους, υπήρξαν καθυστερήσεις στην ολοκλήρωση του εξοπλισμού του κτηρίου και στη μισθοδοσία του προσωπικού.

Το προσωπικό που στελέχωσε το ΝΗ του Αιγινήτειου, υπηρετούσε ήδη σε άλλα νοσηλευτικά τμήματα και

υπηρεσίες της Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινητείου. Είχε δηλαδή σχετικές γνώσεις και πείρα, αλλά όχι από μονάδες μερικής νοσηλείας. Επομένως, χρειάστηκε να ενημερωθεί και να προσαρμοσθεί στη νέα δομή λειτουργίας.

Το προσωπικό του ΝΗ του ΕΠΙΨΥ προσελήφθη ειδικά για να στελεχωσει τη συγκεκριμένη δομή και αποτελούσαν, στο σύνολό του σχεδόν, από νέους επαγγελματίες. Επομένως, χρειάστηκε να παρακολουθήσει ένα πιο εντατικό πρόγραμμα κατάρτισης θεωρητικών μαθημάτων και πρακτικής άσκησης (π.χ. στο ΝΗ του Αιγινητείου και στους ξενώνες του ΕΠΙΨΥ).⁹ Στη συνέχεια, συμμετείχε ενεργά στην κατάρτιση του εβδομαδιαίου προγράμματος λειτουργίας και στη χαρτογράφηση όλων των υπηρεσιών της περιοχής (υγειονομικών, εκπαιδευτικών, πολιτιστικών κ.λπ.). Τέλος, πραγματοποιήθηκαν επαφές με τις υπηρεσίες παραπομπής περιστατικών και συνεργασίας (γειτονικά Νοσοκομεία «Γ. Γεννηματάς» και «Σωτηρία», Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Αιγινητείου, Δήμοι Παπάγου και Χολαργού, Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγ. Παρασκευής-Χαλανδρίου κ.ά.). Στόχος των παραπάνω ενεργειών ήταν η εποικοδομητική συνεργασία με όλες τις δομές ψυχιατρικής μέριμνας του δού Τομέα Ψυχικής Υγείας και της ευρύτερης περιοχής για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας του τοπικού πληθυσμού [θεραπευτικό συνεχές (continuity of care)].¹⁰

Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η μεταφορά νοσηλευόμενων ασθενών από την Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου «Γ. Γεννηματάς» στο ΝΗ του ΕΠΙΨΥ για να συνεχίσουν τη νοσηλεία τους σε ημερήσια βάση, επιτυγχάνοντας έτσι αποσυμφόρηση στην Ψυχιατρική Κλινική του γειτονικού Νοσοκομείου, η οποία, ως σημειωθεί, έχει 18 κρεβάτια αλλά και 17 ράντζα με ασθενείς.⁹

Επισημαίνεται ακόμη ότι το ΝΗ του Αιγινητείου είναι ένα τμήμα ενός μεγαλύτερου, Πανεπιστημιακού, Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, συνδεδεμένο και διοικητικά εξαρτημένο από αυτό. Βρίσκεται στο κέντρο της Αθήνας (τη χρονική περίοδο στην οποία αναφέρεται η μελέτη) με πρόσβαση επομένως εύκολη με τα μέσα μαζικής μεταφοράς.

Αντίθετα, το ΝΗ του ΕΠΙΨΥ είναι μια ανεξάρτητη και αυτοτελής μονάδα, που λειτουργεί στο πλαίσιο (και υπό τη διοικητική ευθύνη) ενός Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου, το οποίο βρίσκεται σε προάστιο, σε πευκόφυτη μεν περιοχή, αλλά με δυσκολότερη πρόσβαση με τα μέσα μαζικής μεταφοράς.

Το ΝΗ του Αιγινητείου έχει άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες χρήσιμες για τους θεραπευόμενους, όπως π.χ. για τη διενέργεια των απαραίτητων εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων ή την προμήθεια των φαρμάκων τους από το φαρμακείο του Αιγινητείου. Ακόμη, υπάρχει εύκολη πρόσβαση σε κρεβάτια των τμημάτων 24ωρης λειτουργίας για μια έκτακτη ανάγκη φιλοξενίας ενός ασθενούς. (Π.χ. από επιδείνωση ψυχοπαθολογίας, εμπύρετο νόσημα ή ορθοστατικό σύνδρομο). Αυτό πραγματοποιήθηκε σε ποσοστό 27,5% των νοσηλευόμενων του ΝΗ του Αιγινητείου.⁸

Το ΝΗ του ΕΠΙΨΥ δεν έχει αυτές τις δυνατότητες. Για τις εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις των θεραπευόμενων του, πρέπει να αποτανθεί στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» που ανήκει στον ίδιο Τομέα, ή στο Αιγινητείο. Συχνά, για τις εξετάσεις αυτές φροντίζει ο ίδιος ο θεραπευόμενος (μέσω του ασφαλιστικού του οργανισμού ή ιδιωτικά). Επιπλέον, δεν υπάρχει δυνατότητα άμεσης συνταγογράφησης στα ασφαλιστικά βιβλιάρια των ασθενών, οι οποίοι αναγκάζονται να προσκομίζουν τις συνταγές μας στα ασφαλιστικά τους ταμεία για την προμήθεια των φαρμάκων τους.

Δομή λειτουργίας και θεραπείες στα δύο Νοσοκομεία Ημέρας

Οι ασθενείς νοσηλεύονται καθημερινά, εκτός από τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες. Προσέρχονται στις 9:00 π.μ. και φεύγουν στις 2:00 μ.μ., αφού γευματίσουν. Κάθε παραπομπή ακολουθείται από μια «συνέντευξη εκτίμησης», στην οποία μετέχει και η οικογένεια του ασθενούς ή τουλάχιστον ένα μέλος της. Στη συνέντευξη αυτή αξιολογείται η καταλληλότητα του ασθενούς για το θεραπευτικό πρόγραμμα, γίνεται ενημέρωση για τον τρόπο λειτουργίας του ΝΗ και συζητούνται οι προσδοκίες και οι όροι της συνεργασίας του ασθενούς και της οικογένειάς του με το ΝΗ. Επίσης, η συνέντευξη εκτίμησης βοηθά στην κατάσταση ενός αρχικού σχεδίου αντιμετώπισης του ασθενούς.

Πλαίσιο λειτουργίας και των δύο ΝΗ αποτέλεσαν ορισμένες αρχές της Θεραπευτικής Κοινότητας,^{11,12} οι οποίες διαμόρφωναν μια ιδιαίτερη θεραπευτική ατμόσφαιρα. Οι κυριότερες από τις αρχές αυτές είναι:

1. Η συμμετοχή των θεραπευόμενων στη διοίκηση και λειτουργία της μονάδας.

2. Η χρήση ομαδικών διεργασιών με στόχο την κοινωνικοποίηση.
3. Η άμεση και συνεχής επικοινωνία μεταξύ θεραπευομένων και προσωπικού.
4. Η στενή και καλή συνεργασία όλου του προσωπικού στο θεραπευτικό έργο (προϋπόθεση η ομάδα ευαισθησίας του προσωπικού).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, πραγματοποιούνται ψυχοθεραπευτικές, βιολογικές και κοινωνικο-θεραπευτικές προσεγγίσεις.^{9,13,14}

Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει ομαδική ψυχοθεραπεία καθημερινά και οικογενειακή θεραπεία σε δεκαπενθήμερη συνήθως βάση. Το θεωρητικό μοντέλο της ομαδικής ψυχοθεραπείας αξιοποιεί βασικά αρχές της υποστηρικτικής, της ψυχοδυναμικής και της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας.

Η βιολογική προσέγγιση αφορά φαρμακοθεραπεία, που καλύπτει όλο το 24ωρο και όλες τις μέρες της εβδομάδας και πιο σπάνια ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Η τελευταία εφαρμόστηκε στους ασθενείς του ΝΗ του Αιγινήτειου σε ποσοστό 13,7% (7 περιστατικά),⁸ ενώ στο ΝΗ του ΕΠΙΨΥ, για το μοναδικό περιστατικό που η ηλεκτροσπασμοθεραπεία κρίθηκε απαραίτητη, υπήρξε συνεργασία με τη μονάδα ηλεκτροσπασμοθεραπείας του Αιγινήτειου όπου προσερχόταν, τις μέρες θεραπείας, ως εξωτερικός ασθενής διατηρώντας τη σχέση του με το ΝΗ του ΕΠΙΨΥ.

Όσον αφορά στις κοινωνικο-θεραπευτικές προσεγγίσεις, υπήρξαν διαφορές μεταξύ των δύο ΝΗ τουλάχιστον τον πρώτο χρόνο λειτουργίας τους. Στο ΝΗ του Αιγινήτειου έμφαση δόθηκε στην αμειβόμενη εργασία και στην εργοθεραπεία των ασθενών, ενώ περιστασιακά λειτούργησαν και δύο εργαστήρια φωτογραφίας και ξυλουργικής. Για την πραγματοποίηση της αμειβόμενης εργασίας υπήρξε συνεργασία με βιομηχανία που προσέφερε εργασία συσκευασίας φαρμακευτικού προϊόντος. Όμως τα χρήματα της αμοιβής των ασθενών, περνούσαν υποχρεωτικά από το Οικονομικό Συμβούλιο του Πανεπιστημίου και άλλες γραφειοκρατικές διαδικασίες και έφθαναν στο ΝΗ όταν ήδη οι περισσότεροι ασθενείς που εργάστηκαν είχαν πάρει εξιτήριο! Αργότερα, με τον εμπλουτισμό του ΝΗ με εξειδικευμένους θεραπευτές, το πρόγραμμα αυτό αναπροσαρμόστηκε και αναμορφώθηκε. Το κοινωνικο-θεραπευτικό πρόγραμμα των τελευταίων ετών –όπως αποκρυσταλλώθηκε στην πορεία της πολυετούς λειτουργίας του ΝΗ του

Αιγινήτειου– χρησιμοποιήθηκε στο ΝΗ του ΕΠΙΨΥ, εμπλουτισμένο με κάποιες ακόμη δραστηριότητες. Συγκεκριμένα, η κοινωνικο-θεραπευτική προσέγγιση περιελάμβανε ομάδες προαγωγής κοινωνικών δεξιοτήτων και ενημέρωσης, ομάδα τέχνης, ομάδα θεάτρου, εργοθεραπεία, συνεδρίες χαλάρωσης, ομάδα διαχείρισης ελεύθερου χρόνου, ομάδα φροντίδας εαυτού, θεραπευτική γυμναστική, ομάδα εκμάθησης παραδοσιακών και σύγχρονων χορών, κοινωνικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις κ.ά.

Και στα δύο ΝΗ μετά το εξιτήριο οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να ενταχθούν σε ομάδα follow-up.

Όσον αφορά στους νοσηλευόμενους του ΝΗ του ΕΠΙΨΥ, μετά το εξιτήριο, παραπέμπονται στους θεράποντες ιατρούς τους ή σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, με προεξάρχον το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παπάγου-Χολαργού, με το οποίο υπάρχει διασύνδεση, και την Ειδική Μονάδα Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης (ΕΜΑΕΕ) του ΕΠΙΨΥ.

Χαρακτηριστικά των νοσηλευθέντων ασθενών στα Νοσοκομεία Ημέρας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και του ΕΠΙΨΥ

Όπως φαίνεται στα συγκριτικά χαρακτηριστικά των νοσηλευθέντων ασθενών στα δύο Νοσοκομεία Ημέρας (πίνακας 1), υπερέχουν οι άνδρες νοσηλευόμενοι στο ΝΗ του Αιγινήτειου έναντι των γυναικών, όπως και στο ΝΗ του ΕΠΙΨΥ.

Από τους 51 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο ΝΗ του Αιγινήτειου οι 30 ήταν άνδρες και οι 21 γυναίκες (αναλογία 3:2). Στην υποομάδα των 39 ασθενών με σχιζοφρένεια οι 26 ήταν άνδρες και οι 13 γυναίκες (αναλογία 2:1).

Όσον αφορά στην ομάδα των 45 εισαχθέντων ασθενών στο ΝΗ του ΕΠΙΨΥ, οι 30 ήταν άνδρες και οι 15 γυναίκες (αναλογία 2:1). Ειδικότερα, στην υποομάδα των 28 ασθενών με σχιζοφρένεια οι 21 ήταν άνδρες και οι 7 γυναίκες (αναλογία 3:1).

Η ηλικία των νοσηλευομένων του ΝΗ του ΕΠΙΨΥ ήταν μεγαλύτερη από την ηλικία των νοσηλευομένων του ΝΗ του Αιγινήτειου, όπως δείχνει η κατανομή τους σε ηλικιακές ομάδες.

Όσον αφορά στην επαγγελματική απασχόληση, ο αριθμός των ανέργων ήταν μεγαλύτερος στο ΝΗ του ΕΠΙΨΥ (89,0% έναντι 52,9% του Αιγινήτειου).

Πίνακας 1. Συγκριτική διερεύνηση των χαρακτηριστικών των νοσηλευθέντων ασθενών στα Νοσοκομεία Ημέρας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και του ΕΠΙΨΥ.

	Αιγινήτειο (n=51)	ΕΠΙΨΥ (n=45)	Στατιστική σημαντικότητα
Φύλο			
Άνδρες	30 (58,8%)	30 (66,7%)	$\chi^2=0,627$ $p=0,428$
Ηλικία			
Έως 20 ετών	13 (25,5%)	0 (0,0%)	$\chi^2=29,526$
21-25	17 (33,3%)	4 (8,9%)	$p=0,0001$
26-30	9 (17,6%)	11 (24,4%)	
31-35	6 (11,8%)	20 (44,4%)	
36+	6 (11,8%)	10 (22,2%)	
Εκπαίδευση			
Έως 9 έτη	10 (19,6%)	8 (17,7%)	$\chi^2=0,678$
10-12	18 (35,3%)	13 (28,8%)	$p=0,713$
12+	23 (45,1%)	24 (53,2%)	
Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμοι	45 (89,2%)	36 (80,0%)	$\chi^2=1,230$
Άλλο	6 (10,8%)	9 (20,0%)	$p=0,267$
Ασφαλιστικοί φορείς			
ΙΚΑ	16 (31,4%)	20 (44,4%)	$\chi^2=1,743$
Άλλο	35 (68,6%)	25 (55,6%)	$p=0,187$
Συνθήκες διαμονής			
Με οικογένεια ή μέρος αυτής	45 (88,2%)	36 (80,0%)	$\chi^2=1,230$
Άλλο	6 (11,8%)	9 (20,0%)	$p=0,267$
Μέσο Καθημερινής Προσέλευσης στο ΝΗ			
Μέσα μαζικής μεταφοράς	48 (94,1%)	33 (73,3%)	$\chi^2=7,833$
Άλλο (ιδιωτικό)	3 (5,9%)	12 (26,7%)	$p=0,005$
Χρόνος διαδρομής προς το ΝΗ			
30 min–60 min	29 (56,9%)	26 (57,7%)	$\chi^2=0,008$
Άλλο	22 (43,1%)	19 (42,3%)	$p=0,928$
Επαγγελματική απασχόληση			
Άνεργος	27 (52,9%)	40 (89,0%)	$\chi^2=14,653$
Άλλο	24 (47,1%)	5 (11,0%)	$p=0,0001$
Διάγνωση σχιζοφρένεια	39 (76,5%)	28 (62,2%)	$\chi^2=2,302$ $p=0,129$
Προηγούμενες νοσηλείες σε 24ωρη βάση			
Χωρίς νοσηλεία ή μία	19 (37,3%)	18 (40,0%)	$\chi^2=0,076$
Περισσότερες από μία	32 (62,7%)	27 (60,0%)	$p=0,783$
Κύριες πηγές παραπομπής			
Υπηρεσίες Αιγινήτειου Νοσοκομείου	29 (56,8%)	15 (33,4%)	$\chi^2=0,541$
Ιδιώτες ψυχίατροι	17 (33,3%)	12 (26,7%)	$p=0,462$
Άλλο	5 (9,9%)	18 (39,9%)	

Εξάλλου, οι ασθενείς του ΝΗ του ΕΠΙΨΥ χρησιμοποιούσαν σπανιότερα μαζικό μέσο μεταφοράς (73,3% έναντι 94,1% του Αιγινήτειου)

Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις άλλες κοινωνικο-δημογραφικές και κλινικές παραμέτρους.

Συζήτηση

Τα δύο Νοσοκομεία Ημέρας, του Αιγινήτειου και του ΕΠΙΨΥ, ξεκίνησαν να λειτουργούν με χρονική απόσταση 32 ετών. Η σύγκριση επομένως του πρώτου χρόνου της λειτουργίας τους και των χαρακτηριστικών των νοσηλευομένων τους, προκαλεί ενδιαφέρον, όπως άλλωστε και τα προβλήματα που οι δυο αυτές μονάδες αντιμετώπισαν κατά την έναρξη της λειτουργίας τους. Ας σημειωθεί εδώ, ότι τα δυο Νοσοκομεία Ημέρας, κατά τη χρονική περίοδο στην οποία αναφέρεται η σύγκριση, έχουν: (α) κοινά λειτουργικά χαρακτηριστικά (π.χ. ημέρες και ώρες λειτουργίας), (β) κοινά κριτήρια επιλογής ασθενών, (γ) ακολουθούν το ίδιο θεραπευτικό πρόγραμμα, που βασίζεται στις αρχές της Θεραπευτικής Κοινότητας και περιλαμβάνει παρόμοιες ψυχοθεραπευτικές, βιολογικές και κοινωνικο-θεραπευτικές προσεγγίσεις και (δ) έχουν τον ίδιο ψυχίατρο ως υπεύθυνο για την οργάνωση και τη λειτουργία τους και τον ίδιο Διευθυντή του Πανεπιστημιακού φορέα στον οποίο ανήκουν (Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου το 1977, ΕΠΙΨΥ το 2009).

Η προηγούμενη εμπειρία του ΝΗ του Αιγινήτειου ήταν χρήσιμη για το ΝΗ του ΕΠΙΨΥ, αφού εφάρμοσε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, δοκιμασμένο ήδη και ολοκληρωμένο, το οποίο, παρόλ' αυτά, εμπλουτίστηκε στον τομέα κυρίως των κοινωνικο-θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Η σημαντική αριθμητική υπεροχή των ανδρών μεταξύ των νοσηλευομένων και των δύο ΝΗ (που παρατηρείται επίσης, τόσο στις παραπομπές –intake– όσο και στις συνεντεύξεις εκτίμησης που πραγματοποιήθηκαν) αποτελεί εξαίρεση του κανόνα, αφού σε όλες τις χώρες, ο αριθμός των γυναικών που νοσηλεύονται στα ΝΗ, είναι μεγαλύτερος από εκείνον των ανδρών.¹ Για παράδειγμα, σε Αγγλία και Ουαλία η αναλογία ανδρών και γυναικών είναι 1:2.¹ Στο San Diego είναι 2:5,¹⁵ στη δε Μασσαχουσέτη 5:8.¹⁶ Σε σχέση με την Αγγλία, όπου νοσηλεύεται στα ΝΗ διπλάσιος αριθμός γυναικών από τον αριθμό των ανδρών, παρατηρήθηκε ότι στα ψυχιατρεία 24ωρης λειτουργίας ο αριθμός των γυναικών είναι λίγο μικρότερος έναντι των ανδρών (47% έναντι 53%).¹⁷⁻¹⁹

Στη χώρα μας, στα ψυχιατρεία 24ωρης λειτουργίας, φαίνεται επίσης ότι νοσηλεύεται μικρότερος αριθμός γυναικών από ό,τι ανδρών.

Επειδή δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία, αναζητήσαμε πληροφορίες, δειγματοληπτικά, με προσωπική επικοινωνία. Έτσι, πληροφορηθήκαμε ότι στο Δρομοκαϊτείο Θεραπευτήριο το 2010 νοσηλεύθηκαν

1285 άνδρες και 928 γυναίκες (ποσοστό 58% και 42% αντίστοιχα), ενώ στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής νοσηλεύονται σήμερα 708 άνδρες και 442 γυναίκες (ποσοστό 61,5% και 38,5% αντίστοιχα). Όσον αφορά στην Ψυχιατρική Κλινική του γειτονικού μας Γενικού Νοσοκομείου «Γ. Γεννηματάς», κατά την τελευταία δεκαετία, η αναλογία ανδρών-γυναικών στο σύνολο των νοσηλευθέντων είναι 3:2.

Η προαναφερθείσα ακόμη μεγαλύτερη υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών, στα ΝΗ του Αιγινήτειου και του ΕΠΙΨΥ, ενδεχομένως συνδέεται με τις αντιλήψεις που επικρατούν στην ελληνική οικογένεια και τη στάση της απέναντι στην αντιμετώπιση και νοσηλεία των άρρωστων μελών της σε σχέση με το φύλο τους. Δηλαδή, η οικογένεια ίσως προστατεύει τη γυναίκα και την κρατά στο σπίτι ή ανέχεται τη δυσλειτουργικότητά της, θεωρώντας πιο «βαρύ» το να μένει στο σπίτι ο άνδρας.

Στο ΝΗ του ΕΠΙΨΥ φαίνεται ότι νοσηλεύονται άτομα μεγαλύτερης ηλικίας από ό,τι στο ΝΗ του Αιγινήτειου. Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των νοσηλευομένων του ΝΗ του Αιγινήτειου εντάσσονται στην ηλικιακή ομάδα 17–25 ετών (58,8%) ενώ στο ΝΗ του ΕΠΙΨΥ οι νοσηλευόμενοι εντάσσονται στην ηλικιακή ομάδα 26–35 ετών (68,8%).

Όσον αφορά στην επαγγελματική απασχόληση, οι άνεργοι υπερέχουν στο ΝΗ του ΕΠΙΨΥ (89% έναντι 52,9% του Αιγινήτειου). Ερώτημα αποτελεί αν η αρχόμενη οικονομική κρίση (2009–2010) επηρέασε αυτό το γεγονός.

Επίσης, η διάγνωση σχιζοφρένεια τέθηκε σε ποσοστό 62,2% ενώ στο ΝΗ του Αιγινήτειου το αντίστοιχο ποσοστό είναι 76,5%.

Επισημαίνεται εδώ ότι κατά την περίοδο 1977–78 (του πρώτου χρόνου λειτουργίας του ΝΗ του Αιγινήτειου) από πλευράς διαγνωστικών κριτηρίων ίσχυε το DSM II,²⁰ ενώ το 2009–2010 ισχύουν τα διαγνωστικά κριτήρια κατά του DSM IV TR.²¹ Παρόλ' αυτά, δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές στα κριτήρια για τη διάγνωση σχιζοφρένειας πλην της αναγκαιότητας ύπαρξης ακουστικών ψευδαισθήσεων στο DSM II.

Ο τρόπος προσέλευσης των νοσηλευομένων του ΝΗ του ΕΠΙΨΥ περιλαμβάνει σημαντική χρήση ιδιωτικού μέσου μεταφοράς (26,7%) σε αντίθεση με το αντίστοιχο μόλις 5,9% του Αιγινήτειου. Για το μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης ιδιωτικών μέσων μεταφοράς από τους νοσηλευόμενους στο ΝΗ του ΕΠΙΨΥ, προφανώς συνετέλεσε η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου

του πληθυσμού μέσα σε 32 χρόνια, η απόσταση του ΝΗ του ΕΠΙΨΥ από το κέντρο, ίσως και ο χώρος στάθμευσης που το ΝΗ του ΕΠΙΨΥ διαθέτει.

Όσον αφορά στις πηγές παραπομπής, παρατηρούμε ότι στο ΝΗ του Αιγινητείου το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (56,8%) προέρχεται από δομές του Αιγινητείου, με το οποίο είναι άμεσα συνδεδεμένο, ενώ στο ΝΗ του ΕΠΙΨΥ, οι πηγές παραπομπής εμφανίζουν μεγαλύτερη ετερογένεια. Ωστόσο, το Αιγινητείο αποτελεί και εδώ κύρια πηγή παραπομπής (1/3 των παραπομπών).

Η ύπαρξη ομάδας συνεχιζόμενης παρακολούθησης (follow-up) αποτελεί μια γέφυρα ανάμεσα στο θεραπευτικό περιβάλλον του ΝΗ από το οποίο έχει φύγει ο ασθενής και το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο προσπαθεί να ενταχθεί. Η ομάδα αυτή στοχεύει επίσης στην πρόληψη της υποτροπής και του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας» (revolving door).¹⁰

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι η παροχή συνεχούς, πολλαπλής και εξατομικευμένης

θεραπευτικής παρέμβασης την οποία χρειάζεται ο ασθενής μια δεδομένη χρονική στιγμή, σύμφωνα με τις επιταγές του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, καθιστά το Νοσοκομείο Ημέρας κομβικό στη σύγχρονη εφαρμογή της Ψυχιατρικής.²²

Τριάντα δύο χρόνια μετά την, πρωτοποριακή για τη χώρα μας, λειτουργία του πρώτου Νοσοκομείου Ημέρας, οι δυσκολίες, οι χρονοβόρες διαδικασίες, η πρόκληση της βελτίωσης της ψυχιατρικής φροντίδας και επανένταξης των ψυχικά πασχόντων παραμένουν ενεργές. Σε μια εποχή ατομοκεντρισμού και κοινωνικής αποξένωσης, όπου η δομή και η συνοχή της κοινότητας συνεχώς μεταβάλλονται, τα οικονομικά προβλήματα μεγεθύνονται και οι ψυχικές εφεδρείες των οικογενειών εξαντλούνται, η φροντίδα του ψυχικά ασθενούς στην κοινότητα, φαντάζει ίσως πιο δύσκολη από ποτέ.

Ωστόσο, η μερική νοσηλεία και το πολύπλευρο θεραπευτικό πρόγραμμα που το ΝΗ εισηγείται, μπορεί να προσφέρει και σήμερα μια ευέλικτη, φιλελεύθερη, οικονομική και πολύ αποτελεσματική βοήθεια στους πάσχοντες και τις οικογένειές τους.

Comparative study of the operation of two day's Hospitals in Athens

J. Mantonakis, N. Karakatsanis, E. Spilioti, I. Karanikoli, C. Stentoumis, C. Stefanis

Day Hospital, University Mental Health Research Institute, Athens, Greece

Psychiatriki 2014, 25:111–118

The present paper describes the preparation for the commencement of services by the University Mental Health Research Institute (UMHRI) Day Hospital and Eginition Day Hospital whose operation (in 1977) signifies the beginning of the Psychiatric Reform in our country. The two units' functional characteristics and the type of offered services are mentioned. Psychotherapeutic, biological and sociotherapeutic approaches are practiced on a daily basis within a framework of Therapeutic Community services. Moreover, relations, similarities and differences among the two day hospitals are pointed out. Special mention is given to the problems and difficulties that these two units faced upon their commencement, which took place at different time periods, set 32 years apart. The lack of legislative framework with regards to the operation of Day Hospitals, the bureaucratic obstacles and the skepticism towards the new treatment approach of patients, were the basic obstacles that had to be overcome in order for the first Day Hospital to become operational in 1977. Licensing and funding were the main obstacles that the creation of UMHRI's Day Hospital faced, although these two units had already been established. Emphasis was placed on the staff's training, which mainly consisted of young professionals and at the social environment's and all those services' (health-care, community etc) attitude, in the specific catchment area (6th Mental Health Sector). The study of patients' characteristics hospitalized in Eginition's Day Hospital throughout its first year of operation (1977–1978) and of patients hospitalized at UMHRI's Day Hospital, also at its first year of operation

(2009–2010), showed, among other things, that in both cases, the number of hospitalized male patients is larger than the number of female patients. This constitutes an exception compared to other countries, whereby female patients outnumber male patients in Day Hospitals. Especially at UMHR's Day Hospital, the number of men is twice the number of women and three times the number of women in the subgroup of patients with schizophrenia. In addition, at Eginition Day Hospital, the men- women ratio is 3:2 in the total number of hospitalized patients and 2:1 in the schizophrenia subgroup. The comparison between the hospitalized patients in Eginition Day Hospital and UMHR's Day Hospital brought out the following differences: inpatients at UMHR's day Hospital were more often older, ($\chi^2=29.52$, $p=0.0001$), unemployed ($\chi^2=14.65$, $p=0.0001$) and used public means of transportation more rarely ($\chi^2=7.38$, $p=0.005$). No other differences were found in the rest of the sociodemographic variables such as education, marital status, insurance agency, living conditions, traveling time to the day Hospital, referral source, diagnosis of schizophrenia, past hospitalizations. To conclude, it is worth mentioning that the Day Hospital is in a position to treat patients with active psychotic symptomatology, preventing thus their hospitalization on a 24 hour basis.

Key words: Day hospital, partial hospitalization, therapeutic community.

Βιβλιογραφία

- Bennett D. The Day Hospital in Social Psychiatry. In: Petrilowitsch N, Flegel A (eds) *Top Probl Psychiat Neurol*. S. Karger, Basel, 1969, 9:4–18
- Herz M. Partial Hospitalization: Day and Night Care. In: Freedman A, Kaplan H, Sadock B (eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry-II*. vol. 2. Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1975
- Μαντωνάκης Ι, Κολύρης Γ. Μελέτη τρόπου λειτουργίας Νοσοκομείου Ημέρας (Day Hospital). *Minerva Medica Greca*, Αθήνα, 1975, 3:359–368
- Shek E, Stein AT, Shansis FM, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day Hospital versus Outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.*, (3):CD003240, 2001
- Κανονισμός ΕΟΚ αριθ. 815/84. Εφημερίδα ΕΟΚ L88, 31/03/1984
- Mantonakis I. Problems related to the organization and opening of the first day hospital in Athens. *Int J Soc Psychiatry* 1981, 27:151–153
- Εφημερίς της Κυβερνήσεως. Αριθμός Φύλλου 141, τεύχος πρώτον, 24/05/1977
- Μαντωνάκης Ι, Τζέμος Ι. Παρατηρήσεις από 15 μήνες λειτουργίας του πρώτου Νοσοκομείου Ημέρας στην Ελλάδα. *Εγκέφαλος* 1983, 1, 20:36–43
- Μαντωνάκης Ι. Έκθεση Πεπραγμένων του Κέντρου-Νοσοκομείου Ημέρας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (προς Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης), 2010
- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Searrano AM, Tyrer P. Day Hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, (3): CD003240, 2009
- Jones M. Therapeutic Community Practice, *The American Journal of Psychiatry* 1966, 122:1275–1279
- Μαντωνάκης Ι. Θεραπευτική Κοινότητα. *Εγκέφαλος* 1978, 15: 52–55
- Μαντωνάκης Ι. Νοσοκομείο Ημέρας. Στο: Στεφανή Κ (Συντ.) *Τμητικός Τόμος*. Αφιέρωμα των συνεργατών του (Επιμ. εκδ. Ι. Μαντωνάκης). Εκδόσεις Αρσενίδη, Αθήνα, 2004:87–91
- Μαντωνάκης Ι, Γύρα Ε, Κατάν Κ, Θεοχάρη Κ, Γιαννάκου Β, Ξαγοράρη Ε, Στεφανής Κ. Το Νοσοκομείο Ημέρας ως πολύπλευρη θεραπευτική επαναδομητική εμπειρία. Στο: *Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής* (επιμ. εκδ. Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης), επιμ. εκδ. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994:433–438
- McMillian T, Aase B. *Analysis of first 500 patients at San Diego Treatment Center in Day Care of Psychiatric Patients*. In: Epps RL, Hanes LD (eds) Thomas, Springfield, Ill, 1964:91–105
- Kramer B. *Day Hospital. A study of Partial Hospitalization in Psychiatry*. Grune and Stratton, New York, 1979
- Department of Health. *Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond*. White Paper. 1989, London, HMSO. *Modernizing Mental Health Services*. London, Department of Health, 1998 *Saving Lives: Our healthier Nation*, London, Stationary Office, 1999
- National Health Service Executive. *Safety, Privacy and Dignity in Mental Health Units. Guidance on Mixed Sex Accommodation for Mental Health Units*. Leeds, NHS Executive, 2000
- Perkins RE, Rowland LA. Sex Differences in service usage in long-term psychiatric care. Are women adequately served? *Br J Psychiatry* 2000, 158(Suppl 10):75–79
- DSM II (Seventh Printing). 1974–1980: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 1974/ APA (American Psychiatric Association)*
- DSM-IV-TR: *Major Revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. July 2000/APA (American Psychiatric Association)
- World Health Organization. *Organization of Services for Mental Health*. Geneva, WHO, 2003

Αλληλογραφία: Ι. Μαντωνάκης, Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής (ΕΠΙΨΥ), Σωρανού του Εφρυσίου 2, 115 27 Αθήνα, ΤΟ: 66 517, ΤΚ: 156 01 Παπάγου Τηλ. (+30) 210-61 70 804 (5), Fax: (+30) 210-65 28 354

Ερευνητική εργασία Research article

Στάσεις και αντιλήψεις προσωπικού και ενοίκων-ασθενών σε στεγαστικές δομές της Θεσσαλίας

Ε.Ν. Λακιώτη,¹ Ν.Β. Αγγελόπουλος,¹ Β.Δ. Τομαράς²

¹Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

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

Ψυχιατρική 2014, 25:119–128

Με την εφαρμογή της «Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης» στην Ελλάδα, η φροντίδα των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές άρχισε να μεταφέρεται από τα ψυχιατρεία σε προστατευμένους χώρους στέγασης στην κοινότητα (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα), για την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση, με στόχο τον αποϊδρυματισμό και την κοινωνική τους επανένταξη. Η παρούσα εργασία αποσκοπούσε στην καταγραφή και ανάλυση των στάσεων και αντιλήψεων του προσωπικού και των ενοίκων-ασθενών των 17 στεγαστικών δομών (5 οικοτροφείων, 4 ξενώνων και 8 προστατευμένων διαμερισμάτων) του Προγράμματος «Ψυχαργός» στη Θεσσαλία, καθώς και στον έλεγχο της υπόθεσης νεοϊδρυματικού χαρακτήρα των δομών αυτών. Πραγματοποιήθηκε επιτόπια συλλογή πρωτογενών στοιχείων από 157 μέλη του προσωπικού και 88 ενοίκους-ασθενείς των δομών, με τη χρήση πρωτότυπων ερωτηματολογίων καθώς και της κλίμακας Ολικής Εκτίμησης Λειτουργικότητας-KOEL (Global Assessment Scale, GAS). Οι ανεξάρτητες μεταβλητές για το προσωπικό (φύλο, ηλικία, μόρφωση-έτη σπουδών, ειδικότητα, νομική μορφή της δομής και χρόνος προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας) και για τους ενοίκους-ασθενείς (φύλο, ηλικία, βαθμολογία στην κλίμακα GAS, νομική μορφή της δομής, χρόνος παραμονής στη συγκεκριμένη δομή και χρόνος πρότερης παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα) συσχετίστηκαν με τις μεταβλητές ενδιαφέροντος για πιθανή συνάφεια (χ^2). Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0. Η υπόθεση νεοϊδρυματικού χαρακτήρα των δομών ελέγχθηκε μέσω επαναληπτικής απογραφής 34 μήνες αργότερα. Για το προσωπικό, καταγράφηκε θετικό μεν κίνητρο ως προς τον θεσμό των στεγαστικών δομών, αλλά αρνητική άποψη σχετικά με την προοπτική πλήρους αποθεραπείας των ενοίκων-ασθενών και σκεπτικισμός ως προς την αποδοχή αυτών από την τοπική κοινότητα. Ασφαλώς, θετικό είναι ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των εργαζομένων επιθυμεί, έστω και υπό προϋποθέσεις, να γίνουν ανάδοχοι ενοίκων-ασθενών. Οι ένοικοι-ασθενείς διατηρούν καλές σχέσεις με το προσωπικό και τους συγκατοίκους τους και αισθάνονται ικανοποίηση από τον χώρο διαμονής και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Δηλώνουν ωστόσο, κατά πλειοψηφία (κυρίως οι πιο λειτουργικοί και με ηπιότερη συμπτωματολογία), την επιθυμία για περισσότερη αυτονομία, ως προς τον βαθμό εποπτείας από το προσωπικό, την επαφή τους με την τοπική κοινότητα, την προοπτική αναδοχής, την προοπτική επανόδου στη φυσική οικογένεια καθώς και διαβίωσης σε προσωπικό χώρο. Τελικά, τα αποτελέσματα της έρευνας γεννούν απαισιοδοξία ως προς τον ενδιάμεσο-μεταβατικό χαρακτήρα των στεγαστικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς μόνον ένα ελάχιστο ποσοστό των ενοίκων-ασθενών μετακινήθηκε, κατά το

διάστημα μεταξύ των δύο απογραφών, προς στέγαση μειωμένης εποπτείας, και κανείς προς την κοινότητα. Ωστόσο, η λειτουργικότητα μιας, όχι ευκαταφρόνητης, μερίδας των ενοίκων-ασθενών θα μπορούσε να αξιοποιηθεί με στόχο την έξοδό τους από νεοϊδρυματικά σχήματα στέγασης και διαβίωσης και την κοινωνική τους επανένταξη.

Λέξεις ευρητηρίου: Ψυχικές διαταραχές, κοινοτικές στεγαστικές δομές, στάσεις απέναντι στη ψυχική διαταραχή, ικανοποίηση ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κοινωνική επανένταξη, νεο-ιδρυματισμός.

Εισαγωγή

Η παροχή φροντίδας σε άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές αποτελεί δείκτη πολιτισμού. Για μεγάλο διάστημα του 20ού αιώνα, ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης της ψυχικής διαταραχής ήταν η νοσηλεία-εγκλεισμός του ασθενούς στο ψυχιατρείο-άσυλο, όπου ζούσε απομονωμένος από την κοινωνία αλλά και αποστερημένος ουσιαστικά από θεραπευτικά ερεθίσματα. Η μακροχρόνια, όμως, ψυχιατρική νοσηλεία είναι σήμερα αποδεκτό ότι προκαλεί το φαινόμενο του ιδρυματισμού,¹ οι εκδηλώσεις του οποίου επιβαρύνουν την ψυχοκοινωνική και λειτουργική κατάσταση του ασθενούς και, ως εκ τούτου, πρέπει να αποφεύγεται.

Στην Ελλάδα, οι εικόνες των απάνθρωπων συνθηκών διαβίωσης που επικρατούσαν για δεκαετίες στο ψυχιατρείο-αποθήκη της Λέρου διέφυγαν από τα τείχη του ιδρύματος αλλά και της χώρας και έκαναν τον γύρο του κόσμου, στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Με κύριο στόχο την επίλυση του προβλήματος της Λέρου, θεσπίστηκε ο Κανονισμός 815/84 της Ε.Ο.Κ., ο οποίος προέβλεπε πολλές δράσεις για την ανάπτυξη της «ψυχιατρικής μεταρρύθμισης» στην Ελλάδα. Στα τέλη της ίδιας δεκαετίας, άρχισε η εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων χρηματοδοτούμενων από την Ε.Ε., και συγκεκριμένα των «Λέρος Ι» και «Λέρος ΙΙ», και μετέπειτα, του Εθνικού Προγράμματος «Ψυχαργός», με κυρίαρχους στόχους τον αποϊδρυματισμό και την κοινωνική επανένταξη των χρόνιων έγκλειστων ασθενών.

Στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός» έχουν αναπτυχθεί και λειτουργούν στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην κοινότητα (122 οικοτροφεία, 90 ξενώνες και 225 προστατευμένα διαμερίσματα*) κατανομήματα στις περιφέρειες της χώ-

ρας. Ωστόσο, η αξιολόγηση του προγράμματος είναι, ακόμη και σήμερα, πολύ ελλιπής.

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε την καταγραφή και ανάλυση των στάσεων και των αντιλήψεων αφενός του προσωπικού των στεγαστικών δομών του Προγράμματος «Ψυχαργός» στην Περιφέρεια της Θεσσαλίας, και αφετέρου των ενοίκων-ασθενών των ίδιων δομών. Η υπόθεση του νεοϊδρυματικού χαρακτήρα των δομών αυτών διερευνήθηκε μέσω επαναληπτικής απογραφής των ενοίκων.

Υλικό-μέθοδος

Η έρευνα συμπεριέλαβε 17 δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του Προγράμματος «Ψυχαργός» – η λειτουργία των οποίων είχε ξεκινήσει κατά το διάστημα 2000–2004. Πρόκειται για πέντε οικοτροφεία, τέσσερις ξενώνες και οκτώ προστατευμένα διαμερίσματα, κατανομήματα στους τέσσερις νομούς της Θεσσαλίας. Τα οικοτροφεία υπάγονται σε Αστικές Μη Κερδοσκοπικές Εταιρείες (ΑΜΚΕ) που δραστηριοποιούνται στη Θεσσαλία, ενώ οι ξενώνες και τα προστατευμένα διαμερίσματα υπάγονται στα τέσσερα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία (Λάρισας, Βόλου, Τρικάλων και Καρδίτσας).

Στην έρευνα συμμετείχαν 157 από τα 158 συνολικά μέλη του προσωπικού, (9 ψυχίατροι, 3 παθολόγοι, 7 ψυχολόγοι, 8 κοινωνικοί λειτουργοί, 54 νοσηλευτές, 3 εργοθεραπευτές, 3 φυσικοθεραπευτές, 4 εκπαιδευτές διαφόρων ειδικοτήτων, 1 γυμνάστρια ειδικής φυσικής αγωγής, 54 γενικών καθηκόντων, 4 φροντιστές, 1 οικονόμος-επιστάτης, 1 διοικητική υπάλληλος, 2 μαγειρίσες, 3 καθαρίστριες και 1 οδηγός), καθώς και 88 από τους 118 ενοίκους-ασθενείς των στεγαστικών δομών. Οι 30 που εξαιρέθηκαν έπασχαν από βαριά νοητική υστέρηση και δεν ήταν σε θέση να κατανοήσουν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Ένα και μόνο μέλος του προσωπικού αρνήθηκε να συμμετάσχει στην έρευνα. Αρκετοί ένοικοι-ασθενείς και ολίγοι εργαζόμενοι δεν συμπλήρωσαν όλες τις

* Δεκέμβριος 2010. Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Απογραφής Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργός» (ΜΥΠ 2003–2007), Βάση Δεδομένων Έργων.

ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, με αποτέλεσμα ο αριθμός των απαντήσεων να διαφέρει από ερώτηση σε ερώτηση.

Η συλλογή στοιχείων έγινε επιτοπίως με ερωτηματολόγια τα οποία κατασκευάστηκαν για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας:

α. Για το προσωπικό: Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία, στάσεις και αντιλήψεις ως προς τον θεσμό των στεγαστικών δομών, την ψυχική διαταραχή και τους πάσχοντες από αυτήν, καθώς και την προοπτική αποθεραπείας και κοινωνικής επανένταξης των ενοίκων-ασθενών (20 ερωτήσεις).

β. Για τους ενοίκους-ασθενείς: Βαθμός ικανοποίησης από τη διαβίωση στη δομή, στάσεις απέναντι στο προσωπικό και στους συγκατοίκους, καθώς και προσδοκίες για κοινωνική επανένταξη (24 ερωτήσεις).

Χρησιμοποιήθηκε επίσης η Κλίμακα GAS,² η οποία έχει σταθμιστεί σε ελληνικό δείγμα πληθυσμού.³ Η κλίμακα συμπληρώθηκε από τον ψυχίατρο ή τον ψυχολόγο της κάθε δομής, μετά από συνεργασία με τα μέλη του προσωπικού. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν από τον ερευνητή (1ος συγγραφέας) στους ενοίκους-ασθενείς και σε ορισμένες περιπτώσεις από τον υπεύθυνο της δομής.

Η διεξαγωγή της βασικής έρευνας διήρκεσε έξι μήνες (Οκτώβριος 2004–Μάρτιος 2005). Η επαναληπτική απογραφή των ενοίκων-ασθενών πραγματοποιήθηκε 34 μήνες αργότερα, τον Οκτώβριο του 2007.

Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0. Για το προσωπικό και τους ενοίκους-ασθενείς, μελετήθηκαν οι κατανομές συχνότητων των εξεταζομένων μεταβλητών και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε έλεγχος συνάφειας (χ^2) μεταξύ των μεταβλητών ενδιαφέροντος και των ανεξάρτητων μεταβλητών με στόχο να διαπιστωθεί πιθανή επίδραση της κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στις εξαρτημένες και να ερευνηθούν πιθανές αιτιατές σχέσεις. Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05.

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές για το προσωπικό θεωρήθηκαν το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση (έτη σπουδών), η ειδικότητα, η νομική μορφή της δομής στη οποία εργάζονται και ο χρόνος προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στην παρούσα δομή. Για τους ενοίκους-ασθενείς, αντίστοιχα, ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν το φύλο, η ηλικία, η βαθμολογία της κλίμακας GAS, η νομική μορφή της δομής στην οποία διαμένουν, ο χρόνος της εκεί παραμονής τους, καθώς και ο χρόνος πρότερης παραμονής τους σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

Αποτελέσματα–Συζήτηση

Προσωπικό

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, το προσωπικό απαρτίζεται κυρίως από γυναίκες (79%), εργάζεται κατά πλειοψηφία σε ΑΜΚΕ (68,8%) και είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (το 73,9% δεν έχει υπερβεί τη πρωτοβάθμια εκπαίδευση).

Καταγράφηκε υψηλή ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία τους: Το 73,1% είναι πολύ ικανοποιημένο. Εντούτοις, περισσότεροι από δύο στους τρεις (68,4%) αισθάνονται να δυσκολεύονται περισσότερο από την εργασία τους στη δομή απ' ό,τι αν εργάζονταν σε άλλους ψυχιατρικούς χώρους (π.χ. σε νοσοκομείο ή σε κέντρο ψυχικής υγείας) ($n=156$). Σημαντικά υψηλότερος βαθμός δυσκολίας διαπιστώθηκε για το νοσηλευτικό προσωπικό ($\chi^2=16,62$, $p=0,002$), τους εργαζομένους σε δομές του δημοσίου τομέα ($\chi^2=23,23$, $p=0,000$), τις ηλικίες 31 έως 39 ($\chi^2=11,60$, $p=0,021$), το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ($\chi^2=14,37$, $p=0,006$) και τη μακρά προϋπηρεσία σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ($\chi^2=23,21$, $p=0,000$). Για τον μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας στον δημόσιο τομέα, η πιθανότερη εξήγηση είναι ότι τα μέλη του προσωπικού είναι αριθμητικά λιγότερα συγκριτικά με τις ΑΜΚΕ και, επομένως, επωμίζονται περισσότερες ευθύνες, με αποτέλεσμα να βιώνουν μεγαλύτερη κόπωση. Η μικρότερη δυσκολία που αναφέρουν οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να αποδοθεί στην αυξημένη τους πείρα, την οποία προφανώς αξιοποιούν στον χώρο εργασίας. Όσο για το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, ίσως αυτό να δυσχεραίνει την κατανόηση των συμπεριφορών των ενοίκων-ασθενών και, συνακόλουθα, να καθιστά δυσκολότερη την επικοινωνία με αυτούς, κάνοντας έτσι την εργασία επαχθέστερη.⁴ Τα άτομα που περνούν περισσότερες ώρες με τους ενοίκους-ασθενείς είναι οι νοσηλευτές, και έτσι φαίνεται εύλογο να αισθάνονται μεγαλύτερη κόπωση, συγκριτικά με τις άλλες ειδικότητες εργαζομένων, αφού επωμίζονται το κύριο βάρος της φροντίδας. Τέλος η αυξημένη δυσκολία ανταπόκρισης των εργαζομένων με μεγαλύτερη προϋπηρεσία σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μπορεί να αποδοθεί στην επαγγελματική εξουθένωση που παρατηρείται συχνά σε επαγγελματίες που εργάζονται σε χώρους ψυχικής υγείας, με συνέπεια να μη διαθέτουν πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να αποδώσουν στην εργασία τους.⁵ Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται αποτέλεσμα χρόνιου στρες.⁶

Πίνακας 1. Προφίλ προσωπικού κατά νομική μορφή των δομών.

		ΝΠΔΔ*		ΑΜΚΕ**		Σύνολο	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Φύλο	Άνδρες	13	26,5	20	18,5	33	21,0
	Γυναίκες	36	73,5	88	81,5	124	79,0
	Σύνολο	49	100,0	108	100,0	157	100,0
Ηλικία	22–30	16	32,6	39	36,8	55	35,5
	31–39	26	53,1	35	33,0	61	39,3
	40+	7	14,3	32	30,2	39	25,2
	Σύνολο	49	100,0	106	100,0	155	100,0
Κατηγορία προσωπικού	Θεραπευτικό	15	30,6	19	17,6	34	21,7
	Νοσηλευτικό	25	51,0	29	26,8	54	34,4
	Λοιπό	9	18,4	60	55,6	69	43,9
	Σύνολο	49	100,0	108	100,0	157	100,0
Έτη σπουδών	Έως 6	27	55,1	89	82,4	116	73,9
	7–16	18	36,7	12	11,1	30	19,1
	17+	4	8,2	7	6,5	11	7,0
	Σύνολο	49	100,0	108	100,0	157	100,0
Μήνες προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας	6–18	8	16,3	44	41,5	52	33,5
	19–48	12	24,5	38	35,9	50	32,3
	49+	29	59,2	24	22,6	53	34,2
	Σύνολο	49	100,0	106	100,0	155	100,0
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη δομή	Έως 1	3	6,2	8	7,4	11	7,1
	1–2	2	4,2	96	88,9	98	62,8
	2+	43	89,6	4	3,7	47	30,1
	Σύνολο	48	100,0	108	100,0	156	100,0

* Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, **Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία.

Στην ερώτηση «πόσον καιρό ακόμη θα αντέχατε να δουλεύετε σε τέτοια δομή», η συντριπτική πλειοψηφία (92,9%) απάντησε πως θα συνέχιζε για τα επόμενα δύο τουλάχιστον έτη (n=154). Σημειωτέον ότι όταν οι εργαζόμενοι συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο, ο μέσος χρόνος εργασίας τους στις δομές ήταν ήδη δύο έτη. Με βιβλιογραφικό δεδομένο ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εγκαταλείπουν σε λιγότερο από 12 μήνες την εργασία τους σε δομές αποκατάστασης,⁷ μπορούμε να υποθέσουμε ότι στις εξεταζόμενες δομές υπάρχει ικανοποιητικό περιβάλλον εργασίας και ότι το αντικείμενο ενασχόλησης δεν είναι ιδιαίτερα πιεστικό.

Στην ερώτηση «κάθε πότε πρέπει να αλλάζετε εργασιακό χώρο στο πλαίσιο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», το 75,5% (n=155) απάντησε «τουλάχιστον μετά μία τετραετία ή και ποτέ». Ωστόσο υπέρ των μετακινήσεων εντός τετραετίας τάχθηκαν κατά πλειοψηφία οι εργαζόμενοι σε δομές ΝΠΔΔ ($\chi^2=54,21$, $p=0,000$), το

θεραπευτικό και νοσηλευτικό προσωπικό ($\chi^2=19,34$, $p=0,000$), όσοι έχουν δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση ($\chi^2=21,05$, $p=0,000$) και όσοι διαθέτουν προϋπηρεσία στον χώρο της ψυχικής υγείας πάνω από τέσσερα έτη ($\chi^2=34,23$, $p=0,000$).

Το 76,9% όσων απάντησαν (n=156) θεωρεί ότι οι ένοικοι-ασθενείς είναι ισότιμα μέλη στην κοινωνία, και μόνο το 9% πιστεύει το αντίθετο.

Για τη σημερινή κατάσταση των ενοίκων-ασθενών, το 67,3% αυτών που απάντησαν (n=153) θεωρεί υπεύθυνη τη διαταραχή και μόνο, το 16,3% τη διαταραχή σε συνδυασμό με τον κοινωνικό αποκλεισμό, το 13,7% αποκλειστικά τον κοινωνικό αποκλεισμό, το 2% την απώλεια ηθικού ενώ το 0,7% δεν εξέφρασε άποψη. Οι παράγοντες της ειδικότητας και του χρόνου προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαφοροποιούν σημαντικά τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, το βοηθητικό προσωπικό ενοχοποιεί σε σημαντικά μεγαλύτερο

βαθμό (78,8%) τη διαταραχή ($\chi^2=6,13$, $p=0,047$), και το ίδιο συμβαίνει (82,7%) με όσους έχουν προϋπηρεσία μικρότερη των 18 μηνών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ($\chi^2=8,43$, $p=0,015$). Εδώ, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι οι ένοικοι-ασθενείς είχαν προηγουμένως διαβιώσει επί πολλά έτη σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, και είναι αναμενόμενο να παρουσιάζουν έκπτωση των κοινωνικών δεξιοτήτων τους, καθώς και άλλα συμπτώματα ιδρυματισμού. Κατά συνέπεια, οι λιγότερο έμπειροι εργαζόμενοι, αλλά και το βοηθητικό προσωπικό που προφανώς έχει περιορισμένη εξοικείωση με την πραγματικότητα των ανθρώπων αυτών, δυσκολεύονται να διακρίνουν τους λόγους της κοινωνικής έκπτωσης. Υποεκτιμούν δηλαδή την κοινωνική-ψυχολογική προέλευση της έκπτωσης και τείνουν να υιοθετούν τη βιολογική εξήγησή της.

Αισιόδοξο είναι το εύρημα ότι το 87,4% όσων απάντησαν ($n=151$) πιστεύει ότι οι στεγαστικές δομές δημιουργήθηκαν για την κοινωνική επανένταξη των ωφελουμένων, και μόνο το 12,6% για να αδειάσουν απλώς και μόνο τα ψυχιατρεία. Ωστόσο, το 71% όσων απάντησαν ($n=156$) δήλωσε ότι δεν πιστεύει στην πλήρη αποκατάσταση-αποθεραπεία των ενοίκων-ασθενών, με μόνο το 4,5% να απαντά καταφατικά στη συγκεκριμένη ερώτηση. Σημειωτέον ότι καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, μόρφωση, ειδικότητα, νομική μορφή της δομής, προϋπηρεσία σε δομές ψυχικής υγείας και στην παρούσα δομή) δεν διαφοροποιεί τις απαντήσεις. Προφανώς η χρονιότητα της ψυχικής διαταραχής προκαλεί συναισθήματα απογοήτευσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ωθώντας τους να πιστεύουν ότι η προοπτική αποθεραπείας-επανένταξης των ατόμων αυτών είναι πολύ περιορισμένη.⁸ Στη βιβλιογραφία, εξάλλου, έχει επισημανθεί ότι οι περιορισμένες προσδοκίες του προσωπικού για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση επηρεάζουν αρνητικά τους ίδιους τους ενοίκους-ασθενείς και μπορεί να οδηγήσουν τη θεραπευτική διαδικασία σε αποτυχία.^{9,10} Αντίθετα, οι υψηλότερες προσδοκίες επιδρούν θετικά στην έκβαση των ασθενών.¹¹⁻¹²

Στην ερώτηση αν η τοπική κοινωνία μπορεί να αποδεχθεί τους ενοίκους-ασθενείς, το 52,6% όσων απάντησαν ($n=156$) διατυπώνει αμφιβολία, το 40,4% δίνει θετική απάντηση και το 7% αρνητική. Τα στοιχεία αυτά είναι συμβατά με την επισήμανση ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι απαισιόδοξοι ως προς την επιτυχή έκβαση της προσπάθειας των ασθενών να παραμείνουν στην κοινότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα.¹³

Τέλος, σε ό,τι αφορά τη στάση του προσωπικού ($n=154$) έναντι της προοπτικής αναδοχής ασθενών από τους ίδιους, αξιοπρόσεκτο είναι ότι το 8,4% ήταν ανεπιφύλακτα θετικό, ενώ το 13% δήλωσε «ναι» υπό προϋποθέσεις (οικονομικοί παράγοντες, χρόνος παραμονής του ασθενούς, πορεία της ασθένειας, υποστηρικτικό και συγγενικό δίκτυο, ελεύθερος χρόνος). Η διαπίστωση αυτή υποστηρίζει την άποψη σύμφωνα με την οποία τα άτομα που εργάζονται στον χώρο της ψυχικής υγείας είναι μεταξύ των καταλληλότερων υποψηφίων αναδόχων για χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς.^{14,15}

Ένοικοι-ασθενείς

Όπως φαίνεται από τα στοιχεία του πίνακα 2, οι ένοικοι-ασθενείς σε ποσοστό 72,7% είναι άνδρες, το 47,2% έχει παραμείνει 16 και πλέον έτη σε ψυχιατρικά ιδρύματα, ενώ στο 78,5% έχει τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Ως προς την κλίμακα GAS, βαθμολογία 48 και άνω είχε το 70% των ενοίκων στα προστατευμένα διαμερίσματα, το 58,3% στα οικοτροφεία, και το 28,1% στους ξενώνες. Οι δομές ΑΜΚΕ φιλοξενούν τους πιο λειτουργικούς ενοίκους-ασθενείς (το 58,3% είχε βαθμολογία άνω του 48) συγκριτικά με τις δομές του δημόσιου τομέα (το 44,2% είχε βαθμολογία άνω του 48).

Οι ένοικοι-ασθενείς ($n=84$) δήλωσαν κατά πλειοψηφία (57,1%) πολύ ικανοποιημένοι από τον προσωπικό τους χώρο στη δομή. Ο βαθμός ικανοποίησης επηρεάζεται από τους παράγοντες της ηλικίας ($\chi^2=4,24$, $p=0,039$) και του προηγούμενου χρόνου παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα ($\chi^2=7,54$, $p=0,023$). Συγκεκριμένα, σημαντικά μικρότερη ικανοποίηση εξέφρασαν οι νεότεροι ένοικοι, εύρημα το οποίο μπορεί να αποδοθεί στις υψηλότερες προσδοκίες αυτών, τουλάχιστον στο στεγαστικό θέμα. Σημαντικά πιο ικανοποιημένοι είναι αυτοί που έχουν παραμείνει λιγότερο από τρία έτη σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

Στη μεγάλη τους πλειοψηφία οι ένοικοι-ασθενείς (84,1%, $n=82$) θεωρούν πολύ έως αρκετά καλές τις σχέσεις τους με τα μέλη του προσωπικού, και μάλιστα το 76% εισπράττει τη σχέση αυτή ως φιλική παρά ως επαγγελματική ($n=75$). Επισημαίνεται ότι, τόσο όσοι διαμένουν σε δομές ΑΜΚΕ ($\chi^2=11,50$, $P=0,001$), όσο και οι γυναίκες ($\chi^2=4,76$, $p=0,029$) αλλά και οι μεγαλύτερης ηλικίας ($\chi^2=6,90$, $p=0,009$), αισθάνονται ότι έχουν σημαντικά καλύτερες σχέσεις με το προσωπικό. Ειδικότερα δε οι πρώτες δύο κατηγορίες ($\chi^2=10,94$, $p=0,001$ / $\chi^2=4,74$, $p=0,029$) και εκείνοι με την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS ($\chi^2=5,56$, $p=0,018$), ανα-

Πίνακας 2. Προφίλ ενοίκων-ασθενών κατά νομική μορφή των δομών.

		ΝΠΔΔ*		ΑΜΚΕ**		Σύνολο	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Φύλο	Άνδρες	38	73,1	26	72,2	64	72,7
	Γυναίκες	14	26,9	10	27,8	24	27,3
	Σύνολο	52	100,0	36	100,0	88	100,0
Ηλικία	Έως 55	36	69,2	6	17,1	42	48,3
	56+	16	30,8	29	82,9	45	51,7
	Σύνολο	52	100,0	35	100,0	87	100,0
Μήνες παραμονής στη δομή	Έως 23	14	43,7	26	74,3	40	59,7
	24+	18	56,3	9	25,7	27	40,3
	Σύνολο	32	100,0	35	100,0	67	100,0
Έτη πρότερης παραμονής σε ψυχιατρικά ιδρύματα	Έως 3	14	28,6	1	4,4	15	20,8
	3-15	18	36,7	5	21,7	23	32,0
	16+	17	34,7	17	73,9	34	47,2
	Σύνολο	49	100,0	23	100,0	72	100,0
Βαθμολογία GAS	Έως 47	29	55,8	15	41,7	44	50,0
	48+	23	44,2	21	58,3	44	50,0
	Σύνολο	52	100,0	36	100,0	88	100,0
Διάγνωση (ICD-10)	Σχιζοφρένεια	41	78,8	28	77,8	69	78,5
	Άλλη ψυχιατρική διαταραχή	11	21,2	8	22,2	19	21,5
	Σύνολο	52	100,0	36	100,0	88	100,0

*Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, **Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία.

πτύσσουν και σημαντικά φιλικότερες σχέσεις με τους εργαζόμενους (n=75). Στις δομές ΑΜΚΕ, το βάρος της φροντίδας επιμερίζεται σε περισσότερα μέλη προσωπικού, δεδομένου ότι ο αριθμός των εκεί εργαζομένων είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με τις δομές ΝΠΔΔ. Αυτό προφανώς παρέχει τη δυνατότητα να διατίθεται περισσότερος χρόνος από το προσωπικό, κάτι που οδηγεί στη σύναψη καλύτερων και φιλικότερων σχέσεων. Το γεγονός ότι το προσωπικό απαρτίζεται κυρίως από γυναίκες (79%) εξηγεί μάλλον το γιατί οι ομόφυλες ένοικοι σχετίζονται περισσότερο μαζί του. Τέλος, οι ένοικοι με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS μπορούν καλύτερα να εκφράσουν συναισθήματα, έχουν περισσότερες δεξιότητες επικοινωνίας, και άρα είναι σε θέση να αναπτύξουν καλύτερη σχέση με το προσωπικό.

Θετικές είναι και οι αντιλήψεις τους για τις προθέσεις του προσωπικού απέναντί τους, καθώς πιστεύουν (85,5%) ότι τα μέλη του ενδιαφέρονται πραγματικά για τα προβλήματα και τις ανάγκες τους (n=62, δεν ερωτήθηκαν οι ένοικοι των προστατευμένων διαμερισμάτων).

Ως προς την επιθυμία εποπτείας, οι ένοικοι των οικοτροφείων και ξενώνων (n=58) μάλλον διχάζονται, αφού το 55,2% δήλωσε ότι επιθυμεί λιγότερη εποπτεία από το προσωπικό, με τους υπόλοιπους να δηλώνουν το αντίθετο. Καμιά από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, βαθμολογία GAS κ.ά.) δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με τον βαθμό της επιθυμητής από τους ενοίκους-ασθενείς εποπτείας. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι σε έρευνα ιεράρχησης διαφόρων στεγαστικών χαρακτηριστικών από άτομα με ψυχικές διαταραχές, η εποπτεία αξιολογήθηκε μεταξύ των λιγότερο επιθυμητών χαρακτηριστικών,¹⁶ ενώ άλλες έρευνες αναδεικνύουν τον ρόλο της λειτουργικότητας των ασθενών στην επιλογή του στεγαστικού σχήματος.¹⁷⁻¹⁹ Θα ανέμενε δηλαδή κανείς πως οι ένοικοι-ασθενείς με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS θα αναζητούσαν λιγότερη εποπτεία από το προσωπικό. Κάτι τέτοιο όμως δεν επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

Στην ερώτηση «πώς είναι οι σχέσεις σας με τους συγκατοίκους», οι απαντήσεις (n=84) διαφοροποιήθηκαν ως προς τους παράγοντες της νομικής μορφής της δομής και της βαθμολογίας της κλίμακας GAS: Πολύ ή αρκετά καλές είναι για το 57,7% αυτών που διαμένουν σε δομές του δημοσίου, και αντίστοιχα για το 81,3% αυτών που διαμένουν σε δομές ΑΜΚΕ. ($\chi^2=4,94$, $p=0,026$). Πολύ ή αρκετά καλές είναι για το 50% όσων έχουν βαθμολογία έως 47 στην κλίμακα GAS και για το 81,8% όσων έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία ($\chi^2=9,54$, $p=0,002$). Αξίζει να σημειωθεί ότι στις ΑΜΚΕ η μέση βαθμολογία της κλίμακας GAS είναι υψηλότερη (58,3% έναντι 44,2% των δομών του δημοσίου).

Το 50% των ενοίκων-ασθενών αισθάνεται πολύ άνετα και το 32,1% αρκετά άνετα όταν έρχεται σε επαφή με την τοπική κοινότητα (n=84). Παρόμοια ήταν η κατανομή των απαντήσεων στις ερωτήσεις που αφορούσαν την ευχέρεια επίσκεψης στο τοπικό καφενείο ή στο σούπερ μάρκετ. Από όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές, μόνον η βαθμολογία της κλίμακας GAS συσχετίζεται θετικά με την ευκολία επαφής με την τοπική κοινότητα ($\chi^2=3,85$, $p=0,049$).

Όσον αφορά στις στεγαστικές προτιμήσεις των ενοίκων-ασθενών και την προοπτική μετακίνησής τους σε λιγότερο προστατευμένες δομές, προέκυψαν τα εξής: Οι ένοικοι των ξενώνων και των οικοτροφείων, στην πλειονότητά τους (63,5%), δεν επιθυμούν να μετακινηθούν σε προστατευμένα διαμερίσματα (n=63). Αυτό είναι σύμφωνο με το εύρημα ότι οι ένοικοι-ασθενείς των οικοτροφείων είναι ικανοποιημένοι από τη διαβίωσή τους σε αυτά και δεν επιθυμούν να αλλάξουν την εστία τους.²⁰ Ωστόσο, το 53,7% όσων απάντησαν στη σχετική ερώτηση (n=54) εκφράζει κάποιον βαθμό ετοιμότητας για τη μετεγκατάσταση αυτή. Μεγαλύτερη μάλιστα ετοιμότητα τείνουν να επιδεικνύουν εκείνοι που διαθέτουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS ($\chi^2=3,82$, $p=0,050$). Αξιοσημείωτο είναι ότι όλοι όσοι διαμένουν σε προστατευμένα διαμερίσματα (n=20) δήλωσαν ικανοποιημένοι από την εκεί διαμονή τους: δώδεκα ανέφεραν ότι είναι πιο ελεύθεροι και έχουν περισσότερη ησυχία, δύο ότι αισθάνονται πως ζουν κανονικά όπως όλοι οι άνθρωποι, και άλλοι δύο αναφέρθηκαν στην καλύτερη αισθητική του χώρου. Ικανοποίηση από τη διαβίωση σε προστατευμένα διαμερίσματα έχει καταγραφεί και σε άλλες έρευνες.²¹⁻²²

Στην προοπτική φιλοξενίας από ανάδοχη οικογένεια, το 63,9% απάντησε αρνητικά και το υπόλοιπο 36,1% καταφατικά (n=83). Ωστόσο, το 52,3% όσων απάντησαν στη σχετική ερώτηση (n=65) εξέφρασε

κάποιον βαθμό ετοιμότητας για τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια. Ο παράγων του χρόνου παραμονής στη δομή συσχετίζεται θετικά με την επιθυμία τους να φιλοξενηθούν από ανάδοχη οικογένεια ($\chi^2=5,59$, $p=0,018$), και φαίνεται πως τείνει να επηρεάζει επίσης θετικά την ετοιμότητά τους για αυτή τη μετακίνηση ($\chi^2=3,69$, $p=0,054$).

Στην προοπτική επανόδου στη φυσική οικογένεια, το 79% των ενοίκων-ασθενών που διαθέτουν δική τους οικογένεια (n=62) δήλωσε ότι επιθυμεί να κατοικήσει μαζί της. Ανάλογο είναι και το ποσοστό που δήλωσε ετοιμότητα προς τούτο.

Τέλος, στην προοπτική αυτόνομης διαβίωσης σε προσωπικό χώρο, επιθυμία εξέφρασε το 47,6% των ενοίκων-ασθενών (n=84). Σημαντικά περισσότεροι οι άνδρες ($\chi^2=4,58$, $p=0,032$) και όσοι είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS ($\chi^2=6,99$, $p=0,008$) εκδήλωσαν την επιθυμία αυτή. Το 61,4% όσων απάντησαν (n=70) εξέφρασε ετοιμότητα για αυτόνομη στέγαση στην κοινότητα. Μεγαλύτερος βαθμός ετοιμότητας καταγράφεται για τους άνδρες ($\chi^2=5,19$, $p=0,023$), για τους νεότερους ($\chi^2=7,30$, $p=0,007$) και για τους ενοίκους με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα GAS ($\chi^2=10,76$, $p=0,001$). Άλλωστε οι άνδρες είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη κλίμακα GAS (56,3% έναντι 33,3% των γυναικών). Η υψηλότερη λειτουργικότητα και η ηπιότερη συμπτωματολογία (όπως αποτυπώνονται στην κλίμακα GAS) φαίνεται να επηρεάζουν την προτίμηση και τη βιούμενη ετοιμότητα των ενοίκων για μια πιο αυτόνομη μορφή στέγασης.

Αξίζει να αναφερθεί σχετικά ότι από μελέτη ανασκόπησης 43 ερευνών για τις στεγαστικές προτιμήσεις των ατόμων με ψυχικές διαταραχές,²³ προέκυψε ότι η πιο δημοφιλής στεγαστική προτίμηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι η αυτόνομη διαβίωση, ενώ δεύτερη σε σειρά προτίμησης είναι η διαμονή με την οικογένεια. Λιγότερο δημοφιλείς είναι οι στεγαστικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Σε άλλη έρευνα²⁴ τα άτομα με ψυχικές διαταραχές ανέφεραν ότι προτιμούν να μένουν σε δικό τους σπίτι, μόνοι ή με συγκατοίκους που έχουν επιλέξει οι ίδιοι και όχι με άλλους ψυχικά πάσχοντες. Τέλος, έχει αναφερθεί ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές απορρίπτουν την ομαδική στέγαση, γιατί έτσι η ευρύτερη κοινότητα τους ταυτοποιεί ευκολότερα ως ψυχιατρικούς ασθενείς.^{25,26}

Τα τελευταία χρόνια, ο χώρος στέγασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχει αναδειχθεί σε ένα καίριο θέμα προβληματισμού και δημόσιας επιστημονικής συζήτησης στο πλαίσιο της κοινοτικής ψυχιατρικής.²⁷

Το ισχύον μοντέλο στεγαστικής αποκατάστασης έχει δεχθεί κριτική.²⁸⁻³⁰ Παράλληλα, η λειτουργία στεγαστικών δομών προκαλεί έντονες κοινωνικές αντιδράσεις που δυσκολεύουν τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης.³¹⁻³³

Επαναληπτική απογραφή

Κατά την επαναληπτική απογραφή των ιδίων ενοίκων-ασθενών (n=88), 34 μήνες μετά την αρχική, διαπιστώθηκε ότι: δέκα (11,4%) είχαν αποβιώσει, 63 (71,6%) παρέμεναν στην ίδια δομή, τέσσερεις (4,5%) είχαν μετακινηθεί σε ομοειδή δομή (π.χ. από έναν ξενώνα σε άλλο), επτά (8%) είχαν μετακινηθεί από προστατευμένο διαμέρισμα σε ξενώνα, και τέσσερεις (4,5%) είχαν μετακινηθεί από ξενώνα σε προστατευμένο διαμέρισμα. Κανένας δεν μετακινήθηκε προς την κοινότητα (πίνακας 3).

Το εύρημα ότι σε διάστημα τριών περίπου ετών μόνο το 4,5% των ενοίκων-ασθενών μετακινήθηκαν εξελικτικά (δηλαδή προς στεγαστικές δομές μειωμένης εποπτείας και φροντίδας) είναι συμβατό με την επισήμανση ότι η στεγαστική αποκατάσταση μπορεί να εκκολάψει τον νεοϊδρυματισμό και νέες μορφές χρονιότητας.³⁴⁻³⁸ Προφανώς, στο εξατομικευμένο πλάνο του κάθε ενοίκου-ασθενούς, ενώ περιλαμβάνεται η καλλιέργεια δεξιοτήτων αυτονομίας, η εξοικείωση με τη γειτνιάζουσα κοινότητα, η επανασυγκόλληση των δεσμών με την οικογένεια κ.ά. δεν έχει ληφθεί μέριμνα για τη σταδιακή προετοιμασία όσων κρίνονται κατάλληλοι, προκειμένου να εγκαταλείψουν τα σχήματα της προστατευμένης στέγασης και, τελικά, να αποδοθούν στην κοινότητα.

Συμπεράσματα

Οι εργαζόμενοι είναι ευαισθητοποιημένοι στον θεσμό των στεγαστικών δομών. Ωστόσο, εκφράζουν σκεπτικισμό ως προς την κοινωνική αποδοχή και επανένταξη των ενοίκων-ασθενών, αποδίδοντας ιατρι-

κή-βιολογική εξήγηση στην ψυχοκοινωνική αναπηρία τους.

Οι ένοικοι-ασθενείς είναι μεν ικανοποιημένοι, δηλώνουν όμως, κατά πλειοψηφία, την επιθυμία για περισσότερη αυτονομία, στάση που προκύπτει από τις απαντήσεις στα ερωτήματα για τον επιθυμητό βαθμό εποπτείας από το προσωπικό, για την άνεση με την οποία αντιμετωπίζουν την τοπική κοινότητα, για την προοπτική αναδοχής, την προοπτική επανόδου στη φυσική οικογένεια, καθώς και διαβίωσης σε προσωπικό χώρο. Οι απαντήσεις αυτές θα πρέπει να θεωρηθούν αξιόπιστες γιατί κυρίως προέρχονται από τους πιο λειτουργικούς και με ηπιότερη συμπτωματολογία.

Παρά την επιθυμία και ετοιμότητα που εκφράζει ένα αξιοσημείωτο ποσοστό ενοίκων-ασθενών για αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα, κανείς δεν μετακινήθηκε κατά το διάστημα μεταξύ των δύο απογραφών προς την κοινότητα. Φαίνεται ότι δεν έχουν δοθεί κατάλληλες οδηγίες στο προσωπικό για προετοιμασία των ενοίκων-ασθενών προς αυτή την κατεύθυνση. Επομένως, οι στεγαστικές δομές δεν έχουν ενδιάμεσο-μεταβατικό χαρακτήρα, αλλά αποτελούν «τελική λύση» για τους ανθρώπους αυτούς.

Θετικό είναι ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των εργαζομένων επιθυμεί, έστω και υπό προϋποθέσεις, να γίνουν ανάδοχοι ενοίκων-ασθενών. Ωστόσο, η αναδοχή ασθενών ως στεγαστικό σχήμα δεν έχει προχωρήσει στη χώρα.

Με βάση τα δεδομένα της έρευνας αυτής, χρησιμότητα στη χάραξη πολιτικής στον τομέα της στεγαστικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές θα είχε η αξιοποίηση της λειτουργικότητας μιας, όχι ευκαταφρόνητης, μερίδας των ενοίκων-ασθενών με στόχο την έξοδο από νεοϊδρυματικά σχήματα στέγασης και διαβίωσης και την κοινωνική τους επανένταξη. Η προοπτική αυτή, ανθρωπιστική και επιστημονικά τεκμηριωμένη, έχει μεγαλύτερη σημασία σήμερα, όπου όλα συζητούνται υπό το πρίσμα κόστους-οφέλους και αποδοτικότητας.

Περιορισμός της μελέτης

Χρησιμοποιήθηκαν αυτοσχέδια-πρωτότυπα ερωτηματολόγια σχετικά με τις απόψεις-στάσεις του προσωπικού και των ενοίκων, και όχι δομημένα και σταθμισμένα ανάλογα ερωτηματολόγια.

Πίνακας 3. Επαναληπτική απογραφή-διακίνηση.

	n	(%)
Καμία μετακίνηση	63	71,6
Μετακίνηση σε ομοειδή δομή	4	4,5
Μετακίνηση από Διαμέρισμα σε Ξενώνα	7	8,0
Θάνατοι	10	11,4
Μετακίνηση από Ξενώνα σε Διαμέρισμα	4	4,5
Σύνολο	88	100,0

Attitudes and perceptions of staff and resident-patients in residential units in Thessaly

E.N. Lakioti,¹ N.V. Angelopoulos,¹ V.D. Tomaras²

¹Psychiatric Unit, University of Thessaly, Medical School, University Hospital of Larissa, Larissa,

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

Psychiatriki 2014, 25:119–128

With the implementation of the psychiatric reform in Greece, the care of chronically mentally ill persons has been transferred into sheltered housing in the community (nursing homes, hostels, sheltered apartments), for the psychosocial rehabilitation of the patients, aiming at the deinstitutionalization and their social reintegration. The scope of the present study was to record and analyze the attitudes and perceptions of both staff members and resident-patients of the 17 residential units (5 nursing homes, 4 hostels and 8 sheltered apartments) of “Psychargos” Project in Thessaly, as well as to check the hypothesis of “neo” institutionalization for the units under investigation. Data were collected on-site (field study) from 157 staff members and 88 resident-patients, by structuring and using original questionnaires as well as the Global Assessment Scale (GAS). The independent variables for the staff members (sex, age, education, profession, legal form of the residential unit, previous professional experience in mental health services) as well as for the resident-patients (sex, age, GAS score, legal form of the residential unit, residence time in the unit, and previously in other psychiatric institutions) were correlated to dependent variables in order to assess possible statistical relationships (χ^2). The statistical significance test p-value was set at 0.05. Data statistical processing was carried out using SPSS 16.0. The hypothesis of “neo”-institutionalization for these residential units was checked in a 34-month follow-up period. Regarding the staff, a positive attitude towards the institution of residential care structures itself was recorded. Nevertheless, a negative opinion regarding the prospect of resident-patients recovery, and even skepticism as to the acceptability of these persons by the local community, were expressed. Surely, it is positive that a remarkable percentage of the staff members are willing, even though under certain conditions, to provide foster care to resident-patients. On their part, the resident-patients maintain good relationships with staff and fellow residents, and feel content with their residence itself and the services provided. However, most of them (especially the most functional and with milder symptoms) express their desire for more autonomy, with regard to the degree of supervision received by the staff, their contact with the local community, the perspective of receiving foster care, the perspective of return in their natural family as well as of autonomous living. Ultimately however, the survey results give rise to pessimism with respect to an intermediate-transitional character of the residential units, since only a few resident-patients moved during the follow-up period (34 months) towards reduced-supervision housing and none to the community. However, the functionality of a non-insignificant part of the resident-patients could be employed for leaving “neo”-institutionalized housing and living, and finally their social reintegration.

Key words: Psychiatric disorders, residential care units, attitudes towards mental disorder, users’ satisfaction, social re-integration, “neo” institutionalization.

Βιβλιογραφία

1. Barton R. *Institutional Neurosis*, Wright, Bristol, 1959
2. Endicott J, Spitzer R, Fleiss J, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatry disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976, 33:766–771
3. Μαδιανός Μ. Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (GAS). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της στον ελληνικό χώρο. *Εγκέφαλος* 1987, 24:97–100
4. Van Humbeeck G, Van Audenhove C, Pieters G, De Hert M, Storms G, Vertommen H et al. Expressed emotion in staff-patient relationships: The professionals’ and residents’ perspectives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001, 36:486–492
5. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory* (manual). 2nd ed. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, California, 1986

6. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Επαγγελματική Εξουθένωση. Στο: Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ (Συντ.) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999:242–262
7. Oliver N, Kuipers E. Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers. *Int J Soc Psych* 1996, 42:150–159
8. Minkoff K. Resistance of mental health professional to working with people with serious mental illness. *New Direct Ment Health Serv* 1987, 33:334–337
9. Zippel A, Carling P, McDonald J. A rehabilitation response to the call for asylum. *Schizophr Bull* 1987, 13:539–550
10. Δαμίγος Δ. (επιμ). Η ιστορία ενός Συμποσίου: Αποασυλοποίηση, Συμπόσιο:16-18/5/2002 «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, Τρεις ευρωπαϊκές εμπειρίες: Η σημασία μιας παράλληλης πορείας της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και της Αποασυλοποίησης». Στο: *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*. Παπαζήσης, Αθήνα, 2003:116–123
11. Brooks G. Reflections on the Vermont story or foresight, insight and hindsight. *Psychiatr J Univers Ottawa* 1988, 13:21–24
12. Unger K, Danley K, Kohn L, Hutchinson D. Rehabilitation through education: A university based continuing education program for young adults with psychiatric disabilities on a university campus. *Psychosoc Rehabil J* 1987, 10:35–49
13. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: A survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand J Psych* 1999, 33:77–83
14. Τομαράς Β, Παπαγεωργίου Α, Σολδατου Μ, Γουρνέλλης Ρ, Χριστουδούλου ΓΝ. Προς την επανένταξη του χρόνιου ψυχικά αρρώστου: Ένα πιλοτικό πρόγραμμα αναδοχής. *Ψυχιατρική* 2005, 16:217–225
15. Τομαράς Β, Σολδάτου Μ, Αρμενιάκου Α, Καραμούτση Γ, Παναγιωτοπούλου Α, Τσακλάνος Γ και συν. Ανάδοχος (φιλοξενούσε) οικογένειες: Δωδεκαετής απολογισμός ενός πιλοτικού προγράμματος. Ζητούνται μιμητές. *Τετρ Ψυχιατρ* 2011, 115:5–13
16. Owen C, Rutherford V, Jones M, Wright C, Tennant C, Smallman A. Housing accommodation preferences of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 1996, 47:628–632
17. Goldberg MA., Searight HR, Katz BM, Jacobi KA, Austrin H, D'Andrea J. A competency-based measure to aid residential placement decisions: The Community Competence Scale-Short Form. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1991, 15:81–84
18. Arns PG, Linney JA. Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits. *Psychiatr Serv* 1995, 46:260–265
19. Shepherd G, King C, Tilbury J, Fowler D. *Implementing the Care Programme Approach*. *J Ment Hlth* 1995, 4:261–274
20. Piat M, Ricard N, Lesage A. Evaluating life in foster homes for persons with serious mental illness: Resident and caregiver perspectives. *J Ment Hlth* 2006, 15:227–242
21. Andrews G, Teesson M, Steward G, Hoult J. Follow-up community placement of the chronic mentally ill in New South Wales. *Hosp Commun Psych* 1990, 41:184–188
22. Παπαδάκη Κ. Αξιολόγηση λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής ψυχιατρικών ασθενών ένα χρόνο μετά τη μετάβαση από το ψυχιατρικό νοσοκομείο σε οικοτροφείο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. *Τετρ Ψυχιατρ* 2005, 91:47–49
23. Tanzman B. An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital and Commun Psychiatry* 1993, 44:450–455
24. Tanzman BH, Yoe JT. *Report of the Vermont Division of Mental Health on the Consumer Housing and Supports Preference Survey*. VT: Center of Community Change Through Housing and Support, Burlington, 1989
25. Warren R, Bell P. An exploratory investigation into the housing preferences of consumers of mental health services. *Austr New Zealand J Ment Health Nurs* 2000, 9:195–202
26. Abrahamson D, Leitner N, Sasan S. Readmissions from registered care homes. *Psychiatr Bull* 1995, 19:734–736
27. Shepherd G, Murray A. Residential care. In: Thornicroft G, Szmulker G (ed) *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford, 2001:309–320
28. Carling PJ. Supported housing: An evaluation agenda. *Psych Rehab J* 1990, 13:95–104
29. Ridgway P, Zippel AM. The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psych Rehab J* 1991, 13:11–31
30. Hogan MF, Carling PJ. Normal housing: A key element of a supported housing approach for people with psychiatric disabilities. *Comm Ment Hlth J* 1992, 28:215–226
31. Carling PJ. Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. *Hosp Commun Psychiatry* 1993, 44:439–449
32. Ασημόπουλος Χ, Αποστολοπούλου Α, Βασιλακόπουλος Α, Βαρβαρέσου Ξ, Τσαλαμανιός Ε, Φλίδος Α και συν. Οι στάσεις των εφήβων προς τους ψυχικά ασθενείς και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Ένα πρόγραμμα έρευνας-παρέμβασης σε μαθητές Λυκείου. *Τετρ Ψυχιατρ* 2007, 99:13–30
33. Wenocur S, Belcher JR. Strategies for overcoming barriers to community – based housing for the chronically mentally ill. *Comm Ment Hlth J* 1990, 26:319–333
34. Κούριας Γ. Ξενώνας μέσα στην πόλη. *Τετρ Ψυχιατρ* 1990, 30:20–28
35. Αμπατζόγλου Γ. Οικοτροφεία Αποασυλοποίησης: Κριτική παρουσίαση και προτάσεις. *Τετρ Ψυχιατρ* 1995, 51:51–53
36. Μεγαλοοικονόμου Θ, Λουκάς Γ. Η αποϊδρυματοποίηση σαν ανοιχτή, θεραπευτική και πολιτική διαδικασία: Η περίπτωση της Λέρου. *Τετρ Ψυχιατρ* 1999, 67:45–53
37. Τομαράς Β, Γουρνέλλης Ρ, Καραμούτση Γ, Αρμενιάκου Α, Παναγιωτοπούλου Α, Ευθυμιόπουλος Ε και συν. Αντι-ιδρυματικά στεγαστικά σχήματα στην αποκατάσταση: Το παράδειγμα ενός μεταβατικού, εποπτευόμενου διαμερίσματος. *Τετρ Ψυχιατρ* 2006, 94:73–80
38. Λουκάς Ι. Λέρος και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Από τον ιδρυματισμό στον νεοϊδρυματισμό. *Κοινων Ψυχ Υγεία* 2007, 3:26–36

Ερευνητική εργασία Research article

Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής: Προβληματισμοί και προτάσεις

Κ. Χαραλαμπίκη,^{1,2} Γ. Μιχόπουλος,^{3,4} Α. Φιλιππούλου,³
Χ. Καραμανωλάκη^{5,6}

¹Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής,

²Ελληνική Εταιρεία Συστημικής Σκέψης και Ψυχοθεραπείας Οικογένειας,

³Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»,

⁴Ελληνική Εταιρεία Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών,

⁵Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο,

⁶Ελληνική Εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας, Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:129–138

Μια βασική ψυχοθεραπευτική παιδεία αποτελεί προαπαιτούμενο για τη λήψη του τίτλου της ειδικότητας της Ψυχιατρικής. Η ολοκληρωμένη, όμως, εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία στον ελληνικό χώρο στερείται σχεδιασμού και πιστοποίησης. Πολλά και διάφορα σεμινάρια από διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές εταιρείες, άλλοτε άλλου κύρους, αναλαμβάνουν την εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία. Ελάχιστες ήταν μέχρι τώρα οι απόπειρες να αποτυπωθεί η κατάσταση. Ο Κλάδος Ψυχοθεραπείας της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΕΨΕ) προσπάθησε να καταγράψει την ταυτότητα των ψυχιάτρων που ασχολούνται με την ψυχοθεραπεία. Η μελέτη είχε ως αποδέκτες όλους τους ειδικευμένους και ειδικευόμενους ψυχιάτρους, μέλη της ΕΨΕ. Συμπληρώθηκαν 210 ερωτηματολόγια από τα μέλη της ΕΨΕ σε δύο χρονικές περιόδους: 2000 και 2009–2011. Οι απαντήσεις δόθηκαν μέσω του ταχυδρομείου ή κατά τη διάρκεια του 21ου συνεδρίου της ΕΨΕ. Όσον αφορά στην ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση των ερωτηθέντων, ανέφεραν: 151 (72%) ψυχαναλυτική εκπαίδευση, 90 (42,8%) γνωσιακή, 85 (40,5%) συστημική και 38 (18%) άλλη (διαπροσωπική, δραματοθεραπεία, υπαρξιακή, γνωσιακή-αναλυτική, ύπνωση, άλλου τύπου ομαδική, οργονοθεραπεία, νευροφυτοθεραπεία, Eye Movement Desensitization Reprocessing). Κατ' αντιστοιχία, η μέση διάρκεια εκπαίδευσης σε έτη ήταν: 5,26 ($\pm 3,7$) για την ψυχαναλυτική, 2,73 ($\pm 1,6$) για τη γνωσιακή, 3,83 ($\pm 2,1$) για τη συστημική και 3,08 ($\pm 2,5$) για αυτούς που είχαν άλλου τύπου εκπαίδευση. Είναι ενδιαφέρον ότι αρκετοί από τους ερωτηθέντες ανέφεραν περισσότερες από μία ψυχοθεραπευτικές εκπαιδεύσεις. Σημαντικό εύρημα, επίσης, αποτελεί το γεγονός ότι το εύρος της εκπαίδευσης στην ψυχοθεραπεία ποικίλει, από την παρακολούθηση ενός μόνο σεμιναρίου μέχρι πολύχρονη εκπαίδευση, κάτι που αποτυπώνει μεγάλες αποκλίσεις για το πώς ορίζεται η εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία. Από τα παραπάνω μπορούν να διατυπωθούν αρκετά ερωτήματα: Ένα πρώτο ερώτημα που αναφέρεται είναι: ανεξάρτητα από τον τίτλο-επάγγελμα του ψυχοθεραπευτή ο ψυχίατρος οφείλει,

κατά τη διάρκεια της ειδικότητάς του, να παίρνει εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία και ποια θα είναι αυτή; Ένα δεύτερο ερώτημα είναι αν η απόκτηση της ειδικότητας του ψυχιάτρου συνεπάγεται, αυτόματα, τη δυνατότητα άσκησης της ψυχοθεραπείας και την απόκτηση του τίτλου του ψυχοθεραπευτή. Ο τίτλος του ψυχοθεραπευτή μπορεί να είναι γενικός ή θα πρέπει να συνοδεύεται από συγκεκριμένη θεωρητική-κλινική κατεύθυνση (π.χ. ψυχαναλυτής, γνωσιακός-συμπεριφοριστής, συστημικός); Ένα ακόμα ερώτημα που ανέδειξε η συζήτηση είναι ποιος φορέας είναι ενδεδειγμένος για την πιστοποίηση της ψυχοθεραπείας: κρατική αρχή ή άλλος, ακόμα και ιδιωτικός φορέας, όπως εταιρείες ή Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Τέλος, ένα ακόμα ερώτημα είναι ποιες συγκλίσεις μπορεί να υπάρξουν από την απόδοση του τίτλου του ψυχοθεραπευτή σε επαγγελματίες διαφορετικών κλάδων και ποιες διαφορές θα παραμείνουν διακριτές. Η μελέτη του ψυχοθεραπευτικού χώρου στα πλαίσια της ΕΨΕ, θεωρούμε ότι οδηγεί σε χρήσιμους προβληματισμούς και μπορεί να αποτελέσει τη βάση ενός διαλόγου γύρω από τα θέματα της εκπαίδευσης των ψυχιάτρων στην ψυχοθεραπεία και της απόκτησης τίτλου ψυχοθεραπευτή, αναδεικνύοντας μια σειρά από ερωτήματα αλλά και διλήμματα.

Λέξεις ευρετηρίου: Ψυχίατρος, ψυχοθεραπευτής, εκπαίδευση.

Εισαγωγή

Μια βασική παιδεία των ψυχιάτρων στις ψυχοθεραπείες ανήκει στα προαπαιτούμενα για τη λήψη του τίτλου της ειδικότητας. Παρότι το περιεχόμενο και η διάρκειά της ορίζονται από αντίστοιχη νομική διάταξη,¹ πολύ λίγες (για την ακρίβεια ελάχιστες) είναι οι δομές που μπορούν να παράσχουν μια τέτοια παιδεία. Η «επαφή» του κάθε ψυχιάτρου με τις ψυχοθεραπευτικές σχολές επαφίεται, όπως και πολλά άλλα, στη δική του διάθεση. Ακόμη περισσότερο, οι ψυχιάτροι που επιθυμούν να γίνουν ψυχοθεραπευτές κατά τη διάρκεια της ειδίκευσής τους ή και μετά απ' αυτήν, χρειάζεται να απευθυνθούν σε ιδιωτικά κέντρα για να εκπαιδευθούν σε κάποια ψυχοθεραπευτική σχολή. Πιστοποίηση των φορέων που δίδουν ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση δεν υφίσταται. Η οργανική σχέση των φορέων αυτών με ακαδημαϊκές ή κλινικές μονάδες είναι η εξαίρεση και όχι ο κανόνας. Τόσο για τους ψυχιάτρους, όσο και για τους άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές κ.ά.), ισχύει ο γενικός κανόνας: «ό,τι δηλώσεις, είσαι».

Η ασάφεια και η πολυγλωσσία στον χώρο της ψυχοθεραπείας δεν είναι, όσο κι αν φαίνεται περίεργο, ένα ελληνικό πρόνιο. Παρόμοια κατάσταση επικρατεί και σε πολλές άλλες χώρες με μακρά παράδοση στο χώρο των ψυχοθεραπειών. Όσον αφορά στα ελληνικά πράγματα οι, μέχρι τώρα, προσπάθειες καταγραφής των στοιχείων σχετικά με την άσκηση της ψυχοθεραπείας γενικότερα ήταν ελάχιστες,^{2,3} όπως και ειδικότερα η άσκησή της από ψυχιάτρους, μέλη της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΕΨΕ).^{4,5} Γί- αυ-

τόν τον λόγο, ο Κλάδος Ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ ανέλαβε την πρωτοβουλία να κάνει μία πρώτη σκιαγράφιση του τοπίου και να αποτυπώσει την κατάσταση των ψυχιάτρων που ασκούν την ψυχοθεραπεία στην Ελλάδα.

Υλικό και μέθοδος

Η μελέτη είχε ως αποδέκτες όλους τους ειδικευμένους και ειδικευόμενους ψυχιάτρους, μέλη της ΕΨΕ, με σκοπό να καταγραφούν όσοι ασχολούνται με την ψυχοθεραπεία. Η ενασχόληση αυτή περιλαμβάνει το ενδιαφέρον για τα ψυχοθεραπευτικά ζητήματα, την ειδική ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση ή/και την επαγγελματική απασχόληση ως ψυχοθεραπευτές. Δεδομένης της ανυπαρξίας θεσμικού πλαισίου για την κατοχύρωση της ιδιότητας του ψυχοθεραπευτή (όχι μόνο για τους ψυχιάτρους, αλλά και για όλους τους επαγγελματίες υγείας), η διερεύνηση της «αυτότητας» των ψυχιάτρων βασίστηκε στη δική τους δήλωση για τα στοιχεία που ανέφεραν. Η λήψη των δεδομένων έγινε μέσω ερωτηματολογίων, τα οποία στάλθηκαν σε όλα τα μέλη της ΕΨΕ. Η αποστολή και συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε δύο χρονικές φάσεις, με απόσταση κάποιων ετών, έτσι ώστε να συμπεριληφθούν μέλη της ΕΨΕ από διαδοχικές γενιές. Η πρώτη συλλογή ερωτηματολογίων έγινε μέσω του ταχυδρομείου (Μάιος 2000) και η δεύτερη με δύο τρόπους: μέσω του ταχυδρομείου (Ιούνιος 2009) και με επί τόπου συμπλήρωση κατά το 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο της ΕΨΕ στην Αθήνα, τον Μάιο του 2011. Τα ερωτηματολόγια αυτά ζητούσαν από τους ενδιαφερόμενους να δώσουν πληροφορίες

για τα παρακάτω: ονοματεπώνυμο, στοιχεία επικοινωνίας (τηλέφωνο, ηλεκτρονική διεύθυνση), τόπο διαμονής, ψυχοθεραπευτική σχολή στην οποία έχουν εκπαιδευτεί, πόσα χρόνια ήταν η διάρκεια αυτής της εκπαίδευσης, ποιος ήταν ο φορέας της εκπαίδευσης (επιστημονική εταιρεία ψυχοθεραπείας, δημόσιος φορέας, στο εξωτερικό) και, τέλος, το πλαίσιο στο οποίο εργάζονται ψυχοθεραπευτικά (ιδιωτικό, δημόσιο, άλλο). Συμπληρώθηκαν συνολικά 210 ερωτηματολόγια, 80 κατά την πρώτη φάση (2000) και 130 κατά τη δεύτερη φάση (2009–2011).

Αποτελέσματα

Στο σύνολο 210 συμπληρωμένων ερωτηματολογίων τα 93 (44,3%) ήταν από την Αθήνα, τα 44 (21%) ήταν εκτός Αθηνών και 73 (34,7%) δεν ανέφεραν τόπο διαμονής. Όσον αφορά στην ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση των ερωτηθέντων, ανέφεραν: 151 (72%) ψυχαναλυτική εκπαίδευση, 90 (42,8%) γνωσιακή, 85 (40,5%) συστημική και 38 (18%) άλλη. Η ομαδοποίηση σε άλλου τύπου ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση, σύμφωνα με όσα δήλωσαν οι ίδιοι οι ερωτώμενοι, έγινε βάσει ενός μικρού αριθμού ερωτηματολογίων και απαρτίζεται από τις εξής κατηγορίες: διαπροσωπική 6 (2,85%), δραματοθεραπεία 6 (2,85%), υπαρξιακή 2 (0,95%), γνωσιακή-αναλυτική 12 (5,7%), ύπνωση 4 (1,9%), άλλου τύπου ομαδική 3 (1,43%), οργονοθεραπεία 4 (1,9%), νευροφυτοθεραπεία 2 (0,95%), EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) 5 (2,4%). Τα ποσοστά, αθροιζόμενα, υπερβαίνουν το 100% διότι αρκετοί από τους ερωτηθέντες ανέφεραν περισσότερες από μία, διαφορετικής κατεύθυνσης, ψυχοθεραπευτικές εκπαιδεύσεις. Κατ' αντιστοιχία, η μέση διάρκεια εκπαίδευσης σε έτη ήταν: 5,26 ($\pm 3,7$) για την ψυχαναλυτική, 2,73 ($\pm 1,6$) για τη γνωσιακή, 3,83 ($\pm 2,1$) για τη συστημική και 3,08 ($\pm 2,5$) για αυτούς που είχαν άλλου τύπου εκπαίδευση. Όσον αφορά στον φορέα εκπαίδευσης, οι ερωτηθέντες ανέφεραν: 97 (46,2%) κάποια επιστημονική εταιρεία, 118 (56,2%) έναν δημόσιο φορέα και 67 (31,9%) το εξωτερικό. Τέλος, 144 (68,5%) δήλωσαν ότι ασκούν την ψυχοθεραπεία ιδιωτικά, 106 (50,5%) σε δημόσιο πλαίσιο και 24 (11,4%) σε άλλο φορέα.

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη έγινε μια προσπάθεια να αποτυπωθεί η τρέχουσα κατάσταση των ψυχιά-

τρων που ασχολούνται με την ψυχοθεραπεία στην Ελλάδα. Από όσο γνωρίζουμε, αυτό είναι κάτι που γίνεται για πρώτη φορά με τη χρήση ερωτηματολογίων. Οι περισσότεροι από τους ψυχιάτρους που απάντησαν δήλωσαν ότι είχαν ψυχαναλυτική εκπαίδευση (72%) και ότι ασκούσαν την ψυχιατρική ιδιωτικά (68%). Εκείνοι που ανέφεραν ψυχαναλυτική εκπαίδευση είχαν και τη μεγαλύτερη διάρκεια εκπαίδευσης (μέση τιμή: 5,26 έτη).

Ένα σημαντικό εύρημα που προέκυψε είναι ότι πολλοί ψυχιάτροι δήλωσαν ότι έχουν εκπαιδευθεί σε περισσότερες από μία ψυχοθεραπευτικές σχολές. Επίσης, σημαντικό εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι το εύρος της εκπαίδευσης στην ψυχοθεραπεία που παρατίθεται ποικίλει, από την παρακολούθηση ενός μόνο σεμιναρίου μέχρι πολύχρονη εκπαίδευση, κάτι που αποτυπώνει μεγάλες αποκλίσεις έως και σύγχυση σχετικά με το πώς ορίζεται η εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία. Η παρούσα μελέτη δημιούργησε τη βάση για την ανάπτυξη ενός διαλόγου γύρω από το θέμα της εκπαίδευσης των ψυχιάτρων στην ψυχοθεραπεία και της απόκτησης τίτλου ψυχοθεραπευτή, αναδεικνύοντας μια σειρά από ερωτήματα αλλά και διλήμματα.

Ψυχοθεραπεία και ειδικότητα Ψυχιατρικής

Ένα πρώτο ερώτημα που αναφέρεται είναι: ανεξάρτητα από τον τίτλο-επάγγελμα του ψυχοθεραπευτή ο ψυχίατρος οφείλει, κατά τη διάρκεια της ειδικότητάς του, να παίρνει εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία και ποια θα είναι αυτή; Στην ελληνική νομοθεσία σχετικά με τις ιατρικές ειδικότητες ορίζεται, λιτά, ότι για την ειδικότητα της Ψυχιατρικής «από το β' εξάμηνο του 2ου έτους της ειδίκευσης, ο ειδικευόμενος πρέπει να εκπαιδεύεται παράλληλα με τη λοιπή άσκηση του, και στην Ψυχοθεραπεία» (ΦΕΚ Αρ. 236, 29/12/ 1994).¹ Μέχρις εκεί.

Για το ίδιο θέμα η πρόταση της Ευρωπαϊκής Ένωσης των Ειδικευμένων Ιατρών (UEMS/EACCME) σχετικά με την εκπαίδευση για τις ιατρικές ειδικότητες στην Ευρωπαϊκή Ένωση σε ό,τι αφορά στην Ψυχιατρική παραπέμπει, μέσα από ένα εκτενές παράρτημα, στην ψυχοθεραπεία:⁶ «Η ψυχοθεραπεία είναι αναπόσπαστο μέρος της εκπαίδευσης στην Ψυχιατρική. Η ψυχοθεραπεία είναι η ψυχολογική κατανόηση και μια μέθοδος αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών. Είναι ουσιώδης για την εκτίμηση

και θεραπεία όλων των ασθενών με ψυχική διαταραχή».*

Στη συνέχεια, στο ίδιο παράρτημα, ορίζεται το τι θεωρείται ουσιαστικό για την εκπαίδευση του ειδικευόμενου στην ψυχοθεραπεία, και μάλιστα στα πλαίσια του ωραρίου εργασίας του. Αναλυτικά αναφέρονται: θεωρία, πρακτική εφαρμογή σε αριθμό περιπτώσεων και σε διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες, συμπεριλαμβανομένης και της ψύχωσης, 100 ώρες εποπτείας, εφαρμογή τουλάχιστον τριών προσεγγίσεων (ψυχοδυναμική, γνωσιακή-συμπεριφορική και συστημική) σε άτομα, οικογένειες και ομάδες, προσωπική θεραπευτική εμπειρία του ίδιου, έρευνα και αξιολόγηση κ.ά.

Επίσης, στις Θέσεις για τη «Βασική Ψυχοθεραπευτική Παιδεία του Ψυχιάτρου» του Κλάδου Ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ⁴ καταγράφονται οι βασικές δεξιότητες που πρέπει να διαθέτει ο ψυχίατρος για τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις του, όπως: να είναι σε θέση να διαμορφώσει αιτιοπαθογενετικές υποθέσεις σχετικά με την ευαλωτότητα, την έναρξη και τη διατήρηση της διαταραχής, να αναγνωρίζει τις παιδικές διαπροσωπικές σχέσεις και τραυματικές καταστάσεις του ασθενούς, τη λειτουργία των μηχανισμών άμυνας, να μπορεί να διατυπώσει υποθέσεις σχετικά με τον γνω-

* Και συνεχίζει: «Η ψυχοθεραπεία βασίζεται στη συστηματική θεωρία και καλή κλινική πρακτική. Θα πρέπει να βασίζεται σε θεμελιωμένη θεωρία και να υποστηρίζεται εμπειρικά.

Ο σκοπός της εκπαίδευσης στην ψυχοθεραπεία ως μέρος της εκπαίδευσης στην Ψυχιατρική είναι το να διασφαλίσει ότι ο ειδικευόμενος έχει επαρκή γνώση και εμπειρία ώστε:

- Να εγκαθιδρύει αυθεντική επαφή με τον ασθενή
- Να διατηρεί την επαφή στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης
- Να εγκαθιδρύει και διατηρεί τη θεραπευτική συμμαχία
- Να θεμελιώνει διάγνωση της ψυχικής διαταραχής και της ψυχοθεραπευτικής εκτίμησης
- Να θεμελιώνει ένα θεραπευτικό πλάνο πιο κατάλληλο για τη διάγνωση και την προσωπικότητα
- Να εκτιμά ποια ψυχοθεραπευτική μέθοδος είναι πιο κατάλληλη
- Να αποκτά εμπειρία σχετικά με τις ψυχολογικές διεργασίες της διαταραχής
- Να αποκτά εμπειρία σχετικά με την ψυχοθεραπευτική διεργασία και ανάπτυξη της αγωγής
- Να αποκτά εμπειρία σχετικά με τον ρόλο της ψυχοθεραπείας ως μέρους μιας ολοκληρωμένης αντιμετώπισης
- Να αξιολογεί το αποτέλεσμα
- Να διατηρεί τα όρια της επαγγελματικής σχέσης σε πλαίσια ηθικής
- Να αποκτά εμπειρία με επίδραση στη δική του σκέψη και συναισθήματα ως μέρος της διαπροσωπικής επαφής με τον ασθενή και πώς αυτό μπορεί να διερευνηθεί και να αξιοποιηθεί θεραπευτικά».

σιακό χάρτη του, και ακόμα: να παρέχει ένα σταθερό πλαίσιο, να «ακούει» τον ασθενή με ενσυναίσθηση, να διερευνά το υλικό των συνεδριών, να αναγνωρίζει τη θεραπευτική σχέση και να στηρίζει τη θεραπευτική συμμαχία, να κατανοεί τη δυναμική της οικογένειας του ασθενούς και να μπορεί να διακρίνει τις φάσεις της θεραπείας. Διαθέτοντας αυτές τις δεξιότητες, ο ψυχίατρος έχει τη δυνατότητα όχι μόνο να ασκεί σωστή κλινική πρακτική, αλλά και να διακρίνει τα δικά του όρια στην αντιμετώπιση του ασθενούς ο οποίος έχει ένδειξη για ψυχοθεραπεία, ώστε να τον παραπέμπει σε ειδικευμένο ψυχίατρο-ψυχοθεραπευτή.

Στο ίδιο κείμενο γίνονται προτάσεις για την οργάνωση της ψυχοθεραπευτικής εκπαίδευσης του ψυχιάτρου (κατά τη διάρκεια της ειδικότητας, αλλά και μέσω συνεχιζόμενης ψυχοθεραπευτικής παιδείας, με ευθύνη της ΕΨΕ).

Ψυχιατρική ειδικότητα και τίτλος ψυχοθεραπευτή

Ένα δεύτερο ερώτημα είναι αν η απόκτηση της ειδικότητας του ψυχιάτρου συνεπάγεται, αυτόματα, τη δυνατότητα άσκησης της ψυχοθεραπείας και την απόκτηση του τίτλου του ψυχοθεραπευτή.

Το ερώτημα αυτό είναι μάλλον καινούργιο για την ελληνική πραγματικότητα καθώς, μέχρι σήμερα, είτε ο τίτλος του ψυχοθεραπευτή χρησιμοποιείτο αυθαίρετα, κατά την κρίση του κάθε ψυχιάτρου (και όχι μόνον), εφόσον τίποτα σχετικό δεν ήταν κρατικά θεσμοθετημένο είτε η αρνητική απάντηση εθεωρείτο αυτονόητη από τους ειδικευμένους ψυχιάτρους-ψυχοθεραπευτές και τις εταιρείες τους. Όμως το τελευταίο διάστημα, και λόγω ανακατατάξεων στον χώρο της Υγείας (όπως η συνταγογράφηση μέσω ΕΟΠΥΥ), η ψυχοθεραπεία συμπεριελήφθη στις ιατρικές πράξεις που χρηματοδοτούν τα ασφαλιστικά ταμεία. Συνέπεια αυτού ήταν να υπάρξουν προτάσεις και να ανοίξει μια συζήτηση σχετικά με το αν θα πρέπει όλοι όσοι τελειώνουν την ειδικότητα της Ψυχιατρικής να λαμβάνουν τον τίτλο ψυχίατρο-ψυχοθεραπευτής. Χρειάζεται να επιστημονοποιήσουμε ότι γενικά στην άσκηση της Ιατρικής, ακόμα και στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης ιατρικής ειδικότητας, υπάρχουν περαιτέρω εξειδικεύσεις: για παράδειγμα, ένας καρδιολόγος δεν είναι δυνατόν να κάνει καθετηριασμούς καρδιάς εάν δεν έχει λάβει τη συγκεκριμένη υπο-εξειδίκευση.

Ο Κλάδος Ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ στα κείμενά του^{4,5} δεν αναφέρεται, μεν, άμεσα στο ερώτημα (αφού αυτό δεν είχε καν τεθεί), αλλά υποδηλώνει ότι θεωρεί αυτονόητη την αρνητική του απάντηση. Επιστημαίνει ότι υ-

πάρχουν «ειδικές προϋποθέσεις» για την απόκτηση του τίτλου του ψυχοθεραπευτή, ειδική εκπαίδευση, διάκριση προσέγγισης, τρόποι πιστοποίησης. Πρόσφατα, με επιστολή προς το ΔΣ της ΕΨΕ,⁷ ο Κλάδος τοποθετείται αρνητικά σε μια τέτοια προοπτική.

Η συζήτηση αυτή έφερε, επίσης, στο προσκήνιο εμπειρίες άλλων χωρών, κυρίως ευρωπαϊκών, σχετικά με το θέμα της πιστοποίησης της ψυχοθεραπείας. Εδώ παρατηρεί κανείς μια μεγάλη ανομοιομορφία στις κρατικές ρυθμίσεις, τόσο σε σχέση με τον χρόνο και τα κριτήρια εκπαίδευσης, όσο και με τον ορισμό του τίτλου του ψυχοθεραπευτή, αλλά και το ποιοι επαγγελματίες δικαιούνται να τον αποκτήσουν.

Πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα υπέρ της άποψης «ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής» είναι εκείνο της Γερμανίας,⁸ όπου στην ειδικευση του κάθε ψυχιάτρου περιλαμβάνεται, αναλυτικά, μακροχρόνια και πολύπλευρη εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία (θεωρία, πρακτική, εποπτεία, προσωπική ανάπτυξη) τόσο στους ψυχιατρικούς τομείς των νοσοκομείων όσο και τα Πανεπιστήμια, ώστε να μπορεί ο ψυχίατρος να ονομάζεται, αυτομάτως, και ψυχοθεραπευτής. Υπάρχει, όμως, και στη Γερμανία, μια εξαίρεση, οι ψυχαναλυτές. Η ψυχανάλυση αναφέρεται στον γερμανικό νόμο ως ιδιαίτερος κλάδος, που απαιτεί ξεχωριστή εκπαίδευση και, επομένως, ο κάθε ψυχίατρος δεν μπορεί να ονομάζεται ψυχαναλυτής.

Τίτλος ψυχοθεραπευτή γενικός ή σύμφωνος με μια κατεύθυνση;

Ο τίτλος του ψυχοθεραπευτή μπορεί να είναι γενικός ή θα πρέπει να συνοδεύεται από συγκεκριμένη θεωρητική-κλινική κατεύθυνση (π.χ. ψυχαναλυτής, γνωσιακός-συμπεριφοριστής, συστημικός); Σε αυτό το θέμα ο Κλάδος Ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ όπως και η Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών έχουν επιλέξει την αναγραφή συγκεκριμένης κατεύθυνσης. Αλλά, στην περίπτωση αυτή, τι θα γίνουν πολλές άλλες προσεγγίσεις, πώς θα ονομάζονται και πώς θα πιστοποιούνται ώστε να ασκούνται νόμιμα;

Επίσης, αν ένας ψυχίατρος (ή άλλος λειτουργός Ψυχικής Υγείας) έχει πλήρη εκπαίδευση σε περισσότερες από μία ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, θα μπορεί να φέρει τίτλους «πολλαπλού ψυχοθεραπευτή»; Σχετικά με το ερώτημα αυτό δεν υπάρχει ομόφωνη απάντηση ανάμεσα στους ψυχοθεραπευτές.

Η πρώτη άποψη για το θέμα είναι ότι εφόσον ο ψυχίατρος έχει λάβει ολοκληρωμένη εκπαίδευση σε περισσότερες από μία ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

είναι εύλογο και θεμιτό το να μπορεί να τις αποτυπώνει και στον τίτλο του ψυχοθεραπευτή. Ή ότι θα ήταν άδικο το να μπαίνει περιορισμός στην πιστοποίηση της συνολικής (συχνά πολλαπλής) ψυχοθεραπευτικής του εκπαίδευσης.

Αλλά έχει διατυπωθεί και η αντίθετη άποψη: ότι για τους ψυχιάτρους, όπως και για όλους τους ιατρούς, υπάρχει η παράδοση άσκησης μίας μόνον κύριας ιατρικής ειδικότητας,^{9,10} ανεξάρτητα από την εκπαίδευση του ιατρού. Η αρχή αυτή θα μπορούσε να μεταφερθεί και στην άσκηση της ψυχοθεραπείας: ακόμα κι αν ένας ψυχοθεραπευτής έχει περισσότερες από μία εκπαιδεύσεις, ακόμα κι αν στη δουλειά του εμπνέεται από διαφορετικές προσεγγίσεις, είναι σωστό να «συνθέσει» και όχι να «προσθέσει», και, τελικά, να επιλέξει τη βασική ψυχοθεραπευτική του ταυτότητα.

Φορέας πιστοποίησης της ψυχοθεραπείας

Ένα ακόμα ερώτημα που ανέδειξε η συζήτηση είναι ποιος φορέας είναι ενδεδειγμένος για την πιστοποίηση της ψυχοθεραπείας: κρατική αρχή ή άλλος, ακόμα και ιδιωτικός φορέας, όπως εταιρείες ή Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ);¹¹ Ο Κλάδος Ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ,^{4,5,7} καθώς και πολλές επιστημονικές εταιρείες ψυχοθεραπείας συμφωνούν ότι η πιστοποίηση της ψυχοθεραπείας θα πρέπει να γίνεται από ανεξάρτητη κρατική αρχή, αν μη τι άλλο διότι αυτή μπορεί να είναι «έστω λίγο» (και δυνητικά περισσότερο) έγκυρη και με δυνατότητες να ελέγξει και να προστατεύσει την άσκηση της ψυχοθεραπείας από τον κίνδυνο της εμπορευματοποίησης. Φυσικά, στο ξεκίνημά της, μια τέτοιας δικαιοδοσίας κρατική αρχή θα πρέπει να βρίσκεται σε συνεργασία με τις αντίστοιχες, έγκυρες, στη χώρα μας εταιρείες ψυχοθεραπείας. Και, οπωσδήποτε, η θέσπιση, προσαρμογή και αναπροσαρμογή των κριτηρίων να αποτελεί εξελικτική διαδικασία, καθώς χρειάζεται τα κριτήρια αυτά να ανταποκρίνονται στην ίδια την εξέλιξη της πραγματικότητας (προσεγγίσεων και θεσμών) της ψυχοθεραπείας στον διεθνή και ελλαδικό χώρο.

Τα πολλά διαφορετικά κριτήρια που οι διάφορες σχολές ψυχοθεραπείας θέτουν για την εκπαίδευση και απόκτηση του τίτλου του ψυχοθεραπευτή είναι προφανές ότι θα δημιουργήσουν δυσκολίες στον ορισμό κοινών κριτηρίων. Υπάρχει, για παράδειγμα, αμφισβήτηση από κάποιους για την αναγκαιότητα της προσωπικής θεραπείας του εκπαιδευόμενου στην ψυχοθεραπεία. Ως συμβιβαστική λύση έχει

προταθεί η έννοια της «προσωπικής ανάπτυξης» του ψυχοθεραπευτή.

Ψυχοθεραπεία από άλλους επαγγελματικούς κλάδους

Όπως είναι φυσικό, η απόκτηση του τίτλου του ψυχοθεραπευτή και από άλλους επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας (π.χ. ψυχολόγους) παρεμβαίνει στη διαμόρφωση των σχέσεων μεταξύ των διαφορετικών κλάδων, δημιουργώντας είτε μη συμβατό εξισωτισμό που συνεπάγεται εξομοίωση των κλάδων του ψυχιάτρου και ψυχολόγου (σχετικά με αυτό υπάρχει αρνητική απόφαση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου),^{12,13} είτε περιοδικές ταλαντεύσεις ανάμεσα στη συνεργασιμότητα και τον ανταγωνισμό.

Το ερώτημα είναι ποιες συγκλίσεις μπορεί να υπάρξουν από την απόδοση του τίτλου του ψυχοθεραπευτή σε επαγγελματίες διαφορετικών κλάδων και ποιες διαφορές θα παραμείνουν διακριτές.^{14,15,17} Ας μην ξεχνάμε πως, ακόμα, στην κοινή γνώμη, ο ψυχολόγος είναι «ψυχοθεραπευτής» για «συνήθεις περιπτώσεις», ενώ ο ψυχίατρος χορηγός ψυχοφαρμάκων «για τρελούς». Αυτός, άλλωστε, είναι ένας από τους λόγους που πολλοί ψυχίατροι προτείνουν να μπορούν, μαζί με τον τίτλο του ψυχιάτρου, να αποκτούν και τον τίτλο του ψυχοθεραπευτή.

Η δυσκολία έγκειται στο ότι εμπλέκονται ταυτόχρονα δύο διαφορετικά, και μάλλον αντιθετικά, επίπεδα προσέγγισης του θέματος: από τη μία η κατοχύρωση των επαγγελματικών δικαιωμάτων των ασκούντων την ψυχοθεραπεία και η προστασία των ασθενών τους, και από την άλλη τα, συχνά συγκρουόμενα, επαγγελματικά συμφέροντα των προερχόμενων από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους ψυχοθεραπευτών, κυρίως ψυχιάτρων και ψυχολόγων.

Αλλά και παραπέρα: Η απόκτηση τίτλου ψυχοθεραπευτή συνδέεται αποκλειστικά με κάποια επαγγέλματα υγείας, όπως Ψυχιατρική, Ψυχολογία, Κοινωνική Εργασία, Νοσηλευτική ή μπορεί να είναι ανεξάρτητη από αυτά; Σχετικά με το θέμα αυτό μια μεγάλη συζήτηση έχει ανοίξει, η οποία όμως δεν είναι του παρόντος άρθρου. Ας σημειωθεί, μόνον, ότι στις Θέσεις του Κλάδου Ψυχοθεραπείας⁵ αναφέρεται πως το επάγγελμα του ψυχοθεραπευτή δεν συνδέεται αποκλειστικά με κάποιο επάγγελμα υγείας ούτε όμως και είναι δυνατόν να είναι ανεξάρτητο από αυτά, αφού αφορά ασθενείς. Στο ίδιο κείμενο ορίζεται ότι επιστήμονες που εκπαιδεύονται στην ψυχοθεραπεία θα

πρέπει να έχουν μεταπτυχιακή εμπειρία δύο ετών σε ψυχιατρική υπηρεσία υπό την εποπτεία ψυχιάτρου.

Ενδιαφέρον έχει να σημειώσουμε ένα ακόμα από τα παράδοξα της ελληνικής πραγματικότητας: οι μοναδικά κρατικά κατοχυρωμένοι, εξ' όσων γνωρίζουμε, τίτλοι στην Ελλάδα είναι οι «σύμβουλοι ψυχικής υγείας» ή οι ασκούντες «κοινωνική μέριμνα για την καθοδήγηση ατόμων με πρόβλημα» οι οποίοι δεν είναι, κατ' ανάγκη, λειτουργοί ψυχικής υγείας και οι οποίοι συχνά ασκούν άτυπα (και ανεξέλεγκτα) ψυχοθεραπεία στον ιδιωτικό τομέα όπως και οι «ειδικοί θεραπευτές» σε κάποιες υπηρεσίες του δημοσίου.

Σε κάθε περίπτωση, το πιο σημαντικό δεοντολογικό ζήτημα είναι πώς θα προστατευτούν οι ασθενείς από αμφίβολου επιστημονικότητας και εκπαίδευσης επνομαζόμενους «ψυχοθεραπευτές» στερουμένων έγκυρης εκπαίδευσης και κλινικής εμπειρίας, αλλά και από τον «τσαρλατανισμό» (π.χ. αστρολόγος-ψυχοθεραπευτής). Αυτό, άλλωστε, είναι και το πνεύμα της διαμόρφωσης κριτηρίων και της κρατικής πιστοποίησης

Συμπέρασμα

Παρά τις προσπάθειες του Κλάδου Ψυχοθεραπείας όλα αυτά τα χρόνια για την απονομή του τίτλου του ψυχοθεραπευτή από ανεξάρτητη κρατική αρχή βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων, κάτι τέτοιο δεν έχει γίνει ακόμα πραγματικότητα. Σε αυτήν την κατεύθυνση, πρωτοβουλίες όπως αυτή της μελέτης και σκιαγράφησης του ψυχοθεραπευτικού χώρου από την Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, συμβάλλει σε ένα γόνιμο προβληματισμό, ενισχύοντας τη γενικότερη προσπάθεια για τη θεσμική, πλέον, κατοχύρωση της ψυχοθεραπείας και του ψυχοθεραπευτή στην Ελλάδα.

Σημείωση: Ακολουθεί το παράρτημα με τις τρεις επιστολές με τις θέσεις του Κλάδου Ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ, που αναφέρονται στη βιβλιογραφία του άρθρου.^{4,5,7}

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1η Επιστολή

Αθήνα, Οκτώβριος 1999

Θέμα: Βασική Ψυχοθεραπευτική Παιδεία του Ψυχιάτρου

1. Στόχοι της απόκτησης της βασικής ψυχοθεραπευτικής παιδείας κατά τη διάρκεια της ειδικότητας στην ψυχιατρική

A. Χαρακτηρίζοντάς την ως παιδεία και όχι ως εκπαίδευση ή εξειδίκευση εννοούμε ότι ο ψυχίατρος έχει

αποκτήσει ορισμένες ψυχοθεραπευτικές δεξιότητες απαραίτητες στην άσκηση του επαγγέλματός του, και όχι ότι είναι ψυχοθεραπευτής. Μόνον η ειδική εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία οδηγεί στην απόκτηση της ιδιότητας του ψυχοθεραπευτού (ψυχαναλυτής, οικογενειακός θεραπευτής, αναλυτής ομάδας κ.λπ.).

Β. Τις δεξιότητες που πρέπει να έχει ο ψυχίατρος και τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που μπορεί να εφαρμόσει στην ψυχιατρική του πρακτική τις αποκτά κυρίως κατά τη διάρκεια της ειδικότητας.

Ο ψυχίατρος πρέπει:

β₁. Να είναι σε θέση να διαμορφώνει αιτιοπαθογενετικές υποθέσεις λαμβάνοντας υπόψη του τη διάσταση του χρόνου αναφορικά με την *ευαλωτότητα*, την *έναρξη* και τη *διατήρηση* μιας διαταραχής.

Σε αυτά τα πλαίσια αναγνωρίζει τη σημασία των καθοριστικών διαπροσωπικών σχέσεων, των (παιδικών) *τραυματικών καταστάσεων*, τη λειτουργία *μηχανισμών άμυνας* και την ύπαρξη *ασυνείδητης* ψυχικής λειτουργίας στον ασθενή του. Επίσης πρέπει να είναι σε θέση να διατυπώσει υπόθεση για τον *γνωστικό χάρτη* του ασθενούς.

β₂

- Να παρέχει ένα σταθερό πλαίσιο και να «ακούει» τον ασθενή του.
- Να είναι διακριτικός και να αναπτύσσει ενσυναίσθηση.
- Να διερευνά και να διευκρινίζει τα υλικά των συνεδριών.
- Να αναγνωρίζει τη σημασία και την ποιότητα της συναισθηματικής σχέσης του ασθενούς μαζί του, και να αναγνωρίζει και να ελέγχει τα δικά του συναισθήματα προς τον ασθενή του.
- Να παρέχει επιβεβαίωση όπου χρειάζεται και να αναπτύσσει τη θεραπευτική συμμαχία.
- Να είναι σε θέση να εκτιμά πότε θα χρειαστεί ψυχοθεραπευτική εργασία μεταξύ των συνεδριών.
- Να είναι σε θέση να διακρίνει τις φάσεις της θεραπείας (έναρξη-διατήρηση σχέσης-τερματισμός).
- Να κατανοεί τη δυναμική της οικογένειας του ασθενούς και να έχει δεξιότητες συναλλαγής με την οικογένεια ως «όλον» και με κάθε μέλος χωριστά.

β₃

- Να είναι σε θέση να εντάσσει τη γνώση (πέραν των φαινομένων) που αποκτά για τον ασθενή του στην ψυχιατρική διαχείριση της περίπτωσης.

Γ. Ο ψυχίατρος πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει τα δικά του όρια στην αντιμετώπιση του ασθενούς που έχει ένδειξη για ειδική ψυχοθεραπεία, και να τον παραπέμπει σε ειδικευμένο ψυχίατρο-ψυχοθεραπευτή.

2. Πώς αποκτάται η βασική ψυχοθεραπευτική παιδεία

A. Κυρίως στη διάρκεια της ειδικότητας:

- a₁. Παρακολούθηση θεωρητικών σεμιναρίων
- a₂. Ανάλυση περιπτώσεων ψυχοθεραπείας
- a₃. Εποπτεία (ατομική και ομαδική).

Βρίσκουμε επαρκή και σύμφωνη με τα διεθνή standards την πρόταση του ΔΣ της ΕΨΕ για τις ώρες και το πρόγραμμα. Για τον λόγο αυτόν δεν επεκτεινόμαστε στο θέμα.

Β. Η βασική ψυχοθεραπευτική παιδεία δεν αποκτάται μόνο σε μια χρονική στιγμή καθώς απαιτείται να υπάρχει συνεχής ενημέρωση, κλινική συζήτηση και άσκηση του ψυχιάτρου στην ψυχοθεραπευτική του λειτουργία.

Η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία διαμορφώνει πρόγραμμα συνεχιζόμενης ψυχοθεραπευτικής παιδείας που απευθύνεται σε ψυχιάτρους. Το έργο αυτό ανατίθεται στον Κλάδο Ψυχοθεραπείας.

3. Πώς οργανώνεται η βασική ψυχοθεραπευτική παιδεία

Σημαντικά θέματα για την οργάνωση της βψπ στα πλαίσια της ειδικότητας είναι τα εξής:

A. Ύπαρξη *υπεύθυνου εκπαίδευσης στην ψυχοθεραπεία* ανά εκπαιδευτικό κέντρο. Δυνατότητα μετάκλησης από άλλον Τομέα, αν δεν υπάρχει ψυχίατρος με πιστοποιημένα προσόντα.

B. Δυνατότητα για συνεργασία με εκπαιδευτές εκτός του προσωπικού του Τομέα.

Γ. Διαχωρισμός εκπαιδευτών ψυχαναλυτικής, γνωσιακής-συμπεριφορικής και συστημικής κατεύθυνσης.

Δ. Οι ατομικές εποπτείες γίνονται από εκπαιδευτές με πιστοποιημένα προσόντα που έχουν δώσει ατομική εποπτεία για τουλάχιστον δύο (2) χρόνια.

E. Δημιουργία *συντονιστικής εκπαιδευτικής επιτροπής* σε πανελλαδική κλίμακα με ευθύνη της ΕΨΕ. Η επιτροπή θα απαρτίζεται από τους υπεύθυνους εκπαίδευσης στην ψυχοθεραπεία.

4. Τελικό σχόλιο

Κάθε ψυχίατρος μπορεί (και πρέπει) να αντιμετωπίζει ψυχοθεραπευτικά τον ασθενή του. Αυτή η λει-

τουργία του καθορίζεται αυστηρά μέσα στα όρια της παιδείας που έχει αποκτήσει. Πρόκειται, δηλαδή, για την απόκτηση γνώσεων και την ανάπτυξη ψυχοθεραπευτικών δεξιοτήτων. Αν θέλει να εξειδικευτεί σε μια ειδική ψυχοθεραπεία (ψυχανάλυση, γνωσιακή-συμπεριφορική, συστημική) πρέπει να αναζητήσει και την ανάλογη εκπαίδευση.

Κλάδος Ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ

2η Επιστολή

Αθήνα, 19/10/2004

Θέμα: Το επάγγελμα και ο τίτλος του ψυχοθεραπευτή

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Γνωρίζετε το ενδιαφέρον μας για το θέμα της επαγγελματικής κατοχύρωσης της ψυχοθεραπείας και το θέμα του τίτλου του ψυχοθεραπευτή. Το πρόβλημα είναι σημαντικό γιατί αφορά στην ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς μας.

Γνωρίζετε επίσης την πρωτοβουλία μας να αρχίσει ο διάλογος ανάμεσα στους άμεσα ενδιαφερόμενους, δηλαδή τους ψυχοθεραπευτές που ανήκουν σε έγκυρες εταιρείες και πασχίζουν για τη σωστή εκπαίδευση στις ψυχοθεραπείες.

Σε δύο συναντήσεις που έγιναν στα γραφεία της ΕΨΕ διαπιστώσαμε ότι υπάρχουν σημαντικά σημεία στα οποία διαφορετικής κατεύθυνσης ψυχοθεραπευτές (που συμμετείχαν ως εκπρόσωποι εταιρειών) συμπύκνουν.

Α. Το επάγγελμα του ψυχοθεραπευτή δεν συνδέεται αποκλειστικά με κάποιο επάγγελμα υγείας (Ψυχιατρική, Ψυχολογία, Νοσηλευτική κ.λπ.) ούτε όμως είναι δυνατόν να είναι ανεξάρτητο από αυτά αφού αφορά ασθενείς.

Στο σημείο αυτό ο Κλάδος Ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ έχει διατυπώσει μια σαφή και ρεαλιστική πρόταση. Οι «εκπαιδευτικές εταιρείες και τα εκπαιδευτικά κέντρα» να δίνουν δυνατότητα εκπαίδευσης σε επιστήμονες:

- Ανώτατης εκπαίδευσης σε κλινικό αντικείμενο, κατά προτίμηση σε ψυχιάτρους, παιδοψυχιάτρους, κλινικούς ψυχολόγους, και κατά περίπτωση σε ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές κ.λπ., και
- Που έχουν μετεκπαιδευτική εμπειρία δύο ετών σε ψυχιατρική υπηρεσία υπό την εποπτεία ψυχιάτρου.

Β. Όταν φθάσει η στιγμή να πιστοποιηθεί η εκπαίδευση να είναι *διακριτή η ιδιαίτερη ψυχοθεραπευτική τους κατεύθυνση (π.χ. ομαδικός ψυχοθεραπευτής, γνωσιακός ψυχοθεραπευτής κ.λπ.) στον τίτλο.*

Γ. Στο θέμα της πιστοποίησης υπάρχει πρόταση για να κρίνεται τελικά ο τίτλος του ψυχοθεραπευτή από ανεξάρτητη διοικητική αρχή.

Στο θέμα αυτό ο Κλάδος Ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ συμφωνεί, απαιτείται όμως η συμφωνία των εταιρειών καθώς και η νομική και πολιτική διερεύνηση του θέματος.

Συμφωνήθηκε, τέλος, η κατά ψυχοθεραπευτική κατεύθυνση συζήτηση των θεμάτων της επιλογής των κριτηρίων, της διάρκειας της εκπαίδευσης, του περιεχομένου της εκπαίδευσης κ.ά.

Με αυτά τα δεδομένα σας καλούμε να προσέλθετε σε αυτόν τον διάλογο και να διατυπώσετε τις θέσεις της εταιρείας σας με σκοπό να διαμορφωθεί αρχικά μια συμφωνία βασικών αρχών κατά ψυχοθεραπευτική κατεύθυνση.

Τα γεγονότα στον ευρωπαϊκό και ελληνικό χώρο τρέχουν. Είναι προς το συμφέρον των ασθενών αλλά και των εκπαιδευμένων ψυχοθεραπευτών να διατυπώσουμε τις θέσεις μας.

*Η Συντονιστική Επιτροπή του Κλάδου
ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ*

Γ. Βασιλαματζής, Ν. Βαϊδάκης, Βλ. Τομαράς

3η Επιστολή

Αθήνα 4/12/2012

Προς τον Πρόεδρο και το Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

Αγαπητοί/ές συνάδελφοι,

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε για τις θέσεις του Κλάδου Ψυχοθεραπείας ως προς το θέμα του τίτλου του ψυχοθεραπευτή.

Ο Κλάδος από την ίδρυσή του ασχολήθηκε με το θέμα και έχει έως τώρα υπάρξει σε βάθος μελέτη της κατάστασης που υπάρχει στον ελληνικό χώρο, αλλά και των όσων ισχύουν στον ευρωπαϊκό. Οι βασικές αρχές μας είναι:

- Η ψυχοθεραπεία αποτελεί κλινική πράξη αφού αφορά ασθενείς, άρα παρότι δεν συνδέεται αποκλειστικά με κάποιο επάγγελμα υγείας, δεν μπορεί να ασκείται από μη κλινικούς.

- Στον τίτλο του ψυχοθεραπευτή θα πρέπει να είναι διακριτή η ιδιαίτερη ψυχοθεραπευτική κατεύθυνση (π.χ. γνωσιακός ψυχοθεραπευτής).
- Η πιστοποίηση θα πρέπει να γίνεται από ανεξάρτητη διοικητική αρχή.

Ταυτόχρονα θεωρούμε απαραίτητο κάθε ψυχίατρος στη διάρκεια της εκπαίδευσής του να αποκτά μια βασική ψυχοθεραπευτική παιδεία, όπως ορίζει τόσο η νομοθεσία (εφημερίδα της κυβέρνησης, αρ. φ. 236, 29/12/1994), όσο και το UEMS (European Board of Psychiatry, last revision 11/10/2003). Δυστυχώς στον ελληνικό χώρο μόνον οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές** έχουν τη δυνατότητα παροχής μιας τέτοιας παιδείας, και

αυτό θεωρούμε ότι είναι ένα σοβαρό θέμα που μας αφορά ως Εταιρεία.

Όμως, παρότι η παιδεία στην ψυχοθεραπεία είναι απαραίτητη για την άσκηση του επαγγέλματος του ψυχιάτρου, η πάγια θέση μας είναι ότι μόνον η ειδική (συνήθως μακροχρόνια) εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία οδηγεί στην απόκτηση της ιδιότητας του ψυχοθεραπευτή.

Εκτιμούμε ιδιαίτερα το ενδιαφέρον του ΔΣ της ΕΨΕ για το σημαντικό και πολυσύνθετο αυτό θέμα και παραμένουμε στη διάθεσή σας για τη συνέχεια.

Με εκτίμηση,

Η Επιτροπή του Κλάδου Ψυχοθεραπείας
Χ. Καραμανωλάκη, Κ. Χαραλαμπίκη Γ. Μιχόπουλος

**Σημ. της επ: Όπως και κάποιες Ειδικές Μονάδες του Δημοσίου

Psychiatrist-Psychotherapist: Thoughts and suggestions

K. Charalabaki,^{1,2} I. Michopoulos,^{3,4} A. Filippopoulou,³
H. Karamanolaki^{5,6}

¹Family Therapy Unit, Psychiatric Hospital of Attica,

²Hellenic Systemic Thinking and Family Therapy Association,

³2nd Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens, "Attikon" University Hospital,

⁴Hellenic Association of Cognitive Psychotherapies,

⁵1st Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens, Eginition Hospital,

⁶Hellenic Society of Psychoanalytic Psychotherapy, Athens, Greece

Psychiatriki 2014, 25:129–138

A basic training in psychotherapy is a necessary requirement for the speciality of psychiatry. Nevertheless, any thorough training in psychotherapy in Greece lacks planning and a credible certification system. Training is carried out by different psychotherapeutic societies of varying prestige, through a number of programs. There have been very few attempts until now to map this field. The Section of Psychotherapy of the Hellenic Psychiatric Association (HPA) has tried to document the characteristics of the psychiatrists practicing psychotherapy. The study aimed at all of the trainee and trained psychiatrists, members of HPA. 210 questionnaires were filled in by members of HPA in 2000 and 2009–2011. Most of them were returned by post to the Section of Psychotherapy, while some were filled in during the 21st HPA congress. With regard to psychotherapeutic training 151 (72%) reported some kind of psychoanalytic training, 90 (42.8%) cognitive, 85 (40.5%) systemic and 38 (18%) other (interpersonal, drama therapy, existentialist, cognitive-analytic, hypnosis, group therapy of another kind, orgonotherapy, vegetotherapy, Eye Movement Desensitization Reprocessing). The average duration of the training in years was 5.26 (±3.7) for the psychoanalytic one, 2.73 (±1.6) for the cognitive, 3.83 (±2.1) for

the systemic and 3.08 (± 2.5) for the psychiatrists with a different type of training. Interestingly, many of the participants reported more than one types of psychotherapeutic training. Another important finding is the fact that the range of training varies from a single seminar to many years, something which underlines the considerable divergence with regard to what is considered psychotherapeutic training. Several questions arise from the above findings: A first one is if a psychiatrist should, during his/her training, also be trained in psychotherapy and what kind of training this should be. A second question is if being a trained psychiatrist entails the capacity to practice psychotherapy and to be called a psychotherapist. Should the title of psychotherapist be a general one or should a specific theoretical-clinical approach be mentioned in the title (psychoanalyst, cognitive-behavioral, systemic, etc.). One more question is which institution is appropriate for the certification of a psychotherapist: a state authority or another, possibly private, institution such as scientific societies or Non-Governmental Organizations? A final question is where professionals from different fields certified as psychotherapists could converge and how their differences could be specified. The mapping and study of the field of psychotherapy within HPA can create the basis for a fruitful discussion on the issue of the psychiatrists' training and certification in psychotherapy, thus outlining a number of questions and dilemmas

Key words: Psychiatrist, psychotherapist, training.

Βιβλιογραφία

1. Χρόνος ειδικείωσης για την απόκτηση της ειδικότητας της Ψυχιατρικής, ΦΕΚ (Αρ. Φύλλου 236, 29/12/1994)
2. Avdi E. Psychotherapy training in Greece. *Eur Psychother* Vol. 2011, 10:1
3. Tseliou E. Systemic Family Therapy in Greece: Polyphony and Diversity. *Contemp Fam Ther* 2013, 3:1
4. Κλάδος Ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ. *Βασική Ψυχοθεραπευτική Παιδεία του Ψυχιάτρου*. ΕΨΕ, Αθήνα, 1999
5. Βασιλαματζής Γ, Βαϊδάκης Ν, Τομαράς Β. *Το επάγγελμα και ο τίτλος του ψυχοθεραπευτή*. Κλάδος Ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ. ΕΨΕ, Αθήνα, 2004
6. Union Europeene des Medecins Specialistes. Section for Psychiatry European Board of Psychiatry. Requirements for the Speciality of Psychiatry, approved: Strasbourg, 15.04.2000, Last Revision Approved: Berlin, 11.10.2003
7. Καραμανωλάκη Χ, Χαραλαμπίκη Κ, Μιχόπουλος Γ. *Επιστολή του Κλάδου Ψυχοθεραπείας της ΕΨΕ προς το ΔΣ της ΕΨΕ, σχετικά με τον τίτλο του ψυχιάτρου ψυχοθεραπευτή*, 2012
8. Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie, Gebiet Kinder - und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie, Psychoanalyse. Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Wurttemberg, WBO, 2006
9. Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών. *Συλλογή Νομοθεσίας για την Άσκηση του Ιατρικού Επαγγέλματος και το Νομικό καθεστώς στην Ελλάδα*. Αθήνα, 1997
10. Ιατρική Δεοντολογία, Τμήμα Α', Καθήκοντα και Υποχρεώσεις του Ιατρού, Εκ του ΑΝ 1565/1939 περί Κώδικος ασκήσεως του Ιατρικού Επαγγέλματος (άρθρα 13-27)
11. Εθνική Εταιρεία Ψυχοθεραπείας Ελλάδας. *Η Εκπαίδευση του Ψυχοθεραπευτού*, Αθήνα, 2005
12. Χουρδάκης Ν. Η κατοχύρωση του επαγγέλματος του ψυχοθεραπευτή σε χώρες της ΕΕ και η περίπτωση της Ελλάδας, Αθήνα, 2003
13. Χουρδάκης Ν. Περὶ του Ψυχοθεραπευτικού επαγγέλματος: Ο γερμανικός νόμος για ψυχολόγους-ψυχοθεραπευτές και ψυχοθεραπευτές παιδιών και εφήβων, Αθήνα, 2005
14. Πρόταση της Επιτροπής Ψυχολόγων σχετικά με την πιστοποίηση των Ψυχολόγων-Ψυχοθεραπευτών, Εισήγηση προς την Εκτελεστική Επιτροπή του ΚΕΣΥ: 31-12-2003
15. Τελική Πρόταση της Επιτροπής Ψυχολόγων βάσει των προτάσεων της Υποεπιτροπής Ψυχοθεραπείας σχετικά με την πιστοποίηση των Ψυχολόγων-Ψυχοθεραπευτών
16. European Association for Psychotherapy (EAP). *Proposal for a Common Platform for Psychotherapy*. Directive on the Recognition of Professional Qualifications. 7th September 2005 (2005/36/EC)
17. Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων, Κώδικες Δεοντολογίας για τους Ψυχολόγους στην Ελλάδα και την Ευρώπη, Αθήνα, 1997

Αλληλογραφία: Κ. Χαραλαμπίκη, Ψυχίατρος, Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Ελλανικού 3, 116 35 Παγκράτι, Αθήνα, Τηλ: (+30) 210-72 32 213, Fax: (+30) 210-72 12 646 e-mail: katiacharalabaki@hotmail.com

Ανασκόπηση Review

Διαταραχές συμπεριφοράς και χρήση ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση

Ε.Χ. Παπαχρήστου,¹ Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος²

¹Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών,

²Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:139–150

Το ποσοστό των ατόμων με νοητική καθυστέρηση στον γενικό πληθυσμό υπολογίζεται περίπου στο 2–3%, με την εφηβεία (15–20 ετών) να αποτελεί την αναπτυξιακή εκείνη περίοδο κατά την οποία παρατηρείται κορύφωση των ποσοστών της νοητικής καθυστέρησης. Ο αυξημένος αυτός επιπολασμός στην εφηβεία μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι καθορισμένες απαιτήσεις του σχολείου αρχικά και της κοινωνίας αργότερα, οδηγούν αναπόφευκτα στη συγκριτική αξιολόγηση του εφήβου με νοητική καθυστέρηση σε σχέση με τους συνομηλίκους του, καθιστώντας έτσι τη νοητική καθυστέρηση πιο εμφανή. Οι έφηβοι με νοητική καθυστέρηση αντιμετωπίζουν ένα πλήθος σωματικών και ψυχικών αναγκών, οι οποίες πολλές φορές δεν γίνονται διακριτές, με συνέπεια την επιδείνωση της ήδη επιβαρυσμένης ποιότητας ζωής τους. Ειδικότερα, τα προβλήματα ψυχικής υγείας εμφανίζονται 3 με 4 φορές πιο συχνά στους εφήβους με νοητική καθυστέρηση συγκριτικά με εφήβους του γενικού πληθυσμού. Η παρούσα ανασκόπηση παρουσιάζει τα πιο πρόσφατα ευρήματα (1990–2012) των επιδημιολογικών μελετών αναφορικά με τον συσχετισμό των διαταραχών συμπεριφοράς, της χρήσης ουσιών και της πιθανής συννοσηρότητας σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση, τόσο σε επίπεδο κοινότητας όσο και σε επίπεδο ιδρυματικής περίθαλψης. Από τα επιδημιολογικά δεδομένα προκύπτει ότι οι διαταραχές συμπεριφοράς συμπεριλαμβάνονται μεταξύ των πιο συχνών μορφών ψυχοπαθολογίας σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση, με τη σοβαρότητα και τη συμπτωματολογία τους να ποικίλλει ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε εφήβου. Αναφορικά με τη χρήση ουσιών, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι τα ποσοστά της χρήσης ουσιών (αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες και κάπνισμα) είναι χαμηλότερα στη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού, με τις διαφορές τα τελευταία χρόνια να τείνουν να εξαλειφθούν. Τέλος, στις λίγες έρευνες που εξέτασαν τη συννοσηρότητα των διαταραχών συμπεριφοράς και χρήσης ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση, παρατηρήθηκαν αντιφατικά αποτελέσματα, καθώς ενώ οι διαταραχές συμπεριφοράς εξακολουθούσαν να αποτελούν μία από τις συχνότερες μορφές ψυχοπαθολογίας, οι σχετιζόμενες με τις ουσίες διαταραχές εμφάνισαν χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με τους εφήβους με φυσιολογική νοημοσύνη και διαγνωσμένες διαταραχές της συμπεριφοράς. Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση απλών ή σύνθετων μορφών ψυχοπαθολογίας σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση έχουν εντοπιστεί σε ατομικό, οικο-

γενεϊακό και κοινωνικό επίπεδο, ενώ ως προστατευτικοί παράγοντες θεωρήθηκαν τα ατομικά χαρακτηριστικά του εφήβου (επίπεδο νοητικής λειτουργίας, ικανότητα προσοχής, παρουσία κατανοητής γλωσσικής έκφρασης, γενικότερη πρόοδος μέχρι την εφηβεία), η ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού πλαισίου και η παρουσία κοινωνικής υποστήριξης και ευαισθητοποίησης με τη δημιουργία ειδικών συμβουλευτικών, εκπαιδευτικών και θεραπευτικών δομών. Για τη συγγραφή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, χρησιμοποιήθηκαν οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: PubMed, Scopus, Psycinfo, Cochrane Library, Web of Science και Google Scholar. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας ήταν οι εξής: Intellectual Disability, Behavioral disorders, Adolescents, Mental Retardation, Learning disabilities, Developmental Disabilities, Disruptive behaviour disorders, Conduct disorder, Substance Abuse, Substance Misuse, Oppositional defiant disorder, Alcohol and illicit drug use, Smoking Use, Young people, Teenagers, Youths.

Λέξεις ευρετηρίου: Διαταραχές συμπεριφοράς, χρήση ουσιών, νοητική καθυστέρηση, συννοσηρότητα, έφηβοι.

Εισαγωγή

Μέχρι πρόσφατα επικρατούσε η αντίληψη ότι τα άτομα με νοητική καθυστέρηση δεν παρουσίαζαν ψυχιατρικά προβλήματα. Ο λόγος ήταν ότι τις περισσότερες φορές τα συμπτώματα των ψυχιατρικών διαταραχών θεωρούνταν χαρακτηριστικά της νοητικής καθυστέρησης.¹⁻⁴ Παρόλο που σήμερα είναι γνωστό ότι οι ψυχικές παθήσεις είναι δυνατόν να υπάρχουν και σε άτομα με νοητική καθυστέρηση, ωστόσο ο διαχωρισμός των συμπτωμάτων των ψυχικών παθήσεων από εκείνα της νοητικής καθυστέρησης παραμένει αρκετά δύσκολος. Και αυτό γιατί τα άτομα αυτά αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα πληθυσμού, η οποία καθιστά προβληματικές και αναποτελεσματικές τις τεχνικές μέτρησης που έχουν αναπτυχθεί για τον γενικό πληθυσμό.⁵ Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι ενδείξεις των προβλημάτων ψυχικής υγείας να αποδίδονται λανθασμένα σε νοητική καθυστέρηση και να εμφανίζεται το φαινόμενο της «διαγνωστικής επισκίασης» (diagnostic overshadowing).⁶

Παρά το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια αυξήθηκαν αισθητά οι μελέτες σχετικά με τον επιπολασμό των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε άτομα με νοητική καθυστέρηση και τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη συγκεκριμένων ψυχιατρικών διαταραχών, εντούτοις τα ερευνητικά στοιχεία είναι περιορισμένα και συχνά αντικρουόμενα. Οι περισσότερες εκτιμήσεις για τη συχνότητα εμφάνισης των ψυχικών νοσημάτων σε άτομα με νοητική καθυστέρηση, κυμαίνεται από 10–39%.⁷⁻¹²

Ειδικότερα όσον αφορά στους εφήβους, πολλές έρευνες επισημαίνουν ότι οι έφηβοι με νοητική κα-

θυστέρηση είναι πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών (διπλή διάγνωση – dual diagnosis)¹³ συγκριτικά με τους συνομηλίκους χωρίς νοητική καθυστέρηση, παρουσιάζοντας μάλιστα περισσότερα σημαντικά προβλήματα και σε νεαρότερη ηλικία.¹⁴⁻¹⁹ Τα προβλήματα αυτά έχουν ως φυσικό επακόλουθο την αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής τόσο των ίδιων όσο και των οικογενειών τους. Επίσης, λίγα είναι γνωστά σχετικά με το πώς εξελίσσονται αυτά τα προβλήματα ψυχικής υγείας με την πάροδο του χρόνου και με το κατά πόσον συνεχίζονται και κατά την ενηλικίωση.

Μεταξύ των διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας που παρατηρούνται συχνά στους εφήβους με νοητική καθυστέρηση²⁰ περιλαμβάνονται οι διαταραχές της συμπεριφοράς (διαταραχή διαγωγής, εναντιωτική-προκλητική διαταραχή) καθώς και οι σχετιζόμενες με τη χρήση ουσιών διαταραχές. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι τα αρχικά υψηλά επίπεδα των διαταραχών συμπεριφοράς στους εφήβους με νοητική καθυστέρηση, παρά τη μείωσή τους με την πάροδο του χρόνου, παραμένουν υψηλά στη νεαρή ενήλικη ζωή, ενώ η βαρύτητα της ψυχοπαθολογίας είναι παρόμοια τόσο στην ήπια όσο και στη σοβαρή νοητική καθυστέρηση.²¹ Αναφορικά με τη χρήση ουσιών, παρόλο που μέχρι πρόσφατα τα ποσοστά ήταν χαμηλότερα για τη συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού, ωστόσο τα τελευταία χρόνια οι διαφορές τείνουν να εξαλειφθούν καθιστώντας το θέμα των ουσιών ένα πεδίο για περαιτέρω έρευνα.

Στα πλαίσια της πλούσιας συμπτωματολογίας των διαταραχών συμπεριφοράς σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση, κυρίαρχη θέση αρκετά συχνά έχει η χρήση

ουσιών όπως το αλκοόλ, το κάπνισμα και άλλες παράνομες ή μη ουσίες. Η συνύπαρξη νοητικής καθυστέρησης, προβλήματος ψυχικής υγείας και μιας διαταραχής που σχετίζεται με τη χρήση ουσιών, έχει προσδιοριστεί ως «τριπλή διάγνωση» (Triple diagnosis).²²

Για τη συγγραφή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκαν οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: PubMed, Scopus, Psycinfo, Cochrane Library, Web of Science και Google Scholar. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας ήταν οι εξής: Intellectual Disability, Behavioral disorders, Adolescents, Mental Retardation, Learning disabilities, Developmental Disabilities, Disruptive behaviour disorders, Conduct disorder, Substance Abuse, Substance Misuse, Oppositional defiant disorder, Alcohol and illicit drug use, Smoking Use, Young people, Teenagers, Youths.

Διαταραχές συμπεριφοράς σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση

Κατά την εκπόνηση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης εντοπίστηκαν 23 μελέτες που επικεντρώθηκαν στην εξέταση της σχέσης της Νοητικής Καθυστέρησης σε εφηβικό πληθυσμό και των Διαταραχών Συμπεριφοράς.^{15-16,18,19,21,23-40}

Σε όλες σχεδόν τις μελέτες διαπιστώνεται ότι οι διαταραχές συμπεριφοράς αποτελούσαν μια από τις βασικότερες και πιο σοβαρές μορφές ψυχοπαθολογίας για την ομάδα αυτή του πληθυσμού. Ωστόσο, οι εκτιμήσεις για τον ακριβή επιπολασμό ποικίλλουν καθώς το μεγάλο εύρος που παρατηρείται οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι διαταραχές συμπεριφοράς (και όλοι οι αντίστοιχοι όροι που χρησιμοποιούνται

για να περιγράψουν μια μη φυσιολογική και δυσλειτουργική συμπεριφορά) δεν αποτελούν μια αυτοτελή διαγνωστική κατηγορία, σύμφωνα με τα διεθνή διαγνωστικά εγχειρίδια (DSM-IV και ICD-10). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο όρος «Διαταραχές της Συμπεριφοράς» να χρησιμοποιείται ως ένας γενικός όρος που περιγράφει αποδιοργανωμένα και διαταραγμένα πρότυπα συμπεριφοράς, καθιστώντας έτσι περίπλοκη τη διάκριση ανάμεσα στη διαταραγμένη συμπεριφορά και την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας. Ανεξαρτήτως όμως του ορισμού και των διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή των διαταραχών συμπεριφοράς, τα ποσοστά εμφάνισής τους τις συγκαταλέγουν μεταξύ των πιο συχνά εμφανιζόμενων μορφών ψυχοπαθολογίας σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση.

Οι παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης διαταραχών συμπεριφοράς σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση διακρίνονται σε: (α) ατομικούς και (β) περιβαλλοντικούς (πίνακας 1).

Σχετικά με τους ατομικούς παράγοντες κινδύνου, οι έφηβοι με ήπια ή μέτρια νοητική καθυστέρηση είναι πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη διαταραχών συμπεριφοράς, και ιδίως αποδιοργανωτικών (διαταραχή διαγωγής, εναντιωματική-προκλητική διαταραχή, ΔΕΠΥ) και αντικοινωνικών συμπεριφορών (επιθετικότητα, κλοπές, καταστροφή ξένης περιουσίας, ανυπακοή στους κοινωνικούς κανόνες), σε σχέση με τους εφήβους με σοβαρή ή βαριά νοητική καθυστέρηση, οι οποίοι εκδήλωναν συχνότερα προκλητικές συμπεριφορές, όπως αυτοτραυματικές συμπεριφορές, συμπεριφορές με αυτιστικά χαρακτηριστικά και διαταραχές στην επικοινωνία.^{19,21,23-26}

Πίνακας 1. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης Διαταραχών Συμπεριφοράς σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση.

<i>Ατομικοί παράγοντες κινδύνου</i>	<i>Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου</i>
Ήπια ή μέτρια νοητική καθυστέρηση	Δυσλειτουργικό Οικογενειακό Περιβάλλον (Ψυχοπαθολογία των γονέων, χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, αναποτελεσματικές πρακτικές διαχείρισης των οικογενειακών προβλημάτων)
Άρρεν φύλο	Κοινωνική Απομόνωση (χαμηλό επίπεδο προσαρμοστικότητας, δυσκολία ανταπόκρισης στις κοινωνικές απαιτήσεις)
Έναρξη των συμπτωμάτων σε νεαρή ηλικία (παιδική έναρξη)	Αυτισμός ή άλλη χρόνια ασθένεια (ψυχική ή σωματική) Αρνητικές εμπειρίες ζωής (απώλεια στενού οικογενειακού προσώπου-φίλου, χωρισμός των γονέων, προβλήματα των γονέων με τη δικαιοσύνη)

Οι έφηβοι με ήπια ή μέτρια νοητική καθυστέρηση είναι πιθανότερο να έχουν επίγνωση των αδυναμιών-περιορισμών τους, διατρέχοντας έτσι υψηλότερο κίνδυνο να νοσήσουν από συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων και οι διαταραχές συμπεριφοράς. Επιπλέον, σε μελέτες εφήβων με μέτρια νοητική καθυστέρηση έχει φανεί ότι είναι πιθανότερο –σε σχέση με συνομηλικούς τους με βαρύτερη μορφή νοητικής ανεπάρκειας– να βιώσουν την απόρριψη εκ μέρους των γονιών τους, ενώ όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρών προβλημάτων συμπεριφοράς, που ενίοτε εντάσσονται στα πλαίσια της παραβατικότητας.

Όσον αφορά στο φύλο, όπως και στον γενικό πληθυσμό, τα αγόρια με νοητική καθυστέρηση διαπιστώθηκε ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με κάποια διαταραχή της συμπεριφοράς, ενώ η έναρξη των συμπτωμάτων σε νεαρή ηλικία (παιδική έναρξη) φάνηκε να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης συμπεριφορικών διαταραχών στην εφηβεία και αντικοινωνικής διαταραχής τής προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή.^{15,16,23,24,27-29}

Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου που βρέθηκαν να αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης διαταραχών συμπεριφοράς σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση, συμπεριλαμβάνονται παράγοντες που δυσχεραίνουν την εύρυθμη λειτουργία της οικογένειας ως συνόλου, καθώς και η κοινωνική απομόνωση του εφήβου με νοητική καθυστέρηση, η ύπαρξη αυτισμού ή άλλης χρόνιας ασθένειας και οι αρνητικές εμπειρίες ζωής, οι οποίες είναι δύσκολο να τύχουν αποτελεσματικής λογικής και συναισθηματικής διαχείρισης από τους εφήβους με νοητική καθυστέρηση.^{16,19,26-28,30,31}

Χρήση ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση

Όσον αφορά στη χρήση ουσιών και το κάπνισμα σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση, η μέχρι σήμερα έρευνα είναι περιορισμένη κυρίως σε μικρές επιδημιολογικές μελέτες, με αποτέλεσμα να μην είναι εφικτό να εξαχθούν ακριβή συμπεράσματα. Επίσης, οι αντιφατικές έννοιες που παρατηρούνται στη χρησιμοποιούμενη ορολογία, όπως οι όροι «χρήση ουσιών», «κατάχρηση ουσιών» και «διαταραχές που σχετίζονται με τις ουσίες», οι οποίοι αν και έχουν δια-

φορετική σημασία, πολλές φορές χρησιμοποιούνται χωρίς διάκριση σαν να περιγράφουν την ίδια ακριβώς συμπεριφορά, έχει ως συνέπεια τη δημιουργία ασάφειας αναφορικά με τη σχέση της νοητικής καθυστέρησης και της κατανάλωσης ουσιών.

Συγκεκριμένα, εντοπίστηκαν μόνο 11 μελέτες που εξέταζαν τη συνύπαρξη της χρήσης ουσιών –και των πιθανών διαταραχών που οφείλονταν σε αυτές– και της νοητικής καθυστέρησης σε πληθυσμό εφήβων.⁴¹⁻⁵¹ Οι περισσότερες δημοσιευμένες μελέτες στο πεδίο αυτό υποστηρίζουν ότι τα ποσοστά της χρήσης αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών καθώς και το κάπνισμα είναι χαμηλότερα σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό των εφήβων.⁵² Ωστόσο, μερικές έρευνες αναφέρουν περιπτώσεις όπου διαπιστώθηκε ότι έφηβοι με νοητική καθυστέρηση εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης σε συγκεκριμένες ουσίες, όπως π.χ. το κάπνισμα, σε σχέση με τον αντίστοιχο γενικό πληθυσμό.^{41,42}

Όπως και στους εφήβους του γενικού πληθυσμού, έτσι και στους εφήβους με νοητική καθυστέρηση, το αλκοόλ είναι η πιο συνηθισμένη ουσία στην οποία γίνεται κατάχρηση, με τα ποσοστά να αυξάνονται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια. Καθώς η κατάχρηση ουσιών γίνεται όλο και πιο συχνή, το αποτέλεσμα είναι να πληθαίνουν οι αρνητικές συνέπειες για την υγεία και τις κοινωνικές δεξιότητες του ατόμου, αλλά και για την ίδια την κοινωνία γενικότερα, καθώς ο πληθυσμός με νοητική καθυστέρηση αντιπροσωπεύει σε μεγάλο βαθμό τον γενικό πληθυσμό όσον αφορά στη συνύπαρξη αλκοόλ και άλλων παράνομων ουσιών.^{53,54}

Τις τελευταίες δεκαετίες όλο και περισσότερα άτομα με ελαφριές μορφές νοητικής καθυστέρησης, στα πλαίσια της αποϊδρυματοποίησης, διαμένουν σε ευρύτερες δομές της κοινότητας. Αυτό έχει αφενός ως αποτέλεσμα οι έφηβοι με νοητική έκπτωση να βιώνουν μεγαλύτερη ανεξαρτησία, αποκτώντας εμφανή ψυχολογικά οφέλη και ηθικά πλεονεκτήματα, αφετέρου όμως είναι πιθανό, λόγω των αντικειμενικών δυσκολιών κοινωνικής προσαρμογής και της μειωμένης επίβλεψης από τους ειδικούς ψυχικής υγείας, να είναι πιο επιρρεπείς στην υιοθέτηση συμπεριφορών υψηλού κινδύνου, μεταξύ των οποίων είναι και η χρήση ουσιών. Αντιθέτως, τα άτομα που λαμβάνουν ιδρυματική φροντίδα ή ζουν σε ελεγχόμενες κοινοτικές

δομές είναι λιγότερο πιθανό να κάνουν χρήση ουσιών, λόγω του αυστηρότερου πλαισίου διαβίωσης.

Επίσης, η συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού χαρακτηρίζεται συνήθως από πολύ περιορισμένη γνώση σχετικά με το πόσο επιβλαβής είναι η υιοθέτηση τέτοιων ριψοκίνδυνων συμπεριφορών, με αποτέλεσμα να μη γνωρίζει ότι π.χ. η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί μέθη, να δυσκολεύονται να κατανοήσουν έννοιες, όπως «επιτρεπτά όρια» ή «ποσοότητες αλκοόλ» και πολλές φορές να μην είναι σε θέση ακόμη και να απαντήσουν ξεκάθαρα αν χρειάζονται ή όχι βοήθεια.⁵³

Επιπλέον, η κατανάλωση νόμιμων ή παράνομων ουσιών δημιουργεί ευχάριστα συναισθήματα, με συνέπεια η διάκριση ανάμεσα στα αισθήματα ευφορίας και τον αρνητικό αντίκτυπο να καθίσταται περισσότερο δύσκολη για τους εφήβους με νοητική καθυστέρηση σε σχέση με τον αντίστοιχο γενικό πληθυσμό.

Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται θετικά με τη χρήση ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση μπορούν να διακριθούν σε: (α) ατομικούς, (β) οικογενειακούς και (γ) κοινωνικούς (πίνακας 2).

Συννοσηρότητα διαταραχών συμπεριφοράς και χρήσης ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση

Ακόμη πιο περιορισμένη σε σύγκριση με τις διαταραχές της συμπεριφοράς και τη χρήση ουσιών ως δύο ανεξάρτητων μορφών ψυχοπαθολογίας, είναι η

έρευνα σχετικά με τη συννοσηρότητα των διαταραχών συμπεριφοράς και της διαταραχής χρήσης ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση. Και αυτό γιατί οι περισσότερες μέχρι σήμερα μελέτες περιορίζονται στην εξέταση μόνο συγκεκριμένων μορφών ψυχοπαθολογίας, χωρίς να εστιάζουν στην αιτιώδη ή και αμφίδρομη σχέση που ενδεχομένως να υφίστανται μεταξύ δύο ή περισσότερων ψυχικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, μόνο τέσσερις μελέτες ήταν εφικτό να εντοπιστούν, οι οποίες μεταξύ άλλων παρείχαν πληροφορίες αναφορικά με τη συνύπαρξη των διαταραχών συμπεριφοράς και της χρήσης ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση.⁵⁵⁻⁵⁸ Από αυτές, οι τρεις αφορούσαν εφήβους παραβάτες με νοητική έκπτωση που είχαν παραπεμφθεί στη δικαιοσύνη και βρίσκονταν υπό επιτήρηση και περιορισμό, ενώ μία μελετούσε αντίστοιχους εφήβους σε επίπεδο κοινότητας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι διαταραχές συμπεριφοράς εξακολουθούσαν να αποτελούν μια από τις πιο συχνά διαγνωσμένες μορφές ψυχοπαθολογίας σε εφήβους με τριπλή διάγνωση (νοητική καθυστέρηση-προβλήματα ψυχικής υγείας-διαταραχή που σχετίζεται με τη χρήση ουσιών), με τα ευρήματα ωστόσο σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, το αλκοόλ και το κάπνισμα να ποικίλουν.

Αναλυτικότερα, από τις τρεις εκ των τεσσάρων μελετών όπου υπήρχε ομάδα ελέγχου, στις δύο διαπιστώθηκε ότι, παρόλο που οι σχετιζόμενες με τη χρήση ουσιών διαταραχές συγκαταλέγονταν ανάμεσα

Πίνακας 2. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυξημένες πιθανότητες χρήσης ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση.

<i>Ατομικοί παράγοντες κινδύνου</i>	<i>Οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου</i>	<i>Κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου</i>
Ήπια ή μέτρια νοητική καθυστέρηση	Κακή οικονομική κατάσταση	Αρνητικές επιρροές από συνομηλίκους
Άρρεν φύλο	Ύπαρξη ψυχοπαθολογίας σε κάποιο μέλος της οικογένειας	Φτωχές κοινωνικές σχέσεις
Έναρξη χρήσης των ουσιών στην πρώιμη εφηβεία	Κακή επικοινωνία και φτωχές ικανότητες επίλυσης προβλημάτων	Στιγματισμός
Χρόνια σωματική ή ψυχική ασθένεια	Ιστορικό χρήσης ουσιών στο οικογενειακό πλαίσιο	Ελλιπής κοινωνική υποστήριξη
	Ψυχολογική καταπόνηση της οικογένειας	Ανεξάρτητη διαβίωση
		Θυματοποίηση από συνομηλίκους-ενηλίκους
		Αποκλεισμός από τις υπηρεσίες υγείας
		Νομικές εκκρεμότητες

στις πιο συνηθισμένες μορφές συννοσηρότητας των εφήβων με νοητική καθυστέρηση και διαταραχές συμπεριφοράς, τα ποσοστά τους ήταν χαμηλότερα συγκριτικά με τους εφήβους με φυσιολογική νοημοσύνη και διαταραχές της συμπεριφοράς.⁵⁵⁻⁵⁶ Αντιθέτως, στην έρευνα που διεξήχθη σε επίπεδο κοινότητας και συγκεκριμένα στο πλαίσιο του σχολείου,⁵⁷ οι έφηβοι με νοητική καθυστέρηση που είχαν διαγνωστεί ότι έπασχαν από διαταραχές συμπεριφοράς, εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά στην κατανάλωση τόσο νόμιμων (αλκοόλ, καπνός) όσο και παράνομων ουσιών (κάνναβη, αμφεταμίνες, ηρωίνη, κ.λπ.) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τέλος, στη μελέτη που εξέτασε τη σχέση των ψυχικών διαταραχών, της νοητικής καθυστέρησης και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε εφήβους παραβάτες που βρίσκονταν υπό περιορισμό⁵⁸ διαπιστώθηκε ότι όλοι οι συμμετέχοντες είχαν διαγνωστεί με χαμηλότερο νοητικό επίπεδο και με διαταραχή διαγωγής, με σχεδόν 3 στους 4 να είναι καθημερινοί χρήστες ναρκωτικών ουσιών (κυρίως κάνναβης), και με τους περισσότερους να μη θεωρούν τη χρήση των ναρκωτικών ως σοβαρό πρόβλημα που χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης.

Παρόλο που η συννοσηρότητα διαταραχών συμπεριφοράς και χρήσης ουσιών, καθιστά τη μελέτη των πιθανών παραγόντων κινδύνου μια δύσκολη και ταυτόχρονα επισφαλής διαδικασία, λόγω της αδυναμίας πολλές φορές να διακρίνουμε ποια από τις δύο διαταραχές αποτελεί την κύρια διαταραχή και ποια

εμφανίζεται ως συνέπεια αυτής, οι παράγοντες κινδύνου μπορούν, όπως και προηγουμένως, να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: (α) ατομικούς, (β) οικογενειακούς και (γ) κοινωνικούς (πίνακας 3).

Παρόλο που ο χαμηλός βαθμός νοημοσύνης στους εφήβους διαπιστώθηκε ότι συσχετίζεται θετικά με την έκφανση ποικίλων συμπτωμάτων των διαταραχών της συμπεριφοράς (ληστείες, επιθετικότητα, σωματική και λεκτική βία, απάτες, καταστροφή ξένης περιουσίας), ωστόσο σε σχέση με την ταυτόχρονη παρουσία των διαταραχών συμπεριφοράς και της χρήσης ουσιών, η συσχέτιση φαίνεται να είναι αρνητική, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις η κατανάλωση απαγορευμένων ουσιών βρέθηκε αισθητά μικρότερη για τους εφήβους με νοητική καθυστέρηση και σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με τους παραβατικούς έφηβους με φυσιολογική νοημοσύνη. Μια πιθανή ερμηνεία του αντιφατικού αυτού ευρήματος είναι ότι στην περίπτωση των εφήβων με νοητική καθυστέρηση που παρουσιάζουν σύνθετες μορφές ψυχοπαθολογίας, όπως είναι οι διαταραχές συμπεριφοράς και η χρήση ουσιών, είναι πιθανότερο να έχουν εισαχθεί για λόγους ασφαλείας, τόσο των ιδίων όσο και των συγγενών/φίλων τους, σε περισσότερο ελεγχόμενα πλαίσια που καθιστούν δυσκολότερη την πρόσβαση σε ουσίες. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι η χρήση ουσιών φάνηκε να παίζει λιγότερο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των προβληματικών συμπεριφορών,

Πίνακας 3. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης διαταραχών συμπεριφοράς και χρήσης ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση.

<i>Ατομικοί παράγοντες κινδύνου</i>	<i>Οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου</i>	<i>Κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου</i>
Βαθμός νοητικής έκπτωσης	Απόρριψη και ένταση στις οικογενειακές σχέσεις	Διαβίωση σε ιδρυματικό πλαίσιο
Κακή σωματική και ψυχική υγεία	Σοβαρή ασθένεια σε κάποιο μέλος της οικογένειας	Διαμονή σε υποβαθμισμένες περιοχές
Αυτοτραυματική συμπεριφορά	Ανεργία των γονιών	Συχνές και μακροχρόνιες απουσίες από το σχολείο
Υπερκινητικότητα	Διαβίωση σε μονογονική οικογένεια	Έλλειψη συμβουλευτικών δομών
Αυξημένος αριθμός θετικών ή αρνητικών εμπειριών ζωής	Χρήση ουσιών από τους γονείς	Περιορισμένες συναναστροφές με συνομηλίκους
Εκφοβισμός	Έκθεση σε σωματική και λεκτική βία από μέλος της οικογένειας	Βίωση διαφόρων ειδών διακρίσεων
Τακτική επαφή από μικρή ηλικία με τις αστυνομικές και δικαστικές αρχές	Προβλήματα των γονέων με τη δικαιοσύνη	Στιγματισμός και περιθωριοποίηση

καθώς δεν παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτες διαφορές σχετικά με την επίδρασή τους στην εμφάνιση των παραβατικών συμπεριφορών και των πιθανών υποτροπών τους σε εφήβους με ή χωρίς νοητική καθυστέρηση.

Δυνατότητες αντιμετώπισης και πρόληψης

Εκτός από τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη των διαταραχών συμπεριφοράς και της χρήσης ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση, εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος των προστατευτικών παραγόντων (resilience factors/protective factors) για την αποφυγή εμφάνισης ή τη μείωση των επιπτώσεων που προκαλούν όχι μόνον οι συγκεκριμένες διαταραχές αλλά και διάφοροι άλλοι τύποι ψυχοπαθολογίας. Οι προσπάθειες για παρέμβαση στην προβληματική και ενίοτε αντικοινωνική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων με ή χωρίς νοητική καθυστέρηση, εξαρτώνται σημαντικά από τη μελέτη και τον ακριβή καθορισμό όλων των παραγόντων που επιδρούν στη δημιουργία της, καθώς τόσο οι παράγοντες κινδύνου όσο και οι προστατευτικοί παράγοντες θα πρέπει να θεωρούνται αλληλοεξαρτώμενοι και όχι μεμονωμένοι και ανεξάρτητοι. Επομένως, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να στοχεύουν στην αύξηση της επίδρασης των προστατευτικών παραγόντων, σε βάρος των παραγόντων κινδύνου. Ωστόσο, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο γεγονός ότι οι ίδιοι προστατευτικοί παράγοντες (όπως και οι παράγοντες κινδύνου) μπορεί να έχουν διαφορετική σημασία και επίδραση σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση και σε εφήβους με φυσιολογική νοημοσύνη.

Παρόλο που οι έρευνες μέχρι σήμερα έχουν επισημάνει μια πληθώρα προστατευτικών παραγόντων, που συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό ο καθένας στην πρόληψη των διαταραχών συμπεριφοράς και χρήσης ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση, θα μπορούσαν σε γενικές γραμμές να ταξινομηθούν σε παράγοντες που σχετίζονται με τα ατομικά χαρακτηριστικά του ίδιου του εφήβου, με το οικογενειακό του πλαίσιο και την ευρύτερη κοινωνική δομή⁵⁹ (πίνακας 4).

Ιδιαίτερο ρόλο ως προστατευτικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν η αυτοεκτίμηση –μέσω της βελτίωσης της αυτοαντίληψης– και η κοινωνική υποστήριξη. Οι έφηβοι με νοητική καθυστέρηση

Πίνακας 4. Προστατευτικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόληψη εμφάνισης και στη μείωση των επιπτώσεων προβλημάτων ψυχικής υγείας σε εφήβους με Νοητική Καθυστέρηση.

- Το επίπεδο νοητικής λειτουργίας (όσο υψηλότερο τόσο το καλύτερο)
- Η παρουσία κοινωνικής υποστήριξης και ευαισθητοποίησης μέσω της δημιουργίας των απαραίτητων υποστηρικτικών δομών
- Η παρουσία κατανοητής γλωσσικής έκφρασης (εκφραστική και αντιληπτική)
- Η ικανότητα προσοχής
- Το ζεστό, υποστηρικτικό και σωστά δομημένο οικογενειακό περιβάλλον
- Η κατάλληλη αναπτυξιακή, εστιασμένη και οργανωμένη εκπαίδευση
- Η γενικότερη μέχρι εκείνη τη χρονική περίοδο πρόοδος του εφήβου

ση, οι οποίοι έχουν επίγνωση της κατάστασής τους, είναι πιθανότερο –σε σχέση με τους συνομηλίκους τους που δεν κατανοούν τα χαρακτηριστικά της νοητικής τους ανεπάρκειας– να έχουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση,^{60,61} καθώς είναι σε θέση να προσαρμόζονται καλύτερα, να αναζητούν βοήθεια και να βρίσκουν επαγγελματικές και εκπαιδευτικές ευκαιρίες σύμφωνα με τις δυνατότητές τους. Επίσης, η συνεχής κοινωνική υποστήριξη έχει διαπιστωθεί ότι βοηθά τους εφήβους με νοητική καθυστέρηση να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις του σχολείου, να βρουν τη θέση τους στο εργατικό δυναμικό, να αναπτύξουν ικανοποιητικές κοινωνικές σχέσεις και να πετύχουν τον μέγιστο δυνατό βαθμό ανεξαρτησίας. Επομένως, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να οδηγήσει στην περιθωριοποίηση και στον κοινωνικό αποκλεισμό της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας, αυξάνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης τόσο απλών όσο και σύνθετων μορφών ψυχοπαθολογίας.⁶²

Μελλοντικές προτάσεις και κατευθύνσεις

Παρά το αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον τις τελευταίες δεκαετίες, τόσο για τις σωματικές όσο και για τις ψυχικές ανάγκες των εφήβων και γενικότερα των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, εξακολουθούν να υφίστανται σοβαρά θέματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης, προσοχής και βελτίωσης (πίνακας 5).

Πίνακας 5. Μελλοντικές προτάσεις και κατευθύνσεις με σκοπό την πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας των εφήβων με νοητική καθυστέρηση.

- Δημιουργία ειδικών σταθμισμένων εργαλείων μέτρησης για τον συγκεκριμένο πληθυσμό
- Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και των φροντιστών των εφήβων με νοητική καθυστέρηση
- Θεσμοθέτηση νέων και βελτίωση των υφιστάμενων πολιτικών υγείας
- Εκπαίδευση των εφήβων με νοητική καθυστέρηση σε τεχνικές, κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες (skills training)
- Συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής ψυχικής υγείας

Ειδικότερα, η ανάγκη για καλύτερο έλεγχο, έγκαιρο εντοπισμό, σωστή διάγνωση, κατάλληλες και αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις και επαναξιολογήσεις, καθιστούν απαραίτητη τη δημιουργία ειδικών σταθμισμένων εργαλείων μέτρησης που θα απευθύνονται αποκλειστικά στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Βασική παράμετρος που μπορεί να συμβάλει θετικά στην έγκαιρη διάγνωση της ψυχοπαθολογίας σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και των φροντιστών/οικογενειών τους. Εκπαίδευση που θα αποσκοπεί στην ενδυνάμωση των ικανοτήτων τους να αναγνωρίζουν έγκαιρα τις ενδείξεις ψυχικής ασθένειας και να προβαίνουν σε συνειδητές αποφάσεις, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο την κατάλληλη πρόσβαση των εφήβων –και γενικότερα των ατόμων– με νοητική καθυστέρηση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.⁶³

Προτεραιότητα, σε επίπεδο κοινότητας, θα πρέπει να θεωρείται η θεσμοθέτηση νέων και η βελτίωση των υφιστάμενων πολιτικών υγείας που θα στοχεύουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ανεκπλήρωτων αναγκών (unmet needs) των εφήβων με νοητική καθυστέρηση και των οικογενειών τους. Ενδεικτικά τέτοιες πολιτικές υγείας περιλαμβάνουν τη δημιουργία ειδικών συμβουλευτικών, εκπαιδευτικών και θεραπευτικών δομών, την υποστήριξη των οικογενειών σε θέματα ανατροφής τέτοιων παιδιών, την παροχή κινήτρων και ευκαιριών για την καλύτερη δυνατή κοινωνική ένταξή τους και την πληρέστερη ενημέρωση, όχι μόνο των επαγγελματιών υγείας αλλά και του κοινού, για τα χαρακτηριστικά αυτής της ομάδας.

Νεότερες μελέτες έχουν τονίσει την ανάγκη εκπαίδευσης των εφήβων με νοητική καθυστέρηση σε τεχνικές, κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες (skills training) με στόχο την καλύτερη δυνατή διαχείριση στρεσογόνων κοινωνικών συνθηκών, την επίλυση προβλημάτων, την προαγωγή ψυχικής υγείας των ίδιων όσο και των οικογενειών τους, καθώς και την πρόληψη πιθανών ψυχιατρικών διαταραχών.

Τέλος, δεδομένου ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας των εφήβων με νοητική καθυστέρηση είναι συχνά, σύνθετα και πολλές φορές μακροχρόνια, καθίσταται σημαντική η συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων (σχολεία, πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, κέντρα ψυχικής υγείας) στην ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής ψυχικής υγείας, με στόχο αφενός τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης ψυχοπαθολογίας (πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη) και αφετέρου την ενσωμάτωση των εφήβων με νοητική καθυστέρηση στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Αξιολόγηση και περιορισμοί

Παρά την προσπάθεια της συγκεκριμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης να παρουσιάσει τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τον συσχετισμό διαταραχών συμπεριφοράς και χρήσης ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κάποιοι περιορισμοί πριν την εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων και την εφαρμογή εξειδικευμένων παρεμβάσεων στην ευαίσθητη αυτή ομάδα του πληθυσμού.

Η αξιολόγηση του επιπολασμού των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση είναι μια σύνθετη διαδικασία, που θέτει ποικίλες θεωρητικές ερωτήσεις και μεθοδολογικούς προβληματισμούς. Αυτά αφορούν κατά κύριο λόγο τον ακριβή προσδιορισμό των προβλημάτων ψυχικής υγείας, το είδος της ψυχιατρικής εκτίμησης και την ταξινόμηση των προβλημάτων συμπεριφοράς. Η επίδραση όλων των παραπάνω θεμάτων έχει ως συνέπεια τα συμπεράσματα σχετικά με τον επιπολασμό και τις εκφάνσεις των διαφόρων προβλημάτων ψυχικής υγείας σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση, να κινδυνεύουν να χαρακτηριστούν προβληματικά, και ενδεχομένως να οδηγήσουν σε βιαστικές αποφάσεις και λανθασμένες κατευθύνσεις. Μέχρι λοιπόν να είμαστε σε θέση να εξετάσουμε πιο αντι-

προσωπευτικά δείγματα, να βεβαιωθούμε ότι όλες οι διαγνωσμένες διαταραχές σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση –όπως οι διαταραχές συμπεριφοράς και διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών– είναι έγκυρες, καθώς και ότι όλες οι υποομάδες εφήβων με νοητική έκπτωση και προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν εντοπιστεί, οι εκτιμήσεις των περισσότερων ερευνών για τον επιπολασμό θα αντικατοπτρίζουν κυρίως τα δεδομένα των υπηρεσιών στις οποίες απευθύνονται οι έφηβοι καθώς και τα ατομικά χαρακτηριστικά των εφήβων με νοητική καθυστέρηση και προβλήματα ψυχικής υγείας.

Ωστόσο, παρά τους προαναφερθέντες περιορισμούς, τα ευρήματα υποδεικνύουν με σαφή τρόπο την αυξημένη παρουσία των διαταραχών συμπεριφοράς και χρήσης ουσιών σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση, τονίζοντας την ανάγκη παροχής αποτελεσματικής υποστήριξης και θεραπευτικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση των αναγκών τους. Τα στοιχεία αυτά θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τις αρμόδιες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά και έφηβους, προσαρμόζοντας τα χαρακτηριστικά τους στις ιδιαίτερες απαιτήσεις της συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού, προκειμένου να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Επομένως, η αποτελεσματική παρέμβαση απαιτεί εξειδικευμένες κλινικές δεξιότητες στην επικοινωνία, τη διάγνωση και τη θεραπεία, με τις δεξιότητες αυτές τουλάχιστον ως τώρα να είναι σπάνια διαθέσιμες στις γενικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.⁶⁴

Συνοψίζοντας, για την καλύτερη δυνατή και αξιόπιστη εκτίμηση των προβλημάτων των εφήβων με νοητική καθυστέρηση, είναι ανάγκη να βελτιωθούν οι μέχρι σήμερα διαγνωστικές πρακτικές, να διαχωριστούν με σαφήνεια τα χαρακτηριστικά των επιμέρους διαταραχών σε άμεση συσχέτιση με την παράμετρο της νοητικής ικανότητας, και να χρησιμοποιηθεί εκείνη η μεθοδολογία έρευνας η οποία θα κάνει τις μελέτες που διεξάγονται αντιπροσωπευτικές και συγκρίσιμες μεταξύ τους. Η διασφάλιση των αντικειμενικών αυτών συνθηκών έρευνας θα βοηθήσουν τις υπηρεσίες υγείας να επαναπροσδιορίσουν τους στόχους τους και να είναι διαθέσιμες για την κάλυψη των αναγκών πληθυσμιακών ομάδων με διαφορετικά χαρακτηριστικά, όπως εκείνων με νοητική καθυστέρηση.

Συμπεράσματα

Κάνοντας μια γενικότερη και συνοπτική αποτίμηση των ευρημάτων γίνεται αντιληπτό ότι, παρά το συνεχώς αυξανόμενο τα τελευταία χρόνια ενδιαφέρον, οι έφηβοι με «διπλή» και «τριπλή» διάγνωση εξακολουθούν να μη γίνονται αποδέκτες των απαραίτητων θεραπευτικών παρεμβάσεων και να αισθάνονται αποκομμένοι από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Δεδομένου ότι η νοητική καθυστέρηση είναι μια μόνιμη κατάσταση που δεν επιδέχεται αυτούσια σημαντικές μεταβολές, το βάρος πρέπει να εστιαστεί στην ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής ψυχικής υγείας (παράλληλα με τη σωματική), προσαρμοσμένων στις ιδιαίτερες απαιτήσεις των εφήβων με νοητική καθυστέρηση. Όπως και για τον γενικό πληθυσμό, ακόμα περισσότερο για τη συγκεκριμένη ομάδα εφήβων, η προαγωγή της ψυχικής υγείας είναι το καταλληλότερο ενδεχομένως πλαίσιο για την εφαρμογή ανάλογων προγραμμάτων που θα βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους, καθώς το προσδόκιμο ζωής των ατόμων αυτών αυξάνει ολοένα και περισσότερο τις τελευταίες δεκαετίες.

Ωστόσο, παρατηρείται μια σημαντική έλλειψη στον τομέα της έρευνας σχετικά με την προαγωγή της ψυχικής υγείας στην ομάδα αυτή του πληθυσμού, καθώς και στον σχεδιασμό στρατηγικών προαγωγής ψυχικής υγείας, που θα δώσουν τη δυνατότητα για τη σωστή αντιμετώπιση των πολυάριθμων ιατρικών τους προβλημάτων. Προκειμένου ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των προγραμμάτων ψυχικής υγείας σε εφήβους με νοητική καθυστέρηση να είναι επιτυχής, είναι απαραίτητη η συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, ώστε να εξασφαλιστεί ότι οι κατάλληλες ενέργειες και οι διαθέσιμοι πόροι από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, την ψυχική υγεία, τα σχολεία και από άλλες κοινοτικές υπηρεσίες είναι οργανωμένες με τον καλύτερο τρόπο, στοχεύοντας στη συνολική κάλυψη των αναγκών, τόσο των εφήβων με νοητική καθυστέρηση όσο και των οικογενειών τους. Όλα τα παραπάνω θα συμβάλουν ώστε τα άτομα αυτά να μπορέσουν να νιώσουν ισότιμα μέλη, με δικαιώματα και υποχρεώσεις, σε έναν συνεχώς μεταβαλλόμενο κόσμο με αυξανόμενες απαιτήσεις για όλες ανεξαιρέτως τις ομάδες ανθρώπων.

Behavioral disorders and substance abuse in adolescents with mental retardation

E.C. Papachristou,¹ D.K. Anagnostopoulos²

¹Center for Health Services Research, Medical School, University of Athens,

²Community Mental Health Centre Byron-Kessariani, A΄ Psychiatric Department,
University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2014, 25:139–150

The percentage of people with mental retardation in the general population is estimated at about 2.3%, with adolescence (15–20 years) constituting the development period during which a peak in rates of mental retardation is observed. The increased prevalence of adolescence may be explained from the fact that the specified requirements of the school initially, and society later, inevitably lead to comparative evaluation of the teen with mental retardation in relation to peers, thus making mental retardation more apparent. Adolescents with mental retardation face a number of physical and psychological needs which are not often distinguishable and as a consequence undergo the deterioration of their already burdened quality of life. In particular, mental health problems occur 3 to 4 times more often in adolescents with mental retardation compared with adolescents of the general population. This review presents the most recent epidemiological findings regarding the correlation between behavioral disorders, substance use and the possible comorbidity in adolescents with intellectual disability, both at community level and residential care level. Epidemiological data indicate that behavioral disorders are among the most common types of psychopathology in mentally retarded adolescents with the severity and symptoms varying depending on the personal characteristics of each adolescent. Regarding substance use, the available data show that the rates of substance use (alcohol, smoking, illicit drugs) are lower in this specific population group but the differences over the last years tend to be eliminated. Finally, according to the few surveys that were examined referring to the comorbidity of behavioral disorders and substance use in adolescents with intellectual disability, the results were contradictory. Specifically, while behavioral disorders continued to be one of the most common types of psychopathology, the related substances disorders indicated lower rates compared to normal intelligence adolescents with behavioral disorders. Risk factors that increase the chances of developing either simple or more complicated types of psychopathology in adolescents with mental retardation have been found to be based on individual, family and social levels. On the other hand, the individual characteristics of adolescents (intellectual level, attention capacity, understandable linguistic expression, overall progress until adolescence), the existence of a supportive family environment and the presence of social support and awareness through the creation of special counseling, education and medical services, are the most important protective factors which contribute to the prevention of several forms of psychopathology in adolescents with mental retardation. For the writing of the literature review, the following electronic databases were used: PubMed, Scopus, Psycinfo, Cochrane Library, Web of Science and Google Scholar. The key words used were: Intellectual Disability, Behavioral disorders, Adolescents, Mental Retardation, Learning disabilities, Developmental Disabilities, Disruptive behaviour disorders, Conduct disorder, Substance Abuse, Substance Misuse, Oppositional defiant disorder, Alcohol and illicit drug use, Smoking Use, Young people, Teenagers, Youths.

Key words: Behavioral disorders, substance abuse, mental retardation, comorbidity, adolescents.

Βιβλιογραφία

- Alborz A, McNally R, Glendinning C. Access to health care for people with learning disabilities in the UK: mapping the issues and reviewing the evidence. *J Hlth Serv Res Policy* 2005, 10:173–182
- Beecham J, Chadwick O, Fidan D, Bernard S. Children with severe learning disabilities: needs, services and costs. *Child Soc* 2002, 16:168–181
- Reiss S. Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *Am J Ment Retard* 1990, 94:578–85
- Zigler E, Burack JA. Personality development and the dually diagnosed person. *Res Dev Disabil* 1989, 10:225–240
- Costello H, Bouras N. Assessment of Mental Health Problems in People with Intellectual Disabilities. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006, 43:241–251
- Reiss S, Szyszko J. Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded persons. *Am J Ment Defic* 1993, 87:396–402
- Van Straelen M, Holt G, Bouras N. Adults with learning disabilities and psychiatric problems. In: Fraser W, Ker M (eds), *Seminars in the Psychiatry of Learning Disabilities*. Royal College OF Psychiatrists, London, 2003
- Deb S, Thomas M, Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *J Intellect Disabil Res* 2001, 45:495–505
- Roy A, Martin DM, Wells MB. Health gain through health checks: Improving access to primary health care services for people with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 1997, 41:401–418
- Cooper SA. Psychiatry of elderly compared to younger adults with intellectual disability. *J Applied Res Intellect Disabil* 1997, 10:303–311
- Borthwick-Duffy SA. Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *J Consult Clin Psychol* 1994, 62:17–27
- Bouras N, Drummond C. Behavior and psychiatric disorders of people with mental handicaps living in the community. *J Intellect Disabil Res* 1992, 36:349–357
- DesNoyers A. Identifying psychiatric disorders in persons with mental retardation: a model illustrated by depression in Down syndrome. *J Rehabil* 1996, 62:27–33
- Kolaitis G. Young people with intellectual disabilities and mental health needs. *Curr Opin Psychiatry* 2008, 21:469–473
- de Ruiter KP, Dekker MC, Verhulst FC, Koot HM. Developmental course of psychopathology in youths with and without intellectual disabilities. *J Child Psychol Psychiatry* 2007, 48:498–507
- Hassiotis A, Barron AD. Mental health, learning disabilities and adolescence: a developmental perspective. *Adv Ment Health Learn Disabil* 2007, 1:32–39
- Wallander JL, Dekker MC, Koot HM. Psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: measurement, prevalence, course, and risk. In: Glidden LM (ed) *International Review of Research in Mental Retardation*. Academic Press, San Diego, 2003:93–134
- Dekker MC, Koot HM, van der Ende J, Verhulst FC. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Child Psychol Psychiatry* 2002, 43:1087–1098
- Einfeld SL, Tonge BJ. Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability, II: epidemiological findings. *J Intellect Disabil Res* 1996, 40:99–109
- Masi G. Psychiatric illness in mentally retarded adolescents: clinical features. *Adolescence* 1998, 33:425–434
- Einfeld SL, Piccinin AM, Mackinnon A, Hofer SM, Taffe J, Gray KM et al. Psychopathology in Young People With Intellectual Disability. *JAMA* 2006, 296:1981–1989
- Barnhill J. Triple diagnosis: substance abuse disorders, mental illness and mental retardation. In: *Proceedings of the NADD International Conference*. NADD, New York, 2000:12–17
- Emerson E, Kiernan C, Alborz A, Reeves D, Mason H, Swarbrick R et al. The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Res Dev Disabil* 2001, 22:77–93
- Molteno G, Molteno CD, Finchilescu G, Dawes AR. Behavioural and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Town, South Africa. *J Intellect Disabil Res* 2001, 45:515–520
- Hardan A, Sahl R. Psychopathology in Children and Adolescents with Developmental Disorders. *Res Dev Disabil* 1997, 18:369–382
- Emerson E, Robertson J, Wood J. Emotional and behavioural needs of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *J Intellect Disabil Res* 2005, 49:16–24
- Dickson K, Emerson E, Hatton C. Self-reported anti-social behaviour: prevalence and risk factors amongst adolescents with and without intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2005, 49:820–826
- Emerson E. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2003, 47:51–58
- Chadwick O, Kusel Y, Cuddy M, Taylor E. Psychiatric diagnoses and behaviour problems from childhood to early adolescence in young people with severe intellectual disabilities. *Psychol Med* 2005, 35:751–760
- Hassiotis A, Turk J. Mental Health Needs in Adolescents with Intellectual Disabilities: Cross-Sectional Survey of a Service Sample. *J Appl Res Intellect* 2012, 25:252–261
- Hatton C, Emerson E. The relationship between Life events and psychopathology amongst children with Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect* 2004, 17:109–117
- Emerson E, Hatton C. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *Br J Psychiatry* 2007, 191:493–499
- Tonge B, Einfeld S. The trajectory of psychiatric disorders in young people with intellectual disabilities. *Aust N Z J Psychiatry* 2000, 34:80–84
- Dekker MC, Koot HM. DSM-IV Disorders in Children With Borderline to Moderate Intellectual Disability. I: Prevalence and Impact. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, 42:915–22
- Sevin JA, Bowers-Stephens C, Crafton CG. Psychiatric Disorders in Adolescents with Developmental Disabilities: Longitudinal Data on Diagnostic Disagreement in 150 Clients. *Child Psychiatry Hum Dev* 2003, 34:147–163
- Cormack KFM, Brown AC, Hastings RP. Behavioural and emotional difficulties in students attending schools for children and adolescents with severe intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2000, 44:124–129
- Parmenter TR, Einfeld SL, Tonge BJ, Dempster JA. Behavioural and emotional problems in the classroom of children and ado-

- lescents with intellectual disability. *J Intellect Dev Disabil* 1998, 23:71–77
38. Margalit M, Ronen T. Loneliness and social competence among preadolescents and adolescents with mild mental retardation. *Ment Handicap Res* 1993, 6:97–111
 39. Taggart L, Cousins W, Milner S. Young People with Learning Disabilities Living in State Care: Their Emotional, Behavioural and Mental Health Status. *Child Care Pract* 2007, 13:401–416
 40. de Ruiter KP, Dekker MC, Douma CH, Verhulst FC, Koot HM. Development of Parent –and Teacher– Reported Emotional and Behavioural Problems In Young People with Intellectual Disabilities: Does Level of Intellectual Disability Matter? *J Appl Res Intellect* 2008, 21:70–80
 41. Emerson E, Turnbull L. Self-reported smoking and alcohol use among adolescents with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil* 2005, 9:58–69
 42. Blum RW, Kelly A, Ireland M. Health-risk behaviors and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities. *J Adolesc Health* 2001, 28:481–490
 43. Pack RP, Wallander JL, Browne D. Health risk behaviors of African American adolescents with mild mental retardation: prevalence depends on measurement method. *Am J Ment Retard* 1998, 102:409–20
 44. Gress JR, Boss MR. Substance abuse differences among students receiving special education school services. *Child Psychiatry Hum Dev* 1996, 26:235–246
 45. Elmquist DL, Morgan DP, Bolds PK. Alcohol and Other Drug Use among Adolescents with Disabilities. *Int J Addict* 1992, 27:1475–1483
 46. Fakier N, Wild LG. Associations among sleep problems, learning difficulties and substance use in adolescence. *J Adolesc* 2011, 34:717–726
 47. McCrystal P, Percy A, Higgins K. Substance Use Behaviors of Young People with a Moderate Learning Disability: A Longitudinal Analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2007, 33:155–161
 48. Kepper A, Monshouwer K, van Dorsselaer, Vollebergh W. Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011, 20:311–319
 49. Karacostas DD, Fisher GL. Chemical dependency in students with and without learning disabilities. *J Learn Disabil* 1993, 26:491–495
 50. Katims DS, Zapata JT, Yin Z. Risk factors for substance use by Mexican American youth with and without learning disabilities. *J Learn Disabil* 1996, 29:213–219
 51. Maag JW, Irvin DM, Reid R, Vasa SF. Prevalence and predictors of substance use: A comparison between adolescents with and without learning disabilities. *J Learn Disabil* 1994, 27:223–234
 52. McGillicuddy NB. A Review of Substance Use research among those with mental retardation. *Ment Retard Dev Disabil Res* 2006, 12:41–47
 53. Miller H, Whicher E. Substance Misuse. In: Hassiotis A, Barron DA, Hall I (eds) *Intellectual Disability Psychiatry. A practical Handbook*. Wiley & Blackwell, England, 2009:101–114
 54. Holt G, Gratsa A, Hardy S. Mental Health Problems. In: Holt G, Gratsa A, Bouras N, Joyce T, Spiller MJ, Hardy S (eds) *Guide to Mental Health for Families and Carers of People with Intellectual Disabilities*. Jessica Kingsley Publishers, London, 2004:75–77
 55. Asscher JJ, van der Put CE, Stams GJ. Differences between juvenile offenders with and without intellectual disability in offense type and risk factors. *Res Dev Disabil* 2012, 33:1905–1913
 56. Zhang D, Barrett DE, Katsiyannis A, Yoon M. Juvenile offenders with and without disabilities: Risks and patterns of recidivism. *Learn Individ Differ* 2011, 21:12–18
 57. Taggart L, Taylor D, McCrum-Gardner E. Individual, life events, family and socio-economic factors associated with young people with intellectual disability and with and without behavioural/emotional problems. *J Intellect Disabil* 2010, 14:267–288
 58. Rayner J, Kelly TP, Graham F. Mental health, personality and cognitive problems in persistent adolescent offenders require long-term solutions: a pilot study. *J Forensic Psychiatr Psychol* 2005, 16:248–262
 59. Bernard S, Turk J. *Developing Mental Health Services for Children and Adolescents with Learning Disabilities*. Royal College of Psychiatrists Publications, Glasgow, 2009
 60. Rothman HR, Cosden M. The relationship between self-perception of a learning disability and achievement, self concept and social support. *Learn Disabil Q* 1995, 18:203–212
 61. Heyman WB. The self-perception of a learning disability and its relationship to academic self-concept and self esteem. *J Learn Disabil* 1990, 23:472–475
 62. Spekman NJ, Goldberg RJ, Herman KL. Learning disabled children grow up: A search for factors related to success in the young adult years. *Learn Disabil Res Pract* 1992, 7:161–170
 63. Holt G, Hardy S, Bouras N. *Mental health in learning disabilities: A training resource*. Pavilion, Brighton, 2005
 64. Bouras N, Cowley A, Holt G, Newton JT, Sturmeay P. Referral trends of people with intellectual disabilities and psychiatric disorders. *J Intellect Disabil Res* 2003, 47:439–446
-
- Αλληλογραφία: Ε. Παπαχρήστου, Ψυχολόγος, Γράμμου 41, 156 69 Παπάγου, Αθήνα, Τηλ: (+30) 210-65 28 074, 6947 833 685
e-mail: papachris.e@gmail.com